



afsm@edu.ulisboa.pt

RADIX ENTOMOLARIS: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Silva Marques^{1,2}, Nuno Rodrigues dos Santos¹, Mário Rito Pereira¹,
Jorge N.R. Martins^{1,2,3}, Karla Baumotte¹, António Ginjeira^{1,2}

1- Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa

2- Unidade de Investigação Oral e Biomédica (UICOB) - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

3 - Centro de Estudos de Medicina Dentária Baseada na Evidência - Cochrane Portugal, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



INTRODUÇÃO

O primeiro molar inferior tem como anatomia mais frequente duas raízes independentes (92.2 %) com dois canais mesiais (58.3-88.5 %) e um canal distal (59.5-99.0 %). (1)

No entanto pode apresentar várias variações anatómicas, nomeadamente a presença de uma terceira raiz que quando localizada em disto-lingual é denominada de radix entomolaris e quando localizada em méso-vestibular, é designada radix paramolaris. (1-3) A prevalência destas variações anatómicas é relativamente baixa, sobretudo no caso do radix paramolaris (1.2-1.6 %), no entanto o radix entomolaris pode atingir prevalências tão altas como 22.0% em populações asiáticas, sendo que em populações não asiáticas apresenta prevalências inferiores a 7.0 % (1)

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

ANAMNESE: Paciente do género feminino, 51 anos, encaminhada para tratamento endodôntico do dente 36 com história de abscesso apical com trajeto fistuloso no terceiro quadrante, associado a dor à mastigação e sensação de “dente alto” nas últimas duas semanas, tendo sido medicada com amoxicilina 875mg + ácido clavulânico 125mg e ibuprofeno 600mg, encontrando-se à data atual assintomática.

EXAME CLÍNICO: Presença de restauração extensa, sondagem periodontal normal, percussão vertical positiva e sem resposta ao teste ao frio com spray de cloreto de etilo.

EXAME RADIOGRÁFICO: verificou-se a presença de uma raiz com dois canais em mesial, com lesão apical associada, e de duas raízes independentes em distal, coincidindo com a definição de radix entomolaris.

DIAGNÓSTICO: necrose pulpar com abscesso apical crónico.



TRATAMENTO ENDODÓNTICO NÃO CIRÚRGICO

Anestesia infiltrativa vestibular e intraligamentar mesial e distal com um anestubo de Articaina 4 com epinefrina 1:200000 (Inibisa, Barcelona, Espanha). Seguidamente foi realizado o isolamento absoluto, realizada a cavidade de acesso e preparação químico-mecânica utilizando o sistema Protaper Next (Dentsply, Ballaigues, Suíça) e hipoclorito de sódio a 5.25, com permeabilidade apical garantida com uma lima 10k. Após calibragem apical, o protocolo de irrigação final incluiu 4mL EDTA 17 1min, hipoclorito de sódio 5.25 e álcool 70, seguido pela secagem com cones de papel. Seguidamente os quatro canais foram obturados com uma técnica de onda contínua de calor (B&L System, B&L Biotech, EUA) utilizando cones de guta Conform Fit Protaper Next X2 (Dentsply) e condensador-BL manual 35/70 (B&L Biotech, EUA). Foi realizado o selamento coronário com um ionómero de vidro fotopolimerizável (Ionoseal, VOCO GmbH, Cuxhaven, Alemanha). Todos os procedimentos foram realizados com lupas cirúrgicas 4.0x.

FOLLOW-UP: O tratamento foi terminado em março de 2022, sendo que num controlo clínico e radiográfico realizado em março de 2023 demonstrou a resolução da lesão apical e a ausência de sinais ou sintomas de patologia associada a este dente.

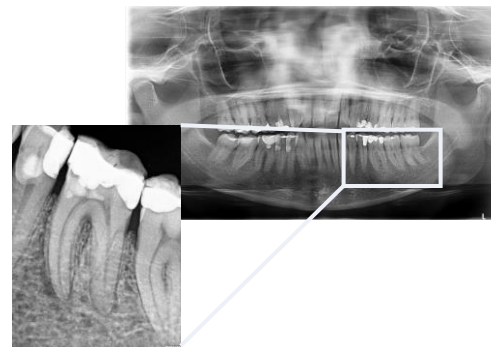


FIGURA 1: Situação inicial. Ortopantomografia realizada em novembro de 2021 e radiografia periapical realizada em março de 2022.



FIGURA 2: Radiografias realizadas durante o tratamento endodôntico não cirúrgico: (A) localização e permeabilização das 2 saídas do canal disto-vestibular, (B) identificação do canal DL e permeabilidade apical do mesmo. (C) radiografia de obturação final (março 2022).

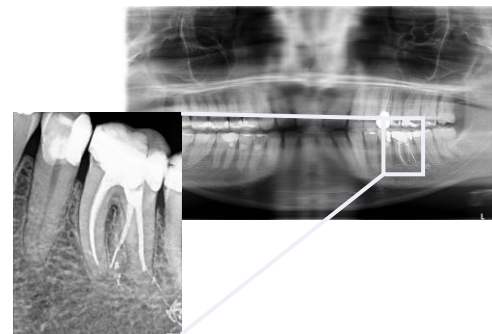


FIGURA 3: Radiografias controlo realizadas em março de 2023. Radiografia periapical evidencia a ausência de lesão apical.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O Radix Entomolaris constitui uma anomalia anatómica relativamente incomum em pacientes não asiáticos (<7.0%), (1,3) pelo que constituiu um achado clínico de notar. Neste caso a raiz adicional localiza-se em disto lingual, apresentando-se como uma raiz completamente formada e com um canal radicular e comprimento normais. Apresenta também uma curvatura moderada para mesial nos dois terços apicais.

Um diagnóstico correto destas raízes supranumerárias pode evitar complicações ou a falta de identificação de canais adicionais durante o tratamento. (3) Para tal é essencial uma correta análise dos exames radiográficos realizados de forma a identificar ou notar sinais da possível existência de uma segunda raiz distal, uma cuidada observação clínica, de forma a detetar anomalias como a presença de uma cúspide adicional que também está muitas vezes associada a esta variação anatómica, um elevado cuidado durante a realização da cavidade de acesso, sendo que esta deve ser estendida para disto-lingual de forma a incluir a abertura do canal adicional e deve ser utilizada ampliação de forma a possibilitar a identificação de toda a anatomia. Além disso dada a frequente presença de curvaturas nestes canais, o pré-alargamento coronário, utilização de limas flexíveis e a exploração desta anatomia com limas manuais de baixo calibre previamente à sua abordagem são essenciais de forma a evitar erros de procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Versiani MA, Basrani B, Sousa-Neto MD, editores. The Root Canal Anatomy in Permanent Dentition [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [citado 4 de setembro de 2023].
2. Carlsen O, Alexandersen V. Radix entomolaris: identification and morphology. Eur J Oral Sci. outubro de 1990;98(5):363-73.
3. Calbersson FL, De Moor RJ, Deroose CA. The Radix Entomolaris and Paramolaris: Clinical Approach in Endodontics. J Endod. janeiro de 2007;33(1):58-63.