

de metade dos doentes, correspondem a múltiplos carcinomas basocelulares, quistos epidermóides, pitting palmo-plantar, calcificações intracranianas, anomalias das costelas e das vértebras e fácies característica (aumento do perímetro craniano, hipertelorismo e bossa frontal proeminente). A ocorrência de meduloblastoma, embora menos frequente, não é incomum.

Descrição do caso clínico: Doente do género masculino, 9 anos de idade, com antecedentes de meduloblastoma e S. Gorlin confirmado geneticamente, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de São João por tumefação intraoral. Objetivou-se: fácies compatível com S. Gorlin; dentição mista com alterações da forma (dentes conóides e microdentes); abaulamento vestibular no 1.º quadrante distal a 1.2; e abaulamento vestibular abrangendo todo o 5.º sextante. Ambas as tumefações exibiam consistência dura e não eram observáveis fistulas. A ortopantomografia revelou uma lesão radiotransparente multiloculada no 5.º sextante, condicionando desvio inferior de 4.3 inclusivo e levantava suspeita sobre a existência de lesões nos restantes sextantes. Por este motivo, foi realizada uma tomografia computadorizada, que revelou a existência de 3 lesões líticas: na sínfise mentoniana (29x14 mm); no 1.º quadrante (12x9mm) condicionando desvio anterior de 1.3 inclusivo; e outra em relação com 2.3-2.4. Procedeu-se a descompressão quística da lesão da sínfise mentoniana, dadas as suas dimensões e efetuou-se biópsia da parede quística, cuja análise anatómopatológica foi compatível com queratoquisto odontogénico.

Discussão e conclusões: O comportamento dos queratoquistos odontogénico na S. Gorlin é semelhante ao dos casos não síndromicos, podendo cursar com intercorrências infecciosas e deformidade facial (grande potencial de crescimento). Deste modo, torna-se imperativa a excisão destes quistos. Dadas as dimensões da lesão mandibular, efetuou-se descompressão quística prévia, de modo a reduzir o risco de fratura inerente à excisão. A recorrência é muito comum, pelo que o seguimento a longo prazo é essencial.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.493>

#030 Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para o tratamento da recessão gengival



Olga Vascan*, Diana Breda, Melissa Marques, Maria Morais, Francisco Marques, José Pedro Figueiredo

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

Introdução: A recessão gengival pode ser definida como a localização apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, ocasionando exposição da superfície radicular. Múltiplas ou isoladas, as recessões gengivais têm diversos fatores desencadeantes, como inflamação, escovagem traumática, mal-posicionamento dentário e fatores iatrogénicos; sendo necessária a sua resolução antes do tratamento. A terapêutica é influenciada pelas quantidade de gengiva queratinizada, espessura gengival, lesões cervicais, altura/largura das papilas. O tratamento mais indicado é a cirurgia de enxerto gengival de epitélio (enxerto gengival livre) e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Relatamos um caso clínico de

uma cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica de tunelização. **Descrição do caso clínico:** do Homem, 48 anos, referenciado por sensibilidade dentária no dente 31 e comprometimento estético relacionado com recessão gengival com 5mm. No status radiográfico não se verificou perda óssea interproximal. Esta recessão gengival corresponde ao RT1- (Caton, 2018) ou classe II de Miller. Neste caso, optou-se por cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica de tunelização. Realizada antisepsia muco-cutânea, procedeu-se à anestesia terminal infiltrativa e incisão intrasulcular no dente 31 sem envolvimento das papilas adjacentes. Após desbridamento radicular com curetas de Gracey, com o bisturi de tunelização preparou-se o túnel para o enxerto conjuntivo até aos dentes contíguos. Com o leito receptor preparado, foi obtido o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato pela técnica de envelope de Zucchelli. Com o enxerto posicionado, foram realizadas suturas com fio monofilamento (removidas ao 20.º dia do pós-operatório). Presentemente, o doente encontra-se no 2.º mês de seguimento, não apresentando qualquer recidiva. **Discussão e conclusões:** A selecção da técnica cirúrgica depende de cada caso. O objetivo do recobrimento radicular visa a obtenção de um bom resultado estético, prevenção de cárie radicular e eliminação de sensibilidade, possibilitando, assim, uma melhor higienização. No caso abordado, conseguiu-se um aumento de gengiva queratinizada com um bom recobrimento radicular, que conduziu a uma diminuição significativa da hiper-sensibilidade dentinária e a uma melhoria significativa da estética.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.494>

#031 Quando um abscesso odontogénico se revela um linfoma: relato de caso clínico



Cristina Moreira, Isabel Magalhães, Carina Ramos, Teresa Corrales*, Sónia Viegas

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Os linfomas constituem uma patologia maligna heterogénea, caracterizada pela proliferação de células linfóides ou seus precursores. Representam 2,2% de todas as neoplasias malignas da cabeça e pescoço, sendo apenas ultrapassados pelo carcinoma epidermóide. O seu diagnóstico é desafiante por poderem mimetizar diversas patologias, como abscesso odontogénico, doença periodontal, osteomielite ou mesmo outras neoplasias. **Descrição de caso clínico:** Género feminino, 87 anos, antecedentes de hipertensão arterial, hipotiroidismo e fibrilhação auricular. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação submandibular direita dolorosa, com 2 meses de evolução e agravamento nas últimas 3 semanas, após extração dentária no 4.º quadrante. Havia cumprido antibioterapia (Amoxicilina Ácido Clavulânico seguida de Clindamicina) sem melhoria. Realizou TC maxilofacial revelando eventual processo inflamatório, pelo que foi internada para antibioterapia endovenosa. Ao 4.º dia, por manutenção do quadro, foi pedida observação por Estomatologia: tumefação submandibular direita, dura, sem sinais inflamatórios ou flutuação; intraoralmente sem drenagens ou abaulamentos. Após