

fenótipos da doença tais como: perda de pelos em placa única e circunscrita (75% dos casos), várias peladas espalhadas (alopecia reticularis) ou peladas afetando a totalidade do couro cabeludo (alopecia totalis: 10-20% dos casos). O tratamento da doença inicia-se na área da dermatologia: A sua não resolução leva a que muitos doentes sejam encaminhados para o médico dentista especialmente quando não se encontra outra causa para o seu aparecimento. Parecem existir situações orais que podem provocá-la tais como a existência de dentes inclusos ou processos infecciosos com remissão da doença após a sua remoção, como se verificou no caso clínico apresentado. Descrição do caso clínico: Paciente do género masculino, com 20 anos de idade, raça caucasiana, apresentou-se na consulta apresentando alopecia generalizada do couro cabeludo e face tendo sido aconselhado pelo seu dermatologista a fazer uma avaliação dentária. Segundo relato do paciente, este já tinha sido submetido a diversos tratamentos dermatológicos na tentativa de reversão da alopecia. Ao exame clínico e radiográfico verificou-se que os dentes 18, 28, 38 e 48 se encontravam inclusos. Não se detetou qualquer foco infeccioso de origem dentária. Após realização de tomografia computadorizada verificou-se a proximidade dos dentes 38 e 48 aos nervos alveolares inferiores. Foi proposto ao paciente a exodontia dos dentes 18, 28, 38 e 48 sob o efeito de anestesia geral. No controlo ao ano foi possível verificar o aparecimento abundante de pelos na região do couro cabeludo e face. Discussão e conclusões: São diversos os fatores que podem culminar no desenvolvimento da AA. Uma compressão nervosa provocada por um ou mais dentes inclusos pode ser um dos fatores desencadeantes da doença, em indivíduos com condições predisponentes. A regressão da alopecia doze meses após a remoção dos dentes inclusos parece indiciar a existência de uma inter-relação da doença com esta patologia oral.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.250>

#010 Extração de Mesiodens – Caso Clínico



Pedro Teixeira Santos*, Joana Ferreira de Azevedo, João Gião Carvalho, Cátia Carvalho Silva, Rita Rodrigues

Universidade Fernando Pessoa

Introdução: Dentes supranumerários define-se pela presença excessiva de um ou mais dentes/estruturas dentárias na dentição decídua ou permanente. O mais comum, representando 50% dos casos de hiperdontia, é o mesiodens, denominando-se assim devido à sua localização na linha média maxilar.

Descrição do caso clínico: Paciente de 16 anos, após realizada avaliação ortodôntica, foi descoberto um achado radiológico de diagnóstico compatível com dente supranumerário, denominado mesiodens (dada a sua localização). Foi realizado a extração do mesiodens com incisão por palatino de canino a canino, descolamento, osteotomia, luxação, avulsão, curetagem e sutura.

Discussão e conclusões: Os dentes supranumerários devem ser extraídos quando não são funcionais, salvo algumas exceções. Quando assintomáticos, e sem prejuízo estético e funcional, a abstinência terapêutica é aceite pela literatura.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.251>

#011 Correção cirúrgica de malformações adquiridas da língua: relato de dois casos



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

Centro Hospitalar Lisboa Norte

Introdução: As lacerações da língua frequentemente resultam de quedas, convulsões ou mecanismos de força bruta. A sua rica irrigação sanguínea evita que muitas lacerações necessitem de sutura. A cicatrização desadequada pode comprometer a estética e prejudicar as funções da língua: articulação das palavras, degustação e manipulação dos alimentos, deglutição, mobilidade da mandíbula, além de alterações sensorio-motoras.

Descrição do caso clínico: Dois jovens do sexo masculino foram encaminhados à consulta de estomatologia por deformações da língua resultantes da deiscência das suturas e cicatrização por segunda intenção, de feridas incisivas profundas e complexas da língua. Ambos tinham história de traumatismo da face com alto impacto. A deformidade associava-se a alteração funcional da mobilidade e da fala. Foi realizada correção cirúrgica das deformações, uma sob anestesia loco-regional, outra sob anestesia geral, com melhoria estética e funcional. As técnicas cirúrgicas utilizadas foram estabilização da língua com fio de seda, dissecação por planos, desbridamento, sutura do plano muscular profundo com pontos mattress e sutura intradérmica da mucosa. Não houve intercorrências pós-operatórias e o resultado estético e funcional foi bom. O tratamento foi complementado com fisioterapia e terapia da fala. **Discussão e conclusões:** A técnica de sutura de lacerações da língua deve ter em conta que este é um órgão muscular potente e propenso a deiscências. Se estiver indicada, a sutura deve ser realizada nas primeiras 6 a 8 horas e deve promover um bom encerramento do plano muscular com pontos resistentes e fio reabsorvível. Apesar do potencial de cicatrização da língua, a reparação de feridas complexas não deve ser negligenciada. Em casos com sequelas após o primeiro tratamento é obrigatório o seguimento com fisioterapia e terapia da fala.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.252>

#012 Queratoquisto Odontogénico e Reabilitação Implantar Pós-cirúrgica – Caso Clínico



Ana Morais*, Levy Rau, Aline Marodin, Paulo Júlio Almeida, Claudia Volpato, Paula Vaz

Faccial – Florianópolis, UFSC; FMDUP; Serviço de Traumatologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão

Introdução: O queratoquisto odontogénico (QO) é uma neoplasia benigna, desenvolvida predominantemente na mandíbula. Apesar de possuir evolução lenta e indolor, requer abordagem cirúrgica, devido à natureza destrutiva e recidivante. Radiograficamente caracteriza-se por imagem radiolúcida unilocular ou multilocular, delimitada, podendo envolver dentes inclusos ou erupcionados, provocar expansão óssea, movimentação, reabsorção radicular e/ou extrusão dentárias. A