

tratamentos curativos. A avaliação periodontal permitiu verificar que a inflamação gengival se estendia a outros pontos das arcadas dentárias, além da zona da fenda. Após controlo da doença periodontal, estabelece-se o tratamento ortodôntico, com o objetivo de alinhar a dentição e abrir espaços para erupção dos caninos inclusos – tração ortodôntica. A etiologia das fendas permanece desconhecida, tendo sido propostas associações entre fatores genéticos e ambientais. A sua prevalência significativa, e o fato de causar alterações orofaciais importantes, justifica que esta malformação deva ser estudada pelo médico dentista, que deve estar atento às suas complicações orais, para estabelecer um plano de tratamento atempado e adequado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.124>

C-35. Displasia Fibrosa Monostótica



Rita Peixoto*, Otilia Pereira-Lopes, Saul Castro, Jorge Dias Lopes, Germano Rocha, João Carvalho

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A displasia fibrosa monostótica é uma doença fibro-óssea benigna caracterizada pela substituição gradual de osso normal por tecido fibroso imaturo, e que afeta apenas um osso. Em quase todos os casos são observadas deformidades que condicionam alterações estéticas e funcionais. O diagnóstico baseia-se nas características clínicas e radiográficas. Clinicamente, observa-se o aumento de volume indolor da área afetada. O envolvimento da mandíbula resulta frequentemente em expansão das corticais vestibular e lingual, no abaulamento da margem inferior e no deslocamento superior do canal alveolar inferior. A característica radiográfica principal corresponde a uma leve opacificação tipo “vidro despolido”, cujas margens não se encontram bem definidas.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, recorreu à consulta na FMDUP com o objetivo de harmonizar a sua assimetria facial, razão pela qual é atualmente seguida no Hospital de S. João. A história médica não revela alterações sistémicas associadas. Clinicamente, observou-se uma tumefação indolor no lado esquerdo do terço inferior da face, presente desde a infância. No exame físico intraoral observou-se a presença de um canino maxilar temporário, uma expansão das corticais vestibular e lingual e um abaulamento da margem inferior da mandíbula, bem como complicações associadas, nomeadamente, limitação da abertura da boca e dor referida na região da articulação temporomandibular. Radiograficamente, observou-se uma zona radiolúcida e com limites mal definidos na zona do ângulo mandibular do lado esquerdo, bem como a presença de um canino maxilar incluído.

Discussão e conclusões: As características clínicas e radiográficas descritas neste caso clínico são compatíveis com o diagnóstico de Displasia Fibrosa Monostótica na mandíbula, contudo diagnósticos diferenciais devem ser considerados como: neurofibromatose tipo I, displasia osteofibrosa e fibroma ossificante. O tratamento de eleição é o conservador

quando não existe comprometimento estético ou funcional. No caso desta paciente, o plano de tratamento pressupõe o acompanhamento da paciente em áreas como a Medicina Oral, Ortodontia, Oclusão, e um contínuo acompanhamento pelo Hospital de S. João. O diagnóstico desta displasia nem sempre é estabelecido com facilidade. Devem ser consideradas todas as formas de diagnóstico – achados clínicos, radiológicos e histopatológicos – de forma a estabelecer o tratamento mais apropriado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.125>

C-36. Estomatite aftosa recorrente – a propósito de um caso clínico



Ana Sofia Monteiro Gomes*, Mariana Mestre, André Castro, Paula Vaz, José Mário Rocha

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A estomatite aftosa recorrente (EAR) é um dos distúrbios mais comuns da mucosa oral presente em indivíduos aparentemente saudáveis. Apesar das características clínicas serem bem definidas, a sua etiologia permanece inconclusiva, embora tenha sido sugerida associação a patologia sistémica. A afta recorrente menor é a variante mais comum da EAR, sendo caracterizada por úlceras superficiais circulares ou ovais, que não ultrapassam os 5 mm de diâmetro, dotadas de pseudo-membrana cinza-branca.

Caso clínico: A paciente LS, do sexo feminino, com 59 anos de idade, compareceu na Clínica de Verão da FMDUP com queixa de lesões ulcerosas orais associadas a dor e ardência. Na anamnese destacaram-se os seguintes aspetos: paciente com depressão crónica, gastrite, quistos pulmonares, artrose da anca e hérnia discal. Relativamente à medicação habitual, esta incluía Alprazolam, Lorazepam, Fluoxetina, Dosulepina, Lansoprazol, Propranolol, Aceclofenac, Etoricoxib e suplemento alimentar de probióticos e frutooligosacarídeos. Em exame clínico identificaram-se três úlceras aftosas, com cerca de 2 mm de diâmetro, localizadas na face ventral da língua e região interna do lábio e palpação positiva dos gânglios submandibulares. Após avaliação, foi-lhe solicitada ecografia ganglionar submandibular bilateral e prescrito Aloclair® Plus Spray e/ou Pyralvex® e um complexo multivitamínico, sendo também fornecidas indicações relativas à alimentação. Uma semana depois, verificou-se a remissão quase total das lesões e da palpação ganglionar positiva.

Discussão e conclusões: Neste caso específico, as úlceras orais podem constituir o resultado da conjugação de fatores de risco, como a xerostomia, a polimedicação e imunodepressão. O resultado ecográfico confirmou a natureza inflamatória das adenomegalias e excluiu outro tipo de patologias. A aplicação tópica prescrita, conjugada com a correção alimentar, possibilitou a remissão das úlceras. A medicação prescrita associada a adaptação do regime alimentar permitiu o tratamento das úlceras aftosas e a eliminação da queixa principal da paciente. A etiologia das EAR permanece inconclusiva, dificultando a instituição de terapia efetiva. Contudo, a persistência