

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 abscesso de glândula salivar minor. Fez-se OPG e ecografia, sem presença de cálculos. Optou-se por medicar com antibioterapia e medidas locais