

ficamente, exibem predilecção pela glândula e ducto submandibulares (80-90%). Apresentam-se em dimensões variáveis (1-14 mm), sendo considerados sialólitos gigantes quando têm dimensões >15mm e peso >1g. A clínica clássica consiste numa tumefacção dolorosa da glândula afectada aquando das refeições. Os sialólitos gigantes são raros e pouco relatados na literatura. Este trabalho tem como objectivo relatar um caso de sialoadenite submandibular, associado a um sialólito gigante do ducto de Wharton, removido cirurgicamente por via transoral.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 47 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada para o Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia por dor e tumefacção episódicas na região submandibular direita com 2 meses de evolução. Do exame objectivo destacavam-se os seguintes achados: tumefacção dolorosa da região submandibular direita e massa palpável intra-oralmente, compatível com sialólito do ducto de Wharton. Posteriormente, estes achados foram confirmados com ortopantomografia. Foram discutidas várias modalidades terapêuticas com a doente, optando-se por sialolitotomia transoral, sob anestesia local, com exérese de sialólito de 17x4 mm, que decorreu sem intercorrências. No follow-up até aos 24 meses manteve-se sempre assintomática.

Discussão e conclusões: A abordagem terapêutica da sialolitíase deve procurar, sempre que possível, a preservação da função da glândula. Se é consensual uma abordagem conservadora nos sialólitos de menores dimensões, no que respeita aos sialólitos gigantes a literatura diverge, havendo autores que defendem o recurso a técnicas minimamente invasivas (por exemplo: sialoendoscopia), enquanto outros preconizam uma abordagem mais agressiva (sialolitotomia transoral e/ou sialadenectomia. Neste caso, pelo sialólito apresentar localização relativamente favorável, decidiu-se realizar sialolitotomia por via transoral, com resolução completa da sintomatologia. Assim, a sialolitotomia por via transoral, em casos cuidadosamente seleccionados, apresenta-se como uma técnica cirúrgica válida na abordagem terapêutica de sialólitos gigantes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.265>

#025 Adenoma Pleomórfico da mucosa jugal: relato de um caso



Daniela Rôlo*, Francisca Castro Lopes, Carina Gonçalves, Ana Teresa Carapenha, Rui Moreira, Alfredo Figueiredo Dias

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Adenoma Pleomórfico é um tumor benigno das glândulas salivares que deriva da proliferação de uma mistura de elementos ductais, mioepiteliais e mesenquimatosos. Afecta maioritariamente as glândulas salivares major (principalmente glândula parótida) e, menos frequentemente, as glândulas salivares minor (cerca de 10%). As lesões intraorais ocorrem preferencialmente no palato, seguido pelo lábio superior e mucosa jugal. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum na terceira e quarta décadas de vida e com predominância pelo género feminino (2:1). Geralmente apresenta-se como uma tumefacção de consistência firme, cresci-

mento lento, indolor e sem alterações da integridade e coloração da mucosa suprajacente. Em alguns casos pode exibir crescimento rápido e ulceração. Está descrita a transformação maligna em carcinoma ex-adenoma pleomórfico em cerca de 5% dos casos. A excisão cirúrgica conservadora é o tratamento de eleição.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 56 anos, com história de aumento de volume firme e indolor de uma massa nodular única, móvel, submucosa, na mucosa jugal direita, de crescimento insidioso com mais de 1 ano de evolução, com desconforto por traumatismo ocasional durante a mastigação, mas sem compromisso estético. Por suspeição clínica inicial de lipoma, foi referenciada para o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial para excisão completa da lesão que se veio a revelar tratar-se de um adenoma pleomórfico de glândulas salivares minor após estudo histológico. A doente encontra-se atualmente em seguimento periódico em consulta de Estomatologia, e não apresenta sinais de recidiva 2 anos após o tratamento.

Discussão e conclusões: O adenoma pleomórfico possui variadas apresentações clínicas e uma grande diversidade histológica e topográfica que deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial destas lesões. As neoplasias glandulares benignas e malignas em fases iniciais podem apresentar características clínicas intra-orais semelhantes, pelo que o diagnóstico requer um alto índice de suspeição. A exérese cirúrgica completa da lesão constitui o tratamento de eleição e deve ser realizada de forma adequada. Apesar de apresentar um bom prognóstico, está descrita a recorrência das lesões em 5-30% dos casos, vários anos após o tratamento, pelo que se recomenda um seguimento periódico a longo prazo destes doentes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.266>

#026 Carcinoma Pavimentocelular Oral e Carcinoma Papilar da Tiróide: Associação clínica incomum



Maria Céu Machado*, Inês Matos, Patricia Caixeirinho, Carina Semedo

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE – Serviço Estomatologia; Centro Hospitalar de Lisboa EPE – Serviço de Cirurgia Maxilofacial; Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa – Serviço Cirurgia Cabeça e Pescoço

Introdução: O Carcinoma Pavimento-Celular (CPC) é a neoplasia maligna mais comum da cavidade oral e apresenta elevado potencial metastático para os gânglios cervicais. Assim a avaliação destas estruturas, é fundamental para a determinação do plano de tratamento e do prognóstico, sendo fundamental a sua vigilância clínica e imagiológica.

Descrição do caso clínico: Os autores apresentam dois casos clínicos de doentes com diagnóstico prévio de CPC da cavidade oral (localizados no terço médio do bordo esquerdo da língua e no pavimento anterior da boca) com diagnóstico posterior de Carcinoma Papilar da Tiróide (CPT). Os doentes foram tratados cirurgicamente com: hemiglossectomia esquerda,