

espinocelular do rebordo alveolar. Atualmente, o paciente é saudável, não apresentando nenhuma patologia local ou sistêmica 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 econômicas, não foi possível executar a colocação de implantes dentários como elementos de retenção de uma estrutura protética. 1ª consulta: impressões preliminares em alginato, com moldeiras standard. 2ª 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. 3ª 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. 4ª consulta: prova de dentes estética (sector anterior maxilar). 5ª consulta: prova de dentes, com avaliação da estética, fonética e deglutição e verificação de uma oclusão balanceada. 6ª 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 vestibulo 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 satisfeito.

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 polipóide, 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 (epúlida 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 OSTEOMA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Armando Lopes, Bernardo Romão Sousa, André Costa*,
João 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 efetuados 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 computadorizada 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. Efetuou-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 incisiva da lesão óssea. A amostra foi enviada para análise histopatológica, que revelou formação de osso lamelar denso e maduro, parcialmente rodeada por osteoblastos. Não se observou pleomorfismo nuclear, produção de tecido cartilágneo 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 edêntula. 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 reativo, 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 Gonçalves 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 catépsina 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