

absoluto do dente 21 o tratamento foi executado com auxílio de microscópio cirúrgico. Foi removida a restauração e o tecido pulpar superficial e irrigou-se a cavidade com hipoclorito de sódio a 5%. Depois de se verificar o controlo da hemorragia foi feita uma barreira de MTA e selado com ionómero de vidro. Após dois dias foi feita a colagem do fragmento dentário remanescente que foi previamente guardado. O dente encontra-se assintomático desde a primeira consulta, foram feitos controlos radiográficos após 1 e 3 anos e no último foi realizado uma nova TCV verificando-se a formação da raiz na totalidade. **Discussão e conclusões:** Ao optarmos pelo tratamento pulpar vital, verificamos a formação radicular no follow-up de 3 anos. Em dentes imaturos, nos quais nos deparamos com exposição pulpar, o tratamento que recorre à pulpectomia interrompe o processo natural de formação radicular podendo comprometer a viabilidade da peça dentária a longo prazo. Permanecendo o tecido pulpar e consequentemente a vitalidade, todas as funções da polpa são mantidas, assim como as características biológicas do dente, conferindo maior resistência estrutural e durabilidade. Em conclusão, os tratamentos de TPV em dentes imaturos são mais vantajosos relativamente aos tratamentos tradicionais. No entanto são necessários follow-ups radiográficos e controlos da vitalidade, de forma a garantir o sucesso deste tratamento a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.643>

SPE#3 – Reimplante intencional como alternativa de tratamento, a propósito de um caso clínico



Figueiredo, Joana¹. Gomes, Joana¹. Lima, Inês¹. Oliveira, João¹. Sacramento, José Manuel⁵. Caetano, Luís³. Moreira, Cátia³.

¹Student of Endodontics Postgraduation – IUCS – CESPU (Portugal). ²Assistant, Department of Conservative Dentistry – IUCS – CESPU (Portugal). ³Resident ASE Endodontics University of Michigan. ⁴Invited Professor, Department of Conservative Dentistry – IUCS – CESPU (Portugal). ⁵Assistant Professor, Department of Conservative Dentistry – IUCS – CESPU (Portugal).

Introdução: O reimplante intencional (RI) é uma técnica cirúrgica que consiste na remoção de um dente com patologia persistente e na sua reinserção no alvéolo original após realização do seu tratamento extraoral. Esta opção de tratamento deve ser considerada em situações de fracasso dos tratamentos tidos como convencionais ou quando os mesmos estejam contraindicados. O objetivo deste trabalho é demonstrar, através da apresentação de um caso clínico, que esta técnica deve ser considerada como válida em alternativa à remoção da peça dentária. **Descrição do caso clínico:** Uma paciente foi encaminhada para uma consulta de especialidade endodôntica com dor no 3.º quadrante. Foi feito um diagnóstico clínico de Periodontite Apical Sintomática no dente 35. Este apresentava uma coroa fixa e um espigão de fibra de vidro. Foi proposto fazer o Retratamento endodôntico não cirúrgico, ao que a paciente aceitou. Foi realizada uma Tomografia Computorizada Volumétrica (TCV) pré-operatória. O dente foi isolado com dique de borracha e iniciado o tratamento através da coroa fixa com auxílio de microscópio cirúrgico. Depois de se ter verificado que a re-

moção do espigão constituía risco de perfuração, foi realizada uma TCV intraoperatória. Foram comunicados à paciente os riscos associados e sugerida uma abordagem cirúrgica. Essa abordagem passou pelo RI, uma vez que a realização de cirurgia apical seria arriscada devido à localização do foramen mentoniano. O dente foi extraído e tratado extraoralmente. Posteriormente foi recolocado no alvéolo, sem qualquer férula, encontrando-se assintomático desde a primeira consulta. Foram feitos controlos radiográficos aos 3 meses e 1 ano. **Discussão e conclusões:** Quando nos deparamos com dentes em que o tratamento endodôntico não cirúrgico e cirúrgico estão contraindicados, o RI deve ser tomado em conta como alternativa à remoção definitiva do dente. A maioria dos autores descreve uma taxa de sucesso entre os 70 e 95%. Apesar de não ser uma técnica de primeira escolha, é uma opção a considerar quando tudo parece não ter solução. Os casos devem ser criteriosamente selecionados, sendo a remoção atraumática e o tempo em que o dente é tratado extraoralmente essenciais para um bom prognóstico. O trauma que pode ocorrer durante a remoção dentária e a desidratação provocada durante o tempo em que o dente é mantido fora do alvéolo podem levar à fratura, reabsorção radicular ou anquilose. Desta forma, os riscos devem ser tidos em conta e explicados ao paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.644>

SPE#4 – Abordagem não cirúrgica a uma lesão periapical de grandes dimensões induzida por trauma



Valério P¹, Barros L¹, Soares F³, Correia L³, Pereira S³, Quaresma SA², Ginjeira A²

¹Médico Dentista, aluno de pós-graduação B-Learning de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. ²Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. ³Alunos de pós-graduação B-Learning de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: O traumatismo dentário está frequentemente associado à rutura do aporte sanguíneo da polpa, dando origem a necrose. O colapso da circulação sanguínea pode causar necrose tecidual e condições anaeróbias que permitem a multiplicação de microrganismos e libertação de diversas toxinas que levam à formação de lesões periapicais. A infeção pode ser imediata ou tardia. Os abscessos, granulomas e quistos desenvolvem-se em resposta ao conteúdo antigénico intra-canalar, estes representam mais de 90% das lesões periapicais. **Descrição do caso clínico:** Neste relato de caso clínico é apresentado um caso de traumatismo dentário de uma paciente do sexo feminino com 17 anos. O trauma teria ocorrido há cerca de 2 anos e envolveu uma fratura não complicada da coroa do dente 41. Radiograficamente observou-se uma lesão periapical que se estendia a todos os incisivos inferiores e evidência de uma reabsorção apical externa no dente 41. Clinicamente estava presente uma fístula lingual entre os dentes 31 e 41, e edema dos tecidos moles linguais e vestibulares. Foi feito um CBCT, para melhor avaliar a extensão da lesão, onde se observou a ausência de tábua óssea vestibular e lingual na