

#035. Avaliação tridimensional do aumento do rebordo alveolar após enxerto de tecido conjuntivo



V. Gomes*, L. Pinho, T. Marques, N. Santos, M. Sousa

Universidade Católica Portuguesa-CRV

Introdução: Em casos de defeitos do rebordo alveolar, comprometedores da estética do sorriso, pode-se optar por um enxerto de tecido conjuntivo que aumente a sua espessura. A técnica de Pouch, descrita por Garber e Rosenberg, é tida como capaz de reconstituir a harmonia perdida. A avaliação da espessura conseguida após a cirurgia pode não ser fácil, pelo que uma avaliação 3D do volume antes e depois da operação facilita a visualização do aumento no sentido vertical e horizontal. O software descrito para o efeito é o Geomagic®, sendo mais utilizado no estudo das alterações de espessura do rebordo alveolar.

Descrição do caso clínico: Uma paciente de 49 anos, saudável e motivada, decidiu reabilitar o seu espaço edêntulo, com recurso a prótese fixa, do dente 23 ao dente 25. Apresentava-se com um defeito ósseo bem demarcado, grau I de Seibert, que lhe comprometia a estética do sorriso e a reabilitação. Foi feito um enxerto de tecido conjuntivo da tuberosidade pela técnica de Pouch. A análise tridimensional foi feita aos 6 meses, avaliando-se o ganho horizontal, que era o objetivo da cirurgia. Foi feita uma leitura scan dos modelos preliminares e dos modelos após a cirurgia, e os dados foram analisados no Geomagic®.

Discussão e conclusões: O local da cirurgia cicatrizou sem problemas. Na análise tridimensional realizada aos 6 meses, verificou-se um aumento de volume de 78,55 mm³. Na comparação do perfil vestibular antes e após a cirurgia, houve um aumento de 3,5 mm. Clinicamente, a estética do sorriso foi restituída. A quantificação tridimensional mostrou ser bastante eficaz na análise do ganho de tecidos moles após uma cirurgia periodontal, especialmente de defeitos do rebordo alveolar. Por sua vez, a técnica de Pouch também se revelou eficiente na resolução do defeito estético referido no presente trabalho.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.036>

#036. Vírus do papiloma humano – diagnóstico e orientação terapêutica descritos num caso clínico



Lígia Pereira da Silva*,
Patrícia Manarte-Monteiro, Tânia Soares,
Sandra Gavinha, Pedro Trancoso

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde (FCS-UPP)

Introdução: A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) pode ocorrer por transmissão sexual. Este vírus apresenta mais de 200 genótipos identificados e é responsável pelo desenvolvimento de lesões benignas e malignas com incidência elevada, particularmente carcinomas localizados na cabeça e pescoço.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo masculino com 75 anos, polimedicado (carvedilol; hyperium; finasterida; lepicortinolo), compareceu na consulta de Medicina Dentária das Clínicas Pedagógicas da Universidade Fernando Pessoa com lesão exofítica e pediculada, indolor, com cerca de 4 mm de maior eixo e superfície verrucosa, localizada no trígono retromolar esquerdo, clinicamente compatível com papiloma. Foi aconselhada a exérese da lesão, tendo sido realizada biópsia excisional e análise anatomopatológica da peça. No pós-operatório, o doente foi medicado com um grama de paracetamol, de 8/8 horas, e desinfeção oral com colutório de clorohexidina. O diagnóstico anatomopatológico revelou papiloma escamoso sem displasia e sem sinais de malignidade, com presença do HPV genótipo 53 («alto risco provável»). O paciente retornou à consulta cerca de um mês após a realização da biópsia sem sinais de recidiva, tendo sido recomendada a monitorização periódica da condição oral do paciente.

Discussão e conclusões: A infeção pelo HPV é muito comum e frequentemente assintomática, devendo os profissionais de saúde oral considerar o potencial oncogénico do vírus, a importância da deteção precoce de lesões na cavidade oral e mediar a atuação conforme achados clínicos e anatomopatológicos. Considerando o potencial oncogénico, estes vírus podem ser classificados como de alto e de baixo risco, estando ambas as categorias associadas à ocorrência de lesões de patologia oral. Não há cura para a infeção por HPV mas, frequentemente, o sistema imunitário do hospedeiro elimina-o num período de 2 anos. A interrupção da progressão da patologia pode ser conseguida por diagnóstico clínico precoce e exérese das lesões iniciais decorrentes da infeção, ou por prevenção da transmissão do vírus. Em relação à cavidade oral, não existem estudos direcionados para a prevenção da transmissão do vírus, contudo, ocorre a hipótese da vacinação ser uma opção viável. Mostra-se necessária a realização de estudos que avaliem a eficácia da imunização do HPV na prevenção de lesões na cavidade oral.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.037>

#037. Líquen plano erosivo – caso clínico



Ricardo Grazina*, Francisco Dias Marques,
Manuela Carrilho, Rita Azenha Cardoso,
Ana Boyé de Sousa, Lia Jorge

CHUC, Hospital de Braga

Introdução: O líquen plano é uma doença mucocutânea crónica de etiologia ainda não totalmente esclarecida. É relativamente comum, com igual prevalência em ambos os sexos. Existem vários tipos classificativos, sendo o tipo ulcerativo ou erosivo o de maior potencial de transformação maligna. O tratamento vai desde a aplicação de corticoides tópicos a administração sistémica, podendo, nas formas mais graves e resistentes, ponderar terapêutica alternativa com imunomoduladores.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, de 91 anos de idade, que recorreu a urgência por lesões erosivas e atróficas em toda a língua e lesões nos braços pruriginosas. Foi realizada biópsia e por suspeita clínica de líquen plano

erosivo foi instituído um tratamento com corticoide tópico e sistémico, com reavaliação às 2 semanas. O resultado da biópsia oral foi inconclusivo, mas a da pele revelou um líquen plano. Dada a fraca resposta ao tratamento instituído, iniciou-se imunomodulador com ciclosporina, estando atualmente com consulta de controlo marcada para avaliação do resultado terapêutico.

Discussão e conclusões: Existem formas descritas de líquen plano com reação à distância ou local exuberante, chamado fenómeno de Koebner. No intuito de tentar diminuir essa resposta, foi realizada uma goteira de vácuo para proteção, que a doente não tolerou. Perante a fraca resposta ao tratamento sistémico com corticoides, a doente encontra-se a realizar tratamento com ciclosporina. Mantém-se em controlo apertado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.038>

#038. Alterações da sensibilidade provocadas por colocação de implantes dentários – caso clínico



Juliana Santos, Otilia Pereira-Lopes, Elisabete Barbosa, Francisco Correia, Filipe Coimbra*

FMDUP

Introdução: As alterações da sensibilidade podem resultar da lesão do nervo alveolar inferior ou do nervo lingual no decorrer de vários tratamentos dentários, tais como a administração da anestesia local, tratamentos endodônticos em molares e pré-molares, colocação de implantes, exodontia de terceiros molares inferiores, entre outros. Esta alteração sensorial pode ser transitória ou permanente, mas em todos os casos é uma condição desagradável para o paciente, que poderá ter repercussões na sua qualidade de vida. O caso clínico apresentado descreve uma situação de parestesia na região mentoniana, provocada pela colocação de implantes na mandíbula. A parestesia iniciou-se após a cirurgia e manteve-se até à presente data.

Descrição do caso clínico: Paciente de 53 anos apresenta uma parestesia na região do lábio e mento do lado direito, após a colocação de implantes na localização dos dentes 45 e 46. Esta sensação fez-se notar logo após a cirurgia. Na manhã seguinte, a paciente continuava com a sensação de «formigueiro» na zona afetada; como era o segundo implante que fazia sabia que a situação não era normal, pelo que contactou o seu médico dentista, que referiu ser uma situação reversível. Após 3 anos, a paciente refere que a área afetada diminuiu, contudo, mantém-se o desconforto agravado em situações de ansiedade.

Discussão e conclusões: A parestesia foi causada pela compressão do nervo alveolar inferior, provocada pelo implante dentário ao interromper a cortical superior do canal mandibular. Estas situações podem ser evitadas com um melhor planeamento ou pela utilização de implantes mais curtos; visto que, segundo a literatura, deve-se deixar 2-3 mm entre o ápice do implante e o canal mandibular, para evitar que o nervo seja lesado. Nestes casos, quando existe algum contacto

ou pressão no canal mandibular, está aconselhada a remoção do implante num prazo de 36 horas após a sua colocação.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.039>

#039. Displasia fibrosa monostótica: a propósito de um caso clínico



Filipe Castro*, Luís Medeiros, Jorge Marinho, Filipa Pinto Oliveira, Elsa Lucena Sampaio, Odete Menezes

IPO Porto

Introdução: Displasia fibrosa é uma desordem óssea benigna com origem numa mutação genética, caracterizada pela substituição da matriz óssea normal por um tecido conectivo fibroso com irregular trabeculado ósseo. Classifica-se como monostótica ou poliostótica. Radiologicamente, apresenta áreas radiolúcidas a áreas opacas de aspeto de «vidro fosco». Podem surgir de forma assintomática ou com presença de dor, tumefação, expansão das cristas ósseas, alteração de oclusão assim como parestesias. O tratamento deve ser o mais conservador e só deve ser feito após o término do crescimento. Desta forma, vimos apresentar um caso clínico seguido na consulta do serviço de estomatologia do IPO do Porto.

Descrição do caso clínico: Paciente de sexo feminino, 41 anos de idade, enviada pelo Hospital de Viana do Castelo ao Serviço de Estomatologia do IPO do Porto, por suspeita de ameloblastoma mandibular. À história clínica, referiu que desde dezembro de 2014 apresentava uma sensação dolorosa na região esquerda mandibular. Efetuaram-se exames complementares de diagnóstico (ortopantomografia e TAC), onde é observada uma lesão óssea com um trabeculado desorganizado ao nível do 3.º quadrante. Ao exame clínico verifica-se uma ligeira assimetria facial à esquerda, com tumefação palpável.

Discussão e conclusões: As lesões fibro-ósseas apresentam um desafio na sua distinção e classificação. Foi realizada uma biópsia aspirativa, onde o resultado apontou para um provável de fibroma cimento-ossificante central. Tendo em conta a citológico, a paciente foi submetida a uma curetagem cirúrgica sob anestesia geral (todo o material recolhido foi enviado para o serviço de anatomia patológica). O diagnóstico foi de displasia fibrosa. Para determinar o tipo da lesão, realizou-se uma cintigrafia óssea, onde os únicos locais que fixaram contraste foi o lado esquerdo da mandíbula. Diagnóstico definitivo: displasia fibrosa monostótica. Com o diagnóstico estabelecido, a paciente foi enviada de volta para o hospital de residência, onde continuará o seu acompanhamento. A displasia fibrosa é uma doença com baixa incidência; no entanto, se não diagnosticada e tratada atempadamente, poderá alterar a fâcias do paciente. Para que isso seja possível, é fundamental reunir o máximo acerca da história clínica, exame clínico e exames complementares de diagnóstico, e também com anatomopatologistas experientes neste tipo de lesões.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.10.040>