

tica a esta lesão. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão e curetagem extensa da base da mesma, de modo a evitar recidivas, bem como na eliminação do eventual fator desencadeante. **Descrição do caso clínico:** Homem de 80 anos, com história de valvuloplastia mitral em 2008, encaminhado pelo seu Médico Dentista à Urgência de Estomatologia por lesão no rebordo alveolar do 4.º quadrante, de aspeto granulomatoso, rosada, em zona edêntula, adjacente a raiz de 43, com cerca de 2x3cm, não friável, sem noção do tempo de evolução. Na ortopantomografia, observava-se radiotransparência periapical em relação com a raiz de 43, exuberante, com aparente associação à lesão descrita. Negava dor ou parestesia. **Discussão e conclusões:** Apesar da clínica sugestiva, foi realizada extração de raiz de 43 e biópsia incisiva da lesão, a fim de obtermos um diagnóstico histológico. A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um Granuloma Periférico de Células Gigantes, que acreditamos ser reacional à raiz de 43. Posteriormente, foi realizada excisão completa e curetagem da base da lesão, com envio do material para nova análise histológica. O granuloma de células gigantes, pela sua natureza osteoclástica, deve ser suspeitado e diagnosticado de forma precoce, de modo a permitir um tratamento conservador e diminuir o risco de envolvimento do osso adjacente e dos dentes, diminuindo a possibilidade de complicações.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.481>

#018 Biocompatibilidade da liga de amálgama de prata: a propósito de um achado radiográfico



André Conde*, João S. Marques, Ana Barbosa, Pedro Dias Ferraz

Prática Privada

Introdução: A amálgama de prata é uma liga metálica composta por prata, mercúrio, estanho, zinco e cobre em diferentes proporções. A sua utilização no âmbito da medicina dentária conhece-se desde meados do século XX, tendo sido um tratamento restaurador de eleição em dentisteria, até ao surgimento da adesão dentária. A preparação dentária com formas retentivas, constitui uma das desvantagens deste material, uma vez que este não adere quimicamente ao dente, potenciando a infiltração marginal. A sua capacidade de pigmentação dos tecidos duros e moles ao redor não é negligenciável. A cor prateada característica e a oxidação deste material a longo prazo, também podem ser referidas como desvantagens. Por outro lado, a facilidade do protocolo de execução das dentisterias com recurso a esta liga, nomeadamente em zonas potencialmente contaminadas com fluidos da cavidade oral, como as zonas justagengivais e infra-gengivais, fazem com que a sua utilização ainda hoje seja premente. **Descrição do caso clínico:** Paciente de sexo feminino, 67 anos, recorre à consulta para colocação de 2 implantes mandibulares. A avaliação radiográfica prévia, evidencia a presença intraóssea de um material radiopaco, no 3.º quadrante, com dimensões aproximadas de 2 x 2 mm (comprimento x altura), cuja radiodensidade sugere uma liga metálica. A anamnese não tinha indicado qualquer sintomatologia para a área em questão, e considerou-se por isso um achado radiográfico. Após abertura de retalho ci-

rúrgico, confirma-se a presença da liga de amálgama de prata, na zona previamente detalhada, tendo esta sido removida com recurso a ligeira osteotomia, de forma a que a sua exérese se desse com a máxima integridade. Confirmada a remoção completa do fragmento, instalou-se um dos implantes na localidade óssea presente, preenchendo-se o espaço remanescente com biomaterial de substituição de origem bovina. **Discussão e conclusões:** A ausência de sintomatologia e de tecido de granulação ao redor da liga de amálgama de prata presente ao nível intraósseo, sugerem a sua grande biocompatibilidade. São numerosos os estudos acerca da toxicidade sistémica do mercúrio presente neste material. No entanto, nenhum deles até ao presente, conseguiu encontrar correlação estatisticamente significativa entre o surgimento de doenças sistémicas ou efeitos tóxicos e a utilização desta opção restauradora. Assim, a sua utilização continua a ser indicada nas situações em que não é viável a aplicação de protocolos adesivos.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.482>

#019 Caso Clínico: Adenoma pleomórfico de glândula submandibular



Francisca Castro Lopes*, Ana Boyé de Sousa, Rita Azenha Cardoso, Jose Azenha Cardoso, Manuel Guedes, Filipe Pina

CHUC, CHUP, IPOFG Coimbra

Introdução: O adenoma pleomórfico é o tumor mais comum das glândulas salivares em crianças e adultos, representando 45 a 75% das neoplasias de glândulas salivares. Pode ocorrer em qualquer faixa etária atingindo preferencialmente indivíduos do sexo feminino (2:1), entre a terceira a sexta décadas de vida. É um tumor benigno, exibindo grande diversidade arquitetónica e citomorfológica, cuja etiologia não é conhecida. Entre as glândulas salivares major, a parótida é o local mais comum de ocorrência deste tumor (70-80%) sendo menos frequentemente encontrado na glândula salivar submandibular (10%) e na glândula sublingual (1%). Quanto às glândulas salivares minor (5-10%), o palato e o lábio são os locais mais comuns. Outros locais incluem o nariz, seios paranasais e laringe, sendo raramente encontrado em tecidos glandulares salivares ectópicos. Os tumores múltiplos são incomuns, com maior incidência tumores metacrónicos e síncronos. Os sintomas e sinais dependem da sua localização. Apresenta-se geralmente como uma tumefacção firme, indolor, de crescimento lento, recoberta por mucosa íntegra e de coloração normal. No entanto, em alguns casos, pode exibir crescimento rápido, ulceração e grande extensão. O diagnóstico é feito relacionando aspectos clínicos, imagiológicos e histológicos. A abordagem terapêutica destes tumores pode ser variada mas passa, na maioria das vezes, pela exérese cirúrgica. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 74 anos, encaminhada para consulta de Estomatologia por tumefacção cervical com 1 ano de evolução. À observação inicial apresentava um nódulo na região submandibular direita com cerca de 3x2cm, duro-elástico, indolor, não-aderente aos planos profundos, com pele suprajacente íntegra e de normal coloração. O estudo imagiológico e o resultado da punção aspirativa de agulha fina foi compatível com adenoma pleomórfico, tendo sido submetida

a sialoadenectomia submandibular direita. Descreve-se todo o processo envolvido no diagnóstico, tratamento e seguimento da doente. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico destes tumores é frequentemente tardio pelo seu crescimento indolente e sintomatologia fruste. Para a maioria dos doentes com tumores benignos e bem circunscritos, o prognóstico é excelente após a ressecção cirúrgica. No entanto, a recorrência pode ocorrer. Não pode ser menosprezada a possibilidade de transformação maligna em carcinoma ex-adenoma pleomórfico que ocorre em 2-7% dos casos.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.483>

#020 Angina bolhosa hemorrágica – Relato de um caso clínico



Cláudia Mata*, Ana Teresa Coelho, Sara Fontes, Paulo Palmela, Nuno Zeferino Santos, Francisco Salvado

CHULN

Introdução: A Angina Bulhosa Hemorrágica (ABH) é uma entidade rara e benigna caracterizada pelo aparecimento súbito de bolhas solitárias indolores, preenchidas com sangue, ao nível da camada subepitelial da mucosa oral (frequentemente palato mole), que rapidamente expandem e sofrem ruptura espontânea em 24-48 horas. De etiologia mal esclarecida, alguns autores sugerem o trauma menor da mucosa como principal fator causal. Também a utilização a longo prazo de corticoides inalados poderá relacionar-se com a indução de atrofia e fragilidade mucosa. É relatada uma maior incidência de ABH em doentes com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial (HTA), contudo ainda não foi estabelecida relação causal. Não tem relação com discrasias hemorrágicas ou patologia vesículo-bolhosa, não revelando alterações analíticas. Quando a apresentação é típica, o diagnóstico é clínico, reservando-se a realização de biópsia e imunofluorescência direta para casos duvidosos. Tem resolução espontânea, pelo que o tratamento é de suporte, visando a prevenção da infeção e a potencialização da cicatrização. Deve ser feita a incisão de lesões maiores com risco de obstrução da via aérea. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 72 anos, com antecedentes de DM tipo II e HTA medicadas, que recorreu ao serviço de urgência por rutura de bolha de conteúdo hemorrágico no palato mole com 30 mm de maior eixo, indolor. Referia aparecimento da lesão nesse mesmo dia após ingestão de pão com sensação prodrômica de “picada”. Descreve história prévia de episódios semelhantes, recorrentes desde 2011, de carácter auto-limitado, associados à mastigação de alimentos duros, em múltiplas localizações na mucosa oral e de menores dimensões que a lesão descrita. Ao exame objetivo, não apresentava hemorragia ativa que necessitasse de cuidados urgentes. Avaliação analítica realizada sem alterações, nomeadamente, trombocitopenia ou outros distúrbios hematológicos. Medicou-se sintomaticamente, com resolução e cicatrização da lesão ao fim de duas semanas, sem complicações. **Discussão e conclusões:** Pela apresentação clínica típica descrita na literatura e por ausência de patologia hematológica, foi feito o diagnóstico clínico de angina bolhosa hemorrágica, sem necessidade de realização de biópsia. Com a apresentação deste caso clínico

co pretende-se alertar para a existência desta patologia pouco frequente e que, apesar do seu carácter benigno e auto-limitado, poderá apresentar complicações graves como obstrução aguda da via aérea.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.484>

#021 Osteonecrose mandibular induzida por bifosfonato oral – caso clínico



Ivan Cabo*, Beatriz Dominguez, Maria J. Morais, Pedro Dias Ferraz, Jorge Ermida, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Os bifosfonatos orais têm sido amplamente utilizados no tratamento da Osteoporose, bem como no controle de metástases ósseas. A osteonecrose dos maxilares é uma complicação da terapêutica com bisfosfonatos, em que as exodontias podem exponenciar o aparecimento das lesões. O seu tratamento é ainda um desafio, mas a abordagem terapêutica deve ser feita de acordo com o estadio da doença. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 75 anos, referenciada ao Serviço de Estomatologia do CHUC, por lesão oral com 6 meses de evolução, após múltiplas exodontias. Referia desconforto à mastigação e incapacidade de usar a prótese inferior. Nos antecedentes destacava-se um quadro de Osteoporose medicada há 13 anos continuamente com ácido ibandrónico oral 150mg, e ainda Diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico, constatou-se uma exposição óssea na região lingual do 3.º quadrante, com 35 mm de maior eixo, aderente e sem sinais de inflamação ou infeção nos tecidos adjacentes. A ortopantomografia demonstrava área osteolítica no corpo mandibular esquerdo. Estabelecido o diagnóstico de osteonecrose por bifosfonato oral, em estadio I, optou-se primeiramente por suspender a toma do bifosfonato, motivar para a higiene oral e instruir a aplicação tópica de gel de clorohexidina 0,2%, 3 vezes/dia. Após 3 meses, por o quadro se manter sobreponível, decidiu-se confeccionar uma goteira oclusal inferior, para permitir a colocação e manutenção do gel durante mais horas, e por outro lado, para aliviar o desconforto sentido na mastigação. Após 2 semanas, o sequestro apresentava já alguma mobilidade e após mais 2 semanas, este tinha-se desprendido espontaneamente. A região onde anteriormente ele estava localizado, apresentava-se completamente epitelizada e a doente assintomática. **Discussão e conclusões:** A utilização de bifosfonatos orais apresenta um menor risco de osteonecrose dos maxilares quando comparada com a sua administração por via endovenosa. Contudo, a duração do tratamento parece ser um dos fatores de risco mais relevante, pois o risco aumenta com o tempo de exposição. Neste caso clínico, o uso prolongado do bifosfonato oral, e a realização de múltiplas exodontias, num quadro de Diabetes mellitus, culminaram no aparecimento da lesão osteonecrotica mandibular. Porém, o diagnóstico num estadio inicial e a boa adesão ao tratamento conservador prescrito, associado à suspensão do bifosfonato, tornaram possível uma completa cicatrização da lesão e um aumento da qualidade de vida da doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.485>