

Discussão e conclusões: É essencial perceber como uma afecção de origem dentária causa uma limitação tão extrema de abertura mandibular, como tal o recurso a técnicas de bloqueios anestésicos leva-nos a um diagnóstico final, claro e de gestão obrigatória multidisciplinar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.245>

#005 Quisto Dentífero Intra-Sinusal Assintomático



Afonso Martins*, Marcelo Prates, Yashad Mussá,
Luís Sanches Fonseca, Jorge Pinheiro, Francisco Proença

Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital S. José,
Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital D. Estefânia

Introdução: Os quistos ou tumores odontogénicos da maxila podem estender-se ao seio maxilar, promovendo, ou não, sinusopatias. Destes entidades, destacam-se o quisto radicular, o quisto dentífero e o queratoquisto. O quisto dentífero está associado à coroa de um dente incluso, em desenvolvimento ou a um odontoma. Os dentes mais frequentemente envolvidos são os terceiros molares inferiores e os caninos superiores, mas qualquer dente não erupcionado tem risco aumentado para formação destes quistos. Radiograficamente, apresentam-se como lesões radiotransparentes uniloculares. Os quistos dentíferos podem evoluir para patologia maligna, estando descritos casos de associação com carcinoma pavimento-celular e mucoepidérmoide. Estudos apontam que 17% dos ameloblastomas estão associados a quistos dentíferos. O nosso caso clínico descreve um quisto dentífero de grandes dimensões associado a um canino superior incluso, com invasão do seio maxilar, num doente assintomático.

Descrição do caso clínico: Doente de 52 anos de idade, enviado pela consulta de Insuficiência Respiratória para despiste de focos sépticos e reabilitação oral, previamente a cirurgia de transplante pulmonar. Como antecedentes pessoais, o doente apresentava Doença pulmonar obstrutiva crónica, Hipertensão arterial, Hepatite C e hábitos toxifílicos. Doente edêntulo total em ambas as arcadas, assintomático, realizou ortopantomografia que mostrou dentes inclusos 1.1 e 1.3 com imagem hipertransparente associada ao canino. Estudo tomográfico revelou imagem sugestiva de quisto dentífero à direita com progressão ascendente sem sinusopatia associada. O doente foi submetido, sob anestesia local, a extração de 1.3 incluso e quistectomia, curetagem e lavagem do seio maxilar e encerramento da loca. Actualmente, doente encontra-se assintomático, sem comunicação oro-antral.

Discussão e conclusões: O tratamento dos quistos dentíferos associados ao seio maxilar passa pela enucleação da lesão e prevenção de patologia sinusal consequente. A intervenção pode ser feita através do rebordo alveolar ou por acesso de Luc-Caldwell, com ou sem antrostomia endoscópica. Em quistos de grandes dimensões, a primeira abordagem pode exigir marsupialização prévia. Este caso foi abordado através do rebordo alveolar edêntulo com sucesso terapêutico, não apresentado o doente, à data, recidiva, sinusopatia ou outras

complicações. Os quistos dentíferos devem ser diagnosticados precocemente para evitar complicações locais e, mais raramente, transformação maligna.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.246>

#006 Fístula cutânea odontogénica no pescoço: a importância do exame intraoral



Cristina Moreira*, Nuno Medeiros, Inês Vaz Silva,
Rafalea Vaz, Teresa Corrales, Sónia Viegas

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho

Introdução: As fístulas cutâneas odontogénicas representam uma comunicação entre a cavidade oral e a pele, sendo uma das manifestações de necrose pulpar e periodontite crónica apical. A sua abertura pode ser intra ou, mais raramente, extraoral. Apesar de bem documentadas, continuam um desafio diagnóstico, acarretando por vezes múltiplas investigações e tratamentos inadequados. É necessário um elevado grau de suspeita, pois nem sempre se documenta odontalgia e a localização se encontra afastada do foco infeccioso, como no caso das fistulizações para a face e pescoço.

Descrição do caso clínico: Doente do género feminino, 22 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por tumefação laterocervical direita com mais de 3 meses de evolução. Terá realizado antibioterapia prescrita pelo médico assistente, sem resolução. Foi observada pela otorrinolaringologia e realizou ecografia compatível com provável linfadenite, tendo sido alterado o esquema antibiótico. Ao longo de 4 meses, em ambulatório, realizou citologia aspirativa demonstrando processo inflamatório, teste de deteção de interferão-gama (negativo) e tomografia computadorizada revelando trajeto fistuloso desde os planos cutâneos superficiais até à glândula submandibular direita. Foi proposta cervicotomia para exérese de adenomegalia e posterior diagnóstico histológico. Na consulta pré-operatória, por odontalgia de novo, foi pedida colaboração por estomatologia. À observação intraoral constatou-se cárie extensa de dente 4.8. Na ortopantomografia era visível radiolucência periapical. Procedeu-se a exodontia e remoção do tecido granulomatoso.

Discussão e conclusões: Fístulas cutâneas odontogénicas podem ser confundidas com uma grande variedade de distúrbios, incluindo infeção cutânea, osteomielite, neoplasia, tuberculose ou actinomicose. O abscesso dentário periapical secundário a cáries é um fator major em grande parte dos casos, sendo que o processo inflamatório se propaga através dos locais de menor resistência. Quando o trajeto abre intraoralmente, a causa é facilmente identificável, contudo, quando a abertura se encontra longe da origem, o diagnóstico torna-se mais desafiante. Nestes casos é imprescindível cooperação entre diferentes especialidades, suporte imagiológico e exame intraoral cuidadoso. Salienta-se a importância do diagnóstico precoce para evitar tratamentos desnecessários, encurtar a sua duração, reduzir a recorrência e inclusivamente o risco de desenvolver outras complicações, potencialmente fatais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.247>