

um caso clínico devidamente documentado de um paciente com um processo evolutivo de CPD pós-traumática ao longo de 7,5 anos.

Caso clínico: Paciente jovem vítima de acidente desportivo do qual resultou subluxação dos dentes 11 e 21. Paralelamente o dente 11 sofreu uma fratura coronária de esmalte e dentina, desenvolvendo necrose pulpar e consequente patologia apical. O dente 21 sofreu uma fractura e várias fissuras de esmalte, iniciando um processo de CPD, de evolução lenta, desenvolvendo com os anos uma coloração coronária acinzentada, sem qualquer sintomatologia ou imagem radiográfica de patologia apical. O plano de tratamento passou por tratamento endodôntico, cirurgia apical e restauração em resina composta do dente 11, branqueamento externo e restauração em resina composta do dente 21. Foram efetuados controlos clínicos e radiográficos regulares ao longo de 7,5 anos de evolução.

Discussão e Conclusões: Apesar da escassez de literatura com nível de evidência científica muito elevado relativamente a esta temática, pode-se assumir, com alguma relatividade que:

- As características clínicas e radiográficas permitem um bom diagnóstico de CPD.
- Abordagens terapêuticas conservadoras e progressivas, complementadas com controlos clínicos e radiográficos frequentes, permitem a otimização e a manutenção dos resultados estéticos e funcionais, sem os riscos e custos adicionais inerentes ao tratamento endodôntico.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.113>

C-24. Displasia ectodérmica – do fenótipo à reabilitação oral



Joana Teixeira da Costa*, Paula Vaz, Maria Passos, Maria João Ponces, José Mário Rocha, Jorge Dias Lopes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: A displasia ectodérmica insere-se num grupo de patologias hereditárias caracterizadas por defeitos primários em estruturas derivadas da ectoderme. Na generalidade dos casos as manifestações envolvem dentes, cabelo, unhas e glândulas sudoríparas. O grau de envolvimento destas últimas condiciona a classificação em hipohidróticas ou hidróticas. A transmissão genética pode ser X recessiva, autossómica recessiva ou dominante, sendo a mais frequente a X recessiva, que está associada a mutações no gene EDA. As formas autossómicas estão relacionadas com mutações no gene EDAR.

Caso clínico: Uma paciente do sexo feminino, de 20 anos de idade, recorreu à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto motivada pela resolução da ausência de vários dentes. Após avaliação ortodôntica realçaram-se os seguintes aspetos: persistência dos hábitos de sucção digital e deglutição atípica, terço facial inferior diminuído, endognatia maxilar, microdontia e mordida cruzada. Na consulta de Genética Orofacial efetuou-se heredograma, evidenciando-se a inexistência de familiares afetados e a ocorrência de episódios recorrentes de hematúria na probando. Identificou-se

ainda implantação baixa das orelhas, alterações cutâneas e alterações da morfologia das unhas. Solicitou-se estudo ecológico renal que indicou angiomiolipomas no rim esquerdo. Foi, assim, efetuado o diagnóstico clínico de fenótipo de displasia ectodérmica, o que determinou a planificação do tratamento. A 1ª opção contemplava aparatologia fixa bimaxilar e a reabilitação protética com implantes. A 2ª opção incluía coronoplastias de adição e reabilitação protética removível. A paciente optou pela 2ª hipótese por condicionantes sócio-económicas.

Discussão e conclusões: A reabilitação oral destes casos depende do fenótipo presente, sendo recomendável a reabilitação protética e a dentisteria estética, bem como o recurso à ortodontia e implantologia. A 1ª opção terapêutica teria permitido uma reabilitação mais estável e confortável para a paciente. A 2ª opção possibilitou a manutenção da dimensão vertical, a resolução parcial da estética, não inviabilizando a realização a posteriori da 1ª opção. O tratamento efetuado, apesar de não constituir a opção terapêutica ideal, permitiu satisfazer a estética e o bem-estar da paciente e promover a funcionalidade.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.114>

C-25. Tumor Odontogénico Quístico Calcificante: relato de caso clínico



Ana Reis Durão*, Teixeira Koch, Marcelo Miranda

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: O Tumor Odontogénico Quístico Calcificante (TOQC), também conhecido por Quisto Odontogénico Calcificante ou Quisto de Gorlin é uma lesão benigna incomum que representa 2% dos tumores odontogénicos. A sua etiologia permanece desconhecida, embora seja aceite que se desenvolva a partir de remanescências do epitélio odontogénico presentes na mandíbula, maxila e gengiva. Podem ser identificadas lesões intra e extraósseas. As primeiras são destrutivas e surgem radiograficamente como imagens radiolúcidas uni ou multiloculares contendo áreas radiopacas irregulares. Podem estar associadas a dentes não erupcionados e as corticais ósseas expandidas ou perfuradas. Nas lesões extra-ósseas pode haver erosão do osso subjacente. Geralmente são assintomáticos e muitas vezes descobertos em exames radiográficos.

Caso clínico: Este póster apresenta um caso clínico de um doente do sexo feminino com 23 anos assintomática e com tumefação da maxila direita. Na Tomografia Computorizada observou-se lesão radiolúcidas, multilocular e bem definida na maxila à direita associado ao dente 13 impactado. No interior da lesão, observamos a presença de calcificações irregulares. No exame histopatológico, evidenciou-se tecido de padrão quístico com a presença de um número variado de células fantasmas no componente epitelial e material dentinóide adjacente ao componente epitelial.

Discussão e conclusões: O TOQC é uma lesão de desenvolvimento rara, que surge a partir de epitélio odontogénico. Pode ocorrer em qualquer local da cavidade oral, mas a maioria