

sultado revelou, presença de displasia epitelial oral moderada a severa, com diagnóstico anatomo-patológico de eritroleucoplasia. Após uma semana de pós-operatório, observou-se melhoria clínica e boa cicatrização. Na consulta no segundo mês de pós-operatório, mantinha boa cicatrização e pequenas lesões brancas na zona posterior à excisão. Após a última avaliação decidiu-se manter a doente sob vigilância trimestral e intervir caso ocorram modificações o justifiquem. **Discussão e conclusões:** a detecção e o diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas faz parte do exame de Estomatologia. No que diz respeito ao tratamento, a melhor abordagem consiste na combinação da observação clínica com a eliminação dos possíveis fatores etiológicos e controlo da lesão após 2-4 semanas. Caso a lesão persista procede-se à biópsia, com envio da peça para estudo anatomo-patológico, para obter-se o diagnóstico definitivo. O diagnóstico é fundamental para instituição do tratamento. Deve manter-se um follow-up por tempo indefinido em intervalos que variam de 3-6 meses.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.748>

#025 Parotidite Juvenil Recorrente: relato de um caso clínico



Gabriela Pinheiro*, Duarte Amaro, Carolina Carreiro, Salomé Cavaleiro, Joana Alves

Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A parotidite recorrente juvenil é uma condição inflamatória da glândula parótida caracterizada por episódios recorrentes de dor e aumento não supurativo da glândula parótida unilateral ou bilateral. A causa exata ainda permanece desconhecida, embora malformações ductais congénitas, fatores genéticos, alterações imunológicas ou má oclusão dentária tenham sido sugeridos como possíveis fatores contribuintes. **Descrição do caso clínico:** Adolescente de 17 anos de idade, sexo masculino, é enviado à consulta de Estomatologia em setembro de 2019 por parotidites recorrentes, com início na infância, sempre concomitantes com episódios de infeções do trato respiratório superior. Estes episódios cursam com dor que exacerba com a alimentação, redução da quantidade salivar e cacogeusia, associando-se tumefação pré-auricular e sensação de pressão local, que alivia com a drenagem manual da glândula. A recorrência dos episódios tem se tornado mais infrequente, com redução do número de episódios por ano. No momento da consulta apresentava-se sem queixas. O exame objetivo apresentava-se normal. Realizou ecografia das glândulas salivares, destacando-se achados sugestivos de parotidite crônica. Foi observado pela especialidade de Reumatologia e pedido estudo analítico (inclusive anticorpos anti-SSA e anti-SSB e os níveis da enzima conversora da angiotensina que por sua vez apresentavam-se normais), não apresentando no momento critérios de patologia reumatológica inflamatória ou autoimune. **Discussão e conclusões:** A parotidite juvenil recorrente ocorre maioritariamente em rapazes, entre os 4 meses e os 15 anos de idade. O seu diagnóstico é baseado na história, estudo analítico para excluir outras condições pa-

tológicas nomeadamente, parotidite vírica, Síndrome de Sjögren e sarcoidose. Não existe um conjunto amplamente aceite de diretrizes para estabelecer o diagnóstico. Os testes analíticos recomendados incluem os anticorpos (anti-Ro/SSA and anti-La/SSB) e a medição dos níveis da enzima conversora da angiotensina, que são normais na parotidite juvenil recorrente. A ecografia ajuda a suportar o diagnóstico, e é o teste de imagem inicial preferido. O tratamento das crises é sintomático, associando-se antibióterapia se se verificar sobreinfecção, e incentivando-se o reforço hídrico e massagem local de drenagem. Neste caso, o doente mantém-se em seguimento e vigilância periódica, recomendando-se reforço do aporte hídrico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.749>

#026 Tratamento da deformidade dento-esquelética de classe III: Caso clínico



Catarina Nunes*, Inês Francisco, Adriana Guimarães, Leonor Barroso, Francisco Vale

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

Introdução: A deformidade dento-esquelética de Classe III caracteriza-se por uma discrepância sagital intermaxilar mesial, apresentando em cerca de 40% dos casos uma retrognatia maxilar combinada com uma prognatia mandibular. Na idade adulta, quando a severidade da discrepância intermaxilar ultrapassa os limites da camuflagem dento-alveolar, o tratamento ideal consiste em Tratamento Ortodôntico combinado com Cirurgia Ortognática. Esta terapêutica permite não só repor a normalidade funcional da mastigação e fala, como a componente estética, contribuindo de forma positiva para a autoestima e a qualidade de vida do doente. Este trabalho pretende descrever passo-a-passo um caso clínico de classe III esquelética submetido a tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino de 19 anos, recorreu ao Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com queixas relativamente à estética facial e oclusão. O doente apresentava uma classe III esquelética com assimetria facial e um perfil hiperdivergente. A terapêutica contemplou aparatologia fixa multibrackets (Roth 0,18) e cirurgia ortognática bimaxilar, com os seguintes movimentos: Le Fort I para avanço maxilar de 5 milímetros e impactação posterior de 3 milímetros; Osteotomia Bilateral Sagital para recuo da mandíbula de 4 milímetros com reposicionamento da assimetria. **Discussão e conclusões:** Dependendo do grau de severidade e da idade do doente, o tratamento da classe III esquelética pode ser ortopédico (na infância), ortodôntico (camuflagem dento-alveolar), ou ortodôntico-cirúrgico. A cirurgia ortognática permite a correção da discrepância intermaxilar através da mobilização das bases ósseas, o que possibilita a melhoria funcional, estética e psicológica do doente. Contudo, apresenta algumas limitações, como o custo associado à intervenção e as complicações pós-cirúrgicas. A decisão da terapêutica a utilizar depende da