

existência de tratamento endodôntico prévio com presença de um falso-coto fundido e extensa lesão radiolúcida. Foi diagnosticado como dente previamente tratado com abcesso apical agudo, tendo sido realizada uma tomografia que permitiu obter mais informações sobre a extensão da lesão e forma da raiz. Face à extrema dificuldade técnica do retratamento ortógrado ou microcirúrgico, a opção conservadora proposta de RI foi aceite pelo paciente. No dia da intervenção foi realizada profilaxia do dente e adjacentes, radiografia pré-operatória, anestesia infiltrativa vestibular e lingual, extração atraumática, ressecção apical de 3 mm, retropreparação com pontas de ultrassom e retro-obturação com MTA, reimplante, sutura cruzada, finalizando com radiografia pós-operatória. Todo o procedimento foi realizado por dois operadores e sob ampliação com microscópio ótico. Aos 9 meses apresenta evolução favorável. **Discussão e conclusões:** O RI apresenta-se como uma opção conservadora e económica, quando as hipóteses de retratamento endodôntico ou microcirurgia apical são de complexidade elevada, falharam ou se associam a riscos maiores. Os segundos molares mandibulares são um exemplo comum para a utilização desta técnica. Este caso de RI pretende mostrar que este é um procedimento confiável e previsível, podendo ser considerado como opção de tratamento em prol da conservação da dentição natural.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.938>

#### #054 Iatrogenia com Eucaliptol – A propósito de um caso clínico



Catarina Vital\*, Catarina Machado Ferreira, Paula Maria Leite, Cristina Barros, Afonso Martins, Luís Sanches Fonseca

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

**Introdução:** Retratamento endodôntico não cirúrgico é a principal opção perante um insucesso endodôntico primário com sintomatologia associada. A reintervenção permite a eliminação de microrganismos intracanales, restabelecendo a viabilidade dos tecidos perirradiculares. Uma das técnicas usadas para a remoção de material obturador é a dissolução química da guta-percha com solventes. Embora o eucaliptol esteja associado a baixa toxicidade, há a possibilidade de extrusão e irritação dos tecidos periapicais. Este trabalho pretende expor um caso raro de iatrogenia com Eucaliptol. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 55 anos, com neoplasia da mama, sob quimioterapia até há um mês. Recorreu a consulta por queixas de sensibilidade e dor ao nível do dente 11. Objetivamente, o 11 apresentava alteração da cor, dor à percussão vertical, sem gengivite, mas com restauração coronária comprometida. Radiograma retroalveolar confirmou 11 endodonto, sem alterações a nível radicular e periapical. Durante o retratamento endodôntico, na instilação do eucaliptol e remoção da guta-percha, a doente desenvolveu reação adversa com dor exuberante na área envolvente ao 11. Realizou-se lavagem abundante com soro fisiológico e anestesia local do palato e nervo infraorbitário. Doente manteve queixas de dor na hemimaxila e região frontoparietal direitas, sem edema da face. Medicou-se com anti-inflamatório, seguido de opióide, antiemético e analgésico, com melhoria clínica. Prescreveu-se analgesia, antibioterapia e corticoterapia para ambulatório. Recomendou-se aplicação de gelo local. Reavaliou-se 2 dias de-

pois, doente sem alterações visuais e intraorais. Ao fim de 3 meses, assintomática, submeteu-se a 2.ª sessão de retratamento, sem intercorrências. **Discussão e conclusões:** A capacidade de dissolução dos solventes não é seletiva, podendo atuar nos remanescentes da polpa, bem como nos tecidos periapicais, se for permitida a entrada no espaço perirradicular por extrusão inadvertida do sistema radicular, podendo causar resposta inflamatória local e potencialmente necrose tecidual. Para evitar acidentes com solventes é essencial adotar medidas preventivas, como o uso de isolamento absoluto, respeitando o comprimento de trabalho, a pressão e velocidade de instilação. Em caso de acidente a substância deve ser aspirada e o local lavado abundantemente com solução salina estéril, a extensão e gravidade devem ser avaliadas. A prioridade é o alívio da dor, controle de edema e prevenção de infeções.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.939>

#### #055 Pênfigo vulgar oral: relato de caso pós-vacinação contra SARS-CoV-2



Filipa Veiga\*, Margarida Caldeira, Candida Fernandes

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

**Introdução:** O Pênfigo vulgar (PV) é uma doença autoimune caracterizada por bolhas mucocutâneas flácidas que facilmente rompem, deixando erosões dolorosas. Resulta da presença de autoanticorpos dirigidos contra constituintes dos desmossomas, nomeadamente as desmogleínas (Dsg) 1 e 3. Alguns fatores como fármacos, vacinas, infeções, doenças oncológicas e outras autoimunes podem predispor ao aparecimento de PV ou à sua exacerbação. Com a vacinação contra o coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) foram reportadas múltiplas manifestações mucocutâneas, presumivelmente induzidas pelas vacinas. **Descrição do caso clínico:** Homem, 78 anos, com antecedentes de glaucoma, dislipidemia e arritmia, portador de pacemaker. Referiu quadro com 4 meses de evolução, caracterizado pelo aparecimento de bolhas na cavidade oral, frágeis e dolorosas, com compromisso da alimentação e perda ponderal de 8kg. Negou alteração da medicação habitual e história de infeções prévias. Referiu toma da 3.ª dose da vacina Cominarty em dezembro de 2021, com posterior aparecimento do quadro. Foi medicado com betametasona e sucralfato, solução oral, com pouca melhoria. Observavam-se erosões dispersas pelo palato mole, úvula e pilares amigdalinos, com 5mm de maior diâmetro, sem outras lesões cutâneas ou mucosas. Analiticamente destacava-se positividade para anticorpos anti-Dsg 3. O resultado histológico de uma das erosões revelou mucosa pavimentosa com formação de fendas intra-epiteliais supra-basais, com uma camada de células basais cubóides em tombstone, compatíveis com doença bolhosa acantolítica, nomeadamente PV. Realizou prednisolona 40 mg/dia, durante duas semanas, verificando-se melhoria ligeira. Iniciou duas infusões de rituximab 1g separadas por 15 dias, tendo-se verificado resolução completa das lesões da cavidade oral duas semanas após a segunda infusão. Verificava-se também recuperação do peso e ligeira disфонia após este período. **Discussão e conclusões:** Em-

bora o PV induzido pela vacinação seja raramente reportado, a intensa vacinação atual pode predispor ao incremento de novos casos ou ao seu agravamento, em indivíduos geneticamente predispostos. Apesar de não haver ainda evidência clara entre as vacinas contra a SARS-CoV-2 e o PV, a associação temporal entre os dois eventos sugere uma relação causal. Este caso clínico pretende enaltecer a necessidade de estudos multidisciplinares para esta relação causa-efeito, sem detrimento da importância da vacinação contra a pandemia atual.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.940>

#### #056 Abordagem alternativa para tratamento tóxico de líquen plano oral



Catarina Machado Ferreira, Paula Maria Leite, Catarina Vital, Cristina Barros, Eduardo Nogueira, Marcelo Prates\*

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** O líquen plano é uma doença inflamatória crônica que pode afetar a pele e mucosas. Caracteriza-se por períodos de agudização alternados com remissão das lesões. As lesões orais podem ser de difícil controlo, causando um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. **Descrição do caso clínico:** Homem, 54 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, com diagnóstico de líquen plano há 4 anos em seguimento extra-hospitalar. Referenciado a consulta de Estomatologia por queixas de gengivorragia e lesões de líquen plano de difícil controlo, que dificultavam a alimentação. Já teria realizado terapêutica com betametasona em solução oral, mas sem melhoria. À observação, apresentava gengivite descamativa generalizada e lesões brancas compatíveis com líquen plano oral na mucosa jugal bilateralmente e lábios. Optou-se por realizar destartarização subgengival e manter corticóide em solução oral, sem melhoria. Iniciou posteriormente clobetasol em pomada com aplicação em goteira superior e inferior, 30 minutos diários durante 2 semanas. À reavaliação referia melhoria da gengivorragia mas mantinha gengivite descamativa exuberante. Optou-se por substituir clobetasol por fórmula magistral de triamcinolona em veículo de gel oral, com aplicação em goteiras durante 10 dias. Após a substituição, apresentou melhoria significativa das lesões, com resolução das queixas. Atualmente mantém seguimento na nossa consulta sem necessidade de medicação crónica, fazendo uso de corticóides tópicos em períodos de agudização e vigilância por endoscopia de contacto para avaliar necessidade de biópsia, tendo sido excisada lesão por suspeita de displasia, que não se confirmou. **Discussão e conclusões:** A gestão do líquen plano deve ser multifatorial sendo fundamental uma boa higiene oral, controlo de fatores locais ou sistémicos precipitantes de lesões, controlo sintomático das queixas e vigilância das lesões. O seu tratamento deve compreender preferencialmente agentes tópicos por apresentarem menores efeitos adversos, sendo os mais comuns os corticóides, estando disponíveis vários princípios ativos com meios de aplicação variados. A aplicação de goteiras aumenta o tempo de exposição da mucosa ao fármaco, podendo resultar numa maior eficácia do tratamento. O presente caso descreve um líquen plano oral de difícil controlo, em que se optou por terapêutica com corticóides

tópicos de aplicação em goteiras, após a qual foi possível resolver as queixas e melhorar a qualidade de vida do doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.941>

#### #057 Sarcoma de Kaposi: manifestação inicial de infeção por VIH



António Pedro Barbosa, Taciana Lopes Santos\*, Álvaro Rodrigues, Cristina João

Centro Hospitalar Universitário Porto, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

**Introdução:** O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma doença angioproliferativa associada à infeção pelo vírus do herpes humano 8 e definidora de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Com a introdução da terapêutica anti-retrovírica combinada, a incidência de SK diminuiu acentuadamente em doentes infetados pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), apresentando uma frequência de 15% como manifestação inicial. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, de 27 anos, sem antecedentes médicos de relevo e sem medicação habitual, recorreu ao serviço de urgência por um quadro de neurosífilis, pelo que foi internado para tratamento hospitalar. À data do internamento, foi realizado estudo virológico que positivou para HIV. Este doente exibia uma lesão violácea no palato associada a um dente cariado, o que motivou a referência ao Serviço de Estomatologia. Ao exame físico intra-oral, observava-se edentulismo parcial, resto radicular do dente 16 e duas lesões violáceas, planas, não descamativas, localizadas no hemi-palato direito e outra no esquerdo. Apresentavam dimensões aproximadas de 30x20 mm, 2x3 mm e 2x5 mm. Foi realizada uma biópsia incisional da lesão de maiores dimensões, cujo resultado anatomo-patológico revelou-se compatível com Sarcoma de Kaposi. **Discussão e conclusões:** Com a introdução da terapêutica anti-retroviral, a frequência dos SK diminuiu, pelo que é importante distingui-la clinicamente de outras entidades, incluindo granuloma piogénico, hemangioma, angiomatose bacilar e aumento gengival causado pela ciclosporina. O SK pode surgir como parte da síndrome inflamatória de reconstituição imune em doentes com HIV ou desenvolver-se no contexto de imunossupressão. O SK é morfológicamente diverso e pode afetar indivíduos saudáveis, imunossuprimidos terapêuticamente, bem como infetados pelo HIV4. Embora cada vez menos frequente, recomenda-se um baixo limiar de suspeita perante lesões mucocutâneas pigmentadas ou vasculares, principalmente em doentes de alto risco, como os HIV positivos ou em status pós-transplante. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.942>

#### #058 Pênfigo Paraneoplásico – o valor de uma década



Carlos Salgado\*, João Mendes de Abreu, Guilherme Fontinha, Rui Almeida, Inês Alexandre Neves Francisco, José Pedro Figueiredo

Centro Académico e Clínico de Coimbra CHUC-UC, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra FMUC

**Introdução:** O Pênfigo corresponde a um grupo de doenças auto-imunes acantolíticas, caracterizadas pela perda de coe-