

CASOS CLÍNICOS

Coordenadores: Francisco Salvado e Silva, Virginia Milagre

QUISTO GIGANTE DO MAXILAR

Maria Filomena G.A Coimbra*, Manuel Martins Lopes**

Palavras-Chave: Diagnóstico, quisto odontogénio, follow-up

INTRODUÇÃO

Este trabalho vem na sequência de vários casos semelhantes que nos têm aparecido ao longo dos anos e merecem uma reflexão cuidadosa. Chama-se a atenção para a necessidade de um exame clínico acurado de todo o doente candidato a prostodontia, bem como do seu follow-up periódico.

1 — Caso clínico

Trata-se duma doente do sexo feminino, de 69 anos de idade, natural de Alcanena e residente em Lisboa até há 4 anos, altura em que transfere a sua residência para Ponte-de-Sôr. Em Junho de 1989 é enviada pelo seu clínico geral assistente por aumento de volume da região geniana direita (tumor?). Desdentada total superior desde há cerca de 12 anos, refere o aparecimento duma pequena massa indolor do tamanho duma cereja cerca de 4 meses antes da consulta, que associa a rebase da prótese superior, negando qualquer alteração da massa desde então, bem como qualquer sinal ou sintoma acompanhante. (Fig. 1)

*Médica interna do Internato Complementar de Estomatologia

**Médico Assistente Hospitalar de Estomatologia



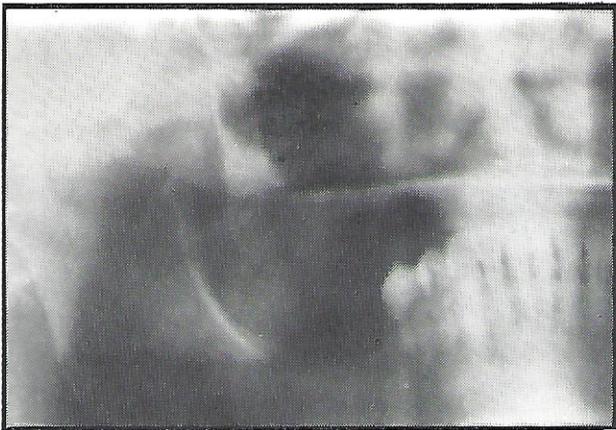
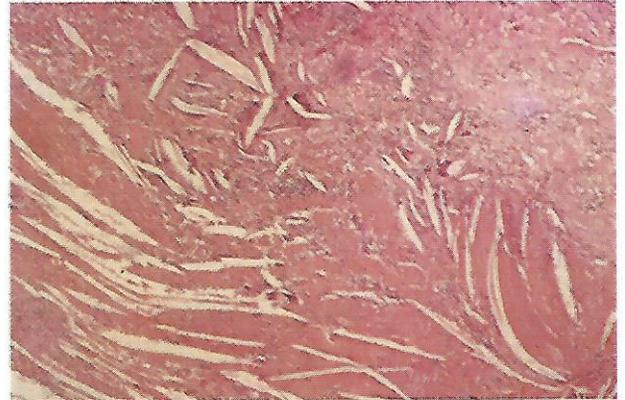
2 — Observação

Destaca-se um aumento de volume do tamanho duma noz, de consistência duro-elástica, superfície lisa, não móvel, indolor à palpação e situada entre 1.4 e 1.8. (Fig. 2)

3 — Exames complementares de diagnóstico

No sentido de esclarecer a situação pede-se OPG que revela imagem hipertransparente, redonda, de contornos regulares e limites bem definidos, pelo que não parece comunicar-se com o seio maxilar. (Fig. 3)

Perante os restantes exames sem alteração, marca-se Cirurgia sob anestesia geral, que é realizada

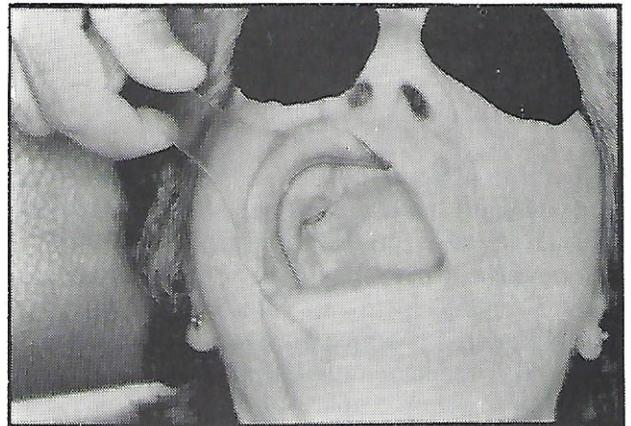
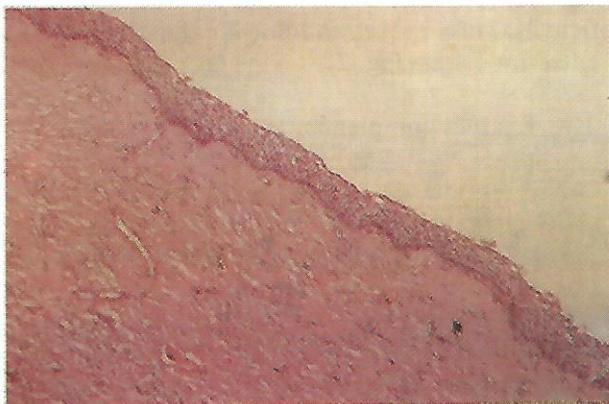


4 — Follow-up

Em Julho de 1989 vem à consulta para o 1º controlo post-cirurgia, podendo verificar-se uma pequena deiscência da sutura, aparentemente em evolução cicatricial e que não comunicava com o seio maxilar (Fig. 6).

Em Setembro de 1989 regressa para um 2º controlo, podendo observar-se o encerramento completo da deiscência, bem como uma boa cicatrização. (fig. 7). Na OPG pode observar-se o processo de cicatrização óssea em evolução. (fig. 08).

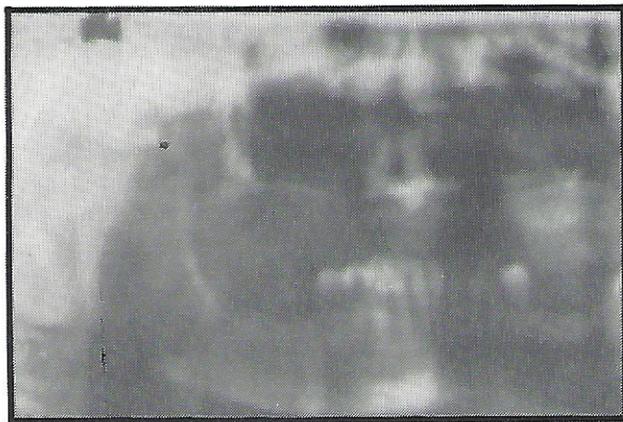
ainda durante o mês de Junho, tendô sido enviado material para diagnóstico histológico, que revelou: quisto de parede de tecido conjuntivo fibroso, revestido por epitélio pavimentoso estratificado, em grande parte preenchido por um granuloma colesterólico originado numa zona da parede (Fig. 4 e 5), o que é compatível com o diagnóstico clínico de quisto residual.



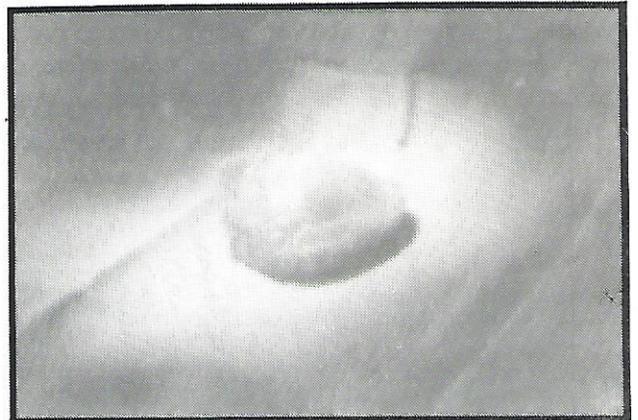
5 — Discussão

É de salientar neste caso uma série de acontecimentos que levaram ao aparecimento das queixas:

— as exodoncias foram iniciadas por odontologista, sem qualquer estudo radiológico pré ou posteriormente às mesmas,



— primeira fractura da prótese há cerca de 6 anos, sendo reparada. Em Abril de 1989, rebase por prótese larga (fig. 9), uma vez mais sem qualquer controlo médico.



6 — Conclusão

Assim **TODO** e **QUALQUER** candidato a protodoncia, deve ter:

- exame clínico acurado.
- follow-up periódico.
- prótese efectuada sob vigilância e controlo médico.

— a prótese foi efectuada em Lisboa num técnico (sic) imediatamente a seguir às exodoncias e sem qualquer controle médico.

— desde o início existem repetidas queixas de inadaptação protética (prótese larga; ingestão de alimentação quase sempre sem a mesma).

AGRADECIMENTO

Agradece-se a colaboração prestada pelo Prof. Dr. Cortês Pimentel, Director do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Maria, pelo apoio dado na Histopatologia da doente, bem como na elaboração desses slides.