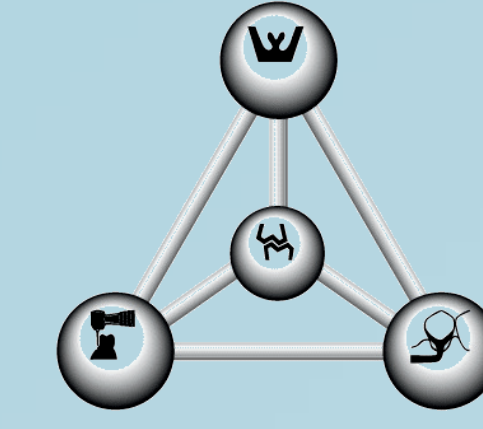


# Reabilitação de dentes com tratamento endodôntico previamente realizado

Kassis H.<sup>1</sup>; Bouaita I.<sup>1</sup>, El Aissaoui M.<sup>1</sup>, Bouaita A.<sup>1</sup>, Belkadi A.<sup>1</sup>; Mauricio P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aluno do MIMD no Instituto Universitário Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal

<sup>2</sup>Prof. Associado do Instituto Universitário Egas Moniz, Monte da Caparica, Portugal



## Introdução

A reabilitação de dentes endodonciados é um verdadeiro desafio para os médicos dentistas, pois é a chave para o sucesso ao longo prazo do tratamento endodôntico, razão pela qual é tão importante reabilitar da forma mais adequada possível.[1]

A escolha da reabilitação será baseada principalmente no tecido dentário remanescente. O problema é que não existe uma definição clara do que é um dente danificado, os autores estão divididos. Falam da presença ou ausência da férula, do número de paredes dentinárias remanescentes, da percentagem da estrutura remanescente, da cobertura das cúspides ou das paredes axiais inferiores a 2mm. [1]

Estes vários critérios vão permitir orientar a nossa escolha de reabilitação.

## Desenvolvimento

### Restauração direta em resina composta



Quando se trata de uma cavidade oclusal, ou seja, quando as quatro paredes do dente têm mais de 2 mm de espessura, uma restauração direta em resina composta é totalmente viável e é recomendada. De facto, estudos demonstraram que não há diferença em termos de sobrevivência do dente ou qualidade da restauração entre restaurações diretas e indirectas de resina composta [1,2]

Relativamente às restaurações de dentes anteriores, os compósitos diretos podem ser utilizados até cavidades de classe III. No entanto, quando ocorre uma perda do bordo incisal, devemos optar para uma restauração indirecta.

Si possível, uma faceta de cerâmica deve ser preferida a uma coroa.[1,3]

### Restauração indirecta parcial ou total

O tratamento endodôntico por si só fragiliza muito o dente: a integridade estrutural acabará por diminuir devido à cavidade de acesso, à instrumentação ou à perda das cristais marginais durante a remoção da cárie. As cúspides vão tornar-se progressivamente mais frágeis até precisar duma proteção cuspídea, ou seja, duma restauração indirecta que se estenda até às cúspides. [4]

No passado, as coroas totais eram usadas quase sistematicamente para a reabilitação dos dentes desvitalizados mas, na verdade, os estudos demonstraram que as coroas totais não devem ser consideradas como uma necessidade absoluta. Efectivamente, segundo os resultados, não existem diferenças significativas entre a utilização de coroas parciais e coroas totais, sendo recomendado o uso da opção menos invasiva, sempre que possível.[5,1]

Hoje em dia, a tomada de decisão do dentista deve basear-se na preservação dos tecidos, pois é considerado um fator crucial para o prognóstico clínico ao longo prazo. Por exemplo, sempre que possível, vamos preferir optar por um overlay em vez de uma coroa total ou por uma faceta no caso de dentes anteriores.[1]



### Retenção adicional: endocrown ou espigão ?



Quando a reabilitação se torna cada vez mais desafiadora, podemos recorrer a uma retenção adicional. No passado, esta retenção era fornecida por um espigão, mas com o desenvolvimento de técnicas adesivas e a emergencia da dentisteria minimamente invasiva, passámos para técnicas mais conservadoras, como as endocrowns.[6]

As endocrowns são restaurações monolíticas adesivas, com uma preparação mínima do dente, ancoradas na câmara pulpar, explorando as propriedades de retenção macro-mecânica das paredes da câmara pulpar e micro-mecânica da cimentação adesiva.[6]

Estudos comparativos demonstraram que as endocrowns têm taxas de sucesso semelhantes ou mesmo superiores às postes, tanto para dentes anteriores como posteriores, em caso de danos estruturais graves, o que justifica a sua utilização.[7,6] No entanto, é importante mencionar que a pertinência e a necessidade do pilar continuam a ser questionadas: parece ainda ser benéfico quando não é possível obter uma ferula, por exemplo. [1,8]

## Conclusão

Os dentes endodonciados podem ser reabilitados recorrendo a uma diversidade de técnicas, de acordo com as necessidades. É importante recordar que a reabilitação deve ser efetuada o mais rapidamente possível após o tratamento endodôntico, de modo a maximizar a taxa de sobrevivência.

### Referencias Bibliográficas:

1. Caussin, E., Izart, M., Ceinos, R., Attal, J., Beres, F., & François, P. (2024). Advanced Material Strategy for Restoring Damaged Endodontically Treated Teeth : A Comprehensive Review. *Materials*, 17(15), 3736. <https://doi.org/10.3390/ma17153736>
2. Heyder, M., Kranz, S., Wehle, B., Schulze-Späte, U., Beck, J., Hennig, C., Stigusch, B. W., & Reise, M. (2024b). Suitability of Direct Resin Composites in Restoring Endodontically Treated Teeth (ETT). *Materials*, 17(15), 3707. <https://doi.org/10.3390/ma17153707>
3. Von Stejneger, M., Mehnert, A., Brulnke, M., Sterzenbach, G., Rosenritt, M., Spies, B. C., Bitter, K., & Naumann, M. (2018). Direct or Indirect Restoration of Endodontically Treated Maxillary Central Incisors with Class III Defects ? Composite vs Veneer or Crown Restoration. *Journal Of Adhesive Dentistry/The Journal Of Adhesive Dentistry*, 20(6), 519-526. <https://doi.org/10.3290/jad.a41635>
4. De Carvalho, M. A., Lazari, P. C., Gresnigt, M., Del Bel Cury, A. A., & Magne, P. (2018). Current options concerning the endodontically-treated teeth restoration with the adhesive approach. *Brazilian Oral Research*, 32(suppl 1). <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0074>
5. Frankenberger, R., Winter, J., Dudek, M., Naumann, M., Amend, S., Braun, A., Krämer, N., & Roggendorf, M. J. (2021). Post-Fatigue Fracture and Marginal Behavior of Endodontically Treated Teeth : Partial Crown vs. Full Crown vs. Endocrown vs. Fiber-Reinforced Resin Composite. *Materials*, 14(24), 7733. <https://doi.org/10.3390/ma14247733>
6. Govare, N., & Contrepois, M. (2020). Endocrowns: A systematic review. *The Journal of prosthetic dentistry*, 123(3), 411-418.e9. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2019.04.009>
7. Lenz, U., Bacchi, A., & Della Bona, A. (2023). Biomechanical performance of endocrown and core-crown restorations : A systematic review. *Journal Of Esthetic And Restorative Dentistry*, 36(2), 303-323. <https://doi.org/10.1111/jerd.13119>
8. Bergamo, E. T., Lopes, A. C., Campos, T. M., Amorim, P. H., Costa, F., Jalil, E. B. B., Carvalho, L. F., Zahoui, A., Piza, M. M., Gutierrez, E., Wittek, L., & Bonfante, E. A. (2022). Probability of survival and failure mode of endodontically treated incisors without ferrule restored with CAD/CAM fiber-reinforced composite (FRC) post-cores. *Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials/Journal of Mechanical Behavior of Biomedical Materials*, 136, 105519. <https://doi.org/10.1016/j.jmbm.2022.105519>