

Reação liquenoide à carbamazepina em mucosa bucal - Relato de caso *

Lichenoid reaction to carbamazepine in the oral mucosa - Case report

Gabriela Artico¹
Juliana Seo³
Renata Acay⁵

Ingrid S. Bruno²
Silvio K. Hirota⁴
Dante A. Migliari⁶

Resumo: As reações liquenoides por drogas são mais comuns na pele, mas também podem ocorrer na mucosa bucal. Estas lesões são de difícil diagnóstico por causa de sua semelhança clínica com às do líquen plano oral idiopático. O presente artigo relata um caso de reação liquenoide em mucosa bucal, associado ao uso de carbamazepina, no qual o processo de diagnóstico é enfatizado.

Palavras-chave: Carbamazepina; Líquen plano bucal; Mucosa bucal

Abstract: Lichenoid drug reactions are more common in skin, but they may also occur in the oral mucosa. It is difficult to diagnose these lesions due to their clinical similarity to the idiopathic oral lichen planus lesions. The present article reports a case of lichenoid reaction in oral mucosa associated to the use of carbamazepine, emphasizing the diagnostic process.

Keywords: Carbamazepine; Lichen planus, oral; Mouth mucosa

INTRODUÇÃO

As reações liquenoides por drogas (RLDs) são clínica e histopatologicamente semelhantes às lesões de líquen plano idiopático, tornando difícil seu diagnóstico diferencial.^{1,2,3,4,5} Visto que não existe um teste específico para diagnosticar a RLD, o critério mais aceito é baseado na observação de melhora ou desaparecimento das lesões, após retirada da medicação somado à recorrência das lesões, quando a medicação é reintroduzida.^{6,7,8,9}

As RLDs são mais frequentes na pele do que na mucosa bucal.^{6,8,9} O presente artigo enfatiza o processo diagnóstico em um caso de RLD na mucosa bucal, associado ao uso de carbamazepina.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, de 39 anos de idade procurou nossa clínica de estomatologia, com queixa de dor e ardência na boca, presente há 6 meses. Ao exame clínico, observou-se a presença de pápulas e placas esbranquiçadas em mucosa jugal, associadas a áreas eritematosas e ulceradas (Figuras 1A e 1B). Havia também a presença de áreas hiperpigmentadas, acompanhadas de placas e estrias brancas (semelhantes às de Wickham), nos lábios superior e inferior (Figura 1C). O paciente estava em uso de carbamazepina e fluoxetina, nos últimos 12 meses, para controle da “síndrome de abstinência alcoólica”.

O paciente foi submetido a uma biópsia incisio-

Recebido em 01.06.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 14.10.2010.

* Trabalho realizado na Disciplina de Estomatologia Clínica - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Mestre em Odontologia-Diagnóstico Bucal - Doutoranda em Odontologia-Diagnóstico Bucal Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

² Cirurgiã-dentista - Estagiária de Disciplina de Estomatologia Clínica - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

³ Doutoranda em Odontologia-Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)- São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Doutor em Diagnóstico Bucal - Colaborador da Disciplina de Estomatologia Clínica - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Mestre em Patologia Bucal - Doutoranda da Disciplina de Patologia Bucal - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Pós-doutor em Estomatologia - Professor Titular da Disciplina de Estomatologia Clínica - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) - São Paulo (SP), Brasil.

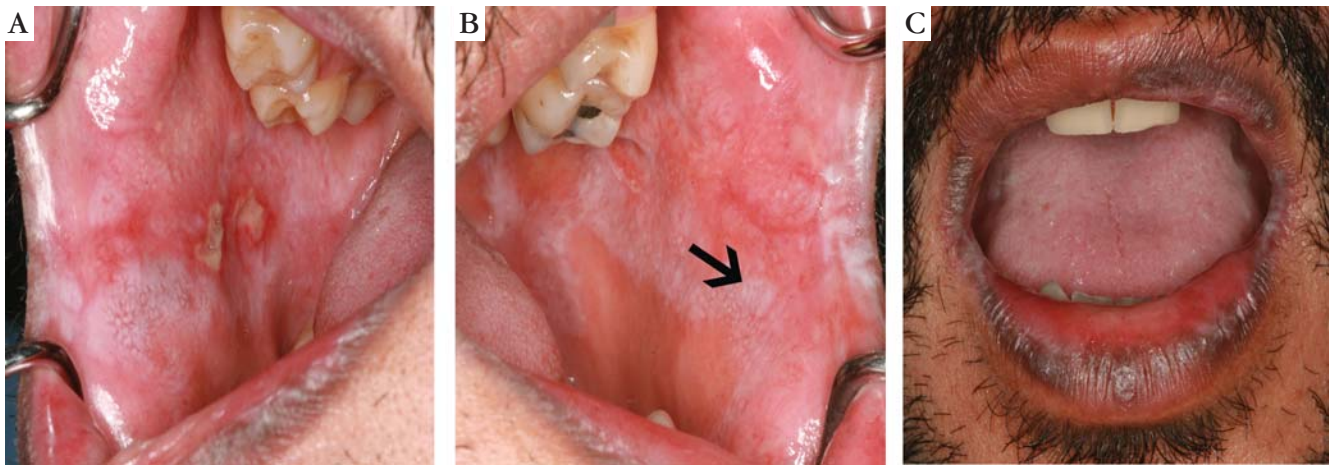


FIGURA 1: A e B. aspecto clínico da mucosa jugal exibindo pápulas e placas esbranquiçadas com ulcerações e eritema; C. áreas hiperpigmentadas acompanhadas de placas e estrias esbranquiçadas nos lábios superior e inferior. A seta na figura B. indica o local da primeira biópsia

nal, na mucosa jugal do lado esquerdo, e a análise histopatológica mostrou hiperqueratose e hipergranulose, áreas de acantose e exocitose, além de ocasionais queratinócitos, exibindo disqueratose no epitélio. A análise também mostrou áreas de degeneração da membrana basal e presença de infiltrado inflamatório, majoritariamente linfocítico em região justaeptelial, porém não apresentando padrão em banda. A discreta incontinência pigmentar podia ser observada e não havia evidência de displasia epitelial. Assim, o diagnóstico histopatológico foi compatível com líquen plano bucal (Figuras 2A e 2B).

Para controle inicial das lesões, o uso de propionato de clobetasol 0.05% foi prescrito, duas vezes ao dia, em orabase, por 15 dias. Na consulta de reavaliação, observou-se a melhora substancial das lesões bem como o desaparecimento dos sintomas. Em vista da significativa melhora das lesões brancoqueratinizadas e das hiperpigmentadas, nas quais os corticosteroides tópicos não costumam ter eficácia, o paciente

foi questionado se havia ocorrido qualquer mudança, em relação ao seu tratamento para a síndrome de abstinência alcoólica. A anamnese foi refeita e descobriu-se que a medicação havia sido suspensa há três semanas pelo psiquiatra. A melhora significativa das lesões bucais sugeriu o diagnóstico de RLD induzida por carbamazepina.

O uso de corticosteroide tópico foi então suspenso e o paciente foi mantido em monitoramento clínico, com a manutenção da melhora das lesões, após 10 meses de acompanhamento, apresentando somente pequenas placas remanescentes em mucosa retrocomissural (Figuras 3A, 3B e 3C). Nova biópsia foi realizada na área previamente afetada e o exame histopatológico mostrou apenas hiperqueratose e discreto infiltrado inflamatório difuso (Figura 4).

DISCUSSÃO

A carbamazepina é uma droga com propriedades GABAérgica e bloqueadora de receptores N-metil

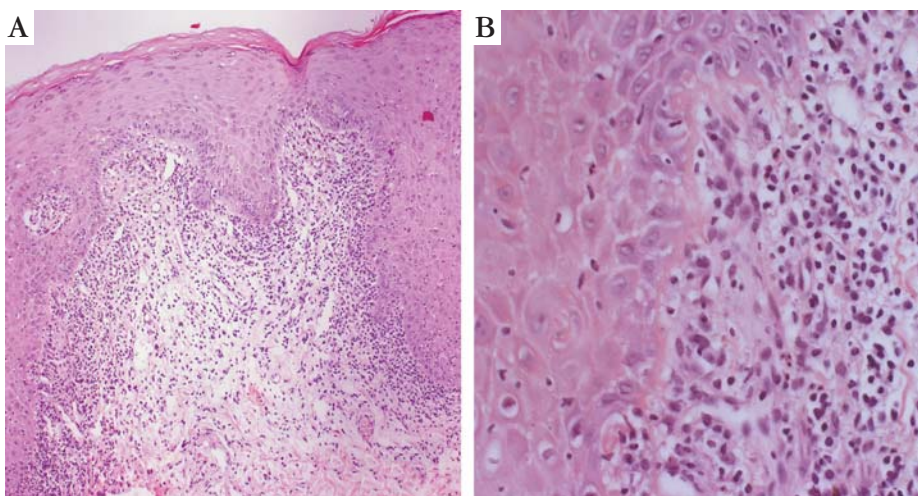


FIGURA 2: A. fotomicrografia do material da primeira biópsia mostrando características compatíveis com o diagnóstico de líquen plano, tais como: hiperqueratose e infiltrado inflamatório justaeptelial (HE 25X); B. fotomicrografia do material da primeira biópsia, em maior aumento, mostrando degeneração da membrana basal e células inflamatórias linfocíticas (HE 100X)

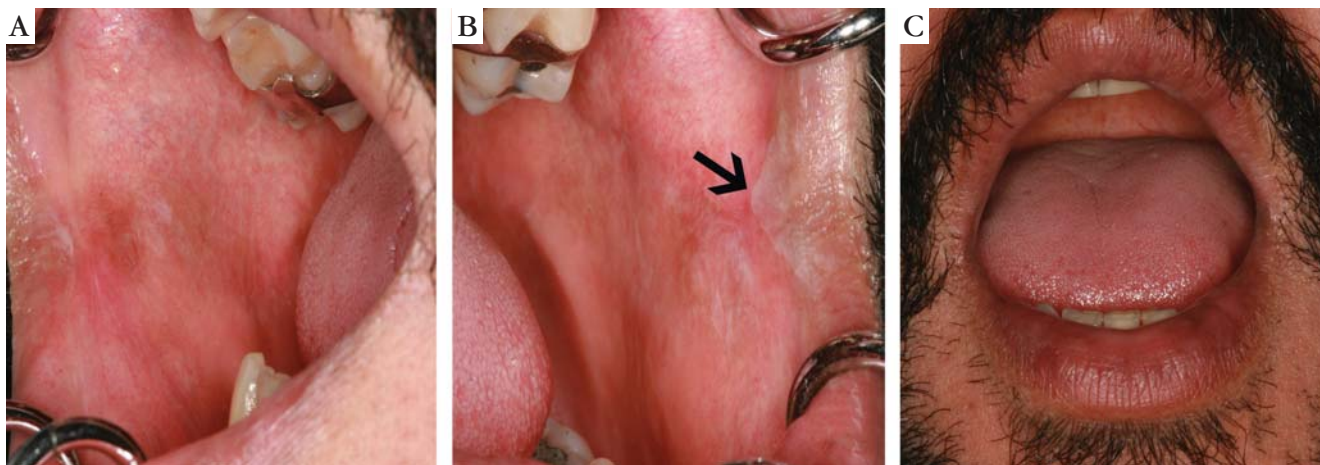


FIGURA 1: A, B e C. melhora significativa das lesões em lábios e mucosa jugal, com apenas pequenas placas remanescentes em mucosa retro-comissural. A seta na figura B. indica o local da segunda biópsia

D-aspartato (NMDA), e com potencial de induzir o aparecimento de lesões do tipo RLD, principalmente na pele.^{8,9}

Os achados deste caso são consistentes com o que é observado em outros relatos, mostrando que o aparecimento da RLD, geralmente, ocorre muito depois de o paciente ter iniciado o uso da medicação

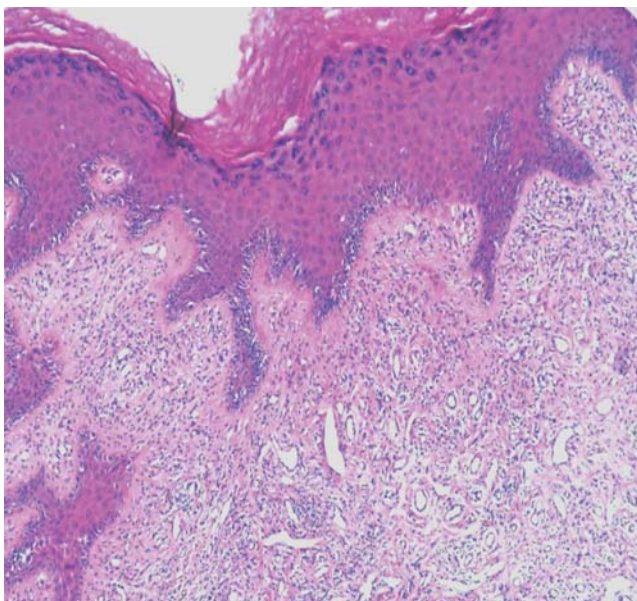


FIGURA 4: fotomicrografia da segunda biópsia mostrando hiperqueratose e discreto infiltrado inflamatório difuso (HE 25X)

indutora da reação liquenoide, que, neste caso, ocorreu após 12 meses de uso da carbamazepina.^{3, 5,8} De acordo com estudos similares, o período de latência para surgimento de lesões de padrão RLD pode variar de 2 meses a 3 anos, dependendo do tipo de medicamento envolvido, sendo mais longo para as penicilaminas⁵. A média de latência, porém, é de 12 meses, coincidindo com o período observado no presente caso⁵.

O diagnóstico baseia-se na anamnese, nos achados histopatológicos característicos, complementado pela observação da melhora do quadro clínico, após a retirada da medicação.

Em se tratando de uma reação causa/efeito, como é o caso das RLD, a suspensão do medicamento associado ao quadro, geralmente, produz o desaparecimento completo das lesões. Porém, como citado na literatura, nem sempre ocorre resolução completa das lesões após a interrupção da medicação^{5, 7,8}. Nos relatos de lesões bucais de padrão RLD, a interrupção da medicação suspeita resultou mais na melhora substancial das lesões do que no seu completo desaparecimento, em geral, ocorrendo a persistência de lesões em forma de placas queratinizadas, semelhante ao que ocorreu no caso observado.

Relatou-se um caso pouco comum de erupção liquenoide, desencadeada por medicamento, localizada exclusivamente na mucosa oral. A interrupção da medicação foi fundamental para melhora do quadro clínico. □

REFERÊNCIAS

1. Jahanshahi G, Aminzadeh A. A histochemical and immunohistochemical study of mast cells in differentiating oral lichen planus from oral lichenoid reactions. *Quintessence Int.* 2010;41:221-7.
2. Canto AM, Müller H, Freitas RR, da Silva Santos PS. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol.* 2010; 85:669-75.
3. Van der Waal I. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions; a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14:E310-4.
4. Holt PJ, Navaratnam A. Lichenoid eruption due to methylidopa. *Br Med J.* 1974;3:234.
5. Halevy S, Shai A. Lichenoid drug eruptions. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:249-55.
6. Woo V, Borukhova L, Bonks J, Zegarelli D. Oral Lichenoid Drug Eruption: A Report of a pediatric case and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 2009;26:458-64.
7. Odell EW, Morgan PR. *Biopsy pathology of the oral tissues.* London: Chapman & Hall Medical; 1998. p.46-7.
8. McCartan BE, McCreary CE. Oral lichenoid drug eruptions. *Oral Dis.* 1997;3:58-63.
9. Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2004;15:221-39.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Gabriela Artico

Disciplina de Estomatologia Clínica

Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo

*Av. Prof. Lineu Prestes, 2227, Cidade Universitária
CEP 05508-000 São Paulo, SP*

Tel./Fax: (11) 3091-7883

E-mail: gzartico@usp.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Artico G, Bruno IS, Seo J, Hirota SK, Acay R, Migliari DA. Reação liquenoide à carbamazepina em mucosa bucal - Relato de caso. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4 Supl 1):S152-5.