

discussão com Radiologia, pedida TC com contraste, que não conseguiu excluir neoplasia maligna. Realizada biópsia aspirativa, cuja citologia e imunohistoquímica apontaram para processo linfoproliferativo. De seguida, uma biópsia ganglionar cervical confirmou o diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B. A doente foi orientada para Consulta de Hemato-Oncologia e iniciou quimioterapia. **Discussão e conclusões:** Os linfomas não apresentam predileção de género e manifestam-se geralmente após a 7.ª década de vida. Pela sua raridade, todos os relatos de caso são importantes para cimentar o conhecimento existente. Os achados intraorais mais frequentes incluem ulcerações, dor, edema e mobilidade dentária, enquanto extraoralmente se pode objetivar assimetria facial e linfadenopatias cervico-faciais, mimetizando outras patologias e levando muitas vezes a longos e ineficazes cursos de antibióticos, como neste caso. O atraso no diagnóstico e o tratamento incorreto conduzem, inevitavelmente, ao agravamento do prognóstico. É necessária elevada suspeição clínica, sendo a imagiologia uma ajuda na orientação diagnóstica. Contudo, a confirmação requer exame anatomopatológico. O Linfoma Difuso de Grandes Células B é agressivo e de curso clínico variável, embora remissões iniciais de 60-80% sejam relatadas com quimioterapia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.495>

#032 Hiperplasia Gingival: Excisão Cirúrgica vs Laser CO2 – a propósito de um caso



Daniela Rêlo*, Manuel Guedes, Fernando Milheiro, Ana Teresa Carapenha, Francisca Castro Lopes, Rui Moreira

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A hiperplasia gengival, de etiologia multifactorial, consiste num crescimento anormal dos tecidos gengivais. O seu tratamento, variável consoante a causa, deve incluir medidas profiláticas locais para minimizar os efeitos inflamatórios e/ou sistémicos mas também alguns procedimentos cirúrgicos como excisão cirúrgica convencional e laserterapia. Este trabalho pretende apresentar um caso de hiperplasia gengival num contexto de Neurofibromatose tipo 1 (NF1) com compromisso estético, em que se realizou a excisão de lesões através de dois diferentes métodos: excisão cirúrgica a frio e através de laser de CO2. **Descrição do caso clínico:** Doente de 17 anos, do género feminino, com antecedentes de NF1, referenciada à consulta de Estomatologia por apresentar hiperplasia gengival nodular generalizada, de consistência fibrosa, indolor e aumento das papilas fungiformes da língua, com vários anos de evolução. De forma a promover a componente estética e a melhoria no controle da saúde periodontal, realizou-se gengivectomia com bisturi, ao nível dos molares superiores do 2.º quadrante. Pela dificuldade sentida na hemostase durante o procedimento, realizou-se posteriormente, vaporização com laser pulsado de CO2 no lado contralateral. Recentemente, foi proposta para laserterapia sob anestesia geral para gengivectomia dos quatro quadrantes tendo, entretanto, recusado o procedimento por se encontrar satisfeita com os resultados obtidos. **Discussão e conclusões:** Apesar de infrequente, o envolvimento gengival

na NF1 não pode ser desvalorizado, apresentando, para além de um desconforto local e estético, um potencial para complicações neurológicas e transformação maligna (5%). Os neurofibromas podem ser removidos por remoção cirúrgica simples e laser de CO2. Neste caso, a utilização do laser de CO2 mostrou-se mais simples, rápida e com maior conforto para a doente, principalmente pelo controlo hemorrágico durante o procedimento. A cicatrização dos tecidos também se demonstrou de melhor qualidade, contudo, mais morosa e associada a maior sensação dolorosa, contrariando os resultados descritos em alguns estudos. É igualmente importante referir que o volume de tecido excisado na região submetida ao laser foi menor, podendo limitar a escolha deste procedimento. Podemos, assim, concluir que, pelo nível de conforto do operador e do doente, o laser de CO2 pode ser recomendado na cirurgia oral para a excisão de lesões de tecidos moles em doentes seleccionados.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.496>

#033 Adenoma pleomórfico do palato – a propósito de um caso clínico



José Ricardo Ferreira, Ana Teresa Coelho*, Cecília Franco Caldas, Miguel Amaral Nunes, Dolores López-Presa, Francisco Salgado

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Anatomia Patológica, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Estomatologia

Introdução: O adenoma pleomórfico é o mais frequente dos tumores de glândulas salivares. Em média, ocorre aos 45 anos e é mais frequente em homens. Afeta principalmente a glândula parótida, mas pode também atingir as glândulas salivares menor, mais frequentemente no palato. Apresenta-se como uma massa de crescimento lento e indolor, de superfície lisa e em forma de cúpula, aderente aos planos adjacentes. Histologicamente, é constituído por células ductais epiteliais e mioepiteliais, revestindo-se de uma cápsula de tecido conjuntivo, frequentemente incompleta ou infiltrada por células tumorais. O seu tratamento envolve a excisão do tumor com margens negativas. A recorrência é rara e o risco transformação maligna é de 5%, mais frequente em casos avançados. **Descrição do caso clínico:** Homem de 45 anos, evacuado de São Tomé e Príncipe por lesão expansiva no palato com 3 anos de evolução, sem dor ou outros sintomas. Observava-se massa volumosa na vertente direita do palato duro, ultrapassando a linha média, de consistência fibroelástica, limites aparentemente bem definidos e fixa face aos planos adjacentes. A palpação cervical foi inocente. Colocou-se a hipótese diagnóstica de tumor de glândulas salivares menor do palato e solicitou-se ortopantomografia (OPG) e tomografia computadorizada (TC) maxilofacial. Sob anestesia local, fez-se biópsia da lesão com bisturi circular, que revelou adenoma pleomórfico. A OPG não revelou lesões ósseas e a TC mostrou lesão de contornos arredondados, com 4 cm de maior diâmetro, centrada na metade posterior do palato à direita, elevando o pavimento e remodelando as paredes ósseas das fossas nasais e seio maxilar direito. Realizou-se res-

sonância magnética, que excluiu disseminação perineural. Sob anestesia geral, procedeu-se a excisão do tumor com margens de 5 mm e encerramento com retalhos locais. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de adenoma pleomórfico, com margens livres de lesão. Aos 9 meses de pós-operatório, o doente encontra-se assintomático e sem sinais de recidiva. **Discussão e conclusões:** O adenoma pleomórfico é um tumor benigno de crescimento lento que, quando tratado adequadamente, tem excelente prognóstico. Este caso, com três anos de evolução, releva a importância do diagnóstico e referência precoce a um Serviço de Estomatologia, dotado de clínicos experientes e capacitados para o diagnóstico e tratamento cirúrgico dos tumores da região oromaxilofacial.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.497>

#034 Tumores síncronos da cavidade oral e pulmão: da literatura para a clínica



Cristina Moreira*, Mariana Maia, Joaquim Ferreira, Lia Jorge, Teresa Corrales, Sónia Viegas

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

Introdução: O aparecimento crescente de tumores primários múltiplos tem despertado cada vez mais interesse e poderá, em parte, ser explicado pela melhoria dos exames complementares de diagnóstico e das terapêuticas disponíveis. Os tumores síncronos partilham fatores etiológicos comuns (principalmente tabaco e álcool) e discute-se atualmente o papel da suscetibilidade genética, nutrição e estado imunológico. O carcinoma de células escamosas (CCE) da cabeça e pescoço é acompanhado por um segundo tumor primário (da cabeça e pescoço, esôfago ou pulmão) em 10-40% dos casos. No caso do pulmão, o tipo histológico mais comum é o CCE, sendo o adenocarcinoma e o carcinoma de pequenas células menos comuns. **Descrição do caso clínico:** Género masculino, 65 anos, com antecedentes de apneia do sono, fibrilhação auricular e tabagismo (45UMA), em estudo por massa hilar direita. Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsias que revelaram adenocarcinoma do pulmão. Para estadiamento, realizou PET que demonstrou metástases pulmonares esquerdas, ganglionares bronco-hilares direitas e mediastínicas, na suprarrenal direita e ósseas (úmero e omoplata direitos, costelas, ilíacos e fémur esquerdo) bem como hiper captação mandibular esquerda. Foi, assim, enviado à Consulta de Estomatologia. Objetivamente destacava-se lesão ulcerada, friável, 40x20mm, no rebordo alveolar do 3.º quadrante e tumefação submandibular esquerda, dura e aderente aos planos profundos. Realizada biópsia incisional da lesão, cuja histologia revelou carcinoma epidermóide invasivo. O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, assumindo-se que a metastização difusa seria de origem pulmonar e propondo-se tratamento primário da neoplasia do pulmão e estadiamento da neoplasia da mandíbula (TC maxilofacial e pescoço e citologia cervical). **Discussão e conclusões:** Tumores síncronos representam não só um desafio à compreensão da carcinogénese oral, mas também um pro-

blema clínico importante pelo impacto na qualidade de vida e sobrevida global. Este caso pretende alertar para esta temática cada vez mais presente na prática clínica diária, quer pela evolução nos tratamentos oncológicos e consequente aumento da esperança de vida, quer pela melhoria nos métodos de diagnóstico. É necessário mais estudos para encontrar fatores de risco e marcadores genéticos e histopatológicos que possam identificar doentes de elevado risco que devam ser submetidos a programas de rastreio, quimioprevenção e tratamento precoce.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.498>

#035 Hiperplasia endotelial papilar intravascular oral: a propósito de um caso clínico



Mariana Magalhães Maia*, Pedro Cabeça Santos, Juliana Medeiros Almeida, Cristina Moreira, Rita Martins, Nuno Gil

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

Introdução: A hiperplasia endotelial papilar intravascular é uma lesão vascular reativa caracterizada por proliferação endotelial excessiva no interior de vasos sanguíneos. Pode associar-se a trombos em organização ou ser secundária a outras lesões vasculares (hemangiomas e granulomas piogénicos). É um achado incomum na cavidade oral, onde os lábios são o principal local afetado. Clinicamente, apresenta-se sob a forma de nódulos azulados, de aspeto semelhante a hemangiomas, mucocelos e varicosidades. A sua principal particularidade é a semelhança histológica com o angiossarcoma, podendo ser erradamente interpretada como uma neoplasia maligna. **Descrição do caso clínico:** Género feminino, 56 anos, caucasiana, antecedentes de insuficiência renal crónica e doença bipolar. Encaminhada para consulta de Estomatologia por tumefação lingual direita, com várias semanas de evolução e aumento progressivo de volume. Nega traumatismo local. Objetivou-se uma tumefação nodular no terço posterior do dorso da hemilíngua direita, bem delimitada, de cor azulada, consistência duro-elástica, indolor à palpação e sem alteração da mucosa de revestimento. A ressonância magnética confirmou a presença de uma formação nodular com 12 mm de maior eixo, que não cruzava a linha média. A doente foi submetida a biópsia excisional, cujo estudo anatomopatológico evidenciou uma lesão vascular compatível com hiperplasia endotelial papilar intravascular. Até à data não houve registo de recorrência. **Discussão e conclusões:** A etiologia da hiperplasia endotelial papilar intravascular permanece desconhecida, sendo a proliferação endotelial a partir de uma reação inflamatória crónica ou a irritação decorrente de traumatismo local possíveis agentes causais. É mais comum no género feminino e, na cavidade oral, os lábios e língua são os locais mais frequentemente afetados. O seu carácter clínico inespecífico dificulta o diagnóstico, face à existência de outras lesões de aspeto macroscópico idêntico que são mais frequentes. O diagnóstico definitivo requer um exame histopatológico, distinguindo-se do angiossarcoma por não apresentar atipia celular, áreas de necrose ou padrão de crescimento invasivo,