

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.rpemd.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, 52anos 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-periosteia, 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.rpemd.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, infeções 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,

identificou-se uma lesão na mucosa jugal direita ao nível do plano oclusal adjacente ao 17, discretamente elevada, circular com cerca de 4mm, contínua com a mucosa, azul-roxeada, bem delimitada, compressível e assintomática à palpação.

**Discussão e conclusões:** AS características clínicas e por ter ocorrido diminuição do tamanho e descoloração da lesão pelo teste de vitropressão, eram compatíveis com o diagnóstico de lesão de natureza vascular. Como havia desconforto físico e trauma no local da lesão com risco de hemorragia optou-se pela remoção cirúrgica com bisturi elétrico, por electrocoagulação, após anestesia infiltrativa local, proporcionando maior conforto pois é pouco invasivo e não envolve grande risco de hemorragia. A técnica de electrocoagulação permite a remoção de lesões vasculares de pequena dimensão, sem recidiva e comprometimento estético, de forma simples e eficaz.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.102>

### C-13. Autotransplante de 3º Molares Inclusos associados com a utilização do PRGF-Endoret®



Ruben Campos\*, Adriana Jorge, Miguel Namora, Germano Rocha, João Carvalho, António Felino

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

**Introdução:** O 1º molar, por ser o primeiro dente a erupcionar, é o dente mais frequentemente perdido de forma precoce em indivíduos jovens, sendo que a cárie dentária continua a ser o principal motivo de perda de dentes nesta faixa etária. O autotransplante dentário, assume-se como uma solução válida em pacientes que se encontram em idade de crescimento, sendo definido como a transplantação de um dente, incluso, impactado ou até erupcionado no mesmo indivíduo, para um alvéolo pré-existente ou criado cirurgicamente, apresentando taxas de sucesso variáveis, mas bastante elevadas (81,4-100%).

**Caso Clínico:** Neste trabalho apresentam-se 2 casos clínicos do género masculino e feminino, de 15 e 19 anos de idade respectivamente. Relativamente ao 1º caso, o paciente compareceu à clínica da FMDUP, com queixas de “um buraco num dente”. O paciente do género feminino apresentou-se à consulta de Cirurgia Oral, com indicação exodontia dos 3º molares inclusos. Ao exame clínico do 1º caso, observou-se uma cárie extensa no dente 26, assintomático após realização de testes de vitalidade, pelo que se concluiu que o dente se encontrava necrosado. O mesmo se observou no exame clínico do 2º caso, mas relativamente ao dente 16. Devido ao tamanho e extensão das cáries, aliado à idade dos pacientes, ao custo da reabilitação e a um prognóstico futuro reservado, foi decidido encaminhar os pacientes para a Especialização de Cirurgia Oral da FMDUP, onde se optou pela exodontia do 1º molar com realização simultânea de autotransplante do 3º molar incluso do mesmo quadrante, associado à utilização do PRGF-Endoret®.

**Discussão e conclusões:** Descrito pela 1ª vez em Cirurgia Oral por Anitua, o PRGF® foi desenvolvido com o objetivo

de ser utilizado como meio de armazenamento extra-oral, evitando a necrose do ligamento periodontal e melhorando a cicatrização periodontal no alvéolo receptor, sendo o condicionador alveolar do autotransplante, melhorando as capacidades regenerativas do próprio paciente, nomeadamente o estimular da regeneração óssea e epitelial. O uso de PRGF® associada a autotransplantes de 3º molares, quando corretamente indicada, nomeadamente em pacientes de idade relativamente jovens, apresentando o dente a transplantar uma formação radicular com cerca de 2/3 do comprimento final, com compatibilidade entre alvéolo receptor e dente dador e quando executada com uma técnica atraumática, apresenta-se como uma solução viável e de baixo custo para o paciente.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.103>

### C-14. Mucocelo de extravasamento: descrição de caso clínico



Gil Leitão Borges\*, Ana Bação

Centro de Saúde Militar de Évora

**Introdução:** Mucocelo é o termo que clinicamente compreende o fenómeno de extravasamento ou retenção de muco nos ductos das glândulas salivares menores, frequentemente associado a trauma, sendo a localização mais preferencial o lábio inferior. O presente trabalho apresenta um caso clínico típico de uma lesão do lábio inferior, cujo diagnóstico inicial foi de mucocelo, confirmado definitivamente através do exame anátomo-patológico realizado no Hospital das Forças Armadas após a excisão cirúrgica da lesão, sendo a abordagem relatada e discutida.

**Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 59 anos, saudável, veio à consulta de Medicina Dentária deste Centro de Saúde Militar devido a lesão nodular no lábio inferior esquerdo, com cerca de 4 meses de evolução com períodos intermitentes de diminuição e aumento. Relatou possuir próteses totais acrílicas muito gastas e desadaptadas e traumatismo frequente da mucosa labial. O exame intraoral revelou tumefação na mucosa labial esquerda, de aspeto bolhoso, com aproximadamente 1,5 cm de diâmetro, de base sésil, bem delimitada, flutuante à palpação, com forma oval, textura lisa, coloração semelhante à mucosa circunjacente e assintomática. O quadro evidenciado sugeriu o diagnóstico de mucocelo, sendo a excisão cirúrgica da lesão a opção terapêutica adotada. O exame anátomo-patológico corroborou o diagnóstico de mucocelo de extravasamento.

**Discussão e conclusões:** A literatura aponta de forma geral o lábio inferior como local acometido com maior frequência por mucocelos, normalmente causados por traumas exercidos sobre o ducto excretor ou o parênquima glandular. Existe a necessidade de diagnóstico diferencial, porquanto apresentam semelhanças com outras lesões. Encontram-se descritas diferentes abordagens terapêuticas, tais como marsupialização, remoção cirúrgica total do mucocelo e glândulas associadas, dissecação do mucocelo, drenagem do líquido mucoso, remoção com laser e crioterapia contudo, o procedimento mais frequente e melhor aceite é a sua completa excisão cirúrgica com a remoção das glândulas salivares