

#027 Abscesso cerebral de origem odontogénica – um diagnóstico difícil



Diana Breda*, Olga Vascan, Maria Rodrigues, Ana Boyé de Sousa, Manuela Carrilho, Francisco Marques

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Med. Dentária da Universidade de Coimbra

Introdução: As infeções de origem odontogénica têm sido ocasionalmente associadas ao surgimento de abscessos cerebrais. Apesar de raras são condições com risco de vida. Existem várias situações que podem estar associadas, como a gengivite, periodontite e também procedimentos dentários como extrações, tratamentos endodônticos e cirurgia oral. No entanto pode não existir história prévia de procedimentos na cavidade oral ou o doente não apresentar queixas álgicas de origem dentária. **Descrição do caso clínico:** Doente 46 anos, sexo masculino, previamente saudável, com cefaleia frontal esquerda com 6 dias de evolução e agravamento progressivo, com episódios recorrentes de confusão. Nega história de trauma e outras queixas, com apirexia mantida. Realizou Tomografia Axial Computorizada Crânio-Encefálica e posteriormente Ressonância Magnética que revelou lesão expansiva intra-axial temporal esquerda com cerca de 45x24mm, com efeito de massa sobre o ventrículo lateral esquerdo e discreto desvio direito da linha média, imagem esta sugestiva de abscesso temporal esquerdo. Analiticamente apresentava apenas Proteína C Reactiva de 2.89mg/dL. Foi feita drenagem imediata de coleção abcedada e o isolamento microbiológico do produto colhido identificou *Streptococcus constellatus* e *Fusobacterium nucleatum*. Iniciou tratamento empírico com antibiótico. Durante o internamento realizou ortopantomografia que revelou um quisto peri-apical em relação com 16, tendo-se efetuado extração do dente. **Discussão e conclusões:** Para o diagnóstico de abscesso cerebral de origem odontogénica devem ser excluídos outros focos de bacteriemia, os microorganismos isolados devem ser característicos da cavidade oral e presença de sinais clínicos e radiográficos de patologia de origem dentária ou periodontal. A via hematogénica é considerada o principal mecanismo fisiopatológico de disseminação, e prova disso é a ausência de predileção na lateralidade dos focos odontogénicos. No entanto esta disseminação também pode ocorrer por contiguidade ou drenagem venosa. O presente caso mostra a importância do isolamento microbiológico e a identificação e exclusão de causas possíveis para o abscesso cerebral, bem como o tratamento atempado desta patologia que pode ser fatal se não tratada devidamente. Neste caso o isolamento do *F. nucleatum* reporta-nos para patologia dentária pela sua frequência habitual. Também estão descritas melhoras clínicas após eliminação dos focos dentários da cavidade oral.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.491>

#028 Fístula oro-cutânea de origem odontogénica – relato de caso clínico



Manuel Guedes*, Francisca Castro-Lopes, Daniela Rolo, Fernando Milheiro, Rui Moreira, Asdrúbal Pinto

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: Uma fístula oro-cutânea consiste numa comunicação patológica entre a cavidade oral e a pele. Existem vá-

rias causas para a sua ocorrência, embora a mais frequente resulte de um processo infeccioso crónico dos tecidos periapicais. Cerca de 80% dos casos ocorrem na mandíbula, sendo a fistulização dos molares/pré-molares preferencialmente para o corpo da mandíbula e a dos incisivos/caninos para o mento. **Descrição do caso clínico:** Homem de 65 anos, referenciado pelos cuidados de saúde primários, por abscessos dentários de repetição. Ao exame objetivo apresentava múltiplos dentes cariados e formação nodular na hemiface direita, com descarga purulenta à palpação intra/extra oral dos tecidos adjacentes. Na ortopantomografia realizada, objetivava-se dente 4.3 extensamenteariado, com processo apical crónico associado e aparente esboço de trajecto fistuloso, compatível com a situação clínica exibida pelo doente. Tendo recusado tratamentos conservadores, foi proposto para exodontias múltiplas em bloco sob anestesia geral e reavaliado ao final de 1 mês. Por manter fistula oro-cutânea e queixas de ordem estética, procedeu-se à realização de fistulectomia em regime de ambulatório sob anestesia local. Na consulta pós-operatória ao 1 e 3 meses observava-se resolução completa do trajecto fistuloso e excelente cicatrização dos tecidos, ficando com indicação para massajar diariamente a cicatriz e realizar a sua reabilitação oral assim que possível. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico de um trajecto fistuloso no contexto de uma infecção odontogénica crónica pode por vezes constituir um desafio. As lesões cutâneas nem sempre surgem em estreita proximidade com a infeção subjacente, e apenas cerca de 50% dos doentes se recordam de uma correlação temporal entre o seu desenvolvimento e uma dor de origem odontogénica. As fistulas oro-cutâneas podem ser fonte de desconforto considerável para os doentes, quer pela descarga contínua de conteúdo purulento e/ou de saliva, quer pelo compromisso estético que acarretam. O tratamento de primeira linha deve passar pela remoção do foco infeccioso – desejavelmente e sempre que possível, através do tratamento endodôntico radical do dente envolvido ou, como último recurso, pela exodontia do mesmo. Nos casos em que existe uma cicatrização aberrante ou que, pela cronicidade do processo, o trajecto fistuloso se torna fibrosado e fonte de queixas, está indicada a realização de fistulectomia, tal como foi preconizado neste caso.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.492>

#029 Múltiplos queratoquistos odontogénicos: um caso de síndrome de Gorlin



Juliana Medeiros Almeida*, Pedro Cabeça Santos, Francisco Azevedo Coutinho, Mariana Magalhães Maia, Carina Ramos, Nuno Gil

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A síndrome de Gorlin (S. Gorlin) é uma doença hereditária autossómica dominante rara, causada por mutações no gene supressor tumoral PTCH (9q22.3-q31). Um dos aspetos clínicos mais comuns desta entidade, corresponde ao desenvolvimento de múltiplos queratoquistos odontogénicos, que ocorrem em mais de 90% dos doentes e devem motivar a exclusão desta patologia. Outras alterações presentes em mais

de metade dos doentes, correspondem a múltiplos carcinomas basocelulares, quistos epidermóides, pitting palmo-plantar, calcificações intracranianas, anomalias das costelas e das vértebras e fácies característica (aumento do perímetro craniano, hipertelorismo e bossa frontal proeminente). A ocorrência de meduloblastoma, embora menos frequente, não é incomum.

Descrição do caso clínico: Doente do género masculino, 9 anos de idade, com antecedentes de meduloblastoma e S. Gorlin confirmado geneticamente, recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de São João por tumefação intraoral. Objetivou-se: fácies compatível com S. Gorlin; dentição mista com alterações da forma (dentes conóides e microdentes); abaulamento vestibular no 1.º quadrante distal a 1.2; e abaulamento vestibular abrangendo todo o 5.º sextante. Ambas as tumefações exibiam consistência dura e não eram observáveis fistulas. A ortopan-tomografia revelou uma lesão radiotransparente multiloculada no 5.º sextante, condicionando desvio inferior de 4.3 incluso e levantava suspeita sobre a existência de lesões nos restantes sextantes. Por este motivo, foi realizada uma tomografia computadorizada, que revelou a existência de 3 lesões líticas: na sínfise mentoniana (29x14 mm); no 1.º quadrante (12x9mm) condicionando desvio anterior de 1.3 incluso; e outra em relação com 2.3-2.4. Procedeu-se a descompressão quística da lesão da sínfise mentoniana, dadas as suas dimensões e efetuou-se biópsia da parede quística, cuja análise anátomo-patológica foi compatível com queratoquisto odontogénico.

Discussão e conclusões: O comportamento dos queratoquistos odontogénico na S. Gorlin é semelhante ao dos casos não síndrómicos, podendo cursar com intercorrências infecciosas e deformidade facial (grande potencial de crescimento). Deste modo, torna-se imperativa a excisão destes quistos. Dadas as dimensões da lesão mandibular, efetuou-se descompressão quística prévia, de modo a reduzir o risco de fratura inerente à excisão. A recorrência é muito comum, pelo que o seguimento a longo prazo é essencial.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.493>

#030 Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para o tratamento da recessão gengival



Olga Vascan*, Diana Breda, Melissa Marques, Maria Morais, Francisco Marques, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A recessão gengival pode ser definida como a localização apical da margem gengival em direção à junção muco-gengival, ocasionando exposição da superfície radicular. Múltiplas ou isoladas, as recessões gengivais têm diversos fatores desencadeantes, como inflamação, escovagem traumática, mal-posicionamento dentário e fatores iatrogénicos; sendo necessária a sua resolução antes do tratamento. A terapêutica é influenciada pelas quantidade de gengiva queratinizada, espessura gengival, lesões cervicais, altura/largura das papilas. O tratamento mais indicado é a cirurgia de enxerto gengival de epitélio (enxerto gengival livre) e o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Relatamos um caso clínico de

uma cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica de tunelização. **Descrição do caso clínico:** do Homem, 48 anos, referenciado por sensibilidade dentária no dente 31 e comprometimento estético relacionado com recessão gengival com 5mm. No status radiográfico não se verificou perda óssea interproximal. Esta recessão gengival corresponde ao RT1- (Caton, 2018) ou classe II de Miller. Neste caso, optou-se por cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pela técnica de tunelização. Realizada antisepsia muco-cutânea, procedeu-se à anestesia terminal infiltrativa e incisão intrasulcular no dente 31 sem envolvimento das papilas adjacentes. Após desbridamento radicular com curetas de Gracey, com o bisturi de tunelização preparou-se o túnel para o enxerto conjuntivo até aos dentes contíguos. Com o leito receptor preparado, foi obtido o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial do palato pela técnica de envelope de Zucchelli. Com o enxerto posicionado, foram realizadas suturas com fio monofilamento (removidas ao 20.º dia do pós-operatório). Presentemente, o doente encontra-se no 2.º mês de seguimento, não apresentando qualquer recidiva. **Discussão e conclusões:** A selecção da técnica cirúrgica depende de cada caso. O objetivo do recobrimento radicular visa a obtenção de um bom resultado estético, prevenção de cárie radicular e eliminação de sensibilidade, possibilitando, assim, uma melhor higienização. No caso abordado, conseguiu-se um aumento de gengiva queratinizada com um bom recobrimento radicular, que conduziu a uma diminuição significativa da hiper-sensibilidade dentinária e a uma melhoria significativa da estética.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.494>

#031 Quando um abscesso odontogénico se revela um linfoma: relato de caso clínico



Cristina Moreira, Isabel Magalhães, Carina Ramos, Teresa Corrales*, Sónia Viegas

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: Os linfomas constituem uma patologia maligna heterogénea, caracterizada pela proliferação de células linfóides ou seus precursores. Representam 2,2% de todas as neoplasias malignas da cabeça e pescoço, sendo apenas ultrapassados pelo carcinoma epidermóide. O seu diagnóstico é desafiante por poderem mimetizar diversas patologias, como abscesso odontogénico, doença periodontal, osteomielite ou mesmo outras neoplasias. **Descrição de caso clínico:** Género feminino, 87 anos, antecedentes de hipertensão arterial, hipotireoidismo e fibrilhação auricular. Recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação submandibular direita dolorosa, com 2 meses de evolução e agravamento nas últimas 3 semanas, após extração dentária no 4.º quadrante. Havia cumprido antibiótoterapia (Amoxicilina Ácido Clavulânico seguida de Clindamicina) sem melhoria. Realizou TC maxilofacial revelando eventual processo inflamatório, pelo que foi internada para antibiótoterapia endovenosa. Ao 4.º dia, por manutenção do quadro, foi pedida observação por Estomatologia: tumefação submandibular direita, dura, sem sinais inflamatórios ou flutuação; intraoralmente sem drenagens ou abaulamentos. Após