

surge na região anterior da maxila e mandíbula, sendo a região do canino a mais afetada. Não apresenta predileção por sexo. A faixa etária média é de 33 anos, podendo variar entre a segunda e terceira década de vida. Radiograficamente, surge com maior frequência como uma radiolucidez unilocular bem definida. Podendo apresentar-se como multilocular (5% a 13%). Estão presentes estruturas radiopacas no interior da lesão e aproximadamente um terço das lesões está associada a um dente incluso. No exame histopatológico é observada uma lesão quística bem definida, com uma cápsula fibrosa e um limitante epitelial com espessura de quatro a dez células. Esta lesão pode ser tratada com enucleação e curetagem. A Tomografia Computorizada revelou a morfologia da lesão e relação com estruturas anatómicas adjacentes, auxiliando no diagnóstico e planeamento cirúrgico. O diagnóstico radiográfico foi confirmado pela histopatologia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.115>

C-26. Anteposição discal da ATM na fase inicial da adolescência. A propósito de 2 casos clínicos

Marcelo Miranda *, A.P. Reis Durão, Teixeira Koch

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)



Introdução: A anteposição discal (AD) da ATM representa cerca de 80% dos casos de Disfunção Temporomandibular (DTM), tanto em adultos como na população juvenil. Nos estudos epidemiológicos a maior prevalência é no sexo feminino, nos adolescentes e adultos jovens, seguindo-se os adultos entre os 25 e 45 anos. Maior prevalência na Hipermobilidade Articular (HA).

Casos clínicos: 1º caso. Doente do sexo feminino, com 12 anos de idade, 2 anos antes da consulta após um período de estalidos, teve dor na ATM e região masseterina esquerdas, sintomatologia que após alguns meses passou a bilateral e com intensidade progressivamente agravada. Dor articular e muscular à mastigação. À palpação dor sobretudo nos masséteres e temporal anterior, sendo também dolorosa a palpação lateral das ATMs. Tem HA. Hábito exacerbado de mascar pastilha elástica. A Ressonância Magnética (RM) mostrou Anteposição Discal sem Redução Espontânea (ADSRE) bilateral. A terapêutica consistiu em analgésico e miorrelaxante na fase inicial e confecção de goteira inferior em virtude da doente ter ainda caninos superiores decíduos. 2º caso. Doente do sexo feminino com 13 anos de idade, 8 meses antes da consulta, coincidindo com período de grande stress escolar sentiu estalido de abertura na ATM esquerda. Cerca de 4 meses depois refere episódio de bloqueio de abertura da boca, desaparecendo o estalido mas ficando com abertura interincisal de apenas 33 mm, desvio da linha média para a esquerda na abertura e dor na ATM esquerda. À palpação muscular tinha dor nos músculos do sistema estomatognático mais à esquerda. Tem HA. A RM revelou ADSRE à esquerda. Como os caninos superiores não estavam completamente erupcionados foi confeccionada uma goteira de forma a não haver contactos com

os caninos tanto em oclusão como durante os movimentos mandibulares.

Discussão e conclusões: Apesar de não ser muito usual o recurso às consultas de Dor Orofacial e ATM de adolescentes muito jovens, segundo Annika Isberg no início da puberdade a prevalência da DTM é já muito acentuada. A explicação para que isto aconteça pode residir no facto de nesta idade ser mais frequente patologia intra-articular sem componente álgico da ATM, sendo os sintomas de dor muscular de DTM atribuídos a outras patologias e se os sintomas não forem de alguma intensidade muitas vezes são negligenciados. A ADSRE geralmente considerada como uma fase mais tardia na evolução da AD é susceptível de ser encontrada na fase inicial da adolescência.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.116>

C-27. Regeneração de defeito ósseo horizontal maxilar com enxerto de bloco autógeno mandibular



Filipe Vieira *, Artur Caleres, João Pedro Canta, Helena Francisco, André Chen, João Caramês

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

Introdução: A emergência do conceito “implante guiado proteticamente” tornou a regeneração dos defeitos ósseos horizontais num desafio em Implantologia. Técnicas para aumento ósseo horizontal como a regeneração óssea guiada e enxerto de bloco autógeno estão associadas à utilização de biomateriais com reconhecida propriedade osteocondutora. Permanece contudo em discussão, a natureza osteoindutora dos enxertos autógenos. Perante defeitos ósseos horizontais severos que impossibilitam a colocação do implante, muitos autores defendem a realização de enxertos ósseos de bloco. A morbilidade associada à sua colheita na crista ilíaca ou calvaria, determinou que em defeitos ósseos de menor extensão e mediante disponibilidade óssea do paciente pudessem ser consideradas zonas intraorais como a sínfise e o ramo da mandíbula. Menor morbilidade e a natureza mais cortical, com menor reabsorção, tornam preferível a zona do ramo.

Caso clínico: Paciente do género feminino, de 64 anos, ASAIL, que veio à consulta da Especialização de Implantologia da FMDUL para reabilitação da zona edêntula de 14 a 16. Após análise de Tomografia Computorizada (TC) observou-se crista óssea com 2.5 mm de espessura na zona do 14. Confirmou-se igualmente disponibilidade óssea para colheita de enxerto a nível do ramo mandibular direito. Propôs-se como plano de tratamento a realização de enxerto ósseo de bloco do ramo mandibular na zona do 14 e após 6 meses, a colocação de implantes Neodent Drive 3.5x11.5 e WS Cortical 4.0x6 nas zonas do 14 e 16 respectivamente para ponte de 3 elementos. Os autores descrevem a técnica cirúrgica de preparação do leito receptor, da sua colheita no ramo da mandíbula e fixação na maxila realizada em condições de campo cirúrgico asséptico. Após 6 meses e confirmação em nova TC da integração do enxerto na zona de osso nativo procedeu-se a nova cirurgia para remoção do parafuso de fixação e colocação dos implantes acima referidos.