

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

maxilares posteriores, 5x2 cm no 1.º quadrante (a de maiores dimensões). Rosado, sem dor ou supuração a palpação, e de consistência fibroelástica, este espessamento não apresentava qualquer indício ou história de trauma. Fez-se biópsia incisional, sendo encontrado um epitélio pavimentoso estratificado exibindo cristas epiteliais longas e finas e tecido conjuntivo fibroso denso subjacente. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico foi estabelecido com base na clínica e histologia do espessamento gengival, não sendo atribuível padrão hereditário dado não existir história familiar concordante. O caso apresentado, com acometimento bilateral, retrata bem a singularidade da Fibromatose Gengival Localizada. Apesar de, neste caso, a estética não ser imperativo de acção cirúrgica, o espessamento gengival volumoso, particularmente do 1.º quadrante, dificultava o discurso e posição de repouso lingual. Assim, optou-se por gengivectomia e gengivoplastia, aliadas a curetagem radicular. Embora a recorrência seja comum nos doentes com dentes erupcionados, um programa rigoroso de higiene oral desacelera o retorno do crescimento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.741>

#018 Encerramento da fenda palatina com recurso ao enxerto da língua – Caso clínico



Flávia Pereira*, Inês Francisco, Isabel Amado, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Serviço de Cirurgia Maxilo-facial – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O tratamento Gold-standard da fenda palatina é o enxerto secundário com osso autólogo. A estabilidade do enxerto ósseo depende do encerramento da comunicação oro-nasal. Pacientes que apresentam defeitos de grandes dimensões e/ou a presença de tecido cicatricial, o encerramento através do tecido mucoso adjacente é difícil, sendo nestes casos, advogada a utilização de um retalho à distância. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um paciente portador de fenda lábio palatina que foi sujeito a uma cirurgia de retalho à distância. **Descrição do caso clínico:** Paciente com 20 anos do sexo masculino, portador de fenda lábio-palatina bilateral, apresentou-se à consulta do Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com recorrência da comunicação oro-nasal após diversas cirurgias de enxerto ósseo. Com o intuito de superar a imprevisibilidade do encerramento pelo tecido mucoso adjacente, o paciente foi submetido a um enxerto com retalho de língua aos 18 anos. Verificou-se o total recobrimento da fenda com tecido mucoso sem necrose associada, o que permitiu melhorar a função e a qualidade de vida do doente. Adicionalmente, este resultado irá contribuir para o aumento da previsibilidade do enxerto ósseo futuro. **Discussão e conclusões:** O enxerto de língua é uma opção de tratamento que pode ser usado na reconstrução do palato, principalmente quando se verifica a persistência de comunicação oro-nasal. Este procedimento previne futuras infeções, aumentando a previsibilidade de um enxerto ósseo numa fase posterior. Des-

ta forma, esta técnica deve ser utilizada quando não é possível usar um enxerto de tecido mucoso local simples. Após o enxerto verificou-se o encerramento da comunicação oro-nasal, o que também permitiu uma melhoria na qualidade de vida do doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.742>

#019 Oncocitoma da Glândula Parótida: um diagnóstico raro



Frederico Gonçalves*, Maria Inês Borges, Arturo López, Fátima Ramalhosa, João Mendes de Abreu, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Serviço de Anatomia Patológica – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Serviço de Cirurgia Maxilofacial – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O diagnóstico diferencial de uma lesão parotídea é complexo, devendo considerar-se diversas patologias das mais distintas etiologias. Dentro das neoplasias benignas da glândula parótida, foram descritos poucos casos de oncocitomas na literatura. Por serem raros (inferior a 1% de todos os tumores que acometem as glândulas salivares) e devido às características inespecíficas da sua apresentação clínica, dos resultados imagiológicos e das limitações que envolvem a Punção Aspirativa por Agulha Fina, podem verificar-se erros de diagnóstico, nomeadamente quando se consideram outras lesões mais frequentes. O diagnóstico definitivo é histológico, sendo realizado na grande maioria após biópsia excisional da lesão. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 77 anos, referido ao Serviço de Urgência, por lesão nodular na dependência da parótida esquerda, com 15 dias de evolução e sem sintomatologia associada. Ao exame objetivo, verificou-se uma tumefação com 3cm de maior eixo, indolor, de consistência duro-elástica, móvel, limitada ao polo inferior da parótida esquerda, confirmada por ecografia de tecidos moles. Foi realizada Punção Aspirativa por Agulha Fina, para estudo histológico, que revelou uma lesão com características oncocíticas e infiltrado inflamatório, admitindo-se provável diagnóstico de Tumor de Warthin. Após realização de parotidectomia superficial eletiva, o estudo anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou tratar-se de um Oncocitoma parotídeo. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico de uma massa parotídea, com as suas etiologias variadas, que se apresenta com uma clínica ausente ou inespecífica, pode revelar-se um desafio, sendo muitas vezes apenas possível após ressecção total da lesão e estudo anatomopatológico. A sua baixa incidência, aliada à dificuldade no diagnóstico e ao facto de a abordagem terapêutica não diferir significativamente de outras neoplasias benignas da parótida, pode resultar num subdiagnóstico de oncocitoma, acabando por ser facilmente negligenciado e excluído do diagnóstico diferencial, pelo que se torna pertinente a descrição deste caso clínico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.743>