

Utilização de corticosteroide tópico oclusivo para o tratamento da gengivite descamativa: uma opção eficaz

Use of occlusive corticosteroid for the treatment of desquamative gingivitis: an effective option

Gabriella Mundim Rocha Oliveira

Helene Santos Carvalho Pereira

Alunas do Curso de Especialização em Estomatologia da FO/Policlínica Piquet Carneiro da Uerj

Geraldo Oliveira Silva-Junior

Professor do Curso de Especialização em Estomatologia da FO/Policlínica Piquet Carneiro da Uerj
Professor Adjunto do Departamento de Formação em Ciências Básicas da UFF

Bruna Lavinas Sayed Picciani

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Patologia da UFF

Cirurgiã-dentista do Centro Odontológico para Pacientes Especiais da ABO-RJ

Eliane Pedra Dias

Professora Titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da UFF

Marília Heffer Cantisano

Professora Adjunta do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da FO/Uerj

RESUMO

A gengivite descamativa é uma manifestação dolorosa de algumas desordens autoimunes. O tratamento requer a utilização de corticosteroides tópicos, havendo maior eficácia se for administrado por terapia oclusiva. O objetivo deste estudo é demonstrar a eficácia da terapia oclusiva com corticosteroides no tratamento da gengivite descamativa. Foram selecionados 10 pacientes com quadro clínico de gengivite descamativa com diagnóstico prévio da condição associada. Os pacientes foram instruídos a utilizar moldeiras de silicone com corticosteroide tópico, havendo regressão total em oito pacientes após 30 dias. A terapia oclusiva com corticosteroide tópico é uma opção eficaz para o tratamento da gengivite descamativa. Entretanto, nos casos mais graves, a associação com a medicação sistêmica poderá resultar em melhor controle da doença.

Palavras-chave: gengivite descamativa; doenças vesículo-bolhosas; corticosteroides; terapia oclusiva.

ABSTRACT

The desquamative gingivitis is a painful manifestation of some autoimmune disorders. Treatment requires the use of topical corticosteroids, with greater efficacy if administered by occlusive therapy. The aim of this study is to demonstrate the efficacy of occlusive therapy with corticosteroids in the treatment of desquamative gingivitis. We selected 10 patients with clinical desquamative gingivitis with a previous diagnosis of associated condition. Patients were instructed to use silicone trays with topical steroids, with complete regression in eight patients after 30 days. The occlusive therapy with topical steroids is an effective option for the treatment of desquamative gingivitis. However, in severe cases, the association with systemic medication may result in better disease control.

Keywords: desquamative gingivitis; vesicular and bullous diseases; corticosteroids; occlusion therapy.

Introdução

A Gengivite Descamativa (GD) se manifesta principalmente como descamação do epitélio, eritema, erosões dolorosas ou ulceração da gengiva livre e inserida, não relacionados, mas agravada, com acúmulo de biofilme local. Originalmente é reconhecida principalmente por ser uma manifestação associada a doenças vesículo-bolhosas, como pênfigo e pênfigoide; e as condições imunologicamente mediadas como o líquen plano oral. Em alguns casos, representa a única manifestação destas condições (1-3). Ocorre mais frequentemente em mulheres acima dos 40 anos, gerando a hipótese de estar relacionada com fatores hormonais (3). As lesões são frequentemente crônicas e sintomáticas, podendo haver períodos de remissão e/ou exacerbação. Os pacientes relatam dor intensa, disfagia, disfonia e dificuldade em realizar a higiene oral (4). O diagnóstico é baseado na anamnese, exame físico e biópsia incisiva das lesões para estudo histopatológico e testes mais específicos, tais como imunofluorescência direta e indireta, são fundamentais para um correto diagnóstico e manejo desses pacientes (5,6). O tratamento da gengivite descamativa objetiva a remissão dos sintomas, sendo essencial tratar a doença primária, na maioria dos casos, com a utilização de agentes imunossupressores sistêmicos (7, 8). A medicação de escolha para o tratamento desta condição é o corticosteroide tópico, que pode estar na forma de elixir, creme ou gel (7). Entretanto, há uma dificuldade de mantê-los na mucosa oral, devido aos movimentos fisiológicos que os deslocam da localização inicial reduzindo o tempo de contato entre a droga e as lesões. A terapia oclusiva com uso de moldeiras de silicone individualizadas com medicação em seu interior surge como uma solução eficaz para esse problema (9).

Diante disso, o objetivo deste estudo é demonstrar a eficácia da terapia oclusiva com corticosteroides no tratamento de pacientes portadores de gengivite descamativa.

Material e Método

Foram selecionados dez pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro para participar deste estudo, que apresentavam diagnósticos clínico e histopatológico da condição sistêmica associada à gengivite descamativa. Foram coletados dados demográficos e clínicos, como: sexo, idade e presença de sintomas. Os pacientes estavam em acompanhamento pela dermatologia e não utilizavam medicação sistêmica e/ou tópica por no mínimo 30 dias. Foram submetidos ao exame intra-oral e raspados para exame citopatológico, com objetivo de atestar ausência de candidíase. Os pacientes foram moldados com alginato tipo II (Jeltrate®, Dentsply, Brasil), para obtenção de modelos de gesso superior e inferior. Após a confecção dos modelos de gesso foram confeccionadas moldeiras de silicone com 1 mm de espessura, que recobriam toda gengiva inserida inferior e superior (Figura 1). Os pacientes foram instruídos a preencher as moldeiras com um gel composto de hidrocortisona a 1% e lidocaína a 0,5% e utilizá-las três vezes ao dia, durante 30 minutos, após a higiene oral. A medicação era manipulada em bisnaga de 30 gramas. Os pacientes receberam instruções

de higiene oral para controle de placa bacteriana, profilaxia e raspagem supragengival. Os pacientes foram avaliados, através do exame intraoral e citopatológico, após 15 dias e 30 dias. A descrição estatística das variáveis estudadas foi feita por meio de proporções (quando as variáveis foram categóricas) e de médias, desvios padrões e medianas (quando as variáveis foram numéricas).

Resultados

A amostra foi constituída de dez pacientes, sendo 5 (50%) portadores de pênfigo vulgar, 3 (30%) de líquen plano e 2 (20%) de penfigoide. O sexo feminino prevaleceu com 60% dos casos, com idade variando de 12 a 70 anos, média de 48 anos (dp = 19 anos) e mediana de 55 anos. A maioria dos pacientes (70%) relatava algum sintoma, principalmente dor e ardência. Ao exame intraoral, observava-se lesões sintomáticas, descamativas e eritematosas envolvendo toda gengiva inserida superior e inferior (Figura 2). Em 50% dos casos, havia outras áreas acometidas por lesão, como a mucosa jugal (20%), labial (20%) e a língua (10%). Após 30 dias do início do tratamento, houve regressão total em 8 (80%) pacientes. A tabela I discrimina os casos estudados.

Discussão

A gengivite descamativa é definida como uma manifestação oral de doenças vesículo-bolhosas e autoimunes, principalmente nos casos de penfigoide, pênfigo vulgar e líquen plano (5, 9, 10). Clinicamente caracteriza-se por descamação crônica do epitélio gengival resultando em áreas eritematosas difusas, erosões e úlceras na gengiva livre e inserida (10). Os pacientes apresentavam desconforto, disfagia e queixavam-se de sangramento gengival.

Essa descamação pode ser desencadeada pela fricção local intencional (sinal de Nikolsky) ou atrito local, não intencional, como forças da mastigação, restaurações mal adaptadas ou doença periodontal. Além disso, os sintomas são frequentemente agravados pela presença de placa dentária (9). Por esse motivo, todos os pacientes devem ser orientados quanto à necessidade de tratamento periodontal periódico, para controle de biofilme dentário, raspagem e polimento coronário (8). Em nosso estudo, todos os pacientes receberam instruções de higiene oral, profilaxia, raspagem supra-gengival e orientação para controle de placa.

Tratar a gengivite descamativa depende do controle da doença subjacente, uma vez que, na maioria dos casos, são doenças imunologicamente mediadas; assim a abordagem terapêutica é a utilização de agentes imunossupressores (9). SILVERMAN *et al.* (11) salientam que a abordagem deve objetivar a neutralização dos linfócitos agressores que não reconhecem algumas células do hospedeiro e liberam citocinas que iniciam uma resposta inflamatória, fazendo aparecer os sinais e sintomas. Como são lesões crônicas, o tratamento deve basear-se na gravidade dos sintomas e na saúde geral do paciente (11). Neste estudo os pacientes realizavam acompanhamento periódico no Serviço de Dermatologia para controle geral da doença.

Exceto nos casos de lesões mais graves, especialmente o penfigoide, que algumas vezes requer tratamento sistêmico, a medicação de primeira escolha para o manejo desta condição são os corticosteroides tópicos (8). Estes possuem menores efeitos adversos e, além disso, suas ações terapêuticas locais visam principalmente amenizar os sintomas de dor e promover ação anti-inflamatória local (12). Como os pacientes não apresentavam lesões cutâneas optou-se em utilizar uma medicação local para controlar as lesões. A pouca resposta dos pacientes portadores de penfigoide, pode estar atribuída à maior gravidade da doença e a idade avançada dos indivíduos.

SILVERMAN *et al.* (11) alertam que antes de iniciar a terapia medicamentosa, deve-se ter certeza que estas condições não são doenças infecciosas e descartar a hipótese de lesão maligna (11). Atentos a esse risco, todos os pacientes antes de iniciar o tratamento realizaram biópsia incisinal e raspado das lesões eliminando prováveis aspectos de malignidade e infecções oportunistas, somente após essa rotina, era empregado o protocolo de terapia oclusiva.

Dentre as medicações tópicas, estudos relatam bons resultados em pacientes com lesões orais tratados com enxaguatórios bucais (elixir) e pomadas com ou sem veículo adesivo. Entretanto, pode ser difícil aplicar e manter o corticosteroide em lesões gengivais extensas e profundas. Além disso, movimentos fisiológicos da cavidade bucal podem deslocar o corticosteroide de sua localização inicial, reduzindo o tempo de contato entre a droga e as lesões. A utilização de moldeiras com medicação corresponde a uma solução para esse problema, pois mantém o corticosteroide no tecido lesado e promove uma terapia oclusiva (3, 8). Nos pacientes atendidos, foi confeccionado, através de modelo de estudo, uma moldeira de silicone e utilizado um gel de hidrocortisona 1% com lidocaína a 0,5% por 30 minutos, três vezes ao dia após a higiene oral. O corticoide de primeira escolha foi de baixa potência, pois como essas lesões têm um curso crônico, estes fármacos estão indicados para tratamentos prolongados e possuem poucos efeitos adversos (13).

Entretanto, alguns autores relataram que o corticosteroide de alta potência como o Clobetasol, Fluonômida ou Fluticasona, pode ser inicialmente empregado para tratar a gengivite descamativa e posteriormente devem ser substituídos por um medicamento de baixa potência, como a Hidrocortisona (11, 14). Porém nos pacientes tratados obteve-se sucesso somente com corticoide de baixa potência associado à terapia oclusiva. Talvez os excelentes resultados devam estar relacionados à utilização de moldeira de silicone que permitiu um contato por mais tempo entre a medicação e a lesão e a certeza que a medicação abrangeu por totalidade a gengiva (3). No entanto, é importante salientar que apesar de obter bons resultados com esses tratamentos, o manejo desses pacientes com manifestações gengivais de doenças vesículo-bolhosas necessita de uma equipe multiprofissional uma vez que essa técnica visa tratar localmente as lesões gengivais e pode ser utilizada concomitantemente ao tratamento sistêmico em pacientes que apresentam lesões tanto cutâneas quanto orais.

Portanto, o tratamento dessas lesões gengivais tornou-se um grande desafio para o clínico visto que elas mimetizam diversas lesões mucocutâneas e o tratamento tópico tem suas limitações. Além disso, o tratamento de condições inflamatórias, incluindo a periodontite e gengivite pode contribuir para a resolução clínica da gengivite descamativa. Assim, uma maior consciência desta condição entre os dentistas e dermatologistas seria útil no sucesso do tratamento destes pacientes.



Figura 1. Aspectos clínicos da Gengivite Descamativa (GD). A, B e C indicam aspectos clínicos iniciais da GD antes do tratamento. D, E e F demonstram regressão significativa das lesões duas semanas, após o início do tratamento oclusivo com moldeiras de silicone. A e D – GD causada por Penfigoide Benigno das Membranas Mucosas, B e E pelo Líquen Plano, C e F pelo Pênfigo Vulgar

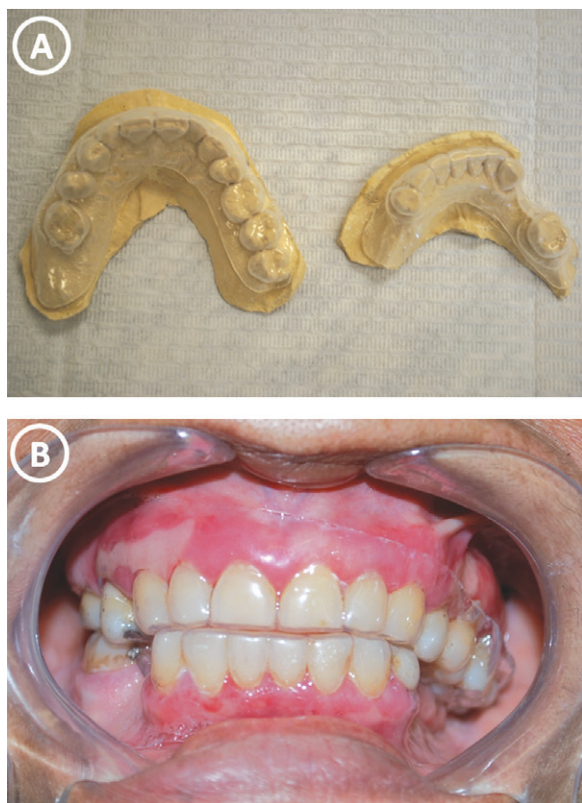


Figura 2A. Moldeira individual de silicone confeccionada, a partir de modelos de estudos. 2B. Prova da moldeira individual de silicone em paciente com gengivite descamativa por penfigoide benigno das membranas mucosas

Tabela I. Distribuição dos pacientes de acordo com as principais características clínicas

Paciente	Sexo	Idade	Diagnóstico	Sintomas	Outras Regiões Orais	Regressão Total
01	F	56	Líquen plano	Sim	Não	Sim
02	M	12	Líquen plano	Sim	Mucosa labial inferior	Sim
03	F	54	Líquen plano	Sim	Mucosa jugal bilateral	Sim
04	M	48	Pênfigo	Sim	Não	Sim
05	M	58	Pênfigo	Não	Não	Sim
06	F	60	Pênfigo	Não	Língua	Sim
07	F	22	Pênfigo	Sim	Língua	Sim
08	F	36	Pênfigo	Sim	Mucosa jugal bilateral	Sim
09	F	65	Penfigóide	Sim	Não	Não
10	M	70	Penfigóide	Não	Não	Não

Conclusão

A terapia oclusiva com corticosteroide tópico de baixa potência é uma opção eficaz para o tratamento da gengivite desquamativa; que pode ser utilizada de rotina. Entretanto, nos casos mais graves, a associação com a medicação sistêmica poderá resultar em melhor controle da doença. Além disso, é essencial o acompanhamento odontológico periódico destes pacientes; visto que os sinais e sintomas são frequentemente agravados pela presença do biofilme.

Referências Bibliográficas

- SCULLY, C., PORTER, S. R. The clinical spectrum of desquamative gingivitis. *Semin. Cutan. Med. Surg.* 1997; 16 (4): 308-13.
- ROGERS, R. S., SHERIDAN, P. J., NIGHTINGALE, S. H. Desquamative gingivitis: clinical, histopathologic, immunopathologic, and therapeutic observations. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1982; 7 (6): 729-35.
- CASIGLIA, J., WOO, S. B., AHMED, A. R. Oral involvement in autoimmune blistering diseases. *Clin. Dermatol.* 2001; 19 (6): 737-41.
- SURESH, L., NEIDERS, M. E. Definitive and differential diagnosis of desquamative gingivitis through direct immunofluorescence studies. *J. Periodontol.* 2012; 83 (10): 1270-8.
- ALESSI, S. S., NICO, M. M., FERNANDES, J. D. *et al.* Reflectance Confocal Microscopy As A New Tool In The In Vivo Evaluation Of Desquamative Gingivitis: Patterns In Mucous Membrane Pemphigoid, Pemphigus Vulgaris And Oral Lichen Planus. *Br. J. Dermatol.* 2013; 168 (2): 257-64.
- MACHADO, M. A., CONTAR, C. M., BRUSTOLIM, J. A. *et al.* Management of two cases of desquamative gingivitis with clobetasol and Calendula officinalis gel. *Biomed Pap. Med. Fac. Univ. Palacky Olomouc Czech Repub.* 2010; 154 (4): 335-8.
- PETRUZZI, M., DE BENEDITTIS, M., SERPICO, R. Comparison of topical tacrolimus 0.1 % in pectin ointment with clobetasol 0.5% ointment in adults with moderate to severe desquamative gingivitis: a 4-week, randomized, double-blind clinical trial. *Clin. Ther.* 2007; 29 (2): 385.
- MOTTA, A. C. F., GRISI, M. F. M., ROSELINO, A. M. F. *et al.* Corticosteroide tópico oclusivo no tratamento de manifestações gengivais de doenças vesicobolhosas auto-imunes. *An Bras. Dermatol.* 2006; 81 (3): 283-5.
- ELENI GAGARI, P. D. D. Desquamative gingivitis as a manifestation of chronic mucocutaneous disease. *JDDG.* 2011; 9: 184-7.
- TORREZANI, A. Uso de tacrolimus tópico em pacientes com gengivite desquamativa: um estudo aberto [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2011. 69p.
- SILVERMAN, SOL. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- BERNABÉ, D. G., MORAES, N. P., CORREIA, C. M. *et al.* Tratamento do pênfigo vulgar oral com corticosteroides tópico e sistêmico associados a dapsona e pentoxifilina. *Revista de Odontologia da UNESP.* 2005; 34 (1): 49-55.
- COSTA, A. D., MACHADO, S., SELORES, M. Corticóides tópicos considerações sobre a sua aplicação na patologia cutânea. *Rev. Port. Clin. Geral.* 2005; 21: 367-73.
- SCULLY, C. Medicina oral e maxilofacial - Bases do diagnóstico e tratamento Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

Recebido em: 10/04/2013 / Aprovado em: 13/05/2013

Bruna Lavinas Sayed Picciani

ABO-RJ - Centro Odontológico para Pacientes Especiais

Rua Barão de Sertório, 75, Rio Comprido

Rio de Janeiro/RJ, Brasil – CEP: 20261-050

Email: brunapicciani@yahoo.com.br