

nais. De acordo com a literatura científica disponível este tipo de metodologia apresenta-se como uma alternativa credível, quer ao nível dos requisitos clínicos, quer ao nível de rapidez, em reabilitações orais parciais.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo masculino de 42 anos de idade com ausência do dente 37. História clínica sem alterações relevantes. Foram realizados ortopantomografia e CBCT (Planmeca®), tendo sido detectadas 13mm de altura e 10mm de largura ósseas. Foi colocado um implante Straumann® Bone level com plataforma 4,1mm (Ref.:021.5410). Decorridos 3 meses foram realizadas impressões digitais com o scanner 3Shape (Trios®, Denmark) utilizando um scan body aparafusado ao implante, criado um modelo digital. A nível laboratorial esse modelo digital foi utilizado para construir uma coroa em zircónia monolítica Prettau Zirkonzahn® com interface em titânio, pelo processo de fresagem. Foi pigmentada de acordo com a cor pretendida. Posteriormente a coroa foi ajustada e aparafusada na cavidade oral do paciente.

Discussão e conclusões: A utilização desta metodologia digital permitiu: 1) Obtenção de uma boa adaptação à plataforma do implante confirmada a nível radiológico; 2) A adaptação nos contactos interproximais e na oclusão necessitou de ajustes mínimos, cumprindo deste modo os requisitos clínicos; 3) Uma melhoria de conforto ao nível do paciente, uma vez que não foram utilizados materiais passíveis de induzir reflexos de vômito; 4) Menor consumo de tempo clínico e tempo laboratorial na realização da coroa implantossuportada. O resultado obtido coaduna-se com os resultados descritos na literatura e deste modo conclui-se que este caso pode-se considerar exemplificativo das possíveis vantagens da utilização desta técnica. Contudo convém ressaltar que a mesma requer um investimento em equipamentos considerável, devendo a sua utilização ser equacionada dentro do ambiente clínico individual.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.060>

#029 Frenectomia: Momento de Atuação. Descrição de Casos Clínicos



Sofia Teves Rego*, Inês Guerra Pereira, Tiago Pinto Ribeiro
Faculdade Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O freio labial maxilar adquire particular importância pelos seus achados clínicos e radiográficos, existência de diastema mediano e não encerramento da sutura intermaxilar. Tratando-se de uma estrutura anatómica formada por finas pregas de membrana mucosa e tecido conjuntivo e que pode ter na sua constituição fibras musculares, tem como principal função limitar a mobilidade do lábio superior. Com o desenvolvimento da dentição temporária, o freio labial maxilar tende a assumir uma posição mais apical, sendo assim uma estrutura dinâmica. O diastema mediano é comum na dentição primária e mista, contudo com a erupção dos dentes definitivos, incisivos laterais e caninos maxilares permanentes, este espaço poderá encerrar-se. É importante prever se poderá existir uma autocorreção da situação, ou pelo contrário, quando e em que situação se deverá intervir cirurgicamente, realizar a frenectomia. A literatura atual ainda não permite

concluir qual a melhor idade para realizar a frenectomia. Neste póster descrevem-se três casos clínicos.

Descrição dos Casos Clínicos: Serão apresentados três casos clínicos em que o momento de atuação diverge, perante condicionalismos inerentes à situação clínica do paciente. Inicialmente, é importante realizar o correto diagnóstico para a identificação do freio labial maxilar patológico através do exame clínico e imagiológico. No primeiro caso clínico a frenectomia foi realizada precocemente, em paciente com dentição mista e sem a erupção dos caninos. Os outros casos clínicos representam cirurgias efetuadas mais tarde, em que o tratamento ortodôntico estava preconizado. Pretende-se comparar a idade do paciente e cronologia de erupção, e assim explicar a realização do procedimento cirúrgico.

Discussão e conclusões: No freio labial maxilar, a frenectomia deve ser realizada após a erupção dos caninos maxilares permanentes. No entanto, quando o diastema é amplo, este procedimento necessita ser realizado precocemente para permitir o encerramento do diastema. Em dentição decídua esta cirurgia não é recomendada. Quando existe persistência do diastema, após a erupção dos caninos permanentes maxilares, a frenectomia deve ser associada ao tratamento ortodôntico, depois da colocação do aparelho fixo ou pouco tempo antes da sua remoção.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.061>

#030 Reabilitação oral de caso clínico com comunicação oro-antral após carcinoma do zigomático



Lurdes Veloso*, Luís Alves, Nuno Sampaio, Avelino Santos,
David Sanz, Pedro Nicolau

Cirurgia Maxilo-Facial do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O tratamento cirúrgico para a ablação de tumores malignos na maxila pode resultar em comunicações oro-antrais severas, resultando numa diminuição da capacidade de fonação e mastigação, comprometendo também a estética. Na maioria dos casos, as próteses obturadoras conferem ao paciente uma melhoria da qualidade de vida e da sua auto-estima.

Descrição do caso clínico: Uma paciente do sexo feminino, de 66 anos, com uma desdentação parcial extensa resultante da cirurgia maxilo-facial após um carcinoma do osso zigomático, em 2013, recorreu à clínica da pós-graduação em reabilitação oral protética da FMUC em 2015, sem qualquer tipo de reabilitação protética. Apresentava um defeito unilateral, afetando o palato duro e mole e uma comunicação com a cavidade nasal, acompanhada de limitação da abertura bucal, por anquilose fibrótica da articulação temporomandibular (ATM). O principal objetivo da paciente era a reposição da função e eficácia mastigatória. Devido à limitação da amplitude de abertura bucal, foi necessário recorrer a cirurgia da ATM, resultando num aumento de amplitude de 20 para 34 mm. Dada a extensão do defeito e ao risco de introduzir material de impressão na comunicação, foi decidido utilizar uma a técnica

de impressão digital com uma câmara intra-oral. Posteriormente, foi confeccionado sobre o modelo obtido uma placa palatina (resina termo-plástica transparente) para obter uma impressão controlada da extensão do defeito e um registo intermaxilar, na mesma consulta. Com estas duas técnicas de impressão, obteve-se um modelo de trabalho através da técnica do modelo alterado, para a realização de uma prótese parcial esquelética com faces oclusivas em metal e um obturador oco em resina mole.

Discussão e conclusões: A prótese obturadora consegue solucionar em parte os problemas dos pacientes com defeitos oro-maxilo-faciais, restituindo a estética e a função. O sucesso deste tipo de reabilitação protética depende de uma abordagem multidisciplinar com uma boa comunicação com o Cirurgião Maxilo-Facial, Fisioterapeuta e Técnico de Prótese. No caso concreto do obturador em resina mole, este deve ser substituído com regularidade sendo, por isso, de extrema importância controlos semestrais e o reforço na instrução e motivação higiénica. No caso clínico apresentado, o problema inicial da paciente foi colmatado, sendo que, com 6 meses de controlo a paciente refere ter deixado de se alimentar através de sonda, passando a comer qualquer tipo de refeição.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.062>

#031 Plasmocitoma da mandíbula como primeira manifestação de mieloma múltiplo: relato de caso

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

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O mieloma múltiplo é uma doença hematológica maligna, caracterizada pela proliferação multicêntrica de células plasmáticas na medula óssea. As alterações provocadas pelas células neoplásicas têm diversas implicações no metabolismo ósseo e apresentam complicações como dor óssea incapacitante, hipercalcémia, fraturas patológicas e síndromes de compressão medular. A sua incidência na Europa é de 6/100.000 por ano, com uma idade média compreendida entre os 63 e os 70 anos. As manifestações orais do mieloma múltiplo não são incomuns mas o envolvimento da mandíbula como primeira manifestação é pouco frequente.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 73 anos, com queixas de parestesias do lábio inferior com 3 meses de evolução e com lesão radiotransparente com cerca de 2 cm, sobre o canal do nervo alveolar inferior, visível em ortopantomografia. A biópsia incisional realizada foi inconclusiva, revelando uma lesão proliferativa de plasmócitos. O estudo imagiológico completo revelou várias lesões osteolíticas. Após biópsia de medula óssea e imunoelectroforese das proteínas confirmou-se o diagnóstico de mieloma múltiplo IgG/Kappa, estadio IIIA. A doente iniciou quimioterapia de imediato e terapêutica com bifosfonatos após tratamento de todas as lesões dentárias, mantendo-se em seguimento.

Discussão e conclusões: O diagnóstico de mieloma múltiplo é fortemente suspeito em doentes com dor crónica óssea em várias localizações. Por sua vez, as lesões orais e maxilofaciais em doentes com esta patologia não são incomuns, mas

são muitas vezes negligenciadas. Aproximadamente 5-30% dos doentes apresentam lesões na mandíbula e o seu achado acidental pode constituir a primeira evidência da doença (14% dos doentes). As manifestações podem incluir dor mandibular ou dentária localizada, parestesias, tumefação de tecidos moles, mobilidade dentária e fratura patológica pelas lesões osteolíticas. Devido à grande diversidade e variabilidade de sintomas, a doença pode ser difícil de diagnosticar. As apresentações orais clínicas e imagiológicas podem mimetizar outras patologias dentárias, levando ao atraso de diagnóstico e tratamento, pelo que os profissionais das várias áreas da saúde que lidam com patologia oral devem estar familiarizados com esta entidade.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.063>

#032 Sialolitíase do ducto de Wharton. A propósito de um caso clínico

Vladislav Danu*, Francisco Marques

CHUC

Introdução: A sialolitíase caracteriza-se pela formação de cálculos ou sialolitos no interior do ducto ou do próprio parênquima glandular das glândulas salivares. É a patologia mais comum das glândulas salivares atingindo principalmente a glândula submandibular e o seu ducto, seguida pela glândula parótida.

Descrição do caso clínico: Mulher, 44 anos, referenciada para o Serviço de Cirurgia Maxilofacial, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, por uma tumefação no pavimento bucal à direita, episódios de dor e edema na mesma região, cerca de 2 anos de evolução. Ao exame físico extrabucal, a glândula submandibular direita apresentava-se ligeiramente endurecida. Ao exame intra-oral, observou-se aumento de volume na região do pavimento bucal. Procedeu-se à realização de uma tomografia computadorizada cervicofacial, que permitiu a observação do sialolito gigante do ducto de Wharton da glândula submandibular direita, com cerca de 15mm de comprimento. Via intra-oral e com anestesia local, procedeu-se à sialolitotomia e marsupialização posterior do canal excretor, com resolução completa da sintomatologia.

Discussão e conclusões: A sialolitíase é definida pela presença de cálculos nas glândulas ou ductos salivares e representa cerca de 30% das alterações salivares. A maioria dos cálculos tem origem na glândula submandibular que obstrui o ducto submandibular (de Wharton). O sialolito desenvolve-se como resultado da deposição de cristais minerais ao redor de nichos bacterianos, muco ou de células descamadas. A retenção associada ao aumento do pH salivar, infeção, inflamação ou trauma do ducto ou da glândula salivar podem ser fatores favoráveis para a formação do cálculo. Na maioria dos casos, o diagnóstico clínico é associado aos exames radiográficos convencionais, mas, em alguns casos, pode ser necessário utilizar técnicas mais avançadas, como tomografia computadorizada, sialografia, ultrassonografia e ressonância magnética para uma melhor localização. O tratamento pode ser conservador quando o tamanho do cálculo não atinge grande proporção, através de massagem glandular, calor húmido e hidratação, resultando