

#036 Lesão periapical em J e bolsa periodontal isolada: importância de um correto diagnóstico

Nuno Rodrigues dos Santos*, Ana Marques, Jorge Martins, Karla Baumotte, Mário Rito Pereira, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: Uma bolsa periodontal isolada é um indicador de fratura radicular vertical. No entanto, outras condições patológicas, como perfuração, reabsorção radicular ou periodontite apical com drenagem através do periodonto, podem apresentar-se de forma semelhante, causando dificuldade no diagnóstico. Um correto diagnóstico pulpar e periapical ajuda a determinar qual o tratamento clínico mais adequado para um determinado caso, sendo que uma avaliação descuidada pode levar a diagnósticos incorretos e, potencialmente, tratamentos desnecessários. O presente caso pretende debater a abordagem de uma lesão periapical em forma de "J" a envolver um dente que também apresentava uma profundidade de sondagem periodontal aumentada e isolada. **Descrição do Caso Clínico:** Uma paciente do sexo feminino, 24 anos, apresentou-se com queixas de dor moderada, espontânea e durante a mastigação no dente 46, desde que realizou uma restauração em resina composta há cerca de 2 meses. O exame radiográfico revelou uma extensa lesão periapical radiolúcida em forma de "J" envolvendo a sua raiz distal e a furca. No exame clínico, verificou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical, bem como uma sondagem periodontal profunda e isolada na face vestibular, com abscesso associado. O referido dente não respondeu nem ao teste ao frio nem ao elétrico. O diagnóstico pulpo-periapical foi de necrose pulpar e abscesso apical crônico. Como não foi possível confirmar o diagnóstico de fratura radicular vertical, realizou-se o tratamento endodôntico não cirúrgico e posterior restauração indireta de recobrimento cuspídeo em cerâmica. Seis meses depois, verifica-se uma evolução favorável da lesão periapical e ausência de profundidade de sondagem e de sintomatologia. **Discussão e Conclusões:** Uma profundidade de sondagem estreita, profunda e isolada, associada a uma imagem radiolúcida em forma de "J", pode ser um sinal de uma fratura radicular vertical. No entanto, o diagnóstico não se deve basear exclusivamente neste achado clínico. A sua correta identificação é desafiadora na maior parte das situações clínicas, sendo essencial a utilização de ampliação e iluminação, bem como a remoção das restaurações existentes. Se mesmo assim a fratura não for visível, pode ser necessário realizar procedimentos cirúrgicos exploratórios. Este caso pretende mostrar que existem várias entidades que podem justificar a presença de uma bolsa periodontal isolada e que nunca podemos utilizar a sondagem profunda como único critério para diagnosticar uma fratura radicular vertical.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1265>

#037 Pré-molar superior com configuração tipo IV, instrumento separado e canais obliterados

Sofia Moura Furtado*, Joana Araújo Carvalho, Jorge Martins, Mário Rito, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: É de extrema importância o conhecimento do número médio de canais radiculares num determinado dente. A prevalência da configuração Vertucci tipo IV num segundo pré-molar superior é de 16,9%. A obliteração do canal pulpar é caracterizada pela deposição de tecido duro no espaço do canal radicular e pela coloração amarela da coroa clínica. O mecanismo exato da obliteração é desconhecido, mas acredita-se que esteja relacionado com danos no fornecimento neurovascular da polpa no momento da lesão. Canais obliterados tendem a aumentar a incidência de complicações intraoperatórias, como instrumentos fraturados. **Descrição do Caso Clínico:** Um paciente do sexo masculino, 72 anos, foi referenciado para o tratamento endodôntico do dente 25 após fratura de um instrumento no canal vestibular. O exame radiográfico revelou uma lesão periapical radiolúcida associada ao dente 25 e a presença de um instrumento fraturado no canal vestibular, bem como a ausência de uma imagem compatível com canais radiculares a partir do terço médio. No exame clínico, verificou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical, horizontal e à palpação. Foi feito o diagnóstico de dente com tratamento endodôntico previamente iniciado e periodontite apical sintomática. Realizou-se o tratamento endodôntico não cirúrgico, no qual foi removido o instrumento fraturado foi removido com auxílio de uma lima H, a obliteração canalar foi eliminada, e posteriormente foi feita a reabilitação com uma coroa metalo-cerâmica e espigão fibra de vidro. Um ano depois, verificou-se uma evolução favorável da lesão periapical. **Discussão e Conclusões:** A obliteração canalar radiográfica completa não significa necessariamente a ausência de espaço canalar, pois histologicamente sabemos que existe um espaço com tecido pulpar. Regra geral, a obliteração canalar ocorre numa direção corono-apical. A negociação de canais obliterados é um desafio, e normalmente são utilizadas, numa fase inicial, limas de pequeno calibre para facilitarem a identificação do trajeto original do canal. Uma vez identificado o canal original, o instrumento tende a progredir mais facilmente à medida que avança na direção apical até se atingir a permeabilidade apical. Quando a permeabilidade apical é atingida, o caso torna-se mais previsível. É de extrema importância saber que instrumentos utilizar na abordagem de canais obliterados, de forma a evitar acidentes intraoperatórios e alcançar o objetivo principal do tratamento endodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1266>