

começar com uma técnica de impressão modificada mista. Primeiro coloca-se intra-oralmente um silicone de baixa viscosidade sobre os dentes que possuem arames e brackets. De seguida efetua-se uma impressão em alginato. Após a remoção da impressão em alginato remove-se o silicone e recoloca-se na impressão passando-se de seguida a gesso. No modelo de gesso coloca-se um verniz ou silicone que possui duas funções: eliminar substancialmente as retenções mecânicas e garantir espaço para a continuação da movimentação dos dentes ao longo de meses. Depois deste espaçador e dependendo do espaçamento e direção pretendidos pode-se proceder de duas formas: 1. Colocar um separador (vaselina por exemplo) e realizar o protetor pela técnica de termo-vácuo usando uma placa de EVA de 4 mm de espessura; 2. ou realizar primeiro uma capa de espaçador adicional usando uma placa de branqueamento de 1 mm de espessura bem ‘adelgada’ pela pressão e calor pela técnica de termo-vácuo que posteriormente, após arrefecimento, é “isolada” usando uma camada de verniz e vaselina, e sobre a qual se realiza o protetor com a placa de EVA de 4mm. A primeira camada interna termo-formada (que fica com menos de 0,5 mm) é posteriormente removida do protetor, que posteriormente é recortado e polido marginalmente. **Discussão e conclusões:** A confecção de protetores bucais para portadores de aparatologia ortodôntica fixa por esta técnica é mais complexa tecnicamente. Contudo, permite não só uma colocação e manutenção mais passiva, como também menos interferências com o decurso do tratamento ortodôntico e prolongamento da vida útil do protetor. A confecção de um protetor bucal individualizado pela técnica modificada referida permite a execução de protetores mais confortáveis e com menos interferências nos tratamentos.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.767>

#045 Papiloma Escamoso: Caso Clínico



Mafalda Cunha Gomes*, Carolina Pacheco Veiga Dias da Silva, Filipe Coimbra

Introdução: O Papiloma escamoso é uma proliferação benigna do epitélio escamoso estratificado. Clinicamente é caracterizado por ser um nódulo macio, indolor e exofítico, geralmente pediculado e com numerosas proliferações digitiformes. Estas proliferações podem ser pontudas ou embotadas, conferindo uma aparência de ‘couve-flor’ ou verrucosa. As lesões na cavidade oral são comuns, de proliferação lenta e assintomática, e afeta homens e mulheres na faixa etária entre os 30 e 50 anos. Os locais preferencialmente afetados incluem a língua, lábios e palato mole. Embora seja de etiologia desconhecida, alguns casos podem estar infetados pelo vírus HPV (Papiloma Vírus Humano). **Descrição do caso clínico:** Mulher caucasiana, de 68 anos, com tumor exofítico pediculado e de cor esbranquiçada, com cerca de 1cm de diâmetro, localizado no palato mole na zona do dente 28. Diagnóstico clínico: Papiloma Escamoso. **Discussão e conclusões:** Foi realizada a biópsia excisional da lesão com margem de segurança de 2 mm e esta foi encaminhada para o Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Univer-

sidade do Porto (IPATIMUP) para estudo anátomo-patológico. O resultado relatório foi positivo para a presença de um papiloma escamoso. A morfologia observada não permite confirmar nem excluir infeção por HPV, sugerindo-se a realização de um estudo molecular. A deteção do vírus HPV é importante, pois no caso de infeção, deve fazer-se o despiste de carcinoma da orofaringe e nasofaringe. O resultado do estudo molecular foi negativo para todos os tipos de HPV analisados. O diagnóstico clínico foi confirmado tratando-se de um papiloma escamoso que não estava infetado pelo vírus HPV pelo que não há necessidade de despistar carcinomas da orofaringe e nasofaringe.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.768>

#046 Síndrome de Sturge-Weber: a propósito de um caso clínico



Ana Melissa Marques*, Maria João Morais, Olga Vascan, Maria Inês Borges, Maria Fernanda Costa, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A Síndrome de Sturge-Weber, ou angiomatose encefalotrigeminal, é uma malformação congénita e extremamente rara, caracterizada por alterações neurológicas, cutâneas, oculares e orais. Manifestações clássicas incluem angioma facial cor de vinho do porto; angiomas leptomeníngeos e calcificações intracranianas, com ataques convulsivos de elevada frequência e intensidade, défice cognitivo e hemiplegia; e angioma da coróide, com glaucoma secundário, exoftalmia e hemianópsia. A abordagem de um paciente com Síndrome Sturge-Weber pode ser desafiante pelo risco hemorrágico. **Descrição do caso clínico:** Homem, 43 anos, com Síndrome de Sturge-Weber, epilepsia e défice cognitivo, observado em consulta de Estomatologia por higiene oral deficitária sob risco hemorrágico. Apresentava angiomatose facial bilateralmente, com extensão inferior até à região cervical esquerda. De coloração típica vinho do porto, bem delimitado na hemiface direita e difuso à esquerda. Intraoralmente, apresentava angiomatose difusa, hiperplásica e de coloração arroxeada, localizada no vestibulo superior e gengiva aderente superior. Higiene oral deficitária, com acumulação de placa bacteriana. Sem focos de cárie objetiváveis, confirmados por ortopantomografia, procedendo-se a destartarização e polimento, que decorreu sem intercorrências. O doente mantém seguimento em consulta, com melhoria da saúde oral. **Discussão e conclusões:** A Síndrome de Sturge-Weber tem uma apresentação clínica variável, sendo reduzido o número de casos com alterações cutâneas, neurológicas, oculares e orais em simultâneo. As manifestações intraorais podem ocorrer sob a forma de proliferação angiomatosa, condicionando aumento do potencial hemorrágico. Também pode traduzir-se por aumento do volume gengival, associado tanto à presença dos hemangiomas, como também à terapêutica com anti-convulsivos. Em situações mais graves, pode comprometer a higiene oral e predispor a infeções locais e sistémicas. A reabilitação oral nestes

doentes é normalmente complexa e requer procedimentos conservadores, em detrimento de procedimentos invasivos, que devem ser evitados. Em destaque, medidas preventivas de saúde oral com motivação da higiene do doente, uso de colutórios contendo clorexidina e remoção de placa bacteriana. Os procedimentos invasivos, quando urgentes, devem ser realizados em meio intra-hospitalar, com estudo analítico e tipagem sanguínea do doente, caso seja necessário realizar transfusão sanguínea.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.769>

#047 Sialometaplasia Necrosante: Uma Lesão Benigna Sugestiva de Malignidade



Mariana Magalhães Maia*, Cristina Moreira, Rita Martins, Pedro Cabeça Santos, Nuno Gil, Francisco Azevedo Coutinho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A sialometaplasia necrosante (SMN) é uma doença incomum, benigna, inflamatória e necrosante de glândulas salivares menores. A etiologia parece ser uma necrose isquêmica e caracteriza-se, numa fase inicial, pela desintegração das células acinares por necrose, surgindo posteriormente uma metaplasia escamosa e reação fibrosa. As lesões podem aparecer sob a forma de nódulos ou evoluir para ulceração do epitélio adjacente, sendo esta a forma que mais frequentemente motiva a observação clínica. **Descrição do caso clínico:** Género feminino, 22 anos, raça negra, praticante de culturismo com antecedentes patológicos de perturbação alimentar. Sem hábitos tabágicos, etílicos, consumo de estupefacientes ou anabolisantes. Recorreu ao Serviço de Urgência de Estomatologia devido ao surgimento de uma 'bolha' no palato, com cerca de três semanas de evolução, com aumento progressivo do seu volume e ulceração ao final de duas semanas. Concomitantemente referia tumefação bilateral da face de início insidioso há mais de um mês. À observação objetivou-se tumefação bilateral e simétrica das glândulas parótidas e submandibulares, indolores à palpação. No exame intraoral identificou-se uma lesão ulcerada no terço posterior do hemipalato duro esquerdo, com cerca de 1,5 cm de maior eixo, crateriforme com bordos irregulares e associada a dor à palpação. A doente foi submetida a biópsia incisional da lesão, cujo estudo anatomopatológico revelou tratar-se de sialometaplasia necrosante. Realizou ainda uma biópsia de glândulas salivares menores e avaliação analítica sorológica que não revelaram alterações. **Discussão e conclusões:** A etiologia da SMN permanece incerta, existindo fatores predisponentes, tais como: fatores traumáticos, anestésias locais, próteses mal adaptadas, infeções do trato respiratório superior, tumores adjacentes, cirurgias prévias e distúrbios alimentares. No entanto, alguns casos ocorrem sem qualquer fator predisponente conhecido. O facto de mimetizar uma patologia maligna, tanto clínica como microscopicamente pode originar erros diagnósticos, particularmente graves pelo risco de motivar mutilações cirúrgicas desnecessárias. O prognóstico é muito favorável e o tratamento é sintomático,

uma vez que a doença é autolimitada e envolve espontaneamente sem deixar sequelas. Neste caso em particular a etiologia mais provável é o distúrbio alimentar, uma vez que tanto a SMN como a sialoadenose podem ser explicadas por esta alteração.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.770>

#048 Infiltração maligna da gengiva e palato por entidade rara



Cristina Moreira*, Carina Ramos, Mariana Magalhães Maia, Rita Martins, Teresa Corrales, Sónia Viegas

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A Neoplasia de Células Blásticas Plasmocitoides Dendríticas (NCBPD) é um tipo raro e agressivo de linfoma com um número aproximado de 100 casos reportados em todo o mundo. Foi recentemente reclassificada como uma entidade clínica própria em 2016 [Revisão da Organização Mundial de Saúde (OMS)] e a sua etiologia mantém-se desconhecida. Trata-se de uma patologia que pode ocorrer em qualquer idade embora com predileção para o idoso, sendo a idade mediana de diagnóstico os 67 anos. Clinicamente caracteriza-se por manifestações cutâneas (placas ou nódulos cuja cor varia de vermelho a púrpura) bem como disseminação tipo leucemia envolvendo os gânglios linfáticos e o sangue periférico. Em geral a NCBPD refratária/recidivante associa-se a mau prognóstico com opções terapêuticas limitadas. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 73 anos, referenciado à Consulta de Estomatologia pela Hemato-Oncologia. Apresentava queixas de hipertrofia gengival, gengivorragia e desconforto local dificultando a alimentação, com 4 meses de evolução. Nove meses antes havia sido diagnosticado com NCBPD no contexto de astenia, anorexia, perda ponderal e aparecimento de placas cutâneas acastanhadas na cabeça e tórax. Cumpriu esquema de quimioterapia com remissão completa. Ao exame objetivo destacava-se hipertrofia gengival difusa com coloração violácea escura, bem como coloração violácea heterogênea da quase totalidade do palato. Procedeu-se a biópsia incisional da gengiva cuja histologia foi compatível com recidiva de NCBPD. Após discussão multidisciplinar foi proposto um diferente regime de quimioterapia e controlo hemorrágico oral, focado na eliminação do biofilme e medidas hemostáticas locais. **Discussão e conclusões:** A NCBPD é uma entidade rara (0.44% das neoplasias malignas hematológicas). Caracteriza-se por envolvimento cutâneo predominante com subsequente ou simultânea extensão à medula óssea e sangue periférico. As mucosas, como no caso apresentado, são apenas ocasionalmente envolvidas. Esta patologia apresenta elevada agressividade, rápida progressão e prognóstico reservado com sobrevida mediana de 12-24 meses. Atualmente não existe consenso na abordagem terapêutica devido à sua baixa incidência. Este caso realça a importância da abordagem multidisciplinar bem como o seguimento e registo desta entidade recentemente reclassificada (Revisão OMS