

(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-

nóstico que, neste caso, é favorável, pois para além de ter sido removido o fator traumático, a taxa de recorrência destas lesões é muito baixa.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.478>

#015 Défice Transversal da Maxila – Expansão cirurgicamente assistida



Filipa Silva Marques*, Rita Azenha Cardoso, Azenha Cardoso, João Pedro Marcelino, Cristina Pedroso

IPOC – FG, José Azenha Cardoso e Cristina Pedroso Clínica de Estomatologia e Medicina Dentária Lda

Introdução: O défice transversal da maxila constitui uma importante patologia com impacto estético e funcional e tem diversas etiologias. A sua correcção, de acordo com a idade e maturação óssea do doente, passa muitas vezes pela abordagem cirúrgica. Neste trabalho os autores propõem-se a discutir as técnicas cirúrgicas mais utilizadas na correcção destes défices, vantagens e inconvenientes das mesmas e os tipos de aparelhos mais utilizados na expansão maxilar. **Descrição do caso clínico:** AACR, sexo feminino, 38 anos de idade, caucasóide. Clinicamente apresenta linha média desviada para a esquerda, classe II molar bilateral, mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e classe II esquelética. Previamente à cirurgia foi fixado um aparelho tipo Hyrax nos primeiros molares e pré-molares. A doente foi submetida a osteotomia mediana do palato para expansão cirurgicamente assistida. Será submetida a cirurgia ortognática para abordagem da sua classe II esquelética após término da expansão maxilar. **Discussão e conclusões:** Défices transversais da maxila tratados apenas através de tratamento ortodôntico têm alta percentagem de recidiva, sendo que a combinação deste com Expansão Maxilar Cirurgicamente Assistida é a única maneira eficaz de tratar os pacientes adultos. Os aparelhos de expansão podem ser ancorados nos dentes ou no osso, e as técnicas cirúrgicas mais frequentemente utilizadas passam por uma osteotomia mediana com 2 segmentos, ou, alternativamente, paramediana com 3 segmentos. Expansão maxilar cirurgicamente assistida deve ser considerada em adultos com problemas de dimensão transversal, e a osteotomia mediana combinada com dispositivo Hyrax é uma opção válida no tratamento desta situação, tal como os autores a apresentam.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.479>

#016 Líquen Plano Oral vs Carcinoma Espinho Celular – desafio clínico a propósito de um caso



Ana Boyé de Sousa*, Olga Vascan, Francisca Castro Lopes, Rita Azenha Cardoso, Manuela Carrilho, José Azenha Cardoso

CHUC, CHUP, IPOFG Coimbra

Introdução: O líquen plano, é uma patologia crónica inflamatória de causa desconhecida, com atingimento cutâneo e mucoso. O líquen plano oral, é um subtipo que afeta a mucosa oral, atinge adultos de meia idade, entre 50-60 anos. A sua apresentação varia de padrão reticular, em placas, eritema,

erosões e úlceras. A forma reticular é normalmente assintomática, no entanto os outros padrões, sobretudo erosivo e ulceroso, são dolorosos. É necessária a correta abordagem, com biópsia quando necessário, e acompanhamento clínico pois há risco de transformação maligna, apesar de não bem esclarecido. **Descrição do caso clínico:** Os autores descrevem um caso de um homem de 61 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência de Estomatologia por úlcera bordo direito da língua. À observação inicial, apresentava um padrão reticular na língua associado a úlceras bilaterais nos bordos da língua, a maior à direita, dolorosa. Observou-se ainda um padrão reticular bilateral na mucosa jugal, clinicamente muito sugestivo de líquen plano oral. Realizada biópsia da mucosa jugal, em consulta externa de controlo, tendo resultado histológico: “retalho mucoso com hiperplasia verrucosa, hipergranulose e espessa camada ortoqueratótica. Não há displasia ou inflamação.”. Por persistência de queixas álgicas com o tratamento adequado a líquen plano erosivo, apesar da biópsia negativa, mas uma clínica muito sugestiva, e após remoção de todos os fatores traumáticos, foi biopsada a lesão, tendo sido o resultado anatómico patológico de “CEC moderadamente diferenciado”. Encaminhado ao IPO Coimbra, onde foi estadiado como um Tc2N0M0, realizado esvaziamento cervical selectivo níveis I/II/III glossectomia marginal direita glossectomia marginal esquerda, com o estadiamento patológico à direita de CEC bordo língua T1N1M0 e histologia à esquerda compatível com líquen plano oral. **Discussão e conclusões:** Este caso demonstra a dificuldade diagnóstica de lesões erosivas de líquen plano oral, bem como a alta suspeita e persistência necessárias para o diagnóstico precoce de carcinoma espinho celular associado a líquen plano oral.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.480>

#017 Granuloma Periférico de Células Gigantes – Caso Clínico



Maria João Dias*, André Saura, Laura Nobre Rodrigues, João Abreu, Isabel Pina Monteiro, José Pedro Figueiredo

CHUC, FMUC

Introdução: O Granuloma Periférico de Células Gigantes é uma lesão benigna proliferativa de fibroblastos e células gigantes multinucleadas num tecido conjuntivo altamente vascularizado, que ocorre quase exclusivamente na mandíbula. De etiologia incerta, a hipótese de lesão reacional é a mais aceite. Estas lesões são mais comuns em crianças e jovens adultos (75% dos casos antes dos 30 anos), sendo mais comum no sexo feminino (2:1). Usualmente, apresentam-se sob a forma de lesão rosada, pediculada e com superfície não ulcerada. Em alguns casos verifica-se um crescimento rápido, reabsorção radicular ou até perfuração do osso cortical, podendo-se acompanhar de sintomas como dor ou parestesia. O diagnóstico é histológico, com presença de fibroblastos uniformes num tecido conjuntivo altamente rico em colagénio, frequentemente evidenciando macrófagos com depósitos de hemossiderina e eritrócitos extravasados. No tecido conjuntivo, é possível observar células gigantes multinucleadas, portadoras de recetores de calcitonina, que atribuem natureza osteoclás-