

a sialoadenectomia submandibular direita. Descreve-se todo o processo envolvido no diagnóstico, tratamento e seguimento da doente. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico destes tumores é frequentemente tardio pelo seu crescimento indolente e sintomatologia fruste. Para a maioria dos doentes com tumores benignos e bem circunscritos, o prognóstico é excelente após a ressecção cirúrgica. No entanto, a recorrência pode ocorrer. Não pode ser menosprezada a possibilidade de transformação maligna em carcinoma ex-adenoma pleomórfico que ocorre em 2-7% dos casos.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.483>

#020 Angina bolhosa hemorrágica – Relato de um caso clínico



Cláudia Mata*, Ana Teresa Coelho, Sara Fontes, Paulo Palmela, Nuno Zeferino Santos, Francisco Salvado

CHULN

Introdução: A Angina Bulhosa Hemorrágica (ABH) é uma entidade rara e benigna caracterizada pelo aparecimento súbito de bolhas solitárias indolores, preenchidas com sangue, ao nível da camada subepitelial da mucosa oral (frequentemente palato mole), que rapidamente expandem e sofrem ruptura espontânea em 24-48 horas. De etiologia mal esclarecida, alguns autores sugerem o trauma menor da mucosa como principal fator causal. Também a utilização a longo prazo de corticoides inalados poderá relacionar-se com a indução de atrofia e fragilidade mucosa. É relatada uma maior incidência de ABH em doentes com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial (HTA), contudo ainda não foi estabelecida relação causal. Não tem relação com discrasias hemorrágicas ou patologia vesículo-bolhosa, não revelando alterações analíticas. Quando a apresentação é típica, o diagnóstico é clínico, reservando-se a realização de biópsia e imunofluorescência direta para casos duvidosos. Tem resolução espontânea, pelo que o tratamento é de suporte, visando a prevenção da infeção e a potencialização da cicatrização. Deve ser feita a incisão de lesões maiores com risco de obstrução da via aérea. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 72 anos, com antecedentes de DM tipo II e HTA medicadas, que recorreu ao serviço de urgência por rutura de bolha de conteúdo hemorrágico no palato mole com 30 mm de maior eixo, indolor. Referia aparecimento da lesão nesse mesmo dia após ingestão de pão com sensação prodrômica de “picada”. Descreve história prévia de episódios semelhantes, recorrentes desde 2011, de carácter auto-limitado, associados à mastigação de alimentos duros, em múltiplas localizações na mucosa oral e de menores dimensões que a lesão descrita. Ao exame objetivo, não apresentava hemorragia ativa que necessitasse de cuidados urgentes. Avaliação analítica realizada sem alterações, nomeadamente, trombocitopenia ou outros distúrbios hematológicos. Medicou-se sintomaticamente, com resolução e cicatrização da lesão ao fim de duas semanas, sem complicações. **Discussão e conclusões:** Pela apresentação clínica típica descrita na literatura e por ausência de patologia hematológica, foi feito o diagnóstico clínico de angina bolhosa hemorrágica, sem necessidade de realização de biópsia. Com a apresentação deste caso clínico

co pretende-se alertar para a existência desta patologia pouco frequente e que, apesar do seu carácter benigno e auto-limitado, poderá apresentar complicações graves como obstrução aguda da via aérea.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.484>

#021 Osteonecrose mandibular induzida por bifosfonato oral – caso clínico



Ivan Cabo*, Beatriz Dominguez, Maria J. Morais, Pedro Dias Ferraz, Jorge Ermida, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: Os bifosfonatos orais têm sido amplamente utilizados no tratamento da Osteoporose, bem como no controle de metástases ósseas. A osteonecrose dos maxilares é uma complicação da terapêutica com bisfosfonatos, em que as exodontias podem exponenciar o aparecimento das lesões. O seu tratamento é ainda um desafio, mas a abordagem terapêutica deve ser feita de acordo com o estadio da doença. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 75 anos, referenciada ao Serviço de Estomatologia do CHUC, por lesão oral com 6 meses de evolução, após múltiplas exodontias. Referia desconforto à mastigação e incapacidade de usar a prótese inferior. Nos antecedentes destacava-se um quadro de Osteoporose medicada há 13 anos continuamente com ácido ibandrónico oral 150mg, e ainda Diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico, constatou-se uma exposição óssea na região lingual do 3.º quadrante, com 35 mm de maior eixo, aderente e sem sinais de inflamação ou infeção nos tecidos adjacentes. A ortopantomografia demonstrava área osteolítica no corpo mandibular esquerdo. Estabelecido o diagnóstico de osteonecrose por bifosfonato oral, em estadio I, optou-se primeiramente por suspender a toma do bifosfonato, motivar para a higiene oral e instruir a aplicação tópica de gel de clorohexidina 0,2%, 3 vezes/dia. Após 3 meses, por o quadro se manter sobreponível, decidiu-se confeccionar uma goteira oclusal inferior, para permitir a colocação e manutenção do gel durante mais horas, e por outro lado, para aliviar o desconforto sentido na mastigação. Após 2 semanas, o sequestro apresentava já alguma mobilidade e após mais 2 semanas, este tinha-se desprendido espontaneamente. A região onde anteriormente ele estava localizado, apresentava-se completamente epitelizada e a doente assintomática. **Discussão e conclusões:** A utilização de bifosfonatos orais apresenta um menor risco de osteonecrose dos maxilares quando comparada com a sua administração por via endovenosa. Contudo, a duração do tratamento parece ser um dos fatores de risco mais relevante, pois o risco aumenta com o tempo de exposição. Neste caso clínico, o uso prolongado do bifosfonato oral, e a realização de múltiplas exodontias, num quadro de Diabetes mellitus, culminaram no aparecimento da lesão osteonecrotica mandibular. Porém, o diagnóstico num estadio inicial e a boa adesão ao tratamento conservador prescrito, associado à suspensão do bifosfonato, tornaram possível uma completa cicatrização da lesão e um aumento da qualidade de vida da doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.485>