

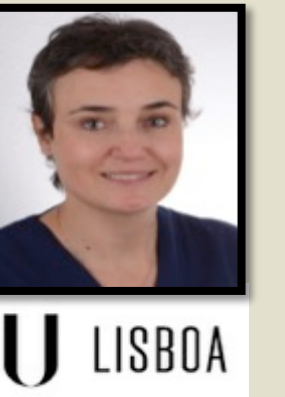
Pulpotomia parcial numa fratura complicada de incisivos permanentes – caso clínico com controlo de 5 anos

41



Gomes I

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Portugal



Introdução

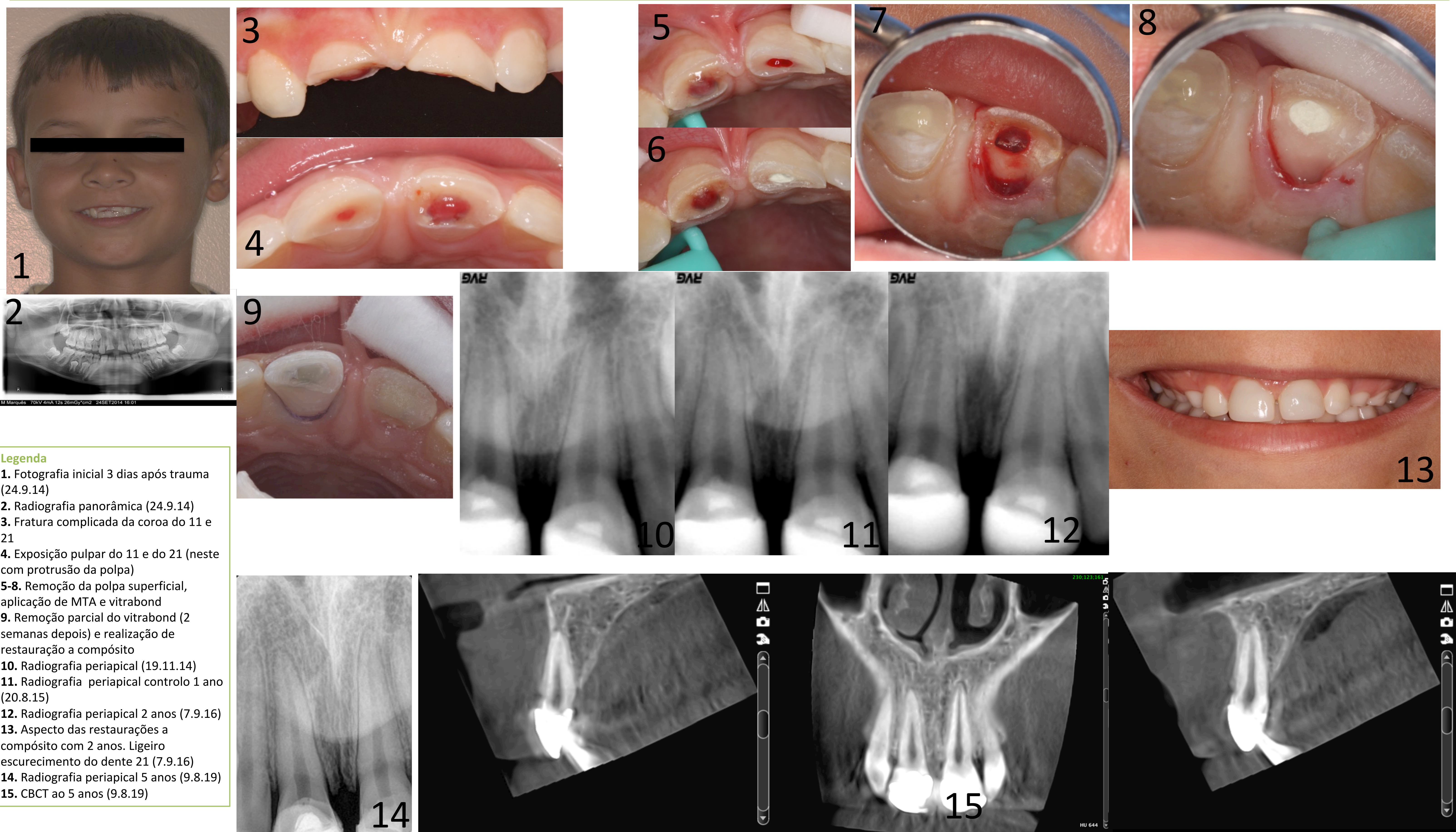
A fratura dentária com envolvimento da polpa corresponde a 6,4-18,3% dos traumatismos dentários (1). Quando ocorre num dente jovem deve optar-se, sempre que possível, por um tratamento pulpar conservador devido à dificuldade em realizar um tratamento endodóntico radical com ápice incompleto e, por outro lado, tal procedimento resultaria numa raiz com paredes laterais frágeis com maiores riscos de fratura radicular subsequente (2).

Descrição do caso clínico

Paciente do sexo masculino, 8 anos de idade, com história médica irrelevante, recebido para tratamento após 3 dias decorridos de uma fratura complicada dos dois incisivos centrais superiores durante um jogo de futebol. O paciente refere ausência de dor espontânea nos dentes. O exame intra-oral revela exposições pulpares visíveis em ambos os incisivos centrais, percussão vertical ligeiramente dolorosa mas sem queixas à palpação, ausência de mobilidade e de bolsas periodontais. O resultado do teste ao frio em ambos os incisivos centrais foi positivo. No exame radiográfico não se identificaram sinais de patologia periapical nem fratura radicular.

O paciente foi anestesiado localmente com articaína 4% com adrenalina 1:100.000 e realizou-se uma pulpotomia parcial com uma broca adiamantada de turbina cortando uma porção superficial da polpa exposta. A hemorragia foi controlada com água e foi aplicado Pro-Root MTA (Dentsply, Johnson, EUA). Após 10 minutos de presa, foi aplicado por cima do MTA um ionómero de vidro – Vitrabond (3M ESPE,MS,EUA) e o paciente foi dispensado.

Após 2 semanas o paciente foi reavaliado, encontrando-se assintomático, sem dor à palpação e percussão, sem mobilidade, sem bolsas e com resposta positiva ao teste ao frio. Realizou-se a remoção parcial do ionómero de vidro e foi realizada a restauração direta a compósito. Nos controlos periódicos a 6 meses, 1 ano, 2 anos e 5 anos a situação manteve-se inalterada.



Legenda

1. Fotografia inicial 3 dias após trauma (24.9.14)
2. Radiografia panorâmica (24.9.14)
3. Fratura complicada da coroa do 11 e 21
4. Exposição pulpar do 11 e do 21 (neste com protrusão da polpa)
- 5-8. Remoção da polpa superficial, aplicação de MTA e vitrabond
9. Remoção parcial do vitrabond (2 semanas depois) e realização de restauração a compósito
10. Radiografia periapical (19.11.14)
11. Radiografia periapical controlo 1 ano (20.8.15)
12. Radiografia periapical 2 anos (7.9.16)
13. Aspecto das restaurações a compósito com 2 anos. Ligeiro escurecimento do dente 21 (7.9.16)
14. Radiografia periapical 5 anos (9.8.19)
15. CBCT ao 5 anos (9.8.19)

Discussão

As regras da associação dentária de traumatologia sugerem que a pulpotomia parcial deve ser considerada preferível nestas situações clínicas, contudo não está definido qual o intervalo de tempo máximo entre o acidente e execução do tratamento. Segundo Cvek 1978 e Cvek e col. 1982 (3,4) nem o intervalo de tempo entre o acidente e o tratamento nem o tamanho da exposição dentária afectam o prognóstico deste tratamento. A pulpotomia com MTA resulta muitas vezes na descoloração do dente devido à infiltração de componentes do sangue no MTA. Por regra esta alteração da cor não afeta a dentina e para o seu tratamento pode ser considerada a remoção total do MTA e o branqueamento interno (5). Todos os dentes que sofrem traumatismo devem ser controlados clínicamente e radiograficamente por um período de 8 anos, devido ao risco de reabsorção dentinária interna e/ou externa e sempre que possível estes pacientes devem usar goteiras de proteção para evitar futuros traumatismos.

Conclusão

Os dentes com exposição pulpar devido a fratura dentária por trauma podem ser tratados com sucesso através do método descrito. Este método tem a vantagem de manter a vitalidade pulpar, permitindo a continuação do desenvolvimento radicular. Ao permitir a formação de uma ponte de dentina na zona de exposição da polpa é possível posteriormente remover o MTA e obter um melhor resultado estético.

Referências

1. Glendor U. Epidemiology of traumatic dental injuries – a 12 year review of the literature. Dent Traumatol 2008;24:603–11.
2. Caprioglio A, Conti V, Caprioglio C, Caprioglio D. A long-term retrospective clinical study on MTA pulpotomies in immature permanent incisors with complicated crown fractures. Eur J Paediatr Dent 2014;15:29-34.
3. Cvek M. A Clinical Report on Partial Pulpotomy and Capping with Calcium Hydroxide in Permanent Incisors with Complicated Crown Fracture. J Endod 1978;4:231-237.
4. Cvek M, Cleaton-Jones PE, Austin JC, Andreasen JO. Pulp reactions to exposure after experimental crown fractures or grinding in adult monkeys. J Endod 1982;8:391-397.
5. Belobrov H, Parashos P. Treatment of tooth discoloration after the use of white mineral trioxide aggregate. J Endod 2011;37:1017-1020.