

## INTRODUÇÃO

As fraturas radiculares verticais (FRV) representam um verdadeiro desafio clínico decorrente da complexidade de diagnóstico e tratamento inerente. Por definição, as lesões são caracterizadas por uma linha longitudinal completa ou incompleta, que se inicia no ápice e se estende ao longo do eixo radicular em direção à coroa podendo atingir o ligamento periodontal e envolver a estrutura dentária, a palpa e os tecidos periodontais. Apesar de os valores não serem consensuais na literatura, segundo Baageel et al, a prevalência de FRVs varia entre 2 e 5% em dentes com tratamento endodôntico e o prognóstico é frequentemente questionável e pouco previsível.

## SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS

### 1 FRV incompleta

Paciente sexo feminino, 71 anos;  
Dor no dente **43**;  
Fratura da restauração distal em resina composta;  
Percussão vertical e horizontal (+);  
Profundidade de sondagem:  
V (M,C,D)- 3mm,3mm,3mm;  
P (M,C,D)- 6mm,5mm, 11mm.

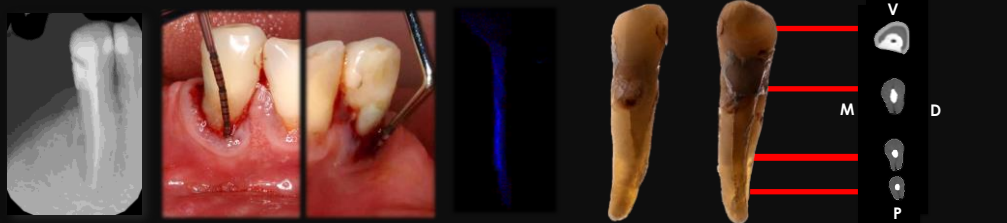


Fig. 1: Radiografia periapical. Fig. 2a: Sondagem V. Fig. 2b: Sondagem L. Fig. 3: Transiluminação pós-extração. Fig. 4a e 4b: Registo fotográfico (perspetivas V e L) pós-extração. Fig. 5: Cortes transversais pós-extração.

### 2 FRV incompleta

Paciente do sexo masculino, 62 anos;  
Dor no dente **13** (alívio com anti-inflamatórios);  
Percussão vertical e horizontal (+);  
Fístula junto à margem gengival do dente 13;  
Profundidade de Sondagem:  
V (M,C,D)-3mm, 16 mm, 4mm;  
P (M,C,D)- 15mm, 4mm, 4mm.

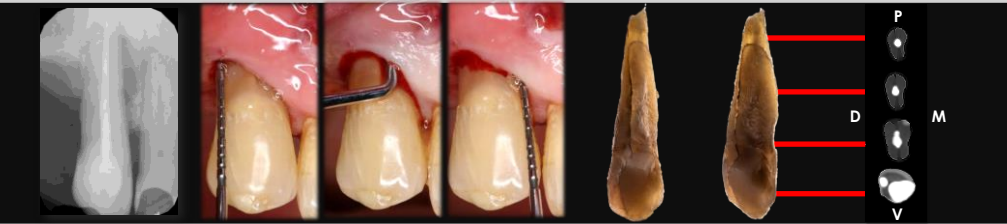


Fig. 6: Radiografia periapical. Fig. 7a, 7b e 7c: Sondagem V. Fig. 8a e 8b: Registo fotográfico (perspetivas V e L) pós-extração. Fig. 9: Cortes transversais do CBCT pós-extração.

### 3 FRV incompleta

Paciente do sexo feminino, 53 anos;  
Dor no dente **37** à mastigação;  
Percussão vertical e horizontal (+);  
Mobilidade grau 2;  
Profundidade de Sondagem:  
V (M,C,D)- 12 mm, 3 mm, 4mm;  
L (M,C,D)- 2mm, 3mm, 4mm.

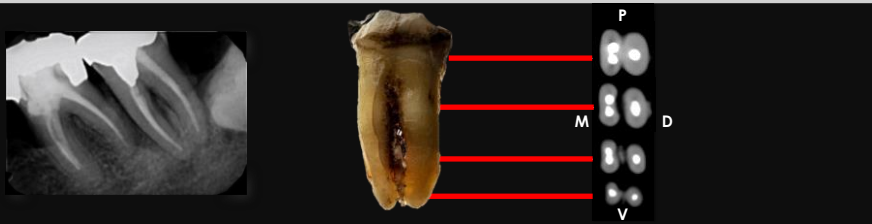


Fig. 10: Radiografia periapical. Fig. 11: Registo fotográfico (perspetiva V) pós-extração. Fig. 12: Cortes transversais do CBCT pós-extração.

### 4 Fratura coronária incompleta

Paciente do sexo masculino, bruxómero, 60 anos;  
Dor no dente **35** (alívio com anti-inflamatórios);  
Percussão vertical e horizontal (+);  
Teste sensibilidade ao frio (-);  
Mobilidade grau 3;  
Profundidade de Sondagem:  
V (M,C,D)- 2mm, 1mm, 1mm; P (M,C,D)- 2mm, 2mm, 1mm



Fig. 13: Radiografia periapical. Fig. 14a: Sondagem V. Fig. 14b: Sondagem L. Fig. 15: Transiluminação pós-extração. Fig. 16: Registo fotográfico (perspetiva V) pós-extração. Fig. 17: Cortes transversais do CBCT pós-extração.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Etiologia	Trauma físico e oclusal;
	Anatomia dentária;
	Cárie dentária;
	Reabsorções patológicas;
	Hábitos parafuncionais;
Restaurações extensas (retenção intraradicular);	
Iatrogenia: instrumentação e obturação canal.	

### Diagnóstico

Dor e Teste de mordida	Fístula	Sondagem Periodontal	Exame Visual Direto	Corantes
Desconforto variável ou dor persistente de intensidade leve a moderada; Dor à mastigação.	Junto à margem gengival (isolada ou múltipla).	Bolsas periodontais profundas, estreitas e isoladas ou bilaterais, adjacentes ao local da fratura.	Utilização de corante azul de metileno ou revelador de placa para deteção da linha de fratura.	Com recurso ou não a ampliação (lupas ou microscópio); Com ou sem levantamento de retalho.
Métodos Radiográficos			Transiluminação	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Padrões de reabsorção apical com aspeto de halo radiotransparente que se estende ao longo da superfície lateral radicular - lesão em "J";</li> <li>Radiografia periapical: Diferentes angulações com o feixe paralelo à linha de fratura para que seja detetada radiograficamente;</li> <li>CBCT: Alta resolução espacial e visualização tridimensional da fratura.</li> </ul>			Colocação da luz perpendicularmente ao plano de fratura; <b>FRV</b> - Zona para além da fratura surge escura/acinzentada; <b>Fissura no esmalte</b> - Todo o dente será iluminado.	

Num dente multi-radicular com FRV, a amputação ou hemiseção da raiz pode salvar o dente dependendo do nível e da posição da fratura, sendo o prognóstico de dentes monoradiculares com FRV normalmente mais desfavorável. A extração será o tratamento de escolha em casos de perdas ósseas extensas, tendo sido relatadas muitas técnicas inovadoras para tratar e manter dentes anteriores com FRV. Casos que envolvam procedimentos complexos estão associados a desfechos desfavoráveis, e em situações com bons resultados, o prognóstico a longo prazo necessita ainda de ser comprovado.

Assim, é crucial procurar reduzir a predisposição à fratura, reduzindo as forças internas exercidas durante a instrumentação canal e compactação dos materiais obturadores, e evitando a remoção excessiva de dentina intraradicular. Deste modo, devemos apostar num diagnóstico precoce, fundamental para permitir tratamentos mais conservadores e de ensaios clínicos com grandes follow-ups.

## BIBLIOGRAFIA

