

lativamente comum na prática clínica. Ocorre com frequência na gengiva e pode afetar também outras regiões da cavidade oral e a pele. A etiopatogenia exata não é conhecida. Sugere-se que a reação dos tecidos ao trauma ou irritação crônica leva à proliferação de tecido conjuntivo altamente vascularizado. Apresenta-se como uma lesão exofítica pediculada/séssil, de superfície lisa/lobular, com coloração de aparência vascular/rosa, mole e indolor à palpação. A superfície é caracteristicamente ulcerada e friável, com hemorragia frequentemente associada. Clinicamente, pode ter um crescimento lento e assintomático, ou desenvolver-se rapidamente. Pode surgir em qualquer idade, com predomínio na segunda década de vida, estando descrita uma maior incidência no sexo feminino. A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição. O presente trabalho relata um caso clínico de granuloma piogénico do ápice da língua, cujo tratamento consistiu na excisão cirúrgica da lesão.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo feminino, 37 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, medicação habitual ou alergias conhecidas. Referenciada para a consulta de Estomatologia do Hospital de Braga por apresentar uma lesão exofítica do ápice da língua, com cerca de 4 meses de evolução, que surgiu após traumatismo, sem dor ou hemorragia associadas. Objetivamente, apresentava uma lesão séssil, lobulada, de coloração rosa com ponteados vermelhos, com cerca de 15mm de maior diâmetro, mole e indolor à palpação e sem ulceração ou hemorragia associadas. Foi realizada a biópsia excisional da lesão, sob anestesia local. A análise histopatológica revelou granuloma piogénico. Na consulta de seguimento, a doente apresentava-se assintomática, com boa evolução cicatricial e sem recidiva ou lesão residual.

Discussão e conclusões: O granuloma piogénico é uma lesão mucocutânea e vascular benigna sobejamente conhecida. Os diagnósticos diferenciais incluem patologias benignas e malignas. A apresentação clínica e análise histopatológica são cruciais para a correta diferenciação e orientação do doente. A excisão cirúrgica da lesão, higiene oral rigorosa e remoção de fatores de risco estão recomendadas, com vista a prevenir a recidiva. Apesar de se tratar de uma lesão benigna, o seu correto diagnóstico, prevenção e tratamento são muito importantes, pois pode afetar em diferentes graus a qualidade de vida do doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.524>

#062 Eczema Labial – um caso de queilite atópica ou de contacto irritativa?



Filipa Veiga*, Ana Teresa Tavares, Luís Sanches Fonseca

Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução: A dermatite de contacto é uma doença inflamatória, não infecciosa, muito comum mas altamente prevenível, cuja sintomatologia é altamente relevante para o doente. A queilite atópica e a queilite de contacto irritativa são alguns dos tipos de eczema labial. Estes podem ter como origem mais frequentemente, entre outras causas, produtos do nosso quotidiano como batons, medicamentos tópicos, dentífricos, próteses dentárias, alimentos, instrumentos musicais de sopro ou canetas, que veiculam alérgenos ou irritantes que desencadeiam uma dermatite atópica ou de contacto irritativa. **Descri-**

ção do caso clínico: Mulher de 82 anos, sem antecedentes de relevo, recorre à consulta de urgência de Estomatologia por lesões muito dolorosas descamativas em toda a extensão de ambos os vermelhões. A Doente referia as alterações dos lábios como progressivas ao longo do último mês, após a aplicação de batom hidratante e posteriormente peróxido de hidrogénio em fissuras labiais incipientes, negando qualquer história de infeção herpética progressiva. Após recurso ao Médico de Medicina Geral e Familiar, suspendeu o peróxido de hidrogénio e iniciou aplicação de sucralfato e vaselina, revelando alguma melhoria inicial, mas insuficiente. Ao exame objetivo, apresentava os vermelhões edemaciados e eritematosos, com várias fissuras bem demarcadas, transversais e bilaterais em toda a extensão do vermelhão que invadiam a região cutânea do lábio, sem hemorragia ativa, erosão ou lesões descamativas. Adicionalmente apresentava dor à palpação que condicionava fortemente a abertura bucal. Com o diagnóstico de eczema labial, queilite atópica ou de contacto irritativa, provavelmente pelo uso excessivo do peróxido de hidrogénio a doente foi tratada com Betametasona com ácido fusídico, pelo risco de sobreinfeção bacteriana, com uma aplicação tópica 2 vezes por dia. A Doente revelou uma evolução favorável com melhoria do eczema e das queixas álgicas logo após 48 horas e apresentava-se praticamente assintomática após uma semana.

Discussão e conclusões: Os eczemas de difícil controlo, devem sempre levantar a suspeita de dermatite de contacto ou atópica, no caso, queilite de contacto ou atópica, por vezes facilmente diagnosticadas com uma boa anamnese e identificação do agente causal, geralmente produtos do nosso meio. É também importante diferenciar as queilites eczematosas das queilites actínicas, com tratamentos distintos, sobretudo por uma destas se tratar de uma lesão oral potencialmente maligna.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.525>

#063 Mucosite associada ao Mycoplasma Pneumoniae – relato de um caso



Ana Isabel Magalhães*, Cristina Moreira, Tiago Nogueira, J. Serafim Freitas

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Espinho, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: A Síndrome de Stevens-Johnson e a Necrólise Epidérmica Tóxica são toxidermias raras e potencialmente fatais. Estas entidades partilham uma base fisiopatológica comum e manifestam-se como um espectro alargado de gravidade clínica, que depende da percentagem de superfície corporal afetada. A mucosite é comum aos dois quadros e, na grande maioria dos casos, é inaugural. O termo mucosite refere-se a um atingimento exclusivo das mucosas. A mucosite associada ao Mycoplasma Pneumoniae caracteriza-se por um pródrómo respiratório seguido de mucosite oral e ocular, sem envolvimento cutâneo. **Descrição do caso clínico:** Descreve-se o caso de um jovem de 17 anos, com um quadro de mucosite severa associada ao Mycoplasma Pneumoniae, na sequência de uma pneumonia inicialmente medicada com azitromicina. Após 4 dias, recorreu à urgência do Centro Hospitalar e Universitário

de São João por lesões ulceradas na mucosa labial. À observação apresentava uma estomatite caracterizada por lesões erosivas em diferentes estádios de evolução e extenso compromisso do vermelhão labial. Predominavam erosões, crostas e hemorragia, existindo também áreas de coalescência de 'placas de descamação' pericomissurais. Tinha história de olho vermelho, já resolvido com a instituição de corticoterapia tópica, e não apresentava exantema. Durante o internamento, privilegiaram-se medidas de suporte com limpeza da cavidade oral, lubrificação do vermelhão, analgesia e corticoterapia sistémica. O agente causal foi controlado com a instituição de azitromicina sistémica. Após 10 dias de internamento, teve alta com melhoria clínica evidente. Após 1 mês, foi reavaliado na consulta e, por manutenção de aderências pericomissurais, foi inscrito para desbridamento cirúrgico. **Discussão e conclusões:** O médico deverá suspeitar do diagnóstico de mucosite associada ao Mycoplasma Pneumoniae sempre que um doente apresenta sintomas respiratórios inaugurais ou sinais radiológicos de pneumonia, seguidos de mucosite extensa com compromisso oral e ocular, sem manifestações cutâneas. Contudo, deverá permanecer sempre atento à possibilidade de aparecimento de lesões cutâneas, uma vez que as toxidermias do espectro da Síndrome de Stevens-Johnson apresentam frequentemente mucosite oral, como manifestação inaugural e o mecanismo causal pode ser o mesmo. O tratamento destas entidades passa pelo controlo do agente causal, mas também pela adoção de medidas de suporte, que permitam evitar sequelas graves.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.526>

#064 Candidíase Pseudomembranosa: um caso clínico



Beatriz Dominguez*, Maria Moz Morais, Ana Melissa Marques, Joao Rui Abreu, Olímpia Delgado, José Pedro Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Candidíase é uma infecção oral oportunística comum, causada principalmente pelo microrganismo fúngico *Candida Albicans*. Trata-se de uma espécie comensal da cavidade oral em aproximadamente 30-50% dos indivíduos saudáveis, aumentando esta incidência com a idade. O seu desenvolvimento e proliferação, na presença de condições predisponentes, locais ou sistémicas, tornam-no patogénico. Com envolvimento essencialmente superficial, afeta a pele ou mucosas. A sua apresentação clínica é variável e cabe aos profissionais de saúde estarem cientes desse facto a fim de efetuarem um diagnóstico correto. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 83 anos, imunodeprimida em contexto de doença linfoproliferativa, referenciada à consulta da especialidade, com queixa de lesões na cavidade oral dolorosas com 1 mês de evolução. Ao exame oral apresenta placas esbranquiçadas, infracentrítricas, coalescentes, ao longo da mucosa jugal, palato mole e dorso da língua, destacáveis com compressa e revelando mucosa subjacente eritematosa. Considerando diagnóstico clínico de candidíase pseudomembranosa foi iniciada terapêutica empírica com suspensão oral de Nistatina

100.000UI/mL, 5mL, 3-4id, resultando na redução significativa no número de lesões, ao final de 30 dias, pelo que se manteve terapêutica tópica. **Discussão e conclusões:** Também conhecida como 'sapinho', a candidíase pseudomembranosa é a apresentação clínica mais frequente da infecção por *Candida*. Esta pode ser desencadeada pelo próprio meio, na presença de xerostomia ou higiene oral deficitária, mas também por alterações imunológicas, como exposição do doente a antibióticos de amplo espectro e imunossupressão. Deste modo, é claro o impacto da medicina moderna na amplificação da candidíase como causa de grande morbidade no âmbito dos cuidados de saúde.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.527>

#065 Displasia Fibrosa Craniofacial- A propósito de um Caso Clínico



Carina Pires Gonçalves*, Ana Teresa Carapenha, Fernando Milheiro, Nuno Durão, Rui Moreira, Carlos Miranda

Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Introdução: Displasia Fibrosa (DF) é uma condição benigna, rara, com uma prevalência de 1/2000. Afecta indivíduos de ambos os géneros e com uma idade média de 25 anos. Representa 2,5% das lesões ósseas e 7% dos tumores ósseos benignos. Caracteriza-se por uma lesão intramedular fibro-óssea que resulta do desenvolvimento ósseo anormal. Os ossos frequentemente acometidos são: mandíbula, crânio, fémur, costelas. Pode envolver apenas um osso, sendo designada de DF Monostótica ou múltiplos ossos designando-se de DF Poliostótica, com uma distribuição unilateral. Quando as lesões acometem a mandíbula e crânio a DF toma a designação DF craniofacial. Apresenta uma probabilidade de malignização de 0,4 a 4%. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, com 54 anos, raça caucasiana, foi referenciada à consulta externa de Estomatologia, por lesão focal de densidade heterogénea com limites aparentemente bem definidos, que se acompanha de ténue expansão local e de adelgaçamento das corticais ósseas, no corpo e no ângulo da mandíbula, do lado esquerdo. A doente referiu-se assintomática, tendo sido esta lesão, um achado imagiológico, na TC maxilo-facial efectuada no exterior. A biópsia óssea revelou displasia óssea e cintigrafia óssea mostrou ausência de outras lesões ósseas. O resultado do estudo analítico era normal. Decidiu-se, manter a doente em vigilância, com consultas periódicas a cada 6-6 meses, com a realização de OPG. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico de DF é desafio clinicopatológico. A DF apresenta um quadro clínico variado e alterações radiográficas comuns a outras lesões ósseas benignas, malignas e de neoplasias primárias em estadio avançado. Há que, fazer o diagnóstico diferencial com: meningioma, osteoma craniofacial, fibroma ossificante maxilar, doença de Paget, metástases de neoplasia primária. Por a doente ser assintomática e a imagem imagiológica mostrar envolvimento das corticais ósseas, foi realizada biópsia óssea. Também a cintigrafia óssea foi realizada para diagnóstico do subtipo de DF e orientação terapêutica. Apesar, do tratamento a ser instituído poder ser variado, desde tratamento farmacológico ou cirúrgico, optou-se por uma atitude expectante, dado