

ciado a diminuição da acuidade auditiva. Ao exame físico, apresentava tumefação bilateral da região parotídea, de consistência duro-elástica, limites bem definidos, indolor, com 10 cm de maior eixo à direita e 9,5 cm à esquerda. Apresentava também, globosidade das glândulas sublinguais e tumefação bilateral submandibular, de características semelhantes, com 4 cm de maior eixo à direita e 3,5 cm à esquerda e adenopatia cervical de nível II, de 2cm de maior eixo. Foi solicitada ressonância magnética das glândulas salivares, que confirmou aumento das dimensões das glândulas parótidas e submandibulares, com estrutura homogênea, preenchimento por líquido dos ouvidos médios e mastóides bilateralmente e inúmeras adenopatias. Foi iniciada nova abordagem terapêutica com Acalabrutinib, 100mg 2x/dia, com resolução da tumefação cervicofacial e sublingual. **Discussão e conclusões:** As glândulas salivares são atingidas em 2 a 5% dos casos de LLC tipo B, sendo a glândula parótida a mais afetada. A ressonância magnética é o exame de eleição para confirmar a suspeita clínica. O seu prognóstico é variável, dependendo do tipo histológico e do índice de prognóstico internacional. O tratamento dos LLC tipo B, depende do seu estadiamento. Sendo a quimioterapia combinada R-CHOP, o gold-standard nos casos agressivos. Pacientes com doença avançada são actualmente tratados com imunoquimioterapia. Apesar da evolução terapêutica se revelar promissora, alguns doentes mantêm doença progressiva e incurável.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.950>

#### #067 Deslocamento posterior do disco articular da articulação temporomandibular – Caso clínico

Renata de Sousa Teixeira \*, Marcos Alexandre Nunes da Silva, Natália Ferreira, Marco Loureiro, Bruno Macedo de Sousa, Maria João Rodrigues

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Universidade Federal Fluminense – Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro

**Introdução:** O deslocamento de disco é uma das disfunções intra-articulares mais comuns da articulação temporomandibular. Devido às características anatómicas e funcionais desta articulação, o deslocamento anterior é o mais frequente, sendo o deslocamento posterior considerado raro. O deslocamento posterior do disco é caracterizado pela posição posterior do disco em relação à proeminência superior do côndilo. A principal característica clínica é a incapacidade de ocluir os dentes posteriores do lado afetado, podendo estar associado a dor espontânea, dor em função, estalido, desvio ou limitação da abertura. O diagnóstico desta patologia é desafiador, uma vez que as suas características clínicas podem estar relacionadas com outras condições e patologias. Podem ser necessários exames imagiológicos para diagnóstico complementar, sendo a ressonância magnética o exame padrão. O deslocamento posterior do disco e os seus critérios de diagnóstico, etiologia e tratamento são pouco abordado na literatura. Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso pouco comum de deslocamento posterior bilateral. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 46 anos, compareceu à Clínica de

Oclusão e Dor Orofacial da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com queixas de dor espontânea na região da articulação temporomandibular esquerda e ausência de contatos dentários do mesmo lado. O exame clínico foi realizado de acordo com o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders e obteve-se o diagnóstico de dor miofascial e artralgia. Na ressonância magnética verificou-se deslocamento posterior do disco em ambas as articulações. A esquerda apresentou edema articular, osteófito e esclerose do côndilo. Tal permitiu fazer o diagnóstico final de deslocamento posterior do disco, osteoartrite e dor miofascial. A terapêutica farmacológica e uma goteira estabilizadora mandibular permitiram o controlo da sintomatologia. Porém a doente permaneceu com incapacidade de ocluir os dentes do lado esquerdo, tendo sido encaminhada para realizar artrocentese no serviço de cirurgia maxilo-facial. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico e tratamento do deslocamento posterior do disco ainda representa um desafio, devido à reduzida incidência e escassez de informação na literatura. Este caso demonstrou que os exames imagiológicos podem ser importantes no diagnóstico de disfunções articulares pouco frequentes e também que o tratamento conservador pode ser uma opção no controlo da dor desta patologia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.951>

#### #068 Tratamento ortodôntico-cirúrgico em doente com fenda lábio-palatina: Caso Clínico

Raquel Travassos\*, Catarina Nunes, Madalena Prata Ribeiro, Flávia Pereira, Inês Francisco, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A fenda lábio-palatina é uma malformação anatómica congénita da região da cabeça com etiologia multifatorial. Esta malformação está associada a vários problemas, nomeadamente, na alimentação, audição, fonação e desenvolvimento dento-facial. Do mesmo modo, as alterações da estética facial e dentária podem resultar em dificuldades nas interações sociais. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de uma doente com fenda lábio-palatina submetida a tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 14 anos e 2 meses de idade, com fenda lábio-palatina bilateral. Na história pregressa foi realizada queiloplastia e palatoplastia aos 2 e 12 meses de idade, respetivamente. A doente referiu ainda a utilização de um aparelho removível para alinhamento do sector anterior aos 10 anos de idade. Após a avaliação da doente, verificou-se que esta apresentava uma Classe II esquelética, relação molar de Classe II e colapso maxilar transversal. O plano de tratamento consistiu em expansão transversal com aparelho Quad-helix, seguida da colocação de aparatologia fixa multibrackets prescrição Roth 0.018 para alinhamento e nivelamento das arcadas dentárias, preparação da arcada para receção do enxerto ósseo secundário e com tração dos dentes 13 e 23. Posteriormente, realizou-se a cirurgia ortognática (osteotomia bilateral sagital para avanço mandibular com rotação anti-horária) para correção da classe II esquelética. Como aparatologia de contenção