

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

cirúrgico associado a antibioterapia no domicílio. A reavaliação após 10 dias demonstrou boa evolução cicatricial tendo havido encerramento completo da ferida ao final de 40 dias. **Discussão e conclusões:** O ácido zoledrônico é um potente inibidor da reabsorção óssea mediada por osteoclastos, e, apesar da sua eficácia na redução da reabsorção óssea, a patogênese permanece incerta. Foi sugerido que a supressão da remodelação óssea mediada por osteoclastos, resultando em esclerose óssea e subsequente isquemia, pode ser o principal mecanismo causal da osteonecrose associada a este medicamento. O acompanhamento da saúde oral durante o tratamento é crucial para identificação de qualquer sinal de exposição óssea. O estudo aprofundado dos mecanismos associados a esta patologia é imperativo para o desenvolvimento de estratégias minimizadoras de risco e aprimoramento da eficácia e segurança da terapêutica contribuindo para a melhor qualidade de vida dos pacientes com mieloma múltiplo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1087>

#022 Fratura Alveolar da Mandíbula em Idade Pediátrica



Filipa Contente*, Sara Graterol, Duarte Barreto, João Melão, Francisco Azevedo Coutinho, Francisco Salvado

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

Introdução: O desenvolvimento motor global da criança apresenta dos 2 aos 4 anos um importante incremento. Neste sentido o trauma da face resultante do ato de brincar e quedas associadas é causa de 20 a 30% das fraturas pediátricas maxilofaciais. As fraturas mandibulares representam 5 a 50%, acompanhando-se frequentemente de fraturas alveolares e dentárias. Segundo Clark as fraturas alveolares são classificadas em 4 classes. A Classe I refere-se ao processo alveolar edêntulo e a Classe II, ao processo alveolar com dentes, com luxação ligeira ou ausente. A Classe III envolve um segmento dentário com luxação moderada a severa e a Classe IV a fratura do processo alveolar, com partilha de traços de fratura com outras fraturas do esqueleto de suporte dentário.³ A intervenção cirúrgica nestas fraturas pretende estabelecer uma oclusão funcional e limitar o impacto no desenvolvimento craniofacial e dentário. As férulas de acrílico autopolimerizável acompanhadas de cerclagem com fios de aço, constituem uma solução eficaz na estabilização das fraturas alveolares mandibulares, evitando os riscos de lesão dos germens dentários, quando comparadas com a fixação interna com placas e parafusos de osteossíntese. **Descrição de caso clínico:** Criança do género feminino de 3 anos, que em julho de 2023 foi trazida ao Serviço de Urgência de Estomatologia do Hospital de Santa Maria, por lesão traumática do 1/3 inferior da face. Ao exame objetivo apresentava vestibularização em bloco dos incisivos decíduos inferiores, condicionando mordida cruzada e hematoma lingual. A TC maxilofacial revelou fratura alveolar com traços de fratura a distal de 72 e 82. A doente foi intervencionada sob anestesia geral realizando-se redução da fratura e estabilização da mesma com férula em acrílico autopolimerizável em boca e cerclagem com fios de aço por via submandibular. A doente manteve a férula por 4 semanas com avaliações seriadas neste período e boa adaptação

global. A férula foi removida, sob sedação profunda, no final deste período, com restabelecimento da oclusão. Mantém seguimento em consulta. **Discussão e conclusões:** O tratamento das fraturas mandibulares em crianças será fortemente influenciado pela idade do doente, pela sua localização e natureza. Este caso clínico ilustra a importância do diagnóstico clínico e imagiológico das fraturas alveolares mandibulares, bem como, da ponderação do tratamento com melhor relação risco-benefício para a redução e estabilização da fratura.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1088>

#023 Abordagem de quistos odontogénicos de grandes dimensões: relato de caso



Gabriela Pinheiro*, Rodrigo Oliveira, Joel Pereira, Carolina Carreiro, Mariana Lima Graça, Joana Alves

Instituto Português de Oncologia do Porto, Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Os quistos odontogénicos estão associados a alterações patológicas inflamatórias ou de desenvolvimento. Os subtipos mais comuns são os quistos periapicais, quistos dentígeros, quistos residuais e queratoquistos. A maioria dos quistos odontogénicos localizam-se na região anterior maxilar, seguida pela região posterior mandibular. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 37 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu à consulta de Estomatologia com queixas algícas, tumefação intra e extra-oral e parestesias referidas na região posterior do 4º quadrante. Ao exame objetivo destacava-se dor à percussão de dente 46, bem como abaulamento vestibular na topografia de 46 a 43. Apresentava dente 46 sem vitalidade. Sem outras alterações de relevo. Após avaliação imagiológica verificou-se a presença de lesão radiolúcida com cerca de 30 mm estendendo-se desde 43 a 46. Verificou-se também a presença de quisto periapical à raiz distal de 46. Decidiu-se pela realização de biópsia da cápsula quística e colocação de tubo de descompressão, tendo sido confirmada hipótese de quisto odontogénico. Confirmou-se radiologicamente a redução da dimensão da loca quística, compatível com resposta favorável à descompressão. Posteriormente, foi realizada a sua quistectomia com colocação de xenoenxerto ósseo, encerramento com membrana de colagénio e retalho mucoperiósteo. O seguimento após a cirurgia demonstrou boa evolução, com avaliação radiográfica compatível com regeneração óssea gradual. **Discussão e conclusões:** Atualmente o tratamento de quistos odontogénicos pode ser feito de forma mais conservadora ou de forma mais radical. Alguns autores recomendam a abordagem cirúrgica conservadora e menos invasiva, no tratamento de quistos de grandes dimensões, nomeadamente o método da descompressão quística, seguida de enucleação da lesão. Esta técnica permitirá a diminuição da pressão no interior do quisto, a diminuição de mediadores inflamatórios na parede da lesão quística, diminuição das dimensões da lesão e a manutenção da integridade de estruturas anatómicas adjacentes. Este caso vai de encontro à evidência publicada relativamente ao tratamento conservador com descompressão quística, seguida de enucleação.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1089>