

foram identificados dois canais e uma perfuração no terço cervical do dente. Os canais foram desobturados com o sistema Reciproc e com o recurso a limas 30 Hedstroem e a perfuração foi reparada com MTA (Pro-Root MTA, Dentsply Tulsa Dental, Tulsa, OK). Uma cuidadosa exploração da entrada dos canais radiculares revelou uma conformação de canal em C. Numa segunda consulta, os canais foram instrumentados com o sistema WaveOne Gold, a irrigação foi realizada com hipoclorito de sódio a 5,25% e a obturação foi feita com gutta-percha, através da técnica de condensação de onda contínua e cimento. O paciente foi encaminhado para a consulta de Prótese Fixa. Após 6 meses, o paciente permanece assintomático. **Discussão e conclusões:** Embora a sua prevalência seja baixa, o Médico Dentista deve estar atento à possível existência de segundos pré-molares inferiores com canais em C. O uso de determinadas técnicas, como magnificação e pontas de ultrassons, assim como métodos específicos de obturação a três dimensões são essenciais para tornar mais previsível a identificação, negociação e obturação dos canais, aumentando assim as hipóteses de sucesso do tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.861>

#003 Protração maxilar tardia na fenda lábio-palatina – Caso clínico



Catarina Nunes*, Inês Francisco, Filipa Silva Marques, Flávia Pereira, Anabela Paula, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia da Universidade de Coimbra

Introdução: A fenda lábio palatina é o defeito congénito facial mais frequente, com incidência geral de 1:700 a 1:500. Algumas das características clínicas mais importantes nestes doentes são decorrentes das cirurgias efetuadas para correção da fenda. Das principais sequelas cirúrgicas destaca-se o colapso ântero-posterior e transversal maxilar, conduzindo a um desvio centrípeto dento-alveolar e avanço da pré-maxila. Como tal, estes doentes geralmente apresentam um défice no desenvolvimento do terço médio da face, resultando numa tendência para a má oclusão de classe III e hipoplasia maxilar transversal severa, com mordida cruzada posterior. Quando estes doentes recorrem à consulta de Ortodontia, após o pico de crescimento puberal, o plano terapêutico pode contemplar diversas alternativas para correção da hipoplasia maxilar, nomeadamente a protração maxilar tardia. O objetivo deste trabalho consiste na apresentação de um caso clínico de uma doente portadora de fenda Lábio-palatina submetido a protração maxilar tardia. **Descrição do caso clínico:** Uma doente do sexo feminino, 9 anos e 10 meses de idade, apresentou-se à consulta de Ortodontia para correção da má oclusão. A doente apresentava uma fenda lábio palatina unilateral direita, classe III esquelética por hipoplasia maxilar (ANB= -6.º), má oclusão de angle de classe III, mordida cruzada anterior (overjet de -5mm) e posterior (discrepância transversal= -8,2 mm). O plano de tratamento contemplou a correção da mordida cruzada posterior, através da utilização de um aparelho fixo (quad-hélix), e a correção do colapso maxilar ântero-posterior, aplicando o protocolo da protração maxilar tar-

dia, através da máscara facial de Delaire. Após 12 meses de tratamento ortodôntico foi possível obter a correção das mordidas cruzadas anterior e posterior. **Discussão e conclusões:** Cerca de 22-26% dos doentes com fenda lábio palatina necessitam de correção do défice maxilar no final do crescimento puberal. O avanço maxilar pós-juvenil pode ser efetuado mediante abordagens cirúrgicas ou não cirúrgicas, como a protração maxilar tardia. Esta opção inclui uma combinação de uma laxidez da sutura palatina mediana e avanço maxilar. A protração maxilar tardia pode ser uma alternativa para a correção da hipoplasia maxilar, desde que o doente seja cooperante e a necessidade de avanço não exceda os 5mm. Por sim, esta terapêutica é mais conservadora do que a abordagem cirúrgica e apresenta uma menor taxa de recidiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.862>

#004 Síndrome tricorinofalangica:

Um caso raro



Ana Melissa Marques*, Simão Nogueira, Maria Inês Borges, Maria Fernanda Costa, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A síndrome tricorinofalangica (TRPS) é uma displasia esquelética muito rara, de hereditariedade autossómica dominante, causada por defeitos no gene TRPS1. Caracteriza-se por anomalias craniofaciais e esqueléticas, sendo subdividida nos tipos: TRPS I, TRPS II e TRPS III. Estão descritas mundialmente apenas poucas centenas de casos. Clinicamente, é difícil distinguir os três tipos da síndrome. Apresentam-se como cabelo fino, escasso e com zonas de alopecia; nariz grande e com ponte nasal larga, região alar do nariz subdesenvolvida e columela volumosa; baixa estatura, braquidactilia, hipermobilidade articular e oncodistrofia. Também, atraso na erupção dentária decídua e tendência para o apinhamento dentário. Podem ser detetadas alterações relevantes na região pélvica, traduzindo-se em alterações da marcha. No tipo II, a cognição pode estar moderadamente afetada. As artropatias são a principal causa de morbidade, com queixas de artralguas e tendência para fraturas ósseas, com eventual perda de mobilidade. **Descrição do caso clínico:** Menina, 12 anos, referenciada à consulta de Estomatologia para estudo de alterações dentomaxilares por história de doença genética. Aos 6 anos, iniciou seguimento em Ortopedia por artralguas mecânicas da região pélvica direita e alterações da marcha. Ao estudo radiográfico, sinais de destruição óssea da cabeça do fémur, tendo sido diagnosticada com doença Legg-Calvé-Perthes direita. Por deteção de braquidactilia, hallux valgus bilateral e alterações faciais, foi encaminhada para a consulta de genética. O estudo revelou uma mutação nonsense c.2453C>A, em heterozigotia e de novo no gene TRPS1, com diagnóstico de Síndrome tricorinofalangica do tipo I. Ao exame cervicofacial demonstra um biótipo dolicofacial com perfil reto e endognatia maxilar. Ainda, hipertelorismo ocular, fendas palpebrais oblíquas, nariz globoso e cabelo escasso. Obser-

vação intraoral revela: classe III dentária (de caninos e molar, bilateralmente); mordida aberta posterior bilateral com interposição lingual; e mordida cruzada completa, à exceção dos dentes 11 e 16. Realizada ortopantomografia e telerradiografia de perfil, que confirmaram os achados clínicos. Mantém-se em seguimento para posterior correção ortodôntica. **Discussão e conclusões:** A correlação fenótipo-genótipo é desafiante, sendo essencial o reconhecimento das alterações dentomaxilares que podem alertar para este tipo de síndromes raras.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.863>

#005 Fibroma ossificante de grandes dimensões – Diagnóstico e tratamento



Ana Rodrigues*, Luís Medeiros, Cristina Moreira

IPO Porto, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho

Introdução: O fibroma ossificante é uma neoplasia benigna dos maxilares que se apresenta como uma massa gengival ou da mucosa alveolar, de crescimento lento, habitualmente assintomático, mas que pode apresentar áreas ulceradas com hemorragia associada. Representa uma proliferação de tecido celular fibroso, com quantidade variável de produtos ósseos no seu interior. Apesar de indolor, pode atingir grandes dimensões, causar assimetrias faciais e dificultar as funções mecânicas orais. É mais comum no sexo feminino, entre as 3.º e 4.º décadas de vida e apresenta predileção pela região dos pré-molares e molares mandibulares. **Descrição do caso clínico:** Uma paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, foi referenciada à consulta de Estomatologia por lesão nodular extensa no 3.º quadrante, com vários meses de evolução, de crescimento lento e não doloroso. Intraoralmente apresentava edentulismo do 3.º quadrante e uma lesão com cerca de 4cm de diâmetro, a condicionar desvio da língua para cima e para a direita. Na ortopantomografia era visível uma lesão radiolúcida com áreas radiopacas dispersas. Foi realizada a excisão da lesão e o exame histológico revelou uma neoformação de estroma celular fibroblástico com osso compacto tipo haversiano, revestida por mucosa pavimentosa estratificada focalmente ulcerada, sem sinais de malignidade, correspondendo a um fibroma ossificante. Aos 4 meses de seguimento, não há sinais clínicos ou radiológicos de recorrência da lesão do caso clínico apresentado. **Discussão e conclusões:** O fibroma ossificante é uma lesão que tem origem nas células mesenquimais pluripotentes do ligamento periodontal, que têm a capacidade de se transformar em osteoblastos, cemetoblastos ou fibroblastos. A presença de dentes não é essencial para o surgimento destas lesões, visto que as fibras do ligamento periodontal permanecem dentro do osso alveolar durante longos períodos após a exodontia dos mesmos. A sua etiologia não está esclarecida, mas crê-se que surjam após certos estímulos como exodontias, doença periodontal ou alterações congénitas da maturação óssea. O tratamento destas lesões é a excisão cirúrgica, como foi realizado neste caso clínico. Quando a ressecção cirúrgica for extensa, pode ser necessária a reabilitação com enxerto ósseo e/ou im-

plantes dentários para colmatar alterações estéticas e funcionais do paciente. O prognóstico é excelente, com diminuição da taxa de recorrência associado correta curetagem da ferida cirúrgica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.865>

#006 Displasia ectodérmica – Relato de um caso clínico



Maria João Morais, Ivan Filipe Gonçalves do Cabo*, Olga Vascan, Beatriz Dominguez, Maria das Dores Lopes, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

Introdução: A displasia ectodérmica é uma condição hereditária que afeta as estruturas derivadas da ectoderme e apresenta uma incidência de sete casos em 10000 nascimentos. Definiram-se 200 tipos diferentes de displasia ectodérmica, com grande abrangência de características clínicas, a classificação desta síndrome foi sofrendo alterações ao longo dos anos. Lamartine em 2003 propôs uma classificação com base na identificação de genes responsáveis pela Displasia Ectodérmica. As alterações mais comumente encontradas decorrem de defeitos da epiderme e dos seus anexos: unhas (distróficas, hipertróficas), cabelo (hipotricose parcial ou alopecia), dentes (alteração do número, forma e estrutura) e glândulas (hipoplásicas ou ausentes). As anomalias faciais que podem estar associadas são: o nariz em sela, lábios protrusos, orelhas malformadas com implantação oblíqua, regiões supraciliares salientes, cabelo fino e raro. Observa-se hipoplasia do terço médio da face, os incisivos e caninos apresentam uma forma conoide, por vezes com hipoplasias do esmalte, estas características geralmente acometem as duas dentições. Os padrões de herança são variáveis, incluem a herança autossómica ou ligada ao X (dominante ou recessiva). A Displasia Ectodérmica Hipohidrótica é o fenótipo mais comum e grave, com predomínio no sexo masculino. Apresenta uma tríade que consiste na hipotricose, hipodontia e hipohidrose. O grande desafio do ponto de vista estomatológico é a reabilitação oral. **Descrição do caso clínico:** Menina de 13 anos, pais não consanguíneos, sem antecedentes familiares relevantes, enviada à consulta de Estomatologia por agenesias dentárias. Verificou-se oligodontia de 11,21,23,31,35 e 41, incisivos e caninos conoides, associada a uma hipotricose e distrofia ungueal, sugestivo de Displasia Ectodérmica. **Discussão e Conclusões:** A displasia ectodérmica é uma condição de matriz hereditária que afeta as estruturas derivadas da ectoderme, onde estão incluídos os dentes, por esse motivo a Estomatologia tem um papel importante no diagnóstico desta síndrome. O tratamento é multidisciplinar, sendo o nosso contributo importante para a reabilitação oral e melhoria estética, psicológica e funcional (mastigação, fonação). As crianças em fase de crescimento beneficiam de uma reabilitação oral com próteses removíveis ou fixas não rígidas. A reabilitação através de