

TRATAMENTO DE MOLAR EM SESSÃO ÚNICA E COM LIMA ÚNICA



NUNO VALAMATOS PINTO

DDS, MSc

- Médico Dentista | OMD 3799
- Licenciatura em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul;
- Pos-graduação na Uic – Universidade Internacional Catalunã (2002);
- Mestrado em Endodontia Uic – Universidade Internacional Catalunã (2004);
- Prática Clínica Exclusiva em Endodontia desde 2001 na MALO CLINIC / maloclinics.com

O objetivo principal de um tratamento endodôntico é o de criar condições para manter os tecidos periodontais saudáveis onde uma desinfeção o mais completa possível de todo o sistema de canais e um selamento tridimensional têm um papel fulcral. A anatomia tem sempre um papel muito importante que pode complicar o nosso objetivo, mas os exames auxiliares de diagnóstico, o uso do microscópio e os conhecimentos dos clínicos atuais tornam o resultado final mais previsível. Este caso clínico apresenta uma anatomia na raiz distal com duas foraminas apicais independentes, o que dificultou a obturação.

Dados do paciente

Sexo feminino

30 anos

Queixas de dor no 4º quadrante

Dente:

Identificação: primeiro molar inferior direito (46)

História dentária: dor constante

Exame clínico: cárie extensa envolvendo a polpa

Avaliação radiográfica pré-operatória: curvatura moderada na raiz mesio-lingual e opacidade no terço médio do canal distal podendo indiciar a existência de dois canais.

Diagnóstico: pulpite sintomática irreversível

Plano de tratamento:

Procedimentos preliminares

Anestesia infiltrativa 4% articaina com 1:100.000 adrenalina (Inibsa)

Radiografia periapical com paralelizador (imag.A)

Isolamento absoluto com grampo 14A (Hu-Friedy) (fig.1)

Acesso o mais conservador possível, com broca esférica sob visualização microscópica (imag.C)

Tratamento numa única sessão com microscópio (Labomed).

Tratamento:

Preparação dos canais

Depois de removido cariado e o tecido pulpar calcificado existente na câmara pulpar procedemos à

irrigação e inundação da câmara com hipoclorito de sódio a 6%. Seguidamente procedemos à instrumentação com a lima Reciproc Blue 25.08(fig.2) (VDW, Munich, Germany) até aos 2/3 do canal. Usámos depois uma lima manual C-pilot (VDW, Munich, Germany) confirmar a permeabilidade do canal e determinar o comprimento de trabalho com o auxílio do localizador eletrónico apical Root ZX(Morita).

Uma vez determinado o comprimento de trabalho, confirmada a permeabilidade e estabelecido o glide path do terço apical, foi usada a lima Reciproc Blue 25.08(VDW, Munich, Germany) seguindo o protocolo estabelecido pelo fabricante.

Irrigação:

Feita com NaOCl a 6% com ativação sónica-EDDY (VDW, Munich, Germany) ácido cítrico a 10% com ativação sónica; soro fisiológico entre as duas soluções. Irrigação final: NaOCl a 6%; EDDY (VDW, Munich, Germany)60 segundos; soro fisiológico e álcool 95%.

Obturação:

Com cimento resinoso AH Plus (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) e gutta-percha; técnica de Buchanan-onda continua de calor com system B (Kerr Endodontics) (fig.3) e Backfill com Obtura III Max(Kerr Endodontics).

Aspetos técnicos:

A instrumentação do terço apical do canal distal onde tínhamos uma divisão anatómica tipo IV (classificação de Weine) (B) foi, juntamente com a obturação, o

passo mais difícil de todo o tratamento. Na verdade, a necessidade de obter as duas saídas do mesmo canal, obturando uma e evitando o bloqueio da outra foi uma tarefa nada fácil que só foi possível com a ajuda do microscópio(D). ●

BIBLIOGRAFIA

1. McCabe PS, Dummer PM. Pulp canal obliteration: an endodontic diagnosis and treatment challenge. *Int Endod J*. 2012; 45: 177-97.
2. Allen MJ, Glickman GN, Griggs JA (2007) Comparative analysis of endodontic pathfinders. *J Endod* 2007; 33: 723-6.

3. Berutti E, Cantatore G, Castellucci A, Chiandussi G, Pera F, Migliaretti G, Pasqualini D. Use of nickel-titanium rotary PathFile to create the glide path: comparison with manual preflaring in simulated root canals. *J Endod* 2009; 35: 408-12.
4. Lopes HP, Elias CN, Siqueira JF Jr, Soares RG, Souza LC, Oliveira JC, Lopes WS, Mangelli M. Mechanical behavior of pathfinding endodontic instruments. *J Endod*. 2012 a; 38: 1417-21.
5. Amir FA, Gutmann JL, Witherspoon DE. Calcific metamorphosis: a challenge in endodontic diagnosis and treatment. *Quintessence international* 2001; 32, 447-55.

6. Patersson SS, Mitchell DF. Calcific metamorphosis of the dental pulp. *OOOOE* 1965; 20, 94-101.
7. Schindler WG, Gullickson DC. Rationale for the management of calcific metamorphosis secondary to traumatic injuries. *J Endod* 1988; 14, 408-12.
8. Torneck C. The clinical significance and management of calcific pulp obliteration. *Alpha Omegan* 1990; 83: 50-3.
9. Kuyk JK, Walton RE. Comparison of the radiographic appearance of root canal size to its actual diameter. *Journal of Endodontics* 1990; 16: 28-33.



Figura 1

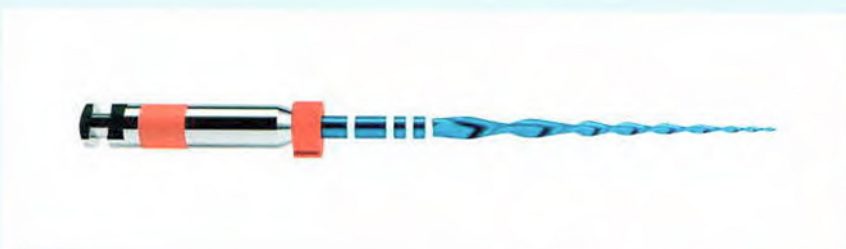


Figura 2



Figura 3

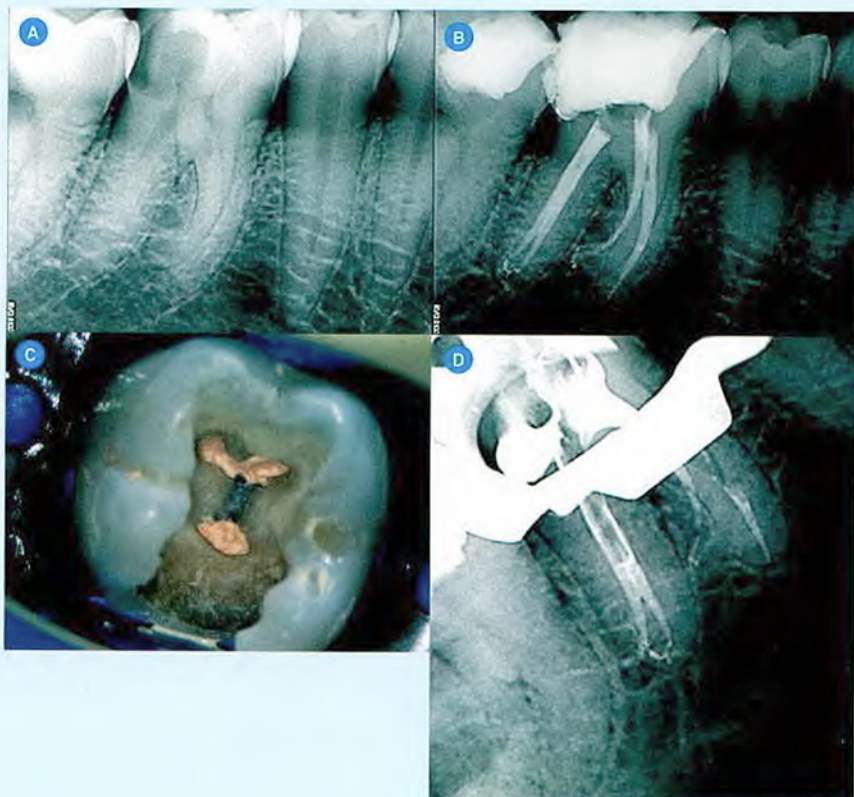


Figura 4