

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM LÚPUS
ERITEMATOSO ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO ARAÚJO
LIMA

TATIANA TINÔCO CUNHA

MANAUS

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TATIANA TINÔCO CUNHA

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM LÚPUS
ERITEMATOSO ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO ARAÚJO
LIMA

Monografia apresentada à disciplina de TCC II da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de cirurgiã-dentista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nikeila Chacon de Oliveira Conde

MANAUS

2009

TATIANA TINÔCO CUNHA

CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA

Monografia apresentada à
disciplina de TCC II da Faculdade
de Odontologia da Universidade
Federal do Amazonas, como
requisito parcial para obtenção do
título de cirurgiã-dentista.

Aprovado em 06 de novembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Nikeila Chacon de Oliveira Conde – UFAM

Membro: Prof^ª Dr^ª Maria Augusta Bessa Rebelo – UFAM

Membro: Prof^º Msc José Eduardo Gomes Domingues - UFAM

REALIZAÇÃO



UFAM

APOIO



Ambulatório Araújo Lima

Este trabalho foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, com o apoio do Ambulatório Araújo Lima, e com o auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Edelcio e Ana, pela base sólida que me deu força para encarar a vida de frente, pela dedicação à minha educação e formação como pessoa, pela amizade e carinho e que não mediram esforços para que eu chegasse nessa etapa da vida.

A meu irmão Eduardo, pelo exemplo de força de vontade, tranquilidade e serenidade.

A minha família pela paciência em tolerar minha ausência.

A minha professora Dr^a Nikeila pela demonstração de afeto e pela simpatia sempre contagiante.

AGRADECIMENTOS

Considerando esta monografia como resultado de uma caminhada que começou no Projeto de Iniciação Científica – PIBIC, agradeço de antemão a todos que de alguma forma doaram um pouco de si e do seu trabalho para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

A Deus, por acreditar que nossa existência pressupõe outra superior. Pela oportunidade e pelo privilégio que nos foram dados em viver tamanha experiência.

A minha professora orientadora Dr^a Nikeila Chacon de Oliveira Conde, pelo auxílio às atividades, incentivo a execução deste trabalho, pela disponibilidade de tempo, por todo o conhecimento passado e pelas excelentes supervisões.

A professora diretora da Faculdade de Odontologia da UFAM, Dr^a Maria Augusta Bessa Rebelo, pelo conhecimento passado e pela colaboração dos materiais utilizados na pesquisa.

Ao Dr. Domingos Sávio Nunes de Lima, reumatologista do Ambulatório Araújo Lima pelo auxílio ao contato com os pacientes.

Ao professor Esp. Giorge Pessoa de Jesus, por ter disponibilizado o consultório do centro cirúrgico para o atendimento dos pacientes.

A minha parceira de turma Mariana Santos Lopes por ter disponibilizado seu tempo para ajudar no atendimento dos pacientes.

Aos funcionários da faculdade que recebiam os pacientes e os indicavam ao consultório para o atendimento.

Ao apoio financeiro do CNPq para a realização deste trabalho.

RESUMO

Lúpus eritematoso (LE) é uma doença auto-imune, de etiologia desconhecida, caracterizado pela presença de diversas manifestações orais, cutâneas e sistêmicas. O presente estudo teve como objetivo geral avaliar a condição de saúde bucal de pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico. Para tanto, pacientes atendidos no Ambulatório Araújo Lima, no Serviço de Reumatologia foram encaminhados para a Faculdade de Odontologia e após a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os pacientes incluídos na pesquisa responderam questionário com dados de Identificação, Condição Sócio-Econômica e Dados Anamnésicos e posteriormente, foram avaliados através de Exame Clínico Odontológico. Os dados coletados foram tabulados e submetidos a análise descritiva e foi utilizado o Teste do Qui-quadrado e *t* de Student para verificar a relação entre variáveis. Os resultados obtidos mostraram que o sexo feminino foi o mais prevalente, com média de idade de 28 anos; os critérios clínicos de diagnóstico de lúpus utilizados foram fotossensibilidade (90%), seguido de artrite (83,3%) e fan tit positivo (76,6%). As medicações mais utilizadas por estes pacientes foram Prednisona (100%) e Azatioprina (36,6%). Ao exame clínico, 10% dos pacientes apresentaram rash malar, e a alteração intra-oral mais prevalente foi a língua saburrosa (30%). Quanto aos índices clínicos, o índice de placa demonstrou que 43,3% dos pacientes apresentaram placa moderada e 60% apresentaram inflamação gengival leve. Com base nos resultados pôde-se concluir que os pacientes com lúpus eritematoso possuem condição de saúde bucal insatisfatória considerando os parâmetros avaliados.

Palavras-chave: lúpus eritematoso; saúde bucal.

SUMMARY

Lupus erythematosus (LE) is an auto-immune disease, of unknown etiology, characterized by the presence of several oral, cutaneous and systemic manifestations. The present study had the main purpose of to evaluate oral health conditions in patients with systemic lupus erythematosus. In order to do that, patients who attended at the Araújo Lima Ambulatory's Rheumatology Service where lead to the Faculty of Dentistry, and after signing the consent form, the patients that were included in the research answered questions about Identification, Social-economic condition and Anamnesis data, and after that, were submitted to dental clinical evaluation. The collected data were tabulated and submitted to descriptive analysis and the Qui-square and T-student tests were used to identify the relationship among the variables. The results achieved showed that female gender was the most affected, with an age average of 28 years old; the clinical diagnostic criteria for lupus used were photosensitivity 990%), followed by arthritis (83,3%) and positive fan tit (76,6%). The most frequently used medications by these patients were Prednisone (100%) and Azathioprine (36,6%). Clinical exam showed that 10% of patients presented malar rash, and the most prevalent intra-oral change was coated tongue (30%). About clinical indices, plaque index showed that 43,3% of patients presented moderate plaque and 60% presented mild gingival inflammation. Based on these results, we can conclude that lupus erythematosus patients present unsatisfactory oral health conditions considering the evaluated parameters.

Keywords: lupus erythematosus; oral health.

LISTA DE SIGLAS

AAR – Associação Americana de Reumatologia

LE – Lúpus Eritematoso

LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico

IP – Índice de Placa

ISG – Índice de Sangramento Gengival

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

LISTA DE SIGLAS

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO.....	15
2.2 MANIFESTAÇÕES ORAIS	17
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2 SELEÇÃO DOS PACIENTES.....	28
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	28
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS.....	28
4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS	29
4.7 COLETA DE DADOS.....	29
4.7.1 APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS	29
4.7.2 EXAME CLÍNICO	29
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32

6. CONCLUSÃO 42

REFERÊNCIAS 43

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença auto-imune, crônica, generalizada caracterizada por respostas imunes dirigidas contra auto-antígenos. Pode ser caracterizado pela presença de diversas manifestações orais, cutâneas e sistêmicas. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas alguns autores relatam que fatores genéticos, imunológicos, hormonais, ambientais, virais e drogas possam implicar na sua patogenia (LOURENÇO *et al.* 2006; MICELI *et al.* 2005). Os pacientes afetados estão propensos a apresentarem sangramentos, infecções, endocardites, insuficiência cardíaca e doenças mucocutâneas, todas podendo afetar a saúde dos dentes (DE ROSSI e GLICK, 1998). Possui uma variação de suas manifestações clínicas podendo apresentar episódios de inflamações agudas e crônicas, de remissão ou inatividade, o que pode dificultar o diagnóstico nos estágios iniciais da doença. É mais prevalente em mulheres com idade aproximada de 20 a 40 anos (ALBILIA *et al.* 2007).

O diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico é baseado na identificação de pelo menos quatro, das onze manifestações usadas como critério de diagnóstico pela Associação Americana de Reumatologia (AAR): rash malar, rash discóide, fotossensibilidade, úlceras orais, artrite, serosite, complicações renais, neurológicas, hematológicas, imunológicas e a presença de anticorpos antinucleares (ALBILIA *et al.* 2007; SCHEINFELD e DELEO, 2004). A sintomatologia do paciente também é considerada um auxílio no diagnóstico da doença e compreende dores nas articulações, febre alta, artrite, fadiga extrema, mal estar, falta de apetite, perda de peso, erupções no nariz e na região malar, irritabilidade, depressão, ulcerações no nariz e na língua, eritema e ceratose na mucosa bucal (GOMES *et al.* 2004).

De acordo com Albilia *et al.* (2007), pode-se citar como possíveis manifestações orais e dentais lesões mucocutâneas (gingiva descamativa, lesões erosivas na mucosa), infecções

odontogênicas na cavidade oral, cabeça e pescoço sem sintomatologia aparente devido à baixa resposta imune, desordens temporomandibulares, Síndrome de Sjögren associada ao lúpus eritematoso sistêmico. De Rossi e Glick (1998) afirmam ainda que mais de 75% dos pacientes com a doença apresentam queixas como xerostomia, ardência e úlceras orais. As lesões presentes na cavidade oral consistem em úlceras, áreas eritematosas, áreas queratóticas (que são comumente confundidas com líquen plano) e afetam o vermelhão dos lábios, a gengiva, a mucosa jugal e o palato. Diniz *et al.* (2004) ainda confirmam as placas eritematosas, queilites, lesões discóides e líquenóides, áreas ulceradas e erosivas como as manifestações orais mais frequentes.

Orteu *et al.* (2001) afirmam que para um efetivo tratamento do lúpus eritematoso sistêmico é fundamental um correto e completo diagnóstico da doença. O paciente deve ter uma minuciosa história da doença, um bom exame físico com análise das manifestações apresentadas e um estudo laboratorial direcionado para a descoberta de possíveis manifestações sistêmicas. Miceli *et al.* (2005) afirmam ainda que o objetivo do tratamento do lúpus é suprimir as manifestações e, ao mesmo tempo, minimizar o acúmulo tóxico do próprio tratamento. Inicialmente as doses de corticoesteróides devem ser altas, mas a toxicidade do uso contínuo dessas altas doses são acumulativas e severas predispondo o paciente a uma imunossupressão e a infecções.

Na cavidade oral algumas manifestações podem ser observadas e seu diagnóstico se torna importante, visto que tais lesões podem mascarar outras situações, bem como fazer parte do diagnóstico do lúpus eritematoso sistêmico. Outro aspecto a ser evidenciado é o fato de que a cavidade oral possuir em sua microbiota microorganismos capazes de desencadear um quadro de bacteremia transitória o que poderá, dependendo do estado geral do paciente, comprometer seu equilíbrio. Considerando que pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico poderão ter um comprometimento sistêmico desencadeado pelo próprio curso da

doença, a manutenção da saúde bucal e a integridade dos tecidos orais é fator relevante para o sucesso do tratamento. Desta forma, em vista da diversidade de aspecto clínico e a inexistência de dados sobre a ocorrência da condição de saúde bucal em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos no Ambulatório Araújo Lima, tal estudo justifica-se para um melhor conhecimento das manifestações orais de interesse para Estomatologia e pelo fato de que a cavidade bucal saudável pode determinar uma condição sistêmica saudável.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de organizar a apresentação do assunto, a revisão de literatura foi dividida em dois capítulos: lúpus eritematoso sistêmico, onde será descrito a doença e suas características gerais e o capítulo seguinte tratará das manifestações orais da doença.

2.1 LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Em 2001, Louis e Fernandes realizaram uma revisão de literatura sobre o lúpus eritematoso sistêmico. A doença acomete com maior frequência o sexo feminino, gerando complicações leves como artrite e manchas em forma de borboleta na região malar, e os estágios mais severos podem causar insuficiência renal, distúrbios neurológicos e imunológicos. O lúpus possui estágios de remissão e exacerbação dos sinais e sintomas, que geralmente envolvem qualquer tecido ou órgão do organismo. Ressaltaram que o prognóstico da doença tem variado nas últimas quatro décadas, sendo que o óbito tem prevalecido; as infecções nos estágios iniciais da doença tem sido as mais apontadas como as causas das mortes, e nos estágios avançados a arterosclerose cardiovascular. Relataram que o tratamento com altas doses de corticoesteróides pode contribuir para a miopatia, osteoporose, hipertensão, diabetes, arterosclerose cardiovascular, infecções e o óbito. As lesões orais estão presentes em aproximadamente 21% dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, e 24% no lúpus eritematoso discóide. As regiões mais acometidas são os lábios e a mucosa oral, essas lesões são muito semelhantes às encontradas no lúpus eritematoso discóide, ou até mais erosivas e específicas, e são geralmente descritas como áreas leucoplásicas anulares ou erosões eritematosas. Lesões crônicas que se apresentam como leucoplásicas podem ocorrer com outros sintomas. As lesões podem apresentar difusão completa pela cavidade oral, incluindo a mucosa oral, língua, palato e lábios, e em alguns casos estar presente na gengiva

marginal. Antes de qualquer intervenção odontológica invasiva esses pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico devem ser instruídos a fazer exames cardíacos, imunológicos, sanguíneos, renais e avaliar as medicações que estão sendo administradas a eles.

Scheinfeld e Deleo em 2004 realizaram uma revisão de literatura sobre lúpus eritematoso (LE) e fotosensibilidade os quais foram discutidos juntos e separadamente. Eles então reviram e analisaram a combinação deles, diante do estudo, os resultados determinaram que a relação e a influência da fotosensibilidade no lúpus eritematoso sistêmico ainda continuam indefinidas. Concluiu-se que a fotosensibilidade está mais associada com as formas cutâneas do lúpus, do que com qualquer outra variante.

Gomes *et al.* em 2004 realizaram uma revisão de literatura sobre o lúpus eritematoso que é uma doença auto-imune, de causa desconhecida, desencadeada por diversos fatores ambientais e genéticos. A doença pode acometer ambos os sexos em qualquer idade, com maior acometimento do sexo feminino, na faixa etária dos 30 anos. As características histopatológicas das lesões bucais e da pele dos diversos tipos de lúpus (sistêmico, discóide ou cutâneo crônico e cutâneo subagudo) são semelhantes, caracterizadas por hiperqueratose, considerando também que todas as formas da doença apresentam degeneração das células basais e, no tecido conjuntivo, células inflamatórias crônicas. A presença de manifestações bucais é de grande incidência, podendo surgir até mesmo antes das lesões cutâneas. O paciente portador dessa doença não convive somente com os sintomas da patologia, mas também com os efeitos colaterais dos corticóides, que deprimem seu sistema imune e os torna predispostos a infecções, que muitas vezes podem se instalar na cavidade bucal apoiando-se na xerostomia, que pode ocorrer quando associada ao lúpus em decorrência da Síndrome de Sjögren.

Em 2004, Verli *et al.* realizaram uma revisão de literatura sobre a etiopatogenia do lúpus, as características clínicas e histopatológicas e o tratamento da enfermidade, apresentaram lúpus como uma doença que se caracteriza pela produção de anticorpos contra complementos celulares. O envolvimento bucal é variável e depende da gravidade do quadro clínico. Embora, apresente alterações imunológicas como a produção de auto-anticorpos, o lúpus ainda não tem sua etiologia definida, sendo considerada uma doença multifatorial. As características clínicas do lúpus variam de um paciente para o outro, desde casos leves, que exigem intervenções terapêuticas mínimas, a casos graves com danos a órgãos vitais. As condições enquadram-se em uma série de doenças reumáticas, quase todas de natureza auto-imune (artrite reumatóide, síndrome de Sjögren, doença de Behçet, dentre outras). O tratamento do lúpus eritematoso é inespecífico e tem a finalidade de deter a evolução da doença cuja maior gravidade observa-se nos rins e no coração, com a administração de doses elevadas de corticoesteróides sistêmicos (prednisona ou metilprednisolona).

2.2 MANIFESTAÇÕES ORAIS

Em 1998, De Rossi e Glick realizaram uma revisão de literatura sobre lúpus eritematoso, o qual afeta a cavidade bucal em 75% dos pacientes, provocando xerostomia (associada à Síndrome de Sjögren), ardência e úlceras. As lesões orais afetam a região de vermelhidão do lábio, a gengiva, a mucosa bucal e o palato, e se restringem a ulcerações, eritemas e/ou queratoses, que são frequentemente confundidas com líquen plano. Sugere-se que algumas lesões orais são resultado da disfunção das glândulas salivares, mas a grande maioria é causada devido à vasculite, inflamação da mucosa e úlceras. Algumas lesões podem ser o sinal inicial do lúpus eritematoso sistêmico, como nos lábios que comumente apresentam uma área central atrófica circundada por uma borda branca queratinizada com pequenas estrias. Já as lesões intra-orais apresentam-se como erosivas, eritematosas com uma área atrófica cercada por uma fina margem queratótica com discretas linhas. O diagnóstico

dessas lesões pode ser confirmado pela presença de imunoglobulinas e componentes do sistema complemento como o C3 na membrana basal. A xerostomia pode significar o aumento da ocorrência de cáries e predispor esses pacientes a infecções, principalmente nos que são medicados por longos períodos com prednisona. As úlceras podem aparecer nos casos de reagudização do lúpus e regressão sem intervenções. Portanto, os cirurgiões-dentistas devem enfatizar a importância da saúde oral, minimizando a susceptibilidade a infecções orais e bacteremias. Visitas frequentes ao dentista podem facilitar a detecção de lesões assintomáticas em tecido mole ou em dentes, como dores provenientes da polpa dentária que são mascaradas pelos corticóides que esses pacientes utilizam.

Orteu *et al.* em 2001 relataram o caso de um paciente com 44 anos de idade, do sexo masculino, fumante, queixando-se de uma lesão na mucosa oral com consistência hiperkeratótica e eritematosa há cerca de dois meses. Inicialmente o paciente não havia sido diagnosticado como portador de lúpus eritematoso sistêmico, após realizar os exames necessários foi confirmado tal diagnóstico. A lesão presente na mucosa oral foi diagnosticada como leucoplasia com moderada displasia epitelial. Posteriormente desenvolveu queilites, lesões em forma de colmeia no palato e ulcerações na mucosa oral, também desenvolveu lesões na pele que foram diagnosticadas como degeneração vacuolar da camada basal. O tratamento com hidroxiquina e prednisona permitiu que as lesões na cavidade oral apresentassem melhora. Três meses após as lesões orais, sistêmicas e cutâneas estavam controladas devido à medicação administrada (azatioprina e hidroxiquina). Em mesma publicação reportaram o segundo caso de paciente com 19 anos de idade, do sexo feminino que se apresentou a uma clínica odontológica devido a uma ferida na boca. A paciente já havia sido diagnosticada como portadora do lúpus e quatro meses após o diagnóstico foram verificadas urticárias e placas eritematosas nas bochechas e erosões bilaterais na mucosa oral. Um exame histológico da pele mostrou lesões superficiais e profundas com infiltrado

linfocitário e pigmentação, mas ainda assim possuía uma epiderme normal. Durante o tratamento as lesões cutâneas responderam positivamente aos potentes corticoesteróides, entretanto as erosões orais persistiram e surgiram novas lesões reticulares do lúpus. As lesões só apresentaram melhoras quando foi administrada mepracaina diariamente.

Em 2004, Diniz *et al.* relataram o caso de uma paciente do sexo feminino, de 17 anos, leucoderma, que compareceu à Clínica de Estomatologia da UFRN, queixando-se de lesões na face, na gengiva e no palato, além da sensação de ardência nos lábios. Durante o exame extra-oral observou-se um exantema na região malar com aspecto de “asa de borboleta”, além de erupções cutâneas na região torácica, dorsal e auricular, desencadeadas pela exposição solar. O exame intra-oral revelou a presença de lesões ulceradas e eritematosas na gengiva inserida, na área de pré-molares e molares superiores e palato duro. Sinais secundários como sangramento ao toque e ardor bucal foram relatados pela paciente. Através do exame histopatológico o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico foi confirmado e a paciente encaminhada para avaliação médica, permanecendo, no entanto, sob cuidados odontológicos visando um acompanhamento multidisciplinar.

Em 2004, Faria Jr *et al.* avaliaram a frequência das lesões orais em pacientes portadores de doenças dermatológicas. A amostra do estudo foi de 101 pacientes procedentes do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN, selecionados aleatoriamente, com o intuito de através da análise clínica identificar alterações bucais. Do total dos pacientes 65 eram do sexo feminino e 36 do masculino, a faixa etária variou de 20 a 60 anos de idade. Do total 44 pacientes (43,5%) eram portadores de lúpus eritematoso, 35 (34,6%) de líquen plano, 11 (10,8%) de pêfigo vulgar, 8 (7,9%) de eritema multiforme e 3 (2,9%) possuíam lesões penfigóide com dermatopatologias já diagnosticadas. O exame clínico intra-oral foi registrado em fichas com identificação do paciente, história médica atual e progressiva e as alterações observadas. Nos casos em que foram identificadas alterações foram

solicitadas as biópsias, e o material obtido foi encaminhado para análise histomorfológica, objetivando a elucidação do diagnóstico. As manifestações mais frequentes foram nos pacientes portadores de líquen plano (17), seguido pelo pênfigo (3), lúpus eritematoso (2) e grupo penfigóide (2). As lesões orais nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico são encontradas em cerca de 21% dos casos, percentual bem maior que o encontrado neste estudo que foi de 4,5% (2 casos em 44 pacientes).

Gomes *et al.* em 2004 realizaram uma revisão de literatura e avaliaram que as manifestações bucais mais importantes são as úlceras no palato, caracterizadas por lesões eritematosas no palato duro, que não devem ser confundidas com úlceras aftosas. São raros os casos de artrite dos maxilares, e quando presente pode ocasionar movimentos limitados com dor ao longo das laterais da face, podendo disseminar-se para os músculos da mesma, sendo os dentes raramente atingidos por esta artrite. Febre, falta de energia, dor de garganta e amigdalite podem ser citadas na sintomatologia. O auto-exame da cavidade bucal e visitas ao dentista (3 a 6 meses) para cuidados preventivos são de grande importância, devendo-se ficar atento para o aparecimento de máculas avermelhadas no assoalho bucal.

Em 2004, Verli *et al.* realizaram uma revisão de literatura na qual verificaram que as lesões bucais associadas ao lúpus são inespecíficas, apresentando-se atróficas ou erosivas, circundadas por pápulas hiperkeratóticas ou estrias, em lábios, bochecha, palato e língua. A ulceração bucal é um dos critérios da AAR para o diagnóstico de lúpus eritematoso, e a xerostomia constitui achado comum. Dentre as características histopatológicas bucais, geralmente a ceratinização está ausente e é mais aguda, severa e destrutiva, com necrose fibrinóide do colágeno. É possível visualizar em alguns casos a presença de hiperplasia irregular do epitélio, degeneração hidrópica da camada basal e denso infiltrado de células mononucleares ao redor dos vasos sanguíneos, assim como na lâmina própria.

Miceli *et al.* em 2005 realizaram uma revisão de literatura sobre a associação da doença periodontal e do lúpus eritematoso sistêmico devido as semelhanças no quadro imunológico das duas doenças. A doença periodontal apresenta como perfil linfocitário a concentração elevada das células B e T no tecido periodontal. Comparando a produção de citocinas na periodontite agressiva e crônica, não foi encontrada diferença significativa nas expressões dessas substâncias, apenas um número reduzido de macrófagos na periodontite agressiva. No lúpus eritematoso sistêmico aproximadamente 45% dos pacientes apresentam lesões orais com áreas eritematosas, frequentemente acompanhadas de edema e petéquias. O lúpus é caracterizado pela hiperativação das células B e elevada produção de anticorpos IGg, o que resulta em deposição nos tecidos de imuno complexos e subsequente destruição do tecido conjuntivo e de múltiplos órgãos. A associação entre o lúpus e a doença periodontal ainda não é uma hipótese conhecida, no entanto, a hiperreatividade de células B à carga antigênica, presente nos sítios com comprometimento periodontal, poderia resultar em uma ativação policlonal de células B, que pode ser responsável pela formação de anticorpos citoplasmáticos anti-neutrófilos no lúpus.

Avaliando 46 pacientes apresentando lesões orais e com diagnóstico confirmado de lúpus eritematoso, Lourenço *et al.* em 2005, analisaram clínica e histopatologicamente as lesões da mucosa oral. A constituição do infiltrado inflamatório foi avaliado por meio da imuno-histoquímica e os resultados obtidos dos 46 pacientes com lesões de lúpus eritematoso específicas foram de 34 mulheres (25 apresentando lesões cutâneas e 9 com lesões sistêmicas) e 12 homens (11 apresentando lesões cutâneas e apenas 01 com lesões sistêmicas). Os locais mais afetados foram os lábios e a mucosa jugal apresentando lesões com aspectos clínicos muito variados, como placas brancas queratóticas, descamação queratótica bilateral, placas eritematosas descamativas, placas atróficas discóides descamativas, placas ulceradas, lesões bolhosas e ulcerações; tais lesões afetavam a mucosa jugal, o palato, a língua e os lábios.

Histologicamente, as lesões revelaram uma mucosa liquenóide com um infiltrado perivascular e um espessamento da membrana basal. O infiltrado inflamatório era predominantemente de linfócitos T, com uma menor prevalência dos linfócitos B, macrófagos isolados e raras células de Langherans. Concluíram, portanto, que as lesões orais de lúpus eritematoso apresentam uma grande variedade de aspectos clínicos.

Reforçando os resultados obtidos do estudo anteriormente realizado, Lourenço *et al.* em 2006 pretendiam avaliar a incidência das lesões orais de lúpus eritematoso, sendo analisados seus aspectos clínicos. Suas características histopatológicas foram estudadas e o estado de maturação epitelial foi observado através da expressão padrão de citoqueratina. Como resultados do estudo de 188 pacientes examinados, apenas 26 apresentaram lesões orais de lúpus eritematoso. Desses 26 pacientes, 19 eram do sexo feminino e dentre esses 19 pacientes, 11 apresentavam a variante sistêmica da doença. O aspecto clínico das lesões apresentou-se muito variável, acometendo principalmente os lábios e a mucosa jugal. Histologicamente puderam observar uma mucosa liquenóide, com infiltrado perivascular e espessamento da camada basal. O aspecto citoqueratinoso revelou uma hiperproliferação epitelial. Sendo assim, as lesões orais apresentam diversos aspectos clinicamente, confirmando os resultados do estudo realizado anteriormente, e microscopicamente aspectos liquenóides da mucosa com grande infiltrado inflamatório.

Em 2007, Albilis *et al.* realizaram uma revisão de literatura sobre os sistemas afetados pelo lúpus, uma doença de processo complexo e heterogêneo, mostrando meios de reconhecer e conduzir as manifestações na cavidade oral e nos dentes. O quadro clínico do lúpus eritematoso sistêmico que acomete mais mulheres entre 30 e 40 anos é variável e pode ser caracterizado por episódios de quadros agudos ou crônicos de inflamação, com períodos de remissão e inatividade. Lesões orais como a gengivite marginal ou lesões erosivas na mucosa tem sido reportadas em mais de 40% dos pacientes. Pacientes com a doença em estágios

avançados podem ter manifestações da Síndrome de Sjögren, como olhos, boca e pele seca. As possíveis manifestações na cavidade oral são lesões mucocutâneas, infecções odontogênicas, sintomatologia ausente no pescoço e na cabeça (devido a uma redução na resposta imune), desordens temporomandibulares, Síndrome de Sjögren (ceratoconjuntivite, xerostomia, cáries), deficiência na higiene oral devido à algia das lesões. Microscopicamente as lesões orais do lúpus eritematoso sistêmico são semelhantes as do líquen plano e do eritema multiforme. Uma característica comum das lesões é a inflamação subepitelial, entretanto, pacientes com lúpus e eritema multiforme apresentam lesões que se estendem além do tecido conjuntivo, sendo possível visualizar vesículas submucosas profundas.

Labady *et al.* em 2007 realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar as lesões orais dos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico num grupo de venezuelanos. Para tal, reuniram 90 pacientes e realizaram biópsia dos que apresentavam envolvimento da mucosa bucal. As amostras dos tecidos obtidos foram analisadas histologicamente com técnicas de imunofluorescência direta para verificar a presença de imunoglobulinas G, M, A e do fator de complemento C3. Como resultado, 10 pacientes apresentaram lesões correspondentes com a doença. Das lesões analisadas, ulcerações com estrias brancas irradiando das bordas ocorreram em 5 pacientes, eritemas foram encontrados em 5 pacientes e placas brancas homogêneas estavam presentes em 9 pacientes. Quinze lesões demonstraram degeneração vacuolar basal e doze lesões mostraram espessamento da membrana basal. Dessa maneira concluíram que as úlceras não são as únicas lesões que se manifestam em pacientes com lúpus, e as imunoproteínas não são encontradas sempre nas amostras orais.

Tietman e Bissada, em 2007 relataram o caso clínico de uma mulher de 38 anos de idade com o objetivo de realizar uma terapia periodontal regenerativa. Inicialmente a paciente foi diagnosticada com periodontite crônica e foi tratada com raspagem e alisamento radicular. Ela percebeu mobilidade avançada dos incisivos superiores e inferiores. No exame inicial,

uma revisão da história médica da paciente não indicou a presença de qualquer condição sistêmica. Durante o exame clínico intra-oral não se observou nenhuma alteração relevante. O exame periodontal revelou profundidades de sondagem entre 2 e 8mm e uma mobilidade dentária acentuada dos incisivos superiores e inferiores, bem como do primeiro molar superior esquerdo. Uma quantidade mínima de biofilme foi detectada. O exame radiográfico revelou perda óssea horizontal severa ao redor dos dentes anteriores, especialmente nos incisivos inferiores. A perda óssea vertical foi vista ao redor dos primeiros molares superiores e do primeiro e segundo molar inferior esquerdos. O envolvimento da furca dos primeiros molares superiores era evidente. Com base nos achados clínicos e radiográficos, a condição periodontal foi diagnosticada como periodontite agressiva. Após a terapia inicial e reavaliação estabeleceu-se um plano de tratamento. Apesar da cooperação da paciente para a higiene oral, abscessos periodontais agudos desenvolveram-se dois meses depois da terapia inicial. Uma hipopigmentação cutânea esbranquiçada ao redor do olho esquerdo e do ângulo direito da boca foi observada. Dois meses após apresentou uma perda capilar avançada, edema nas pernas e ao redor dos olhos também foram notados. Durante este tempo foi diagnosticada como tendo abscessos periodontais agudos severos, apesar da excelente cooperação e terapia inicial bem sucedida. Os lábios apresentavam-se edemaciados e nenhuma mudança intra-oral da mucosa bucal ou da língua estava presente. Nenhuma doença sistêmica associada foi diagnosticada. Um teste de banda para o lúpus na biópsia foi positivo. Com base nos achados a paciente foi diagnosticada como tendo lúpus eritematoso cutâneo crônico. Drogas antimaláricas foram administradas sistemicamente e pomadas de corticosteróides localmente. Três meses após o tratamento, a condição periodontal era estável sem progressão adicional da periodontite existente. Já que o lúpus eritematoso pareceu estar sob controle, um tratamento periodontal definitivo foi planejado e realizado. Com o advento da odontologia adesiva, um grande passo foi dado para a preservação de estrutura dentária sadia.

Sales *et al.* em 2008 realizaram uma revisão de literatura sobre a relação entre a doença periodontal e o lúpus eritematoso sistêmico. As doenças periodontais são caracterizadas por processos destrutivos dos tecidos moles e duros localizados ao redor dos dentes, e o lúpus eritematoso sistêmico é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida e de natureza auto-imune caracterizada pela produção de um grande número de auto-anticorpos. A xerostomia pode ser um grande contribuinte para o desenvolvimento das manifestações orais observadas em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico, devido à infiltração linfocitária e fibrose das glândulas salivares. A terapia sistêmica com corticoesteróides, o comprometimento vascular regional ou o desequilíbrio de citocinas podem causar lesões periodontais, maiores perdas dentárias e inflamação gengival, devido à resposta imune do hospedeiro ou a ativação dos osteoclastos repercutindo nas condições periodontais. Sugere-se também que as drogas imunossupressoras usadas no tratamento do lúpus poderiam ser responsáveis pela menor destruição periodontal, como o tratamento com antimaláricos que regularizam a saúde periodontal. Há uma possível susceptibilidade à doença periodontal nos portadores de lúpus eritematoso sistêmico. Não há ainda, no entanto, uma definição dos mecanismos biológicos através dos quais tal doença sistêmica influenciaria a saúde periodontal de seus portadores.

Em 2008, Papagoras *et al.* relataram o caso clínico de um paciente de 70 anos de idade, do sexo masculino que queixava-se de dores no lado esquerdo do seu rosto há aproximadamente 3-4 semanas. O mesmo possuía em seu histórico médico o lúpus eritematoso sistêmico, o qual descobriu há cerca de 9 anos. O lúpus foi diagnosticado devido ao rash malar, a fotossensibilidade, artrite nas articulações das mãos, leucopenia e a presença de anticorpos antinucleares. Inicialmente ele foi tratado com prednisona e hidroxicloroquina com uma resposta positiva das manifestações da pele e do sangue, e uma resposta negativa das articulações. Assim ácido fólico e metotrexate foram adicionados para amenizar os

sintomas do paciente. Através de uma radiografia panorâmica verificou-se a presença de um dente impactado, assim como uma área radiolúcida na mandíbula. Quando o diagnóstico de osteonecrose da mandíbula foi confirmado houve um descobrimento ósseo espontâneo, mas não haveria muito que fazer pelo paciente. Se os sintomas piorassem o paciente deveria ser submetido a uma cirurgia, mas ele apresentou melhoras significativas com a administração do antibiótico e do anti-séptico oral. Doenças orais e dentárias são comuns em pacientes que utilizam bifosfanato como rotina de tratamento de doenças reumatológicas, nesses casos deve-se ter cautela no diagnóstico da lesão e do tratamento evitando o risco de lesões iatrogênicas ou indicando tratamentos inadequados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a condição de saúde bucal de pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico.

3.2 Objetivos Específicos

Determinar a condição de saúde bucal através dos parâmetros clínicos , exame dos dentes, índices de placa e índice de sangramento gengival

Investigar a ocorrência de alterações dos tecidos moles em pacientes com lúpus eritematoso.

Verificar a relação entre tempo de doença e alteração em tecido mole.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa tratou-se de um estudo observacional, do tipo transversal em que foi pesquisada a condição de saúde bucal em pacientes portadores de lúpus eritematoso.

4.2 SELEÇÃO DOS PACIENTES

Atualmente são atendidos no Ambulatório Araújo Lima, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), 350 pacientes portadores de lúpus eritematoso. A amostra foi do tipo por conveniência, onde todos os pacientes atendidos no Ambulatório foram convidados a participar, mas apenas 30 aceitaram e compareceram a Faculdade de Odontologia da UFAM para o atendimento realizado. Esses pacientes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para tomar ciência da pesquisa e autorizar a sua inclusão na amostra.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Fizeram parte da pesquisa, pacientes com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa pacientes grávidas e pacientes menores de idade.

4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

Os pesquisadores levaram em consideração as observâncias éticas contempladas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no que concerne à

autorização das participantes, sigilo e confidencialidade. O projeto em questão foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (ANEXO F).

4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

Este presente projeto de pesquisa não apresenta riscos evidentes, visto que a pesquisa se fundamentou na coleta e estudo das informações a respeito da condição de saúde bucal colhidas em exame odontológico.

O benefício dar-se-á aos dados que serão obtidos, os quais darão subsídios para o conhecimento a respeito da saúde bucal dos pacientes portadores de lúpus eritematoso.

4.7 COLETA DE DADOS

Os pacientes atendidos no Ambulatório tiveram avaliação prévia pelo Serviço de Reumatologia quanto à condição da doença, evidenciando quais os critérios presentes em seu diagnóstico bem como o uso de medicamentos e doenças associadas (ANEXO A).

4.7.1 APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO

Foi aplicado a cada participante da pesquisa um questionário com perguntas referentes aos Dados de Identificação, Dados de Anamnese (ANEXO B), Condição Sócio-Econômica e Acesso a Serviços Odontológicos (ANEXO E).

4.7.2 EXAME CLÍNICO

Após o preenchimento do questionário, os pacientes foram submetidos a exame clínico intra-oral de tecidos moles de acordo com Semiotécnica descrita por Grinspan (1970) e utilizada na Disciplina de Diagnóstico Bucal, da Faculdade de Odontologia (UFAM). Foi examinado na seqüência: boca fechada, semi-mucosa do lábio, mucosa labial superior e inferior, mucosa jugal, região retro molar, língua, região dorsal (anterior, médio e posterior),

laterais da língua, ventre lingual, assoalho de boca, palato duro, palato mole, porção visível da orofaringe e gengiva. As informações coletadas foram registradas em ficha específica (ANEXO C). Uma ficha de odontograma (ANEXO D) foi utilizada para as anotações das observações feitas exame dos dentes dos pacientes e as condições encontradas foram registradas de acordo com o preconizado na disciplina de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia-UFAM. Para a coleta dos dados de índice de placa foi utilizado o método de Silness & Løe e índice de sangramento foi utilizado o método de Løe & Silness. A realização do exame clínico foi feita em um consultório odontológico e para a coleta dos dados foram utilizados gaze, algodão, jogo clínico (sonda milimetrada, sonda exploradora, cureta de dentina, pinça clínica, espelho e cubeta) estéreis, seguindo as condições de Biossegurança.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados para posterior análise estatística. Foi feita análise descritiva observando frequências percentuais das alterações observadas. Também foi utilizado o teste de qui-quadrado (χ^2) para verificação da hipótese de associação entre variáveis.

A amostra utilizada na análise foi composta por 30 pacientes portadores de lúpus eritematoso atendidos no Ambulatório Araújo Lima, Manaus – Amazonas. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos de frequência onde se calculou as frequências absolutas e relativas simples para os dados categóricos e média e desvio-padrão para os dados quantitativos. Além da estimativa por ponto também se utilizou Intervalo de Confiança ao nível de 95% (IC95%). Na comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste do qui-quadrado de *Pearson*.

O software utilizado na análise foi o programa Epi-Info versão 3.4.3 for Windows desenvolvido e distribuído pelo CDC (www.cdc.gov/epiinfo) e o nível de significância utilizado no teste foi de 5%.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Lúpus eritematoso sistêmico é uma doença auto-imune de etiologia desconhecida. É mais prevalente em mulheres com idade aproximada de 20 a 40 anos. O diagnóstico da doença é baseado na identificação de pelo menos quatro, das onze manifestações usadas como critério de diagnóstico pela Associação Americana de Reumatologia (AAR). O lúpus eritematoso sistêmico possui um amplo espectro de manifestações clínicas, sistêmicas e cutâneas. Na face, a doença é caracterizada pelos exantemas em forma de asas de borboletas. A mucosa oral geralmente é acometida por lesões que envolvem o palato, a mucosa jugal, a gengiva e a região do vermelhão do lábio inferior; as ulcerações, dores, eritemas e hiperkeratoses podem estar presentes nessas áreas.

Foram incluídos na pesquisa trinta pacientes com média de idade de 28 anos, com predominância do sexo feminino e tempo médio de doença de 10 anos. Com relação à condição sócio-econômica, 80% destes estudaram em escolas públicas, com renda familiar média de um salário mínimo e meio.

Quanto à avaliação do acesso a serviços odontológicos, todos os pacientes informaram já terem realizado visita ao dentista e destes, 56,6% realizaram a última visita em menos de um ano, 53,3% em serviço público, 30% teve como motivo exame de rotina, reparo ou manutenção, 50% receberam orientação sobre cuidados e 86,6% acreditam que necessitam de alguma intervenção odontológica (Tabela 1).

ACESSO A SERVIÇO ODONTOLÓGICO	TOTAL EM PACIENTES	TOTAL EM %
Já visitou o dentista	30	100%
Última visita (menos de um ano)	17	56,6%
Serviço Público	16	53,3%
Motivo da visita ao dentista (rotina, reparo, manutenção)	9	30%
Receberam informações sobre cuidados	15	50%
Acham que necessitam de alguma intervenção	26	86,6%

Tabela 1. Acesso a serviço odontológico.

Na Tabela 2, são apresentados os critérios clínicos utilizados no diagnóstico de lúpus segundo a AAR.

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	TOTAL EM PACIENTES	TOTAL EM %
Fotossensibilidade	27	90%
Artrite	25	83,3%
Fan tit positivo	23	76,66%
Rash malar	20	66,66%
Hematológico	16	53,33%
Sorológico	14	46,66%
Rim	11	36,66%
Úlcera oral	8	26,66%
Neurológico	7	23,33%
Serosite	7	23,33%
Rash discóide	2	3%

Tabela 2. Critérios de diagnóstico segundo a AAR.

A fotossensibilidade foi a característica mais comum presente dentre os critérios da AAR correspondendo a 27 dos 30 pacientes, o que equivale a 90% do total. Essas lesões eram mais comumente visíveis quando tais pacientes ainda não estavam sob terapia medicamentosa, outros mesmo sob terapia apresentavam tais lesões quando a exposição ao sol era excessiva. Scheinfeld e Deleo (2004) afirmam que a relação e a influência da fotossensibilidade nas manifestações do lúpus não estão claras, mas de acordo com o relato de pacientes, a exposição ao sol propicia o aparecimento de manchas na pele, fadiga e dor nas articulações. Citam ainda que de alguma maneira a fotossensibilidade está mais associada com as formas cutâneas do lúpus, do que com qualquer outra variante. A característica da fotossensibilidade presente nos pacientes incluídos na amostra era caracterizada por lesões na pele, principalmente braços e rostos, semelhantes às de queimaduras, o que as tornavam doloridas e avermelhadas. O aparecimento dessas lesões era mais frequente nos estágios iniciais da doença, período em que esses pacientes ainda não eram submetidos a tratamento. Scheinfeld e Deleo (2004) afirmam ainda que as regiões expostas à luz solar desenvolviam lesões ou exantemas que apresentavam ardência, dores nas articulações e fadiga. Albilis *et al.* (2007) confirmaram as reações incomuns apresentadas na pele devido à exposição solar, como os exantemas. Gomes *et al.* (2004) afirmam que as manchas eritematosas planas ou elevadas podem aparecer em qualquer parte do corpo e ser proeminente ou unicamente localizadas nas áreas expostas à luz solar. Geralmente a lesão inicia-se com uma descamação sobre a mancha eritematosa e com o passar do tempo a zona central atrofia-se e a pele perde a pigmentação, gerando uma cicatriz.

A úlcera oral obteve 26,66% dentre os critérios analisados para o diagnóstico da doença lúpus, as quais eram verificadas pelos pacientes nos estágios iniciais da doença, alguns relataram que as úlceras foram os primeiros sinais clínicos da doença, e após iniciarem o tratamento com Prednisona e Azatioprina as mesmas regrediam até sumirem, outros

afirmaram que as úlceras também eram visíveis quando as doses desses medicamentos eram reduzidas ou o tratamento era interrompido. Verli *et al.* (2004) confirmam que a ulceração é um dos critérios da Associação Americana de Reumatologia para o diagnóstico de lúpus eritematoso. De Rossi e Glick (1998) relataram que 75% dos pacientes lúpicos apresentam lesões na cavidade oral, dentre elas a ardência e as úlceras orais as quais podem se desenvolver devido a xerostomia apresentada por esses pacientes. As lesões orais consistem em ulcerações, áreas eritematosas e áreas esbranquiçadas e geralmente afetam o vermelhão do lábio, a gengiva, a mucosa jugal e o palato. Confirmando a presença de úlceras orais, Diniz *et al.* (2004) verificaram sua presença na região da gengiva, essas úlceras também apresentavam ardência e eram sangrantes ao toque. Albilia *et al.* (2007) afirmam em seus estudos que as lesões orais como descamação gengival, erosões e ulcerações na mucosa tem sido reportadas em mais de 40% dos pacientes, os quais podem desenvolver nos estágios avançados, sintomas da Síndrome de Sjögren, como olhos, boca e pele secas. Louis e Fernandes (2001) confirmam que o envolvimento da cavidade oral por lesões orais é de aproximadamente 21%, envolvendo os lábios e a mucosa oral, apresentando-se como lesões erosivas e ulcerativas. Lourenço *et al.* (2005) verificaram em seus estudos que as lesões apresentaram aspectos clínicos muito variados, como placas brancas queratóticas, descamação queratótica bilateral, placas eritematosas descamativas, placas atróficas discóides descamativas, placas ulceradas, lesões bolhosas e ulcerações; tais lesões afetavam a mucosa jugal, o palato, a língua e os lábios.

Gomes *et al.* (2004) afirmam que a artrite, segunda característica mais presente nos pacientes da amostra, raramente pode ocorrer nos maxilares, no entanto, sua presença pode favorecer a limitação dos movimentos e surgimento da dor ao longo das laterais da face.

Quanto às medicações sistêmicas mais usadas pelos pacientes, as mesmas estão apresentadas na Tabela 3.

MEDICAÇÃO	TOTAL DE PACIENTES QUE UTILIZAM	TOTAL EM %
Prednisona	30	100%
Azatioprina	11	36,6%
Cloroquina	10	33,3%
Carbonato de Cálcio	10	33,3%
Ácido Fólico	9	30%
Captopril	5	16,6%
Marevam	4	13,3%

Tabela 3. Uso de medicação sistêmica

A medicação mais utilizada pelos pacientes para controle das suas manifestações clínicas e sistêmicas foi o corticoesteróide Prednisona, seguida pela Azatioprina. Louis *et al.* (2001) mostraram que o tratamento de lúpus eritematoso envolve antiinflamatórios não-esteroidais, corticoesteróides, antimaláricos e drogas imunossupressoras, as quais podem ser utilizadas isoladas ou combinadas. Afirmam ainda que os cirurgiões-dentistas precisam estar atentos quando prescreverem medicações como sulfonamidas, penicilina e antiinflamatórios não-esteroidais, pois estes podem causar uma exacerbação que uma doença sistêmica pré-existente. Verli *et al.* (2004) afirmam que pacientes que apresentem lesões cutâneas causadas pela exposição à luz solar devem utilizar corticoesteróides tópicos e se esses pacientes apresentarem quadros agudos devem ser medicados com corticosteróide sistêmico associado com outras drogas imunossupressoras. A terapia do lúpus eritematoso sistêmico consiste em deter a evolução da doença cuja maior gravidade observa-se nos corações e nos rins, com a administração de dosagens elevadas de medicação sistêmica como a prednisona, com acompanhamento médico regular. Miceli *et al.* (2005) mostram que a associação entre o lúpus e a doença periodontal ainda não é uma hipótese conhecida. A profundidade de bolsa

periodontal em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico é menor quando comparada a pacientes saudáveis, isso pode ser estar relacionado ao uso de corticoesteróides e antiinflamatórios não esteroidais. Gomes *et al.* (2004) confirmam que os antiinflamatórios não-esteroidais, os antimaláricos e os imunossupressores são as drogas mais indicadas para o tratamento do lúpus. Esses pacientes não vivem apenas com os sintomas do lúpus, mas também com os efeitos colaterais dos corticosteróides que deprimem seu sistema imune, muitas vezes podendo causar infecções e instalar-se na cavidade oral desenvolvendo a xerostomia, além disso, com a destruição progressiva dos ácinos das glândulas salivares, a produção da saliva decresce e pode dificultar a deglutição, a fonação e a limpeza mecânica e química dos elementos dentários, devendo o paciente procurar um cirurgião-dentista para amenizar a xerostomia. Albilis *et al.* (2007) confirmam que os corticoesteróides sistêmicos como a prednisona são específicos para pacientes com sintomas mórbidos associados com envolvimento dos órgãos, particularmente os rins e sistema nervoso central.

No exame extra-oral apenas 10% dos pacientes atendidos apresentaram alteração da constituição física. Dentre os edemas e tumefações visíveis 10% apresentaram região de malar avermelhado. Verli *et al.* (2004) confirmam que o acometimento da face ocorre em 40% a 50% dos pacientes e caracteriza-se por um exantema em forma de asa de borboleta que se desenvolve nas áreas malar e nasal, geralmente expostas ao sol. Albilis *et al.* (2007) afirmam que o sol induz o desenvolvimento de lesões na pele, sendo a mais comum a asa de borboleta da região malar, que se estende para o nariz, e em casos mais raros, para os lábios.

Quanto ao exame intra-oral, os resultados estão expostos nas Tabelas 4 e 5, no que se refere às alterações observadas.

Alteração em tecido mole (n = 30)	f_i	%	IC95%
Gengiva	11	36,7 (a)	19,9 – 56,1
Língua	10	33,3 (a)	17,3 – 52,8
Palato	7	23,3 (ab)	9,9 – 42,3
Glândulas salivares	1	3,3 (b)	0,1 – 17,2
Bochecha	1	3,3 (b)	0,1 – 17,2

$p = < 0,005$ (Teste do qui-quadrado de *Pearson*).

Letras distintas indicam diferença estatisticamente significativa ao nível de 5%.

Tabela 4. Distribuição segundo as frequências de alteração em tecidos moles

No presente estudo foi verificado que a gengiva, seguida pela língua e posteriormente o palato foram as regiões que mais apresentaram alterações clínicas. Louis *et al.* (2001) citaram em seus estudos que o acometimento da mucosa oral envolve 21% dos pacientes com lúpus e as lesões encontradas costumam apresentar-se como áreas leucoplásicas ou áreas erosivas eritematosas, podendo disseminar-se para a mucosa jugal, língua, palato, lábios, assim como, para a gengiva marginal. Lourenço *et al.* (2006) verificaram que a mucosa jugal, o palato duro e os lábios inferiores são as regiões mais afetadas comparando com as outras regiões da cavidade oral. Diniz *et al.* (2004) confirmam que a gengiva e o palato são os sítios mais acometidos pelas lesões causadas pelo lúpus. Labady *et al.* (2007) afirmam que a cavidade oral nem sempre apresenta manifestações, não representam um achado constante, o que confirma os achados do nosso estudo. Faria Jr *et al.* (2004) afirmam que o baixo percentual de lesões orais observadas pode estar relacionado com o fato de que a grande maioria dos pacientes já estavam sob tratamento médico na época do exame odontológico. As porcentagens de alterações bucais nos pacientes avaliados em nosso estudo foram baixas, devido ao fato de que os pacientes atendidos estavam sob terapia medicamentosa e desta maneira, compensados quanto à evolução da doença.

Não foram observadas alterações nos demais sítios como porção visível da orofaringe, no assoalho bucal e nos lábios.

Tecidos (n = 30)	f_i	%	IC95%
Gengiva			
Ausência de alterações	19	63,3	43,9 – 80,1
Edemaciada	8	26,7	12,3 – 45,9
Hiperkeratose	1	3,3	0,1 – 17,2
Pigmentação melânica	2	6,7	0,8 – 22,1
Língua			
Ausência de alterações	20	66,7	47,2 – 82,7
Fissurada	1	3,3	0,1 – 17,2
Geográfica	1	3,3	0,1 – 17,2
Saburrosa	8	26,7	12,3 – 45,9
Palato			
Ausência de alterações	23	76,7	57,7 – 90,1
Edemaciado	1	3,3	0,1 – 17,2
Petéquias hemorrágicas	2	6,7	0,8 – 22,1
Toros palatino	3	10,0	2,1 – 26,5
Ulcerado	1	3,3	0,1 – 17,2
Glândulas salivares			
Ausência de alterações	29	96,7	82,8 – 99,9
Xerostomia	1	3,3	0,1 – 17,2
Bochecha			
Ausência de alterações	29	96,7	82,8 – 99,9
Tecido cicatricial	1	3,3	0,1 – 17,2

$p < 0,005$ (Teste do qui-quadrado de *Pearson*).

Tabela 5. Distribuição segundo as frequências de alteração em tecidos moles

Na tabela 5 são apresentadas as frequências de alterações para cada sítio de localização. Os resultados mostraram que a gengiva edemaciada e a língua saburrosa foram as alterações mais comuns (26,7%), o que reflete uma condição relacionada muito mais ao autocuidado do que com a doença em si.

Esta afirmativa pode ser confirmada com o índice de placa (Gráfico 1) e índice de sangramento gengival (Gráfico 2) avaliados nestes pacientes. Em 80% dos pacientes foi observado biofilme moderado o que favorece o desenvolvimento da inflamação gengival leve (43,3%), observada através do índice de sangramento. Rebelo *et al.* (2008) também verificaram a presença de inflamação gengival em adolescentes de 15 a 19 anos da cidade de Manaus, e obteve 94,71% da sua amostra, sendo 78,5% leve e 53,3% com sangramento após a sondagem, o que confirma a carência em relação aos cuidados com a higiene oral, predispondo o acúmulo de biofilme e conseqüente inflamação gengival.

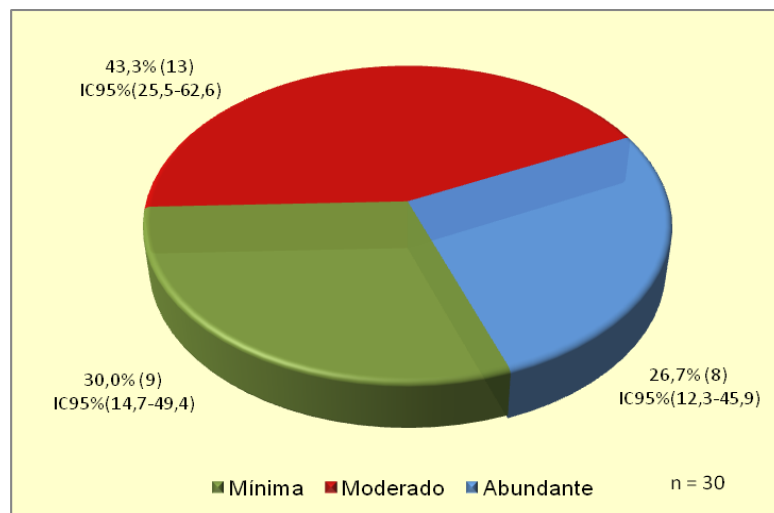


Gráfico 1. Índice de Placa Bacteriana (IP)

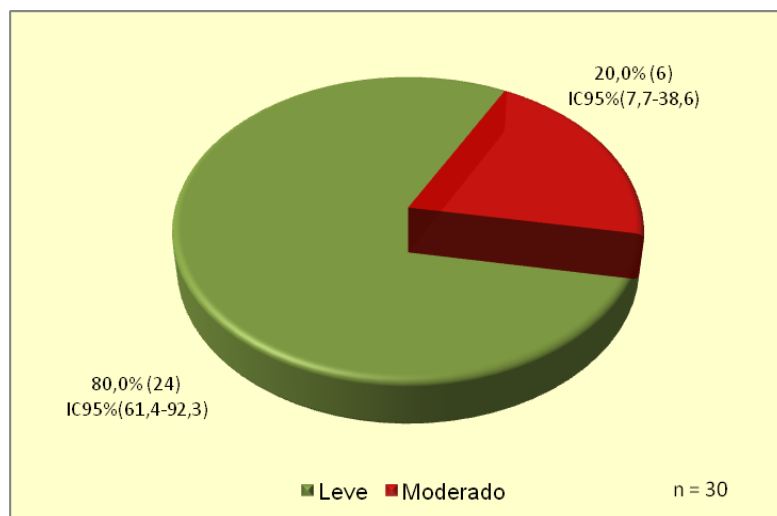


Gráfico 2. Índice de Sangramento Gengival (ISG)

Quanto à associação das alterações de tecidos moles e o tempo de doença, os resultados estão apresentados na Tabela 6.

Tecidos (n = 30)	Tempo de doença (anos)			p*
	N	Média	DP	
Gengiva				0,239
Ausência de alterações	19	6,0	3,2	
Com alteração	11	7,7	4,7	
Língua				0,786
Ausência de alterações	20	6,5	3,5	
Com alteração	10	6,9	4,5	
Palato				0,856
Ausência de alterações	23	6,6	3,3	
Com alteração	7	6,9	5,4	
Glândulas salivares				-
Ausência de alterações	29	6,7	3,8	
Com alteração	1	3,0	-	
Bochecha				-
Ausência de alterações	29	6,5	3,8	
Com alteração	1	10,0	-	

* Teste *t de Student*

Nível de significância usado foi de 5%.

Tabela 6. Distribuição segundo as frequências de alteração em tecido mole em relação ao tempo de doença

Quando avaliado a presença ou ausência de alterações em tecido mole e o tempo de doença, os resultados não apresentaram diferença estatisticamente significantes para a população avaliada (Tabela 6). A literatura não faz referência sobre a ocorrência de alterações em tecido mole com o tempo de doença, apenas é conhecido que o uso continuado das medicações indicadas para o tratamento do lúpus pode favorecer o desenvolvimento de xerostomia (GOMES *et al.*, 2004) e imunossupressão.

6 CONCLUSÃO

Com base nos resultados podemos concluir que:

- 1- De acordo com os parâmetros clínicos utilizados IP, ISG e exame clínico, a condição de saúde bucal dos pacientes avaliados é deficiente;
- 2- As alterações de tecido mole mais prevalentes nos pacientes estudados foram a gengiva edemaciada e a língua saburrosa;
- 3- O tempo de doença não se mostrou fator determinante para o aparecimento de lesões em tecido mole nos pacientes avaliados.

REFERÊNCIAS

ALBILIA, Jonathan B, et al. Systemic lupus erithematosus: a review for dentists. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 73, n 9, nov. 2007, p. 823-828.

ARANGO, Héctor Gustavo – Bioestatística Teórica e Computacional, editora Guanabara Koogan, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Projeto SB Brasil 2003: Condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados principais. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

DE ROSSI, Scott; GLICK, Michael. Lupus erythematosus: considerations for dentistry. **Journal American Dental Association**, v 129, mar. 1998.

DINIZ, Renata Galvão, et al. Lúpus eritematoso sistêmico: relato de caso clínico com manifestações orais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v 61, n 3 e 4, 2004.

FARIA, Norberto Batista Junior, et al. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v 3, n 2, mar. 2004.

GOMES, Daliana Queiroga de C, et al. Lúpus eritematoso: uma revisão literária. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v 3, n 4, jun. 2004, p 219-226.

LABADY Jeaneth López, et al. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v 36, abr. 2007, p 524-527.

LÖE, H. The gingival index, the plaque index and the retention index system. *Journal of Periodontology*, v 38, 1967, p 610-616.

LOURENÇO, Silvia V, et al. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of epithelial maturation. **Journal of Cutaneous Pathology**, v 33, set. 2005, p 657-662.

LOURENÇO, Silvia V, et al. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of the inflammatory infiltrate. **Journal of Cutaneous Pathology**, jul. 2006.

LOUIS, Patrick J; FERNANDES Rui. Review of systemic lupus erythematosus. **Journal Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics**, v 91, n 5, jan. 2001, p 512-516.

MICELI, Vivian, et al. Associação entre a doença periodontal e o lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v 4, n 2, mai/ago. 2005, p 150-157.

ORTEU, C.H, et al. Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions: easily missed? **British Journal of Dermatology**, London, v 144, jan. 2001, p 1219-1223.

PAPAGORAS, Charalemos E, et al. A mandibular osteolytic lesion in a systemic lupus erythematosus patient on long-standing bisphosphonate therapy. **Rheumatology International**, v 28, abr. 2008, p 1287-1289.

REBELO, Maria Augusta Bessa, et al. Dental caries and gingivitis among 15 to 19 year-old students in Manaus-AM, Brazil. **Brazilian Oral Research**, 2008.

SALES, Lígia de Araújo Ramos, et al. Relação entre doença periodontal e lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v 56, n 2, abr/jun.2008, p 189-193.

SCHEINFELD, Noah; DELEO, Vincent A. Photosensitivity in lupus erythematosus. **Photodermatol Photoimmunol Photomed**, v 20, 2004, p 272-279.

TIETMANN, Christina; BISSADA, Nabil. Periodontite agressiva em paciente com lúpus eritematoso cutâneo crônico: caso clínico. **Quintesse International**, v 37, 2006, p 401-408.

VIEIRA, Sonia – Bioestatística, Tópicos Avançados – Rio de Janeiro. 2.ed. – RJ: Elsevier, 2004.

VERLI, Flaviana; CHERUBINI, Karen; SOUZA, Maria Antonieta. Lúpus eritematoso: uma abordagem estomatológica. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v 3, n 1, mar. 2004, p 26-31.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°:..... ÓRGÃO EMISSOR:.....

DATA DE NASCIMENTO:.....

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, da pesquisa “Condição de Saúde Bucal em pacientes com lúpus eritematoso atendidos no Ambulatório Araújo Lima”, que vai ser feita pela Professora Doutora Nikeila Chacon de Oliveira da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e pela aluna Tatiana Tinôco Cunha do curso de Odontologia da UFAM.

Este trabalho pretende avaliar a condição de saúde bucal de pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico atendidos no Ambulatório Araújo Lima, da Universidade Federal do Amazonas, para que sejam obtidos dados atuais a respeito da condição bucal e de possíveis lesões orais.

Na hora do exame, a pesquisadora vai fazer algumas perguntas sobre seus dados pessoais, sua história pessoal e sobre quando foi diagnosticada a doença, para preencher um questionário, que você pode responder se quiser, não é obrigado a nada.

Caso concorde em participar, é importante você saber que este trabalho não trará nenhum risco para você, e todas as informações colhidas no exame serão anotadas na sua ficha. O material que vai ser usado é descartável ou esterelizado. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Você não vai ter despesa nenhuma, mas também não vai receber para participar da pesquisa. Seu nome não vai aparecer em nenhum lugar. Tudo o que você falar ou que a pesquisadora ver na sua boca, será utilizado somente para esta pesquisa. Este trabalho poderá ser dividido e publicado em partes, mas seu nome será mantido em segredo.

Este documento vai ser feito com duas cópias, uma fica com você e outra com a pesquisadora.

Você pode telefonar para a pesquisadora para falar sobre o trabalho e sua participação: Nikeila Chacon de Oliveira Conde, Telefone: 3233-0636 / 8111-1772, Rua Valdemar Pedrosa, 1539 – Praça 14. Manaus – AM 69033-760

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Manaus, ___/___/___

Assinatura do participante voluntário

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – FICHA REUMATOLÓGICA

I – CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO (ACR)

<input type="checkbox"/> FOTOSSENSIBILIDADE	<input type="checkbox"/> ÚLCERA ORAL	<input type="checkbox"/> FAN TIT: PD:
<input type="checkbox"/> ARTRITE	<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> SOROLÓGICO:
<input type="checkbox"/> RASH MALAR	<input type="checkbox"/> RIM	<input type="checkbox"/> SEROSITE
<input type="checkbox"/> RASH DISCÓIDE	<input type="checkbox"/> HEMATOLÓGICO TOTAL:	

II – USO ATUAL

<input type="checkbox"/> PREDNISONA	mg/dia	<input type="checkbox"/> AZATIOPRINA	mg/dia
<input type="checkbox"/> DFC	mg/dia	<input type="checkbox"/> MTX	mg/dia
<input type="checkbox"/> OUTROS:			

III – OUTRAS CONSIDERAÇÕES

<input type="checkbox"/> TRABALHANDO	<input type="checkbox"/> ATIVIDADE FÍSICA	<input type="checkbox"/> ATIVIDADE SEXUAL
<input type="checkbox"/> TABAGISMO	<input type="checkbox"/> ANTI-CONCEPÇÃO	<input type="checkbox"/> MENSTRUANDO
<input type="checkbox"/> GRÁVIDA	PA: mmHg	FC: bpm



UFAM

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:	
<u>Estado Civil:</u> () Casado (a) () Solteiro (a)	<u>Sexo:</u> () M () F
<u>Data de Nascimento:</u> ____/____/____ Idade: _____	<u>Cor:</u> () Br () Pr () Pa Peso: _____ Altura: _____
Naturalidade:	Nacionalidade:
Ocupação:	Renda Familiar:
Endereço:	
Bairro:	Telefone:
Filiação:	
Pai:	Mãe:

2. ANAMNESE

QP (Queixa Principal – Anotar o motivo pelo qual levou o paciente a procurar atendimento odontológico)

HMA(História da Moléstia Atual - Início, Evolução, Sintomas locais e repercussão)

HP(História Pessoal – informações relativas ao passado mórbido, tratamentos, cirurgias, traumatismos, hipersensibilidade, trat. Odontológico anteriores e hábitos nocivos)

HF (História Familiar – informações relativos a doenças de tendências hereditárias)

ANEXO C – EXAME EXTRA E INTRA ORAL

EXAMES OBJETIVOS

A – GERAL

1-Constituição: _____

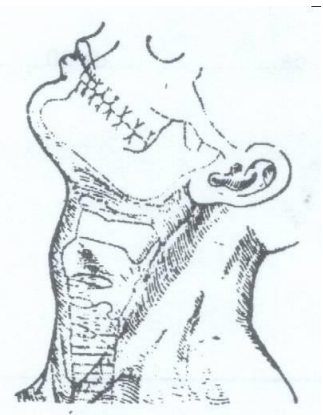
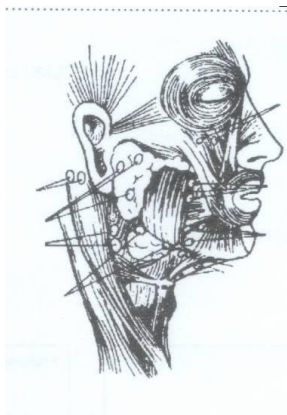
2-Edemas e Tumefações visíveis _____

3-Pressão Arterial _____

4-Frequência Cardíaca _____

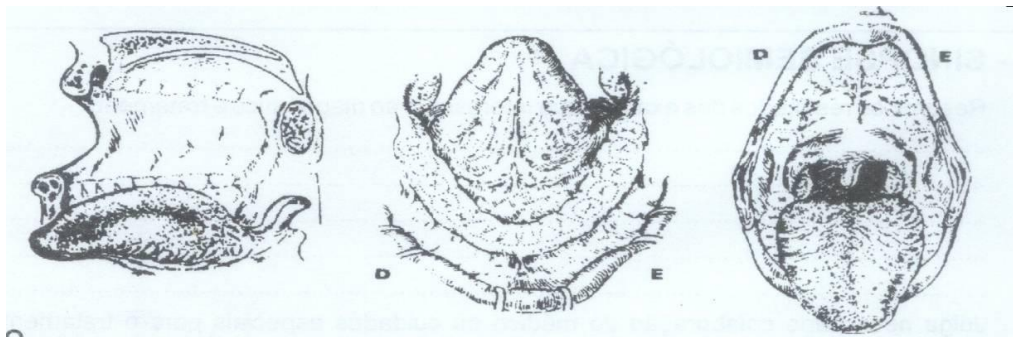
B- BUCO-FACIAL (TECIDO MOLE)

1-Inspeção e Palpação extra-oral:
2- Numerar Gânglios Infartados
Lado Direito:
Lado Esquerdo:
Diagnóstico:
3- Halitose: () SIM () NÃO



4- Inspeção e palpação intra-oral (delinear áreas envolvidas)

1. Lábio	3. Língua	5. Palato duro	7.Orofaringe
2. Mucosas	4.Assoalho	6. Palato mole	8. Gengiva

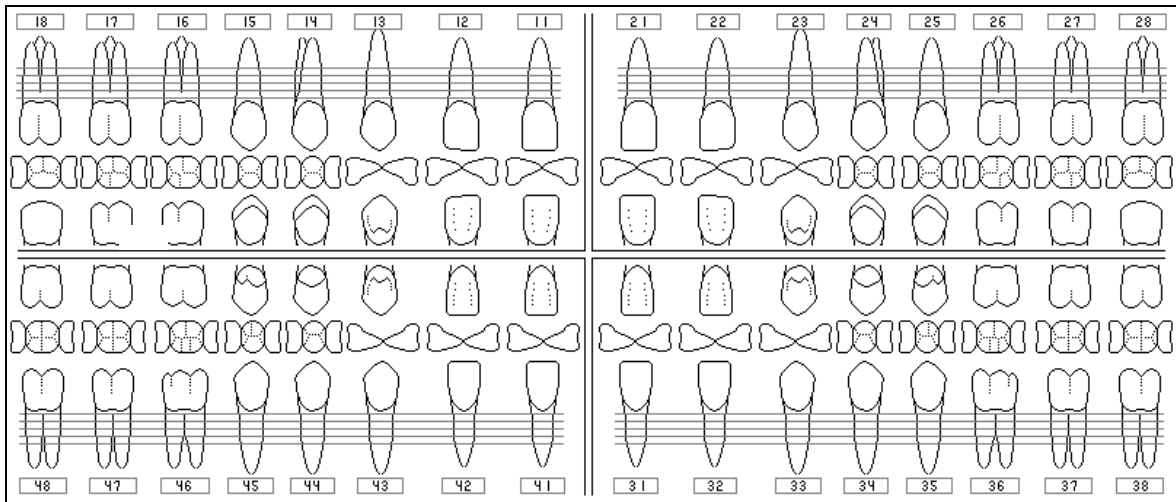


OBSERVAÇÕES

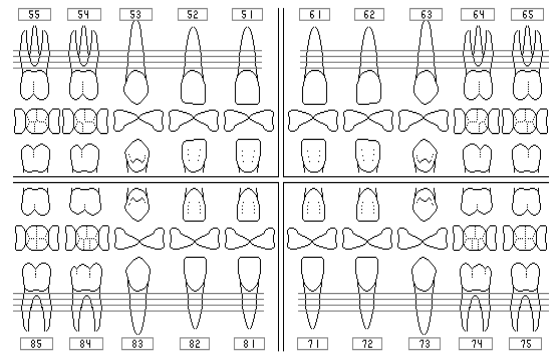
ANEXO D – ODONTOGRAMA

NOME:	Nº Prontuário:
-------	----------------

EXAME OBJETIVO



RESUMO DA ANAMNESE



ENCAMINHAMENTOS

PERIODONTIA	
CARIOLOGIA	
CIRURGIA	
ENDODONTIA	
DENTÍSTICA	
PRÓTESE REMOVÍVEL	
PRÓTESE FIXA	
PRÓTESE TOTAL	() SUPERIOR () INFERIOR

Manaus, _____.

Assinatura do Professor

ANEXO E – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA, ACESSO E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

NOME:

1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (BRASIL)

A- Número de pessoas

--	--

B- Escolaridade (anos de estudo)

--	--

C- Estudante (0 – Sim / 1 – Não)

--	--

D- Tipo de escola (0 – Não é estudante / 1 – Pública / 2 – Privada / 3 – Outros)

--	--

E- Moradia (1- Própria / 2 - Própria em aquisição/ 3 – Alugada / 4 – Cedida / 5 – Outros)

--	--

F – Número de cômodos da casa

--	--

G- Renda Familiar (em reais)

--	--	--	--	--

H – Renda Pessoal (em reais)

--	--	--	--	--

I – Posse de automóvel (0- Não possui / 1 – Possui um automóvel / 2 – Possui dois ou mais automóveis)

--

Escolaridade Materna

--	--

Escolaridade Paterna

--	--

2- ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

J- Já foi ao dentista alguma vez na vida? (0 – Sim / 1 - Não)

L- Há quanto tempo? (0- Nunca foi ao dentista / 1- Menos de um ano / 2- De um a dois anos / 3- Três ou mais anos)

M- Onde? (0- Nunca foi ao dentista / 1- Serviço Público / 2- Serviço Privado Liberal / 3- Serviço Privado-planos e convênios / 4 – Serviço Filantrópico / 5- Outros)

N- Por quê? (0-Nunca foi ao dentista / 1-Consulta de rotinas, reparos, manutenção / 2- Dor / 3- Sangramento gengival / 4- Cavidade nos dentes / 5- Feridas, caroços ou manchas na boca / 6- Outros)

O- Como avalia o atendimento? (0-Nunca foi ao dentista / 1- Péssimo / 2-Ruim / 3- Regular / 4- Bom / 5- Ótimo)

P- Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais? (0- Sim / 1- Não)

Q- Considera que necessita de tratamento atualmente? (0- Sim / 1- Não)