

#024 Sialolitomia sem marsupialização: apresentação de caso clínico



José Pedro Barbosa*, Ana Cláudia Maurício, Rodrigo Avezedo Oliveira, Mariana Lima Graça, Mariana Magalhães Maia, Pedro Cabeça Santos

Centro Hospitalar Universitário de S. João

Introdução: A sialolitíase é uma patologia comum das glândulas salivares, sendo mais prevalente nas glândulas submandibulares (85% dos casos), dada a presença de uma porção ascendente no canal de Wharton e a composição mais mucosa da saliva secretada por estas, quando comparada com a saliva secretada pelas restantes glândulas. A sialolitíase submandibular pode condicionar ectasia dos canais de Wharton e favorecer o desenvolvimento de sialoadenites. O tratamento pode envolver técnicas minimamente invasivas como a sialolitomia por abordagem aberta ou por sialoendoscopia, ou abordagem convencional, mediante sialoadenectomia. A sialolitomia, envolve frequentemente a marsupialização do canal de Wharton, o que altera a anatomia do pavimento da boca e expõe o epitélio dos canais de Wharton ao meio externo. Apresentamos um caso de sialolitomia, por abordagem intraoral, em que se procedeu a exérese do cálculo, seguida de plastia do canal de Wharton, sem marsupialização. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 36 anos, sem antecedentes de relevo, que recorreu à consulta de Estomatologia em outubro de 2022, referenciado do médico de família por sialoadenite da glândula submandibular esquerda, com identificação de um cálculo, com cerca de 5 mm, no terço médio do canal de Wharton esquerdo em ecografia, aproximadamente um ano antes da consulta. Em tomografia computadorizada, evidenciaram-se sialólitos no trajeto da metade distal do canal de Wharton esquerdo, sem dilatação ductal extra- ou intra-glandular associada. Em abril de 2023, procedeu-se a sialolitomia, e, após verificação da patência do canal de Wharton, procedeu-se a plastia do mesmo, sem marsupialização. Após consulta de reavaliação, a um mês de pós-operatório, o doente apresentou-se assintomático, negando intercorrências, com cicatrização completa da área intervencionada e com drenagem de saliva límpida através da carúncula do canal de Wharton esquerdo. **Discussão e conclusões:** A discussão do presente caso clínico pretende demonstrar a viabilidade da sialolitomia por via intraoral sem marsupialização, em casos de sialolitíase sem dilatação marcada dos canais de Wharton, permitindo a preservação da anatomia normal do doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1090>

#025 Granuloma periférico de células gigantes – a propósito de um caso clínico



Duarte Barreto*, Sara Graterol, Filipa Contente, Ana Teresa Coelho, Rita Simão, Francisco Salvado

CHULN

Introdução: O granuloma periférico de células gigantes é uma lesão de tecidos moles, benigna, exclusiva da cavidade oral, que ocorre por reação hiperplásica do tecido conjuntivo

periosteal ou ligamento periodontal em resposta a uma agressão local ou traumatismo crónico. Apresenta-se como uma massa de consistência duro-elástica de superfície lisa e brilhante, indolor, podendo ser séssil, pediculada ou multilobulada. É mais frequente na região posterior da mandíbula e raramente excede os 2-3 cm de diâmetro. Pode ocorrer em todas as idades, sendo mais prevalente entre a quarta e sexta década de vida e mais agressiva em crianças. Radiograficamente observam-se áreas de reabsorção óssea adjacente à lesão e o diagnóstico definitivo é obtido por exame histopatológico. O diagnóstico diferencial inclui granuloma piogénico, fibroma ossificante periférico e fibroma cimento-ossificante periférico, sendo que todas estas lesões podem ter achados clínicos e imagiológicos semelhantes. O tratamento consiste na excisão cirúrgica da lesão e eliminação do fator desencadeante, devendo manter vigilância clínica e imagiológica dada a possibilidade de recidiva. **Descrição do caso clínico:** Criança de 9 anos, sexo masculino, observada no serviço de urgência do CHULN por edema do 1/3 inferior da hemiface esquerda com 3 semanas de evolução. Objetivou-se lesão exofítica, eritematosa, de aspeto lobulado, com cerca de 4 cm de maior eixo, no rebordo alveolar do 3º quadrante com extensão de 74, que se encontrava lingualizado, até à face mesial de 36. O dente 74 encontrava-se cariado com mobilidade grau III e o dente 75 ausente da arcada. A ortopantomografia demonstrou perda óssea vertical do 3º quadrante na área de 74 e 75, 36 distalizado e confirmou ausência de 75. Procedeu-se a biópsia incisiva de lesão com punch e extração de 74. O exame histopatológico revelou granuloma periférico de células gigantes. O doente foi submetido sob anestesia geral a excisão da lesão e curetagem. Na reavaliação de 2 meses de pós-operatório, encontrava-se assintomático e a região intervencionada do 3º quadrante bem cicatrizada. O exame histopatológico da peça confirmou diagnóstico inicial de granuloma periférico de células gigantes. **Discussão e conclusões:** Este caso demonstra um crescimento rápido de uma lesão intraoral, sendo a rápida realização de biópsia fundamental para o diagnóstico definitivo e definição de abordagem terapêutica adequada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1091>

#026 Osteomielite por crise vaso-oclusiva – a propósito de um caso clínico



Duarte Barreto, João Aragão Morais*, Filipa Contente, Ana Teresa Coelho, Rita Simão, Francisco Salvado

CHULN

Introdução: A drepanocitose ou anemia falciforme é uma doença hematológica hereditária, caracterizada pela mutação do gene beta-hemoglobina. Cursa com a produção de hemoglobina de conformação anómala, causando múltiplas complicações. Além dos sintomas típicos de anemia, como cansaço, palidez e sono, a anemia falciforme pode apresentar-se com crises vaso-oclusivas, nomeadamente na forma de osteomielite. A osteomielite é uma complicação óssea em doentes com anemia falciforme, afetando com maior frequência a tíbia, fémur, úmero e vértebras. Os sintomas incluem dor óssea e febre e o diagnóstico é auxiliado com exames de imagem. O

microorganismo mais isolado nestas infeções é a salmonela, seguido pelo staphylococos. A osteomielite da mandíbula é uma complicação rara, descrita em literatura. O tratamento passa pela sequestrectomia e antibioterapia sistémica. **Descrição do caso clínico:** Criança de 10 anos, sexo feminino, melanodérmica, diagnosticada com drepanocitose com história de doença cerebrovascular e múltiplos enfartes ósseos. Foi encaminhada ao Serviço de Urgência do CHULN para observação por Estomatologia por suspeita de osteomielite mandibular crónica com meses de evolução. Apresentava à observação fistula cutânea com drenagem purulenta a nível da mandíbula à direita. Intraoralmente, apresentava dentição mista sem cáries dentárias, doença periodontal ou outras alterações, nomeadamente, abaulamento ou flutuação vestibular do 4º quadrante. Dos exames complementares realizados destaca-se alteração do trabeculado ósseo entre as raízes do dente 46 sugestivas de osteomielite crónica na ortopantomografia e tomografia computadorizada. Realizou-se colheita de exsudado purulento, onde se isolou *Eikenella Corrodens*, e manteve antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico 50mg/kg/dose e clindamicina 20mg/kg/dose. A doente evoluiu bem, com resolução de drenagem de conteúdo purulento após ter cumprido 3 semanas de antibioterapia. **Discussão e conclusões:** O caso descrito revela uma situação de osteomielite mandibular de origem não odontogénica, cuja anamnese, exame objetivo e avaliação imagiológica da doente revelaram-se essenciais para o diagnóstico definitivo. Nos doentes com anemia falciforme, a osteomielite mandibular é uma complicação rara que se poderá desenvolver em contexto de crise vaso-oclusiva. O presente caso permite alertar para a possibilidade de desenvolvimento desta situação clínica, contribuindo para um diagnóstico correto e tratamento dirigido

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1092>

#027 Aplicação de L-PRP na abordagem cirúrgica da osteonecrose medicamentosa dos maxilares



Sofia Salgueiro*, Andreia Silva, Carina Sousa Silva, Helena Araújo, Júlio Rodrigues, Mário Gouveia

Hospital de Braga – Serviço de Estomatologia

Introdução: O plasma rico em plaquetas e leucócitos é um produto autólogo proveniente da centrifugação sanguínea, cuja concentração de plaquetas e leucócitos é superior à concentração sérica. Este concentrado plaquetário contém fatores de crescimento e citocinas que atuam na migração, proliferação e diferenciação celular, assim como na angiogénese, estando associado à regeneração de tecidos, razão pela qual tem sido utilizado na cirurgia oral. Mais recentemente, tem também revelado benefícios na abordagem cirúrgica da osteonecrose medicamentosa dos maxilares. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 81 anos, referenciada para a consulta de Estomatologia por suspeita de osteonecrose medicamentosa da maxila. A doente encontrava-se polimedicada por múltiplas comorbilidades, destacando-se a toma prévia de ácido zolendróico por dois anos, após diagnóstico de carcinoma da mama tratado atualmente com hormonoterapia. A utente apresentava queixas algícas no primeiro quadrante e halitose

com seis meses de evolução, tendo sido interrompida a toma dos bifosfonatos no início das queixas. Ao exame estomatológico identificou-se uma área de exposição óssea com cerca de quatro centímetros, no primeiro quadrante. Foi realizada uma tomografia computadorizada que confirmou a suspeita clínica de osteonecrose da maxila, além da presença de sinusite maxilar direita. A utente foi submetida a desbridamento cirúrgico do foco de osteonecrose, com encerramento direto e infiltração local de plasma rico em plaquetas e leucócitos. O fragmento ósseo foi enviado para estudo histológico que confirmou o diagnóstico e excluiu malignidade. Posteriormente, manteve consultas de seguimento semestrais, tendo-se mantido assintomática, com sinais de resolução do quadro, sem evidência de deiscência ou infeção. **Discussão e conclusões:** A capacidade de indução da angiogénese e de promoção da diferenciação e proliferação dos osteoblastos torna os concentrados plaquetários numa ferramenta importante na cirurgia oral, nomeadamente na regeneração óssea e periodontal, na osteointegração de implantes e na cicatrização dos tecidos. A literatura tem vindo a apresentar resultados cada vez mais promissores na aplicação destes concentrados na abordagem cirúrgica da osteonecrose dos maxilares, destacando-se menos recidivas e infeções, melhor controlo da dor e melhor cicatrização dos tecidos moles. Apesar disto, mais esforços devem ser feitos para se realizarem estudos mais alargados e, eventualmente, protocolos de atuação clínica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1093>

#028 Vermelhectomia na abordagem da queilite actínica – relato de um caso clínico



Sofia Salgueiro, Andreia Silva*, Carina Sousa Silva, Helena Araújo, Sílvio Fortes, Mário Gouveia

Hospital de Braga – Serviço de Estomatologia

Introdução: A queilite actínica é uma lesão potencialmente maligna do lábio, frequentemente associada à exposição solar e em aproximadamente 6-10% dos casos evolui para carcinoma. Clinicamente apresenta-se com alterações do vermelhão que adquire um aspeto atrófico, seco e pálido, observando-se o apagamento da linha que delimita o vermelhão. Edema, eritema, crostas e ulcerações também são comuns. O diagnóstico é clínico, contudo uma análise histológica evidencia hiperqueratose, atrofia epitelial e atipia celular. **Descrição do caso clínico:** Homem, 65 anos com hábitos tabágicos marcados, foi referenciado para consulta de Estomatologia por apresentar uma lesão no lábio inferior, previamente submetida a biópsia, que apresentou hiperqueratose com displasia moderada. O utente encontrava-se assintomático e ao exame objetivo verificou-se palidez do vermelhão inferior, recoberto por lesões leucoplásicas de aspeto verrucoso. O doente foi submetido a vermelhectomia e reconstrução com retalho de avanço da mucosa labial. A avaliação histológica da peça cirúrgica evidenciou a presença de lesões de queilite actínica hiperqueratótica e atrófica com displasia leve e um foco de displasia moderada. As margens de exérese apresentavam-se sem displasia. Durante o follow-up trimestral manteve-se assintomático, sem complicações, sem sinais de recidiva e com