

Serviço de Cirurgia e Traumatologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão por presença de tumefação facial esquerda, associado a assimetria facial com distopia do globo ocular esquerdo e ponto de ulceração infraorbitário devido a exteriorização cutânea da lesão. Nos exames imagiológicos a lesão apresentava 6 cm (no seu maior diâmetro), comprometendo todo o complexo zigomático-orbitário do lado afetado, e íntima relação com a base do crânio. De acordo com as características clínicas e radiológicas as hipóteses diagnósticas consideradas foram de Osteoblastoma ou Osteossarcoma. A abordagem terapêutica adotada consistiu na enucleação cirúrgica célere, em virtude do caráter agressivo da lesão, da sua rápida expansão e da sua íntima relação com estruturas cranianas importantes. Após análise histológica e imuno-histoquímica da lesão enucleada, o diagnóstico manteve-se inconclusivo, tendo-se iniciada a terapêutica para tratamento de Osteossarcoma atípico através de quimioterapia, com o serviço de Oncologia. Atualmente, um ano pós enucleação a paciente apresenta-se sem sinais de recidiva, com melhoria da arquitetura facial e reposicionamento do globo ocular. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico diferencial entre osteoblastoma e osteossarcoma pode-se tornar difícil de efetuar devido à partilha de características clínicas, imagiológicas e histopatológicas. Como tal, o conhecimento aprofundado destas duas entidades patológicas torna-se relevante para permitir o estabelecimento de um correto diagnóstico que possibilite um tratamento adequado de forma a evitar possíveis recidivas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.897>

#013 Ameloblastoma – importância do diagnóstico



Inês Côrte-Real, Levy Rau, Rafael Marques Varela, Paulo Júlio Almeida, Maria João Ponces*, Paula Vaz

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O Ameloblastoma é um tumor odontogénico raro composto por epitélio de origem ectodérmica. Em consequência da sua associação com os dentes e com as suas estruturas anexas é muito raro a ocorrência deste tipo de lesão externamente aos ossos maxilares. Este tipo de tumor corresponde a cerca de 1% da totalidade dos tumores dos maxilares, mas são os segundos tumores odontogénicos mais comuns. Radiologicamente caracteriza-se pela presença de lesões radiolúcidas uni- ou multiloculares, com predileção para a região posterior da mandíbula, e que podem estabelecer uma relação próxima com as raízes dos dentes adjacentes. Maioritariamente, são tumores benignos de crescimento lento mas com comportamento agressivo local, porém podem raramente evoluir ou estar associados a malignidade, tais como o ameloblastoma maligno ou carcinoma ameloblástico. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 18 anos de idade, do género masculino, diagnosticado com ameloblastoma em mandíbula, comprometendo grande parte do corpo mandibular direito. Em estudo imagiológico, por ortopantomografia e tomografia computadorizada, foi detectado uma lesão radiolúcida no corpo da mandíbula direita, unilocular e lobulada,

entre os dentes 32 e 47, e com reabsorção radicular dos dentes 44, 45 e 46. A opção terapêutica preconizada consistiu na ressecção óssea em bloco com margem de segurança. Histologicamente foi identificado um ameloblastoma folicular unicístico, ulcerado, com áreas mixoides. No controlo radiográfico após dois anos de pós-operatório foi observada regeneração óssea espontânea do segmento mandibular o que possibilitou a instalação de implantes para reabilitação oral do paciente. **Discussão e conclusões:** O estabelecimento de um diagnóstico precoce e imediato é essencial em consequência do seu comportamento agressivo local. Nesta condição patológica deve-se ter em particular atenção interpretações erróneas como situações inflamatórias que possam levar a tratamentos desnecessários e ao atraso no estabelecimento do diagnóstico correto e consequentemente no tratamento cirúrgico adequado.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.898>

#014 Fibroma ossificante juvenil – relato de um caso clínico



António Pedro Barbosa*, Taciana Santos, Gabriela Pinheiro, Nuno Durão, Álvaro Rodrigues

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

Introdução: O fibroma ossificante juvenil (FOJ) é uma neoplasia fibro-óssea benigna, rara, geralmente assintomática, de grandes dimensões e agressiva. Existem dois padrões histológicos: trabecular e psamomatóide. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino com 15 anos é encaminhada à consulta de Estomatologia por tumefação dura na área edêntula do 14, referindo história de odontoma complexo. A doente era seguida na médica dentista assistente desde os 12 anos por atraso da erupção do dente 14. Após consulta de ortodontia, e de modo a facilitar a erupção, terão procedido à extração do dente 54 e realizado tomografia computadorizada (TC) que revelou "(...) na área edêntula do dente 14, anteriormente ao seio maxilar, evidencia-se área com arquitetura óssea normal, mas de densidade bastante superior ao osso normal (...)". De seguida, terão assumido o diagnóstico de odontoma complexo e terão procedido à exérese do mesmo, sem estudo histológico. Perante ausência de erupção do dente 14 após dois anos, foi repetida TC da maxila, que revelou "(...) alteração do trabeculado ósseo localizado na maxila anterior à direita, na região dos dentes 13 a 15. Ausência do 14 e presença do 54. Expansão da cortical óssea vestibular na mesma região (...)". Tal motivou a referência para o serviço de Estomatologia, sendo a doente submetida a biópsia incisiva que revelou diagnóstico histológico de fibroma ossificante juvenil do tipo psamomatóide. Realizou nova TC que evidenciou uma lesão com 20,8x15,1 mm e crescimento para o interior do seio maxilar. A doente foi submetida a maxilectomia parcial direita e reconstrução com retalho livre do perónio. **Discussão e conclusões:** Quando os FOJ surgem nos ossos gnáticos, têm uma predileção pela maxila e tendem a ser descobertos incidentalmente em exames radiográficos de

rotina. Perante dimensões reduzidas, a excisão local completa ou a curetagem cuidadosa da lesão são adequadas, mas nos fibromas de maiores dimensões e/ou mais agressivos está preconizada a resseção mais ampla como maxilectomia. Devido à natureza agressiva e alta taxa de recorrência desta lesão, a deteção precoce e a excisão cirúrgica completa são essenciais. Assim, o correto diagnóstico é fundamental para uma abordagem terapêutica mais atempada e menos mutilante para os doentes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.899>

#015 Cancro oral, quando tudo conta



João Mendes de Abreu*, Anabela Quitério, Érica Cerqueira, Diana Breda, Leonor Barroso, José Pedro Figueiredo

Centro Académico e Clínico de Coimbra CHUC-UC

Introdução: O cancro oral é uma das 10 neoplasias mais comuns no mundo. O carcinoma espinhocelular é o tipo mais comum e tem como principais fatores de risco o tabagismo e a ingestão alcoólica. Contudo, estes não serão únicos, com a literatura a referir outras etiologias subjacentes como o HPV ou a imunossupressão (comumente presente em doentes transplantados). **Descrição do caso clínico:** Homem, 52 anos, referenciado ao serviço de urgência de um hospital terciário por apresentar lesão oral ulcerada, com um mês de evolução e já submetida a biópsia incisional, cujo estudo anatomopatológico revelou 2 carcinomas espinhocelulares síncronos. Ao exame objetivo constatou-se lesão vegetante vestibular no 4.º quadrante, com 5 cm de maior eixo, e adenopatias cervicais palpáveis. Como antecedentes relevantes o doente apresentou vasculite ANCA PR3 com atingimento orgânico, a qual condicionou a realização de um transplante renal 14 meses antes, artrite reumatóide e hábitos etílicos ligeiros e tabágicos (15UMA), já cessados. Farmacologicamente, registou-se a toma crónica de corticosteróides, a qual se fazia acompanhar, desde o transplante, de inibidores da calcineurina (tacrolimus) e da linhagem branca (micofenolato de mofetilo). Após realização de TC cervical e torácica, estadiado como T2N2cM0, o doente foi submetido a mandibulectomia marginal, com esvaziamento ganglionar cervical bilateral e reconstrução com retalho nasogeniano, e traqueotomia de proteção. O estudo anatomopatológico da peça operatória confirmou o diagnóstico inicial, embora apresentando comprometimento das margens e crescimento ganglionar extracapsular, com reclassificação do estágio para T4N3R1. Foi preconizada terapêutica adjuvante, porém, antes que esta tivesse sido iniciada, o doente apresentou rejeição aguda do transplante renal e recidiva ganglionar cervical de aparecimento rápido, seguida de exuberante reação leucemóide (cujas suspeitas recaíram sobre a disseminação neoplásica e/ou infeção). Sem condições para a implementação de qualquer terapêutica de resgate, registou-se o óbito do doente. **Discussão e conclusões:** Os doentes transplantados apresentam um risco de neoplasia 2 a 5 vezes superior ao da população em geral, pelo que carecem de uma vigilância apertada. Este caso é modelar pela rápida evolução e pelo desfecho,

ressaltando-se que o impacto da terapêutica imunossupressora não poderá deixar de ser considerado na etiologia e progressão rampante das complicações registadas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.900>

#016 Adenoma Pleomórfico Extra-Glandular Cervical – Importância da Biópsia



José A. Cunha Coutinho*, Gonçalo Cunha Coutinho, Leonor Cruz, Beatriz Mota, Cecília Franco Caldas, Francisco Salvado

Clínica Universitária de Estomatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A etiologia das massas laterais do pescoço é diversa, incluindo alterações de desenvolvimento (quistos branquial), de origem infecciosa (linfadenite, tuberculose, sialadenite), neoplásica (metástase, linfoma, tumor salivar, paraganglioma) entre outros. A abordagem diagnóstica destas lesões implica uma anamnese, exame físico da cabeça e pescoço, exames de imagem e a biópsia. Os exames de imagem permitem obter detalhes específicos da localização anatómica, composição da massa, envolvimento adjacente, vascularização e potencial fonte primária de malignidade na região, mas por vezes o diagnóstico só é possível após excisão. **Descrição do caso clínico:** VR, 18 anos, masculino, recorreu ao serviço de urgência Estomatologia do CHULN por crescimento progressivo de tumefação cervical direita, com meses de evolução. Referia episódio anterior de linfadenite cervical 3 anos antes, com persistência de nódulo à direita após tratamento conservador. Sem outros antecedentes. À palpação apresentava nódulo elástico de limites bem definidos móvel na transição da região submandibular e jugulo-digástrica direita, indolor. À ecografia apresentava lesão hipoecóica lobulada de limites bem definidos, localizada posteriormente à glândula submaxilar. O exame era compatível com os antecedentes referidos. Dada a incerteza diagnóstica realizou TC pescoço para esclarecimento. Este revelou lesão quística, de limites bem definidos com topografia a sugerir eventual quisto do segundo arco branquial. Tendo em conta os possíveis diagnósticos foi realizada enucleação da lesão. O resultado anatomopatológico revelou tratar-se de um adenoma pleomórfico extraglandular. **Discussão e conclusões:** Os exames de imagem são fundamentais no diagnóstico de massas cervicais. A TC de pescoço deve ser o exame de eleição. A ecografia é uma boa alternativa para uma abordagem inicial por ser menos invasiva, podendo ainda servir para guiar uma biópsia aspirativa. A TC do pescoço é excelente em doentes com suspeita de doença maligna, ou naqueles com possível envolvimento dos espaços profundos do pescoço, mal visualizados por ultrassons. Este caso clínico retrata como casos atípicos podem representar um desafio diagnóstico. Importa salientar que a maioria das características imagiológicas das lesões não são específicas. Como tal, o diagnóstico definitivo na maioria dos casos depende da realização de exame citológico após biópsia aspirativa da lesão, de forma a determinar qual a abordagem terapêutica mais adequada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.901>