

ficamente, exibem predileção 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 tumefação 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 tumefação episódicas na região submandibular direita com 2 meses de evolução. Do exame objectivo destacavam-se os seguintes achados: tumefação 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 tumefação 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,

retalho livre antebraquial e esvaziamento ganglionar ipsilateral (no caso de CPC da língua) e pelviglossomandibulectomia marginal anterior e esvaziamento ganglionar cervical radical modificado tipo III bilateral (no CPC do pavimento). Nenhum dos doentes foi submetido a tratamento com radioterapia. No follow-up pós-operatório de CPC da língua, foi identificada adenopatia cervical, suspeita de recidiva da doença primária. A excisão e exame anatomopatológico da mesma revelou tratar-se de metástase de CPT. No caso do CPC do pavimento, as metástases ganglionares cervicais de CPT constituíram um achado histológico encontrado durante a cirurgia curativa do tumor.

Discussão e conclusão: A radioterapia pode ser utilizada no tratamento de lesões de CPC da cabeça e pescoço e constitui um factor de risco para desenvolvimento de CPT, mas que estes doentes não realizaram. A pesquisa efectuada não encontrou outra explicação para esta associação, que não a relativa elevada prevalência de CPT. O seguimento de doentes tratados a carcinomas pavimento-celulares da cavidade oral possibilita a detecção precoce de metástases ganglionares cervicais de microcarcinomas da tiróide que de outro modo passariam despercebidas até alcançarem um estadio mais avançado.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.267>

#028 Exérese de um Odontoma Composto através de cirurgia conservadora: Caso clínico



Claudia Gomes*, Nuno Montezuma de Carvalho, Ana Barata Martins, Nuno Silva

Hospital das Forças Armadas – Pólo Lisboa

Introdução: Em 1863, Paul Broca, introduziu o termo ‘odontoma’ para caracterizar os tumores benignos de origem odontogénica. São frequentemente diagnosticados na segunda década de vida, sendo, normalmente assintomáticos. É uma patologia de crescimento lento, com origem ectomesenquimal, idiopática e que pode ter correlação com dentes impactados, traumas e/ou infeções, sendo diagnosticada através de exames radiográficos.

Descrição do caso clínico: Paciente de 26 anos, do sexo feminino, fumadora e sem patologias sistémicas, surgiu na consulta com queixas de pressão ao nível dos dentes 33 e 34 apresentando, na ortopantomografia, uma lesão na zona do terceiro quadrante. Foi requisitada a Tomografia axial computadorizada através da qual se confirmou a existência de um odontoma composto entre as raízes do 33 e 34. Procedeu-se à remoção do mesmo através de tratamento cirúrgico conservador com regeneração óssea da zona afetada. Após três meses foi efetuado o follow-up e a paciente encontrava-se sem sintomatologia e com prognóstico de regeneração favorável.

Discussão e conclusões: Dos odontomas, 67% dos diagnósticos correspondem aos odontomas compostos. A localização mais frequente, é ao nível da região anterior da maxila, seguida pela região anterior da mandíbula e por último pela região posterior da mesma. O tratamento desta patologia consiste na eliminação completa da cápsula de tecido conjuntivo, que rodeia o odontoma, através de uma cirurgia conservadora. A

exérese total da lesão através de uma abordagem cirúrgica conservadora acompanhada de curetagem e regeneração com enxerto ósseo mostrou ser a abordagem terapêutica mais adequada, tal como, o demonstrado na literatura como tratamento de eleição

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.268>

#029 Microdente e dente conoide: ortodontia e estética em paciente adulto.



Cristina von Zuben*

Introdução: A harmonia do sorriso tem grande influência na estética facial do indivíduo. A microdntia e dente conoide afetam, na maioria das vezes, os incisivos laterais superiores e os terceiros molares, sendo a sua origem associada a fatores genéticos e ambientais e sua prevalência varia de 0,8 a 8,4% da população. O presente caso é um exemplo interdisciplinar em que foi realizado tratamento ortodôntico e reabilitação estética através de restaurações diretas.

Descrição do caso clínico: paciente do género feminino, 21 anos, dntição permanente, apresenta incisivo lateral esquerdo palatinizado, com formato conóide e sem espaço suficiente na arcada. O dente 12, microdente, é desproporcional aos incisivos centrais. Apresenta relação de molar e caninos em classe II, e ausência de contato oclusal dos dentes posteriores do lado esquerdo, causando desconforto. A análise cefalométrica de Ricketts demonstrou padrão mesofacial, com tendência a braquifacial. Foi utilizado arco seccionado superior e inferior, segundo a técnica Bioprogressiva de Ricketts, promovendo expansão das arcadas e intrusão dos incisivos superiores e inferiores. Conseguiu-se uma boa oclusão dos dentes posteriores e espaço suficiente para posicionamento dos incisivos laterais superiores, os quais ganharam forma anatômica e tamanho proporcionais através de restaurações estéticas.

Discussões e conclusões: o tratamento ortodôntico em paciente adulto pode alcançar um bom resultado utilizando recursos que visam movimentos em três planos: transversal (obtenção de espaços), vertical (ângulo interincisivo favorável ao destravamento da oclusão) e sagital (obtenção de relação molar em classe I). Os incisivos laterais foram restaurados com resina direta e obteve-se um ótimo resultado estético, sorriso harmonioso e uma boa oclusão, sem necessidade de se recorrer a extrações dentárias.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.269>

#031 Traumatismo de um dente definitivo numa criança de 9 anos – Caso clínico



Ana Raquel Garcia Barata*, Gunel Kizi, Leónia vicente, José Costa Gouveia, Antonio Castaño Séiquer, Irene Ventura

Instituto Universitário Egas Moniz; Facultad de Odontologia, Universidad de Sevilla; Faculdade de Medicina Dentária Universidade do Porto

Introdução: Traumatismos dentários constituem um problema de saúde pública, não só pela alta prevalência, mas