

Apexificação em dentes imaturos com reabsorção externa inflamatória após traumatismo

Ruben Pereira^{1,2,3}, Andreia Luís^{1,2,3}, Carlota Mendonça^{1,2}, Susana Dias^{1,2}, João Amaral^{1,2}, Rúben Trindade^{1,2}

1 Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária (FMDUL), Lisboa, Portugal;
2 Oral Biology and Biochemistry Research Group (GIBBO-UICOB) da FMDUL;
3 Clínicas e Hospitais CUF.



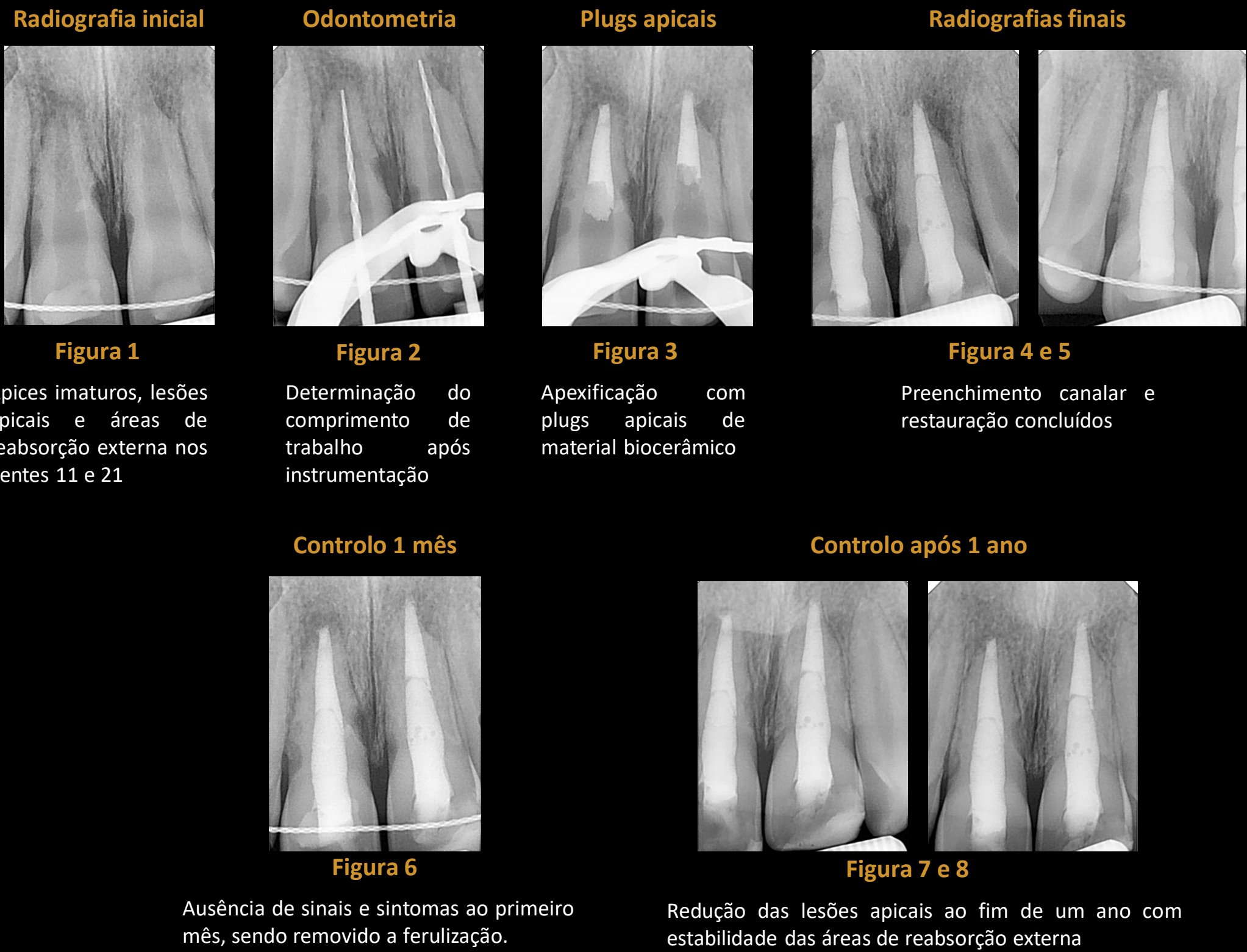
INTRODUÇÃO

O traumatismo em dentes permanentes imaturos pode comprometer a viabilidade pulpar e desencadear reabsorção radicular externa inflamatória, condicionando o prognóstico^{1,2}. Esta reabsorção resulta habitualmente da conjugação entre o dano na superfície radicular e a infeção do sistema canalar, pelo que o controlo precoce da infeção intracanal pode limitar a sua progressão e contribuir para a preservação dentária³. Em dentes com ápice aberto, a apexificação com materiais apropriados pode estabelecer uma barreira apical que viabiliza o selamento canalar, frequentemente numa única sessão^{4,5}.

Este caso descreve a abordagem endodôntica de dois incisivos centrais imaturos após traumatismo.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 9 anos, género feminino, sem antecedentes médicos relevantes, encaminhada um mês após traumatismo na região anterior, com avulsão do dente 11 e luxação lateral do 21. O dente 11 foi reimplantado e o 21 reposicionado no próprio dia, tendo sido realizada ferulização rígida do 13 ao 23, em meio hospitalar. Na primeira consulta, na CUF São Domingos de Rana, apresentava dor (nos dentes 11 e 21) à palpação e aos testes de percussão e mordida. A avaliação radiográfica revelou ápices imaturos e imagens radiolúcidas compatíveis com lesões apicais e reabsorção externa (Figura 1). Foi estabelecido o diagnóstico de necrose pulpar associada a reabsorção radicular externa inflamatória, sendo planeado o tratamento endodôntico não cirúrgico com apexificação, sob sedação mínima inalatória com protóxido de azoto e oxigénio devido à reduzida cooperação da paciente. O tratamento foi realizado em sessão única, sob isolamento absoluto, anestesia local (Articaína com adrenalina: 1:100.000; 1,8 ml; 40 mg/ml + 10 µg/ml) e ampliação com microscópio (OPMI pico, Carl Zeiss, Alemanha). Foram realizados a instrumentação com o sistema WaveOne Gold (Dentsply, EUA – Figura 2) e o protocolo de desinfecção canalar com hipoclorito de sódio 5,25% (Chloraxid, CerKamed, Polónia) e EDTA 17% (Denta Flux, Espanha), utilizando seringa *luer-lock* com agulha de saída lateral 30G (Endo Top, CerKamed, Polónia). De seguida, foi feita a colocação de um material biocerâmico (Totalfill Fast Set Putty, FKG, Suíça) para barreira apical (Figura 3). O preenchimento canalar foi realizado com resina de polimerização dupla (Core-X Flow, Dentsply, EUA) e a cavidade de acesso restaurada com resina composta (Tetric Evoceram, Ivoclar, Liechtenstein – Figuras 4 e 5). Devido a indisponibilidade de tempo, a ferulização apenas foi removida na consulta de controlo de 1 mês (Figura 6). Após um ano de acompanhamento, observou-se ausência de sinais e sintomas, estabilidade das áreas de reabsorção externa, redução das lesões apicais e testes normais nos dentes adjacentes (Figuras 7 e 8).



DISCUSSÃO

A reabsorção radicular externa inflamatória após traumatismo resulta geralmente da conjugação entre o dano na superfície radicular e a infeção do sistema canalar.

A desinfecção canalar e o selamento apical com material biocerâmico permitiram estabilizar o processo reabsortivo e promover a regeneração óssea.

A sedação mínima inalatória com protóxido de azoto e oxigénio permitiu executar o tratamento numa única sessão, facilitando o condicionamento comportamental e diminuindo a exposição a procedimentos repetidos.

Apesar do prognóstico reservado, é imprescindível um acompanhamento clínico-radiográfico prolongado, dada a possibilidade de progressão ou reativação da reabsorção.

CONCLUSÃO

A apexificação mostrou-se uma opção viável, assegurando uma barreira apical para o selamento canalar. Em pacientes jovens, a manutenção dentária deve ser priorizada, com acompanhamento clínico-radiográfico prolongado.

REFERÊNCIAS

1. Fouad AF, Abbott PV, Tsilingaridis G, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol. 2020;36(4):331–342. doi: 10.1111/edt.12573.
2. Bourguignon C, Cohenca N, Lauridsen E, et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations. Dent Traumatol. 2020;36(4):314–330. doi: 10.1111/edt.12578.
3. Patel S, Saberi N, Pimental T, Teng PH. Present status and future directions: root resorption. Int Endod J. 2022;55(Suppl 4):892–921. doi: 10.1111/iej.13715.
4. Simon S, Rilliard F, Berdal A, Machtou P. The use of mineral trioxide aggregate in one-visit apexification treatment: a prospective study. Int Endod J. 2007;40(3):186–197. doi: 10.1111/j.1365-2591.2007.01214.x.
5. Torabinejad M, Nosrat A, Verma P, Udochukwu O. Regenerative endodontic treatment or mineral trioxide aggregate apical plug in teeth with necrotic pulps and open apices: a systematic review and meta-analysis. J Endod. 2017;43(11):1806–1820. doi: 10.1016/j.joen.2017.06.029.