

Estomatite aftosa recorrente – a propósito de um caso clínico

ANA SOFIA GOMES*, Mariana Mestre*, André Castro*, Paula Vaz**, José Mário Rocha***, Maria Helena Figueiral****

* Estudante do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, ** Médica Dentista, Professora Auxiliar de Genética Médica e Orofacial da FMDUP, *** Médico Dentista, Professor Auxiliar de Prótese Removível da FMDUP, **** Médica Dentista, Professora Catedrática de Prótese Removível, Diretora do Departamento Clínico, Coordenadora da Clínica de Verão da FMDUP.

Introdução

A estomatite aftosa recorrente (EAR) é um dos distúrbios mais comuns da mucosa oral observada em indivíduos aparentemente saudáveis (Gallo *et al.*, 2009). Apesar das características clínicas se apresentarem bem definidas, a sua etiologia permanece inconclusiva, embora tenha sido sugerida associação a patologias sistémicas, *deficit* nutricional, distúrbios imunitários e *stress* psicológico, entre outros (Gonul *et al.*, 2007; Gallo *et al.*, 2009; Baccaglioni *et al.*, 2011). Em termos de apresentação clínica da EAR, a afta recorrente *minor* constitui a variante mais comum, sendo caracterizada por úlceras superficiais dolorosas, com as seguintes peculiaridades: lesões circulares ou ovais, que não ultrapassam os 5 mm de diâmetro, dotadas de uma pseudo-membrana de coloração cinza-branca, circundadas por halo eritematoso (Porter *et al.*, 1998).

Descrição do caso clínico

A paciente LS, do sexo feminino, com 59 anos de idade, compareceu na Clínica de Verão da FMDUP, motivada pela persistência de lesões ulcerosas orais dolorosas, acompanhadas por sensação de ardência (Fig.1 e 2). Na anamnese destacaram-se os seguintes aspetos: paciente com depressão crónica, gastrite crónica, quistos pulmonares, artrose da anca e hérnia discal. A paciente era polimedicada e os fármacos diários incluíam: Alprazolam, Lorazepam, Fluoxetina, Dosulepina, Lansoprazol, Propranolol, Aceclofenac, Etoricoxib e um suplemento alimentar de probióticos e fruto-oligosacarídeos.

Na fase da inspeção do exame clínico, verificou-se que a paciente apresentava edentação superior e inferior, reabilitada com próteses parciais removíveis acrílicas (PPR) e identificaram-se seis úlceras aftosas (Fig. 2). Estas estavam localizadas, na sua maioria (cinco), na face ventral da língua e uma na região interna do lábio, apresentando cerca de 1-3 mm de diâmetro. Destacaram-se ainda do exame clínico a existência de queilite angular bilateral nas comissuras labiais, a palpação positiva dos gânglios submandibulares esquerdos e a ausência de lesões traumáticas protéticas na mucosa (Fig. 1 e 2).

Do exame radiográfico ortopantomografia, que a paciente já possuía e com data recente, apenas se destacou a presença de uma condensação óssea no lado esquerdo mandibular, sem sinais de patologia de associação com a palpação positiva ganglionar (Fig. 3).

Após avaliação global, foi-lhe solicitada ecografia ganglionar submandibular bilateral e um estudo analítico sanguíneo. Foi-lhe prescrita a terapêutica tópica com Aloclair® Plus Spray e/ou Pyralvex® e sistémica com um complexo multivitamínico, acompanhada de indicações relativas à alimentação.

Na ecografia da região cervical esquerda não se observaram alterações das estruturas moles, tendo sido apenas detetados alguns nódulos ganglionares, com 4 a 13 mm de diâmetro, de natureza reativa inflamatória (Fig. 4). Do estudo analítico, apenas se destacou a presença de um valor de eritrócitos ligeiramente aumentado, mas considerado em *borderline* ($4.48 \times 10^{12}/L$).

Uma semana depois de instituída a terapêutica, verificou-se a remissão quase total das lesões ulcerosas e da palpação ganglionar positiva esquerda (Fig. 5). Como a queilite angular bilateral persistia, prescreveu-se o ácido fusídico 20mg/g + acetato de hidrocortisona 10mg/g de aplicação tópica angular, encaminhou-se a paciente para consulta de PPR da FMDUP para reajustar as próteses e reestabelecer a DVO e efetuou-se um controlo 30 e 60 dias após a instituição da globalidade do tratamento.

Na última consulta de controlo, a paciente não apresentava qualquer úlcera oral, a queilite tinha sido resolvida e a palpação ganglionar submandibular bilateral mantinha-se negativa (Fig. 6).



Fig. 1 – Fotografias extra-orais iniciais (A - lateral direita; B - frontal; C - lateral esquerda).



Fig. 2 – Fotografias intra-orais iniciais (A e C - visualização de lesões ulcerosas; B - ausência de lesões mucosas associadas às PPR).



Fig. 3 – Ortopantomografia inicial.

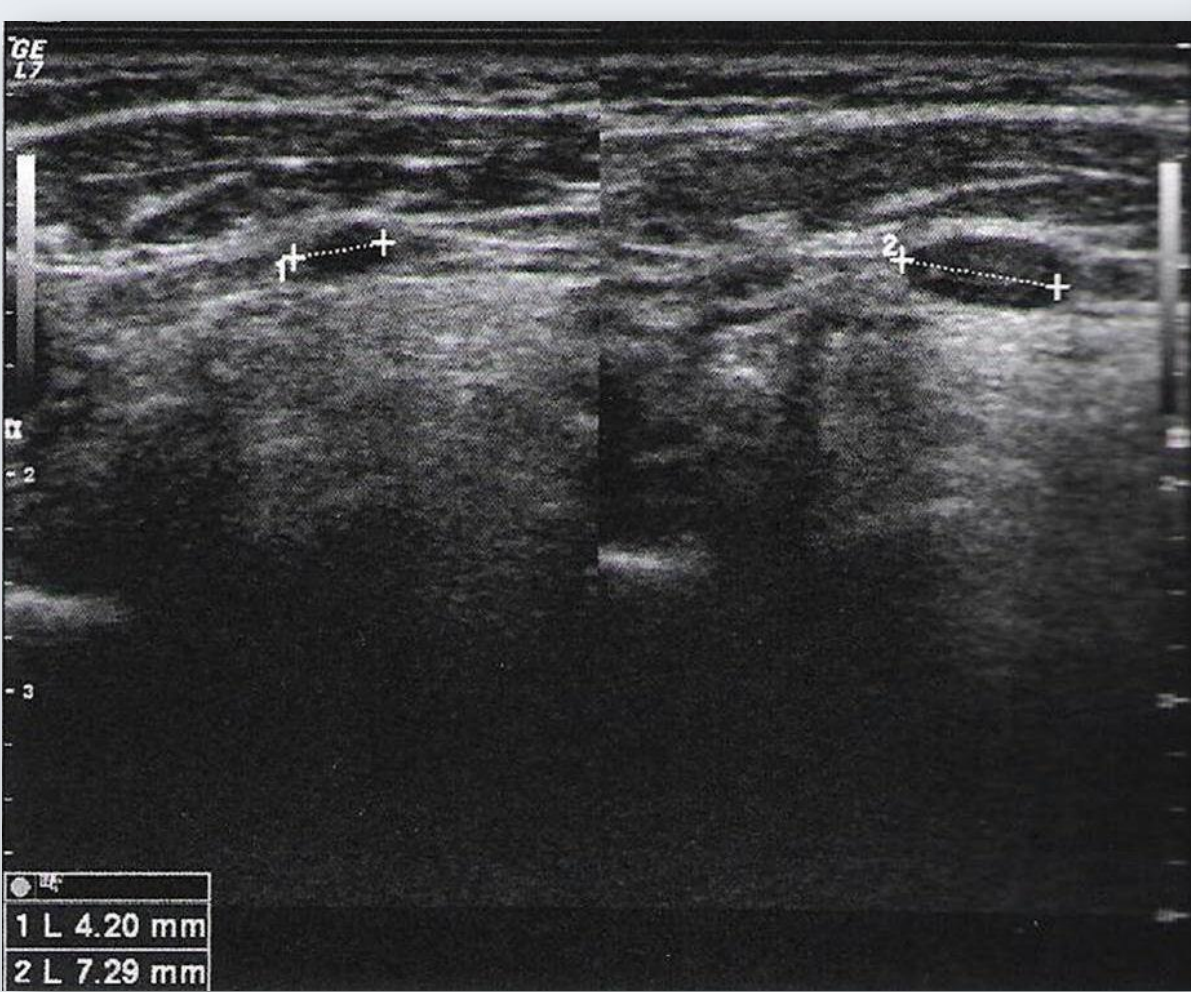


Fig. 4 – Ecografia da área da região cervical esquerda - presença de lesões nodulares de natureza inflamatória.

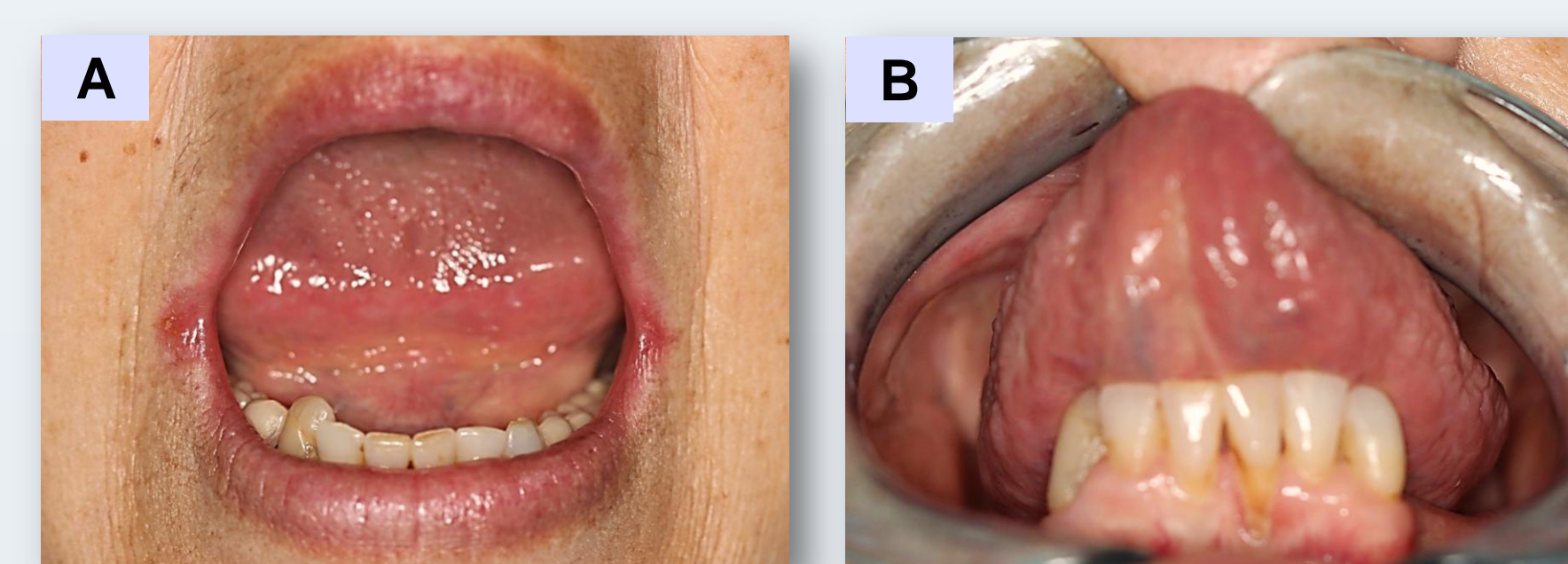


Fig. 5 – Fotografia intra-orais após uma semana de terapêutica (A - persistência da queilite bilateral e remissão das úlceras orais; B - remissão das úlceras orais).

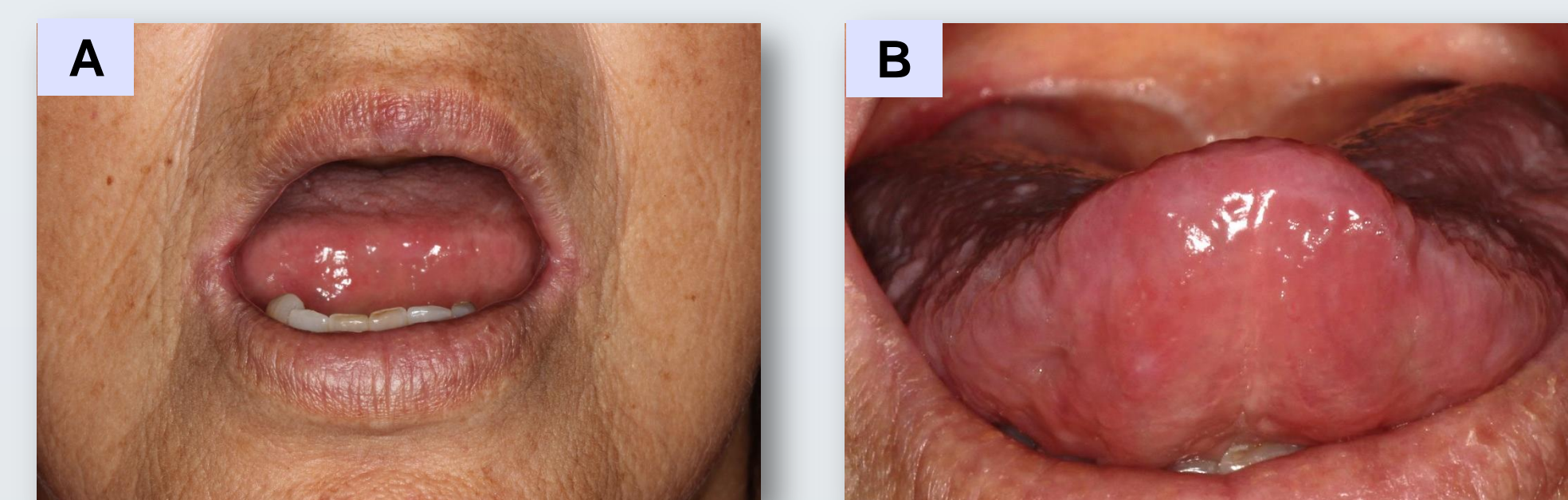


Fig. 6 – Fotografias extra e intra-oral após 60 dias (A e B - remissão da queilite e úlceras).

Discussão e conclusões

Neste caso específico, as úlceras orais podem constituir o resultado da conjugação de fatores de risco, como a xerostomia, a polimedicção, a imunodepressão medicamentosa e o *stress* psicológico (Chavan *et al.*, 2012; Femiano *et al.*, 2008). O resultado ecográfico confirmou a natureza inflamatória das adenomegalias e, conjugado com o resultado do estudo analítico, excluiu outro tipo de patologias. A medicação tópica e sistémica prescrita, com a adaptação do regime alimentar, possibilitou a remissão das úlceras aftosas e a redução da palpação ganglionar positiva da paciente.

A etiologia das EAR permanece inconclusiva, dificultando a instituição de terapia efetiva. Contudo, a persistência de adenomegalias, sobretudo em pacientes ansiosos, não deve ser desvalorizada, devendo pesquisar-se a natureza das mesmas e efetuar-se controlos *a posteriori*.

Bibliografia

- Gallo C de B, Mimura MA, Sugaya NN. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis. *Clinics*. 2009;64(7):645-48.
- Baccaglioni L, Lalla RV, Bruce AJ, Sartori-Valinotti JC, Latortue MC, Carrozzo M, *et al.* Urban legends: recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis*. 2011;17(8):755-57.
- Gonul M, Gul U, Cakmak SK, Kilic A. The role of the diet in patients with recurrent aphthous stomatitis. *Eur J Dermatol*. 2007;17(1):97-98.
- Porter SR, Scully C, Pedersen A. Recurrent aphthous stomatitis. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1998;9(3):306-321.
- Chavan M, Jain H, Diwan N, Khedkar S, Shete A, Durkar S. Recurrent aphthous stomatitis: a review. *J Oral Pathol Med*. 2012;41(8):577-83.
- Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Cirillo N. Oral aphthous-like lesions, PFAPA syndrome: a review. *J Oral Pathol Med*. 2008;37(6):319-23.