

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 fistula 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

Poás-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 anatómicas 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 anatómica. 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 pulpite 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