

#031 Glândula submandibular fantasma? – a propósito de um caso clínico incomum



Sofia Salgueiro, Lídia Gomes*, Rita Martins, Carina Sousa Silva, Helena Araújo, Mário Gouveia

Hospital de Braga – Serviço de Estomatologia

Introdução: A sialoadenite pode ocorrer de forma aguda ou crónica e pode apresentar etiologia infecciosa, autoimune ou obstrutiva, sendo esta última a mais frequente, muitas vezes associada a sialolitíase. A presença de sialólitos é mais comum na glândula submandibular, sendo indicado realizar exames de imagem de forma a caracterizar a localização, o número e o tamanho dos mesmos. Clinicamente perante uma sialoadenite aguda os pacientes apresentam dor e tumefação da glândula, já perante uma sialoadenite crónica as queixas álgicas são menos comuns e a glândula pode apresentar-se aumentada ou atrófica. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 64 anos, polimedicada por múltiplas comorbilidades, inclusive para uma dislipidemia mista, foi referenciada para a consulta de Estomatologia por tumefação submandibular recorrente com cerca de um ano de evolução, sem outra sintomatologia associada e sem história de intervenções estomatológicas. Ao exame objetivo, apresentava drenagem salivar escassa, mas sem alterações qualitativas, pelo ducto de Wharton esquerdo, sendo palpável uma massa dura no pavimento oral homolateral, com cerca de 5 mm. A tomografia computadorizada identificou um sialólito na porção anterior do ducto de Wharton esquerdo, relatando também uma ‘indefinição da glândula submandibular esquerda, compatível com provável infiltração de adipócitos’. A utente foi submetida a sialolitotomia por via intraoral sob anestesia locoregional, com remissão das queixas. Apesar da benignidade do quadro, foi requisitada uma ressonância magnética para melhor caracterização da glândula submandibular esquerda e exclusão de outros possíveis diagnósticos diferenciais. **Discussão e conclusões:** Perante um quadro de sialoadenite aguda a tomografia pode evidenciar, para além da presença do sialólito, uma hipertrofia da glândula, juntamente com hiperdensidade do tecido glandular e hipervascularização. Já num quadro crónico, a glândula apresenta-se atrófica e, em alguns casos, com sinais de infiltração de adipócitos. Esta infiltração glandular é um processo incomum e, para além da sua associação a quadros crónicos de sialoadenite, pode também ser encontrada na sialoadenose ou traduzir um processo fisiológico de envelhecimento. Contudo, a substituição do tecido glandular por adipócitos tem também sido observada em patologias sistémicas como a hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, cirrose e em doenças autoimunes como a síndrome de Sjögren. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1096>

#032 Cancro oral em loca pós-extração: causa ou acaso?



Catarina Machado Ferreira*, Catarina Vital, Paula Maria Leite, Cristina Barros, Marcelo Prates

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O cancro oral é uma patologia que apresenta alta incidência em todo mundo. Apesar dos progressos na área

do diagnóstico e terapêutica, atualmente continua a ter um mau prognóstico e quando detetado, na sua maioria, já se encontra em estadios avançados da doença. É mais frequente nos homens, em idades superiores a 50 anos, sendo o tipo histológico mais comum o carcinoma pavimentocelular (CPC). **Descrição do caso clínico:** Homem, 59 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciado à urgência de Estomatologia por queixas de dor mandibular recorrente. Descrevia episódio de complicação pós-extração dentária de 47 e 48 há cerca de 1 ano, com má cicatrização da loca cirúrgica. Desde então, referia múltiplas idas ao serviço de urgência hospitalar por queixas de dor na região intervencionada, sempre considerado como deiscência de ferida e atraso na cicatrização pós-extração. A dor, inicialmente episódica, tornou-se constante nas últimas semanas, não cedendo a analgesia. Ao exame objetivo apresentava lesão exofítica ulcerada da mucosa do rebordo alveolar do 4º quadrante, estendendo-se desde a região distal de 45 até ao trígono retromolar homolateral. A lesão era friável e dolorosa ao toque. Não apresentava drenagem de conteúdo purulento e não se palpavam adenopatias cervicais. Em ortopantomografia, verificava-se lesão osteolítica de bordos irregulares do 4º quadrante, subjacente à lesão descrita. Realizou-se biópsia incisional que revelou CPC invasivo bem diferenciado. O diagnóstico definitivo foi de T4 N0 por invasão óssea. Realizou esvaziamento ganglionar cervical radical direito, pelviglossomandibulectomia segmentar direita com reconstrução com retalho livre osteomiocutâneo peroneal e radioterapia complementar. **Discussão e conclusões:** O presente caso destaca a relevância da anamnese e exame objetivo no rastreio do cancro oral. A característica recidivante da lesão, com dor recorrente associada, teve um peso preponderante na suspeição clínica que motivou a realização de biópsia. O facto de as queixas serem referidas ao local de uma extração recente terá sido preponderante no atraso do diagnóstico. Fica a dúvida se as queixas ou patologia que levaram à extração teriam origem na presença de CPC ou se o mesmo se desenvolveu posteriormente na loca da extração. A suspeição clínica de CPC é de extrema importância para o diagnóstico precoce que pode melhorar consideravelmente o prognóstico e reduzir a morbidade associados à doença.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1097>

#033 Carcinoma pavimentocelular da língua – quando a clínica impera na abordagem terapêutica



Rui Seixas*, Natacha Ribeiro, Manuel Tolentino, Dinora Martins, Matilde Gonçalves, Carlos Matos

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar de Setúbal EPE, Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar de Setúbal EPE

Introdução: O carcinoma pavimentocelular é a neoplasia maligna mais frequente da cavidade oral, sendo a língua o local mais afetado. Nestes casos, o diagnóstico histopatológico é indispensável, com repercussões tanto ao nível da orientação clínica como das posteriores atitudes terapêuticas. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 68 anos, caucasiano foi referenciado à consulta de Estomatologia por lesão lin-

igual com 2 meses de evolução. Como antecedentes pessoais destaca-se a história prévia de tabagismo (36 UMA) cessado há 10 anos e os hábitos etanólicos ligeiros. Ao exame estomatológico identificou-se no uma lesão endurecida, de contornos circulares, definidos, no bordo direito do terço anterior da língua, com 20 mm de diâmetro maior, sem ultrapassar a linha média. Não apresentava adenopatias cervicais palpáveis. A biópsia incisional da lesão foi realizada sob anestesia local e o resultado identificou proliferação papilomatosa de epitélio pavimentoso estratificado com hiperparaqueratose e displasia epitelial de baixo e alto grau, sem imagens inequívocas de invasão do estroma. Pelo exame clínico e forte suspeição para neoplasia maligna, apesar de um diagnóstico anatomopatológico incompleto foi proposto para excisão completa da lesão com sob anestesia geral. Para planeamento cirúrgico e avaliação de cadeias ganglionares cervicais foi realizada TC cervicofacial que descreve massa de partes moles da face ventral da ponta da língua, em situação anterior e anterolateral direita com 14x26x7 mm. Sem adenopatias valorizáveis nas cadeias ganglionares cervicais e da base do crânio. O tratamento cirúrgico consistiu em glossectomia marginal direita com encerramento direto com rotação da ponta da língua. A peça enviada para histopatologia revelou carcinoma pavimentocelular invasivo bem diferenciado queratinizante, em parte verrucoso, com 1,8 cm de eixo maior. A peça apresenta margens livres de doença, tendo ficado com um estadiamento T1NxMx. **Discussão e conclusões:** A possibilidade de falsos negativos em biópsias incisionais é um fator a ter em conta na abordagem diagnóstica de situações oncológicas na cavidade oral. Sempre que exista uma forte suspeita clínica de neoplasia maligna, deve-se realizar a excisão da lesão. Realça-se a importância da experiência clínica na identificação de lesões malignas, sendo indispensáveis para um diagnóstico precoce de cancro oral.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1098>

#034 Restauração estética de dentes conóides: Abordagem Digital com Guia Palatina Impressa



Francisco Palha*, João Ascenso, João Caramês, Duarte Marques

Instituto de Implantologia – Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: A estética dentária desempenha um papel significativo na vida dos pacientes, condicionando a autoestima e as relações sociais. Os dentes conóides são um tipo de microdontia comumente associada a desarmonia do sorriso. Abordagens minimamente invasivas, como restaurações diretas em resina composta podem ser uma opção de tratamento viável para corresponder às expectativas do paciente. O recurso a tecnologia digital, como scanners intraorais, sistemas CAD/CAM e impressão 3D, tem revolucionado a dentisteria estética, facilitando o planeamento, previsibilidade e repetibilidade dos resultados. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, 28 anos, apresentou-se numa Instituição de Saúde Privada com queixas relativas à estética do sorriso, nomeadamente na cor e forma dos seus incisivos laterais superiores. Após anamnese e exames clínico e radiográfico, foi

efetuado o diagnóstico de microdontia isolada nestes dentes. Para o planeamento, foram realizadas fotografias intra e extraorais e um scan intraoral com o 3Shape Trios 3®. Foi proposta a realização de restaurações diretas em resina composta. Para auxiliar na tomada de decisão, foi realizado um mock-up baseado no enceramento digital. Após aprovação, uma guia palatina foi desenhada no sistema DentalCAD (Exocad) e impressa na impressora 3D NextDent5100. Para o procedimento clínico foi efetuado um desgaste mínimo da superfície dentária de forma a melhorar a adesão, bem como o isolamento absoluto do campo operatório e o condicionamento dos tecidos dentários com ácido ortofosfórico 37% seguida da aplicação do sistema adesivo OptibondFL® (Kerr). A aplicação de resina Filtek Supreme XTE (3M) nos tons de A2 (enamel e body) foi realizada com auxílio da guia palatina de forma a otimizar a anatomia dentária. O acabamento e polimento foi realizado com discos Sof-lex, brocas diamantadas de grão fino e sistema de polimento Eve Diacomp Plus Twist. Foi realizada uma consulta de follow-up aos 6 meses após término do tratamento. **Discussão e conclusões:** A abordagem restauradora utilizando resina composta, aliada a um fluxo de trabalho digital permitiu realizar as restaurações de forma previsível, constituindo uma opção terapêutica conservadora, estética, funcional e com elevada estabilidade ao longo do tempo. O planeamento e desenho digital da guia palatina, com base no mock-up aprovado, torna esta abordagem reversível e replicável, no caso de existir a necessidade de refazer parcial ou totalmente as restaurações.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1099>

#035 Abordagem de Manchas Brancas por Hipomineralização Incisivo-molar – Caso Clínico



Margarida Parrinha*, Catarina Iglésias, Sandro Ferreira, Joana Costa, Ana Mano Azul, José João Mendes

Egas Moniz School of Health and Science

Introdução: Os defeitos de desenvolvimento do esmalte representam um problema estético, funcional e muitas vezes psicológico, especialmente em pacientes jovens. A hipomineralização incisivo-molar é uma patologia de origem sistémica caracterizada pela diminuição da mineralização de 1 até 4 primeiros molares permanentes, podendo ou não, afetar também os incisivos permanentes. Clinicamente, o esmalte apresenta zonas de coloração que podem variar desde branca opaca, amarela e/ou castanha, sendo que as lesões mais escuras refletem um aumento de severidade. **Descrição do caso clínico:** Paciente com 23 anos de idade, do género feminino, compareceu na CUEM insatisfeita com a estética dos dentes 11 e 21. No exame intra-oral observaram-se manchas brancas opacas não cavidadas e circunscritas nas superfícies vestibulares dos dentes 11, 21, 17 e 27. Após correta anamnese, avaliação clínica, fotográfica e radiográfica, efetuou-se o diagnóstico de hipomineralização incisivo-molar. Propôs-se como plano de tratamento para os dentes 11 e 21 a utilização de resina infiltrante Icon® (DMG America Company, Hamburgo, Alemanha), segundo o protocolo do fabricante. Realizaram-se controlos ao fim de 1 mês e 3 meses. **Discussão e conclusões:** O Icon® baseia-se na