

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 algicas 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 leucoplásticas 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