

C-30. Sífilis Secundária – Caso clínico

João Mendes de Abreu*, Joana Espírito-Santo,
Rita Azenha Cardoso, Ricardo Grazina, José
Malva Correia

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
(CHUC)

Introdução: Reconhecida no seio da comunidade médica há mais de 500 anos, a Sífilis é potencialmente crônica e fatal se não tratada. De etiologia infecciosa, a sua origem reside na agressão levada a cabo pelo *Treponema pallidum*. Caracterizada vulgarmente como uma doença sexualmente transmissível, esta resulta da invasão tecidual pelas espiroquetas, as quais oportunamente aproveitam os múltiplos microtraumatismos cutâneos induzidos no ato sexual. Estabelecida a infecção, esta pode ser classificada em diferentes estágios evolutivos de acordo com os sinais e sintomas apresentados, sendo que a ausência de manifestações e o tempo decorrido são também por si só dados relevantes neste enquadramento. Desta forma, a Sífilis pode apresentar-se como primária, secundária, terciária ou tardia e latente, mimetizando muitas vezes outras patologias, representando para o clínico um grande desafio ao diagnóstico, o qual este terá de resolver ou referenciar o mais rapidamente possível.

Caso clínico: Este trabalho reporta um caso de Sífilis Secundária num adulto jovem do sexo masculino, observado no Serviço de Urgência do CHUC, e, posteriormente, seguido em consulta. O exame oral revelou múltiplas lesões aftosas, não dolorosas ou exsudativas, dispersas no palato, língua e véstíbulo. O diagnóstico foi colocado após avaliação clínica e ecográfica e, posteriormente, confirmado pela positividade serológica e microscópica, tendo sido instituído tratamento com penicilina G potássica.

Discussão e conclusões: Esta centra-se essencialmente em dois pontos: qualidade da história clínica/informação prestada e diagnóstico diferencial. Neste caso em particular, numa primeira fase, a informação prestada pelo doente foi deliberadamente errônea, revelando as claras dificuldades que o clínico tem em estabelecer uma relação de confiança mútua em ambientes inóspitos como os que caracterizam os Serviços de Urgência. Consequentemente, esta condição levou à necessidade de requerer um elevado número de exames complementares e, por inerência, a gastos humanos e materiais desnecessários, na necessidade de diferenciar esta de todas as restantes patologias de apresentação similar. Com este trabalho pretendemos, assim, descrever sucintamente as principais características orais e sistémicas da Sífilis, assim como, de uma forma gráfica, fixar na mente dos colegas as imagens obtidas e alertá-los para a importância do seu diagnóstico e tratamento.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.120>

C-31. Síndrome Melkersson-Rosenthal - Caso clínico

Ricardo Grazina*, Francisco Marques, Rita
Azenha Cardoso, João Mendes de Abreu

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
(CHUC)

Introdução: Síndrome de Melkersson-Rosenthal é uma doença constituída pela tríada sintomatológica de paralisia facial periférica, língua fissurada e macroquelite granulomatosa. A sua expressão é por vezes incompleta, podendo inicialmente manifestar-se apenas por macroquelite intermitente. A sua etiologia é desconhecida e a sua resposta terapêutica pouco favorável, obriga por vezes a uma opção cirúrgica.

Caso clínico: Trata-se de um caso clínico observado na consulta de Estomatologia do CHUC tratando-se de uma doente de sexo feminino, de 55 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes e sem medicação habitual. Recorreu à consulta por apresentar edema do lábio superior desde há vários meses e simultaneamente uma fissura labial pronunciada na linha média, sem outros sinais ou sintomas. Durante a consulta foi executada biópsia excisional da lesão fissurada e respectivo estudo anátomo-patológico.

Discussão e conclusões: O resultado do exame anátomo-patológico mostrou a existência de granulomas epitelióides associados a estruturas vasculares de paredes espessadas, indicando tratar-se de uma macroquelite granulomatosa compatível com um síndrome de Melkersson-Rosenthal. A fissura existente pode estar relacionada com a existência das referidas estruturas vasculares proeminentes. Exclui-se a possibilidade de macroquelite granulomatosa por manifestações orais da doença de Crohn ou sarcoidose por inexistência de outra sintomatologia. Foi instituído um tratamento com corticosteróides infiltrados localmente, sendo que a doente continua em consultas de seguimento com boa resposta à terapêutica. Síndrome de Melkersson-Rosenthal incompleto, apresentando apenas macroquelite, associado a fissura labial.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.121>

C-32. Mucocelo de Retenção - Relato de um caso clínico

Tiago Damas de Resende*, Luís Monteiro,
Duarte Pereira de Sousa

Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte,
Universidade Fernando Pessoa (UFP)

Introdução: O mucocelo é uma das patologias benignas da cavidade oral, que pode atingir as glândulas salivares. Clinicamente a lesão é indolor, redonda, transparente e de cor azulada, com tamanho variável. A sua incidência é, na sua maioria em crianças ou jovens, sendo associada a episódios traumáticos, principalmente, das glândulas salivares menor, localizando-se preferencial na mucosa do lábio inferior.

Caso clínico: Indivíduo do sexo feminino, com 27 anos, refere a presença de um “inchaço no lábio”, “há mais de três semanas”, sem relato de sintomatologia. Menciona não ter nenhuma patologia sistémica, não realizando qualquer medicação. Ao exame objectivo, verificamos uma tumefacção no lábio inferior, no lado direito, de consistência mole. Com uma dimensão de 1,5 cm, é ligeiramente móvel, sem alterações na cor da mucosa. Foi realizada uma biópsia

excisional da lesão, com laser de CO₂. A cicatrização foi por segunda intenção. A biopsia da lesão oral mostrou características morfológicas compatíveis com mucocelo de retenção. O diagnóstico final proposto foi de mucocelo de retenção. Após três semanas da realização da biopsia, a loca cirúrgica apresentava-se cicatrizada.

Discussão e conclusões: Estudos atuais referem que a remoção cirúrgica da lesão e respectiva glândula envolvida, é o tratamento de eleição. O laser de CO₂ oferece, nesse sentido, um conjunto de vantagens. Este permite uma excisão rápida do mucocelo, através de uma técnica simples, sem necessidade de suturar a lesão no final da operação. Os resultados estéticos nas intervenções com laser de CO₂ são notáveis, sem fibrose ou cicatriz. Os danos nos tecidos vizinhos são minimizados, com menor sangramento e uma menor contaminação da loca cirúrgica. A nível pós-operatório esta técnica permite também mais conforto ao paciente, com menor inflamação e dor. O médico dentista deve estar atento para este tipo de lesões, visto que só são detectadas com uma visão global da cavidade oral e uma boa anamnese. A excisão da lesão a laser de CO₂ surtiu efeito, num processo rápido, com reduzida dor ou inflamação pós - operatória, apresentando um resultado estético assinalável. Até a data não é visível qualquer recorrência da lesão.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.122>

C-33. Fibroma Ossificante Periférico: A propósito de um caso clínico



Maria Godinho*, Sofia Macedo, Filipa Bexiga, Tinoco Torres Lopes, Rui Amaral Mendes

Universidade Católica Portuguesa (UCP)

Introdução: O fibroma ossificante periférico é uma lesão fibro-óssea benigna, caracterizada pela proliferação fibroblástica associada a áreas mineralizadas. Clinicamente é sésil ou pediculada, eritematosa ou normo-coloreada, com tamanho <2 cm, frequentemente envolvendo a papila interdentária. Na maioria dos casos não há envolvimento ósseo subjacente susceptível de ter tradução radiográfica.

Caso clínico: Doente do sexo feminino, 32 anos, sem antecedentes médicos patológicos dignos de registo, apresentava uma lesão exofítica de base sésil localizada na mucosa gengival com 6 meses de evolução. Referia ter tido uma lesão similar no final da gravidez, há dois anos, altura em que a mesma foi excisada, sem avaliação histológica posterior da peça operatória. O exame clínico atual revelou uma lesão exofítica envolvendo a papila interdentária do dente 4.3 e 4.4, com cerca de 8 mm, eritematosa, de consistência duro-elástica, dolorosa e sangrante à palpação, compatível com um diagnóstico clínico provisório de granuloma piogénico, granuloma periférico das células gigantes ou fibroma ossificante periférico. Dados os antecedentes clínicos, optou-se por uma biópsia excisional minimamente invasiva. O exame anatomo-patológico revelou: «Tecido ocupado por proliferação densa de células ovais, monomorfos, com pequenos fragmentos de tecido ósseo, dispersos, com osteócitos espaçados e sem atipia, sem osteoblastose nem osteoclastose visíveis», compatível com fibroma ossificante periférico. Foi posteriormente realizada

uma segunda intervenção uma vez que havia comprometimento de um dos bordos cirúrgicos da lesão. O follow-up pós-operatório revelou bom cicatrização.

Discussão e conclusões: O diagnóstico precoce e tratamento adequado são essenciais na abordagem do fibroma ossificante periférico. A sua elevada taxa de recidiva resulta da incompleta remoção da lesão, da falha na eliminação de fatores irritantes ou da dificuldade na manipulação de tecido devido à sua localização. O tratamento deste tipo de lesões consiste na excisão cirúrgica, sendo importante assegurar a existência bordos cirúrgicos livres de lesão, de forma a minimizar os riscos de recidiva. Todas as lesões exofíticas, incluído aquelas que se enquadram num quadro clínico aparentemente menos agressivo deverão ser sujeitas a avaliação anatomo-patológico destinada a confirmar o diagnóstico clínico. No fibroma ossificante periférico, a sua correta exérese cirúrgica e o subsequente follow-up assumem particular importância no controlo das recidivas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2013.12.123>

C-34. Fenda Orofacial: A propósito de um caso clínico de Cromossomopatia 47,xyy



Diana Bastos Aires*, Liliana Dias, Daniela Soares, Maria Rosa Couto, Otilia Pereira Lopes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

Introdução: As fendas orofaciais resultam de alterações aquando da fusão dos processos nasais da proeminência frontal com o processo maxilar. De acordo com as suas características anatómicas, genéticas e embriológicas, podem ser classificadas em fendas labiais, uni ou bilaterais, e em fendas lábio-palatinas. Podem ainda ser categorizadas como uma alteração isolada ou associada a uma síndrome. Estas fendas constituem um grupo de anomalias congénitas importantes, pois apresentam morbilidade significativa e etiologia complexa. Representam a malformação congénita mais frequente na região da cabeça e pescoço, com uma prevalência de 1:700 nascimentos em todo o mundo.

Caso clínico: Este trabalho descreve o caso de um jovem do sexo masculino de 13 anos de idade, com cromossomopatia 47,YYY. A história clínica revelou alterações do desenvolvimento intelectual e do comportamento, défice de atenção e hiperatividade. Ao exame físico observou-se uma alteração anatómica no rebordo alveolar na região dos incisivos centrais e no 1/3 anterior do palato duro, compatível com o diagnóstico de fenda orofacial. O exame clínico permitiu observar inflamação gengival e perda de inserção e osso alveolar na região ântero-superior; e o exame radiográfico perda óssea extensa nos incisivos.

Discussão e conclusões: O caso clínico descrito apresenta características compatíveis com o diagnóstico de fenda orofacial localizada transversalmente ao foramen incisivo, em posição mediana. O plano de tratamento inclui a intervenção de várias áreas da medicina dentária: a medicina dentária preventiva, a periodontologia, a dentisteria, a cirurgia e a ortodontia. Numa fase inicial, o controlo e a adoção de bons hábitos de higiene oral são fundamentais para instituir os