

lábio palatina submetido a expansão lenta maxilar. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 15 anos de idade, apresentou-se à consulta do Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para correção da má oclusão associada à fenda lábio-palatina esquerda. A doente foi submetida a queiloplastia aos 4 meses e a uranoplastia aos 3 anos de idade. À observação intra-oral, apresentava: classe I de angle à direita e classe II à esquerda; mordida cruzada posterior esquerda; agenesia do 22; e apinhamento anterior na arcada inferior. O plano de tratamento consistiu num aparelho expansor (quad-helix), seguido de enxerto ósseo secundário e, posteriormente aparatologia fixa multibrackets roth 0,18. **Discussão e conclusões:** A expansão maxilar contribui para o aumento da largura da cavidade nasal, do maxilar e, conseqüentemente da fenda palatina. O protocolo de expansão rápida e lenta são ambos eficazes no tratamento da discrepância transversal em doentes portadores de fenda lábio palatina. No entanto, o protocolo de expansão lenta preconiza forças mais leves e contínuas, o que permite uma maior integridade sutural durante a expansão, menor dano e hemorragia, desprogramação da postura e resultados mais estáveis a longo prazo. Estes fatores possibilitam uma terapêutica mais cómoda e menos dolorosa para os doentes. Em doentes portadores de fenda lábio palatina, a escolha pela expansão maxilar lenta, permite uma expansão mais fisiológica, evitando a necrose/dano dos tecidos adjacentes à região da fenda.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.746>

#023 Lipoma da cavidade oral- A propósito de um caso clínico



Carina Pires Gonçalves*, Eduardo Simões Ventura, Hugo Martins Marques, Sílvia Dionísio, Nuno Durão, Miguel Vicente

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: Lipomas são os tumores benignos mesenquimais mais comuns, compostos de adipócitos maduros. São frequentes na região de cabeça e pescoço, mas raros na cavidade oral, representando 1% a 4% das lesões benignas nesta cavidade. A mucosa jugal é a localização mais habitual. Apresentam maior incidência no sexo feminino e entre a 4.º e a 7.º década de vida. A sua etiologia é idiopática. O lipoma simples e o fibrolipoma, são as variantes histopatológicas mais comuns, na cavidade oral. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, com 49 anos, é referenciado à consulta externa de Cirurgia Maxilo-Facial, por massa na região mandibular direita, com crescimento progressivo ao longo de 2 anos. O doente apresenta ao exame objetivo apenas abaulamento da mucosa jugal direita. Esta massa é unitária e sésil, indolor, consistência elástica e infiltração profunda à palpação, com 6-7cms de diâmetro e de limites bem definidos. Foi realizada ecografia e TC maxilo-facial, com posterior excisão total da lesão, via endobucal, sem intercorrências. O exame anatomopatológico estabeleceu o diagnóstico definitivo de lipoma simples. O doente não apresenta danos morfológicos, funcionais ou recidiva. **Discussão e conclusões:** Perante os

dados epidemiológicos, o quadro clínico e as características da lesão, o diagnóstico a ser colocado é de lipoma. No entanto, há que equacionar outros diagnósticos, dada a profundidade da lesão, como: fibroma, tumor de células granulares, neoplasia de glândulas salivares, quisto dermoide, quisto linfoepitelial oral e outros tumores benignos dos tecidos moles. O diagnóstico de lipoma é clínico sendo o diagnóstico definitivo estabelecido pelo exame anatomopatológico. Esta hipótese diagnóstica é sustentada por o quadro clínico ser insidioso e por esta lesão ser unitária, mole, indolor e com crescimento lento. Apesar dos lipomas poderem ocorrer em todas idades, são mais frequentes entre a 4.º e a 7.º década de vida, o que apoia esta hipótese. Também a localização da lesão, corrobora a hipótese de lipoma, porque, apesar de poderem ser encontrados em várias localizações (lábio inferior, região retromolar, língua, pavimento, palato), a mucosa jugal é a localização mais frequente. Apesar do crescimento dos lipomas orais ser limitado, podem atingir grandes dimensões, o que pode interferir com a fala e a mastigação havendo a necessidade de tratamento. A excisão cirúrgica simples é o tratamento de eleição, sendo a recidiva e a transformação maligna raras.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.747>

#024 Eritroleucoplasia – a propósito de um caso clínico



Olga Vascan*, Maria J. Morais, Ana M. Marques, João M. Oliveira, Francisco J. D. Marques, José P. Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Eritroleucoplasia é definida pela OMS como “uma placa ou mancha branca e vermelha que não corresponde clínica ou histologicamente a nenhuma doença conhecida”. É uma lesão oral rara, de etiologia desconhecida, em que o tabaco, o álcool e a nutrição, combinados ou não, parecem ser factores predisponentes. A taxa de malignização varia consoante os estudos, sendo reportados valores entre 5,2% e 55%, com taxas mais elevadas nos não fumadores. Localiza-se com mais frequência na língua, comissuras labiais e pavimento bucal, podendo ou não estar associada a dor ou disfagia. **Descrição do caso clínico:** Senhora de 62 anos, observada na consulta externa Serviço de Estomatologia por lesão leuco-eritematosa da língua com cerca de 6 meses de evolução, indolor. Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes. Ao exame clínico, observou-se placa leuco-eritoplásica no bordo esquerdo da língua, textura rugosa, de consistência mole, depressível, não infiltrada com cerca de 4,5 x 3 cm. Na primeira consulta, com base na história clínica e exame objetivo estabelece-se um diagnóstico clínico de eritroleucoplasia. Foi explicada a situação à doente e procedeu-se a um desgaste selectivo dos dentes contíguos para eliminar qualquer traumatismo. Após 3 semanas, marcou-se consulta de reavaliação, não se observou regressão da lesão. Foi decidido realizar biopsia excisional da lesão, e envio da peça para estudo anatomo-patológico. O re-

sultado revelou, presença de displasia epitelial oral moderada a severa, com diagnóstico anatomo-patológico de eritroleucoplasia. Após uma semana de pós-operatório, observou-se melhoria clínica e boa cicatrização. Na consulta no segundo mês de pós-operatório, mantinha boa cicatrização e pequenas lesões brancas na zona posterior à excisão. Após a última avaliação decidiu-se manter a doente sob vigilância trimestral e intervir caso ocorram modificações o justifiquem. **Discussão e conclusões:** a detecção e o diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas faz parte do exame de Estomatologia. No que diz respeito ao tratamento, a melhor abordagem consiste na combinação da observação clínica com a eliminação dos possíveis fatores etiológicos e controlo da lesão após 2-4 semanas. Caso a lesão persista procede-se à biópsia, com envio da peça para estudo anatomo-patológico, para obter-se o diagnóstico definitivo. O diagnóstico é fundamental para instituição do tratamento. Deve manter-se um follow-up por tempo indefinido em intervalos que variam de 3-6 meses.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.748>

#025 Parotidite Juvenil Recorrente: relato de um caso clínico



Gabriela Pinheiro*, Duarte Amaro, Carolina Carreiro, Salomé Cavaleiro, Joana Alves

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A parotidite recorrente juvenil é uma condição inflamatória da glândula parótida caracterizada por episódios recorrentes de dor e aumento não supurativo da glândula parótida unilateral ou bilateral. A causa exata ainda permanece desconhecida, embora malformações ductais congénitas, fatores genéticos, alterações imunológicas ou má oclusão dentária tenham sido sugeridos como possíveis fatores contribuintes. **Descrição do caso clínico:** Adolescente de 17 anos de idade, sexo masculino, é enviado à consulta de Estomatologia em setembro de 2019 por parotidites recorrentes, com início na infância, sempre concomitantes com episódios de infeções do trato respiratório superior. Estes episódios cursam com dor que exacerba com a alimentação, redução da quantidade salivar e cacogeusia, associando-se tumefação pré-auricular e sensação de pressão local, que alivia com a drenagem manual da glândula. A recorrência dos episódios tem se tornado mais infrequente, com redução do número de episódios por ano. No momento da consulta apresentava-se sem queixas. O exame objetivo apresentava-se normal. Realizou ecografia das glândulas salivares, destacando-se achados sugestivos de parotidite crónica. Foi observado pela especialidade de Reumatologia e pedido estudo analítico (inclusive anticorpos anti-SSA e anti-SSB e os níveis da enzima conversora da angiotensina que por sua vez apresentavam-se normais), não apresentando no momento critérios de patologia reumatológica inflamatória ou autoimune. **Discussão e conclusões:** A parotidite juvenil recorrente ocorre maioritariamente em rapazes, entre os 4 meses e os 15 anos de idade. O seu diagnóstico é baseado na história, estudo analítico para excluir outras condições pa-

tológicas nomeadamente, parotidite vírica, Síndrome de Sjögren e sarcoidose. Não existe um conjunto amplamente aceite de diretrizes para estabelecer o diagnóstico. Os testes analíticos recomendados incluem os anticorpos (anti-Ro/SSA and anti-La/SSB) e a medição dos níveis da enzima conversora da angiotensina, que são normais na parotidite juvenil recorrente. A ecografia ajuda a suportar o diagnóstico, e é o teste de imagem inicial preferido. O tratamento das crises é sintomático, associando-se antibioterapia se se verificar sobreinfecção, e incentivando-se o reforço hídrico e massagem local de drenagem. Neste caso, o doente mantém-se em seguimento e vigilância periódica, recomendando-se reforço do aporte hídrico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.749>

#026 Tratamento da deformidade dento-esquelética de classe III: Caso clínico



Catarina Nunes*, Inês Francisco, Adriana Guimarães, Leonor Barroso, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Cirurgia Maxilo-facial – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A deformidade dento-esquelética de Classe III caracteriza-se por uma discrepância sagital intermaxilar mesial, apresentando em cerca de 40% dos casos uma retrognatia maxilar combinada com uma prognatia mandibular. Na idade adulta, quando a severidade da discrepância intermaxilar ultrapassa os limites da camuflagem dento-alveolar, o tratamento ideal consiste em Tratamento Ortodôntico combinado com Cirurgia Ortognática. Esta terapêutica permite não só repor a normalidade funcional da mastigação e fala, como a componente estética, contribuindo de forma positiva para a autoestima e a qualidade de vida do doente. Este trabalho pretende descrever passo-a-passo um caso clínico de classe III esquelética submetido a tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino de 19 anos, recorreu ao Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com queixas relativamente à estética facial e oclusão. O doente apresentava uma classe III esquelética com assimetria facial e um perfil hiperdivergente. A terapêutica contemplou aparatologia fixa multibrackets (Roth 0,18) e cirurgia ortognática bimaxilar, com os seguintes movimentos: Le Fort I para avanço maxilar de 5 milímetros e impactação posterior de 3 milímetros; Osteotomia Bilateral Sagital para recuo da mandíbula de 4 milímetros com reposicionamento da assimetria. **Discussão e conclusões:** Dependendo do grau de severidade e da idade do doente, o tratamento da classe III esquelética pode ser ortopédico (na infância), ortodôntico (camuflagem dento-alveolar), ou ortodôntico-cirúrgico. A cirurgia ortognática permite a correção da discrepância intermaxilar através da mobilização das bases ósseas, o que possibilita a melhoria funcional, estética e psicológica do doente. Contudo, apresenta algumas limitações, como o custo associado à intervenção e as complicações pós-cirúrgicas. A decisão da terapêutica a utilizar depende da