

Corticosteróide tópico oclusivo no tratamento de manifestações gengivais de doenças vesicobolhosas auto-imunes*

*Topical occlusive corticosteroid for the treatment of gingival manifestations of vesicobullous autoimmune diseases**

Ana Carolina Fragoso Motta¹
 Márcio Fernando de Moraes Grisi³
 Ana Maria Ferreira Roselino⁵

Marilena Chinali Komesu²
 Cacilda da Silva Souza⁴
 Dante Antonio Migliari⁶

Resumo: O tratamento das lesões gengivais de doenças vesicobolhosas auto-imunes constitui grande desafio na estomatologia, principalmente pela natureza crônica das lesões. O tratamento sistêmico é necessário no controle das apresentações mais graves; entretanto, quando possível, o tratamento tópico é preferível. Este artigo descreve uma técnica oclusiva para aplicação de corticosteróide tópico que tem demonstrado ser eficaz no controle dessas lesões, sobretudo em pacientes com manifestações exclusivamente gengivais.

Palavras-chave: Corticosteróides; Dermatopatias vesiculobolhosas; Doenças auto-imunes; Gengiva; Manifestações bucais

Abstract: Management of gingival lesions of vesicobullous autoimmune diseases is one the main challenges to oral medicine, primarily because of their chronic nature. Systemic therapy is required in most severe lesions, however, whenever feasible, topic corticosteroid therapy is preferred. This article describes a technique to provide topical occlusive corticotherapy that has shown to be effective in controlling these lesions, especially in patients exclusively with gingival lesions.

Keywords: Adrenal cortex hormones; Autoimmune diseases; Gingiva; Oral manifestations; Skin diseases, vesiculobullous

O tratamento das manifestações gengivais de doenças vesicobolhosas auto-imunes é um dos grandes desafios da estomatologia, primariamente pela natureza crônica dessas doenças.^{1,3} O tratamento dessas lesões usualmente requer corticosteróides tópicos ou outras drogas com ação antiinflamatória. O tratamento sistêmico é requerido em lesões mais graves,

especialmente nos pênfigos. Entretanto, quando possível, o uso dos corticosteróides tópicos é preferível devido aos efeitos adversos do tratamento sistêmico.⁴

⁶ Alguns estudos relataram bons resultados em pacientes com lesão oral tratados com corticosteróides tópicos sob a forma de enxaguatórios bucais,⁴ e pomadas com ou sem veículo adesivo.^{5,8} Entretanto,

Recebido em 18.05.2004.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 03.04.2006.

* Trabalho realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP (Campi São Paulo e Ribeirão Preto); Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum.

¹ Cirurgiã-dentista, Doutora em Diagnóstico Bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.

² Professora Associada do Departamento de Morfologia, Estomatologia e Fisiologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Professor Associado do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica, Divisão de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁵ Professor Associado do Departamento de Clínica Médica, Divisão de Dermatologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁶ Professor Associado do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP), Brasil.



FIGURA 1: Apresentação clínica inicial do caso demonstrando inflamação difusa em toda a extensão da gengiva marginal e inserida. Notar bolha íntegra em gengiva inferior

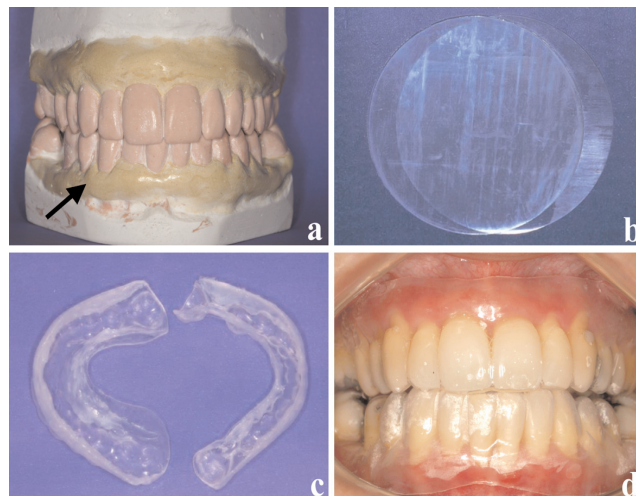


FIGURA 2: Seqüência de fabricação das moldeiras: modelos de estudo com alívios correspondentes às áreas com lesões (A); placas de silicone de 1mm de espessura (B); moldeiras com pomada (C); e adaptação das moldeiras na boca (D)

pode ser difícil aplicar e manter o corticosteróide em lesões gengivais extensas e profundas. Além disso, movimentos fisiológicos da cavidade bucal podem deslocar o corticosteróide de sua localização inicial, reduzindo o tempo de contato entre a droga e as lesões. A utilização de moldeiras com pomada corresponde a uma solução para esse problema, pois mantém o corticosteróide no tecido lesado e provê uma terapia oclusiva.^{9,10}

Este artigo descreve uma técnica de corticoterapia tópica oclusiva em paciente de 36 anos que compareceu à clínica de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para avaliação de lesões gengivais dolorosas, ulceradas e descamativas com 12 anos de evolução, sem resposta a tratamentos anteriores com antifúngicos e antibióticos. A história médica não revelou achados relevantes. Ao exame físico, a paciente apresentou bom estado geral, sem evidências de outras lesões no tegumento. O exame intrabucal demonstrou inflamação gengival difusa com edema e evidência de bolha íntegra, especialmente na porção vestibular dos tecidos gengivais (Figura 1).

A paciente foi encaminhada à Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, para avaliação de possível envolvimento em outros sítios. Não foram detectadas lesões cutâneas, genitais ou oculares, e a paciente permanece livre dessas alterações até o momento.

Biópsia de lesão gengival foi então obtida para análise em microscopia de luz e imunofluorescência

direta. O exame histopatológico demonstrou vesícula subepitelial separando o tecido epitelial do tecido conjuntivo na zona da membrana basal. Um moderado infiltrado inflamatório crônico foi verificado subjacente à área de clivagem. A imunofluorescência direta demonstrou deposição linear de IgG na zona da membrana basal. Após a revisão de todos os achados foi estabelecido o diagnóstico de penfigóide das membranas mucosas.

Inicialmente, foi realizado o tratamento periodontal, já que a paciente apresentava gengivite, o qual consistiu de controle de biofilme dentário e raspagem e polimento coronário. Após o tratamento periodontal, corticoterapia tópica foi instituída por meio de moldeiras individuais de silicone, maxilares e mandibulares, fabricadas a partir de modelos de estudo (Figura 2A, B, C e D) similares às descritas por Aufdemorte et al.¹⁰

A paciente foi instruída a preencher as superfícies internas das moldeiras com propionato de clobetasol a 0,05% em pomada† e inserir as moldeiras três vezes ao dia (após o café da manhã, após o almoço e após o jantar), durante 20 minutos, após a higiene bucal. Foi também orientada a expectorar o excesso de saliva e não ingerir qualquer alimento por pelo menos uma hora após cada aplicação.

Todas as áreas de ulceração cicatrizaram após duas semanas (Figura 3). O corticosteróide foi gradualmente reduzido na semana seguinte e então descontinuado. A paciente foi orientada a continuar aplicando o corticosteróide (ciclo de três semanas)

†Clob x, Galderma Brazil Ltda., São Paulo, SP



FIGURA 3: Apresentação clínica do caso após uso do propionato de clobetasol por 15 dias (B)

se necessário.

O seguimento da paciente foi conduzido inicialmente a cada mês pelo período de três meses, e a cada três meses até o momento.

REFERÊNCIAS

1. Markopoulos AK, Antoniadis D, Papanayotou P, Trigonidis G. Desquamative gingivitis: A clinical, histopathologic, and immunologic study. *Quintessence Int.* 1996;27:763-7.
2. Chan JS, Ahmed AR, Anhalt GJ, Bernauer W, Cooper KD, Elder MJ, et al. The first international consensus on mucous membrane pemphigoid. *Arch Dermatol.* 2002;138:370-9.
3. Mignona MD, Lo Muzio L, Bucci E. Clinical features of gingival pemphigus vulgaris. *J Clin Periodontol.* 2001;28:489-93.
4. Gonzalez-Moles MA, Morales P, Rodríguez-Archilla A, Isabel IR-A, Gonzales-Moles S. Treatment of severe chronic oral erosive lesions with clobetasol propionate in aqueous solution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002;93:264-70.
5. Lozada-Nur F, Miranda C, Maliksi R. Double-blind clinical trial of 0.05% clobetasol propionate ointment in orabase and 0.05% fluocinonide ointment in orabase in the treatment of patients with oral vesiculoerosive diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1994;77:598-604.
6. Lozada F, Silverman Jr. S. Topically applied fluocinonide in an adhesive base in the treatment of oral vesiculoerosive diseases. *Arch Dermatol.* 1980;116:898-900.
7. Voute AB, Schulten EA, Langendijk PN, Kostense PJ, van der Waal I. Fluocinonide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;75:181-5.
8. Lozada-Nur F, Huang MZ. Open preliminary clinical trial of clobetasol propionate in adhesive paste for treatment of chronic oral vesiculoerosive diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991;71:283-7.
9. Aufdemorte TB, De Villez RL, Parel SM. Modified topical corticosteroid therapy for the treatment of oral mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985;59:256-60.
10. Gonzalez-Moles MA, Ruiz-Avila I, Rodriguez-Archilla A, Morales-Garcia P, Mesa-Aguado F, Bascones-Martinez A, et al. Treatment of severe erosive gingival lesions by topical application of clobetasol propionate in custom trays. *Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95:688-92.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ana Carolina Fragoso Motta
Rua Padre Anchieta, 2050 - Jardim Antártica
14051-220 - Ribeirão Preto - SP
Fax: (16) 3633-6720
E-mail: anacfm@usp.br

Como citar este artigo: Motta ACF, Komesu MC, Grisi MFM, Souza CS, Roselino AMF, Migliari DA. Corticosteróide tópicu oclusivo no tratamento de manifestações gengivais de doenças vesicobolhosas auto-imunes. *An Bras Dermatol.* 2006;81(3):283-5.