

#064 Sífilis primária oral

Cláudia Andrade, Sara Graterol, Filipa Contente, João Morais, Duarte Barreto*, Francisco Salvado

Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa sexualmente transmissível, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. São conhecidas várias fases da doença: primária, secundária, latente, terciária e neurosífilis. Todas as fases podem apresentar manifestações orais, que apesar de raras, podem mimetizar outras patologias, constituindo um desafio diagnóstico. **Descrição do caso clínico:** Homem de 45 anos referenciado ao Serviço de Urgência de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, por quadro inespecífico de odinofagia, adenopatias e lesões na cavidade oral com uma semana de evolução. Sexualmente ativo, com história de relações sexuais desprotegidas e sem outros antecedentes relevantes. Negava outra sintomatologia, nomeadamente sintomas B (febre, sudorese noturna, astenia) ou outras lesões mucocutâneas. Ao exame objetivo, apresentava uma lesão centimétrica ulcerada do palato mole e múltiplas lesões infracentimétricas ulceradas na face dorsal da língua, todas indolores à palpação. Observava-se também adenopatia retroauricular direita, com cerca de 1cm e adenopatia submandibular esquerda (nível IIa) infracentimétrica, ambas indolores à palpação. As hipóteses de diagnóstico colocadas foram úlceras traumáticas, sífilis, carcinoma pavimento-celular e sialometaplasia necrotizante. Foi realizado estudo analítico que mostrava VDRL reativo com contagem de TPHA de 1/10240. Os achados serológicos confirmaram a hipótese diagnóstica de sífilis primária. O doente foi medicado com uma toma única de penicilina G benzatínica intramuscular, apresentando franca melhoria do quadro clínico ao final de uma semana. Mantém seguimento em consulta de Medicina Oral, sem aparecimento de novas lesões. **Discussão e conclusões:** Este caso clínico realça a necessidade de considerar a sífilis no diagnóstico diferencial de lesões orais inespecíficas, dada a grande variedade de apresentações clínicas. Daí a importância do seu conhecimento, para um diagnóstico e tratamento precoces, minimizando assim os riscos de transmissão e as potenciais complicações decorrentes desta doença infecciosa.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.948>

#065 Úlcera oral secundária à administração de nitroglicerina sublingual: Relato de caso

Rita Maria Cabral*, Jéssica Lourenço, Daniela Alves Pereira, Cristina João Cipriano, Nuno Durão, Rui Moreira

CHUPorto

Introdução: A nitroglicerina, também conhecida como trinitrato de glicerilo, usada há mais de 130 anos na medicina como potente vasodilatador, foi sintetizada em 1846 e aprovada pela FDA em 1938. Pertence a um grupo de medicamentos denominados nitratos, empregados como agentes terapêuticos em doenças cardiovasculares como angina e insuficiência cardíaca crónica. Pode ser administrada via oral, sublingual,

intraoral, tópica ou intravenosa, abrangendo um mecanismo de ação curto ou longo. O modelo terapêutico de curta ação apresenta-se em formato de comprimido (sublingual ou na região vestibular inferior) ou spray (no dorso ou ventre lingual). **Descrição do caso clínico:** Este caso clínico descreve uma mulher de 63 anos, autónoma e cognitivamente íntegra, com antecedentes de HTA, perturbação de ansiedade e asma, medicada com anti hipertensor, ansiolítico e corticosteroide inalado, que foi admitida no serviço de urgência por quadro de síndrome coronário agudo e internada para cateterismo cardíaco urgente. Durante o transporte foi administrada nitroglicerina sublingual com alívio sintomático imediato. Cerca de 18h após a administração com sensação de dor e ardência oral secundárias a queimadura com descontinuidade epidérmica no lado esquerdo do ventre lingual. Foi instituída terapêutica imediata com sucralfato (suspensão oral) e lidocaína tópica e instituída dieta fria e mole durante 48h com resolução do quadro clínico. **Discussão e conclusões:** As reações adversas locais deste fármaco são raras e a grande maioria pertence à sua administração tópica, havendo em qualquer composto reações adversas desconhecidas e/ou não documentadas. Por outro lado, o uso de corticosteroides inalados é um conhecido fator precipitantes de alterações e manifestações orais, podendo condicionar alguma predisposição a ulceração da mucosa por presença de xerostomia e imunossupressão local. É imprescindível que sejam documentadas e identificadas quaisquer reações adversas ou toxicidade medicamentosa visando um diagnóstico e terapêutica precoces e, se aplicado, medidas de prevenção.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.949>

#066 Infiltração leucémica das glândulas salivares major – A propósito de um caso clínico.

Ana Cláudia Ventura Maurício*, Pedro Cabeça Santos, Gabriela Pinheiro, Mariana Magalhães Maia, Maria Fátima Ferreira, Marta Daniela Henriques

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João, Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de São João

Introdução: Os linfomas representam 5% das neoplasias malignas da cabeça e pescoço. São divididos em subgrupos, linfomas Hodgkin e linfomas não Hodgkin (LNH), sendo que os últimos representam 75% dos linfomas desta região. Os LNH são mais frequentes dos 70 aos 80 anos, com prevalência pelo sexo masculino e raça caucasiana. Dividem-se em tipo B, T ou NK, sendo os primeiros mais prevalentes. Clinicamente, manifestam sintomas constitucionais e do tipo B, e ocasionalmente tumefação cervicofacial. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo masculino, 74 anos, que apresentava tumefação bilateral da região parotídea, com 7 meses de evolução e crescimento progressivo. Apresentava antecedentes de leucemia linfocítica crónica (LLC) do tipo B, desde 2002. Mantendo evolução cíclica, alternando períodos livre de doença, com recidivas. Foi submetido a 5 abordagens terapêuticas, sem resposta sustentada no tempo. Desde Outubro de 2021, apresentava aumento progressivo, bilateral da região parotídea, asso-

ciado a diminuição da acuidade auditiva. Ao exame físico, apresentava tumefação bilateral da região parotídea, de consistência duro-elástica, limites bem definidos, indolor, com 10 cm de maior eixo à direita e 9,5 cm à esquerda. Apresentava também, globosidade das glândulas sublinguais e tumefação bilateral submandibular, de características semelhantes, com 4 cm de maior eixo à direita e 3,5 cm à esquerda e adenopatia cervical de nível II, de 2cm de maior eixo. Foi solicitada ressonância magnética das glândulas salivares, que confirmou aumento das dimensões das glândulas parótidas e submandibulares, com estrutura homogênea, preenchimento por líquido dos ouvidos médios e mastóides bilateralmente e inúmeras adenopatias. Foi iniciada nova abordagem terapêutica com Acalabrutinib, 100mg 2x/dia, com resolução da tumefação cervicofacial e sublingual. **Discussão e conclusões:** As glândulas salivares são atingidas em 2 a 5% dos casos de LLC tipo B, sendo a glândula parótida a mais afetada. A ressonância magnética é o exame de eleição para confirmar a suspeita clínica. O seu prognóstico é variável, dependendo do tipo histológico e do índice de prognóstico internacional. O tratamento dos LLC tipo B, depende do seu estadiamento. Sendo a quimioterapia combinada R-CHOP, o gold-standard nos casos agressivos. Pacientes com doença avançada são actualmente tratados com imunoquimioterapia. Apesar da evolução terapêutica se revelar promissora, alguns doentes mantêm doença progressiva e incurável.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.950>

#067 Deslocamento posterior do disco articular da articulação temporomandibular – Caso clínico

Renata de Sousa Teixeira *, Marcos Alexandre Nunes da Silva, Natália Ferreira, Marco Loureiro, Bruno Macedo de Sousa, Maria João Rodrigues

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Universidade Federal Fluminense – Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro

Introdução: O deslocamento de disco é uma das disfunções intra-articulares mais comuns da articulação temporomandibular. Devido às características anatómicas e funcionais desta articulação, o deslocamento anterior é o mais frequente, sendo o deslocamento posterior considerado raro. O deslocamento posterior do disco é caracterizado pela posição posterior do disco em relação à proeminência superior do côndilo. A principal característica clínica é a incapacidade de ocluir os dentes posteriores do lado afetado, podendo estar associado a dor espontânea, dor em função, estalido, desvio ou limitação da abertura. O diagnóstico desta patologia é desafiador, uma vez que as suas características clínicas podem estar relacionadas com outras condições e patologias. Podem ser necessários exames imagiológicos para diagnóstico complementar, sendo a ressonância magnética o exame padrão. O deslocamento posterior do disco e os seus critérios de diagnóstico, etiologia e tratamento são pouco abordado na literatura. Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso pouco comum de deslocamento posterior bilateral. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 46 anos, compareceu à Clínica de

Oclusão e Dor Orofacial da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra com queixas de dor espontânea na região da articulação temporomandibular esquerda e ausência de contatos dentários do mesmo lado. O exame clínico foi realizado de acordo com o Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders e obteve-se o diagnóstico de dor miofascial e artralgia. Na ressonância magnética verificou-se deslocamento posterior do disco em ambas as articulações. A esquerda apresentou edema articular, osteófito e esclerose do côndilo. Tal permitiu fazer o diagnóstico final de deslocamento posterior do disco, osteoartrite e dor miofascial. A terapêutica farmacológica e uma goteira estabilizadora mandibular permitiram o controlo da sintomatologia. Porém a doente permaneceu com incapacidade de ocluir os dentes do lado esquerdo, tendo sido encaminhada para realizar artrocentese no serviço de cirurgia maxilo-facial. **Discussão e conclusões:** O diagnóstico e tratamento do deslocamento posterior do disco ainda representa um desafio, devido à reduzida incidência e escassez de informação na literatura. Este caso demonstrou que os exames imagiológicos podem ser importantes no diagnóstico de disfunções articulares pouco frequentes e também que o tratamento conservador pode ser uma opção no controlo da dor desta patologia.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.951>

#068 Tratamento ortodôntico-cirúrgico em doente com fenda lábio-palatina: Caso Clínico

Raquel Travassos*, Catarina Nunes, Madalena Prata Ribeiro, Flávia Pereira, Inês Francisco, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A fenda lábio-palatina é uma malformação anatómica congénita da região da cabeça com etiologia multifatorial. Esta malformação está associada a vários problemas, nomeadamente, na alimentação, audição, fonação e desenvolvimento dento-facial. Do mesmo modo, as alterações da estética facial e dentária podem resultar em dificuldades nas interações sociais. O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de uma doente com fenda lábio-palatina submetida a tratamento ortodôntico-cirúrgico. **Descrição do caso clínico:** Doente do sexo feminino, 14 anos e 2 meses de idade, com fenda lábio-palatina bilateral. Na história pregressa foi realizada queiloplastia e palatoplastia aos 2 e 12 meses de idade, respetivamente. A doente referiu ainda a utilização de um aparelho removível para alinhamento do sector anterior aos 10 anos de idade. Após a avaliação da doente, verificou-se que esta apresentava uma Classe II esquelética, relação molar de Classe II e colapso maxilar transversal. O plano de tratamento consistiu em expansão transversal com aparelho Quad-helix, seguida da colocação de aparatologia fixa multibrackets prescrição Roth 0.018 para alinhamento e nivelamento das arcadas dentárias, preparação da arcada para receção do enxerto ósseo secundário e com tração dos dentes 13 e 23. Posteriormente, realizou-se a cirurgia ortognática (osteotomia bilateral sagital para avanço mandibular com rotação anti-horária) para correção da classe II esquelética. Como aparatologia de contenção