

Introdução: O cisto linfoepitelial oral é uma lesão incomum, assintomática e de pequenas dimensões, geralmente descoberta durante os exames de rotina da cavidade oral. As lesões são identificadas com maior frequência em regiões orais que contém agregados linfóides, como o pavimento bucal, superfície ventral da língua e palato mole. Clinicamente apresenta-se como uma massa submucosa pequena. A lesão é tipicamente branca ou amarela e contém frequentemente material queratinoso no lúmen. O presente trabalho relata um paciente que compareceu no Serviço de Medicina Oral da FMDUP por ter uma tumefação na face ventral da língua, diagnosticado posteriormente como cisto linfoepitelial oral.

Caso clínico: O paciente OG, do género masculino, com 42 anos de idade, compareceu no serviço de Medicina Oral na clínica da FMDUP, com queixas de um tumor localizado na face ventral da língua. Ao exame objetivo observou-se um tumor com 1 cm de diâmetro localizado na face ventral da língua, tal como o paciente tinha referido no inicio da consulta. No momento oportuno, procedeu-se a excisão cirúrgica da lesão com margens de 1 mm e a peça foi enviada para estudo anatomo-patológico no IPATIMUP- Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto. O diagnóstico histológico foi de cisto epidermóide com infiltrado linfóide e centros germinativos reativos na parede.

Discussão e conclusões: Pela informação clínica e histológica concluiu-se que se tratava de um cisto linfo-epitelial de prognóstico favorável. No entanto, é necessário alertar para o facto de que a patogénese destas lesões ainda não é totalmente conhecida e, que por serem incomuns constituem cerca de 0,09% e 0,18% do total de lesões diagnosticadas em Serviços de Patologia Oral. Com relação aos casos reportados na literatura podemos constatar discreta predileção pelo sexo masculino, e por zonas com presença de agregados linfóides. A ausência de dor, o pequeno diâmetro, e a presença de centros germinativos vão de encontro ao diagnóstico sendo a excisão cirúrgica o tratamento de escolha. Conclui-se que a excisão cirúrgica conservadora é o tratamento de eleição para o cisto linfo-epitelial, quando se apresenta sob a forma de um tumor bem diferenciado e havendo necessidade de fazer diagnósticos diferenciais. Apesar de não haver relatos de transformação neoplásica ou recorrência pós-cirúrgica não se deve colocar de lado a sua proservação.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.098>

C-9. Um Caso Raro de Mioepitelioma localizado na Gengiva do Maxilar Superior

Tiago Pinto Ribeiro*, Isabel Esteves, Otilia Pereira-Lopes, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: O mioepitelioma é um tumor das glândulas salivares de natureza benigna e raro. A sua localização mais frequente é na glândula parótida podendo aparecer raramente noutras locais da mucosa oral. Clinicamente observa-se como uma massa redonda recoberta por mucosa normal sem sintomatologia dolorosa. Esta neoplasia resulta de uma

proliferação monoclonal de células mioepiteliais. O seu diagnóstico é feito por anatomopatologia e a sua caracterização completa depende de análise imunohistoquímica.

Caso clínico: Paciente M.S.S.M., mulher caucasiana com 18 anos, recorreu à clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto com queixas de uma tumefacção localizada na gengiva na zona anterior do maxilar superior que tinha aparecido há cerca de 4 anos e foi crescendo lentamente. Clinicamente, o tumor tinha 2 cm de comprimento, era coberto por mucosa normal e não era doloroso. Radiograficamente, a região apresentava uma zona de reabsorção do osso alveolar. O diagnóstico clínico foi de cisto gengival ou de granuloma periférico de células gigantes. Realizou-se a exérese da lesão com dissecção e curetagem do osso alveolar. A peça operatória foi enviada para exame histológico. O resultado do exame histológico foi de mioepitelioma.

Discussão e conclusões: O mioepitelioma embora seja um tumor raro, ocorre com mais frequência no lobo superficial da glândula parótida, onde as células mioepiteliais são mais frequentes. Nesta localização os diagnósticos diferenciais são o adenoma pleomórfico, e o tumor de Warthin. Quando ocorre noutras locais da mucosa oral a localização preferencial é o palato. A sua ocorrência na gengiva é tão rara que a clínica nunca contempla os tumores das glândulas salivares sendo o diagnóstico uma surpresa identificável apenas por histopatologia. A histogénese tem origem nas células mioepiteliais e ocorrer em três formas histológicas. A mais comum é a de células esguias, a forma de plasmocitoma predomina no palato, e a terceira forma é uma mistura de plasmocitoma e de células esguias. Estes tumores fazem parte do grupo dos tumores pleomórficos das glândulas salivares. Neste tumor não foi feita a exérese com margens de segurança pois não havia a mais remota suspeita de se tratar de um tumor de glândulas salivares que requereria margens de 0,5 cm. A curto prazo pretendemos caracterizar o tumor com imunohistóquímica e a doente deverá ser vigiada e se necessário será executada nova exérese com margens de segurança adequadas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.099>



C-10. Sobredentadura maxilar retida por implantes em sectores posteriores – caso clínico

Artur Miler*, Carina Gradil, André Correia, José Mário Rocha, J.C. Reis Campos, Maria Helena Figueiral

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)



Introdução: Uma paciente do sexo feminino, com 52 anos, compareceu na consulta da Especialização em Reabilitação Oral da FMDUP com o objetivo de efetuar uma reabilitação oral do seu maxilar superior.

Caso Clínico: Da história e do exame clínico realçam-se os seguintes dados: presença de quatro implantes no maxilar superior desdentado total (nas zonas do 15, 17, 24 e 26), reabilitado com uma prótese total acrílica provisória; presença de uma prótese parcial removível esquelética inferior, numa desdentação parcial tipo I de Kennedy (ausência de

46-48 e 36-38). Realizou-se a avaliação extra e intraoral, e impressões preliminares para obtenção de modelos de estudo de forma a avaliar o tipo de reabilitação protética a efetuar. Face à localização e posição dos implantes, e ao espaço protético disponível, o plano de tratamento para a reabilitação superior foi o seguinte: sobredentadura superior com duas 'mini-barras' com extensão para mesial com encaixes tipo locator, de forma a diminuir a extensão da área da prótese não suportada pelas barras. Pretende-se com este tipo de reabilitação proporcionar ao paciente uma solução protética com uma retenção elevada, com opção de ser removível para higienização e manutenção da prótese.

Discussão e conclusões: O uso de barras é uma opção clínica comprovada na reabilitação protética com sobredentaduras, conferindo não apenas retenção e estabilidade, mas também algum suporte à prótese. Nos casos em que o posicionamento dos implantes não é favorável, a colocação deste tipo de barras com extensões mesiais, na qual se adicionam elementos auxiliares de retenção tipo locators, permite uma distribuição biomecanicamente mais favorável do suporte e das zonas retentivas, diminuindo o braço de rotação antero-posterior da sobredentadura. As sobredentaduras fazem parte de um conjunto de opções de reabilitação protética da cavidade oral, cujos resultados ao nível da função e da estética são bastante favoráveis, permitindo uma clara melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.100>

C-11. Carcinoma ex-adenoma pleomórfico - a propósito de um caso clínico



Lia Jorge *, Mário Gouveia, Júlio Rodrigues,
André Santos Luís

Hospital de Braga

Introdução: O carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CEAP) representa uma transformação maligna dentro de uma lesão benigna prévia, o adenoma pleomórfico (AP). O AP representa cerca de 33 a 43% dos tumores que afectam as glândulas salivares minor. O CEAP insere-se na categoria de tumores malignos mistos, representando 2 a 6% dos tumores que afectam as glândulas salivares. Cerca de 20% dos CEAP afectam as glândulas salivares minor, sendo o palato a localização mais comum. O AP apresenta-se, habitualmente, como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. No palato, habitualmente, encontra-se na região látero-posterior, com formato arredondado, superfície lisa (ulceração secundária a traumatismo pode ocorrer). Na maioria dos casos, a evolução maligna destes tumores ocorre de forma silenciosa, apenas com aumento indolor de volume.

Caso clínico: Doente de sexo masculino, 52 anos de idade, sem antecedentes de relevo. Encaminhado para a consulta de Estomatologia por crescimento progressivo de lesão úlcero-vegetante do palato, com diagnóstico histológico de AP do palato desde há 2 anos. Nova biópsia corroborou histologia anterior, porém decisão de excisão radical cirúrgica revelou CEAP, com todas as margens cirúrgicas intersectadas e no estadio pt4NxM0R2. Após orientação para consulta de grupo

cabeça-pescoço, decisão de tratamento de quimio e radioterapia com intuito radical.

Discussão e conclusões: O CEAP exibe uma aparência microscópica variável, com áreas típicas de AP e áreas de degeneração maligna do componente epitelial, caracterizada por pleomorfismo celular e atividade mitótica anormal. O risco de transformação maligna de um AP é de cerca de 5%. O AP apresenta pico de incidência entre os 30 e os 60 anos e o tratamento de eleição, no caso das lesões do palato, é a excisão cirúrgica sub-perióstea, incluindo mucosa subjacente. Nestes casos, a taxa de cura ronda os 95% e o risco de recidiva é baixo. A média de idades dos pacientes com CEAP é cerca de 15 anos superior à média dos AP e isso deve, por si só, ser um factor de alerta para eventual follow up histológico. Por outro lado, a noção de um follow up baseado num padrão histológico variável deve também alertar para a necessidade de implementação do tratamento de eleição (excisão radical), o que não aconteceu neste caso. O CEAP deverá ser abordado com excisão cirúrgica ampla, eventualmente em conjunto com esvaziamento cervical, quimio e radioterapia. O seu prognóstico é reservado.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemed.2013.12.101>

C-12. Lesão vascular na mucosa oral: a propósito de um caso clínico



Viviana Conceição *, Ana Cláudia Ferreira Capelão, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: As anomalias vasculares representam doenças do endotélio e dos tecidos vizinhos que resultam em crescimentos vasculares aberrantes, dividindo-se em congénitas e adquiridas. As congénitas estão representadas pelos tumores vasculares, como o hemangioma, e tendem a diminuir de tamanho com o tempo. As adquiridas estão representadas pelas malformações vasculares, classificando-se conforme o tipo de vasos envolvidos (capilares, veias, linfáticos e malformações arteriovenosas). Estas não diminuem de tamanho com o tempo e originam-se em ectasias progressivas de estruturas vasculares preexistentes, por trauma, infecções ou pressão hemostática aumentada. As varizes, que ocorrem em adultos, pela dilatação de vénulas, resultando em pápulas de coloração azul-violáceas, bem delimitadas, levemente elevadas, compressíveis, com 2 a 10 mm de diâmetro. A anamnese e o exame clínico são, normalmente suficientes para estabelecer o respetivo diagnóstico clínico. Na cavidade oral surgem mais frequentemente no lábio e na mucosa jugal, podendo mimetizar lesões mais graves como o melanoma. Apesar de assintomáticas, o tratamento pode ser necessário, existindo sangramento após trauma ou por motivos estéticos. O objetivo deste trabalho é a abordagem clínica de uma variz de pequenas dimensões.

Caso clínico: Paciente M.F.C, caucasiano, 71 anos, sexo masculino, saudável, com queixa de "bolha na bochecha sujeita a trauma e dor durante a mastigação", não sabendo especificar há quanto tempo surgiu, apenas que já havia sido extraído o dente 18, por estar extruído e vestibularizado. Clinicamente,