

#007 Hipomineralização Incisivo-Molar

Ana Teresa Tavares*, André Pereira, Natacha Ribeiro,
Luís Sanches Fonseca, Francisco Proença, Marcelo Prates

Hospital de São José

Introdução: Define-se como defeito de mineralização dos primeiros molares permanentes, com frequente afeção dos incisivos, podendo apresentar-se como defeito qualitativo e/ou quantitativo. A dentição permanente desenvolve-se entre os 6 meses e os 15 anos de idade, correlacionando-se a localização do defeito com a fase de atividade ameloblástica, permitindo uma datação do factor precipitante da doença. A etiologia é desconhecida, mas associa-se a factores locais (trauma, infecção odontogénica) e/ou sistémicos (doenças hereditárias, antibioterapia ou infeções como varicela e sarampo). Com este caso clínico pretendemos ilustrar um defeito no esmalte, cuja apresentação clínica é fortemente sugestiva desta patologia, provavelmente associado a uma pleurisia toma de antibioterapia no primeiro ano de vida.

Descrição do caso clínico: Mulher de 54 anos com antecedentes de infecções múltiplas na infância (pleurisia, sarampo, varicela, parotidite) e hipocalcémia com suplementação de cálcio entre os 6 e 7 anos. Doente observada em consulta no contexto de odontalgia, gengivorragia e lesões dentárias. Ao exame objectivo: gengivite generalizada, lesões dentárias adquiridas de abfração e defeitos lineares e pontilhados do esmalte em quase todos os dentes. A doente foi submetida a destartarização, ensino e motivação de higiene oral e restaurações das lesões dentárias a resina composta.

Discussão e conclusões: A formação do esmalte é um mecanismo ainda por compreender, estando por esclarecer se o que interrompe o seu normal desenvolvimento é uma predisposição genética associada à ingestão de certos fármacos em determinadas concentrações ou o estado de doença per se. Apesar de impossível provar uma relação causa-efeito direta entre estes eventos e a hipoplasia do esmalte apresentada, o interesse deste caso clínico prende-se com a possibilidade de datação do evento causal (até 1,9 anos de idade) através das características das lesões. A doente confirma antecedentes de infecção com toma de antibioterapia durante o primeiro ano de vida; Por terem ocorrido em fases cruciais do desenvolvimento e maturação do esmalte estes dois factores, descritos na literatura como possível etiologia desta patologia, podem estar envolvidos neste caso. A afeção de caninos e pré-molares permanentes não excluem o diagnóstico de hipomineralização incisivo-molar. Embora outras soluções reabilitadoras pudessem estar indicadas, as restaurações a resina composta demonstraram bons resultados estéticos e funcionais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.248>

#008 Quisto odontogénico residual maxilar – abordagem cirúrgica de um caso clínico

Francisco Correia*, Ricardo Faria Almeida

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O termo quisto é derivado da palavra grega 'Kystis', que significa bexiga ou saco. Esta cavidade é geral-

mente revestida por epitélio e pode apresentar conteúdo fluído, semifluído ou gasoso. O comportamento de qualquer lesão é geralmente determinado pelo seu potencial de crescimento e proliferação, podendo-se avaliar o mesmo pela medição da atividade proliferativa celular através de técnicas de imunohistoquímica.

Descrição do caso clínico: Paciente homem com 64 anos de idade, fumador (15cig./dia), sem patologias sistémicas, tinha realizado anteriormente diversas exodontias devido à doença periodontal e caries dentárias. Após observação dos exames imagiológicos requeridos para planear a reabilitação fixa maxilar sobre implantes, foi detetado um quisto odontogénico na região do segundo sextante. A enucleação do quisto iniciou-se com a anestesia infiltrativa (articaina), de seguida procedeu-se a uma incisão linear sobre a crista alveolar com duas descargas na região dos pré-molares (Neumann modificada) com uma lamina n.º 15, elevando-se depois o retalho em espessura total. Realizou-se duas osteotomias com uma broca esférica laminada em vestibular de forma a expor a lesão mantendo a zona da espinha nasal anterior intata procedeu-se à enucleação da lesão. O retalho foi suturado com pontos simples (supramida 4/0). O quisto com um tamanho de 2,3x0,7cm foi enviado para análise histológica confirmando o diagnóstico clínico de quisto odontogénico residual. Aos 4 anos não ocorreu nenhuma recidiva encontrando-se o paciente reabilitado com uma prótese total fixa implanto suportada.

Discussão e conclusões: Os quistos odontogénicos são definidos histologicamente como aqueles que surgem dos remanescentes do aparato odontogénico, incluindo restos celulares de Malassez, restos celulares de Serres, epitélio reduzido do esmalte e da base da camada celular do epitélio oral. Segundo a mais atual classificação da Organização Mundial de Saúde de 2017, os quistos odontogénicos residuais foram agrupados dentro dos quistos residuais de origem inflamatória radiculares. Os quistos residuais de origem inflamatória radiculares representam cerca de 60% de todos os quistos da mandíbula diagnosticados. A histopatologia tradicional continua sendo o pilar do diagnóstico diferencial destas lesões. A enucleação do quisto permitiu reverter a lesão não tendo ocorrido nenhuma recidiva. Este caso ressalva a necessidade ter extremo cuidado no momento da curetagem após as exodontias.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.249>

#009 Caso clínico de alopecia areata associada a inclusões dentárias

Helena Salgado*, Inês Guerra Pereira, António Felino, Pedro Mesquita

FMDUP

Introdução: A alopecia areata (AA) é uma doença dos folículos pilosos com etiologia multifatorial de origem autoimune mediada por células T que provoca perda súbita de pelos em determinadas zonas corporais. De acordo com a literatura internacional, a prevalência desta patologia ronda os 1-2%. Pode ocorrer em qualquer idade sendo mais frequente entre a segunda e a quarta décadas de vida (66%). Em cerca de 90% dos casos, a perda de pelos localiza-se na cabeça. Existem vários

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