

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 sialólitos 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 sialólito 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 sialólito 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

em expulsão espontânea. Em casos de sialolitos maiores, o tratamento adequado é a remoção cirúrgica como no caso apresentado. O sialolito gigante localizado no ducto da glândula submandibular pode ser facilmente diagnosticado através do exame clínico e de imagem e tratado através de remoção cirúrgica por acesso intra-oral com melhoria radical dos sintomas. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.064>

### #033 Microscópio cirúrgico a propósito de retratamento 1.º pré-molar mandibular com 2 canais



António Jorge Monteiro Pereira Coelho, Ricardo Jorge da Costa Figueiredo\*, Rita Noites, Miguel Agostinho Cardoso

Universidade Católica Portuguesa

**Introdução:** A Medicina Dentária, particularmente o ramo da endodontia, tem sofrido grandes avanços nas últimas décadas devido ao aparecimento do microscópio operatório. Até recentemente, os procedimentos endodônticos eram realizados utilizando apenas a sensibilidade tátil e a experiência do operador, sendo que a única forma de visualizar o interior dos canais era através de radiografias. Este trabalho tem como objetivo comparar a visualização do tratamento endodôntico utilizando um microscópio operatório com a visualização direta através do olho humano e demonstrar a eficácia, precisão e facilidade do tratamento que a utilização do microscópio operatório proporciona num caso de retratamento endodôntico.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino com 69 anos apareceu na consulta da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica com sintomatologia à percussão vertical no dente 34. Após a realização de radiografia observou-se a presença de lesão apical e um segundo canal sem estar obturado. Procedeu-se ao retratamento endodôntico. O microscópio permitiu visualizar que os canais bifurcavam no terço médio da raiz e que o canal lingual apresentava cimento de obturação só na entrada canal. Removeu-se a guta com Protaper® D3 e realizou-se a preparação canal com Protaper Universal® F1. Obturaram-se os canais com o sistema GuttaCore® e cimento AHplus®.

**Discussão e conclusões:** Comparando as imagens obtidas pelo microscópio e as fotografias intraoperatórias (simulação do olho humano), foi verificada a superioridade das imagens do microscópio. Enquanto o olho humano apenas consegue distinguir 2 pontos à distância mínima de 0,2mm, com o microscópio operatório é possível aumentar a acuidade visual do operador até aos 0,006mm, o que permite inferir que a utilização desta ferramenta foi indispensável para o retratamento endodôntico. A utilização do microscópio operatório na Medicina Dentária, particularmente na endodontia, é uma prática cada vez mais imprescindível. Apesar do custo associado à sua aquisição, o melhoramento da postura de trabalho, a autocrítica e análise dos trabalhos realizados, a possibilidade de utilização das imagens intraoperatórias para ensino universitário, e, principalmente, uma melhor qualidade e eficácia de trabalho, antagonizam qualquer despesa que advém da obtenção desta ferramenta. Por todas estas razões, este equipamento é imprescindível na prática endodôntica do século XXI.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.065>

### #034 Reabilitação estética em hipoplasia de esmalte – a propósito de um caso clínico



Liliana Silva\*, Catarina Oliveira, Rute Rio, A. Guerra Capelas, Carlos Ferreira de Almeida

Universidade Católica Portuguesa Viseu

**Introdução:** A hipoplasia de esmalte é um defeito de desenvolvimento dentário originado por alterações na formação de matriz do esmalte. Clinicamente pode observar-se vários graus de defeitos, contudo a falta de uniformidade da camada celular de esmalte está patente. Como tratamento desta situação clínica as restaurações estéticas são encaradas como uma boa opção clínica. Atualmente as resinas compostas permitem restaurar forma e função dentária com as características estéticas da cor, translucidez e opacidade, biomimetizando a estrutura dentária. As facetas vestibulares diretas em resina composta têm sido uma alternativa às facetas cerâmicas, devido à evolução dos materiais adesivos e das resinas compostas permitindo atingir resultados comparáveis com a vantagem adicional de permitirem uma fácil e rápida reparação.

**Descrição do caso clínico:** Paciente, 48 anos, sexo feminino, compareceu na clínica com queixas estéticas do setor anterior do 12 ao 22. Apresenta os dentes 12, 11, 21, e 22 com alterações de forma devido a um traumatismo durante a infância não tendo sido anteriormente reabilitada. O plano de tratamento passou pela reanatomização dos incisivos centrais e laterais recorrendo a facetas de resina composta. Para o procedimento realizou-se modelos de estudo e enceramento do mesmo. Foi realizado um mock up para verificar a forma dos dentes e ajustes funcionais. Realizou-se isolamento absoluto, guia silicone e procedeu-se as restaurações. Foi utilizada a técnica incremental com recurso a resinas compostas estéticas para reanatomizar o dente e polimento com recurso a diferentes grãos para que este seja mais eficaz. Por fim, verificou-se interferências na oclusão estática e dinâmica.

**Discussão e conclusões:** Para a resolução deste tipo de alterações de forma, para além da reconstrução com resinas compostas, pode optar-se por coroas totais ou facetas de porcelana, no entanto estas são consideradas mais invasivas. Deste modo, as resinas compostas são uma boa alternativa uma vez que possibilitam a conservação de estrutura sadia, com excelentes resultados estéticos e de maneira simples, rápida, económica e conservativa.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.066>

### #036 Tratamento multidisciplinar de incisivos centrais com reabsorção radicular externa



Vanessa de Almeida Machado, João Botelho\*, Luisa Bandeira Lopes, António Amaral, Irene Ventura

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

**Introdução:** Dado a sua prevalência em crianças e adolescentes, o traumatismo dentoalveolar têm-se tornado um problema de Saúde Pública. Pode ser resultante de uma queda acidental, acidente de viação ou desportos de contato.