

e à forma atípica dos incisivos centrais. Não existia história familiar de anomalias dentárias nem qualquer acontecimento passado que pudesse estar na origem dessa situação. Ao exame clínico foi possível verificar que os dois incisivos centrais se encontravam fusionados com outros dois dentes e que os dois incisivos laterais se encontravam ausentes. Após realização de uma ortopantomografia e de radiografias apicais foi possível comprovar que os dentes 12 e 22 se encontravam em posição intra-óssea o que eliminou a hipótese das fusões serem entre os incisivos centrais e os laterais. Desta forma, as fusões envolviam os incisivos centrais e dois dentes supra-numerários. Tendo em consideração o tamanho dos dois dentes e a falta de espaço na arcada foi definido o seguinte plano de tratamento: extração dos dentes 11 e 21 e confeção de uma prótese acrílica por razões estéticas e funcionais, procurando preservar o espaço até à idade adulta. Nessa altura, o caso será reavaliado e, se possível, proceder-se-á à reabilitação oral com implantes endoósseos e coroas em cerâmica, sobre implantes.

Discussão e conclusões: A presença de dentes fusionados condiciona importantes alterações a nível estético e oclusal principalmente se ocorrerem na zona anterior. O plano de tratamento variado, pode passar pela odontoplastia ou, nos casos de coroas com dimensão mais acentuada, pela extração e reabilitação protética.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.091>

C-2. Supranumerários – implicações clínicas na zona estética

Sofia Fernandes*, Américo Afonso, Helena Salgado, Pedro Mesquita

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: Os dentes supranumerários constituem uma anomalia dentária de número cuja prevalência varia, de acordo com a população estudada, entre 0,1 e 3,5% para a dentição permanente e entre 0,05 e 1,9% para a dentição decidua. Podem ocorrer na maxila ou na mandíbula, uni ou bilateralmente, isolados, em pares ou em número variado. A localização mais frequente é na linha média, entre incisivos centrais superiores, designando-se nestes casos mesiodens, e na zona molar, lateral ou distalmente ao terceiro molar, designando-se nestes casos para ou distomolares, respetivamente. Os dentes supranumerários podem apresentar morfologia rudimentar ou forma e tamanhos normais. Este trabalho tem como objetivo apresentar três casos clínicos e discutir as possíveis complicações associadas a dentes supranumerários quando presentes na zona estética anterior.

Casos clínicos: Caso clínico 1- Criança do género masculino, de 8 anos, compareceu à consulta com o propósito de corrigir o diastema interincisivo superior, que, na opinião da mãe, pela sua dimensão se tornava inestético. Ao exame radiográfico foi detetada a presença de um dente supranumerário na linha média que, pelo seu posicionamento, seria a causa do diastema. Caso clínico 2 - Criança do género masculino, com 10 anos, compareceu no consultório havendo por parte dos pais a preocupação no atraso na erupção dos incisivos superiores

esquerdos. Após realização de uma ortopantomografia foi possível detetar a presença de um dente supranumerário na linha média que estava a provocar a inclusão do dente 21. Caso clínico 3 - Criança de 6 anos recorreu à consulta por rotina. Ao exame clínico foi observado um mesiodens na dentição decidua.

Discussão e conclusões: Os casos clínicos descritos constituem três exemplos de dentes supranumerários presentes na dentição permanente e decidua. Além de diastemas os supranumerários podem originar atraso na erupção dentária, erupção ectópica, inclusão dentária, reabsorções radiculares dos dentes adjacentes ou originar quistos dentígeros. O exame clínico e radiográfico reveste-se de especial importância para um correto diagnóstico e plano de tratamento. A remoção cirúrgica está indicada sendo controverso qual o momento ideal para a sua realização. O tratamento dos casos de dentes supranumerários é multidisciplinar devendo a intervenção ser precoce no sentido de diminuir ou evitar complicações futuras.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.092>

C-3. Picnodisostose e Osteonecrose da Mandíbula - Caso Clínico



Rita Azenha Cardoso*, Ricardo Grazina, João Mendes de Abreu, Manuela Carrilho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Introdução: A Picnodisostose é uma doença rara, de transmissão autossómica recessiva, em que ocorre disfunção dos osteoclastos devido a mutação no gene codificador da enzima Catepsina K. Esta disfunção leva a que não ocorra reabsorção ou remodelação óssea. Consequentemente a densidade óssea está aumentada e há maior incidência de fracturas mesmo com pequenos traumas. É característica a baixa estatura, dedos curtos e largos, com atrofia das falanges terminais, e várias manifestações cranianas com atraso no encerramento das suturas. Os indivíduos afectados têm frequentemente cabeças alargadas, ângulo mandibular obtuso e maxilares hipoplásicos, bem como alterações na erupção e hipoplasia dentária.

Casos clínicos: Este trabalho reporta um caso de Picnodisostose, observado na nossa consulta que apresentava osteonecrose ativa da mandíbula. Trata-se de uma doente com diagnóstico confirmado pela presença da mutação do gene CTSK em 2009, e com história de diagnóstico de osteite/osteonecrose desde 2010, após extrações dentárias efectuadas no 4º quadrante. Tem um historial de não cumprimento da consulta, com vindas múltiplas à urgência por osteite, medicada com antibioterapia. Em Outubro de 2012 foi efectuada limpeza cirúrgica da mandíbula à direita.

Discussão e conclusões: O diagnóstico diferencial da Picnodisostose é feito com Osteopetrose, Displasia Cleidocraniana, Acro-osteolise Idiopática e Osteogénesis Imperfecta. A osteonecrose que ocorre nestes indivíduos parece ter características semelhantes à que se verifica quando existe terapêutica prévia com bifosfonatos. Para além do risco inerente às características da doença, existe dúvida se a doente terá efectuado

terapêutica com bifosfonatos no passado. Este trabalho descreve as alterações características, orais e sistémicas, da Picnodisostose e etiologia da osteonecrose neste caso específico. Embora não seja possível afirmar com certeza a causa da osteonecrose, necrose avascular pelas características do osso compacto, desencadeada pela extração dentária, parece ser a causa mais provável. Nestes doentes é também importante ter em conta o risco acrescido de fratura aquando da extração. Alguns autores consideram que a cicatrização óssea pós extração parece ser normal, outros pensam que existe um risco acrescido de osteomielite, que pode ser refractária, devido à osteoesclerose. Todos estes motivos levam a que seja necessário um cuidado planeamento cirúrgico e diagnóstico precoce no tratamento dentário e oromaxilar destes doentes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.093>

C-4. Granuloma de Células Gigantes - a propósito de um caso clínico

Marisa Régio*, Virgínia Fernandes, Joana Xavier, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: O granuloma de células gigantes é uma lesão exofítica que aparece na região da gengiva e rebordo alveolar que se origina a partir do periosteio ou ligamento periodontal. A lesão pode desenvolver-se em qualquer idade, contudo, é mais comum na quinta e sexta década de vida, sendo ligeiramente mais prevalente no sexo feminino. O granuloma de células gigantes é uma entidade clínica cuja origem ainda não está totalmente esclarecida, no entanto pensa-se que a sua etiologia possa estar relacionada com a presença de placa bacteriana, tártaro, trauma constante, extração dentária, prótese dentária, e infecções crónicas. O granuloma de células gigantes pode causar reabsorção do osso e os dentes subjacentes à lesão. Estas lesões não são dolorosas a menos que sejam traumatizadas.

Caso clínico: O paciente FMQLM, sexo masculino, 68 anos de idade, de etnia caucasiana, saudável, compareceu na consulta de Cirurgia e Medicina Oral da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, reencaminhado pelo seu Médico Dentista. No exame extraoral verificou-se a presença de uma ligeira tumefação não dolorosa à palpação no 4º quadrante, anterior à região do ângulo da mandíbula. No exame intraoral verificou-se a presença de uma massa hiperplásica e exofítica de aparência multilobulada e não ulcerada. Radiograficamente foi possível verificar uma lesão radiolúcida na mandíbula associada ao dente 47. O tratamento consistiu na exérese da lesão, com margens de segurança, seguido da exodontia do dente 47. Procedeu-se à curetagem da ferida cirúrgica, eliminando o tecido de granulação presente. Por último foi realizada sutura, unindo os bordos da ferida, promovendo uma cicatrização por primeira intenção. A lesão obtida foi enviada para análise histológica.

Discussão e conclusões: No surgimento de uma lesão deste tipo, ao exame clínico, devemos ponderar os diagnósticos diferenciais com lesões de aspeto semelhante, como o fibroma ossificante e o granuloma piogénico. Após a remoção da lesão

e do dente, a biópsia segue para análise histológica, sendo esta última a que nos fornece a informação e confirmação do diagnóstico definitivo. Na presença de granuloma de células gigantes devemos considerar como tratamento a sua exérese para solucionar o problema do paciente, tendo em conta o potencial de recidiva, que aumentaria, neste caso, com a permanência do dente 47 em boca e apenas a exérese da lesão.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.094>

C-5. Xantoma Verruciforme- A propósito de um caso clínico

Liliana Abreu*, Rita Dias

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)



Introdução: O xantoma verruciforme é uma lesão reativa, inflamatória, não tumoral. Aparece principalmente na mucosa oral, podendo também ocasionalmente ocorrer noutras mucosas ou submucosas, nomeadamente na região genital. Clinicamente, o xantoma verruciforme pode apresentar-se sob a forma de pápulas, placas ou nódulos de consistência irregular do tipo verrugoso, ou sob a forma de lesões pediculadas. Representa provavelmente uma resposta reacional ao trauma do epitélio, conduzindo à necrose dos queratinócitos. Os produtos lipídicos libertados neste processo são fagocitados por macrófagos das papilas dérmicas, sendo estes denominados de histiocitos espumosos ou células xantelasmizadas.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino de 50 anos de idade, recorreu a uma consulta na clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, por odontalgia no dente 25. Na anamnese não se registou história de patologia sistémica, medicação crónica ou hábitos tabágicos. Durante o exame clínico foi detetada uma lesão na mucosa jugal esquerda que, segundo a paciente, foi causada por um trauma mastigatório, mantendo-se indolor e com uma dimensão constante ao longo do tempo. A lesão, de cor avermelhada, apresentava uma forma ovóide com limites definidos, com um tamanho de 6 mm no eixo maior e 3 mm no eixo menor, de base séssil e com uma superfície verrugosa. De acordo com estas características clínicas suspeitou-se de fibroma traumático sendo indicada biópsia excisional.

Discussão e conclusões: O exame histológico do tecido biopsado revelou um epitélio pavimentoso estratificado com paraqueratose e acantose, com cristas irregularmente alongadas e por vezes anastomosadas. Observou-se ainda a presença de abundantes histiocitos xantelasmizados, típicos de um xantoma verruciforme. Histopatologicamente esta lesão pode assemelhar-se a outros xantomas dérmicos, distinguindo-se destes por não estar associada a nenhuma alteração metabólica, como diabetes ou hiperlipidemia. Clinicamente pode assemelhar-se a uma lesão papilar, porém não se comprova associação ao HPV. Apesar da etiologia do xantoma verruciforme não estar ainda completamente esclarecida, um evento traumático parece ser a causa mais aceite como origem desta lesão. Na cavidade oral, as características clínicas podem ser compatíveis com outras lesões