

### #026 Sialolitíase em glândulas salivares menores: Um caso raro



Gabriela Pinheiro\*, Rita Teixeira, Salomé Cavaleiro, António Pedro Barbosa, Ana André Rorigues, Tiago Fonseca

Centro Hospitalar e Universitário S.João, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Instituto Português de Oncologia do Porto

**Introdução:** A sialolitíase é a patologia mais comum das glândulas salivares. Geralmente desenvolve-se nas glândulas salivares maiores, raramente nas glândulas salivares menores, com apenas 2% de todos os casos de sialolitíase a afetar as glândulas salivares menores e glândulas sublinguais. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 69 anos, sem antecedentes de relevo, referenciada à consulta externa de Estomatologia por apresentar uma lesão mole na face interna do lábio superior, com vários anos de evolução, porém incapaz de especificar cronologicamente. Ao exame objetivo, apresentava um nódulo na face interna do hemilábio superior direito, em localização paramediana, com cerca de 3 milímetros de maior diâmetro, bordos bem definidos e irregulares, consistência dura, móvel nos planos superficiais e profundos e indolor à palpação. Apresentava mucosa de revestimento sem alterações, com região punctiforme enegrecida. Foi realizada biópsia excisional da lesão, sob anestesia local, tendo-se verificado a presença de um cálculo no seu interior. As amostras foram enviadas para análise anatomopatológica, com a representação de uma glândula salivar minor em relação a ducto com extensa metaplasia pavimentosa, confirmando-se a presença de um cálculo no seu interior. **Discussão e conclusões:** Os sialólitos nas glândulas salivares menores cursam com poucos sintomas ou até mesmo a ausência destes, e raramente são identificados em exames de imagem. São vários os diagnósticos diferenciais que podem ser estabelecidos, nomeadamente, sialolitíase, presença de corpo estranho, mucocelo, neoplasias salivares benignas e malignas e outros tumores ou doenças de tecidos moles. Para prevenir a sua recorrência, a lesão deve ser removida cirurgicamente, juntamente com todas as glândulas salivares menores afetadas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.911>

### #027 Osteoma mandibular, relato de um caso



Carolina Carreiro\*, Rute Sousa Melo, Rita Teixeira, Gabriela Pinheiro, Joel Pereira, Pedro Cabeça Santos

Centro Hospitalar Universitário de São João, Instituto Português de Oncologia do Porto Doutor Francisco Gentil

**Introdução:** A presença de protuberâncias ósseas intraorais, que se projetam da cortical, traduz habitualmente um crescimento ósseo benigno e localizado denominado exostose. O crescimento destas protuberâncias ósseas é habitualmente assintomático e carece de tratamento. Especialmente quando estas atingem grandes dimensões, o diagnóstico diferencial pode ser desafiante e deve incluir tumores ósseos. O caso que se segue traduz esse desafio. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 27 anos, referenciada a consulta de Estomatologia por tumefação pétreia na face interna da mandíbula com crescimen-

to indolente, ao longo de vários anos. Nos últimos três meses, referia ainda desconforto na deglutição decorrente de retenção alimentar sob a tumefação intraoral. Negava antecedentes pessoais de relevo ou história de lesões idênticas prévias. Ao exame objetivo, identificou-se tumefação unilateral, pétreia, de contornos regulares, indolor à palpação, que se projetava sobre o pavimento da boca por lingual de 3.3 a 3.5. Apresentava obturaçã oclusal no dente 3.6 compatível com tratamento endodôntico radical em curso. Foi requisitada tomografia computadorizada, que evidenciou lesão radiopaca única, com 15 mm de maior eixo, cuja densidade de componente periférico se assemelhava à da cortical mandibular, e a de componente central se assemelhava à medular. Sob anestesia locorregional, procedeu-se a exérese cirúrgica da lesão. O estudo anatomo-patológico revelou uma lesão composta por osso lamelar maduro de padrão predominantemente trabecular, compatível com o diagnóstico de osteoma. **Discussão e conclusões:** Osteomas são tumores ósseos benignos que envolvem sobretudo o esqueleto craniofacial, afetando com maior frequência a mandíbula, particularmente na sua face interna, na região pré-molar e molar. Quando pequenos e assintomáticos, os osteomas não requerem intervenção, reservando-se a excisão conservadora para lesões de maiores dimensões ou sintomáticas. A presença de múltiplos osteomas pode indicar o diagnóstico da síndrome de Gardner, uma síndrome que cursa com pólipos intestinais pré-malignos, múltiplos osteomas, fibromas cutâneos, cistos epidermóides, impactação dentária e odontomas. O caso descrito ilustra o quão desafiante pode ser o diagnóstico diferencial de uma protuberância óssea intraoral e as implicações de um diagnóstico incorreto. No caso exposto identificou-se osteoma mandibular único, não tendo sido identificados critérios para diagnóstico de síndrome de Gardner.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.912>

### #028 Tumefação mandibular após extração – Um desafio diagnóstico



Salomé Cavaleiro, Ana André Rodrigues, Carolina Carreiro, José Pedro Barbosa, Rita Martins\*, Pedro Cabeça Santos

Hospital de Braga, EPE, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Instituto Português de Oncologia do Porto Doutor Francisco Gentil, EPE

**Introdução:** A dor mandibular associada a tumefação é um motivo frequente de admissão ao Serviço de Urgência, podendo corresponder a um amplo espectro de diagnósticos diferenciais, que incluem trauma, patologia infecciosa, patologia salivar, osteonecrose dos maxilares, doenças autoimunes ou quistos/tumores maxilares. Apresenta-se aqui o desafio diagnóstico inerente a um caso com início após uma extração dentária. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 37 anos, antecedentes de depressão endógena, fumadora ativa, que recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação mandibular esquerda dolorosa, com início após extração do dente 36 e quistectomia e um mês de evolução. Cumpru quatro ciclos de antibioterapia com persistência do quadro. Ao exame objetivo, a tumefação paramandibular esquerda correspondia, intraoralmente, a um abaulamento en-

durecido do vestibulo do sexto sextante, com sinais inflamatórios locais. O estudo imagiológico (ortopantomografia, radiografia retroalveolar, tomografia computadorizada e ressonância magnética) demonstrou alvéolo de 36 vazio com ligeira esclerose, edema medular ósseo e miosite masseterica. Atendendo à ausência de melhoria com tratamento conservador, optou-se por proceder a uma exposição cirúrgica do alvéolo de 36, exérese do tecido mole que o preenchia, biópsia do osso alveolar e desbridamento ósseo/ostectomia marginal. A análise histológica das peças operatórias revelou uma lesão intraóssea com características de granuloma central de células gigantes, rodeada por osso com alterações inflamatórias reativas. Após um mês de pós-operatório, constatou-se uma melhoria clínica substancial, optando-se por manter vigilância clínica e radiográfica regular da doente. **Discussão e conclusões:** A aparente relação de causalidade entre o início das queixas e a extração dentária sugeria uma complicação da extração. A incerteza do diagnóstico, agravada pelas alterações radiográficas inespecíficas e ausência de melhoria com a terapêutica médica instituída, tornou imperativa a realização de biópsia. O diagnóstico de granuloma central de células gigantes, um tumor benigno de natureza não esclarecida (reativa versus neoplásica), não rejeita completamente a hipótese de uma lesão precipitada pelo trauma da extração, embora seja mais provável tratar-se duma lesão pré-existente. A abordagem cirúrgica simples, como a curetagem da lesão e ostectomia marginal, permanece uma estratégia válida, que requer vigilância regular pelo risco de recidiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.913>

#### #029 Corticotomia: Uma opção terapêutica cirúrgica para ortodontia em adultos – Caso Clínico

André Marques\*, Francisco Correia, Eugénio Martins, Ana Moreira, Maria Prosper, Ricardo Faria Almeida

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Introdução:** A corticotomia é uma técnica que consiste na interrupção da continuidade do osso cortical em torno de um ou mais dentes possibilitando acelerar o movimento ortodôntico, no entanto uma das principais contra-indicações são casos de doença periodontal ativa. A primeira descrição surge por Köle (1959) e é posteriormente modificada – Wilcko (2001, 2009); Vercellotti e Podesta (2007); Dibart (2009). Após um trauma ósseo produz-se um fenómeno de desmineralização-rem mineralização dando lugar a uma diminuição transitória da densidade óssea e um incremento da remodelação óssea que explica a aceleração do tratamento ortodôntico. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino com 54 anos, não fumadora, sem patologias sistémicas diagnosticadas com periodontite estadio II grau B tendo comparecido na consulta de ortodontia com intenção de melhorar estética dentária. Após o tratamento periodontal não cirúrgico, iniciou-se o tratamento de suporte e o planeamento ortodôntico. Devido à presença de mordida cruzada no 1.º quadrante com necessidade de expansão da arcada planeou-se (cl clinicamente e radiologicamente – Tomografia Computorizada de Feixe Cónico) uma corticotomia de 13 a 15.

Após a realização da anestesia infiltrativa de articaína 4% com epinefrina 1:100000 realizou-se um retalho com incisão intrasulcular descolando-o em espessura total. Com um piezoelétrico no programa de corticotomia realizou-se com uma ponta de osteotomia, o corte ósseo (2/3mm de profundidade) à volta das raízes do 13-14-15 deixando-se uma margem de segurança de 2mm. Suturou-se o retalho com pontos simples e sutura Supramid 4/0. Foi indicada clorohexidina 0,12% 2x dia – 10 dias e paracetamol 1g 12/12h – 4 dias. As ativações iniciaram-me quatro dias após a cirurgia. O tratamento ortodôntico foi realizado com aparelho fixo bimaxilar, prescrição de roth sloth 0.022' seguindo a sequência de arcos elásticos para expansão da arcada. No final foi realizada uma nova Tomografia onde observámos a manutenção da tábua óssea vestibular. A nível periodontal não se observou comprometimento da saúde. **Discussão e conclusões:** A movimentação dentária ideal resulta não só de forças ortodônticas bem planeadas, como de um osso alveolar que ofereça menor resistência ao movimento. A corticotomia surge como uma das soluções para contornar algumas limitações do tratamento ortodôntico em adultos podendo também ser aplicada em pacientes com história de periodontite.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.914>

#### #030 Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico de Classe III esquelética com assimetria: Caso clínico

Catarina Nunes\*, Anabela Paula, Raquel Catarina dos Santos Travassos, Filipa Silva Marques, Inês Alexandre Neves Francisco, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A deformidade dento facial de Classe III é caracterizada por uma discrepância sagital intermaxilar mesial, sendo que cerca de 40% dos casos resulta da combinação de retrognatia maxilar com prognatia mandibular. Na idade adulta, quando a severidade da discrepância ultrapassa os limites da camuflagem dento-alveolar, o tratamento ideal é um tratamento ortodôntico combinado com cirurgia ortognática. Esta terapêutica permite a reconstituição da função, nomeadamente da mastigação, respiração e fonação, bem como a melhoria da componente estética, contribuindo positivamente para a autoestima e qualidade de vida do doente. Este trabalho pretende descrever um caso clínico de classe III esquelética com assimetria mandibular submetido a tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino de 29 anos apresentou-se ao Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com dificuldades a nível da mastigação bem como descontentamento com o seu perfil e simetria da face. Verificou-se que a doente apresentava uma classe III esquelética com assimetria mandibular para a direita e um perfil hiper divergente. Neste sentido, foi proposto como plano de tratamento aparatologia fixa multibrackets (Roth 0,18) e cirurgia ortognática bimaxilar, com os seguintes movimentos: Le Fort I de avanço maxilar de 4mm com impactação de 2mm e osteotomia bilateral sagital de recuo mandibular de