

clínica completa mas também um tratamento precoce e adequado que previna essa disseminação e promova a sua resolução.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.736>

#013 Maturação de lesões de displasia óssea periapical – seguimento de 3 anos



Rita Martins*, Mariana Maia, Pedro Cabeça Santos, Carolina Carreiro, Cristina Moreira, Catarina Fraga

Centro Hospitalar Universitário São João – Serviço de Estomatologia; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Serviço de Estomatologia

Introdução: Numa displasia óssea ocorre a substituição de osso normal por tecido conjuntivo fibroso. Apresenta-se um caso de uma displasia óssea periapical em vigilância há 3 anos onde se pode observar o processo de maturação das lesões. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 42 anos, raça caucasiana, sem antecedentes patológicos de relevo, encaminhada para a consulta de Estomatologia em fevereiro de 2018 pela identificação, em ortopantomografia de rotina, de lesões ósseas nas regiões apicais de 3.3 a 4.3. A doente estava assintomática, sem alterações de relevo no exame objetivo extraoral ou intraoral. Os dentes 3.3 a 4.3 apresentavam-se vitais e não apresentavam quaisquer alterações ao exame objetivo, nomeadamente mobilidade, dor à percussão, tumefação ou drenagem purulenta. Na ortopantomografia identificaram-se duas lesões bem delimitadas, de radiolucência mista, relacionadas com os ápices de 3.3 a 3.1 e 4.2 a 4.3. Na tomografia computadorizada descrevia-se a coexistência de áreas radiolúcidas e radiopacas nos locais referidos, com discreto abaulamento cortical. Perante a hipótese diagnóstica de displasia óssea periapical optou-se por manter vigilância periódica. Até à presente data a situação clínica mantém-se sobreponível. Radiologicamente, tem-se verificado uma maturação progressiva das lesões, que atualmente se apresentam radiopacas com um fino bordo radiolúcido. **Discussão e conclusões:** A displasia óssea periapical é mais prevalente em mulheres de raça negra na 4.^a-5.^a décadas de vida. Geralmente assintomática, apresenta-se habitualmente como lesões multifocais, na região apical de dois ou mais dentes vitais, mandibulares anteriores. No estágio mais precoce, ocorre substituição do osso por tecido fibroso, traduzindo-se numa lesão radiolúcida com bordo esclerótico bem definido. No estágio misto a lesão apresenta focos radiopacos e radiolúcidos, sendo a maioria dos casos identificados nesta fase. No estágio final de calcificação, apresenta-se como uma massa radiopaca com uma margem radiolúcida. Durante a maturação, as lesões podem coalescer. O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica e radiológica. Na ausência de sinais atípicos não se justifica a realização de biopsia. É aconselhável uma vigilância periódica bianual, para identificar qualquer alteração atípica, embora geralmente não seja necessário qualquer tratamento. Uma vez atingindo o estágio final da maturação as lesões permanecem estáveis.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.737>

#014 Autofluorescência induzida pelo Laser como método adjuvante no diagnóstico de Cancro Oral



Ana Catarina Vasconcelos*, Rosana Costa, Barbas do Amaral, Filomena Salazar, José Júlio Pacheco, Luís Monteiro

Instituto Universitário Ciências da Saúde do Norte – CESPU

Introdução: A fluorescência induzida por laser (LIF) é uma técnica espectroscópica que envolve a excitação de um alvo molecular por um feixe de radiação laser seguido pela deteção da emissão subsequente da radiação do alvo. A irradiação com laser de 405-nm origina uma autofluorescência própria da mucosa oral, onde alterações como lesões potencialmente malignas (LPM) ou cancro oral (CO) mostram alterações com perda de fluorescência. Assim o objetivo deste trabalho é mostrar a utilidade desta tecnologia com apresentação de um caso clínico no diagnóstico de CO. **Descrição do caso clínico:** O caso clínico pertence a um indivíduo do sexo masculino, de 46 anos que se apresentou na consulta de medicina oral devido à presença de uma ‘ferida na língua associada a um dente’ com 1 mês de evolução. O utente não apresentava problemas de suade relevantes, ex-fumador com relato de hábitos alcoólicos exagerados. No exame clínico foi verificada uma lesão ulcerada no bordo esquerdo língua com cerca de 2 cm de maior diâmetro, assintomática. A lesão tinha bordos irregulares e a cor variava entre o vermelho e o amarelo. Aplicando a irradiação de laser 405nm, 05W foi identificada perda de fluorescência nomeadamente no bordo anterior da lesão que nos indicou o local mais indicado para realizar biópsia por punch de 4mm. O resultado mostrou carcinoma espinocelular e o utente foi enviado para consulta de grupo de Oncologia. **Discussão e conclusões:** O CO caracteriza-se pela sua alta capacidade invasiva, metastização ganglionar e sobrevivência reduzida. A seleção da área para biopsar ou identificação das margens é muitas vezes complicada em lesões potencialmente malignas e cancro oral. A utilização deste laser como método adjuvante na identificação do melhor local para biópsia, de forma a proporcionar um método minimamente invasivo, mostra-se de elevada importância nestes doentes, sendo um procedimento adjuvante seguro e eficaz.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.738>

#015 Síndrome de Melkersson-Rosenthal: a propósito de um caso clínico



Sofia Correia*, Maria Inês Borges, João Melo Oliveira, Arturo López, Francisco Marques, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Síndrome de Melkersson-Rosenthal é uma doença rara, que se caracteriza pela tríade: paralisia facial periférica, macroquelite granulomatosa e língua fissurada. Na maioria dos casos a tríade clássica não é observada, sendo mais frequentes as formas mono ou oligossin-

tomáticas da doença, dificultando o diagnóstico. A sua etiologia permanece desconhecida, tornando o seu tratamento um desafio. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 63 anos, com antecedentes de paralisia facial há cerca de 2 anos, enviado à consulta externa de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra por episódios de repetição de macroquelite do lábio superior e edema da hemiface direita. Já tinha sido realizada biópsia incisional do lábio com resultado inconclusivo e instituído tratamento sistémico com corticosteróide, ao qual o doente respondeu favoravelmente, mas com recidiva da sintomatologia após alguns meses. O estudo de alergias foi negativo. Na consulta, ao exame objetivo, o doente apresentava edema indolor do lábio superior e da hemiface direita, língua fissurada e uma lesão infiltrativa na mucosa jugal, à qual se realizou biópsia por técnica de punch. O exame anátomo-patológico revelou a existência de um infiltrado de linfócitos, mastócitos e raros eosinófilos dispersos, de localização angiocêntrica, com vago padrão granulomatoso, compatível com Síndrome de Melkersson-Rosenthal. **Discussão e conclusões:** Trata-se de um caso de Síndrome de Melkersson-Rosenthal que, embora em momentos temporais distintos, apresenta os três sintomas característicos da doença – edema orofacial, língua fissurada e paralisia facial. O tratamento da doença depende essencialmente da gravidade das manifestações clínicas, sendo que a maioria dos doentes que apresenta macroquelite beneficia de tratamento tópico, sistémico ou intra-lesional com corticosteróides. O tratamento cirúrgico de remodelação, por vezes, pode ser necessário.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.739>

#016 Abscesso Odontogénico com Progressão para Angina de Ludwig, Um Caso Cirúrgico



Carolina Carreiro*, Mariana Maia, Rita Martins, Salomé Cavaleiro, Carina Ramos, Mariana Moreira

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A maioria das infeções cervicofaciais tem origem odontogénica. O processo inflamatório progride pelo trajeto que lhe confere menor resistência, podendo disseminar pelos planos fasciais de tecido mole e atingir espaços cervicais profundos. Quando o foco odontogénico é mandibular, o espaço submandibular tem sido consistentemente reportado como o mais afetado. No caso relatado, a disseminação rápida, agressiva e bilateral dos espaços sublingual, submandibular e submentoniano condicionou uma Angina de Ludwig, uma emergência estomatológica. **Descrição do caso clínico:** Um jovem de 27 anos, do sexo masculino, recorre à urgência do Serviço de Estomatologia no Centro Hospitalar Universitário de São João, por odontalgia no 1.º e 4.º quadrantes, com 3 dias de evolução. Um dia após início do quadro, surge tumefação submandibular direita, limitação de abertura de boca e febre. Dois dias depois, regista novo agravamento, somando-se disfagia. Ao exame físico, apresenta-se subfebril e com trismo marcado. Palpa-se vo-

lúmosa tumefação submandibular direita, tensa e dolorosa, que passa a linha média. Identificam-se múltiplas cáries, destacando-se cárie extensa de 4.7 e restos radiculares de 4.8 com abaulamento vestibular e do hemipavimento direito. Em tomografia computadorizada é descrita coleção ‘submandibular direita, adjacente ao ângulo da mandíbula(...) que se prolonga para região submentoniana(...) sugerindo processo inflamatório (angina de Ludwig)’. Analiticamente verifica-se leucocitose, neutrofilia e PCR elevada. Opta-se pelo internamento sob antibioterapia endovenosa. Após diminuição inicial da tumefação submandibular, regista-se nova extensão contralateral e agravamento do trismo, pelo que se procede à extração de 4.7 e restos radiculares de 4.8, drenagem intraoral e percutânea submandibular, sob anestesia geral. O doente tem alta com resolução clínica e analítica do quadro. **Discussão e conclusões:** A evolução de infeções odontogénicas frequentemente é imprevisível, sendo o diagnóstico e intervenção adequados, essenciais para minimizar complicações graves. A abordagem inicial da Angina de Ludwig inclui a manutenção da patência da via aérea e tratamento da infeção, com recurso a antibioterapia endovenosa. Ficando a abordagem cirúrgica reservada a casos não responsivos a antibioterapia e com evidência de formação de coleção localizada. No caso descrito, optou-se pelo internamento do doente sob antibioterapia, para monitorização e intervenção cirúrgica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.740>

#017 Fibromatose Gingival Localizada – a propósito de um caso clínico



Maria João Dias*, Ana Melissa Marques, André Saura, Laura Nobre Rodrigues, Isabel Pina Monteiro, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A fibromatose gengival é um aumento gengival de progressão lenta, ocasionado por um crescimento colagenoso excessivo do tecido conjuntivo fibroso gengival. É uma condição rara, que pode ser familiar ou idiopática. As alterações gengivais podem ser generalizadas ou localizadas a um ou mais quadrantes. A maxila é afetada com mais frequência e demonstra um maior grau de aumento, sendo as superfícies gengivais palatinas normalmente mais espessas do que as vestibulares. Nos casos localizados, um padrão distinto e comum envolve a crista alveolar maxilar posterior. Nesse padrão, o tecido hiperplásico forma massas simétricas bilaterais que se estendem posterior e palatinamente às cristas alveolares posteriores. **Descrição do caso clínico:** Homem, 63 anos, foi encaminhado para a consulta de Estomatologia por tumefação no 1.º quadrante, assintomática, desconhecendo o tempo de evolução. Como antecedentes pessoais, refere ser fumador e asmático, medicado com Gibiter® (Fumarato de Folmoterol Budenosida) e Montelukaste. Nega uso de prótese superior ou inferior e nega antecedentes familiares de relevo. Ao exame objetivo, o doente, desdentado parcial superior – Classe II modificada na classificação de Kennedy – apresentava um espessamento gengival bilateral nas superfícies palatinas das cristas alveolares