

resultado final do tratamento, procedeu-se à realização de um enceramento de diagnóstico, o qual serviu de base para a execução de uma matriz individualizada em silicone, utilizada como guia palatino das respetivas restaurações. De referir, que primariamente à realização das mesmas, foram tiradas fotos intra e extra-orais e ainda efetuada uma profilaxia com jato de bicarbonato. A aplicação da resina composta micro-híbrida (Miris® Coltène) foi efetuada pela técnica de estratificação natural. Após a realização das restaurações estéticas, foi agendada uma consulta de controlo após 6 meses, para controlo das restaurações, da saúde periodontal e novo registo fotográfico. Discussão: Os diastemas interincisivos centrais superiores e a presença de dentes conóides são vistos como um fator antiestético podendo ser extremamente prejudiciais do ponto de vista social. O diastema interincisivo afeta cerca de 22,33% da população, enquanto que a taxa dos incisivos conóides se situa nos 1,03%, incidindo indistintamente em ambos os quadrantes da arcada, sendo normalmente unilaterais e mais comuns no sexo feminino. O diagnóstico diferencial destas anomalias deve ser realizado o mais cedo possível, de forma a encetar o tratamento mais indicado que pode variar desde uma restauração adesiva direta até a necessidade de tratamento ortodôntico ou mesmo protético. A utilização de resinas compostas diretas apresenta várias vantagens em relação a outras técnicas, como a preservação da estrutura dental, a reversibilidade do procedimento, o menor custo para o paciente, o menor tempo de tratamento e a possibilidade de futura adição incremental ou remoção dos materiais.

Conclusões: A técnica restauradora direta utilizando resinas compostas, quando corretamente indicada, constitui uma alternativa de tratamento com um resultado estético previsível e satisfatório para a reabilitação estética de dentes conóides e fechamento de diastemas.

C-2. ODONTOMA COMPOSTO – CASO CLÍNICO

Helena Salgado*, Ana Portela, Pedro Mesquita

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: Os odontomas são tumores odontogénicos benignos compostos por esmalte, dentina e tecido pulpar. A maior parte destas lesões é assintomática, constituindo meros achados radiográficos. Morfológicamente os odontomas podem ser classificados como complexos, quando se apresentam como massas irregulares contendo os diferentes tipos de tecidos dentários, ou como compostos quando esses tecidos dentários se organizam e formam pequenas estruturas semelhantes a dentes – os dentículos. Por vezes os odontomas podem causar impactação ou atraso na erupção dos dentes definitivos. A etiologia dos odontomas é desconhecida, no entanto, fatores genéticos e causas ambientais tais como os traumatismos ou as infecções têm sido propostos como possíveis causas.

Caso Clínico: Paciente do sexo feminino, raça caucasiana, com 9 anos de idade, compareceu na consulta de Medicina Dentária com dúvida relativamente ao aparente atraso na exfoliação dos dentes decíduos: 53, 54 e 55. Realizou-se uma radiografia panorâmica, onde se confirmou a presença de uma lesão formada por pequenas estruturas radiopacas semelhantes a dentes, constituindo um obstáculo à erupção dos respetivos dentes definitivos. Foi efetuada a exérese cirúrgica da lesão, sob o efeito de anestesia geral, tendo-se confirmado, após exame anatomo-patológico, o diagnóstico de odontoma composto.

Conclusão: A realização de exames radiográficos de rotina é importante para a deteção precoce de lesões silenciosas, como os odontomas, evitando-se desta forma algumas das complicações inerentes à presença destas patologias.

C-3. QUISTO RADICULAR MANDIBULAR – RELATO DE CASO CLÍNICO

Helena Salgado, Pedro Mesquita*

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O quisto radicular é o quisto odontogénico de origem inflamatória mais frequente, correspondendo a uma percentagem que varia entre os 52 e os 68% de todos osquistos que podem afetar os maxilares. Este quisto pode-se formar na proximidade da raiz de qualquer dente não vital, no entanto, esta lesão é mais frequente na maxila do que na mandíbula. Em relação ao género, verifica-se que o quisto radicular ocorre com mais frequência nos homens, numa proporção de 3:2. Os indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos são mais afetados. Tal como outras lesões do osso maxilar, o quisto radicular tem um crescimento lento, provocando reabsorção do osso circundante e, normalmente, não provoca dores, a não ser que infecção, e nesse caso para além de se tornar doloroso, sofre uma rápida expansão com formação de uma tumefação. Estes quistas têm origem na proliferação dos restos epiteliais de Malassez induzida por substâncias inflamatórias que provêm do tecido pulpar necrótico. Daí que para o diagnóstico de quisto radicular seja necessária a presença de um dente não vital.

Caso Clínico: Um paciente do género masculino, com 38 anos de idade, compareceu à consulta de Medicina Dentária, revelando que, de vez em quando, ocorria a formação de uma tumefação na região posterior inferior do lado direito, que acabava por desaparecer passado alguns dias. Não referiu sintomatologia dolorosa. Após a realização de uma ortopantomografia foi possível verificar a existência de uma lesão radiotranslúcida de grandes dimensões, com início nas raízes do dente 47 que se encontrava desvitalizado e prolongando-se para posterior até à região do ângulo da mandíbula. Foi efetuada uma TAC para estudar a proximidade da lesão ao nervo alveolar inferior. O tratamento consistiu na exérese cirúrgica da lesão e do dente 46, seguida de exame anatomo-patológico para confirmação do diagnóstico de quisto radicular.

Conclusão: O controlo radiográfico das lesões periapicais associadas a dentes desvitalizados é fundamental para evitar o seu desenvolvimento e desta forma impedir a formação de quistas das dimensões do apresentado neste trabalho. Apesar do quisto radicular ser uma lesão benigna, tem um crescimento silencioso e muito destrutivo para o osso circundante, daí que deva ser tratado logo numa fase inicial do seu desenvolvimento.

C-4. REABILITAÇÃO DE UM PACIENTE DESDENTADO TOTAL COM HEMI-MAXILECTOMIA: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Nídia Silva*, Rafael Andrade, André Correia, J Mário Rocha, José Lordelo, Helena Figueiral

FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: Num paciente desdentado total, sujeito a uma maxilectomia devido a uma neoplasia, o tamanho e a forma do defeito podem tornar a reabilitação oral mais complexa, sobretudo pela diminuição da área de suporte da prótese.

Caso Clínico: Dirigiu-se à Clínica Universitária da FMDUP um paciente do sexo masculino, 45 anos, desdentado total no maxilar superior e parcial no maxilar inferior (Classe I de Kennedy), com defeito ósseo no 2º quadrante devido a uma maxilectomia efetuada para remoção de um carcinoma

espinocelular do rebordo alveolar. Atualmente, o paciente é saudável, não apresentando nenhuma patologia local ou sistémica relevante. O plano de tratamento consistiu na execução de uma prótese removível total acrílica no maxilar superior e uma prótese parcial removível acrílica no maxilar inferior. Por limitações económicas, não foi possível executar a colocação de implantes dentários como elementos de retenção de uma estrutura protética. 1^a consulta: impressões preliminares em alginato, com moldeiras standard. 2^a consulta: impressão de trabalho do maxilar superior com recurso a uma moldeira individual e a uma técnica de impressão funcional, utilizando um silicone monofásico para delimitação do selamento periférico e um silicone light body para a impressão definitiva. Impressão do maxilar inferior com moldeira individual e alginato. 3^a consulta: registo intermaxilar e determinação da dimensão vertical de oclusão com a técnica da deglutição e medição dos terços faciais com um compasso de Willis. Registo em arco facial. 4^a consulta: prova de dentes estética (sector anterior maxilar). 5^a consulta: prova de dentes, com avaliação da estética, fonética e deglutição e verificação de uma oclusão balanceada. 6^a consulta: colocação das próteses removíveis. Verificação da estabilidade, suporte e retenção, e do esquema oclusal balanceado.

Conclusão: nas consultas de controlo (1 semana, 1 mês e 3 meses) pode-se comprovar um resultado clínico da reabilitação efetuada muito satisfatório. Verificou-se um selamento periférico total, inclusive da região maxilectomizada, em virtude do aproveitamento total da área basal e do fundo do vestíbulo disponível. A dimensão vertical e o esquema oclusal estabelecidos contribuíram também para um correto suporte, retenção e estabilidade da prótese. Não se verificou nenhuma lesão traumática devido à prótese. O paciente encontra-se bastante satisfeita.

C-5. TRATAMENTO DE GRANULOMA PIOGÉNICO COM LASER DE DÍODO 810NM: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Susana Pereira Lopes*, Raquel Bastos,
Marco Infante da Câmara, Luís Silva Monteiro

Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte

Paciente do sexo feminino, caucasiana, de 33 anos compareceu no Departamento de Medicina Oral e Cirurgia do Hospital de Valongo, devido ao aparecimento de uma lesão exofítica no palato, adjacente aos dentes 21 a 24. A lesão com evolução de um mês era assintomática, mas hemorrágica ao toque. Durante a anamnese não foram mencionadas quaisquer patologias relevantes. Contudo a paciente referiu ter estado grávida cinco meses antes à presente consulta. No exame intra-oral verificou-se a presença de nódulo polipoide, com pedículo bem definido, localizado no segundo quadrante, estendendo-se desde o dente 21 a 24, de aspecto esponjoso e sangrante, avermelhada, consistência mole e com dimensão de 2,5x1cm. Foi realizada a biópsia excisional da lesão, pela zona do pedículo, com a laser de diodo AlGaAs 810nm (Denlase), 4w, fibra de 400µm. Foi promovida cicatrização por segunda intenção. A análise histológica, revelou a presença de mucosa revestida por epitélio pavimento estratificado extensamente ulcerado, com córion com proliferação vascular e infiltrado inflamatório polimórfico, compatível com granuloma piogénico. O diagnóstico final foi de granuloma piogénico associado a gravidez (epílide gravídica). No follow-up após uma semana, não se verificaram complicações pós-operatórias nomeadamente dor, hemorragia ou infecção. Após duas semanas a ferida cirúrgica encontrava-se completamente encerrada. Após 6 meses a doente encontrava-se sem sinais de recidiva.

C-6. COLOCAÇÃO DE IMPLANTE SOBRE OSTEOEMA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Armando Lopes, Bernardo Romão Sousa, André Costa*,
Joao Pedro Martins

MALO CLINICS Porto / MALO CLINIC Lisboa

Paciente observada em Abril 2011, sendo a queixa principal a ausência do dente #37. Pretendia realizar a substituição através de implante osteo-integrado. O exame clínico intra-oral revelou um aumento de volume da mandíbula por vestibular em relação com o dente #36 estendendo-se para distal, totalmente assintomático. À palpação, apresentava-se dura, sem flutuação; mucosa oral sem alterações. Foram efectuados testes de vitalidade no dente #36: teste ao frio: 3 seg., intensidade normal; teste de percussão: sem alterações. A ortopantomografia revelou uma imagem radiopaca em relação com as raízes do dente #36. A lesão apresentava-se bem delimitada, com cerca de 11 x 10 mm, com conteúdo homogéneo radiopaco. Não se observava envolvimento do canal dentário. A tomografia computorizada mostrou uma lesão expansiva, com pequena zona de comprometimento da cortical vestibular e integridade mantida da cortical lingual, de limites bem definidos e contorno regular. Não se verificava deslocamento ou reabsorção radicular. Efectuou-se cirurgia no 3º quadrante, com colocação de implante osteo-integrado na posição #37 (Nobel Speedy Groovy, RP, 10mm, pilar de cicatrização 3mm) e biópsia incisional da lesão óssea. A amostra foi enviado para análise histopatológica, que revelou formação de osso lamelar denso e maduro, parcialmente rodeada por osteoblastos. Não se observou pleomorfismo nuclear, produção de tecido cartilagíneo ou qualquer nível de malignidade. O diagnóstico histológico foi de "lesão óssea com características de osteoma". Pós-operatório sem complicações. A presença da lesão no 3º quadrante não impediu a colocação de implante na região edéntula. Seguiram-se observações com uma frequência de 6 meses, onde se efectuou higiene na zona reabilitada, controlo clínico ao implante e coroa implanto-suportada, sondagem e controlo radiográfico. Os osteomas podem ser confundidos radiograficamente com odontomas ou osteomielite esclerótica. Para o seu diagnóstico definitivo, a sua história de crescimento uniforme deve ser demonstrada. Os osteomas também devem ser diferenciados de exostoses da mandíbula e lesões de desenvolvimento reactivo, que não são consideradas verdadeiras neoplasias. O tratamento recomendado para este tipo de lesões é frequentemente a excisão total, o que neste caso, comprometeria o dente #36. Em lesões assintomáticas e de pequena dimensão, está indicada a observação periódica e controlo radiográfico, mesmo na ausência de sintomas.

C-7. SÍNDROME DA PICNODISOSTOSE COM MANIFESTAÇÕES NOS OSSOS GNÁTICOS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Paloma Suzart Dos Santos Melo*, Caroline Pizzani Britto, Elane Nery da Silva, Felipe Rafael Rios de Oliveira Matos, Lorena Silva Araujo, Jener Goncalves Farias

UEFS- Odontologia / FMUC-MD

A picnodisostose (PYCD) é uma síndrome que tem por característica a alteração do metabolismo ósseo, proveniente da formação defeituosa da enzima catepsina K, encontrada em células responsáveis pela reabsorção da matriz óssea, levando a uma remodelação alterada que resulta em um aumento generalizado da densidade óssea, esclerose, fragilidade e maior predisposição à infecção e a fraturas. É uma doença