

Devido à sua posição na arcada dentária, os incisivos centrais superiores são muitas vezes afetados, levando, a problemas estéticos, funcionais e fonéticos. O objetivo deste trabalho é ilustrar um procedimento clínico de apexificação com MTA do 11 e 21 e posterior adesão de facetas vestibulares diretas de compósito.

Descrição do caso clínico: Paciente de 11 anos de idade, do género masculino, leucoderma, dirigiu-se à consulta de Odontopediatria na Clínica Universitária Egas Moniz, acompanhado de relatório do Hospital de Santa Maria, onde consta ter sofrido traumatismo crânio-facial em janeiro de 2016. Segundo o mesmo, o diagnóstico dentário, para além das fraturas, inclui intrusão do dente 11 e 21, com fratura complicada do 11 e fratura não complicada do 21, 'ferida inciso-contusa com deslocamento da gengiva e aparente fratura alveolar nas áreas de 11 e 21'. No mesmo dia realizaram exploração cirúrgica, reposicionamento no alvéolo de 11 e 21 com respetivas restaurações e ferulização de 12 a 22. Foi observado na Clínica Universitária Egas Moniz em junho de 2016 e verificou-se que o 11 e 21 apresentavam restaurações, fêrula, inflamação dos tecidos periodontais e fístula. Radiograficamente foi possível observar reabsorção radicular externa nos dois incisivos centrais superiores. Procedeu-se à apexificação do 11 e 21 com MTA e posterior reabilitação com facetas vestibulares diretas com compósito. Foram realizadas consultas de controlo de 1 mês, 3 meses e 6 meses, com exame clínico e radiográfico.

Discussão e conclusões: Aos 6 meses de follow-up, parece haver estabilização da reabsorção externa de ambos os incisivos centrais superiores e dos tecidos periapicais, associado à estética dentária sem alteração da coloração. Assim a abordagem dos traumatismos deve ser multidisciplinar para o sucesso da reabilitação a longo prazo. É fundamental estabelecer um diagnóstico correto a fim de efetuar a terapêutica e técnicas adequadas a cada caso, resolvendo o problema no imediato e minimizar os prováveis efeitos adversos no futuro. Abordagens terapêuticas conservadoras e progressivas, complementadas com controlos clínicos e radiográficos, permitem a otimização e a manutenção dos resultados estéticos e funcionais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.067>

#037 "Dens in Dente" – um desafio endodôntico



Joana Paiva*, Pedro A. Santos, Mariana Moreira, Nuno Gil, Maria J. Sobreira, João Correia Pinto

Hospital de S. João

Introdução: O dens in dente (dente invaginatus) é uma alteração de desenvolvimento dentário resultante de uma invaginação de esmalte e dentina. A profundidade da invaginação varia desde um ligeiro aumento do cingulo até um profundo sulco que se estende ao ápice. Tem uma prevalência de 0,04% -10%, sendo mais frequente na maxila e nos incisivos laterais; podendo ser único, múltiplo ou bilateral. Apresenta etiologia controversa: traumatismos, infeções ou componente hereditário. Os dens in dente classificam-se em coronários ou radiculares (mais raros). Segundo Oehlers, os

dens in dente coronários classificam-se em tipo I (invaginação limitada à coroa), tipo II (invaginação estende-se abaixo da junção amelo-cementaria, terminando em fundo cego, podendo ter comunicação com a polpa) e tipo III (invaginação estende-se através da raiz e se perfura a área apical classifica-se em tipo IIIb ou se perfura lateralmente classifica-se em tipo IIIa).

Descrição do caso clínico: B.S., sexo feminino, 14 anos, recorre à consulta por abscessos de repetição que motivaram vários internamentos hospitalares. Tem história de sinusite crónica com vários períodos de agudização. Ao exame objetivo, o dente 1.3 apresentava alteração da morfologia e da cor da coroa, desconforto à percussão, teste de vitalidade negativo ao frio e um trajeto sinusal com drenagem purulenta por vestibular. Radiologicamente, no interior do dente 1.3 observava-se um saco radiolúcido rodeado por bordos radiopacos, que corresponderia à invaginação, e uma lesão apical radiolúcida com cerca de 12mm.

Discussão e conclusões: O diagnóstico definitivo é um dens in dente tipo II num dente 1.3 necrosado com lesão apical. A abordagem terapêutica destes casos tem de ser individualizada, tendo como objetivo a eliminação da dor, preservação da estrutura dentária e reabilitação do dente. Como primeira linha considera-se o tratamento endodôntico convencional, sendo o tratamento cirúrgico reservado para os casos em que existe falência do primeiro, grandes alterações anatómicas ou dificuldade no acesso a todas as partes da estrutura canal. Neste caso efetuou-se o tratamento endodôntico convencional e apexificação, tendo como dificuldades acrescidas o ápex aberto e uma invaginação com extensão ao terço apical da raiz.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.068>

#038 BIODENTINE® e CBCT no tratamento de reabsorção radicular externa – caso clínico



Rita Noites*, Manuel Paulo, Miguel Agostinho Cardoso

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Viseu Portugal.

Introdução: As reabsorções radiculares externas são caracterizadas pela destruição progressiva do tecido duro devido à atividade clástica. Um diagnóstico incorreto pode levar a um tratamento errado e subsequente perda do dente. O tratamento deve visar a supressão completa do tecido de granulação e a reconstrução do defeito pela colocação de um material adequado. Biodentine® tem sido usado como um material de reparação devido à sua bioatividade e biocompatibilidade.

Descrição de caso clínico: Paciente caucasiana de 29 anos de idade, apresentou-se na clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu com uma fístula associada ao dente 12. Após radiografia periapical, detetou-se um espigão de fibra de vidro no canal radicular e a presença de uma reabsorção radicular externa. A realização de CBCT permitiu a confirmação da reabsorção na região distal da raiz. O retratamento endodôntico não foi realizado porque o dente tinha uma raiz fina com grande probabilidade de fratura na remoção do espigão de fibra de vidro. Foi realizada uma abordagem cirúrgica onde

foi utilizado Biodentine® como material de reparação do defeito de reabsorção.

Discussão e conclusões: A reabsorção radicular externa é um processo multifatorial com diversos fatores etiológicos. O CBCT é essencial no diagnóstico e plano de tratamento deste tipo de lesões. Após a realização do controlo após um ano verificou-se a reparação da reabsorção radicular e cicatrização progressiva do defeito ósseo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.069>

#040 Eritema Multiforme Major oral associado a toma de Ácido Valproico



Marcelo Prates*, Patrícia Caixeirinho, Afonso Simões Martins, Luísa Figueiredo, Maria João Costa, Francisco Proença

Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital São José

Introdução: O eritema multiforme é uma afeção aguda, autolimitada e por vezes recorrente da pele e mucosas, com largo espectro de apresentações ou severidade e que se pensa ter origem numa reação de hipersensibilidade tipo IV associada na maior parte dos casos a infeções ou a medicação. Na forma major tipicamente com lesões em alvo e pápulas edematosas com distribuição acral e envolvimento de uma ou mais mucosas.

Descrição do caso clínico: Homem, 24 anos, raça negra, com Hepatite B e história de abuso de canabinóides, internado por ideação delirante persecutória e alucinações auditivas. Após avaliação foi medicado com olanzapina, haloperidol e ácido valproico. 16 dias depois inicia quadro de mialgias generalizadas e ulcerações a nível dos lábios, mucosa jugal e gengival. Com sinais de hemorragia recente. Língua e pavimento oral poupados. Com áreas de necrose justa comissura labial bilateralmente, descamativas e ligeiramente exsudativas. Lesões com dor local permanente e estomatorragia. Parou ácido valproico e iniciou prednisolona e antibioterapia com amoxicilina e metronidazol por supuração secundária. Fez reforço da hidratação oral e da higiene oral com clorhexidina. 4 dias depois com melhoria das lesões mantendo dor e estomatorragia raras. Iniciou remoção de tecidos destacáveis com compressa embebida em soro e aplicação de gel de ácido hialurónico nas lesões intraorais e vaselina nos lábios. Parou corticoterapia sistémica por potencial descompensação da patologia de base, iniciando betametasona tópica. Fez antibioterapia durante 14 dias com melhoria quase completa das lesões mantendo hidratação e higiene. 18 dias após início do quadro já sem qualquer lesão da mucosa oral ou lábios.

Discussão e conclusões: Apresentamos um caso de eritema multiforme major com sobreinfeção bacteriana em doente com Hepatite B e consumo de canabinóides como fatores de risco. Visto que mais de 50% dos casos são relacionados com medicamentos admitiu-se como trigger o início recente de ácido valproico, uma das drogas mais envolvidas nesta situação. Frequentemente só é necessária terapêutica sintomática e suspensão/controlo da causa mas alguns doentes podem necessitar de internamento para hidratação, analgesia, terapia antiviral, corticoterapia sistémica ou antibioterapia. O

eritema multiforme pode apresentar-se com lesões da mucosa oral antes de evoluir para uma forma mais severa pelo que um alto nível de suspeição é fundamental para evitar o atraso no diagnóstico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.070>

#041 Gengivite Ulcerativa Necrotizante: A propósito de um caso clínico



Pedro Cabeça Santos*, Juliana Medeiros Almeida, Pedro Alberto Santos, Catarina Fraga, Tiago Fonseca, João Correia Pinto

Centro Hospitalar de São João, E.P.E. – Hospital de São João

Introdução: A gengivite ulcerativa necrotizante trata-se de uma doença periodontal aguda, causada por infeção gengival bacteriana. Esta entidade é caracterizada pela necrose dos tecidos moles gengivais e pode progredir para a destruição da estrutura periodontal em todos os seus componentes, com conseqüente perda de inserção dos mesmos. É mais frequente em adultos jovens, sem predomínio de género. Estão identificados vários fatores de risco locais e sistémicos, nomeadamente: a insuficiente higiene oral, o tabagismo, a imunossupressão, a má-nutrição severa e as perturbações psico-emocionais. O diagnóstico é clínico, pela tríade de dor e hemorragia gengivais com necrose papilar associada e eventual envolvimento sistémico. O tratamento passa pelo desbridamento do tecido necrótico, reforço da higiene oral com colutório de clorexidina a 0,12%, analgesia e, em caso de resposta sistémica, antibioterapia.

Descrição: Mulher, 62 anos de idade, fumadora de 42 unidades maço/ano, sem antecedentes patológicos relevantes, medicada cronicamente com alprazolam e paroxetina. Recorreu ao serviço de urgência por dor no 5.º sextante, com 3 dias de evolução e agravamento progressivo e febre nas últimas 24h. Sem outros sintomas de relevo ou agravamento da sua patologia psiquiátrica. Objetivou-se estado subfebril (37,6°C auricular), parca higiene oral, hálito fétido, gengiva do 5.º sextante com sinais inflamatórios, com necrose papilar e hemorragia à sondagem periodontal, sem mobilidade dentária ou exposição radicular. Assumindo-se o diagnóstico de gengivite ulcerativa necrosante, aconselhou-se a utente a suspender os hábitos tabágicos e melhorar os cuidados de higiene oral. Instituiu-se terapêutica com amoxicilina/ácido clavulânico, metronidazol, bochechos de clorexidina a 0,12%, ibuprofeno e paracetamol. A utente foi encaminhada para consulta de Estomatologia, que decorreu 7 dias depois. Apresentava franca melhoria do quadro clínico e da higiene oral, procedendo-se a tartarectomia. Atualmente encontra-se em vigilância clínica.

Discussão e conclusões: A gengivite ulcerativa necrosante é uma doença periodontal aguda grave, podendo evoluir para doença crónica. Este caso permite evidenciar o caráter clínico do diagnóstico e apresenta-se como grave, pois é foco de sépsis. O tratamento mecânico deverá ser instituído precocemente, de maneira a evitar recorrência ou progressão da doença.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.071>