

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>