

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>