

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 J¹, Rodrigues C², Capelas JA³

¹ Professora Auxiliar Convidada, Departamento de Endodontia – FMDUP. ² Professora Auxiliar, Departamento de Endodontia – FMDUP. ³ 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 periápece 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 ¹; Joana Marques ²; Joana Pereira ³; Diana Sequeira ²; Patrícia Diogo ²; Paulo J Palma ²; João Miguel Santos ²

¹Aluna do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ² Instituto de Endodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ³ 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-