

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.