

o cpod/CPOD e a experiência de cárie foram superiores aos valores amostrais. Das crianças avaliadas, 25% apresentaram níveis de cpod/CPOD muito elevados. O cpod/CPOD amostral foi 3,8 e o SIC 8,48. O índice cpod/CPOD foi comparado em função dos valores obtidos pelo perfil antropométrico, tendo sido verificado que o perfil 'excesso de peso' e 'obesidade' apresentam valores médios de cpod/CPOD superiores aos da amostra no seu todo, respetivamente 4,67 e 4. A prevalência de indivíduos com experiência de cárie da amostra é de 72,5%, tendo sido verificado o valor mais alto no perfil antropométrico 'obesidade', com 91,7%.

Conclusões: Crianças com excesso de peso e obesidade têm maior prevalência de cárie. Os fatores de proteção identificados na composição dos lanches são menos consumidos por estas crianças. Este estudo aponta fatores de proteção e de risco para desenvolvimento de cárie dentária e abre caminho a outros estudos para determinar fatores condicionantes desta patologia. Verifica-se que a educação para a saúde oral e para um estilo de vida saudável é ainda essencial na infância. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.165>

#145 Biópsias incisionais em lesões orais potencialmente malignas: Serão fiáveis?



João André Correia*, Alexandra Lóio, Cecília Caldas, Paulo Palmela, António Capelo, Francisco Salvado

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina da UL

Objetivos: Determinar se as biópsias incisionais de Lesões Oraais Potencialmente Malignas são representativas das alterações histológicas de toda a lesão; Comparar a fiabilidade de biópsias incisionais realizadas em apenas uma localização da lesão e múltiplas localizações; Identificar factores que poderão afectar a fiabilidade da biópsia incisional.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo incluindo os doentes com diagnóstico clínico de leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia, submetidos a biópsia incisional e posterior excisão da lesão entre Junho de 2012 e Junho de 2017, no Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte. Todas as análises histopatológicas foram realizadas no mesmo Centro Hospitalar. As alterações histopatológicas e diagnósticos baseados na análise da biópsia incisional foram comparados com os resultados da excisão completa. Doentes com acompanhamento inferior a 6 meses foram excluídos. A análise estatística foi realizada com IBM® SPSS® versão 23.

Resultados: Foram incluídos 40 doentes na amostra, 21 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com uma idade média de 64,63±13,01 anos. Um total de 26 lesões tiveram um diagnóstico clínico de leucoplasia, das quais 9 homogéneas e 17 não homogéneas, 10 eritroleucoplasias e 4 eritroplasias. As dimensões das lesões estavam compreendidas entre os 2,1-4cm de maior eixo em 50% (n=20) dos doentes, entre os 1-2cm em 37,5% (n=15) e inferiores a 1cm em 12,5% (n=5). As lesões foram excisadas num tempo mediano de 80±134,68 dias após a biópsia incisional. A concordância entre os resultados da análise histopatológica da biópsia incisional e excisão foi de 67,5% no total dos doentes e 81,8% naqueles que realizaram

biópsias incisionais em múltiplas localizações da mesma lesão. Em 20% (n=8) das lesões as alterações histopatológicas na peça de excisão foram mais graves que as da biópsia incisional sendo que 5% (n=2) corresponderam a Carcinoma Pavimento Celular e 2,5% (n=1) a Carcinoma Verrucoso. Não foi encontrada associação com significância estatística entre a fiabilidade da biópsia incisional e tamanho da lesão, características macroscópicas, utilização de bisturi circular e tempo de excisão após biópsia.

Conclusões: As biópsias incisionais têm limitações na avaliação de Lesões Oraais Potencialmente Malignas, uma vez que podem não ser representativas de toda a lesão. O acompanhamento do doente e vigilância clínica da lesão são essenciais para um diagnóstico precoce do Cancro Oral.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.166>

#146 Enfermidades raras, doentes únicos: A Síndrome de Stickler



M.R. Sampedro Díaz*, M.J. Filgueira Conde, A.I. Rocha, J.M. Barbas Amaral, L. Monteiro

Serviço Galego de Saúde – CESPU

Objetivos: A síndrome de Stickler é uma enfermidade genética rara do tecido conjuntivo descrita por Sticker et al. (1965). Distinguem-se vários tipos: A síndrome de Sticker de tipo 1 deve-se a mutações no gene COL11A1; a síndrome de tipo 2 a mutações no gene COL11A1 e a síndrome de tipo 3 a mutações no gene COL11A2. A transmissão da síndrome segue um modo de herança autossómica dominante, com uma forma autossómica recessiva associada a mutações nos genes COL9A1 e COL9A2. A prevalência da enfermidade não se conhece. Estimou-se que a incidência ao nascimento é de 1/7.500 a 1/9.000. Em 2001, Stickler et al. concluíram que existe uma variação muito ampla entre os diferentes sintomas e signos das pessoas afetadas, incluso dentro da mesma família. Mediante este estudo pretendemos descrever as características epidemiológicas e clínicas de um grupo de doentes com esta síndrome na Espanha, ampliando o estudo numa segunda fase a Portugal.

Materiais e métodos: A síndrome caracteriza-se por uma combinação variável de manifestações (oculares, orofaciais, ósseas, auditivas e cardíacas). As anomalias orofaciais incluem: úvula bífida, fissura palatina (ilhado ou na sequência de Pierre Robin), hipoplasia malar e microrretrognatia. As anomalias ósseas de ATM descritas são artrose precoce secundária a uma hiperlaxidade infantil. Realizou-se revisão bibliográfica Pubmed (1965-2017), sem achar estudos que indicaram percentagens de afetação orofacial. Solicitamos a colaboração da Asociación Española de Stickler (50 sócios e famílias). Realizamos um estudo descritivo recorrendo aos dados médicos de 35 doentes com diagnóstico clínico confirmado.

Resultados: Dos 35, 20 (57,14%) eram homens e 15 (42,86%) mulheres. A idade média foi 20 anos (4-60). As manifestações orais encontradas foram: Fissura palatina: 6 (17,65%), palatal ogival: 8 (23,53%), fissura palatina palatal ogival: 10 (29,41%), nenhuma alteração palatal 12 (35,29%). Micrognatia: 18 (52,94%). Glossoptose: 8 (23,53%). Sequência de Pierre Robin: 9