

Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas*

Clinical evaluation of oral lesions associated with dermatologic diseases

Letícia Machado Gonçalves¹

José Ribamar Sabino Bezerra Júnior²

Maria Carmen Fontoura Nogueira da Cruz³

Resumo: FUNDAMENTOS: As doenças dermatológicas não estão representadas apenas pelas lesões que afetam a pele, mas, também, por manifestações que podem envolver as mucosas, inclusive a mucosa oral.

OBJETIVOS: Avaliar a frequência das manifestações orais em pacientes com doenças dermatológicas, considerando-se a localização e as características clínicas das lesões encontradas, o sexo, a idade e a raça dos acometidos.

MÉTODOS: Estudo observacional, do tipo transversal, com pacientes que procuraram atendimento no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) entre outubro de 2007 e outubro de 2008 (n=88).

RESULTADOS: A idade variou entre cinco e 88 anos, e o sexo feminino foi o mais atingido (2:1). Dos casos examinados, 35% eram de líquen plano, 33% de lúpus eritematoso, 24% de eritema multiforme, 7% de pênfigo vulgar e 1% do grupo penfigoide. As lesões orais foram mais frequentes nos portadores de líquen plano (51%) e lúpus eritematoso (20%). O líquen plano reticular foi a forma clínica mais comum e a mucosa jugal, o sítio mais acometido.

CONCLUSÕES: O conhecimento dessas patologias pelo cirurgião-dentista é de fundamental importância, cabendo-lhe uma parcela de responsabilidade pelo diagnóstico precoce e orientação para o tratamento adequado. Além disso, o exame intraoral deve ser incorporado como prática de rotina durante o atendimento dermatológico.

Palavras-chave: Dermatologia; Diagnóstico bucal; Manifestações bucais

Abstract: BACKGROUND: Dermatologic diseases are not only represented by lesions affecting the skin but also by manifestations that may involve the mucous membranes, including oral mucosa.

OBJECTIVES: To evaluate the frequency of oral manifestations associated with dermatologic diseases considering location and clinical characteristics of the lesions found and also gender, age and race of patients.

METHOD: It was an observational, cross-sectional study of patients who sought for treatment at the Dermatology Service of the University Hospital (Hospital Presidente Dutra-HUPD); UFMA, between October 2007 and October 2008 (n=88).

RESULTS: Age varied from 5 to 88 and there was predominance of female patients. 35% of the cases studied were diagnosed as lichen planus; 33% as lupus erythematosus; 24% as erythema multiforme; 7% as pemphigus vulgaris and 1% as pemphigoid group. Oral manifestations were more common among patients suffering from lichen planus (51%) and lupus erythematosus (20%). The most common clinical presentation found was reticular lichen planus located most predominantly in the buccal mucosa.

CONCLUSIONS: It is essential that dentists know these pathologies to be able to diagnose them in an early stage of the disease and to direct patients to adequate treatment. Furthermore, intraoral examination should be included as a routine practice in dermatological services.

Keywords: Dermatology; Diagnosis, oral; Oral manifestations

Recebido em 14.08.2009.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 20.01.2010.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - São Luís (MA), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest*: None

Suporte financeiro: Bolsa de iniciação científica concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (Fapema) - São Luís (MA), Brasil.

¹ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - São Luís (MA), Brasil.

² Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - São Luís (MA), Brasil.

³ Mestre e doutora em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vinculada ao Departamento de Odontologia II da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - São Luís (MA), Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças dermatológicas são representadas não somente pelas numerosas doenças primárias que afetam a pele, mas, também, pelas manifestações cutâneas comuns de doenças mais profundas, viscerais e sistêmicas, que podem envolver as mucosas do corpo, inclusive a mucosa oral.^{1,2,3} Atualmente, as dermatoses constituem uma área de grande interesse científico-odontológico, visto que as lesões orais podem preceder os sinais cutâneos por longos períodos, sendo, às vezes, os únicos sinais presentes da doença.^{1,2} Nesse contexto, as patologias mais expressivas são o líquen plano, o lúpus eritematoso, o eritema multiforme, o pênfigo vulgar e o grupo penfigoide de lesões.^{1,2,3}

O líquen plano (LP) é uma doença inflamatória crônica da pele e das mucosas, que se manifesta na cavidade oral com grande frequência,^{1,2,4,5,6} antes ou depois das aparições epidérmicas.⁷ Essas lesões são caracterizadas pelas estrias de Wickham^{3,4,7,8,9} e apresentam-se sob várias formas clínicas, principalmente, a reticular e a erosiva.³

O lúpus eritematoso (LE) é uma doença autoimune que, classicamente, pode ser subdividida em lúpus eritematoso sistêmico (LES) e lúpus eritematoso cutâneo (LEC).^{10,11} O envolvimento da mucosa oral pode ocorrer em ambas as formas¹² e a possibilidade de se manifestar com caráter mais agressivo requer atenção e diagnóstico precoce.^{3,12,13}

O eritema multiforme é uma desordem ulcerativa e bolhosa, de etiopatogênese incerta, caracterizada por erupção cutânea seguida ou não de envolvimento oral, podendo, ocasionalmente, envolver a boca de maneira isolada.^{3,14,15,16,17}

O pênfigo vulgar é uma patologia autoimune caracterizada pela formação de bolhas intraepiteliais na pele e nas mucosas que se rompem pelo menor trauma, evoluindo para ulcerações dolorosas e de fácil infecção.³ Na maioria dos casos, os primeiros sinais se desenvolvem na mucosa bucal. Essas lesões podem, inclusive, preceder as cutâneas por longos períodos.^{18,19,20,21,22}

O termo penfigoide refere-se a doenças bolhosas autoimunes que podem atingir a pele e as mucosas, em particular, a oral e a ocular.³ Faz parte desse grupo o penfigoide cicatricial, cujas lesões orais são mais comuns, e o penfigoide bolhoso, que afeta, preferencialmente, a pele.^{2,3,18}

No presente artigo, objetiva-se avaliar a frequência das manifestações orais em pacientes portadores de doenças dermatológicas, com ênfase nos aspectos referentes à localização e às características clínicas das lesões encontradas, bem como ao sexo, à raça e à faixa etária dos pacientes acometidos. Dessa forma, pretende-se despertar o cirurgião-dentista, assim como o dermatologista, para a necessidade de

estabelecer um diagnóstico precoce, visando a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essas enfermidades e reiterando a importância de um acompanhamento multidisciplinar.

MATERIAL E MÉTODOS

Para atender às exigências éticas e científicas fundamentais da Resolução 196/96 (Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, o referido projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Presidente Dutra da UFMA e aprovado de acordo com o parecer 488/2007. Antes da realização de qualquer procedimento, foi pedida a autorização do paciente ou responsável mediante a assinatura do termo de consentimento.

Realizou-se um estudo observacional, do tipo transversal, cuja população-alvo foram pacientes que procuraram atendimento médico no Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUPD) da UFMA entre outubro de 2007 e outubro de 2008.

A amostra estudada foi de conveniência e a seleção dos participantes foi aleatória (não probabilística), entre os pacientes que aguardavam atendimento em sala de espera. O critério de inclusão foi estabelecido para pacientes com diagnóstico confirmado para as seguintes doenças dermatológicas: líquen plano, lúpus eritematoso, eritema multiforme, pênfigo vulgar e grupo penfigoide de lesões. Considerando-se a variedade de enfermidades avaliadas nesse Serviço, optou-se por delimitar as doenças que mais comumente apresentam lesões orais, com respaldo na literatura atual.^{1,2,3} Excluíram-se do estudo pacientes que não concordaram em participar de forma voluntária e que não apresentaram diagnóstico clínico e/ou histopatológico confirmado das doenças acima listadas.

Para coleta dos dados, somente os pacientes incluídos na pesquisa foram examinados clinicamente com o intuito de identificar alterações cutâneas e orais. As informações foram anotadas em ficha clínica individual, sendo também coletados dados de identificação pessoal, condições de saúde, história de doenças na família, história atual e pregressa da doença.

O programa estatístico utilizado foi o SPSS 13.0, 2004, e as variáveis analisadas foram idade, sexo, raça, presença ou não de lesões orais, localização e características clínicas das lesões orais observadas.

RESULTADOS

Após um ano de pesquisa, 88 pacientes foram examinados, sendo 57 do sexo feminino e 31 do sexo masculino (proporção aproximada de 2:1); a faixa etária variou de cinco a 88 anos. Do total de casos avalia-

dos (n=88), 35% eram de líquen plano, 33%, de lúpus eritematoso, 24%, de eritema multiforme, 7%, de pênfigo vulgar e 1%, do grupo penfigoide (Tabela 1). Todos os pacientes apresentavam uma ou mais alterações cutâneas peculiares de cada doença investigada. Quanto ao total de manifestações orais encontradas (n=35), foram mais frequentes nos portadores de líquen plano (51%), seguido de lúpus eritematoso (20%), eritema multiforme (20%) e pênfigo vulgar (9%). Não se observaram alterações orais no grupo penfigoide (Tabela 2).

Os pacientes com líquen plano (n=31) foram, em sua maioria, mulheres (60%) entre a terceira e a quarta décadas de vida (48%). Destes, 18 apresentaram repercussão na cavidade oral e, no tocante às formas clínicas, tiveram a reticular como predominante (83%), seguida das formas erosiva (12%) e atrófica (5%) (Figura 1). Os sítios mais acometidos foram a mucosa jugal (Figura 2), a língua (Figura 3), a gengiva, o palato, o rebordo e os lábios (Tabela 3). Em duas situações, dois sítios foram acometidos simultaneamente: mucosa jugal e língua; palato e rebordo.

O lúpus eritematoso acometeu pacientes (n=29) do sexo feminino na proporção de 1:4, sem predileção por faixa etária. Do total, 62% foram diagnosticados com lúpus eritematoso sistêmico (LES) e 48%, com lúpus eritematoso cutâneo (LEC). No LES (n=18), o envolvimento oral registrou 22%, sendo as características clínicas e sítios acometidos: placas eritematosas na mucosa jugal (50%), máculas avermelha-

das no palato (25%) e ulcerações na língua (25%) (Figura 4). Já no LEC (n=11), as lesões orais acometeram 27% dos pacientes, todos com ulceração em mucosa jugal (100%).

O eritema multiforme (n=21) acometeu, principalmente, o sexo feminino (62%) e concentrou-se entre a segunda e a quarta décadas de vida (48%). Apenas sete pacientes apresentaram lesões orais, sendo que, destes, 57% referiram relação da doença com infecções virais, particularmente, herpes simples, 29%, com drogas e 14% não citaram relação alguma. Quanto à forma de manifestação, 43% apresentaram lesões ulceradas na mucosa jugal, seguida de lábios crostosos (43%) e ulcerações na língua (24%).

O pênfigo vulgar (n=6) manifestou-se, principalmente, a partir da quinta década de vida (50%), sem predileção por sexo. O envolvimento da cavidade oral ocorreu em três pacientes, com características clínicas de ulceração (100%), sendo a mucosa jugal (75%) e o palato (25%) os sítios acometidos.

O grupo penfigoide representou apenas um paciente nessa amostra, diagnosticado com penfigoide bolhoso, sem lesão oral.

DISCUSSÃO

O líquen plano (LP) é a mais comum das doenças dermatológicas com manifestações na cavidade oral,^{1,2,4,5,6,7,9} como confirmado nos resultados coletados por esta pesquisa, com prevalência de 1% a 2%⁵ na população em geral. Verificou-se, neste estudo, que

TABELA 1: Distribuição das doenças dermatológicas diagnosticadas nos pacientes incluídos na pesquisa (n=88)

Doenças dermatológicas/n° de pacientes envolvidos						
Líquén plano	Lúpus eritematoso	Eritema multiforme	Pênfigo vulgar	Grupo penfigoide	Total	
31	29	21	6	1	88	
35%	33%	24%	7%	1%	100%	

TABELA 2: Distribuição das doenças dermatológicas quanto à presença ou ausência de manifestações na cavidade oral (n=88)

Doenças dermatológicas/n° de pacientes envolvidos						
Lesões orais	Líquén plano	Lúpus eritematoso	Eritema multiforme	Pênfigo vulgar	Grupo penfigoide	
Presença n=35	51% 18	20% 7	20% 7	9% 3	– –	
Ausência n=53	49% 13	80% 22	80% 14	91% 3	100% 1	
Total n=88	100% 31	100% 29	100% 21	100% 6	100% 1	



FIGURA 1: Gengivite descamativa em paciente com líquen plano atrófico



FIGURA 2: Líquen plano reticular com as estrias de Wickham localizadas na mucosa jugal

mais da metade dos casos de LP apresentava envolvimento da mucosa bucal, corroborando os achados de Mollaoglu⁴, que afirma que tais lesões são frequentes e representam a forma mais persistente e resistente ao tratamento.

Na amostra examinada, o LP prevaleceu nas mulheres (2:1) entre 30 e 40 anos de idade, de maneira semelhante aos relatos de outros autores.^{6,7,8,23,24} Sousa e Rosa⁶ avaliaram 79 casos de LP com envolvimento oral e concluíram que o sexo feminino é, aproximadamente, quatro vezes mais afetado que o masculino e que indivíduos brancos são cinco vezes mais predispostos a desenvolver essa patologia. Os autores sugerem que a alta prevalência no sexo feminino possa estar relacionada à maior susceptibilidade da mulher ao estresse emocional, já que existem comprovações, na literatura, de forte correlação entre os períodos de exacerbação da doença e os níveis de ansiedade.^{6,25}

Quanto à predileção pela raça branca, ainda existem poucos estudos que discorrem sobre o assunto, no entanto, acredita-se que esteja associada a fatores gênicos e moléculas de histocompatibilidade.²⁶ Nesta pesquisa, os resultados demonstraram haver discreta predileção pelos indivíduos que se identificaram pela raça branca (60%).

A associação positiva entre LP e doenças sistêmicas também vem sendo avaliada ao longo do tempo, especialmente, a hepatite C,^{27,28} o que não foi observado na amostra coletada. Nagao e Sata²⁸ avaliam que a relação entre LP e hepatite C não é consistente e que a prevalência desse vírus em associação com a doença varia, na literatura, de 0-60%, dependendo do país onde a pesquisa é conduzida, o que pode ser atribuído a diferentes prevalências do vírus dentro de uma população em geral.

Clinicamente, o LP tem características específicas,⁸ que se apresentam, em geral, sob duas formas principais: a reticular e a erosiva,³ apesar de outras formas não serem raras,⁷ como a papular, em forma de placa, bolhosa e atrófica.⁴ Neste estudo, a aparição clínica mais comum foi a reticular, como comprovado em outras pesquisas,^{2,4,6,24} caracterizadas por estrias brancas com aspecto rendilhado e descritas como assintomáticas.^{3,4,7,8} Apenas dois pacientes apresentaram a forma erosiva e um paciente apresentou a forma atrófica. A forma erosiva, embora não seja tão comum quanto a reticular, é mais significativa para o paciente, pois as lesões são sintomáticas, variando desde simples desconforto até episódios de dor intensa capaz de interferir com a função mastigatória, como descrito pelos pacientes examinados.⁵



FIGURA 3: Líquen plano reticular localizado no dorso da língua

TABELA 3: Distribuição dos principais sítios orais acometidos pelo líquen plano (n=18)

Localização	Valor absoluto	Percentual
Mucosa jugal	10	50
Língua	3	15
Palato	2	10
Rebordo	2	10
Lábio	1	5
Gengiva	2	10
Total	20*	100

* O total de pacientes acometidos foi 18, no entanto, dois pacientes apresentaram acometimento simultâneo de dois sítios (mucosa jugal e língua/palato e rebordo).

O principal sítio acometido foi a mucosa jugal, seguido da língua, da gengiva, do palato, do rebordo e dos lábios, estando de acordo com os perfis traçados por outros autores.^{2,3,6,8} Em dois casos, houve acometimento simultâneo de mais de um sítio (mucosa jugal e língua, palato e rebordo), o que se alinha com os achados de Galvão et al.² e Eisen⁸ e, por outro lado, contradiz os estudos de Xue et al.²⁴, que relataram, em um estudo de 674 pacientes, 90,9% de comprometimento em múltiplos sítios orais. A predileção pela mucosa jugal se deve tanto à espessura do epitélio quanto ao seu grau de queratinização, pois isso possibilita que as alterações histopatológicas se reflitam clinicamente com mais facilidade do que em outras mucosas.⁶

O lúpus eritematoso (LE) pode se desenvolver em qualquer idade e acometer ambos os sexos,³ havendo, no entanto, maior predominância no gênero feminino,^{10,11} o que, nesta pesquisa, demonstrou ser na proporção de 1:4.



FIGURA 4: Placas eritematosas na língua de paciente diagnosticado com lúpus eritematoso sistêmico

A mucosa oral pode ser afetada tanto na sua forma sistêmica (LES) quanto na forma cutânea (LEC),^{10,11} como confirmado na amostra aqui apresentada, apesar de a frequência dessas lesões ser conflitante na literatura, dependendo, de fato, do estágio em que ela se encontra e do tipo de tratamento recebido.^{10,13}

Alguns autores sugerem que a mucosa bucal está envolvida em 9-45% dos pacientes com LES e em 3-20% dos portadores de LEC;^{10,13} entretanto, no presente estudo, as lesões foram mais comuns no LEC, como nos estudos de Lourenço et al.¹¹ A pequena incidência de manifestações orais no LES pode estar ligada ao momento em que os pacientes foram examinados, já que a maioria já estava em fase de tratamento hospitalar. López-Labady et al.¹⁰ observaram que tais manifestações são mais comuns em indivíduos com menos de dois anos de diagnóstico, o que lhes permitiu concluir que é provável que o tratamento com imunossupressores mantenha os pacientes livres de alterações orais.

De maneira geral, considerando-se os aspectos morfológicos, as principais formas clínicas registradas foram de placas eritematosas, ulcerações e máculas avermelhadas no palato, enquanto que os principais sítios acometidos foram a mucosa jugal, os lábios, o palato e a língua, analogamente aos achados de estudo prévio.¹⁰

O eritema multiforme (EM) pode se apresentar tanto sob a forma de uma variante cutânea leve, EM menor,¹⁴ representado por 65% dos pacientes examinados neste estudo, quanto de uma variante mais severa, o EM maior,¹⁵ representado por 35% da amostra, incluindo um paciente diagnosticado com necrólise epidérmica tóxica (NET), considerada uma grave manifestação do EM maior.¹⁶ Neville et al.³ afirmam que, em geral, os pacientes são adultos, situam-se entre 20 e 40 anos de idade e os homens são mais afetados que as mulheres, sendo este último dado incompatível com esta pesquisa, que revelou predo-

minância feminina (62%). Essa doença apresenta caráter recorrente e, na maioria dos casos, é precedida por infecções por herpes simples.¹⁵ Nos resultados coletados, 57% dos pacientes relacionaram o aparecimento das lesões com infecções virais, principalmente, herpes simples, 29% relataram relação com drogas e 14% não citaram relação.

O EM pode se manifestar apenas na boca ou preceder envoltimentos cutâneos, comprometendo a mucosa oral em 85-92% dos casos.¹⁷ Nesta pesquisa, apenas 20% dos casos manifestaram-se na boca. Esse baixo percentual pode estar relacionado ao fato de que a maior parte dos examinados já estava sendo medicada, constituindo uma limitação encontrada no estudo. As principais formas clínicas e sítios acometidos foram de lesões ulceradas em mucosa jugal, lábios crostosos que sangravam com facilidade e ulcerações no dorso da língua, compatíveis com os dados revelados por Farthing et al.¹⁵

O pênfigo vulgar (PV) ocorreu com maior frequência em pacientes a partir da quinta década de vida, resultados consistentes com outras publicações.^{18,19,20,21} Quanto ao sexo, houve uma distribuição igual entre homens e mulheres, como descrito por Neville et al.³ No entanto, contraditoriamente, Budimir et al.,¹⁸ Iamaroon et al.²⁰ e Shamim et al.²¹ afirmam que o sexo feminino é mais afetado que o masculino numa proporção aproximada de 2:1. A discordância dos resultados pode se dever às diferentes naturezas étnicas e geográficas dos pacientes estudados.²²

A maioria dos pacientes examinados relatou o acometimento oral como a primeira manifestação da doença (60%), seguida pelo aparecimento simultâneo na pele e mucosa oral (30%) e lesões cutâneas isoladas (10%), achado respaldado na literatura consultada.^{18,19,20,21} Para Scully et al.²⁹, a mucosa oral é quase sempre afetada nos pacientes com PV, sendo que, de

50-70% dos casos, é o primeiro sítio a ser envolvido. Os autores acrescentam que tais manifestações são as mais resistentes à terapêutica aplicada, podendo antecipar as lesões cutâneas em meses ou até anos.

No que diz respeito às características clínicas e à distribuição do PV intraoral, as lesões eram em forma de úlcera, sendo a mucosa jugal o sítio mais comum, seguido pelo palato. Shamim et al.²² explicam que a predominância das formas ulcerativas se deve aos pequenos traumas aos quais a cavidade oral está sujeita, somadas ao teto fino das bolhas que se formam na mucosa, o que ocasiona o rompimento das mesmas.

Nesta pesquisa, o grupo penfigoide representou apenas um paciente, diagnosticado com penfigoide bolhoso e sem lesão oral, o que não permitiu tirar conclusões a respeito de prevalência quanto ao sexo, à idade e às formas clínicas.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que:

As doenças dermatológicas pesquisadas acometem, não raro, a cavidade oral;

Das doenças dermatológicas estudadas, o líquen plano foi a que apresentou maior frequência de manifestações orais;

O conhecimento dessas patologias pelo cirurgião-dentista é de fundamental importância, cabendo a esse profissional uma parcela de responsabilidade pelo diagnóstico precoce e pela orientação para o tratamento adequado;

O exame intraoral deve ser incorporado como prática de rotina durante o atendimento dermatológico, já que as manifestações orais podem representar sinais prodrômicos ou coexistir com as enfermidades. □

REFERÊNCIAS

1. Castro JFL, Carvalho AEJA, Miguel MCC. Doenças dermatológicas que acometem a cavidade oral - parte I. Rev Fac Odont Univ Fed Pernamb. 1997;8:69-75.
2. Galvão HC, Freitas RA, Silveira EJD, Farias NB. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas. Rev Bras Patol Oral. 2004;3:81-7.
3. Neville BW, Dann DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
4. Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. Br J Oral Maxillofac Surg. 2000;38:370-7.
5. Sousa FACG, Rosa LEB. Oral lichen planus: clinical and histopathological considerations. Braz J Otorhinolaryngol. 2008;74:284-92.
6. Sousa FACG, Rosa LEB. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. Cienc Odontol Bras. 2005;8:96-100.
7. Edwards PC, Kelsch R. Oral lichen planus: Clinical presentation and management. J Can Dent Assoc. 2002;68:494-9.
8. Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: a study of 723 patients. J Am Acad Dermatol. 2002;46:207-14.
9. Bernardes VF, Garcia BG, Souto GR, Novaes-Júnior JB, Aguiar MCF, Mesquita RA. Lesões liquenóides oral relacionada ao amálgama. An Bras Dermatol. 2007;82:549-52.
10. López-Labady J, Villarroel-Dorrego M, González N, Pérez R, Mata de Henning M. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. J Oral Pathol Med. 2007;36:524-7.
11. Lourenço SV, De Carvalho FR, Boggio P, Sotto MN, Vilela MA, Rivitti EA et al. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of the inflammatory infiltrate. J Cutan Pathol. 2007;34:558-64.
12. Fabbri P, Cardinali C, Giomi B, Caproni M. Cutaneous lupus erythematosus: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol. 2003;4:449-65.
13. Nico MM, Vilela MA, Rivitti EA, Lourenço SV. Oral lesions in lupus erythematosus: correlation with cutaneous lesions. Eur J Dermatol. 2008;18:376-81.
14. Ayangco L, Rogers RS. Oral manifestations of erythema multiforme. Dermatol Clin. 2003;21:195-205.
15. Farthing P, Bagan JV, Scully C. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. Oral Dis. 2005;11:261-7.
16. Scully C, Bagan J. Oral mucosal diseases: erythema multiforme. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008;46:90-5.
17. Williams PM, Conklin RJ. Erythema multiforme: a review and contrast from Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. Dent Clin N Am. 2005;49:67-76.
18. Budimir J, Mihic LL, Situm M, Bulat V, Persic S, Tomljanovic-Veselski M. Oral lesions in patients with pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid. Acta Clin Croat. 2008;47:13-8.
19. Camacho-Alonso F, López-Jornet P, Bermejo-Fenoll A. Pemphigus vulgaris. A presentation of 14 cases and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10:282-8.
20. Iamaroon A, Boonyawong P, Klanrit P, Prasongtunskul S, Thongprasom K. Characterization of oral pemphigus vulgaris in Thai patients. J Oral Sci. 2006;48:43-6.
21. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. Oral pemphigus vulgaris: clinicopathologic study of 20 cases. Indian J Pathol Microbiol. 2007;50:498-501.
22. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. Pemphigus vulgaris in oral cavity: clinical analysis of 71 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008;13:622-6.
23. Navas-Alfaro SE, Fonseca EC, Guzmán-Silva MA, Rochaël MC. Análise histopatológica comparativa entre líquen plano oral e cutâneo. J Bras Patol Med Lab. 2003;39:351-60.
24. Xue JL, Fan MW, Wang SZ, Chen XM, Li Y, Wang L. A clinical study of 674 patients with oral lichen planus in China. J Oral Pathol Med. 2005;34:467-72.
25. Soto-Araya M, Rojas-Alcayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de líquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. Med Oral. 2004;9:1-7.
26. Kofoed ML, Wantzin GL. Familial lichen planus. J Am Acad Dermatol. 1985;13:50-4.
27. Grossmann SNC, Aguiar MCF, Teixeira R, Do Carmo MAV. Líquen plano e Hepatite C. Arquivos em Odontologia. 2006;42:47-56.
28. Nagao Y, Sata M. Hepatitis C virus and lichen planus. J Gastroenterol Hepatol. 2004;19:1101-13.
29. Scully C, Paes de Almeida O, Porter SR, Gilkes JJH. Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. Brit J Dermatol. 1999;140:84-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Leticia Machado Gonçalves
 Rua 40, Quadra 52, Casa 05 - Bequimão
 65062-660 São Luís - MA
 Tel./Fax: 98 8862 9161
 E-mail: lets.mg@gmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Gonçalves LM, Bezerra Júnior JRS, Cruz MCFN. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas. An Bras Dermatol. 2010;85(2):150-6.