

Terapêutica aplicada à Odontologia: Manejo farmacológico de lesões ulceradas bucais

Antonio Adilson Soares de Lima

Melissa Rodrigues de Araujo

A ocorrência de lesões ulceradas em boca é um acontecimento bastante comum no dia-a-dia da clínica odontológica. Para o manejo correto de cada caso é preciso que o cirurgião-dentista estabeleça um diagnóstico preciso para obter êxito na cura do paciente. Nesse trabalho, os professores da disciplina de Terapêutica aplicada à Odontologia propõem uma breve revisão sobre as principais doenças ou situações que propiciam ao surgimento de lesões de natureza ulcerada na boca, os detalhes que auxiliam no estabelecimento do diagnóstico e as diferentes opções de tratamento. Ao final, são propostos exercícios que auxiliarão os estudantes de Odontologia a fixar seus conhecimentos a respeito do tema.



Sumário

1. Introdução.....	2
2. Etiologia das úlceras bucais.....	4
3. Diagnóstico e tratamento.....	8
4. Exercícios.....	23
5. Referências bibliográficas.....	29

Introdução

Úlcera é um termo atribuído às lesões que afetam a pele ou as mucosas decorrentes da perda do tecido epitelial com a subsequente exposição do tecido conjuntivo subjacente ao meio externo. A prevalência dessa entidade é variável e depende de cada doença ou da população afetada. Por exemplo, a prevalência das úlceras aftosas recorrentes e das úlceras traumáticas na população adolescente é de 18% e 14%, respectivamente. Essas mesmas entidades apresentam uma prevalência inferior em pacientes acometidos por doença cerebrovascular (úlceras traumáticas 2,8% e úlcera aftosa recorrente 1,6%)

Um levantamento realizado numa clínica especializada em estomatologia revelou que 20% dos pacientes que procuram por atendimento apresentava algum tipo de lesão de natureza ulcerada. As úlceras parecem afetar mais os homens (68%) do que as mulheres (32%) com uma idade média de 35 anos. A região anatômica mais afetada foi o lábio (40%). Por outro lado, a região das gengivas foi a menos comprometida por esse tipo de lesão (2%). Mais da metade das úlceras bucais eram lesões únicas ou solitárias (52%) e dolorosas no momento da consulta. Mais uma vez, as úlceras aftosas recorrentes foram as lesões mais comuns (94%), seguida das úlceras traumáticas (4%) e úlceras associadas a queimaduras (2%). O estresse físico foi o fator predisponente mais implicado (76%) com a ocorrência de úlceras bucais.

Do ponto de vista clínico, as úlceras são caracterizadas pela perda de substância (epitélio e, às vezes, pelo tecido conjuntivo) e por uma resposta inflamatória subjacente. Dessa forma, elas apresentam um halo avermelhado e uma área central de coloração normalmente branco-amarelada ou acinzentada. As margens podem ter um aspecto regular ou irregular e ainda apresentarem as suas margens planas ou elevadas. Normalmente, as úlceras planas caracterizam lesões agudas ou de curta evolução (Figura 1) e aquelas com as margens elevadas representam processos crônicos ou de longa duração (Figura 2). Em geral, as úlceras com grande perda tecidual e com aspecto irregular costumam ser provocadas por doenças de natureza fúngica ou neoplásica. As úlceras também podem exibir áreas de necrose, especialmente aquelas de natureza neoplásica.



Figura 1 – Úlcera em língua de aspecto agudo.



Figura 2 – Úlcera em língua de aspecto crônico.

A dor e o desconforto local são as marcas registradas das lesões ulceradas e costuma ser o motivo que leva o paciente a procurar por ajuda de um profissional. O desconforto no local é decorrente da exposição dos nociceptores que são as terminações nervosas responsáveis pela sensibilidade dolorosa que estão mais fáceis de serem estimuladas devido a perda do revestimento epitelial.

Do ponto de vista histológico, as úlceras apresentam a exposição do tecido conjuntivo que se encontra coberto por fibrina e com alterações inflamatórias

subjacentes. Inicialmente, há o predomínio de células inflamatórias agudas. Mas, à medida que o tempo passa, as células inflamatórias crônicas (linfócitos e macrófagos) atuam promovendo a limpeza da lesão e os fibroblastos proliferam para sintetizar fibras colágenas e uma nova matriz extracelular. Após a remoção do agente causador da lesão, as úlceras costumam reparar em torno de 7 a 10 dias (Figura 3). Uma infecção secundária pode prolongar ou retardar a reparação, estimulando a resposta inflamatória. Embora a saliva tenha propriedades antimicrobianas, o ambiente bucal apresenta um desafio à cura, pois inclui uma grande flora comensal e patógenos bucais que podem induzir um infiltrado inflamatório permanente. Por isso, o primeiro princípio para o tratamento de qualquer lesão ulcerada bucal consiste na eliminação do agente agressor e o diagnóstico é fundamental nesse processo. Em seguida, o uso de fármacos que ajudem na limpeza da ferida ou que previnam uma infecção secundária também se torna importante no estabelecimento da cura. Além disso, o tempo de reparação pode sofrer influência do estado de saúde do paciente (imunossupressão, desnutrição e doenças de base) e da extensão e do tipo de lesão. Por exemplo, as úlceras de natureza viral por serem pequenas e planas costumam reparar em até sete dias. Outras úlceras, como aquelas que surgem decorrentes da sialometaplasia necrosante ou nas ulcerações aftosas recorrentes do tipo maior podem levar muito mais tempo.

Etiologia das úlceras bucais

As úlceras representam a perda total do tecido epitelial ou também por parte do tecido conjuntivo subjacente devido à ação de um agente agressor externo ou associada a alguma doença sistêmica. Denomina-se úlcera traumática aquelas causadas pela ação de um agente agressor sobre o epitélio de superfície. Neste contexto, diversos agentes merecem ser investigados, entre eles: o contato com próteses dentárias mal adaptadas ou aparelhos ortodônticos, com a superfície de dentes com cáries ou fraturadas, mordidas ou ainda ocasionadas pela ação de agentes químicos.

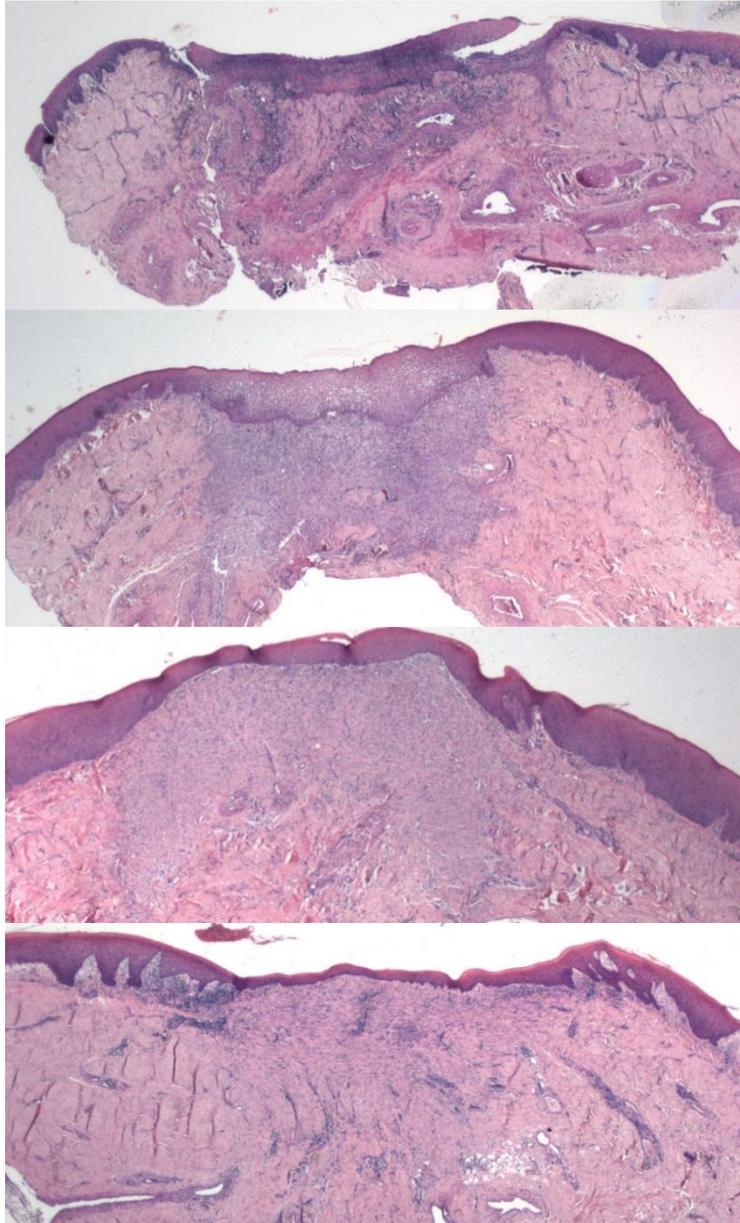


Figura 3 – Evolução da reparação tecidual de uma lesão ulcerada em língua.

Diversos microrganismos podem também provocar o surgimento de úlceras na boca, tais como bactérias (sífilis e tuberculose), fungos (aspergilose e paracoccidiodomicose) e vírus (CMV, HSV e EBV). Além disso, as úlceras em boca podem ser decorrentes de alguns distúrbios imunológicos ou devido a alterações neoplásicas (carcinomas ou linfomas). O tratamento correto só será alcançado a partir de um diagnóstico preciso. Por isso, o primeiro passo será realizar uma anamnese completa do paciente para saber detalhes a respeito da presença de doenças

sistêmicas, tratamentos realizados ou em curso e também o uso de medicamentos. Em seguida, deve-se realizar uma anamnese direcionada:

Localização: Onde está a lesão na boca? Além da presença de lesão(ões) oral(is), existem lesões presentes em outras regiões do corpo? Se sim, a úlcera pode fazer parte de uma condição sistêmica ou dermatológica mais ampla.

Quantas lesões estão incomodando? A lesão oral é única ou múltipla? As úlceras de natureza neoplásica ou associadas à sífilis geralmente são únicas. As lesões de natureza viral normalmente são múltiplas

Há quanto tempo a(s) úlcera(s) existe(m)? Isso ajudará a determinar se a lesão é um processo agudo ou um estado crônico.

Lesões semelhantes já aconteceram antes? Isso ajudará a determinar se é um evento primário ou parte de uma condição pela qual se sabe que a recorrência ocorre.

Cor: branco-amarelada ou acinzentada. Por exemplo, as lesões virais geralmente são de fundo amarelado e são planas. A úlcera cujo fundo é acinzentado denuncia a presença de áreas de necrose tecidual e podem auxiliar a suspeitar de um processo neoplásico.

Na sequência, o paciente deverá ser examinado por completo (Figura 4) que inclui a região da lesão e os linfonodos.



Figura 4 – Exame físico de um paciente com queixa de lesão no palato.

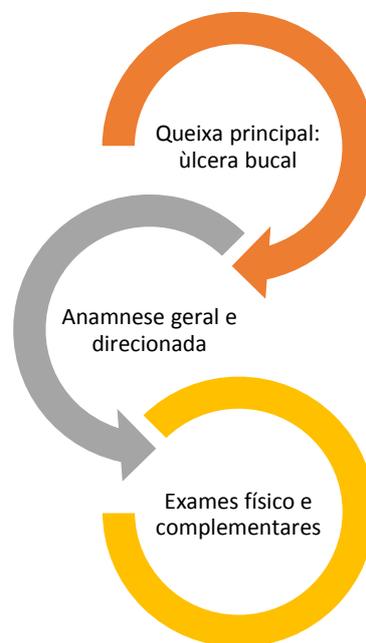
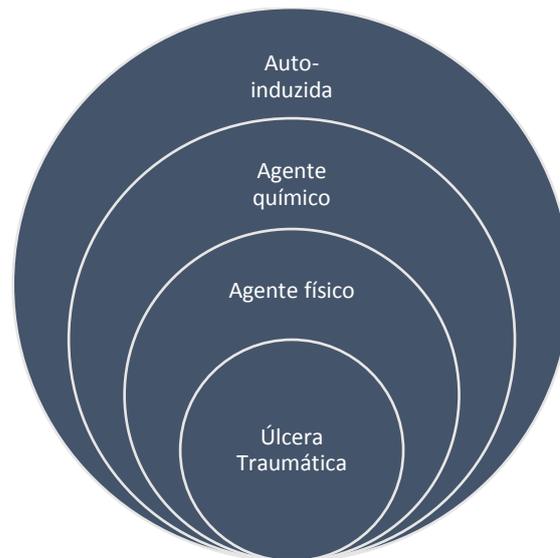


Figura 5 – Processo de diagnóstico de uma úlcera traumática no soalho bucal.

Diagnóstico e tratamento

Antes de proceder ao tratamento, o profissional deverá estabelecer o diagnóstico da condição que levou ao surgimento da úlcera na boca (Figura 5), por isso:

1º. Passo: Investigar se a úlcera bucal é de natureza traumática correlacionando a lesão com possíveis agentes traumáticos de ação local.



Exemplos de agentes físicos: durante a inspeção, observar se a lesão faz contato com próteses ou aparelhos ortodônticos mal adaptados, dentes com a coroa fraturada ou destruída por lesões de cárie (Figuras 6 e 7), mordida local, trauma durante a escovação, radioterapia (mucosites) e queimaduras (eletricidade, frio e calor intenso).

Exemplos de agentes químicos: questionar episódios de queimaduras pela ação local de substância com pH não fisiológico (ácidos ou bases), tais como: ácido acetil salicílico, ácido tricloroacético, solução de bateria, etc. Além disso, investigar a possibilidade da lesão estar associada ao efeito adverso dos medicamentos em uso pelo paciente, tais como: drogas citotóxicas, nicorandil, AINES, metotrexato, etc.

Úlcera auto-induzidas: Esse tipo de lesão também é chamada de úlcera factícia e pode ser uma manifestação decorrente vícios bucais incomuns ou agressivos ou um distúrbio emocional ou psicológico.



Figura 6 – Úlcera traumática em face inferior da língua.



Figura 7 – Coroa do pré-molar inferior com ângulos agudos causador do trauma na língua.

O tratamento das úlceras traumáticas consiste basicamente de dois passos. Em primeiro lugar e talvez o mais importante, consiste na remoção do agente causador. Em seguida, pode-se realizar a limpeza da lesão com a prescrição de Doxiciclina 50 mg (xarope) ou a solução de Clorexidina 0,12%. Caso haja a necessidade de controlar os sintomas dolorosos, pode-se optar pela prescrição de corticoides tópicos, tais como: Triancinolona acetona 1 mg (orabase) ou Dexametasona 0,1 ou 0,5 mg/mL (elixir).

2º. Passo: Investigar se a úlcera bucal está associada a algum processo infeccioso.



Úlceras induzidas pela ação de vírus costumam ser planas, múltiplas e com um fundo branco amarelado. O diagnóstico requer exames sorológicos, citopatológicos ou a coleta de material para hibridização *in situ*.



Úlceras induzidas pela ação dos fungos e bactérias costumam ser mais profundas, únicas ou múltiplas, com margens irregulares e com um fundo branco amarelado. O diagnóstico requer exames sorológicos ou a coleta de material por meio de biopsia.

A ocorrência de lesões ulceradas em boca associadas à ação de microrganismos é muito alta. Por isso, o profissional precisa estar atento aos achados clínicos para proceder ao tratamento correto e, conseqüentemente a cura do paciente.

A maioria dos vírus que infecta a cavidade bucal apresentam tropismo para ceratinócitos. Esses microrganismos infectam diretamente o epitélio escamoso estratificado, causando destruição ou proliferação de células (Figura 8). Os vírus do grupo herpes destroem os ceratinócitos, resultando no surgimento de vesículas. Uma minoria de pacientes desenvolve um quadro clínico durante a infecção primária pelo HSV. Outros indivíduos permanecem assintomáticos durante a contaminação, tornam-se portadores de anticorpos, mas não sabem que foram infectados. Crianças de seis meses a cinco anos fazem parte da faixa etária mais frequentemente afetada pela denominada gengivoestomatite herpética primária. Os sintomas prodrômicos (febre, dor de cabeça, náusea, inapetência, anorexia, mal-estar, linfadenopatia cervical) aparecem após 1 a 3 semanas de incubação. Várias vesículas surgem na mucosa bucal e rapidamente rompem para se transformar em úlceras muito dolorosas, com fundo cinza localizadas numa área edematosa e eritematosa. A dor causa disfagia, recusa em comer e beber, resultando em desidratação. A gengivoestomatite herpética primária é definida como o primeiro contato infeccioso; induz viremia e soroconversão. Na seqüência, o HSV progride para o estágio latente silencioso: após a infecção primária, o vírus persiste nos gânglios nervosos sensoriais trigêmeos para no futuro sofrer reativação dando origem ao herpes labial recorrente.

As lesões de herpes labial são erupções vesiculares no lábio ou adjacentes e recorrem de maneira variável, desde pequenos incômodos que ocorrem com pouca frequência a surtos mensais ou mais frequentes, com lesões dolorosas proeminentes nos lábios e na mucosa bucal. O herpes labial tem a aparência de uma lesão vesicular com uma base eritematosa que geralmente se apresenta como múltiplas lesões agrupadas. O HSV-1 persiste nos gânglios neurais e pode sofrer reativação em várias situações, tais como: exposição prolongada ao sol, estresse, infecção ou trauma.

A decisão de tratar essa condição dolorosa é complicada pela falta de terapia comprovadamente eficaz. Vários ensaios clínicos mostraram que pouco benefício é obtido, a menos que a terapia com as drogas antivirais disponíveis seja iniciada nos

primeiros dois dias. Se os pacientes puderem detectar os sintomas prodrômicos precocemente, o tratamento tópico ou oral poderá ter algum efeito terapêutico. Esse tipo de abordagem terapêutica é considerado tratamento episódico, em que o paciente é responsável por detectar sintomas prodrômicos e tratar o episódio específico quando ocorre.



Figura 8 – Úlcera em fundo de vestibulo associada ao HSV.

Outra virose que pode se manifestar em boca é a varicela. Esta entidade é a manifestação primária da infecção pelo VZV que se caracteriza pelo desenvolvimento de erupções mucocutâneas. Ela é uma condição muito contagiosa em que o vírus é transmitido pelo contato com a saliva ou fluido das vesículas. A maioria dos casos ocorre em crianças. Quando a varicela ocorre de maneira exacerbada, lesões vesiculobolhosas poderão surgir na boca e ao romperem se transformar em úlceras.

Cerca de 98% da população que sofre a reativação do VZV (herpes zoster) na idade adulta apresenta coinfeção pelo HIV. Quando a reativação acontece na fase adulta, ela provoca um quadro característico com o surgimento de numerosas vesículas e bolhas que seguem o trajeto do nervo comprometido pelo VZV. Lesões ulceradas afetando a mucosa bucal surgem quando o nervo trigêmeo é afetado (Figura 9).



Figura 9 – Lesões ulceradas em palato e pele induzidas pela reativação do VZV.

O tratamento requer expertise no manejo da dor e apoio psicológico. A terapia antiviral sistêmica com Famciclovir, Valaciclovir ou Aciclovir é indicado como tratamento de primeira linha para três grupos de pacientes com herpes zoster: a) pacientes imunocomprometidos; b) pacientes imunocompetentes com curso clínico grave, isto é, dor moderada a intensa, erupção cutânea moderada a grave, ausência de envolvimento do tronco e/ou manifestações de complicações do herpes zoster; e c) pacientes com 50 anos ou mais.

Infecções bucais sintomáticas pelo CMV quase sempre se desenvolvem no contexto de um defeito grave na imunidade mediada por células. Manifestações bucais da infecção pelo CMV têm sido relatadas em pacientes receptores de transplante de medula óssea e órgãos sólidos, bem como em pacientes com AIDS. As infecções pelo CMV podem envolver qualquer local da mucosa bucal (língua, mucosa bucal, palato duro e mole e assoalho da boca). A maioria dos pacientes apresenta ulcerações crônicas inespecíficas que mostram efeito citopático relacionado ao CMV em amostras de lesões colhidas por biópsia. A manifestação da infecção bucal induzida pelo CMV é altamente variável, pois ela pode provocar o surgimento de úlceras profundas e dolorosas, eritema da mucosa e erosões (Figura 10). Os seguintes antivirais Aciclovir, Valaciclovir e Ganciclovir têm sido empregados no tratamento das infecções pelo CMV.



Figura 10 – Lesão ulcerada em palato induzidas pelo CMV.

A mucosa bucal também pode ser infectada por bactérias da microbiota local e levar ao aparecimento de lesões ulceradas. Além disso, outras bactérias específicas também podem induzir ulcerações bucais, tais como: *Treponema pallidum* (Sífilis) e a *Mycobacterium tuberculosis* (Tuberculose). As úlceras geralmente são únicas ou múltiplas, com margens irregulares e elevadas, dolorosas ou indolores e que podem afetar qualquer região bucal. Quase sempre, uma biopsia incisional se faz necessária para se estabelecer o diagnóstico e orientar o tratamento com o agente antimicrobiano específico.

De maneira similar, alguns fungos podem se instalar nos tecidos bucais causando lesões ulceradas. A paracoccidiodomicose e a histoplasmose são exemplos de micoses profundas que podem induzir úlceras bucais dolorosas em boca e em pele. As úlceras geralmente são de aspecto crônico, com bordas irregulares, elevadas e com uma base de aspecto granulomatoso. O diagnóstico é baseado nos achados clínicos e no exame histopatológico de material colhido por biopsia da região das úlceras. O tratamento de cada uma dessas doenças é específico e realizado por médicos e estomatologistas mais experientes.

3º. Passo: Investigar se a úlcera bucal está associada a algum distúrbio imunológico.

Diferentes processos patológicos de natureza imunológica poderão induzir o surgimento de lesões ulceradas na boca. A condição mais frequente são as populares aftas, cujo termo mais adequado é o de ulceração aftosa recorrente (UAR). Por isso, daremos um enfoque maior ao tratamento das lesões da UAR que são dolorosas e incapacitantes para muitos pacientes, levando-os a procurar avaliação e tratamento junto aos médicos e cirurgiões-dentistas.

A UAR é uma úlcera redonda ou oval, coberta por uma camada branco-amarelada e envolvida por um halo periférico de eritema (Figuras 11 e 12). A dor, que atinge o ápice antes do processo ulcerativo, diminui na fase de cicatrização. As UARs menores curam dentro de 4 a 7 dias sem deixar cicatrizes. As UAR classificadas como maiores requerem mais tempo para cicatrizar e podem deixar marcas ou cicatrizes. As UARs afetam comumente as superfícies da mucosa oral não mastigatória, tais como: mucosa jugal, mucosa labial, face inferior e margem da língua, soalho, palato mole e úvula.



Figura 11 – Ulcerações aftosas recorrentes em língua e mucosa labial.

Os surtos de UAR são observados na infância e adolescência e recorrem com frequência e gravidade decrescentes à medida que o paciente envelhece. É incomum que um adulto com mais de 40 anos tenha UAR. Por isso, o paciente deverá ser questionado quanto a essa característica durante a anamnese direcionada.

O traumatismo da mucosa oral causado por ação de agentes mecânicos é o fator predisponente mais comum. Esta situação pode ocorrer devido à escovação de dentes, injeções de anestésicos locais e a manipulação dos tecidos moles durante a realização de procedimentos odontológicos.

Estudos têm demonstrado que pacientes com deficiências hematológicas (tais como: deficiência de ferro, vitamina B12 e ácido fólico) podem ser duas vezes mais propensos a manifestar UARs.

Algumas drogas, como os anti-inflamatórios não-esteroidais e inibidores da enzima de conversão da angiotensina, têm sido implicadas como desencadeadores de UARs. Outros fatores predisponentes incluem enteropatia sensível ao glúten, doença inflamatória intestinal, dentifrícios contendo lauril sulfato de sódio, alterações hormonais, estresse, alergia aos constituintes da dieta e microrganismos como *Helicobacter pylori*, *Streptococcus mitis* ou vírus Epstein-Barr.



Figura 12 – Ulceração aftosa recorrente em soalho bucal.

O tratamento adequado da UAR depende da gravidade dos sintomas, da frequência, do tamanho e número de úlceras. Os pacientes que apresentam episódios ocasionais de úlceras aftosas menores apresentam alívio significativo com terapia tópica apropriada. Os sintomas resultantes de lesões pequenas ocasionais são controlados adequadamente com o uso de corticoides tópicos, tais como: Triancinolona acetona 1 mg (orabase) ou Dexametasona 0,1 mg/mL (elixir) usados isoladamente ou associados com um anestésico tópico (Cloridrato de lidocaína geleia 2%). No entanto, outras opções tópicas têm sido usadas com sucesso no tratamento das lesões da UAR, tais como: Doxiciclina 50 mg (xarope), Clorexidina 0,12%, Sulcrafato e Ácido hialurônico (gel ou solução para bochecho). Quando as opções da terapia tópica para o tratamento das lesões da UAR falharem, pode-se partir para a terapia sistêmica. Os seguintes fármacos têm sido empregados com essa finalidade: Prednisolona 5 mg, Colchicina 0,5 mg, Azatioprina 2,5 mg/Kg, Pentoxifilina e a Talidomida. Vale ressaltar que algumas dessas opções acima descritas não podem ser prescritas pelos cirurgiões-dentistas.

A aplicação de lasers de alta e baixa potência (nos comprimentos de onda vermelho e infravermelho) é uma alternativa terapêutica que tem sido empregada atualmente para aliviar os sintomas e promover a cicatrização das lesões nos pacientes que sofrem de UAR com baixo risco de efeitos colaterais. Diferentes aplicações de laser (ablativo ou fotobiomodulação) exibiram resultados favoráveis quando comparados ao placebo, outras terapias ou nenhuma terapia. Como os parâmetros utilizados (tais como: comprimento de onda, densidade de energia e potência) são muito variáveis não há um protocolo único padrão para o tratamento da UAR. O laser de baixa potência no comprimento de onda vermelho com baixas doses colabora na cicatrização tecidual, emprega-se uma densidade de energia média de 1 J/ponto enquanto que o comprimento de onda infravermelho oferece analgesia ao paciente (densidade de energia média de 3 J/ponto).

Outras doenças associadas a alterações imunológicas podem induzir o surgimento de ulcerações bucais e que requerem um diagnóstico preciso para um tratamento adequado, tais como: líquen plano, pênfigo, penfigoide e as reações alérgicas. O líquen plano afeta mais comumente adultos de meia-idade de ambos os sexos, em que se observa uma leve predominância feminina e sem predileção racial

aparente. As características clínicas marcantes do líquen plano oral são representadas pela presença de pápulas brancas que aumentam e coalescem para formar um padrão reticular, anular ou tipo placa, as chamadas estrias de Wickham. Eritema, erosão e ulceração também podem ocorrer frequentemente associados a estrias brancas (Figura 13). A eliminação de possíveis fatores precipitantes ou provocadores é um passo inicial importante no tratamento de lesões sintomáticas de líquen plano oral (úlceras). Os fatores precipitantes e irritantes (dentes afiados ou fraturados, próteses mal ajustadas, consumo de álcool e tabaco) devem ser identificados e evitados ou eliminados sempre que possível. Embora uma cura permanente não esteja disponível, vários regimes de tratamento foram introduzidos para reduzir e controlar os sintomas dolorosos das lesões de líquen plano oral.



Figura 13 – Úlceras em palato duro associada ao líquen plano.

O pênfigo consiste em um grupo de doenças bolhosas autoimunes raras e severas mediadas por auto-anticorpos patogênicos dirigidos principalmente contra duas proteínas desmossômicas da adesão, denominadas de desmogleína 1 e 3. Estas proteínas estão dispostas no epitélio da pele e das mucosas. A ligação desses auto-anticorpos às proteínas induz uma separação dos ceratinócitos vizinhos, em um processo conhecido como acantólise. As duas principais variantes do pênfigo são

chamadas de pênfigo vulgar (que muitas vezes origina erosões ou ulcerações bucais dolorosas) e pênfigo foliáceo (que é caracterizado por lesões exclusivas na pele).

O diagnóstico do pênfigo é estabelecido com base nos depósitos de IgG ou do componente 3 do complemento (ou ambos) na membrana celular do ceratinócito, detectado pela microscopia de imunofluorescência direta numa amostra perilesional colhida por biópsia, com anticorpos anti-Dsg1 ou Dsg3 do soro (ou ambos) detectado pelo ELISA. Os corticosteroides são as drogas de escolha no tratamento do pênfigo que foram recentemente complementados pelo anticorpo monoclonal anti-CD20 (Rituximab) nos casos da doença de gravidade moderada e grave. O Rituximab induz a remissão completa da doença em 90% dos doentes.

O penfigoide das membranas mucosas é uma doença definida pela presença de auto-anticorpos que agem contra a junção cutânea-epidérmica e há participação predominante das membranas mucosa. O diagnóstico é feito pela apresentação clínica (lesões vesiculares e bolhosas) e depósitos lineares de IgG e/ou IgA e/ou C3 na junção dérmica-epidérmica pela microscopia de imunofluorescência direta de uma amostra perilesional colhida por biópsia. Os auto-anticorpos circulantes podem ser detectados na maioria dos pacientes pela microscopia de imunofluorescência indireta na pele humana, assim como pelo Elisa e *immunoblotting*. Os corticoides, a dapsona, os micofenolatos e a azatioprina são empregados no tratamento de pacientes com penfigoide das membranas mucosas. A ciclofosfamida, o rituximab e doses elevadas de imunoglobulinas intravenosas são usados nos casos severos e aqueles com a progressão rápida da doença.

Por fim, algumas úlceras bucais podem estar associadas a reações adversas a alguns medicamentos ou a um quadro infeccioso. Um exemplo dessa situação é o chamado eritema multiforme que é um distúrbio agudo mediado pelo sistema imunológico que afeta a pele e/ou as mucosas, incluindo a boca (Figura 14). Lesões em alvo ou em forma de íris distribuídas simetricamente nas extremidades e no tronco caracterizam a condição. As infecções são a causa mais comum do eritema multiforme e o agente infeccioso mais frequentemente implicado que causa a doença clínica é o HSV. Outros fatores precipitantes ou desencadeantes podem incluir alguns medicamentos, especialmente sulfonamidas, anti-inflamatórios não esteroidais,

penicilinas e anticonvulsivantes. O diagnóstico do eritema multiforme é tipicamente baseado na história clínica do paciente e nos achados clínicos. O manejo do paciente com eritema multiforme envolve o tratamento da infecção ou agente causador subjacente, controle dos sintomas e hidratação adequada.



Figura 14 – Lesões bucais do eritema multiforme induzidas pelo uso de anticonvulsivante.

Dicas importantes que auxiliarão no diagnóstico:

Ulceração Aftosa Recorrente	<ul style="list-style-type: none">•Úlceras bucais.•Recorrência das lesões.
Líquen Plano	<ul style="list-style-type: none">•Úlceras bucais.•Estrias brancas.
Pênfigo ou Penfigoide	<ul style="list-style-type: none">•Úlceras bucais precedidas por lesões vesiculares ou bolhosas.•Comprometimento da pele em caso de pênfigo vulgar e incomum no penfigoide.

4º. Passo: Investigar se a úlcera bucal é de natureza neoplásica.

Lesões ulceradas que não reparam e com áreas de necrose, particularmente, aquelas assimétricas ou unilaterais, exigem uma biopsia para descartar uma displasia ou um carcinoma espinocelular avançado. O carcinoma bucal é a neoplasia maligna mais frequente e que acomete geralmente indivíduos do sexo masculino, acima de 40 anos de idade, tabagista, etilista e com uma condição dentária ruim. Os carcinomas em fase avançada costumam se apresentar na forma de úlcera irregular e com bordas elevadas (Figura 15). Além dos carcinomas, uma grande variedade de doenças hematológicas pode se manifestar na boca, incluindo lesões malignas e benignas originadas a partir de células B ou T. Embora a maioria dos linfomas extranodais bucais se manifeste como tumefações submucosas difusas, algumas desordens hematológicas podem frequentemente se apresentar com uma ulceração superficial. A leucemia, em particular, geralmente provoca ulceração secundária à neutropenia e pode ser acompanhada por outros sintomas bucais, tais como hemorragia gengival e/ou inflamação gengival. O linfoma extranodal de células T/NK é uma neoplasia agressiva com uma propensão para o envolvimento da cavidade nasal na qual normalmente causa uma ulceração destrutiva nos palatos duro e mole, úvula, gengivas da maxila e o terço posterior da língua.



Figura 15 – Carcinoma em soalho bucal.

O tratamento do câncer bucal é feito por meio da terapia cirúrgica, radioterapia e quimioterapia (de forma isolada ou associada) em hospitais especializados e envolve uma abordagem multidisciplinar que inclui: cirurgiões, anestesistas, oncologistas, equipe de enfermagem, cirurgião-dentista, nutricionistas, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, entre outros.

E

xercícios

Cenário 1 - Paciente Luiz Rocha, 39 anos de idade, morador na Rua Arpoador nº21, Santo Inácio Curitiba/PR procurou atendimento na clínica do Curso de Odontologia da UFPR com queixa de desconforto bucal. A anamnese revelou as seguintes informações:

1. Está fazendo algum tratamento médico? (Não) (). *Tratamento para queimação no estômago (gastrite).*
2. Quando esteve no médico pela última vez? *Há duas semanas.*
3. Tratando de que? *Fez uma endoscopia e o resultado confirmou um quadro de gastrite. Agora, aguarda retorno ao gastroenterologista.*
4. Está tomando algum medicamento? (Não) (). *Omeprazol, Adalat e AAS infantil.*
5. Você sofre de alergia? () (Sim)
6. Você sofre de alguma doença? (S) (Diabetes) (Cardiopatia) (Hepatopatia) (Nefropatia) (Psiquiátrica) (Asma) (Pulmonar) (Hepatite) (Neoplasia) (HIV/AIDS). Outras? *Colelitíase e rinite alérgica.*
7. Alguém da sua família sofre de alguma doença? (Não) (). *Pai cardiopata e mãe diabética.*
8. Você já precisou ser hospitalizado ou operado? (Não) (). *Fez cirurgia para correção do septo nasal.*
9. Teve algum tipo de intercorrência ou complicação? () (Sim).
10. Você recentemente ganhou ou perdeu peso? () (Sim). (Aumentou) (Perdeu) _____ Kg em _____ meses.
11. Você tem algum problema de sangramento anormal ou de coagulação quando se fere? () (Sim)
12. Você tem dificuldade de cicatrização quando se fere? () (Sim)
13. Você está grávida? () (Sim) Período: _____^a. semana.
14. Você já teve febre reumática? () (Sim)

O exame físico revelou a presença destas lesões na língua da paciente (veja a figura abaixo):

A anamnese direcionada:

1. Aonde você sente o desconforto? *Na minha bochecha.*
2. Quantas lesões estão te incomodando nesse momento? *Uma.*
3. Há quanto tempo você vem sofrendo com essas lesões? *Há três dias.*
4. Você já sofreu com esse problema anteriormente? *Não, foi a primeira vez que elas surgiram na minha boca e doem bastante. Mas, consigo me alimentar e falar.*



Durante o exame físico, observou-se que o paciente tinha uma saúde bucal muito precária com doença periodontal avançada, muitas lesões de cárie e algumas raízes residuais.

Qual a sua hipótese de diagnóstico para esse caso? _____.

Qual a sua conduta terapêutica? Se necessário uma prescrição medicamentosa, use o receituário abaixo:



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde
Curso de Odontologia

Cenário 2 - Paciente William Santos, 23 anos de idade, estudante, morador na Rua Roberto Zaitter, nº 90 Jardim Social Curitiba/PR procurou atendimento na clínica do Curso de Odontologia da UFPR com queixa de desconforto bucal. A anamnese revelou as seguintes informações:

1. Está fazendo algum tratamento médico? (Não) (Sim).
2. Quando esteve no médico pela última vez? Há três meses.
3. Tratando de que? Tratamento de dor na região lombar.
4. Está tomando algum medicamento? (Não) (Sim).
5. Você sofre de alergia? (Não) (Sim)
6. Você sofre de alguma doença? (HAS) (Diabetes) (Cardiopatía) (Hepatopatía) (Nefropatía) (Psiquiátrica) (Asma) (Pulmonar) (Hepatite) (Neoplasia) (HIV/AIDS). Outras? Sim, doença de Behçet.
7. Alguém da sua família sofre de alguma doença? (Não) (Sim).
8. Você já precisou ser hospitalizado ou operado? (Não) (Sim). Adenoidectomia.
9. Teve algum tipo de intercorrência ou complicação? (Não) (Sim).
10. Você recentemente ganhou ou perdeu peso? (Não) (Sim). (Aumentou) (Perdeu) 2 Kg em 2 meses.
11. Você tem algum problema de sangramento anormal ou de coagulação quando se fere? (Não) (Sim)
12. Você tem dificuldade de cicatrização quando se fere? (Não) (Sim)
13. Você está grávida? (Não) (Sim) Período: _____^a. semana.
14. Você já teve febre reumática? (Não) (Sim)

Durante a anamnese, o paciente queixou-se que vem sofrendo com algumas feridas na boca. Avalie as imagens abaixo e responda as questões a seguir:



Baseado no aspecto clínico, como você classifica essas úlceras? (Aguda) (Crônica)

A anamnese direcionada:

1. Aonde você sente o desconforto? **Na minha língua, garganta e gengivas.**
 2. Quantas lesões estão te incomodando nesse momento? **Quatro.**
 3. Há quanto tempo você vem sofrendo com essas lesões? **Há 5 dias.**
 4. Você já sofreu com esse problema anteriormente? **Sim. Mas, dessa vez não consigo me alimentar e nem falar direito.**
- a) Qual a sua hipótese de diagnóstico clínico? _____.
- b) Há a necessidade de algum exame complementar? (Não) (Sim) Qual(is) ? _____.
- c) Qual o seu planejamento terapêutico? Justifique.



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde
Curso de Odontologia

Cenário 3 - Paciente Maria Amélia Fagundes, 65 anos de idade, moradora na Rua Santa Catarina nº 104, Água Verde Curitiba/PR, procurou atendimento na clínica do Curso de Odontologia da UFPR com queixa de desconforto bucal há alguns dias. Veja as informações da anamnese:

1. Está fazendo algum tratamento médico? (Não) (). Tratamento das varizes nas pernas, depressão e reposição hormonal.
2. Quando esteve no médico pela última vez? Há quatro semanas.
3. Tratando de que? Consulta de rotina com o psiquiatra.
4. Está tomando algum medicamento? (Não) (). Puran®, Ginko Biloba, Assert® e Diazepam.
5. Você sofre de alergia? (Não) (). Frutos do mar.
6. Você sofre de alguma doença? (HAS) (Diabetes) (Cardiopatía) (Hepatopatía) (Nefropatía) (Psiquiátrica) (Asma) (Pulmonar) (Hepatite) (Neoplasia) (HIV/AIDS). Outras? Sim, sofre de depressão, hipotireoidismo e hepatite C.
7. Alguém da sua família sofre de alguma doença? (Não) (). Pai faleceu de AVC e mãe morreu de câncer de mama. Tem dois filhos que são saudáveis.
8. Você já precisou ser hospitalizado ou operado? (Não) (). Fez cirurgia para remoção de um tumor na tireoide e duas cesarianas.
9. Teve algum tipo de intercorrência ou complicação? () (Sim).
10. Você recentemente ganhou ou perdeu peso? (Não) (). (Aumentou) (Perdeu) 10 Kg em 1 ano.
11. Você tem algum problema de sangramento anormal ou de coagulação quando se fere? () (Sim)
12. Você tem dificuldade de cicatrização quando se fere? (Não) ()
13. Você está grávida? () (Sim) Período: _____^a. semana.
14. Você já teve febre reumática? () (Sim)

O exame físico revelou a presença de uma lesão branca indolor bilateralmente em mucosa jugal. No lado esquerdo, há uma alteração (veja a figura abaixo):



Baseado no aspecto clínico, como você classifica essas úlceras? (Aguda) (Crônica)

A anamnese direcionada:

1. Aonde você sente o desconforto? *Na minha bochecha.*
 2. Quantas lesões estão te incomodando nesse momento? *Uma.*
 3. Há quanto tempo você vem sofrendo com essas lesões? *Há uma semana.*
 4. Você já sofreu com esse problema anteriormente? *Sim. A ferida na boca é um incômodo.*
- a) Qual a sua hipótese de diagnóstico clínico? _____.
- b) Há a necessidade de algum exame complementar? (Não) (Sim) Qual(is) ? _____.
- c) Qual o seu planejamento terapêutico? Justifique.



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde
Curso de Odontologia

Referências bibliográficas

- Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, Abdel-Naser MB, Zouboulis CC. The treatment of chronic recurrent oral aphthous ulcers. *Dtsch Arztebl Int.* 2014; 111(40):665-673.
- AlZarea BK. Management of denture-related traumatic ulcers using ozone. *J Prosthet Dent.* 2019; 121(1):76-82.
- Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. *Dent Clin North Am.* 2014; 58(2):281-297.
- Amadori F, Bardellini E, Conti G, Majorana A. Oral mucosal lesions in teenagers: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr.* 2017; 43(1):50.
- Akerzoul N, Chbicheb S. Low laser therapy as an effective treatment of recurrent aphthous ulcers: a clinical case reporting two locations. *Pan Afr Med J.* 2018; 30:205.
- Bural C, Güven MÇ, Kayacıoğlu B, Ak G, Bayraktar G, Bilhan H. Effect of over-the-counter topical agents on denture-induced traumatic lesions: a clinical study. *Int J Prosthodont.* 2018; 31(5):481-484.
- Carrozzo M, Porter S, Mercadante V, Fedele S. Oral lichen planus: A disease or a spectrum of tissue reactions? Types, causes, diagnostic algorithms, prognosis, management strategies. *Periodontol 2000.* 2019; 80(1):105-125.
- Chuang P, Langone AJ. Clobetasol ameliorates aphthous ulceration in renal transplant patients on sirolimus. *m J Transplant.* 2007; 7(3):714-717.
- Cockburn N, Pateman K, Taing MW, Pradhan A, Ford PJ. Managing the oral side-effects of medications used to treat multiple sclerosis. *Aust Dent J.* 2017; 62(3):331-336.
- Cui RZ, Bruce AJ, Rogers RS 3rd. Recurrent aphthous stomatitis. *Clin Dermatol.* 2016; 34(4):475-81.
- Cury PR, Araujo NS, das Graças Alonso Oliveira M, Dos Santos JN. Association between oral mucosal lesions and crack and cocaine addiction in men: a cross-sectional study. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2018; 25(20):19801-19807.
- Dalessandri D, Zotti F, Laffranchi L, Migliorati M, Isola G, Bonetti S, Visconti L. Treatment of recurrent aphthous stomatitis (RAS; aphthae; canker sores) with a barrier forming mouth rinse or topical gel formulation containing hyaluronic acid: a retrospective clinical study. *BMC Oral Health.* 2019;19(1):153.
- Dayan RR, Peleg R. Herpes zoster - typical and atypical presentations. *Postgrad Med.* 2017; 129(6):567-571.
- Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated lesions of the oral mucosa: clinical and histologic review. *Head Neck Pathol.* 2019; 13(1):91-102.
- Gali V, Bleeker JS, Lynch D. Epstein-Barr virus positive mucocutaneous ulcer: a case report. *S D Med.* 2018; 71(6):252-255.
- Gonzalez-Moles MA, Morales P, Rodriguez-Archilla A. The treatment of oral aphthous ulceration or erosive lichen planus with topical clobetasol propionate in three preparations. A clinical study on 54 patients. *Oral Pathol Med.* 2002; 31(5):284-285.
- Hargitai IA. Painful oral lesions. *Dent Clin North Am.* 2018; 62(4):597-609.

- Jin JQ, Li W, Mu YL, Jiang Y, Zhang YX, Lu ZY. Study on the oral mucosal diseases in patients with cerebrovascular diseases. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2019; 40(8):1003-1005.
- Ju HM, Ahn YW, Jeong SH, Jeon HM, Kim KH, Song BS, Ok SM. Characteristics of patients who perceive dental treatment as a cause of oral mucosal lesions. *J Oral Sci*. 2019; 61(3):468-474
- Khozeimeh F, Saberi Z, Tavangar A, Badi FF. Effect of herbal echinacea on recurrent minor oral aphthous ulcer. *Open Dent J*. 2018; 12:567-571.
- López-Pintor RM, Hernández G, de Arriba L, Morales JM, Jiménez C, de Andrés A. Oral ulcers during the course of cytomegalovirus infection in renal transplant recipients. *Transplant Proc*. 2009; 41(6):2419-21.
- Maffini E, Busca A, Costa C, Giaccone L, Cerrano M, Curtioni A, Cavallo R, Bruno B. An update on the treatment of cytomegalovirus infection after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Expert Rev Hematol*. 2019; 25:1-9.
- Mainville GN, Marsh WL, Allen CM. Oral ulceration associated with concurrent herpes simplex virus, cytomegalovirus, and Epstein-Barr virus infection in an immunocompromised patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015; 119(6):e306-314
- Oyetola EO, Mogaji IK, Agho TO, Ayilara OA. Pattern of presentation of oral ulcerations in patients attending an oral medicine clinic in Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med*. 2018; 16(1):9-11.
- Parent D. Oral viral infections. *Presse Med*. 2016; 45(2):196-214.
- Piacentini M, Borghetti RL, Zancanaro de Figueiredo MA, Cherubini K, Gonçalves Salum F. Doxycycline: An option in the treatment of ulcerated oral lesions? *J Clin Pharm Ther*. 2019 (no prelo).
- Radulescu M. The pharmacologic management of common lesions of the oral cavity. *Dent Clin N Am*. 2016; 60(2016):407-420.
- Rennick LA, Campbell PM, Naidu A, Taylor RW, Buschang PH. Effectiveness of a novel topical powder on the treatment of traumatic oral ulcers in orthodontic patients: A randomized controlled trial. *Angle Orthod*. 2016; 86(3):351-357.
- Rocca JP, Zhao M, Fornaini C, Tan L, Zhao Z, Merigo E. Effect of laser irradiation on aphthae pain management: A four different wavelengths comparison. *J Photochem Photobiol B*. 2018; 189:1-4.
- Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis. *Biomed Rep*. 2019; 11(2):47-50.
- Samim F, Auluck A, Zed C, Williams PM. Erythema multiforme: a review of epidemiology, pathogenesis, clinical features, and treatment. *Dent Clin North Am*. 2013; 57(4):583-596.
- Schmidt E, Kasperkiewicz M, Joly P. Pemphigus. *Lancet*. 2019; 394(10201):882-894.
- Siu A, Landon K, Ramos DM. Differential diagnosis and management of oral ulcers. *Semin Cutan Med Surg*. 2015; 34(4):171-177.