



# Reabsorção cervical externa (invasiva): relato de caso clínico

50

Arruda, L. 1; Silveira, J. 2

luz.garrido@gmail.com

1 - Médico Dentista, Clínica de Medicina e Estética Dentária, Horta, Faial  
2 - Médico Dentista Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa.

## INTRODUÇÃO E OBJETIVO

A reabsorção radicular inclui todas as situações em que os tecidos dentários mineralizados são eliminados por células clásticas em algum ponto da superfície radicular, seja ele interno ou externo.

No processo etiopatogénico ocorre perda irreversível de estrutura dentária com destruição de dentina e cimento.

A perda de tecido dentário cervical devido à Reabsorção Cervical Invasiva (RCI) pode resultar na descoloração da estrutura dentária na zona da reabsorção, devido ao desenvolvimento de tecido vascular no interior da zona afetada.

Vários autores, entre eles Heithersay, identificaram vários fatores etiológicos da RCI dos quais os mais frequentes são o trauma dentário e tratamento iatrogénicos.

A prevalência da RCE estimada é de 2,3% e a taxa de sobrevivência dos dentes afetados a 5 anos é de 70,3%, a 10 anos é de 28,6%.

Patel et al propuseram uma nova classificação para complementar a classificação de Heithersay, baseada em imagens CBCT. Esta classificação baseia-se na extensão vertical da lesão, na dimensão circunferencial e na proximidade à polpa.

Um dos tratamentos preconizados recorre à utilização tópica de ácido tricloroacético a 90% durante 1 minuto sobre a lesão. Os tecidos afetados são eliminados com o uso de brocas e o defeito pode ser restaurado com IV, resina composta, amalgama, MTA, Biodentine® ou uma combinação de vários materiais restauradores.

No presente caso clínico documenta-se o tratamento de uma RCI de um incisivo central superior, 11, em que foi realizado simultaneamente tratamento endodôntico, cirurgia e reabilitação da cavidade.

## CASO CLÍNICO

Um jovem, sexo masculino, de 24 anos dirigiu-se à consulta de Medicina Dentária por "tenho um pink spot" sic, na face vestibular do dente 11. Com sintomatologia aguda ao frio. Na anamnese, releva-se historial de traumatismos repetidos (desportos de combate)

Foi estabelecido o diagnóstico preliminar de pulpite irreversível com envolvimento da zona coronária-cervical e apical. Não foram registadas bolsas nem mobilidade dentária. No teste de percussão foi registada sintomatologia dolorosa. Com a realização de CBCT confirmou-se a classe de Heithersay, tipo 3 e Patel tipo 2Cp.

O tratamento foi realizado numa sessão única. Efectuou-se uma incisão intrasulcular sem descargas, envolvendo as papilas com retalho mucoperiosteo de espessura total. Todo o tecido de granulação e dentina fetada presente no interior foi removido com a utilização de curetas cirúrgicas, escavadores e instrumentos rotatórios. O procedimento foi realizado com isolamento absoluto, com utilização de dique de borracha e um grampo de retração 212 (Hu-Friedy, USA).

Foi realizado o acesso coronário com uma broca esférica e pontas ultrassónicas. O comprimento de trabalho foi determinado com localizador apical (Dentsply, Propex Pixi), a preparação químico-mecânica com limas manuais e sistema Protaper Gold (Dentsply Maillefer) até F3. Para desinfeção canalar utilizou-se, hipoclorito de sódio 5,25% e EDTA 17% com recurso a agulhas de saída lateral (Canalpro, Coltene-Whaledent, OH, EUA) e efetuada ativação dinâmico-manual. O canal foi obturado utilizando a técnica de onda contínua de calor e usando um cimento obturador biocerâmico (Bio-C Sealer, Angelus).

A cavidade foi restaurada com resina composta cor A3 Body (Filtek Supreme XTE, 3M ESPE, St Paul, Minnesota, EUA). Foi efetuado polimento com discos soflex e pasta de polimento (Ultradent Diamond Polish Mint, South Jordan, UT, EUA) e os excessos removidos com lâmina de bisturi nº 12. Na consulta de de remoção da sutura (10d) o paciente apresentava-se completamente assintomático, sem sinais de inflamação.



Figura 1 - Caso clínico inicial



Figura 2 - Exames radiológicos iniciais evidenciando a lesão.

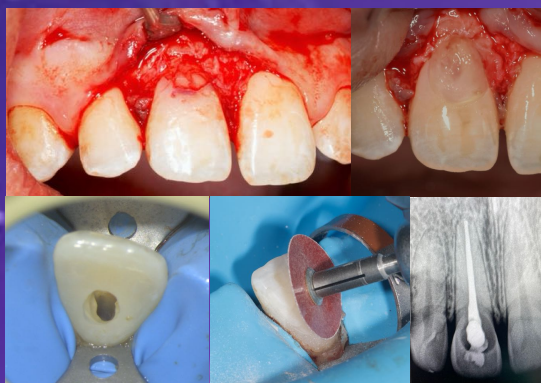


Figura 3 - Acesso à lesão (A), remoção da lesão (B), acesso endodôntico (C), polimento final (D) e radiografia final (E)



Figura 4 - Final da consulta (sutura)

## CONCLUSÃO

Um diagnóstico precoce e um correto plano de tratamento, bem como uma completa eliminação do tecido de granulação e subsequente restauração, podem contribuir para a manutenção a médio/longo prazo do dente com resultados satisfatórios. No presente caso, após o tratamento endodôntico, cirúrgico e reabilitador da cavidade registou-se uma ausência de sintomatologia da RCI e estética razoável.

Bibliografia  
Patel S, Foschi F, Mannocci F, Patel K. External cervical resorption: a three dimensional consideration. Int Endod J 2018; 51:206-214

Rajasekharan S, Martens LC, Cauwels RG, Verbeek RM. Biodentine™ material characteristics and clinical applications: a review of the literature. Eur Arch Paediatr Dent 2014;15:147-58.

Yilmaz HG, Kalender A, Cengiz E. Use of mineral trioxide aggregate in the treatment of invasive cervical resorption: a case report. J Endod 2019;36:160-3.

Heithersay GS. Clinical, radiologic, and histopathologic features of invasive cervical resorption. Quintessence Int 1999;30:27-37.

Baranwal AK. Management of external invasive cervical resorption of tooth with Biodentine: A case report. J Conserv Dent 2016;19:296-9.