

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 gengivostomatite 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 cloroxidina 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, Nádja 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

unitário na zona anterior da maxila pode alcançar resultados favoráveis a longo prazo com a seleção adequada do paciente e da técnica de colocação do implante, mesmo com um implante de plataforma estreita, sendo que esta opção de tratamento poderá fornecer uma solução a longo prazo. Estes achados também enfatizam a importância de um planeamento cuidadoso ao decidir sobre as opções de tratamento mais adequadas em pacientes com falta de dentes na zona estética maxilar.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1109>

#### #045 Prótese Total Removível Digital – Caso Clínico



Teresa Mendes\*, João Fernandes, Luis Pires Lopes,  
Duarte Marques, João Caramês

Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Faculdade de Medicina  
Dentária de Universidade de Lisboa, LIBPhys, Instituto de  
Implantologia

**Introdução:** A utilização de técnicas digitais na realização de próteses removíveis tem como objetivo de melhorar a retenção, estabilidade, adaptação aos tecidos de suporte, propriedades mecânicas e reduzir o tempo clínico e laboratorial. A utilização de scanners intra-orais permite realizar impressões digitais, eliminando a necessidade de utilizar materiais de impressão. No entanto, existem receios em relação à utilização de impressões digitais em pacientes desdentados devido à dificuldade de reproduzir os tecidos moles e possibilidade de distorções. Na literatura, encontram-se descritos diversos protocolos para a execução de próteses totais removíveis, através de métodos totalmente digitais. O objetivo deste trabalho é descrever uma reabilitação com próteses totais removíveis recorrendo a um protocolo digital, integrando impressões funcionais com materiais de impressão. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, com 77 anos, que se dirigiu a uma Instituição de Saúde Privada com o objetivo de realizar novas próteses removíveis. Refere hipercolesterolemia, osteoporose e refluxo gastro esofágico. Encontrava-se medicada com sinvastatina, cálcio, vitamina D e sulfato de condroitina. Durante o exame objetivo verificou-se a ausência total de dentes, estando reabilitada com duas próteses removíveis pigmentadas e com falta de retenção. Procedeu-se à confecção de novas próteses seguindo um protocolo totalmente digital. Realizou-se a digitalização intra-oral dos rebordos edêntulos e das próteses que utilizava. Posteriormente foi realizada uma montagem de dentes digital que foi impressa em resina (Water washing resin®, Pionext, Shenzhen, China). Durante a prova de dentes, a base da prova foi utilizada como moldeira individual permitindo uma impressão funcional. As impressões foram digitalizadas e obtidos modelos de trabalho. Após uma segunda prova, as próteses finais foram obtidas pelo método de fresagem de blocos de PMMA monolíticos bicolors (Ivotion®, Ivoclar, Schaan, Liechtenstein). **Discussão e conclusões:** O protocolo totalmente digital permitiu realizar uma reabilitação total removível com bons resultados em termos de estética, oclusão, retenção e estabilidade. Este protocolo reduziu o número de consultas e etapas laboratoriais

intermédias, em relação aos protocolos clássicos de confecção de próteses totais. No entanto, existiu um aumento de custos com o protocolo digital, associado aos materiais utilizados para a fresagem das próteses totais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1110>

#### #046 Endoscopia de contacto – guia na excisão de lesões



Rodrigo Azevedo Oliveira\*, Gabriela Pinheiro, Manuel Guedes,  
Joana Alves, Joana Paiva, Carlos Faria

Centro Hospitalar Universitário de São João

**Introdução:** As doenças potencialmente malignas são alterações morfológicas da mucosa oral que podem apresentar um potencial acrescido de transformação maligna, contudo nem todas são detetáveis clinicamente. Estas têm uma prevalência de 1-5% na população com maior incidência entre os 50-70 anos. Podem ser lesões únicas, localizadas sem associação a outras doenças e muitas vezes assintomáticas. Alguns exemplos são as leucoplasias, eritroplasias, líquen plano, fibrose submucosa, queilite actínica, entre outras. A endoscopia de contacto é uma técnica não invasiva que nos permite visualizar as células do epitélio da mucosa oral e a circulação superficial in vivo. Esta técnica foi pela primeira vez descrita a ser usada na mucosa aerodigestiva pelo Professor Mário Andrea, em 1993. Com este recurso podemos auxiliar a nossa monitorização das lesões potencialmente malignas, orientar biópsias e guiar margens cirúrgicas aquando da excisão das lesões. **Descrição do caso clínico:** Apresentamos um caso de uma doente de 74 anos com antecedentes de dislipidemia, hipertensão, diabetes, não fumadora e não consumia álcool. Apresentava uma lesão leucoeritroplásica com 2 cm de maior eixo e ulceração central, mole e dolorosa à palpação no bordo lateral direito da língua e pavimento, sem adenomegalias palpáveis. No passado a doente referia que já tinham sido realizadas várias biópsias mas a lesão retornava sempre. Foi realizada uma biópsia incisiva da lesão que revelou displasia grave. Sob anestesia geral a doente foi submetida a glossectomia parcial para remoção da lesão com margens, a endoscopia de contacto neste caso foi usada como auxiliar na decisão das margens de excisão. O relatório anatomopatológico relevou tratar-se de displasia epitelial oral severa com margens livres distando um mínimo de 1mm na margem posterior. Aos 6 meses de pós-op a doente encontra-se assintomática e sem recidiva da lesão. **Discussão e conclusões:** Este caso mostra-nos que a possibilidade de ter um meio auxiliar não invasivo e que não aumente significativamente o tempo cirúrgico pode ser uma mais-valia para o doente. O recurso à endoscopia de contacto permite por um lado ter uma atitude menos invasiva proporcionando cirurgias conservadoras em áreas importantes do corpo como seja o aparelho estomatognático e por outro lado evitar cirurgias com lesões nas margens. O diagnóstico precoce é a chave e altera significativamente o prognóstico. A doente terá de manter vigilância a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1111>