

Amputação radicular da raiz mesio-vestibular do dente 16. Caso clínico

Pinho I.¹, Fernandes S.¹, Macedo J.¹, Silva O.², Martins M.³

¹ Aluno da Licenciatura em Medicina Dentária

² Assistente da cadeira de Endodontia da Licenciatura em Medicina Dentária

³ Regente da cadeira de Endodontia

Mestrado Integrado de Medicina Dentária – Universidade Católica Portuguesa

Introdução

São frequentes os casos em que o profissional se depara com anatomias radiculares que dificultam a cateterização canalar, bem como a globalidade de procedimento endodôntico. Neste caso clínico, os autores depararam-se com uma acentuada curvatura no sentido distal, a nível do 1/3 médio, a qual se revelou impossível de permeabilizar com técnica manual. O recurso à instrumentação e permeabilização com o sistema ProFile provocou uma perfuração a nível do 1/3 médio.

Discussão

A remoção de um instrumento de preparo canalar mecanizado, uma vez fracturado no decurso da instrumentação, torna-se de difícil execução. Neste caso, a situação revelou-se particularmente agravada pelo diagnóstico de necrose associado à impossibilidade de progressão desde o início do tratamento, estando a preparação e obturação canalar limitada apenas ao 1/3 médio. Clinicamente, a paciente passou a apresentar queixas à mastigação, relacionadas, provavelmente, com o instrumento fracturado. Esta condição associada à impossibilidade de remover por via endodôntica convencional o instrumento fracturado, bem como o elevado comprimento canalar não instrumentado nem obturado, justificaram para os autores o recurso a uma rizectomia da raiz MV como solução para a preservação do órgão dentário.

Conclusões

Os procedimentos endodônticos devem preceder a atitude cirúrgica. Contudo, neste caso, a remoção do instrumento, sendo de difícil abordagem endodôntica, além da impossibilidade de progressão canalar, justificou o recurso a uma técnica cirúrgica – Rizectomia. A indicação cirúrgica deve ser pautada por critérios endodônticos, de clínica e avaliação radiológica.

Bibliografia

1. Castrisos T, Abbott PV. A survey of methods used for post removal in specialist endodontic practice. *Int Endod J* 2002 Feb;35(2):172-80;
2. Suter B, Lussi A, Sequeira P. Probability of removing fractured instruments from root canals. *Int Endod J* 2005 Feb;38(2):112-23;
3. Bouillaguet S, Wataha JC, Lockwood PE, Galgano C, Golay A, Krejci I. Cytotoxicity and sealing properties of four classes of endodontic sealers evaluated by succinic dehydrogenase activity and confocal laser scanning microscopy. *Eur J Oral Sci* 2004 Apr;112(2):182-7;
4. Sundqvist G, Figdor D, Persson S, Sjogren U. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative re-treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998 Jan;85(1):86-93;
5. Lindhe J., Karring T., Lang N. P.; Tratado de Periodontologia Clínica e Implantologia Oral; 4.ª Edição; Guanabara Koogan; 2005;
6. Bramante C.; Bebert A.- Cirurgia paraendodontica. 1.ª Ed. Livraria Santos Editora, 2000;
7. Carranza F., Takei H., Newman M.; Clinical Periodontology; 9.ª Ed., W.B. Saunders

Amputação radicular da raiz mv do dente 16. Caso clínico

Introdução

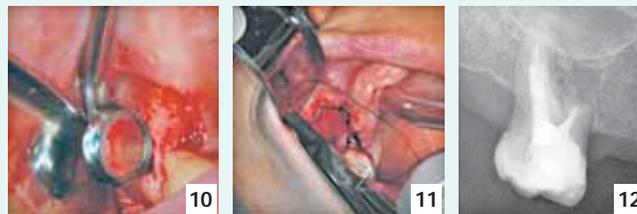
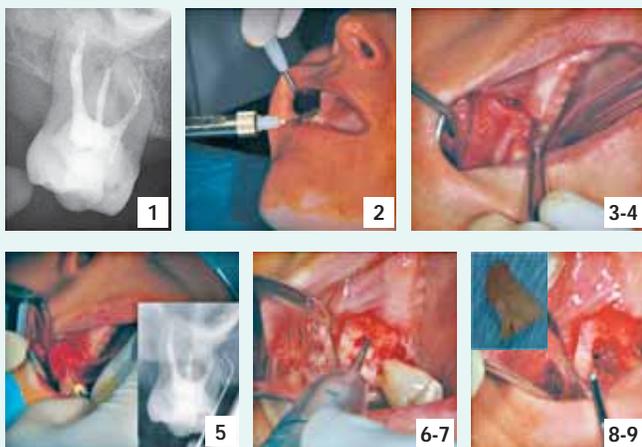
Paciente do sexo feminino com 33 anos de idade. Apresenta tendência para hipertireoidismo que não requer tratamento farmacológico. Medicada com Forficol® e anticoncepcional.



No decorrer do tratamento endodôntico, deparamo-nos com uma acentuada curvatura da raiz MV no sentido distal, a nível do 1/3 médio, na qual o canal se revelou impossível de cateterizar com técnica manual. O recurso à instrumentação e permeabilização com o sistema ProFile® provocou uma perfuração a nível do 1/3 médio e fractura do instrumento mecânico.

Clinicamente, a paciente passou a apresentar queixas à mastigação além de uma palpação vestibular com dor, relacionadas, provavelmente, com o instrumento fracturado.

Procedimento



1. Raio-x de diagnóstico com incidência ortogonal
2. Anestesia Nervo Alveolar Superior Posterior, Médio e Palatino Anterior
3. Incisão intra-sulcular com descarga mesial
4. Descolamento mucoperiósseo
5. Encravamento de uma lima a nível da raiz MV e realização de raio-x periapical ortogonal
6. Trepanação alveolar (distalmente ao local onde foi colocada a lima)
7. Amputação radicular da raiz
8. Luxação e remoção da raiz
9. Curetagem e regularização dos rebordos ósseos
10. Verificação da Obturação
11. Rebatimento do retalho e sutura com pontos simples (fio sutura não reabsorvível 3/0)
12. Realização raio-x periapical pós-operatório com incidência ortogonal

Conclusão/Discussão

Os procedimentos endodônticos devem preceder a atitude cirúrgica. Contudo, a impossibilidade de remover por via convencional o instrumento fracturado, a dificuldade de progressão canalar, além de se tratar de um dente pilar de prótese removível, legitimou a resolução cirúrgica deste caso com o recurso à amputação radicular.

A indicação cirúrgica deve ser pautada por critérios endodônticos, de clínica e avaliação radiológica: a paciente apresentava sintomatologia clínica positiva quer à mastigação quer à palpação além de se começar a tornar evidente uma imagem radiotransparente em mesial da raiz MV do dente em questão, cuja etiologia, aparentemente se relaciona como o instrumento mecânico fracturado.

O prognóstico deste procedimento apresenta-se favorável, quer no que concerne à vertente endodôntica, quer no que diz respeito à sua componente periodontal. As raízes remanescentes garantem só por si a carga oclusal. Neste caso em concreto, este critério apresenta ainda melhor prognóstico porque paciente não apresenta dentes antagonistas.