

#009 Tratamento endodôntico microcirúrgico de defeitos ósseos classe F – Série de 13 casos



Abayomi O Baruwa, Mariana Domingos Pires*, Ana Beatriz de Cristino Roque Jordão Pereira, Jorge NR Martins, Pedro Cruz, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

Introdução: O objetivo da microcirurgia endodôntica é a eliminação de infecção peri-radicular persistente quando o re-tratamento não cirúrgico não é aconselhável ou exequível. Com elevadas taxas de sucesso associadas, tem vindo a ganhar popularidade enquanto opção terapêutica. No entanto, nos casos com doença periodontal concomitante, a presença de defeitos ósseos verticais aumenta a complexidade do tratamento, implicando muitas vezes a utilização de materiais de substituição ósseos. Nesta série apresentamos 13 casos classificados como classe F de Kim et al. (2006) abordados micro-cirurgicamente, com controlos até 9 anos. **Descrição do caso clínico:** Os procedimentos clínicos foram semelhantes em todos os casos, realizados pelo mesmo clínico sob ampliação com microscópio ótico. Após anestesia infiltrativa foram efetuados retalhos triangulares com incisão ‘papilla-based’, osteotomia para acesso à região periapical e apicectomia não biselada de pelo menos 3mm. A retro-preparação foi feita com recurso a pontas de ultrassons e, após secagem dos canais, foi aplicado MTA para retro-obturação. O material de enxerto ósseo foi autólogo, recolhido da zona da intervenção, ou xenoxenerto bovino, cobertos por uma membrana reabsorvível de colagénio colocada pelo menos 2mm para lá de toda a margem da loca. Os tecidos foram reposicionados com suturas, removidas ao fim de 5/7 dias. Efetuaram-se controlos clínicos 1 mês pós-cirúrgico, e controlos radiográficos a cada 6 meses até à remissão total da lesão. **Discussão e conclusões:** Todos os casos representados correspondem a abordagens microcirúrgicas bem-sucedidas de defeitos classe F, com lesões endo-perio de origem primária endodôntica, com controlos de 3 a 9 anos. Apesar de alguns estudos relacionarem a existência de defeitos apico-marginais com taxas de sucesso inferiores a 50% estas poderiam estar relacionadas com a utilização de técnicas de microcirurgia tradicionais, sem recurso a ampliação e sem aplicação de técnicas de regeneração tecidual guiada. Mais recentemente, foram reportadas taxas de sucesso acima de 83% com a utilização de Bio-Oss como enxerto e Bio-Gide como membrana, semelhante aos resultados obtidos nestes casos. Com um correto diagnóstico e planeamento, existem atualmente técnicas viáveis, e com bom prognóstico, para casos de extensos defeitos periodontais com origem endodôntica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.869>

#010 Lesão mandibular num caso de mieloma múltiplo: Uma abordagem multidisciplinar



Salomé Cavaleiro*, Rita Martins, Lúcia Vieira, Mariana Moreira
Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário São João, Serviço de Imunohemoterapia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução: O mieloma múltiplo apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, incluindo lesões ósseas líticas que tipicamente envolvem o esqueleto axial. O atingimento dos ossos maxilares não é incomum, sendo o ângulo e ramo da mandíbula os locais mais frequentemente afetados. A gestão da morbilidade associada a estas situações nem sempre é fácil, exigindo uma abordagem multidisciplinar, como se relata neste caso. **Descrição do caso clínico:** Um doente do sexo masculino, 52 anos de idade, foi diagnosticado com mieloma múltiplo IgG/kappa (estádio IIIB-SD) com lesões osteolíticas na coluna lombar. Realizou radioterapia lombar (20Gy, 4Gy/dia) e quimioterapia (dexametasona em alta dose, seguida de quatro ciclos de bortezomib/talidomida/dexametasona) com obtenção de resposta completa. Menos de seis meses depois, o doente desenvolveu uma tumefação dolorosa na hemiface esquerda associada a abaulamento intraoral no terceiro quadrante. Foi observado pelo Serviço de Estomatologia, tendo sido requisitada uma tomografia computadorizada craniofacial que revelou uma lesão osteolítica de 36x11mm no corpo da mandíbula à esquerda e uma massa de 40x28mm ocupando os seios esfenoidais, células etmoidais posteriores, cavidade nasal esquerda e seio cavernoso, condicionando reabsorção óssea. Realizou-se uma biópsia da lesão mandibular que mostrou infiltração óssea pelo mieloma múltiplo. Perante o diagnóstico de recidiva precoce e doença extramedular, reiniciou-se radioterapia (30Gy, 3Gy/dia) e quimioterapia com o esquema PACE (2 ciclos). Apesar da diminuição das dimensões da massa sinonasal, a lesão osteolítica mandibular persistiu. Realizou-se escalada terapêutica do esquema de quimioterapia que foi posteriormente suspensa por ausência de resposta. O aumento progressivo da massa mandibular comportou dor intensa e trismo, dificultando a alimentação e causando grande impacto na qualidade de vida. Durante este período foram realizados tratamentos estomatológicos regulares de forma a aliviar a dor orofacial, limitar o risco de infecção local e controlar a hemorragia intraoral. Entretanto o doente foi proposto para cuidados paliativos, vindo a falecer dois anos após o diagnóstico. **Discussão e conclusões:** Este caso enfatiza as dificuldades que podem estar associadas à abordagem de lesões líticas mandibulares no contexto de mieloma múltiplo, destacando a importância de uma abordagem multidisciplinar desta doença.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.870>

#011 Planeamento 3D da distração osteogénica mandibular – Caso clínico



Flávia da Cunha Pereira*, Inês Alexandre Neves Francisco, Francisco Fernandes do Vale

Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A retrognatía mandibular grave é, tradicionalmente, corrigida com recurso à cirurgia ortognática através da Osteotomia Sagital Bilateral, na idade adulta. No entanto, em alguns doentes, e pela gravidade da condição clínica, não é desejável esperar pelo término do crescimento do indivíduo para corrigir a deformidade esquelética. Nestes casos o trata-

mento ortopédico-cirúrgico, através da Distração osteogénica, é o tratamento mais recomendável. A Distração Osteogénica Mandibular (DOM) é um protocolo cirúrgico que permite o deslocamento controlado e direcionado dos fragmentos ósseos separados através de osteotomia, com o objetivo final de obter uma estrutura mandibular maior, mas morfológicamente igual. Este procedimento requer um planeamento rigoroso para melhor controlo da angulação e do vetor de distração do fragmento a ser distraído. O recurso ao planeamento virtual 3D e o uso de modelos estereolitográficos (biomodelos 3D) das estruturas anatómicas permite planear o vetor de distração com maior grau de precisão, bem como planear com precisão a localização da osteotomia, da fixação do dispositivo e do tipo de distrator a utilizar. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico submetido a DOM planeada com recurso a tecnologias 3D. **Descrição do caso clínico:** Doente com 11 anos do sexo masculino, portador de uma classe II esquelética severa por retrognatía mandibular, com as queixas ao nível da mastigação, respiração e ao nível do perfil da face. O plano de tratamento contemplou a DOM para correção da retrognatía mandibular e, posteriormente a colocação de aparatologia fixa bimaxilar roth 0,18 para alinhamento e nivelamento das arcadas. Após a realização da distração mandibular foi possível observar uma melhoria significativa do ângulo ANB de 16.º para 8.º bem como do ângulo SNB de 67.º para 74.º. Em termos faciais, verificou-se uma diminuição significativa da convexidade de perfil. O doente reportou ainda uma melhoria significativa na função mastigatória e na respiração, o que permitiu contribuir para o seu bem-estar físico e emocional. **Discussão e conclusões:** A introdução das tecnologias 3D veio melhorar o planeamento das Distrações Osteogénicas mandibulares pois oferecem aos cirurgiões a capacidade de testar várias hipóteses de tratamento, através da alteração das localizações da osteotomia e das configurações dos distratores, havendo uma previsão imediata do perfil do doente no pós-cirúrgico. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.871>

#012 Reconstrução mandibular por enxerto osteomiocutâneo de perónio



Filipa Silva Marques*, Madalena Prata Ribeiro, Arturo Lopez, Teresa Lopes, Inês Francisco, Francisco Vale

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

Introdução: Os tumores malignos da região da cabeça e pescoço apresentam diversas localizações e são o sexto mais comum. O tratamento cirúrgico está indicado em tumores no estágio inicial e com dimensões ideais para o procedimento cirúrgico. No entanto, o procedimento cirúrgico pode provocar consequências a nível funcional e/ou estético pela ressecção dos tecidos duros e moles. A reconstrução mandibular com recurso a retalho ósseo permite restaurar a continuidade óssea, melhorando a função do doente e, consequentemente a sua qualidade de vida. **Descrição do caso clínico:** Um doente com 20 anos e do sexo feminino recorreu à consulta de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

para avaliação ortodôntica após ablação de tumor na hemimandíbula esquerda em 2015. A doente referiu ter efetuado uma ressecção de tumor maligno na mandíbula esquerda aos 8 anos com radioterapia. A placa de reconstrução colocada após o processo cicatricial foi removida posteriormente devido à presença de uma deiscência. O plano de tratamento apresentado consistiu na realização de um enxerto osteomiocutâneo uma vez que a distração osteogénica não seria um procedimento viável, pois a doente tinha realizado previamente radioterapia e o defeito ósseo apresentava grandes dimensões. Após a realização do enxerto, verificou-se a estabilidade do enxerto e a estabilidade da zona recetora aos dois meses de follow-up. Não obstante, o enxerto osteomiocutâneo apresentou algumas complicações como instabilidade a nível da perna do lado dador e dor pós-cirúrgica. **Discussão e conclusões:** O enxerto do perónio vascularizado é a técnica gold standard para a reconstrução mandibular, uma vez que o comprimento do osso é longo e, apresenta boa vascularização, boa qualidade óssea e baixa morbidade associada ao local dador. O local dador é frequentemente de enxerto osteomiocutâneo, permitindo a reconstrução em casos de defeito a nível ósseo e tecidual, como sucede nos defeitos da mucosa gengivomandibular. Por outro lado, o perónio apresenta, normalmente, osso, músculo e pele suficientes para ser seccionado e modelado, permitindo melhorar o contorno facial. O enxerto osteomiocutâneo de perónio é uma técnica cirúrgica viável na reconstrução mandibular de defeitos largos a nível ósseo e/ou tecidual, ainda que possa apresentar algumas complicações.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.872>

#013 Carcinoma pavimento-celular: A propósito de um caso clínico



Luísa Figueiredo*, Filipa Veiga, Cristina Barros, Paula Maria Leite, Ana Fernandes

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central – Hospital de S. José, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central – Hospital D. Estefania

Introdução: O carcinoma pavimento-celular da cavidade oral corresponde a 80 a 95 % de todas as neoplasias orais. A língua é a localização mais frequente sendo os bordos laterais e os dois terços anteriores as regiões mais afetadas (25-50% de todos os casos). A prevalência é maior no género masculino. Há capacidade de invasão local e de metastização. O consumo de álcool e tabaco constituem fatores de risco e a identificação do biomarcador p16, quando associada à deteção do vírus do papiloma humano, dá informação se é uma infeção oncogénica ativa, sendo também útil para se encontrar um tumor orofaríngeo primário. **Descrição do caso clínico:** Homem, 67 anos, residente em Moçambique, vem por lesão da mucosa jugal esquerda, ulcerada e com episódios de hemorragia ocasional, desde há 3 semanas. Antecedentes pessoais: ausência de consumos de tabaco ou álcool, hepatite C crónica obrigando a transplante hepático em 2000, Diabetes Mellitus insulínica dependente. Apresentava tumefação de 4x3 cm, localizada na mucosa jugal esquerda com ulcera-