

a colonização de agentes patogénicos pelo ducto parotídeo, o que predispõe ao desenvolvimento de parotidite supurativa. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.898>

#### #041 Granulomatose orofacial: Um diagnóstico de exclusão

Maria Inês Borges\*, Ana Melissa Marques, Beatriz Dominguez, Simão Nogueira, Fátima Carvalho, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A granulomatose orofacial (GOF) é uma inflamação granulomatosa, não específica, dos tecidos orofaciais, sem doença sistémica associada. É uma condição rara, idiopática e mais frequente em adultos jovens. Caracteriza-se por edema orofacial recorrente ou persistente; em 90% dos casos envolve o lábio. Pode afectar toda a cavidade oral, sendo as manifestações mais frequentes: edema, úlcera ou pápulas. O envolvimento isolado do lábio é designado queilite granulomatosa/de Miescher. Se associada a paralisia facial e língua fissura é designada Síndrome Melkerson-Rosenthal. O diagnóstico é feito com biópsia da lesão e demonstração de inflamação granulomatosa no estudo histológico. Por se tratar de um diagnóstico de exclusão, devem ser eliminadas outras causas de inflamação granulomatosa, como alergénios, corpo estranho, sarcoidose, doença de Crohn ou tuberculose. A primeira linha de tratamento é corticoterapia (tópica, intra-lesional ou sistémica). **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 17 anos, referenciado à consulta de Estomatologia por edema persistente do lábio inferior, com 6 meses de evolução. Referia queixas de dor abdominal, diarreia/obstipação e ligeira perda ponderal. Negou anorexia, febre, hipersudorese ou queixas respiratórias. Ao exame objectivo, apresentava edema do lábio inferior à esquerda, não doloroso e não infiltrativo. Apresentava hiperemia gengival. Sem dismetrias faciais, sem desvio das comissuras, com pregas faciais mantidas. ENS sem alterações. Foi realizada biópsia da lesão, cujo estudo identificou um processo inflamatório granulomatoso. O estudo diagnóstico incluiu o doseamento da ECA, serologia para *Mycobacterium tuberculosis* e realização de endoscopia e colonoscopia, com biópsias seriadas. Os resultados foram negativos. Após exclusão de sarcoidose, tuberculose e doença de Crohn, assumiu-se o diagnóstico de GOF. O tratamento incluiu corticoterapia, reforço da higiene oral e aplicação tópica de clorexidina nas gengivas, com melhoria do edema do lábio e hiperemia gengival. **Discussão e conclusões:** A GOF é um diagnóstico de exclusão; a realização de uma história clínica, exame objectivo e estudo diagnóstico detalhados permite a eliminação de outras causas de inflamação granulomatosa. O diagnóstico precoce e tratamento podem prevenir deformidades permanentes da cavidade oral. A remissão espontânea da doença é improvável e os doentes podem desenvolver novos sintomas, sendo importante o seguimento regular, a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.899>

#### #042 Disfagia grave por Sarcoma de Kaposi oral

Rui Seixas\*, Natacha Ribeiro, Manuel Tolentino, Dinora Martins, Carlos Matos

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital São Bernardo

**Introdução:** O Sarcoma de Kaposi (SK) é a principal neoplasia maligna na infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Hoje em dia, a sua apresentação clínica é incomum, pela introdução da terapêutica anti-retroviral. Dos doentes com SK é estimado que cerca 70% apresentem manifestações orais, muitas delas com grande impacto clínico no aparelho estomatognático. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 43 anos de idade, caucasiano foi referenciado à consulta de Estomatologia por lesão ulcerada na mandíbula à esquerda, com odor fétido e dor, com comprometimento da ingestão de sólidos e líquidos. Como antecedentes pessoais identifica-se infeção por VIH diagnosticada há 14 anos não sendo cumpridor da terapêutica anti-retroviral há 7 anos. Ao exame estomatológico identificou-se no uma lesão exofítica de 7 cm de maior diâmetro de consistência elástica, coloração vermelho-acastanhada, no 3.º quadrante, justa dente 3.3, associado a exsudado purulento abundante. Adicionalmente observou-se várias outras lesões idênticas, de menor diâmetro, no 1.º e 2.º quadrante e palato. A TC maxilo-facial descreve massa de partes moles da hemiface esquerda com crescimento na face bucal da cavidade oral e adjacente ao rebordo alveolar da mandíbula esquerda, com associados sinais de erosão óssea. Realizou-se biópsia incisional das várias lesões cuja análise histopatológica revelou SK com ulceração. Da restante avaliação médica, a TC torácica evidenciou achados compatíveis com SK pulmonar e a avaliação analítica mostrou CD4 143 células/mcL (7%) e CV VIH-1 5600 cópias/mL (log<sub>10</sub> 4,75). O tratamento em regime de internamento consistiu em piperacilina-tazobactam e quimioterapia com doxorubicina associada a radioterapia para citoredução, verificando-se uma melhoria clínica significativa com redução das dimensões da massa oral. **Discussão e conclusões:** O SK pode acometer qualquer mucosa, mas o seu desenvolvimento na cavidade oral pode causar lesão nos tecidos locais, dor, interferência no uso de prótese ou nas funções oromaxilares. Neste caso, a disfagia grave teve repercussões negativas no estado nutricional, na adesão à terapêutica e na qualidade de vida do doente. O SK oral precisa ser diferenciado clinicamente de outras entidades, como o granuloma piogénico, o hemangioma ou a angiomatose bacilar, e por isso, lesões orais sugestivas devem ser biopsiadas e pacientes com SK diagnosticado por biópsia devem ser testados para VIH.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.900>

#### #043 Reabsorção idiopática do côndilo mandibular – A propósito de um caso clínico

Helena Salgado, Bruno Martins\*, Josefa Ortiz, Patrícia Fonseca  
Universidade Católica Portuguesa FMD

**Introdução:** A reabsorção do côndilo mandibular está relacionada com o aumento anormal de carga sobre a articulação temporomandibular com consequente reabsorção óssea. Isto