

TRATAMENTO DE PULPITE HIPERPLÁSICA EM MOLAR PERMANENTE: RELATO DE CASO

TREATMENT OF HYPERPLASTIC PULPITIS IN A PERMANENT MOLAR: A CASE REPORT

TRATAMIENTO DE PULPITIS HIPERPLÁSICA EN UN MOLAR PERMANENTE: REPORTE DE UN CASO

Sthefany Bento e Silva¹, Maria Natalia Sebastião de Oliveira², Cíntia Moreira Gonçalves³, Vitor Rodrigues da Silva⁴, Alessandra do Socorro Pinheiro⁵, Gabriella Almeida Silva⁶, Rafaela Timóteo de Souza Ribeiro⁷, Jose Julio Escobar Larrea⁸, Stephanie Ramos Vieira⁹, Mirlene Nascimento da Silva¹⁰, Diego Alexandre de Oliveira¹¹, João Victor Lisbôa Biondi de Almeida¹², Fabiana Gomes Marinho Valença¹³, Romildo Silva Almeida¹⁴, Jamily Alves Vieira dos Santos¹⁵, Giuseppe Mazzaglia¹⁶

DOI: 10.54899/dcs.v22i85.3996

Recibido: 09/12/2025 | **Aceptado:** 12/12/2025 | **Publicación en línea:** 30/12/2025.

¹ Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Patos de Minas (UNIPAM), Pato de Minas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: sthefanybento3@gmail.com

² Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: nataliaoliveseb@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0908-4938>

³ Doutoranda em Materiais Odontológicos pelo Programa de Pós-graduação da Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: moreiragoncalvescintia@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4379-6945>

⁴ Doutorando em Clínica Odontológica - Dentística pelo Programa de Pós-graduação da Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: v207042@dac.unicamp.br

⁵ Graduada em Odontologia pela Faculdade Faci Wyden (FACIWYDEN), Belém, Pará, Brasil. E-mail: alexiajpj21@gmail.com

⁶ Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: gabriellaalmeida883@gmail.com

⁷ Graduada em Odontologia pela Faculdade Integrada da Amazônia (FINAMA), Belém, Pará, Brasil. E-mail: rafaelatimoteo88@gmail.com

⁸ Graduado em Odontologia pela Faculdade do Centro Oeste Paulista (FACOP), Bauru, São Paulo, Brasil. E-mail: jojuesla.2013@gmail.com

⁹ Pós-Graduada em Endodontia pelo Instituto Nacional de Ciências Odontológicas (INCO25), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: stephannevieiraodontologia@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-0458-2762>

¹⁰ Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA), Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: mirlenenas123@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2425-2099>

¹¹ Pós-Graduado em Ortodontia pelo Instituto de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação (IPESP - DF), Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: diegoalexandre1932@gmail.com

¹² Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: joaovbiondi@gmail.com

¹³ Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Olinda, Pernambuco, Brasil. E-mail: fabianagmv@gmail.com

¹⁴ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Olinda, Pernambuco, Brasil. E-mail: romildoalmeida540@gmail.com

¹⁵ Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: jamilyv272@gmail.com

¹⁶ Doutor em Estomatologia pela Università Degli Studi Di Sassari, Sassari, Itália. E-mail: info@mazzagliacclinic.it

RESUMO

Introdução: A pulpite hiperplásica, também conhecida como pólipos pulpar, é uma condição inflamatória crônica caracterizada pela proliferação do tecido pulpar em resposta a estímulos irritativos persistentes, como cárie extensa ou fraturas coronárias. Apesar de ser mais comum em pacientes jovens, devido à maior vascularização e capacidade reparadora da polpa, pode ocorrer em dentes permanentes e comprometer tanto a função mastigatória quanto a estética. O diagnóstico adequado e o tratamento oportuno são fundamentais para preservar o elemento dentário e evitar complicações sistêmicas. **Objetivo:** Descrever o manejo clínico de um paciente portador de pulpite hiperplásica em molar permanente, destacando a importância da abordagem conservadora e da manutenção da saúde bucal. **Relato de Caso:** Paciente de 26 anos, sexo feminino, procurou atendimento odontológico relatando desconforto durante a mastigação. Ao exame clínico, observou-se lesão cáries extensa em primeiro molar inferior permanente, com presença de tecido pulpar hiperplásico extruindo para a cavidade oral. O paciente não apresentava dor espontânea, apenas sensibilidade mecânica. O exame radiográfico revelou ausência de lesões periapicais significativas, mas comprometimento pulpar irreversível. Optou-se pelo tratamento endodôntico. Após anestesia e isolamento absoluto, realizou-se a remoção do tecido hiperplásico, preparo químico-mecânico dos canais radiculares com irrigação abundante, seguido de obturação com técnica de condensação lateral e cimento endodôntico à base de óxido de zinco e eugenol. O dente foi restaurado provisoriamente e, após acompanhamento clínico e radiográfico de seis meses, observou-se ausência de sinais de inflamação e manutenção da função mastigatória. Posteriormente, foi realizada restauração definitiva em resina composta. **Conclusão:** O tratamento endodôntico mostrou-se eficaz na resolução da pulpite hiperplásica em molar permanente, permitindo a preservação do elemento dentário e a manutenção da função mastigatória. Este caso reforça a importância do diagnóstico precoce e da escolha terapêutica adequada, garantindo longevidade ao dente e qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: Pulpite. Dente Molar. Tratamento do Canal Radicular. Pulpectomia.

ABSTRACT

Introduction: Hyperplastic pulpitis, also known as pulp polyp, is a chronic inflammatory condition characterized by the proliferation of pulp tissue in response to persistent irritative stimuli, such as extensive caries or coronal fractures. Although more common in young patients due to the greater vascularization and reparative capacity of the pulp, it can occur in permanent teeth and compromise both masticatory function and aesthetics. Proper diagnosis and timely treatment are fundamental to preserving the tooth and avoiding systemic complications. **Objective:** To describe the clinical management of a patient with hyperplastic pulpitis in a permanent molar, highlighting the importance of a conservative approach and maintaining oral health. **Case Report:** A 26-year-old female patient sought dental care reporting discomfort during mastication. Clinical examination revealed an extensive carious lesion in the first permanent lower molar, with hyperplastic pulp tissue extruding into the oral cavity. The patient did not present with spontaneous pain, only mechanical sensitivity. Radiographic examination revealed an absence of significant periapical lesions, but irreversible pulpal involvement. Endodontic treatment was chosen. After anesthesia and absolute isolation, the hyperplastic tissue was removed, followed by chemomechanical preparation of the root canals with abundant irrigation, and obturation using a lateral condensation technique and zinc oxide-eugenol based endodontic cement. The tooth was provisionally restored, and after six months of clinical and radiographic

follow-up, no signs of inflammation were observed, and masticatory function was maintained. Subsequently, a definitive composite resin restoration was performed. Conclusion: Endodontic treatment proved effective in resolving hyperplastic pulpitis in a permanent molar, allowing for the preservation of the tooth and the maintenance of masticatory function. This case reinforces the importance of early diagnosis and appropriate therapeutic choice, ensuring longevity of the tooth and quality of life for the patient.

Keywords: Pulpitis. Molar Tooth. Root Canal Treatment. Pulpectomy.

RESUMEN

Introducción: La pulpitis hiperplásica, también conocida como pólipo pulpar, es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la proliferación de tejido pulpar en respuesta a estímulos irritativos persistentes, como caries extensas o fracturas coroneales. Aunque es más común en pacientes jóvenes debido a la mayor vascularización y capacidad reparadora de la pulpa, puede presentarse en dientes permanentes y comprometer tanto la función masticatoria como la estética. El diagnóstico adecuado y el tratamiento oportuno son fundamentales para preservar la pieza dental y evitar complicaciones sistémicas. **Objetivo:** Describir el manejo clínico de una paciente con pulpitis hiperplásica en un molar permanente, destacando la importancia de un enfoque conservador y el mantenimiento de la salud bucal. **Caso clínico:** Una paciente de 26 años consultó a odontología por molestias durante la masticación. El examen clínico reveló una extensa lesión cariosa en el primer molar inferior permanente, con tejido pulpar hiperplásico que extruía hacia la cavidad oral. La paciente no presentó dolor espontáneo, solo sensibilidad mecánica. El examen radiográfico reveló ausencia de lesiones periapicales significativas, pero afectación pulpar irreversible. Se optó por el tratamiento endodóntico. Tras la anestesia y el aislamiento absoluto, se eliminó el tejido hiperplásico, seguido de la preparación quimiomecánica de los conductos radiculares con abundante irrigación y la obturación mediante técnica de condensación lateral y cemento endodóntico a base de óxido de zinc-eugenol. El diente fue restaurado provisionalmente y, tras seis meses de seguimiento clínico y radiográfico, no se observaron signos de inflamación y se mantuvo la función masticatoria. Posteriormente, se realizó una restauración definitiva con resina compuesta. **Conclusión:** El tratamiento endodóntico demostró ser eficaz para resolver la pulpitis hiperplásica en un molar permanente, permitiendo la preservación del diente y el mantenimiento de la función masticatoria. Este caso refuerza la importancia del diagnóstico precoz y la elección terapéutica adecuada, asegurando la longevidad del diente y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Pulpitis. Molar. Tratamiento de Conducto. Pulpectomía.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A polpa dentária representa um tecido conjuntivo altamente especializado, responsável

pela vitalidade e sensibilidade do elemento dental. Quando exposta a agentes agressores, como cáries profundas ou traumatismos, pode desenvolver processos inflamatórios de diferentes graus, que variam desde alterações reversíveis até condições de comprometimento irreversível (Hargreaves; Cohen, 2016). A compreensão adequada dessas patologias pulpares é fundamental para o estabelecimento de protocolos terapêuticos eficazes e para a manutenção da vitalidade dental sempre que possível (Neville et al., 2019).

Entre as diversas manifestações patológicas que acometem a polpa dental, a pulpite hiperplásica, também conhecida como pólipos pulpar, constitui uma condição clínica peculiar caracterizada pela proliferação exuberante de tecido de granulação crônico que se projeta para além da câmara pulpar. Esta condição geralmente ocorre em dentes jovens com ampla exposição pulpar, onde a cavidade cariosa permite a formação de tecido de granulação vascularizado. A apresentação clínica típica inclui uma massa de tecido avermelhado, sangrante à palpação, que emerge da cavidade dental em resposta à irritação crônica de baixa intensidade (Neville et al., 2019).

O diagnóstico diferencial das patologias pulpares requer conhecimento aprofundado da terminologia endodôntica e dos critérios clínicos estabelecidos. Segundo a American Association of Endodontists (2019), a classificação precisa das condições pulpares é essencial para determinar o prognóstico e selecionar a modalidade terapêutica mais adequada. A pulpite hiperplásica representa uma forma de pulpite irreversível, embora sua apresentação clínica seja distinta das demais manifestações desta categoria diagnóstica.

No contexto do tratamento de condições pulpares irreversíveis, a terapia pulpar vital tem ganhado crescente destaque na literatura contemporânea. Estudos recentes demonstram que procedimentos conservadores, como a pulpotomia parcial ou completa utilizando biomateriais como o agregado de trióxido mineral (MTA), podem apresentar taxas de sucesso promissoras mesmo em casos de pulpite irreversível sintomática em dentes permanentes maduros (Santos et al., 2021). Esta mudança paradigmática desafia conceitos tradicionais que preconizavam a pulpectomia como única opção terapêutica para tais condições.

A escolha do material para capeamento pulpar desempenha papel crucial no sucesso da terapia vital. O agregado de trióxido mineral tornou-se referência devido às suas propriedades biocompatíveis, capacidade de indução de dentina reparadora e selamento hermético. Entretanto, considerações sobre a composição química destes materiais, incluindo a presença de metais pesados, têm sido objeto de investigação científica (American Academy Of Pediatric Dentistry,

2010). A seleção criteriosa do material capeador deve considerar não apenas a eficácia clínica, mas também aspectos de segurança biológica a longo prazo.

O manejo de urgências endodônticas, incluindo casos de pulpíte sintomática, exige protocolos bem estabelecidos que considerem tanto o alívio imediato da sintomatologia quanto a preservação da estrutura dental. Abbott (2022) enfatiza que a abordagem contemporânea das emergências endodônticas deve priorizar procedimentos minimamente invasivos, preservando ao máximo a vitalidade pulpar quando clinicamente viável. Esta filosofia de tratamento alinha-se aos princípios da odontologia conservadora, especialmente relevantes em pacientes jovens com dentes de desenvolvimento radicular incompleto.

A saúde bucal populacional, particularmente em crianças e adolescentes, representa determinante significativo na prevalência de patologias pulpares. Estudos epidemiológicos demonstram correlação entre déficits no conhecimento sobre higiene oral, práticas inadequadas de saúde bucal e maior incidência de lesões cáries profundas que podem evoluir para comprometimento pulpar (Al-Darwish, 2016). Neste contexto, o presente relato de caso de tratamento de pulpíte hiperplásica em molar permanente visa contribuir para a discussão sobre abordagens terapêuticas conservadoras, compartilhando experiência clínica fundamentada em evidências científicas atuais.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 26 anos de idade, leucoderma, compareceu à clínica odontológica acompanhada de sua responsável, relatando desconforto e sangramento no dente posterior inferior direito durante a mastigação. Durante a anamnese, a responsável informou que a criança apresentava histórico de visitas irregulares ao dentista e que o dente em questão encontrava-se cariado há aproximadamente um ano. A paciente negou episódios de dor espontânea severa, relatando apenas sensibilidade ocasional ao mastigar alimentos sobre o elemento dental afetado. Quanto ao histórico médico, a paciente não apresentava condições sistêmicas relevantes, não fazia uso de medicações contínuas e não relatava alergias medicamentosas conhecidas.

Ao exame clínico intrabucal, observou-se higiene oral deficiente, com presença de biofilme dental visível e gengivite generalizada leve. O elemento dentário 46 apresentava extensa cavidade cáries na face oclusal, com destruição significativa da coroa dental e exposição da

câmara pulpar. Projetando-se através da cavidade, visualizava-se uma massa de tecido mole avermelhado, de consistência firme, superfície irregular e aspecto granulomatoso, medindo aproximadamente 5mm de diâmetro. O tecido apresentava sangramento espontâneo leve e sangramento mais intenso à sondagem, características compatíveis com tecido de granulação hiperplásico. À palpação apical, não foram detectadas alterações nos tecidos moles adjacentes, e o dente não apresentava mobilidade patológica.

Os testes de sensibilidade pulpar foram realizados utilizando-se gás refrigerante, tendo a paciente relatado resposta dolorosa exacerbada e prolongada no elemento 46, enquanto o dente contralateral respondeu dentro dos padrões de normalidade. O teste de percussão vertical foi negativo, não evidenciando comprometimento dos tecidos periapicais. A paciente relatou desconforto moderado à percussão horizontal, sugerindo possível início de comprometimento do ligamento periodontal. Os demais dentes permanentes presentes não apresentavam alterações clínicas significativas, embora outros elementos posteriores exibissem lesões cáries em estágios iniciais a moderados.

Foi solicitada radiografia periapical do elemento 46, que revelou extensa área radiolúcida na porção coronária do dente, compatível com lesão cáries profunda envolvendo a câmara pulpar. A análise radiográfica demonstrou que o desenvolvimento radicular encontrava-se completo, com ápices formados e fechados, e espaço do ligamento periodontal preservado. Não foram observadas áreas de rarefação óssea periapical ou lesões nos tecidos periapicais, indicando que o processo inflamatório ainda estava confinado ao tecido pulpar. A espessura das paredes radiculares mostrou-se adequada, sugerindo prognóstico favorável para o tratamento endodôntico. A crista óssea alveolar apresentava-se dentro dos limites de normalidade, sem sinais radiográficos de comprometimento periodontal.

Com base nos achados clínicos e radiográficos, estabeleceu-se o diagnóstico de pulpite hiperplásica no elemento 46, também conhecida como pólipos pulpar. A presença do tecido de granulação hiperplásico projetando-se através da ampla exposição pulpar, associada ao histórico de exposição prolongada da polpa ao meio bucal e à resposta exacerbada aos testes de sensibilidade, confirmaram o diagnóstico de pulpite irreversível em sua apresentação hiperplásica. O desenvolvimento radicular completo e a ausência de comprometimento periapical favoreceram o prognóstico do caso. Foi descartada a possibilidade de manutenção da vitalidade pulpar através de procedimentos conservadores devido à extensão do comprometimento pulpar e à presença de inflamação irreversível.

Após avaliação criteriosa do caso e discussão com a responsável sobre as opções terapêuticas disponíveis, optou-se pela realização de tratamento endodôntico convencional do elemento 46. A escolha baseou-se na presença de pulpite irreversível, na inviabilidade de preservação da vitalidade pulpar devido à extensão do comprometimento tecidual e na necessidade de eliminação completa do tecido pulpar inflamado para resolução do processo patológico. O plano de tratamento incluiu o tratamento endodôntico em sessão única, seguido de reconstrução coronária direta com resina composta e posterior reabilitação protética com coroa total, considerando a extensa perda de estrutura dental. A responsável foi devidamente informada sobre todas as etapas do tratamento, possíveis complicações e prognóstico, concordando com o plano proposto e assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Iniciou-se o procedimento com antissepsia do campo operatório utilizando solução de digluconato de clorexidina a 0,12%. Realizou-se anestesia terminal infiltrativa na região do elemento 46, utilizando articaína 4% com epinefrina 1:100.000, complementada por técnica anestésica do nervo alveolar inferior. Após confirmação da anestesia profunda, procedeu-se ao isolamento absoluto do campo operatório com dique de borracha, grampo e arco de Young, garantindo adequado controle de umidade e assepsia durante todo o procedimento. Realizou-se a remoção do tecido de granulação hiperplásico com cureta estéril afiada, observando-se sangramento profuso que foi controlado com irrigação abundante de solução salina estéril e compressas de gaze.

A cavidade de acesso foi confeccionada com pontas diamantadas esféricas em alta rotação sob refrigeração abundante, ampliando a abertura existente para permitir adequada visualização da câmara pulpar e localização dos canais radiculares. Após completa remoção do teto da câmara pulpar, identificaram-se quatro canais radiculares: dois canais mesiais (mésio-vestibular e mésio-lingual) e dois canais distais (disto-vestibular e disto-lingual). A exploração dos canais foi realizada com limas tipo K número 10 e 15, estabelecendo-se o comprimento de trabalho através da odontometria eletrônica, posteriormente confirmada radiograficamente. O comprimento real de trabalho foi determinado subtraindo-se 1mm do comprimento em que o localizador apical indicou a marca "APEX", garantindo que a instrumentação permanecesse no interior dos canais radiculares.

O preparo biomecânico dos canais radiculares foi realizado pela técnica coroa-ápice, utilizando-se sistema rotatório de níquel-titânio. A instrumentação foi realizada com limas de conicidade progressiva, sob irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5% entre cada

instrumento. Os canais mesiais foram preparados até instrumento 30/.04, enquanto os canais distais foram ampliados até instrumento 35/.04, considerando-se o diâmetro anatômico de cada canal. Durante todo o preparo biomecânico, foram realizadas aspirações frequentes e renovação constante da solução irrigadora, totalizando aproximadamente 20ml de hipoclorito de sódio por canal. Após a conclusão da instrumentação, realizou-se irrigação final com EDTA 17% por 3 minutos para remoção da smear layer, seguida de irrigação abundante com hipoclorito de sódio e solução salina estéril.

Os canais radiculares foram secos com cones de papel absorvente estéreis compatíveis com o último instrumento utilizado no preparo de cada canal. A obturação foi realizada pela técnica da condensação lateral, utilizando-se cones de guta-percha e cimento endodôntico à base de resina epóxica. Para cada canal, selecionou-se um cone principal calibrado correspondente ao último instrumento utilizado no preparo, realizando-se a prova do cone para verificar o travamento a 1mm aquém do comprimento de trabalho. Após inserção do cone principal coberto com cimento endodôntico, procedeu-se à condensação lateral com espaçador digital fino, inserindo-se cones acessórios até completo preenchimento do espaço do canal radicular. A obturação foi realizada respeitando-se rigorosamente o limite de 1mm aquém do ápice radiográfico em todos os canais.

Após a obturação dos quatro canais radiculares, o excesso de guta-percha foi removido da câmara pulpar com instrumento aquecido, realizando-se condensação vertical na entrada dos canais para garantir adequado selamento. A câmara pulpar foi limpa com algodão embebido em álcool, removendo-se completamente os resíduos de cimento endodôntico das paredes. Realizou-se radiografia periapical final para verificação da qualidade da obturação, confirmando-se o completo preenchimento dos canais radiculares e adequado limite apical da obturação em todos os canais. A cavidade de acesso foi selada provisoriamente com cimento de ionômero de vidro, aguardando-se a presa completa do material antes da remoção do isolamento absoluto.

Na sessão seguinte, realizada após sete dias, verificou-se a ausência de sintomatologia e presença de adequado selamento provisório. Realizou-se a remoção do material restaurador provisório e confecção de reconstrução coronária com sistema de pino de fibra de vidro e resina composta, restaurando a anatomia e função do elemento dental. O pino foi cimentado no canal disto-vestibular, por apresentar maior diâmetro e melhor direcionamento. A paciente foi orientada quanto aos cuidados de higiene oral, incluindo técnica de escovação adequada e uso de fio dental, e encaminhada para reabilitação protética com coroa total ceramocerâmica, considerando a

extensa perda de estrutura coronária e a necessidade de proteção do dente tratado endodonticamente.

Figura 1

Aspecto clínico inicial da pulpite hiperplásica: aspecto clínico inicial do elemento 46 apresentando extensa cavidade cariosa na face oclusal com presença de tecido de granulação hiperplásico (pólipo pulpar) projetando-se através da exposição da câmara pulpar. Observa-se massa tecidual avermelhada, de superfície irregular aspecto granulomatoso, característica da pulpite hiperplásica.

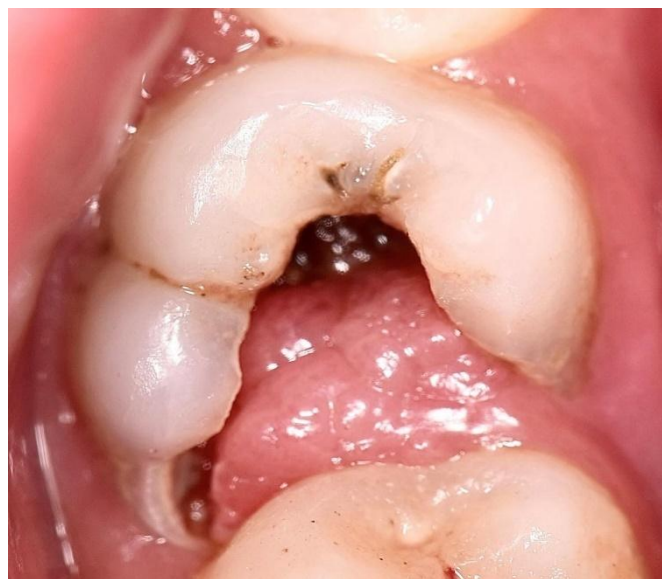


Figura 2

Radiografia periapical pré-operatória: Radiografia periapical inicial do elemento 46 evidenciando extensa área radiolúcida compatível com lesão cariosa profunda envolvendo a câmara pulpar. Nota-se desenvolvimento radicular completo com ápices formados e fechados, espaço do ligamento periodontal preservado e ausência de rarefação óssea periapical.



Figura 3

Radiografia pós-operatória imediata: Radiografia periapical imediatamente após a conclusão do tratamento endodôntico demonstrando obturação satisfatória dos quatro canais radiculares do elemento 46. Verifica-se completo preenchimento dos canais com material obturador radiopaco, limite apical adequado a aproximadamente 1mm aquém do ápice radiográfico e ausência de extravasamento de material obturador.



Figura 4

Controle radiográfico de 30 dias: Radiografia periapical de controle após 30 dias do término do tratamento endodôntico evidenciando manutenção da integridade da obturação, ausência de alterações periapicais e normalidade do espaço do ligamento periodontal. Observa-se presença de material restaurador radiopaco na câmara pulpar correspondente à restauração resina composta.



Figura 5

Controle radiográfico de 90 dias: Radiografia periapical de controle após 90 dias demonstrando estabilidade do caso com manutenção das características radiográficas favoráveis observadas no controle anterior. Confirma-se ausência de desenvolvimento de lesões periapicais, preservação da lâmina dura e normalidade dos tecidos de suporte periapical.

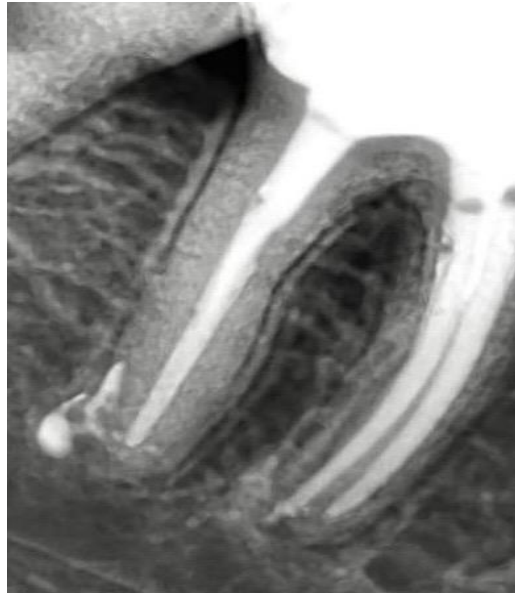


Figura 6

Aspecto clínico da restauração definitiva: Aspecto clínico do elemento 46 após restauração indireta com resina composta. Observa-se adequado restabelecimento da anatomia oclusal com reconstrução das cúspides e sulcos, selamento marginal satisfatório e integração estética com os dentes adjacentes.



O acompanhamento pós-operatório foi realizado após 7, 30 e 90 dias do término do tratamento endodôntico. Em todas as consultas de controle, a paciente manteve-se assintomática, sem queixas de dor ou desconforto. Os exames clínicos de controle não revelaram alterações à palpação apical, percussão vertical ou horizontal, e o elemento dental manteve-se sem mobilidade patológica. As radiografias periapicais de controle demonstraram manutenção da integridade da obturação endodôntica, ausência de rarefações ósseas periapicais e normalidade do espaço do ligamento periodontal, confirmando o sucesso do tratamento realizado. A paciente foi mantida em protocolo de acompanhamento semestral para monitoramento da evolução do caso e aguarda a confecção da prótese definitiva.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada com base em artigos científicos dispostos nas bases de dados MEDLINE via PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*),

LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos estudos foram utilizados, como critérios de inclusão, artigos que estivessem dentro da abordagem temática, disponíveis na íntegra e de forma gratuita, nos idiomas inglês, português e espanhol. Como parâmetros de exclusão foram retirados artigos duplicados e que fugiam do tema central da pesquisa. Para busca dos artigos foram utilizadas as palavras-chave: “Pulpite”; “Dente Molar”; “Tratamento do Canal Radicular”; “Pulpectomia”, indexadas aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados, utilizando os operadores booleanos OR e AND para combinar descritores e aumentar a precisão da busca.

DISCUSSÃO

A pulpite hiperplásica é uma manifestação clínica peculiar da resposta inflamatória pulpar crônica, marcada pela proliferação exuberante de tecido de granulação que se projeta pela ampla exposição da câmara pulpar. Essa condição acomete principalmente dentes permanentes jovens de pacientes pediátricos e adolescentes, como no caso apresentado, em que a paciente de 12 anos desenvolveu pólipos pulpares no primeiro molar inferior permanente. A patologia está fortemente associada à cárie extensa não tratada, que leva à exposição pulpar prolongada e a estímulos irritativos crônicos de baixa intensidade. O histórico de lesão cáries há cerca de um ano, aliado à falta de tratamento odontológico regular, reforça a relação entre pulpite hiperplásica e limitações no acesso aos cuidados preventivos. A presença de massa avermelhada e sangrante facilita o diagnóstico clínico, embora a confirmação radiográfica seja necessária para avaliação completa.

A decisão terapêutica para o manejo da pulpite hiperplásica deve considerar fatores como estágio de desenvolvimento radicular, extensão do comprometimento pulpar, possibilidade de preservação da vitalidade e características sistêmicas do paciente. No caso apresentado, optou-se pelo tratamento endodôntico convencional devido ao quadro de pulpite irreversível, testes de sensibilidade exacerbados e grande destruição coronária que inviabilizou a manutenção do tecido pulpar. Embora a literatura apresente bons resultados com terapias pulpares vitais, o tecido hiperplásico indica processo inflamatório crônico avançado, reduzindo o potencial de reparo. Além disso, o desenvolvimento radicular completo dispensou a necessidade de preservar

vitalidade para continuidade da rizogênese, tornando o tratamento endodôntico a opção mais previsível.

O protocolo endodôntico adotado seguiu os princípios biológicos e técnicos indicados para dentes com polpa vital inflamada, ajustando-se às particularidades anatômicas do primeiro molar inferior. A remoção inicial do tecido hiperplásico com cureta estéril permitiu visualização adequada da câmara pulpar, embora o sangramento profuso fosse esperado devido à intensa vascularização. O controle hemorrágico foi obtido com irrigação abundante e compressão local. Foram identificados quatro canais radiculares, inclusive dois canais distais, evidenciando a importância do conhecimento anatômico para evitar canais não tratados. O uso do localizador apical eletrônico, confirmado radiograficamente, garantiu precisão na determinação do comprimento de trabalho e reduziu riscos de sobre ou subinstrumentação.

O preparo biomecânico realizado com limas rotatórias de níquel-titânio, sob irrigação constante com hipoclorito de sódio a 2,5%, proporcionou tanto a conformação quanto a adequada desinfecção do sistema de canais. Essa concentração foi escolhida por equilibrar eficácia antimicrobiana e menor toxicidade tecidual, especialmente importante em dentes com polpa vital. A irrigação final com EDTA seguida de novo uso de hipoclorito favoreceu a remoção da smear layer, permitindo melhor limpeza dos túbulos dentinários e favorecendo o selamento. A obturação com técnica de condensação lateral, utilizando cones de guta-percha e cimento resinoso, mostrou-se eficaz e foi confirmada radiograficamente com preenchimento tridimensional adequado.

A reconstrução coronária do dente tratado foi etapa fundamental para garantir longevidade ao tratamento, especialmente devido à extensa perda estrutural observada. O uso de pino de fibra de vidro com reconstrução em resina composta conferiu reforço adequado e restaurou a anatomia dental até a confecção da prótese definitiva. O canal disto-vestibular foi escolhido para o pino por apresentar melhor anatomia, com maior diâmetro e direção mais retilínea. A indicação de coroa total justificou-se pela necessidade de proteção das paredes remanescentes e prevenção de fraturas que comprometeriam o prognóstico. Essa abordagem sequencial, da reconstrução provisória à prótese definitiva, segue protocolos consolidados para dentes posteriores com grande perda estrutural.

O acompanhamento clínico e radiográfico por 180 dias demonstrou ausência de sintomas e normalidade dos tecidos periapicais, confirmando a eficácia do protocolo terapêutico empregado. A manutenção do selamento endodôntico e a ausência de lesões periapicais evidenciaram adequada desinfecção e obturação tridimensional. O prognóstico favorável está

associado tanto à qualidade técnica do tratamento endodôntico quanto à adequada restauração coronária, fatores complementares essenciais para o sucesso a longo prazo. O caso reforça que o tratamento endodôntico convencional permanece uma opção eficaz e previsível para manejo da pulpita hiperplásica em dentes com rizogênese completa, permitindo resolução do processo patológico e preservação do elemento dental.

CONCLUSÃO

O tratamento endodôntico convencional mostrou-se eficaz para o manejo da pulpita hiperplásica em molar permanente com rizogênese completa, proporcionando resolução do processo inflamatório e preservação do elemento dental na arcada. A adequada execução do protocolo de desinfecção dos canais radiculares, associada à obturação tridimensional satisfatória e restauração coronária apropriada, resultou em sucesso clínico e radiográfico durante o período de acompanhamento. O caso demonstra que o diagnóstico preciso, planejamento adequado e execução técnica criteriosa são fundamentais para o prognóstico favorável em situações de comprometimento pulpar irreversível. A manutenção do elemento dental através do tratamento endodôntico evita extrações prematuras e suas consequências deletérias para o desenvolvimento oclusal em pacientes jovens.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, PV. Situação atual e perspectivas futuras: manejo de emergências endodônticas. **International Endodontic Journal**, v. 55, Supl. 3, p. 778-803, 2022. DOI: 10.1111/iej.13678.
- AL-DARWISH, MS. Conhecimento, comportamentos e práticas de saúde bucal entre escolares no Catar. **Dental Research Journal**, v. 13, n. 4, p. 342-353, 2016. DOI: 10.4103/1735-3327.187885.
- ACADEMIA AMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA. Análise de metais pesados em agregado de trióxido mineral e cimento Portland. **Odontologia Pediátrica**, v. 36, n. 7, p. 1210-1215, 2010. DOI: 10.1016/j.joen.2010.02.011.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE ENDODONTISTAS. **Glossário de Termos Endodônticos**. 10ª ed. Chicago: Associação Americana de Endodontistas, 2019.
- HARGREAVES, KM; COHEN, S. (eds.). **Cohen's Pathways of the Pulp**. St. Louis, MO: Elsevier, 2016.
- NEVILLE, BW; DAMM, DD; ALLEN, CM; CHI, AC (eds.). Doença pulpar e periapical. In.

Atlas colorido de doenças orais e maxilofaciais. Elsevier, 2019.

SANTOS, JM; PEREIRA, JF; MARQUES, A.; SEQUEIRA, DB; FRIEDMAN, S. Terapia pulpar vital em dentes posteriores permanentes maduros com pulpite irreversível sintomática: uma revisão sistemática dos resultados do tratamento. **Medicina**, v. 57, n. 6, p. 573, 2021. DOI: 10.3390/medicina57060573.