

Lair Mambrini Furtado

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ALTERAÇÕES
BUCAIS E MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA DE
PACIENTES PSORIÁTICOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de Federal Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Uberlândia, 2008

Lair Mambrini Furtado

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE ALTERAÇÕES
BUCAIS E MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA DE
PACIENTES PSORIÁTICOS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de Federal Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Odontologia, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Francisco Durighetto Junior

Banca Examinadora:
Prof. Dr. Antônio Francisco Durighetto Junior
Prof^a. Dra. Rosana Ono
Prof. Danyel Elias da Cruz Perez

Uberlândia, 2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F992a Furtado, Lair Mambrini, 1981-
Análise da relação entre alterações bucais e manifestação cutânea de
pacientes psoriáticos / Lair Mambrini Furtado. - 2008.
61 f. : il.

Orientador: Antônio Francisco Durighetto Junior.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Uberlândia, Pro-
grama de Pós-Graduação em Odontologia.
Inclui bibliografia.

1. Psoríase- Teses. 2. Manifestações orais de doenças - Teses. I.
Durigueto Junior, Antônio Francisco. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU:

616.517

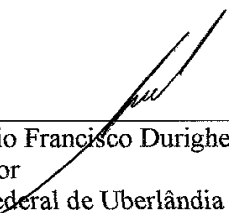


UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
AV. Pará, 1720, bloco 2u – sala 2U09 – Campus Umuarama - UBERLÂNDIA –MG – 38400-902
(0XX) 034 –3218-2550

RELATÓRIO DA COMISSÃO JULGADORA DA PROVA DEFESA DE MESTRADO DA CD LAIR MAMBRINI FURTADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DESTA UNIVERSIDADE.

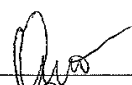
Às quinze horas do dia vinte e dois de fevereiro do ano de dois mil e oito, reuniu-se a Comissão Julgadora indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação desta Faculdade, para o julgamento da Dissertação de Mestrado apresentada pelo candidato, LAIR MAMBRINI FURTADO com o título: *Análise da relação entre alterações bucais e manifestação cutânea de pacientes psoriáticos*. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador expressou o seu julgamento em sessão secreta e exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Dissertações e Teses da Biblioteca desta Universidade. Acompanham este relatório os pareceres individuais dos membros da Comissão Julgadora.

Uberlândia 22 de fevereiro de 2008



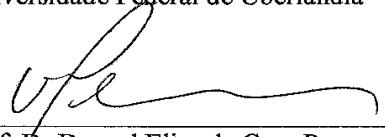
Prof. Dr. Antônio Francisco Durighetto Júnior
Titulação: Doutor
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Aprovado A
Aprovado/Reprovado/Conceito



Prof. Dra. Rosana Ono
Titulação: Doutora
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

Aprovado A
Aprovado/Reprovado/Conceito



Prof. Dr. Danyel Elias da Cruz Perez
Titulação: Doutor
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Aprovado A
Aprovado/Reprovado/Conceito

DEDICATÓRIA

Dedico,

Ao meu pai, Lair Furtado, à minha mãe, Dalma Tereza Mambrini Furtado, à minha irmã, Flávia Mambrini Furtado, pelo incentivo, apoio, compreensão em todos os momentos da minha vida e principalmente, por cada dia estarmos mais unidos, apesar da distância.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a todos os meus Guias espirituais, por ter me guiado em mais uma etapa de minha carreira profissional e pessoal.

Ao Professor Antônio Francisco Durighetto Junior, por me orientar no desenvolvimento de minha dissertação, pela amizade e respeito.

Ao Professor Aparecido Eurípedes Onório Magalhães, ao Professor Marcio Teixeira e à Professora Rosana Ono, pelo paciente, valioso e indispensável auxílio na correção desta dissertação.

Aos Professores do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, pela oportunidade de realização desta pesquisa.

Ao Professor José Joaquim, responsável pelo Ambulatório de Psoríase, quem muito me ensinou e ajudou na colheita de dados.

Aos Professores do Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, por participarem de mais uma etapa importante do meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À Carolina Marquez Florim, minha namorada, pelo incentivo, compreensão e presença em minha vida nestes últimos anos tão decisivos e importantes.

Às residentes de Dermatologia, que me ajudaram e tiveram a paciência para com minha pesquisa.

Aos colegas do Curso de Mestrado, que aqui os conheci e daqui os levarei em memória de momentos felizes.

Aos professores e funcionários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE TABELAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
3. PROPOSIÇÃO	34
4. MATERIAL E MÉTODO	35
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO	50
7. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXO	61

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Distribuição em porcentagem conforme o gênero dos pacientes avaliados.
- Figura 2 Número de pacientes em relação à procedência.
- Figura 3 Faixa etária dos pacientes avaliados.
- Figura 4 Distribuição do número de pacientes em relação à raça.
- Figura 5 Quadro da doença cutânea nos pacientes avaliados.
- Figura 6 Incidência dos tipos de psoríase nos pacientes avaliados.
- Figura 7 Constância da manifestação cutânea da psoríase nos pacientes avaliados.
- Figura 8 Presença de familiares com psoríase.
- Figura 9 Gráfico das lesões em língua encontradas nos pacientes psoriáticos avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Número de pacientes avaliados conforme o gênero.
- Tabela 2 Procedência dos pacientes avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.
- Tabela 3 Distribuição da faixa etária dos pacientes avaliados.
- Tabela 4 Dados quanto à raça dos pacientes avaliados.
- Tabela 5 Pacientes avaliados em relação ao quadro evolutivo da doença.
- Tabela 6 Tipos de psoríase diagnosticadas nos pacientes avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.
- Tabela 7 Pacientes que relataram períodos de remissão total das lesões cutâneas.
- Tabela 8 Presença de história familiar nos pacientes psoriáticos avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.
- Tabela 9 Distribuição das alterações em língua encontradas nos pacientes psoriáticos avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.
- Tabela 10 Lesões em mucosa jugal presente nos pacientes psoriáticos avaliados no estudo.
- Tabela 11 Lesões em lábio encontradas nos pacientes psoriáticos avaliados.
- Tabela 12 Pacientes psoriáticos avaliados em relação à lesões em palato.
- Tabela 13 Relação entre os pacientes avaliados, alteração do quadro da doença cutânea e do quadro bucal durante as duas visitas.
- Tabela 14 Pacientes com mudança da condição bucal e estabilidade do quadro cutâneo.
- Tabela 15 Pacientes que mantiveram estável o quadro da doença cutânea e as alterações bucais nas duas visitas.

RESUMO

A psoríase é uma doença dermatológica crônica que acomete cerca de 1-3% da população mundial. As manifestações clínicas são caracterizadas por pápulas e placas brancas que se descamam com facilidade e deixam em seu lugar, pequenos pontos hemorrágicos conhecidas como Sinal de Auspitz. A doença pode apresentar formas clínicas e fases diferentes: evolutiva ou aguda com intensa sintomatologia e estável ou assintomática. As manifestações bucais ainda é um assunto controverso na literatura sendo descrita por alguns autores em relato de caso clínico, como lesões brancas, eritematosas, úlceras e pápulo-escamosa. Ainda existem descrições que afirmam haver relação direta entre as manifestações dermatológicas da psoríase com a língua geográfica e língua fissurada. Em outra vertente, trabalhos que investigaram grupos de pacientes psoriáticos não conseguiram repetir a mesma observação. O propósito deste estudo foi avaliar a relação entre as alterações em mucosa bucal e em pele de pacientes portadores de psoríase, em tratamento no Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, em um intervalo de 12 meses. Durante esse período, 36 pacientes atenderam os requisitos de inclusão, pois se submeteram a dois exames, com intervalo mínimo de três semanas. Os resultados permitiram a identificação de duas lesões brancas na região jugal, sete eritematosas em palato, duas queilites angulares, cinco fissuradas e uma associação de língua geográfica e fissurada. Não foi possível fazer qualquer associação específica entre manifestação dermatológica e as alterações bucais encontradas. A psoríase cutânea mostrou predileção ao gênero masculino, sendo a forma vulgar a predominante, pacientes leucodermas são mais acometidos, a fase estável da doença de pele foi mais freqüente e aproximadamente um terço dos pacientes avaliados apresentaram história familiar positiva.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic dermatologic disease that comets at least 3% of the world population. In the tropical countries, such as Brazil, it is considered an important factor of social exclusion. The clinic manifestation presents mainly papules and white plaque that are easily removed leaving at its place many small bleeding points known as Auspits sign. The disease may shows different clinic pattern and it can be find in different stage described as evaluative or acute and stable or asymptomatic. Oral manifestation is still a controversy in the literature. It has been described by some authors in clinical case reports as white or erythematous lesions, ulcers and descamative papules. Some of these reports tend to establish a direct relationship between the dermatologic manifestation and geographic and fissured tongues and others could not find the same occurrence. In the present study all the patients attended to the psoriasis ambulatory of the Uberlândia Federal University medical school passed into an oral exam in a period of 12 months. 36 patients were included in this study because they had been examined two times or more in a period bigger than three weeks, allowing establishing a relationship between the disease clinical stage and the oral manifestation. The oral lesions found in this study were two white plaques in the jugal mucosa, seven erythematous areas in the hard palate and two angular queilites, six fissured and one one association of geographic and fissured tongue. After all, it was not possible to make any specific association between dermatologic and oral manifestation because some oral lesions were present in both stage of psoriasis and otherwise, some were present in a stable stage and disappeared in the progressive. Also the incidence of the oral lesion identified in this study was similar to that found in a normal population.

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença dermatológica crônica, hiperproliferativa, de etiologia desconhecida, bastante comum, com diversas variantes clínicas e graus de severidade. Geralmente acomete 1 a 3% da população, manifesta em sua maior proporção na faixa etária dos 10 aos 30 anos, sem predileção ao gênero e nível socioeconômico (Manela et al., 1988; Greaves & Weinstein, 1995).

Admite-se a existência de um estado pré-psoríase no qual a pessoa seria portadora do genótipo para a moléstia que ainda não teria se manifestado. Considera-se neste caso que fatores desencadeantes, como traumatismos locais, infecções diversas, estresse emocional, baixa umidade do ar, abuso de bebidas alcoólicas, ambientais e idade não teriam ainda atuado induzindo o estado psoriático. Ainda tem sido relatada a sua ligação com o uso de alguns medicamentos como betabloqueadores, lítio, antimaláricos e anticoncepcionais (Sabatovich, 1991; Neto et al., 2004; SBD, 2007).

O termo psoríase foi derivado da palavra grega “psora”, que significa coceira, prurido, comichão, sarna (Kruger & Duvic, 1994; Zhu et al., 1996). Estudos demonstraram que Galeno (133-200 a.C.) tenha sido a primeira pessoa a empregar o termo psoríase, mas provavelmente estava descrevendo um eczema seborreico. Hipócrates (460-370 a.C.) certamente observou lesões psoriáticas, pois utilizou o termo psora e lepra para designar erupções escamativas (Fry, 1988; Elder et al., 1994; Fitzpatrick, 1996; Costa, 1999). Assim, até o século XIX, pacientes portadores de psoríase eram agrupados a leprosos e freqüentemente tinham o mesmo destino, podendo até serem queimados (Fry, 1988; Elder et al., 1994).

A primeira descrição reconhecida é atribuída a Celsus (25-45 a.C.) que, em seu estudo “De Re Media”, há aproximadamente 2000 anos, descreveu-a sob a forma de impetigo (Fry, 1988; Elder et al., 1994; Fitzpatrick et al., 1996). Robert Willian, em 1809, foi o primeiro a descrever de forma mais precisa, as diversas manifestações clínicas da psoríase, mas não a diferenciou da lepra. A caracterização das duas doenças como entidades clínicas

independentes foi apresentada em 1841 por um dermatologista vienense, Ferdinand Von Hebra. Assim o reconhecimento da psoríase como entidade patológica ocorreu há pouco mais de 150 anos (Krueger & Duvic, 1994; Fry, 1988).

Também conhecida como síndrome de Willan-Plumb, a psoríase caracteriza-se por pápulas ou placas eritêmato-escamosas, bem delimitadas, cobertas por escamas brancas prateadas e com um halo periférico claro (Halo de Woronoff). As placas são usualmente sólidas, com bordas bem definidas, podendo variar de um a três centímetros à áreas geográficas extensas. De modo geral alguns pacientes referem sensação de prurido, queimação e dor. O ato de coçar a ferida pode eliminar tais placas, originando minúsculos pontos de sangramento. Esta característica foi denominada como sinal de Auspitz (Weathers et al., 1974; Buchner & Begleiter, 1976; Fonseca & Elimir, 1984; Trigonides, 1986; Fry, 1988; Sabatovich, 1991; Zhu et al., 1996).

As lesões cutâneas podem acometer qualquer região do corpo, embora haja predileção por superfícies extensoras, principalmente joelho e cotovelo, unhas, couro cabeludo, áreas genitais e, às vezes, articulações (Pisanty & Ship, 1970; White et al., 1976; Pogrel & Cram, 1988; Costa, 1999). A simetria é regra, embora possa haver lesão única (Pinkus & Mehregan, 1966).

Segundo a Associação Brasileira de Psoríase junto à Sociedade Brasileira de Dermatologia, a psoríase pode ser classificada em:

- Psoríase Vulgar ou em Placas: tipo mais comum, com lesões róseas ou avermelhadas recobertas por escamas de cor branca.
- Psoríase Invertida: lesões vermelhas leves que surgem normalmente em regiões de dobra, como axilas e virilhas.
- Psoríase Gutata ou em Gotas: segundo tipo mais comum, com lesões pequenas que se assemelham a gotas.
- Psoríase Palmo-Plantar: lesões localizadas na palma das mãos e/ou na planta dos pés.
- Psoríase Eritrodérmica: a forma mais grave e menos comum, com inflamações e manchas vermelhas em grandes áreas da pele.

- Psoríase ungueal: quando as lesões de psoríase atacam somente as unhas, podendo fazer com que elas endureçam e se descolem da pele que está por baixo.
- Artrite Psoriásica: uma pequena porcentagem de portadores de psoríase pode apresentar inflamações nas cartilagens e articulações, desenvolvendo dor física e dificuldade de movimentação.
- Psoríase Pustulosa: forma aguda, com pústulas amicrobianas (embora haja aparência de “pus” as lesões não contém bactérias).

As lesões de psoríase normalmente se desenvolvem, também, no couro cabeludo, como se fosse uma caspa intensa (ABRAPSE, 2006).

Embora sua etiologia não esteja completamente estabelecida, conjectura-se que seja uma doença multifatorial agregando aspectos hereditários e genéticos aos psicossomáticos. Vários estudos imunológicos mostraram forte correlação entre os antígenos leucocitários humanos (HLA) e a psoríase. Os tipos de HLA que apresentam associação com a psoríase com maior frequência são: HLA-B13, HLA-B17, HLA-BW16 e HLA-CW6 (Neto et al., 2004; Russel et al., 1972; Tiilikainen et al., 1980; Sabatovich, 1991).

Os estudos sobre antígenos permitem classificar dois tipos de psoríase: *Psoríase de início precoce*, com pico de incidência na puberdade e alta ocorrência (85%) de marcadores HLA-CW6, B13, B17 e BW57, sendo a forma mais instável da doença, com maior tendência à generalização do quadro; e a *Psoríase do adulto*, com manifestação após os 40 anos, com baixa incidência de marcadores HLA (15%), associada ao HLA-CW2, B27, B44, CW5. Este quadro costuma ser mais estável e brando (Sampaio et al., 1985).

Sua patofisiologia envolve um aumento de células epiteliais, que segundo Pinkus & Mehregan (1966), está relacionado ao dano celular. Ele sugeriu que o extravasamento de exudato seroso e de leucócitos para o interior das lamelas epiteliais é resultado da eliminação de produtos patológicos. O extravasamento deste conteúdo dará origem às pústulas espongiforme de Kogoj e aos microabcessos de Munro.

As manifestações orais são descritas por alguns autores como “raras” e sua existência, na ausência de lesões em pele, é um assunto bastante controverso e não completamente definido (Younai & Phelan, 1997; Robinson et al., 1996). Alguns estudos simplesmente excluem o acometimento oral da psoríase (Buchner & Begleiter, 1976). Outros mostram que ele é incomum. Há ainda aqueles que dizem que a lesão oral psoriásica aparece na forma pustulosa generalizada e, ocasionalmente, na vulgar (Dawson, 1974; Wagner et al., 1976; Fischman et al., 1977; Pyle et al., 1994; Costa, 1999).

O primeiro caso de psoríase oral foi descrito por Oppenheim e Thimm em 1903. Em 1984, Hietanen estudou 200 pacientes psoriáticos e verificou que quatro (2%) apresentavam manifestação oral da doença.

A presença de focos solitários ou múltiplos na mucosa jugal, gengivas, lábios, palato, língua, comissuras e soalho bucal foi observada por De Gregori et al., (1971).

Pindborg (1986) descreveu quatro tipos de lesões de psoríase oral: 1- bem definida, cinza para amarelo-esbranquiçada, minúscula, redonda para ovalada; 2- lesões brancas elevadas e rendilhadas em mucosa oral e língua que se comparam às lesões em pele; 3- mácula eritematosa, vermelho rubro, observado na mucosa oral, inclusive na língua, geralmente na fase aguda da psoríase; 4- língua geográfica, que freqüentemente acomete pacientes com psoríase.

Parece não haver um consenso na literatura quanto a manifestações bucais da psoríase. Consideramos então oportuna a realização de um estudo, o qual avaliou a relação entre as alterações na mucosa bucal e na pele de pacientes psoriáticos atendidos no Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

REVISÃO DA LITERATURA

Em 1953, Brayshaw descreveu três casos de psoríase oral. São eles:

- Caso 1 – Homem, 35 anos de idade, procurando tratamento para uma região que apresentava sangramento. Ao exame clínico apresentava lesão oval de 1cm de diâmetro, levemente elevada, envolvendo as papilas e gengiva inserida na distal dos caninos superiores bilateralmente. Foi notada também uma superfície brilhante, em escalas de cinza e múltiplos pontículos de sangramento. A lesão foi removida completamente e recidivou após nove meses. A análise histológica mostrou hiperparaqueratose, microabcessos, infiltrado inflamatório intenso e presença de vasos dilatados. O paciente não apresentava lesões em pele.
- Caso 2 – Um irlandês de 33 anos, queixando-se de uma lesão branca acinzentada crescendo na gengiva inserida do primeiro pré-molar superior esquerdo, que apresentava sangramento ao contato. A lesão foi removida e a análise histológica mostrou uma área circunscrita de hiperparaqueratose, com cristas epiteliais alongadas, microabcessos e considerável descamação.
- Caso 3 – Este caso tinha a aparência semelhante aos outros dois casos, na gengiva marginal do segundo pré-molar superior; área branca acinzentada, com 2mm de diâmetro e superfície irregular. O exame histológico mostrou quadro também compatível com psoríase.

Em 1970, Pisanty & Ship descreveram um caso de um paciente do gênero masculino, de 47 anos de idade com queixa de um pequeno crescimento assintomático, em forma de placa branca, com superfície polida, nos lábios superior e inferior com dois meses de duração. Não foram evidenciadas ulcerações, descamação e outras anormalidades. O paciente relatou ter tido psoríase dermatológica nos 18 anos antecessores e que sua mãe e dois irmãos também tinham história de psoríase. Foi feita a biópsia

incisional e o estudo histológico mostrou hiperparaqueratose, papilas alongadas, tornando-se espessas na porção suprapapilar, edema, vasos dilatados e infiltrado inflamatório intenso. Ainda foram evidenciados os microabcessos de Munro, o que terminou de dar consistência para o diagnóstico de psoríase bucal.

DeGregori et al. (1971) descreveu o caso de um paciente com 53 anos de idade, branco, fumante. Seu pai também apresentava psoríase, com sua primeira manifestação em 1941. Ao exame oral, foi observado que a margem gengival estava eritematosa e que quando manipulada, apresentava dor e pequenos pontos hemorrágicos. A língua também estava eritematosa. Foram então colhidos fragmentos para biópsia tanto da língua quanto da papila interdental. A análise da característica histológica dos fragmentos foi compatível com o estado clínico, assim concluído com diagnóstico de psoríase mucosa.

Salmon et al. (1974), relataram um caso de psoríase com envolvimento da cavidade oral, onde suas características microscópicas eram compatíveis com quadro de psoríase, reunindo todos os critérios histológicos. Paciente do gênero feminino, 45 anos de idade, branca, tabagista, etilista, com a seguinte queixa: “minha boca inteira esta dolorida e eu não consigo comer coisa alguma”. Ela passou antes pelo dermatologista devido a rachaduras e irritações nos lábios, genitais e mãos. O prurido e erupções papulo-escamosas envolvendo os lábios e língua, região posterior da orelha, umbigo, abdômen e virilha também estavam presentes neste tempo e esta condição estava variando de estágios há aproximadamente dois anos. No exame bucal, a paciente era edêntula e tinha uma prótese mal ajustada. A mucosa bucal estava inflamada e muito sensível à palpação. A língua mostrava um acúmulo de coleção branco-amarelada removida facilmente. Em adição, haviam muitas úlceras com a forma circular irregular de três a dez milímetros de diâmetro, com bordas eritematosas, em ambos os lábios, língua e mucosa bucal. Uma crosta de exsudato foi notada nos lábios e nas comissuras. Foram realizadas varias biópsias da paciente, onde foram evidenciados micro-abcessos de Munro, uma notável paraqueratose e áreas hemorrágicas. Diluído na porção

suprapapilar, edema, infiltrado inflamatório, presença de espongiose branca ou não e uma rede de células alongadas, delgadas superiormente e gradativamente se tornando espessas na porção inferior.

White et al., 1976, descreveram um caso de uma paciente com 43 anos de idade, branca, com presença de psoríase cutânea generalizada concomitantemente à lesão intra-oral. Observava-se uma lesão eritematosa severa em gengiva inserida labial e eritema assintomático em palato duro e mole. Foi passada instrução de higiene oral e após um mês, o eritema persistiu. Foi então realizada biópsia incisional e constatou-se através da análise histológica e clínica, lesão psoriasiforme.

Segundo Buchner & Begleiter, 1976, 100 pacientes psoriáticos consecutivos foram examinados para a presença ou não de lesões orais. Foram avaliados quanto ao gênero, idade, duração da doença e o país de origem. Sessenta e cinco pacientes eram do gênero masculino, 35 do gênero feminino, com idade variando de quatro a 80 anos, com média de 29 anos. O tempo médio de evolução da doença foi 9.5 anos e 59% dos pacientes tinham a evolução da doença entre um mês e nove anos, 27% entre 10 e 20 anos e 14% mais de 20 anos. Quanto à origem dos pais, 53% eram provindos da Europa e América, 33% do norte da África e orientais e 14 % eram nativos de Israel. Nenhum caso foi diagnosticado como psoríase oral, embora um paciente apresentou placa branca com superfície rugosa e com resultado histológico de hiperqueratose; dois pacientes apresentaram úlceras; um paciente mostrou irritação em mucosa bucal e em um foi diagnosticado papiloma na língua. Também foram identificadas, queilite angular (11%), língua fissurada (6%) e glossite migratória benigna (5%). Em dois pacientes foi observado envolvimento da parte cutânea do lábio, mas não a parte mucosa.

Doben, 1976, relatou o caso de um paciente caucasiano com 60 anos de idade, que se apresentou com queixa de sensibilidade na gengiva durante a mastigação. No exame intra-oral foi notado cálculo subgengival, matéria alba, placa, inflamação da margem gengival concomitante à uma mancha eritematosa e uma estomatite na margem da prótese parcial. A gengiva inserida estava um pouco granulada com um pontilhado profundo que;

quando estimulado, dava origem a pequenos pontos de sangramento. Mancha esta que se estendia rumo à junção mucogengival. Foi então realizada a biópsia da margem gengival e da área edêntula. A análise histológica revelou uma marcante acantólise do epitélio com paraqueratose, um plexo de células alongadas, ocasionalmente alguns micro-abcessos, infiltrado inflamatório crônico e vasos dilatados, aspectos característicos de psoríase bucal.

Cataldo et al. (1977) descreveram um caso de uma paciente com 47 anos de idade, que apresentava lesões em pele e na boca, com três anos de duração. As lesões em pele se apresentavam em placas brancas e eritematosas nos dedos dos pés, unhas, couro cabeludo e na área intergluteal. Estas lesões foram diagnosticadas, clinicamente e microscopicamente, como psoríase pustular. Ao exame oral revelou o envolvimento de toda mucosa, principalmente da língua, da região bucal e dos lábios. Apresentavam-se como lesões brancas e elevadas. A biópsia de todas as áreas com lesões foram interpretadas histologicamente e suas características foram similares às da pele. Anestésicos tópicos promoveram alívio dos sintomas, embora as lesões orais persistissem.

Fischman et al. (1977) apresentaram um caso clínico de um paciente do gênero masculino, 32 anos de idade, branco, com queixa de mancha branca em mucosa bucal presente há cinco anos, com aumentos e remissões durante este período. Apresentava lesões em couro cabeludo compatíveis com psoríase. Ao exame clínico, foi observada uma placa branca rugosa em mucosa bucal, estendendo-se à comissura, com aproximadamente três centímetros dentro da cavidade oral. Mostrando insensibilidade à palpação, sangramento e mobilidade. Foram realizadas cultura e citologia, tendo como diagnóstico candidose. O tratamento foi realizado com antifúngico tópico não obtendo o resultado esperado com a resistência da lesão. Após a biópsia incisional, o fragmento foi submetido ao exame histológico e em adição, microscopia eletrônica e imunofluorescência. O resultado foi compatível, nos três níveis, com psoríase.

Em 1984, Hietanen et al., avaliaram a cavidade oral de 200 pacientes psoriáticos consecutivos, a maior parte destes com psoríase cutânea

disseminada, todos com diagnóstico confirmado através de biópsias cutâneas. Foram coletados dados quanto à idade, gênero e duração da doença. Também foi observada a presença de desconforto articular, envolvimento das unhas e todas alterações em mucosa bucal. Como resultado, observou-se que a proporção masculino/feminino foi de 1,63:1 (124 homens e 76 mulheres), média de idade de 43,7 anos e média de duração da doença até a data do exame de 15,8 anos. Quando questionados, 16% dos pacientes relataram alterações nas articulações, o que foi constatado por radiografias. A maioria dos pacientes (72,5%) relataram envolvimento das unhas durante todo o tempo da doença. Língua fissurada estava presente em 9,5% dos pacientes, língua geográfica e língua despapilada em 1% cada e queilite angular em 3,5%. Foi realizada biópsia em 20 pacientes sendo que quatro apresentaram resultados compatíveis com psoríase, um em língua, um em mucosa bucal, um em língua fissurada e outro em língua geográfica, todos com quadro generalizado de psoríase cutânea.

Winthrope, 1984, relatou cinco casos de três famílias com psoríase pustular generalizada e com lesões em língua.

- Família 1 – Três irmãos mexicanos que desenvolveram psoríase pustular generalizada precoce e até a terceira década de vida apresentaram de dois a três episódios da doença. Todos os três irmãos apresentaram língua fissurada com aproximadamente quatro anos de idade. As fissuras linguais eram assintomáticas e não mudavam sua aparência em relação à idade e ao estado de atividade da psoríase. Sobretudo, dois apresentaram língua geográfica durante episódios da psoríase pustular generalizada que se resolveu após remissão da doença. Os três tiveram o Antígeno Humano leucocitário idênticos (A3, B5 e B15 presentes e A1, B7, B27 e B8 ausentes) e o mesmo tipo sanguíneo (O positivo). A mãe destes pacientes apresentava língua fissurada, porém não era portadora de psoríase nem língua geográfica.
- Família 2 – Uma garota de 10 anos de idade apresentou psoríase pustular generalizada durante a quinta semana de vida. A doença

teve remissão espontânea, mas aos oito e depois aos dez a psoríase se manifestou na mesma forma. Aos quatro anos de idade foi notada a presença de língua fissurada, que era mascarada pela presença da língua geográfica. Já, a língua geográfica foi diagnosticada na infância, notada principalmente durante os três episódios da psoríase e quase imperceptível durante os períodos de normalidade cutânea. Sua irmã, de oito anos de idade, mostrava língua fissurada assintomática e imutável desde os quatro anos, porém não tinha apresentado quadro de psoríase até o momento.

- Família 3 – Paciente do gênero feminino, 35 anos de idade, portadora de psoríase pustular generalizada, apresentou três episódios durante os três anos antecedentes. Os três episódios tiveram remissões espontâneas oito a dez semanas após a manifestação. Aos cinco anos de idade foi notada a língua fissurada, que durante os episódios de psoríase se mostrou bastante irritada. A língua geográfica, também notada durante a infância, era pouco evidente após a ingestão de bebidas alcoólicas e alimentos ácidos e bastante evidente durante a manifestação da psoríase.

Os autores concluíram que a língua geográfica é uma manifestação mucosa da psoríase pustular generalizada e que, ambas doenças são poligênicas, clínico-histologicamente idênticas, episódicas, podendo se manifestar após a influência de fatores externos.

Richardson et al. (1986) relataram que lesões orais de psoríase são observações clínicas raras. Relatos de psoríase oral são bem documentados mostrando que não há uma linha de lesões consistentes. As lesões orais variam de placas vermelhas, brancas até úlceras. O caso demonstrado foi de um paciente com 51 anos de idade, gênero masculino, com história de psoríase cutânea, porém sem história familiar. O paciente apresentava lesões em cotovelos e couro cabeludo. Durante o seu primeiro exame não apresentava alterações bucais, contudo, durante sua segunda visita três

semanas após, o paciente manifestou algumas lesões eritematosas assintomáticas, lineares e sinuosas na metade posterior do palato duro. Foi então realizada a biópsia incisional que teve como diagnóstico, juntamente com suas características clínicas, psoríase bucal.

Em 1986, Trigonides et al. descreveram um caso de um paciente com 60 anos de idade, gênero masculino, com queixa de secura na boca há três meses. O paciente apresentava-se com sinais de psoríase cutânea generalizada. Ao exame oral, pôde-se observar mucosa eritematosa, pápulas pequenas cobertas por camada branco-amarelada bem circunscrita no dorso de língua e língua fissurada e eritematosa. Foi realizado o estudo histológico da lesão de boca. Foi constatado, uma rede de células alongadas, com espessamento na porção inferior. O epitélio mostrou paraqueratose e abscessos de Munro, contendo células polimorfonucleares. Na lâmina própria pôde-se observar edema, dilatação de capilares e infiltrado de células mono e polimorfonucleares. As características histológicas da pele e da língua eram bastante similares, que juntamente com o aspecto clínico, definiu-se como lesão psoriasiforme.

Zunt & Tomich (1989) descreveram um caso de um paciente com 32 anos, gênero masculino, preocupado com a mucosa jugal direita, a qual apresentava-se irritada. Ele achou que seria uma simples irritação e que cessaria com o tempo, porém persistiu. O paciente relatou que a área estava amarelada, parecia estar aumentando e era sensível em contato com comidas condimentadas e café. Clinicamente, apresentava-se bem definida, com um leve eritema e pequena rugosidade na região anterior da mucosa jugal, próximo à comissura labial. Sua higiene oral era satisfatória. Foi realizada a biópsia e análise histológica que mostrou mucosa oral não queratinizada, exibindo uma proeminente rede celular superficial, pústulas espongiiformes ou micro abscessos, edema intercelular e capilares dilatados. Microscopicamente, uma mucosite psoriasiforme.

Sklavounou et al. (1990) relataram um caso de uma paciente com 42 anos de idade, caucasiana, que se apresentou com queixa de queimação língua com um mês de duração. Ao exame clínico observou uma lesão

esbranquiçada, levemente elevada, bem circunscrita, na superfície dorsal da língua próxima ao lábio medindo 1x1.2cm. Leve eritema foi notado na periferia da lesão. Na borda lateral da língua, lesões similares à língua geográfica também foram notadas. Não foi diagnosticada nenhuma manifestação cutânea até o momento da avaliação. Na história familiar, descobriu-se que sua filha era portadora de psoríase confirmada. Foi realizada biópsia incisiva e tipagem de HLA (Antígeno humano leucocitário). O resultado da microscopia juntamente com a presença do antígeno B13 deu suporte para o diagnóstico de psoríase bucal. O tratamento foi realizado através da aplicação tópica de esteróides e em dois anos ela não havia manifestado psoríase cutânea.

Morris et al. (1992), realizaram um estudo envolvendo 200 pacientes consecutivos portadores de psoríase e 200 pacientes do grupo controle. Neste estudo foi avaliado a presença de língua geográfica, língua fissurada e estomatite areata migrans. Foi ainda avaliado a idade, gênero, raça e estado evolutivo da doença se portador de psoríase. Obtiveram o seguinte resultado: 10,3% dos pacientes psoriáticos apresentaram glossite migratória benigna versus 2,5% do grupo controle; 5,4% dos psoriáticos com estomatite areata migrans versus 1% do grupo controle e em relação à língua fissurada, 16,7% contra 20,3% do grupo controle. Outro dado estatisticamente significativo foi que 14,4% dos pacientes do gênero masculino portadores de psoríase apresentaram glossite migratória benigna contra 6% de pacientes do gênero feminino.

Ulmansky et al. (1995) descreveram seis casos de psoríase oral diagnosticados por meio de alterações histológicas observadas em biópsias de lesões orais. Três dos pacientes apresentaram-se com psoríase oral concomitante à de pele. Dos outros três, dois apresentaram apenas manifestações orais, embora o acompanhamento deles tenha sido curto e um tinha história de psoríase cutânea passada. Dois casos apresentaram também artrite psoriática, sendo um na ATM. São os seguintes casos:

- Caso 1 - Homem, 72 anos de idade, com história de psoríase há 20 anos. Características intra-orais: dor, lesão vermelha com halo

branco em dorso de língua iniciado há quatro anos. Quatro anos após a manifestação oral apareceu língua geográfica e fissurada;

- Caso 2 - Mulher, 66 anos, com psoríase cutânea há vários anos. Características intra-orais: lesão em mucosa bucal esquerda com fácil sangramento;
- Caso 3 - Homem, 53 anos, quatro a cinco anos antes do envolvimento oral iniciou-se a psoríase cutânea. Características intra-orais: lesão dolorida em mucosa bucal direita e esquerda e também no lábio;
- Caso 4 - Homem, 70 anos. Dezoito meses após o diagnóstico da lesão oral se manifestou a psoríase cutânea. Características intra-orais: língua geográfica e fissurada dolorida. Também lesões liquenóides no lábio inferior e mucosa bucal direita e esquerda;
- Caso 5 - Mulher, 38 anos, lesão branca elevada na superfície anterior do ventre lingual;
- Caso 6 - Mulher, 70 anos, área endurecida na superfície anterior do ventre lingual.

Em todos os exames histológicos foram observadas a presença de paraqueratose, rede de células alongadas com acantólise e infiltrado de leucócitos polimorfonucleares. Em quatro casos foi constatada a presença de micro-abcessos de Munro (Ulmansky et al., 1995).

Younai & Phelan (1997) relataram um caso incomum de mucosite oral com características de psoríase. O caso relatado envolveu uma lesão crostosa no lábio superior e lesões eritematosas na mucosa labial, bucal e palatal sob uma prótese total. A paciente tinha 65 anos de idade, com queixa de lesão em lábio superior há quatro anos. Ao exame clínico observou-se uma lesão de 1x3cm, coberta por uma crosta, no lábio superior, facilmente removida revelando uma superfície com pequenos pontos de sangramento e pontos brancos (pústulas). A mucosa sob a prótese estava eritematosa, semelhante à estomatite induzida. Apresentava língua fissurada com áreas parecidas com língua geográfica e lesões semelhantes em mucosa bucal, lábio inferior e soalho de boca. Toda a mucosa bucal, labial e parte do palato exibiam pústulas

numerosas. Ao exame extra-oral, não foram evidenciadas lesões cutâneas. Foram realizadas biópsias do lábio e do palato, onde o resultado histológico foi sugestivo de psoríase.

Rozell et al. (1997) mostraram que em alguns casos não era necessária a presença de lesões cutâneas para a manifestação de psoríase bucal. Um rapaz de 18 anos de idade foi acompanhado por 12 anos, sendo que neste período não apresentou nenhuma manifestação clínica de psoríase cutânea. Ele apresentava áreas eritematosas intensas cobrindo a gengiva e mucosa da maxila e mandíbula, excluindo os lábios e papilas gengivais. Durante estes anos houveram poucas mudanças nesta característica. Foi colhido material para cultura com resultados negativos tanto para bactérias como para fungos. O tratamento com clorexidina e esteróides não apresentou resultados. A primeira biópsia foi realizada quando ele tinha seis anos e obteve-se resultado histológico clássico de psoríase. A segunda biópsia, depois de 12 anos, teve o mesmo resultado, com imagens das lâminas muito semelhantes. Sua história familiar era positiva, contudo nenhum dos familiares portadores de psoríase cutânea apresentou manifestações bucais.

Dimitrakopoulos et al. (1998) relataram um caso de um paciente do gênero masculino, 34 anos de idade, com queixa de uma úlcera que não cicatrizava há três meses. No exame intra-oral, observou-se uma úlcera na região de mucosa bucal direita de 2x2.5cm, próxima ao pilar tonsilar. A lesão se apresentava com bordas irregulares corroídas e moderado endurecimento. A biópsia mostrou carcinoma de células escamosas invasivo na mucosa bucal. Não apresentava metástase à tomografia computadorizada, nem linfadenopatia. O paciente foi levado à cirurgia para remoção do tumor e realização de um enxerto de pele removido da coxa direita. Dois anos após o procedimento inicial, num exame oral de rotina, foi revelada uma placa branco-amarelada, bem circunscrita, delicada, facilmente removida, somente sobre a área enxertada. A mucosa adjacente estava com aspecto normal. Nenhuma lesão foi notada. Ao exame físico, foram observadas lesões característica de psoríase, sendo que o paciente não tinha história da mesma. No entanto, ele declarou que três anos atrás ele tinha notado algumas pápulas espalhadas na

pele, que se resolveram poucos meses depois. Foi feita a biópsia da mucosa bucal que teve como resultado psoríase.

Brice et al. (2000) relataram dois casos com diagnóstico inicial de psoríase cutânea, com presença de lesão oral em gengiva inserida.

- Paciente do gênero masculino, com 77 anos de idade, afro-americano, portador de prótese parcial removível superior, com história médica de asma, câncer de pulmão e psoríase. Queixava-se de queimação no palato e na língua nos últimos doze meses. O palato apresentava-se irritado, eritematoso, edemaciado e havia sangramento na mucosa palatina dos dentes superiores estendendo-se até a área edêntula. O paciente também mostrava língua geográfica, fissurada e coberta por uma fina camada de exsudato branco. Com a suspeita de cândida, foi colhido o material para análise e também realizado exame sanguíneo para excluir outras alterações. O resultado do exame para cândida foi negativo e o de sangue, não mostrou alterações sistêmicas. A mucosa bucal adjacente aos dentes apresentava-se eritematosa e coberta por placa reticular esbranquiçada aderida. Para diagnóstico diferencial de líquem plano, foi realizada biópsia incisional. O resultado histológico mostrou ausência de coloração a cândida, superfície com paraqueratose branda, hiperplasia psoriasiforme e espongiosa. O infiltrado inflamatório superficial apresentou linfócitos e plasma celular, além de acúmulo intraepitelial de neutrófilos, quadro compatível com mucosite psoriaforme. O tratamento foi promoção de saúde bucal e controle de placa.
- O segundo caso foi de um paciente caucasiano com 51 anos de idade, com história de psoríase cutânea há cinco anos, porém sem nenhuma lesão no momento. Queixava-se do aparecimento de lesões esbranquiçadas e avermelhadas nas gengivas inserida e marginal de vários dentes e também de sangramento esporádico durante a escovação, há seis meses. Apresentava-se

com boa higiene oral e após seis semanas da realização de uma profilaxia profissional e instruções de manutenção, o paciente voltou com as lesões inalteradas. Para o diagnóstico diferencial entre líquem plano, reação liquenóide e psoríase bucal, foi realizada biópsia incisional que obteve como resultado histológico um quadro compatível com psoríase. Foi prescrito, além da higienização, corticosteróide para uso bucal, betametasona 0.5mg dissolvido em água morna e enxaguatório bucal por duas a três semanas. Retornou após seis semanas, ainda com sangramentos e regressão do eritema.

O autor ainda relata que embora pacientes com psoríase cutânea raramente apresentem envolvimento oral, a característica clínica evidenciou que lesões orais podem ocorrer e que o correto diagnóstico depende de uma avaliação clínica, histológica e história de psoríase cutânea.

Rahman & Fikree (2000) descreveram um caso de uma paciente branca com queixa de lesão ao redor dos lábios, há dois anos. A lesão era eritemato-escamosa, apresentando sangramento e exsudato. A paciente não apresentava manifestações em outras regiões do corpo e não havia história familiar semelhante. Ao exame histológico foi constatada doença de Reiter ou psoríase. Baseado nos poucos casos clínicos descritos na literatura de psoríase labial, juntamente com as características histológicas, foi fechado o diagnóstico de psoríase labial.

Chaves (2002) realizou um estudo cujo objetivo foi identificar os fatores ambientais associados à psoríase cutânea e à língua geográfica, bem como investigar suas interações. Os fatores ambientais avaliados foram etilismo, tabagismo, estresse emocional, cirurgias anteriores, atopia e erupções medicamentosas. Foram estudados 6000 pacientes dermatológicos, a partir de prontuários de um ambulatório de dermatologia, independente da idade, sexo e raça. A amostra foi constituída de 129 indivíduos com psoríase cutânea, 399 com língua geográfica e um grupo controle de 5472 indivíduos. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- A prevalência do etilismo estava significativamente aumentada no grupo portador de psoríase em relação ao controle. O mesmo não foi observado no grupo portador de língua geográfica.
- O tabagismo apresentou uma associação negativa, embora fraca, com o grupo portador de língua geográfica. Quanto ao grupo de psoríase, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa.
- As cirurgias anteriores mostraram associação significativa no grupo portador de psoríase, quando comparadas ao grupo controle e portador de língua geográfica.
- A atopia e as erupções medicamentosas não mostraram diferenças significativas.
- O estresse emocional foi o fator mais importante presente nos dois grupos de estudo, sendo substancialmente maior no grupo portador de psoríase em relação ao portador de língua geográfica.
- O estresse emocional e o etilismo em conjunto, apresentaram maior incidência nos grupos de estudo.
- O estresse emocional e o tabagismo, em conjunto, mostraram o triplo da incidência no grupo portador de psoríase em relação ao portador de língua geográfica.
- A associação estresse emocional, etilismo e tabagismo foi quatro vezes maior no grupo com psoríase do que no controle. Essa associação não foi expressiva no grupo com língua geográfica.

Os resultados supracitados demonstram que as interações entre a psoríase e os fatores ambientais diferem das interações entre a língua geográfica e os mesmos fatores. Estas diferenças entre interações, podem ser responsáveis pela forma de manifestações diferentes destas condições (Chaves, 2002).

Daneshpazhooh et al. (2004) realizaram um estudo envolvendo 200 pacientes psoriáticos e 200 pacientes controle com o intuito de avaliar a significância da relação com lesões em língua. A idade média do grupo psoriático foi 33.8, variando de 4 a 79 anos; a idade média da primeira

manifestação foi 26 anos, a idade e o gênero dos grupos foi emparelhada e a história familiar de psoríase foi positiva em 34 pacientes. Cento e quarenta pacientes apresentaram psoríase em placa, 10 pustular generalizada, 10 psoríase invertida ou flexural, nove psoríase eritrodérmica, três pustulosa localizada, nove psoríase gutata, 15 psoríase palmo-plantar, 95 em couro cabeludo e três psoríase ungueal. Foram diagnosticados 87 (43,5%) e 39 (19,5%) lesões orais em pacientes psoriáticos e do grupo controle, respectivamente. Língua fissurada foi mais freqüente no grupo psoriático, com 66 pacientes (33%), do que no grupo controle, com 19 (9,5%) e glossite migratória benigna também, com 28 casos (14%) em comparação aos 12 (6%) do grupo controle. Língua fissurada e glossite migratória benigna, concomitantemente, foram observadas em 6% no grupo psoriático e 1% no controle.

Ariyawardana et al. (2004) relataram um caso de psoríase intra-oral em uma criança com 11 anos de idade, que inicialmente se queixava de uma manchinha vermelha na mucosa jugal direita. O paciente tinha história de psoríase dermatológica diagnosticada um ano atrás. Apresentava erupções pápulo-escamosas com sinal de Auspitz positivo em cotovelos, joelhos e dedos. Não havia história familiar da doença e ao exame intra-oral, apresentava-se uma mancha eritematosa na mucosa jugal, medindo 2x2cm, com superfície brilhante, aspecto polido e assintomática. Foi realizada então a biópsia incisional, que juntamente com os sinais clínicos, teve como resultado psoríase. Por ser assintomática não foi instituído tratamento, apenas instruções de higiene oral.

Martins et al. (2004), em um estudo realizado no Reino Unido envolvendo 369 pacientes com psoríase grave, observaram que a doença provocou grande impacto na qualidade de vida. Nesse estudo, apenas 150 dos 369 portadores de psoríase estavam trabalhando e desses, 59% apresentavam grau de absenteísmo elevado em virtude da doença (média de 29 dias sem trabalhar por ano). Preocupados com as restrições psíco-sociais dos portadores da psoríase, resolveram aplicar e aprofundar um pouco mais a validação de questionários quanto à qualidade de vida destes pacientes. As

conclusões foram que 99% deles já sofreram e vivenciaram experiências de rejeições sociais em seus locais de trabalho. Com isto, sentimentos de raiva, depressão e vergonha estão presentes em suas vidas. Com a presença destes sentimentos, eles se isolam, não querendo contato com o mundo social. Através do isolamento, podem encontrar no fumo e no álcool uma fuga.

Segundo uma revisão de literatura realizada por Neto et al. (2004) psoríase é uma doença dermatológica crônica com diversas variantes clínicas e graus de severidade. As diferentes formas de psoríase incluem a psoríase vulgar, inversa e pustular. Manifesta-se clinicamente na pele como pápulas eritematosas ou placas cobertas por escamas brancas. As lesões podem ocorrer em qualquer parte do corpo, mas mostram predileção por superfícies extensoras como articulações, em especial nos joelhos e cotovelos. O escalpo e as unhas também podem ser atingidos. Sua etiologia não está completamente estabelecida, mas conjectura-se que seja uma doença multifatorial, agregando aspectos genéticos aos psicossomáticos. Não é certo que a pessoa desenvolva a doença mesmo que haja história familiar. Alguns fatores que promovam o aparecimento da psoríase podem ser citados. Como gatilhos temos os traumatismos locais, infecções diversas, estresse emocional, abuso de álcool e utilização de certos medicamentos, principalmente anticoncepcionais. Histopatologicamente, a psoríase é caracterizada pela hiperproliferação de ceratinócitos e inflamação da derme e epiderme. Esta mudança é devida à resposta cutânea imunologicamente mediada pelos linfócitos T. Os ceratinócitos de uma epiderme psoriática mostram rápida atividade proliferativa, com uma média de *turn over* destas células em torno de quatro dias. O autor ainda revê a importância do exame oral nestes pacientes, pois há bastante trabalhos na literatura relatando manifestações bucais de psoríase, como língua geográfica e fissurada, periodontite e lesões inflamatórias nas articulações temporo-mandibulares.

Em um artigo com finalidade educacional, Langley et al. (2005) revisaram alguns trabalhos para mostrar a epidemiologia, características clínicas e a qualidade de vida de pacientes psoriáticos. Aproximadamente 2% da população são portadores de psoríase, sendo que em alguns grupos étnicos

como japoneses, australianos e índios sul-americanos estes números são menores. Do nascimento a idades avançadas podemos encontrar manifestações de psoríase. A idade média de sua primeira manifestação na maioria dos estudos varia de 15 a 20 anos. Dois tipos são descritos Tipo I, pacientes com idade inferior a 40 anos e Tipo II, pacientes acima de 40 anos. Setenta e cinco por cento dos casos são pertencentes à psoríase Tipo I, que apresenta maior agressividade e maior número de familiares acometidos. É uma doença papulo-escamosa caracterizada por pápulas e placas com morfologia, curso, distribuição e severidade variável. Classicamente, sua manifestação é descrita na forma de placas ou vulgar, gutata, inversa, eritrodermica, pustulosa generalizada, pustulosa palmo-plantar e ungueal. Suas lesões se diferenciam de outras patologias, pois geralmente são pápulas circulares bem circunscritas, eritematosas a prateadas, secas, distribuídas simetricamente, podendo acometer couro cabeludo, cotovelos, joelhos, área lombo-sacral, unhas, articulações e demais rugas do corpo. Ocasionalmente pode envolver a mucosa bucal e a língua. Também pode se desenvolver após um trauma ou injúria a alguma região, o que é chamado de fenômeno Koebner. Muitos meios são usados hoje pra definir a qualidade de vida destes pacientes, mas o que mais contribui para que seja afetada é a observação dos demais indivíduos de seu convívio, o que trás bastante constrangimento, podendo levar a quadros depressivos e até idéias suicidas. Este é um dos principais fatores que leva os pesquisadores a estudar meios de minimizar suas lesões e trazer uma certa estabilidade para a doença.

Herron et al. (2005) realizaram um estudo com intuito de observar o impacto da obesidade e do tabagismo no paciente psoriático. Uma série de pacientes com psoríase, registrados no “Utah Psoriasis Initiative (UPI)” foram comparados com três bancos de dados: “Behavioral Risk Factor Surveillance System” de Utah, 1998 pacientes membros da National Psoriasis Foundation e 500 pacientes não psoriáticos. A prevalência de obesidade em pacientes do UPI foi mais alta que na população geral de Utah (34% versus 18%) e também maior que nos 500 pacientes não psoriáticos. Os autores observaram que a obesidade não é um fator de risco para psoríase, mas sim, a psoríase é um

fator de risco para obesidade. Quanto ao tabagismo, foi observado que a prevalência de fumantes foi maior nos pacientes do UPI do que na população geral de Utah (37% versus 13%) e também mais alta que os pacientes não psoriáticos (37% versus 25%). Outro dado relevante foi que obesos fumantes estavam em maior quantidade no UPI do que obesos de Utah (25% versus 9%).

Gelfand et al. (2005) realizaram um outro estudo, cujo objetivo foi mensurar a prevalência e o tratamento da psoríase no Reino Unido. Participaram do estudo pacientes registrados no General Practice Research Database, no período de 1987 a 2002. Foram identificados 114.521 pacientes psoriáticos em uma população total de 7.533.475 pacientes, resultando em uma prevalência de 1,5%. Não havia diferença significativa para pacientes do gênero masculino e feminino. A prevalência de psoríase aumenta mais rapidamente em pacientes jovens do gênero feminino em comparação com os doentes jovens do gênero masculino.

Mallbris et al. (2005) realizaram um estudo para caracterização de pacientes psoriáticos. Foram envolvidos na pesquisa 400 indivíduos em sua primeira manifestação de pele sem afetar bulbos capilares. Foram descritos seus fenótipos e possíveis gatilhos ambientais para o começo da doença. Havia pacientes com idade variando de 15 a 80 anos, com média de 40 anos. Cinquenta e seis por cento dos pacientes eram do gênero feminino. No total, 74 pacientes tinham psoríase na sua forma gutata e 326 não gutata, a maioria com psoríase em placa. A forma gutata estava associada com indivíduos mais jovens e história de infecções recentes (84%), onde a faringite foi constatada em 63%. O fator predominante associado com o início da psoríase em placas foi uma recente crise de vida (46%). A história familiar positiva foi aproximadamente a mesma em ambos os grupos. Psoríase artropática foi diagnosticada em 5% na forma gutata e 15% na não gutata. Este estudo confirma a forte ligação entre começo da psoríase gutata com infecção de garganta e psoríase em placa com um evento estressante.

Goupille (2005), relata que a artrite psoriática apresenta características específicas que criam desafios no tratamento da doença. Em

sua revisão literária, observa-se que apenas 1% dos pacientes portadores de psoríase tem o comprometimento articular. Similar a artrite reumatóide a artrite psoriática está a entrar numa nova era de avaliação e tratamento.

Segundo a Associação Brasileira de Psoríase (ABRAPSE, 2006), podemos classificá-la através de alguns tipos de manifestações como:

- Psoríase em placas – É o tipo mais comum de psoríase, atingindo 90% dos pacientes. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões na pele, de cor avermelhada, descamativas, bem delimitadas, cobertas por escamas geralmente esbranquiçadas, formadas por células mortas da pele. O nome técnico desta forma é psoríase vulgar. Pode se manifestar em qualquer área da pele; os joelhos, cotovelos, couro cabeludo e tronco são as regiões mais comumente atingidas.
- Psoríase gotejada – Conhecida também como gutata, é caracterizada por pequenos pontos avermelhados e pelo formato de pequenas gotas. Geralmente aparece no tronco, braços e pernas. Este tipo de doença geralmente se desencadeia por infecção estreptocócica, gripe, estresse e trauma físico.
- Psoríase Inversa – Seu nome se dá por apresentar um padrão de distribuição de lesões inverso aos dos outros tipos. Nesta forma, as lesões geralmente se localizam nas zonas das dobras cutâneas, rugas, axilas e virilha. Tipicamente, se apresentam como lesões planas e inflamadas, sem escamação e, particularmente, sujeitas a irritação devida ao atrito e ao suor.
- Psoríase Eritodérmica – Normalmente se manifesta como uma intensa vermelhidão e grande escamação fina. Frequentemente se acompanha por prurido intenso e dor podendo, eventualmente, ocorrer edema.
- Psoríase Pustular – Se apresenta em duas formas: palmo-plantar e generalizada. É caracterizada por pústulas (lesões vesiculares com pus não infeccioso) sobre a pele. O pús consiste de glóbulos brancos acumulados. Tem a tendência de manifestar três fases

cíclicas: eritema (pele avermelhada), formação de pústulas e descamação da pele.

- Artrite Psoriática – Cerca de 10% das pessoas que têm psoríase na pele também desenvolvem uma forma de artrite chamada artrite psoriásica. Esse tipo compromete as articulações nas pontas dos dedos das mãos, pés, joelhos, cotovelos, coluna e temporo-mandibular. Se manifesta principalmente como rigidez, dor e lesão articular.
- Psoríase Ungueal – Este quadro pode se manifestar nas mãos, pés ou em ambos. Aparece como pintas de vários tamanhos, forma e profundidade. Algumas vezes as unhas desenvolvem uma cor amarelada e se tornam finas. Podem se esfacelar facilmente e apresentar inflamação ao seu redor. Outro possível sintoma é o deslocamento da unha do leito ungueal (onicólise articular).
- Psoríase do Escalpo – Menos de 50% dos casos de psoríase, apresenta este quadro. Geralmente, o couro cabeludo terá placas de psoríase caracterizadas por lesões elevadas e inflamadas com bastante escamas.

ZAGARI (2006) realizou um estudo prospectivo sobre a prevalência de lesões em língua de pacientes psoriáticos, para descobrir possíveis associações. Foram avaliados todos os pacientes com psoríase de uma clínica de dermatologia no norte do Irã, entre janeiro de 2000 e janeiro de 2005. Um questionário que detalha as características clínicas e epidemiológicas da doença foi completado para cada paciente e todos os pacientes foram examinados para lesões em língua. Resultados: 306 pacientes com psoríase, 170 mulheres e 136 homens; relação feminino/masculina 1.25:1; idade média 29.7 anos; idade média da manifestação de psoríase 23.3 anos. Quarenta e sete pacientes (15.4%) apresentaram lesões em língua, sendo 25 (8.2%) língua fissurada, 17 (5.6%) língua geográfica (glossite migratória benigna) e 5 (1.6%) as duas, concomitantemente. Língua geográfica foi observada em 7.2% dos pacientes com psoríase precoce e só em 1.3% em psoríase tardia. A maioria

dos pacientes com língua geográfica ou fissurada estava na faixa de 21 a 30 anos de idade. Dos 21 fumantes, apenas um (4,8%) apresentava lesão em língua, se comparado aos 45 (16,1%) não fumantes. O autor concluiu que a incidência de língua geográfica na psoríase precoce pode ser um indicador de severidade da doença.

PROPOSIÇÃO

O propósito deste estudo foi avaliar a relação entre as alterações em mucosa bucal e em pele de pacientes portadores de psoríase, em tratamento no Ambulatório de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Ainda foram avaliadas as características epidemiológicas dos pacientes avaliados.

MATERIAL E MÉTODO

Para esse estudo foram examinados pacientes portadores de psoríase em tratamento no Ambulatório do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU), no período de dezembro de 2006 à novembro de 2007. Estes já haviam sido diagnosticados através de biópsia em pele e classificados de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Além disso, para ser incluído na pesquisa, o paciente teria que retornar no mínimo três semanas após a primeira consulta para reavaliação.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa conforme o parecer favorável número 424/06.

Trinta e seis pacientes psoriáticos se enquadraram nos requisitos da pesquisa, pois nem todos retornaram ao ambulatório. Foram realizados dois exames intrabucais, com no mínimo de três semanas entre eles, para avaliar o comportamento de lesões anteriormente identificadas e eventualmente, descrever novas lesões ou suas remissões.

Neste estudo prospectivo avaliou-se os seguintes aspectos: gênero, idade, cor da pele (leucoderma, feoderma e melanoderma), tempo de evolução da psoríase, quadro da doença (estável ou em evolução), se a manifestação cutânea é esporádica ou permanente, classificação da psoríase, idade do paciente na sua primeira manifestação, história familiar e presença ou não de lesões bucais. A avaliação da forma de manifestação e do quadro da doença foi realizada por um único avaliador, dermatologista, responsável pelo ambulatório de psoríase.

A avaliação bucal foi realizada por um único avaliador, seguindo a rotina clínica preconizada por Sonis (1995), lábios superior e inferior, mucosa jugal, palato duro e mole, dorso e ventre de língua, soalho de boca e finalmente a gengiva. A identificação das alterações, quando possível eram denominadas de três maneiras: de acordo com seu aspecto clínico (língua geográfica, língua crenada, língua fissurada, queilite angular), de acordo com os conceitos das alterações fundamentais da mucosa ou ainda como área, eritematosa,

ressecada e/ou fissurada. As lesões bucais foram identificadas de acordo com sua região, forma, cor, e quando necessário, uma biopsia incisional na área foi realizada com o consentimento do paciente.

Para uma maior facilidade para a tabulação dos dados, a cavidade bucal foi dividida nos seguintes setores: lábios, mucosa jugal, palato, língua, soalho e gengiva inserida.

A coleta e o manuseio dos dados se concretizaram através de uma Planilha Eletrônica do Tipo Excel (2002) idealizada com todos os dados específicos de cada paciente (Anexo 1).

RESULTADOS

1. Gênero

Dos 36 pacientes, 21 (58,33%) pertenciam ao gênero masculino e 15 (41,66%) ao feminino (Tabela 1 e Gráfico 1), numa proporção 1,08:1.

Tabela 1 – Número de pacientes avaliados conforme o gênero.

	Nº Pacientes	%
Masculino	21	58,33
Feminino	15	41,67
Total	36	100

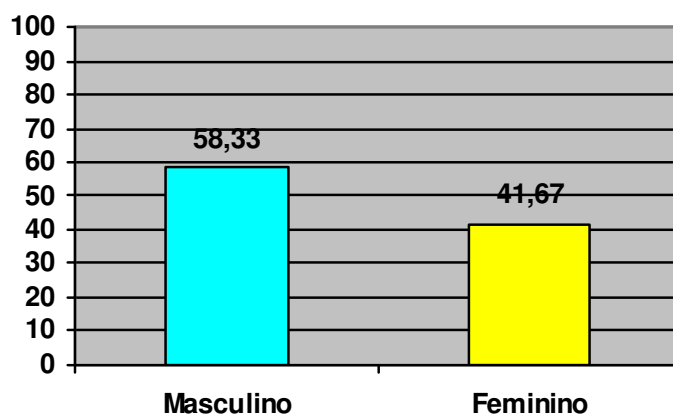


Figura 1 – Gráfico da distribuição em porcentagem conforme o gênero dos pacientes avaliados.

2. Procedência

Apenas 6 (16,67%) pacientes residiam em outras cidades da região do Triângulo Mineiro, sendo, a grande maioria, moradores da cidade de Uberlândia (83,33%) como demonstrado na Tabela 2 e Figura 2.

Tabela 2 – Procedência dos pacientes avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.

	Nº Pacientes	%
Uberlândia	30	83,33
Região	6	16,67
Total	36	100

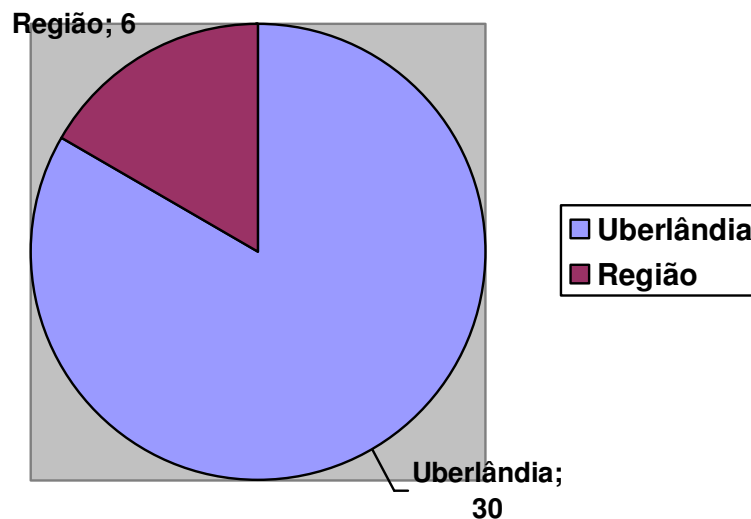


Figura 2 – Número de pacientes em relação à procedência.

3. Faixa etária

A idade mínima foi sete anos e a máxima 75, sendo a faixa etária mais freqüente a dos 61 aos 70 anos com 8 pacientes (22%). A idade média foi 31,34 anos (Tabela 3 e Figura 3).

Tabela 3 – Distribuição da faixa etária dos pacientes avaliados.

	Nº Pacientes	%
0-10 anos	1	2,80
11-20 anos	4	11,00
21-30 anos	5	14,00
31-40 anos	6	17,00
41-50 anos	7	19,00
51-60 anos	4	11,00
61-70 anos	8	22,00
71-80 anos	1	2,80
TOTAL	36	100

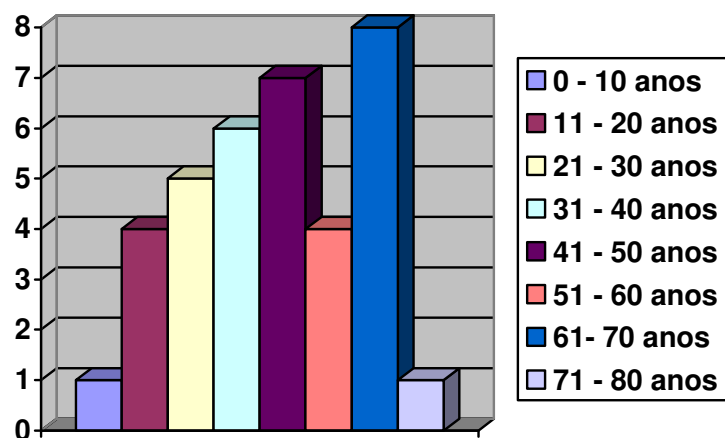


Figura 3 – Faixa etária dos pacientes avaliados.

4. Cor da pele

Trinta pacientes (83,33%) eram leucodermas, quatro (11,11%) feodermas e apenas dois (5,55%) melanodermas (Tabela 4 e Figura 4).

Tabela 4 – Dados quanto à cor da pele dos pacientes avaliados.

	Nº Pacientes	%
Leucoderma	30	83,33
Feoderma	4	11,11
Melanoderma	2	5,55
TOTAL	36	100

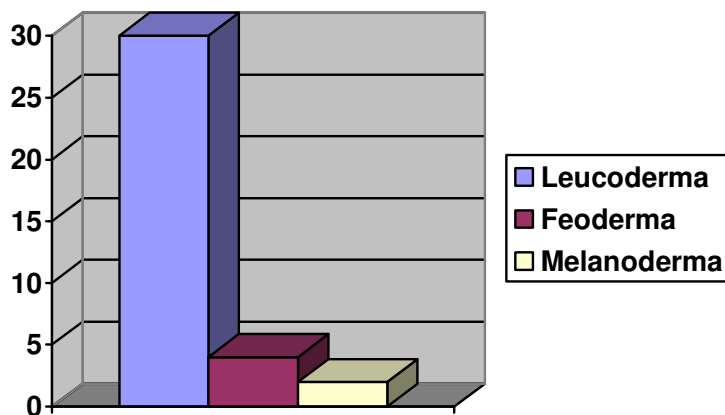


Figura 4 – Gráfico da distribuição do número de pacientes em relação à raça.

5. Quadro da doença

Em evolução havia apenas oito pacientes (22,22%) e 28 (77,77%) se apresentavam no quadro estável da doença (Tabela 5 e Figura 5).

Tabela 5 – Pacientes avaliados em relação ao quadro evolutivo da doença.

	Nº Pacientes	%
Estável	28	77,77
Evolução	8	22,22
Total	36	100

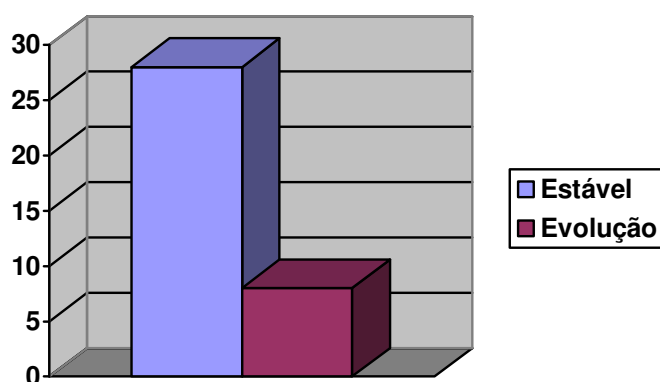


Figura 5 – Gráfico demonstrativo da distribuição a evolução ou não da doença dos pacientes avaliados.

6. Tipos de Psoríase

Foram observados 28 casos (77,77%) de psoríase vulgar, seguida pela forma pustulosa, com três casos (8,33%) conforme apresentado na Tabela 6 e Figura 6.

Tabela 6 – Tipos de psoríase diagnosticadas nos pacientes avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.

	Nº Pacientes	%
Vulgar	28	77,77
Pustulosa	3	8,33
Artropática	1	2,77
Eritrodérmica	2	5,55
Palmoplantar	2	5,55
Gutata	0	0
Inversa	0	0
TOTAL	36	100

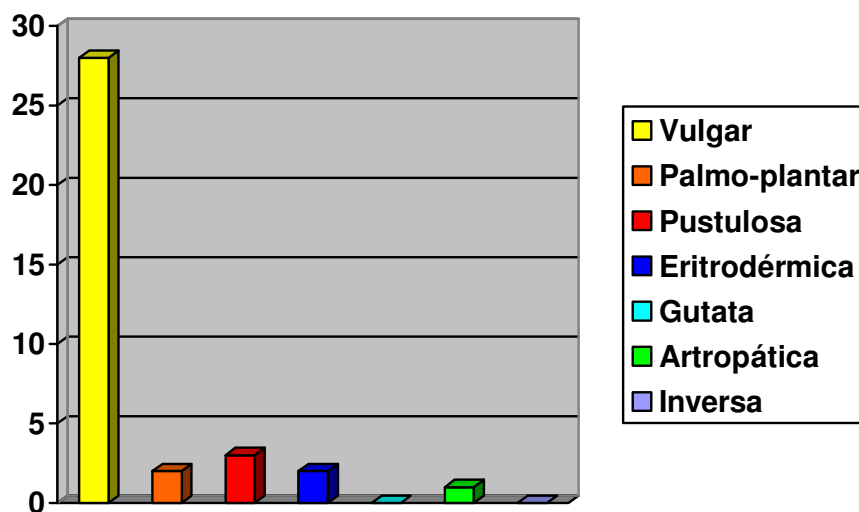


Figura 6 – Incidência dos tipos de psoríase nos pacientes avaliados.

7. Tempo e idade de manifestação cutânea

Estes dados foram captados segundo relatos dos próprios pacientes ou de acompanhantes responsáveis. O paciente que relatou maior tempo de manifestação da doença apresentou psoríase há 40 anos, e o com menor tempo foi sete meses, com média geral do tempo de manifestação de 12,91 anos. Em relação à idade de manifestação, a responsável pelo paciente relatou que o mesmo tinha apenas dois meses de idade quando surgiram as primeiras lesões de pele. O paciente que apresentou psoríase cutânea mais tardiamente foi com 63 anos, com média geral da idade de manifestação 30,61 anos.

8. Psoríase esporádica ou permanente

Após a primeira manifestação de psoríase cutânea, 18 pacientes (50%) relataram períodos de remissão total das lesões e 18 (50%) disseram que sempre tiveram alguma lesão presente em seu corpo (Tabela 7 e Figura 7).

Tabela 7 – Pacientes que relataram períodos de remissão total das lesões cutâneas.

	Nº Pacientes	%
SIM	18	50,00
NÃO	18	50,00
TOTAL	36	100

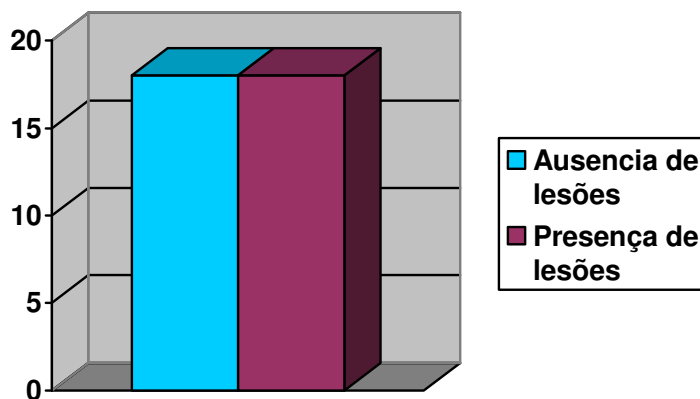


Figura 7 – Constância da manifestação cutânea da psoríase nos pacientes avaliados.

9. Presença de história familiar

Treze pacientes (36,11%) relataram a presença de parentes portadores de psoríase cutânea, ao contrário, 23 (63,89%) relataram a ausência de membros psoriáticos na família, como demonstrado na Tabela 8 e Figura 8.

Tabela 8 – Presença de história familiar nos pacientes psoriáticos avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.

	Nº Pacientes	%
SIM	13	36,11
NÃO	23	63,89
TOTALI	36	100

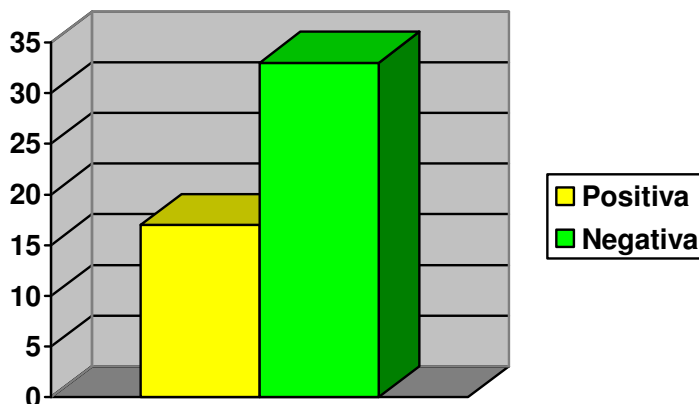


Figura 8 – Presença de familiares com psoríase.

10. Resultados do exame clínico intra-bucal

Todas as alterações bucais identificadas foram registradas, sendo na primeira ou na segunda visita do paciente. Alterações registradas na primeira visita que se mantiveram até a segunda consulta foram registradas apenas uma vez.

Dos 36 pacientes avaliados, 19 pacientes apresentavam algum tipo de alteração na cavidade bucal, sendo oito do gênero masculino e 11 do feminino. Dezesesseis indivíduos eram leucodermas, três eram feodermas e nenhum melanoderma. A forma vulgar se mostrou presente em 14 pacientes (73,69%), a pustulosa e a plamo-plantar em dois pacientes cada e a eritrodérmica em um. O quadro estável foi o mais freqüente, em 15 pacientes (78,94%).

10.1. Alterações em língua

A língua fissurada foi a mais freqüente, em seis pacientes (16,66%), seguida pela presença de língua fissurada e despapilada (8,33%). A presença de língua geográfica esteve presente apenas em um paciente, que também apresentava fissuras linguais (Tabela 9 e Figura 9).

Tabela 9 – Distribuição das alterações em língua encontradas nos pacientes psoriáticos avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.

	Nº Pacientes	%
Geografica	0	0
Despapilada	1	2,77
Fissurada	6	16,66
Crenada	0	0
Geografica+Fissurada	1	2,77
Fissurada+crenada	1	2,77
Despapilada+Fissurada	3	8,33
Pilosa	0	0
Outros	0	0
Ausência Lesao	24	66,66
TOTAL	36	100

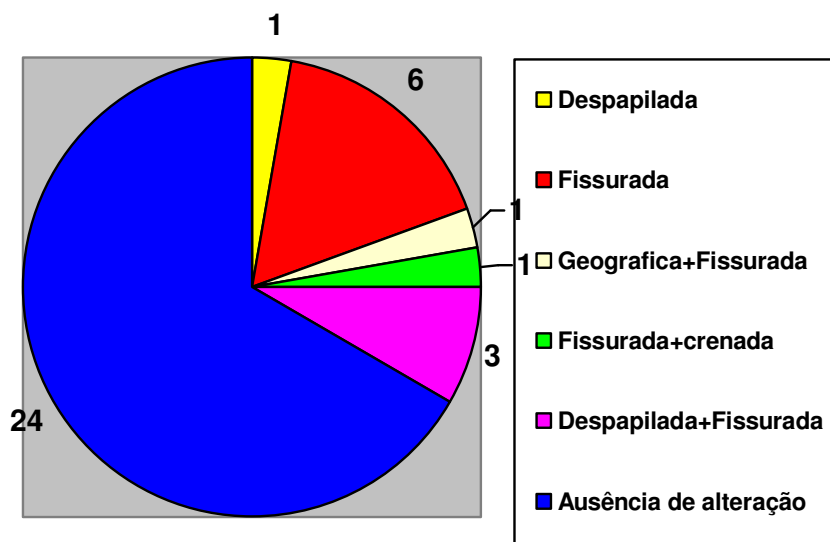


Figura 9 – Gráfico das lesões em língua encontradas nos pacientes psoriáticos avaliados no Ambulatório de Dermatologia da FAMED-UFU.

10.2. Alterações em mucosa jugal

Apenas dois pacientes apresentaram lesões brancas, uma em forma de pápula branca e outra em forma de placa (Tabela 10). Foi realizada biópsia incisional nos dois paciente, são eles: 1- Paciente do gênero feminino, 42 anos de idade, feoderma, apresentando placa branca em mucosa bucal esquerda, próxima à vestibular dos molares superiores, assintomática, com resultado histológico de hiperqueratose; 2- Paciente do gênero feminino, 67 anos de idade, feoderma, apresentando pápula branca em mucosa jugal esquerda, na altura da linha de mordida, assintomática, também com resultado histológico de hiperqueratose.

Tabela 10 – Lesões em mucosa jugal presente nos pacientes psoriáticos avaliados no estudo.

	Nº Pacientes	%
Úlcera	0	0
Placa Branca	1	2,77
Renda Branca	0	0
Papula Branca	1	2,77
Eritematosa	0	0
Outros	0	0
Ausência de Lesão	34	96,00
TOTAL	36	100

10.3. Alterações em lábio

Foram observadas queilite angular em dois pacientes, dois com lábios ressecados, fissurados e ulcerados e dois com queilite e lábios ressecados (Tabela 11).

Tabela 11 – Lesões em lábio encontradas nos pacientes psoriáticos avaliados.

	Nº Pacientes	%
Queilite	2	5,55
Ressecado + Ulcerado	1	2,77
Ressecado + Fissurado + Ulcerado	1	2,77
Queilite+Ressecado	2	5,55
Ausência Lesao	30	83,33
TOTAL	36	100

10.4. Alterações em palato

Foi notado nos pacientes avaliados apenas eritemas (Tabela 12). Foi realizada biópsia incisional em um pacientes: Paciente do gênero feminino, 56 anos de idade, com mancha eritematosa no palato, assintomática, portadora de prótese total superior, sem respostas ao tratamento tópico para cândida, com resultado histológico de candidose.

Tabela 12 – Pacientes psoriáticos avaliados em relação à lesões em palato.

	Nº Pacientes	%
Úlcera	0	0
Eritema	7	19,44
Lesão branca	0	0
Outros	0	0
Ausência Lesão	29	80,55
TOTAL	36	100

10.5. Lesões em soalho de boca e gengiva inserida

Em nenhum paciente foi notada a presença de alterações em soalho de boca e gengiva inserida.

11. Resultados do exame clínico intra-bucal em relação à primeira e segunda visita

Os 36 pacientes foram reavaliados em uma segunda consulta com, no mínimo, três semanas de intervalo. Serão mostrados a seguir os resultados encontrados:

11.1. Pacientes que tiveram alteração do quadro da doença cutânea entre as duas visitas.

Dez pacientes tiveram alteração do quadro, sendo que três apresentavam lesão em boca (Tabela 13).

- O primeiro paciente estava com o quadro de psoríase vulgar estável apresentando eritema em palato na primeira visita. Durante a segunda visita, estava num quadro evolutivo da doença cutânea mas havia desaparecido.

- O segundo paciente estava com o quadro de psoríase pustulosa em evolução na primeira visita, apresentando língua fissurada e despapilada e lábio ressecado. Durante a segunda visita, estava num quadro estável da doença cutânea e apresentou as mesmas alterações bucais notadas durante a primeira visita.
- O terceiro paciente estava com o quadro de psoríase pustulosa em evolução na primeira visita, apresentando língua fissurada e despapilada. Na segunda consulta, estava num quadro estável da doença cutânea e apresentou as mesmas alterações bucais notadas durante a primeira visita.

Tabela 13 – Relação entre os pacientes avaliados e a alteração do quadro da doença durante as duas visitas.

1ª VISITA			
PACIENTES	TIPO DE PSORÍASE	QUADRO DA DOENÇA	ALTERAÇÃO BUCAL
1	Vulgar	Estável	Eritema em palato
2	Pustulosa	Evolução	Língua fissurada e despapilada, lábio queilite
3	Pustulosa	Evolução	Língua fissurada e despapilada
2ª VISITA			
PACIENTES	TIPO DE PSORÍASE	QUADRO DA DOENÇA	ALTERAÇÃO BUCAL
1	Eritodérmica	Evolução	Ausente
2	Pustulosa	Estável	Língua fissurada e despapilada, lábio queilite
3	Pustulosa	Estável	Língua fissurada e despapilada

11.2. Pacientes que tiveram alteração da lesão bucal sem alteração do quadro da doença cutânea entre as duas visitas

Todos os pacientes que apresentaram língua fissurada na primeira visita as mantiveram na segunda.

Em cinco pacientes observou-se o aumento de alterações bucais como eritema em palato, lábio ressecado e lábio ressecado, ulcerado e fissurado.

Quatro pacientes apresentaram remissão de suas alterações como queilite angular, lábio ressecado, eritema em palato e placa branca em mucosa jugal.

O paciente RCXC apresentou língua fissurada e crenada e eritema em palato na primeira visita, mas na segunda foi constatado além das alterações linguais, eritema em palato e lábio ressecado e ulcerado (Tabela 14).

Tabela 14 – Pacientes com mudança da condição bucal e estabilidade do quadro cutâneo.

1ª VISITA			
PACIENTES	TIPO DE PSORÍASE	QUADRO DA DOENÇA	ALTERAÇÃO BUCAL
4	Vulgar	Estável	Queilite e lábio ressecado
5	Vulgar	Estável	Língua geográfica e fissurada
6	Vulgar	Estável	Língua fissurada
7	Palmo Plantar	Estável	Ausente
8	Vulgar	Estável	Ausente
9	Vulgar	Estável	Ausente
10	Vulgar	Estável	Ausente
11	Vulgar	Estável	Língua fissurada e eritema em palato
12	Vulgar	Estável	Língua fissurada e placa branca em mucosa jugal
13	Vulgar	Estável	Língua fissurada e crenada, eritema em palato
2ª VISITA			
PACIENTES	TIPO DE PSORÍASE	QUADRO DA DOENÇA	ALTERAÇÃO BUCAL
4	Vulgar	Estável	Ausente
5	Vulgar	Estável	Língua fissurada
6	Vulgar	Estável	Língua fissurada e lábio queilite
7	Palmo Plantar	Estável	Eritema em palato
8	Vulgar	Estável	Eritema em palato
9	Vulgar	Estável	Eritema em palato
10	Vulgar	Estável	Lábio fissurado, ressecado e ulcerado
11	Vulgar	Estável	Língua fissurada
12	Vulgar	Estável	Língua fissurada
13	Vulgar	Estável	Língua fissurada e crenada, lábio ressecado e ulcerado e eritema em palato

11.3. Pacientes que se mantiveram estável no quadro da doença cutânea e na condição bucal nas duas visitas

Dez pacientes não apresentaram lesões bucais em nenhuma visita e seis pacientes apresentaram as mesmas lesões durante as duas visitas (Tabela 15).

Tabela 15 – Pacientes que mantiveram estável o quadro da doença cutânea e as alterações bucais nas duas visitas.

1ª VISITA			
PACIENTES	TIPO DE PSORÍASE	QUADRO DA DOENÇA	ALTERAÇÃO BUCAL
14	Eritrodérmica	Evolução	Lábio com queilite e ressecado
15	Vulgar	Estável	Língua despapilada
16	Vulgar	Estável	Língua fissurada e despapilada e lesão branca em mucosa bucal
17	Vulgar	Estável	Língua fissurada
18	Vulgar	Estável	Língua fissurada
19	Palmo plantar	Evolução	Língua fissurada, lábio queilite e eritema em palato
2ª VISITA			
PACIENTES	TIPO DE PSORÍASE	QUADRO DA DOENÇA	ALTERAÇÃO BUCAL
14	Eritrodérmica	Evolução	Lábio com queilite e ressecado
15	Vulgar	Estável	Língua despapilada
16	Vulgar	Estável	Língua fissurada e despapilada e lesão branca em Mucosa bucal
17	Vulgar	Estável	Língua fissurada
18	Vulgar	Estável	Língua fissurada
19	Palmo plantar	Evolução	Língua fissurada, lábio queilite e eritema em palato

Embora constatadas algumas alterações bucais nos pacientes avaliados durante o estudo e realizadas quatro biópsias incisionais, não ficou evidenciado nenhum caso de psoríase bucal.

DISCUSSÃO

A forma de manifestação mais freqüente é a vulgar ou em placas (Daneshpazhooch et al., 2004; Abrapsee, 2006). Constatamos neste estudo 28 casos (77,77%) na forma vulgar, três (4%) na pustulosa, dois (12%) na palmo-plantar, dois (4%) na eritrodérmica, um (2%) na artropática e nenhum de psoríase gutata e inversa. Não incluímos os casos de psoríase ungueal e em couro cabeludo como formas distintas, pois acreditamos serem manifestações de outras formas de psoríase, visto que não foi identificada nenhuma das duas isoladamente.

A doença mostra predileção pelo gênero masculino (Buchner & Begleiter, 1976; Hietanen et al., 1984; Morris et al., 1992) como podemos observar em nossa avaliação, porém, outros trabalhos demonstram o inverso (Mallbris et al., 2005; Zagari, 2006)

A idade média dos pacientes psoriáticos gira em torno de 40 anos (Hietanen et al., 1984; Mallbris et al., 2005), neste presente estudo a idade média foi de 31,34 anos, em concordância com a média demonstrada por Buchner & Begleiter (1976) e Daneshpazhooch et al. (2004).

O tempo médio de evolução da doença nos pacientes avaliados foi de 12,91 anos, estando dentro da média encontrada na literatura (Buchner & Begleiter, 1976; Hietanen et al., 1984).

Morris et al. (1992) não observaram relação significativa entre o estado da doença cutânea e as alterações bucais. Em concordância, nesta pesquisa não foi encontrada nenhuma relação entre as alterações bucais observadas e o quadro da doença cutânea.

Setenta e cinco por cento dos pacientes têm a sua primeira manifestação antes dos 40 anos, com média entre 15 e 20 anos (Langley et al., 2005). Neste estudo foi constatado que em 44,8% dos pacientes, a primeira manifestação ocorreu antes dos 40 anos, sendo a média 30,61 anos. Contudo, há outros estudos que mostram a média de idade da primeira manifestação em torno dos 25 anos (Daneshpazhooch et al., 2004; Zagari, 2006).

Na literatura, encontramos casos onde a psoríase se manifestou de forma esporádica (Winthrope, 1984; Ulmanky et al., 1995). Constatamos que 50% dos pacientes envolvidos nesta pesquisa apresentavam períodos de remissões totais da doença e recidivas, ou seja, também de forma esporádica.

Um terço dos pacientes portadores de psoríase cutânea apresentam história familiar positiva (Neville et al., 1998), o que também constatamos em nosso estudo, onde 36,11% dos pacientes tinham parentes psoriáticos. Contudo nossos achados discordam de Daneshpazhooh et al. (2004) que observou em apenas 17% dos pacientes.

Em concordância com nosso estudo, Buchner & Egleiter (1976) não diagnosticaram psoríase oral nos pacientes com psoríase cutânea. Em contrapartida, Hietanen et al. (1984) encontraram quatro casos de psoríase em boca.

A relação da doença cutânea com as lesões em boca foi avaliada em 36 pacientes, sendo avaliados duas vezes em períodos diferentes, com no mínimo, três semanas de intervalo.

Segundo a literatura, a queilite angular foi um dado observado em pacientes psoriáticos (Buchner & Egleiter, 1976) tendo como causa provável o aumento do ressecamento da pele. Algumas outras apresentações, como lesão eritematosa (Rahman & Fikree, 2000; Younai & Phelan, 1997), lesão crostosa (Younai & Phelan, 1997), lesão branca (Cataldo et al., 1977), lesão pápulo-escamosa e úlceras (Salmon et al., 1974) também são descritas na literatura como psoríase bucal. A queilite foi observada apenas em dois pacientes. Também foi constatado queilite e ressecamento de lábio simultâneo em dois pacientes. Um paciente apresentou lábios ressecados, fissurados e ulcerados e um, lábios ressecados e ulcerados. Em relação à doença em pele e as alterações bucais em lábio, um paciente portador de psoríase pustulosa em evolução apresentou queilite angular durante sua primeira visita; na segunda, ele permaneceu com a queilite, porém, com quadro da lesão cutânea estável. Três pacientes permaneceram com o quadro estável da doença entre as duas visitas, sendo que, um apresentou queilite e ressecamento labial na primeira consulta e ausência na segunda. Os outros dois não apresentaram alterações

buciais na primeira visita, contudo, na segunda consulta, verificou-se lábio ulcerado, ressecado e fissurado em um, e no outro, queilite angular. Dois pacientes apresentaram as mesmas alterações labiais entre uma visita e outra, e também, permaneceram com o quadro da psoríase cutânea inalterado. Não foi notada relação entre o estado da doença cutânea e as alterações labiais encontradas.

Já, em relação à mucosa bucal, encontramos na literatura casos de lesões brancas (Cataldo, 1977; Fischman et al., 1977), lesões eritematosas (Trigonides et al., 1986; Younai & Phelan, 1997; Ariyawardana et al., 2004), lesão amarelada com leve eritema (Zunt & Tomich, 1989) e em forma de úlcera (Ulmansky et al., 1995). Durante nossa avaliação verificamos dois casos de lesão branca em mucosa bucal, sendo que, em ambas foi realizada biópsia incisional. O exame histopatológico foi compatível com hiperqueratose nas duas. Em concordância com nosso resultado, Buchner & Egleiter (1976) também tiveram a hiperqueratose como resultado de uma biópsia em lesão branca presente na mucosa bucal de um paciente psoriático. Os dois pacientes estavam com o quadro de psoríase vulgar estável; um com placa branca e o outro com uma pápula branca. O paciente da placa branca permaneceu com ela na segunda consulta; o da pápula, mostrou ausência devido à remoção total da mesma durante a biópsia. Não foi observada relação das alterações diagnosticadas em mucosa bucal com o quadro da doença cutânea.

A psoríase bucal também pode se manifestar no palato, na forma de lesão eritematosa (White et al., 1976; Richardson et al., 1986; Younai & Phelan, 1997). No presente estudo, foram diagnosticados sete palatos com lesão eritematosa, sendo seis pacientes no quadro estável da doença cutânea e um no quadro evolutivo. Neste último caso citado, foi instituído ao paciente terapia tópica com antifúngicos e cuidados específicos de higiene como tratamento para cândida. Com o quadro da psoríase cutânea, que era evolutivo e passou à estável e a persistência da lesão bucal após o tratamento, foi realizada biópsia incisional, que teve como resultado, candidose. Um paciente teve a alteração do quadro estável para evolutivo entre as duas visitas, contudo, o eritema em palato desapareceu. Cinco pacientes se mantiveram com o quadro da doença

cutânea estável; em três não foram constatadas nenhuma alteração bucal na primeira vista e na segunda, pode-se observar o eritema em palato em ambos; os outros dois, apresentavam eritema em palato na primeira consulta, contudo, um se manteve com eritema em palato na segunda, e no outro, houve a regressão. O último paciente com eritema em palato se manteve com o quadro bucal e cutâneo inalterados. Não foi constatada relação entre lesões eritematosas no palato e psoríase oral, nem com o quadro da doença cutânea.

Uma das regiões que mais apresenta lesões relacionadas com a psoríase é a língua. As alterações mais freqüentemente citadas, são a língua geográfica, fissurada ou ambas, concomitantemente.

Com relação à presença de língua geográfica, encontramos estudos com incidências variadas desde 5% à 33% (Buchner & Egleiter, 1976; Daneshpazhooh et al., 2004; Morris et al., 2005; Zagari, 2006). Neste presente estudo não foi diagnosticado nenhum caso de língua geográfica. Sobretudo sua incidência na população psoriática é relativamente maior do que em pacientes sem psoríase (Morris et al., 2005; Daneshpazhooh et al., 2004).

Zagari (2006) observou língua fissurada e geográfica concomitante em 1,6% dos pacientes psoriáticos avaliados. Em concordância, encontramos apenas um paciente. O interessante é que este paciente, durante sua primeira consulta, apresentava as duas lesões simultâneas e o quadro da doença de pele estável. Na segunda, o quadro permaneceu estável, porém a manifestação da língua geográfica desapareceu e as fissuras linguais permaneceram. Isso nos demonstra que a língua geográfica seguiu seu curso normalmente, como segue em pacientes que não são portadores de psoríase e que, a língua fissurada continuou devido à sua formação congênita e hereditária. Se observarmos a ausência de relação entre o quadro cutâneo e a remissão espontânea da língua geográfica, podemos aceitar que a mesma não tem relação com a estabilidade da doença cutânea. Segundo os casos apresentados por Winthrope (1984), a regressão da língua geográfica acompanha as lesões de pele. Ele também relata que após a remissão da língua geográfica, a língua fissurada permaneceu, aspecto este, que também foi constatado por nós.

Morris et al. (1992), encontraram que 16,7% dos pacientes psoriáticos avaliados eram portadores de língua fissurada. Em concordância, neste estudo verificou-se língua fissurada em 16,6% dos pacientes. Outros autores encontraram uma incidência da língua fissurada menor (Buchner & Begleiter, 1976; Zagari, 2006). Morris et al. (1992) ainda observaram que a incidência de língua fissurada nos pacientes com psoríase era menor do que no grupo controle. Dos seis pacientes diagnosticados em nosso estudo com língua fissurada, apenas um estava na fase evolutiva da doença cutânea. Todos mantiveram sua presença durante as duas visitas, independente do quadro da doença. Sabendo-se de sua estabilidade e do seu caráter poligênico autossômico dominante, acreditamos que a língua fissurada não faz parte de possíveis manifestações bucais de psoríase.

Ainda encontramos outras alterações linguais, além destas principais, como a língua crenada em um paciente, fissurada e crenada em outro, um com língua fissurada e despapilada e uma apenas despapilada. Não encontramos nenhum artigo onde estas lesões foram citadas.

CONCLUSÃO

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

- A psoríase acometeu mais o gênero masculino do que o feminino;
- A faixa etária predominante dos pacientes avaliados foi dos 61 aos 70 anos;
- A média de idade dos pacientes na sua primeira manifestação de psoríase foi de 30,61 anos;
- A psoríase vulgar é a de maior incidência;
- Aproximadamente um terço dos pacientes possuíam história familiar positiva;
- Embora foram notadas algumas alterações bucais nos pacientes avaliados, não ficou evidenciada nenhuma relação com a psoríase cutânea nem com seu estado de evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAPSE. **Psoríase.** Disponível em: <http://www.abrapse.pop.com.br/raptiva.htm>. Acesso em 07/10/2006.
- Ariyawardana A, Tilakaratne WM, Ranasinghe AW, Dissanayake M. Oral Psoriasis in an 11-Year-Old Child: a Case Report. **International Journal of Paediatric Dentistry** 2004;14:141-5.
- Brayshaw HA, Orban B. Psoriasis Gingivae. **J Periodontology** 1953;24:156-60.
- Brice DM, Danesh-Meyer MJ. Oral Lesions in Patients With Psoriasis: Clinical Presentation and Management. **J Periodontology** 2000;71(12):1896-903.
- Buchner A, Begleiter A. Oral Lesions in psoriatic patients. **Oral Surg.** 1976;41(3):327-32.
- Cataldo E, McCarthy P, Yaffee H. Psoriasis with oral manifestations. **Cutis**, 1977;20:705-8.
- Chaves MD. **Estudo dos fatores ambientais associados a psoríase cutânea e língua geográfica** [dissertação] Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP; 2002.
- Costa SC. **Alterações estomatológicas em pacientes portadores de psoríase** [dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo/USP; 1999.
- Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. **BMC Dermatology** 2004;4(16):1-4.
- Dawson TAJ. Tongue lesions in generalized pustular psoriasis. **Br J Dermatol.** 1974;91(4):419-24.
- De Gregori BS, Phippen R, Davies E. Psoriasis of the gingival and tongue: Report of a case. **J Periodontology** 1971;42(2):97-100.
- Dimitrakopoulos I, Lazaridis N, Scordalaki A. Dermal psoriasis involving an oral split-skin graft. Case report. **Australian Dental Journal.** 1998;43(5):321-3.
- Doben DI. Psoriasis of the attached gingival. **J Periodontology** 1976;47(1):38-40.

Elder JT, Nair RP, Voorhees JJ. Epidemiology and the genetics of psoriasis. **J Invest Dermatol.** 1994;102(6):24-7.

Fischman SL, Barnett ML, Nisengard RJ. Histopatologic ultrastructural and immunologic findings in an oral psoriatic lesion. **Oral Surg.** 1977;44(2):253-60.

Fitzpatrick TB, Christophers E, Sterry W. **Dermatology in general medicine: epidermis: disorders of cell kinetics and proliferation.** 4^aed. New York: Mc Graw Hill; 1993.

Fonseca A, Elemir MS. **Dermatología Clínica.** 1^aed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1984.

Fry L. Psoriasis. **Br J Dermatol.** 1988;119(4):445-60.

Gelfand JM, Weinstein R, Porter SB, Neimann AL, Berlin JA, Margolis DJ. Prevalence and Treatment of Psoriasis in the United Kingdom. A Population-Based Study. **Arch Dermatol.** 2005;141:1537-1541.

Goupille, P. Psoriatic arthritis. **Joint Bone Spine** 2005;(72):466–470.

Greaves MW, Weinstein GD. Treatment of psoriasis. **Engl. J. Med.** 1995;332(9):581-8.

Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, Papenfuss J, Hansen CB, Callis KP. Impact of Obesity and Smoking on Psoriasis Presentation and Management. **Arch Dermatol.** 2005;141:1527-34.

Hietanen J, Salo OP, Kanerva L, Juvakoski T. Study of the oral mucosa in 200 consecutive patients with psoriasis. **Scand J Dent Res.** 1984;92:50-4.

Krueger GG. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. **Arch Dermatol.** 2005;141:1527-1534.

Krueger GG, Duvic M. Epidemiology of psoriasis: clinical issues. **J Invest Dermatol** 1994;102(6):145-85.

Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. **Ann Rheum Dis.** 2005;64:18-24.

Mallbris L, Larsson P, Bergqvist S, Vingard E, Granath F, Stahle M. Psoriasis phenotype at disease onset: Clinical characterization of 400 adult cases. **J Invest Dermatol.** 2005;124:499-504.

Manela M, Miranda MJS, Júnior ACP. Aspectos clínicos e epidemiológicos da psoríase. **Na Brás Dermatol.** 1988;63(2):57-61.

Martins GA, Arruda LA, Mugnaini ASB. Validação de Questionários de Avaliação da Qualidade de Vida em pacientes de psoríase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, 2004.

Morris LF, Phillips CM, Binnie WH, Sander HM, Silverman AK, Menter MA. Oral lesions in patients with psoriasis: A controlled study. **Cutis** 1992;49:339-43.

Neto LK, Borba MG, Figueiredo MAZ, Cherubini K, Yurgel LS. Relação entre língua geográfica e psoríase. **Rev Bras Patol Oral**. 2004;3(1):32-5.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1998.

Pyle GW, Vitt M, Nieuwsma G. Oral psoriasis: report of case. **J Oral Maxillofac Surg**. 1994;52(2):185-7.

Pindborg JJ. Atlas of diseases of the oral mucosa. 4^a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1985.

Pinkus H, Mehregan AH. The primary lesion of seborrheic dermatitis and psoriasis. **J. Invest. Dermatol**. 1966;46(1):109-16.

Pisanty S, Ship II. Oral psoriasis. **Oral Surg**. 1970;(3):351-5.

Pogrel MA, Cram D. Intraoral findings in patients with psoriasis with a special reference to ectopic geographic tongue. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**. 1988;66(2):184-9.

Rahman MA, Fikree M. Perioral psoriasis. **Journal European Academy of Dermatology and Venereology** 2000;14:513-22.

Regezi JA, Sciubba JJ. **Patologia Bucal**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1991.

Richardson LJ, Kratochvil FJ, Zieper MB. Unusual palatal presentation of oral psoriasis. **J. Can. Dent.Assoc**. 1986;66:80-2.

Robinson CM, Di Biase AT, Leigh IM, Williams DM, Thornhill MH. Oral psoriasis. **Br J Dermatol**. 1996;134(2):347-9.

Rozell B, Grever AC, Marcusson JA. Oral Psoriasis: Report on a case without epidermal involvement. **Acta Derm**. 1997;77:399-400.

Russel, TJ. Histocompatibility (HLA) antigens associated with psoriasis. **N. Eng. J. Med.**, 1972;287:738-40.

Sabatovich OIDM. **Manifestações clínicas e histopatológicas da psoríase em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana.** [Dissertação] Rio de Janeiro; Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; 1991.

Salmon TN, Robertson Jr. GR, Tracy Jr. NH, Hiatt WR, Oral psoriasis. **Oral Surg.** 1974;38(1):48-54.

Sampaio SAP, Castro RM, Rivitti EA **Dermatologia Básica.** 3ªed. São Paulo: Artes Médicas;1985.

Sklavounou A, Laskaris G. Oral psoriasis: Report of a case and review of the literature. **Dermatologica** 1990;180:157-9.

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia, DERMATOLOGIA.NET. **Sobre a Psoríase,** 2000. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/publico/psoríase/sobre.aspx#ctd0>. Acesso em 23 de abril de 2007.

Sonis ST, Fazio RC, Fang, L. **Princípios e práticas de medicina oral.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;1996.

Tiilikainen A, Lassus A, Karvonen J, Vartiainen P, Julin M. Psoriasis and HLA-Cw6. **Br J Dermatol.** 1980;102(2):179-84.

Trigonides G, Markopoulos AK, Konstantinidis AB. Dermal psoriasis involving the oral cavity. **Journal of Oral Medicine.** 1986;41(2):98-101.

Ulmansky M, Michelle R, Azaz B. Oral psoriasis: report of six new cases. **J Oral Pathol Med,** 1995;24:42-5.

Wagner G, Luckasen JR, Goltz R. Mucous membrane involvement in generalized pustular psoriasis. **Arch Dermatol.** 1976;112(7):1010-4.

Weathers DR, Baker G, Archard HO, Jr EJB. Psoriasiform lesions of the oral mucosa with emphasis on ectopic geographic tongue. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.** 1974;37(6):872-88.

White DK, Leis HL, Miller AS. Intraoral psoriasis associated with widespread dermal psoriasis. **Oral Surgery,** 1976;41(2):174-80.

Winthrope Jr. RH. Lingual lesions of generalized pustular psoriasis. **Journal of American Academy of Dermatology** 1984;11(6):1069-76.

Younai FS, Phelan JA. Oral mucositis with features of psoriasis. Report of a case and review of the literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 1997;84:61-7.

Zargari O. The Prevalence and Significance of Fissured Tongue and Geographical Tongue in Psoriatic Patients. **Clinical and Experimental Dermatology**, 2006;31:192-5.

Zhu JF, Kaminski MJ, Pulitzer DR, Hu J, Thomas HF. Psoriasis: pathophysiology and oral manifestations. **Oral Diseases**. 1996;2(2):135-44.

Zunt SL, Tomich CE. Erythema Migrans – A Psoriforme Lesion of the Oral Mucosa. **J Dermatol Surg Oncol**. 1989;15(10):1067-1070.

Anexo 1 – Planilha usada para captação e estudo dos dados dos pacientes estudados.

PSORÍASE							
IDENTIFICAÇÃO							
NÚMERO PACIENTE	GÊNERO	IDADE	PROCEDÊNCIA	RAÇA	DATA EXAME	TIPO DE PSORÍASE	IDADE DE MANIFESTAÇÃO

PSORÍASE							
DADOS GERAIS							
QUADRO DA DOENÇA	TEMPO DE EVOLUÇÃO	PSORÍASE		EXAMES			HISTÓRIA
		ESPORÁDICA	PERMANENTE	SANGUE	HISTOLÓGICO	OUTROS	FAMILIAR

PSORÍASE						
ACHADOS BUCAIS						
LÍNGUA	LÁBIO	BOCHECHA	PALATO	SOALHO	GENGIVA	OBSERVAÇÕES

ACHADOS BUCAIS		
BIÓPSIA		
DIA	REGIÃO	RESULTADO