

sificação óssea tipo II com convexidade de 3 mm, distância inter-molar de 35 mm. Quanto os problemas dentários, apresentava uma desarmonia dento-maxilar de -8 mm, sobremordida horizontal de 3 mm e um sobremordida vertical de 4 mm. O diagnóstico incluiu o exame clínico acompanhado de registos: radiografia panorâmica, telerradiografia de perfil do crânio, fotografias extra-orais e intra-orais e modelos de estudo em gesso. O plano de tratamento inclui as extrações dos caninos decíduos (dentes 53,63,73,83), seguidas das extrações dos primeiros molares decíduos (dentes 54,64,74,84). Posteriormente e por último, realizou-se extração dos primeiros pré-molares definitivos (dentes 14,24,34,44). Finalmente, foi executada o alinhamento e nivelamento das arcadas e assentamento da oclusão com aparelhos fixo superior e inferior multi-brackets durante 12 meses. **Discussão e conclusões:** Uma sequência de extrações seriadas prevê um tratamento em duas fases. Num primeiro período, transitório, está indicada a extração de dentes decíduos anteriores para permitir o alinhamento dos incisivos permanentes, preferencialmente sem mecânica ortodôntica. A segunda fase pode ou não ser realizada, coincidindo com o segundo período transitório da dentição mista, onde a extração de dentes permanentes, frequentemente os primeiros pré-molares, é aplicada para corrigir o apinhamento de dentes dos sectores laterais, canino e pré-molares. A condição ideal para a extração seriada passa pela existência de uma verdadeira discrepância hereditária, entre o tamanho dos dentes e das arcadas, uma dentição mista com uma relação molar de Classe I, uma sobremordida vertical e horizontal dentro dos valores normais e um padrão facial ortognático.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.466>

### #003 Mesiodens: Casos Clínicos



Luísa Figueiredo\*, José Bastos Ferrão, Afonso Martins, Marcelo Prates, Ana Fernandes

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

**Introdução:** O mesiodens é o dente supranumerário mais comum, tem uma prevalência de 0.15 a 3.8%, é mais frequente no sexo masculino, na maxila e na dentição permanente. Os mesiodens podem aparecer como parte de um síndrome ou como acontecimento isolado. Na sua génese está a hiperactividade da lâmina dentária<sup>1</sup>. Habitualmente são mais pequenos que os incisivos adjacentes e têm forma cônica. São geralmente assintomáticos. **Descrição do caso clínico:** Caso 1: Menina de 10 anos, referenciada à Unidade de Estomatologia Pediátrica do Hospital D. Estefânia, em junho de 2017, por ‘alterações da erupção dentária’. Dos antecedentes pessoais há a salientar existência de perturbação de hiperatividade e défice de atenção, sob terapêutica com metilfenidato. Imagiologicamente apresentava mesiodens vestibular, invertido. Em maio de 2019 e sob anestesia geral e procedeu-se a descolamento de retalho mucoperiósteo vestibular, ostectomia e extração do mesiodens. Caso 2: Rapaz

de 8 anos, referenciado à Unidade de Estomatologia Pediátrica do Hospital D. Estefânia em janeiro de 2018, por “dente supranumerário” detetado em ortopantomografia, num estudo pré-tratamento ortodôntico. Antecedentes pessoais irrelevantes. Imagiologicamente apresentava mesiodens inverso, vestibular, com proclividade no pavimento das fossas nasais. Em maio de 2019 e sob anestesia geral e procedeu-se a descolamento de retalho mucoperiósteo vestibular, ostectomia e extração do mesiodens. **Discussão e conclusões:** Os dentes supranumerários são as anomalias dentárias mais frequentes e os supranumerários localizados na linha média, denominam-se mesiodens. São geralmente assintomáticos mas, a sua presença pode constituir barreira eruptiva ou condicionar outras alterações da oclusão. Estão com frequência inclusos pelo que habitualmente o diagnóstico é imagiológico. Para além da ortopantomografia e radiografias retroalveolares a TAC maxilofacial é importante para melhor caracterização da posição do mesiodens e relação com as estruturas adjacentes. O tratamento é cirúrgico. O timing da extração tem de ter em conta dois fatores, deve ser precoce para prevenir alterações da oclusão (nomeadamente não perturbar erupções dentárias) mas, tem de ter em conta o desenvolvimento radicular dos dentes adjacentes para minimizar as repercussões da invasão cirúrgica da área. Nos casos em apreço a extração foi efetuada apenas quando os incisivos centrais já estavam apicificados (estádios 9-10 de Nolla).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.467>

### #004 A Estomatologia na mucopolissacaridose – status-quo desta entidade



Rafaela Vaz\*, Joaquim Ferreira, Lia Jorge, Álvaro Diogo Rodrigues, Sónia Viegas

CHVNG-E, CHU de São João

**Introdução:** As mucopolissacaridoses (MPS) são um sub-grupo das doenças lisossomais de sobrecarga, causadas por deficiências em enzimas lisossomais, que catalisam a degradação dos glicosaminoglicanos (também designados GAGs ou mucopolissacarídeos), que se acumulam nos lisossomas de diferentes órgãos e tecidos. Estão descritos sete tipos de MPS. As MPS têm apresentação multissistémica, com diferentes graus de gravidade, e evolução variável. Sendo patologias de apresentação heterogénea, são, consequentemente, de diagnóstico difícil. O comprometimento estomatológico destes doentes é representativo e impõe uma avaliação intra e extra-oral rigorosa. **Descrição do caso clínico:** São características fenotípicas destes doentes, na sua maioria, a presença de nanismo, organomegalias, infecções respiratórias recorrentes, hérnias, rigidez articular, disostose múltipla, fácies grosseira e, em certos casos, atraso neurocognitivo. Os sintomas apresentados pelas MPS dependem essencialmente do tipo de GAG que se acumula. Neste contexto, apresentamos diversos casos clínicos de doentes com diferentes MPS, pretendendo incidir no estudo das principais alterações estomatológicas inerentes, bem como na sua abordagem terapêutica. **Discussão e conclusões:** Os doentes