

#022 Líquen Plano Oral: Descrição de casos clínicos

Castro-Lopes F*, Rôlo D., Moreira-Guedes M.,
Pires- Gonçalves C., Pina F., Figueiredo-Dias A.

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O líquen plano (LP) oral é uma doença inflamatória crónica que afecta a pele e membranas mucosas apresentando uma incidência de 1 a 3%. O LP oral mais frequentemente afecta adultos entre 50 a 60 anos, sendo raro em crianças. Ao contrário do LP cutâneo que é mais comum em homens, o LP oral apresenta maior prevalência no sexo feminino. Apesar da sua patogénese não ser completamente conhecida, acredita-se que envolva reacção citotóxica imunomediada contra células epiteliais. Factores desencadeantes são desconhecidos. Pode ser dividido em três subtipos: reticular, eritematoso e erosivo. Mais do que um subtipo pode estar presente no mesmo doente. As lesões podem ser sintomáticas ou assintomáticas, frequentemente, são bilaterais e apresentam uma distribuição simétrica. A região posterior do vestíbulo é o local mais comumente envolvido no subtipo reticular. Para além da mucosa oral outras superfícies mucosas podem ser afectadas. O LP oral pode manifestar-se como entidade independente ou associada a outras formas de LP. O diagnóstico precoce é importante envolvendo uma revisão da história clínica, exame físico e resultado(s) histológico(s). Biópsias teciduais permitem confirmar o diagnóstico tendo elevado valor na forma eritematosa e erosiva que partilham características com outras entidades como cancro oral.

Descrição do caso clínico: Ao longo do trabalho são apresentados dois casos, seguidos no CHP, de LP oral, subtipo erosivo e reticular (em associação com LP cutâneo), em doentes do sexo masculino, meia-idade bem como os protocolos de tratamento instituídos e resultados obtidos a curto e médio prazo. Os casos são discutidos em confrontação com literatura actual.

Discussão e conclusões: O LP oral é uma doença crónica caracterizando-se por períodos de exacerbação e remissão. O tratamento é implementado com o objectivo de reduzir a sintomatologia e melhorar a qualidade de vida. Em casos de LP oral sintomático, o tratamento de primeira linha inclui corticóides tópicos de elevada potência. Na doença refratária ou em caso de intolerância, considerar a aplicação tópica de tacrolimus, pimecrolimus e ciclosporina ou a injeção intralésional de corticóides. Doentes que não respondem a nenhuma das terapêuticas anteriores podem beneficiar de administração oral de corticóides ou outra terapêutica sistémica imunomoduladora. O potencial de malignização permanece controverso (0.4 e 5.6%) sendo mais comum na forma erosiva.
<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.263>

#023 Quistos Periapicais Na Mandíbula – Etapas De Uma Abordagem Cirúrgica

Pedro Cabeça Santos*, Carina N. Ramos, Joana Alves,
Jorge Serafim Freitas, Tiago Fonseca, João Correia Pinto

Centro Hospitalar São João, Centro Hospitalar de São João

Introdução: O quisto periapical representa mais de 50% dos quistos odontogénicos. Esta lesão tem origem na proliferação

de restos epiteliais de Malassez decorrente de um processo inflamatório crónico, como acontece na periodontite apical crónica. Tipicamente, os pacientes não apresentam sintomas até ocorrer uma exacerbação inflamatória aguda. Contudo, quistos de maiores dimensões podem cursar com um ligeiro edema, sensibilidade ou mobilidades dentárias. O dente a partir do qual se origina a lesão geralmente não apresenta resposta aos testes de sensibilidade pulpar (elétrica/térmica). Radiograficamente, traduz-se como uma imagem radiolucente periapical, habitualmente bem circunscrita, estando muitas vezes presente algum grau de reabsorção radicular.

Descrição do caso clínico: Doente do género masculino, 43 anos de idade. Fumador (20 unidades maço ano), antecedentes de múltiplas cáries e abscessos odontogénicos recorrentes, sem outros antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por identificação de lesões quísticas mandibulares periapicais com dimensões de 11x6 mm (em relação com raiz 3.4) e 23x11 mm (em contacto com raiz de 4.5 e em íntima relação com o nervo alveolar inferior), em TC maxilar requisitado para estudo de reabilitação oral. Num primeiro tempo cirúrgico, procedeu-se a exodontia de raízes de 3.4, 4.4 e 4.5, biópsia de lesões quísticas em relação com as mesmas e descompressão do quisto na dependência da raiz de 4.5. O exame anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de quistos odontogénicos. Seis meses após a primeira intervenção, tendo-se confirmado imagiologicamente redução nas dimensões da lesão em local de 4.5, procedeu-se a exérese do quisto periapical.

Discussão e conclusões: Embora lesões quísticas de menores dimensões possam ser abordadas com tratamento endodôntico, lesões com dimensões superiores a 2 cm necessitam habitualmente de intervenção cirúrgica peri-apical, muitas vezes combinada com biópsia, marsupialização, descompressão ou fenestração. A descompressão quística possibilita a diminuição da magnitude das lesões, possibilitando neoformação/remodelação óssea nas margens da mesma, e assim uma menor morbidade pós-operatória, com redução da probabilidade de fraturas maxilares. O planeamento cirúrgico com recurso a exames imagiológicos é essencial para a determinação da correta abordagem, de forma a minimizar a possível iatrogenia decorrente da cirurgia, nomeadamente a lesão do nervo alveolar inferior em quistectomias mandibulares posteriores.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.264>

#024 Sialólito gigante do ducto de Wharton – a propósito de um caso clínico

Manuel Pedro Guedes*, Francisca Castro Lopes,
Fernando Milheiro, Ana Teresa Carapenha,
Valdemar Gomes, Alfredo Figueiredo Dias

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A sialolitíase é a patologia mais comum das glândulas salivares na idade adulta, caracterizando-se pela formação intraglandular ou intraductal de sialólitos. Estes apresentam uma prevalência aproximada de 1,2% na população geral, acometendo mais o sexo masculino (numa proporção de 2:1) e pessoas entre a 3.ª e 6.ª décadas de vida. Topogra-

ficamente, exibem predileção pela glândula e ducto submandibulares (80-90%). Apresentam-se em dimensões variáveis (1-14 mm), sendo considerados sialólitos gigantes quando têm dimensões >15mm e peso >1g. A clínica clássica consiste numa tumefação dolorosa da glândula afectada aquando das refeições. Os sialólitos gigantes são raros e pouco relatados na literatura. Este trabalho tem como objectivo relatar um caso de sialoadenite submandibular, associado a um sialólito gigante do ducto de Wharton, removido cirurgicamente por via transoral.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 47 anos, sem antecedentes relevantes, referenciada para o Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia por dor e tumefação episódicas na região submandibular direita com 2 meses de evolução. Do exame objectivo destacavam-se os seguintes achados: tumefação dolorosa da região submandibular direita e massa palpável intra-oralmente, compatível com sialólito do ducto de Wharton. Posteriormente, estes achados foram confirmados com ortopantomografia. Foram discutidas várias modalidades terapêuticas com a doente, optando-se por sialolitotomia transoral, sob anestesia local, com exérese de sialólito de 17x4 mm, que decorreu sem intercorrências. No follow-up até aos 24 meses manteve-se sempre assintomática.

Discussão e conclusões: A abordagem terapêutica da sialolitíase deve procurar, sempre que possível, a preservação da função da glândula. Se é consensual uma abordagem conservadora nos sialólitos de menores dimensões, no que respeita aos sialólitos gigantes a literatura diverge, havendo autores que defendem o recurso a técnicas minimamente invasivas (por exemplo: sialoendoscopia), enquanto outros preconizam uma abordagem mais agressiva (sialolitotomia transoral e/ou sialadenectomia. Neste caso, pelo sialólito apresentar localização relativamente favorável, decidiu-se realizar sialolitotomia por via transoral, com resolução completa da sintomatologia. Assim, a sialolitotomia por via transoral, em casos cuidadosamente seleccionados, apresenta-se como uma técnica cirúrgica válida na abordagem terapêutica de sialólitos gigantes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.265>

#025 Adenoma Pleomórfico da mucosa jugal: relato de um caso



Daniela Rôlo*, Francisca Castro Lopes, Carina Gonçalves, Ana Teresa Carapenha, Rui Moreira, Alfredo Figueiredo Dias

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: O Adenoma Pleomórfico é um tumor benigno das glândulas salivares que deriva da proliferação de uma mistura de elementos ductais, mioepiteliais e mesenquimatosos. Afecta maioritariamente as glândulas salivares major (principalmente glândula parótida) e, menos frequentemente, as glândulas salivares minor (cerca de 10%). As lesões intraorais ocorrem preferencialmente no palato, seguido pelo lábio superior e mucosa jugal. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum na terceira e quarta décadas de vida e com predominância pelo género feminino (2:1). Geralmente apresenta-se como uma tumefação de consistência firme, cresci-

mento lento, indolor e sem alterações da integridade e coloração da mucosa suprajacente. Em alguns casos pode exibir crescimento rápido e ulceração. Está descrita a transformação maligna em carcinoma ex-adenoma pleomórfico em cerca de 5% dos casos. A excisão cirúrgica conservadora é o tratamento de eleição.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 56 anos, com história de aumento de volume firme e indolor de uma massa nodular única, móvel, submucosa, na mucosa jugal direita, de crescimento insidioso com mais de 1 ano de evolução, com desconforto por traumatismo ocasional durante a mastigação, mas sem compromisso estético. Por suspeição clínica inicial de lipoma, foi referenciada para o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial para excisão completa da lesão que se veio a revelar tratar-se de um adenoma pleomórfico de glândulas salivares minor após estudo histológico. A doente encontra-se atualmente em seguimento periódico em consulta de Estomatologia, e não apresenta sinais de recidiva 2 anos após o tratamento.

Discussão e conclusões: O adenoma pleomórfico possui variadas apresentações clínicas e uma grande diversidade histológica e topográfica que deve ser tida em conta no diagnóstico diferencial destas lesões. As neoplasias glandulares benignas e malignas em fases iniciais podem apresentar características clínicas intra-orais semelhantes, pelo que o diagnóstico requer um alto índice de suspeição. A exérese cirúrgica completa da lesão constitui o tratamento de eleição e deve ser realizada de forma adequada. Apesar de apresentar um bom prognóstico, está descrita a recorrência das lesões em 5-30% dos casos, vários anos após o tratamento, pelo que se recomenda um seguimento periódico a longo prazo destes doentes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.266>

#026 Carcinoma Pavimentocelular Oral e Carcinoma Papilar da Tiróide: Associação clínica incomum



Maria Céu Machado*, Inês Matos, Patricia Caixeirinho, Carina Semedo

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE – Serviço Estomatologia; Centro Hospitalar de Lisboa EPE – Serviço de Cirurgia Maxilofacial; Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Lisboa – Serviço Cirurgia Cabeça e Pescoço

Introdução: O Carcinoma Pavimento-Celular (CPC) é a neoplasia maligna mais comum da cavidade oral e apresenta elevado potencial metastático para os gânglios cervicais. Assim a avaliação destas estruturas, é fundamental para a determinação do plano de tratamento e do prognóstico, sendo fundamental a sua vigilância clínica e imagiológica.

Descrição do caso clínico: Os autores apresentam dois casos clínicos de doentes com diagnóstico prévio de CPC da cavidade oral (localizados no terço médio do bordo esquerdo da língua e no pavimento anterior da boca) com diagnóstico posterior de Carcinoma Papilar da Tiróide (CPT). Os doentes foram tratados cirurgicamente com: hemiglossectomia esquerda,