

troem. Todos os canais foram instrumentados com o sistema ProTaper Next, a irrigação realizada com NaOCl 5,25% e a obturação foi feita com gutta-percha, através da técnica de condensação de onda contínua e cimento. Após 6 meses, os pacientes permanecem assintomático. **Discussão e conclusões:** Canais não identificados durante o tratamento endodôntico poderão servir como reservatório de microrganismos, que são uma das principais causas da persistência da periodontite apical, podendo levar ao insucesso do mesmo. A presença de dois canais no primeiro pré-molar inferior, é um aspeto morfológico a ter em conta. O orifício do canal lingual tem normalmente um ângulo agudo e pode estar localizado no terço médio ou apical o que torna difícil a sua identificação. O uso de exames radiográficos, de ampliação e a conformação da cavidade de acesso, são essenciais para a localização dos canais. Assim, a identificação dos canais aliada a uma correta instrumentação e técnica de obturação, permitirá um bom prognóstico do tratamento endodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.889>

#032 Biodentine® na cirurgia apical de molar mandibular: A propósito de um caso clínico



Miguel Agostinho Cardoso, Diana SottoMayor*, Benedito Pires, Maria Carolina Pereira, Pedro Pereira, Bruno Leitão de Almeida

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A microcirurgia endodôntica baseia-se na premissa básica da remoção de todo o conteúdo necrótico e no selamento completo do sistema de canais radiculares. A introdução do microscópio, microinstrumentos, pontas ultrasónicas e materiais retrobturadores biocompatíveis e bioativos tem aumentado a previsibilidade destes procedimentos. Estudos suportam que o MTA e os novos materiais derivados de silicato de cálcio, devido à sua biocompatibilidade e capacidade de selamento, promovem uma melhor cicatrização dos tecidos periradiculares. **Descrição do caso clínico:** Um paciente, do género masculino, de 22 anos e saudável, dirigiu-se à consulta na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, com queixas algicas referentes ao dente 46 que tinha sido submetido a um tratamento endodôntico radical em 2014 e um retratamento não cirúrgico em 2020. Referia uma dor pulsátil com evolução e agravamento nos últimos 6 meses. No exame clínico, observou-se dor à percussão vertical e horizontal no dente 46. Perante a avaliação imagiológica (CBCT) identificou-se uma lesão apical com envolvimento de ambas as raízes, com extravasamento do material obturador e uma fenestração vestibular. O plano de tratamento proposto passou pela cirurgia apical com apicectomia em ambas as raízes e retrobturação com Biodentine®. Após o consentimento informado, procedeu-se à anestesia e efetuou-se um retalho em envelope desde o dente 43 até distal do dente 47, com uma descarga vestibular. Foi realizada uma osteotomia para dar acesso ao ápice das raízes e ao tecido de granulação da lesão periapical. Após limpeza da loca cirúrgica procedeu-se à apicectomia dos 3mm apicais. De seguida,

com recurso a pontas de ultrassons realizou-se a preparação retrógrada, seguida da secagem canal e retrobturação com Biodentine®. Finalmente procedeu-se à sutura com fio de nylon 5/0. Nos controlos realizados observou-se ausência de sintomatologia e diminuição da imagem radiotransparente verificando-se uma boa evolução da situação clínica. **Discussão e conclusões:** Embora o retratamento não-cirúrgico seja, na maior parte dos casos, bem-sucedido, há casos em que a cirurgia periapical é necessária.⁴ Os novos cimentos derivados de silicato de cálcio tal como o Biodentine® são uma boa alternativa como material retrobturador.⁶ A cirurgia periapical, quando indicada, é um bom recurso para salvar dentes com patologia periapical persistente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.890>

#033 Displasia cimento-óssea florida – Relato de caso clínico



Ana Teresa Tavares*, Filipa Veiga, André Pais Pereira, Luís Sanches Fonseca, Francisco Proença

Serviço de Estomatologia do Hospital São José-Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A displasia cimento-óssea é a lesão fibro-óssea maxilar mais frequente e representa um processo reativo benigno dos maxilares e do cimento. Origina-se por alterações da remodelação óssea após trauma local ou a partir do ligamento periodontal. É mais frequente em adultos asiáticos ou melanodérmicos e afeta principalmente a mandíbula. É geralmente assintomática e um achado imagiológico que varia de acordo com o estadio de evolução. Consoante o padrão radiográfico divide-se em periapical, focal e florida, esta mais rara, com atingimento multifocal frequentemente bilateral e por vezes com expansão e exposição óssea, não obstante de dentes vitais. Apresentamos um caso de displasia cimento-óssea florida com envolvimento bimaxilar. **Descrição do caso clínico:** Mulher melanodérmica de 47 anos, referenciada ao Serviço de Estomatologia do Hospital São José por lesões ósseas maxilares detetadas em ortopantomografia. Refere parestesias do 3.º quadrante e sensibilidade dentária para frios. À observação regista-se abaulamento da cortical vestibular do bloco incisivo-canino inferior, mobilidade grau 1 de 31 e vitalidade em todos os dentes. A ortopantomografia revela lesões de opacidades mistas no 2.º, 3.º e 4.º quadrantes que se confirmam por tomografia computadorizada. Tinha já realizado duas biópsias ósseas, uma com sugestão de quisto ósseo traumático e outra com achados inespecíficos, ambas sem evidência de displasia ou neoplasia. Pelas suspeitas clínicas serem dissonantes com o resultado histológico, realizou-se nova biópsia cujo resultado revelou ‘displasia cimento-óssea’. Os achados clínicos, imagiológicos e histopatológicos suportam o diagnóstico final de displasia cimento-óssea florida. A doente mantém seguimento clínico e imagiológico da evolução da doença e sob vigilância periódica da saúde dentária e periodontal. **Discussão e conclusões:** Apesar da displasia cimento-óssea ser a lesão fibro-óssea maxilar mais frequente, a variante florida é rara. O envolvimento de estruturas nobres pode provocar sintoma-

tologia, no entanto é frequentemente assintomática. O diagnóstico é clínico e imagiológico, mas a confirmação exige biópsia óssea. Não requer tratamento, devendo ser periodicamente avaliada com exames de imagem. A manutenção da higiene oral rigorosa e a evicção da instrumentação é fundamental pelo risco aumentado de osteomielite cuja terapêutica, além de antibioterapia prolongada, poderá incluir sequestrectomias com sequelas funcionais e estéticas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.891>

#034 Cavidade oral: Local de apresentação de linfoma de células do manto



Cristina Barros*, Paula Maria Leite, Patrícia Caixeirinho, Yashad Mussá, António Figueiredo, Maria do Céu Machado

CHULC – Serviço de Estomatologia do Hospital de São José, CHULC – Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Curry Cabral

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) é um subtipo de linfoma não-Hodgkin (LNH) de células B maduras com comportamento agressivo. O envolvimento ganglionar constitui a forma primária de apresentação verificando-se, em estádios avançados, atingimento extra-ganglionar, no qual a cavidade oral é um local raro de apresentação. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, caucasiana, 79 anos, sem antecedentes médicos relevantes, observada no serviço de Estomatologia. O exame intra-oral destacou, à palpação, lesão submucosa jugal direita, indolor, na região do ducto de Stenon, com cerca de 30mm de maior diâmetro, arredondada, móvel e de consistência dura-elástica. O exame extra-oral revelou adenomegalias cervicais bilaterais. Sem febre, astenia ou perda ponderal. Foi realizado estudo analítico, tomografia computadorizada (TC) da cabeça e pescoço e biópsia excisional de gânglio cervical. O estudo analítico não demonstrou alterações. A TC confirmou lesão ocupante de espaço com 14 mm de diâmetro, localizada na mucosa jugal direita, com progressão à profundidade, sem envolvimento muscular ou ósseo, esferoide, contorno regular e adenomegalias cervicais (níveis Ib, IIa, III e IV) com características suspeitas de doença linfoproliferativa. O estudo histopatológico e imunohistoquímico confirmou o diagnóstico de LCM (CD5, CD20, Ciclina D1). A doente foi encaminhada para o serviço de Hematologia Clínica para orientação terapêutica. **Discussão e conclusões:** O LCM constitui cerca de 3-10% dos LNH, sendo mais prevalente em indivíduos de meia-idade (69-70 anos) do sexo masculino e tem tipicamente a translocação t(11; 14) (q13; q32). A sua apresentação na cavidade oral é rara (cerca de 2% dos casos) e os locais comumente afetados são por ordem de frequência o palato, a língua, a gengiva, o pavimento e as glândulas salivares. Geralmente, ocorre sob a forma de massa indolor, não ulcerada, uni/bilateral ou multifocal. O diagnóstico baseia-se na avaliação histopatológica, imunohistoquímica e citogenética. O tratamento varia de acordo com o estádio da doença e pode incluir terapêutica dirigida, quimio/imuno/imunoterapia, radioterapia e transplante alogénico de células estaminais, sendo a resposta limitada com sobrevida

média de 4-5 anos. Tratando-se de uma doença com mau prognóstico, a realização de exame oral e cervical no exame objetivo de rotina é fundamental no estabelecimento do diagnóstico e melhoria do prognóstico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.892>

#035 Displasia ectodérmica hipohidrótica – A propósito de um caso clínico



Ana Teresa Coelho*, Leonor Cruz e Silva, Beatriz Mota, Filipa Contente, Nuno Zeferino Santos, Francisco Salvador

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, CIEM

Introdução: A displasia ectodérmica constitui um grupo heterogêneo de condições congénitas raras que afetam o desenvolvimento de pelo menos duas estruturas derivadas da ectoderme, nomeadamente, pele, cabelo, dentes e glândulas écrinas. A displasia ectodérmica hipohidrótica ligada ao cromossoma X é a forma mais comum de displasia ectodérmica. Deve-se a mutações no gene que codifica a proteína transmembranar Ectodisplasia 1, perturbando a interação entre as células epiteliais da ectoderme e o mesênquima durante o desenvolvimento embrionário. Clinicamente caracteriza-se por capacidade reduzida de sudorese (hipohidrose), rarefação pilosa (hipotricose) e redução do número de dentes (hipodontia). Pode associar-se a xerose, xerofalmitis, infeções respiratórias recorrentes e dismorfia facial. As manifestações dentárias incluem alterações em número, desde hipodontia até à ausência de todos os dentes permanentes ou decíduos, e também da morfologia da coroa dentária (conicidade, taurodontia), condicionando a mastigação e fala, além do compromisso estético. **Descrição do caso clínico:** Sexo masculino, caucasiano, 11 anos, com diagnóstico de displasia ectodérmica hipohidrótica ligada ao cromossoma X e comorbilidades de eczema atópico e asma. Seguido na Clínica Universitária de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte desde os 6 anos, altura em que apresentava hipotricose generalizada, proeminência frontal, gengivite associada a placa bacteriana, desmineralização de esmalte e dentes 51, 55, 16, 61, 65 e 26 erupcionados, com conicidade das coroas dos incisivos centrais e um aumento da coroa clínica dos primeiros molares definitivos. Na ortopantomografia observava-se atrofia mandibular, dentes 13, 21, 23, 31, 33, 36 e 46 em desenvolvimento, com ausência de outros germens dentários. Mantém seguimento regular na consulta de Estomatologia com controlo da placa bacteriana e reabilitação dentária com prótese parcial removível superior e inferior. **Discussão e conclusões:** Hipodontia e alteração morfológica dentária podem ser indicadores de displasia ectodérmica hipohidrótica, principalmente em doentes do sexo masculino. A reabilitação protética é aconselhada, optando-se por prótese removível até aos 18 anos. O seguimento regular em idade pediátrica de doentes com displasia ectodérmica hipohidrótica é de elevada importância dada a necessidade de ajustes e substituição periódica das próteses dentárias de forma a acompanhar o desenvolvimento craniofacial.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.893>