

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

3mm com reposicionamento. **Discussão e conclusões:** Considerando o grau de severidade da deformidade dento facial, a idade da doente e a sua motivação para o tratamento, a opção ortodôntico-cirúrgica permitiu a correção da discrepância intermaxilar através da movimentação das bases ósseas, o que possibilitou a melhoria funcional, estética e psicológica da doente. Contudo, esta opção terapêutica apresenta algumas limitações, como o custo associado à intervenção e as complicações pós-cirúrgicas. A decisão da terapêutica a utilizar depende da severidade da má oclusão, da motivação do doente e da existência de outras patologias associadas, como apneia obstrutiva do sono. Nos casos de deformidade dento-esquelética severa, o tratamento ortodôntico-cirúrgico é a opção de tratamento mais adequada para a correção da função do sistema estomatognático e da estética facial.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.915>

#031 Tumor de Warthin – Relato de um caso clínico

Gabriela Pinheiro, Duarte Nuno Amaro*, Rodrigo Oliveira, Ana Cláudia Mauricio, Mariana Magalhães Maia, Carlos Silva Faria

Centro Hospitalar e Universitário de S.João

Introdução: Os tumores de Warthin são os segundos tumores benignos mais comuns da glândula parótida, a seguir ao adenoma pleomórfico, representando cerca de 15% de todos os tumores da parótida. É mais frequentemente diagnosticado em pacientes de meia-idade ou idosos, principalmente em fumadores, com predominância do sexo masculino. O objetivo deste relato de caso é abordar as características clínicas deste tipo de patologia, bem como a sua abordagem. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 46 anos de idade, sem antecedentes médicos de relevo, recorreu à consulta de Estomatologia com queixas de tumefação e dor ocasional da hemiface esquerda, com vários meses de evolução, sem relação com as refeições. Negou ainda alterações relacionadas com a secreção salivar. Ao exame objetivo apresentava tumefação no ângulo da mandíbula à esquerda em relação com a topografia da glândula parótida com cerca de 4 cm de maior diâmetro, de consistência mole, elástica, dolorosa à palpação e não aderente aos planos profundos. Apresentava drenagem pelo ducto de Stenon esquerdo fluída e de coloração límpida. Foi realizada uma biópsia com agulha fina, cujo quadro citológico era compatível com Tumor de Whartin. Foi realizada também uma ressonância magnética da glândula parótida para planeamento cirúrgico. Seguindo as recomendações da Sociedade Europeia de Glândulas Salivares procedeu-se posteriormente a uma parotidectomia total esquerda, tendo a cirurgia decorrido sem intercorrências. O período pós-operatório imediato decorreu sem complicações, nomeadamente parésia dos músculos da mímica. Ao fim de 1 ano de seguimento não apresenta sinais de recidiva. **Discussão e conclusões:** Geralmente o tumor de Warthin surge como um tumor de crescimento lento, com uma massa nodular e indolor da

glândula parótida. O seu diagnóstico é baseado em dados clínicos, de imagem e citológicos concordantes. O tratamento de escolha para o tumor de Warthin é o tratamento cirúrgico na maioria dos doentes e neste caso estava indicado a parotidectomia total. O tumor de Warthin tem prognóstico favorável, porém são necessárias consultas de vigilância, uma vez que a literatura refere possibilidade de recorrência. A degeneração maligna do tumor de Warthin é muito rara.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.916>

#032 Proliferação tipo tumor odontogénico pavimentoso em quisto odontogénico inflamatório

Sara Graterol*, José Ricardo Ferreira, Cláudia Andrade, João Aragão Morais, João Boavida, Francisco Salvado

CHULN-HSM

Introdução: A proliferação tipo tumor odontogénico pavimentoso (squamous odontogenic tumour like proliferation – SOTLP) é um achado anatomopatológico raro de etiologia desconhecida. É um fenómeno que ocorre maioritariamente na maxila, associado a um quisto odontogénico inflamatório, quisto dentífero ou, com menos frequência, a um quisto periodontal lateral ou residual. Não existe predileção pelo sexo ou idade. Histopatologicamente semelhante ao tumor odontogénico pavimentoso, com ilhas formadas por proliferação de células pavimentosas bem diferenciadas, confinadas à cápsula do quisto, sem características de transformação neoplásica. O prognóstico é favorável, com reduzida taxa de recidiva. **Descrição do caso clínico:** Sexo masculino, 52 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca congestiva controladas farmacologicamente. Referenciado por achado imagiológico em tomografia computadorizada maxilo-facial, realizada no exterior, que revelou lesão nodular no 1.º quadrante em relação com raízes dentárias de 1.6 e 1.7, com cerca de 16mm de maior eixo, limites e contornos bem definidos e conteúdo homogéneo. À observação intra-oral, apresentava abaulamento vestibular do 1.º quadrante, sem flutuação palpável e raízes de 1.4, 1.6, 2.4 e 3.5, e 1.7 e 3.8 cariados. Ortopantomografia consistente com lesão radiotransparente no 1.º quadrante em relação com raízes dentárias de 1.6 e 1.7 e exame objetivo. Sob anestesia geral, procedeu-se a enucleação da lesão, curetagem e exodontia de 1.4, 1.6, 1.7, 2.4, 3.5 e 3.8. O estudo anátomo-patológico revelou quisto odontogénico inflamatório com ilhas epiteliais compatíveis com SOTLP. Follow-up com boa cicatrização do local cirúrgico, sem sinais de fistulização oro-antral, ortopantomografia revelou progressiva ossificação da área operada, sem sinais de recidiva. **Discussão e conclusões:** A baixa incidência aliada às semelhanças microscópicas de SOTLP com outras patologias torna o seu diagnóstico desafiante. SOTLP tem comportamento benigno e não influencia o comportamento biológico das lesões a que se encontra associado. Faz diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente com o tumor odontogénico pavimentoso ou outras de comportamento mais agressivo, como o