

identificou-se uma lesão na mucosa jugal direita ao nível do plano oclusal adjacente ao 17, discretamente elevada, circular com cerca de 4 mm, contínua com a mucosa, azul-roxeada, bem delimitada, compressível e assintomática à palpação.

**Discussão e conclusões:** As características clínicas e por ter ocorrido diminuição do tamanho e descoloração da lesão pelo teste de vitropressão, eram compatíveis com o diagnóstico de lesão de natureza vascular. Como havia desconforto físico e trauma no local da lesão com risco de hemorragia optou-se pela remoção cirúrgica com bisturi elétrico, por electrocoagulação, após anestesia infiltrativa local, proporcionando maior conforto pois é pouco invasivo e não envolve grande risco de hemorragia. A técnica de electrocoagulação permite a remoção de lesões vasculares de pequena dimensão, sem recidiva e comprometimento estético, de forma simples e eficaz.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.102>

### C-13. Autotransplante de 3º Molares Inclusos associados com a utilização do PRGF-Endoret®

Ruben Campos\*, Adriana Jorge, Miguel Namora, Germano Rocha, João Carvalho, António Felino

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

**Introdução:** O 1º molar, por ser o primeiro dente a erupcionar, é o dente mais frequentemente perdido de forma precoce em indivíduos jovens, sendo que a cárie dentária continua a ser o principal motivo de perda de dentes nesta faixa etária. O autotransplante dentário, assume-se como uma solução válida em pacientes que se encontram em idade de crescimento, sendo definido como a transplantação de um dente, inclusivo, impactado ou até erupcionado no mesmo indivíduo, para um alvéolo pré-existente ou criado cirurgicamente, apresentando taxas de sucesso variáveis, mas bastante elevadas (81,4-100%).

**Caso Clínico:** Neste trabalho apresentam-se 2 casos clínicos do género masculino e feminino, de 15 e 19 anos de idade respectivamente. Relativamente ao 1º caso, o paciente compareceu à clínica da FMDUP, com queixas de “um buraco num dente”. O paciente do género feminino apresentou-se à consulta de Cirurgia Oral, com indicação exodontia dos 3º molares inclusos. Ao exame clínico do 1º caso, observou-se uma cárie extensa no dente 26, assintomática após realização de testes de vitalidade, pelo que se concluiu que o dente se encontrava necrosado. O mesmo se observou no exame clínico do 2º caso, mas relativamente ao dente 16. Devido ao tamanho e extensão das cárries, aliado à idade dos pacientes, ao custo da reabilitação e a um prognóstico futuro reservado, foi decidido encaminhar os pacientes para a Especialização de Cirurgia Oral da FMDUP, onde se optou pela exodontia do 1º molar com realização simultânea de autotransplante do 3º molar inclusivo do mesmo quadrante, associado à utilização do PRGF-Endoret®.

**Discussão e conclusões:** Descrito pela 1º vez em Cirurgia Oral por Anitua, o PRGF® foi desenvolvido com o objetivo

de ser utilizado como meio de armazenamento extra-oral, evitando a necrose do ligamento periodontal e melhorando a cicatrização periodontal no alvéolo receptor, sendo o acondicionador alveolar do autotransplantado, melhorando as capacidades regenerativas do próprio paciente, nomeadamente o estimular da regeneração óssea e epitelial. O uso de PRGF® associada a autotransplantes de 3º molares, quando corretamente indicada, nomeadamente em pacientes de idade relativamente jovens, apresentando o dente a transplantar uma formação radicular com cerca de 2/3 do comprimento final, com compatibilidade entre alvéolo receptor e dente dador e quando executada com uma técnica atraumática, apresenta-se como uma solução viável e de baixo custo para o paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.103>

### C-14. Mucocelo de extravasamento: descrição de caso clínico



Gil Leitão Borges\*, Ana Bação

Centro de Saúde Militar de Évora

**Introdução:** Mucocelo é o termo que clinicamente comprehende o fenómeno de extravasamento ou retenção de muco nos ductos das glândulas salivares menores, frequentemente associado a trauma, sendo a localização mais preferencial o lábio inferior. O presente trabalho apresenta um caso clínico típico de uma lesão do lábio inferior, cujo diagnóstico inicial foi de mucocelo, confirmado definitivamente através do exame anátomo-patológico realizado no Hospital das Forças Armadas após a excisão cirúrgica da lesão, sendo a abordagem relatada e discutida.

**Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 59 anos, saudável, veio à consulta de Medicina Dentária deste Centro de Saúde Militar devido a lesão nodular no lábio inferior esquerdo, com cerca de 4 meses de evolução com períodos intermitentes de diminuição e aumento. Relatou possuir próteses totais acrílicas muito gastas e desadaptadas e traumatismo frequente da mucosa labial. O exame intraoral revelou tumefação na mucosa labial esquerda, de aspeto bolhoso, com aproximadamente 1,5 cm de diâmetro, de base séssil, bem delimitada, flutuante à palpação, com forma oval, textura lisa, coloração semelhante à mucosa circunjacente e assintomática. O quadro evidenciado sugeriu o diagnóstico de mucocelo, sendo a excisão cirúrgica da lesão a opção terapêutica adotada. O exame anátomo-patológico corroborou o diagnóstico de extravasamento.

**Discussão e conclusões:** A literatura aponta de forma geral o lábio inferior como local acometido com maior frequência por mucocelos, normalmente causados por traumas exercidos sobre o ducto excretor ou o parênquima glandular. Existe a necessidade de diagnóstico diferencial, porquanto apresentam semelhanças com outras lesões. Encontram-se descritas diferentes abordagens terapêuticas, tais como marsupialização, remoção cirúrgica total do mucocelo e glândulas associadas, dissecação do mucocelo, drenagem do líquido mucoso, remoção com laser e crioterapia contudo, o procedimento mais frequente e melhor aceite é a sua completa excisão cirúrgica com a remoção das glândulas salivares

acessórias envolvidas. O mucocelo pode ocorrer em qualquer idade, sendo a localização preferencial do mucocelo de extravasamento o lábio inferior, por ser a área mais suscetível a trauma. A excisão cirúrgica completa a lesão bem como das glândulas salivares anexas parece ser o tratamento ideal por forma a minorar a possibilidade de recidiva. Recomenda-se o estudo anátomo-patológico da lesão.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.104>

**C-15. Quisto maxilar associado a um distúrbio de erupção dentária numa criança: caso clínico**

João Pedro Marcelino, Ana Luísa Costa, João Carlos Ramos\*

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC-MD)

**Introdução:** A formação e eventual erupção ectópica, seja de dentes permanentes, temporários ou supranumerários em regiões anatómicas que não as arcadas dentárias, é uma entidade rara. Estão descritas ocorrências, por exemplo, na cavidade nasal, mento, seio maxilar, palato e cavidade orbital. Embora a sua patogénese não seja totalmente conhecida são apontadas como possíveis causas distúrbios de desenvolvimento, nomeadamente fenda palatina, trauma, infecções, fatores genéticos e quistos dentígeros na sequência de impactação, com envolvimento mais frequente do canino maxilar e terceiro molar mandibular.

**Caso clínico:** Menino de 9 anos de idade, encaminhado para a consulta de maxilofacial por infecção crónica com agudizações recorrentes no segundo quadrante de duração de cerca de 6 meses, sem aparente relação direta com qualquer patologia nos dentes erupcionados e história de medicações repetidas com antibiótico e analgésicos/AINE, sem resolução clínica. No exame da cavidade oral, todos os dentes temporários e permanentes estavam presentes respeitando a cronologia de erupção, mas verificou-se a ocorrência de drenagem purulenta muito acentuado e prolongada na face distal e vestibular do dente 26. O recurso a tomografia computorizada revelou a presença de dois molares ectópicos no seio maxilar esquerdo em posição alta, na proximidade do pavimento da órbita, associados a um quisto de grandes dimensões. Procedeu-se a intervenção cirúrgica sob anestesia geral com recurso à técnica de Caldwell-Luc e avaliação histológica. Houve total resolução dos sintomas após a cirurgia, permanecendo em monitorização há já 2 anos.

**Discussão e Conclusões:** Dor facial, epistaxe, rinorreia purulenta, externo deformidade nasal externa, cefaleia, edema, obstrução do canal lacrimal podem estar relacionadas com esta entidade, devendo o diagnóstico diferencial ser considerado relativamente a corpos estranhos, infecções como a sífilis, a tuberculose ou infecções fúngicas com calcificação, lesões benignas (hemangioma, osteoma, encondroma, pólipos, quistos dermóides calcificados ou dentígeros) mas também malignas (condrossarcoma e osteossarcoma). O tratamento padrão preconizado é a extração, particularmente urgente perante agudização sintomática. Perante

casos de distúrbios eruptivos há que valorizar quer a importância de um bom diagnóstico etiológico despitando, quer outras patologias mais graves associadas, quer as potenciais consequências decorrentes da erupção ectópica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.105>

**C-16. Coroa compósito e fibras de vidro adesivas: Uma técnica indireta reabilitadora temporária**



Márcia Cascão\*, Sandra Gavinha, Ana Margarida Carrilho, Maria João Castro, Inês Gomes, Patrícia Manarte Monteiro

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP)

**Introdução:** Na reabilitação temporária de espaços edentulos o clínico tem ao dispor inúmeros materiais/técnicas que lhe permitem de forma eficaz efetuar intervenções terapêuticas minimamente invasivas. O recurso a coroas de compósito reforçadas com fibras de vidro possibilita reabilitar pequenas áreas edentulas, sem negligenciar os dentes pilares, factor que se torna primordial em caso de dentes sujeitos a excessivas cargas oclusais. Este trabalho pretende ilustrar uma condição clínica de reabilitação temporária de espaço edentulo, recorrendo à colocação de uma coroa de compósito ferulizada com fibras de vidro adesivas.

**Caso clínico:** Paciente do género feminino, 68 anos de idade, diabética, compareceu na clínica da UFP-FCS, apresentando sinais clínicos e radiográficos de reabsorção cervical invasiva nos dentes 21 e 23, por excesso de trauma oclusal e ausência do dente 22. Após tratamento endodontico e restaurador dos dentes 21 e 23, surgiu a necessidade de reabilitar o espaço do dente 22, ausente. Tendo em conta a fragilidade dos dentes adjacentes à área edentula, foi proposto a realização de um tratamento provisório minimamente invasivo recorrendo à confecção de uma goteira acrílica que serviu de apoio, à confecção de coroa em compósito (Amaris®) aderida e reforçada por férula com fibra de vidro (Grandtec®), usando uma técnica indireta. Com o campo operatório isolado, o pôntico e férula foram aderidos aos pilares dos dentes 21 e 23, pela estratégia adesiva Self-Etch (Futurabond NR®) com pré-etching do esmalte (ácido ortofosfórico 38%) e compósito fluido (Amaris Flow®).

**Discussão e conclusões:** Vários estudos apontam para taxas de sucesso de cerca de 70% para reabilitações com coroas provisórias reforçadas por fibras de vidro adesivas, tornando esta opção válida quando é necessário manter a integridade dos dentes de suporte adjacentes à reabilitação. A viabilidade de pilares fragilizados, como é o caso de dentes sujeitos a trauma oclusal e presença de reabsorções cervicais, pode ser preservada aquando do recurso a tratamentos minimamente invasivos, para estabilidade e alívio da oclusão, mesmo que temporário. O recurso a coroas de compósito reforçadas com fibras de vidro aderidas, na reabilitação anterior de pequenas áreas edentulas constitui uma possibilidade conservadora e temporária de reparação