



Miguel Cardoso^{1,2}, Diana SottoMayor³, Benedito Pires¹, Maria Carolina Pereira¹, Pedro Pereira¹, Bruno de Almeida¹

1 – Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

2 – Investigador Integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa.

3 – Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa.

INTRODUÇÃO

A microcirurgia endodôntica baseia-se na premissa básica da remoção de todo o conteúdo necrótico e no selamento completo do sistema de canais radiculares.¹ A introdução do microscópio, microinstrumentos, pontas ultrassónicas e materiais retrobturadores biocompatíveis e bioativos tem aumentado a previsibilidade destes procedimentos.²

Estudos suportam que o MTA e os novos materiais derivados de silicato de cálcio, devido à sua biocompatibilidade e capacidade de selamento, promovem uma melhor cicatrização dos tecidos periradiculares.³

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

História clínica

Um paciente, do género masculino, de 22 anos e saudável, dirigiu-se à consulta na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, com queixas algícas referentes ao dente 46 que tinha sido submetido a um tratamento endodôntico radical em 2014 e um retratamento não cirúrgico em 2020. Referia uma dor pulsátil com evolução e agravamento nos últimos 6 meses. No exame clínico, observou-se dor à percussão vertical e horizontal no dente 46.

Perante a avaliação imagiológica (CBCT) identificou-se uma lesão apical com envolvimento de ambas as raízes, com extravasamento do material obturador e uma fenestração vestibular.

Protocolo operatório

O plano de tratamento proposto passou pela cirurgia apical com apicectomia em ambas as raízes e retrobturação com Biodentine®. Após o consentimento informado, procedeu-se à anestesia e efetuou-se um retalho em envelope desde o dente 43 até distal do dente 47, com uma descarga vestibular. Foi realizada uma osteotomia para dar acesso ao ápice das raízes e ao tecido de granulação da lesão periapical. Após limpeza da loca cirúrgica procedeu-se à apicectomia dos 3mm apicais. De seguida, com recurso a pontas de ultrassons realizou-se a preparação retrógrada, seguida da secagem canalar e retrobturação com Biodentine®. Finalmente procedeu-se à sutura com fio de nylon 5/0.

Nos controlos realizados observou-se ausência de sintomatologia e diminuição da imagem radiotransparente verificando-se uma boa evolução da situação clínica.

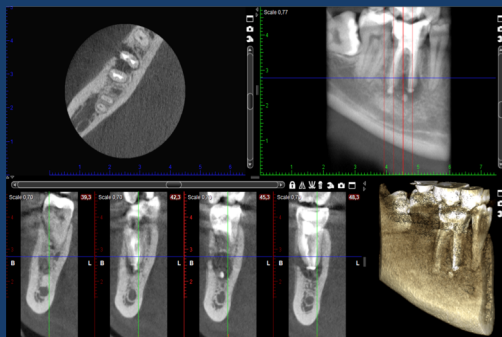


Figura 1 – CBCT pré-operatório



Figura 2 – Fotografia pré-operatória



Figura 3 – Retalho em envelope distal do dente 43 até 47 com descarga distal



Figura 4 – Osteotomia com broca fissurada em peça de mão



Figura 5 – Tecido de granulação com material obturador



Figura 6 – Apicectomia dos 3mm apicais

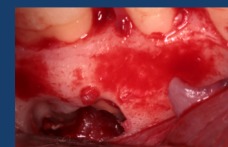


Figura 7 – Loca cirúrgica



Figura 8 – Preparação retrógrada com ponta de ultrassom Proultra® Dentsply

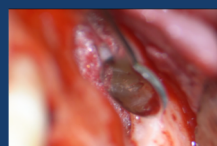


Figura 9 – Após preparação retrógrada do canal DV



Figura 10 – Retrobturação com Biodentine®



Figura 11 – Sutura com nylon 5/0



Figura 12 – Após remoção da sutura



Figura 12 – Radiografia pós-operatória



Figura 13 – Radiografia de controlo após 1 semana



Figura 14 – Radiografia de controlo após 1 mês

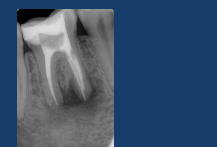


Figura 15 – Radiografia após 3 meses

DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

Embora o retratamento não-cirúrgico seja, na maior parte dos casos, bem-sucedido, há casos em que a cirurgia periapical é necessária.⁴ Os novos cimentos derivados de silicato de cálcio tal como o Biodentine® são uma boa alternativa como material retrobturador.⁶ A cirurgia periapical, quando indicada, é um bom recurso para salvar dentes com patologia periapical persistente.

