



ruidc94@gmail.com

Rui Dias Costa<sup>1</sup>, Beatriz Dos Santos<sup>1</sup>, Mariana Lima Graça<sup>1</sup>, Maria João Dias<sup>2</sup>, Ana Isabel Magalhães<sup>2</sup>, Maria Gouveia<sup>3</sup>  
1. MD, Interno de Formação Especializada do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário S. João  
2. MD, Assistente Hospitalar do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário S. João  
3. MD, Assistente Hospitalar Graduada Sênior do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário S. João

## INTRODUÇÃO

A incidência da reação liquenóide a fármacos é desconhecida. A sua etiologia não é totalmente compreendida, sendo apontados como possíveis fatores intervenientes os queratinócitos, células T e células dendríticas. No entanto, assume-se 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. Macroscopicamente pode-se apresentar com lesões semelhantes ao líquen plano oral sob a forma reticular ou erosiva. São vários os fármacos associados à presença de reação liquenóide oral, alguns destacados na tabela 1.

**Tabela 1. Exemplos de fármacos associados a reações liquenóides orais**

Alopurinol
Anfotericina
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
<b>Antirretrovirais</b>
Anticonvulsivantes (ex: <b>Carbamazepina</b> )
Cetoconazol
Anti-inflamatórios não esteroides

## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

♀ 64 anos; AP: HIV, porfiria, depressão, síndrome de boca ardente e nevralgia do trigêmeo diagnosticados há 15 anos; MH: Abacavir + Lamivudina + Raltegravir, Lorazepam 2,5 mg, Paroxetina 20 mg, Pregabalina 300 mg 2 id, Carbamazepina 200 mg 3 id  
Referenciada à consulta de Estomatologia por dor orofacial e síndrome da boca ardente sem controlo algico.

**1ª consulta**  
Dor orofacial bilateral na região massetéica com irradiação para a região peri-nasal.  
Ardor no palato e rebordo alveolar superior.  
**EO:** Abertura oral > 40mm, retilínea e sem estalidos ou crepitações. Desdentada total superior e parcial inferior. Lesões erosivas no 1º e 2º quadrante e dor à palpação dos músculos da mastigação com identificação de múltiplos pontos-gatilho.  
**PLANO:** Tratamento Conservador para DTM. Remoção de produtos de higiene oral com *SLS (Sodium Lauryl Sulfate)*

**2ª consulta**  
Controlo algico.  
**EO:** Mantém lesões no rebordo alveolar superior, sem sinal de *Nikolsky*.  
**PLANO:** Biópsia. Corticoterapia tópica.

**3ª consulta**  
**ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO:**  
Lesões de estomatite liquenóide com erosão e hiperqueratose (provável etiologia tóxica)  
**PLANO:** Suspensão da Carbamazepina. Discussão multidisciplinar para revisão terapêutica.

**4ª consulta**  
Melhoria das queixas algicas.  
**EO:** Lesão branca no 1ºQ, sem outras lesões  
**PLANO:** Provável lesão traumática

### PROPOSTA DE SEGUIMENTO:

Vigilância para verificação da resolução do quadro após colocação de prótese total superior.

Se persistência do quadro e/ou da lesão de aspeto traumático do 1ºQ → Repetir Biópsia



Fig 1. Lesões do rebordo alveolar 1ª consulta



Fig 2. Rebordo alveolar 4ª consulta

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

A co-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 estagnidade 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.