

gica não havendo, normalmente, recidivas. A realização de exames radiográficos de rotina é importante para a detecção precoce de lesões silenciosas, como os odontomas, evitando-se desta forma algumas das complicações inerentes à presença destas patologias.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.729>

#005 Um caso de Oligodontia ligado ao cromossoma X



Maria Inês Borges*, Ana Melissa Marques, Frederico Gonçalves, Sofia Correia, Maria Fátima Carvalho, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A agenesia dentária é um dos distúrbios do desenvolvimento dentário mais comuns na dentição humana e é caracterizada por falha no desenvolvimento dentário. De acordo com a gravidade pode ser classificada como: hipodontia (ausência de até 6 dentes, excluindo terceiros molares), oligodontia (ausência superior a 6 dentes, excluindo terceiros molares) e anodontia (ausência de todos os dentes). A oligodontia e a anodontia são condições raras. Quando há ausência de múltiplos dentes deve ser realizado o estudo diagnóstico de displasia ectodérmica. É por isso essencial a sua identificação/diagnóstico precoce. Foram identificados vários genes cujas mutações podem originar agenesias dentárias não síndromicas. O gene EDA é um dos genes identificados, encontra-se localizado no cromossoma Xq12-13.1 e a sua expressão afecta maioritariamente incisivos, caninos e pré-molares. **Descrição do caso clínico:** Criança, sexo masculino, 9 anos de idade, referenciada por oligodontia à Consulta Externa do polo HP do Serviço de Estomatologia do CHUC. Após realização de exame objectivo e avaliação de ortopantomografia, verificou-se agenesia dos dentes 12, 14, 15, 17, 22, 24, 31, 32, 34, 41, 42, 43, 44 e 45, num total de 14 agenesias. Não apresentava sinais de hipohidrose, nem outras alterações de relevo. O crescimento e o desenvolvimento eram adequados à idade. Realizou, através da Consulta de Genética, testes moleculares que identificaram a variante c.6972_689del no gene EDA, em hemizigotia. História familiar: irmão, sexo masculino, 5 anos de idade, com história de oligodontia e estudo molecular que revelou a mesma variante. **Discussão e conclusões:** No estudo molecular identificou-se uma mutação no gene EDA, com necessidade de enquadramento clínico. A criança não apresentava estigmas de displasia ectodérmica, nem história familiar da doença. Assim, admitiu-se tratar-se de um caso de oligodontia isolada ligada ao cromossoma X – dominante. A rara frequência de apresentação e a necessidade de abordagem multidisciplinar tornam este caso bastante pertinente. Trata-se de uma patologia ligada ao cromossoma X, pelo que, se o doente, no futuro, tiver descendentes do sexo feminino, estas serão obrigatoriamente portadoras da alteração no gene EDA – pelo que o aconselhamento genético será fundamental.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.730>

#006 Fibro-odontoma ameloblástico extenso com invasão do seio maxilar



Dr Yashad Y. Mussá*, Carlos Zagalo, Paulo Retto

Hospital de São José; Centro de investigação interdisciplinar Egas Moniz

Introdução: Fibro-odontoma ameloblástico é um raro tumor odontogénico misto, benigno, de crescimento lento que afeta os maxilares, mais frequentemente a região posterior da mandíbula. Clinicamente pode manifestar-se por atraso na erupção dentária, aumento de volume da área afetada ou na maioria dos casos ser completamente assintomático. Radiologicamente é uma lesão radiotransparente uni ou multilocular com variável conteúdo radiopaco. O tratamento é cirúrgico, raramente recidivam e o prognóstico é favorável. **Descrição do caso clínico:** Sexo F, 15 anos, raça indiana, saudável, assintomática, observada por apresentar lesão expansiva no 2.º quadrante detetada em ortopantomografia de rotina. A lesão era predominantemente radiopaca, circunscrita por uma ligeira margem radiotransparente, com extensão para o seio maxilar ipsilateral. A tomografia computadorizada mostrou formação tumoral odontogénica, quística, calcificada medindo 3,2x2,8x2 cm de extensão, na região posterior do maxilar superior esquerdo, com pequenas erosões ósseas posteriores e crescimento para o seio maxilar esquerdo. Foi submetida a maxilectomia parcial com excisão do tumor e curetagem. O exame anatomopatológico mostrou uma proliferação mesenquimatosa semelhante à da polpa ou papila dentária primitiva, que envolve ilhéus epiteliais em forma de bastonete, compatível com o diagnóstico de Fibro-odontoma ameloblástico. **Discussão e conclusões:** Descrevemos um caso de fibro-odontoma ameloblástico, que faz parte do grupo de lesões classificadas como tumores odontogénicos benignos, mistos (epitelial e mesenquimal). É uma doença pouco comum, que afeta a população jovem, na grande maioria de forma assintomática, podendo no entanto causar tumefação, assimetria facial e atraso na erupção dentária, geralmente associado a coroa de um dente incluso. O caso em apreço, apesar da sua apresentação típica, não aparenta estar associado a um dente incluso. O tumor foi completamente excisado cirurgicamente, a doente encontra-se em seguimento e não apresenta sinais de recidiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.731>

#008 Diaminofluoreto de prata: ilustração de aplicação clínica em Odontopediatria



Bárbara Cunha, Ana Daniela Soares, Joana Leonor Pereira, Maria Teresa Xavier, Ana Margarida Esteves*, Ana Luisa Costa

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A cárie dentária acomete com níveis relevantes de prevalência crianças, particularmente em países em desenvolvimento e/ou socioeconomicamente desfavorecidas. Ainda que num elevado número de casos a abordagem recomendada possa passar pelo tratamento restaurador convencional, o mesmo pode não ser exequível por múltiplas condicionantes, destacando-se dificuldades no

controlo comportamental e restrições económicas/de resposta em termos de saúde pública. Como alternativa poderá ser viável, cumprindo as indicações e assumindo algumas limitações, recorrer a agentes capazes de modificar a atividade e o risco de cárie, tendo recentemente ressurgido na literatura a menção ao diamínofluoreto de prata como eventual opção terapêutica. **Descrição do caso clínico:** Menino, 4 anos de idade, diagnóstico de cárie precoce de infância e historial de má colaboração em consultas prévias. Perante a necessidade de um maior controlo da progressão das lesões e de, paralelamente, tentar uma opção de abordagem inicial menos invasiva atendendo à parca colaboração, optou-se pela aplicação de diamínofluoreto de prata (38%) (RIVA STARTM, SDI) no dente 52, não estando a mesma indicada nos dentes 51 e 61 atendendo ao expectável envolvimento pulpar. As instruções do fabricante foram seguidas escrupulosamente, procedendo-se no final à restauração com um cimento de ionómero de vidro (3M™ Ketac™ Universal). Toda a intervenção, que ocorreu há sensivelmente um ano, foi indolor e de relativamente rápida execução sendo obtida cooperação por parte da criança. **Discussão e conclusões:** O diamínofluoreto de prata assume-se na literatura enquanto agente cariostático e dessensibilizante segundo o mecanismo de ação descrito baseado na ação química conjugada dos três componentes. Apesar das potenciais vantagens no controlo da cárie dentária é -lhe apontado como desvantagem a intensa pigmentação das lesões, que adquirem uma coloração negra após aplicação, a par de algumas questões ainda algo controversas no respeitante à segurança, mesmo estando parametrizada a dose máxima preconizada por utilização. Assim, não podendo ser considerado uma solução completa na abordagem da cárie na infância, poderá elencar alguns aspetos positivos, com outros ainda a melhorar, nomeadamente relacionados com a inequívoca segurança da sua utilização, ação sobre os tecidos moles e o resultado estético.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.732>

#009 Incisivo central em ‘mão de sinaleiro’: abordagem médico-cirúrgica



Duarte Amaro*, Carolina Carreiro, Gabriela Pinheiro, Joana Alves, Catarina Fraga, Catarina Reis

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A prevalência de dentes incisivos centrais superiores inclusos é baixa, variando entre 0,06% e 0,2%. Assume-se uma falência eruptiva quando um dente demora mais de 6 meses a erupcionar que o contralateral. Os fatores etiológicos comumente envolvidos são a presença de odontomas, dentes supranumerários e trauma alveolodentário. O tratamento deve ser decidido individualmente. **Descrição do caso clínico:** Criança de 10 anos, caucasiana do sexo feminino, recorre à consulta de Estomatologia no Centro Hospitalar Universitário de São João em janeiro de 2020 por ausência de erupção de 1.1. O atraso da erupção era superior a 3 anos, após a esfoliação de 5.1 e da erupção de 2.1. Nega trauma facial ou outros antecedentes relevantes. Ao exame objetivo apresen-

tava denteição mista e ausência de 1.1. Sem abaulamentos palpáveis. Realizou tomografia computadorizada que descreve ‘1.1 incluso (...) com orientação oblíqua anterior e cranial da coroa (...) imagem hipertransparente com 10 mm de maior diâmetro e raiz posicionada no palato duro’. Planeou-se a exodontia e reabilitação removível de 1 elemento. Em junho de 2020 procedeu-se à exodontia de 1.1 incluso. A lesão quística foi enviada para estudo anatomopatológico que confirmou tratar-se de um quisto dentígero. **Discussão e conclusões:** O incisivo central superior impactado com inversão labial é considerado um tipo especial de impactação dentária, na qual a coroa se encontra orientada na direção cranial e a face palatina voltada para vestibular. São conhecidos como ‘mão de sinaleiro’. A maioria destes apresenta dilaceração radicular. Nestes casos há duas alternativas terapêuticas possíveis, de acordo com as condições locais e com a colaboração do doente: manutenção do espaço com dispositivo ortodôntico seguido de exposição cirúrgica do dente e respetiva tração; ou exodontia e reabilitação (inicialmente removível) fixa após o término do crescimento craniofacial. A tração ortodôntica após exposição cirúrgica é possível, mas apenas com o desenvolvimento radicular incompleto é possível explorar o potencial eruptivo do dente incluso. No caso reportado realizou-se a exodontia cirúrgica sob anestesia geral dada a falta de colaboração da criança.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.733>

#010 Granuloma de Células Gigantes – Caso clínico

José Ferrão*, André Pais Pereira, Luísa Figueiredo, Ana Fernandes, Filipa Veiga, Paula Maria Leite

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

Introdução: O Granuloma de Células Gigantes (GCG) é uma lesão óssea, benigna, com predileção pelo sexo feminino e, em 60% dos casos, ocorre antes dos 30 anos de idade. Em 70% dos casos localiza-se na mandíbula. Podem dividir-se em lesões agressivas e não agressivas, segundo a taxa de crescimento e destruição local. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 27 anos, sem antecedentes relevantes, observada no serviço de urgência do H.S.José com tumefação da hemiface direita, na região do corpo mandibular, com 1 mês de evolução, dolorosa com alívio parcial com anti-inflamatórios. Objetivamente, apresentava ligeira tumefação facial geniana direita, sem sinais inflamatórios cutâneos e ausência dos dentes 45, 46 e 47. Aumento do volume do rebordo alveolar estendendo-se de 48 a distal de 44. Percussão do terceiro molar dolorosa, mas sem alteração da mobilidade do dente. A mucosa vestibular da área apresentava-se hiperemiada, sem fístulas. A doente usava próteses removíveis dentomucossuportadas, bem-adaptadas, não sendo indutoras de traumatismo. Radiologicamente, no 6.º sextante, observava-se uma lesão radiotransparente, uniloculada, de predomínio lingual, de limites mal definidos e com áreas de erosão da cortical interna. Foi realizada biópsia incisiva da lesão e o diagnóstico anatomopatológico foi de ‘granuloma central de células gigantes’. Num segundo tempo operatório procedeu-se a excisão da lesão confirmando-se o diagnóstico