

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 periôsteo 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 histiócitos 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 histiócitos 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

orais, sendo o diagnóstico definitivo dado apenas por análise histológica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.095>

C-6. Hipodontia: a propósito de um caso clínico

Ana Cláudia Ferreira Capelão*, Viviana Conceição, Paula Vaz, Maria Teresa Carvalho, Inês Sansonetty Côrte-real

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A hipodontia constitui uma anomalia dentária de número caracterizada pela ausência dentária congénita até a um máximo de seis dentes. Afeta ambas as dentições, mas é mais frequente na dentição permanente, apresentando uma prevalência variável entre 2,3 a 10,1%. Possui uma etiologia multifatorial, com predominância dos fatores genéticos. Os dentes mais comumente ausentes são os terceiros molares, seguidos dos pré-molares inferiores e incisivos laterais superiores. A reabilitação oral nestes casos constitui geralmente um desafio que requer uma intervenção multidisciplinar. O objetivo deste trabalho visa apresentar um caso clínico de hipodontia e, ainda, alertar os médicos dentistas para a abordagem clínica e interpretação na suspeita de um padrão hereditário.

Caso clínico: O paciente ARPP, do género masculino, caucasiano, com 21 anos de idade, acompanhado pelo Serviço de Ortodontia da FMDUP apresentava um padrão esquelético do tipo II e uma classe dentária I molar e classe II canina. Em exame clínico apresentava várias agenesias que condicionaram o tratamento multidisciplinar implementado, que incluiu o encaminhamento para a consulta de Genética Orofacial (GO) e para a consulta de Dentisteria Operatória (DOP) da FMDUP. Na consulta de GO da história clínica familiar recolhida era relevante a presença de agenesia dos terceiros molares no irmão do probando e de outras agenesias dentárias em primos paternos e maternos. Em exame extra-oral destacou-se a implantação baixa do cabelo na região anterior e a assimetria e rotação posterior bilateral das orelhas. No exame intra-oral, além das agenesias, era relevante uma microodontia ligeira generalizada. O diagnóstico clínico provisório estabelecido foi de hipodontia de padrão hereditário não sindrómico. Na consulta de DOP foi realizada a reanatomização dos dentes 13 e 23 em dentes 12 e 22 com recurso a brocas diamantadas (Komet®) para a preparação dentária, resina composta da de cor A2 (Synergy D6®, Coltène) e para o polimento taças de borracha e pasta (Microdont).

Discussão e conclusões: Geralmente, nestas situações clínicas a abordagem médico-dentária efetuada constitui uma opção preconizada e com resultados satisfatórios. O Médico Dentista deverá desempenhar um papel ativo na sua deteção precoce e na avaliação do padrão hereditário associado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.096>

C-7. Exposição cirúrgica de incisivo central incluso para tração ortodôntica – Caso Clínico



Helena Salgado*, Pedro Mesquita

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: Os dentes da região anterior da maxila que mais frequentemente permanecem inclusos são os caninos seguidos dos incisivos centrais. A etiologia das inclusões dentárias é variada no entanto, destacam-se, como causas mais comuns, a falta de espaço na arcada, a presença de dentes supranumerários ou de lesões que constituam uma barreira física à erupção dos dentes, o trauma ou a perda prematura do dente deciduo, a angulação anormal da raiz e a retenção dos dentes deciduos. As alternativas de tratamento para a inclusão de um incisivo central superior são variadas e incluem a extração do dente incluso e a reabilitação com prótese ou implante uma vez terminada a fase de crescimento, a extração e o fecho do espaço movimentando o incisivo lateral permanente para o lugar do central, com posterior reanatomização, ou a realização da tração ortodôntico-cirúrgica do dente impactado.

Caso clínico: J.B.L., género masculino, com 8 anos, recorreu à consulta de ortodontia por motivos estéticos referindo, como queixa principal, a inclusão do dente 21. Após estudo ortodôntico, explicação e discussão das opções de tratamento com os pais optou-se, de comum acordo, pela realização da tração da peça dentária inclusa. Colocou-se um aparelho fixo superior e procedeu-se ao alinhamento da arcada superior e abertura de espaço para o dente incluso. Uma vez atingidos os objetivos foi realizada, sob efeito de anestesia geral, a cirurgia para exposição do incisivo central maxilar esquerdo para se proceder à sua posterior tração. Foi realizado um pequeno orifício no terço incisal do dente aproveitando a presença de uma mancha branca inestética, por onde foi passado um arame 0,010" duplo a utilizar na tração ortodôntica.

Discussão e conclusões: No caso clínico descrito optou-se pela exposição cirúrgica e tração ortodôntica do dente 21 pela técnica de erupção fechada. Esta decisão teve em consideração a idade do paciente, a normal anatomia coroária e radicular e o posicionamento intraósseo do dente, favorável à tração. Esta técnica tem sido relatada com sucesso em vários casos, parecendo ser preferível à técnica tradicional de exposição cirúrgica do dente, com reposicionamento apical do retalho para indução da sua erupção natural que se apresenta mais desfavorável à saúde periodontal dos tecidos moles adjacentes. O diagnóstico e o tratamento precoce das inclusões dentárias são fundamentais para evitar ou limitar as complicações estéticas, funcionais e psicológicas associadas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.097>

C-8. Diagnóstico conclusivo de uma lesão na língua – Estudo de um caso clínico



Mariana Mestre*, Carlos Hernandez Pintado, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)