88. Carcinoma epidermóide da língua: caso clínico com destruição óssea e fratura da mandíbula

Ana Paula Reis Durão, Marcelo Miranda*, Teixeira Koch, Reinhilde Jacobs

FMDUP; KU Leuven

Introdução: O carcinoma epidermóide (CE) representa 94% das patologias malignas da cavidade oral. A causa é multifatorial, sendo apontados como principais fatores de risco o tabaco e o álcool, sobretudo a longo prazo e usado em excesso. Estes dois hábitos usados em conjunto aumentam em 10 vezes o risco de cancro oral. Atinge preferencialmente o sexo masculino entre a sexta e sétima décadas de vida. O bordo lateral da língua na junção entre o terço médio e posterior, o pavimento da boca, e a região retromolar são as localizações mais frequentes.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, trabalhador da construção civil, 57 anos, desdentado total, fumador e consumidor frequente de álcool. Referia dor e apresentava tumefação hemimandibular esquerda. Foi enviado pelo Clínico Geral para o departamento de Imagiologia para realizar ecografia da zona afetada e radiografia da mandíbula. Na ecografia foi observada neoformação da região mandibular esquerda com adenomegalias regionais. Realizou-se ainda ortopantomografia, onde se evidenciou extensa área de destruição óssea de limites irregulares localizada no corpo e ramo ascendente da mandíbula à esquerda. Notou-se a presença de fratura patológica ao nível do ângulo e destruição do bordo superior da mandíbula. Para melhor caracterização da lesão foi efectuada uma Tomografia Computorizada. Esta revelou uma massa expansiva hipodensa com cerca de 4,2 cm de diâmetro localizada nos 2/3 anteriores da língua do lado esquerdo. Evidenciamos extensão subcutânea da massa primitiva para os tecidos moles da região jugal com 2,5 cm. Pela extensão da lesão classificamos a lesão em T3 (> 4 cm).

Discussão e conclusões: O diagnóstico precoce é de grande importância já que o grau de mutilação para o paciente é menor. Em casos avançados da lesão, como o presente, o diagnóstico provável é evidente, atentando os hábitos do paciente. A dor foi o fator primordial que levou o paciente a procurar um médico. Em fase inicial de pequena ulceração, o diagnóstico requere que seja feita biópsia, pois quanto mais precocemente for identificado o CE melhor será o prognóstico. A escolha da técnica de imagem mais adequada para cada caso clínico é fundamental. A Tomografia Computorizada permitiu por si só, a avaliação das reais dimensões da lesão, sua morfologia e relação com as estruturas anatómicas adjacentes, auxiliando no diagnóstico e sobretudo no planeamento cirúrgico. O diagnóstico radiográfico foi confirmado por exame histopatológico.

http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.198

89. Utilização do TiBrush® no tratamento da Peri-implantite – caso clínico

Francisco Correia*, Ricardo Faria Almeida

FMDUP

Introdução: As doenças peri-implantares são lesões inflamatórias que se desenvolvem em redor dos tecidos que envolvem os implantes dentários. Podemos dividi-las em dois tipos: mucosite peri-implantar que são reação inflamatória reversível que afeta os tecidos moles que rodeiam um implante em função ou peri-implantite, reação inflamatória associada à perda de osso de suporte em torno de um implante em função. Os fatores de risco que apresentam evidência científica são: má higiene oral, história de periodontite e hábitos tabágicos. A incidência desta patologia é de 26 a 56% dos pacientes e de 12% a 43% dos locais com implantes. Na literatura é possível observar vários tratamentos propostos para o tratamento das peri-implantites sugerindo qual das intervenções podem ser eficazes, no entanto, o nível de evidência é limitado.

Caso clínico: Paciente feminina, 52 anos, com hipertensa, diabetica tipo II, não fumadora e com história de periodontite moderada tratada, apresentava uma peri-implantite no implante da região do dente 25. O tratamento da patologia foi realizado de uma forma cirúrgica, com retirada da coroa cimentada, colocação de uma tampa de fecho e abertura de um retalho de espessura total. Procedeu a remoção de todo o tecido de granulação com curetas gracy e com o TiBrush®. De seguida lavou-se o implante de forma a remover resíduos e restos de tecido contaminado e colocou-se um antibiótico em gel(clorosil®) com o intuito de complementar a descontaminação da superfície. Posteriormente optou-se por realizar uma regeneração óssea com xenoenxerto e membrana de colagénio. A paciente apresenta um seguimento de 1 ano sem sinais clínicos de evolução da patologia e radiograficamente observa-se uma regeneração óssea em torno do implante.

Discussão e conclusões: O TiBrush® é uma escova de utilização única composta por cerdas de titânio e um veio de aço inoxidável, que é acoplado ao contra ângulo para promover a descontaminação mecânica da superfície do implante. A utilização do TiBrush® permite de uma forma mais fácil (relativamente a outros meios tradicionais de descontaminação mecânica) limpar o tecido de granulação em redor do implante, apresentando o implante um aspeto macroscópico limpo posteriormente a sua utilização. A utilização do TiBrush permite limpar de uma forma mais fácil o tecido de granulação em redor do implante. É possível observar uma regeneração óssea em torno do implante sem sinais clínicos de evolução a patologia ao fim de 1 ano.

http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2014.11.199