

# PRÉ-MOLAR SUPERIOR COM CONFIGURAÇÃO TIPO IV, INSTRUMENTO SEPARADO E CANAIS OBLITERADOS

Sofia Moura Furtado<sup>1</sup>; Joana Araújo Carvalho<sup>1</sup>; Jorge N. R. Martins<sup>1,2</sup>; Mário Rito Pereira<sup>1</sup>; António Ginjeira<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa (FMDUL)

<sup>2</sup> Unidade de Investigação Oral e Biomédica (UICOB) - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

**INTRODUÇÃO:** É de extrema importância o conhecimento do número médio de canais radiculares num determinado dente. A prevalência da configuração Vertucci tipo IV num segundo pré-molar superior é de 16,9%. A obliteração do canal pulpar é caracterizada pela deposição de tecido duro no espaço do canal radicular e pela coloração amarela da coroa clínica. O mecanismo exato da obliteração é desconhecido, mas acredita-se que esteja relacionado com danos no fornecimento neurovascular da polpa no momento da lesão. Canais obliterados tendem a aumentar a incidência de complicações intraoperatórias, como instrumentos fraturados.

## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO:

Paciente do sexo masculino, 72 anos, foi referenciado para o tratamento endodôntico do dente 25 após fratura de um instrumento no canal vestibular. O exame radiográfico revelou uma lesão periapical radiolúcida associada ao dente 25 e a presença de um instrumento separado no canal vestibular, bem como a ausência de uma imagem compatível com canais radiculares a partir do terço médio (Figura 1).



Figura 1 – Radiografia periapical inicial.

No exame clínico, verificou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical, horizontal e à palpação. Foi feito o diagnóstico de dente com tratamento endodôntico previamente iniciado e periodontite apical sintomática.

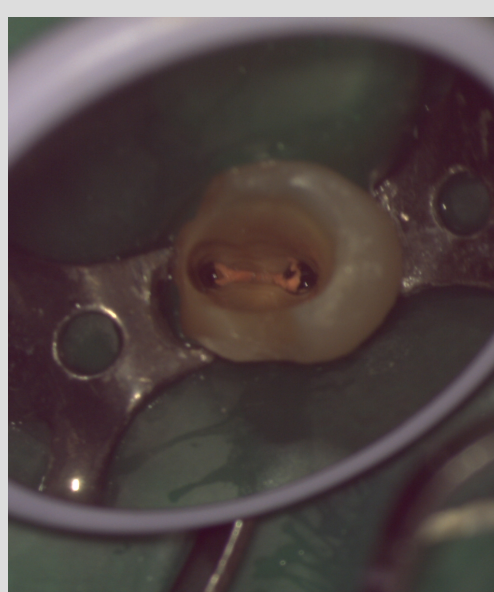


Figura 2 – Fotografia intra-operatória da cavidade de acesso.

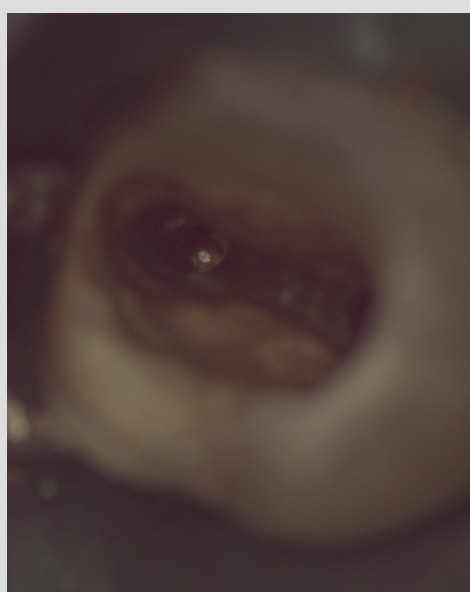


Figura 3 – Fotografia intra-operatória da localização do instrumento separado.



Figura 4 – Fotografia intra-operatória da remoção do instrumento separado envolvido numa lima H.



Figura 5 – Radiografia periapical de confirmação da remoção do instrumento separado.

Numa primeira fase do retratamento endodôntico não cirúrgico, após a realização da cavidade de acesso removeu-se os remanescentes de gutta-percha que existiam no interior do canal radicular e foi confirmada a presença de um instrumento separado no canal vestibular sendo o mesmo removido com auxílio de uma lima H.

A obliteração canal foi eliminada com auxílio de limas C-Pilot #8, #10, #12 e #15 (Figura 6), a preparação químico-mecânica foi realizada com recurso às limas Wave One Gold até um calibre 025.07 e obturado com a técnica de onda contínua de calor (Figuras 8 e 9) e posteriormente foi feita a reabilitação com uma coroa metalo-cerâmica e espigão fibra de vidro. Um ano depois, verificou-se uma evolução favorável da lesão periapical (Figura 10).

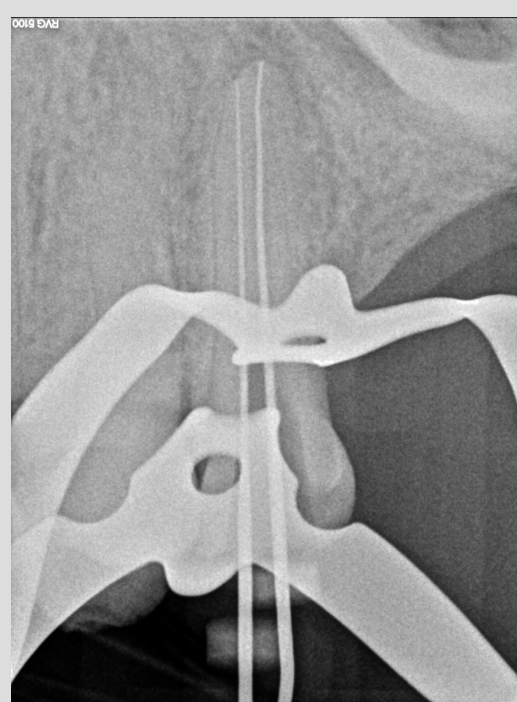


Figura 6 – Radiografia periapical de comprimento de trabalho.



Figura 7 – Radiografia periapical de prova de cone.

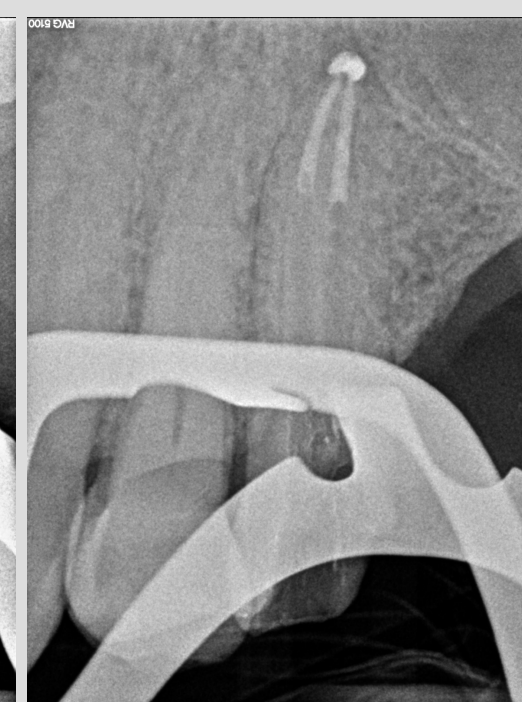


Figura 8 – Radiografia periapical de down-pack.

**CONCLUSÃO:** A obliteração canal radiográfica, regra geral, ocorre no sentido colono-apical e a obliteração completa não significa necessariamente a ausência de espaço canal, pois histologicamente sabemos que existe um espaço com tecido pulpar. A negociação de canais obliterados é um desafio mas, uma vez identificado o canal original, o instrumento tende a progredir mais facilmente à medida que avança na direção apical até se atingir a permeabilidade apical, tornando-se o caso mais previsível. É de extrema importância saber que instrumentos utilizar na abordagem de canais obliterados, de forma a evitar acidentes intraoperatórios e alcançar o objetivo principal do tratamento endodôntico.



Figura 9 – Radiografia periapical final.



Figura 10 – Radiografia periapical de follow-up (1 ano).