

### #SPE-C15 Microcirurgia endodôntica para remoção de instrumento fraturado do dente 16 – Relato de caso



Ana Sofia Oliveira\*, Carla Costa, Paulo Miller, Sônia Ferreira, António Melo-Ferraz, Valter Fernandes

Instituto Universitário de Ciências da Saúde – CESPU

**Introdução:** A fratura de um instrumento no terço apical de um dente com periodontite apical pode levar a um prognóstico endodôntico reservado. Ultrapassar ou remover o fragmento, assim como a desinfecção do canal dificultada, pode comprometer a resolução desta patologia. A lesão periapical, a anatomia do canal e a localização do fragmento devem ser considerados na decisão da abordagem clínica. Fatores como a visão direta do instrumento, a presença de patologia prévia, o momento da fratura, o tamanho e o tipo de fragmento, e a destruição dentinária do canal também são importantes. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 38 anos, sem patologias significativas, apresentava periodontite apical sintomática no dente 16, com tratamento previamente iniciado. Referenciado para consulta de endodontia em clínica de pós-graduação, onde ocorreu fratura do instrumento manual (10k) no terço apical do canal méso-vestibular, durante a permeabilização apical. Tentou-se, sem sucesso, o bypass e a remoção do fragmento via retratamento ortógrado. Para correta desinfecção e selamento apical, decidiu-se pela obturação até o instrumento fraturado com cimento biocerâmico. Foi marcada microcirurgia endodôntica para remover o fragmento via retrógrada e recessão apical da raiz méso-vestibular. Acompanhamentos periódicos de 6 meses revelaram significativa redução da lesão apical e ausência de sintomatologia. **Discussão e conclusões:** Um instrumento fraturado no terço apical limita a instrumentação e a subsequente desinfecção do sistema de canais, comprometendo o selamento apical. Segundo Madarati et al., o sucesso do tratamento endodôntico reduz-se para 47% na presença de um fragmento em um dente com periodontite apical, embora seja necessário considerar outras opções de tratamento. A execução do ato clínico por um profissional treinado é crucial, pois este pode remover os instrumentos separados sem sacrificar o tecido dentário. O uso de microscópio, segundo Floratos et al., permite uma abordagem mais detalhada e conservadora, sendo um fator preponderante na microcirurgia e impactando a morbidade e o resultado do tratamento. Rodriguez et al. sugeriram que informações obtidas por imagens de CBCT pré-operatórias podem influenciar o diagnóstico, relatando que em 27,3% dos casos houve alterações no plano de tratamento após a visualização dessas imagens.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1385>

### #SPE-C16 Microcirurgia endodôntica de um primeiro molar superior: A propósito de um caso clínico



Nuno Rodrigues dos Santos\*, Sofia Moura Furtado, Jorge N.R. Martins, Isabel Vasconcelos, Mário Rito Pereira, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

**Introdução:** Um dos principais objetivos do tratamento endodôntico é o tratamento e a prevenção da periodontite apical causada pela presença de infecção no espaço do sistema canal. Contudo, a patologia pode persistir após o tratamento endodôntico primário e até mesmo após o retratamento endodôntico, podendo então exigir uma abordagem cirúrgica. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 53 anos, sem antecedentes médicos relevantes, apresentou-se com queixas de dor moderada e espontânea, história de edema extra oral e abscesso associado ao dente 16, que já havia sido submetido a tratamento endodôntico não cirúrgico 18 meses antes, com posterior reabilitação indireta com recobrimento cuspídeo. No exame clínico, verificou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical e à palpação. Foi requisitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico de campo de visão direcionado, que evidenciou uma extensa lesão periapical radiolúcida envolvendo ambas as raízes vestibulares, sem evidência de cura desde a realização do primeiro tratamento endodôntico. O diagnóstico pulpo-periapical foi de tratamento endodôntico prévio com abscesso apical agudo. Depois de apresentadas as opções terapêuticas ao paciente, optou-se pela realização de microcirurgia endodôntica das raízes vestibulares da peça dentária e concomitante biópsia excisional da lesão. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de um quisto odontogênico inflamatório radicular. A consulta de reavaliação, 1 ano depois, confirmou evolução favorável da lesão periapical e ausência de sintomatologia. **Discussão e conclusões:** A carga microbiana pode permanecer em áreas anatomicamente protegidas e ramificações do sistema canal apical, assim como fora do sistema canal, tornando-as inacessíveis à terapia endodôntica convencional. Isso pode justificar o fracasso, mesmo em tratamentos realizados segundo os padrões recomendados. A preferência do paciente e a análise risco-benefício podem influenciar a abordagem da periodontite apical persistente, optando-se pela microcirurgia endodôntica, em vez do retratamento endodôntico não-cirúrgico. Este caso pretende mostrar que a cicatrização observada demonstra a eficácia e a previsibilidade das técnicas microcirúrgicas em Endodontia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1386>