



*Dra. P. Baptista,
*Dra. M. Lourenço,
*Dra. I. Ferreira

CASO CLÍNICO: REABSORÇÃO INTERNA DENTE 22

Introdução

As reabsorções radiculares resultam na perda de tecidos duros, nomeadamente de dentina, de cemento ou de osso, devido à ação odontoclástica^{1,2,3,5}.

A etiologia e a patogénese das reabsorções radiculares são ainda pouco compreendidas, estando associado a fatores patogénicos nos dentes definitivos e a fatores fisiológicos nos dentes decíduos^{1,2,5}. As alterações ocorridas apresentam um carácter irreversível².

Existem fatores etiológicos que aumentam a sua prevalência, tais como trauma, infeção pulpar, branqueamento interno, tratamento ortodôntico^{1,2}, cáries, infeções periodontais, tratamentos iatrogénicos - restaurações mal realizadas, tratamentos pulpares vitais com hidróxido de cálcio⁵.

As reabsorções radiculares podem ser classificadas como externas ou internas^{1,2}.

As reabsorções internas podem ser inflamatórias ou de substituição, consoante o seu processo patogénico^{1,2,4}.

Normalmente, apresentam-se assintomáticas^{1,2,4,5}, podendo evoluir para sintomáticas quando há invasão dos tecidos periodontais. As manifestações clínicas demonstram-se através da dor à palpação e percussão, quando existe perfuração; descoloração dentária (*pink spot* - correspondentes a zonas de tecido de granulação)^{3,5}; mobilidade e presença de fistula¹.

O diagnóstico é feito através de técnicas radiográficas^{1,2,4,5}, sendo a posição da lesão no interior do canal radicular, independentemente da projeção. As lesões são caracterizadas por um defeito radiotransparente, com bordos simétricos e redondas ou ovais^{1,3,5}.

Descrição caso clínico

1ª consulta

Paciente do sexo feminino, 28 anos com tratamento ortodôntico prévio.

Compareceu na consulta para avaliação do 24. Foi realizada uma radiografia apical, como meio complementar de diagnóstico, e observou-se uma reabsorção interna no dente 22.

O dente 22 apresentava-se assintomático, sem alteração de cor, mobilidade, alterações clínicas, com lesão periapical assintomática e abscesso crónico.

Realizado CBCT para avaliação e confirmação do diagnóstico.

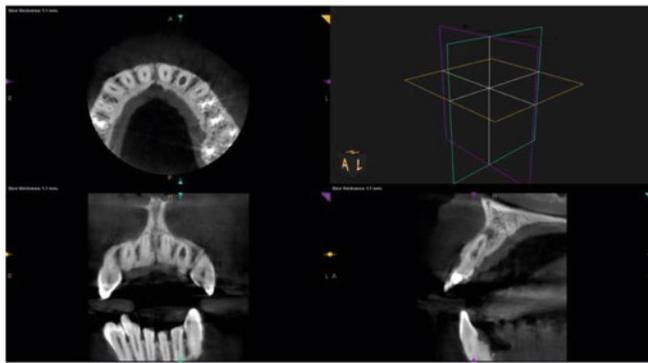


Fig.1. Imagem extraída do CBCT maxilar.

2ª consulta

Realizou-se a abertura da cavidade de acesso com esférica de turbina. O dente não apresentou sangramento nem qualquer supuração.

Procedeu-se à permeabilização com k10, a instrumentação foi com sistema Protaper Next® (Dentsply Sirona), até à lima X3. A confirmação do comprimento de trabalho foi feita radiologicamente com lima k30.

Durante todo o processo utilizou-se o hipoclorito 5,25%, como irrigante principal, e ativação com Endoactivator®, de forma a aumentar a eficácia do Hipoclorito.

No fim da consulta foi aplicado de hidróxido de cálcio e feita uma restauração provisória com Cavit.

3ª consulta

Procedeu-se à remoção do cavit. Irrigação com hipoclorito 5,25% e uso do Endoactivator®. Recapitulou-se a instrumentação e foi realizada a conometria, com recurso ao rx.



Fig.2: Radiografia inicial



Fig.3. Conometria com lima k30.



Fig.4. Rx final - avaliação da obturação e do preenchimento da reabsorção.

Como protocolo de irrigação final foi utilizado álcool 96%, ácido cítrico 40%, álcool 96%, hipoclorito 5,25%, álcool 96%) com ativação dos produtos de irrigação com Endoactivator®.

A técnica de obturação utilizada foi a técnica híbrida de Tagger com cones Autofit e Ahplus®. Recorreu-se ao uso de Macspadden - 50, 55, 60 - para termoplastificar a guta percha e permitir o preenchimento de toda a reabsorção e canal radicular.

Por fim, o selamento intracoronário foi com ionoseal e restauração provisória com Cavit.

Discussão

A maioria das reabsorções radiculares internas são achados radiográficos, uma vez que são principalmente assintomáticas^{1,2,4,5}.

Após deteção da reabsorção interna no dente 22, foi realizado o tratamento endodôntico.

O tratamento endodôntico é a primeira linha de atuação, uma vez que a progressão da reabsorção ocorre pela presença de células vitais, que proporcionam nutrientes aos odontoclastos^{1,3}. Este tratamento remove o tecido de granulação e termina com o suprimento sanguíneo¹.

Os meios químicos destacam-se, para eliminar todo o tecido vital e necrótico, pois existe uma grande dificuldade na instrumentação pelo alargamento do espaço radicular¹.

O uso de hipoclorito de sódio (NaOCl) a 5,25% é essencial para dissolver quimicamente o tecido pulpar^{1,4,5}. A utilização de ativadores de irrigação permite uma maior difusão do hipoclorito e o aumento da sua eficácia na remoção de detritos orgânicos e do biofilme no espaço radicular^{1,4,5}.

A aplicação de hidróxido de cálcio torna o tecido necrótico mais solúvel ao NaOCl e diminui a formação de colónias bacterianas^{1,4,5}.

A técnica de obturação de primeira linha, nestes casos, é a obturação por onda contínua de calor, pois o aquecimento da guta percha permite que esta fique mais plástica e, consequentemente, mais fluída e se difunda por todo o espaço canal¹.

Contudo, o equipamento não estava disponível em clínica no dia da obturação e, por isso, foi utilizada a técnica híbrida de Tagger. Esta técnica envolve o uso de termocompactadores mecânicos (Macspadden) e a condensação vertical.

O uso de Macspadden permite termoplastificar a guta percha, por lhe transmitir calor através da rotação e assim fazer o preenchimento do espaço canal¹.

Conclusão

As reabsorções internas são achados radiográficos e, normalmente, assintomáticas^{1,2,4,5}. É essencial o uso de meios complementares de diagnóstico para confirmação e elaboração do plano de tratamento^{1,2,4,5}.

As reabsorções internas tornam-se um desafio clínico pela anatomia, dificuldade de instrumentação e preenchimento do espaço radicular, diminuição da espessura das paredes canalares e correta desinfecção^{1,2}. Sendo uma parte importante do processo terapêutico a inibição de qualquer atividade celular⁵.

O prognóstico depende da experiência clínica, extensão do defeito e da estrutura remanescente. ■

* Médica dentista, Santa Madalena, Alvalade; patitamoraibaptista@gmail.com

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt