

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 inclusos 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 inclusos; 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 anatómopatológica foi compatível com queratoquisto odontogénico.

Discussão e conclusões: O comportamento dos queratoquistos odontogénicos 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 quantidades 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

discussão com Radiologia, pedida TC com contraste, que não conseguiu excluir neoplasia maligna. Realizada biópsia aspirativa, cuja citologia e imunohistoquímica apontaram para processo linfoproliferativo. De seguida, uma biópsia ganglionar cervical confirmou o diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B. A doente foi orientada para Consulta de Hemato-Oncologia e iniciou quimioterapia. **Discussão e conclusões:** Os linfomas não apresentam predileção de género e manifestam-se geralmente após a 7.ª década de vida. Pela sua raridade, todos os relatos de caso são importantes para cimentar o conhecimento existente. Os achados intraorais mais frequentes incluem ulcerações, dor, edema e mobilidade dentária, enquanto extraoralmente se pode objetivar assimetria facial e linfadenopatias cervico-faciais, mimetizando outras patologias e levando muitas vezes a longos e ineficazes cursos de antibióticos, como neste caso. O atraso no diagnóstico e o tratamento incorreto conduzem, inevitavelmente, ao agravamento do prognóstico. É necessária elevada suspeição clínica, sendo a imagiologia uma ajuda na orientação diagnóstica. Contudo, a confirmação requer exame anatomopatológico. O Linfoma Difuso de Grandes Células B é agressivo e de curso clínico variável, embora remissões iniciais de 60-80% sejam relatadas com quimioterapia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.495>

#032 Hiperplasia Gengival: Excisão Cirúrgica vs Laser CO2 – a propósito de um caso



Daniela Rêlo*, Manuel Guedes, Fernando Milheiro, Ana Teresa Carapenha, Francisca Castro Lopes, Rui Moreira

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: A hiperplasia gengival, de etiologia multifactorial, consiste num crescimento anormal dos tecidos gengivais. O seu tratamento, variável consoante a causa, deve incluir medidas profiláticas locais para minimizar os efeitos inflamatórios e/ou sistémicos mas também alguns procedimentos cirúrgicos como excisão cirúrgica convencional e laserterapia. Este trabalho pretende apresentar um caso de hiperplasia gengival num contexto de Neurofibromatose tipo 1 (NF1) com compromisso estético, em que se realizou a excisão de lesões através de dois diferentes métodos: excisão cirúrgica a frio e através de laser de CO2. **Descrição do caso clínico:** Doente de 17 anos, do género feminino, com antecedentes de NF1, referenciada à consulta de Estomatologia por apresentar hiperplasia gengival nodular generalizada, de consistência fibrosa, indolor e aumento das papilas fungiformes da língua, com vários anos de evolução. De forma a promover a componente estética e a melhoria no controlo da saúde periodontal, realizou-se gengivectomia com bisturi, ao nível dos molares superiores do 2.º quadrante. Pela dificuldade sentida na hemostase durante o procedimento, realizou-se posteriormente, vaporização com laser pulsado de CO2 no lado contralateral. Recentemente, foi proposta para laserterapia sob anestesia geral para gengivectomia dos quatro quadrantes tendo, entretanto, recusado o procedimento por se encontrar satisfeita com os resultados obtidos. **Discussão e conclusões:** Apesar de infrequente, o envolvimento gengival

na NF1 não pode ser desvalorizado, apresentando, para além de um desconforto local e estético, um potencial para complicações neurológicas e transformação maligna (5%). Os neurofibromas podem ser removidos por remoção cirúrgica simples e laser de CO2. Neste caso, a utilização do laser de CO2 mostrou-se mais simples, rápida e com maior conforto para a doente, principalmente pelo controlo hemorrágico durante o procedimento. A cicatrização dos tecidos também se demonstrou de melhor qualidade, contudo, mais morosa e associada a maior sensação dolorosa, contrariando os resultados descritos em alguns estudos. É igualmente importante referir que o volume de tecido excisado na região submetida ao laser foi menor, podendo limitar a escolha deste procedimento. Podemos, assim, concluir que, pelo nível de conforto do operador e do doente, o laser de CO2 pode ser recomendado na cirurgia oral para a excisão de lesões de tecidos moles em doentes seleccionados.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.496>

#033 Adenoma pleomórfico do palato – a propósito de um caso clínico



José Ricardo Ferreira, Ana Teresa Coelho*, Cecília Franco Caldas, Miguel Amaral Nunes, Dolores López-Presa, Francisco Salgado

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Anatomia Patológica, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Clínica Universitária de Estomatologia

Introdução: O adenoma pleomórfico é o mais frequente dos tumores de glândulas salivares. Em média, ocorre aos 45 anos e é mais frequente em homens. Afeta principalmente a glândula parótida, mas pode também atingir as glândulas salivares menor, mais frequentemente no palato. Apresenta-se como uma massa de crescimento lento e indolor, de superfície lisa e em forma de cúpula, aderente aos planos adjacentes. Histologicamente, é constituído por células ductais epiteliais e mioepiteliais, revestindo-se de uma cápsula de tecido conjuntivo, frequentemente incompleta ou infiltrada por células tumorais. O seu tratamento envolve a excisão do tumor com margens negativas. A recorrência é rara e o risco transformação maligna é de 5%, mais frequente em casos avançados. **Descrição do caso clínico:** Homem de 45 anos, evacuado de São Tomé e Príncipe por lesão expansiva no palato com 3 anos de evolução, sem dor ou outros sintomas. Observava-se massa volumosa na vertente direita do palato duro, ultrapassando a linha média, de consistência fibroelástica, limites aparentemente bem definidos e fixa face aos planos adjacentes. A palpação cervical foi inocente. Colocou-se a hipótese diagnóstica de tumor de glândulas salivares menor do palato e solicitou-se ortopantomografia (OPG) e tomografia computadorizada (TC) maxilofacial. Sob anestesia local, fez-se biópsia da lesão com bisturi circular, que revelou adenoma pleomórfico. A OPG não revelou lesões ósseas e a TC mostrou lesão de contornos arredondados, com 4 cm de maior diâmetro, centrada na metade posterior do palato à direita, elevando o pavimento e remodelando as paredes ósseas das fossas nasais e seio maxilar direito. Realizou-se res-