

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 decidua 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

reabilitação oral da região do QO deve respeitar um período de regeneração óssea, ser classicamente autóloga, constituindo a utilização de implantes dentários ainda uma controversia. Este trabalho objetiva apresentar um caso clínico de um QO mandibular, com excisão cirúrgica, acompanhamento clínico e reabilitação fixa implantar subsequente, alertando a comunidade de profissionais de saúde oral da utilidade da avaliação da expressão génica celular óssea no timing da reabilitação oral.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, caucasiana, 31 anos, procurou o médico dentista para extração dos terceiros molares. A radiografia panorâmica evidenciou imagem radiolúcida no ramo mandibular esquerdo. Clinicamente não se observou sinal ou sintoma coincidente com o achado imagiológico. O diagnóstico clínico foi de QO associado ao dente 3.8. Procedeu-se à excisão cirúrgica do QO e exodontia do 3.8, seguida da análise histopatológica da lesão, que confirmou o diagnóstico. Durante o procedimento cirúrgico, verificou-se que a lesão envolvia a raiz do 3.7, conduzindo à sua perda. Após 6 anos de controlo clínico e radiográfico, sem qualquer recidiva, foi realizada uma reabilitação oral fixa no local do 3.7 com a colocação de um implante dentário e respetiva coroa fixa, permanecendo até à data estável (10 anos).

Discussão e conclusões: O QO é geralmente identificado, por rotina, como um achado radiográfico. Embora benigno, requer intervenção cirúrgica, idealmente através da enucleação do cisto, seguida de curetagem. O acompanhamento do paciente com diagnóstico precoce de QO deve ser anual, até à idade de 18 anos, para poderem ser reabilitados com implantes dentários e eventual recurso a aloenxertos. Nesta fase, a avaliação da expressão génica das células ósseas pode constituir uma mais-valia para o clínico, na decisão do tipo e início da reabilitação oral e efetuar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.253>

#013 Síndrome Apneia obstrutiva do sono e cirurgia ortognática – a propósito de um caso clínico



Maria Inês Mendonça Ribeiro Tavares**,
Inês Fonseca, Susana Silva, Rita Carvalho,
João Pedro Marcelino, Miguel M. Gonçalves

Universidade Católica Portuguesa – Viseu

Introdução: A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) corresponde a um colapso e consequente obstrução da via aérea superior durante o sono, o que leva a períodos de apneia/hipopneia e a uma diminuição da saturação de oximoglobina. A perda do padrão normal do sono manifesta-se desde a roncopatia à hipoventilação nocturna profunda. Os Médicos Dentistas têm um papel importante no rastreio da SAOS e devem fazer o correcto encaminhamento para o centro do sono, devendo estar atentos às seguintes características: retrognatia (classe II); palato profundo; arcos dentários estreitos; edentações da língua; macroglossia; aumento do tamanho das adenóides e amígdalas; alterações do tamanho da orofaringe; bruxismo; retracção gengival e perdas dentárias. As opções de tratamento são a administração, por via nasal, de uma

pressão positiva de ar (CPAP), o uso de dispositivos para avanço mandibular e/ou o tratamento cirúrgico que compreende as seguintes técnicas: uvulopalatofaringoplastia e/ou avanço maxilo-mandibular.

Descrição do caso clínico: Género masculino, 49 anos, raça caucasiana, braquifacial, classe III esquelética, diagnóstico de SAOS, utiliza CPAP durante a noite. Recorreu a consulta de ortodontia em contexto de clínica privada, tendo sido aconselhada tratamento ortodôntico fixo durante 12 meses (pré-operatório) para correção do arco dentário e posterior intervenção cirúrgica de avanço maxilo-mandibular. O tratamento ortodôntico teve duração de 20 meses, sendo terminado em Janeiro de 2018. Foi realizada cirurgia ortognática em Outubro de 2017, com avanço de 4 mm mandibulares e 2mm maxilares, tendo o tratamento foi dado como terminado em Março de 2018.

Discussão e conclusões: A cirurgia de avanço maxilo-mandibular (AMM) compreende uma osteotomia de Le Fort tipo 1 maxilar e osteotomia sagital dos ramos mandibulares, que permitem o avanço maxilar e consequente aumento do espaço orofaríngeo e também correção do arco dentário. Este avanço promove a expansão das vias aéreas, em vários planos, podendo ser constatado nas telerradiografias de perfil, na tomografia computadorizada e na ressonância magnética. Com esta intervenção dá-se um aumento da profundidade faríngea, aumento da saturação de O2 mínima no pós-operatório, menor sonolência, aumento da atividade social e vigília e, melhorias na estética facial. A cirurgia AMM é a opção cirúrgica mais bem-sucedida para o tratamento da SAOS de moderada a grave, com uma taxa de sucesso entre 75% e 100%.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.254>

#014 Reabilitações Oraís Com Implantes Zigomáticos – Todos Os Pacientes São Bons Candidatos?



L Tovim*, MM Sampaio Fernandes, S Oliveira, MH Figueiral, JC Sampaio Fernandes, Paula Vaz

FMDUP

Introdução: O presente trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico de perda óssea generalizada nos maxilares e insucesso recorrente de implantes dentários convencionais, posteriormente reabilitado com prótese fixa maxilar e mandibular, através de quatro implantes zigomáticos e quatro implantes mandibulares, e chamar a atenção para o papel da suscetibilidade genética na presença de complicações biológicas com implantes zigomáticos.

Descrição do caso clínico: Paciente Caucasiana. do sexo feminino, de 68 anos, com perda da totalidade de uma reabilitação oral fixa no maxilar superior (5 implantes) e 8 peças mandibulares dentárias inviáveis, pretendia uma reabilitação fixa bimaxilar. Após uma detalhada anamnese, exame clínico e imagiológico, optou-se pela realização de reabilitação oral fixa bimaxilar provisória, com 4 implantes zigomáticos, com carga imediata e 4 implantes mandibulares, igualmente com carga imediata. Como a paciente revelou uma perda óssea severa com a reabilitação fixa implantar prévia, foi realizado um