

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