

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