

#047 Caso raro de carcinoma pavimento celular basaloide no pavimento oral



Catarina Vital*, Paula Maria Leite, Catarina Machado Ferreira, Cristina Barros, Miguel Cristóvão, Afonso Martins

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O carcinoma pavimento celular (CPC) basaloide é uma variante rara e agressiva do CPC oral. É mais prevalente no sexo masculino, na 6ª e 7ª décadas de vida, em doentes com hábitos tabágicos e alcoólicos. Histologicamente distingue-se pelo padrão bimórfico, com características de células escamosas e basais. Ocorre principalmente no trato aerodigestivo superior e na cavidade oral, tem predileção pela língua, palato mole e epiglote. Neste trabalho relatamos um caso raro de CPC basaloide no pavimento oral, descrevendo a apresentação clínica, características histológicas, implicações diagnósticas e terapêutica. **Descrição do caso clínico:** Homem de 61 anos, sem antecedentes e medicação habitual relevantes, com hábitos tabágicos (60 UMA) e etílicos (60 gr/dia) pesados. Referenciado à estomatologia pelo médico dentista, por lesão suspeita na cavidade oral. Doente refere extração dos incisivos inferiores há quatro meses, com cicatrização deficitária e surgimento de lesão retro incisiva. Ao exame objetivo, sem assimetrias faciais, com higiene oral insuficiente e periodontite generalizada. Apresentava lesão com 2 cm de maior diâmetro, na linha média do pavimento oral, com limites mal definidos, infiltrativa e ulcerada. À palpação, tecidos envolventes endurecidos, com aparente invasão do freio lingual, osteum das glândulas submandibulares e gengiva alveolar lingual adjacente, com possível invasão periosteal. Língua com mobilidade mantida. Eram ainda palpáveis múltiplas adenopatias cervicais à esquerda, a maior com 2 cm e uma de 3 cm na região submandibular direita, pétreas, aderidas aos planos profundos e indolores. Realizou-se biópsia incisiva da lesão intraoral, com diagnóstico histológico de CPC basaloide. O doente foi encaminhado ao IPO de Lisboa, para estadiamento e orientação terapêutica. Estadiado em T4N3bM0 inoperável e sem status para quimiorradioterapia, foi proposto para radioterapia paliativa, tendo sido submetido a 69.96Gy. Doente faleceu 11 meses após diagnóstico. **Discussão e conclusões:** O CPC basaloide na região da cabeça e pescoço caracteriza-se por curso clínico agressivo, diagnóstico tardio em estádios avançados, alta taxa de recidiva, grande potencial de metastização regional e à distância e prognóstico desfavorável. De forma a prevenir desfechos como o do caso apresentado é fundamental consciencializar a população e os profissionais de saúde para esta patologia, promovendo o diagnóstico precoce, tratamento adequado e melhoria da sobrevida.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1112>

#048 Manifestações Oraís de Sífilis – a propósito de um caso clínico



Mariana Rodrigues Rebelo*, Filipe Freitas, Ana Capela Loureiro, André Moreira, Helena Francisco, João Caramês

FMDUL

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa, congénita ou adquirida, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. A

principal via de transmissão da doença é o contacto sexual com um parceiro infetado. A primeira manifestação da sífilis designa-se cancro duro e trata-se de uma úlcera geralmente indolor que surge no local de inoculação da bactéria (sífilis primária). Sem tratamento, a doença evolui para sífilis secundária, que se caracteriza pelo aparecimento de lesões com diversas apresentações na pele e mucosas, bem como adenopatias. Após um período de latência, a infeção pode evoluir para sífilis terciária com manifestações multissistémicas graves. **Descrição do caso clínico:** Doente do género masculino, 44 anos de idade, fumador 30 cigarros/dia, apresentou-se na consulta de Cirurgia e Medicina Oral da FMDUL referenciado pelo seu médico dentista. Apresentava várias lesões assintomáticas na cavidade oral com mais de 2 semanas de evolução. Referia odinofagia há cerca de 3 meses. Clinicamente identificaram-se placas brancas espessas irregulares no lábio inferior, ventre da língua, zona retromolar e pilar amigdalino anterior – compatíveis com placas mucosas - e nódulos endurecidos na zona póstero-lateral do dorso da língua – compatíveis com condiloma lata (manifestações de sífilis secundária). A hipótese diagnóstica de sífilis foi confirmada através de análise sanguínea reativa para VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e FTA/ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption). O doente afirmou ter práticas sexuais desprotegidas, nomeadamente feleção. Foi descartada analiticamente a presença de infeção por HIV. O doente foi referenciado a consulta de infeciologia, tendo sido instituída terapêutica com penicilina G benzatínica (2,4 milhões de unidades) intramuscular. A resolução das lesões iniciou-se após alguns dias, com remissão completa após 6 semanas. Não se verificaram novas lesões nos 15 meses de controlo disponíveis. **Discussão e conclusões:** O relatório epidemiológico de 2019 do European Centre for Disease Prevention and Control (2022) alerta para o aumento de casos de sífilis nos países da EU/EEE. Em Portugal, de 2015 a 2019, os casos reportados passaram de 43 para 419 por 100.000 habitantes. Assim, é crucial que o profissional de saúde esteja desperto para esta patologia, já que a variada apresentação clínica pode dificultar o diagnóstico. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para minimizar as consequências da doença e prevenir a sua transmissão.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1113>

#049 Herpes Zoster Oral – Relato de caso



Daniela Alves Pereira*, Cristina João Domingues, Jéssica Lourenço, Rita Maria Cabral, Daniela Rôlo, Manuel Neiva de Sousa

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Introdução: O herpes zoster é causado pela infeção pelo vírus varicela-zoster (VZV), sendo a infeção primária denominada de varicela. Após a primo-infeção, o VZV pode permanecer latente no organismo por um longo período. Neste trabalho, apresentamos um caso de herpes zoster oral. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 60 anos, com antecedentes pessoais de Síndrome Metabólica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Dirigiu-se ao serviço de urgência por quadro de febre, cefaleia e dor facial à direita, associado a lesões aftosas no

palato com cerca de 3 dias de evolução, a condicionar limitação da alimentação. Associa o início do quadro clínico ao surgimento de lesões herpéticas no lábio superior, tendo realizado antivírico tópico nestas, com alívio parcial. Ao exame objetivo apresentava temperatura auricular de 38,9°C, lesões vesiculares no lábio e palato direitos, sem cruzar a linha média, associado a edema do hemilábio e adenopatias cervicais dolorosas homolaterais. Tendo em conta o quadro clínico sugestivo de infecção por herpes zoster instituiu-se terapêutica com aciclovir oral e analgesia. Após 10 dias de tratamento a doente ainda apresentava lesões no palato, em resolução, tendo sido prolongado o tratamento até resolução total do quadro clínico. **Discussão e conclusões:** A infecção pelo VVZ é caracterizada inicialmente por um período de pródromos de dor intensa, febre, cefaleia e mau estar generalizado, que precede o exantema vesicular doloroso. As lesões orais estão associadas a envolvimento do nervo trigêmeo. Os diagnósticos diferenciais do herpes zoster oral podem incluir infecção por herpes simples e estomatite aftosa recorrente do tipo herpetiforme. Contudo, as lesões unilaterais e dispersas, com distribuição dermatomal, são características distintivas da infecção por herpes zoster, o que facilita o diagnóstico com base na apresentação clínica. A neuralgia pós-herpética é a complicação mais frequente e acomete cerca de 20% dos doentes. Estima-se que a reativação do vírus ocorra em cerca de 10% a 30% da população portuguesa, sendo recomendada a vacinação para prevenção do herpes zoster, e suas complicações, em indivíduos com idade superior ou igual a 50 anos. O tratamento consiste na utilização de agentes antivirais e tratamento de suporte. O diagnóstico e o tratamento precoces são cruciais para evitar complicações e melhorar a qualidade de vida destes doentes. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1114>

#050 Carbamazepina, de modulador da dor a fator causal de reação liquenóide tóxica: case report



Rui Dias Costa*, Beatriz dos Santos, Mariana Lima Graça, Maria João Dias, Ana Isabel Magalhães, Helena Gouveia

Centro Hospitalar Universitário S. João

Introdução: A etiologia da reação liquenóide a fármacos ainda não é totalmente compreendida e a sua incidência é desconhecida. No entanto, é apontada uma relação causa efeito com a introdução de determinado fármaco e o aparecimento de lesões, sendo que o intervalo de tempo até ao aparecimento destas pode variar desde alguns dias até vários anos. Usualmente afeta a pele, sendo a mucosa oral raramente afetada. São vários os fármacos associados à presença de reação liquenóide, de entre eles salientam-se os inibidores de enzima de conversão da angiotensina, os anticonvulsivantes, antiretrovíricos e anti-inflamatórios não esteroides. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 64 anos, com antecedentes de HIV, porfiria, depressão, com diagnóstico de síndrome de boca ardente e nevralgia do trigêmeo em seguimento há cerca de 15 anos. Referenciada à consulta de Estomatologia por dor orofacial e síndrome da boca ardente sem controlo algico. Ao exame objetivo apresentava lesões erosivas no 1º e 2º quadrante e dor à palpação dos músculos da mastigação com identificação de

múltiplos pontos-gatilho. Atribui-se o diagnóstico de Disfunção Temporomandibular Miofascial descartando-se a hipótese de Nevralgia do trigêmeo. Iniciou medidas terapêuticas direcionadas à Disfunção Temporomandibular e fez-se biópsia das lesões para estudo anatomopatológico, que revelou uma Estomatite Liquenóide, colocando-se a hipótese de eventual etiologia tóxica. Após discussão com a Neurologia para contextualizar a situação, parou a toma de Carbamazepina e fez tratamento tópico oral com betametasona, com resolução das lesões e melhoria do ardor bucal. A dor miofascial melhorou com o tratamento conservador direcionado. **Discussão e conclusões:** A existência de diversas patologias e suas terapêuticas implicam uma abordagem holística e multidisciplinar de cada doente, contribuindo para a complexidade do diagnóstico destas lesões orais. Assim, pretende-se salientar a importância da discussão multidisciplinar e da não estanquicidade de um diagnóstico. Neste caso, foi possível enquadrar a dor orofacial num quadro de Disfunção Temporomandibular Miofascial, revendo o diagnóstico prévio de nevralgia do trigêmeo. Também o diagnóstico de Síndrome da boca ardente foi colocado em causa por apresentar lesões na cavidade oral que foram concordantes com reação liquenóide. A suspensão da Carbamazepina culminou na melhoria das lesões orais e da sintomatologia associada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2023.11.1115>

#051 Título: Sialolitíase de glândula salivar minor – a propósito de um caso clínico



João Gustavo Lourenço*, Ana Melissa Marques, Inês Vaz Silva, José Pedro Figueiredo, Bruno da Silva Mota, Andreia Esteves Fernandes

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A sialolitíase é uma condição médica que afeta as glândulas salivares, pela presença de cálculos salivares, com maior frequência nas glândulas parótida e submandibular. Ocorre quando minerais (cálcio e fosfato) se acumulam e cristalizam no interior dos ductos salivares, resultando num processo obstrutivo que impede a normal fluência salivar. Clinicamente, caracteriza-se por dor e edema, queixas que aumentam durante as refeições. A presença de um cálculo obstrutivo e a consequente estase salivar a montante, pode predispor a um processo infeccioso e agravar o quadro clínico. A radiografia panorâmica, ecografia e/ou tomografia computadorizada são meios de diagnóstico de eleição. **Descrição do caso clínico:** Homem, 58 anos e duplamente antiagregado, seguido em consulta externa de Estomatologia para evicção de focos infecciosos da cavidade oral. Assintomático, mas à observação intraoral, apresentava um nódulo na região anterior da mucosa jugal direita, próximo à comissura labial ipsilateral, com cerca de 0,5 x 0,5 cm, indolor, de consistência mole, limites bem definidos, bordos regulares, móvel em relação aos planos profundos, e drenagem purulenta moderada à palpação. Negava trauma local, febre, edema de face e pescoço, assimetrias ou tumefações. Assumiu-se abcesso de glândula salivar minor. Fez-se OPG e ecografia, sem presença de cálculos. Optou-se por medicação com antibioterapia e medidas locais