

XXXVII Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) Coimbra, 13 e 14 de outubro de 2017

CASOS CLÍNICOS

#001 Síndrome de Eagle

Daniela Cação*, Daniela Rôlo, Asdrúbal Pinto

Centro Hospitalar do Porto



Introdução: O Síndrome de Eagle caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas resultantes do alongamento do processo estilóide e/ou da calcificação do ligamento estilóide. Os sintomas são vagos e inespecíficos, difíceis de diagnosticar e inerentes a outras patologias. Este trabalho pretende relatar um caso de um doente do sexo masculino de 70 anos com dor orofacial por alongamento dos processos estilóides.

Descrição do caso clínico: Sexo masculino, 70 anos, com sintomas de odinofagia, rouquidão e zumbidos com vários meses de evolução. Seguido em Otorrinolaringologia desde 2012 até 2014 sem resolução do caso clínico. Desde essa data, foi encaminhado para o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial apresentando-se com sintomatologia dolorosa orofacial intermitente. Em 2016, foi-lhe diagnosticado Síndrome de Eagle após observação de apófises estilóides longas, bilateralmente, com calcificação do ligamento estilohióideu. Posteriormente, foi submetido a tratamento farmacológico e cirúrgico com resolução da sintomatologia.

Discussão e conclusões: O Síndrome de Eagle tem uma grande variedade de apresentações clínicas com sintomas inespecíficos que são partilhados por diversas patologias. Representa uma doença de considerável morbilidade sendo, muitas vezes negligenciada, podendo a sua incidência real na população geral estar subestimada. Consequentemente, é fulcral um bom diagnóstico com meios auxiliares e exames físicos adequados. O tratamento pode ser feito através de uma abordagem farmacológica para alívio dos sintomas, contudo a estiloidectomia continua a ser o tratamento de eleição ajustando-se sempre a cada paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.034>

#002 Um olhar para além da literatura: adenocarcinoma metastático em palato



Ana Ribeiro*, Kaisermann Costa, Celso Augusto Lemos Junior, Sibebe Sarti Penha, Carina Domaneschi

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: De todos os tumores metastáticos 1% acomete a cavidade oral. A maioria destes é encontrada na mandíbula, gengiva e língua e raramente na região do palato sendo mais frequentes em homens, adultos de meia-idade e idosos. Segundo a literatura, o cancro do pulmão é responsável pela maioria destas metástases, seguido pelo carcinoma renal e melanoma. Uma das explicações das metástases hematogénicas para a região da cabeça e pescoço, na ausência de metástases pulmonares, é o plexo de Batson que permite uma disseminação retrógrada das células tumorais, ultrapassando a filtração pulmonar. Relativamente ao cancro da próstata, as suas metástases têm uma maior afinidade pelo osso, mas raramente envolvem a cavidade oral.

Descrição do caso clínico: Paciente, 72 anos, género masculino, compareceu ao Setor de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo com aumento de volume na região palatina entre os dentes 11 e 16. Ao exame clínico apresentava um nódulo de 3,5 cm de diâmetro, irregular, assintomático, flácido à palpação, pediculado e ulcerado. Na anamnese relatou cancro da próstata há 4 anos cujo tratamento com radioterapia finalizou há 10 dias. Encaminhado para a Disciplina de Estomatologia Clínica foram solicitados exames radiográficos, hematológicos e realizada biópsia incisional. As hipóteses diagnósticas foram: metástase da próstata, tumor maligno da glândula salivar, ou abscesso dentário. O resultado anatomopatológico foi adenocarcinoma sem outra especificação mas, devido à história clínica, inferiu-se que se tratava de adenocarcinoma metastático com origem na próstata. O paciente não voltou para obtenção do diagnóstico definitivo tendo falecido 3 semanas após a consulta, de acordo com familiares. Desta forma não foi realizado qualquer tratamento ou controlo.