



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
UISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA EM CIÊNCIAS
MÉDICO-CIRÚRGICAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: João Rafael Pina dos Santos

Viseu, 2026



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
UISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA EM CIÊNCIAS
MÉDICO-CIRURGICAS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: João Rafael Pina dos Santos

Orientador: Profª Doutora Patrícia Sofia Soares Couto

Viseu, 2026

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Doutor André Ricardo Maia Correia, Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa

Arguente: Doutor Nélcio Jorge Veiga, Professor Associado da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Orientador: Doutora Patrícia Sofia Soares Couto, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Data das provas públicas: 17 / 07 / 2026

Classificação: 15 valores

Epígrafe:

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce.”

Fernando Pessoa

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, pilares da minha vida, por me ensinarem a nunca desistir mesmo quando tudo parece desmoronar e por serem um exemplo para mim;

Ao meu irmão por estar sempre presente nos momentos mais complicados da minha vida e por me ajudar a levantar sempre que caí.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Doutora Patrícia Couto, por todo o apoio, incentivo e confiança.

À minha tia e aos meus avós, por nunca desistirem de mim, por serem um exemplo para a vida e por me mostrarem que quando tudo está do avesso temos de seguir em frente.

À minha namorada, pela paciência, por ter estado sempre do meu lado durante esta fase da minha vida e por me mostrar que a vida tem outro sentido ao ser vivida com emoção e desfrutando cada momento.

Ao meu binómio, por me ter apoiado e ajudado nos momentos mais decisivos e difíceis e pelos momentos inesquecíveis que nunca serão esquecidos.

Aos meus amigos, por me apoiarem nos momentos difíceis e por todos os momentos marcantes que me farão lembrar da nossa amizade para sempre.

RESUMO

O presente Relatório de Atividade Clínica apresenta o percurso realizado no último ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, culminando a formação académica e clínica na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, em Viseu. O documento reúne a atividade clínica desenvolvida ao longo do ano letivo de 2025/2026, com especial foco na área médico-cirúrgica, mais concretamente em Medicina Oral, evidenciando a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento de competências essenciais para o exercício profissional.

A diversidade de pacientes observados e tratados proporcionou contacto com diferentes realidades clínicas, permitindo aprofundar competências de diagnóstico, planeamento e execução prática de procedimentos médico-dentários. A experiência em Medicina Oral foi particularmente enriquecedora, pelo contacto com lesões da mucosa oral, patologia das glândulas salivares, manifestações orais de doenças sistémicas e situações que exigiram raciocínio clínico diferenciado e diagnóstico histopatológico. A experiência clínica evidenciou a relevância de uma abordagem integrada e multidisciplinar, centrada nas necessidades específicas de cada paciente.

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente que a área médico-cirúrgica exige, para além da competência técnica, uma sólida capacidade de diagnóstico diferencial, pensamento crítico, responsabilidade ética e sensibilidade para gerir situações de maior complexidade clínica e emocional. A interação constante com os pacientes contribuiu para o desenvolvimento de uma visão mais abrangente da profissão, reforçando a importância da relação médico-dentista/paciente como elemento fundamental para o sucesso terapêutico.

Este relatório constitui, assim, não apenas o registo da atividade clínica desenvolvida, mas também o reflexo da evolução académica, científica, técnica e humana alcançada durante a formação pré-graduada, representando uma etapa determinante na transição para o exercício autónomo e responsável da Medicina Dentária.

Palavras-chave: Ciências Médico-Cirúrgicas; Medicina Oral; Lesões da Mucosa Oral; Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

This Clinical Activity Report presents the journey undertaken in the final year of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine, culminating in academic and clinical training at the University Dental Clinic of the Catholic University of Portugal, in Viseu. The document compiles the clinical activity developed throughout the 2025/2026 academic year, with a special focus on the medical-surgical area, more specifically in Oral Medicine, highlighting the practical application of acquired knowledge and the development of essential skills for professional practice.

The diversity of patients observed and treated provided contact with different clinical realities, allowing for the deepening of skills in diagnosis, planning, and practical execution of medical-dental procedures. The experience in Oral Medicine was particularly enriching, due to contact with lesions of the oral mucosa, salivary gland pathology, oral manifestations of systemic diseases, and situations that required differentiated clinical reasoning, histopathological diagnosis, and coordination with other medical specialties. The clinical experience highlighted the relevance of an integrated and multidisciplinary approach, centered on the specific needs of each patient.

Throughout this journey, it has become evident that the medical-surgical field demands, in addition to technical competence, a solid capacity for differential diagnosis, critical thinking, ethical responsibility, and sensitivity to manage situations of greater clinical and emotional complexity. Constant interaction with patients contributed to the development of a more comprehensive view of the profession, reinforcing the importance of the dentist/patient relationship as a fundamental element for therapeutic success.

This report thus constitutes not only a record of the clinical activity developed, but also a reflection of the academic, scientific, technical, and human evolution achieved during undergraduate training, representing a decisive step in the transition to the autonomous and responsible practice of Dentistry.

Keywords: Medical-Surgical Sciences; Oral Medicine; Oral Mucosal Lesions; Differential Diagnosis.

ÍNDICE GERAL:

RESUMO	12
ABSTRACT	14
1. PORTFÓLIO DIGITAL	18
1.1. APRESENTAÇÃO PESSOAL E REFLEXÃO INICIAL	18
1.2. ATIVIDADES CLÍNICAS DETALHADAS	20
Relatório 1- Código do paciente: 34046	20
Relatório 2- Código do paciente: 36654	34
Relatório 3- Código do paciente: 26184	43
Relatório 5- Código do paciente: 30542	56
Relatório 6- Código do paciente: 36696	64
Relatório 7- Código do paciente: 36628	71
1.3. REFLEXÃO FINAL	78
2. CASOS CLÍNICOS	80
2.1. Diagnóstico e abordagem clínica de uma mucocèle do lábio	80
Resumo	80
Background	80
Diagnóstico Diferencial	81
Caso Clínico e Tratamento	81
Resultado e Acompanhamento	83
Discussão	84
Conclusões	85
2.2. Diagnóstico e abordagem clínica de um papiloma escamoso na língua	87
Resumo	87
Background	87
Diagnóstico Diferencial	88
Caso Clínico e Tratamento	89
Resultado e Acompanhamento	91
Conclusões	94
2.3. Queratose oral com apresentação clínica sugestiva de leucoplasia	95
Resumo	95
Background	95
Diagnóstico Diferencial	97
Caso Clínico	97

Apresentação e Exame objetivo	97
Tratamento	98
Resultado e Acompanhamento	99
Discussão	100
Conclusões	101
3. BIBLIOGRAFIA	102

1. PORTFÓLIO DIGITAL

1.1. APRESENTAÇÃO PESSOAL E REFLEXÃO INICIAL

A medicina dentária constitui uma dimensão intrínseca da minha identidade desde a infância. Cresci num ambiente familiar onde esta área da saúde sempre esteve presente, e esse contacto constante foi moldando, de forma natural e progressiva, a minha visão sobre a profissão. A figura que mais me inspirou neste percurso foi o meu pai, o médico-dentista que mais admiro, e foi através da sua dedicação e paixão pela área que comecei a descobrir a complexidade fascinante da cavidade oral. Mais do que uma simples estrutura anatómica, a boca revelou-se aos meus olhos como um sistema dinâmico e intrinsecamente ligado à saúde geral do ser humano. Cedo percebi que patologias como a doença periodontal podem aumentar o risco de complicações cardiovasculares, e que a diabetes, por sua vez, não só agrava os problemas dentários como pode tornar-se mais difícil de controlar quando existem infeções orais mal geridas. Este entendimento precoce da interligação entre saúde oral e saúde sistémica foi determinante para a minha escolha vocacional.

Ao longo da formação, fui desenvolvendo um interesse cada vez mais genuíno pela compreensão das patologias orais, pela promoção da saúde e pela possibilidade de contribuir de forma direta para o bem-estar global dos pacientes. Fui percebendo que a medicina dentária vai muito além da estética, é um verdadeiro pilar da saúde geral, com implicações na mastigação, na nutrição, na fonética e mesmo na autoestima e nas relações interpessoais de quem tratamos.

A transição do pré-clínico para a Clínica Dentária Universitária foi, sem dúvida, um dos marcos mais significativos da minha formação. Confrontar a teoria com pacientes reais, com histórias de vida próprias, com receios, expectativas e necessidades concretas, foi simultaneamente desafiante e enormemente enriquecedor. Aprendi a lidar com situações de pressão, a tratar o paciente como um todo, a recolher e filtrar informação clínica relevante e, acima de tudo, a desenvolver a capacidade de tomar decisões fundamentadas com progressiva autonomia. O percurso clínico não foi linear. Houve consultas em que o tempo disponível revelou-se insuficiente para o planeamento delineado, situações em que foi necessário rever e reestruturar o plano de tratamento, e momentos em que reconheci, com algum desconforto, que poderia ter feito melhor. Curiosamente, foram precisamente estes

momentos que mais contribuíram para a minha evolução, obrigaram-me a parar, a pensar e a agir de forma diferente da vez seguinte.

Houve situações em que a consciência das minhas fragilidades técnicas se transformou numa motivação para estudar com mais profundidade, para discutir casos com colegas e docentes e para procurar estratégias concretas de melhoria. Aprendi que a formação em medicina dentária não se esgota na aquisição de técnicas, exige também humildade intelectual, capacidade de autoavaliação e abertura genuína à crítica construtiva. Ao longo das diferentes unidades curriculares clínicas, fui adquirindo competências em diversas áreas, e desenvolvi um gosto especial por cirurgia e medicina oral, domínios em que a relação entre a cavidade oral e a saúde sistémica se torna particularmente evidente e onde o raciocínio clínico estruturado e interdisciplinar é indispensável.

Para além das competências técnicas, o contacto direto com os pacientes foi também muito enriquecedor. Aprendi a identificar e respeitar os receios de cada pessoa, a comunicar de forma clara e empática, a gerir a ansiedade perante os tratamentos e a envolver os pacientes nas decisões sobre o seu próprio cuidado. Em muitos casos, observei como um tratamento bem conduzido, aliado a uma relação de confiança genuína, contribuiu para aumentar a autoestima e a confiança social dos doentes. Esta realidade reforçou em mim a convicção de que o médico-dentista não trata apenas problemas dentários, mas intervém também no bem-estar emocional e na qualidade de vida de quem o procura.

O portfólio que se segue procura, assim, ser um testemunho fiel deste percurso formativo. Mais do que um requisito académico, constitui para mim um instrumento de autoavaliação e de orientação profissional, que me ajuda a reconhecer tanto os progressos alcançados como os desafios que ainda tenho pela frente. Representa, portanto, não um ponto de chegada, mas uma etapa importante na construção de um percurso pautado pelo compromisso com a melhoria contínua, pela responsabilidade ética perante os pacientes e pela vontade de contribuir, com rigor e dedicação, para a promoção da saúde oral como componente essencial da saúde geral.

1.2. ATIVIDADES CLÍNICAS DETALHADAS

Relatório 1- Código do paciente: 34046

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

Consulta de rotina e dor no dente 14.

História Médica:

Medicação: Daflon;

É alérgico à penicilina.

História Dentária:

Endodontia dos dentes 15, 23, 36, 38, 45, 47 e 48;

PPF (ponte) dos dentes 36 ao 38 e do 45 ao 48;

Coroa unitárias nos dentes 15 e 23;

Restaurações.

2. Exames realizados

2.1.Exame extra-oral: análise fotográfica. Paciente com aparente biótipo mesofacial. Observa-se uma ligeira assimetria facial. Não se identificam cicatrizes, lesões cutâneas ou alterações patológicas aparentes.

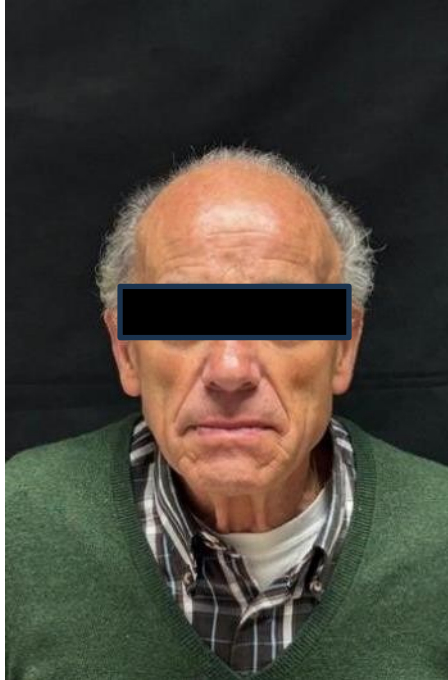


Fig. 1: Frontal em PIM

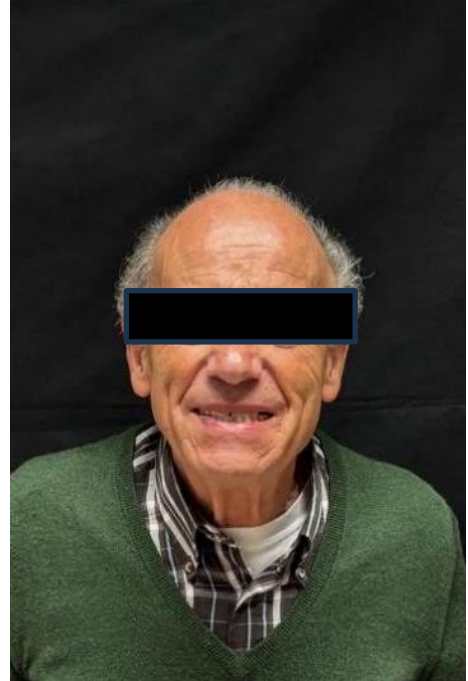


Fig. 2: Frontal em Sorriso



Fig. 3: Lateral Esquerda



Fig. 4: Lateral Direita

2.2. Exame intra-oral e análise fotográfica: Verifica-se um diastema entre os dentes 11 e 21, com ligeiro desvio da linha média dentária. A gengiva apresenta-se de coloração rósea, sem sinais evidentes de inflamação generalizada. Não se identificam lesões da mucosa oral, alterações de coloração ou ulcerações.



Fig. 5: Frontal em PIM



Fig. 6: Lateral Esquerda



Fig. 7: Lateral Direita



Fig. 8: Oclusal Maxilar



Fig. 9: Oclusal Mandibular

2.3. Ortopantomografia e Odontograma



Fig. 10: Ortopantomografia. Radiograficamente, observa-se uma dentição com várias reabilitações e tratamentos endodônticos, bem como ausência de alguns dentes posteriores. Verifica-se ainda uma perda óssea alveolar, mais evidente nas regiões posteriores.

Observa-se, igualmente, uma imagem radiopaca lobulada (assintomática/achado de rotina), localizada na região do ângulo mandibular direito, aparentemente extraóssea, sendo a principal hipótese diagnóstica um gânglio linfático calcificado. Recomendamos ao paciente a realização de CBCT para confirmação da localização anatômica e posterior diagnóstico diferencial.

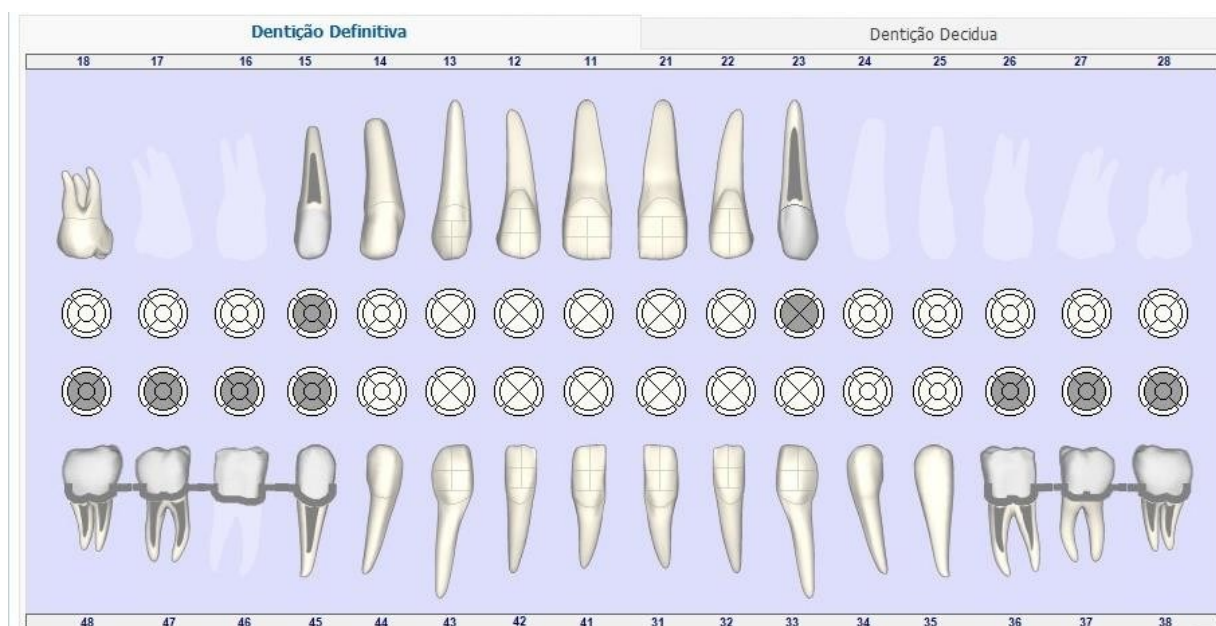


Fig. 11: Odontograma: O odontograma revela uma dentição com múltiplos tratamentos endodônticos prévios, nomeadamente nos dentes 15, 23, 36, 38, 45, 47 e 48. No que respeita à reabilitação protética fixa, observam-se coroas unitárias nos dentes 15 e 23, bem como próteses parciais fixas (pontes) no sector posterior inferior, do dente 36 ao 38 e do dente 45 ao 48.

3. Classificação da desdentação:

Maxila	Classe Kennedy II mod. 1 Classificação ACP II
Mandíbula	Classe Kennedy III Classificação ACP II

4. Registo dos procedimentos:

O paciente veio à consulta na Clínica Dentária Universitária por rotina e pela presença de dor no dente 14. Foi realizada uma anamnese detalhada, fotografias intra e extra-orais, preenchimento do odontograma e radiografia panorâmica. Definimos um plano de tratamento para todas as necessidades intra-orais do paciente. Foram utilizados

os seguintes materiais/instrumentos: Kit de observação (espelho, sonda periodontal/sonda exploratória e pinça); compressas esterilizadas e câmara fotográfica.

5. Plano de tratamento:

Endodontia do dente 14;

Colocação de uma coroa unitária no dente 14;

Reabilitação da arcada superior com uma PPR esquelética;

CBCT para avaliação e confirmação diagnóstica do achado radiográfico.

6. Procedimentos subsequentes:

O paciente foi agendado para endodontia do dente 14.

Procedeu-se à abertura de um dente com 2 canais e lesão de cárie extensa, classe II distal (Fig.12). Removemos a cárie e abrimos a câmara pulpar com uma broca endo-z. Perante o comprometimento da parede distal após remoção do tecido cariado, procedeu-se à sua restauração. Para proteção dos canais radiculares, introduziram-se limas K envoltas em fita de teflon nos canais, impedindo a infiltração de material para dentro do canal. Foi mantida uma cavidade de acesso coronário para a sessão endodôntica seguinte. A câmara pulpar foi protegida com algodão estéril e selada provisoriamente com MTA, tendo o paciente sido reagendado para a semana seguinte.

Na consulta seguinte, iniciou-se a fase de instrumentação com recurso ao localizador apical eletrónico, que permitiu determinar com maior precisão o comprimento real dos canais radiculares, minimizando a exposição radiográfica. Foram estabelecidos os seguintes parâmetros: o comprimento aparente do dente (CAD) que foi 22,71 mm; o comprimento de trabalho (CT) que foi 19,5 mm e neste caso a lima de recapitulação (LAM) foi a K25. A instrumentação foi realizada segundo uma técnica *step-back*, com início na lima K10, progredindo sequencialmente até à lima de recapitulação (LAM), que neste caso foi a lima K 25 (Fig. 13). Prosseguiu-se com o alargamento progressivo

até à lima K50. Antes da colocação, quer da LAM, quer de uma lima nova nos canais, irrigávamos com hipoclorito de sódio (NaOCl), solução com comprovadas propriedades antimicrobianas e de dissolução de tecido orgânico residual. Fizemos uma restauração provisória com Duotemp e agendámos o paciente para a consulta seguinte.

Na terceira consulta, após confirmação radiográfica do cone mestre, que identificámos que era o cone 25 para ambos os canais (Fig. 14), procedeu-se à obturação pelo método de condensação lateral. Foi utilizado o cimento endodôntico AH Plus como agente selador, pela sua reconhecida biocompatibilidade, baixa solubilidade e excelente capacidade de selamento apical.

A técnica consistiu na colocação do cone mestre ao comprimento de trabalho, seguida da introdução sucessiva de cones acessórios de calibre progressivamente inferior, intercalados com movimentos de condensação, até ao preenchimento do canal. Complementarmente, realizou-se compactação vertical com plugger, promovendo uma adaptação mais homogênea da gutta-percha.

A termosecção dos cones foi efetuada com a ponta de um plugger aquecido com a chama de uma lamparina (Fig. 15).

Finalmente, foi feita a respetiva restauração final com compósito A3, seguida de um polimento e acabamento com a ajuda do contra-ângulo.



Fig. 12: Rx Inicial



Fig. 13: Rx Comprimento de trabalho



Fig. 14: Rx Conometria



Fig. 15: Rx Final

Relatório 2- Código do paciente: 36654

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

Reabilitação fixa dos dentes 25 e 26.

História Médica:

Medicação: Clazi (30 mg), metformina (1000 mg/2x dia) e paroxetina;

Diabetes *mellitus* tipo 2;

Escova 1x/dia.

História Dentária:

Restaurações;

Endodontia: 25.

2. Exames realizados

2.1 Exame extra-oral: análise fotográfica. O paciente apresenta um biótipo facial aparentemente mesofacial. Observa-se assimetria facial, sem significado patológico aparente. Não se identificam cicatrizes, lesões cutâneas, edema ou outras alterações extraorais relevantes.

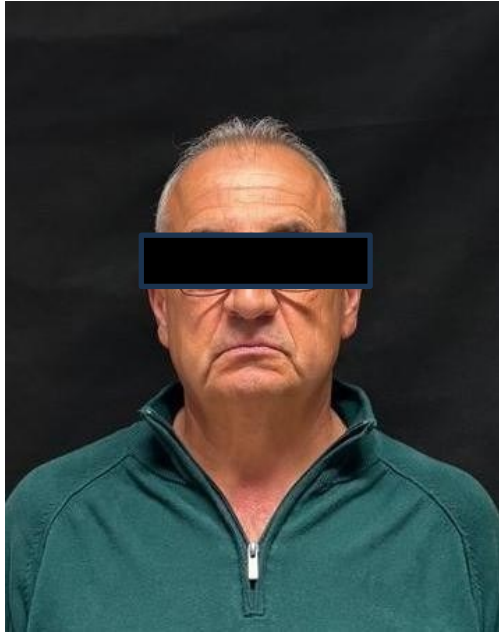


Fig. 1: Frontal em PIM

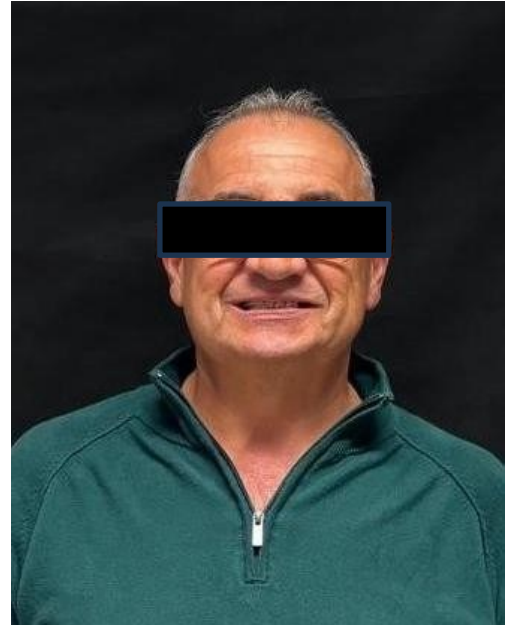


Fig. 2: Frontal em Sorriso



Fig. 3: Lateral Esquerda

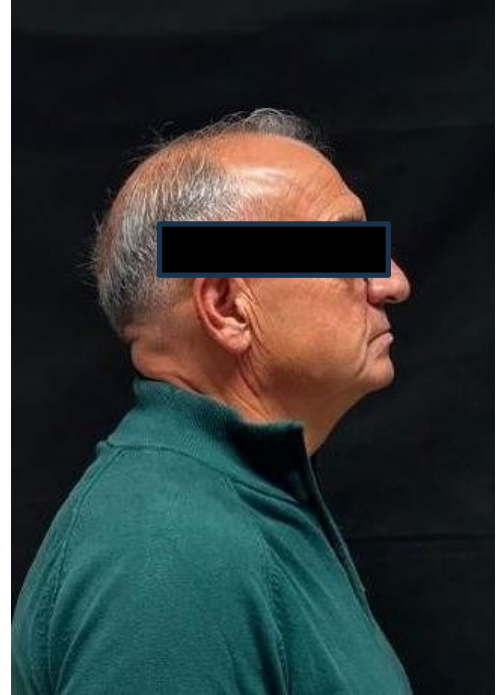


Fig. 4: Lateral Direita

2.2 Exame intra-oral e análise fotográfica: Observa-se um elevado desgaste dentário das superfícies oclusais/palatinas e restaurações a amálgama nos setores posteriores.



Fig. 5: Frontal em PIM



Fig. 6: Lateral Esquerda



Fig. 7: Lateral Direita



Fig. 8: Oclusal Maxilar

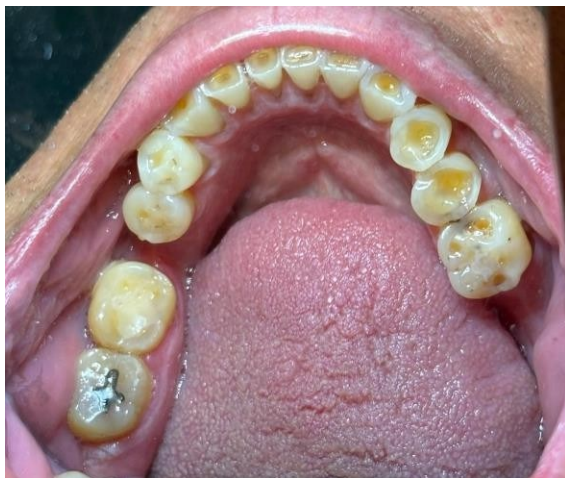


Fig. 9: Oclusal Mandibular

2.3. Ortopantomografia e Odontograma



Fig. 10: Ortopantomografia. Nesta radiografia conseguimos observar alguns espaços edêntulos, os dentes superiores anteriores com desgaste coronário extenso

e restaurações a amálgama nos dentes posteriores.

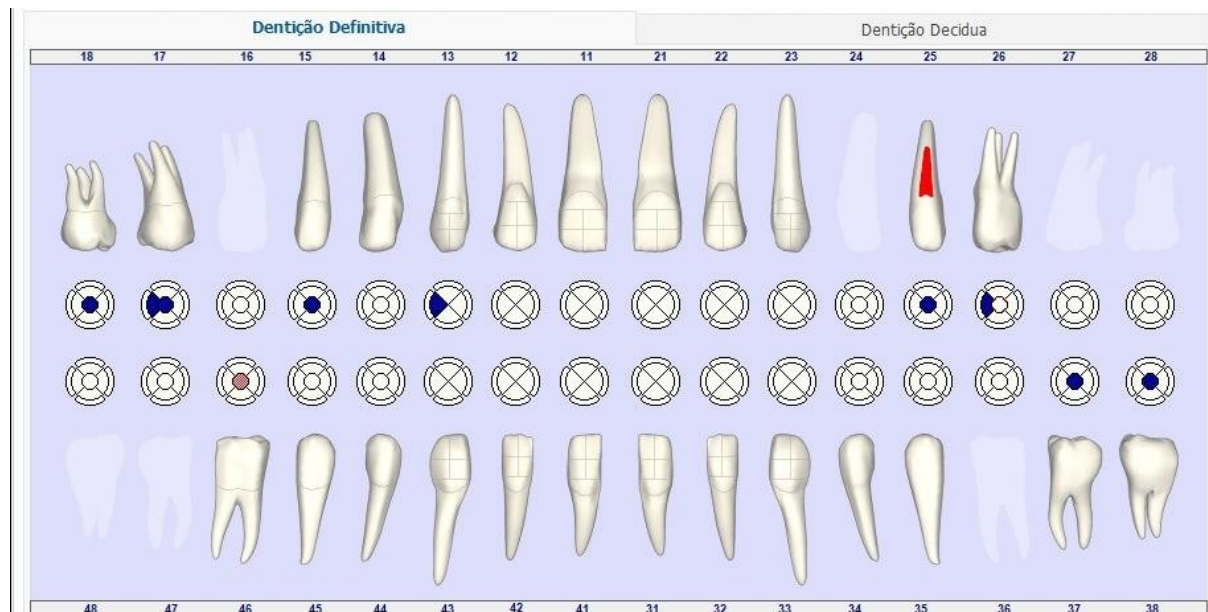
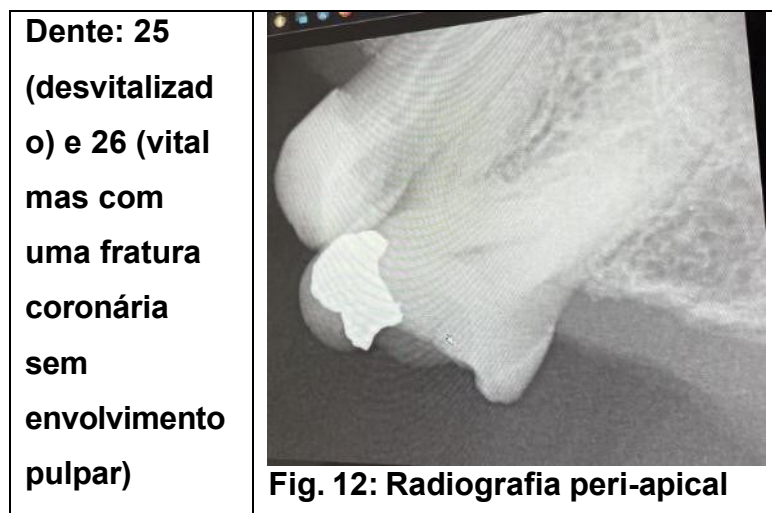


Fig. 11: Odontograma. Constata-se a presença de restaurações nos dentes 13, 15, 17, 18, 25, 26, 37 e 38. O dente 25 apresenta tratamento endodôntico realizado. Há ainda uma lesão de cárie no dente 46, e diversos desgastes dentários generalizados.

2.4. Periapical dos dentes associados ao motivo da consulta do paciente



3. Classificação da desdentação:

Maxila	Classe Kennedy II mod. 1 Classificação ACP II
Mandíbula	Classe Kennedy II mod. 1 Classificação ACP II

4. Análise de modelos



Fig. 13: Modelos Frontal



Fig. 14: Modelos Lateral Esquerda



Fig. 15: Modelos Lateral Direita

5. Plano de tratamento:

Exodontia do dente 38;

Realizar coroas nos dentes 25 e 26;

Remover a cárie do dente 46;

Reabilitar espaços edêntulos;

Confeção de aparelho de interposição maxilar para microrelaxamento.

6. Procedimentos subsequentes:

Tratamento 1 – Exodontia do dente 38:

Iniciou-se o procedimento com o bloqueio do nervo alveolar inferior pela técnica troncular mandibular, com anestesia concomitante do nervo lingual, complementado

por bloqueio do nervo bucal longo, utilizando lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. A escolha deste anestésico com vasoconstritor justifica-se pelo rápido início de ação, pela duração suficiente para a realização do procedimento e pela redução da hemorragia local, melhorando a visibilidade do campo cirúrgico.

Confirmada a eficácia anestésica, realizou-se a sindesmotomia circunferencial para desinserção das fibras do ligamento periodontal. Seguiu-se a luxação com alavanca reta, com apoio na crista óssea mesial, através de movimentos progressivos e controlados que promovem a expansão do osso alveolar e a rutura do ligamento periodontal remanescente. Optou-se pela técnica fechada, por se tratar de um dente completamente erupcionado e sem morfologia radicular complexa, o que permite uma abordagem menos invasiva e uma recuperação pós-operatória mais favorável. A avulsão foi concluída com boticão de molares inferiores, com movimentos de expansão vestibulo-lingual até à remoção do dente, sempre protegendo a cortical óssea vestibular e lingual com os dedos.

Procedeu-se à curetagem cuidadosa do alvéolo com a cureta de Lucas, removendo tecido de granulação e detritos, de forma a criar um ambiente propício à formação do coágulo sanguíneo e prevenir complicações como a alveolite seca. O encerramento foi realizado com sutura em ponto cruzado com fio de seda 3/0, permitindo boa coaptação dos bordos e estabilização do coágulo, com remoção prevista entre o 7.º e o 10.º dia pós-operatório. O prognóstico é favorável, com cicatrização esperada sem intercorrências, condicionada ao cumprimento das instruções pós-operatórias pelo paciente.

No final do procedimento, foram realizadas fotografias ao dente (Fig. 16, 17 e 18).



Fig. 16: Vista oclusal



Fig. 17: Vista Lingual



Fig. 18: Vista vestibular

Tratamento 2 – Confeção de Coroas Provisórias nos Dentes 25 e 26:

Antes de iniciar o desgaste dentário, realizaram-se fotografias intra-orais e uma impressão em silicone Putty dos dentes 25 e 26, que serviu como guia para a confecção das coroas provisórias e para verificação contínua das reduções obtidas ao longo da preparação (Fig. 19).

A preparação dentária foi realizada tendo em conta os princípios biomecânicos fundamentais da prótese fixa. A redução oclusal executada de aproximadamente 1,5 a 2 mm visa garantir espaço protético suficiente para o material restaurador sem

comprometer a resistência estrutural da coroa. A redução axial, de cerca de 1 a 1,5 mm, foi realizada de forma uniforme em todas as faces, respeitando a convergência das paredes axiais entre si (ângulo de convergência total ideal entre 6° e 10°), de forma a assegurar a retenção e a estabilidade da futura restauração. A linha de acabamento cervical foi definida em chanfro, permitindo uma transição marginal precisa e biologicamente compatível, e posicionada de forma a respeitar a largura biológica do periodonto. O paralelismo entre os dois preparos foi verificado e garantido, sendo determinante para a correta trajetória de inserção da futura prótese parcial fixa.

Após a preparação, realizou-se o rebasamento das coroas provisórias com resina TAB, melhorando a adaptação marginal e a reprodução fiel da anatomia preparada. As coroas provisórias desempenham um papel fundamental nesta fase: além de protegerem os preparos, permitem avaliar a oclusão, a estética e a resposta periodontal antes da confecção das coroas definitivas. Os acabamentos foram realizados com broca de acrílico em peça de mão, seguidos de cimentação provisória com TempBond, com remoção cuidadosa de todos os excessos, de forma a não comprometer o estado periodontal (Fig. 20 e 21).



Fig. 19: Dente antes do desgaste.



Fig. 20: Dentes com a coroa



Fig. 21: Vista oclusal dos dentes com as coroas.

Relatório 3- Código do paciente: 26184

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

Exodontia dos dentes 18 e 17.

História Médica:

Medicação: Lixiana;

Tem arritmia, hipertensão (controlada) e doença renal;

Escova 1x/dia.

História Dentária:

Restaurações;

Exodontias;

Endodontia;

PPF (ponte) dos dentes 23 a 25.

2. Exames realizados

2.1 Exame extra-oral: análise fotográfica. A paciente apresenta um biótipo facial aparentemente mesofacial e um perfil facial tendencialmente reto. Não se identificam lesões cutâneas, edema ou outras alterações extraorais relevantes.



Fig. 1: Frontal em PIM



Fig. 2: Frontal em Sorriso



Fig. 3: Lateral Esquerda



Fig. 4: Lateral Direita

2.2. Exame intra-oral e análise fotográfica. Destaca-se uma edentação no setor posterior direito da maxila e, bilateralmente, no sector posterior da mandíbula. Não se identificam lesões da mucosa oral de relevo patológico.



Fig. 5: Frontal em PIM



Fig. 6: Lateral Esquerda



Fig. 7: Lateral Direita



Fig. 8: Oclusal Maxilar



Fig. 9: Oclusal Mandibular

2.3. Ortopantomografia e Odontograma

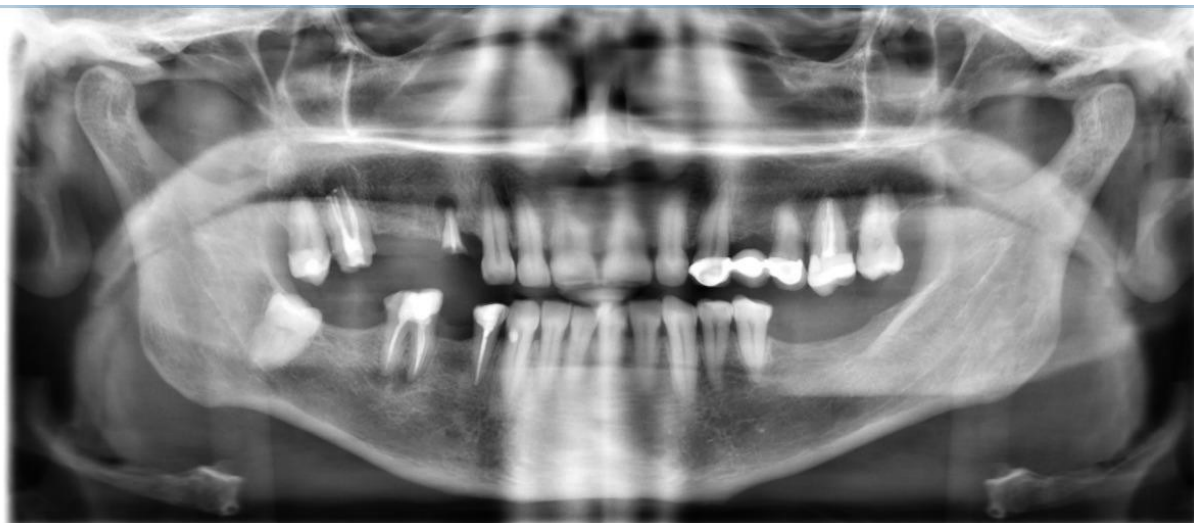


Fig. 10: Ortopantomografia. Na radiografia panorâmica observa-se um resto radicular na região do dente 14, previamente endodunciado. Identifica-se uma reabilitação fixa tipo ponte entre os dentes 23 e 25, bem adaptada, bem como tratamentos endodônticos nos dentes 17, 26, 44 e 46. O dente 48 apresenta-se incluído, achado frequente em panorâmicas e que deve ser acompanhado para prevenir complicações locais.

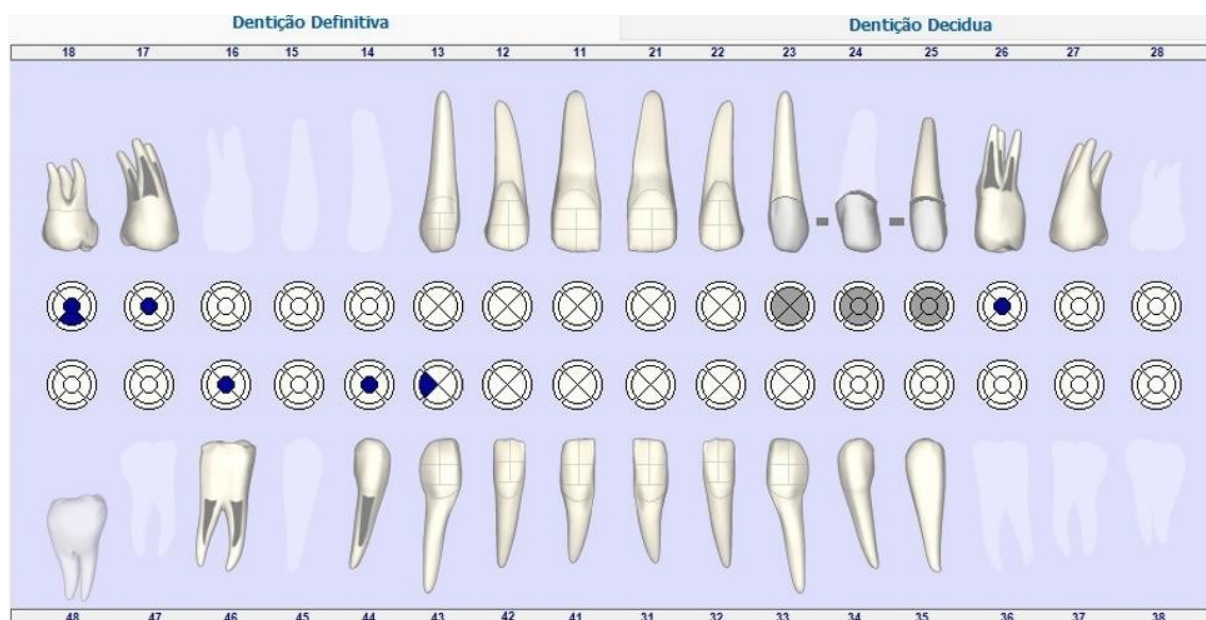


Fig. 11: Odontograma. No odontograma, constata-se a ausência de alguns dentes, com reabilitação protética fixa já realizada sob a forma de ponte nos dentes 23 a 25, constituindo uma solução reabilitadora que restaura a função mastigatória e a estética. Identificam-se ainda restaurações nos dentes 17, 18, 26, 43, 44 e 46. Os dentes

17, 26, 44 e 46 apresentam tratamento endodôntico realizado.

2.4. Raio-x periapical

Dente: 18 (vital e restaurado) e 17 (endodonciado e com um preparo para coroa)



Fig. 12: Radiografia peri-apical

3. Classificação da desdentação:

Maxila	Classe Kennedy III mod. 1 Classificação ACP II
Mandíbula	Classe Kennedy III Classificação ACP II

4. Plano de tratamento:

1ª proposta: Exodontia dos dentes 18, 17 e 46; Cirurgia para a colocação de 5 implantes (2 no 1º quadrante; 1 no 4º quadrante; 2 no 3º quadrante); Coroas aparafusadas sobre 5 implantes (com ponte no 1º quadrante).

2ª proposta: Exodontia do dente 17; Cirurgia para a colocação de 2 implantes e 3 coroas (ponte) no 1º quadrante.

5. Procedimentos subsequentes:

Para a realização das exodontias dos dentes 17 e 18, optou-se por anestésiar com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000. Procedeu-se ao bloqueio do nervo alveolar superior posterior e do nervo palatino maior. Esta combinação garante a anestesia completa da zona cirúrgica, tanto pela vertente vestibular como palatina.

Confirmada a eficácia anestésica, iniciou-se a sindesmotomia circunferencial, desinserindo as fibras do ligamento periodontal e protegendo os tecidos moles adjacentes. Optou-se pela técnica fechada, dado que ambos os dentes se encontravam completamente erupcionados e sem alterações imagiológicas que contraindicassem esta abordagem menos invasiva e com melhor recuperação pós-operatória. Prosseguiu-se para a luxação com alavanca, através de movimentos progressivos e controlados, seguida de avulsão com boticão de molares superiores, com movimentos de expansão vestibulo-palatina até à extração dos dois dentes, sempre protegendo as tábulas ósseas vestibular e palatina.

Seguiu-se a curetagem minuciosa de ambos os alvéolos com uma cureta de Lucas e encerramento com dois pontos cruzados com fio de seda 3/0, com remoção prevista entre o 7.º e o 10.º dia (Fig. 13 e 14). Por fim, foram tiradas fotografias do dente extraído (Fig. 15 e 16).



Fig. 13: Dentes Extraídos



Fig. 14: Sutura



Fig. 15: Dente 18



Fig. 16: Dente 17

Relatório 4- Código do paciente: 34235

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

Consulta de destarização.

História Médica:

Hipertensão arterial.

Medicação: Aspirina GR 100 mg, Perindopril 8 mg, Indapamida

História Dentária:

Restaurações;

Exodontia das peças dentárias da arcada superior;

Prótese removível superior;

Escova 1x/dia sem o uso do fio dentário.

2. Exames realizados

2.1. Exame extra-oral: análise fotográfica. O paciente apresenta um biótipo facial aparentemente mesofacial e simetria facial globalmente preservada. O perfil facial aparenta ser ligeiramente convexo. Os lábios são competentes em repouso, sem necessidade aparente de esforço muscular para o selamento labial. Não se identificam cicatrizes, lesões cutâneas ou outras alterações extraorais relevantes.

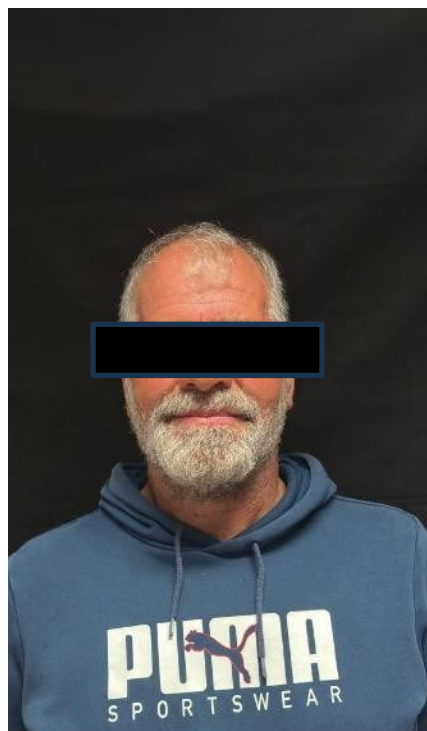


Fig. 1: Frontal em PIM

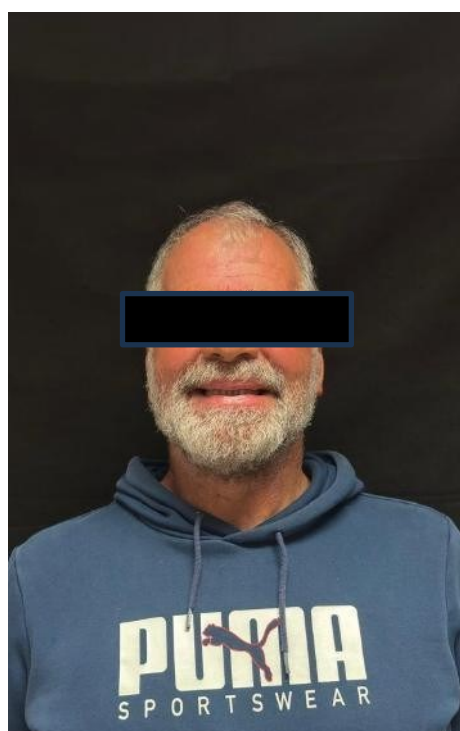


Fig. 2: Frontal em Sorriso



Fig. 3: Lateral Esquerda



Fig. 4: Lateral Direita

2.2.Exame intra-oral e análise fotográfica Paciente desdentado total superior e parcial inferior. Verificam-se recessões gengivais, sobretudo na arcada inferior e presença acentuada de cálculos por lingual dos incisivos inferiores. Não se identificam sinais de estomatite protética. O paciente apresenta um fibroma traumático no terço anterior da língua (Fig.9).



Fig. 5: Frontal em PIM



Fig. 6: Lateral Direita



Fig. 7: Lateral Esquerda



Fig. 8: Oclusal Maxilar



Fig. 9: Oclusal Mandibular

2.3. Ortopantomografia e Odontograma



Fig. 10: Ortopantomografia. Observa-se edentulismo total da maxila e espaços edêntulos na mandíbula, com uma perda óssea generalizada, indicativo de doença periodontal. O dente 43 encontra-se rodado.



Fig. 11: Odontograma. Verifica-se que o paciente é desdentado total na maxila.

Na mandíbula observa-se presença de recessões gengivais dos dentes 35 a 45, com um maior risco de hipersensibilidade e acúmulo de biofilme. Identifica-se ainda uma restauração no dente 37 e 47.

3. Plano de tratamento:

Destartarização mandibular.

Realização de prótese parcial removível inferior.

Exérese cirúrgica de lesão compatível com fibroma traumático da língua.

4. Procedimentos subsequentes:

O paciente compareceu à consulta da área médico-cirúrgica para avaliação periodontal completa. Após a realização do Periochart (Fig. 12), estabeleceu-se o diagnóstico de periodontite Estágio III Grau B. Procedeu-se então à terapêutica periodontal não cirúrgica, com remoção dos cálculos supragengivais e subgengivais com pontas ultrassônicas, seguida de raspagem e alisamento radicular com curetas Gracey, medida reconhecida como eficaz na redução de profundidade de sondagem e inflamação gengival em estádios avançados de periodontite. No final da sessão foram registradas fotografias intraorais de controlo (Fig. 13–16).

Atendendo ao facto de o paciente apresentar elevado risco de progressão da doença, foi agendado controlo periodontal em 3 meses (Fig. 17), intervalo recomendado para doentes de alto risco, com o objetivo de monitorizar a resposta ao tratamento, reforçar a motivação para higiene oral e prevenir nova atividade da doença.

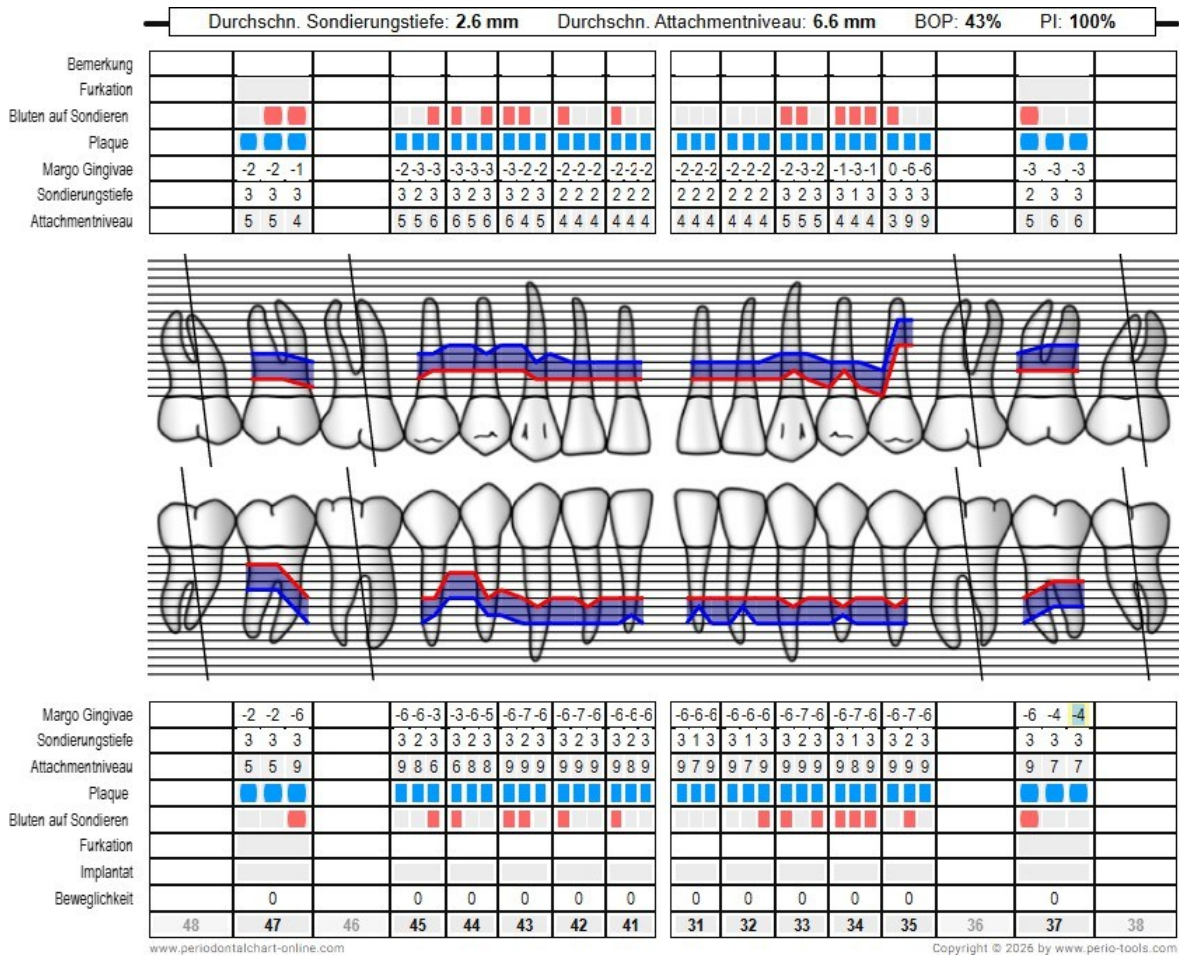


Fig. 12: Periochart



Fig. 13: Frontal em PIM



Fig. 14: Lateral Direita



Fig. 15: Lateral Esquerda



Fig. 16: Oclusal Mandibular

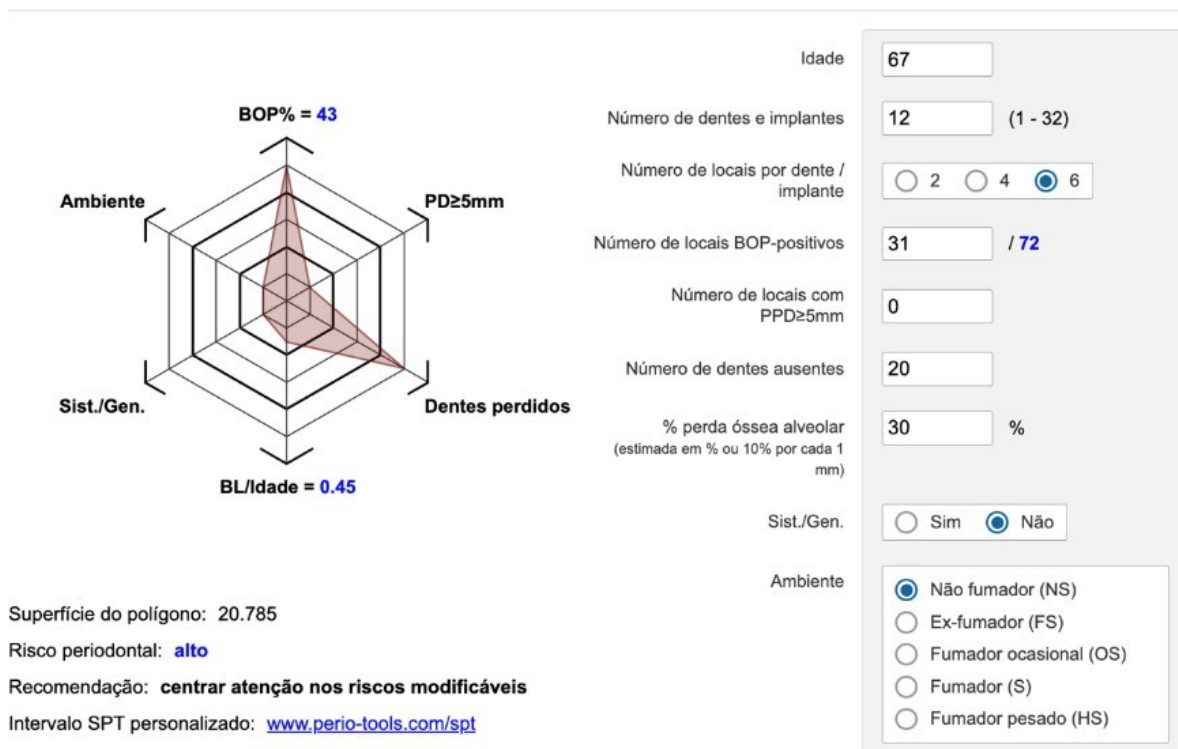


Fig. 17: Risco periodontal alto

Relatório 5- Código do paciente: 30542

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

Consulta de rotina.

História Médica:

Medicação: Minigest;

Na família há casos de cancro;

Escova os dentes 2x/dia e usa fio dentário.

História Dentária:

Restaurações nos dentes;

Endodontia nos dentes 36 e 46;

Exodontias.

2. Exames realizados

2.1. Exame extra-oral: análise fotográfica. A paciente apresenta um biótipo facial aparentemente mesofacial e perfil ligeiramente convexo. Os lábios apresentam-se competentes em repouso, sem necessidade de esforço muscular ativo para o selamento labial. Na fotografia em sorriso observa-se uma linha do sorriso alta, com exposição completa dos dentes anteriores superiores. Não se identificam cicatrizes, edemas, assimetrias funcionais ou lesões cutâneas de caráter patológico.



Fig. 1: Frontal em PIM



Fig. 2: Frontal em sorriso



Fig. 3: Lateral Esquerda

2.2. Exame intra-oral e análise fotográfica: A análise intraoral mostra uma oclusão de Classe I de Angle, com alinhamento dentário globalmente adequado e boa intercuspidação posterior. Observa-se gengiva de aspeto saudável, sem sinais marcados de eritema ou edema, compatível com controlo de placa razoável. Não se evidenciam lesões da mucosa.



Fig. 4: Frontal em PIM



Fig. 5: Lateral Direita



Fig. 6: Lateral Esquerda



Fig. 7: Oclusal Maxilar



Fig. 8: Oclusal Mandibular

2.3. Ortopantomografia e Odontograma



Fig.9: Ortopantomografia. Na radiografia panorâmica observa-se uma dentição praticamente completa, com múltiplas restaurações nos dentes 14 a 17, 25 a 27, 35 a 37 e 46, o que traduz um historial de tratamento restaurador extenso. Os dentes 36 e 46 apresentam tratamentos endodônticos. O osso alveolar mostra-se globalmente

preservado, sem áreas de perda óssea severa ou lesões ósseas circunscritas aparentes.

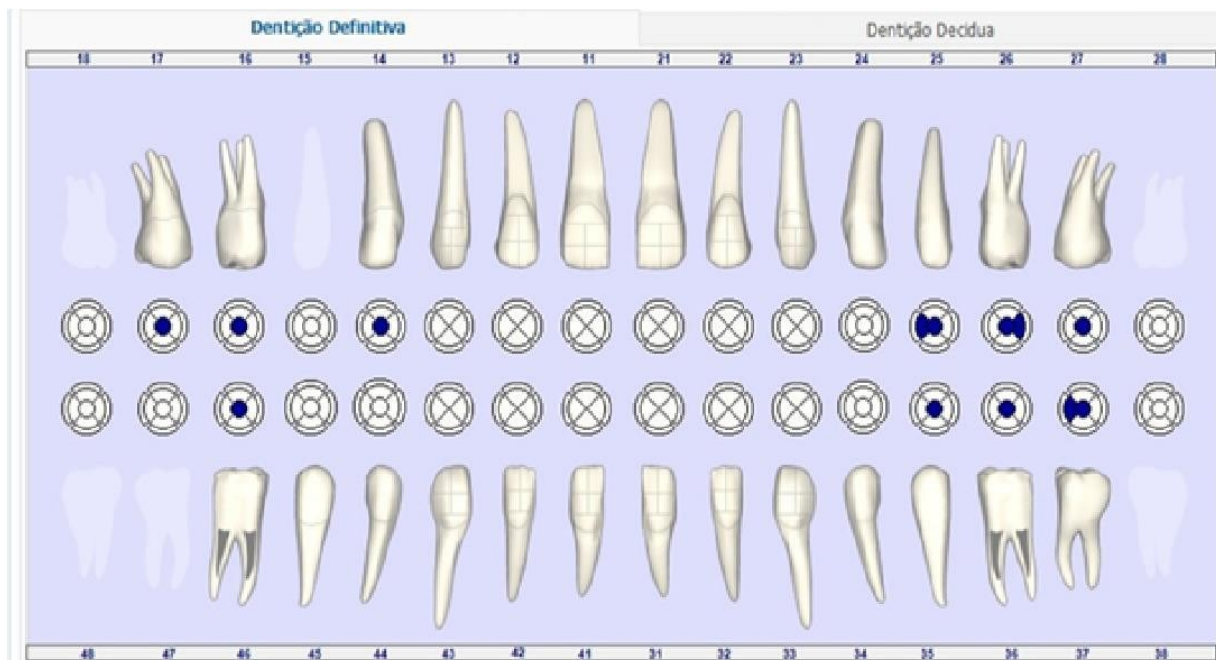


Fig. 10: Odontograma. No odontograma identificam-se múltiplas restaurações em dentes anteriores e posteriores, como é o caso dos dentes: 14 a 17, 25 a 27, 35 a 37 e 46, refletindo um historial importante de lesões de cárie tratadas e de acompanhamento dentário regular. Observa-se ainda que os dentes 36 e 46 apresentam tratamentos endodônticos concluídos, o que indica episódios prévios de comprometimento pulpar, atualmente estabilizados, mas que justificam vigilância clínica e radiográfica periódica.

3. Plano de tratamento:

Destartarização bimaxilar

4. Procedimentos subsequentes:

A paciente compareceu à consulta da área médico-cirúrgica para avaliação periodontal. Após a realização do Periochart (Fig. 11), com registo dos índices clínicos de sondagem e hemorragia, e com o auxílio do revelador de placa para objetivar a distribuição e quantidade de biofilme supragengival, foi estabelecido o diagnóstico de

saúde periodontal em periodonto íntegro, seguida de fotografias intra-orais com o revelador (Fig. 12 – 14).

Procedeu-se à remoção mecânica do biofilme e dos depósitos calcificados supragengivais com pontas ultrassónicas, obtendo uma destartarização eficaz e minimamente traumática para os tecidos periodontais circundantes. A paciente recebeu instruções individualizadas de higiene oral, com reforço das técnicas de escovagem e uso de meios de higiene interdentária.

Dado o diagnóstico de gengivite sem comprometimento periodontal instalado, considerando o bom prognóstico associado a este estadio e o risco periodontal baixo (Fig. 15), foi agendado um controlo de manutenção em 6 meses, com destartarização bimaxilar, intervalo adequado para um doente com periodonto saudável, mas com historial de acúmulo de placa bacteriana.

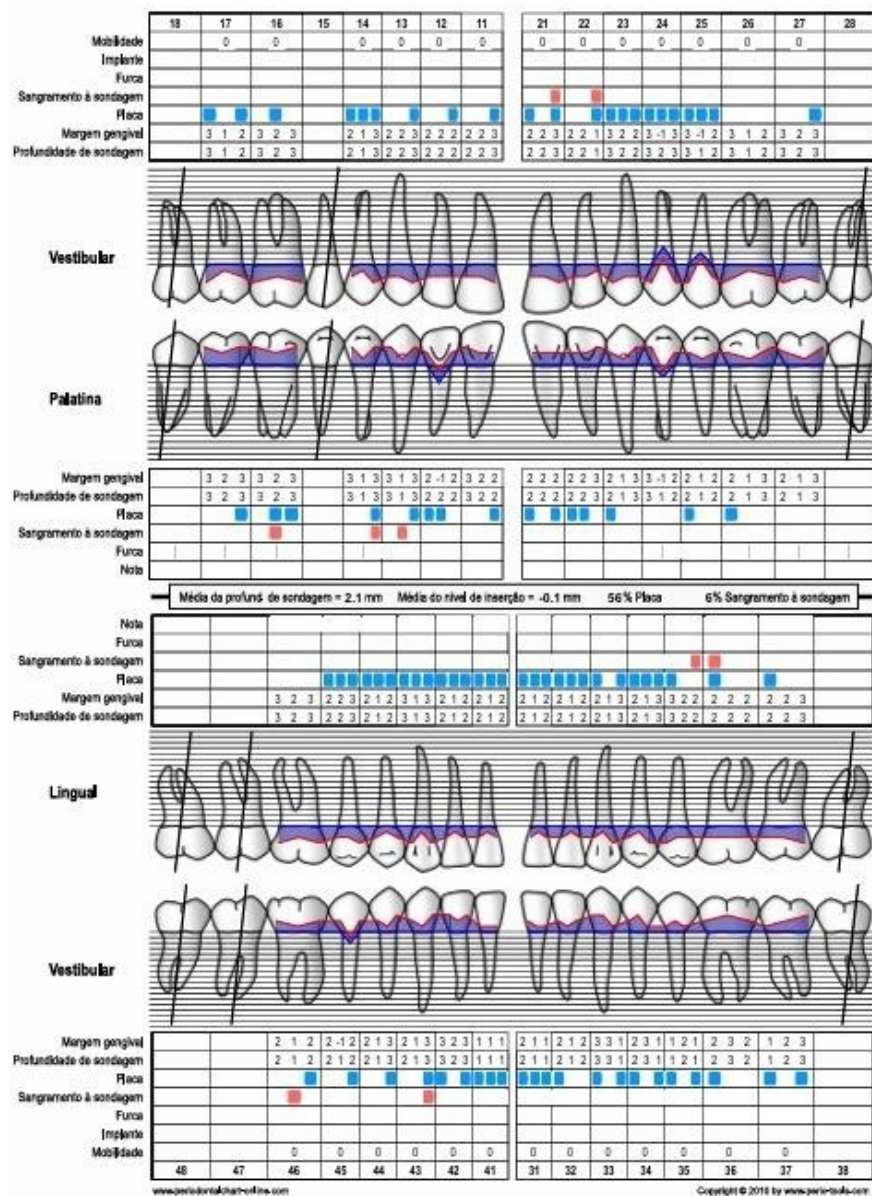


Fig.11 Periochart.



Fig. 12: Frontal em PIM C/ Revelador

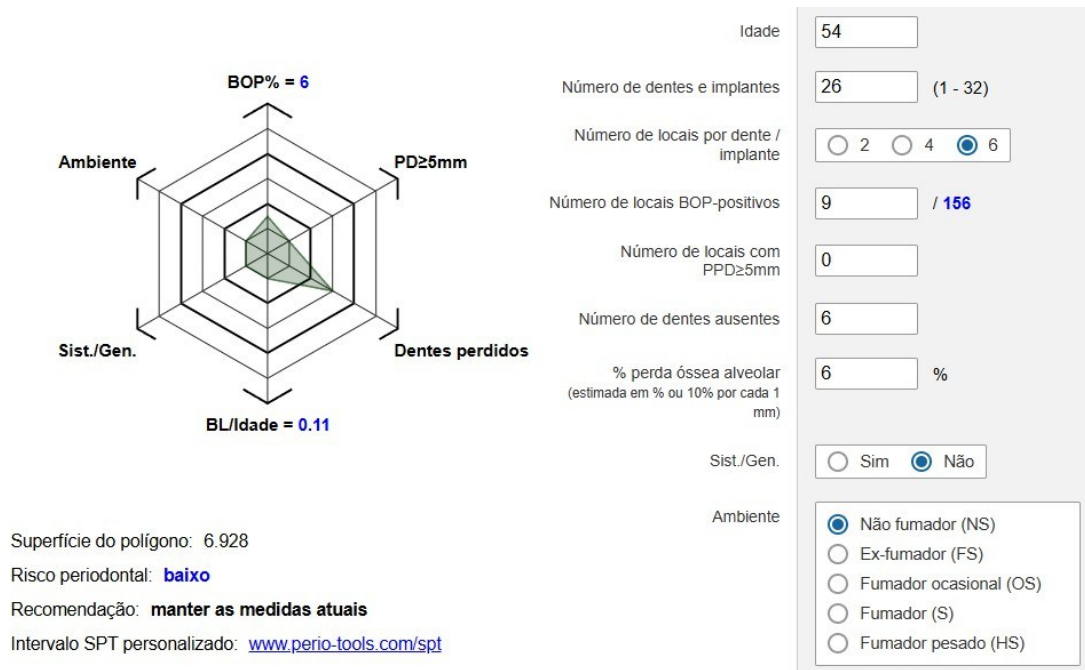


Fig. 13: Lateral Direita C/
Revelador



Fig. 14: Lateral Esquerda C/

Revelador



www.perio-tools.com/pr

Copyright © 2026 por www.perio-tools.com

Fig. 15: Risco Periodontal Baixo

Relatório 6- Código do paciente: 36696

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

A paciente veio à consulta porque tinha uma lesão no lábio inferior, com aspeto translúcido e que não diminuía de tamanho.

História Médica:

Na família há casos de doença oncológica, patologia cardíaca e alergias;
Faz hematomas com muita facilidade.

História Dentária:

Escova os dentes 2x/dia e usa fio dentário;
Destartarizações e restauração dos dentes 12 e 22.

2. Exames realizados

2.1. Exame intra-oral: registro fotográfico A paciente apresenta uma dentição com alinhamento globalmente adequado, oclusão de Classe I de Angle e gengiva sem sinais evidentes de inflamação ativa.

Na mucosa labial inferior identificou-se um aumento de volume, de superfície lisa, consistência flutuante e coloração azulada-translúcida, compatível com mucocele por extravasamento, a forma mais prevalente desta entidade, resultante da ruptura traumática do ducto de uma glândula salivar menor com acumulação de mucina no tecido conjuntivo. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica com remoção das glândulas adjacentes, de modo a minimizar o risco de recidiva.



Fig. 1: Frontal em PIM



Fig. 2: Lateral Esquerda



Fig. 3: Lateral Direita



Fig. 4: Oclusal Maxilar



Fig. 5: Oclusal Mandibular



Fig. 6: Lesão do lábio inferior compatível com uma mucocele.

2.2. Ortopantomografia e Odontograma



Fig. 7: Ortopantomografia. Verifica-se a presença do dente 18 incluído. O osso alveolar apresenta níveis de crista óssea conservados, sem evidência de perda óssea horizontal ou vertical significativa, o que é compatível com um periodonto sem comprometimento. Não se observam lesões periapicais, radiolucências circunscritas ou calcificações de relevo patológico.

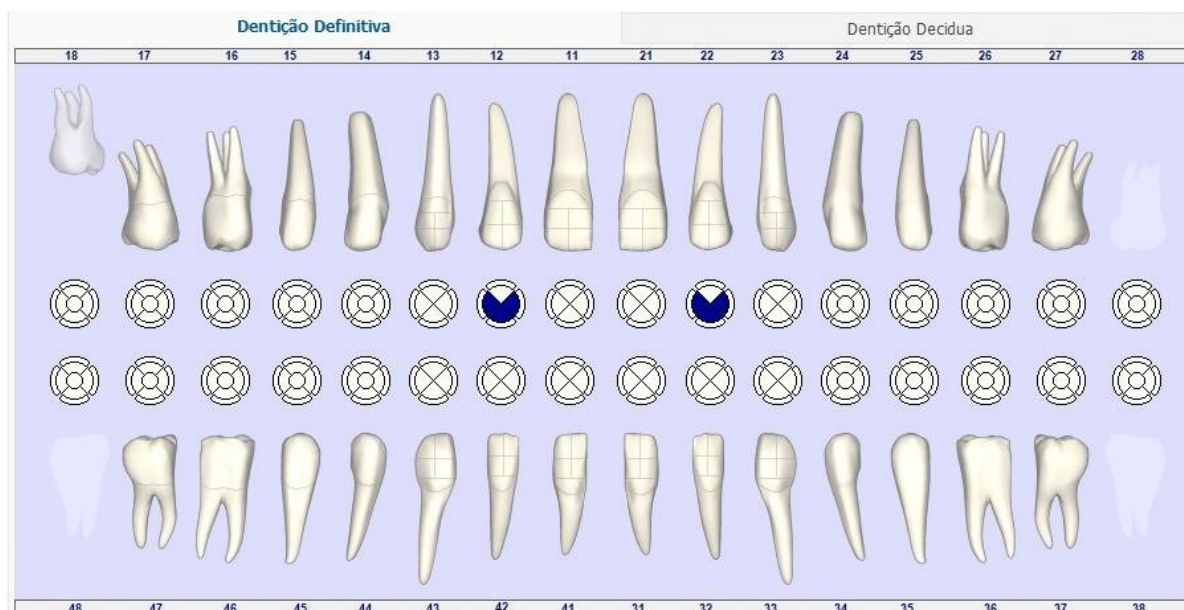


Fig. 8: Odontograma. Identificam-se restaurações nos dentes 12 e 22, compatíveis com restaurações de classe III e IV. Os restantes dentes não apresentam registros de restaurações ou tratamentos endodônticos, o que traduz uma dentição globalmente conservada e com bom prognóstico de manutenção a longo prazo, desde que seja assegurado um controlo regular de placa bacteriana e de cárie dentária.

3. Plano de tratamento:

- Biópsia da lesão e encaminhamento para análise anatomopatológica;
- Destartarização bimaxilar;
- Exodontia do dente 18.

4. Tratamentos subsequentes:

Tal como planeado, procedeu-se à biópsia excisional da mucocèle do lábio inferior. Previamente à intervenção, foi realizada a avaliação clínica da lesão (Fig. 9), que se apresentava como um aumento de volume flutuante de consistência mole, coloração translúcida e superfície lisa, com historial de trauma por mordida involuntária, achados plenamente compatíveis com o diagnóstico de mucocèle por extravasamento de mucina de origem nas glândulas salivares menores.

A anestesia local foi administrada ao redor da lesão, com injeção de articaína 4% + adrenalina 1:100.000, evitando a infiltração direta que poderia contaminar a lesão e dificultar a análise laboratorial (Fig. 10). Realizou-se uma incisão semicircular sobre a mucosa labial com bisturi de cabo nº 3 e lâmina nº 15, seguida de uma dissecação cuidadosa com tesoura, de forma a preservar a integridade da lesão (Fig. 11 e 12). Procedeu-se à remoção em bloco da lesão com as glândulas salivares menores adjacentes, estratégia fundamental para reduzir o risco de recidiva, que pode ocorrer quando o tecido glandular subjacente não é eliminado em conjunto.

A hemostasia foi assegurada por compressão local, e a ferida cirúrgica foi encerrada com sutura de quatro pontos simples em fio de seda 4/0, com aproximação cuidadosa dos bordos sem tensão excessiva (Fig. 13). A paciente recebeu instruções pós-operatórias, como alimentação fria e de consistência mole, evitar trauma local e analgesia com paracetamol 1g em caso de desconforto. A amostra foi imediatamente fixada em formol a 10% e enviada para exame anatomopatológico (Fig. 14), indispensável para confirmação histológica do diagnóstico clínico e exclusão de outras entidades com apresentação semelhante.

O material utilizado incluiu: aspirador de saliva e cirúrgico, compressas esterilizadas, anestubo, agulha e carpule, bisturi (cabo nº 3 + lâmina nº 15), tesoura, fio de sutura, porta-agulhas, pinça anatômica e frasco com formol a 10%.



Fig. 9: Aspetto inicial da lesão



Fig. 10: Técnica anestésica



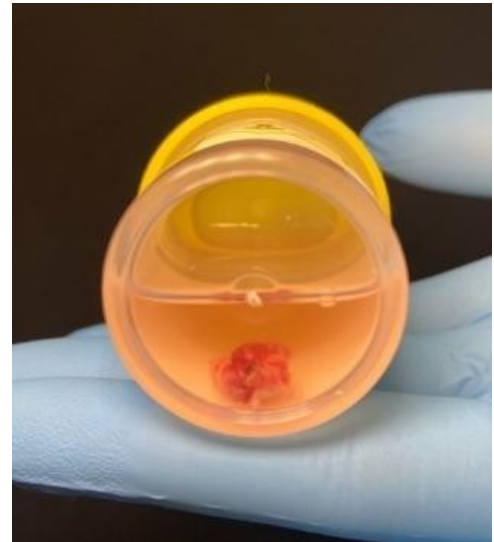
Fig. 11: Incisão semicircular



Fig. 12: dissecação da lesão



Fig. 13: Sutura



**Fig. 14: Conservação em
formol**

O presente caso será documentado e analisado em detalhe na secção 2 deste portfólio.

Relatório 7- Código do paciente: 36628

1. Detalhes da caracterização do paciente/caso clínico

Motivo da Consulta:

Biópsia de uma lesão na língua.

História Médica:

Medicação: metformina (1000 mg/2x dia)

Diabetes *mellitus* tipo 2

Escova 3x/ dia, com uso de fio dentário.

História Dentária:

Restaurações;

Endodontia: 15;

Exodontia: 17, 18, 28, 38 e 48.

2. Exames realizados

2.1 Exame extra-oral: análise fotográfica. O paciente apresenta morfologia facial aparentemente braquifacial leve e perfil ligeiramente convexo. Não se identificam cicatrizes, edemas, assimetrias funcionais ou lesões cutâneas de caráter patológico.



Fig. 1: Frontal em PIM

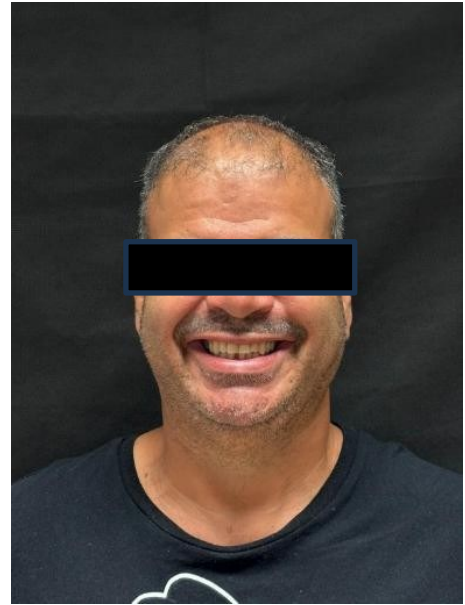


Fig. 2: Frontal em sorriso



Fig. 3: Lateral Direita

2.2. Exame intra-oral e análise fotográfica O paciente apresenta uma relação molar e canina compatível com Classe I de Angle. Verifica-se a presença de biofilme e

cálculo, particularmente nos incisivos inferiores. Apresenta uma lesão na língua compatível com papiloma.



Fig. 4: Frontal em PIM



Fig. 5: Lateral Direita



Fig. 6: Lateral Esquerda



Fig. 7: Oclusal Maxilar



Fig. 8: Oclusal Mandibular



Fig. 9: Lesão na Língua

2.3. Ortopantomografia e Odontograma



Fig. 10: Ortopantomografia. Observa-se restaurações nos dentes 16, 11, 21, 26, 27, 36, 46 e 47, evidenciando um historial significativo de tratamento restaurador, predominantemente nos sectores posteriores de ambas as arcadas. O dente 15 apresenta tratamento endodôntico concluído, o que indica um episódio prévio de comprometimento pulpar.

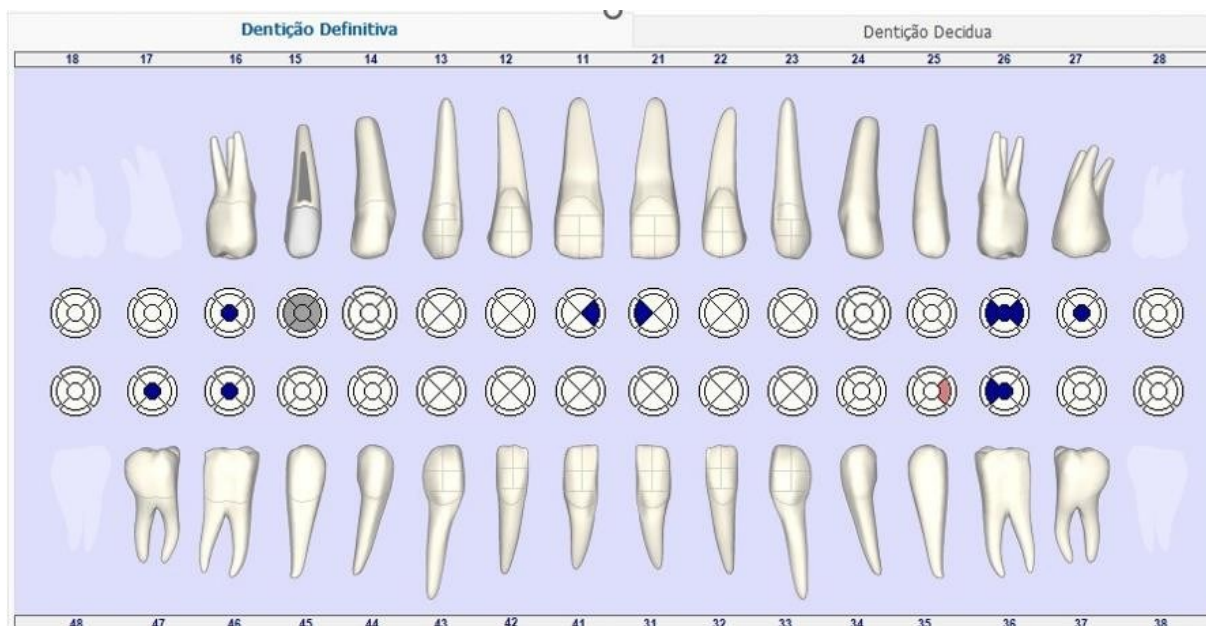


Fig. 11: Odontograma. Identificam-se ausências dentárias nos dentes 17, 18, 28, 38 e 48, por extração prévia. O dente 15 apresenta tratamento endodôntico. Observam-se adicionalmente restaurações nos dentes 16, 11, 21, 26, 27, 36, 46 e 47 e cárie no dente 35 que deverá ser avaliada e tratada com prioridade.

3. Plano de tratamento:

Biópsia da lesão na língua;

Tratamento de cárie no dente 35;

Reabilitação do dente 15.

4. Procedimentos subsequentes:

Procedeu-se à avaliação clínica prévia da lesão, que se apresentava com as características morfológicas típicas de papiloma escamoso: formação exofítica de pequenas dimensões, superfície irregular com padrão papilomatoso, frequentemente descrita como "couve-flor" e coloração variável entre o branco e o róseo, consoante o grau de queratinização da superfície epitelial (Fig. 12 e 13). Este conjunto de achados

clínicos é consistente com uma lesão de etiologia viral, habitualmente associada ao Vírus do Papiloma Humano (HPV), em particular aos genótipos 6 e 11, de baixo risco.

Realizou-se anestesia local perilesional com articaína, 4% + adrenalina 1:100.000, solução, optando deliberadamente pela infiltração em torno da lesão e não no seu interior, de modo a evitar a distorção da amostra e preservar a integridade arquitetural da lesão para análise histopatológica (Fig. 14). Procedeu-se de seguida à excisão completa da lesão mediante incisão elíptica com lâmina de bisturi nº 15 (Fig. 15). A hemostasia foi obtida por compressão local, tendo-se procedido ao encerramento da ferida cirúrgica com dois pontos simples com fio de sutura de seda 3/0, com aproximação cuidadosa dos bordos sem tensão excessiva, de forma a favorecer a cicatrização (Fig. 16).

No período pós-operatório, foram fornecidas instruções ao paciente relativamente à necessidade de evitar trauma local e à manutenção de uma higiene oral adequada e uma alimentação preferencialmente fria e mole. A amostra foi imediatamente fixada em formol a 10% e enviada para exame anatomopatológico, com o objetivo de confirmar o diagnóstico clínico proposto (Fig. 17).



Fig. 12 e 13: Aspeto clínico da lesão



Fig. 14: Técnica anestésica



Fig. 15: Excisão cirúrgica



Fig. 16: Sutura



Fig. 17: Conservação em formol

O presente caso será documentado e analisado em detalhe na secção 2 deste portfólio.

1.3. REFLEXÃO FINAL

Ao longo do meu percurso clínico e acadêmico, percebi que estou apenas a concluir um dos muitos ciclos que integram a minha formação em medicina dentária. Ficou claro para mim que a prática clínica real exige uma aprendizagem contínua, capaz de se adaptar a situações que muitas vezes estão para além do que consta no "manual". A realidade dos pacientes traz consigo variáveis e complexidades que nos obrigam a pensar de forma adaptativa e responsável, e que nos fazem sair, inevitavelmente, da nossa zona de conforto.

Este percurso aprimorou não só as minhas competências técnicas, mas aumentou também o meu senso de responsabilidade ética e social. Agora entendo que ser médico dentista vai além do domínio técnico, é essencial equilibrar e humanizar o meu cuidado com os pacientes, com rigor, humanidade e adaptabilidade. Esta dimensão humana da profissão foi, sem dúvida, uma das aprendizagens mais marcantes deste percurso.

Como futuro médico-dentista, evolui de alguém que executava tarefas sob orientação para alguém capaz de tomar decisões fundamentadas e de forma mais autónoma. Aprendi a lidar melhor com situações de stress. Se uma abordagem não puder ser adotada por algum motivo, sei usar outra mais adequada. Sei onde e como recolher informação e acima de tudo, filtrá-la e aplicá-la na prática com pacientes.

Desenvolvi destreza manual para procedimentos mais complexos e elaborados. Aprendi a executar procedimentos com mais calma, controlo e atenção aos detalhes operatórios. Adquiri uma comunicação profissional com assistentes, colegas e docentes, compreendendo a importância da colaboração. Melhorei a minha capacidade de gerir pressão, imprevistos e situações emocionalmente exigentes.

O contato com pacientes diferentes, com dificuldades e problemas distintos, fez-me perceber que a medicina dentária é uma área complexa e que me faz cada vez mais motivar-me por ela. Esta experiência ajudou-me a crescer não só como futuro médico-dentista, mas também como pessoa.

Em termos de objetivos futuros, tenho intenção de participar em congressos, cursos, pós-graduações e formações *hands-on* para manter as minhas práticas clínicas

atualizadas, aprofundar as áreas que mais me apaixonam e continuar a dar sempre lugar ao conhecimento. Encerro este ciclo não com a sensação de ter chegado a um destino, mas com a consciência de que este é apenas o início de um percurso profissional que pretendo construir com rigor, dedicação e vontade genuína de melhorar continuamente.

2. CASOS CLÍNICOS

2.1. Diagnóstico e abordagem clínica de uma mucoccele do lábio

Resumo

Background: As mucocelos correspondem a lesões benignas das glândulas salivares *minor*, surgindo com frequência no lábio inferior e tendo, na maioria dos casos, um episódio traumático na sua origem.

Caso Clínico: Paciente do género feminino, nacionalidade brasileira, 20 anos, sem fatores de risco, apresenta um aumento de volume flutuante, de cor translúcida e um historial de trauma (mordida), compatível com uma mucoccele do lábio inferior.

A abordagem cirúrgica consistiu numa biópsia excisional, realizada através de uma incisão semicircular na mucosa com lâmina de bisturi nº15, seguida de dissecação com tesoura. A lesão foi removida em conjunto com as glândulas salivares *minor* adjacentes, por forma a minimizar o risco de recidiva. A hemostasia foi assegurada por compressão local e a ferida encerrada com sutura de seda 4/0. O espécime foi acondicionado em formol a 10% e enviado para análise anatomopatológica, cujo resultado confirmou o diagnóstico clínico previamente estabelecido.

Conclusão: A excisão cirúrgica da lesão, associada à remoção das glândulas salivares associadas, mostrou-se um tratamento eficaz e com boa cicatrização no acompanhamento pós-operatório, reforçando a importância de uma abordagem cirúrgica adequada e do seguimento clínico. Esta experiência foi fundamental para aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica e aprimorar habilidades cirúrgicas.

Background

A mucoccele é uma lesão não neoplásica das glândulas salivares, caracterizada pelo acúmulo de muco nos tecidos moles, decorrente do extravasamento ou retenção de mucina, geralmente associada às glândulas salivares *minor*. (1) É uma condição comum, especialmente entre os jovens, com maior frequência no lábio inferior. (2,3)

A sua apresentação clínica típica surge como um aumento de volume flutuante, indolor, de coloração arroxeadada/azulada até translúcida, sendo uma das lesões mais frequentemente diagnosticadas em medicina dentária. (1,2)

A literatura indica que, embora esta lesão seja benigna, a mucoccele exige diagnóstico preciso e tratamento adequado para evitar recidivas e possíveis complicações funcionais ou estéticas. (1,3)

A excisão cirúrgica é considerada o método de tratamento padrão, pois garante a remoção completa da lesão. (1,3) Já a marsupialização pode ser indicada em mucocceles maiores ou mais profundas. (1,3)

Diagnóstico Diferencial

Apesar das características facilmente identificáveis da mucoccele, outras lesões podem apresentar sintomas, sinais ou evoluções semelhantes, exigindo um diagnóstico diferencial cuidadoso (1,4), por exemplo: o fibroma traumático que também pode surgir após trauma, mas é firme e de coloração semelhante à mucosa. Ao contrário da mucoccele, não apresenta conteúdo líquido, flutuação ou relação com as glândulas salivares *minor* (1); o granuloma piogénico, contudo este é altamente vascularizado e sangra facilmente, o que não ocorre na mucoccele (1); ou o lipoma que é uma lesão submucosa, amarelada ou da cor da mucosa (dependendo da profundidade) e de consistência mole, mas sem relação com as glândulas salivares (1).

Caso Clínico e Tratamento

Paciente do género feminino, nacionalidade brasileira, com 20 anos de idade e sem fatores de risco. Apresenta um aumento de volume flutuante, de cor translúcida e com historial de trauma prévio (mordida) (Fig.1).

Iniciou-se o procedimento cirúrgico pela anestesia local perilesional, com carpule, anestubo de articaína 4% + adrenalina 1:100.000, solução injetável (Artinibsa®) e agulha, de forma a não infiltrar diretamente sobre a lesão (Fig.2). Foi realizada uma incisão semicircular sobre a mucosa com recurso a uma lâmina de bisturi nº15 e realizada uma cuidadosa dissecação com tesoura (Fig. 3 e 4). Neste caso específico, a lesão apresentava um predomínio claro na face interna do lábio inferior, o que permitiu uma abordagem cirúrgica por via mucosa, com uma incisão transversal curta, posicionada de forma a minimizar a exposição cicatricial. Procedeu-se, assim à

excisão total da lesão juntamente com as glândulas salivares *minor* associadas de forma a evitar recidivas. Promoveu-se a hemostasia com compressão local e sutura com pontos simples e com o auxílio de um porta-agulhas, fio de sutura de seda 4/0 e tesoura, procurando uma adequada aproximação dos bordos cirúrgicos sem exercer tensão excessiva (Fig.5).

Aplicou-se compressas estéreis com solução antisséptica (clorhexidina em gel) sobre a sutura para assepsia e controlo hemostático. Foram dadas orientações de cuidados pós-operatórios: alimentação fria e mole, evitar trauma local ou manipulação da zona intervencionada e analgésico se necessário (paracetamol 1g).

A amostra recolhida foi conservada em formol a 10% (Fig.6) e enviada para exame anatomopatológico de forma a confirmar o diagnóstico clínico.

O tratamento escolhido para este caso é considerado o método padrão para o tratamento de mucocelos, permitindo uma resolução eficaz e segura.



Fig. 1: Aspeto inicial da lesão

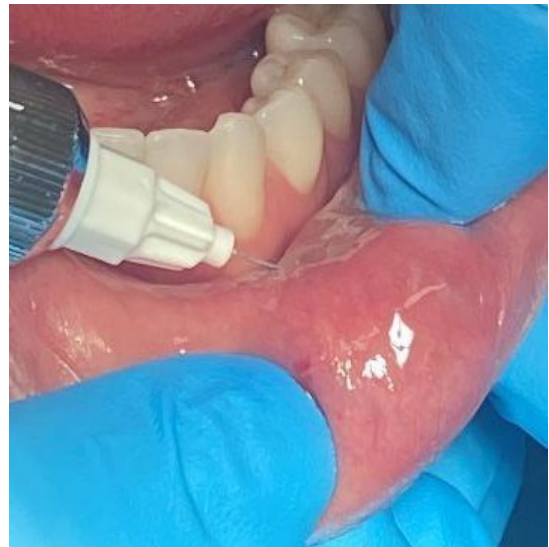


Fig. 2: Técnica anestésica



Fig. 3: Incisão semicircular



Fig. 4: Dissecação da lesão



Fig. 5: Sutura

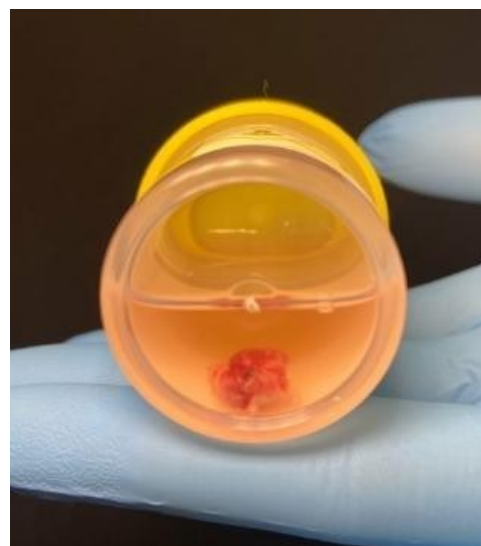


Fig. 6: Conservação em formol

Resultado e Acompanhamento

O relatório anatomopatológico demonstrou a presença de um fragmento mucoso com múltiplas glândulas salivares *minor* contendo lesão multinodular de aspeto cavitado, não encapsulada, em grande parte preenchida por material mixoide, circundado por infiltrado linfo-histiocitário com neutrófilos dispersos. Muitos dos histiócitos que compunham o infiltrado inflamatório continham citoplasma vacuolizado

de aspeto mucinoso. Este resultado confirmou o diagnóstico clínico de mucocele do lábio inferior.

O acompanhamento clínico foi realizado aquando da remoção da sutura e revelou cicatrização adequada. Após uma semana, observámos que o lábio inferior já estava quase cicatrizado (Fig.7). Passados 3 meses, a paciente continua sem qualquer sinal de recidiva.



Fig. 7: *Follow-up* a 1 semana.

Assim, este caso clínico não só demonstra a eficácia da excisão convencional, como também evidencia a importância de um bom acompanhamento pós-operatório e da ligação entre a prática clínica e a evidência científica. Esta experiência permitiu consolidar competências cirúrgicas e reforçar a compreensão da importância destas lesões na saúde oral e na qualidade de vida dos pacientes.

Discussão

A mucocele é uma lesão benigna das glândulas salivares *minor* que, apesar da sua simplicidade aparente, levanta desafios clínicos importantes: desde o diagnóstico diferencial até à abordagem terapêutica. (1,5–7) Este caso permitiu vivenciar esse percurso completo, da observação clínica à confirmação histopatológica.

A apresentação clínica mais comum da lesão é um aumento de volume flutuante, indolor, translúcido, localizado no lábio inferior, frequentemente em jovens. (1–3) De facto, um estudo de Miranda G. *et al.*, baseado na análise de 1.901 casos, destaca o lábio inferior como a localização mais comum e os jovens como o grupo etário mais afetado. (2) Esta concordância entre o caso observado e os dados epidemiológicos contribui para a confiança diagnóstica, mas não descarta a necessidade de confirmação anatomopatológica. (1,4)

A excisão cirúrgica convencional foi a técnica escolhida e revelou-se eficaz. (1,3,5) Esta decisão é corroborada pela literatura. Narendran MR *et al.*, numa revisão retrospectiva de 10 anos sobre mucocelos orais mostra que a excisão convencional continua a ser a abordagem mais utilizada, com bons resultados quando realizada com precisão. (3) No entanto, também alerta para o risco de recidiva em casos de remoção incompleta da lesão, risco este que foi mitigado no presente caso pela atenção à técnica e pela excisão das glândulas salivares associadas. (3,5,7)

Este caso também permitiu refletir sobre o valor do seguimento clínico. A ausência de recidiva após três meses confirma a eficácia da intervenção, mas mais do que isso, reforça a importância do acompanhamento como parte integrante do tratamento. (3,4)

Por fim, este caso foi uma oportunidade de crescimento pessoal e académico. Permitiu aplicar conhecimentos teóricos, desenvolver competências cirúrgicas e compreender a importância da integração entre evidência científica e prática clínica.

Conclusões

Apesar de ser uma lesão benigna e relativamente comum, a abordagem do presente caso clínico exigiu interligação de conhecimento teórico com capacidades técnicas e precisão cirúrgica.

A escolha pela excisão cirúrgica revelou-se eficaz, com cicatrização adequada e ausência de recidiva, validando não só o diagnóstico clínico como também a técnica aplicada. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de uma mucocelo, reforçando a importância da colaboração entre clínica e laboratório.

Mais do que tratar uma lesão, este caso foi uma oportunidade de crescimento. Concluo, pois, que mesmo nas situações aparentemente simples, há espaço para

rigor, reflexão e aprendizagem. E é nesse espaço que se constrói, passo a passo, a identidade profissional que quero levar comigo como futuro médico dentista.

2.2. Diagnóstico e abordagem clínica de um papiloma escamoso na língua

Resumo

Background: O papiloma escamoso é uma proliferação benigna do epitélio pavimentoso estratificado, frequentemente associada aos subtipos 6 e 11 do vírus do papiloma humano (HPV), que resulta num aumento de volume papilar ou verruciforme. (1,8)

Caso clínico: Paciente do sexo masculino, português, de 46 anos, com diabetes *mellitus* tipo 2, apresenta no dorso da língua uma lesão exofítica, bem delimitada, de dimensões reduzidas (4 mm), com aparência de “couve-flor” e coloração esbranquiçada, compatível com um papiloma escamoso.

Procedeu-se à remoção cuidadosa da lesão por meio de uma incisão elíptica, usando uma lâmina de bisturi nº 15. Também se removeu a base da lesão para evitar recidivas. Após a cirurgia, foi aplicada compressão local para parar o sangramento e a ferida foi suturada com fio de seda 3/0. A amostra retirada foi preservada em formol a 10% e enviada para exame anatomopatológico, que confirmou o diagnóstico clínico.

Conclusão: Este caso evidencia a importância do reconhecimento clínico do papiloma escamoso e da sua confirmação anatomopatológica. A excisão cirúrgica completa revelou-se um tratamento seguro e eficaz, reforçando o papel da abordagem cirúrgica no diagnóstico definitivo e na prevenção de recidivas.

Background

O papiloma escamoso oral é uma lesão benigna da mucosa oral, resultante de uma proliferação do epitélio pavimentoso estratificado.

Do ponto de vista clínico, esta lesão apresenta-se tipicamente como uma formação exofítica, de pequenas dimensões, com superfície irregular ou papilomatosa, muitas vezes descrita com a forma de “couve-flor”. A coloração pode variar entre o branco e o róseo, dependendo do grau de queratinização. Está associada à infeção pelo vírus do papiloma humano, sobretudo aos subtipos de baixo risco, como o HPV-6 e HPV-11. (9)

Em termos epidemiológicos, trata-se de uma lesão comum na prática clínica em medicina dentária, podendo surgir em diferentes idades, embora seja mais prevalente em adultos e no género masculino. As localizações mais comuns incluem a língua, o palato mole e os lábios, mas qualquer local da mucosa oral pode ser afetado. Apesar do seu comportamento benigno, é importante reconhecer esta entidade, uma vez que pode apresentar semelhanças clínicas com outras lesões da mucosa oral. (10)

Relativamente ao tratamento, a excisão cirúrgica completa é considerada a abordagem de eleição, sendo simultaneamente diagnóstica e terapêutica. De um modo geral, o prognóstico é muito favorável, com baixa taxa de recidiva quando a remoção é adequada. (9)

Diagnóstico Diferencial

Apesar das características clínicas serem sugestivas de um papiloma escamoso, outras lesões da mucosa oral podem apresentar sinais semelhantes, tornando necessário um diagnóstico diferencial cuidadoso (11) por exemplo: a verruga vulgar, que também está associada ao vírus do papiloma humano e pode apresentar superfície irregular, mas tende a ser mais comum na pele e a apresentar projeções papilares ou superfície áspera e pedregosa, sendo menos frequente na mucosa oral; o condiloma acuminado, que partilha a etiologia viral, contudo tende a ser maior que o papiloma e apresenta habitualmente lesões múltiplas, ao contrário do papiloma escamoso que surge tipicamente como uma lesão única (12); a hiperplasia epitelial multifocal, que se caracteriza pela presença de múltiplas lesões papulares distribuídas pela mucosa oral, sendo mais comum em indivíduos jovens, o que não corresponde ao quadro observado; e, menos frequentemente, o carcinoma verrucoso, que pode apresentar um aspeto exofítico e verruciforme semelhante, mas tende a manifestar-se como uma lesão de maiores dimensões, de base séssil ou ampla e com comportamento localmente invasivo. (11)

Caso Clínico e Tratamento

Paciente do género masculino, nacionalidade portuguesa, 46 anos, diabético tipo 2, apresenta no dorso da língua uma lesão exofítica, de 4 mm, bem delimitada, assintomática, com aspeto de “couve-flor”, cor esbranquiçada e de base pediculada, sugerindo uma proliferação epitelial benigna compatível com um papiloma escamoso. (Fig. 1 e 2)

O procedimento foi iniciado com a administração de anestesia local perilesional, utilizando articaína 4% + adrenalina 1:100.000, solução injetável, de forma a garantir um bom controlo da dor e reduzir o sangramento durante a intervenção. (Fig. 3) Após anestesia adequada, a lesão foi removida com o uso de uma lâmina de bisturi nº 15 e realizando uma incisão em elipse, incluindo a base da lesão, com o objetivo de assegurar a sua excisão completa e reduzir o risco de recidiva. (Fig. 4 e 5) A peça removida foi colocada em formol a 10% e enviada para análise anatomopatológica. (Fig. 6).

De seguida, promoveu-se a hemostasia com compressão local e sutura com dois pontos simples, com o auxílio de compressas estéreis e do porta-agulhas, utilizando fio de sutura seda 3/0 e tesoura, procurando uma aproximação adequada dos bordos cirúrgicos, sem exercer tensão excessiva. (Fig. 7)

Após o procedimento cirúrgico, foram dadas instruções ao paciente para manter uma boa higiene oral, evitar alimentos duros, quentes e traumas na zona intervencionada. Foi recomendada a toma de paracetamol 1 g em caso de dores.

Assim, a excisão cirúrgica revelou-se uma abordagem adequada, com um prognóstico favorável e baixa probabilidade de recidiva quando a remoção é completa.

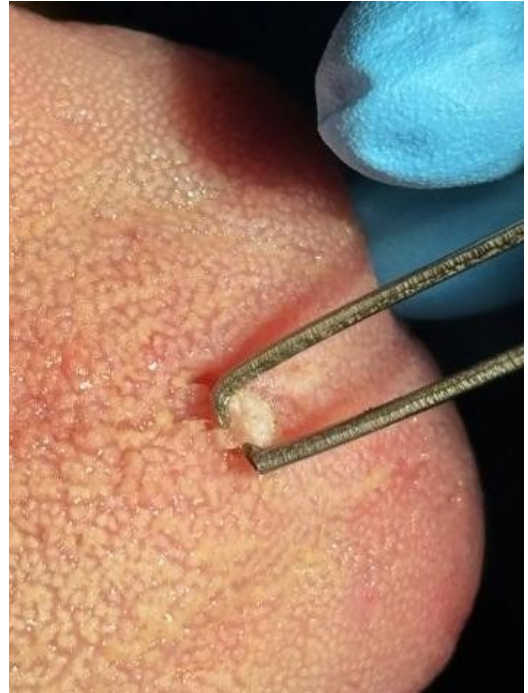


Fig. 1 e 2: Aspeto inicial da lesão.



Fig. 3: Técnica anestésica.



Fig. 4: Incisão elíptica da lesão



Fig. 5: Excisão da lesão

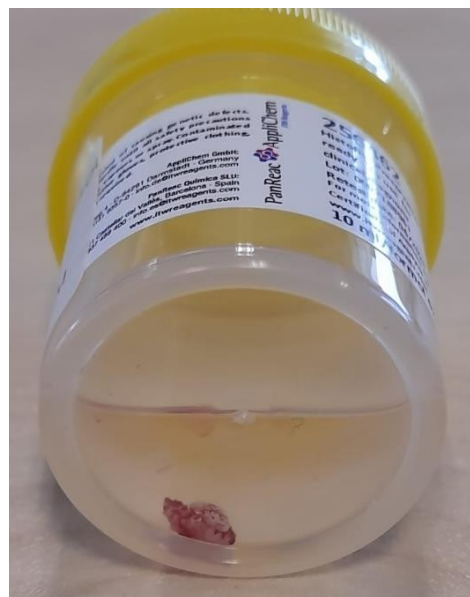


Fig. 6: Conservação em formol



Fig. 7: Sutura

Resultado e Acompanhamento

Após a remoção da lesão localizada no dorso da língua, o tecido excisado foi enviado para exame anatomopatológico, para confirmar o diagnóstico clínico.

A análise microscópica mostrou uma lesão com arquitetura papilomatosa, formada por finos eixos fibrovasculares, revestida por epitélio malpighiano com paraqueratose focal.

O resultado confirmou o diagnóstico de papiloma de células escamosas, tendo sido também referido a excisão total da lesão. Este achado foi importante, pois confirmou a suspeita clínica inicial e excluiu outras lesões que pudessem ter uma aparência semelhante.

Discussão

O papiloma escamoso oral é uma lesão epitelial benigna que, apesar do seu carácter geralmente inofensivo, pode representar desafios clínicos importantes, sobretudo ao nível do diagnóstico diferencial. Este caso permitiu acompanhar o percurso completo, desde a observação clínica de uma lesão com características sugestivas até à sua confirmação definitiva, reforçando a importância de uma abordagem estruturada e fundamentada na evidência científica.

A decisão de tratar a lesão por excisão cirúrgica justifica-se pela sua pequena dimensão, acessibilidade clínica, delimitação clara e necessidade de confirmação anatomopatológica. Esta abordagem permitiu remover a lesão na totalidade e, simultaneamente, cumprir uma finalidade terapêutica e diagnóstica. A excisão cirúrgica é particularmente adequada em lesões papilomatosas pequenas e bem delimitadas, uma vez que permite excluir outras entidades com apresentação clínica semelhante, como verruga vulgar ou condiloma acuminado.

Outro aspeto relevante é o papel do vírus do papiloma humano na etiopatogénese do papiloma escamoso oral. O HPV é reconhecido como o principal agente etiológico desta lesão, com estudos a identificar mais de 30 tipos conhecidos por infetar principalmente a mucosa oral. Embora esta lesão seja frequentemente associada a subtipos de HPV de baixo risco, principalmente HPV-6 e HPV-11, responsáveis pela grande maioria dos casos e caracterizados por uma virulência e infectividade oral extremamente baixas, existem subtipos de alto risco nomeadamente HPV-16 e HPV-18, com elevado potencial oncogénico.(1)

Este caso também permitiu refletir sobre a importância do seguimento clínico. A ausência de recidiva após o período de acompanhamento vai ao encontro do que é descrito na literatura, em que a excisão completa está associada a um prognóstico favorável e a uma baixa taxa de recidiva. (8,13) Mais do que confirmar o sucesso da intervenção, o *follow-up* assume um papel essencial na monitorização do paciente e na deteção precoce de eventuais alterações, reforçando a importância de uma abordagem contínua e centrada no doente.

Dado o papel do HPV no desenvolvimento de lesões malignas, a vacinação profilática constitui uma estratégia preventiva efetiva, devendo ser associada ao aconselhamento sobre práticas sexuais seguras e à vigilância clínica regular. Embora não trate doença já instalada, representa uma esperança real na prevenção das lesões HPV-induzidas, cabendo ao médico dentista um papel ativo na sensibilização dos pacientes para a sua importância. (9,13)

Relativamente à prevenção primária, a vacinação contra o HPV em Portugal é realizada com a vacina nonavalente HPV9, atualmente integrada no Programa Nacional de Vacinação para rapazes e raparigas aos 10 anos de idade, num esquema de duas doses administradas aos 0 e 6 meses.

A norma prevê ainda estratégias de vacinação de recuperação para indivíduos não previamente vacinados, incluindo crianças e adolescentes entre os 10 e os 17 anos, mulheres até aos 26 anos e, atualmente, homens entre os 24 e os 26 anos, com alargamento progressivo a outras coortes masculinas.

Nas pessoas com imunossupressão primária ou adquirida, recomenda-se um esquema de três doses, administradas aos 0, 1–2 e 6 meses.

Assim, a vacinação universal e as estratégias de recuperação constituem atualmente os principais pilares da prevenção das lesões pré-malignas e dos cancros associados ao HPV.

Por fim, esta experiência foi uma oportunidade valiosa de aprender na prática e de fortalecer os meus conhecimentos teóricos.

Conclusões

Este caso mostra que, apesar do papiloma escamoso ser uma lesão benigna e com aspeto clínico bastante típico, é importante confirmar sempre o diagnóstico através de exame anatomopatológico.

A excisão cirúrgica foi suficiente para resolver a situação, com boa evolução e sem sinais de recidiva, tal como é descrito na literatura.

Em suma, o HPV é hoje um agente etiológico incontornável no contexto das lesões orais, benignas e malignas. A sua crescente prevalência e o potencial oncogénico dos subtipos de alto risco tornam imperativa uma abordagem clínica atenta, que combine o diagnóstico precoce, a eliminação dos fatores de risco modificáveis e a promoção ativa da vacinação, numa perspetiva verdadeiramente preventiva e centrada no doente.

2.3. Queratose oral com apresentação clínica sugestiva de leucoplasia

Resumo

Background: A queratose oral é uma alteração benigna da mucosa, caracterizada por hiperprodução de queratina pelo epitélio escamoso estratificado, apresentando-se clinicamente como uma placa branca não removível. Está habitualmente associada a fatores irritativos ou traumáticos crónicos, embora, em determinadas situações, a ausência de uma causa evidente possa dificultar o diagnóstico clínico e tornar necessário o diagnóstico diferencial com outras lesões brancas potencialmente malignas, como a leucoplasia oral.

Caso clínico: Paciente do sexo feminino, portuguesa, de 31 anos, sem antecedentes médicos relevantes, não fumadora e sem hábitos alcoólicos. Apresentou uma placa esbranquiçada, bem definida, não removível por raspagem, localizada no palato duro ao nível do dente 16, sem fatores irritativos identificáveis. Pela ausência de causa evidente, a hipótese clínica inicial foi de leucoplasia oral, optando-se pela remoção cirúrgica da lesão e envio da amostra para exame anatomopatológico. A análise anatomopatológica confirmou tratar-se apenas de uma queratose oral.

Conclusão: A ausência de causa aparente e o aspeto clínico da lesão justificou desde logo a biópsia. A confirmação anatomopatológica foi essencial, reforçando a importância de um exame intraoral minucioso, de um diagnóstico diferencial cuidadoso e da correlação clinicopatológica como pilares do diagnóstico definitivo das lesões brancas da cavidade oral.

Background

A queratose oral é uma alteração benigna da mucosa oral, resultante de uma reação do epitélio a estímulos traumáticos crónicos, que leva a um aumento da queratinização. (14) Trata-se de uma condição frequente na prática clínica, integrada no grupo das lesões brancas da cavidade oral, sendo identificada com regularidade em consultas de rotina e, na maioria dos casos, sem sintomatologia associada. (15) Estas lesões brancas podem representar desde alterações completamente benignas e reversíveis até lesões com potencial de transformação maligna, o que torna o seu diagnóstico um verdadeiro desafio. (16,17) Clinicamente, a queratose pode

apresentar-se como uma placa branca não removível, localizada em áreas sujeitas a trauma contínuo, como zonas de contacto com os dentes, próteses mal adaptadas ou regiões frequentemente mordiscadas. (14,16) Apesar do seu carácter benigno, pode levantar dúvidas no diagnóstico, uma vez que apresenta semelhanças com outras lesões brancas, como a leucoplasia ou o líquen plano oral. (14,17) A literatura também revela que a mucosa oral reage de forma semelhante a diferentes tipos de agressão, seja mecânica, térmica ou química. O problema surge quando esse estímulo não é identificável e a lesão permanece sem causa aparente. É precisamente neste cenário que a leucoplasia oral deve ser equacionada. Considerada a perturbação potencialmente maligna da mucosa oral mais frequente, é definida pela OMS como uma placa branca, não removida à raspagem, que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra lesão. (16,18) Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão, ao qual só se chega depois de afastar todas as outras hipóteses. A sua prevalência global ronda os 3,41%, embora os valores na literatura variem amplamente entre 0,33% e 11,74%. (17) Importa ainda salientar que a leucoplasia oral não afeta apenas fumadores ou consumidores de álcool, podendo surgir em não fumadores, em mulheres jovens e em indivíduos sem qualquer fator de risco identificável. (17)

A semelhança entre uma queratose e uma leucoplasia pode ser total ao exame clínico (15,17), motivo pelo qual a biópsia é tão importante. O exame anatomopatológico é o único método que permite confirmar o diagnóstico e, sobretudo, avaliar a presença de displasia epitelial, que continua a ser o marcador prognóstico mais importante de transformação maligna. (16,17) Uma meta-análise recente, que reuniu dados de 55 estudos e mais de 41 000 doentes, mostrou que a taxa global de transformação maligna da leucoplasia oral é de 6,64%, valor que sobe para 16,54% nas lesões com displasia severa, mas que cai para apenas 2,38% nas lesões sem displasia. (18)

Relativamente ao tratamento, a primeira abordagem da queratose passa geralmente por identificar e remover o fator traumático responsável pela lesão. Muitas vezes, ao eliminar esse estímulo, como uma prótese mal adaptada ou um dente fraturado, a lesão tende a regredir. (14,15) Contudo, quando o diagnóstico não é totalmente claro, ou quando a lesão se encontra numa localização de maior risco, é

importante realizar uma biópsia para confirmar o diagnóstico e excluir lesões como a leucoplasia.

Diagnóstico Diferencial

Apesar de a queratose oral apresentar características relativamente sugestivas, existem outras lesões da mucosa oral com aspeto semelhante, o que torna necessário um diagnóstico diferencial cuidadoso. (14,16,19) Esta necessidade é particularmente relevante no nosso caso, em que não foi possível identificar qualquer fator etiológico. As principais entidades a considerar foram a leucoplasia oral e o líquen plano oral na forma em placa.

A Leucoplasia oral apresenta-se como uma placa branca não removível, mas, ao contrário da queratose, não está necessariamente associada a um fator traumático identificável e não desaparece após a sua eliminação, comportando um risco variável de transformação maligna (14,16,18) No nosso caso esta hipótese foi considerada essencialmente pela localização da lesão (16,18) O líquen plano oral na forma em placa pode simular uma queratose ou mesmo uma leucoplasia, mas tende a ocorrer em doentes que apresentam simultaneamente outras variantes de líquen plano (reticular ou erosiva) com distribuição bilateral na mucosa jugal posterior e, não raras vezes, queixas de ardor ou desconforto oral, o que ajuda a distingui-lo de queratoses friccionais habitualmente unilaterais e assintomáticas.(19,20)

No nosso caso, foi a ausência de fator etiológico identificável que tornou imperativa a investigação anatomopatológica, uma vez que a distinção entre queratose e leucoplasia pode ser, apenas pela clínica, impossível. (16)

Caso Clínico

Apresentação e Exame objetivo

A paciente foi referenciada à clínica universitária após deteção, numa consulta de rotina, de uma lesão esbranquiçada no palato duro. Tratava-se de uma placa esbranquiçada, bem delimitada, indolor, unilateral, homogénea, não removível por raspagem, com aproximadamente 2 cm, de superfície lisa e consistência mole. A paciente, com 31 anos, portuguesa, não fumadora, não possuía prótese dentária nem

qualquer outro dispositivo oral, não tinha hábitos de risco nem qualquer fator irritativo local identificável. Ao exame objetivo, a lesão não apresentava ulceração, induração, componente eritematoso ou envolvimento dos tecidos adjacentes. Não se palpavam adenopatias cervicais e a doente negava qualquer sintomatologia associada (Fig. 1).

Tratamento

O tratamento iniciou-se sob anestesia local perilesional com articaína 4% + adrenalina 1:100.000, solução injetável para garantir um bloqueio eficaz e reduzir o sangramento intraoperatório. Procedeu-se a uma incisão elíptica com lâmina de bisturi nº 15, seguida de excisão completa da lesão (Fig. 2). A hemostasia foi obtida por compressão local, tendo-se concluído o procedimento com sutura de um ponto cruzado, reforçado com um ponto simples, ambos com fio de seda 3/0 (Fig. 3). A amostra foi conservada em formol a 10% e enviada para análise anatomopatológica (Fig. 4).

No final da consulta, foram fornecidas à paciente instruções claras para o pós-operatório: evitar traumas na região, não consumir alimentos duros ou quentes nas primeiras 48 horas e manter uma higiene oral cuidadosa, mas com o cuidado de não interferir com a zona suturada. Foi também recomendada a aplicação de gel de clorhexidina 0,2% (Elugel®), para manter um ambiente oral favorável à regeneração tecidular. Foi prescrito paracetamol 1 g em caso de dores. O tratamento escolhido é considerado o método padrão, uma vez que permite uma resolução eficaz e segura.



Fig. 1: Aspetto inicial da lesão



Fig. 2: Lesão excisionada



Fig. 3: Sutura da Lesão

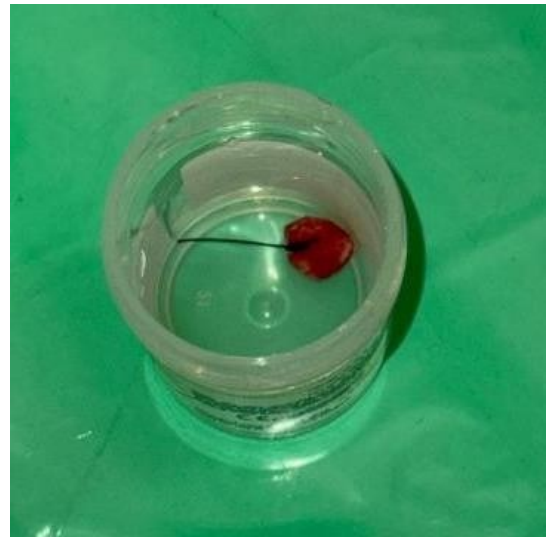


Fig. 4: Conservação da amostra

Resultado e Acompanhamento

Após a exérese, o tecido foi enviado para exame anatomopatológico. Microscopicamente, o epitélio apresentava retificação das cristas, hipergranulose e hiperqueratose, com algum reforço fibrótico no tecido conjuntivo subjacente e infiltrado inflamatório incipiente. Não foram identificadas atipias celulares, alterações arquiteturais displásicas nem sinais de malignidade. O diagnóstico final foi de queratose oral sem displasia, confirmando a suspeita clínica e afastando, de forma definitiva, a hipótese de leucoplasia.

O acompanhamento clínico foi realizado aquando da remoção da sutura, o que revelou cicatrização adequada. Após um mês, observámos que não havia recidiva e que o palato já estava quase cicatrizado (Fig.5).



Fig. 5: *Follow-up* após 1 mês

Discussão

A queratose oral é uma alteração epitelial benigna que, apesar do seu carácter geralmente inofensivo, pode colocar desafios clínicos relevantes, sobretudo quando se apresenta sem um fator etiológico identificável. (14,19)

Do ponto de vista biológico, a queratose surge como resposta da mucosa oral a um estímulo traumático repetido, levando a um aumento da queratinização como forma de proteção. (14) Contudo, no nosso caso, esta lógica não foi aplicável: não havia prótese, hábitos tabágicos, mordiscamento ou qualquer outro estímulo irritativo identificável. A lesão palatina apresentou-se de forma atípica, num cenário menos frequente, mas contemplado na literatura. Almazyad e Woo (2020), numa série retrospectiva de 167 casos de queratose da crista alveolar, identificaram que em 20,1% dos casos submetidos a biópsia, a suspeita clínica era de displasia ou carcinoma, quando a histologia demonstrou tratar-se de uma queratose benigna sem displasia. (21) A sobreposição entre estas entidades é real, e a biópsia continua a ser o único método que permite uma distinção definitiva.

Clinicamente, as queratoses orais surgem como placas brancas que não desaparecem e, na maioria das vezes, não provocam sintomas, sendo frequentemente descobertas em consultas de rotina. (15) No entanto, o seu aspeto pode assemelhar-se a outras lesões, como a leucoplasia ou o líquen plano oral na forma de placa, o que torna fundamental uma avaliação cuidadosa. (14,16,19) Esta preocupação foi central no nosso caso, pela ausência de causa identificável que sustentasse, do ponto de vista clínico, o diagnóstico de queratose.

Relativamente ao tratamento, a literatura descreve que muitas queratoses podem ser corrigidas após a identificação e eliminação dos fatores traumáticos, como dentes fraturados, restaurações irregulares ou próteses mal adaptadas. (14,15) No nosso caso, a biópsia foi a opção desde o primeiro momento, dada a impossibilidade de identificar e remover um fator etiológico. De facto, a excisão cirúrgica cumpriu uma função simultaneamente diagnóstica e terapêutica, permitindo remover a lesão na totalidade e obter material para análise anatomopatológica. Esta abordagem é particularmente indicada em lesões bem delimitadas, de pequenas dimensões e de localização acessível, como foi o caso. (14)

O acompanhamento clínico após a biópsia foi também relevante. Não havendo fator etiológico para corrigir, o seguimento centrou-se sobretudo na confirmação anatomopatológica e na vigilância periódica, conforme recomendado para lesões sem displasia. (16,17)

Conclusões

Este caso torna-se relevante não pela complexidade do diagnóstico final, mas pelo percurso que foi necessário percorrer para lá chegar. Uma lesão branca que não regride e não tem causa aparente precisa de ser investigada. Não por alarme, mas por rigor. Este caso mostrou, na prática, que a biópsia não é uma opção de última instância, é, sim, uma decisão clínica racional, tomada no momento certo, que permite transformar uma incerteza num diagnóstico. E foi essa decisão que deu ao caso um desfecho claro, fundamentado e clinicamente sustentado.

3. BIBLIOGRAFIA

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral y maxilofacial. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2022.
2. Miranda GGB, Chaves-Junior SC, Lopes MP, Rocha TBD, Colares DF, Ito FA, Cavalcante IL, Cavalcante RB, Andrade BAB, Nonaka CFW, Alves PM, Albuquerque-Júnior RLC, Cunha JLS. Oral mucocèles: A Brazilian Multicenter Study of 1,901 Cases. *Braz Dent J*. 2022 Sep-Oct;33(5):81-90. doi: 10.1590/0103-6440202204965.
3. Narendran MR, Balandrar SK, Kannan R. Clinical characteristics, demographic trends, and management outcomes of oral mucocèles: A 10-year retrospective study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2025 Jan-Mar;29(1):18-23. doi: 10.4103/jomfp.jomfp_55_24.
4. Patini R, Giuliani M, Gioco G, Tranfa M, Caponio VCA, Fantasia J, Lajolo C. Tongue Mucocèles: a retrospective clinic-pathological evaluation of 240 cases. *BMC Oral Health*. 2023 Nov 14;23(1):862. doi: 10.1186/s12903-023-03485-y.
5. Hashemi M, Zohdi M, Zakeri E, Abdollahzadeh-Baghaei T, Katebi K. Comparison of the recurrence rate of different surgical techniques for oral mucocèle: A systematic review and Meta-Analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023 Nov 1;28(6):e614-e621. doi: 10.4317/medoral.26015.
6. Sadiq MSK, Maqsood A, Akhter F, Alam MK, Abbasi MS, Minallah S, Vohra F, Alswairki HJ, Abutayyem H, Mussallam S, Ahmed N. The Effectiveness of Lasers in Treatment of Oral Mucocèle in Pediatric Patients: A Systematic Review. *Materials (Basel)*. 2022 Mar 26;15(7):2452. doi: 10.3390/ma15072452.
7. Grover C. Surgical Management of Oral Mucocèle: Experience with Marsupialization. *J Cutan Aesthet Surg*. 2020 Oct-Dec;13(4):353-356. doi: 10.4103/JCAS.JCAS_133_20.
8. Besbes A, Elelmi Y, Khanfir F, Belgacem R, Ghedira H. Recurrent Oral Mucocèle Management with Diode Laser. *Case Rep Dent*. 2020 Oct 3;2020:8855759. doi: 10.1155/2020/8855759.

9. Darwish G (April 11, 2023) Squamous Papilloma of the Soft Palate: A Case Report. *Cureus* 15(4): e37423. DOI 10.7759/cureus.37423.
10. Andrade SA, Pratavieira S, Paes JF, Ribeiro MM, Bagnato VS, Varotti FP. Oral squamous papilloma: a view under clinical, fluorescence and histopathological aspects. *Einstein (Sao Paulo)*. 2019 May 9;17(2):eRC4624. English, Portuguese. doi: 10.31744/einstein_journal/2019RC4624.
11. Albasry EA, Alyousef ZM, Alazizi MA. Benign Symptomatic Squamous Papilloma of the Uvula: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus*. 2023 Jan 10;15(1):e33602. doi: 10.7759/cureus.33602.
12. Tebcherany H, Grandhi A, Khocht A. Oral Squamous Papilloma Mimicking Oral Verrucous Leukoplakia. *Cureus*. 2022 Nov 21;14(11):e31739. doi: 10.7759/cureus.31739.
13. Datta P, Panda A, Lenka S, Satpathy A. Squamous cell papilloma of the gingiva with a “garlanding a tooth” appearance: Report of an unusual case. *J Indian Soc Periodontol*. 2020;24:572–4. doi: 10.4103/jisp.jisp_502_19
14. Hassan Saad R, Halawa SM, Zidan AM, Emara NM, Abdelghany OA. Malignant transformation of oral squamous cell papilloma: a case report. *Int J Surg Case Rep*. 2020;75:348-351. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.09.064.
15. Müller S. Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol*. 2019 Mar;13(1):16-24. doi: 10.1007/s12105-018-0986-3.
16. Nautiyal M, Kumar Vadivel J, Ramalingam K. Prevalence of Keratosis in the Oral Cavity: A Clinical Retrospective Study. *Cureus*. 2024 Jan 13;16(1):e52199. doi: 10.7759/cureus.52199.
17. van der Waal I. Oral leukoplakia: diagnosis and management revisited. *J Dent Indones*. 2023;30(2):73-80. doi:10.14693/jdi.v30i2.1507.
18. Aguirre-Urizar JM. Oral leukoplakia: still an enigmatic disorder. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2025 Sep 1;30(5):e730-e735. doi: 10.4317/medoral.27214.

19. Pimenta-Barros LA, Ramos-García P, González-Moles MÁ, Aguirre-Urizar JM, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral leukoplakia: Systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Dis.* 2025 Jan;31(1):69-80. doi: 10.1111/odi.15140.
20. Chiang CP, Yu-Fong Chang J, Wang YP, Wu YH, Lu SY, Sun A. Oral lichen planus - Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematinic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc.* 2018 Sep;117(9):756-765. doi: 10.1016/j.jfma.2018.01.021. E
- 21..Panta P, Andhavarapu A, Sarode SC, Sarode G, Patil S. Reverse Koebnerization in a linear oral lichenoid lesion: A case report. *Clin Pract.* 2019 Jun 24;9(2):1144. doi: 10.4081/cp.2019.1144.
22. Almazyad A, Li CC, Woo SB. Benign Alveolar Ridge Keratosis: Clinical and Histopathologic Analysis of 167 Cases. *Head Neck Pathol.* 2020 Dec;14(4):915-922. doi: 10.1007/s12105-020-01151-1.