

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 prostrusos, 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