

excisional da lesão, com laser de CO₂. A cicatrização foi por segunda intenção. A biopsia da lesão oral mostrou características morfológicas compatíveis com mucocelo de retenção. O diagnóstico final proposto foi de mucocelo de retenção. Após três semanas da realização da biopsia, a loca cirúrgica apresentava-se cicatrizada.

Discussão e conclusões: Estudos atuais referem que a remoção cirúrgica da lesão e respectiva glândula envolvida, é o tratamento de eleição. O laser de CO₂ oferece, nesse sentido, um conjunto de vantagens. Este permite uma excisão rápida do mucocelo, através de uma técnica simples, sem necessidade de suturar a lesão no final da operação. Os resultados estéticos nas intervenções com laser de CO₂ são notáveis, sem fibrose ou cicatriz. Os danos nos tecidos vizinhos são minimizados, com menor sangramento e uma menor contaminação da loca cirúrgica. A nível pós-operatório esta técnica permite também mais conforto ao paciente, com menor inflamação e dor. O médico dentista deve estar atento para este tipo de lesões, visto que só são detectadas com uma visão global da cavidade oral e uma boa anamnese. A excisão da lesão a laser de CO₂ surtiu efeito, num processo rápido, com reduzida dor ou inflamação pós-operatória, apresentando um resultado estético assinalável. Até a data não é visível qualquer recorrência da lesão.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.122>

C-33. Fibroma Ossificante Periférico: A propósito de um caso clínico



Maria Godinho*, Sofia Macedo, Filipa Bexiga, Tinoco Torres Lopes, Rui Amaral Mendes

Universidade Católica Portuguesa (UCP)

Introdução: O fibroma ossificante periférico é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizada pela proliferação fibroblástica associada a áreas mineralizadas. Clinicamente é séssil ou pediculada, eritematosa ou normo-coloreada, com tamanho <2 cm, frequentemente envolvendo a papila interdentária. Na maioria dos casos não há envolvimento ósseo subjacente susceptível de ter tradução radiográfica.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 32 anos, sem antecedentes médicos patológicos dignos de registo, apresentava uma lesão exofítica de base séssil localizada na mucosa gengival com 6 meses de evolução. Referia ter tido uma lesão similar no final da gravidez, há dois anos, altura em que a mesma foi excisada, sem avaliação histológica posterior da peça operatória. O exame clínico atual revelou uma lesão exofítica envolvendo a papila interdentária do dente 4.3 e 4.4, com cerca de 8 mm, eritematosa, de consistência duro-elástica, dolorosa e sangrante à palpação, compatível com um diagnóstico clínico provisório de granuloma piogénico, granuloma periférico das células gigantes ou fibroma ossificante periférico. Dados os antecedentes clínicos, optou-se por uma biópsia excisional minimamente invasiva. O exame anatomo-patológico revelou: «Tecido ocupado por proliferação densa de células ovais, monomorfos, com pequenos fragmentos de tecido ósseo, dispersos, com osteócitos espaçados e sem atipia, sem osteoblastose nem osteoclastose visíveis», compatível com fibroma ossificante periférico. Foi posteriormente realizada

uma segunda intervenção uma vez que havia comprometimento de um dos bordos cirúrgicos da lesão. O follow-up pós-operatório revelou bom cicatrização.

Discussão e conclusões: O diagnóstico precoce e tratamento adequado são essenciais na abordagem do fibroma ossificante periférico. A sua elevada taxa de recidiva resulta da incompleta remoção da lesão, da falha na eliminação de fatores irritantes ou da dificuldade na manipulação de tecido devido à sua localização. O tratamento deste tipo de lesões consiste na excisão cirúrgica, sendo importante assegurar a existência bordos cirúrgicos livres de lesão, de forma a minimizar os riscos de recidiva. Todas as lesões exofíticas, incluído aquelas que se enquadram num quadro clínico aparentemente menos agressivo deverão ser sujeitas a avaliação anatomo-patológico destinada a confirmar o diagnóstico clínico. No fibroma ossificante periférico, a sua correta exérese cirúrgica e o subsequente *follow-up* assumem particular importância no controlo das recidivas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.123>

C-34. Fenda Orofacial: A propósito de um caso clínico de Cromossomopatia 47,xyy



Diana Bastos Aires*, Liliana Dias, Daniela Soares, Maria Rosa Couto, Otilia Pereira Lopes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: As fendas orofaciais resultam de alterações aquando da fusão dos processos nasais da proeminência frontal com o processo maxilar. De acordo com as suas características anatómicas, genéticas e embriológicas, podem ser classificadas em fendas labiais, uni ou bilaterais, e em fendas lábio-palatinas. Podem ainda ser categorizadas como uma alteração isolada ou associada a uma síndrome. Estas fendas constituem um grupo de anomalias congénitas importantes, pois apresentam morbilidade significativa e etiologia complexa. Representam a malformação congénita mais frequente na região da cabeça e pescoço, com uma prevalência de 1:700 nascimentos em todo o mundo.

Caso clínico: Este trabalho descreve o caso de um jovem do sexo masculino de 13 anos de idade, com cromossomopatia 47,YYY. A história clínica revelou alterações do desenvolvimento intelectual e do comportamento, défice de atenção e hiperatividade. Ao exame físico observou-se uma alteração anatómica no rebordo alveolar na região dos incisivos centrais e no 1/3 anterior do palato duro, compatível com o diagnóstico de fenda orofacial. O exame clínico permitiu observar inflamação gengival e perda de inserção e osso alveolar na região ântero-superior; e o exame radiográfico perda óssea extensa nos incisivos.

Discussão e conclusões: O caso clínico descrito apresenta características compatíveis com o diagnóstico de fenda orofacial localizada transversalmente ao foramen incisivo, em posição mediana. O plano de tratamento inclui a intervenção de várias áreas da medicina dentária: a medicina dentária preventiva, a periodontologia, a dentisteria, a cirurgia e a ortodontia. Numa fase inicial, o controlo e a adoção de bons hábitos de higiene oral são fundamentais para instituir os

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 controle 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 sistêmicas 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