

#027 Abscesso cerebral de origem odontogénica – um diagnóstico difícil



Diana Breda*, Olga Vascan, Maria Rodrigues, Ana Boyé de Sousa, Manuela Carrilho, Francisco Marques

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Med. Dentária da Universidade de Coimbra

Introdução: As infeções de origem odontogénica têm sido ocasionalmente associadas ao surgimento de abscessos cerebrais. Apesar de raras são condições com risco de vida. Existem várias situações que podem estar associadas, como a gengivite, periodontite e também procedimentos dentários como extrações, tratamentos endodônticos e cirurgia oral. No entanto pode não existir história prévia de procedimentos na cavidade oral ou o doente não apresentar queixas álgicas de origem dentária. **Descrição do caso clínico:** Doente 46 anos, sexo masculino, previamente saudável, com cefaleia frontal esquerda com 6 dias de evolução e agravamento progressivo, com episódios recorrentes de confusão. Nega história de trauma e outras queixas, com apirexia mantida. Realizou Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica e posteriormente Ressonância Magnética que revelou lesão expansiva intra-axial temporal esquerda com cerca de 45x24mm, com efeito de massa sobre o ventrículo lateral esquerdo e discreto desvio direito da linha média, imagem esta sugestiva de abscesso temporal esquerdo. Analiticamente apresentava apenas Proteína C Reactiva de 2.89mg/dL. Foi feita drenagem imediata de coleção abcedada e o isolamento microbiológico do produto colhido identificou *Streptococcus constellatus* e *Fusobacterium nucleatum*. Iniciou tratamento empírico com antibiótico. Durante o internamento realizou ortopantomografia que revelou um quisto peri-apical em relação com 16, tendo-se efetuado extração do dente. **Discussão e conclusões:** Para o diagnóstico de abscesso cerebral de origem odontogénica devem ser excluídos outros focos de bacteriemia, os microorganismos isolados devem ser característicos da cavidade oral e presença de sinais clínicos e radiográficos de patologia de origem dentária ou periodontal. A via hematogénica é considerada o principal mecanismo fisiopatológico de disseminação, e prova disso é a ausência de predileção na lateralidade dos focos odontogénicos. No entanto esta disseminação também pode ocorrer por contiguidade ou drenagem venosa. O presente caso mostra a importância do isolamento microbiológico e a identificação e exclusão de causas possíveis para o abscesso cerebral, bem como o tratamento atempado desta patologia que pode ser fatal se não tratada devidamente. Neste caso o isolamento do *F. nucleatum* reporta-nos para patologia dentária pela sua frequência habitual. Também estão descritas melhoras clínicas após eliminação dos focos dentários da cavidade oral.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.491>

#028 Fístula oro-cutânea de origem odontogénica – relato de caso clínico



Manuel Guedes*, Francisca Castro-Lopes, Daniela Rolo, Fernando Milheiro, Rui Moreira, Asdrúbal Pinto

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: Uma fístula oro-cutânea consiste numa comunicação patológica entre a cavidade oral e a pele. Existem vá-

rias causas para a sua ocorrência, embora a mais frequente resulte de um processo infeccioso crónico dos tecidos periapicais. Cerca de 80% dos casos ocorrem na mandíbula, sendo a fistulização dos molares/pré-molares preferencialmente para o corpo da mandíbula e a dos incisivos/caninos para o mento. **Descrição do caso clínico:** Homem de 65 anos, referenciado pelos cuidados de saúde primários, por abscessos dentários de repetição. Ao exame objetivo apresentava múltiplos dentes cariados e formação nodular na hemiface direita, com descarga purulenta à palpação intra/extra oral dos tecidos adjacentes. Na ortopantomografia realizada, objetivava-se dente 4.3 extensamenteariado, com processo apical crónico associado e aparente esboço de trajecto fistuloso, compatível com a situação clínica exibida pelo doente. Tendo recusado tratamentos conservadores, foi proposto para exodontias múltiplas em bloco sob anestesia geral e reavaliado ao final de 1 mês. Por manter fistula oro-cutânea e queixas de ordem estética, procedeu-se à realização de fistulectomia em regime de ambulatório sob anestesia local. Na consulta pós-operatória ao 1 e 3 meses observava-se resolução completa do trajecto fistuloso e excelente cicatrização dos tecidos, ficando com indicação para massajar diariamente a cicatriz e realizar a sua reabilitação oral assim que possível. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico de um trajecto fistuloso no contexto de uma infecção odontogénica crónica pode por vezes constituir um desafio. As lesões cutâneas nem sempre surgem em estreita proximidade com a infeção subjacente, e apenas cerca de 50% dos doentes se recordam de uma correlação temporal entre o seu desenvolvimento e uma dor de origem odontogénica. As fístulas oro-cutâneas podem ser fonte de desconforto considerável para os doentes, quer pela descarga contínua de conteúdo purulento e/ou de saliva, quer pelo compromisso estético que acarretam. O tratamento de primeira linha deve passar pela remoção do foco infeccioso – desejavelmente e sempre que possível, através do tratamento endodôntico radical do dente envolvido ou, como último recurso, pela exodontia do mesmo. Nos casos em que existe uma cicatrização aberrante ou que, pela cronicidade do processo, o trajecto fistuloso se torna fibrosado e fonte de queixas, está indicada a realização de fistulectomia, tal como foi preconizado neste caso.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.492>

#029 Múltiplos queratoquistos odontogénicos: um caso de síndrome de Gorlin



Juliana Medeiros Almeida*, Pedro Cabeça Santos, Francisco Azevedo Coutinho, Mariana Magalhães Maia, Carina Ramos, Nuno Gil

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A síndrome de Gorlin (S. Gorlin) é uma doença hereditária autossómica dominante rara, causada por mutações no gene supressor tumoral PTCH (9q22.3-q31). Um dos aspetos clínicos mais comuns desta entidade, corresponde ao desenvolvimento de múltiplos queratoquistos odontogénicos, que ocorrem em mais de 90% dos doentes e devem motivar a exclusão desta patologia. Outras alterações presentes em mais