

ção consciente destinada a doentes não colaborantes. É uma consulta especial, com uma dinâmica diferente de tantas outras consultas, havendo um trabalho multidisciplinar com excelentes resultados em prol dos pacientes.

Descrição do caso clínico: Os autores descrevem o caso de uma doente de 23 anos, com Síndrome de Dravet, não colaborante, com necessidade de sedação para realização de tratamentos. O Síndrome de Dravet, uma patologia rara, caracterizada por uma encefalopatia epilética associada a um défice cognitivo progressivo, com crises convulsivas de difícil controlo farmacológico. A paciente é polimedicada com levetiracetam, ácido valpróico, topiramato e clobazam. Como efeitos secundários desta medicação está descrito o aumento gengival, neste caso apresentava-se com um aumento gengival generalizado exuberante, com interferência na oclusão e estética. De forma a repor a funcionalidade oclusal, e dada a boa colaboração da doente em consultas de sedação anteriores, realizou-se, em maio 2016, gengivectomia cirúrgica no 1.º e 2.º quadrantes, com posterior aplicação de goteira de silicone. Ao fim de 1 ano, mantém-se com um excelente resultado, com melhoria funcional na oclusão e estética.

Discussão e conclusões: O tratamento de doentes com défices cognitivos, não colaborantes é um desafio. De notar que para além do habitual seguimento que estes doentes requerem, salientamos e demonstramos que é possível realizar tratamentos mais diferenciados sem ser necessário uma anestesia geral, evitando assim todos os riscos que essa técnica comporta. Para além disso esta técnica é muito mais cómoda para o paciente e tutores, não necessitando de internamento. Por seu lado a gengivectomia é uma técnica com excelentes resultados nos casos de aumento gengival de causa iatrogénica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.050>

#018 De Hiperplasia Fibromatosa Inflamatória a Fibroma Ossificante Periférico – caso clínico



Luísa Figueiredo*, Afonso Martins, Cátia Mateus, Eduardo Dutra, Ana Fernandes, Francisco Proença

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

Introdução: O Fibroma Ossificante Periférico é uma hiperplasia inflamatória reativa benigna, mais comum no género feminino e de etiologia desconhecida. Relaciona-se com a existência de placa bacteriana, cálculo dentário, próteses mal adaptadas, entre outros fatores iatrogénicos. Ocorre quase exclusivamente na gengiva inserida e geralmente envolve a papila. O diagnóstico é sobretudo histopatológico, caracterizando-se pela presença de focos mineralizados num estroma de tecido conjuntivo com inúmeros fibroblastos.

Descrição do caso clínico: Mulher de 61 anos, raça negra, seguida no Serviço de Estomatologia do Hospital de S. José por lesões exofíticas, recidivantes, do 2.ºQ. Foram realizadas várias biopsias: 2010 (fibroma periférico traumático com esboço de formação de trabéculas ósseas), 2012 (inflamação linfoplasmocitária e tecido ósseo) e 2014 (hiperplasia fibromatosa inflamatória). Regressa em Maio de 2017 por reaparecimento

de lesão assintomática, com características semelhantes às anteriores e 3 semanas de evolução. Apresentava lesão exofítica séssil de coloração rósea, bem delimitada, lisa com 3 x 1.5 cm envolvendo os dentes 2.3, 2.4 (deslocado para vestibular e distal) e 2.5, os quais apresentavam mobilidade de grau II/III. A doente apresentava doença periodontal severa não controlada (mobilidade grau II/III em todos os dentes). Era portadora de prótese parcial superior dento-muco-suportada mal adaptada. A radiografia retro-alveolar mostrava focos radiopacos de pequena dimensão e sugestivos de calcificação. Na ortopantomografia não eram visíveis estas calcificações. Colocados os diagnósticos diferenciais de granuloma piogénico, lesão periférica de células gigantes, hiperplasia fibromatosa inflamatória (previamente diagnosticado) e fibroma ossificante periférico, procedeu-se a biópsia incisiva da lesão e extração de 2.4. O estudo anátomo-patológico revelou tratar-se de Fibroma Ossificante Periférico com intensa inflamação. Planeia-se excisão total da lesão e eliminação dos fatores traumáticos. Programa-se seguimento em consulta de Periodontologia e reabilitação protética adequada.

Discussão e conclusões: Entre outros, o interesse clínico do caso radica na demonstração de que a recidiva de algumas lesões gengivais justifica a necessidade de seguimento e a repetição de biópsias. Salienta-se ainda a importância da imagiologia intra-oral neste tipo de lesões.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.051>

#019 Sobredentadura sobre Barra Fresada com Equators: Caso Clínico



Hugo Sá Pinto*, Gustavo Silva Pereira, Sampaio Fernandes, José Mário Rocha, Paulo Júlio, Ricardo Duarte

Faculdade Medicina Dentária da Universidade do Porto, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal – RN – Brasil


Introdução: A reabilitação de arcadas totalmente desdentadas constitui um dos maiores desafios na área da reabilitação oral. Apesar da ausência total de peças dentárias ter vindo a ser menos prevalente ao longo do tempo, as sobredentaduras são uma das possibilidades de reabilitação protética bastante viável, sendo muitas vezes considerada a primeira abordagem perante pacientes com ausência total de peças dentárias, condições ósseas desfavoráveis e/ou poder económico mais limitado. A utilização de próteses com quatro implantes e uma barra na região frontal da mandíbula tem-se tornado o tratamento de escolha para próteses removíveis mandibulares. A escolha do sistema de retenção está dependente do espaço protético disponível, necessidade de manutenção, distribuição de forças para os tecidos duros, moles, implantes e nível de retenção. Quando a mandíbula apresenta uma forma larga ou em V, três ou quatro implantes irão providenciar um desenho da prótese e da barra mais favoráveis.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo masculino de 64 idade, portador de sobredentadura na maxila com sistema de retenção tipo cavalete. Dada a sua satisfação com o sistema recorreu à FMDUP para realizar reabilitação na mandíbula com o mesmo tipo de sistema. Procedeu-se à colocação de

4 implantes no 5.º sextante com regularização do rebordo ósseo. Posteriormente fez-se uma barra fresada de secção retangular e uma sobredentadura com um sistema de retenção tipo equators.

Discussão e conclusões: Na reabilitação da mandíbula optou-se por uma barra fresada com sistema de retenção (equators), visto haver menor distorção na confecção da barra, retenção criada pela secção da barra (secção retangular) e pelo facto de os equators estarem inseridos na mesma, o que aumenta não só o seu nível de retenção assim como a facilidade na sua substituição. As barras fresadas comparativamente com as barras fundidas apresentam como grande vantagem uma maior precisão na interface entre implantes e a barra. As barras apresentam como vantagem a fácil higienização por parte do paciente, a adaptação e retenção da prótese e a simplicidade de troca de componentes que dão a retenção à prótese. Uma possível complicação prende-se com a hiperplasia da mucosa sobre a barra em pacientes com higiene oral deficiente. Este tipo de reabilitação deve ser tido em consideração em pacientes sem disponibilidade óssea para reabilitações totais fixas e em pacientes específicos que procuram uma opção removível sobre implantes

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.052>

#020 Subvalorizamos os risco de extração de dentes do siso? Extrações dentárias e coagulopatia. 

S. Dionísio*, R. Saleiro, H. Marques, R. Moreira, C. Monteiro, E. Ventura

Serviço de Estomatologia do Centro Hospital do Porto,
Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial do Centro Hospital do Porto


Introdução: Os terceiros molares são os dentes mais frequentemente inclusos. As principais indicações para extrair os dentes do siso inclusos são: periocoronarites (25 a 30%), cáries (15%) e quistos ou tumores odontogênicos (1-2%). As principais complicações associadas à exodontia de terceiros molares inclusos são lesões neurológicas (temporárias ou permanentes), envolvendo o nervo lingual ou alveolar inferior; trismus; dor; edema; alveolite seca; luxação de dentes adjacentes; comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar ou fraturas mandibulares.

Descrição do caso clínico: Homem de 21 anos, com antecedentes pessoais de Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber, e concomitantemente uma coagulopatia de consumo crónica, referenciado para consulta de Estomatologia no Centro Hospital do Porto para extração de dentes de sisos inclusos após episódios de repetição de pericoronarite. Dado o risco hemorrágico, o doente foi orientado, previamente à cirurgia, em consulta de Hematologia, tendo sido realizadas todas as medidas hemostáticas peri-operatórias, locais e sistémicas, recomendadas. A recorrência de episódios hemorrágicos de difícil controlo implicou 3 reintervenções cirúrgicas e ainda a necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intensivos, para vigilância sob sedação, ao 8.º dia pós-operatório. O internamento foi posteriormente complicado por uma infeção respiratória nosocomial e uma colecistite aguda com necessidade de drenagem percutânea.

Só ao 41.º dia de internamento se reuniram condições clínicas para a alta hospitalar.

Discussão e conclusões: A prevalência de hemorragias graves pós extrações dentárias não são frequentes, no entanto, não pode ser desvalorizado este possível risco. Um dos fatores mais importantes na prevenção da hemorragia pós extração dentária é uma investigação cuidadosa dos antecedentes pessoais e familiares de hemorragia. E, em caso de suspeita de uma coagulopatia, os doentes devem ser previamente estudados e as indicações para extração devem ser reapreciadas segundo risco-benefício.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.053>

#022 Granuloma Periférico de Células Gigantes – Caso Clínico 

C. Pires-Gonçalves*, F. Castro-Lopes, D. Rôlo, R. Moreira, C. Miranda, A. Pinto

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Granuloma Periférico de Células Gigantes é uma lesão tumoral benigna muito comum na cavidade oral, afetando apenas os tecidos moles. É mais frequente na mandíbula, principalmente no rebordo alveolar edêntulo, na papila interdentária, das zonas posteriores de arcadas dentárias. Apresenta 2 picos de incidência máxima, um durante o período de dentição mista e outro desde a 3.ª à 6.ª década de vida. É mais frequente no sexo feminino, com uma proporção de 2:1. A sua génese é multifactorial, resulta de fatores irritantes/traumatismo locais crónicos e de fatores hormonais como hiperestrogenismo e gravidez.

Descrição do caso clínico: Doente com 69 anos, do sexo feminino, com história de lesão da cavidade oral elevada, localizada na porção posterior da mandíbula, com crescimento progressivo ao longo de 3 meses. Com prótese superior mal ajustada e sem resposta a antibioterapia instituída, é encaminhada para a Consulta Externa de Estomatologia. Ao Exame Objetivo apresentava má higiene oral e um nódulo exófito, séssil, de cor azulada, com cerca de 2 centímetros, de consistência elástica, não friável, indolor e bem delimitado no 4.º quadrante, ao nível do rebordo alveolar envolvendo restos radiculares dos dentes 46 e 47. Após estudo imagiológico, procedeu-se à excisão da lesão e dos restos radiculares, tendo o estudo histológico revelado um Granuloma Periférico de Células Gigantes.

Discussão e conclusões: Em um indivíduo sem manifestações sistémicas, com má higiene oral, e com prótese dentária mal adaptada, ao ser encontrada uma lesão na cavidade oral, em contexto traumático deverá colocar-se como um dos primeiros diagnósticos o Granuloma Periférico de Células Gigante, dado ser uma entidade patológica inflamatória muito frequente que resulta de uma resposta local a um fator traumático. Apesar da sua elevada frequência, deverá fazer-se o diagnóstico diferencial com outras entidades patológicas mais severas, nomeadamente uma que apresenta características clínicas e histológicas semelhantes mas com prognóstico diferente, o Granuloma Central de Células Gigantes. O Granuloma Periférico de Células Gigantes apresenta bom prognósti-