

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 *Micobacterium 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 (log₁₀ 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

pode ocorrer após tratamento ortodôntico, cirurgia ortognática ou como consequência de disfunção temporomandibular ou trauma. É verificada maior incidência em pacientes do gênero feminino Classe II esquelética ângulomandibular aumentado. No entanto, em alguns casos, não se identifica um fator predisponente, sendo utilizado nestes casos o termo reabsorção condilar idiopática. Algumas patologias sistêmicas podem estar associadas à reabsorção condilar como é o caso da Artrite Idiopática Juvenil que é uma artrite crônica da infância com etiologia desconhecida e com comprometimento da articulação temporomandibular relatada em 17-87% dos pacientes. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, com 16 anos de idade, dirigiu-se à Clínica Universitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa com queixa de sons articulares e dor constante na face, mais intensa do lado direito, que agravava em função, e com uma evolução de cerca de 2 anos. Após avaliação clínica e imagiológica (Ortopantomografia e Cone Beam Computer Tomography) na consulta de Oclusão, observou-se leve desvio do mento para a esquerda (problema transversal mandibular), aplanamento condilar bilateral acentuado, uma Classe II esquelética e uma assimetria na dimensão vertical do ramo mandibular. Realizado o Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disease, o diagnóstico obtido foi de Dor Miofascial (Grupo I), Deslocamento do Disco com redução do lado Direito (Grupo II) e Artralgia Direita (Grupo III). Como primeira abordagem terapêutica, para descompressão articular, procedeu-se à confecção de uma Goteira Oclusal em Relação Cêntrica e follow up de 1 semana, 1 mês, 3 meses e 6 meses, verificando-se melhorias significativas do quadro clínico. **Discussão e conclusões:** Perante a história clínica apresentada e baseado no estudo oclusal realizado, suspeita-se de um caso de Artrite Idiopática Juvenil com envolvimento da Articulação Temporomandibular. Iniciado o tratamento, e com base na evolução favorável da sintomatologia, segue-se uma fase de acompanhamento multidisciplinar para minimizar os danos articulares e estabilizar a função. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são importantes para preservar a motilidade articular e prevenir a evolução da doença.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.901>

#044 Ácido hialurónico e disfunção temporomandibular: Caso clínico de protocolo terapêutico



André Mariz Almeida*, Rodrigo Ramos, Pedro Cebola, Paula Moleirinho Alves, Santiago González-López

Hospital CUF Tejo, Universidad de Granada, Instituto Superior Egas Moniz

Introdução: O recurso a abordagens terapêuticas minimamente invasivas como a aplicação de ácido hialurónico em situações de disfunção da articulação temporomandibular (ATM) tem obtido resultados positivos quando complementada com uma abordagem conservadora, como a terapia cognitivo-comportamental e fisioterapia. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 25 anos, género feminino, com limitação de abertura mandibular há cerca de 6 meses, artralgia na ATM esquerda associada a dor muscular no masséter e temporal bilateralmen-

te e cefaleias generalizadas desde há 2 anos. Apresentava crepitação na ATM esquerda e estalido em abertura e encerramento na ATM direita. O diagnóstico de disfunção temporomandibular foi realizado através do sistema de classificação Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD). O plano de tratamento consistiu em terapia cognitivo-comportamental, e um protocolo que incluiu duas infiltrações de ácido hialurónico de alto peso molecular na ATM direita e esquerda com intervalo de um mês, seguido de fisioterapia. Foi instituído um plano de exercícios terapêuticos no primeiro momento de avaliação e logo após a infiltração e subsequente fisioterapia. Foram realizados três momentos de avaliação [avaliação inicial (M0), um mês (M1) e seis meses após (M2) o primeiro momento] para as variáveis: abertura mandibular máxima (AM), dor à palpação do músculo masséter (M) e temporal (T) através da escala numérica da dor. **Discussões e conclusões:** Os resultados foram os seguintes: AM em M0 – 22mm; AM em M1 – 35mm; AM em M2 – 42mm, e M em M0 – 8; T em M0 – 5; M em M1 – 3; T em M1 – 1; M em M2 – 0; T em M2 – 0. A aplicação do protocolo terapêutico conduziu ao aumento da abertura máxima, à diminuição da dor no masséter em mais de dois pontos, o que é considerado uma diferença mínima clinicamente importante, e à eliminação da dor no temporal. O resultado obtido é indicador de que o protocolo terapêutico delineado é promissor para o tratamento dos pacientes com DTM. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.902>

#045 O uso de ácido hialurónico na disfunção temporomandibular



Rodrigo Ramos*, André Mariz Almeida, Diana Macedo, Carlota Mendonça, António Duarte Mata, Paula Moleirinho

Clínica Hugo Madeira, Instituto Universitário Egas Moniz, Faculdade Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: A aplicação ácido hialurónico em situações de desordens/disfunção da articulação temporomandibular (ATM) tem obtido resultados bastante satisfatórios quando combinada com fisioterapia e terapia cognitivo-comportamental. No nosso caso clínico a terapêutica consiste na aplicação de ácido hialurónico complementada com fisioterapia antes e após a infiltração para controle de osteoartrite bilateral, deslocamento de disco com redução esquerda e direita e bloqueio articular intermitente de uma mulher de 47 anos com histórico de dor temporomandibular e limitação de abertura (distância interincisiva de 20 mm) **Descrição do caso clínico:** Foi realizado um exame clínico detalhado incluindo o DC/TMD. Como exames complementares de diagnóstico foi realizado uma ressonância magnética, com o diagnóstico de deslocamento de disco com redução do lado esquerdo e direito. A patologia degenerativa da ATM foi confirmada por tomografia computadorizada (TC). A terapêutica instituída foi realizada multidisciplinarmente, Após o diagnóstico foram realizadas 3 sessões de fisioterapia para a ATM intervaladas de uma semana, o ácido hialurónico (Osteonil®: peso molecular 1.000 – 2.000 kDa) foi aplicado em ambas as articulações temporomandibulares seguidas de fisioterapia durante 1 mês. Um mês de follow-up, a paciente apresentou uma melhoria no quadro clínico, com a ausência de sons articulares, uma distância inter-incisiva de