

subcutâneo, evitando a progressão para complicações que podem ser fatais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1082>

#017 A descompressão como opção: tratamento conservador de quisto dentígero



Joel da Costa Pereira*, António Barbosa, Rute Sousa Melo, Gabriela Pinheiro, Joana Paiva, J. Serafim Freitas

IPO Porto, Centro Hospitalar Universitário São João, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho

Introdução: Quistos dentígeros são quistos de desenvolvimento localizados nos maxilares que envolvem normalmente a coroa de um dente não erupcionado encontrando-se aderido ao nível da junção amelocementária. É o tipo mais comum de quistos de desenvolvimento. São mais frequentes entre os 10 e os 30 anos. Normalmente são assintomáticos, associados a dentes não erupcionados. Tornam-se sintomáticos quando ocorre crescimento com expansão óssea dolorosa e eventual assimetria facial, ou quando associados a infecção. Quando de grande dimensão devem levar a suspeita de outro tipo de lesões como queratoquisto ou ameloblastoma. O tratamento depende do tamanho, localização, diagnóstico anatomopatológico e estruturas anatómicas envolvidas. Pode ser realizado por enucleação, com ou sem exérese do dente associado, ou pode ser realizada inicialmente uma marsupialização ou descompressão e enucleação à posteriori. **Descrição do caso clínico:** Apresentamos o caso de uma criança do sexo masculino de 9 anos, sem antecedentes médicos relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por edema e tumefação da hemiface direita, medicada previamente com antibioterapia sem melhoria. De destacar no exame objetivo dentição mista, dente 54 escurecido, com testes de sensibilidade pulpar ao frio negativos e abaulamento por vestibular em relação com este dente. Na ortopantomografia presença de lesão radiolúcida bem definida em relação com a coroa do dente 13, que se encontrava deslocado superiormente relativamente ao dente 23. Proposta realização de tomografia computadorizada da maxila, exodontia de dente 54, biópsia da lesão, colocação de mantenedor de espaço de tipo banda-alça e colocação de tubo de descompressão fixado ao mantenedor de espaço. Esse procedimento permitiu a resolução completa da lesão quística ao fim de 4 meses. Após a esfoliação dos dentes 55 e 53 optou-se por manter o espaço para a erupção dentária através de um aparelho passivo 4:2 com manga (sleeve). **Discussão e conclusões:** Apesar dos quistos dentígeros frequentemente impedirem a erupção dos dentes permanentes que lhes estão associados, dentes imaturos com a raiz ainda em formação e ápice aberto mantêm o seu potencial eruptivo. Após o diagnóstico anatomopatológico confirmar a natureza da lesão, pode ser realizada descompressão, seja por marsupialização ou colocação de tubo de descompressão. Nalguns casos pode haver resolução completa da lesão que lhes está associada ou possibilitar uma quistectomia mais conservadora, permitindo um crescimento e desenvolvimento mais próximo do normal.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1083>

#018 Anomalias vasculares na cavidade oral – 3 casos com diferentes orientações



Rodrigo Oliveira*, Gabriela Pinheiro, Mariana Graça, Joana Paiva, Joana Alves, Mariana Moreira

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: O termo anomalias vasculares engloba um conjunto variado de patologias que segundo a classificação da International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) podem ser enquadradas em dois grandes grupos, os tumores vasculares e as malformações vasculares. Os tumores vasculares englobam lesões proliferativas que variam desde hemangiomas infantis a granulomas piogénicos. Por outro lado, as malformações vasculares são erros embriológicos, as três subclassificações são a linfática, venosa e arteriovenosa. Os sintomas podem variar desde edema, hemorragia com risco de vida ou obstrução da via aérea. As opções de tratamento incluem abordagens conservadoras, cirurgia, escleroterapia e embolização. **Descrição do caso clínico:** Vamos apresentar 3 casos com orientações terapêuticas distintas. Primeiro caso, um doente com 71 anos apresentou-se com uma lesão exóftica de 1,5 cm de tamanho de cor violácea no dorso da língua que desaparecia à digitopressão. Realizou-se excisão da lesão, sob anestesia local e recurso a bisturi elétrico, com pequenas margens para evitar a recidiva. O relatório anatomopatológico revelou tratar-se de uma malformação arteriovenosa. Aos 6 meses pós-op a lesão não recidivou e doente não apresenta queixas. Segundo caso, uma doente com 68 anos que se apresentou com uma lesão exóftica no hemipavimento esquerdo da boca de cor violácea e que desaparecia à digitopressão, esta era causa de trauma com a prótese removível inferior que usava. Dada a localização da lesão e a proximidade a estruturas como o canal de Wharton e o nervo e artéria lingual optou-se por realizar escleroterapia com laurumacrogol. Aos 3 meses de pós-op e com apenas uma sessão a lesão desapareceu. Terceiro caso, uma doente com 58 anos que apresentava uma lesão plana de cor violácea no terço posterior do bordo esquerdo da língua com 2 cm. Na biópsia incisional houve dificuldade no controlo da hemóstase e edema, e revelou tratar-se anomalia vascular venosa. A ressonância magnética (RM) mostrou uma lesão captante de contraste com 19 mm de maior dimensão. O caso foi discutido com os colegas da Radiologia de Intervenção os quais avaliaram e decidiram manter vigilância. **Discussão e conclusões:** Este trabalho tem como objetivo mostrar que existe uma variedade grande de anomalias vasculares e nem todas são angiomas como por vezes é dito. É necessário realizar um diagnóstico correto, discutir em equipa e estar atualizado para os diversos tratamentos possíveis em cada situação.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1084>

#019 Sialolitíase Crónica – um caso de agudização em contexto de urgência



Maria Guedes Maleitas*, Rui Moreira, Jéssica Lourenço, Rita Maria Cabral, Daniela Alves Pereira, Cristina João

Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: Sialolitíase é uma condição benigna que consiste na formação de cálculos no sistema de canais excretores

das glândulas salivares. Acomete preferencialmente as glândulas submandibulares em adultos entre os 30 e os 60 anos. Esta patologia manifesta-se sobretudo por edema periprandial da glândula afetada e hipossalivação. O tratamento inicial inclui sialogogos, anti-inflamatórios orais, massagem glandular para estimulação da excreção salivar e, em casos crónicos ou de maior gravidade, sialoendoscopia ou cirurgia de remoção do cálculo ou exérese da glândula afetada. **Descrição do caso clínico:** M.E. do sexo feminino, 47 anos. Antecedentes pessoais: sialolitíase crónica da glândula submandibular direita conhecida, com episódios prévios de sialoadenite. Dirigiu-se ao serviço de urgência por drenagem purulenta pelo canal de Wharton direito e dor muito intensa na região submandibular ipsilateral, com uma semana de evolução. A este quadro associavam-se sensação de edema da língua, disfagia, dispneia e anorexia com 1 dia de evolução. Doente negava febre. Ao exame objetivo mostrava ligeira diminuição da mobilidade da língua, elevação do pavimento da boca com edema sublingual à direita, sem drenagem salivar ou de qualquer conteúdo pelo canal de Wharton direito. Apresentava tumefação submandibular e cervical direita, de consistência endurecida, sem flutuação palpável, com dor associada. **Discussão e conclusões:** Assumiu-se como episódio de agudização de sialolitíase crónica já conhecida e a doente foi medicada com antibioterapia, corticoide e analgesia por via endovenosa. Realizou TC maxilo-facial e cervical que revelou volumosos cálculos no pavimento da boca, na extremidade distal do ducto excretor da glândula submandibular direita. Procedeu-se à remoção do cálculo com incisão ao longo do canal de Wharton. Na consulta de reavaliação, uma semana mais tarde, a doente encontrava-se sem queixas, com excelente estado geral e resolução completa do quadro inicial, apenas com desconforto na região submandibular direita e sensação de saliva salgada. Sialolitíase tem um excelente prognóstico e a maioria dos casos resolve com terapêutica conservadora. Neste caso, devido ao insucesso da terapêutica médica, avançou-se para cirurgia intraoral minimamente invasiva, com remoção do cálculo sob anestesia local, com uma taxa de morbilidade ínfima e alívio quase imediato das queixas da doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1085>

#020 Litíase da glândula sublingual, a propósito de um caso clínico



Paula Maria Leite*, Catarina Vital, Cristina Barros, Catarina Machado Ferreira, Eduardo Nogueira, Patrícia Caixeirinho

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A sialolitíase é definida como a formação de cálculos no parênquima das glândulas salivares ou no interior dos seus ductos. A sua etiologia é desconhecida, sendo uma patologia comum das glândulas salivares com predominância pelo sexo masculino. A grande maioria dos casos ocorre na glândula submandibular, seguida pela glândula parótida, sendo raro ocorrer nas glândulas sublingual ou salivares minor. Clinicamente, é caracterizada por tumefação e dor na região da glândula afectada, com agravamento típico no período das refeições. **Descrição do caso clínico:** Doente de sexo feminino,

66 anos, sem antecedentes de relevo, foi referenciada à consulta de Estomatologia por tumefação recorrente do pavimento oral. À observação, apresentava uma tumefação flutuante e dolorosa do pavimento oral à direita, sendo visíveis e palpáveis várias massas milimétricas de tom amarelado e consistência pétrea, compatíveis com sialólitos. À expressão, havia fluxo de saliva límpida bilateralmente pelos ductos de Wharton, mas em menor volume à direita. A radiografia oclusal confirmou a presença de múltiplos sialólitos radiopacos. Para melhor localizar os sialólitos e planear o tratamento, foi realizada uma TC da face, que confirmou a presença de vários sialólitos impactados na porção distal do ducto de Wharton direito. Tendo em conta a sintomatologia e localização dos sialólitos, optou-se pelo tratamento cirúrgico, com sialolitotomia. A paciente teve uma recuperação completa, com prognóstico excelente. **Discussão e conclusões:** Os métodos diagnósticos mais utilizados são a radiografia oclusal e a ecografia, sendo que TC também pode ser útil; outros meios como sialografia ou sialoendoscopia também podem estar indicados. Dependendo do tamanho e localização do sialólito, bem como da sintomatologia associada, as opções terapêuticas são muito variadas, desde medidas conservadoras até ao tratamento cirúrgico, nomeadamente sialolitotomia, sialoendoscopia, litotricia ou até sialadenectomia. Com este caso pretendemos salientar a importância de um diagnóstico correto e atempado desta patologia, permitindo um tratamento menos invasivo, de forma a melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos doentes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1086>

#021 Mieloma múltiplo vs Osteonecrose associada a medicamentos – relato de caso



Rita Maria Cabral*, André Saura, Jéssica Lourenço, Cristina João Domingues, Daniela Pereira, Rui Moreira

CHUdSa

Introdução: O mieloma múltiplo é uma doença hematológica caracterizada pela proliferação de células plasmáticas associada a um aumento do nível de proteínas monoclonais no sangue e/ou urina. O tratamento pode englobar o uso de medicamentos antireabsortivos como os bisfosfonatos, muitas vezes associados a osteonecrose dos maxilares. A osteonecrose dos maxilares associada a bisfosfonatos é classicamente caracterizada exposição de osso necrótico na cavidade oral num período de 8 semanas com história de toma de bisfosfonatos e ausência de tratamentos com radioterapia. Os sinais podem incluir alterações na cicatrização, inflamação e/ou infeção local, fistulas e dor. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 67 anos, referenciada por diagnóstico recente de mieloma múltiplo, caracterizado por anemia e lesões líticas, com pedido de avaliação para início de tratamento com bifosfonatos. Antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e osteopenia sob alendronato durante o ano de 2021. Foi realizada em consulta externa a extração de 25 sem intercorrências. Um ano após a exodontia, e desde então sob terapêutica com Zometa endovenoso, aparecimento de lesão exofítica no segundo quadrante com drenagem de conteúdo purulento à compressão. Optou-se por tratamento