

#010 Adenoma de Células Basais de glândula salivar minor do lábio superior



André Pereira*, Ana Teresa Tavares, Luís Sanches Fonseca, Rita Carvalho, José Ferrão, Filipa Veiga

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O adenoma de células basais é um tumor salivar benigno incomum, que representa apenas 1 a 2% dos tumores salivares, devendo esta denominação, à aparência basalióide das suas células. A localização preferencial deste tumor é a glândula parótida, em cerca de 75% dos casos, mas as glândulas minor, principalmente do lábio superior e mucosa jugal, são o segundo local mais comum. Esta lesão é mais frequente na meia-idade e em idosos, apresentando um pico de prevalência na sétima década de vida e tem ligeira predileção para o sexo feminino. Caracteriza-se por um tumor móvel de crescimento lento, similar a um adenoma pleomórfico, indolor e geralmente com menos de 3 cm. Com este caso apresentamos uma lesão atípica, numa localização infrequente. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 82 anos foi referenciada, pelo Médico de Família, à Consulta de Cirurgia Oral do Serviço de Estomatologia do Hospital de São José devido a lesão nodular do lábio superior com cerca de 40 anos de evolução. Doente com antecedentes pessoais irrelevantes e sem alergias medicamentosas conhecidas. À observação, identificou-se lesão da mucosa labial superior à esquerda com 2x1 cm, indolor à palpação, móvel em relação aos tecidos adjacentes e de consistência duro-elástica. Após a excisão da lesão, a peça operatória revelou em exame anatomopatológico ser um 'Adenoma de células basais de glândula salivar minor'. A doente mantém-se em reavaliação com consultas de 6 em 6 meses. **Discussão e conclusões:** Após a remoção cirúrgica da lesão, as recidivas são raras e o potencial de transformação maligna em adenocarcinoma de células basais é reduzido. Ainda assim, uma vez que está descrita esta degeneração, o diagnóstico histológico e a vigilância periódica destas lesões são fundamentais para um bom prognóstico da situação clínica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.474>

#011 Streptococcus viridans: quando agentes comensais se tornam patogénicos



Ana Melissa Marques*, Maria João Morais, Olga Vascan, Beatriz Dominguez, Fernanda Alves Costa, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: As espécies *Streptococcus* correspondem a bactérias coco Gram-positivas, comensais na cavidade oral. Encontram-se divididas em grupos filogenéticos, de entre os quais o grupo viridans, que inclui as subespécies *salivarius* e *mitis*. O peritoneu é uma membrana serosa que envolve a cavidade e órgãos abdominais, e é usado pela diálise peritoneal (DP) como um filtro natural para tratar insuficientes

renais em fase terminal. A peritonite é uma das principais complicações relacionadas com DP, com 10-15% por infecção a *Streptococcus*. A entrada de *Streptococcus* no peritoneu ocorre por translocação de bactérias gastrointestinais e pela disseminação hematogénica com possível ponto de partida na cavidade oral. O diagnóstico de peritonite é clínico, caracterizando-se por dor abdominal e/ou efluente da diálise turvo, e laboratorial, pela presença de leucocitose superior a 100/mL, com excesso de leucócitos polimorfonucleares e, ainda, por culturas ou coloração Gram positivas. A pedra basilar no tratamento desta entidade é a antibioterapia empírica, com ajuste posterior, na sequência dos testes de sensibilidade antimicrobiana. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 67 anos, observada em consulta de Estomatologia após 3 peritonites com possível ponto de partida oral, pelo isolamento de *Streptococcus salivarius* e *mitis*. Encontrava-se em DP por doença renal terminal. Em todos os episódios, procedeu-se a terapêutica antibiótica empírica com Vancomicina e Ceftazidima intraperitoneais, com resolução do quadro. Após a evicção de focos sépticos orais, o controlo da placa bacteriana e o reforço das medidas de higiene oral, a doente não teve qualquer outro episódio de peritonite. **Discussão e conclusões:** A microbiota oral é altamente complexa e diversificada, contendo centenas de espécies bacterianas. Inclui-se o grupo viridans, formado por agentes comensais que podem tornar-se patogénicos após mudanças no ambiente da cavidade oral. Perante casos de peritonite por *Streptococcus viridans*, revela-se fulcral a avaliação do status oral do indivíduo. Em caso de falência terapêutica, pelo risco de morte do doente, opta-se por substituir a diálise peritoneal – processo realizado em ambulatório – por hemodiálise, comprometendo a autonomia e bem-estar do doente. Este caso enfatiza a importância da eliminação dos focos sépticos da cavidade oral, com especial enfoque em doentes com fatores predisponentes de colonização bacteriana, como a DP.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.475>

#012 Carga imediata digital – planeamento cirúrgico e protético prévio à cirurgia



Fernando Gonzalez, José María Santana*, João Bravo, Ana Boquete, David Morales

Centro Médico Dentário, Odontologia Clínica da UCAM, Pós-Graduação em Odontologia UCAM, Clínica Dental Anibal Gonzalez e Hijos

Introdução: A consolidação da tecnologia digital na implantologia permitiu uma evolução da cirurgia guiada, traduzindo-se num aumento da precisão e diminuição do tempo cirúrgico e protético. **Descrição do caso clínico:** Paciente sexo masculino com 47 anos, perda óssea severa e cáries múltiplas. O plano de tratamento consistiu em extração de todas as peças dentárias na arcada superior e colocação de implantes imediatos e carga imediata com cirurgia guiada (Scan intraoral e CBCT). Por motivos económicos, apenas foi realizada a reabilitação do maxilar superior. Foram recolhidos os elementos necessários: fotografia facial, scan intraoral e CBCT. A planificação da cirurgia foi executada com IMPLANT STUDIO

(3SHAPE) baseada na união do scan intraoral e do CBCT, tal como o desenho da guia cirúrgica. O desenho da prótese implantolo-aparafusada foi executado no DENTAL DESIGN (3SHAPE). Ambas as estruturas (guia cirúrgica e prótese provisória) foram produzidas em PMMA antes da fase cirúrgica. Foram colocados 8 implantes dentários e, posteriormente, a prótese de carga imediata. **Discussão e conclusões:** A utilização de scan intraoral na cirurgia é determinante no aumento da precisão comparativamente à cirurgia guiada convencional. A utilização do fluxo totalmente digital permite uma diminuição do tempo cirúrgico e do tempo da fase protética. O desenho da reabilitação facialmente guiada permitiu atingir um alto nível estético e predictibilidade. A evolução de materiais CAD-CAM promove uma melhor cicatrização e maior resistência da reabilitação provisória.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.476>

#013 Odontoma Composto – a mesma entidade com repercussões diferentes

José Bastos Ferrão*, Luísa Henriques Figueiredo, André Pereira, Afonso Martins, Ana Fernandes

Centro Hospitalar Lisboa Central

Introdução: O odontoma é o tumor odontogénico mais comum (22% de todos os tumores odontogénicos) e deriva de remanescentes epiteliais e mesenquimatosos. Trata-se de lesão hamartomatosa, de crescimento lento e indolor, constituída por esmalte, dentina, cimento e polpa e de etiologia desconhecida. O diagnóstico é clínico e imagiológico e a excisão da lesão é resolutive. **Descrição dos casos clínicos:** Os autores apresentam 2 doentes do sexo feminino ambas com 14 anos observadas na Unidade de Estomatologia do Hospital de Dona Estefânia. A primeira doente foi referenciada por inerupção do dente 23. Palpava-se, no vestíbulo do 2.º quadrante, tumefação de consistência dura ao nível dos ápices de 22 e 24 sendo o restante exame objetivo normal. Os exames de imagem revelaram a presença de um odontoma composto no trajeto eruptivo do dente. A doente foi submetida a anestesia geral e procedeu-se à incisão e descolamento de retalho palatino, osteotomia, excisão da lesão e colagem de um dispositivo para tração de 23. No segundo caso a doente foi referenciada por tumor radiopaco em ortopantomografia de rotina. Ao exame objetivo palpava-se tumefação vestibular, dura, quase impercetível, entre as raízes de 42 e 43. A doente foi submetida a anestesia geral e procedeu-se ao descolamento de retalho vestibular, osteotomia e excisão de odontoma composto. Não houve intercorrências ou complicações em nenhum dos procedimentos. **Discussão e conclusões:** Os odontomas podem ser compostos ou complexos. Os compostos são frequentes na região anterior da maxila e são construídos por múltiplos denticulos envolvidos por um saco. Os odontomas complexos são mais frequentes na região posterior da mandíbula e apresentam-se como uma estrutura amorfa radiopaca em que não se reconhecem estruturas individuais. Os odontomas compostos são duas vezes mais frequentes que os complexos. Os dois casos descritos dizem respeito a odontomas compostos com características seme-

lhantes, mas com repercussões diferentes. No caso clínico 1, podemos afirmar que o odontoma composto representou uma barreira eruptiva, com achados patológicos no exame objetivo. Pelo contrário no caso clínico 2 a doente encontrava-se assintomática e o exame objetivo era praticamente normal não tendo ocorrido qualquer perturbação do processo eruptivo. Assim sendo é facilmente entendível que se afirma que esta entidade é frequentemente diagnosticada em exames imagiológicos de «rotina».

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.477>

#014 Caracterização histológica de um fibroma na mucosa jugal: a propósito de um caso clínico

Maria Leonor Dias Lourenço Balsinha*, Luis Pedro Soares Anes, Sofia Isabel Madeira Reis, Tiago Saturnino Amaral Pinto Ribeiro

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O fibroma é o tumor benigno mais comum da cavidade oral com origem no tecido conjuntivo, sendo a sua etiologia maioritariamente traumática. Embora possa ocorrer em qualquer local da cavidade oral (mucosa labial, língua e gengiva), a localização mais comum é a mucosa jugal. A histologia revela um tecido conjuntivo colagenizado e denso, embora em certos casos possa ser frouxo. O epitélio é estratificado escamoso. Existe um número variável de fibroblastos, fibras de colagénio e pequenos vasos sanguíneos. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 63 anos, polimedicada, surgiu na consulta de medicina dentária com um tumor localizado na mucosa jugal direita, ao longo da linha de oclusão, com 0,5cm de diâmetro. Clinicamente, o tumor era assintomático, com bordos definidos, superfície lisa, normocrómico e firme à palpação. Após anestesia com articaína 4% com epinefrina 1:100.000, fez-se uma biópsia excisional com lâmina de bisturi n.º15 e margem de segurança de 1mm, suturando-se com 3 pontos simples. A peça cirúrgica foi acondicionada num frasco de formol a 10% e posteriormente enviada para análise anatomopatológica com o diagnóstico clínico de tumor benigno. Analisando as imagens histológicas, o tumor apresenta-se como um crescimento nodular de tecido conjuntivo fibroso denso, sendo esta particularidade coincidente com a firmeza da lesão à palpação. Um epitélio estratificado escamoso com hiperqueratose e paraqueratose reveste a lesão. Observa-se também papilomatose epitelial e noutros locais atrofia das cristas epiteliais. Estas características são concordantes com a origem traumática da lesão, confirmada com relatos da paciente. O tecido conjuntivo é constituído por fibras de colagénio, fibroblastos e espaços vasculares reduzidos. A lesão é acapsulada e não se identificam lesões de displasia ou sinais de malignidade. A enucleação cirúrgica foi curativa, permitindo obter a amostra para análise anatomopatológica com o objetivo de excluir outras lesões tumorais como granuloma piogénico, lipoma, mucocelo e fibroma traumático. O diagnóstico anatomopatológico foi de fibroma traumático, sendo concordante com as características clínicas e histológicas descritas. **Discussão e conclusões:** É importante a caracterização microscópica para compreender a natureza da lesão e estabelecer o prog-