

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 infeção 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 infeção 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 patogéno, 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, Otilia 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 infeção ou irritação, ou um processo reparador após trauma e infeção. 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, fémur, a tibia 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 edêntula dos molares do 3º quadrante. Foram realizadas radiografias intraorais em incidência periapical e observou-se um espessamento do ligamento periodontal e integridade da lâmina 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 edêntula 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 cementose 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 antibioterapia 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

