

nicamente, as bolhas rapidamente rompem deixando úlceras dolorosas com fundo necrótico e halo eritematoso. Os pacientes podem apresentar sinal de Nikolsky positivo, isto é, após fricção mecânica pode surgir uma bolha. As lesões orais podem acometer qualquer área da mucosa. O objetivo deste trabalho e relatar um caso clínico de pênfigo vulgar com manifestação oral e cutânea.

Descrição do caso clínico: Mulher de 50 anos recorre ao serviço de urgência do Hospital de São João por queixas álgicas exuberantes devido a múltiplas úlceras orais recorrentes com 1 mês de evolução, sem melhoria após antibioticoterapia, corticoterapia e terapêutica antifúngica. Ao exame objectivo apresentava múltiplas lesões orais em placa esbranquiçadas, descamativas, com eritema e raros focos hemorrágicos e algumas lesões com aspecto ulcerativo. Sem adenomegalias palpáveis. Posteriormente, ocorreu o aparecimento de bolhas na região torácica, inguinal, axilas e couro cabeludo. Apresentava também uma mancha cutânea branca na região frontal com alteração da coloração do cabelo adjacente que diz ter aparecido na idade adulta.

Discussão e conclusões: Tendo em conta o quadro clínico, suspeitou-se de uma patologia auto-imune com afecção da mucosa oral e da pele. Assim, foi proposto à doente a realização de uma biópsia oral e um estudo analítico. A biópsia veio a revelar um Pênfigo Vulgar. Iniciando desta forma terapêutica com prednisolona 60 mg e posteriormente azatioprina 100 mg. Por ser um pênfigo refratário à terapêutica efectuada iniciou terapêutica com Rituximab 1000 mg (2 doses, separadas em 2 semanas). Mantendo-se até ao momento estável clinicamente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.287>

#050 Queilite Actínica: A Propósito de um Caso Clínico

Carla Vasco*, Carolina Henriques, Orlando Lino,
Otilia Lopes, Filipe Coimbra

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: A queilite actínica é uma lesão comum do lábio, induzida pela exposição crónica ou excessiva à radiação solar. Com cariz fortemente ocupacional – nomeadamente agricultores e pescadores –, atinge maioritariamente o lábio inferior, em homens caucasianos com mais de 40 anos. Normalmente de carácter crónico, pode também apresentar-se de forma aguda, esta última mais comum em jovens. A apresentação clínica pode variar entre desidratação, descação, edema, ulceração, placas queratóticas ou erosivas/atróficas, fissuras e perda da demarcação entre a mucosa labial e a porção cutânea do lábio. Histologicamente pode verificar-se, na mucosa, hiperplasia ou atrofia epitelial, com ou sem displasia, e hiperqueratose; e, no tecido conjuntivo, inflamação, vasodilatação e elastose solar. A queilite actínica é uma patologia potencialmente maligna, pelo que são de extrema importância o diagnóstico precoce e tratamento e seguimento adequados.

Descrição do caso clínico: Mulher, 92 anos, caucasiana. Profissão: agricultora. Sem antecedentes clínicos e/ou cirúrgicos relevantes. Apresenta-se à consulta por ‘ferida no lá-

bio’ (sic), com evolução inferior a 6 meses, assintomática e com sangramento esporádico. Ao exame objectivo observa-se lesão ulcerada no lábio inferior à direita, na transição mucosa/epiderme, com áreas de encrustação. Mais tarde, apareceu lesão idêntica no lado oposto do lábio. Realizou-se biópsia incisional e o estudo anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de queilite actínica com displasia moderada. Foi indicada a aplicação tópica de diclofenac sódico 3% (Solaraze®) e creme reparador (Cicalfate®) e cuidados de proteção solar. Ao fim de 10 semanas verificou-se remissão total das lesões no lábio.

Discussão e conclusões: Estima-se que 95% dos carcinomas espinocelulares do lábio tenham sido precedidos por uma queilite actínica. A biópsia assume um papel importante, permitindo fazer diagnóstico diferencial, assim como perspectivar o prognóstico e o tratamento da patologia. O tratamento pode ser cirúrgico (vermelhonectomia) – bisturí frio, laser, criocirurgia – ou não cirúrgico – aplicação tópica de compostos como o 5-fluorouracilo ou o diclofenac, entre outros, bem como a fotoproteção e terapias fotodinâmicas. Não há, ainda, consenso relativamente à melhor estratégia terapêutica, sendo necessários mais estudos. Em qualquer circunstância, é importante o acompanhamento periódico do paciente, a fim de evitar recidivas e diminuir o risco de malignização.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.288>

#051 Cementoblastoma – apresentação de caso clínico



Patrícia Caixeirinho*, Marcelo Prates, Céu Machado,
Ana Fernandes

Hospital de São José; Hospital de Dona Estefânia

Introdução: O cementoblastoma, descrito pela primeira vez em 1927 por Dewey, é um tumor odontogénico dos cementoblastos, caracterizado pela proliferação de uma massa semelhante a cimento em continuidade com a raiz do dente envolvido. Trata-se de uma entidade rara e benigna, que representa menos de 1% de todos os tumores odontogénicos; 75% dos casos surgem na mandíbula e 90% nas regiões pré-molar e molar. O cementoblastoma ocorre mais frequentemente entre a segunda e terceira décadas de vida. Os dentes decíduos raramente são afetados. Cerca de dois terços dos doentes tem dor e aumento de volume. Radiograficamente, observa-se uma massa radiopaca fundida a um ou mais dentes e circundada por um fino halo radio-transparente.

Descrição do caso clínico: Homem de 31 anos, raça negra, sem antecedentes pessoais relevantes, foi observado na consulta de Cirurgia Oral do Serviço de Estomatologia do Hospital de São José por odontalgia no dente 46 endodontiado. A dor tinha carácter espontâneo, com agravamento no último mês à mastigação. Na radiografia peri-apical observou-se lesão radiopaca de limites definidos, estendendo-se da raiz distal de 46 à raiz mesial de 47, circundada por um halo radiotransparente. A biópsia incisional foi inconclusiva. Foi feita extração de 46 e excisão da lesão; a histopatologia confirmou o diag-

nóstico de cimentoblastoma. Até ao momento, não há recorrência da lesão. 3)

Discussão e conclusões: O cimentoblastoma tem um potencial ilimitado de crescimento, pelo que o seu tratamento passa, geralmente, pela excisão completa da massa com extração do dente associado. A recorrência da lesão é frequente quando a excisão é incompleta.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.289>

#052 Descamação da mucosa oral como 1.º sinal de uma síndrome rara

Joaquim N Ferreira*, Francisco A Coutinho, Catarina Fraga, Jorge Serafim Freitas

Serviço de Estomatologia do CHS

Introdução: A síndrome Stevens-Johnson é uma síndrome rara, caracterizada por lesões na pele, olhos e mucosas. Frequentemente ocorre como reação alérgica a uma medicação ou infecção. As lesões mucocutâneas caracterizam-se como máculas eritematosas que progridem para bolhas sero-hemorrágicas, que posteriormente descamam deixando a mucosa desnudada. Estas lesões são extensas, envolvendo várias áreas do corpo, sendo mais facilmente reconhecidas na mucosa oral e conjuntiva, associadas comumente a úlceras genitais.

Descrição do caso clínico: Homem de 41 anos recorre a um hospital privado com queixas de dorsalgia com 5 dias de evolução, sem tosse, expetoração ou dispneia. Foi efetuado um raio-x torácico que foi descrito como apresentando pequena condensação no lobo inferior do hemitórax direito, assumindo tratar-se de pneumonia adquirida na comunidade e consequente instituição de antibioterapia com amoxicilina ácido clavulânico e azitromicina. Um dia após o início da terapêutica, surgiram erupções dolorosas na boca e conjuntivas, motivando nova ida à mesma unidade de saúde onde se substituiu o esquema inicial por cefuroxima. Nas 24h subsequentes e por agravamento progressivo foi orientado para o Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de S. João. Na admissão o doente referia queixas relacionadas com as lesões orais e oculares, odinofagia e febre. Não apresentava alterações analíticas de relevo, exceto por leucocitose (14.190/uL) e PCR de 61 mg/dL. Ao exame objetivo apresentava hiperemia conjuntival marcada, com pseudomembranas da conjuntiva tarsal superior e inferior, placas descamativas esbranquiçadas no vermelhão labial estendendo-se por toda a mucosa oral. Além disso, com a evolução do quadro surgiram lesões pustulosas na região crural direita com extensão ao escroto bilateralmente. Por suspeita de síndrome de Stevens-Johnson é decidido o internamento para tratamento e vigilância.

Discussão e conclusões: Esta síndrome tem várias causas possíveis, sendo mais frequente a sua associação a fármacos e a infecções. É idiopática em 25 a 50% dos casos. Dos fármacos, os antibióticos são os mais implicados, principalmente compostos com penicilina e sulfa. Não existe tratamento específico para esta síndrome, optando-se por tratamento sintomático e suspensão do agente causal provável. Esta sí-

drome é considerada uma emergência médica que exige hospitalização sendo importante o seu reconhecimento no setor da saúde oral, de forma a se conseguir uma abordagem adequada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.290>

#053 Mucosite Oral Decorrente de Tratamento Oncológico – Ação Génica da Low Level Light Therapy



Christelle Carvalho*, Nuno Tavares, Inês Corte Real, Ana Morais, Maria Margarida Damasceno, Paula Vaz

FMDUP; Centro Hospitalar de São João do Porto

Introdução: A aplicação da Low-Level Light Therapy tem sido descrita como uma terapia inovadora com bons resultados na mucosite oral, constituindo uma alternativa clinicamente promissora. Este trabalho visa apresentar um caso clínico de um paciente com mucosite oral recidivante, decorrente de tratamento oncológico, submetido a aplicações de Laser de baixa potência, e em simultâneo efetuar uma abordagem sucinta sobre a ação génica do LASER na mucosa oral em situações de mucosite oral.

Descrição do caso clínico: Paciente do sexo feminino, caucasiano, 44 anos, com mucosite oral recidivante, decorrente de terapêutica oncológica sistémica, solicitou intervenção médica-dentária para solucionar dor e dificuldade na alimentação por via oral. O exame clínico evidenciou diversas lesões orais na mucosa vestibular e ventre da língua, de elevada extensão. O exame imanológico panorâmico não revelou nenhum achado imanológico, subjacente à sintomatologia. Foi efetuada a aplicação de LASER de baixa potência (DoctorSmile®), com movimentos circulares centrípetos, durante 1 a 2 minutos, sem contato direto da fibra ótica com as lesões. Immediatamente após a aplicação o paciente referiu analgesia completa, observando-se, em simultâneo, redução dos sinais inflamatórios (eritema) das lesões. Posteriormente, o paciente efetuou a aplicação profilática do LASER, após sessão de administração de quimioterápicos, no sentido de promover analgesia e alimentação adequada por via oral.

Discussão e conclusões: A mucosite oral é uma das complicações mais graves e prevalentes da quimioterapia, pondo em causa a qualidade de vida do doente e, por vezes, mesmo o prognóstico da doença oncológica. A Low-Level Light Therapy tem sido descrita como uma das terapêuticas mais eficazes na prevenção e tratamento de mucosite oral, decorrente de tratamentos antineoplásicos. Os seus efeitos anti-inflamatório, analgésico e reparador tecidual advém, sobretudo, da promoção da transcrição dos genes nuclear factor kappa-β e activator protein 1 e constituem a base do sucesso do tratamento da mucosite oral. Considera-se emergente o desenvolvimento de protocolos específicos e transversais aos pacientes oncológicos com risco de desenvolvimento de mucosite oral, de forma a padronizar a aplicabilidade da Low-Level Light Therapy em Centros Hospitalares de Referência ou em Faculdades de Medicina Dentária que possuam unidades especializadas nesta área.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.291>