

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-

ção. Adenomegalias submandibulares e cervicais, dolorosas à palpação. No próprio dia, faz-se biópsia incisiva da lesão. Resultado anatomopatológico: "Carcinoma pavimentocelular bem diferenciado, queratinizado e com áreas de ulceração. Lesão interessa as margens (R1)." Estudo imunohistoquímico: P16 negativa. Sugeriu-se realizar, numa primeira fase, ecografia cervical e da tireoide. Infelizmente, o doente recusou o estadiamento. **Discussão e conclusões:** O cancro oral ocorre, geralmente, em área que se diria acessível ao observador externo e até ao próprio doente. No entanto é facto conhecido que, uma parte relevante destas neoplasias são diagnosticadas em estágio avançado, com subsequente impacto negativo na sobrevida. Nos estádios precoces do cancro oral a cirurgia é resolutive e o prognóstico favorável. A quimioradioterapia adjuvante poderá estar indicada. Geralmente a quimioradioterapia isolada está reservada para doentes com tumores irrecutíveis. A localização da lesão, apesar de menos frequente, é acessível ao observador sugerindo que o doente não tem cuidados dentários regulares. Também nos parece improvável o tempo de evolução apontado. O doente optou por gerir a sua doença em Moçambique pelo que lhe foi fornecida toda a informação clínica.
<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.873>

#014 Fibromatose gengival hereditária – A propósito de um caso clínico



Luísa Figueiredo, José Bastos Ferrão*, Catarina Machado Ferreira, Ana Fernandes

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

Introdução: A fibromatose gengival hereditária ou elefantose gengival caracteriza-se por um crescimento lento, progressivo e benigno dos tecidos gengivais. Estes apresentam coloração normal, consistência firme, sem sinais inflamatórios. Pode aparecer na forma isolada ou englobado numa síndrome. As características mais frequentemente associadas são a hipertricose, a perturbação do desenvolvimento intelectual e a epilepsia. Pode causar problemas estéticos e funcionais, entre os quais, a dificuldade na fonação, dor por traumatismo do tecido gengival, atraso na erupção, atraso da esfoliação dos dentes decíduos, diastemas e alterações da oclusão. O risco de cárie aumenta, por dificuldade no controlo da placa bacteriana. A etiologia tem uma componente hereditária, com transmissão, fundamentalmente, autossómica dominante. Estudos genéticos determinaram uma condição geneticamente heterogénea. Atualmente conhecem-se quatro loci associados à forma isolada de fibromatose gengival hereditária: dois no cromossoma 2 (GINGF no 2p21-22 e GINGF3 no 2p22.3-p23.3), um no cromossoma 5 (GINGF2 no 5q13-q22) e outro no cromossoma 11 (GINGF4 no cromossoma 11p15). **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, raça negra, 27 anos de idade, em seguimento neste Serviço. Apresenta aumento generalizado gengival, com expressão máxima ao nível dos 2.º, 3.º e 4.º quadrantes. Sem antecedentes pessoais patológicos, mas com história familiar idêntica (mãe e

irmão). Realizou-se gengivectomia em 3 momentos, 1 por quadrante, no período de 6 meses. O exame histológico revelou: hiperplasia fibroepitelial da gengiva, paraqueratose do epitélio. Sem evidência de neoplasia. Pedimos a colaboração da especialidade de Genética, mas a doente não compareceu a nenhum dos 3 agendamentos efetuados e abandonou o seguimento em Estomatologia. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico mais provável, face à história pessoal e familiar, é o de Fibromatose Gengival Hereditária. Apesar de terem sido excluídas outras causas de aumento do volume gengival a avaliação multidisciplinar, nomeadamente o despiste genético seria mandatório. A fibromatose gengival hereditária acarreta limitações estéticas e, em algumas situações, funcionais, mas é compatível com uma vida dentro dos padrões de normalidade. No caso clínico em apreço a melhoria do componente estético poderá ser a razão do desinteresse da doente no seguimento hospitalar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.874>

#015 Abordagem do ameloblastoma multiquístico

Pedro Dias Ferraz*, Beatriz Dominguez, João Mendes de Abreu, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Introdução: O ameloblastoma é um tumor odontogénico que representa 1% de todos os tumores da cavidade oral. É um tumor benigno, que geralmente ocorre entre a terceira e quinta décadas de vida, com a mesma frequência em homens e mulheres, e a localização é de 80% na mandíbula. Os achados imagiológicos não são patognomónicos e a lesão deve ser confirmada com exame histológico. **Descrição do caso clínico:** É descrito o caso clínico de um doente de 45 anos que deu entrada no Serviço de Urgência de Estomatologia do CHUC. Referiu antecedentes pessoais de traumatismo da face por acidente de viação há mais de 10 anos. Ao exame objetivo, apresentava tumefação mandibular à esquerda, associado a abaulamento do fundo vestibular em relação com os dentes 33 e 35. À realização da ortopantomografia, observou-se lesão radiolucida, assim como reabsorção radicular das raízes de dente 35 e 36. Devido à extensão da lesão e a sua proximidade com o nervo alveolar inferior foi efetuado um exame CBCT. Foi realizada enucleação da lesão seguida de curetagem cirúrgica. A biópsia excisional apresentava vários fragmentos membranáceos, sendo o de maior dimensões de 3,7 x 2,3 x 0,4 mm. O diagnóstico anatomopatológico definitivo revelou ameloblastoma multiquístico positivo para a mutação BRAF V600E. Foi realizado TC maxilo-facial para definir os limites de margens livres de lesão para uma nova abordagem cirúrgica, tendo sido reencaminhado para a consulta de cirurgia maxilo-facial. **Discussão e conclusões:** Os ameloblastomas são clinicamente classificados em três tipos: sólido e multicístico, unicístico. Atualmente, os ameloblastomas sólidos e multicísticos são considerados localmente agressivos, com altas taxas de recorrência entre os 60-80% com o tratamento conservador. A cirurgia radical implica mandibulectomia marginal ou segmentar com necessidade de margens de 1 cm, uma vez que células de ameloblastoma podem ser encontradas a 8 mm da