

## OBJECTIVO

Descrição do tratamento endodôntico e periodontal de um primeiro molar superior definitivo hipoplástico, de forma a otimizar a sua restaurabilidade.

## Introdução

A extensa destruição coronária constitui um obstáculo ao isolamento absoluto, prejudicando o prognóstico do tratamento endodôntico e restaurador, afetando inevitavelmente o sucesso destes procedimentos, bem como a longevidade do dente.

Cohen D.W<sup>1</sup> descreve o alongamento coronário como um procedimento cirúrgico baseado no princípio biológico básico, com estabelecimento e manutenção de uma correta espessura de gengiva queratinizada. Tem como objetivo aumentar a estrutura dentária supra-gengival através do reposicionamento apical da margem gengival, por vezes acompanhado por remoção de osso de suporte; o alongamento coronário também pode ser efetuado através de movimentação ortodôntica.<sup>2</sup>

## Caso clínico

Paciente do género masculino, 17 anos, reencaminhado para a consulta de Pós Graduação em Endodontia na FMDUL por queixas de episódios de dor intensa no maxilar superior direito. Relatou dor aguda e prolongada por vários minutos, agravada com bebidas frias e que aliviava com toma de medicação analgésica, não associada a qualquer edema extra-oral.

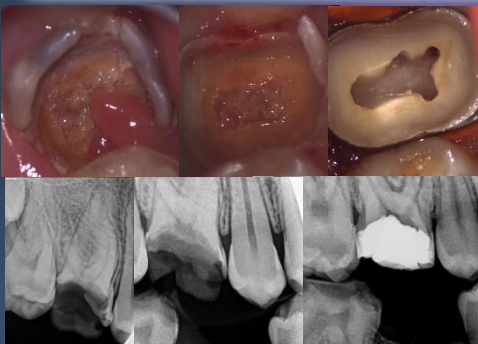
Ao exame intra-oral verificou-se a existência de múltiplos dentes com extensas lesões de cárie, bem como hipoplasia de esmalte em todos os molares erupcionados. O dente 16 apresentava lesão de cárie extensa e justa pulpar, com destruição de praticamente toda a estrutura coronária, acompanhada por invaginação dos tecidos moles. Não apresentava edema, fistula, desconforto à palpação nem percussão. Os testes de sensibilidade não foram realizados devido à ausência de estrutura coronária. Da avaliação periodontal observaram-se profundidades de sondagem inferiores a 3 mm em todas as localizações, sem presença de hemorragia à sondagem, indicando saúde periodontal.

Ao exame radiográfico (periapical e bitewing) verificou-se a manutenção da anatomia óssea periapical normal, com lâmina dura descontínua, e a presença de 3 raízes, ressaltando-se a existência de uma curvatura moderada na raiz mesio-vestibular. Com base nos sinais e sintomas descritos, estabeleceu-se o diagnóstico de pulpite irreversível assintomática e tecidos periapicais normais, com indicação para tratamento endodôntico.

## Planeamento

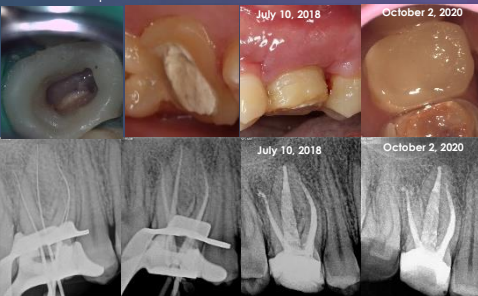
O plano de tratamento foi discutido com o departamento de Periodontologia da FMDUL, tendo-se estabelecido e proposto ao paciente uma abordagem em 3 fases: (i) restauração pré-endodôntica e pulpectomia (ii) alongamento coronário (iii) tratamento endodôntico e restauração.

Na primeira consulta, sob anestesia local, removeu-se o tecido cariado e procedeu-se ao isolamento absoluto com dique de borracha. Após estabelecimento do acesso e localização dos 4 canais radiculares (MV, MV2, Palatino e Distal), a pulpectomia foi realizada sob irrigação copiosa com hipoclorito de sódio (NaOCl) 5,25%. O dente foi restaurado provisoriamente e enviado para a consulta de Periodontologia, onde o alongamento coronário foi efetuado com recurso a incisões para-sulculares, adelgaçamento do palato, osteotomia, osteoplastia e reposicionamento apical dos tecidos com recurso a pontos individualizados em colcheteiro horizontal modificado.



## Tratamento Endodôntico

4 semanas após o alongamento coronário, completou-se o tratamento endodôntico com instrumentação, desinfecção e obturação tridimensional do espaço canal com gutta-percha e cimento (AH plus, Dentsply Tulsa Dental, USA) através da técnica de obturação de onda contínua. O paciente foi reencaminhado para reabilitação definitiva, tendo sido recomendada reabilitação com recobrimento total de cúspides.



Na consulta de controlo 26 meses após conclusão do tratamento endodôntico, e apesar de ainda não ter sido realizada a reabilitação definitiva, verificou-se ausência de patologia periapical e de qualquer outro sinal e sintoma.



## Discussão

A violação do espaço livre biológico, com colocação de coroas e restaurações nessa zona, pode provocar uma inflamação gengival e, consequentemente, perda de inserção periodontal, que se poderá traduzir em recessão gengival na presença de fenótipos periodontais mais finos.<sup>3</sup>

Neste caso em particular, a opção de manutenção do dente, apesar da extensa destruição deveu-se, por um lado, à idade do paciente, bem como a limitações económicas associadas a opção alternativa (extração e implante unitário). O planeamento conjunto entre Endodontista, Periodontologista e Prostodontista permitiu garantir a restaurabilidade do dente, respeitando o espaço livre biológico.

## Conclusão e Relevância Clínica

O alongamento coronário associado ao tratamento endodôntico constitui um passo viável, e muitas vezes necessário, para manutenção de dentes com pouca estrutura dentária supra-gengival remanescente.

## References

1. Cohen DW. Lecture Walter Reed Medical Centre June 3, 1962.
2. Glossary of Periodontology Terms. 2001
3. Sainhas B, Pawar, P.S, Rakhewar, Lisa Chacko, Sneha S. Walkar. Clinical lengthening procedure: various techniques, a case series. Journal of Dental and Medical Sciences. 2017 Jun;16(6):40-46.