

calcificadas em relação com raiz de 2.5 com comunicação ao seio maxilar homolateral. O doente referia episódios esporádicos nos últimos 4 anos, de limitação da abertura da boca por dor no 4.º quadrante. Manteve-se sempre assintomático em relação aos achados imagiológicos do 2.º quadrante e seio maxilar. Fez-se biópsia óssea do 4.º quadrante, cujo resultado anatomo-patológico foi sugestivo de doença de Paget. O doente foi submetido a cirurgia para extrações das raízes de 2.5 e 2.6, bem como enucleação de quisto radicular no seio maxilar esquerdo por abordagem de Caldwell-Luc e encerramento com retalho de avanço. O pós-operatório decorreu sem complicações. O doente manteve-se sem sinais ou sintomas de comunicação oro-antral. O valor da fosfatase alcalina óssea encontrava-se dentro do normal. O resultado do estudo anatomo-patológico mostrou doença de Paget inativa (burned-out). **Discussão e conclusões:** Apesar do envolvimento raro dos maxilares pela doença de Paget, este caso demonstra a necessidade de se incluir esta patologia no diagnóstico diferencial de uma alteração da estrutura óssea dos maxilares. Mediante a suspeita, deve-se reconhecer e investigar precocemente, por forma a diagnosticar e tratar adequadamente estes doentes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.906>

#022 A Microstomia na reabilitação oral: relato de caso clínico



Maria João Morais*, Beatriz Dominguez, Ivan Filipe Gonçalves do Cabo, Simão Nogueira, Maria das Dores Lopes, Jorge Marinho

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Instituto Português de Oncologia do Porto – Francisco Gentil

Introdução: A microstomia define-se pela diminuição na abertura oral, resultante do processo de cicatrização hipertrófica da região da comissura. Quando os lábios e a região perioral se encontram alterados há, igualmente, uma alteração da sua função. A microstomia pode ter causa traumática, congénita ou iatrogénica, após a cirurgia oral. Existem diferentes tipos de tratamentos disponíveis; desde a abordagem cirúrgica, à não cirúrgica ou combinada. Existem diversos métodos de reconstrução do lábio e da comissura oral, sendo o objetivo principal restaurar a anatomia das comissuras labiais e conferir um resultado funcional e estético, mantendo a superfície mucosa e permitindo a competência do músculo orbicular dos lábios. A intervenção cirúrgica está indicada em doentes que apresentam défices funcionais, incluindo falta de competência oral ou disartria, bem como queixas estéticas adversas ou dificuldade na reabilitação oral. A avaliação pré-operatória é essencial, deve ser direcionada para a competência oral, dimensão da microstomia e queixas do doente, tendo sempre em consideração fatores de complicação como neoplasias anteriores, intervenções cirúrgicas prévias e áreas irradiadas, que dificultam a reconstrução por haver alteração de planos teciduais e, em doentes irradiados, alteração do padrão microvascular, aumentando o risco de complicações pós-operatórias. **Descrição do caso clínico:** Doente de 89 anos de idade, com bom estado geral, edêntulo, enviado à consulta de Estomatologia

para reabilitação oral, portador de próteses totais removíveis superior e inferior, que não usa por conflito de espaço com a abertura da cavidade oral. Como antecedentes referia uma exérese de carcinoma espinocelular do lábio e plastia com retalho de karapandzic, o qual condicionou uma microstomia importante. Devido à dificuldade na obtenção de registo das arcadas superior e inferior e à futura dificuldade na colocação das próteses, procedeu-se à realização da comissuroplastia bilateral, através da realização de um retalho de avanço mio-mucoso, e desdobramento do músculo orbicular segundo a técnica descrita por Préaux. No pós-operatório verificou-se aumento da distância intercomissural. O resultado desejado foi alcançado, o que permitiu o início da reabilitação oral. **Discussão e conclusões:** Existem várias técnicas e variações dos métodos cirúrgicos, a maioria está associada a resultados estéticos e funcionais favoráveis, com pouca morbilidade para o doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.907>

#023 Sialolitíase da glândula submandibular – a propósito de um caso clínico.



Daniela Pereira*, Cristina Cipriano, Jéssica Lourenço, Rita Cabral, Daniela Rôlo, Manuel Guedes

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A sialolitíase é uma patologia comum das glândulas salivares, sendo a glândula submandibular a mais frequentemente afetada. Esta patologia pode ocorrer em qualquer faixa etária, contudo é mais frequente no adulto jovem e meia-idade. A etiologia dos cálculos não está bem definida, no entanto pode ser provocada por sialoadenite crônica e obstrução do ducto. **Descrição do caso clínico:** Neste póster apresenta-se o caso de um doente sexo masculino, de 43 anos, saudável, que recorre ao serviço de urgência por episódio de tumefação submandibular esquerda dolorosa, com dois dias de evolução, e noção de excreção de “pequenas areias” na cavidade oral. Refere episódios semelhantes prévios de menor gravidade, com resolução espontânea. Ao exame físico apresentava tumefação submandibular esquerda dolorosa e dura à palpação, associada a trajeto de Wharton edemaciado homolateral e, ainda, escassa drenagem de conteúdo mucopurulento. Realizou uma tomografia computadorizada maxilofacial que identificou um cálculo de um centímetro no canal de Wharton esquerdo, a condicionar dilatação do mesmo, bem como inflamação e aumento da glândula submandibular ipsilateral. Cumpriu terapêutica endovenosa com antibioterapia e corticoide. Posteriormente, em consulta, sob anestesia local, realizou-se laqueação do canal a montante do sialólito, seguida de incisão paralela ao canal de Wharton esquerdo sobre o cálculo, permitindo extração do mesmo, finalizando-se com lavagem do canal com soro fisiológico e sialoductoplastia. Após uma semana, o doente encontrava-se assintomático e com exame físico inocente. **Discussão e conclusões:** A sialolitíase pode ser assintomática ou manifestar-se como dor e aumento de volume da glândula afetada, principalmente aquando das refeições. O diagnóstico é sugerido pela história clínica

e exame objetivo, complementado com exame de imagem, como a radiografia, a sialografia, a sialoendoscopia, a ultrasonografia e/ou a tomografia computadorizada. Cálculos de pequenas dimensões geralmente são abordados de forma conservadora, com massagem glandular e utilização de sialogogos. Nos casos de cálculos inacessíveis ou de maiores dimensões a terapêutica cirúrgica é a melhor opção, nomeadamente sialolitotomia. Se dano significativo da glândula, esta poderá ser removida.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.908>

#024 Queilite Actínica: Abordagem precoce na prevenção de transformação maligna



Cristina Barros*, Filipa Veiga, Paula Almeida, Eduardo Nogueira, Miguel Cristóvão, Céu Machado

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O carcinoma do lábio é uma das 20 malignidades mais prevalentes em Portugal – 1103 novos casos/ano. A Queilite Actínica (QA) é uma lesão potencialmente maligna com possibilidade de progressão para Carcinoma de Células Escamosas (CCE) entre 10-30%. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 66 anos, insuficiente renal crónica, fotótipo de Fitzpatrick II, não fumadora, sem história de consumo de álcool, foi referenciada para avaliação Estomatológica pré-transplante renal. Apresentou, na primeira observação, lesão branca na linha média do lábio inferior com 7 anos de evolução, em placa, pruriginosa, com episódios recorrentes de ulceração. O diagnóstico anatomopatológico após biópsia incisional revelou elastose do córion, sem displasia. 10 meses depois, apresentou descoloração esbranquiçada difusa do lábio inferior com apagamento da junção mucocutânea do vermelhão. Foi proposta para vermelhectomia por técnica clássica. O exame anatomopatológico da peça revelou alterações regressivas, com displasia ligeira multifocal. No pós-operatório, as funções labiais e estéticas foram mantidas. Recomendou-se o cuidado com a exposição solar. **Discussões e conclusões:** A QA é uma lesão comum no lábio inferior associada à exposição crónica de radiação ultravioleta. Outros fatores de risco incluem fotótipo de Fitzpatrick I-II, tabagismo, alcoolismo e imunossupressão. É mais frequente em homens caucasianos com idade superior a 50 anos. O diagnóstico é clínico e histopatológico. Clinicamente caracteriza-se por áreas de eritema, atrofia, edema, descamação, erosão e, em casos avançados, placas brancas, descoloração mucosa e apagamento da transição do vermelhão labial. Histopatologicamente caracteriza-se por atrofia epitelial que pode evoluir para atipia citológica com extensão à lâmina própria. As modalidades de tratamento são cirúrgicas e não-cirúrgicas. A vermelhectomia é a única opção terapêutica que permite a confirmação de margens livres de doença e exclusão de transformação displásica ou neoplasia subjacente, na peça excisada. A eficácia do tratamento é de cerca de 100% com baixas taxas de recorrência. A avaliação destes doentes após tratamento deve ser regular- a cada 6 meses nos primeiros 2 anos e anualmente após esse período. Neste caso, os antecedentes médicos da doen-

te e necessidade de cirurgia seguida de imunossupressão motivaram uma intervenção “curativa” antecipando o potencial maligno da lesão inicial, com necessidade de uma abordagem invasiva posterior.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.909>

#025 Osteomielite Aguda Mandibular



Cristina Barros, Luísa Sequeira*, Catarina Machado Ferreira, Catarina Vital, Ana Teresa Tavares, Céu Machado

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: A patologia óssea inflamatória é um grupo de doenças com morbimortalidade elevada. Apesar do declínio de casos, a Osteomielite (OM) é um motivo frequente de consulta em Medicina Oral. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 66 anos, saudável, sem antecedentes de radioterapia da cabeça-pescoço e terapêutica com anti-reabsorptivos/anti-angiogénicos, recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação parassinfisária mandibular. Na anamnese descreveu extração recente de 35, dor e hipostesia no território do nervo mentoniano esquerdo. Na observação apresentou edema da face à esquerda, eritema, flutuação central e fistulização intra-oral com drenagem purulenta na região pré-molar do 3.º quadrante. Analiticamente com elevação dos parâmetros inflamatórios. Foi internada e acompanhada por Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia para esclarecimento etiológico e orientação terapêutica. Efetuou-se drenagem extra-oral do abscesso e iniciou antibioterapia endovenosa – Clindamicina 600 mg e Metronidazol 500 mg, 8/8h. A microbiologia não foi conclusiva. A ortopantomografia e radiografia intra-oral revelaram 34 com obturação intracanal in completa e reação periapical, imagem radiolúcida de limites mal definidos e trajeto fistuloso com origem em 35, raiz retida de 36 e implante em 37. A tomografia computadorizada da cabeça-pescoço mostrou lesão lítica óssea com perfuração da cortical vestibular em 35 e extensão a 34, sem envolvimento do implante em 37. Admitiu-se OM aguda. Foi submetida a desbridamento cirúrgico local com extração de 34. Apresentou posterior evolução favorável. **Discussão e conclusões:** A OM é uma condição inflamatória rara com progressão aos canais de Havers, Volkmann e perioste. A sua localização é mais frequente na mandíbula pela elevada densidade e diminuta vascularização óssea. Os fatores predisponentes podem ser locais ou sistémicos, sendo a causa predominantemente odontogénica. A OM aguda caracteriza-se por edema, dor, supuração, febre e trismus, de evolução inferior a 1 mês. O tratamento cirúrgico associado a antibioterapia e anti-inflamatórios tem demonstrado eficácia no controlo da doença. Neste caso, pareceu-nos provável uma OM aguda em doente saudável de foco em 35 e progressão mesmo após a extração, embora não se exclua OM em 34. Os profissionais de saúde oral assumem um papel importante no diagnóstico atempado, uma vez que a tradução imagiológica pode ser tardia, numa patologia que em alguns casos se revela funcional e esteticamente catastrófica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.910>