

ESTOMATITE AFTOSA RECORRENTE

APHTHOUS STOMATITIS RECURRING

LUIZ HENRIQUE OYAMADA¹, PRISCILA CORDEIRO MAFRA¹, RÂNELLY DE ANDRADE MEIRELES¹, THREICY MAYARA GODINHO GUERREIRO¹, FERNANDA SALLES FONSECA DE ATAIDE SOUZA¹, VANESSA YURI NAKAOKA ELIAS DA SILVA^{2*}, TATILIANA G. BACELAR KASHIWABARA³

1. Acadêmicos de Medicina do IMES - Instituto Metropolitano de Ensino Superior; 2. Acadêmica de Medicina - IMES, Graduada em Fisioterapia, Pós-Graduada em Saúde Pública/PSF; Mestre em Imunopatologia das Doenças Infecciosas e Parasitárias, ex-docente Citologia, Histologia, Patologia, Parasitologia Faculdade Pitágoras; 3. Especialista em Alergia & Imunologia, Dermatologia, Imunopatologia das Doenças Infecto Parasitárias; Medicina do Trabalho; Medicina Ortomolecular; Medicina do Trânsito; Nutrologia; Pediatria. Diretora Clínica da CLIMEDI. Coordenadora do Programa RespirAR Adulto em Ipatinga - MG. Professora de Pediatria na Faculdade de Medicina de Ipatinga – MG. MS. em Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade; Doutoranda em Gestão pela UTAD; Supervisora do PEP em Ipatinga, MG.

* Rua Ephren Macedo, 406, bairro Santa Helena, Coronel Fabriciano, MG, Brasil. CEP: 35170-006, vasilva777@yahoo.com.br

Recebido em 15/01/2014. Aceito para publicação em 18/02/2014

RESUMO

A estomatite aftosa recorrente é uma doença frequente, que atinge a mucosa oral, com prevalência de 10 a 30% na população mundial. Caracteriza-se pelo aparecimento de aftas na mucosa jugal em ciclicamente, determinando desconforto e dor consideráveis aos pacientes, com comprometimento da qualidade de vida. É frequente no gênero feminino, e típica da infância e adolescência, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária, se correlacionando com reações mediadas imunologicamente. Aftas orais em períodos mínimos quinzenais ou mensais devem ser observadas por mais de um ano de duração, sem sinais de doenças sistêmicas associadas. O objetivo do tratamento é o domínio algico, decréscimo da duração das úlceras, restauração das orofuncionais, redução na frequência e gravidade das recorrências e manutenção dos períodos de remissão. A terapêutica é sintomática e paliativa, podendo ocorrer regressão espontânea, sendo que nos casos brandos não exige terapia específica. O tratamento sistêmico só deve ser preconizado em pacientes com grandes lesões e surtos frequentes com emprego de corticosteroides, colchicina, cimetidina ou mesmo dapsona, ao que se deve escolher o tratamento tópico na maioria dos casos. A aftose recorrente é frequente nos pacientes adolescentes e nas crianças, não apresentando ainda seu mecanismo fisiopatológico completamente elucidado, o que determina a necessidade de estudos específicos que esclareçam tal aspecto. O emprego de anestésicos tópicos, antiinflamatórios, imunomoduladores pode acelerar a evolução e cura das lesões, que possuem aspecto eritematoso e doloroso, levando ao decréscimo da qualidade de vida do paciente acometido.

PALAVRAS-CHAVE: Estomatite na infância, estomatite aftosa e estomatite aftosa na adolescência.

ABSTRACT

The recurrent aphthous stomatitis is a common disease that affects the oral mucosa, with prevalence 10-30 % of world population. It is characterized by the appearance of canker sores in the cheek mucosa in cyclically, causing considerable pain and discomfort to patients with compromised quality of life. It is frequent in females, and typical of childhood and adolescence, but can occur at any age, correlating with immune-mediated reactions. Oral thrush in fortnightly or monthly minimum periods should be observed for more than one year duration, with no signs of systemic disease. The goal of treatment is painful area; decrease the duration of ulcers, restoration of orofunctionals, reduction in the frequency and severity of recurrences and maintenance of remission periods. Therapy is symptomatic and palliative, spontaneous regression may occur, and in mild cases do not require specific therapy. Systemic treatment should be recommended in patients with large lesions and frequent outbreaks of employment with corticosteroids, colchicine, cimetidine or even dapsona; it should choose the topical treatment in most cases. The applicant aphthosis is common in adolescents and in children not yet having fully understood its pathophysiological mechanism, which determines the need for specific studies to clarify this aspect. The use of topical anesthetics, anti-inflammatory, immunomodulators can accelerate the development and healing of the lesions, erythematous and painful have aspect, leading to a decrease in the quality of life of the affected patient.

KEYWORDS: Stomatitis in childhood, aphthous stomatitis and mouth disease in adolescents.

1. INTRODUÇÃO

A estomatite aftosa recorrente (EAR) é uma doença frequente, a qual atinge a mucosa oral, cuja prevalência se encontra em torno de 10 a 30% da população mundial^{1,2,3,4}. Caracteriza-se pelo aparecimento de aftas

na mucosa jugal em ciclicamente, determinando desconforto e dor consideráveis aos pacientes, com comprometimento da qualidade de vida^{4,5}.

É mais frequente entre o gênero feminino, sendo considerada uma doença típica da infância e adolescência. Entretanto, pode ocorrer em qualquer faixa etária^{1,2,3}. Diversas evidências levam à conclusão de que a EAR se relaciona a reações mediadas imunologicamente¹.

Para se adaptar à definição clínica de portador de EAR, o paciente precisa apresentar aftas orais em períodos de mínimos de quinze em quinze dias, ou mesmo mensalmente, observadas por mais de um ano de duração, com início na infância ou juventude, sem que a presença de sinais de doença sistêmica associada⁴.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A presente revisão literária discorre sobre o tema Estomatite Aftosa Recorrente, e teve como subsídio as bases de dados *Pubmed*, *LiLACS* e *SciELO*, compreendendo os seguintes termos: “Estomatite na infância”, “Estomatite Aftosa” e “Estomatite Aftosa na Adolescência”.

Este trabalho baseou-se em uma revisão bibliográfica, descritiva, qualitativa, que teve como fonte de pesquisa filtragem nos sites de busca *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Google Acadêmico* e *NCBI Pubmed*, para a escolha dos artigos científicos que abordam o assunto, sendo os critérios de inclusão dos artigos foram aqueles publicados no período de 2001 a 2014.

3. DESENVOLVIMENTO

Classificação

As lesões aftosas podem ser classificadas em três grupos, conforme o tamanho das lesões na cavidade bucal: úlceras aftosas menores, maiores e herpetiformes^{1,3,4,6,7}.

A úlcera aftosa menor é o tipo mais comum em torno de 75-80%, caracterizada por aftas arredondadas, de bordas regulares, sendo menores que um centímetro. As úlceras aftosas maiores, é a forma mais grave, representam cerca de 10 a 15% dos casos, apresentando-se com lesões maiores que um centímetro, sendo o número de lesões variáveis, entre um a 10 centímetros, podendo atingir toda a superfície bucal com úlceras extensas e dolorosas, as quais podem demorar cerca de 4 a 6 semanas para desaparecer, podendo deixar cicatrizes. Já as úlceras herpetiformes são a configuração menos comum, exibida por cerca de 5 a 10% dos pacientes, com início peculiar na vida adulta e predominância no gênero feminino, auferem esta nomenclatura por apresentarem múltiplas lesões pequenas entre um e dois milímetros, po-

dendo advir até 100 lesões, que podem confluir, originando grupamentos, que geralmente desvanecem entre 7 a 10 dias, com recorrência frequente^{3,4,6,7}.

Etiopatogenia

Os mecanismos etiológicos até então não foram inteiramente elucidados, não obstante as inúmeras conjecturas existentes, como a associação com o estresse emocional, hiperacidez bucal, agentes biológicos, trauma local, ciclo menstrual, estado psicológico, tabagismo, fatores genéticos, hipersensibilidade alimentar, deficiência hematológica e imunológica^{1,2,3,4,5,7}.

O diagnóstico advém entre três semanas e um ano haja vista serem antecipadamente diagnosticadas como candidíase oral, lesões traumáticas ou úlceras herpéticas¹.

Manifestação clínica

A patologia analisada figura clinicamente com um discreto desconforto local, com duração de 24 a 48 horas, sendo considerada essa fase o pródrômo. Logo depois, aparecem lesões hiperemiadas, circunscritas, denominadas aftas, as quais são úlceras discretas, dolorosas e rasas, com bases eritematosas, únicas ou múltiplas, na mucosa labial ou bucal. Pode cursar com necrose local, dor intensa difusa ou localizada, edema e disfagia, com duração aproximada de vários dias até duas semanas^{3,8}.



Figura 1. Lesão aftosa recorrente. Fonte: Miziara, *et al.*, 2009⁴.

Tratamento

O objetivo do tratamento é o domínio algico, decréscimo da duração das úlceras, restauração das orofuncionais, redução na frequência e gravidade das recorrências e manutenção dos períodos de remissão. A terapêutica é sintomática e paliativa, podendo ocorrer regressão espontânea, sendo que nos casos brandos não exige terapia específica⁶.

Não há tratamento curativo recomendado. Os corticosteroides podem desencadear a regressão da crise, muito embora todas as modalidades terapêuticas dispo-

níveis para a prevenção apenas diminuíam a frequência ou a gravidade das lesões⁵.

Para isso, diversas drogas, como a Colchicina, talidomida, pentoxifilina, dapsona, levamisol, entre outras, têm sido empregadas, contudo a maioria não evidenciou potência comprovada ou não foi aferida por estudos clínicos controlados. O emprego da maioria dessas drogas é baseado nas suas propriedades antiinflamatórias e imunomoduladoras, pois a afta recorrente é uma doença inflamatória visivelmente relacionada a anormalidades do sistema imune⁵.

O uso de anestésico tópico, como a lidocaína viscosa ou um bochecho com solução combinada de difenidramina, lidocaína viscosa e um antiácido oral, são aproveitados para o alívio algíco, sobretudo antes da alimentação. Devem ser evitados os alimentos e bebidas quentes após o uso do anestésico⁸.

Conforme Weckx *et al.* (2009)⁵, em um estudo duplo-cego, controlado por placebo, que analisou o uso de levamisol para tratamento da afta recorrente, concluiu-se que, ao ser comparado ao placebo, o levamisol não foi efetivo no tratamento profilático da afta recorrente, sendo o efeito placebo importante em emocionais que possam afetar a recorrência ou a expressão de sintomas⁵.

Os corticoides são os fármacos tópicos mais aproveitados, pois auxiliam na redução da inflamação, e o bochecho de tetraciclina tópica pode acelerar a cura^{3,8}.

O tratamento sistêmico só deve ser preconizado em pacientes com grandes lesões e surtos frequentes com emprego de corticosteroides, colchicina, cimetidina ou mesmo dapsona, ao que deve-se escolher o tratamento tópico na maioria dos casos^{3,8}.

4. CONCLUSÃO

A aftose recorrente é frequente nos pacientes adolescentes e nas crianças, não apresentando ainda seu mecanismo fisiopatológico completamente elucidado, o que determina a necessidade de estudos específicos que esclareçam tal aspecto.

O emprego de anestésicos tópicos, antiinflamatórios e imunomoduladores pode acelerar a evolução e cura das lesões, que possuem aspecto eritematoso e doloroso, levando ao decréscimo da qualidade de vida do paciente acometido.

REFERÊNCIAS

- [1] Fraiha PM, Bittencourt PG, Celestino LR. Estomatite aftosa recorrente: revisão bibliográfica. Rev. Bras. Otorrinolaringol. São Paulo. 2002; 68(4).
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992002000400019&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 31 jan 2013.
- [2] Leonardo LM, *et al.* Prevalence and risk factors for the development of recurrent aphthous stomatitis. Rev Cir. Traumatol Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe. 2010; 10(2).
Disponível em:
<http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102010000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 19 jan 2013.
- [3] Filho JAX, Miziara ID. Estomatite Aftóide Recorrente: Atualização no tratamento. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia. Ano. 2001; 5(4).
Disponível em:
http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port_print.asp?id=167.
- [4] Miziara ID. O tratamento da estomatite aftóide recorrente ainda intriga. Rev Assoc Med Bras. São Paulo. 2009; 55(2).
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 jan. 2013.
- [5] Weckx LLM, *et al.* Levamisol não previne lesões de estomatite aftosa recorrente: um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo. 2009; 55(2).
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 Feb. 2013.
- [6] Dani R. Gastroenterologia Essencial- 3ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 86-87.
- [7] Alves P, Ramalho L, Oliveira R, Cavalcanti A, Queiroz L. Fatores de risco da ulceração aftosa recorrente – uma revisão dos achados atuais. Rev de Ciênc Méds e Biol, América do Norte. 2010:7.
Disponível em:
- [8] <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4361/3183>. Acesso em: 02 Feb. 2013.
- [9] Kliegman RM, *et al.* Nelson, tratado de pediatria- 18.ed.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2009; 2:2741.

