

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

poder atingir os objetivos do tratamento é fundamental um correto diagnóstico, uso de ampliação e a combinação de diferentes técnicas de obturação.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.108>

7. Osteonecrose dos maxilares: a propósito de 2 casos clínicos

Carolina Henriques, João Gião Carvalho,
Filipe Coimbra, Irene Pina Vaz

FMDUP

Introdução: A osteonecrose avascular dos maxilares é uma complicação potencial da terapêutica com bifosfonatos, fármacos não só utilizados no tratamento de doença metastática osteolítica mas também vulgarizados no tratamento da osteoporose. Os bifosfonatos interferem com o metabolismo ósseo, sendo a indução da apoptose dos osteoclastos um dos seus mecanismos de ação. Não havendo ainda um tratamento realmente eficaz, é de extrema importância a prevenção da ocorrência de osteonecrose dos maxilares, onde o tratamento endodôntico toma muitas vezes um papel importante, em detrimento das exodontias.

Casos clínicos: São descritos 2 casos clínicos – o primeiro, associado a tratamento com bifosfonatos para prevenção de metastização óssea, na sequência de um cancro da próstata; e o segundo, associado a terapêutica oral de longa duração por bifosfonatos, para a osteoporose. Neste último caso, a



falta de um diagnóstico precoce implicou a realização de exodontias desnecessárias que terão estado na origem da osteonecrose. Os tratamentos preconizados, pós diagnóstico de osteonecrose, foram distintos. Em qualquer dos casos clínicos apresentados foi adotada uma estratégia terapêutica conservadora, como sugerem as guidelines atuais para o tratamento desta patologia. Ambos os casos ficaram sujeitos a controlos clínicos e radiográficos e suspensão dos fármacos em causa.

Discussão e conclusões: A osteonecrose dos maxilares está associada a um grave impacto negativo na higiene oral e qualidade de vida dos pacientes. A sua fisiopatologia não é completamente conhecida e por isso não há um protocolo único de atuação. Em pacientes oncológicos, as lesões de osteonecrose podem ser confundidas com uma lesão metastática, donde se impõe um diagnóstico diferencial. Em qualquer dos casos clínicos apresentados foi adotada uma estratégia terapêutica conservadora, como sugerem as guidelines atuais para o tratamento desta patologia. A correlação da informação clínica com as imagens radiográficas é fundamental na identificação de potenciais complicações das terapêuticas com bifosfonatos. O conhecimento destas potenciais complicações deve orientar os profissionais na adoção de medidas preventivas, como otimizar a higiene oral do paciente, selecionar um plano de tratamento adequado e criterioso e evitar as exodontias favorecendo os tratamentos endodônticos, sempre que possível.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.109>