

influência dos hábitos, pelo que o controlo dos mesmos é necessário para evitar a recidiva.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 9 anos, dolicofacial, apresentando respiração bucal e deglutição atípica com pressão lingual simples. Do ponto de vista dentário, apresenta uma mordida aberta anterior (overbite -3 mm), mordida cruzada posterior associada a endognatia maxilar e classe II de Angle. Esqueleticamente, apresenta uma relação basal intermaxilar sagital de classe I e uma relação vertical hiperdivergente. Iniciou tratamento com aparelho removível expansor maxilar e barra lingual para manutenção de espaço na arcada inferior. Aos 11 anos verifica-se, por falta de colaboração da doente, incompleta resolução do problema transversal e persistência da mordida aberta anterior. Iniciou-se aparatologia fixa superior e inferior associada a terapia miofuncional com um terapeuta da fala, tendo sido necessário, por falta de colaboração a estas consultas, a colocação de uma grelha lingual fixa. Foi também acompanhada pela otorrinolaringologia, tendo sido submetida a cirurgia para correção de desvio do septo nasal aos 18 anos. O tratamento ortodôntico foi concluído com sucesso e, após remoção da aparatologia fixa, foi efetuada contenção fixa inferior e removível superior, tipo Essix, por forma a prolongar por algum tempo o uso da grelha lingual fixa. São apresentados os registos desde os 9 aos 18 anos.

Discussão e conclusões: A idade em que se intervém neste tipo de má-oclusão é crítica na determinação do tipo de tratamento necessário. No caso apresentado, o tratamento ortodôntico permitiu a correção da má-oclusão sem recurso a cirurgia ortognática, tendo-se verificado estabilidade do tratamento após um ano de contenção. A mordida aberta anterior deve ser corrigida o mais precocemente possível, proporcionando uma terapêutica mais simples e um prognóstico mais favorável. É necessária uma abordagem multidisciplinar (ortodontia, otorrinolaringologia, terapia da fala) para que o tratamento seja efetivo e estável, não sendo suficiente apenas a correção do problema morfológico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.007>

#006. Tratamento ortopédico precoce de malformação esquelética de classe III



Jéssica Scherzberg*, Ana Roseiro, Luísa Maló, Francisco do Vale

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: As malformações esqueléticas de classe III por retrognatia maxilar, com mandíbula normal ou ligeiramente prognata, poderão ser tratadas com êxito se detetadas precocemente, antes do pico juvenil, evitando a cirurgia ortognática na idade adulta.

Descrição do caso clínico: São apresentados 2 casos clínicos de retrognatia maxilar associada a uma mandíbula normal, cefalometricamente com uma relação sagital intermaxilar de classe III. Em ambos os casos, foi colocada uma máscara facial associada a expansão maxilar com quad-helix modificado, onde foi aplicada uma força de protração de 500 g, através de elásticos intermaxilares, durante um período de 14 horas por dia, ao longo de 9-12 meses. CC1: doente do sexo masculino,

com 5 anos de idade, que apresentava mordida cruzada anterior e posterior bilateral, com overjet de -1 mm. Após utilização do protocolo máscara facial/quad-helix modificado durante 11 meses, foi obtida a correção transversal e sagital, alcançando-se um overjet de 3 mm. CC2: doente do sexo feminino, com 4 anos de idade, que apresentava uma mordida cruzada anterior com endognatia maxilar transversal e leve prognatismo mandibular. Foi iniciado o protocolo descrito anteriormente e, ao fim de 9 meses, foi conseguida a reposição maxilar e toda a correção ortopédica da má-oclusão. Seguiu-se um período de contenção de 10 meses, com um aparelho removível tipo placa de Hawley com mola progénica, para evitar a recidiva e normalizar a inclinação incisiva. Até à idade adulta, o crescimento maxilomandibular ocorreu de acordo com os padrões normais. Aos 20 anos, verificou-se a total estabilidade do tratamento, boa oclusão e harmonia facial.

Discussão e conclusões: O tratamento ortopédico precoce apresenta resultados mais favoráveis no esqueleto craniofacial, comparativamente a tratamentos iniciados mais tardiamente. A protração maxilar com a máscara facial pode induzir uma rotação anterior, contraindicada, por exemplo, em pacientes com tendência à mordida aberta esquelética. Os casos clínicos apresentados demonstram o sucesso da ação da máscara facial associada à expansão maxilar no deslocamento anterior da maxila, permitindo corrigir precocemente malformações esqueléticas de classe III com forte componente maxilar.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.008>

#007. Supranumerários em dentição decídua e permanentes associados a uma fusão – caso clínico



Carla Lavado*, Eunice Godinho Alves, Marta Gonçalves, Francisco Fernandes do Vale

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introdução: A prevalência de dentes supranumerários na dentição decídua é de cerca de 0,2-1,9%, sendo o sexo masculino afetado cerca de 2 vezes mais que o feminino. A fusão dentária é uma anomalia de forma rara que envolve frequentemente dentes supranumerários, resultando num difícil diagnóstico diferencial com a geminação dentária. As complicações decorrentes da existência de dentes supranumerários estão habitualmente relacionadas com alterações no padrão normal de erupção dentária, aglomeração de dentes, reabsorção de dentes adjacentes, formação de quistos dentígeros, ossificação do espaço pericoronar, reabsorção coronária e problemas estéticos.

Descrição do caso clínico: Criança do sexo masculino, de raça caucasiana, com 7 anos de idade, surgiu na consulta de odontopediatria acompanhada pelos pais, cuja preocupação se centrava nas cáries existentes nos incisivos superiores. Ao exame clínico, verificou-se a presença de 2 incisivos laterais supranumerários decíduos. Os dentes 51 e o dente supranumerário contíguo apresentavam lesões de cárie extensas e no dente 62 observou-se uma fratura coronária. Após realização de uma radiografia panorâmica e radiografias

periapicais, detetou-se uma fusão entre o dente supranumerário e o dente 51, observando-se ainda 2 incisivos laterais supranumerários permanentes. Foi realizada uma tomografia axial computadorizada de forma a aferir a posição dos dentes supranumerários permanentes e para programar a melhor abordagem cirúrgica. A cirurgia foi realizada em consultório sob sedação profunda, administrada e monitorizada por uma equipa médica de anestesiologia. Os 4 supranumerários foram extraídos, juntamente com os dentes 51, 61 e 62. O paciente tem sido controlado periodicamente para avaliar a erupção espontânea dos dentes 12, 11, 21 e 22.

Discussão e conclusões: O diagnóstico precoce de dentes supranumerários é muito importante para prevenir complicações e estabelecer a melhor altura para a intervenção. A remoção cirúrgica de supranumerários inclusos na região anterior da maxila é recomendada durante a dentição mista, para que a força eruptiva dos incisivos permanentes permita a sua erupção espontânea na cavidade oral. O controlo clínico e radiográfico é essencial para monitorizar a evolução da erupção dentária. Quando os dentes não erupcionam naturalmente é recomendada a sua exposição cirúrgica e tração ortodôntica.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.009>

#008. Tumores odontogénicos queratoquísticos múltiplos em síndrome de Gorlin-Goltz



F.A. Coutinho*, L.S. Fonseca, A. Fernandes, J. Pinheiro, R. Malheiro

Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital de São José, Centro Hospitalar Lisboa Central – Unidade de Estomatologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia

Introdução: A síndrome de Gorlin-Goltz ou síndrome dos basaliomas nevoides múltiplos é uma patologia autossómica dominante, provocada por uma mutação no gene de supressão tumoral PTCH, localizado no cromossoma 9 (q22,3-q31). As principais manifestações clínicas são o aparecimento de múltiplos carcinomas de células basais, associado a alterações osteoesqueléticas e a tumores odontogénicos queratoquísticos. Estes últimos estão presentes em 80% dos casos e podem ser diagnosticados nas primeiras décadas de vida, constituindo geralmente a primeira manifestação da síndrome. São habitualmente indolores, podem ser múltiplos, afetando qualquer região dos maxilares e estando quase sempre relacionados com alterações da erupção dentária. É frequente a presença de outras anomalias craniofaciais, nomeadamente fenda lábio-palatina, bosseladura frontal e temporoparietal, macrocefalia e hipertelorismo.

Descrição do caso clínico: Rapaz de 13 anos, proveniente dos Açores, referenciado a consulta hospitalar por múltiplas lesões hipertransparentes dos maxilares; antecedentes de parto pré-termo, macrocefalia, pectus carinatus, hiperцифозе dorsal e atrofia dos músculos da cintura escapular. Objetivamente, apresentava bosseladura frontal e temporoparietal, face assimétrica, implantação baixa dos pavilhões

auriculares e tumefação mandibular bilateral. No exame objetivo, reconhecia-se marcado abaulamento vestibular do 3.º e 4.º quadrantes. A ortopantomografia revelou 5 lesões hipertransparentes, 4 na mandíbula e uma na maxila. Pela suspeita de síndrome de Gorlin-Goltz foram também pedidas radiografias do crânio, tórax e extralongo da coluna, reforçando a suspeita diagnóstica inicial, pela presença de calcificação da foice cerebral, costelas aplanadas e bífidas e múltiplas alterações vertebrais. Tendo em conta a idade, a dimensão das lesões e a probabilidade de recidiva, optou-se por uma abordagem conservadora inicial, pela descompressão pré-cirúrgica das lesões com tubos acrílicos, para posterior enucleação.

Discussão e conclusões: A suspeita desta síndrome deve desencadear uma avaliação sistémica que permita o diagnóstico precoce e um seguimento apropriado, de modo a reduzir a morbidade e a mortalidade associadas às lesões potencialmente malignas. Desconhece-se a prevalência real desta síndrome em Portugal, não deixando de ser curioso que alguns dos doentes diagnosticados nesta unidade sejam oriundos do arquipélago dos Açores, sugerindo um possível cluster genético.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.010>

#009. Recidiva de tumor odontogénico queratoquístico nos tecidos moles



L.S. Fonseca*, F.A. Coutinho, J. Pinheiro, A.M. Fernandes, R. Malheiro

Centro Hospitalar de São João, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Unidade de Estomatologia Pediátrica do Hospital D. Estefânia

Introdução: O tumor odontogénico queratoquístico é um tumor benigno, uni ou multiquistico, localmente agressivo, com tendência à multiplicidade. Dada a taxa de recorrência, de 3-60%, têm sido propostos atos adjuvantes, acrescidos à enucleação, como a curetagem ou ostectomia marginal, a excisão da mucosa suprajacente, a crioterapia com azoto líquido ou recurso à solução de Carnoy, até à ressecção em bloco da lesão envolta em osso. Os fatores que determinam a recidiva, ainda incertos, poderão relacionar-se com a atividade mitótica mais elevada nesta lesão, a presença de papilas epiteliais ou quistos filhos, ou um epitélio muito friável, fragmentável, difícil de excisar. Entre outras vantagens, as alterações histológicas decorrentes da descompressão parecem estar relacionadas com menor recidiva. O tumor odontogénico queratoquístico dos tecidos moles, ou queratoquisto odontogénico periférico, raro como evento primário, impõe enquanto recidiva a necessidade de otimização da terapêutica conservadora.

Descrição do caso clínico: Doente de 16 anos, com história de tumor odontogénico queratoquístico do 4.º quadrante havia 2 anos, altura em que foi submetida a enucleação com curetagem óssea periférica, após descompressão pré-cirúrgica. Em follow-up, surge nova radiotransparência no 4.º quadrante. Radiologia intraoral sem alterações ósseas evidentes. Na exploração cirúrgica, reconheceu-se a inexistência de cortical externa e a presença de uma única loca óssea íntegra, preenchida por lesão recidivante ou quisto filho,