

fetal, avaliando-se o osso nasal, o perfil facial, o maxilar superior, o triângulo retronasal e o septo nasal, foi diagnosticada Trissomia 21. Devido às malformações fetais e à idade materna avançada, foi confirmado o cariótipo fetal e, uma vez realizado o aconselhamento genético, após consentimento informado, foi decidida a interrupção médica da gravidez.

Discussão e conclusões: Na trissomia 21 a hipoplasia nasal e maxilar constituem anomalias faciais expectáveis. A avaliação do crescimento do osso e septo nasal, ao longo da gestação, possibilita o despiste de alterações, nomeadamente de aneuploidias (Corte Real I et al; 2016). Recentemente, Adiego et al. (2014), descreveram a análise do triângulo retronasal, como indicador da avaliação do osso nasal. Já em 2004, Cicero et al. reportaram que a maxila superior curta seria indicador de Trissomia 21. Mihailovic et al. (2012) descreveram associação ecológica entre a ausência do vómer e Trissomia 21. As estruturas ultrassonográficas faciais descritas poderão, assim, ser utilizadas como marcadores ultrassonográficos precoces no rastreio da Trissomia 21, tal como o caso clínico apresentado comprova. É de suma importância que o Médico Dentista conheça os parâmetros de avaliação ultrassonográfica facial fetal, no diagnóstico pré-natal precoce desta patologia, de modo a planejar intervenções médico-dentárias futuras.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.243>

#003 Goma Sifilítica, Relato de um Caso Clínico



Cláudia Mata*, Sara Fontes, Paulo Palmela, Nuno Santos, Francisco Salvado

Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE

Introdução: A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*. Os sintomas e sinais clínicos podem ser variáveis, consoante o estadio em que se manifestam: Primário, Secundário, Latente ou Terciário. Existem 3 categorias gerais de Sífilis Terciária: Goma Sifilítica, Sífilis Cardiovascular e Neurosífilis.

Descrição do caso clínico: Doente de 63 anos, caucasiano, antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo II não insulino-tratada e fumador (75 UMA) encaminhado à consulta de Estomatologia por aparecimento em 15 dias de 2 úlceras do palato duro ligeiramente dolorosas, simétricas, com fundo nacarado e cheiro fétido, com atingimento ósseo. Restante história irrelevante. As hipóteses de diagnóstico colocadas foram Sobreinfecção Bacteriana de Úlceras Traumáticas, Sialometaplasia Necrotizante, Sífilis, Granulomatose de Wegener, Carcinoma pavimento-celular, Linfoma de células T/NK. Pela suspeita de sobreinfecção bacteriana foi tratado empiricamente com Amoxicilina 1g 8/8h durante 4 semanas, com cicatrização progressiva. O diagnóstico definitivo de Sífilis foi dado pela suspeita clínica e positividade na avaliação serológica. As biópsias do fundo das úlceras mostraram necrose e colonização por *Aspergillus*. De acordo com as normas internacionais, o doente foi tratado com Penicilina G Benzatínica parentérica, com resolução total das manifestações clínicas, a aguardar reavaliação serológica.

Discussão e conclusões: Cerca de 1/3 dos doentes com Sífilis não tratada desenvolvem complicações tardias- 16% Goma

Sifilítica, 10% Sífilis Cardiovascular, 6% Neurosífilis. Embora não houvesse história anterior de Infecção por Sífilis, as lesões eram altamente sugestivas de Goma Sifilítica em doente não imunossuprimido. É uma lesão com aparecimento tardio, que se apresenta como um (ou mais) nódulo ou úlcera granulomatosa que pode acometer tanto os tecidos moles como osso. Afeta sobretudo o palato, onde frequentemente provoca perfuração, podendo estabelecer uma comunicação entre a cavidade oral e nasal. Sendo prontamente identificada resolve totalmente com altas doses de penicilina. As manifestações orais em geral são incomuns e podem representar um desafio diagnóstico devido à variedade de apresentações clínicas. Conhecida como a grande imitadora, por poder mimetizar outras patologias, a Sífilis deve ser considerada como hipótese de diagnóstico na avaliação das lesões orais quando existe um elevado grau de suspeição, mesmo na ausência de história sugestiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.244>

#004 Tratamento endodôntico e bloqueio de abertura mandibular – a propósito de um caso clínico



Angela Leal*, Vera Cheroux, Eduardo Januzzi, André Mariz de Almeida

Prática Clínica Privada, Instituto Universitário Egas Moniz

Introdução: As disfunções temporomandibulares são um conjunto de condições que afetam a articulação temporomandibular e músculos associados negativamente. A etiologia é multifactorial e o diagnóstico e tratamento devem ser sempre abordados multidisciplinarmente. As desordens musculares são o diagnóstico mais comum, onde encontramos a miosite, definida como uma inflamação de músculos, caracterizadas por edema, inibição da função muscular, alteração da sensibilidade e dor. A dor odontogénica é a principal dor orofacial e por vezes cursa com a disfunção temporomandibular.

Descrição do caso clínico: Paciente com 47 anos, sexo feminino, recorre a consulta com queixas de bloqueio de abertura mandibular após tratamento endodôntico, no dente 48, há cerca de 2 semanas, por necrose pulpar, e conseqüente formação de processo infeccioso com processo periapical e edema na hemiface direita. Apresentava uma abertura máxima assistida de 11 mm, endfeel duro, padrão de abertura com deflexão à direita, sem ruídos articulares nem dor à palpação das ATM's. Já na palpação muscular apresentava dor em vários músculos mastigatórios. Após a realização de radiografia periapical iniciámos o diagnóstico diferencial com recurso à aplicação de crioterapia, na zona do masséter e temporal e conseqüentes bloqueios anestésicos musculares, com aumento sucessivo de abertura mandibular. Finalmente foi realizado o bloqueio anestésico infiltrativo na região do 48 o que nos levou de uma abertura intermédia de 24,6 para 35 mm. O diagnóstico final é miosite, com mio-espasmo do músculo masséter secundária a causa odontogénica do 48. A gestão do caso deve ser feita com Fisioterapia para relaxamento da musculatura mastigatória e restaurar a qualidade e quantidade dos movimentos mandibulares.

Discussão e conclusões: É essencial perceber como uma afecção de origem dentária causa uma limitação tão extrema de abertura mandibular, como tal o recurso a técnicas de bloqueios anestésicos leva-nos a um diagnóstico final, claro e de gestão obrigatória multidisciplinar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.245>

#005 Quisto Dentífero Intra-Sinusal Assintomático



Afonso Martins*, Marcelo Prates, Yashad Mussá,
Luís Sanches Fonseca, Jorge Pinheiro, Francisco Proença

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

Introdução: Os quistos ou tumores odontogénicos da maxila podem estender-se ao seio maxilar, promovendo, ou não, sinusopatias. Destes entidades, destacam-se o quisto radicular, o quisto dentífero e o queratoquisto. O quisto dentífero está associado à coroa de um dente incluso, em desenvolvimento ou a um odontoma. Os dentes mais frequentemente envolvidos são os terceiros molares inferiores e os caninos superiores, mas qualquer dente não erupcionado tem risco aumentado para formação destes quistos. Radiograficamente, apresentam-se como lesões radiotransparentes uniloculares. Os quistos dentíferos podem evoluir para patologia maligna, estando descritos casos de associação com carcinoma pavimento-celular e mucoepidermóide. Estudos apontam que 17% dos ameloblastomas estão associados a quistos dentíferos. O nosso caso clínico descreve um quisto dentífero de grandes dimensões associado a um canino superior incluso, com invasão do seio maxilar, num doente assintomático.

Descrição do caso clínico: Doente de 52 anos de idade, enviado pela consulta de Insuficiência Respiratória para despiste de focos sépticos e reabilitação oral, previamente a cirurgia de transplante pulmonar. Como antecedentes pessoais, o doente apresentava Doença pulmonar obstrutiva crónica, Hipertensão arterial, Hepatite C e hábitos toxifílicos. Doente edêntulo total em ambas as arcadas, assintomático, realizou ortopantomografia que mostrou dentes inclusos 1.1 e 1.3 com imagem hipertransparente associada ao canino. Estudo tomográfico revelou imagem sugestiva de quisto dentífero à direita com progressão ascendente sem sinusopatia associada. O doente foi submetido, sob anestesia local, a extração de 1.3 incluso e quistectomia, curetagem e lavagem do seio maxilar e encerramento da loca. Actualmente, doente encontra-se assintomático, sem comunicação oro-antral.

Discussão e conclusões: O tratamento dos quistos dentíferos associados ao seio maxilar passa pela enucleação da lesão e prevenção de patologia sinusal consequente. A intervenção pode ser feita através do rebordo alveolar ou por acesso de Luc-Caldwell, com ou sem antrostomia endoscópica. Em quistos de grandes dimensões, a primeira abordagem pode exigir marsupialização prévia. Este caso foi abordado através do rebordo alveolar edêntulo com sucesso terapêutico, não apresentado o doente, à data, recidiva, sinusopatia ou outras

complicações. Os quistos dentíferos devem ser diagnosticados precocemente para evitar complicações locais e, mais raramente, transformação maligna.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.246>

#006 Fístula cutânea odontogénica no pescoço: a importância do exame intraoral



Cristina Moreira*, Nuno Medeiros, Inês Vaz Silva,
Rafalea Vaz, Teresa Corrales, Sónia Viegas

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho

Introdução: As fístulas cutâneas odontogénicas representam uma comunicação entre a cavidade oral e a pele, sendo uma das manifestações de necrose pulpar e periodontite crónica apical. A sua abertura pode ser intra ou, mais raramente, extraoral. Apesar de bem documentadas, continuam um desafio diagnóstico, acarretando por vezes múltiplas investigações e tratamentos inadequados. É necessário um elevado grau de suspeita, pois nem sempre se documenta odontalgia e a localização se encontra afastada do foco infeccioso, como no caso das fistulizações para a face e pescoço.

Descrição do caso clínico: Doente do género feminino, 22 anos, saudável, recorreu ao serviço de urgência por tumefação laterocervical direita com mais de 3 meses de evolução. Terá realizado antibioterapia prescrita pelo médico assistente, sem resolução. Foi observada pela otorrinolaringologia e realizou ecografia compatível com provável linfadenite, tendo sido alterado o esquema antibiótico. Ao longo de 4 meses, em ambulatório, realizou citologia aspirativa demonstrando processo inflamatório, teste de deteção de interferão-gama (negativo) e tomografia computadorizada revelando trajeto fistuloso desde os planos cutâneos superficiais até à glândula submandibular direita. Foi proposta cervicotomia para exérese de adenomegalia e posterior diagnóstico histológico. Na consulta pré-operatória, por odontalgia de novo, foi pedida colaboração por estomatologia. À observação intraoral constatou-se cárie extensa de dente 4.8. Na ortopantomografia era visível radiolucência periapical. Procedeu-se a exodontia e remoção do tecido granulomatoso.

Discussão e conclusões: Fístulas cutâneas odontogénicas podem ser confundidas com uma grande variedade de distúrbios, incluindo infeção cutânea, osteomielite, neoplasia, tuberculose ou actinomicose. O abscesso dentário periapical secundário a cáries é um fator major em grande parte dos casos, sendo que o processo inflamatório se propaga através dos locais de menor resistência. Quando o trajeto abre intraoralmente, a causa é facilmente identificável, contudo, quando a abertura se encontra longe da origem, o diagnóstico torna-se mais desafiante. Nestes casos é imprescindível cooperação entre diferentes especialidades, suporte imagiológico e exame intraoral cuidadoso. Salienta-se a importância do diagnóstico precoce para evitar tratamentos desnecessários, encurtar a sua duração, reduzir a recorrência e inclusivamente o risco de desenvolver outras complicações, potencialmente fatais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.247>