

região dos incisivos inferiores. Foram feitos os testes de sensibilidade a todos os dentes do 5.º sextante, onde se verificaram repostas normais em todos os elementos exceto no 41. Optou-se por realizar tratamento endodôntico não cirúrgico apenas do dente 41, foi feita um protocolo de irrigação e instrumentação minuciosos de modo a eliminar os fatores causais da lesão, e tendo em conta a irregularidade do ápex foi feita uma obturação com um *plug* apical de MTA. Passada uma semana a paciente encontrava-se assintomática e a fístula tinha desaparecido. Passado 1 ano, a paciente encontra-se assintomática e o CBCT de *follow-up* apresenta fortes indícios de cura, apesar da lesão não ter desaparecido totalmente. **Discussão e conclusões:** Uma vez que é clínica e radiograficamente impossível diferenciar um quisto verdadeiro, de um quisto de bolsa ou de um granuloma uma abordagem judiciosa deve favorecer uma abordagem conservadora ao tratamento. Vários estudos clínicos têm confirmado que abordagens não cirúrgicas com um controlo adequado da infeção podem promover a cura de lesões periapicais de grandes dimensões. Sendo assim, o primeiro tratamento das lesões periapicais deve ser apenas direcionado para remover os fatores causais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.645>

#### SPE#5 – Prognóstico do tratamento endodôntico com extrusão apical de cimento: caso clínico



Barros J<sup>1</sup>, Rodrigues C<sup>2</sup>, Capelas JA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Professora Auxiliar Convidada, Departamento de Endodontia – FMDUP. <sup>2</sup> Professora Auxiliar, Departamento de Endodontia – FMDUP. <sup>3</sup> Professor Associado, Departamento de Endodontia.

**Introdução:** Idealmente, o material de obturação utilizado no tratamento endodôntico deve ficar confinado ao espaço intrarradicular. No entanto, este controlo nem sempre é possível e pode ocorrer extravasamento do cimento de obturação. A literatura sugere que a solubilidade e biocompatibilidade do cimento utilizado podem influenciar o prognóstico do tratamento, e ainda, que nos casos de extravasamento o prognóstico é consideravelmente melhor em dentes sem lesão periapical do que em casos clínicos com periodontite apical. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, raça caucasiana, de 9 anos de idade, com história de traumatismo por queda de bicicleta em 2012, sofre fratura coronária não complicada e subluxação dos dentes 21 e 11. Os tratamentos no âmbito do episódio de urgência foram realizados pela área de odontopediatria (indicação de dieta mole, férula semi-rígida e restauração convencional). Em 2014, a paciente foi encaminhada para a área diferenciada de endodontia devido à presença de fístula no dente 21 com registo de diagnóstico de necrose pulpar. Foi realizado o tratamento endodôntico com instrumentação mecanizada com limas Protaper Universal e obturação com o cimento AH Plus, com obtenção do *follow up* radiológico aos 9 e 18 meses e aos 3 e 4 anos. Em 2017, durante o tratamento ortodôntico é diagnosticado necrose pulpar no dente 11. Foi realizado o mesmo protocolo de tratamento endodôntico, seguido de *follow up* aos 9, 18 e 24 meses. Em ambos os tratamentos verificou-se a ocorrência de extrusão apical de cimento de obturação. **Discussão e conclu-**

**sões:** Quando ocorre extrusão de cimento é expectável que este seja solubilizado pelos fluídos dos tecidos periapicais, fagocitado ou encapsulado pelos tecidos fibrosos conjuntivos. Segundo a literatura, a persistência do cimento no periápice observável nas radiografias do *follow up* do caso clínico apresentado, pode estar diretamente relacionada com a baixa solubilidade do cimento utilizado (AH Plus). Assim, apesar do possível atraso no processo de cicatrização dos tecidos periapicais e/ou complicações pós-operatórias causadas pela extrusão do cimento, a sua permanência nos tecidos não é sinónimo do comprometimento do sucesso do tratamento endodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.646>

#### SPE#6 – Sinusite Odontogénica Maxilar Crónica de etiologia infecciosa



Sónia Cristina Rodrigues <sup>1</sup>; Joana Marques <sup>2</sup>; Joana Pereira <sup>3</sup>; Diana Sequeira <sup>2</sup>; Patrícia Diogo <sup>2</sup>; Paulo J Palma <sup>2</sup>; João Miguel Santos <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra <sup>2</sup> Instituto de Endodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra <sup>3</sup> Médica Dentista

**Introdução:** A Rinosinusite Maxilar Crónica de origem dentária (um subtipo da Sinusite Odontogénica Maxilar) tem uma incidência significativa e muito variável entre os estudos (entre 10 a mais de 50%). Os dentes posterossuperiores encontram-se em estreita relação com os seios maxilares e em cerca de 40% dos casos as raízes dos molares estabelecem íntimo contacto com o seio maxilar. O presente trabalho visa descrever o diagnóstico e tratamento de um caso clínico, com *follow-ups* que evidenciam a resolução da patologia após tratamento endodôntico do molar superior necrosado. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 20 anos (ASA 1), surge na clínica com odontalgia severa no dente 16, dor intensa no seio frontal e maxilar direitos, que agrava com inclinação anterior da cabeça. Obstrução nasal, maioritária ao lado direito e rinorreia. Após a observação oral, verifica-se no 16 a presença de uma restauração extensa em resina composta; testes de percussão vertical e horizontal positivos; testes térmicos e elétricos negativos. As radiografias periapicais revelaram espessamento do ligamento periodontal, pelo que foi diagnosticada necrose pulpar com periodontite apical sintomática. Como exame complementar, foi efetuada 1 tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT). A utente iniciou antibiótoterapia e foi realizada a preparação canalar do dente com sistema Hyflex CM, irrigação canalar com hipoclorito de sódio a 3% e medicação intracanal com hidróxido de cálcio. Duas semanas depois, o dente foi obturado com Guta-percha e cimento à base de resina epóxica (AH Plus®), tendo sido restaurado definitivamente com resina composta (Admira®, Voco) pela técnica directa incremental. Foram efetuados 3 controlos pós-operatórios aos 1, 12 e 24 meses. **Discussão e conclusões:** A Rinosinusite Maxilar Crónica de origem dentária é uma discinesia mucociliar temporária e reversível, secundária a uma infeção dentária e/ou tratamento odontogénico que afeta a integridade da membrana Schneider e do assoalho do seio. Como tal, o clínico deve reconhecer as características da pato-

logia e o tratamento incide primariamente, no controlo da infeção. Os procedimentos cirúrgicos tradicionais no seio maxilar devem ser realizados apenas após a resolução da situação endodôntica e em casos recalcitrantes. A antibióterapia poderá oferecer alívio dos sintomas, melhorando a limpeza dos seios, e esta é indicada apenas e somente em infeções de rápida disseminação.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.647>

#### SPE#7 – Procedimento Endodôntico Regenerativo com L-PRF: Caso clínico



António Melo Ferraz <sup>1,3,4,5</sup>, Joana André <sup>1,2</sup>, Paula Júlio <sup>1,2</sup>, Paulo Miller <sup>1,4,6</sup>

<sup>1</sup> Médico Dentista. <sup>2</sup> Aluno Pós-Graduação Endodontia IUCS CESPU. <sup>3</sup> Aluno Doutorado DCBAS CESPU. <sup>4</sup> Docente Pós-Graduação Endodontia IUCS CESPU. <sup>5</sup> Assistente Convidado IUCS CESPU. <sup>6</sup> Professor Auxiliar IUCS CESPU.

**Introdução:** Tradicionalmente, os dentes permanentes imaturos com polpa necrótica e periodontite apical são tratados com procedimentos de apexificação. O tratamento de apexificação é biocompatível e bioativo, no entanto, não tem potencial para restaurar a vitalidade do tecido danificado no espaço do canal e promover a maturação da raiz. O tratamento endodôntico regenerativo contempla procedimentos que permitem o desenvolvimento da raiz, o aumento da espessura da parede do canal e o encerramento apical. A produção de matrizes usando um concentrado de plaquetas conhecido como fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF) de natureza totalmente autóloga, pode aumentar o potencial de regeneração dos tecidos. Apresentamos um caso clínico onde foram utilizados procedimentos endodônticos regenerativos modificados, utilizando L-PRF para tratamento de um pré-molar inferior imaturo necrosado com periodontite apical sintomática associada. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino com 10 anos de idade com dor no 3.º quadrante. O exame clínico revelou que o dente 35 respondia negativamente aos testes de sensibilidade, exibindo dor na percussão e palpação e apresentando leve mobilidade. O exame radiográfico revelou que o dente 35 tinha o ápex aberto. Com base nos exames clínicos e radiográficos, foi feito o diagnóstico de dente imaturo com polpa necrótica e periodontite apical sintomática. Considerando as várias opções de tratamento possíveis optou-se, com o acordo do paciente e dos pais, pela revitalização com o auxílio da L-PRF em 2 sessões. A avaliação clínica após 1 mês revelou que o dente se encontrava assintomático e insensível à percussão e palpação. Apresenta-se o controlo radiográfico aos 3, 4, 8, e 12 meses onde se pode observar o espessamento da parede radicular e alongamento das raízes. **Discussão e conclusões:** O tratamento endodôntico regenerativo, ao promover a maturação radicular e a reconstituição de um tecido vivo, permite diminuir a probabilidade de fratura radicular e o fornecimento de células do sistema imunológico que funcionarão como principal linha do mecanismo de defesa antimicrobiana no espaço canal. No caso apresentado obtivemos a ausência de sinais e sintomas clínicos e o espessamento da parede radi-

cular, aos 3 meses. Aos 12 meses observa-se um desenvolvimento radicular aumentado e encerramento apical. Com base nestes resultados, a matriz de L-PRF aparenta ter um papel importante e acelerador no processo reparativo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.648>

#### SPE#8 – Barreiras apicais usando diferentes biomateriais – casos clínicos



Soares F<sup>1</sup>, Barros L<sup>2</sup>, Correia L<sup>2</sup>, Valério P<sup>2</sup>, Pereira S<sup>2</sup>, Quaresma SA<sup>3</sup>, Gingeira A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Medicina Dentária, aluna de pós-graduação B-Learning de endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, <sup>2</sup> Aluno de pós-graduação B-Learning de endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, <sup>3</sup> Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

**Introdução:** Barreiras apicais são necessárias em casos de desenvolvimento apical incompleto, casos de reabsorção radicular apical externa e casos de sobreinstrumentação para impedir a extrusão de materiais nos tecidos periapicais. O MTA é muito usado pela sua biocompatibilidade e propriedades físicas. Mas tempos de presa prolongados, dificuldades de manuseamento e possível descoloração provocada, conduziram à busca de outros materiais. Novos cimentos como o Biodentine são introduzidos e a maioria, compostos por cálcio e silicato têm a bioatividade como propriedade comum. O Biodentine caracteriza-se por ser fácil de manusear devido à sua textura e curto tempo de presa. O objetivo da apresentação é, através de casos clínicos, discutir a aplicação destes dois materiais na execução de barreiras apicais, tendo por base a literatura atual. **Descrição dos casos clínicos:** Retratamento não cirúrgico do dente 22, com diagnóstico pulpar de Dente Previamente Tratado e Diagnóstico Periapical de Periodontite Apical Sintomática. Desobturação com R25 (Reciproc) e instrumentação com Protaper Next; calibração apical até lima NiTi manual 60. Dado o grande calibre apical realizou-se a barreira apical com Biodentine; preparado segundo as indicações do fabricante e condensado com pluggers manuais. Follow-up de 6 meses. Tratamento endodôntico do dente 21, com Diagnóstico Pulpar de Necrose Pulpar e Diagnóstico Periapical de Periodontite Apical Sintomática. Instrumentação com Protaper Next e calibração apical até lima NiTi manual 60. Dado o grande calibre apical realizou-se a barreira apical com MTA, aplicado utilizando um transportador e condensado com pluggers manuais. Follow-up de 6 meses. **Discussão e conclusões:** As propriedades antimicrobianas do MTA e Biodentine podem ser atribuídas ao pH elevado. Com as mesmas aplicações clínicas, a sua colocação como plug apical é tecnicamente sensível e implica experiência do operador. Segundo alguns estudos, a capacidade de selamento apical do Biodentine é semelhante ao MTA em qualquer espessura da barreira, sendo a redução da espessura que aumenta significativamente a microinfiltração; 3 e 4 mm de espessura revelaram uma boa capacidade de selamento, independentemente do biomaterial testado. As evidências sobre o uso de novos cimen-