

ULCERAÇÃO AFTOSA RECORRENTE

Organizadores:

Erno Harzheim

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Autores:

Carlos Pilz

Vinicius Coelho Carrard

ULCERAÇÃO AFTOSA RECORRENTE

Introdução

Ulceração aftosa recorrente (UAR) é uma das condições mais comuns da mucosa oral. Apresenta-se como úlcera ou úlceras dolorosas que surgem espontaneamente ou após mínimo trauma e cicatrizam espontaneamente.

Etiologia

Apresenta etiologia indefinida. Alguns fatores predisponentes são citados na literatura, como trauma, ansiedade/estresse, determinados alimentos (ex.: chocolate, amendoim, café e produtos contendo glúten), alterações hormonais.

Características Clínicas

A UAR é uma condição comum da mucosa oral, caracterizada por várias úlceras recorrentes pequenas de centro necrótico e halo eritematoso, redondas ou ovais, com margens delimitadas e primeiro episódio observado na infância ou adolescência. Apresentam-se de três formas clínicas:

- **Menor:** responde por 80% dos casos e se caracteriza pela presença de úlcera única ou múltipla com diâmetro de até 1 cm (ver figura 1 no anexo). Acomete mucosas não ceratinizadas e desaparece espontaneamente em até 14 dias, não deixando cicatrizes.
- **Maior ou Síndrome de Sutton:** corresponde a aproximadamente 10-15% dos casos. Apresenta dor severa e mais do que 1 cm de diâmetro. Pode levar até seis semanas para involuir e costuma deixar cicatriz. Envolvem preferencialmente lábios e palato mole, mas qualquer região da mucosa bucal pode ser afetada
- **Herpetiforme:** mais rara (5-10% dos casos), se apresenta como múltiplas úlceras puntiformes (1 a 3 mm) que podem coalescer em uma lesão grande de contorno irregular, lembrando as lesões provocadas pelo vírus do herpes simples. Pode surgir em qualquer sítio bucal e podem levar até 14 dias para cicatrizar

Diagnóstico

A primeira hipótese a ser afastada é a de úlcera traumática, lesão provocada por fatores irritativos, como dentes pontiagudos e/ou quebrados, próteses dentárias fraturadas, aparelhos ortodônticos, ou quando o paciente relatar que se mordeu involuntariamente.

Não existem resultados laboratoriais específicos para UAR sendo seu diagnóstico baseado na história e no exame clínico. A história médica do paciente é importante já que na maioria dos casos o primeiro episódio é observado antes dos 30 anos de idade. Na anamnese deve incluir idade de início, número de episódios/ano e todos os fatores desencadeantes associados. Uma parcela significativa dos pacientes tem parentes de primeiro grau com história de UAR. Salienta-se que a UAR é incomum em fumantes.

Existe ainda a necessidade de excluir outras possíveis doenças associadas à ocorrência de úlceras bucais recorrentes que lembram UAR. Na Doença de Behçet, os pacientes apresentam úlceras bucais e genitais. Pacientes HIV positivos podem ter úlceras bucais recorrentes devido à imunossupressão. Em quadros de anemia devido à deficiência de ferritina, vitamina B12 ou ácido fólico úlceras semelhantes às observadas na UAR também podem ser encontradas.

Outras condições devem ser descartadas quando o paciente tem sintomas gastrointestinais (diarreia, dor abdominal), sendo necessária a consulta com um gastroenterologista. Dentre doenças gastrointestinais a serem consideradas no diagnóstico diferencial podem ser incluídas a doença celíaca, a colite ulcerativa e a Doença de Crohn.

Tratamento

Os principais objetivos da terapia são alívio da dor, redução da duração da úlcera e diminuição da frequência dos episódios. Corticosteroides tópicos são a principal base do tratamento e normalmente são usados como terapias de primeira linha. Os agentes normalmente usados incluem triancinolona em orabase, dexametasona – elixir. A duração do tratamento varia de caso para caso, não havendo evidências de supressão adrenal devido à pouca absorção e à baixa potência desses fármacos.

O tratamento de primeira linha para crianças e adultos pode ser feito com emprego de triancinolona tópica (pasta a 0.1%) aplicada na(s) área(s) afetada(s) até quatro vezes ao dia. Elixir de dexametasona elixir (0,5 mg em 5 ml) usada como bochecho ou enxaguatório bucal, tem se mostrado efetiva no tratamento da UAR. O emprego de corticosteroide tópico mais potente, como dipropionato de clobetasol, também pode ser

considerado para casos específicos como casos de afta maior ou para casos refratários a terapia de primeira escolha.

Para alívio dos sintomas terapias tópicas com uso de anestésico tópico (lidocaína 2% - solução viscosa) e agentes anti-inflamatórios podem ser empregados.

Quando encaminhar

É de responsabilidade do cirurgião-dentista da Atenção Primária a Saúde realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com quadro de UAR [6]. Dúvidas sobre diagnóstico e tratamento podem ser encaminhadas via Plataforma de Telessaúde do Ministério da Saúde, acompanhadas de foto e formulário descritivo da lesão, disponíveis no endereço (<http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/telediagnostico-estomatonet>).

Devem ser encaminhados para consulta com especialista casos que apresentem úlcera solitária persistente por mais de três semanas (pode representar uma malignidade) Em casos de úlceras múltiplas persistentes, outras doenças devem ser investigadas. Nesses casos, faz-se necessário o encaminhamento para um estomatologista.

REFERÊNCIAS

FAGUNDES, A. V. et al. Problemas da cavidade oral. In: DUNCAN, B. D. et al. **Medicina Ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 163, p. 1669-1679.

HIRATA, C. H. W. et al. Ulceração aftosa recorrente no Ambulatório de Estomatologia da UNIFESP. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em:
<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4216>. Acesso em: 28 out. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_especialidades_bucal>. Acesso em: 26 out. 2015.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SCULLY, C. **Best Practice:** The diagnosis and management of recurrent aphthous stomatitis, a consensus approach. BMJ Publishing Group Limited, London, 2014.[atualizada em 10 abr 2015, acesso em 10 set 2015]. Acesso via portal periódicos (saude.gov.br).

SCULLY, C. **Clinical Practice:** aphthous ulceration. New England Journal of Medicine, Boston, v. 355, n. 2, p. 165-172, 2006. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp054630>>. Acesso em: 27 out. 2015.

SCULLY, C.; PORTER, S. **Oral mucosal disease:** recurrent aphthous stomatitis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Edinburgh, v. 46, n. 3, p. 198-206, 2008.

TELESSAÚDERS/UFRGS [Homepage]. **EstomatoNet**. Porto Alegre: TELESSAÚDERS/UFRGS, 2015. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/telessaunders/nossos-servicos/telediagnostico-estomatonet>>. Acesso em: 24 out. 2015

ANEXO

Figura 1: UAR (menor) localizada na região de retrocomissura



Fonte: Faculdade de Odontologia da UFRGS