

ductais e mioepiteliais. Representa cerca de 33-41% dos tumores das glândulas salivares minor, localizando-se mais no palato (50-60%) seguindo-se o lábio superior e a mucosa bucal. A ocorrência no lábio inferior é pouco comum, constituindo menos de 3% de todos os adenomas pleomórficos intraorais. **Descrição do caso clínico:** Apresenta-se um caso de um doente com 33 anos, do género masculino, sem antecedentes de relevo, medicação habitual ou alergias medicamentosas, que recorreu à consulta de Estomatologia referenciado pelo seu médico de família por uma tumefação no lábio inferior. O estudo ecográfico revelou uma lesão nodular bem delimitada a traduzir provável quisto de retenção glandular. A lesão teria uma evolução de cerca de dois anos, com aumento progressivo no último ano, sem causar sintomatologia. Ao exame objetivo, tratava-se de um doente com bom estado geral e sem adenomegalias cervicais palpáveis. Intraoralmente apresentava dentição definitiva tratada com uma higiene oral razoável, mucosas coradas e hidratadas apresentando uma lesão nodular exuberante no lábio inferior à direita com cerca de 1,5 cm de maior diâmetro, de consistência duro-elástica, não aderida aos planos profundos e bem diferenciada. A lesão era indolor na palpação e sem alterações da mucosa. Perante este quadro, foram equacionados vários diagnósticos diferenciais como mucocelo, fibroma, lipoma, neurofibroma ou tumor de glândulas salivares. Para esclarecimento diagnóstico, foi realizada uma biópsia da lesão sob anestesia local. A análise anatomopatológica revelou tratar-se de um adenoma pleomórfico. **Discussão e conclusões:** No presente caso clínico, apesar de o estudo ecográfico levantar a hipótese de um mucocelo, outros aspetos poderiam ser indicativos de um adenoma pleomórfico, tais como as características ao exame objetivo (nomeadamente a consistência duro-elástica) ou a evolução indolente ao longo de dois anos. A localização incomum para esta entidade obriga a descartar outras hipóteses diagnósticas. A biópsia é essencial para o diagnóstico e tendo sido excisional, acabou por ser o tratamento recomendado, que consiste na remoção cirúrgica da lesão. O doente deverá manter seguimento pelo menos 5 anos para descartar possíveis recidivas.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.920>

#036 Parotidite Fúngica – a propósito de um caso clínico



Beatriz Mota, José A. Cunha Coutinho, Gonçalo Cunha Coutinho, Leonor Cruz e Silva, Miguel Amaral Nunes*, Francisco Salvado

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A parotidite aguda é uma infeção da glândula parótida, que pode apresentar manifestações locais (dor e edema) ou sistémicas (febre e elevação dos parâmetros inflamatórios). Idade avançada, imunossupressão, diabetes, desidratação, são fatores predisponentes. A etiologia mais comum é bacteriana, sendo a fúngica muito rara. O tratamento passa por hidratação, terapêutica antimicrobiana ou antifúngica, e drenagem de abcesso quando necessário, sendo a identificação do agente causal essencial para o êxito terapêutico. **Descrição do caso clínico:** Sexo masculino, 75 anos, com antece-

dententes pessoais de doença renal crónica sob diálise peritoneal, anemia crónica, hiperparatiroidismo secundário e gamapatia monoclonal. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação mandibular dolorosa à esquerda de 4cm de maior diâmetro, com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo destacava-se a ausência de emissão de saliva ou pus pelo Stenon esquerdo. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios. Dado apresentar sinais compatíveis com Parotidite Aguda, teve alta medicado com Amoxicilina e Ácido Clavulânico. Após 5 dias, por agravamento do quadro recorreu novamente ao Serviço de Urgência. Foi internado, tendo iniciado antibioterapia endovenosa com Amoxicilina e Ácido Clavulânico e Clindamicina e realizada uma punção aspirativa ecoguiada com colheita de conteúdo hemato-purulento para exame microbiológico. A cultura revelou *Candida albicans*, tendo-se suspenso antimicrobianos e iniciado fluconazol. A reavaliação ecográfica demonstrou persistência de locas abcedadas, tendo-se efectuado drenagem cirúrgica sob anestesia geral, com colheita de conteúdo purulento, que após cultura revelou *C. Albicans*. A evolução clínica e analítica do doente foi favorável, tendo alta ao 8.º dia de internamento. **Discussão e conclusões:** Este relato clínico descreve um caso raro de parotidite, num doente imunocomprometido. As infeções parotídeas fúngicas estão muitas vezes associadas a evoluções mais resistentes com formação de locas abcedadas e só podem ser diagnosticadas pelo exame cultural. A punção aspirativa e ecografia das glândulas salivares é essencial, pois permite a identificação de locas e isolamento do agente causal. É importante a referenciação destes casos para centros diferenciados em patologia de glândulas salivares para um diagnóstico e terapêutica adequada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.921>

#037 Cirurgia Ortognática e condilectomia no tratamento de uma hiperplasia condilar unilateral



Alexandra Vinagre*, Júlio Fonseca, Tiago Oliveira, Ricardo Martins, David Sanz

Madrident, Orisclinic, Instituto Português da Face

Introdução: A hiperplasia condilar unilateral é uma patologia caracterizada pelo crescimento anómalo, progressivo de um côndilo, ramo e corpo mandibular causando assimetria com impacto relevante sobre a função oral, oclusal e estética facial. A doença surge durante a fase de crescimento sendo a sua etiologia ainda desconhecida, mas resulta de uma atividade hipermetabólica do centro de crescimento do côndilo afetado. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 18 anos, com queixas relativas à assimetria facial, bruxismo noturno e dor articular. Clinicamente apresentava assimetria facial caracterizada por um discreto prognatismo mandibular com laterognatia direita e dor capsular bilateral. Observou-se radiograficamente um alongamento da hemimandíbula esquerda desde o côndilo até à sínfise mentoniana. A cintigrafia revelou hipercaptação do radiofármaco $^{99m}\text{Tc-MDP}$ ao nível do côndilo esquerdo validando o diagnóstico de hiperplasia ativa do côndilo esquerdo do tipo alongamento hemimandibular. Para o tratamento foi preconizada fisioterapia, seguindo-