

de adenomegalias, sobretudo em pacientes ansiosos, não deve ser desvalorizada, devendo pesquisar-se a natureza das mesmas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.126>

C-37. Osteomielite - Caso clínico

Joana Saraiva Amaral*, Joana Xavier, João Farias, Ana Dias, Catarina Silva, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: Os autores pretendem apresentar um caso de diagnóstico e tratamento de uma infecção aguda, localizada ao nível do alvéolo correspondente ao dente 46 extraído há 2 anos, num doente com antecedentes de neoplasia da nasofaringe.

Caso clínico: D.F.S.S., paciente do sexo masculino, 45 anos de idade, deixou de fumar há 15 anos, com história de carcinoma da nasofaringe há 6 anos, tendo sido submetido a radioterapia seguida de quimioterapia por via endovenosa. Compareceu à consulta do Mestrado de Cirurgia Oral da FMDUP no dia 18 de Fevereiro de 2013 referindo dor, associada a um edema da face com início há 4 dias. No exame clínico verificou-se um aumento dos gânglios linfáticos cervicais e sinais clínicos compatíveis com infecção aguda. No exame complementar de diagnóstico (ortopantomografia) foi possível observar um padrão osteolítico de reabsorção óssea na zona do alvéolo correspondente ao dente 46. O diagnóstico clínico foi de osteomielite em fase aguda. O tratamento definido contemplou três etapas. Numa primeira fase o paciente foi medicado com Clindamicina, 150 mg por via oral de 6/6 horas durante 15 dias. Decorridos 3 dias após o início da antibioterapia, o “pus” apresentava-se coletado, procedendo-se assim à drenagem cirúrgica. Passados 4 dias do procedimento anterior, foi realizada uma curetagem do alvéolo e o material recolhido enviado para análise histopatológica para despiste de possível metástase.

Discussão e conclusões: A osteomielite é uma condição inflamatória, geralmente de etiologia bacteriana, cujos microrganismos responsáveis mais comuns são os *Staphylococcus*, *Peptostreptococcus* e *Pseudomonas Aeruginosa*, entre outros. Os sintomas podem ser severos ou ligeiros, dependendo a sua duração de vários fatores, entre eles, virulência do patógeno, presença de doença subjacente e estado imunitário do indivíduo. Conclusão: O resultado da biópsia revelou tecido de granulação com lesões inflamatórias crónicas e trabéculas ósseas necrosadas, o que está de acordo com o diagnóstico de osteomielite crónica que agudizou. De momento o doente não apresenta sinais inflamatórios e vai ser seguido para controle de recorrências.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.127>

C-38. Osteíte Condensante - a propósito de um caso clínico



Hélia Garcês*, Ana Valente, Otília Pereira Lopes, Germano Rocha, João Carvalho

Faculdade de Medicina Dentária da Faculdade do Porto (FMDUP)

Introdução: A Osteíte Condensante caracteriza-se por uma densidade óssea aumentada, difusa ou bem definida, cuja esclerose é confinada aos limites do osso. A etiologia subjacente pode ser uma infecção ou irritação, ou um processo reparador após trauma e infecção. Clinicamente, é assintomática afetando pessoas de qualquer idade, com predileção pelo sexo feminino e a zona mais comumente afetada é a mandíbula, mas também pode afetar o maxilar superior, fêmur, a tíbia e o cotovelo. Radiologicamente, caracteriza-se por uma lesão radiopaca, associada a um dente restaurado ou sob trauma. A imagem radiológica mantém-se após extração do dente associado.

Caso clínico: Trata-se de um caso de um paciente, do género feminino, de 63 anos de idade, que compareceu à consulta de Patologia e Cirurgia Oral da FMDUP para tratamentos médico-dentários. A história médica não revelou patologias sistémicas associadas. No exame físico intraoral não foram observadas alterações relevantes. Aquando do exame radiográfico (ortopantomografia), observou-se uma lesão radiopaca na região do dente 35 e na região edéntula dos molares do 3º quadrante. Foram realizadas radiografias intraorais em incidência periapical e observou-se um espessamento do ligamento periodontal e integridade da lámina dura dos dentes adjacentes às lesões. As características clínicas e radiográficas foram compatíveis com o diagnóstico inicial de osteíte condensante. Para esclarecimento de diagnóstico foi realizada uma Tomografia Computorizada (TC).

Discussão e conclusões: Na TC pôde-se observar um foco de osteocondensação periapical na localização do dente 35, mas também na zona edéntula dos molares do 3º quadrante. Não se verificou expansão da mandíbula, nem irregularidades das corticais, assim como outras alterações de densidade óssea mandibular, designadamente que sugerissem lesão osteolítica. É importante que se proceda ao diagnóstico diferencial com as seguintes patologias: displasia cimento-óssea periapical, osteoma, cimentoblastoma, osteoblastoma, hiper-cimentose e odontoma complexo. No caso clínico apresentado recomenda-se o tratamento etiológico do trauma oclusal nos dentes adjacentes às áreas de osteocondensação. As áreas de Osteíte Condensante não são muito extensas, pelo que a remoção cirúrgica através da biópsia não é recomendada. A exacerbação aguda de uma Osteíte Condensante pode acontecer, nesses casos o tratamento recomendado é conservador, nomeadamente antibioticoterapia nas fases agudas. O tratamento recomendado para a osteíte condensante é o controlo radiográfico. O tempo do controlo radiográfico e os intervalos entre exames não está definido e por isso varia de acordo com os critérios de cada Médico Dentista.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.128>

C-39. Anodontia infantil na displasia ectodérmica: caso clínico



João Carlos Ramos, Ana Luísa Costa*, Joana Leonor Pereira, Pedro Nicolau, Moisés Rocha, Márcio da Fonseca

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

Introdução: A displasia ectodérmica (DE) abrange um complexo grupo de doenças congénitas caracterizadas pela aplasia ou displasia de estruturas de origem ectodérmica e, ocasionalmente, dos tecidos derivados da mesoderme, numa prevalência de 1:10.000 a 1:100.000. A DE hipohidrótica constitui o tipo mais comum, expressando uma tríade clínica clássica: anomalias dentárias de número (oligodontia, hipodontia ou anodontia) ou forma, alterações das glândulas sudoríparas (hipohidrose ou anidrose) e pelos escassos e finos (alopecia ou hipotricose). Tradicionalmente, a reabilitação oral destas crianças tem envolvido a confecção seriada de próteses removíveis totais ou parciais durante os anos de crescimento e uma posterior reabilitação fixa.

Caso clínico: Menina de 4 anos com DE hipohidrótica, anodontia da dentição temporária e apenas um gérmen dentário atípico no maxilar superior. Além de várias manifestações sistémicas associados à patologia genética em causa, em virtude do edentulismo total bimaxilar a criança apresentava rebordos muito atróficos por ausência de osso alveolar e osso basal reduzido, nomeadamente no maxilar superior. A imagiologia confirmou a ausência de gérmenes dos dentes definitivos, persistindo também uma anodontia da dentição definitiva. O tratamento consistiu na exérese cirúrgica do gérmen dentário atípico retido e execução de duas próteses totais removíveis com bases moles.

Discussão e Conclusões: Apesar das dificuldades inerentes relacionadas com a atrofia bimaxilar, total ausência de experiência de mastigação e deglutição adequadas, maus hábitos fonéticos e idade muito reduzida, foi possível a reabilitação funcional e estética criando uma situação morfológica e fisiológica que a criança nunca havia experimentado. Atualmente, não existindo consenso relativamente à idade ideal para o início da reabilitação destas situações, é amplamente aceite que o seu planeamento precoce é extremamente benéfico atendendo a aspectos psicológicos, sociais, fisiológicos e funcionais. Contudo, a colocação precoce de próteses em crianças com DE está associada a uma importante necessidade de ajustes periódicos devido a alterações ósseas decorrentes do crescimento, bem como a diversas dificuldades na obtenção de uma boa retenção e estabilidade. A colocação ponderada de implantes em idade, locais e posições muito específicas pode vir a constituir uma alternativa útil para os casos mais complexos de anodontia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.129>

C-40. Supranumerário Incluso No Maxilar Superior – A Propósito De Um Caso Clínico

Tânia Cláudia Marta Ângelo*, Bárbara Lourenço, Rui Amaral Mendes

Universidade Católica Portuguesa (UCP)



Introdução: As alterações no desenvolvimento dentário podem resultar no aparecimento de dentes supranumerários, com a consequente alteração no número de dentes. Descrita como ocorrendo em cerca de 1 a 4% da população, a sua incidência é maior no sexo masculino. A etiologia destes dentes ainda é desconhecida, no entanto, várias teorias têm sido apresentadas como o atavismo, dicotomia do gérmen dentário, hiperatividade da lámina dentária, anomalias no desenvolvimento e fatores genéticos. A presença destes dentes na arcada podem causar uma variedade de complicações desde a retenção ou erupção ectópica dos dentes adjacentes, deslocamento ou apinhamento dentário, diastemas, reabsorções radiculares e quistos dentígeros.

Caso clínico: Doente de 66 anos, do sexo masculino, sem antecedentes médicos patológicos relevantes, apresentava dor à palpação na região vestibular entre os dentes 11 e 12 (vitais, sem mobilidade e ausência de dor à percussão vertical e horizontal). Os exames radiológicos, ortopantomografia e radiografia periapical, revelaram a presença de uma massa radiopaca bem delimitada, com opacidade semelhante aos dos tecidos dentários adjacentes, em posição de inclusão vertical com inclinação distal, em tudo sobreponível à imagem radiológica de um canino incluso. De forma a auxiliar o diagnóstico e o planeamento do ato cirúrgico, foi requisitada uma TAC destinada a obter informações mais detalhadas evitando a sobreposição de estruturas ósseas ou dentárias. Procedeu-se à remoção do supranumerário sob anestesia local, com subsequente cicatrização por primeira intenção sem quaisquer intercorrências pós-operatórias.

Discussão e conclusões: Dada a presença do 13 na arcada, os exames radiológicos foram indispensáveis no diagnóstico, mormente na avaliação da morfologia do dente supranumerário, na sua localização, inclinação, distância em relação aos dentes adjacentes e estruturas anatômicas e no consequente planeamento do ato cirúrgico. Conclusão: Os dentes supranumerários deverão ser removidos cirurgicamente visando a prevenção do aparecimento de complicações associadas aos mesmos. No presente caso, a escolha do exame imanológico adequado revelou-se essencial quer na confirmação do diagnóstico, quer na definição da abordagem cirúrgica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.130>

C-41. Fibromialgia e Disfunção Temporomandibular

Diana Correia*, Nuno Silva, Nicholas Fernandes, João Mendes

Hospital das Forças Armadas Lisboa



Introdução: A dor muscular proveniente da Disfunção Temporomandibular (DTM), embora seja considerada uma condição regional, pode estar presente em síndromes dolorosas sistémicas, como a Fibromialgia (FM). Esta apresenta dor crónica generalizada e está associada a fadiga constante e distúrbios do sono. Estima-se que a FM está presente em 2-4% da população, sete vezes mais prevalente em mulheres e segundo a literatura 42-97% apresentam DTM.