

SEGUNDO PRÉ-MOLAR INFERIOR COM CANAL EM C A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO



2

Andreia Hortênsio*, Joana Rocha, Jorge N.R. Martins, Mariana Coelho Alves, Sérgio André Quaresma, António Ginjeira
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

INTRODUÇÃO

As variações anatómicas dos pré-molares inferiores devem ser sempre tidas em conta antes do início do tratamento endodôntico. Segundo Vertucci (1984), a maioria dos segundos pré-molares inferiores (92%) tem uma raiz. As raízes com sistema de canais em C são mais comuns em segundos molares mandibulares, no entanto, esta morfologia canalar também já foi identificada em pré-molares inferiores (Cleghorn et al. 2007, Brea et al. 2021, Martins et al. 2017).

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, caucasiano, de 50 anos, encaminhado para a consulta de Endodontia para avaliação do tratamento endodôntico do dente 45. Durante o exame clínico e radiográfico observou-se um tratamento endodôntico não satisfatório feito há 10 anos, com uma lesão endodôntica associada e, conseqüente, lâmina dura partida (Figura 1). Foram realizados testes de percussão e de palpação, tendo sido diagnosticada periodontite apical sintomática (resposta positiva à percussão vertical, sem dor à palpação) e sendo o prognóstico favorável. O plano de tratamento proposto e aceite passou pelo retratamento endodôntico não cirúrgico e posterior reabilitação com uma prótese fixa (coroa).

Após anestesia, isolamento absoluto, remoção da cárie, restauração pré-endodôntica e refinamento da cavidade de acesso com ponta de ultrassons (P3), foram identificados dois canais e uma perfuração no terço cervical do dente (Figura 2). Os canais foram desobturados com a lima R25 (Reciproc, VDW, Munique, Alemanha) e limas 30 Hedstrom (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) e a perfuração foi reparada com MTA (Pro-Root MTA, Dentsply Tulsa Dental, Tulsa, OK) (Figura 3). Uma cuidada exploração da entrada dos canais radiculares revelou uma conformação de canal em C. Na segunda consulta, os canais foram instrumentados com limas mecanizadas (lima Primary, Wave One Gold, Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) até ao comprimento de trabalho determinado pelo localizador apical (Mini Root Zx, Morita, Kyoto, Japão) (Figura 4). O calibre apical foi determinado com limas NiTi, tendo todos os canais um calibre de 25. A irrigação foi realizada durante todo o procedimento com hipoclorito de sódio a 5,25% e foi realizado o protocolo final segundo Basrani et al. (2012) juntamente com a técnica ativação manual dinâmica do NaOCl (Matchou 2015). A obturação foi feita com gutta-percha, através da técnica de condensação de onda contínua e cimento (Figuras 5, 6 e 7).

O selamento coronário foi feito Ionoseal (VOCO, GmbH, Cuxhaven, Alemanha) e foi feita a restauração provisória com Cavit (3M ESPE, Seefeld, Alemanha) (Figura 8), sendo o dente encaminhado para a consulta de reabilitação. O procedimento foi realizado com recurso a lupas de ampliação 5.3x (MeridentOptergo MO VINKEP, Mölnycke, Suécia). Após 6 meses, o paciente permanece assintomático (Figura 9).



Figura 1 - Inicial

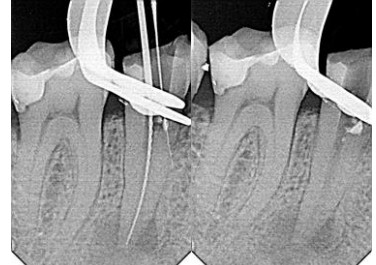


Figura 2 - Desobturação e abordagem à perfuração

Figura 3 - Tratamento da perfuração com MTA



Figura 4 - Comprimento de trabalho

Figura 5 - Conometria

Figura 6 - Downpack

Figura 7 - Obturação

Figura 8 - Final

Figura 9 - Follow-up 6 meses

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O Médico Dentista deve estar atento à existência de pré-molares mandibulares com canais em C. Num estudo de Martins et al. (2017), a prevalência desta morfologia canalar foi 2,3% e 0,6% para os primeiros e segundos pré-molares mandibulares, respetivamente. Esta condição anatómica é mais frequente em homens e é normalmente unilateral, estando associada a um groove causado por uma falha na bainha epitelial de Hertwig durante o desenvolvimento dentário (Martins et al. 2017, Gomez et al. 2018).

O uso de determinadas técnicas, como magnificação e pontas de ultrassons, assim como métodos específicos de obturação a três dimensões, são essenciais para tornar mais previsível a identificação, negociação e obturação destes sistema de canais, aumentando assim as hipóteses de sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS:

- 1.Vertucci FJ. Root canal anatomy of the human permanent teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 58:589-599
- 2.Cleghorn B, Christie W, Dong C. The Root and Root Canal Morphology of the Human Mandibular Second Premolar: A Literature Review. *Journal of Endodontics* 2007; 33(9):1031-1037
- 3.Brea G, Gomez F, Gomez-Sosa JF. Cone-beam computed tomography evaluation of C-shaped root and canal morphology of mandibular premolars. *BMC Oral Health* 2021;21:236.
- 4.Martins JNR, Francisco H, Ordinala-Zapata R. Prevalence of C-shaped Configurations in the Mandibular First and Second Premolars: A Cone-beam Computed Tomographic - In Vivo Study. *Journal of Endodontics* 2017; 43(6): 890-895.
- 5.Gomez K, Brea G, Gomez-Sosa JF. Root canal treatment of a mandibular first premolar with a category 3 C-shaped root canal anatomy: a case report. *Endo* 2018;12:163-8.
- 6.Matchou P. Manual Dynamic Activation (MDA) Technique. *Endodontic Irrigation* 2005;149-155.
- 7.Basrani B, Haaspasalo M. Update on endodontic irrigating solutions. *Endodontic Topics* 2012;27:74-102.