

#038 Retratamento endodôntico de primeiro molar inferior com instrumento fraturado e perfuração



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

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: O retratamento endodôntico não cirúrgico apresenta taxas de sucesso que variam de aproximadamente 78% a 87%. A ausência de lesões pré-operatórias ou a presença de lesões pequenas, uma obturação radicular adequada e um acompanhamento prolongado melhoram significativamente o prognóstico do retratamento endodôntico. O objetivo deste trabalho é salientar a gestão de um caso clínico com instrumento fraturado e perfuração radicular no sistema de canais radiculares, realçando a importância dos métodos de diagnóstico para o planeamento destes casos. **Descrição do Caso Clínico:** Uma paciente de 42 anos, do sexo feminino, compareceu com sintomatologia à mastigação no dente 46. Após exame clínico, revelou tratamento endodôntico prévio com presença de cárie secundária distal e mesial. Testes de percussão com resposta positiva. O exame radiográfico e tomográfico evidenciou a presença de instrumento fraturado no canal mesio vestibular e lesão periapical associada. O diagnóstico determinado foi dente com tratamento endodôntico prévio e periodontite apical sintomática. O plano de tratamento proposto à paciente foi o retratamento endodôntico, com posterior reabilitação fixa. Foi realizada restauração pré-endodôntica. A desobturação foi iniciada com Reciproc R25 e realizou-se bypass no canal mesio-vestibular com recurso a limas C-Pilot 10 e 15. A instrumentação foi efetuada com o sistema Wave One Gold e Protaper Next. A irrigação foi efetuada com hipoclorito de sódio 5,25% e ácido cítrico 10%, ativados sónicamente com Endoactivator. A perfuração no canal mesio-lingual foi selada com ProRoot MTA e posterior obturação com técnica de onda contínua de condensação. Seguidamente foi realizada a reabilitação da peça dentária. Ao controlo de um ano apresenta uma evolução favorável. **Discussão e Conclusões:** Para a reparação de perfurações abaixo da crista óssea, os materiais biocerâmicos são a escolha ideal. Vários estudos clínicos sobre a reparação de perfurações com MTA reportam taxas de sucesso elevadas, variando entre 73% e 92%. Segundo trabalhos anteriores, não há diferença estatisticamente significativa nas taxas de sucesso entre dentes com e sem instrumentos fraturados. Nestes casos, quando há contaminação do sistema de canais radiculares, a remoção ou o bypass do instrumento fraturado é essencial para garantir resultados mais previsíveis. É importante destacar o uso de ampliação e exames radiográficos de alta resolução para tornar a abordagem clínica mais previsível.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1267>

#039 Diagnóstico e abordagem na adolescência de trauma dentário infantil



Ruben Pereira*, Ana Beatriz Cardoso, Andreia Luís, Carlota Mendonça, Susana Dias, João Almeida Amaral

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: Situações de trauma dentário na segunda infância podem manifestar sinais e/ou sintomas na adolescência. O trauma durante o desenvolvimento radicular pode originar uma necrose pulpar, que potencia a malformação da raiz. Estes casos podem apresentar um ápice aberto e perda do tecido ósseo adjacente. O presente caso clínico mostra uma abordagem de tratamento de uma lesão apical extensa num dente com ápice aberto. **Descrição do Caso Clínico:** Paciente de 16 anos, do género masculino, com história de trauma dentário aos 7 anos e ausência de patologias/medicação. Apresentava fístula vestibular no dente 12 com ausência de sintomas. Na radiografia foi possível visualizar uma lesão apical que envolvia as raízes dos dentes 11, 12 e 13, bem como a presença de um ápice aberto no dente 11. Os dentes apresentaram uma resposta normal aos testes de sensibilidades, exceto o dente 11, que testou negativo ao frio. Foi estabelecido o diagnóstico de necrose pulpar com periodontite apical crónica assintomática no dente 11 e planeado o tratamento endodôntico com apexificação. O tratamento foi realizado em sessão múltipla, sob isolamento absoluto e ampliação. Na primeira sessão, foi realizada a desinfecção com hipoclorito de sódio (Chloraxid 5,25% , Cerka-med, Polónia) e a colocação de barreira apical com material biocerâmico (Totalfill Fast Set Putty, FKG, Suíça). Na segunda sessão, o canal foi preenchido com resina de polimerização dupla (Core-X Flow, Dentsply, EUA) e a cavidade de acesso restaurada em resina composta (Tetric Evo-ceram, Ivoclar, Liechtenstein). O paciente foi acompanhado e monitorizado aos seis meses, verificando-se evidência radiográfica de total formação óssea da lesão e ausência clínica de fístula. **Discussão e Conclusões:** No presente caso, a localização da fístula e extensão da lesão promoveram dificuldades de diagnóstico. Por conseguinte, a utilização de diversos meios de diagnóstico, bem como a realização de uma correta história clínica, foram importantes no planeamento de uma abordagem conservadora. Concomitantemente, é essencial a correta aplicabilidade de materiais e técnicas face às dificuldades de obturação e segurança nos procedimentos de desinfecção inerentes a dentes de ápice aberto. A abordagem apresentada neste caso permitiu um tratamento conservador com um resultado clínico satisfatório, verificado num controlo a seis meses.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2024.12.1268>