

XLIII Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) Oeiras, 13 a 14 de outubro de 2023

CASOS CLÍNICOS

#001 Deslocamento de agulha de sutura para o espaço parafaríngeo. Relato de caso clínico.



Maria Julia de Paula Silva*, Giovana Campanha Aragão, Pedro Hernique Moraes de Menezes, Eduarda Dias Lemos, Renato Neves Yaginuma, Ronaldo Celio Mariano

UNIFAL

Introdução: A remoção de corpo estranho é um procedimento habitual na Otorrinolaringologia, mas na Odontologia, os relatos não são frequentes, especialmente corpos estranhos em tecidos moles da região do pescoço ou faringe. Os locais mais comuns para a presença de corpo estranho são tonsilas palatinas, valécula e seios piriformes; no entanto, eles podem, ainda que raramente, migrar para espaços cervicais profundos, como o espaço parafaríngeo. **Descrição do caso clínico:** Paciente sexo feminino, 48 anos, submetida à extração do 18 em consultório odontológico e conforme relatado, houve separação do fio de sutura da agulha, não sendo localizada naquele momento. A paciente não recebeu informação sobre o deslocamento da agulha. Quatro meses depois, a paciente manifestou dores e desconfortos na garganta e procurou outro profissional. Foi realizada punção para drenagem na região posterior da amígdala direita, com drenagem purulenta. Uma segunda drenagem cirúrgica foi feita em ambiente hospitalar diante da não regressão do caso. Após submeter-se à tomografia computadorizada, a agulha foi localizada em local diferente daquele que é normalmente usada para a sutura na região do 18. Devido à proximidade com estruturas vasculares importantes e localização próxima do leito tonsilar palatino, decidiu-se por uma abordagem transoral para extrair a agulha. O procedimento foi realizado sob anestesia geral. Uma incisão na mucosa atrás do istmo das fauces permitiu acessar a área e com pinça hemostática, guiada pelo arco cirúrgico que permitiu visualização em tempo real, a agulha foi removida. A paciente evoluiu sem complicações. **Discussão e conclusões:** A migração de corpos estranhos pode ser desencadeada pela contração dos músculos do pescoço e nem sempre

segue planos anatómicos. Os corpos estranhos nos espaços do pescoço, por vezes, podem causar abscesso retrofaríngeo ou da tireoide. Complicações mais catastróficas incluem lacerações da artéria carótida e da veia jugular. A Tomografia computadorizada é comumente necessária para mostrar a sua relação com as estruturas anatómicas importantes e para esclarecer a localização exata do corpo estranho. A reconstrução 3D de tomografia é muito útil para o planejamento pré-operatório. Conclui-se que diante de deslocamentos de agulhas ou corpos estranhos, complicações secundárias, como infecção ou movimento dos fragmentos para regiões mais profundas do tecido, podem ser evitadas realizando o pronto atendimento especializado.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1068>

#003 Dente Duplo – A propósito de um caso clínico



Maria João Setas*, Teresa Bastos Oliveira, Rita Maria Cabral, Cristina João Domingues, Daniela Pereira, Jéssica Lourenço

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: Dente duplo é uma anomalia dentária congênita, que se manifesta com alterações na forma do dente. Ocorre maioritariamente nos dentes decíduos (0,5-0,7%) e uma pequena parte nos definitivos (0,1%). Pode originar-se por fusão ou geminação. Na geminação um único gérmen divide-se parcialmente em 2 partes. O processo de fusão envolve 2 germens dentários que, durante a odontogênese, se unem para formar um só dente. Estes dentes podem provocar problemas ortodônticos e apresentam maior predisposição para o desenvolvimento de cáries e problemas periodontais, devido aos sulcos e fissuras que se podem estender subgingivalmente. O impacto estético também é uma queixa comum. A presença destas complicações e as expectativas estéticas do doente ditam a necessidade de tratamento. **Descrição de caso clínico:** Menino, de 7 anos, sem antecedentes de relevo. Sem história de traumatismos alveolo-dentários, infeções sistémicas ou exposição a radiação em excesso. Familiares sem anomalias dentárias. Encaminhado para a consulta de Estomatologia por

múltiplas cáries na dentição decídua. Apresentava queixas de odontalgia no 3º quadrante. Ao exame objetivo extra-oral, sem dismorfias faciais nem fácies síndrome. Intra-oralmente, com dentição mista e cáries em dentes decíduos. Oclusão classe I e ausência de alterações esqueléticas. Foi observado um dente anômalo, no espaço de 41 e 42, com uma coroa larga e um sulco que se estendia pela face vestibular até ao bordo incisal, mimetizando a divisão do dente em 2 partes. O estudo radiológico foi compatível com o diagnóstico de dente duplo por fusão dos dentes 41 e 42. Uma vez que o paciente está numa fase de desenvolvimento crânio-maxilo-facial, não apresenta problemas ortodônticos nem periodontais, optou-se por um tratamento conservador/expectante. Os cuidados de higiene foram reforçados e as consultas de vigilância mantidas com frequência. **Discussão e conclusões:** O dente duplo é uma anomalia dentária rara, mais frequente nas crianças. A caracterização do endodonto, através dos exames de imagem, ajuda a distinguir fusão de geminação e a eleger o melhor tratamento. Quando não causa problemas, pode optar-se por um tratamento conservador com reforço das medidas de higiene, vigilância apertada e colocação de selantes em sulcos e fissuras para evitar o aparecimento de cáries.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1069>

#004 Dor orofacial: Quando pensar na síndrome de Eagle?



Rute Sousa Melo*, Joel da Costa Pereira, Beatriz Dos Santos, Sofia Moreira, Maria João Dias, J. Serafim Freitas

Instituto Português de Oncologia do Porto, Centro Hospitalar Universitário de São João, Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais

Introdução: A síndrome de Eagle é uma patologia rara resultante do alongamento da apófise estilóide e/ou calcificação do ligamento estilohioideu, interferindo com a função de estruturas vizinhas. A sua apresentação clínica é variável, podendo causar dor orofacial ou cervical e sintomas vasculares como síncope ou acidentes isquémicos transitórios, normalmente despoletados pelos movimentos do pescoço. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 30 anos, diagnosticada com síndrome depressivo sob venlafaxina. Referenciada para consulta por quadro de dor orofacial e sensação de plenitude auricular mais marcada à esquerda com 10 anos de evolução. Previamente avaliada por Otorrinolaringologia, tendo sido submetida a turbinectomia e septoplastia aos 22 anos, sem melhoria do quadro. Objetivamente, verificou-se dor à palpação do músculo masseter e ponto infraparotídeo esquerdos, sem alterações da abertura bucal, articulares ou intraorais relevantes. A ortopantomografia revelou uma calcificação bilateral do ligamento estilohioideu, o que levantou a hipótese de Síndrome de Eagle como causa da sintomatologia apresentada. Quando questionada acerca de episódios de síncope ou lipotímia com movimentos cervicais vigorosos, relatou episódios de lipotímia que poderão enquadrar-se num quadro vascular, além do álgico, desta síndrome. No sentido de aliviar as queixas, procedeu-se à infiltração de mepivacaína a 2% na fossa infratemporal. A infiltração resul-

tuou na resolução total das queixas durante duas semanas, após as quais se verificou retorno da dor, embora mais ténue. Repetiu-se a infiltração, não se verificando, até às duas semanas, retorno das queixas álgicas e da sensação de plenitude auricular. Foi requisitada uma tomografia computadorizada para avaliar a existência de contacto do ligamento estilohioideu com o corpo carotídeo, ainda não realizada. Caso este se verifique, ponderar-se-á a ressecção cirúrgica do ligamento para prevenção da ocorrência de síncope ou acidentes isquémicos transitórios futuros. **Discussão e conclusões:** Dependendo da sintomatologia, a síndrome de Eagle pode ser gerida de forma conservadora ou cirúrgica. Neste caso, a dor orofacial e a plenitude auricular foram geridas com sucesso com recurso à infiltração de mepivacaína na fossa infratemporal. Caso a sintomatologia continue a apontar para síndrome de Eagle como causa mais provável, a abordagem cirúrgica poderá vir a ser necessária para a resolução completa das queixas do foro vascular.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1070>

#005 Úlcerização da língua em Lactente – um caso de Doença de Riga-Fede



Sara Graterol*, José Ricardo Ferreira, Filipa Contente, Francisco Gouveia, João Melão, Francisco Salvado

CHULN

Introdução: A doença de Riga-Fede é uma patologia benigna pouco frequente. Caracteriza-se por ulceração traumática da mucosa oral causada pela presença de dentes natais ou dentes neonatais. São definidos como dentes natais, os dentes presentes na arcada aquando do nascimento. Os dentes que erupcionam durante o primeiro mês de vida são definidos como dentes neonatais. Os dentes natais e neonatais são raros, estimando-se uma incidência de 1:2000 e 1:35000, respectivamente. Os incisivos inferiores são os mais frequentemente envolvidos, seguidos dos incisivos superiores. A doença de Riga-Fede está mais associada a ulceração do ventre da língua (60%) por trauma repetitivo da língua sobre os incisivos inferiores, podendo também estar envolvidos os lábios, gengiva, palato ou mucosa vestibular. Clinicamente o lactente apresenta maior irritabilidade causada pela dor e dificuldade na alimentação com consequente má progressão ponderal. O tratamento de eleição para resolução completa e definitiva é a extração dentária, contudo pode-se optar por um tratamento mais conservador como a ameloplastia. **Descrição do caso clínico:** Lactente de 4 meses de idade, masculino, com antecedentes de prematuridade, forame oval patente e refluxo gastro-esofágico foi encaminhado à urgência de Estomatologia do HSM por lesão no ventre da língua com 2 semanas de evolução que condicionava a adequada alimentação. À observação intra-oral apresentava úlcera com cerca de 8mm de maior eixo, na linha média da superfície ventral da língua, não sangrante e dente neonatal em posição de 7.1 com bordo cortante e mobilidade. Sob anestesia tópica, procedeu-se à extração do dente neonatal. No follow-up, 4 semanas após extração, apresentava cicatrização completa da mucosa do ventre da língua e da loca de extra-