



Diagnóstico e tratamento da Reabsorção Radicular Externa - A Propósito de 3 casos clínicos

Franco, C^{1,2}; Monteiro, P^{1,2}; Sousa, A^{1,2}; Carpinteiro, I^{1,2}; Azul, AC^{1,2}; Mendes, JJ^{1,2}



¹ Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal

² Centro de Investigação Interdisciplinar, Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal

Introdução

A perda de tecido duro como resultado de uma atividade clástica é classificada como reabsorção radicular (RR).^{1,2} A RR pode ser classificada como interna ou externa dependendo da sua relação com a superfície dentária.^{1,2,3,4,5} A reabsorção radicular externa é classificada como: reabsorção externa inflamatória (REI), de superfície, de substituição, cervical invasiva (RCI) e *transient apical breakdown*.⁴ As REI e RCI são as mais frequentes e, por norma, exigem uma abordagem terapêutica. As principais etiologias da REI são o trauma, a periodontite apical e o tratamento ortodôntico. A RCI tem como etiologias o trauma, o branqueamento interno, o tratamento periodontal e o tratamento ortodôntico.^{1,3,5}

Descrição dos casos clínicos

Reabsorção Externa Inflamatória por trauma

Paciente masculino com história de trauma há cerca de 15 anos. Após exame clínico e radiográfico (Fig.1), complementado com CBCT (Fig.2 e 3), diagnosticou-se: Tratamento Prévio; Periodontite Apical Assintomática; REI. Após abundante irrigação com sistema de pressão negativa *CanalPro Irrigator® (Coltene)* (Fig. 5) o dente foi obturado com MTA. Numa segunda consulta foi efetuada restauração direta com *Filtek™ Supreme XTE (3M™ ESPE™)* (Fig.7 e 8). Aos 19 meses verificou-se estabilização da reabsorção e dos tecidos (Fig. 9 e 10).

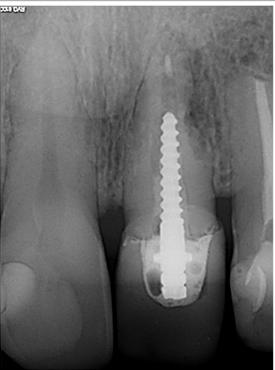


Fig. 1: Radiografia inicial

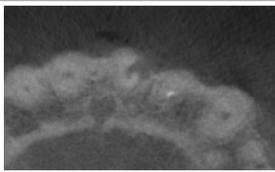


Fig. 2: Corte axial de CBCT

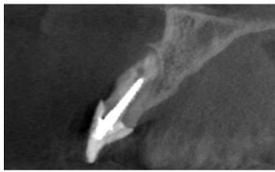


Fig. 3: Corte Sagital de CBCT



Fig. 4: Situação inicial



Fig. 7: Pós-operatório imediato



Fig. 9: Follow-up 19 meses



Fig. 5: CanalPro Irrigator® (Coltene)



Fig. 6: Aplicação de MTA

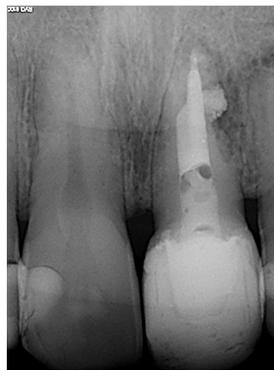


Fig. 8: Radiografia final



Fig. 10: Follow-up 19 meses

Reabsorção Externa Inflamatória por presença de patologia apical

Após exame clínico e radiográfico (Fig. 1) verificou-se a existência de tumefação associada ao dente 36 e presença de reabsorção radicular externa severa na superfície apical da raiz distal. Foi diagnosticado: Abscesso Apical Agudo; REI. Após determinação do comprimento de trabalho (Fig. 2) procedeu-se à preparação e desinfecção dos canais radiculares. Realizou-se a confirmação do *plugger* e a prova do cone de *gutta-percha* (Fig. 3). Posteriormente as raízes mesiais foram obturadas com *gutta-percha*, pela técnica de onda contínua, enquanto na raiz distal se realizou um *plug* de MTA (Fig.4). A restauração a amálgama (Fig. 5) foi substituída por uma coroa acrílica provisória (Fig. 6). Aos 5 meses (Fig. 7): resolução da sintomatologia, evidência de cura apical e estabilização da reabsorção.



Fig. 1: Radiografia inicial



Fig. 2: Comprimento de trabalho



Fig. 3: Confirmação do *plugger* e prova do cone de *gutta-percha*



Fig. 4: Radiografia final



Fig. 5: Situação inicial



Fig. 6: Coroa acrílica provisória



Fig. 7: Follow-up 5 meses

Reabsorção Cervical Invasiva

Com o exame clínico e radiográfico (Fig.1), complementado com CBCT (Fig.2, 3), diagnosticou-se: Necrose Pulpar; Periodontite Apical Assintomática; RCI. Após retalho (Fig.4) realizou-se a remoção do tecido de granulação, a aplicação de ácido tricloroacético 90% (Fig. 5), a restauração do defeito com ionómero de vidro (IV) (GC Fuji IX) (Fig.6) e posterior sutura (Fig.7). De seguida procedeu-se ao tratamento endodôntico não cirúrgico (Fig.8). Aos 9 meses (Fig.9, 10): resolução da sintomatologia, estabilização da reabsorção e dos tecidos periodontais.



Fig. 1: Radiografia inicial



Fig. 2: Corte axial de CBCT

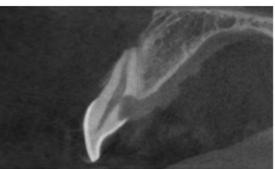


Fig. 3: Corte Sagital de CBCT



Fig. 4: Retalho espessura total



Fig. 7: Sutura pós-operatória



Fig. 9: Follow-up 9 meses



Fig. 5: Ácido Tricloroacético 90%



Fig. 6: Restauração com IV

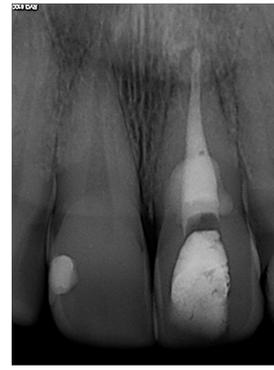


Fig. 8: Radiografia final

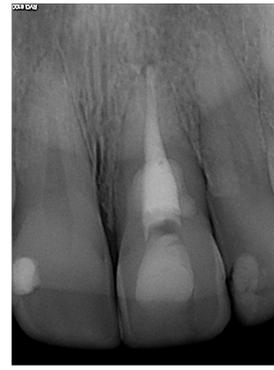


Fig. 10: Follow-up 9 meses

Discussão e Conclusões

A reabsorção radicular é caracterizada pela perda de tecido duro dentário. Quando há um dano na camada protetora de pré-dentina ou pré-cimento, uma inflamação pulpar ou do periodonto desencadeia um processo de reabsorção. Quando diagnosticadas e tratadas atempadamente as reabsorções radiculares têm bom prognóstico. O uso do CBCT é uma importante ferramenta de diagnóstico e planeamento.

1. Shanon Patel, Shalini Kanagasigam, Thomas Pitt Ford: External Cervical Resorption: A Review, JOE 2009; 35(5): 616-625
2. Patel S., MClindent, Ricucci D., Durak C., Tay F., Internal Root Resorption: A Review. (J Endod 2010; 36(7):1107-1121
3. Martin Trope: Root Resorption due to dental trauma, Endodontic Topics 2002; 1: 1601-1538
4. Patel S, Pitt Ford T. Is the resorption external or internal? Dental Update 2007;34: 218-29.
5. Senem Ygit Özer: Diagnosis and Treatment Modalities of Internal and External Cervical Root Resorptions: Review of the Literature with Case Reports, Int Dent Rest 2011; 1: 32-37
6. The Heithersay classification for ECR. From Heithersay GS. Invasive cervical resorption: An analysis of potential predisposing factors. Quintessence International. 1999;30:83-95.