



## Apexificação com MTA em dente permanente imaturo: Relato de caso clínico

Joana Rodrigues<sup>1</sup>, Madalena Spratley<sup>1</sup>, Jorge N.R. Martins<sup>1</sup>, Karla Baumotte<sup>1</sup>, António Ginjeira<sup>1</sup>

1 – Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa



joanarodrigues.md@gmail.com

### Introdução

A apexificação é o procedimento endodôntico de desbridamento, desinfecção e obturação dos canais radiculares em dentes imaturos cujo diagnóstico pulpar é necrose ou pulpite irreversível. Apesar da presença de lesões periapicais prévias ao tratamento ser um fator determinante no prognóstico, as taxas de sucesso de apexificação com recurso a agregado trióxido mineral (MTA) permanecem consistentemente altas.

### Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 8 anos, sem antecedentes médicos relevantes, foi referenciada para avaliação do dente 21. Ao exame clínico não apresentava sintomatologia, sendo os testes de sensibilidade pulpar negativos. A radiografia periapical revelou um dente permanente imaturo com desenvolvimento radicular incompleto, ápice aberto e extensa radiolucidez periapical (Fig.1). O diagnóstico pulpo-periapical estabelecido foi de necrose pulpar associada a periodontite apical assintomática. O tratamento endodôntico foi realizado numa única sessão, sob isolamento absoluto e ampliação. Após determinação do comprimento de trabalho (Fig.2), procedeu-se à instrumentação minimamente invasiva e desinfecção do canal radicular com hipoclorito de sódio a 5,25%. Devido à presença de um ápice aberto, foi realizada uma apexificação através da colocação de uma barreira apical em agregado trióxido mineral (MTA; Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça), permitindo a criação de um limite apical adequado para a obturação (Fig.3). Após confirmação radiográfica da adaptação da barreira, o espaço remanescente do canal foi obturado com guta-percha e cimento AH Plus (Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça) (Fig.4), tendo o dente sido posteriormente restaurado com resina composta. Na reavaliação aos 13 meses, observou-se ausência de sinais ou sintomas clínicos e evidência radiográfica de boa recuperação periapical, compatíveis com o sucesso do tratamento (Fig.5).



Fig. 1:  
Radiografia Inicial



Fig. 2:  
Radiografia de  
Odontometria



Fig. 3:  
Barreira Apical em  
MTA



Fig. 4:  
Radiografia Final



Fig. 5:  
Controlo clínico  
aos 13 meses

### Discussão e Conclusão

A polpa dentária contém odontoblastos que estimulam a formação do ápice radicular. Na ausência de vitalidade pulpar, o desenvolvimento da raiz é interrompido e o dente imaturo deve ser tratado endodonticamente. O tecido necrosado deve ser removido, os canais desinfetados e obturados. O uso de agregado trióxido mineral (MTA) como barreira apical, sela a comunicação entre os canais radiculares e os tecidos periapicais, permitindo uma obturação tridimensional do sistema canal.

A apexificação com recurso a barreiras apicais de agregado trióxido mineral (MTA) demonstra resultados consistentes e fiáveis de sucesso, tanto na cura de lesões, como na manutenção do dente em função.

### Referências Bibliográficas:

1. OEHLERS F. A. (1957). Dens invaginatus (dilated composite odontome). I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology, 10(11)
2. Siqueira, J. F., Jr, Rôças, I. N., Hernández, S. R., Brisson-Suárez, K., Baasch, A. C., Pérez, A. R., & Alves, F. R. F. (2022). Dens Invaginatus: Clinical Implications and Antimicrobial Endodontic Treatment Considerations. Journal of endodontics, 48(2), 161–170
3. Baruwa, A. O., Anderson, C., Monroe, A., Cracel Nogueira, F., Corte-Real, L., & Martins, J. N. R. (2025). Dens Invaginatus: A Comprehensive Review of Classification and Clinical Approaches. Medicina (Kaunas, Lithuania), 61(7), 1281
4. González-Mancilla, S., Montero-Miralles, P., Saúco-Márquez, J. J., Areal-Quecuty, V., Cabanillas-Balsera, D., & Segura-Egea, J. J. (2022). Prevalence of Dens Invaginatus assessed by CBCT: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of clinical and experimental dentistry, 14(11), e959–e966
5. Girsch, W. J., & McClammy, T. V. (2002). Microscopic removal of dens invaginatus. Journal of Endodontics, 28(4), 336–339