

periores apresentarem normalmente duas raízes com dois canais radiculares, a presença de três raízes com três canais radiculares independentes é uma variação anatômica também possível que apresenta uma prevalência de aproximadamente 1,7% . A presença de um instrumento fraturado no sistema de canais radiculares pode afetar negativamente o prognóstico do tratamento, na medida em que pode interferir na correta preparação e desinfecção. O tipo de dente, a localização, tamanho, acessibilidade, posicionamento do fragmento, bem como a experiência do operador são fatores relevantes para a sua remoção. **Descrição do caso clínico:** Paciente de 27 anos do género feminino foi encaminhada para retratamento endodôntico do dente 24. Clinicamente não apresentava sintomatologia dolorosa e o exame radiográfico evidenciou uma lesão periapical radiolúcida associada a este dente, a existência de 3 raízes distintas (mesiovestibular, distoventibular e palatina) e a presença de um instrumento fraturado na raiz mesiovestibular do dente. No exame clínico constatou-se uma extensa destruição coronária e respostas normais aos testes de percussão horizontal e vertical. Estabeleceu-se o diagnóstico pulpar e periapical de tratamento endodôntico prévio e periodontite apical assintomática, respetivamente. O plano de tratamento estabelecido foi aceite pela paciente e incluiu a realização de retratamento endodôntico não cirúrgico e posterior reabilitação com prótese fixa. Na consulta de follow-up após 6 meses, a paciente encontrava-se assintomática, com o dente em função e radiograficamente observou-se uma imagem sugestiva de reparação apical. **Discussão e conclusões:** A abordagem de dentes com instrumentos fraturados bem como o tratamento endodôntico de pré-molares superiores com três raízes é complexa e considerada como tendo elevado grau de dificuldade pela Associação Americana de Endodontia. Um exame clínico e radiográfico preciso é de extrema importância para um correto diagnóstico e tratamento. A utilização de microscópio cirúrgico e pontas ultrassónicas de pequeno diâmetro permitem uma correta abordagem destes casos com uma remoção mais conservadora e segura de instrumentos fraturados, contribuindo para uma maior previsibilidade do tratamento endodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1105>

#### #041 Lesão osteolítica mandibular – Caso Clínico Raro



Andreia Esteves Fernandes\*, Laura Nobre Rodrigues, José Pedro Figueiredo, Bruno da Silva Mota, João Gustavo Lourenço, Sara Garrido

CHUC

**Introdução:** O Mieloma Múltiplo (MM) representa 1% das neoplasias. Caracteriza-se pela proliferação monoclonal de células plasmáticas na medula óssea (MO). Mais comum em homens, 60-70 anos. Caracteriza-se por hipercalcémia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas. As manifestações orais podem apresentar-se em estádios avançados e raramente como manifestação primária. Comuns na região posterior da mandíbula, manifestam-se por odontalgia, parestesia, mobilidade dentária, gengivorragia, ulcerações e fratura. O diagnós-

tico envolve a presença sérica/urinária de proteína-M, lesões ósseas; excesso de plasmócitos na MO. A terapia de suporte, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e transplantes autólogos de células hematopoiéticas são tratamento de eleição. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 78 anos, com antecedente de MM IgG L diagnosticado em 05/2002. Em 2022 realizou PET-CT, que mostrou ‘múltiplas lesões osteolíticas no esqueleto, compatíveis com doença mielomatosa medular/óssea em progressão’ (sem envolvimento mandibular). A 03/05/2023 recorre ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra por edema e dor da hemiface direita, com 1 semana de evolução, sem febre, disfagia, odinofagia ou dispneia. À observação: edema submandibular direita, sem trismus, tumefacção retromolar direita, duro-elástica dolorosa, não friável, aderente aos planos profundos, sem flutuação, com superfícies ulceradas na mucosa jugal direita, em relação à oclusão dentária de 48 e 17, mobilidade grau II de 48. Na Ortopantomografia não se observou alterações. Opta-se por exodontia de 48 e biópsia incisional da lesão. Assume-se provável lesão neoplásica. A doente é internada 07/06/2023 pela dor submandibular, faz TC maxilo-facial que mostra: ‘lesão expansiva osteolítica no ramo ascendente direito da mandíbula’. Apesar do resultado anatomopatológico ter sido inconclusivo, assume-se provável proliferação tumoral mandibular. Inicia ciclo de RT. **Discussão e conclusões:** A invasão 2ª do tecido esquelético é característica do MM. Lesões orais osteolíticas em doentes com MM ocorrem sobretudo na mandíbula (8-15%), na região molar, ramo, ângulo e processo condilar. São inespecíficas e difíceis de diagnosticar, podendo ser confundidas com abscesso odontogénico, trauma, gengivite ou periodontite grave. É essencial examinar cuidadosamente a cavidade oral e estar alerta para lesões suspeitas. O diagnóstico diferencial é de extrema importância para o correto tratamento do doente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1106>

#### #042 Síndrome de Stevens-Johnson associado a Lamotrigina – a propósito de um caso clínico



João Pedro Melão\*, Francisco Azevedo Coutinho, Ana Teresa Coelho, Sara Graterol, Francisco Gouveia, Francisco Salvado

CHULN – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte

**Introdução:** A lamotrigina é um fármaco usado no tratamento da epilepsia, perturbação bipolar e com uso off-label para profilaxia de enxaqueca com aura sensitiva. O desenvolvimento de efeitos adversos, como erupções mucocutâneas em 10% dos pacientes, pode condicionar o uso deste medicamento. De maior preocupação são o Síndrome de Stevens-Johnson e a Necrólise Epidérmica Tóxica, distúrbios vesiculobolhosos de envolvimento sistémico potencialmente fatais. Estas duas entidades clínicas são reações de hipersensibilidade mucocutânea graves, induzidas principalmente por fármacos. O envolvimento da mucosa oral inclui eritema, erosão, edema, descamação, formação de bolhas, ulceração e necrose. **Descrição do caso clínico:** Doente de 59 anos, sexo feminino, natural de Cabo Verde, com antecedentes pessoais de acidente isquémico transitório e dislipidemia. Recorreu ao Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria por pápulas cutâneas

eritematosas e pruriginosas na coxa esquerda, que progrediram em 24 horas para o tronco, membros e face, afetando menos de 10% da superfície corporal. Também apresentava sensação de corpo estranho e dor ocular bilateral, bem como edema e erosões na mucosa oral. Referia instituição há 20 dias de toma de lamotrigina para profilaxia de enxaqueca. À observação apresentava erosões extensas de toda a mucosa oral sem hemorragia ativa, áreas nacaradas a nível da mucosa jugal bilateral e gengivas, eritema a nível do palato mole e descação exuberante da mucosa labial. Admitiu-se o diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson secundário a lamotrigina e a doente permaneceu em internamento hospitalar para realizar corticoterapia e imunoglobulina endovenosa. Durante esse período realizou bochechos com preparado de lidocaína, bicarbonato de sódio e nistatina e aplicação labial de pomada com hidrocortisona e ácido fusídico. Teve alta após 12 dias de internamento com melhoria progressiva da dermatose e lesões mucosas, mantendo apenas pequenas erosões com crosta hemorrágica nos lábios, sem compromisso da via oral. Na reavaliação após 1 mês, verificou-se uma remissão total das lesões da cavidade oral. **Discussão e conclusões:** A evolução e prognóstico dos doentes com Síndrome de Stevens-Johnson depende da interrupção do agente farmacológico e do tratamento adequado das lesões mucocutâneas. O conhecimento desta entidade é essencial para o correto diagnóstico de lesões erosivas da mucosa oral associada à toma recente de novos fármacos e redução da morbimortalidade associada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1107>

#### #043 Estomatite herpética severa por vírus Herpes simplex 1 durante corticoterapia sistémica



Sofia Salgueiro, Carina Sousa Silva\*, Rita Martins, Helena Araújo, Andreia Silva, Mário Gouveia

Hospital de Braga – Serviço de Estomatologia

**Introdução:** Estima-se de que 67% da população se encontra infetada com o vírus Herpes simplex 1. Clinicamente, na infeção primária ocorre uma gengivoestomatite herpética, com múltiplas lesões orais dolorosas, associadas a adenopatias locais e sintomas sistémicos como febre, mal-estar e cefaleia. Na ausência de tratamento com antivirais, este quadro pode apresentar uma evolução de 7 a 18 dias. Após a primoinfeção o vírus fica alojado nos gânglios do sistema nervoso e nos casos de reativação os utentes apresentam lesões na região perioral e lábios, sendo raros os sintomas sistémicos. A transmissão vírica ocorre por secreções orais, por contacto direto com lesões ou através de fómites. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 83 anos, com antecedente de glomerulonefrite membranoproliferativa secundária à síndrome de Sjögren e medicada com corticoide em altas doses (1mg/Kg/dia de prednisolona), foi observada pela Estomatologia por dor na cavidade oral. À observação, a utente apresentava múltiplas lesões centimétricas ulceradas recobertas por fibrina, coalescentes e dispersas por toda a cavidade oral, lábios e orofaringe. Adicionalmente, apresentava vesículas no palato mole e mucosas jugais. Após a pesquisa de DNA viral identificou-se infeção pelo vírus Herpes simplex 1. Admitiu-se assim o diag-

nóstico de estomatite herpética por reativação do vírus Herpes simplex 1, iatrogénica à imunossupressão causada pela corticoterapia em doses elevadas. A utente iniciou terapêutica com aciclovir endovenoso, realizou controlo da dor com anestésicos tópicos e seguiu cuidados rigorosos de higiene oral com clorexidina e alimentação mole e fria, verificando-se resolução total do quadro em 12 dias. Paralelamente procedeu-se ao desmame da corticoterapia e troca do imunossupressor, prevenindo novas iatrogenias. **Discussão e conclusões:** São vários os fatores que podem precipitar uma recorrência da infeção herpética, nomeadamente a exposição solar, febre, stresse e principalmente os estados de imunossupressão, tal como descrito no presente caso clínico. Num doente imunocomprometido as reativações herpéticas são mais frequentes e severas, podendo apresentar lesões atípicas com extensão para camadas teciduais mais profundas, com risco de necrose e disseminação sistémica. O diagnóstico pode ser realizado através da pesquisa de DNA vírico ou por cultura e o tratamento no doente imunocomprometido consiste, além das medidas de conforto locais, na administração de aciclovir endovenoso (5 mg/Kg de 8/8h) durante 7 dias.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1108>

#### #044 Colocação de Implante Unitário na Zona Anterior da Maxila – Follow-up a 7 Anos



André de Brum Marques\*, Francisco Correia, Honorato Ribeiro-Vidal, Ana Moreira, Nádya Lemos, Ricardo Faria Almeida

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**Introdução:** As exigências estéticas são cruciais para o sucesso de uma reabilitação fixa, afetando não apenas a saúde oral dos pacientes mas, principalmente, o seu bem-estar psicossocial. Estudos demonstraram perda óssea nos primeiros 3 a 6 meses após extração, seguidas por reduções graduais que serão mais acentuadas em biótipos finos. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino com 57 anos dirigiu-se ao consultório privado com falta do dente 21 devido a fratura radicular ocorrida há mais de 10 anos. Após o planeamento 3D do caso clínico, um implante bone level de 3,3x10 mm (Straumann® Roxolid) foi colocado seguindo um protocolo de duas fases. Uma combinação de xenoenxerto bovino (Geistlich Bio-Oss®) e uma matriz de colagénio (Geistlich Bio-Gide®) foram usados para aumentar a crista óssea vestibularmente. O implante foi submerso, com sutura Supramid 4-0 e foi colocada uma coroa Maryland provisória. Após 2 meses, o pilar de cicatrização foi colocado, as impressões foram tomadas e o implante recebeu uma coroa provisória. A coroa metalocerâmica definitiva foi entregue após 9 meses. A cada 6 meses, durante 7 anos, foram realizadas consultas de controlo. Tanto após o procedimento como durante os controlos não houve sintomas de dor, mobilidade da coroa, infeção, registo radiográfico de perda óssea e qualquer reação adversa relatada pelo paciente. Os resultados estéticos foram satisfatórios, sem alterações significativas observadas ao longo do tempo. **Discussão e conclusões:** Nenhuma complicação biológica, protética ou do implante ocorreu ao utilizar um implante dentário de plataforma estreita. Os resultados sugerem que a colocação de implante