

#042 Carcinoma mioepitelial: o impostor

Beatriz Dominguez*, Maria Morais, João Oliveira,
Inês Vaz Silva, Mariluz Martins, Pedro Gomes

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O carcinoma mioepitelial é uma entidade pouco reconhecida e de diagnóstico desafiante pelo seu espectro morfológico abrangente. Este é muitas vezes confundido com outras patologias benignas ou malignas das glândulas salivares. Representa, segundo a literatura, 2% das neoplasias malignas das glândulas salivares. É clinicamente agressivo, com alta recorrência local (37%) e risco de metastização (22%). Histologicamente, é definido como um tumor composto quase exclusivamente por células mioepiteliais e caracterizado pelo seu padrão de crescimento invasivo. Quando os aspetos morfológicos de malignidade são exuberantes, como crescimento infiltrativo e destrutivo ou atipia celular com características de alto grau, a sua natureza maligna é facilmente identificada. No entanto, muitas vezes surge com características histológicas e citológicas frustrantes, podendo, com facilidade, ser mal classificado como um adenoma pleomórfico rico em células mioepiteliais. **Descrição do caso clínico:** Homem de 74 anos, enviado para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa após excisão de lesão do palato com 8 anos de evolução pelo seu Médico Dentista, com suspeita clínica de adenoma pleomórfico, no entanto a avaliação anatomopatológico-patológica da peça revelou neoplasia glândulas salivares minor com critérios invasivos sugestivos de carcinoma. A revisão das lâminas da peça operatória revelou carcinoma mioepitelial das glândulas salivares minor com invasão das margens cirúrgicas. Deste modo procedeu-se ao alargamento de margens e curetagem do osso palatino subjacente com reconstrução do defeito local com matriz dérmica. O resultado histológico do alargamento revelou tecido cicatricial congruente com cirurgia prévia, presença de focos de neoplasia centrais e margens livres de doença. **Discussão e conclusões:** A 4ª edição da Classificação da Organização Mundial de Saúde, de 2017, reconhece mais de 30 tipos de neoplasias epiteliais das glândulas salivares, muitas das quais partilham semelhanças morfológicas e de imunofenótipo dificultando o seu diagnóstico. De momento, esta classificação encontra-se em atualização – a 5ª edição (2022) irá incluir características citológicas e moleculares que favoreçam o seu correto diagnóstico. A falha numa correta caracterização destas neoplasias pode ter um impacto importante no prognóstico do nosso doente, pelo que devem ser orientados ab initio para Centros de Referência equipados com meios e experiência adequados para a sua abordagem. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.927>

#043 Tumores parotídeos – Desafio diagnóstico e cirúrgico: um caso de tumores metacrónicos

Mariana Magalhães Maia*, Fernando Mar, Guilherme Rios,
Nuno Costa, Luís Dias

Hospital de Braga, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: As neoplasias de glândulas salivares constituem um grupo de lesões, clínica e morfológicamente diferen-

tes, capazes de determinar importantes desafios diagnósticos e terapêuticos. **Descrição do caso clínico:** Género feminino, 44 anos, raça caucasiana, antecedentes médico-cirúrgicos relevantes de adenoma pleomórfico da parótida direita, removido cirurgicamente (2004). Em 2021 notou o reaparecimento de um nódulo na região parotídea direita com percepção de aumento do seu volume desde então. À observação objetivou-se uma neoformação localizada na glândula parótida direita, com 3 cm de maior diâmetro, indolor e de consistência duro-elástica. Realizou-se uma biópsia aspirativa por agulha fina, cujo resultado histológico revelou adenoma pleomórfico. Foi então referenciada a consulta de Otorrinolaringologia – Cabeça e Pescoço – do Hospital de Braga onde a doente foi submetida a parotidectomia parcial direita, com monitorização do nervo facial, para exérese da lesão. O estudo histológico definitivo revelou tratar-se, afinal, de um mioepitelioma parotídeo. Foram preservados todos os ramos do nervo facial, pelo que não se verificaram alterações da mímica facial. Não se registaram complicações decorrentes da cirurgia realizada. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico de mioepitelioma é pouco frequente, encontrando-se apenas em 1% dos tumores de glândulas salivares. Geralmente trata-se de uma lesão benigna, mas em 10% dos casos pode evidenciar um comportamento maligno, passando a designar-se carcinoma mioepitelial. Já o adenoma pleomórfico, além de ser o tumor de glândulas salivares mais comum, constitui o principal diagnóstico diferencial do mioepitelioma. Tanto um como outro apresentam-se clinicamente como um aumento de volume duro, indolor, de crescimento lento e ambos têm maior incidência no género feminino, na 5.ª década de vida. Relativamente às características histológicas o mioepitelioma é composto quase completamente por células mioepiteliais, estando as formações ductais ausentes ou só muito raramente presentes (menos de 5% da área do campo examinado). Por sua vez, no adenoma pleomórfico, as células mioepiteliais apresentam-se em número variado e as formações ductais são numerosas. Como evidenciado neste caso, o diagnóstico definitivo é histológico e apenas deve ser considerado após a excisão completa da lesão. Nestas circunstâncias ambos os tumores apresentam bom prognóstico, apesar da possibilidade de recidiva e/ou de transformação maligna. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.928>

#044 Ressecção de lesão mandibular extensa – E depois? Reabilitação com implante maxilofacial

Mariana Magalhães Maia, Rita Teixeira, Rodrigo Oliveira,
José Pedro Barbosa, Fernando Figueira, Carlos Faria*

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Centro Hospitalar
Universitário de São João

Introdução: O tratamento cirúrgico de lesões quer malignas, quer benignas localmente agressivas, extensas, da cabeça e pescoço culmina, frequentemente, em cirurgias altamente mutilantes e, por isso, com importante impacto funcional, estético e social. Os avanços da reabilitação têm permitido ultrapassar os principais desafios inerentes à complexidade destes casos, como acontece com os implantes craniomaxilofaciais individualizados. **Descrição do caso clínico:** Género masculino,

34 anos, raça caucasiana, antecedentes patológicos irrelevantes. História de lesão gengival na região do terceiro quadrante, há dois anos, que terá regredido espontaneamente. No entanto, refere reaparecimento de lesão, indolor, no mesmo local, um ano após. Sem história de odontalgia ou traumatismo da face. À observação objetivava-se tumefação lateromandibular esquerda com cerca de 5 cm de maior diâmetro. O exame objetivo intraoral identificou uma tumefação no terceiro quadrante, dura e irregular, contígua com a cortical óssea que causava abaulamento vestibular. A tomografia computadorizada (TC) cervicofacial revelou a existência de uma volumosa lesão quística mandibular, multiloculada, com contornos lobulados, expansiva, e que condicionava erosão das corticais ósseas lingual e vestibular. O doente foi submetido a biópsia incisional e a colocação intralesional de dreno. O estudo histológico revelou tratar-se de um ameloblastoma. O doente foi, posteriormente, encaminhado para o Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, onde foi submetido a mandibulectomia segmentar para exérese da lesão, com recurso a guias cirúrgicas, e reconstrução imediata com um implante craniomaxilofacial individualizado. Não se registaram complicações decorrentes da cirurgia, realçando-se o resultado funcional que foi praticamente imediato e muito satisfatório. Terminada a cicatrização da ferida cirúrgica, iniciou-se o processo de reabilitação oral com prótese fixa. **Discussão e conclusões:** Os mais recentes avanços tecnológicos permitem a realização de planeamentos cirúrgicos em TC tridimensional, impressão de modelos por impressoras 3D e a confecção de implantes de titânio craniomaxilofaciais individualizados. A utilização destes implantes permite a ressecção cirúrgica de lesões de grandes dimensões da cavidade oral, como neste caso, e a sua reconstrução imediata, devolvendo ao doente as suas capacidades funcionais e características estéticas prévias. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.929>

#045 Granuloma de células gigantes periférico em relação com implante: um caso raro



Simão C Nogueira*, Maria Inês de Oliveira Borges, Maria João Morais, Beatriz Dominguez, José Malva Correia, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, FMUC

Introdução: O granuloma de células gigantes periférico (GCGP) é a lesão de células gigantes mais comum que afeta os tecidos da cavidade oral. Define-se como uma proliferação local reativa de células mononucleares e de células gigantes tipo-osteoclasto num estroma vascular externo ao osso. Ocorre exclusivamente na gengiva ou no rebordo alveolar edêntulo, e apresenta-se como um aumento de volume nodular de coloração que varia do vermelho ao vermelho-azulado. A sua apresentação é mais comum na mandíbula, mas também pode ocorrer na maxila. A lesão ocorre como resultado da irritação local do mucoperiósteo ou da parte coronal do ligamento periodontal resultado de uma irritação crónica. Estão descritos na literatura alguns casos de GCGP associado a implantes dentários, contudo pouco se sabe sobre esta lesão e a osseointe-

gração do implante. O tratamento deste tipo de lesões consiste na excisão cirúrgica e a recorrência é rara. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 87 anos, recorre ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (SU-CHUC) pelo aparecimento de uma lesão na cavidade oral. Ao exame objetivo estávamos perante uma doente desdentada parcial superior e inferior, portadora de prótese total suportada por implante, mal-adaptada, e foi observada uma lesão no rebordo alveolar do 4.º quadrante na zona edêntula do canino e pré-molares, com cerca de 2cm, em relação com o implante. Foi feita ortopantomografia que revelou uma hipertransparência mandibular associada à lesão descrita e uma biópsia da lesão que se revelou compatível com GCGP. Procedeu-se à excisão cirúrgica da lesão com exame histopatológico da biópsia excisional que revelou uma proliferação de células gigantes multinucleadas de tipo osteoclástico e focos de metaplasia óssea resultando no diagnóstico de GCGP da gengiva. De momento, a doente encontra-se em seguimento em Consulta Externa no Serviço de Estomatologia do CHUC há 16 meses, sem recorrência. **Discussão e conclusões:** É importante a vigilância e o acompanhamento das lesões peri-implantares, como o GCGP, já que estas podem resultar na perda do implante. Para tal, deve ser realizado um exame histopatológico para se obter o diagnóstico adequado, permitindo assim adotar a melhor estratégia terapêutica. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.930>

#046 Quisto odontogénico radicular – Relato de caso clínico



Juan Barranco*, Mariana Machete, José Perea

Universidad Egas Moniz, Universidade Egas Moniz

Introdução: Os quistos odontogénicos são cavidades revestidas por epitélio odontogénico e podem ser classificados em dois grupos: inflamatórios ou de desenvolvimento. Dos quistos odontogénicos, representando cerca de 52% a 68% dos que afetam os maxilares, destaca-se o quisto radicular. O quisto radicular encontra-se associado ao ápex de um dente erupcionado e surge como um processo inflamatório resultante da perda da vitalidade pulpar causada por um traumatismo ou cárie dentária. Embora frequentemente assintomático e de difícil diagnóstico durante o exame clínico de rotina, alguns sinais devem ser considerados tais como deslocamento de dentes, dor, edema e flutuação. Imagiologicamente, apresenta-se como uma radiotransparência bem definida, forma arredondada, unilocular, circundada por uma margem radiopaca que se estende desde a lâmina dura do dente envolvido, podendo envolver dentes adjacentes ou causar reabsorção radicular. **Descrição do caso clínico:** Paciente, sexo feminino e 62 anos de idade deslocou-se à Clínica Dentária Egas Moniz com dor na região anterior do maxilar superior. Após observação clínica complementada com uma ortopantomografia foi possível detetar uma imagem radiotransparente compatível com um quisto odontogénico. A lesão unilocular, com uma extensão de aproximadamente 3 cm, envolvia os dentes 11 e 21. **Discussão e conclusões:** O tratamento proposto e aceite pela paciente foi a exodontia dos dentes 11e 21 com a enucleação da lesão.