

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 diagnosticados 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-

-se a colocação de aparelho fixo maxilar e mandibular uma semana antes da fase cirúrgica. Foi efetuado o planeamento virtual tridimensional do tratamento cirúrgico com impressão das respetivas férulas. Realizou-se a cirurgia ortognática combinada com uma condilectomia alta iniciando-se pela osteotomia Le Fort I de avanço maxilar e impactação diferencial para correção do canting, seguida da condilectomia esquerda por via aberta pré-auricular e finalizando com osteotomia bilateral sagital mandibular. A fase ativa do tratamento ortodôntico prolongou-se por 18 meses tendo-se alcançado um resultado estético facial, oclusal e funcional muito satisfatório. A paciente encontra-se com cinco anos de seguimento clínico revelando uma boa estabilidade do tratamento. **Discussão e conclusões:** A opção terapêutica para o caso clínico exposto está adequadamente fundamentada na literatura. Contudo, o benefício cirúrgico antecipado depende de uma boa estabilidade oclusal prévia assegurada também por adequadas inclinações dentárias em relação aos planos maxilares correspondentes, condição esta existente no caso apresentado. O tratamento da hiperplasia condilar é controverso, contudo, a condilectomia assume-se como uma possibilidade terapêutica segura e eficaz com reduzidas sequelas articulares e funcionais. Um diagnóstico adequado assumido por uma equipa multidisciplinar são fatores chave para garantir a estabilidade terapêutica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.922>

#038 Excisão de papiloma verrugoso hiperqueratósico com Laser Er:YAG



Catarina Machado Ferreira*, Marta Soares Amorim, Cláudia Mata, Goretí Venâncio, Ana Catarina Vasconcelos, Luís Monteiro

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Clínica Privada Clinic4you-Clínica da Várzea Lda, Clínica Privada Ernesto Silva e Ana Paula Amorim – Medicina Dentária Lda, Clínica Universitária de Estomatologia- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Medicine and Oral Surgery Department – University Institute of Health Sciences (IUCS)- CESPU

Introdução: O papiloma escamoso é uma proliferação benigna comum na cavidade oral que se origina do epitélio estratificado escamoso. Apresenta-se como uma massa exofítica, mole e indolor, a qual pode assumir uma aparência papilar ou verrugosa, podendo ser induzida pelo papilomavírus humano. Ocorre frequentemente entre os 30 e os 50 anos, não apresentando predileção por sexo. Os locais mais frequentes onde surge são a língua e o palato mole, contudo pode ser encontrado em qualquer superfície mucosa da cavidade oral. A sua abordagem inicial compreende uma biópsia para conhecimento diagnóstico podendo esta ser realizada por lâmina fria ou LASER. O presente caso relata uma abordagem cirúrgica terapêutica de um papiloma escamoso com recurso a LASER Er:YAG. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 78 anos, com antecedentes pessoais irrelevantes. Referia surgimento de massa gengival de crescimento progressivo, localizada no 3.º quadrante, com 3 meses de evolução, a condicionar algum descon-

forto. Negava qualquer sintoma acompanhante. Ao exame objetivo era possível observar uma lesão exofítica séssil da gengiva aderida, não poupando papilas e de aspeto verrugoso, com cerca de 10x7 mm, mole e indolor, que se estendia de 32 a 34. Optou-se por realizar biópsia incisional por punch, cujo diagnóstico histológico revelou papiloma verrugoso. Procedeu-se a excisão total da lesão (cujas dimensões aumentaram para 25x10 mm) com margens de 0,5mm com recurso a LASER Er:YAG (:2940nm). O pós-operatório decorreu sem complicações, com sintomatologia e edema ligeiros. No follow-up aos 10 dias de pós-operatório, a doente apresentava-se sem queixas, com ferida operatória em cicatrização apresentando tecido de granulação e sem sinais inflamatórios. O diagnóstico histológico da peça total excisada revelou papiloma verrugoso hiperqueratósico com displasia de baixo grau. Após 5 meses a doente encontra-se sem sinais de recidiva. **Discussão e conclusões:** Comparado à excisão cirúrgica com lâmina fria, a excisão por LASER é uma abordagem mais precisa, que condiciona um intra e pós-operatório com menores queixas álgicas e cicatrização dos tecidos mais célere, com menor edema e sinais inflamatórios locais. O presente caso retrata uma excisão de uma lesão papilomatosa com displasia de baixo grau por LASER com sucesso terapêutico e sem recidiva da lesão, colocando em evidência a segurança e facilidade da abordagem destas lesões através da metodologia de LASER.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.923>

#039 Angina de Ludwig com origem em abscesso odontogénico por implante endo-ósseo



Rute Sousa Melo*, António Barbosa, Carolina Carreiro, Rita Carneiro Teixeira, Maria João Dias, J. Serafím Freitas

Centro Hospitalar Universitário de São João, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Introdução: A angina de Ludwig é uma celulite dos espaços sublingual, submandibular e submentoniano que se apresenta com edema submandibular estendendo-se para o pescoço, dor à palpação do pavimento da boca, edema, elevação e protrusão da língua, odinofagia, disfagia, disartria e sialorreia. Pode cursar com febre, leucocitose, aumento dos parâmetros inflamatórios e até mesmo resultar em choque séptico e/ou obstrução da via aérea, podendo ser fatal. **Descrição do caso clínico:** Homem de 60 anos sem antecedentes patológicos de relevo, recorreu ao serviço de urgência de Estomatologia por edema submandibular e da língua com dois dias de evolução, com disfagia para sólidos, sialorreia, disartria e desconforto respiratório. Cinco dias antes tinha-lhe sido colocado implante endo-ósseo mandibular em consultório privado. Objetivamente, exibia tumefação submandibular direita, dura e dolorosa à palpação. Intraoralmente com edema doloroso do pavimento da boca, edema e elevação da língua e um trajeto sinusal na mucosa por vestibular de 46, sem cárie evidente. Analiticamente, com leucocitose e proteína C-reativa de 273 mg/L. A tomografia computadorizada mostrou edema dos tecidos do espaço sublingual e submandibular e coleções abecedadas no pavimento da boca, as duas maiores com 30 mm, uma cárie de 46 com reação apical, um implante metálico na posição de