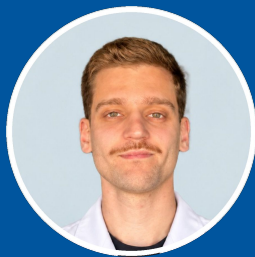


Manifestações orais da doença de Crohn: diagnóstico clínico e tratamento



Rui Félix¹, José Ricardo Ferreira¹, Duarte Cruz¹, Francisco Gouveia¹, Francisco Salvado e Silva¹

1 - Serviço de Estomatologia, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal
Autor correspondente: rui Pedrofelix@gmail.com

INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) associa-se a envolvimento oral em 5-15% dos doentes, sendo as lesões específicas raras (~1%). São clínica e histologicamente indistinguíveis da granulomatose orofacial e ocorrem tipicamente em doença luminal ativa.

LESÕES ESPECÍFICAS

- Mucosa com padrão em pedras de calçada
- Queilite granulomatosa
- Ulceração linear profunda

LESÕES INESPECÍFICAS

- Ulcerações aftosas
- Queilite angular
- Fissuração profunda
- Halitose, disfagia, disgeusia

DISTRIBUIÇÃO ANATÓMICA

- Mucosa jugal
- Vestíbulo
- Lábios

CASO CLÍNICO

— mulher, 47 anos, DC ileocólica de longa evolução sob anti-TNF e imunomodulador tiopurínico

2 semanas antes

Dor à mastigação, com agravamento progressivo.
Nega introdução recente de novos fármacos.

SERVIÇO DE URGÊNCIA

Padrão em pedras de calçada da mucosa jugal bilateral, lábio superior fissurado com edema e crostas, palato eritematoso.

DIA 0 → DIA 10

Bochechos de dexametasona.
Sem resposta ao fim de 10 dias.

DIA 10 → DIA 24

Clobetasol tópico durante 14 dias.
Melhoria aos 5 dias.
Resolução às 3 semanas, sem candidíase secundária.

AOS 6 MESES

Otimização do biológico e reposição de ferro.
Seguimento com Gastrenterologia.
Sem recidiva.

FASE AGUDA



Fig. 1 — Mucosa jugal com padrão em pedras de calçada.



Fig. 2 — Mucosa do lábio superior fissurada e eritematosa.



Fig. 3 — Palato eritematoso, sem placas destacáveis.

AVALIAÇÃO AOS 6 MESES



Fig. 4 — Resolução das lesões na reavaliação: mucosa jugal, mucosa labial superior, sem padrão em pedras de calçada, fissuração ou eritema residual.

DISCUSSÃO

PORQUE NÃO SE REALIZOU BIÓPSIA

- DC estabelecida e morfologia característica
- Atividade luminal documentada
- Exclusão clínica de sarcoidose, tuberculose e infeção fúngica
- Resposta à terapêutica instituída

LIMITES DA HISTOLOGIA

A histologia é confirmatória, mas de rendimento variável: os granulomas não caseosos nem sempre são identificados, pelo que uma biópsia negativa não exclui o diagnóstico. Perante DC estabelecida e morfologia característica, o diagnóstico é clínico.

TERAPÊUTICA TÓPICA

1.ª LINHA

REALIZADO

Corticoide tópico de baixa potência

Bochecho de dexametasona

2.ª LINHA

REALIZADO

Corticoide potente, aplicação local

Clobetasol, ≤14 dias — pelo risco de atrofia mucosa e candidíase

3.ª LINHA — SE REFRATÁRIO

Tacrolimus tópico ou corticoide intralesional

Não realizado

TERAPÊUTICA SISTÊMICA

TRANSVERSAL

USADO

Otimização do biológico

Gestão articulada com medicina oral e Gastrenterologia

CONCLUSÃO

As lesões orais específicas da DC exigem **elevado índice de suspeição** e devem motivar a reavaliação da atividade intestinal, da qual depende a remissão duradoura.

O estomatologista está bem posicionado para identificar estas lesões, cuja valorização permite o diagnóstico precoce e referência atempada para otimização da terapêutica sistémica.

REFERÊNCIAS

Lauritano, D., Boccari, E., Di Stasio, D., Della Vella, F., Carinci, F., Lucchese, A., & Petruzzi, M. (2019). Prevalence of oral lesions and correlation with intestinal symptoms of inflammatory bowel disease: A systematic review. *Diagnostics*, 9(3), 77. <https://doi.org/10.3390/diagnostics9030077>

Pecchi-Lloret, M. P., Ramirez-Santesteban, E., Hergueta-Castillo, A., Guerrero-Gironés, J., & Oñate-Sánchez, R. E. (2023). Oral manifestations of Crohn's disease: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(20), 6450. <https://doi.org/10.3390/jcm12206450>

Woo, V. L. (2015). Oral manifestations of Crohn's disease: A case report and review of the literature. *Case Reports in Dentistry*, 2015, 830472. <https://doi.org/10.1155/2015/830472>