

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 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