

necrose pulpar e periodontite apical sintomática. Após determinado o comprimento de trabalho e estabelecida a via de permeabilidade, o canal vestibular (V) foi instrumentado até Protaper Universal F4 com e o canal lingual (L) até Protaper Next X2. Protocolo de irrigação com NaOCl 5,25% durante a instrumentação e como protocolo final NaOCl 5,25% e EDTA 17%, com activação dinâmico-manual com cones de guta calibrados. Obturação com técnica de condensação termoplástica de onda contínua com cimento AH-Plus.

Discussão e conclusões: A utilização de instrumentação rotatória neste tipo de casos pode necessitar uma adaptação da cavidade de acesso e um alargamento adicional do canal principal de modo a evitar acidentes de procedimento. A utilização de instrumentos pré-curvados é fundamental para identificar a entrada do canal lingual, tendo em conta o ângulo formado entre a entrada no canal L e o canal V (o ângulo pode variar entre 6,37°-65,24°). O conhecimento profundo da morfologia e anatomia dentária, uma cuidadosa interpretação radiográfica, a realização de um acesso adequado, a exploração canalar cuidadosa e o uso de ampliação e iluminação, durante o procedimento endodôntico são aspectos essenciais de modo a otimizar o sucesso do tratamento endodôntico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.104>

3. Eficácia do Laser de 2780 nm e Radial Firing Tips num caso clínico complexo



Miguel R. Martins, M.F. Carvalho, Irene Pina-Vaz, José António Capelas, N. Gutknecht

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto; Aachen Dental Laser Center - RWTH Aachen University – Germany

Introdução: O Tratamento endodôntico convencional é um procedimento cada vez mais previsível e com uma elevada taxa de sucesso. Contudo, não se apresenta totalmente eficaz na obtenção de um sistema de canais radiculares completamente livre de bactérias e de detritos. Além disso estão descritos efeitos adversos associados com a utilização de substâncias químicas (ex. hipoclorito de sódio) que devem ser considerados em situações clínicas particulares. O objectivo deste caso clínico é apresentar o potencial das Radial Firing Tips (RFT) e do laser de Er,Cr:YSGG na obtenção de desinfeção intracanal e eliminação da smear layer, com vantagens adicionais no que concerne à sua segurança quando comparado com outras modalidades de tratamento.

Caso Clínico: Paciente com história de traumatismo há cerca de 10 anos, reabsorção dentinária extensa e periodontite apical associada ao dente 1.1. Todo o tratamento endodôntico foi realizado sem o recurso a nenhuma solução irrigante antimicrobiana, utilizando água destilada e a RFT2 (0.75W, 37.5 mJ, 20 Hz, 140us) seguida da RFT3 (1.25W, 62,5 mJ, 20 Hz, 140us) usadas na primeira e na segunda visita, respetivamente, com um movimento de apical para coronal de 2 mm/s. Para avaliação de resultados e comprovação da resolução da periodontite apical, foram realizados follow-ups regulares até 3 anos.

Discussão e conclusões: A descrição de casos clínicos com sucesso a longo prazo, após um protocolo assistido por laser de 2780 nm, poderá ser um contributo importante para a sua introdução, de forma segura e eficaz, na prática clínica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.105>

4. Lesão traumática dos dentes anteriores e possíveis consequências: caso clínico



Raquel Gonçalves, I. Correia, P. Pires, T. Carvalho, Irene Pina-Vaz

Departamento de Dentisteria Operatória da FMDUP, Departamento de Endodontia da FMDUP

Introdução: A obliteração do canal radicular, ou metamorfose calcificante resulta, frequentemente, da contusão ou subluxação. Caracteriza-se pela deposição de tecido duro, reduzindo o volume do canal radicular, e clinicamente, o dente apresenta-se com uma cor amarelada. Como consequência, poderá desenvolver-se uma reabsorção interna ou externa da raiz.

Caso clínico: Após uma lesão traumática, ocorrida há cerca de 30 anos, um escurecimento do dente 11 motivou a procura de tratamento. Esta coloração e a obliteração pulpar detetada no exame radiográfico, sem evidência de periodontite apical associada, levou à necessidade de um diagnóstico diferencial entre necrose pulpar e obliteração com polpa viva. Foi feito o diagnóstico de obliteração pulpar com polpa viva. Após apresentação dos possíveis planos de tratamento a paciente optou pelo mais conservador, com a realização de faceta em compósito e controlo radiográfico e clínico. Mais tarde, num desses controlos é detetada uma imagem radiolúcida, no terço médio da raiz, compatível com uma reabsorção interna, tendo sido indicada a realização de tratamento endodôntico. A paciente manteve-se assintomática durante o período de follow-up (1 ano), apresentando-se satisfeita com o resultado estético obtido.

Discussão e conclusões: A utilização de facetas em compósito está especialmente indicada para casos em que apenas está envolvido um dente anterior. Não requer uma técnica apurada para a restauração da anatomia dentária, e permite uma estabilidade da cor e integridade da restauração duradouras, bem como dos tecidos periodontais. A detecção de uma lesão compatível com uma reabsorção interna levou à indicação de tratamento endodôntico. Num exame posterior e numa observação mais atenta foi levantada a possibilidade de se tratar de uma reabsorção externa, podendo estar indicada uma intervenção cirúrgica complementar. Foi indicada a realização de uma TAC, a qual foi recusada pela paciente. Um controlo clínico e radiográfico periódico é mandatório. A restauração com facetas em compósito constitui uma alternativa válida às restaurações em resina composta ou à prótese fixa convencional. A remoção de estrutura dentária foi insignificante, tendo sido possível a reabilitação numa única sessão de tratamento, com resultados estéticos satisfatórios e estáveis. O acompanhamento do caso foi

fundamental, permitindo a realização de outros tratamentos que posteriormente se mostraram necessários.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.106>

5. Tumor odontogénico queratinizante: diagnóstico diferencial – caso clínico



Teresa Souto, Maria Cristina Azevedo,
Dominique Stefanie Praxl, Irene Pina Vaz

FMDUP

Introdução: O tumor odontogénico queratinizante, anteriormente designado queratoquisto, não sendo dos quistos maxilares mais frequentes, tem suscitado grande interesse devido ao seu comportamento clínico agressivo e elevada taxa de recidiva (30%).

Caso clínico: É apresentado um caso clínico de uma paciente, de 61 anos de idade, com uma tumefação intraoral na região vestibular dos dentes 14, 15 e 16, e fístula entre os dentes 14 e 15. Tendo sido medicada e melhorado um pouco, a tumefação voltou a aumentar, associada a sintomatologia dolorosa, tendo sido prescrita nova medicação antimicrobiana. Na radiografia periapical observa-se uma lesão radiolúcida, em forma de gota, com margens radiopacas bem definidas, e separação das raízes dos dentes 14 e 15. Na TAC é visível uma lesão com dimensão de 15 mm que se estende até ao pavimento do seio maxilar. Os dentes 15 e 16, com restaurações profundas, apresentaram testes de sensibilidade térmicos negativos e testes de cavidade positivos. O diagnóstico de lesão de origem endodôntica foi excluído. Foi proposta a cirurgia para enucleação da presumível lesão cística e exame anatomo-patológico. Previamente, foi indicada a realização de tratamento endodôntico dos dentes 15 e 16. O resultado histológico revelou um tumor odontogénico queratinizante. É apresentado controlo radiográfico após 4 meses.

Discussão e conclusões: Os tumores odontogénicos queratinizantes ocorrem na mandíbula em 65% dos casos, e apenas em 2% na zona dos pré-molares no maxilar superior, como aconteceu no caso descrito. Além disso, o género masculino e idades compreendidas entre os 10 e 40 anos também são mais afetados, pelo que, as características da paciente em causa não estão dentro dos padrões mais comuns descritos na literatura. A maioria das recidivas surgem 5 anos após a cirurgia, pelo que é aconselhado um acompanhamento clínico e radiológico por períodos prolongados. As provas de sensibilidade dos dentes envolvidos foram fundamentais na exclusão de lesão de origem endodôntica. O diagnóstico definitivo de tumor odontogénico queratinizante só foi possível pelo exame-anatomo-patológico. Apesar da alta taxa de recidiva, o prognóstico do tratamento é bom, não comprometendo a saúde geral nem limitando a vida do paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.107>

6. Segundo molar inferior com anatomia em C - caso clínico



Valter Fernandes, Diogo Guerreiro, Mário Rito
Pereira, Hugo Sousa Dias, Cláudia Cavaco
Martins, António Ginjeira

*Pos-graduação em Endodontia da Faculdade
Medicina Dentária da Universidade de Lisboa*

Introdução: Desde os primeiros trabalhos de Cooke & Cox em 1979 existem várias publicações sobre configurações radiculares em C, com maior incidência nos segundos molares inferiores. Esta é umas das mais frequentes variações anatômicas que consiste numa rede ou istmo que liga os canais ao nível da câmara pulpar e/ou ao longo das raízes, podendo o dente apresentar um único ou vários canais fusionados e outros independentes. Os estudos existentes abordam a etiologia, a epidemiologia e diferentes classificações possíveis. Etiologicamente pode resultar numa falha na fusão da bainha epitelial de Hertwig's ou por coalescência. Estudos apontam para uma frequência 2,7-8% sendo mais prevalente na população asiática. As classificações como a de Melton em 1991 ou Fan 2004 baseadas em características anatômicas ou radiográficas, ajudam a uma melhor compreensão da variabilidade anatômica. São casos que implicam uma abordagem complexa ao nível da instrumentação, irrigação e obturação.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 49 anos, apresentou-se na consulta com odontalgia no 4º quadrante, devido a uma pulpíte irreversível do dente 47 com periodontite apical sintomática. Realizou-se a remoção da cárie, abertura coronária e detetou-se a configuração do pavimento da câmara com anatomia em C, Tipo C2, Semi-Colon um canal independente separado do canal em C. Definido o comprimento de trabalho e estabelecida a via de permeabilidade, os canais foram instrumentados com recurso ao sistema de instrumentação mecânica PROTAPER UNIVERSAL S1 a F3. Dada a anatomia especial das raízes, foi dado especial ênfase à irrigação usando um protocolo de irrigação com NaOCl 5,25% durante a instrumentação, ativado passivamente com lima ultrassónica. No final foi realizado um protocolo de irrigação com NaOCl 5,25% e Ácido Cítrico 10% e Álcool. Usou-se uma técnica híbrida para obturação, conjugando a técnica de compactação vertical de onda contínua com condensação lateral para conseguir preencher a totalidade do canal em C.

Discussão e conclusões: Neste tipo de casos, é fundamental um correto diagnóstico através de radiografias pré-operatórias e uso de ampliação. Na preparação mecânica, o canal adjacente pode ser preparado com técnicas convencionais de instrumentação, porém elas não garantem a completa remoção dos detritos da porção em C. Assim é necessário recorrer técnicas alternativas com protocolos de irrigação mais alargados de modo a conseguir limpar os istmos e as zonas mais estreitas dos canais. Devem ser usados instrumentos de pequenas dimensões para diminuir o risco de perfurações. Na obturação, o recurso a técnicas termoplásticas puras (técnica de onda contínua) não garante a um selamento eficaz dos canais, sendo importante a combinação de diferentes técnicas para garantir a obturação tridimensional. As variações anatômicas como a apresentada neste caso colocam vários desafios ao médico dentista. Para