

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 procidência 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 incluídos 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

com mucopolissacaridose podem apresentar elevada prevalência de atraso na erupção dentária, alteração da morfologia dentária e oclusal, cárie dentária e gengivorragia. Têm-se verificado atrasos significativos no diagnóstico correto desta patologia, impedindo uma intervenção atempada, o que poderia evitar a progressão da doença e prevenir a ocorrência de danos irreversíveis. Assim, pretendemos, com esta exposição, a divulgação desta entidade e a disponibilização de informação relativa aos cuidados de saúde a que esta população tem direito.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.468>

#### #005 Parésia Facial Periférica Após Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior



Maria Rodrigues\*, Ana Boyé de Sousa, Diana Breda, João Mendes de Abreu, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O bloqueio do nervo alveolar inferior é uma técnica de anestesia regional amplamente utilizada em procedimentos estomatológicos. O caso clínico descreve o desenvolvimento imediato de uma parésia facial periférica, após a realização de bloqueio do nervo alveolar inferior num contexto de extracção dentária. **Descrição do caso clínico:** Uma mulher saudável de 26 anos com história de pericoronarites de repetição do terceiro molar mandibular esquerdo apresentou-se numa consulta para a extracção do mesmo. Foi realizado um bloqueio do nervo alveolar inferior através da injeção de uma solução de cloridrato de mepivacaína 3% num volume total de 1.7 mL com uma agulha de 38 mm em aspiração. A anestesia foi eficaz, tendo a extracção dentária decorrido sem complicações. Imediatamente após o procedimento a doente queixou-se de fraqueza muscular da hemiface esquerda. Observou-se incapacidade em realizar oclusão da fenda palpebral esquerda, obliteração da prega nasolabial e das pregas frontais à esquerda e desvio da commissura labial para a direita. A doente foi mantida em observação, tendo-se verificado uma resolução progressiva ao longo de 3 horas. Foi feita uma reavaliação no dia seguinte e após 2 semanas, tendo-se verificado uma normalização completa da mímica facial. **Discussão e conclusões:** O desenvolvimento de parésia facial periférica após a realização de um bloqueio do nervo alveolar inferior é uma complicação rara, que se pode verificar imediata ou tardiamente. A parésia imediata resulta do envolvimento do nervo facial no tecido parotídeo. Uma injeção demasiado profunda pode levar à inoculação de anestésico no lobo profundo da parótida, com disseminação da solução anestésica para os ramos do nervo facial. Nestes casos é expectável a recuperação da mímica facial decorrido o tempo de acção da solução anestésica, como se verificou no caso descrito. Ainda assim, é essencial realizar o seguimento do doente até que ocorra recuperação total. A persistência de parésia ou um desenvolvimento tardio da mesma podem estar associados a outros mecanismos de lesão do nervo facial, merecendo uma investigação cuidada e tratamento de acordo com as causas.

O objectivo da descrição deste caso é alertar para a possibilidade desta intercorrência rara num procedimento habitual, e reforçar a importância de tranquilizar o doente, explicando a evolução natural do quadro e verificando a resolução do mesmo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.469>

#### #006 Lesões radiopacas – um desafio diagnóstico: a propósito de um caso clínico



Andreia Gonçalves Silva\*, Lídia Gomes, Diogo Branco, Sílvia Fortes, Mário Gouveia, Júlio Rodrigues

Hospital de Braga

**Introdução:** As lesões radiopacas dos maxilares surgem frequentemente nos exames radiológicos solicitados na prática clínica. Estas lesões podem apresentar diversas localizações, formas, dimensões e etiologias. As displasias cemento-ósseas constituem um conjunto de lesões fibro-ósseas raras, benignas, auto-limitadas, que afetam mais mulheres de raça negra, por volta da quarta e quinta década de vida. A origem destas lesões não é clara, no entanto, existe um consenso geral de que se originam a partir do ligamento periodontal. As osteosclerose idiopáticas definem-se como áreas de esclerose, de etiologia desconhecida, com maior incidência em mulheres de raça negra, entre a terceira e quarta década de vida. São aceites como variantes anatómicas, não estando relacionadas com processos inflamatórios, neoplásicos, displásicos ou patologias sistémicas. Na cavidade oral, localizam-se com maior frequência na região posterior da mandíbula. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 30 anos de idade, raça caucasiana, sem antecedentes pessoais de relevo, medicação habitual ou alergias. Referenciada para a consulta de Estomatologia do Hospital de Braga por apresentar uma lesão radiopaca no quarto quadrante. A doente apresentava-se sem qualquer tipo de queixas. Ao exame objetivo não se verificava qualquer alteração de relevo da cavidade oral. A ortopantomografia realizada demonstrava uma imagem radiopaca, no quarto quadrante, com halo radioluciente, em estreita relação com a região periapical do dente 43. Adjacente ao dente 48, verificava-se ainda uma lesão radiopaca homogênea com limites bem definidos. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico definitivo das displasias cemento-ósseas e osteosclerose idiopáticas requer apenas a integração de aspectos clínicos e radiológicos. As displasias cemento-ósseas podem ser confundidas com lesões periapicais, tais como abscessos, lesões quísticas e alguns tumores odontogénicos. No entanto, para além de não haver sintomatologia associada, estas lesões relacionam-se com um dente viável, não restaurado e com o ligamento periodontal íntegro. As osteosclerose idiopáticas apresentam um vasto conjunto de diagnósticos diferenciais. Contudo, também não apresentam sintomatologia associada nem qualquer evolução das suas características ao longo do tempo. Ambas as entidades patológicas não requerem tratamento e por isso, o erro diagnóstico pode conduzir à realização de procedimentos invasivos supérfluos e dos seus riscos inerentes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.470>