

#010 Abordagem cirúrgica de uma comunicação oro-antral com recurso à bola adiposa de Bichat

Aline Luiza Marodin, Levy Rau, Raphael Marques Varela, Paulo Júlio Almeida, Maria Gracinda Macedo, Paula Vaz*

Introdução: A comunicação oro-antral é uma complicação frequente em cirurgia oral que corresponde a uma abertura patológica entre o seio maxilar e a cavidade oral. Nestas situações quando não existe resolução espontânea ou tratamento, a comunicação mantém a sua permeabilidade e re-epiteliza desenvolvendo-se uma fistula oro-antral que pode causar sinusite. Entre as técnicas cirúrgicas disponíveis para reparação da comunicação destacam-se os retalhos de tecidos moles autógenos locais (de origem vestibular ou palatina), o recurso à bola adiposa de Bichat, retalhos de língua, enxertos ósseos e/ou materiais aloplásticos, como a hidroxiapatite, polimetilmetacrilato, membranas de colágeno reabsorvíveis e placas de ouro. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 80 anos de idade, do género masculino, com historial clínico de múltiplas tentativas de reabilitação oral e enxertos ósseos na maxila superior esquerda recorre a uma consulta apresentando uma comunicação oro-antral no seio maxilar esquerdo. Em exame radiográfico, ortopantomografia e tomografia computadorizada, o achado patológico foi caracterizado para planeamento cirúrgico. O encerramento por intervenção cirúrgica adotada consistiu no fecho da comunicação por técnica de duplo fecho com rotação da bola adiposa de Bichat para preenchimento tecidual. Posteriormente, a região foi reabilitada com implantes. Atualmente, um ano pós-operatório, o paciente encontra-se sem intercorrências. **Discussão e conclusões:** A comunicação oro-antral constitui um achado patológico comum cujo diagnóstico se deve basear em exames clínicos e radiográficos. A opção por uma abordagem terapêutica adequada a cada caso deve ter em consideração diversos fatores, tais como a idade do paciente, comorbilidades médicas, estado de saúde do seio, tamanho e localização do defeito, distância dos tecidos adjacentes e fatores relacionados com a experiência e capacidades técnicas do médico dentista. Independentemente desta escolha a resolução cirúrgica de uma comunicação oro-antral deve ser preconizada de uma forma célere permitindo o estabelecimento de uma barreira entre a cavidade oral e o seio maxilar de forma a prevenir o desenvolvimento de sinusite. O retalho de tecido moles autógenos locais de origem vestibular é adequado para o encerramento de defeitos pequenos e mesiais, enquanto o recurso à bola adiposa de Bichat é adequado para o encerramento de defeitos grandes posteriores como demonstrado neste caso clínico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.895>

#011 Intervenção e Follow-up de uma lesão central de células gigantes na mandíbula

Levy Rau, Ana Sofia Dias*, Mercedes Gallas, César Leal, Cláudia Volpato, Paula Vaz

Universidade de Santiago de Compostela, Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: A lesão central de células gigantes constitui uma lesão intraóssea benigna rara que afeta principalmente

a estrutura esquelética, mas menos frequentemente a região maxilofacial. Na face ocorre mais frequentemente na zona anterior da mandíbula atravessando a linha média mandibular, embora possa ocorrer em ambos os maxilares. Em termos clínicos é típico a presença de expansão da cortical óssea, movimentação dentária e reabsorção óssea. Em cerca de 20% dos casos existe dor associada. A maioria dos casos ocorre entre os 10 e os 30 anos de idade. Embora este tipo de lesões sejam consideradas benignas, clinicamente podem se classificar em não agressivas ou localmente agressivas, podendo em alguns casos recidivar após tratamentos cirúrgicos. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 15 anos de idade, compareceu a uma consulta por presença de tumefação na região do ângulo mandibular direito com dor à palpação. Em exame imagiológico, ortopantomografia e tomografia computadorizada, foi identificada a presença de uma lesão radiolúcida envolvendo os dentes 48 e 47, com reabsorção da raiz distal do dente 47 e da cortical lingual mandibular. A abordagem terapêutica escolhida consistiu na curetagem da lesão e na imediata reconstrução com placas de titânio (sistema 2.4). O diagnóstico histopatológico confirmou a suspeita clínica de lesão central de células gigantes. Após seis anos de acompanhamento, o paciente encontra-se sem sinais de recidiva e com uma completa cicatrização óssea local com manutenção dos contornos mandibulares. **Discussão e conclusões:** A abordagem terapêutica para este tipo de lesões pode ser cirúrgica, farmacológica ou híbrida. A primeira consiste em curetagem óssea com osteotomia marginal ou ressecção do osso afetado com margem de segurança, enquanto a segunda consiste na administração de um corticoide intra-lesional, calcitonina sistémica ou interferão- α . A terceira opção de tratamento, por outro lado, é considerada quando se pretende reduzir a lesão para que a cirurgia possa ser menos invasiva. A opção terapêutica escolhida neste caso clínico corresponde ao tratamento de escolha em 73,3% dos casos. Neste caso clínico em particular a possibilidade de acompanhamento prolongado garante uma maior vigilância devido ao risco de recidiva associada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.896>

#012 Osteossarcoma e Osteoblastoma – dificuldade no diagnóstico diferencial

Bruno Freitas Mello, Levy Rau, Rafael Marques Varela, João Carlos Sampaio Fernandes, Inês Côrte-Real, José Mário Rocha*

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O Osteoblastoma é uma neoplasia óssea benigna que ocorre mais frequentemente na coluna vertebral e nos ossos longos. Os ossos do crânio, extremidades e face são menos comumente envolvidos. Os ossos da face estão afetados em cerca de 10% a 15% dos casos e, destes, a mandíbula é a mais afetada. Usualmente, esta condição surge na primeira década de vida e é mais prevalente no género masculino. No diagnóstico diferencial o osteossarcoma assume-se como a condição mais relevante a ser considerada, sendo difícil a sua distinção do osteoblastoma agressivo. **Descrição do caso clínico:** Paciente com 7 anos de idade, encaminhado para o

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