

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,