



# AMEP

Associação dos Médicos  
Estomatologistas Portugueses



# REVISTA

REVISTA Nº 19 | DEZEMBRO 2020 | PUBLICAÇÃO SEMESTRAL | PUBLICAÇÃO GRATUITA

# EQUIPA

## EQUIPA EDITORIAL

**Editora Chefe:** Catarina Fraga

**Editores Adjuntos:** Luís Fonseca, Mariana Moreira, Marta Galrito, Daniela Rôlo, Adélia Ramazanova, Marcelo Prates

## CONSELHO CIENTÍFICO DA REVISTA

Prof. Doutor Barbas do Amaral

Prof. Doutor Ivo Furtado

Prof. Doutor Francisco Salvado

Prof. Doutor José Pedro Figueiredo

Prof. Dr. António Mano Azul

Prof. Doutor Miguel André Martins

Prof. Doutor Rui Cabral

Dr.<sup>a</sup> Catarina Fraga

Dr. Luís Fonseca

Dr.<sup>a</sup> Mariana Moreira

Dr.<sup>a</sup> Marta Galrito

# EDITORIAL

Caros sócios e colegas,

A AMEP encerra o ano de 2020, no meio de provações e atribuições próprias que uma pandemia encerra, com o orgulho de ver materializado o sítio *online* [estomatologia.org](http://estomatologia.org). Um projeto que concretiza o nosso desejo de divulgar quem somos e o que fazemos, a par com as redes sociais. Será uma plataforma de comunicação institucional com os sócios, colegas, instituições, empresas e outros profissionais de saúde.

Apesar das réplicas da pandemia COVID-19 e as dificuldades inerentes ainda se fazerem sentir em 2021, a AMEP vai continuar a cumprir o conteúdo programático calendarizado.

As Sessões Clínicas Nacionais de Estomatologia, bimestrais, retomam a 6 de janeiro, às 21:30, via Zoom. Releva-se o empenho, abertura e proatividade que o Serviço de Estomatologia do CHULN, nomeadamente o seu Diretor Prof. Doutor Francisco Salvado, demonstrou ao partilhar as suas sessões clínicas das reuniões de serviço com a comunidade de especialistas e internos a nível nacional, em tempos de pandemia COVID-19 associados a um confinamento rigoroso imposto no período inicial. A AMEP ajudou a divulgar, e vai continuar a fazê-lo. No entanto, com a retoma da atividade clínica, tornou-se incomportável para os internos dos outros Serviços de Estomatologia acompanharem as sessões, pelo que a AMEP decidiu criar as Sessões Clínicas Nacionais de Estomatologia em horário fora do expediente para tornar acessível a todos os internos e especialistas interessados. A partir de janeiro de 2021, inclusive, a AMEP emitirá unicamente Certificados de presença e de Comunicações Oraís para as Sessões Clínicas Nacionais. Todas as sessões serão gravadas e estarão acessíveis no *site* [estomatologia.org](http://estomatologia.org) exclusivamente para todos os sócios com as quotas atualizadas.

No dia 9 de janeiro, sábado, das 14:00 às 19:30, vai decorrer *online* (via Zoom) o evento organizado pela Comissão Nacional de Internos de Estomatologia, 'Bond de 2ªG' com o mote 'unindo os internos do 1º ano à especialidade de Estomatologia'. A CNIE e a AMEP dão as boas vindas aos novos internos originários dos 9 Centros Formadores Nacionais.

No dia 6 de fevereiro, sábado, das 15:00 às 19:00, fica agendada a II Reunião do Conselho Nacional Sénior de Estomatologia, que também será realizada por videoconferência (via Zoom), tendo como convidado especial o Prof. Doutor Amaral Bernardo, médico do Centro Hospitalar Universitário do Porto, que vai dissertar sobre a nova codificação e sua importância nos registos dos procedimentos realizados pelos Serviços Estomatologia, nomeadamente no Serviço Nacional de Saúde.

De 7 e 8 de maio, vai decorrer o Encontro Nacional de Internos de Estomatologia (ENIE 2021), na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no Porto. Este evento terá contemplada a possibilidade de transmissão *online* se as regras em contexto de pandemia continuarem restritas. Agradeço o empenho dos colegas da CNIE, que se mantiveram nos cargos, do biénio 2019-2020 para 2020-2021, devido à anulação do ENIE 2020, onde deveria ter ocorrido o processo eleitoral da nova comissão. Estas eleições vão ser efetuadas, inexoravelmente, no ENIE 2021.

Nos dias 18 a 20 de novembro, está previsto o IV Congresso Nacional de Estomatologia, em Faro, uma organização que advém da parceria do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve com a AMEP, e que todos desejamos bastante participado e memorável.

A Direção deseja agradecer e prestar uma homenagem à nossa colega Catarina Fraga, um exemplo de tenacidade e determinação, bem patente no seu papel de Editora Chefe da Revista AMEP, e que vai deixar estas lides para abraçar um outro projeto. Foi responsável pela edição das Revistas desde o início de 2018 até final de 2020, do número 15 ao 19, tendo sido publicada regular e semestralmente, tal como tínhamos

determinado. Vai deixar saudades na nossa equipa.

Relembramos ainda outros projetos em andamento que terão novidades brevemente, de referir o Pólo de Investigação e Inovação, Gabinete de Apoio aos Profissionais Liberais (aos colegas que trabalham única e exclusivamente no setor privado), Fóruns Regionais de Estomatologia e o Grupo de Literacia em Saúde Oral.

Votos de um 2021 pleno de saúde e de sucessos pessoais e profissionais.

O Presidente da Direção da AMEP

**Rui Moreira**

# NOTÍCIAS

## DA ESTOMATOLOGIA

J. Serafim Freitas

Assistente Hospitalar Graduado / Presidente do Colégio de Especialidade de Estomatologia

### EXAMES DE SAÍDA DE ESPECIALIDADE – SEGUNDA ÉPOCA

Os exames foram realizados no Serviço de Estomatologia do Hospital de São José (CHULC) sob a presidência do Dr. Francisco Proença (Diretor do Serviço) e tendo como vogal a Dr.ª Rita Azenha Cardoso (Assistente Hospitalar do Serviço de Estomatologia e CMF do IPO de Coimbra) e os Orientadores de Formação.

O dia 26 de outubro de 2020 foi assim mais um dia de júbilo para a Estomatologia Nacional pois graduaram-se mais duas estomatologistas.

DATA DE GRADUAÇÃO / ESPECIALISTAS	CENTRO HOSPITALAR FORMADOR
26 DE OUTUBRO DE 2020 – CHULC, HOSP. DE SÃO JOSÉ	
Alexandra Maria dos Santos Lóio	CHULN – Hospital de Santa Maria
Carina Adelaide Sousa da Silva	Hospital de Braga

Não esquecer que, desde 2016, e apenas em 5 anos, já graduámos 36 especialistas, dos quais 10 durante o ano de 2020. A especialidade e os Serviços começam a respirar...

Reafirmamos, no entanto, que a forte promessa de futuro é sem dúvida o facto de que, neste momento, temos em formação, de Norte a Sul, 63 médicos internos de especialidade, em 12 Serviços hospitalares de Estomatologia do SNS.

### VAGAS PARA RECÉM-ESPECIALISTAS E NÃO SÓ...

O SNS continua em renovação. Após o exame e a graduação de especialistas da 1.ª época de 2020, que para a Estomatologia foi a 19 de junho, formámos oito novos especialistas. O concurso aconteceu em outubro de 2020, tendo havido nove vagas a concurso. Dessas nove vagas, foram preenchidas sete. Uma em Gaia, uma no CHUC, uma na Covilhã, uma no CHULN, duas no CHULC e uma em Faro e os colegas desde novembro começaram a ocupar os seus novos postos nos Serviços que escolheram. Não foram preenchidas uma vaga em Braga e outra em Leiria.

De realçar a “quebra do enguiço” do Serviço da Covilhã que finalmente conseguiu ter um colega (Dr. Fernando Coelho) que preenchesse a vaga que tinha sido aberta sucessivamente em diversos concursos. Assim se espera que aconteça, em breve, para Leiria. Entre outros, também o Serviço de Castelo Branco precisa de novos elementos que se juntem à Dr.ª Ana Carla Serra.

Por outro lado, continua a registar-se como muito positivo o crescimento do Serviço de Estomatologia do CHUA (Hospital de Faro) onde, em apenas três anos, e atendendo às reais necessidades da população, se alterou o quadro de 2 para 6 estomatologistas. Muito espera a Estomatologia e a população do Algarve, da dinâmica deste Serviço!

No São José e Estefânia vive-se uma verdadeira revolução! Além dos dois recém-especialistas que entraram neste concurso, já em julho a extrema carência do Serviço e as recentes aposentações, tinham feito que o CHULC avançasse com a contratação da Dr.ª Céu Machado o que fez aumentar para seis os especialistas contratados desde 2018, rejuvenescendo em tempo recorde um Serviço com dois polos que se encontrava bastante envelhecido.

DATA de GRADUAÇÃO / ESPECIALISTAS	CENTRO HOSPITALAR FORMADOR	CENTRO HOSPITALAR de CONTRATAÇÃO ATUAL
<b>Antes de 1995...</b>		
Fernando Manuel Ferreira Coelho	H. Geral (Covões) - Coimbra	CH da Cova da Beira – Hospital Pêro da Covilhã
José Mário Pinto Saraiva Martins	HUC - Coimbra	CHUA – Faro
<b>24 de outubro de 2019</b>		
Ana Catarina Sezinando dos Reis	CHUSJ – São João	CHVNGaia/Espinho
Maria do Céu Vareta Machado	CHULC – São José	CHULC – São José
<b>19 de junho de 2020</b>		
Francisco Maria Fontes Spratley Azevedo Coutinho	CHUSJ – São João	CHULN – Santa Maria
Inês Vaz Silva	CHVNGaia/Espinho	CHUC - Coimbra
João Afonso Janine Simões Martins	CHULC – São José	CHULC – São José e Estefânia
Marcelo Pereira Prates	CHULC – São José	CHULC – São José
Daniela Filipa Gomes Torres Simões Rôlo	CHUP – Santo António	CHUP – Santo António (Assistente Eventual)
Ana Boyé de Sousa	CHUC - Coimbra	Atividade Privada
João André Freitas Correia	CHULN – Santa Maria	CHULN – Santa Maria (Assistente Eventual)
Diogo Costa Branco	Hospital de Braga	Hospital de Braga (Assistente Eventual)

Anuncia-se também para breve a formalização da contratação pelo SNS dos colegas Carina Silva (Braga), Daniela Rôlo (CHUP), Diogo Branco e João Correia (CHULN).

## ATRIBUIÇÃO DE PATROCÍNIO CIENTÍFICO AO “Bond de 2ª Geração”

A Direção do Colégio de especialidade atribuiu Patrocínio Científico ao “Bond de 2.ª Geração” organizado pela Comissão Nacional de Internos de Estomatologia 2019/2021 que se realizou a 16 de janeiro de 2021. Esta atribuição de Patrocínio Científico foi fundamentada pela relevância da reunião, pela valia científica dos temas para o público-alvo e pela validação por Comissão Científica composta por especialistas em Estomatologia, Responsáveis ou Orientadores de Formação.

Foi uma ótima jornada de afirmação da especialidade onde estiveram presentes os 14 novos internos, alguns orientadores de formação e a Comissão Científica do evento composta pelo Professor Henriques de Figueiredo (Diretor do Serviço de Estomatologia do CHUC), o Dr. Luís Fonseca (Assistente Hospitalar do CHULC – São José) e o Dr. Francisco Coutinho (Assistente Hospitalar do CHULN – Santa Maria).

Desta vez em formato virtual motivado pela pandemia COVID-19, muito boa a organização a que já nos habituou a CNIE (Comissão Nacional de Internos de Estomatologia) que, liderada pela Dr.ª Cristina Moreira do CHVNGaia/Espinho, levou a cabo uma tarde interessantíssima onde foram proferidas pelos membros da CNIE diversas comunicações de introdução à especialidade, de muito bom nível. Escolhas acertadas. Temas de muito valor formativo! De assinalar como muito positiva a presença de alguns médicos internos do 2.º ano que vieram recordar muito do que já tinham ouvido no ano anterior (e algumas novas intervenções...) mas com outros olhos...

Marcou também presença o Dr. Rui Moreira, presidente da Direção da AMEP e o presidente da Direção do Colégio da especialidade que dirigiram palavras de agradecimento à CNIE e aos seus membros que palestraram com comunicações muito didáticas, e de incentivo aos colegas que tinham acabado de entrar no internato de especialidade.

## NOVO PROGRAMA DE FORMAÇÃO ESPECIALIZADA EM ESTOMATOLOGIA

A proposta de novo plano de Programa da Formação Especializada em Estomatologia foi entregue pela Direção do Colégio de especialidade ao Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos Médicos (CNPNG) em 31 de outubro de 2018.

Entretanto, com a posse do novo Conselho Nacional da Pós-Graduação, a sua presidente Professora Doutora Dalila Veiga, pediu sucessivamente mais informações para poder justificar as alterações propostas perante o Plenário do Conselho Nacional da OM, e a DCEE já enviou mais duas missivas intituladas *“Fundamentação para justificar o aumento de 48 para 60 meses de duração da formação especializada do internato de Estomatologia”* (a 3 de setembro de 2020) e o *“Enquadramento europeu da especialidade de Estomatologia”* (a 9 de novembro de 2020) onde se informa o CNPG por exemplo que segundo as normas da União Europeia, a nossa especialidade está implícita e automaticamente reconhecida em toda a União Europeia uma vez que se trata de uma *“especialização médica comum a pelo menos dois estados membros.”*

Além disso, a Estomatologia como especialidade médica existe em pelo menos seis países da União Europeia, nomeadamente a França, a Bélgica, o Luxemburgo, a Itália, a Espanha e Portugal. Quanto à formação de estomatologistas na Europa, existe na Bélgica, com plano de estudos revisto em 2007, a especialidade de Estomatologia exclusivamente para médicos e cujo trajeto prevê, além da formação médica de base, três anos de licenciatura em ciências dentárias e dois anos de estágios clínicos em Serviços de Estomatologia hospitalares, num total de cinco anos. Esta especialização dá igualmente acesso à Competência em Cirurgia Oral e Maxilofacial mediante mais dois anos de formação. Por outro lado, existe em França, desde 2012, uma especialidade médica de *“Cirurgia Maxilofacial e Estomatologia”*.

Espera-se a sua aprovação urgente, após o que se seguirá o envio para a ACSS e ulterior publicação em DR. Fazemos a reflexão de que se trata de um percurso muito lento para uma necessidade muito urgente...

## REMARCAÇÃO DO ENIE 2020

Foi com alegria que fomos informados da intenção da remarcação do Encontro Nacional de Internos de Estomatologia (ENIE 2021), que, devido às contingências impostas pela pandemia COVID-19, será em formato digital. Previsto inicialmente o ENIE 2020 para 16 a 18 de abril de 2020 foi remarcado para 7 e 8 de maio de 2021.

Força, Comissão Nacional de Internos de Estomatologia!

## CRONOLOGICAMENTE – AO CORRER DA PANDEMIA COVID-19:

### # Contestação da “Atualização” da Norma 019/2020 da DGS

A pedido da DCEE de 8 de dezembro, o Sr. Bastonário da OM enviou à DGS a 19 de dezembro de 2020 a seguinte missiva:

“Ex.ma Senhora Diretora Geral da Saúde

Relativamente ao assunto supracitado, informo que a Direção do Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos nos alertou para a necessidade da revisão imediata da Norma 019/2020 na sua versão atualizada de 06.11.2020.

A 26/10/2020 foi emitida a “Norma 019/2020 – COVID-19 Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2” que pretendia definir uma Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2 que, sustentada na melhor evidência científica disponível, contribuía para a proteção da Saúde Pública e para mitigar o impacto da pandemia nos serviços de saúde e nas populações mais vulneráveis.

No que concerne à realização de procedimentos geradores de aerossóis (Anexo 2 da mesma Norma), considerou – e bem – a atividade em Saúde Oral como uma atividade de risco pela produção de aerossóis em tratamentos intraorais, definindo, em conformidade, a indicação da realização

de testes laboratoriais prévios de rastreio da infeção por SARS-CoV-2 aos doentes com necessidade desse tipo de abordagem procedimental.

Baseou e consolidou esta necessidade em evidências apontadas em bibliografia.

A 06/11/2020, sem significativa alteração da evolução epidemiológica da COVID-19, a nova redação adotada da Norma 019/2020 revogou o teor daquela e outras indicações, **incluindo a da produção de aerossóis nas áreas da Saúde Oral e na de Gastroenterologia – endoscopia digestiva alta e ainda em outros procedimentos realizados sob sedação em geral, sem qualquer justificação para tais alterações.**

Pela gravidade de tais alterações, justifica-se no nosso entender uma imediata resposta no sentido de esclarecimento e da devida correção. Saliente-se que, mais uma vez a Ordem dos Médicos e o seu Colégio da Especialidade de Estomatologia ficaram à margem, privados do exercício das respetivas funções na colaboração nas questões de interesse público relacionadas com a pandemia e o exercício da profissão médica, no contributo para a defesa da saúde dos cidadãos quando se trata da formulação de normas de orientação clínica na área da estomatologia.

Face ao exposto, aguardo com urgência o que V. Exa. tiver por bem.

Aproveito para apresentar os meus melhores cumprimentos, com muita estima e respeito

O Bastonário da Ordem dos Médicos

Dr. Miguel Guimarães”

De facto, e mais uma vez, a DGS não ouviu a Ordem dos Médicos no que à Saúde Oral diz respeito e, através da Norma que emitiu, afirma ter consultado, nomeadamente o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) onde o presidente do Colégio de especialidade de Estomatologia é o representante da Ordem dos Médicos, o que não se verificou.

Como se isso não bastasse, a DGS emitiu uma Norma que a 26/10/2020 incluía, como é devido, muitos dos procedimentos de Saúde Oral nos procedimentos considerados de risco, o que desapareceu sem qualquer justificação na “atualização” da Norma emitida a 6/11/2020.

Procurámos esclarecimento, para nosso melhor entendimento, na bibliografia que acompanha ambas as versões e que pudesse de alguma forma explicar o que nos tivesse escapado. Infelizmente, a evidência científica, que serviu de base para sustentar a emissão da 1ª versão da **Norma 019/2020** é exatamente a mesma que permitiu que fosse revogada e substituída pela 2.ª versão!

Como devem compreender, ficamos atónitos e em nosso entender, na melhor das hipóteses, poderia tratar-se de um infeliz lapso!

Não encontramos outra explicação, uma vez que se trata de uma decisão antagónica, baseada em princípios que se mantém e que a literatura que a acompanha também não revogou, uma vez que é exatamente a mesma. Ou seja, a evidência e consenso encontrados na literatura científica que apoiou a elaboração da **Norma 019/2020 de 26/10**, mantém clara, a existência de especial risco associado à produção de aerossóis em determinados procedimentos em Saúde Oral, desde o simples exame objetivo da orofaringe, ao uso nomeadamente de instrumentos de alta rotação produtores de aerossóis e à cirurgia oral e maxilofacial. Não havendo, nada que indique e justifique o contrário.

É caso para ironizar que **os aerossóis intraorais foram esterilizados por uma norma da DGS!**

Mais ainda, ficamos com a dúvida legítima se terão os elementos do Grupo de elaboração da Norma, sido realmente consultados, pelo menos nesta nova versão, da mesma forma que se afirma ter sido consultado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, uma vez que se trata de omissões graves e não isentas de implicações e responsabilidades legais em Saúde Pública, a que os médicos e a Ordem dos Médicos não podem ser ligados de maneira nenhuma.

Aguarda-se a resposta da DGS...

## # Discriminação Negativa dos Estomatologistas em relação aos Dentistas e Odontologistas: Apoiar Quem?

Em 17 de dezembro de 2020 a DCEE, interpelada por diversos colegas, pediu a intervenção urgente do Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos no que se refere ao acesso dificultado e discriminatório aos apoios governamentais apoiar.pt



Correspondendo ao nosso pedido, a 19 de janeiro de 2021, foram remetidos ofícios para o Senhor Primeiro Ministro, Senhor Ministro de Estado, da Economia e da Transição Digital, Senhor Ministro do Planeamento e Senhor Secretário de Estado Adjunto e dos Assuntos Fiscais, conforme o seguinte exemplo:

“Sua Excelência Dr. António Costa

Mui Ilustre Senhor Primeiro Ministro

Sua Excelência,

No pretérito dia 24 de novembro, foi publicada a Portaria 271-N 2020, entretanto alterada pela Portaria 5- B/2021, de 15 de janeiro, que, na sequência das Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 101/2020, de 20 de novembro e 114/2020 de 30 de dezembro, veio regulamentar o Programa APOIAR, que visa mitigar os impactos negativos sobre a atividade económica decorrentes das medidas de proteção da saúde pública associadas à pandemia COVID-19, promovendo o apoio à liquidez, à eficiência operacional, à manutenção de emprego e à saúde financeira de curto prazo das empresas, e que estrutura nas medidas 'APOIAR.PT', 'APOIAR RESTAURAÇÃO', 'APOIAR + SIMPLES' e 'APOIAR RENDAS'.

De acordo com o Regulamento são beneficiários do programa APOIAR "são beneficiários no Programa 'APOIAR.PT' a) As PME de qualquer natureza e sob qualquer forma jurídica, nos termos da definição constante na alínea c) do artigo 2.º b) As empresas de qualquer natureza e sob qualquer forma jurídica que não sendo PME pelo facto de empregarem 50 pessoas ou mais, nos termos da definição constante na alínea c) do artigo 2.º, cumprem o critério de ter um volume de negócios anual, calculado de acordo com essa definição, não superior a 50 milhões de euros." (artigo 6.º do Regulamento).

Nos termos da al. c) do n.º 1 artigo 7.º do Regulamento, constitui, entre outros, critério de elegibilidade dos beneficiários e condições de acesso ao APOIAR.PT, "Desenvolver atividade económica principal, nos termos da definição constante na alínea a) do artigo 2.º, inserida na lista de CAE prevista no Anexo A, e encontrar-se em atividade".

Compulsada a Lista de Códigos de Atividade Elegíveis no APOIAR.PT, que consta do Anexo A à Portaria 271-A/2020 e que não foi alterado, no que à nossa análise concerne, pela Portaria 5-B/2021, verifica-se que na mesma consta o CAE 86230: Atividades de medicina dentária e odontologia, tendo sido omitido o CAE 86220 que é referente à atividade de Estomatologia, isto é, a Especialidade Médica de Estomatologia que, à semelhança da atividade dentária e de odontologia também foi obrigada a suspender a sua atividade em março de 2016, pelo que viu a sua atividade económica seriamente afetada.

A Estomatologia (palavra derivada do grego "estoma" que significa "boca"), é, como Sua Excelência bem sabe, a Especialidade Médica que se dedica ao estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas com todo o aparelho estomatognático e, antecede em décadas, o surgimento da Medicina Dentária, tendo sido abrangida, à semelhança desta e da Odontologia pelo Despacho 3301-A/2020, de 15 de março, que determinou, repita-se, a suspensão de toda e qualquer atividade de medicina dentária, de estomatologia e de odontologia, com exceção das situações comprovadamente urgentes e inadiáveis.

Assim, é de elementar Justiça que, por razões de igualdade de tratamento, também as micro e pequenas empresas de qualquer natureza e sob qualquer forma jurídica que possuam o CAE 86220 possam concorrer ao Programa APOIAR e que a estas Empresas seja concedido um prazo adicional para formalizarem as suas candidaturas a partir do momento em que vejam reconhecido o direito de concorrer a tais apoios.

Estamos certos de que a presente missiva merecerá da parte de Sua Excelência o melhor acolhimento.

Subscrevo-me com elevada estima e consideração.



## REUNIÃO DA DCEE COM O SR. BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS DR. MIGUEL GUIMARÃES

A DCEE solicitou e reuniu com o Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Miguel Guimarães em 8 de julho de 2020, que mais uma vez esteve connosco a inteirar-se das especificidades e necessidades da Estomatologia.

A agenda foi extensa e dela constaram os seguintes assuntos:

1. Página da DCEE no sítio da OM: ponto de situação;
2. Inadequação da Orientação 022/2020 da DGS de 1 de maio de 2020. Perigo para a Saúde Pública. Tomada de posição pública;
3. Novo Programa para o Internato de especialidade;
4. Médicos e “Médicos”. Confusões de nomenclatura;
5. Tomada de posição da OM sobre a função da Estomatologia e Medicina Dentária em Portugal (14/10/2019);
6. A Estomatologia: a voz diferenciada dos médicos na Saúde Oral;
7. A representação da medicina oromaxilofacial portuguesa na UEMS.

O Sr. Bastonário, como sempre muito solícito em relação à problemática da especialidade, esteve mais de duas horas em sereno diálogo com a DCEE, os resultados foram profícuos e deles se começa a falar neste mesmo artigo...

## PÁGINA DA ESTOMATOLOGIA NO SÍTIO DA OM: Ponto de situação

Desde 26 de agosto, que já estão na página da OM os protocolos recentemente aprovados pela DCEE e referentes à “**gestão de hipocoagulados**” e à “**avulsão de dentes decíduos e definitivos**”. Entretanto foi também publicado o parecer da **Via Verde de Trauma** de 10/09/2018 e o **Relatório de Atividades** divulgado na **Assembleia Geral de 13 de abril de 2019**.

Consultar em:

<https://ordemdosmedicos.pt/colegio-da-especialidade-de-estomatologia/>

## NOMEAÇÃO DO PROFESSOR ANTÓNIO MANO AZUL COMO REPRESENTANTE NO CONSELHO EUROPEU DE CHIEF DENTAL OFFICERS (CEDCO)

A 5 de outubro de 2020 enviou-se ao professor António Mano Azul a seguinte missiva:

“Ex.mo Sr. Professor Dr. António Mano Azul

Mediante proposta da Sr.ª Diretora Geral da Saúde, Dr.ª Graça Freitas, através do Despacho 8401/2020 de 1 de setembro de 2020, o Secretário de Estado da Saúde, Sr. Dr. António Lacerda Sales, designou o Sr. Professor Dr. António Mano Azul como representante nacional no Conselho Europeu de *Chief Dental Officers* (CEDCO).

Trata-se de um justo reconhecimento por uma carreira notável dedicada à clínica, ao ensino e à Medicina Oral, com o especial significado para a especialidade de Estomatologia de, a DGS e o Governo, terem escolhido com justiça um distinto e ilustre estomatologista para representar Portugal no seio do CEDCO.

É pois com regozijo e reconhecimento que, por ocasião desta nomeação, a Direção do Colégio de especialidade de Estomatologia, de forma unânime, na sua reunião de 9 de setembro de 2020, deliberou enviar ao nomeado esta menção de regozijo e reconhecimento pela sua carreira e

pela dignificação que consequentemente tem trazido à nossa especialidade.

Com os melhores cumprimentos

J. Serafim Freitas

(presidente da Direção do Colégio da especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos)'

## RESOLUÇÃO DA SITUAÇÃO DOS INTERNOS DE BRAGA RELATIVAMENTE AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Dr.ª Lídia Gomes (na altura interna do 2.º ano) teve finalmente a 9 de outubro de 2020 a sua primeira urgência no CHUSJ.

Inaugurou assim o que parece ser agora irreversível para o futuro, ou seja, que todos os internos de Braga possam frequentar um Serviço de Urgência da especialidade 12 horas por semana.

Isto só será necessário enquanto o Hospital de Braga não tiver, como está contratualizado e previsto na Rede de Referência Hospitalar de Estomatologia, um Serviço de Urgência de Estomatologia.

O processo, com a nova administração do Hospital de Braga, andou célere, e pedido a 16 de setembro pelo Dr. Luís Basto (Diretor do Internato Médico do Hospital de Braga), foi recebido a 18 e logo foi autorizado pelo São João (Dr. André Moreira, DIM do CHUSJ) e comunicado à Sr.ª Diretora do Serviço de Estomatologia, Dr.ª Helena Gouveia, a 28/09.

## REVISÃO FINAL DO CÓDIGO DE NOMENCLATURA

No dia 13 de janeiro de 2021, na prática o último dia de mandato da DCEE 2018/2020, a DCEE entregou ao Dr. Leopoldo Matos e à restante equipa responsável pela revisão do Código de Nomenclatura e Valor Relativo dos Atos Médicos, o trabalho de revisão do CNVRAM, no que à Estomatologia diz respeito.

Foi um trabalho intenso e metucioso coordenado pelo Sr. Dr. Jorge Pinheiro que chefiou uma equipa constituída por mais nove colegas cujos nomes é justíssimo aqui realçar: Adélia Ramazanova, Afonso Simões Martins, José António Coutinho, José Coutinho, Gonçalo Coutinho, Mariana Moreira, Marcelo Prates, Maria do Céu Machado e Patrícia Caixeirinho.

Cumprindo as diretrizes recebidas, foram produzidos dois documentos, nomeadamente:

**"Área Anatómica 33 - Estruturas Dentoalveolares"** (289 códigos de procedimentos)

Nesta secção foram incluídos fundamentalmente os seguintes itens:

Profilaxia; Dentisteria Operatória; Endodôncia; Periodontologia; Cirurgia Oral e outra Cirurgia Estomatológica; Exames complementares; Implantologia.

**"Tabela de Serviços Especiais de Estomatologia"** (445 códigos de procedimentos)

Nesta secção foram incluídos fundamentalmente os seguintes itens:

Oclusão, Disfunção temporomandibular e dor orofacial; Ortodôncia; Prótese fixa e removível;

Medicina do sono; Laser em Estomatologia; Medicina estética em Estomatologia.

Espera-se que brevemente, e depois de aprovação pela OM, possa ser divulgado a todos os colegas, o produto deste intenso labor.

# PROTOCOLO DE ATUAÇÃO NA ABORDAGEM DE DENTES NATAIS E NEONATAIS

*Protocol in the approach of natal and neonatal teeth*

Ferraz P <sup>1,5</sup>, Ruas F <sup>2</sup>, Delgado O <sup>3,5</sup>, Amorim JP <sup>3,5</sup>, Figueiredo JP <sup>4,5</sup>

<sup>1</sup> Interno de Formação Especializada em Estomatologia

<sup>2</sup> Interno de Formação Especializada em Pediatria

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduado(a) de Estomatologia

<sup>4</sup> Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Estomatologia | Diretor do Serviço de Estomatologia

<sup>5</sup> Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Contacto do autor: pedro.ferraz1992@gmail.com

## RESUMO

Os dentes natais e neonatais são anomalias de desenvolvimento incomuns. No entanto, fazem frequentemente parte das anomalias da dentição decídua. Estes dentes são conhecidos como dentes natais, se presentes ao nascimento, e dentes neonatais, se erupcionam durante os primeiros 30 dias de vida. A prevalência foi observada entre 1 em 1000 a 3.500 nascidos vivos. As complicações incluem dificuldade e desconforto durante a sucção, ulceração sublingual, laceração dos seios na amamentação e aspiração dos dentes. Todas estas condições devem ser tidas em conta no momento da decisão clínica.

Este artigo tem o objetivo, não apenas de transmitir informação sobre a etiologia e características clínicas, mas também de servir de guia de consulta para o diagnóstico, tratamento e abordagem do dente natal e neonatal. A Estomatologia pediátrica deve estar envolvida na sua abordagem, assim como no aconselhamento aos pais e vigilância do recém-nascido.

## Abstract

*Natal and neonatal teeth are unusual developmental anomalies. However, they are often part of the anomalies of the primary dentition. These teeth are known as natal teeth, if present at birth, and neonatal teeth, if they erupt during the first 30 days of life. It was observed between 1 in 1000 to 3,500 live births. Complications include difficulty and discomfort during breastfeeding, sublingual ulceration, laceration of the breast and tooth aspiration. All of these conditions must be taken into account when making the clinical decision.*

*This article aims not only to transmit information about the etiology and characteristics, but also as a consultation guide for the diagnosis, treatment and approach of the natal and neonatal teeth. Pediatric Stomatology must be involved in its approach, as well as in parents counseling and surveillance of the newborn.*

**Palavras-chave:** Dente neonatal; dente natal; dente decíduo; dentição primária; recém-nascido.

**Keywords:** neonatal tooth; natal tooth; deciduous tooth; primary dentition; newborn.

## INTRODUÇÃO

A erupção dentária é um processo fisiológico que se inicia, em média, aos seis meses de vida, com o aparecimento dos incisivos centrais inferiores decíduos.<sup>[1]</sup>

Porém, existem casos descritos na literatura de recém-nascidos (RN) que apresentam, ao nascimento ou durante o primeiro mês de vida, elementos dentários parcial ou completamente erupcionados, denominados dentes natais e neonatais, respetivamente. A sua etiologia permanece desconhecida, podendo estar associados a várias síndromes. A decisão terapêutica subordina-se a uma abordagem multifatorial, designadamente à dentição à qual o dente pertence, suas características e complicações.<sup>[2]</sup>

A prevalência dos dentes natais e neonatais varia entre 1:1000 a 1:3500 dos RN. A incidência dos dentes natais revela-se superior à dos neonatais surgindo, habitualmente, na região anterior da mandíbula, na posição dos incisivos centrais inferiores (85%), seguido dos incisivos superiores (11 %). Não parece existir predominância de género.<sup>[1]</sup>

A maioria dos dentes natais e neonatais representa a erupção precoce da dentição decídua normal, sendo que apenas menos de 10% são supranumerários.

Apesar da sua etiologia não ser conhecida, este distúrbio da erupção dentária tem sido relacionado com a posição superficial do gérmen dentário, infeções (sífilis congénita),

distúrbios endócrinos (hiperplasia congênita da supra renal) e hereditariedade. Pode também estar associado a síndromes como displasia ectodérmica, síndrome de Pierre Robin, síndrome de Ellis-Van Creveld, síndrome de Turner, síndrome de Noonan, síndrome de Soto e disostose craniofacial.<sup>[3]</sup>

Clinicamente, este tipo de dentes podem apresentar-se com tamanho e forma normais. Porém, na maioria dos casos, são pequenos, cónicos, de coloração amarelada, com hipoplasia de esmalte e desenvolvimento radicular deficiente ou ausente. Devido a esta anomalia radicular causar elevada mobilidade dentária, podem ser causa de dor e desconforto durante a amamentação, bem como ser alvo de deglutição ou aspiração.<sup>[4]</sup>

## DIAGNÓSTICO

O estudo radiológico é utilizado para averiguar a dentição à qual o dente pertence e avaliar o seu grau de desenvolvimento radicular. Esta avaliação é importante na manutenção de dentes natais e neonatais da dentição normal, já que a perda prematura de um dente primário pode causar perda de espaço e colapso do arco mandibular em desenvolvimento com consequente maloclusão na dentição permanente e possíveis complicações que lhe são adjacentes – estéticas, fonéticas e mastigatórias. A decisão de extrair dentes supranumerários deverá sempre ter em conta as complicações locais e / ou sistémicas, assim como a opinião dos pais.<sup>[5]</sup>

Os quistos epidérmicos gengivais fazem diagnóstico diferencial com os dentes neonatais, sendo a radiografia periapical de relevante importância para confirmação do diagnóstico. Outras hipóteses possíveis serão os nódulos de Bohn, epúlides, ou linfangioma e hamartoma da arcada gengival.

## COMPLICAÇÕES

Quanto às complicações, atendendo aos seus bordos cortantes e pontiagudos, a ulceração traumática na porção ventral da língua, conhecida como doença de Riga-Fede, é a complicação associada mais comum.

## TRATAMENTO

A decisão relativa ao plano de tratamento (conservador/cirúrgico) deve ser tomada por **Pediatra e profissional especializado (Estomatologia Pediátrica)**

- Fatores que determinam o tipo de orientação:
  - Grau de implantação e mobilidade dentária;
  - Interferência com a amamentação;
  - Existência ou possibilidade de lesão traumática;
  - Tipo de dentição (decídua normal ou dente supranumerário).

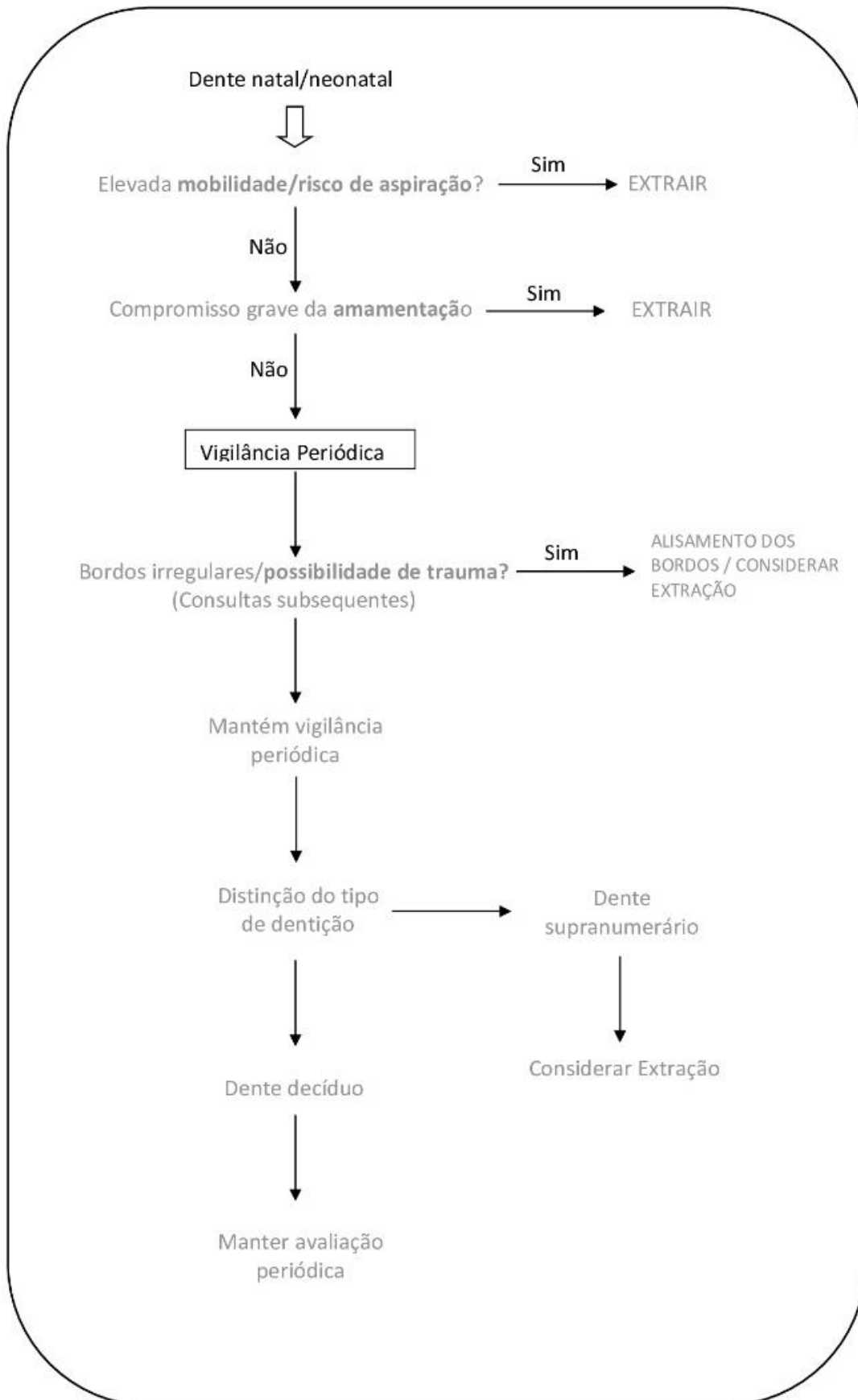
- **Opcões terapêuticas:**
  - **Preservação do dente:** dentição decídua normal, assintomáticos e sem mobilidade;
  - **Alisamento dos bordos do dente ou revestimento da face incisiva com resina:** decíduos sintomáticos (inclui síndrome de Riga-Fede), sem mobilidade.
  - **Extração dentária** (Tabela 1).

### TABELA 1 – Indicações para extração dentária

- 1)- Elevado grau de mobilidade / risco de aspiração
- 2)- Compromisso importante de amamentação
- 3)- Dente supranumerário

- **Procedimento** de extração dentária:
  - Digital com auxílio de uma compressa;
  - Se necessário, utilização de boticão pediátrico;
  - Verificação da hemóstase;
  - Evitar extração <10 dias de vida (período mínimo de maturação intestinal para que a flora produza vitamina K):
    - Risco hemorrágico (mínimo após 20 dias);
    - Garantir que fez vitamina K ao nascer;
    - Se necessário administrar vit. K 0,5-1 mg IM
  - Garantir o **seguimento periódico por estomatologista / odontopediatra**, nomeadamente se extração sem caracterização do tipo de dentição.

## ALGORITMO DE ATUAÇÃO



## CONCLUSÃO

O estabelecimento de um plano de tratamento (conservador/cirúrgico) é um desafio, devendo a decisão ser tomada por um Pediatra e um profissional especializado (Estomatologia Pediátrica), tendo em consideração alguns fatores, tais como o grau de implantação e a mobilidade dentária, interferência com a amamentação, existência de lesão traumática e a dentição à qual o dente pertence (dentição decídua normal ou dente supranumerário).

## REFERÊNCIAS

- [1] Martins AA and Vaz R. Um Caso Raro de Dentes Neonatais. 2015; 28(6):773–5.
- [2] Care N. Natal Teeth - A Case Report with Decision Support System. 2015; 2(3):2–5.
- [3] Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, and Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. 2013; 1–3.
- [4] Basavanthappa NN, Kagathur U, Basavanthappa RN, and Suryaprakash ST. Natal and Neonatal Teeth : A Retrospective Study of 15 Cases. :168–72.
- [5] Frederico R, Dds C, Aparecida F, Boer C, and Dias D. Natal and neonatal teeth : review of the literature. 2001; 158–62.



# COLAGEM DE FRAGMENTO DENTÁRIO APÓS TRAUMATISMO

## PROTOCOLO DO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

TOOTH FRAGMENT REATTACHMENT AFTER DENTAL TRAUMA  
STOMATOLOGY DEPARTMENT OF THE COIMBRA UNIVERSITY HOSPITAL CENTRE

Marques AM<sup>1,4</sup>, Morais MJ<sup>1,4</sup>, Vascan O<sup>1,4</sup>, Borges MI<sup>1,4</sup>, Costa MF<sup>2,4</sup>, Figueiredo JP<sup>2,3,4,5</sup>

<sup>1</sup> Interna de Formação Especializada em Estomatologia

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduado(a) de Estomatologia

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Estomatologia | Diretor de Serviço de Estomatologia

<sup>4</sup> Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>5</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Contacto do autor: [anamelissamarques@gmail.com](mailto:anamelissamarques@gmail.com)

## RESUMO

Os traumatismos dentários são relativamente comuns e afetam principalmente crianças e adolescentes em idade escolar. As fraturas dentárias levam a prejuízos funcionais, estéticos e psicológicos. Na criança, podem determinar alterações comportamentais, instabilidade emocional e insucesso escolar. Com frequência, os traumatismos dentários ocorrem nos incisivos superiores, em virtude da sua posição mais exposta na arcada dentária. Em casos de fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar com conservação do fragmento, pode optar-se pela técnica de colagem de fragmento dentário, que consiste na reposição do fragmento coronário fraturado ao dente, unidos por um sistema adesivo. Com a execução da técnica de colagem descrita neste trabalho, é possível devolver a forma original do dente, a sua função oclusal e mastigatória, de uma forma conservadora, sem desgaste da estrutura dentária e com satisfação do doente.

## Abstract

*Dental injuries are relatively common and mainly affect school-age children and adolescents. Dental fractures lead to functional, aesthetic and psychological damage. In children, it can determine behavioral changes, emotional instability and academic failure. Dental trauma often occurs in the upper incisors due to its position in the dental arch. In cases of enamel and dentin fracture without pulp involvement with fragment preservation, the dental fragment bonding technique can be chosen, which consists of replacing the fractured coronary fragment to the tooth, joined by an adhesive system. With the execution of the bonding technique described in this work, it is possible to return the original shape of the tooth, its occlusal and masticatory function, in a conservative way, without wearing out the dental structure and with patient satisfaction.*

**Palavras-chave:** traumatismo dentário, fratura coronária, fragmento dentário, sistema adesivo, colagem.

**Keywords:** dental trauma, coronary fracture, dental fragment, adhesive system, bonding.

## INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário, problema relevante de saúde pública, ocorre com elevada frequência, na sequência de acidentes desportivos, ofensas à integridade física, acidentes domésticos e acidentes de viação.<sup>[1]</sup> Deste, podem resultar perda de estrutura dentária, com ou sem envolvimento pulpar e/ou periodontal, alteração da fisiologia oclusal, compromisso estético e funcional, e consequências psicológicas.<sup>[1,2]</sup>

A grande maioria dos traumatismos dentários ocorre na população infantil e adolescente, principalmente no sexo masculino (com uma relação de cerca de 2:1) e, por vezes, com episódios repetidos de traumatismo no mesmo doente ou no mesmo dente.<sup>[1]</sup> A avaliação na população infantil pode ser morosa e difícil, pela menor colaboração.<sup>[1,2]</sup>

No âmbito da avaliação clínica de politraumatizados com fratura dentária, é importante realizar os exames clínicos cervicofacial e intraoral completos, aliados ao estudo radiográfico.<sup>[1]</sup> Relativamente ao estudo da fratura dentária, o objetivo é esclarecer a extensão da fratura, a possibilidade de comprometimento periodontal e/ou pulpar e o grau de mobilidade.<sup>[3,4,5]</sup>

Em casos de fratura coronária sem envolvimento pulpar com preservação de fragmento dentário, pode optar-se pela técnica de colagem de fragmento, que consiste na reposição do fragmento coronário fraturado ao remanescente dentário, unidos por um sistema adesivo.<sup>[3]</sup> Para tal, são necessárias as seguintes condições: conservação de fragmento único, íntegro, de dimensões consideráveis, com boa adaptação e reposicionamento acessível, e ausência de atingimento pulpar.<sup>[1,2,4]</sup>

Por outro lado, a restauração adesiva com estratificação natural com resinas compostas tem as seguintes indicações: fragmento indisponível, reposicionamento do fragmento difícil ou impossível, fragmentos múltiplos, fragmento de pequenas dimensões e elevado grau de desidratação.<sup>[1]</sup>

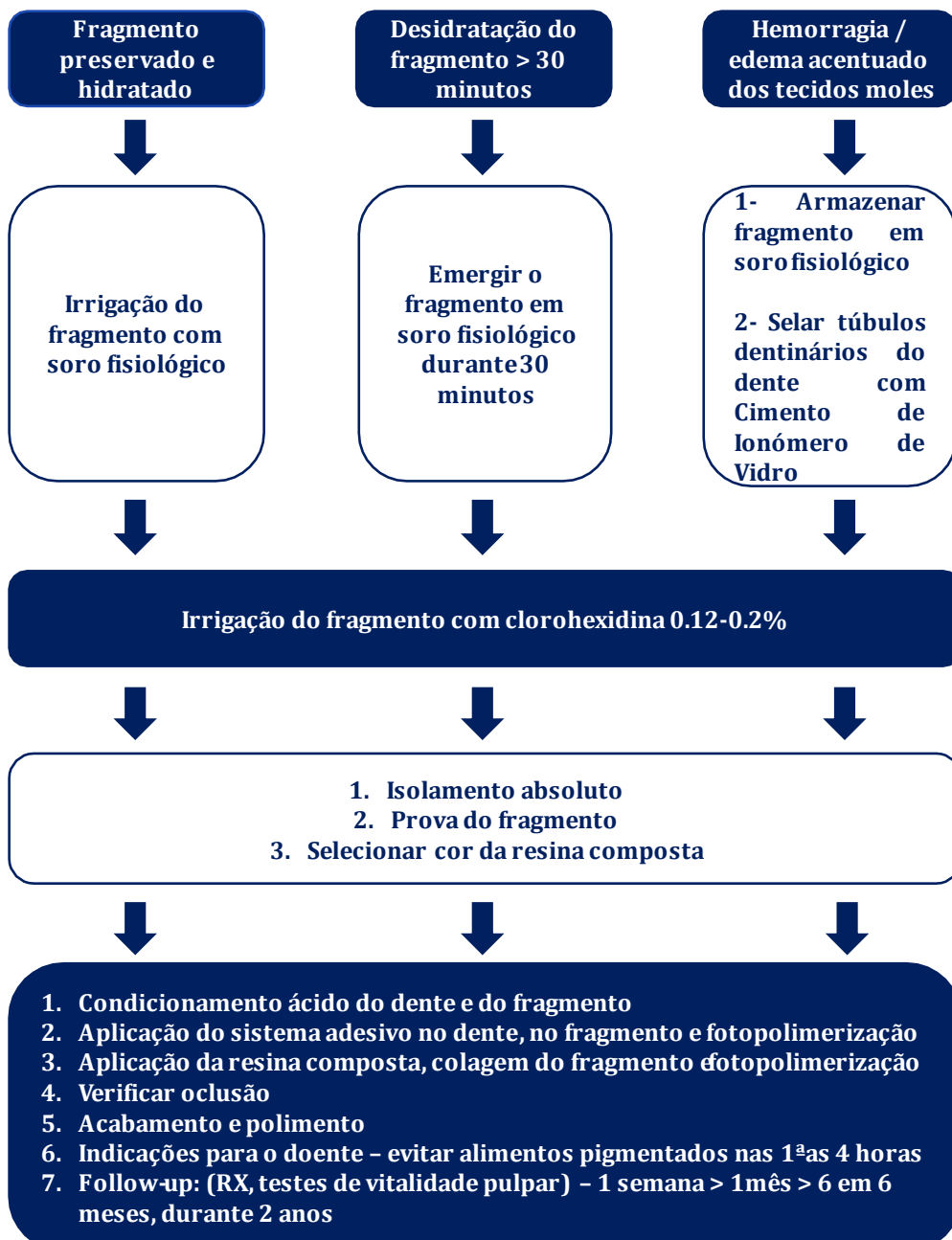
A técnica de colagem de fragmento dentário é uma opção segura, simples, conservadora e de execução rápida, que confere melhor estética (cor, brilho, translucidez, textura da superfície, alinhamento oclusal e contorno original) e função (dureza e resistência ao desgaste igual aos dentes adjacentes) de forma imediata e com bons resultados a longo prazo, quando comparada com restauração adesiva.<sup>[2,3]</sup>

Como desvantagens da técnica, é de realçar a possibilidade de deslocamento do fragmento, colagem em posição inadequada e alteração cromática do fragmento.<sup>[1,2,3]</sup>

Quando exequível, a colagem de fragmento deve ser a primeira opção terapêutica.<sup>[2]</sup>

## ALGORITMO DE ATUAÇÃO

### Colagem de fragmento dentário após traumatismo



## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Fraturas dentárias por traumatismo ocorrem principalmente em incisivos superiores permanentes.<sup>[1,2]</sup> Tal facto é evidente pela posição anatómica anterior, pela protrusão decorrente do seu processo eruptivo e, por proteção labial insuficiente.<sup>[2]</sup>

A fratura coronária divide-se em três tipos, tendo em conta os substratos dentários afetados: esmalte, esmalte-dentina e esmalte-dentina-polpa.<sup>[5,6]</sup>

Quando ocorre fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar, pode optar-se pela técnica de colagem de fragmento ou pela restauração adesiva com estratificação natural de resinas compostas.<sup>[1-5]</sup> A técnica de colagem de fragmento, pela sua capacidade de oferecer as características originais do dente, promove uma resposta emocional positiva e grande aceitação pelos doentes.<sup>[1-3]</sup>

Quando o traumatismo envolve feridas incisivas ou fraturas ósseas, a condicionar edema e hemorragia dos tecidos moles, deve optar-se pelo adiamento da técnica da colagem de fragmento, e, assim, advoga-se o selamento dos túbulos dentinários do dente com cimento ionómero de vidro e o armazenamento do fragmento em soro fisiológico.<sup>[1,3,5,6]</sup> Assim que possível, retomar a técnica com os passos normais.

Um dos fatores mais valorizados no protocolo proposto pelos autores é a hidratação do fragmento dentário. A hidratação é fundamental para a preservação das características estéticas e da resiliência da colagem e depende principalmente da resposta do substrato dentário com alta percentagem de água – dentina.<sup>[1,2]</sup> Com a desidratação dentinária, pode surgir alteração cromática do dente, e ainda, modificações na ligação adesiva entre o remanescente e o fragmento dentário.<sup>[2]</sup> Assim, o que se propõe é reidratar o fragmento dentário por 30 minutos, e posteriormente seguir os passos da técnica da colagem de fragmento.

Em conclusão: a colagem de fragmento dentário demonstrou ser uma técnica eficaz, não só a nível funcional a longo prazo, mas também, e essencialmente, na satisfação dos doentes.<sup>[1,2,3]</sup>

## AGRADECIMENTOS

Os nossos agradecimentos aos profissionais do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que nos auxiliaram na realização do protocolo.

## REFERÊNCIAS

[1] Rebelo, C. S. A. Colagem de fragmentos de dentes anteriores em pacientes odontopediátricos: revisão da literatura. Disponível em:

[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6467/1/PPG\\_29618.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6467/1/PPG_29618.pdf).

[2] Silva, G. R.; Sousa, C. R.; Martins, L. R. M.; Barreto, B. C. F.; Oliveira, M. A. V. C. *et al.* Colagem de fragmento dentário: revisão sistemática da literatura associada a relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central 21(58): 564-569, 2012.

[3] Latha, S.; Joshi, S.; Chhasatia, N.; Rani, P.; Mathur, E. Reattachment of Fractured Anterior Teeth-Determining Fracture Strength using Different Techniques: An in vitro Study. J Contemp Dent Pract. 13(1):61-5, 2012.

[4] Lima, M. B.; Conceição, E. N.; Conceição, A. B.; Melara, R.; Coelho-de-Sousa, F. H. Colagem de Fragmento Dental Autógeno com Resina Composta – Relato de Caso Clínico. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. 59(1):1-5, 2018.

[5] Dental Trauma Guide. Disponível em <https://dentaltraumaguide.org/free-dental-guides/permanent-teeth/enamel-fracture/>.

[6] International Association of Dental Traumatology – Dental Trauma Guidelines Revised 2012. Disponível em <https://www.iadt-dentaltrauma.org/1-9%20%20iadt%20guidelines%20combined%20-%201r%20-%2011-5-2013.pdf>

# FÍSTULA FACIAL SUPURATIVA

## A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

### SUPPURATIVE FACIAL FISTULA A CLINICAL CASE REPORT

Coutinho J <sup>1,5</sup>, Coutinho G <sup>1,5</sup>, Caldas C <sup>2,5</sup>, Simão R <sup>3,5</sup>, Salvado F <sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup> Interno de Formação Especializada de Estomatologia

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduada de Estomatologia

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Estomatologia

<sup>4</sup> Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Estomatologia | Diretor de Serviço de Estomatologia do CHULN

<sup>5</sup> Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>6</sup> Clínica Universitária de Estomatologia | Faculdade de Medicina de Lisboa

Contacto do autor: josecunhacoutinho@gmail.com

## RESUMO

Apresentamos o caso clínico de uma doente que recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte (CHULN), com história de aparecimento de lesão cutânea supurativa da face com 3 meses de evolução após episódio de odontalgia não submetida a tratamento dentário e refratária a múltiplos cursos antibióticos, encontrando-se em regime de ambulatório a realizar pensos diários, sem resolução do quadro clínico. Foi feito o diagnóstico de abscesso periapical crónico de 4.7 com fístula cutânea supurativa à face. A doente foi submetida a tratamento cirúrgico da lesão e extração do dente infetado sob anestesia geral. A doente mantém acompanhamento em Consulta de Estomatologia, sem sinais de recidiva.

### Abstract

*We report the case of a patient presenting to the CHULN Emergency Department with a suppurative cutaneous lesion of the face with 3 months of evolution. The patient reported a history of an acute episode of toothache not submitted to dental treatment and refractory to multiple antibiotic courses, being treated in an outpatient regimen performing daily dressings, without resolution of the symptoms. The diagnosis was of a chronic periapical abscess of the tooth 4.7 with a suppurative cutaneous fistula to the face. The patient was submitted to surgical treatment of the lesion and extraction of the infected tooth under general anesthesia. The patient maintains follow up in an Stomatology Consultation, with no signs of recurrence.*

**Palavras-chave:** fistula cutânea facial, fistula extraoral, infeção odontogénica crónica.

**Keywords:** facial cutaneous fistula, extra-oral fistula, chronic odontogenic infection

## INTRODUÇÃO

Uma fístula representa uma conexão patológica entre diferentes superfícies epiteliais, ou entre dois compartimentos internos do corpo (fístula interna), ou entre um compartimento interno e a pele (fístula externa). Inicialmente surge como uma simples comunicação, revestida por tecido de granulação e, mais tarde, torna-se num trajeto epitelizado. [1]

As fístulas da região oral e maxilofacial podem ser de vários tipos e são designadas de acordo com a sua localização como fistulas dentoalveolares, oroantrais, oronasais e orocutâneas. [2] As fistulas orocutâneas são pouco frequentes, sendo a sua causa mais comum infeções odontogénicas crónicas. Outras etiologias de fistulas orocutâneas são complicações cirúrgicas, trauma da face, infeções não-odontogénicas e doença maligna. [1]

O local de manifestação de uma fístula oral devida a infeção odontogénica crónica geralmente não é próximo ao dente infetado, surgindo após os patógenos formarem um trajeto através do osso esponjoso, seguindo o caminho de menor resistência para perfurar a cortical óssea e apresentar-se intra ou extraoralmente. [3] O diagnóstico de fistulas orocutâneas pode ser difícil devido à complexa anatomia oral e maxilofacial, sendo estas frequentemente mal diagnosticadas por médicos e dentistas como lesões cutâneas ou infeções não-odontogénicas. [2] Além disso, a anamnese e o exame clínico detalhados, bem como os meios complementares de diagnóstico são fundamentais para o correto diagnóstico de fístulas. O principal objetivo terapêutico é a eliminação da fonte da infeção e os tratamentos de eleição são o tratamento endodôntico ou a extração cirúrgica. [4]

## CASO CLÍNICO

Doente de 18 anos de idade, do sexo feminino, previamente saudável, sem medicação habitual, que refere aparecimento de abaulamento 4º quadrante há cerca de 8 meses, tendo sido submetida a tratamento cirúrgico da lesão no Hospital Beatriz Ângelo. Desde há 3 meses refere aparecimento de fistula extra-oral com drenagem purulenta. Refere



manter acompanhamento por medicina dentária em hospital da CUF, onde também está a realizar tratamento ortodôntico, tendo sido submetida a múltiplos cursos antibióticos e encontrando-se em regime de pensos diários sem resolução do quadro clínico. Por esse motivo recorreu ao Serviço de Urgência do CHULN.

Ao exame clínico observava-se na região pré-massetérica direita da face, uma lesão exofítica pediculada, com cerca de 1 cm de diâmetro, eritematosa, sangrante ao toque e com exsudado purulento (figura 1). À observação intraoral evidenciava-se abaulamento do vestíbulo do 4º quadrante palpando-se cordão fibroso com extensão do processo alveolar adjacente a 4.7 até à face. O teste de vitalidade pulpar de 4.7 foi negativo e não havia dor à percussão, salientava-se apenas dente extensamente restaurado em resina composta. Realizou ortopantomografia que revelava lesão apical radiotransparente de 4.7 e ainda persistência de 5.3 na arcada e 1.3 incluso (figura 2). Foi feito o diagnóstico de abscesso periapical crônico de 4.7 com fistulização cutânea à face. Medicou-se com amoxicilina/ácido clavulânico 875/125mg 8/8h durante 8 dias e analgesia com paracetamol 1g em SOS. Foi proposto tratamento cirúrgico, com fistulectomia e remoção do foco séptico odontogénico sob anestesia geral, que a doente aceitou.



Figura 1 – Aspeto exofítico da lesão durante a observação no episódio de urgência.



Figura 2 – Ortopantomografia realizada durante o episódio de urgência a revelar lesão radiotransparente periapical de 4.7.

Sob anestesia geral procedeu-se a extração de 4.7 e fistulectomia. A fistulectomia foi realizada através de abordagem intraoral e extraoral. Através da abordagem intraoral procedeu-se a levantamento de retalho mucoperiósteo do vestíbulo adjacente a 4.7, extração de 4.7,

enucleação da porção intraóssea da fístula, disseção cortante para libertar do músculo bucinador e disseção roma para individualizar o trajeto fistuloso ao longo do tecido adiposo do espaço bucal. Através da abordagem extraoral realizou-se incisão cutânea em elipse, com o maior eixo acompanhando as linhas de tensão da face (linhas de Langers), para libertar o orifício de drenagem da fístula e permitir um encerramento primário sem tensão. Esta abordagem, permitiu ainda a libertação da fístula numa peça única através de dissecação cortante das adesões ao sistema musculoponevrótico superficial da face com visualização direta, para evitar lesões vasculares e nervosas, nomeadamente da artéria facial e do ramo marginal mandibular do nervo facial.



Figura 3 – Fotografias intra-operatórias da fistulectomia. (1- retalho mucogengival do vestíbulo com descarga anterior mesial a 4.6; 2- curetagem e libertação da fístula do osso; 3- defeito ósseo após extração de 4.7 e curetagem de lesão periapical; 4- aspeto extra-oral da fístula; 5- excisão da fístula em peça única através de incisão cutânea em elipse; 6- defeito cutâneo final após fistulectomia; 7- encerramento por planos da pele, bucinador/SMAS e mucosa; 8- 4.7 e fístula)

# DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As infecções dentárias crônicas podem levar à formação de fístulas que podem ocorrer intraoral ou extraoralmente. Quando o tratamento é atrasado, a polpa torna-se necrótica e pode ocorrer periodontite apical, que leva a reabsorção óssea e pode levar à formação de uma fístula cutânea.<sup>[5]</sup>

Fístulas cutâneas da face de origem odontogênica são frequentemente mal diagnosticadas e, subsequentemente, tratadas incorretamente. O diagnóstico diferencial inclui infecção local da pele, granuloma piogênico cutâneo, osteomielite e carcinoma basocelular ou espinocelular. Por este motivo, os doentes recorrem a vários médicos para avaliar a doença e sujeitam-se a cirurgias inadequadas e múltiplos cursos antibióticos antes do tratamento definitivo. O diagnóstico precoce e o tratamento correto dessas lesões podem ajudar a prevenir antibioterapia desnecessária ou tratamentos cirúrgicos ineficazes.<sup>[6]</sup>

Na observação intraoral destes doentes podem-se observar cáries ou sinais de trauma dentário prévio e a palpação bimanual pode identificar um trajeto semelhante a um cordão entre a cavidade oral e a pele. Os doentes devem ser sempre avaliados com ortopantomografia e, se justificado, com tomografia computadorizada. Histologicamente, a fístula cutânea geralmente consiste em tecido granulomatoso ou epitélio.<sup>[7]</sup>

As fístulas extraorais comumente apresentam-se como nódulos eritematosos, lisos e simétricos e com drenagem purulenta. No entanto, a forma de apresentação dérmica é inespecífica e também pode ocorrer na forma de abscessos, quistos, cicatrizes e úlceras.<sup>[10]</sup> Os locais mais comuns de fístulas cutâneas odontogênicas são o queixo e a região mandibular. A localização da fístula é determinada pelas inserções musculares e planos fasciais. Dos casos relatados na literatura, cerca de 80% são provenientes de dentes inferiores. Os incisivos e caninos inferiores geralmente drenam para a região do mento e submentoniana.<sup>[7-9]</sup> Infecções de pré-molares e molares mandibulares drenam para a região mandibular posterior ou região submandibular.<sup>[8,9]</sup>

Além das infecções odontogênicas, outros tipos de infecções intraorais podem desenvolver fístulas cutâneas, incluindo osteomielite, osteonecrose e infecções associadas a fraturas faciais, quistos e tumores orais. A principal preocupação deve ser em identificar a etiologia da fístula e eliminar a sua causa. O diagnóstico e o tratamento precoces e corretos destas lesões podem ajudar na prevenção de antibioterapia ou tratamentos cirúrgicos desnecessários e ineficazes.

## REFERÊNCIAS

[1] Chouk C, Litaïem N. Oral Cutaneous Fistula. [Updated 2020 May 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539822/>  
[2] Cansiz, E., Gultekin, A., Koltuk, M., & Cakarar, S. (2016). Treatment of Oral Fistulas. *A Textbook Of Advanced Oral And Maxillofacial Surgery Volume 3*. doi: 10.5772/63015

[3] Rabuffetti, A., Augello, M., Husner, A., Ghazal, G., & Leiggner, C. (2018). An uncommon cause for a non-healing cutaneous fistula in the parotid gland area - A case report. *Annals Of Medicine And Surgery*, 33, 36-39. doi: 10.1016/j.amsu.2018.08.007  
[4] Sato, T., Suenaga, H., Igarashi, M., Hoshi, K., & Takato, T. (2015). Rare case of external dental fistula of the submental region misdiagnosed as inverted follicular keratosis and thyroglossal duct cyst. *International Journal Of Surgery Case Reports*, 16, 39-43. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.08.042  
[5] Guevara-Gutierrez E., Riera-Leal L., Gomez-Martinez M., Amezcua-Rosas G., Carmen Lucia Chavez-Vaca G.L., Tlacuilo-Parra A.. Odontogenic cutaneous fistulas. *International Journal of Dermatology*, 2013. DOI: 10.1111/ijd.12262.  
[6] Zerener T., Rasit Bayar G., Gulses A., Simsek K., Sinan Aydintug Y.. Massive cutaneous fistula secondary to an odontogenic submandibular abscess in an immunocompromised patient: A case report. *Cumhuriyet Dental Journal*, 2014, 17 (Supp 1): 11–15.  
[7] Gimenez-García R., Martínez-Vera F., Fuentes-Vera L.. Cutaneous sinus tracts of odontogenic origin: Two case reports. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2015, 28: 838–840.  
[8] Gupta M., Das D., Kapur R., Sibal N.. A clinical predicament—Diagnosis and differential diagnosis of cutaneous facial sinus tracts of dental origin: A series of case reports. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 2011, 112: 132–136.  
[9] Tidwell E., Jenkins J.D., Ellis C.D., Hutson B., Cederberg R.A.. Cutaneous odontogenic sinus tract to the chin: A case report. *International Endodontic Journal*, 1997, 30: 352–355.  
[10] Tian J., Liang G., Qi W., Jiang H.. Odontogenic cutaneous sinus tract associated with a mandibular second molar having a rare distolingual root: A case report. *Head & Face Medicine*, 2015, 17 (11): 13.

# SUBMAXILECTOMIA BILATERAL NUM CASO DE SIALOLITÍASE

## *BILATERAL SUBMAXILLECTOMY IN A CASE OF SIALOLITHIASIS*

Lóio A <sup>1,5,6</sup>, Coutinho G <sup>1,5,6</sup>, Mota B <sup>1,5,6</sup>, Capelo A <sup>3,5,6</sup>, Simão R <sup>2,5,6</sup>, Nunes M <sup>2,5,6</sup>, Salvado F <sup>4,5,6</sup>

<sup>1</sup>Interno de Formação Especializada em Estomatologia

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Estomatologia

<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduado de Estomatologia

<sup>4</sup>Assistente Hospitalar Graduado Sénior de Estomatologia | Diretor de Serviço de Estomatologia do CHULN

<sup>5</sup>Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte

<sup>6</sup>Clínica Universitária de Estomatologia | Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Contacto do autor: alexandra\_loio@hotmail.com

## RESUMO

A sialolitíase é a causa mais comum de inflamação nas glândulas salivares e a sua abordagem depende do tamanho, localização, orientação, forma e número de cálculos bem como da experiência do cirurgião. A ressecção submaxilar transcervical lateral é a abordagem de eleição em caso de sialólitos proximais, hilares ou intraglandulares, impactados ou de grandes dimensões.

Apresentamos o caso clínico de sialadenite aguda por litíase da glândula submaxilar, bilateralmente, numa doente de 67 anos que recorreu ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN).

Face à apresentação de episódios múltiplos de sialadenite no último ano, optou-se por ressecção submaxilar transcervical lateral, bilateral.

Apesar de ser um procedimento cirúrgico seguro e com morbilidade mínima, comporta um risco importante de neuropraxia. A iatrogenia pode ser minorada com o conhecimento exaustivo da anatomia do trajeto do nervo mandibular marginal e com manobras de proteção do nervo, circunstância que pode ser condicionada pelo grau de fibrose periglandular.

## Abstract

*Sialolithiasis is the most common cause of inflammation of the salivary glands and its approach depends on the size, location, orientation, shape and number of stones as well as the surgeon's experience. Lateral transcervical submaxillary resection is the preferred approach in case of impacted or large proximal, hilar or intraglandular sialoliths.*

*We present a case of acute sialadenitis due to lithiasis of the submaxillary gland bilaterally of a 67-year-old patient who went to the Emergency Department of the Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN). A bilateral transcervical lateral maxillary resection was chosen because of the history of multiple episodes of sialadenitis in the last year. Despite being a safe surgical procedure and with minimal morbidity, it carries an important risk of neuropraxia. Iatrogenesis can be reduced with exhaustive knowledge of the anatomy of the path of the marginal mandibular nerve and with maneuvers to protect the nerve, a circumstance that can be conditioned by the degree of periglandular fibrosis.*

**Palavras-chave:** Sialadenite aguda litíásica, submaxilectomia bilateral.

**Keywords:** Acute sialadenitis, sialolithiasis, bilateral submaxillectomy.

## INTRODUÇÃO

A sialolitíase é a formação de cálculos no sistema ductal das glândulas salivares.<sup>(1)</sup> É a causa mais comum de inflamação nas glândulas salivares. Atinge sobretudo o sexo masculino e a glândula submaxilar é a mais comumente afetada, com 80% a 90% dos cálculos a formarem-se no ducto de Wharton, o que se deve ao facto de a sua saliva apresentar maior pH e maior concentração de cálcio e fosfato, além de um teor mucoso superior ao das demais glândulas salivares major. Acrescem também as circunstâncias de a mesma ter um ducto mais longo e um fluxo antigravidade.<sup>(2)</sup> Apesar de a etiologia precisa de sialolitíase permanecer desconhecida, é sabido que a estase salivar



e alterações inflamatórias no sistema ductal são fatores importantes para a formação de cálculos.<sup>(1)</sup> A clínica mais comum inclui dor, tumefação glandular pós-prandial cíclica e obstrução ao fluxo salivar.<sup>(2)</sup> O estudo imagiológico é útil ao diagnóstico.<sup>(3)</sup> A abordagem dos cálculos salivares depende do tamanho, localização, orientação, forma, número, se o cálculo está impactado ou móvel e da experiência do cirurgião. O tratamento inicial é conservador e envolve antibióticos orais, massagem, calor, sialogogos e corticosteroides.<sup>(4)</sup> No caso de recorrência, a intervenção invasiva deverá ser considerada, sendo a ressecção submaxilar transcervical lateral a abordagem de eleição se identificados sialólitos proximais, hilares ou intraglandulares, impactados ou de grandes dimensões. As complicações mais comuns desta última abordagem são hematoma, infecção da ferida cirúrgica, fistulização e complicações neurológicas, maioritariamente, lesão do nervo mandibular marginal.<sup>(5)</sup>

## CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de uma mulher de 67 anos, que recorreu ao serviço de urgência do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte por tumefação submandibular com extensão à hemiface esquerda e apagamento do bordo inferior da mandíbula ipsilateral, sem trismo, com cerca de duas semanas de evolução. Ao exame objetivo intraoral não se evidenciaram cáries ou raízes retidas nem tumefações alveolares; a palpação do pavimento era normal sem preenchimento ou massas. À palpação bimanual apresentava aumento de dimensão de ambas as glândulas submaxilares mais marcada e dolorosa à esquerda. À expressão salivar não apresentava drenagem pelo Wharton esquerdo. Pela suspeita de sialadenite de provável etiologia obstrutiva litíásica foi pedida uma tomografia axial computadorizada cervical, que revelou litíase da glândula submaxilar bilateralmente, identificando um cálculo de 16 mm de maior eixo à esquerda, incluído numa área extensa de fibrose, e outro de 8 mm, à direita, intraparenquimatosos. Tendo em conta o quadro de sialadenite aguda litíásica, a doente teve alta para o domicílio medicada com amoxicilina/ácido clavulânico 875+125 mg durante 8 dias e paracetamol 1000 mg tendo sido referenciada à consulta externa do Serviço de Estomatologia do CHLN. Face à apresentação de episódios múltiplos de sialadenite no último ano, optou-se por ressecção submaxilar transcervical lateral, bilateral, sob anestesia geral.

Foi realizada submaxilectomia bilateral por abordagem submandibular de Risdon, tendo sido realizadas manobras de preservação do ramo marginal mandibular do nervo facial com a incisão de acesso realizada 3 cm abaixo do bordo inferior da mandíbula (Figura 1), com recurso à manobra de Hayes-Martin à esquerda, com preservação da artéria facial à direita (Figuras 2, 3 e 4). Foi feito o encerramento por planos e colocados drenos nas locas cirúrgicas. Aquando da reavaliação pós-operatória, verificou-se compromisso motor do nervo mandibular marginal, com ligeira depressão da comissura labial esquerda. Medicou-se com complexo de vitaminas B1, B6 e B12, com melhoria do quadro.

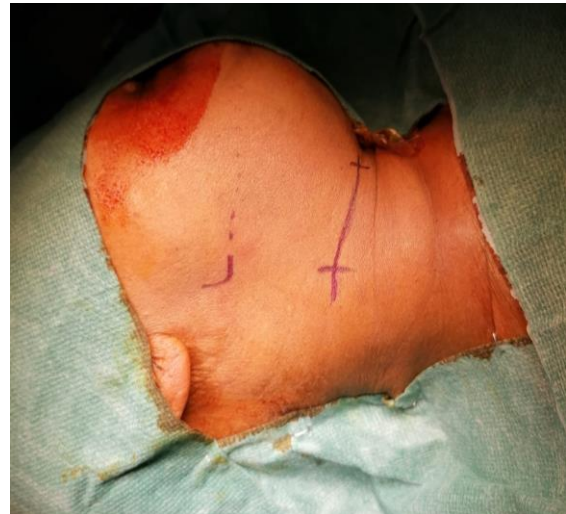


Figura 1 – Desenho da incisão submandibular para abordagem de Risdon a 3cm do bordo inferior da mandíbula para proteção do nervo marginal mandibular (VII).

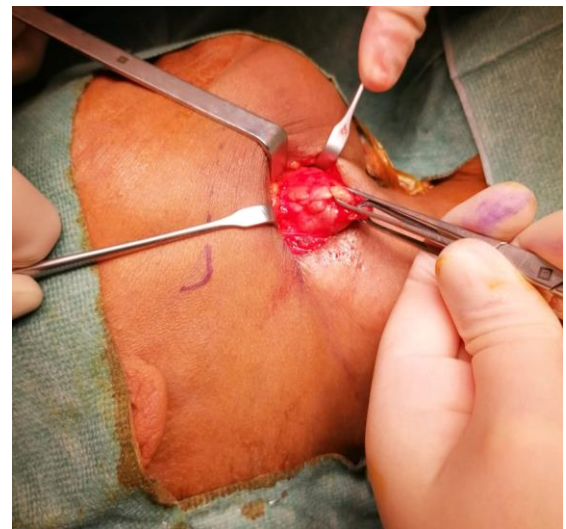


Figura 2 – Exposição da glândula por disseção subcapsular para proteção do nervo marginal mandibular (VII) com preservação dos vasos faciais.



Figura 3 – Disseção da glândula submandibular evidenciando pedículo vascular, "V" lingual (nódulo submandibular e nervo lingual) e ducto de Wharton.





Figura 4 – Peça Operatória de resseção de glândula submandibular.

## DISCUSSÕES E CONCLUSÕES

A abordagem transcervical lateral revela-se a melhor opção terapêutica no caso de sialolitíase intraparenquimatosa recidivante. Apesar de ser um procedimento cirúrgico seguro e com morbidade mínima, comporta um risco importante de neuropraxia. A iatrogenia pode ser minorada com o conhecimento exaustivo da anatomia do trajeto do nervo mandibular marginal e com manobras de proteção do nervo, circunstância que pode ser condicionada pelo grau de fibrose periglandular.<sup>(6)</sup>

## REFERÊNCIAS

- [1] Hammett, J.T. and C. Walker, *Sialolithiasis*, in *StatPearls*. 2019: Treasure Island (FL).
- [2] Porter, Stephen R., et al. "Non-Neoplastic Salivary Gland Diseases." *Scott-Brown's Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, CRC Press, 2018.
- [3] Aiyekomogbon, J.O., L.B. Babatunde, and A.J. Salam, *Submandibular sialolithiasis: The roles of radiology in its diagnosis and treatment*. *Ann Afr Med*, 2018. 17(4): p. 221-224.
- [4] Koch, M., J. Zenk, and H. Iro, *Algorithms for treatment of salivary gland obstructions*. *Otolaryngol Clin North Am*, 2009. 42(6): p. 1173-92, Table of Contents.
- [5] Beahm, D.D., et al., *Surgical approaches to the submandibular gland: a review of literature*. *Int J Surg*, 2009. 7(6): p. 503-9.
- [6] Anthony, D.J., et al., *Preserving the marginal mandibular branch of the facial nerve during submandibular region surgery: a cadaveric safety study*. *Patient Saf Surg*, 2018. 12: p. 23.

# ERITEMA MIGRATÓRIO

## UMA APRESENTAÇÃO CLÍNICA RARA

### MIGRATORY ERYTHEMA A RARE CLINICAL PRESENTATION

Silva AG <sup>1,5</sup>, Silva CS <sup>1,5</sup>, Gomes LS <sup>1,5</sup>, Branco DC <sup>2,5</sup>, Rodrigues J <sup>3,5</sup>, Gouveia M <sup>3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Interno de Formação Especializada de Estomatologia

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar de Estomatologia

<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduado de Estomatologia

<sup>4</sup>Diretor do Serviço de Estomatologia

<sup>5</sup>Serviço de Estomatologia | Hospital de Braga

Contacto do autor: andrea.g.silva@hospitaldebraga.pt

## RESUMO

O eritema migratório consiste numa alteração oral imunologicamente mediada, cujas lesões podem acometer diversas áreas da mucosa oral. A língua é frequentemente afetada em comparação com outras partes da mucosa oral tal como a mucosa jugal ou o palato (o menos frequente). A maioria dos casos são assintomáticos. Trata-se de uma entidade benigna, cuja etiologia permanece desconhecida, contudo, pode estar associada a língua fissurada, reações alérgicas, patologia intestinal e alterações sistémicas, como a síndrome de *Down*, a síndrome de *Reiter* e a psoríase. O seu diagnóstico é eminentemente clínico e não apresenta nenhum tratamento curativo.

O presente artigo descreve um caso clínico de eritema migratório do palato mole e apresenta um resumo relativo aos diagnósticos diferenciais, relações clínicas e tratamento desta entidade clínica.

## Abstract

*Migratory erythema is an immunologically mediated oral alteration and can affect several areas of the oral mucosa. The tongue is often affected in comparison to other parts of the oral mucosa such as cheek or palate (the least frequent). Most cases are asymptomatic. It is a benign entity, whose etiology remains unknown. However, it may be associated with fissured tongue, allergic reactions, intestinal pathology and systemic changes, such as Down's syndrome, Reiter's syndrome and psoriasis. Its diagnosis is eminently clinical and has no curative treatment.*

*This article describes a clinical case of migratory erythema in the soft palate and presents a summary of the differential diagnoses, clinical relationships and treatment of this clinical entity.*

**Palavras-chave:** Eritema migratório, palato, benigna.

**Keywords:** Migratory Erythema, palate, benign.

## INTRODUÇÃO

O eritema migratório (EM), também designado por glossite migratória benigna ou língua geográfica, consiste numa alteração oral crónica imunologicamente mediada, caracterizada por uma resposta linfocitária que gera atrofia epitelial, principalmente das papilas filiformes. <sup>(1,2,3)</sup>

Geralmente inicia-se na infância, sendo, no entanto, os adultos jovens a faixa etária com maior atingimento, apresentando esta uma prevalência de 39,4%. <sup>(4)</sup> Ambos os sexos podem ser afetados, muito embora pareça haver uma predileção por mulheres, na proporção de 2:1. <sup>(1,3,4)</sup> A prevalência global é de aproximadamente 1% a 2,5%. <sup>(4,5)</sup>

O EM caracteriza-se pelo aparecimento de áreas eritematosas bem delimitadas, multifocais e anelares, com perda de papilas gustativas, circundadas por um bordo branco-amarelado sinuoso, ligeiramente elevado, que tendem a aumentar centrifugamente. <sup>(1,6)</sup> As lesões geralmente ocorrem nos dois terços anteriores da língua, principalmente nas faces laterais e dorsal e tendem a regredir espontaneamente. <sup>(4,7)</sup> Raramente, podem surgir lesões extra-linguais tais como na mucosa oral, na mucosa jugal, no pavimento da boca, na mucosa labial e, menos frequentemente, no palato mole. <sup>(3,6,8)</sup> Estas lesões podem mudar de localização, padrão e tamanho ao longo do tempo. <sup>(3)</sup> É incomum o aparecimento de uma lesão solitária. <sup>(1,3)</sup>

Na grande maioria dos casos, o EM é assintomático, contudo, podem surgir queixas álgicas e/ou sensação de ardor associadas, especialmente durante a ingestão de determinados alimentos ou em períodos de maior *stress*. <sup>(1,9)</sup> Este fenómeno pode correlacionar-se com a extensão de lesões observadas clinicamente. <sup>(7)</sup> No entanto, raramente estes sintomas são constantes e severos. <sup>(1)</sup>

O diagnóstico do EM é eminentemente clínico, não havendo normalmente a necessidade de um exame anatomopatológico. <sup>(1,4)</sup>

Não existe nenhum tratamento curativo, contudo, nos indivíduos sintomáticos, os anestésicos e corticosteroides tópicos são os fármacos mais comumente utilizados. <sup>(1,7)</sup> Recomendações tais como a evicção de alimentos quentes e picantes, bem como a manutenção de uma boa higiene oral podem evitar o agravamento dos sintomas. <sup>(4)</sup>

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 23 anos de idade, raça caucasiana, foi referenciado para consulta de Estomatologia por surgimento de lesões no palato mole e na língua.

Tratava-se de um paciente saudável, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, nem toma de medicação habitual.

Segundo o doente, cerca de 5 meses antes da consulta, denotou o aparecimento de lesões no palato mole, à direita, sem dor ou outras queixas associadas. Referiu que as mesmas lesões regrediram com o passar do tempo, surgindo posteriormente lesões semelhantes na língua, com a mesma clínica associada. À data da consulta, o doente referiu a regressão também das lesões localizadas na língua e posterior aparecimento de novas lesões semelhantes no palato mole, sem lesões em outras localizações ou outras queixas associadas.

Ao exame objetivo, apresentava áreas eritematosas bem demarcadas, circundadas por um bordo esbranquiçado no palato mole, à direita (Figura 1).



Figura 1 – Lesão eritematosa circundada por um bordo esbranquiçado, localizada no palato mole à direita.

O doente manteve-se sempre assintomático, sem necessidade de terapêutica, mantendo apenas acompanhamento periódico em regime de consulta.

## DISCUSSÃO

No EM as lesões tendem a mudar de localização, padrão e tamanho ao longo do tempo, justificando o termo “geográfico”, dada a semelhança com mapas territoriais.

A pertinência deste caso prende-se com a apresentação do EM no palato mole, localização muito pouco frequente, e a importância da realização de um diagnóstico adequado, evitando submeter o doente exames e tratamentos desnecessários.

Embora o EM possa afetar todas as localizações anatómicas da cavidade oral, a gengiva, o pavimento da boca e o palato parecem ser os locais menos afetados. <sup>(10)</sup> A grande maioria dos casos relatados na literatura mostra que o envolvimento concomitante da língua é muito comum <sup>(10)</sup>. Um estudo de revisão da literatura inglesa, isolou 64 casos de EM com localizações atípicas, sendo que 16 afetaram o palato duro e apenas 6 afetaram o palato mole. O envolvimento do palato duro ocorreu quase exclusivamente de forma isolada, ao contrário das lesões do palato mole que nunca surgiram de forma isolada. <sup>(11)</sup>

O diagnóstico do EM é clínico <sup>(4,10)</sup>, conforme demonstrado pelo caso clínico apresentado. Perante lesões com localizações atípicas, o diagnóstico diferencial de EM deve incluir eritroplasia, líquen plano oral, candidíase oral, lúpus eritematoso, estomatite de contato, leucoplasia, trauma e úlcera aftosa. <sup>(4,9)</sup> Na impossibilidade de exclusão destes diagnósticos diferenciais e de acordo com a clínica apresentada pelo doente, a biópsia da lesão poderá ser considerada. <sup>(10)</sup>

O EM é uma entidade benigna, cuja etiologia permanece desconhecida, contudo, pode estar associada a várias condições clínicas tal como língua fissurada, reações alérgicas, patologia intestinal e alterações sistêmicas, como a síndrome de *Down*, a síndrome de *Reiter* e a psoríase, sendo por vezes necessária uma investigação clínica mais abrangente. De salientar, no entanto, que nenhuma das associações descritas apresenta evidências claras de uma relação causal. <sup>(1,4,7,11,12)</sup> No presente caso clínico não se verificou nenhuma associação entre o EM e outro tipo de patologia.

A associação entre EM e língua fissurada foi descrita na literatura por diversos autores. Cerca de um terço a metade dos pacientes com língua fissurada apresentam EM de forma concomitante. <sup>(1,10,13)</sup> A associação entre língua fissurada e EM suporta uma base genética para o seu desenvolvimento. As fissuras podem atuar como áreas de estagnação na superfície da língua nas quais o EM pode iniciar o seu desenvolvimento. <sup>(14)</sup>

Alguns estudos científicos recentes têm vindo a demonstrar uma relação entre reações alérgicas e o EM. Num estudo de caso-controlo foram realizados testes cutâneos de alergias em pacientes com e sem EM. Verificou-se uma taxa positiva de 47,5% no grupo de estudo em comparação com uma taxa positiva de 22,5% no grupo de controlo, demonstrando, assim, uma maior predisposição para reações alérgicas dos doentes com EM. <sup>(15)</sup> Diversas revisões sistemáticas apontam para uma maior incidência do EM em doentes com história de reações alérgicas ou atopias. <sup>(1,4,9)</sup>

Dentro da patologia intestinal, a literatura salienta a doença celíaca (DC) como eventual patologia associada ao EM. Segundo os estudos recentes a DC pode comprometer a cavidade oral e o EM poderá ser uma das possíveis manifestações orais desta doença. Embora mais estudos sejam necessários, o EM pode funcionar como ferramenta diagnóstica para a DC, sobretudo em formas atípicas ou silenciosas da doença, contribuindo assim para o diagnóstico precoce e prevenção de complicações. <sup>(9,16)</sup>

Vários estudos têm vindo a ser realizados ao longo dos anos afim de

se verificar uma associação entre a psoríase e o EM. Até à data, esta é a associação mais frequentemente encontrada no EM, estando este presente em cerca de 10% dos pacientes com psoríase. <sup>(1,4,7,11,17)</sup> Alguns especialistas defendem mesmo que o EM representa uma manifestação oral da psoríase e pode ser utilizado como critério de gravidade desta patologia. <sup>(4,7,17)</sup>

O EM e a psoríase apresentam semelhanças não só clínicas, mas também histopatológicas e imunohistoquímicas. <sup>(4,11,18)</sup>

Histologicamente, de forma semelhante à psoríase, uma amostra da região periférica do EM apresenta um padrão histopatológico característico com hiperparaqueratose, espongirose, acantose e alongamento das cristas epiteliais. Podem ser observadas coleções de neutrófilos dentro do epitélio e células mononucleares (predominantemente linfócitos T CD4+) a envolverem a lâmina própria. O intenso infiltrado neutrofílico pode ser responsável pela destruição da porção superficial do epitélio, produzindo uma mucosa atrófica e avermelhada consoante a progressão da lesão. <sup>(1,11,13,18)</sup>

Diversos estudos apontam para a existência de um vínculo genético entre estas duas entidades clínicas. Foi demonstrado que ambas as entidades clínicas apresentam o marcador genético HLA-Cw6. <sup>(1,2,4,11,17,19,20)</sup> Um estudo de caso-controlo identificou o HLA-Cw6 em cerca de 1% dos pacientes com psoríase e em 43,8% dos pacientes com EM, enquanto apenas 12,6% foi observado no grupo de controlo. <sup>(17)</sup> Também o antigénio HLA-B13 e o HLA-B17 representam marcadores genéticos do EM e da psoríase, embora esta associação seja mais fraca. <sup>(19,21)</sup> Estudos recentes indicam que mutações no gene IL36RN estão associadas ao EM e à psoríase pustulosa generalizada. <sup>(17,18,22)</sup>

Em fumadores tem-se verificado uma menor incidência de EM. Foi demonstrado um possível efeito protetor do tabagismo dado o aumento da queratinização do epitélio e diminuição do TNF-alfa, IL-1 e IL-6 produzidos pelos macrófagos via ativação de recetores nicotínicos. <sup>(1,4,12)</sup>

Geralmente, o EM não necessita de qualquer tipo de tratamento, muito embora, em casos sintomáticos, a literatura descreve a utilização de corticoterapia tópica, multivitamínicos, anestésico, anti-histamínicos ou tacrolimus tópico. <sup>(1,4,5,6,11)</sup> Um estudo de revisão sistemática reuniu os resultados de múltiplos estudos publicados sobre o EM sintomático e avaliou o melhor tratamento disponível para esta condição clínica, concluindo que existe um nível muito baixo de evidência para o tratamento do EM sintomático. Assim sendo nenhum tratamento específico foi recomendado. <sup>(6)</sup> No presente caso clínico nenhum tratamento foi realizado.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de EM pode ser desafiador, especialmente na ausência de um envolvimento típico da língua. A realização de uma história clínica minuciosa e um exame objetivo atento é essencial para traçar o caminho do diagnóstico correto.

Diversas associações com outras patologias foram descritas ao longo do tempo. Embora se verifique maior ou menor grau de evidência entre todas estas associações, importa referir que o médico deve ter

um olhar atento para o doente como um todo, afim de excluir outras patologias concomitantes e evitar exames de diagnóstico e outros tratamentos desnecessários.

O EM representa uma entidade clínica com bom prognóstico, pelo que é importante explicar ao doente a condição benigna dos achados e tratar apenas quando sintomático e com terapêutica dirigida aos sintomas. O acompanhamento periódico é aconselhável.

## REFERÊNCIAS

- [1] Neville, B., Allen, C., Chi, A. and Damm, D., n.d. *Oral And Maxillofacial Pathology*. 4th ed.
- [2] Picciani, B., Santos, L., Teixeira-Souza, T., Dick, T., Carneiro, S., Pinto, J., Avelleira, J., Azulay, D., Luiz, R. and de Sousa Gonzaga, H., 2020. Geographic tongue severity index: A new and clinical scoring system. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 129(4), pp.330-338.
- [3] Ribeiro, T., Batista Santana, D., Guimarães Henriques, J., Barbosa de Paulo, L., Lopes de Rezende Barbosa, G., & Franceschini Mitri Luiz, F. (2016). ERITEMA MIGRATÓRIO: revisão de literatura e relatos de casos. *Arquivo Brasileiro De Odontologia*, 12(1).
- [4] Ettetfagh, L. and Shareef, S., 2020. Geographic Tongue. *StatPearls*, [online] Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554466/>> [Accessed 7 October 2020].
- [5] Stoopler, E., France, K., Ojeda, D. and Sollecito, T., 2017. BENIGN MIGRATORY GLOSSITIS. *The Journal of Emergency Medicine*, [online] pp.1-2. Available at: <[https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(17\)30892-2/fulltext](https://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(17)30892-2/fulltext)> [Accessed 7 October 2020].
- [6] Campos, W., Esteves, C., Fernandes, L., Domaneschi, C. and Júnior, C., 2018. Treatment of symptomatic benign migratory glossitis: a systematic review. *Clinical Oral Investigations*, 22(7), pp.2487-2493.
- [7] Bruch, J., 2018. *CLINICAL ORAL MEDICINE AND PATHOLOGY*. SPRINGER INTERNATIONAL PU.
- [8] González-Álvarez, L., García-Pola, M. and Garcia-Martin, J., 2018. Lengua geográfica: factores predisponentes, diagnóstico y tratamiento. Revisión sistemática. *Revista Clínica Española*, 218(9), pp.481-488.
- [9] Ogueta, I., Ramírez, M., Jiménez, C. and Cifuentes, M., 2019. Geographic Tongue: What a Dermatologist Should Know. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*, 110(5), pp.341-346.
- [10] Netto, J., Dias, M., Garcia, T., Amaral, S., Miranda, Á. and Pires, F., 2019. Geographic stomatitis: An enigmatic condition with multiple clinical presentations. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*.
- [11] Campana, F., Vigarios, E., Fricain, J. and Sibaud, V., 2019. Geographic stomatitis with palate involvement. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 94(4), pp.449-451.
- [12] Picciani, B., Domingos, T., Teixeira-Souza, T., Santos, V., Gonzaga, H., Cardoso-Oliveira, J., Gripp, A., Dias, E. and Carneiro, S., 2016. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation - a literature review. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(4), pp.410-421.
- [13] Scariot, R., Batista, T., Olandoski, M., Souza, C., Souza, P., Lima, A. and Trevilatto, P., 2017. Host and clinical aspects in patients with benign migratory glossitis. *Archives of Oral Biology*, 73, pp.259-268.
- [14] Goswami, M., Verma, A. and Verma, M., 2012. Benign migratory glossitis with fissured tongue. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 30(2), p.173.
- [15] Goregen, M., Melikoglu, M., Miloglu, O. and Erdem, T., 2010. Predisposition of allergy in patients with benign migratory glossitis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Endodontology*, 110(4), pp.470-474.
- [16] Cigic, L., Galic, T., Kero, D., Simunic, M., Medvedec Mikic, I., Kalibovic Govorko, D. and Biocina Lukenda, D., 2016. The prevalence of celiac disease in patients with geographic tongue. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 45(10), pp.791-796.
- [17] Pourchot, D., Chiaverini, C., Bourrat, E., Barbarot, S., Vabres, P., Hubiche, T., Droicourt, C., Piram, M., Kupfer-Bessagnet, I., Ferneiny, M., Puzenat, E., Balguerie, X., Beauchet, A., Bursztejn, A. and Mahé, E., 2018. Tongue psoriasis: Clinical aspects and analysis of epidemiological associations in 313 children, with a systematic literature review. *Annales de Dermatologie et de*

*Vénérologie*, 145(10), pp.578-586.

[18] Picciani, B., Domingos, T., Teixeira-Souza, T., Fausto-Silva, A., Dias, E. and Carneiro, S., 2019. Evaluation of the Th17 pathway in psoriasis and geographic tongue. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 94(6), pp.677-683.

[19] González-Álvarez, L., García-Martín, J. and García-Pola, M., 2019.

Association between geographic tongue and psoriasis: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 48(5), pp.365-372.

[20] Jorge, M., Gonzaga, H., Tomimori, J., Picciani, B. and Barbosa, C., 2017. Prevalence and heritability of psoriasis and benign migratory glossitis in one Brazilian population. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 92(6), pp.816-819.

[21] Gonzaga, H., Torres, E., Alchorne, M. and Gerbase-deLima, M., 1996. Both psoriasis and benign migratory glossitis are associated with HLA-Cw6. *British Journal of Dermatology*, 135(3), pp.368-370.

[22] Liang, J., Huang, P., Li, H., Zhang, J., Ni, C., Wang, Y., Shen, J., Li, C., Kang, L., Chen, J., Zhang, H., Wang, Z., Zhang, Z., Li, M. and Yao, Z., 2016. Mutations in IL36RN are associated with geographic tongue. *Human Genetics*, 136(2), pp.241-252.

# FIBROMA TRAUMÁTICO

## A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

### TRAUMATIC FIBROMA A CLINICAL CASE

Vascan O <sup>1,4</sup>, Morais MJ <sup>1,4</sup>, Marques AM <sup>1,4</sup>, Borges MI <sup>1,4</sup>, Marques FJD <sup>2,4</sup>, Figueiredo JP <sup>3,4,5</sup>

<sup>1</sup>Interna de Formação Especializada de Estomatologia

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Estomatologia

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Estomatologia | Diretor de Serviço de Estomatologia do CHUC

<sup>4</sup> Serviço de Estomatologia | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>5</sup> Mestrado Integrado de Medicina Dentária | Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Contacto do autor: olgavascan777@gmail.com

## RESUMO

Os fibromas são tumores benignos e proliferativos que se desenvolvem a partir de uma reação hiperplásica. Podem estar relacionados com irritações crónicas de baixa intensidade, sendo classificados como as lesões mais comuns da cavidade oral.

A sua prevalência é alta, principalmente na quinta década de vida, localizando-se com mais frequência na mucosa jugal – linha oclusal, mucosa labial, bordas laterais da língua e lábios.

Essa lesão possui crescimento lento e comumente assintomático, podendo interferir na mastigação e fonação, proporcionando assim um grande desconforto. Clinicamente, apresentam-se como um nódulo bem definido, arredondado ou oval, com superfície lisa ou lobulada, firme à palpação, com uma base séssil ou pediculada e de coloração variável, desde mais clara do que o tecido circunjacente até rósea ou avermelhada.

O diagnóstico e tratamento dos fibromas, na grande maioria, é através de cirurgia excisional seguido de exame histopatológico, concomitantemente com a remoção do agente causador do trauma, como se poderá ver descrito no caso relatado que tem como principal objetivo demonstrar a importância da eliminação do fator causal no tratamento dos fibromas orais.

## Abstract

*Fibromas are benign and proliferative tumors that develop from a hyperplastic reaction. They can be related to chronic irritations of low intensity, being classified as the most common lesions of the oral cavity.*

*Its prevalence is high, especially in the fifth decade of life, being located more frequently in the cheek mucosa - occlusal line, labial mucosa, lateral borders of the tongue and lips.*

*This lesion has a slow and commonly asymptomatic growth, which can interfere with chewing and phonation, thus providing great discomfort. Clinically, they*

*appear as a well-defined, rounded or oval nodule, whether smooth or lobulated, firm to the touch, with a sessile or pediculated base and of variable color, from lighter than the surrounding tissue to pink or reddish.*

*The diagnosis and treatment of fibromas, in the vast majority, is through excisional surgery followed by histopathological examination, concomitantly with the removal of the trauma-causing agent, as can be seen described in the reported case, whose main objective is to demonstrate the importance of eliminating the causal factor in the treatment of oral fibromas.*

**Palavras-chave:** Hiperplasia fibrosa, fibroma, trauma gengival, patologia oral.

**Keywords:** Fibrous hyperplasia, fibroma, gingival trauma, oral pathology.

## INTRODUÇÃO

Os fibromas são tumores benignos e proliferativos que fazem parte do grupo das lesões hiperplásicas reativas da cavidade oral, que por sua vez, podem apresentar outras denominações tais como: fibroma traumático, fibroma irritativo, hiperplasia fibrosa focal ou nódulo fibroso.

Estas lesões hiperplásicas estão relacionadas à irritação crónica de baixa intensidade que estimula uma resposta acentuada de reparação tecidual, promovendo um crescimento exuberante dos tecidos moles, sendo classificados como as lesões mais comuns da cavidade oral.<sup>(1, 2)</sup>

Clinicamente, apresentam-se como massas submucosas em forma de nódulo indolor de base séssil ou pediculada, superfície lisa ou lobulada, que podem tornar-se secundariamente ulceradas, devido ao trauma, particularmente as lesões de maior tamanho. No entanto, estas lesões têm um potencial limitado de crescimento não ultrapassando 1 a 2 cm de diâmetro.<sup>(3)</sup>

A coloração deste tipo de lesões pode variar, dependendo do tipo de



células predominantes na lesão, tendo uma cor mais avermelhada quando há uma maior proliferação de tecido de granulação e aumento da vascularização, ou uma coloração mais clara do que o tecido circunjacente quando há um maior aumento relativo do colágeno.<sup>(3)</sup>

A prevalência é alta, principalmente em indivíduos do sexo feminino, com maior frequência na quinta década de vida. Acomete predominantemente a mucosa jugal, mucosa labial, borda lateral da língua e lábios.

O uso prolongado de próteses dentárias mal adaptadas ou próteses antigas está frequentemente associado ao desenvolvimento destas lesões.<sup>(4, 5, 6)</sup>

O fibroma traumático também pode estar associado a jovens, entre os 20 e os 29 anos, casos em que está mais associado à ansiedade e stress.<sup>(7)</sup>

O fibroma traumático tem um crescimento lento e muitas vezes assintomático, podendo interferir na mastigação e fonação, originando um grande desconforto.<sup>(3)</sup>

O seu diagnóstico é baseado na anamnese detalhada, exame clínico e estudo anatomopatológico.<sup>(1)</sup>

O exame histopatológico do fibroma traumático revela uma lesão constituída por um aumento anormal de fibras de colágeno, vasos sanguíneos e superfície recoberta por epitélio estratificado escamoso, podendo conter um infiltrado inflamatório crônico leve a moderado.<sup>(1,3)</sup>

A análise histológica é considerada uma etapa fundamental para estabelecimento do diagnóstico diferencial. Neste é necessário ter em conta as seguintes patologias: neurofibroma, neuroma encapsulado, hiperplasia fibrosa inflamatória, tumor de células gigantes, papiloma, carcinoma pavimentocelular ou carcinoma verrucoso, lembrando que todo o diagnóstico diferencial depende do tamanho, localização e aspeto histopatológico.<sup>(1,3)</sup>

O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica da lesão e remoção dos fatores irritantes ou traumáticos.

A remoção cirúrgica pode ser realizada de diversas formas: cirurgia convencional, eletrocirurgia ou laser de dióxido. Em todos os casos verificou-se um resultado pós-operatório satisfatório.<sup>(8,9,10)</sup>

A terapêutica cirúrgica da área hiperplásica é sempre individualizada de acordo com as características e localização de cada lesão.

O caso descrito irá demonstrar que o elemento chave no diagnóstico e tratamento do fibroma traumático é a eliminação do fator causal.

## CASO CLÍNICO

Senhora de 58 anos, observada na consulta externa do Serviço de Estomatologia por apresentar uma lesão no 1º quadrante, indolor, com cerca de 2 anos de evolução. Sem outras queixas. Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes.

No exame clínico verificou-se a existência de uma prótese total superior mal-adaptada, ao remover a prótese observou-se a existência de lesão fibromatosa, localizada na região edêntula do 1º quadrante,

a qual ocupava o espaço de desadaptação da prótese.

Observou-se que a lesão era pediculada, de coloração rosada, com uma superfície lobulada, de consistência duro-elástica, não infiltrada, com cerca de 1,1 x 0,5 cm, relacionado com provável traumatismo da prótese parcial superior em acrílico. (figuras 1, 2 e 3).



Figura 1 – Lesão fibromatosa, pediculada, localizada na região edêntula do 1º quadrante, com cerca de 1,1 x 0,5cm (perfil).



Figura 2 – Lesão fibromatosa, pediculada, localizada na região edêntula do 1º quadrante, com cerca de 1,1 x 0,5cm (frontal).



Figura 3 – Lesão fibromatosa, pediculada, localizada na região edêntula do 1º quadrante, com cerca de 1,1 x 0,5cm (oclusal).

Durante a consulta, com base na história clínica e exame objetivo, foi estabelecido um diagnóstico clínico de fibroma traumático, decidindo-se realizar a biópsia excisional da lesão (figura 4).



Figura 4 – Remoção total da peça operatória.

O fragmento removido foi colocado em solução de formaldeído a 10% e enviado para laboratório de anatomopatologia.

O estudo histopatológico revelou a presença de hiperplasia fibroepitelial com acantose e hiperqueratose do epitélio pavimentoso estratificado, com confirmação do diagnóstico clínico. (figura 5).

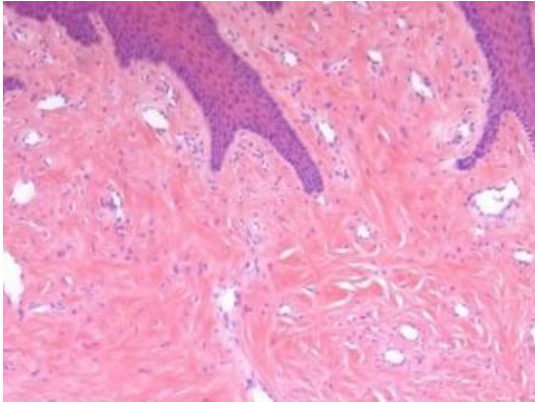


Figura 5 – Microscopia (Coloração HE 100x) – Hiperplasia fibroepitelial com acantose e hiperqueratose do epitélio pavimentoso estratificado.

Ao décimo dia de pós-operatório, a doente apresentou uma ótima cicatrização com uma boa evolução clínica. (figura 6).



Figura 5 – Décimo dia de pós-operatório.

Com o objetivo de eliminar o fator traumático a doente foi encaminhada para a consulta de reabilitação oral para a realização de uma nova prótese.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O fibroma traumático é a lesão mais comum da cavidade oral e acomete mais predominantemente o sexo feminino.<sup>(1)</sup>

É uma lesão proliferativa de natureza benigna que surge devido ao trauma repetitivo, que causa uma hiperplasia do tecido conjuntivo.<sup>(1,4,5)</sup>

O tratamento de eleição é a biópsia excisional seguida do exame histopatológico, que é essencial para determinar o diagnóstico.

A remoção do agente traumático aliado a uma correta higiene oral são fatores importantes para que não se verifique a recidiva da lesão.

Embora apresente características benignas, o correto diagnóstico, orientação e tratamento são bastante importantes no prognóstico da lesão.

## AGRADECIMENTOS

Os mais sinceros agradecimentos ao Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que nos permitiu o acesso e estudo do caso clínico em apreço.

## REFERÊNCIAS

- [1] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
- [2] Babu, B et al. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases. J Indian Soc Periodontol Jul-Aug 2017; 21(4): 258-263.
- [3] Regezi Joseph A. "Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, Seventh Edition" Elsevier; 2017; 163-165.
- [4] Prasanna J, Sehrawat S. Fibroepithelial hyperplasia: Rare, selflimiting condition-Two case reports. Journal of Advanced Oral Research. 2011; 3(3), 63-70.
- [5] Bertoja, IC et al. Prevalência de lesões bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Histopatologia do UnicenP. RSBO 2007; 4 (2).
- [6] Falção, AFP et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. Rev. Ciênc. Méd. Biol 2009; 8(2): 230- 236.
- [7] Halim DS, Pohchi A, Pang EE. The prevalence of fibroma in oral mucosa among patient attending USM dental clinic year 2006-2010. The Indonesian Journal of Dental Research. 2010; 1(1), 61-66.
- [8] Garza, RVP et al. Management of Traumatic Fibroma in a Patient with Cerebral Palsy Using 810nm Diode Laser. J Clin Diagn Res. 2017; 11(2).
- [9] Vasconcelos, BCE et al. O uso de eletrocirurgia em procedimentos bucais. Ver. De Cir. Buco-Maxilo-Facial 2003; 3(3): 35-42.
- [10] Santos, AP et al. Fibroma Traumático na cavidade oral. Rev. Port. O R L 2005; 43(1).



# SUBMISSÃO DE ARTIGOS

## DATAS LIMITE

EDIÇÃO DE JUNHO: 31/03

EDIÇÃO DE DEZEMBRO: 30/09



## Sabiam que...

... A Direção do Colégio de Especialidade já propôs ao Conselho Nacional da Pós-Graduação da Ordem dos Médicos a equiparação da revista AMEP a revista indexada, para efeitos curriculares?

# NORMAS DE PUBLICAÇÃO

## DA REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS ESTOMATOLOGISTAS PORTUGUESES

A Revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses é uma revista de edição periódica, que considera para publicação trabalhos originais, de investigação básica ou clínica, normas de orientação clínicas, casos clínicos, imagens em Estomatologia, comunicações curtas e revisões, editoriais, artigos de índole histórica ou artigos de perspectiva de interesse científico na área do aparelho estomatognático e seus anexos, submetidos por médicos especialistas ou médicos internos da formação especializada em Estomatologia e outros profissionais relacionados direta ou indiretamente com a saúde oral. Adicionalmente, à Revista reserva-se o direito à eventual publicação de comunicações breves, resumos de apresentações orais ou escritas de Conferências organizadas pela AMEP, sob a forma de resumos alargados / *extended abstracts*.

Todos os trabalhos serão avaliados por, pelo menos, dois membros do conselho editorial e científico da revista que condicionarão a sua aceitação para publicação.

Serão considerados para publicação trabalhos originais, que não tenham ainda sido publicados, parcial ou integralmente.

A Revista AMEP rege-se de acordo com as normas de edição biomédica do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, do *Committee on Publication Ethics (COPE)*, e do *EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report*.

Antes de enviar os manuscritos, os autores devem obter todas as autorizações necessárias para a publicação do material apresentado, ao abrigo da proteção de dados e da ética. Para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações, deve ter autorização prévia dos respetivos autores.

Os artigos publicados passarão a ser propriedade da revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores e poderão não refletir a opinião dos editores e membros do conselho editorial.

Os Critérios de Autoria da Revista, regem-se pelo “International Committee of Medical Journal Editors” (ICMJE). Os autores devem ter participado significativamente no trabalho de forma a assumir responsabilidade pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria. São autores aqueles que reúnem quatro condições:

- » 1. Tiveram uma contribuição intelectual substancial, direta, no desenho e elaboração do artigo;
- » 2. Participaram na análise e interpretação dos dados;
- » 3. Participaram na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou, na revisão crítica do conteúdo; ou, na aprovação da versão final;
- » 4. Concordaram que são responsáveis pela exatidão e integridade de todo o trabalho.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

## PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Os textos deverão ser escritos em português, inglês ou espanhol.

# SUBMISSÕES

Tem que ser realizadas online via email [amep.revista@gmail.com](mailto:amep.revista@gmail.com) e devem incluir os elementos abaixo indicados:

## 1. CARTA DE APRESENTAÇÃO

Assinada pelo autor principal e dirigida ao editor-chefe, declarando que o trabalho não se encontra publicado nem submetido para publicação noutra revista ou jornal, nem o será até que a decisão final referente a esta submissão seja tomada. Deverá declarar que todos os autores leram e concordam com a versão submetida, e que, em caso de aceitação para publicação, transferem todos os direitos sobre o artigo a favor da revista da Associação dos Médicos Estomatologistas Portugueses.

No caso em que o número de autores exceda os seis deverá ser apresentada justificação, a qual será devidamente ponderada pelo editor-chefe.

Os resumos alargados / *extended abstracts* estão dispensados da carta de apresentação.

## 2. PÁGINA DE CAPA

Deverá conter apenas o título do trabalho, nome e afiliação de cada autor pela ordem que desejam ver publicado.

Deverá conter ainda a identificação completa do autor correspondente com indicação do nome, número de telefone e endereço de email.

Os resumos alargados / *extended abstracts* estão dispensados da página de capa.

### 2.1. TÍTULO

O título do trabalho deverá definir com clareza o tema abordado. Deverá ser apresentado em português e em inglês.

### 2.2. AUTORES

Os nomes dos autores deverão ser apresentados com a forma e pela ordem que desejam ver publicado (primeiro nome, inicial do nome intermédio, último nome).

Deverá ser feita referência ao email e às instituições a que cada autor se encontre associado.

Toda a comunicação futura entre a revista e os autores será efetuada exclusivamente por correio eletrónico.

## 3. RESUMO

Deverá ser apresentado em português e inglês e não poderá exceder as 250 palavras (em cada língua). Não deverão ser utilizadas abreviaturas.

O resumo será não estruturado.

Os resumos alargados / *extended abstracts* estão dispensados da redundância da apresentação do resumo e não deverão exceder as 1000 palavras.

## 4. PALAVRAS-CHAVE

Palavras-chave (3 a 10) que permitam a eventual indexação do artigo, de acordo com a terminologia usada no Índice Médico “Medical Subject Headings (MESH)” (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) as quais deverão ser submetidas em português e em inglês.

## 5. DOCUMENTO COM O CORPO DO ARTIGO

### 5.1. APRESENTAÇÃO:

Neste documento não deverá ser incluída qualquer referência à identidade dos autores para que a mesma não seja revelada durante o processo de avaliação.

Todo o trabalho deverá ser formatado com espaçamento duplo, tamanho de letra Arial 12 justificado.

Todas as páginas devem ser numeradas consecutivamente a partir do número 1, paginação esta situada no canto inferior direito.

As margens deverão ser de 2,5 cm em todo o documento.

### 5.2. CORPO DO ARTIGO DE ACORDO COM O TIPO DE TRABALHO:

Nenhum corpo de artigo poderá exceder as 2500 palavras.

a) Artigos de investigação – O corpo do artigo deverá ser organizado em introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões.

b) Artigos com casos clínicos – O corpo do artigo deverá organizar-se em introdução, caso clínico, discussão e conclusões.

c) Imagens em Estomatologia – Serão aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. As imagens devem fazer-se acompanhar de um título e um texto com um máximo de 150 palavras que

sintetize a mensagem relevante a passar, incluindo uma breve história clínica, dados laboratoriais, terapêutica e condição atual do paciente. Está isenta da apresentação de resumo. Só serão aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a publicação prévia.

d) Artigos de revisão – Este tipo de artigos deverá ser organizado em introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões. O corpo do artigo poderá ser não estruturado.

e) Artigos de índole histórica ou artigos de perspectiva – Neste tipo de artigos o autor ou autores podem publicar artigos de revisão histórica e/ou expressar a sua opinião sobre temáticas atuais relacionadas com a especialidade.

f) Comunicações breves – As descrições de novas técnicas, tratamentos, avanços em determinada área e, ainda, resumos alargados / *extended abstracts* de trabalhos apresentados em Congressos da AMEP estão contempladas neste tipo de comunicação.

As comunicações breves deverão ter um máximo de 1000 palavras, 2 tabelas e/ou figuras e 15 referências bibliográficas.

g) Normas ou Protocolos de orientação clínica – As sociedades/associações médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e/ou grupos de médicos que desejem publicar recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para publicação. O corpo do artigo deverá ser organizado segundo as normas de publicação internacionais para *guidelines* - “The RIGHT Statement”.

## 6. REFERÊNCIAS:

A exatidão das referências é de responsabilidade do autor.

### 6.1. CITAÇÕES:

A revista segue o sistema de citação “autor, data”. Deve ser escrito o nome do autor (em itálico), seguido do ano da publicação, por ex. (Gundlach, 2006). Se a referência tiver dois autores, nomeie ambos (por exemplo, Muller e Schulze, 1960); se tiver mais de dois autores, nomeie o primeiro autor seguido por *et al.* (Shaw et al., 2001). Quando várias publicações são citadas uma após a outra, comece com o mais antigo e termine com o mais recente (não em ordem alfabética).

## 6.2. REFERÊNCIAS:

Todos os autores ou grupos de autores citados no artigo devem aparecer na lista de referências e vice-versa no final do trabalho ou numa página separada. Para cada referência, deve listar todos os autores, título completo do artigo, nome da publicação (abreviada de acordo com o *Index Medicus*, consulte <http://www.nih.nlm.gov>), volume, primeira e última página numerada e ano de publicação. Por exemplo:

Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattstrom V, Molsted K, Prah-Andersen B, Gundlach KK: A Eurocleft projeto 1996-2000: visão geral. *J Craniomaxillofac Surg* 29: 131-142, 2001.

As referências bibliográficas no texto, tabelas e legendas terão que ser identificadas por números árabes colocados entre parêntesis e sobrescritos. A numeração deverá corresponder a uma ordenação bibliográfica por ordem de citação no texto. Na lista de referências bibliográficas apenas deverão constar os artigos citados no texto e tabelas pela ordem de citação no texto.

## 7. TABELAS:

Todas as tabelas deverão ser referidas no texto.

Deverão ser numeradas com algarismos árabes, por ordem de citação no texto, e acompanhadas da respetiva legenda. A tabela deve ser tanto quanto possível explicativa por si só, sem recurso ao texto do artigo.

## 8. FIGURAS

As figuras deverão acompanhar o artigo em formato JPEG ou TIFF a 300 dpi.

Todas as figuras deverão ser citadas no texto e numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de citação.

Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, deverá ser identificada a fonte original e incluída nas referências bibliográficas.

Para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deverá ter autorização prévia dos detentores dos direitos, autor/editor. A referência de autorização deverá ser incluída no processo de submissão.

As legendas das figuras deverão ser apresentadas imediatamente a seguir à figura que descrevem.

Quando forem utilizados símbolos, setas, números ou letras para identificar partes de uma figura, estes deverão ser identificados e explicados claramente na legenda.

Deverá ser identificada a escala interna e o método de coloração nas fotografias de lâminas.

## 9. AGRADECIMENTOS

Deverão ser expressos a pessoas e/ou a Instituições que tenham permitido a efetivação ou prestado contribuição para o trabalho.

## FINANCIAMENTO

Os autores devem declarar a fonte de toda a ajuda financeira recebida.

## AUTORIA

Apenas aquelas pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho devem aparecer na lista de autores.

O tipo de participação no trabalho por cada autor deve ser indicado na carta de apresentação.

Todos os autores devem declarar que leram e aprovaram o manuscrito e que os requisitos de autoria foram cumpridos. A revista declina qualquer responsabilidade sobre eventuais conflitos decorrentes da autoria de artigos publicados.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores devem indicar na Carta de Apresentação quaisquer relações financeiras ou pessoais que possam ter tido ou possam ter, no momento da escrita ou publicação do artigo, com pessoas ou instituições, e que possam dar origem a um conflito de interesses.

O que é declarado aparece impresso na revista.

## REPRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Os autores são responsáveis pela obtenção de permissões apropriadas para reproduzir parcialmente material (texto, tabelas ou figuras) de outras publicações.

Os autores devem estar cientes de que, não revelar que o material submetido para publicação tenha sido total ou parcialmente publicado, é uma violação grave da ética científica.

Da mesma forma, autores que reproduzam no seu artigo material previamente publicado (texto, tabelas ou figuras) são responsáveis pela obtenção das permissões apropriadas para reproduzir esse material na revista.

