

prótese fixa com coroas suspensas na região anterior. A existência de cisto mucoso em região ântero-inferior do seio maxilar esquerdo dificultava tal planejamento. Após tentativas sem sucesso de acesso ao cisto por endoscopia endonasal, o esvaziamento do cisto mucoso se deu de forma concomitante com o acesso ao seio maxilar para a realização do enxerto ósseo após o levantamento do assoalho sinusal. Os implantes foram instalados. **Discussão e conclusões:** O curso natural do cisto mucoso é caracterizado por uma diminuição do tamanho (cerca de 30%) ou estado inalterado (50-60%) e um aumento de apenas 8% a 20%, o que não necessariamente causa sintomas. No presente caso, o esvaziamento do cisto se tornou necessário. Cuidados foram atribuídos na perfuração do cisto na porção mais alta e lateral, o que garantiu esvaziamento sem prejudicar o levantamento da mucosa sinusal e enxerto ósseo. Preserções clínicas e radiográficas são necessárias para investigar a recidiva do cisto. Os cistos mucosos do seio maxilar são lesões inofensivas e assintomáticas que, na maioria dos casos, não necessitam de tratamento médico ou cirúrgico, mas diante da atrofia severa e dificuldade de enxerto após levantamento do seio maxilar, o esvaziamento do cisto se tornou necessário e os cuidados estabelecidos para esse acesso tornaram a técnica possível.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1078>

#013 Sinusite odontogénica no contexto de cirurgia de implante – A propósito de um caso clínico



Francisco Gouveia*, Gonçalo Cunha Coutinho, José A. Cunha Coutinho, Sara Graterol, João Aragão Morais, Francisco Salvado

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introdução: A reabilitação oral com implantes é um procedimento comum. A reabilitação maxilar poderá ser mais desafiante que a mandibular pelas características ósseas. Poderão ser utilizados métodos menos invasivos, como recurso a implantes mais curtos ou com suporte em áreas anatómicas vizinhas como os implantes zigomáticos, ou métodos mais agressivos, como a cirurgia de elevação do seio maxilar. A taxa de complicações associadas à reabilitação oral com implante maxilar é de 14%, a perfuração da membrana de Schneider, infecção do enxerto ósseo, sinusite e epistáxis são as principais. É importante saber identificar e tratar essas complicações. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 45 anos, recorre à urgência por drenagem purulenta na cavidade oral e nasal. Refere dor, mal-estar geral e anorexia com 3 semanas de evolução após elevação do seio maxilar com colocação de enxerto ósseo e extração de 27 com colocação imediata de implante em dentista particular. Ao exame objetivo apresentava fístula vestibular adjacente a 27, com drenagem de conteúdo purulento, implante sem mobilidade e palpação do seio maxilar esquerdo dolorosa. Tomografia computadorizada revela seio maxilar com níveis hidroaéreos, em continuidade com região peri-implantar e rarefação óssea por vestibular do implante. Sob anestesia geral, procedeu-se a antrostomia média esquerda por via en-

doscópica nasal e desbridamento peri-implante por via oral. Ficou internada 2 dias, sob azitromicina endovenosa e descongestionante nasal, sem intercorrências. Na reavaliação 1 mês pós-operatório doente sem queixas. **Discussão e conclusões:** A sinusite odontogénica é uma complicação da reabilitação oral com implantes na maxila. Apesar de não haverem critérios de diagnóstico e terapêutica para esta patologia, o tratamento passa pela abordagem endoscópica nasal, aliada a antibioterapia, podendo ser preservado o implante. Neste caso foi realizada a antrostomia média por via endoscópica nasal e excisão de lesão granulomatosa, desbridamento peri-implantar e encerramento de fístula oroantral por via oral. Optou-se por preservar o implante dado não apresentar mobilidade. A reabilitação oral com implantes na maxila é desafiante devido às suas características ósseas. A sinusite é uma das principais complicações. Apesar de não existirem normas específicas, o tratamento deve ser médico-cirúrgico. Serão necessários mais estudos para uma melhor definição de critérios de diagnóstico e tratamento da sinusite odontogénica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1079>

#014 Mesiodens Múltiplo – acerca de um caso clínico



Taciana Lopes Santos*, António Pedro Barbosa, Álvaro Rodrigues

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia – Espinho

Introdução: Os dentes supranumerários são as anomalias dentárias mais frequentes. São mesiodens, quando estes estão na linha média, entre os incisivos centrais. Esta patologia deve-se a alterações no desenvolvimento por hiperatividade da lâmina dentária. A apresentação mais comum é enquanto único, conóide, de raiz curta e impactado na maxila. O diagnóstico ocorre maioritariamente na infância, sem sintomas associados. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino com 7 anos, foi encaminhado pelo seu dentista à consulta de estomatologia, por presença de dentes supranumerários na arcada maxilar. Seguido em neuropediatria por síndrome de Charcot Marie Tooth com confirmação genética, com antecedente cirúrgico de hérnia na linha alba. Na consulta, destacava-se a dificuldade na mastigação de alimentos duros, com dor na gengiva do 2º sextante. Objetivamente, apresentava dentição mista com 11 e 21 erupcionados; evidente tumefação por vestibular de 1º e 2º quadrantes; apinhamento dentário moderado, com notável diastema interincisivo superior. Realizou ortopantomografia e tomografia computadorizada maxilo-facial, que revelaram dois dentes supranumerários entre os incisivos centrais superiores, na linha mediana. Sob anestesia geral, foi submetido a exodontia cirúrgica dos mesiodens inclusos seguido de frenectomia labial superior. A cicatrização ocorreu conforme expectável e aos dois meses de pós-operatório o doente não apresentava comorbilidades cirúrgicas. **Discussão e conclusões:** Os mesiodens afetam até 3% da população, com maior incidência no sexo masculino. A doença genética de Charcot-Marie-Tooth manifesta-se pela polineuropatia sensitivo-motora desmielinizante, não tendo relação conhecida com dentes supranumerários. Com a apresentação

de dor gengival e diastema interincisivo, importava um exame clínico minucioso e a realização de exames radiológicos para um diagnóstico correto, com identificação da lesão e sua localização. O mesiodens pode complicar com o atraso de erupção, apinhamento, impaction de incisivos permanentes, diastema da linha média, lesões quísticas, infecção intraoral ou erupção dentária na cavidade nasal. O seu tratamento de eleição é cirúrgico e passa pela exodontia. Deve ser realizada o mais precocemente para prevenir problemas oclusais, mastigatórios ou estéticos, no entanto, também deve ser respeitado o desenvolvimento radicular dos dentes adjacentes. O prognóstico é favorável, podendo a criança necessitar de tratamento ortodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1080>

#015 Tumefação circundante ao ducto de Stenon: Um caso raro de hiperplasia fibrosa focal



Cristina Barros*, Marta Rodrigues, Catarina Machado Ferreira, Catarina Vital, Vilma Salgado, Céu Machado

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A hiperplasia fibrosa focal (HFF) é o tumor benigno de tecidos moles mais comum na cavidade oral, com origem em fatores traumáticos e inflamatórios. A localização mais comum é a mucosa jugal, na linha oclusal. Anatomicamente, a abertura do ducto de Stenon situa-se na mucosa jugal, adjacente ao segundo molar maxilar. A HFF nesta localização é rara, com 2 casos descritos na literatura. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 77 anos, sem antecedentes médicos de relevo, incluindo traumatismo orofacial, recorreu à consulta com sensação de corpo estranho intraoral indolor, desde há 1 ano. O exame objetivo não revelou assimetrias da face. No exame intraoral verificou-se edentulismo total e lesão mucosa pediculada com 2,5 x 0,8 cm, cor rosada, superfície lisa, consistência fibroelástica, na mucosa jugal direita envolvendo o orifício do ducto de Stenon. A estimulação da glândula parótida direita promoveu a saída de fluxo salivar límpido. Solicitou-se tomografia computadorizada da face que revelou lesão nodular com captação de contraste, sem invasão dos tecidos adjacentes. Realizou-se uma biópsia incisiva cuja análise histopatológica determinou HFF. A abordagem terapêutica incluiu cirurgia conservadora com identificação e cateterização do ducto, excisão do tecido hiperplasiado circundante e reconstrução do orifício ductal. O cateter foi ancorado à mucosa para remoção ao 7º dia pós-operatório. A doente foi medicada com Amoxicilina 1g de 8/8h durante 7 dias. Após 1 semana registou-se involução da dimensão da lesão inicial para cerca de 1,2 cm, cicatrização mucosa, papila ductal patente e fluxo salivar mantido. **Discussão e conclusões:** O caso apresentado refere-se a uma lesão com clínica inicial sugestiva de etiologia benigna (indolor, crescimento insidioso e limites bem definidos). Ainda que tratando-se de uma lesão comum, compreendia aspetos singulares, nomeadamente a ausência de trauma mecânico associado, dimensão atípica e localização incomum. Após o diagnóstico de HFF nesta localização, a abordagem constituiu um desafio cirúrgico. Baseados nos seguintes pontos-chave:

manutenção da margem da mucosa circundando o orifício ductal com dimensão igual ou superior a 0,3 cm e cateterização ductal, foi possível confirmar a patência do Stenon evitando cicatrizes/estenoses locais e assegurando um fluxo salivar mantido. Acreditamos, por este motivo, que esta técnica pode constituir uma referência na abordagem de lesões com características e localização semelhantes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1081>

#016 Extenso enfisema subcutâneo cervicofacial: uma complicação rara no tratamento endodôntico



Carolina Carreiro*, Salomé Cavaleiro, Rodrigo Oliveira, Carina Ramos, Juliana Almeida, J. Serafim Freitas

Centro Hospitalar Universitário de São João, Instituto Português de Oncologia do Porto Doutor Francisco Gentil

Introdução: O enfisema subcutâneo cervicofacial define-se pela acumulação de ar nos tecidos subcutâneos da cabeça e pescoço. Pode resultar da infeção por microrganismos produtores de gás ou da disrupção da barreira protetora cutânea ou mucosa. Procedimentos dentários são uma etiologia rara de enfisema subcutâneo. Nestes casos, a utilização de turbina em exodontias de dentes inclusos é a causa mais frequente e o envolvimento do mediastino é incomum. No caso relatado, a utilização de turbina dentária num acesso endodôntico enviesado, dirigido à parede alveolar, terá estado na origem de enfisema subcutâneo cervicofacial com extensão ao mediastino superior. **Descrição do caso clínico:** Uma mulher, com 68 anos, recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação dolorosa da face com dez horas de evolução, que teve início durante tratamento endodôntico em contexto extra-hospitalar. A intensificação das queixas levou à suspensão do tratamento e posterior observação hospitalar. À observação identificava-se exuberante tumefação dos dois terços inferiores da face, particularmente acentuada à direita, na região malar com extensão infraorbitária, que condicionava encerramento palpebral. Associava-se eritema cutâneo, dor e crepitações à palpação. Intraoralmente, a região vestibular adjacente a 12-14 encontrava-se tumefacta e dolorosa à palpação. A mucosa oral apresentava-se íntegra. Era visível obturação oclusal provisória em 12. A radiografia retroalveolar confirmava a presença de acesso endodôntico associado a perfuração iatrogénica do canal radicular em direção à parede alveolar. Em tomografia computadorizada apresentava enfisema subcutâneo bilateral que se estendia desde as regiões periorbitária, temporal e malar, dissecava planos cervicais profundos e atingia o mediastino superior. Atendendo à progressão e extensão do enfisema, optou-se pelo internamento para monitorização clínica. **Discussão e conclusões:** O aparecimento de tumefação cervicofacial durante procedimentos dentários, cirurgia oral ou maxilofacial, obriga a considerar a possibilidade de enfisema subcutâneo, hematoma ou angioedema. Grandes volumes de ar retidos no tecido subcutâneo cervicofacial podem migrar, condicionando obstrução da via aérea e infeção de espaços cervicais profundos e mediastino. O diagnóstico precoce e avaliação da sua extensão, em ambiente hospitalar multidisciplinar, é essencial ao adequado tratamento do enfisema