

# PENFIGÓIDE BENIGNO DE MUCOSA

Sâmira Ambar Lins<sup>1</sup>  
Alvimar Lima de Castro<sup>2</sup>  
Glauco Issamu Miyahara<sup>2</sup>  
Elerson Gaetti-Jardim-Júnior<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Odontologia/Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

<sup>2</sup>Docentes do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

LINS, Sâmira Ambar, et al. Penfigóide benigno de mucosa. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 2, p. 205-211, 2009.

## RESUMO

De etiologia auto-imune, o penfigóide benigno das mucosas é uma doença vesículo-bolhosa rara, que acomete a mucosa de revestimento da cavidade bucal. Este trabalho objetivou relatar um caso clínico onde foram observadas importantes manifestações clínicas, discutindo-se os fatores prognósticos de acordo com a terapêutica disponível.

**Palavras-chave:** Penfigóide benigno da mucosa. Doença vesículo-bolhosa. Doença auto-imune.

## ABSTRACT

*Mucous membrane pemphigoid is a rare auto immune bullous disease, characterized by involvement of oral mucous membrane. This paper aimed to report a case with important clinical manifestations.*

**Keywords:** *Pemphigus vulgaris. Mucous membrane pemphigoid. Bullous disease, autoimmune disease.*

Recebido em: 21/12/2007  
Aceito em: 26/4/2008

## INTRODUÇÃO

O penfigóide benigno de mucosas (PBM) faz parte de um grupo de doenças bolhosas crônicas, nas quais anticorpos se ligam a complexos moleculares, que se encontram na superfície de células-alvo. Caracteriza-se como uma reação auto-imune contra antígenos (CHAN et al, 2002; CASTELLANOS, 2002; ESPAÑA et al, 2005). Acomete normalmente adultos e idosos, observando-se maior predileção pelo sexo feminino, numa proporção de 2:1 (NEVILLE et al, 2004).

As lesões bucais do PBM têm aspecto semelhante a outras dermatoses bolhosas, porém, apresentam desenvolvimento mais lento e tendem a ser menores e menos agressivas. Essas lesões começam como bolhas ou vesículas que se rompem, produzindo áreas de descamação. Este processo define um padrão clínico de reação chamado gengivite descamativa, podendo ocorrer de forma difusa ou localizada. (NEVILLE et al, 2004).

O penfigóide é capaz de afetar, além da mucosa oral, mucosa ocular e, em algumas vezes, as manifestações da doença podem acontecer na nasofaringe, laringe, traquéia, esôfago, genitais e mucosa retal (CANIZARES et al., 2006; Kelly et al, 2002; RIVAS et al, 2007).

Embora nem sempre presentes, as lesões nas conjuntivas oculares são achados comuns, tendendo a regredir deixando uma seqüela cicatricial. O acometimento repetitivo da conjuntiva ocular pode levar o paciente à cegueira (STANLEY, 1989; EVERSOLE, 1992; CANIZARES et al, 2006).

Uma manobra semiotécnica importante para o diagnóstico do penfigóide benigno de mucosa é a verificação de positividade do sinal de Nikolsky, apesar de não ser específico dessas condições e muitas vezes apresentar resultado falso negativo, tornando a análise histopatológica e exames sorológicos procedimentos essenciais para o diagnóstico (Williams, 1990).

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, leucoderma 71 anos de idade, encaminhado por cirurgião dentista para avaliação diagnóstica e tratamento de áreas gengivais avermelhadas. O paciente relatou ser diabético controlado sem outros problemas sistêmicos ou queixas oftálmicas. O quadro geral era satisfatório. O exame físico intrabucal revelou lesões eritematosas e bolhosas localizadas em gengiva superior anterior direita, próxima aos dentes 12, 13 e 14 (Fig.1 e 2). À

LINS, Sâmira  
Ambar, et al.  
Pengifóide  
benigno de  
mucosa.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 28, n. 2, p. 205-  
211, 2009.

LINS, Sâmira  
Ambar, et al.  
Pengifóide  
benigno de  
mucosa.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 28, n. 2, p. 205-  
211, 2009.

secagem com ar comprimido, observou-se formação de bolhas (Fig. 3). A seguir, foram realizadas citologia esfoliativa e biópsia incisiva, orientando-se o paciente a retornar após 15 dias, fazendo uso neste período de Prednisolona 1 mg / Kg / dia, período em que pôde-se perceber uma regressão da lesão (Fig.4).



Figura 1 - Aspecto clínico da lesão em gengiva superior direita.



Figura 2 - Detalhes clínicos da lesão em maior aproximação fotográfica.



Figura 3 - Formação de bolha na região de lesão quando da aplicação de ar comprimido.



Figura 4 - Pós-operatório de 15 dias com uso de elixir de dexametazona.

LINS, Sâmira  
Ambar, et al.  
Pangifóide  
benigno de  
mucosa.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 28, n. 2, p. 205-  
211, 2009.

LINS, Sâmira  
Ambar, et al.  
Pênfigoide  
benigno de  
mucosa.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 28, n. 2, p. 205-  
211, 2009.

O exame histopatológico confirmou o diagnóstico clínico de pênfigoide benigno de mucosa, com presença de células basais intactas e infiltrado inflamatório misto, com predominância de linfócitos, plasmócitos e eusínófilos, além de vasos dilatados.

As vesículas e bolhas se apresentam subepidérmicas, em vez de suprabasilares. A membrana basal parece destacar-se do tecido conjuntivo subjacente juntamente com o epitélio, sem evidência de acantólise. No pós-operatório de 20 dias as áreas avermelhadas persistiam e o paciente foi orientado a continuar o uso da medicação. Ao final de 2 meses, observou-se regressão das lesões bucais, interrompendo-se o uso de corticóide. O paciente foi re-encaminhado ao cirurgião dentista de origem para a realização de outros tratamentos odontológicos, com a recomendação de retornar à consulta em caso de recorrência.

## DISCUSSÃO

O caso relatado apresentava quadro clínico assintomático, sendo possível observar positividade ao Sinal de Nikolsky, que consiste em se esfregar energicamente o tecido com a polpa digital ou com algum instrumento, especialmente nas extremidades das lesões, em tecido aparentemente normal, ou aplicando-se jatos de ar na região envolvida. O sinal é considerado positivo quando ocorrer desprendimento do tecido epitelial, ou surgir, na superfície, uma área úmida com tendência à coloração rosada, ou ainda quando surgirem bolhas à manobra. Esta manobra é muito importante para orientar a localização preferencial para a coleta do material, que deve ser perilesional, abrangendo apenas parte da bolha formada pela manobra semiotécnica (TALHARI, MARCUCCI, 1986).

No diagnóstico diferencial, em função do aspecto clínico da lesão, foram citados pênfigo vulgar, pênfigoide benigno de mucosa, líquen plano, eritema multifórmico, epidermólise bolhosa adquirida e gengivite crônica.

No PBM, as vesículas são achados clínicos mais frequentes que no pênfigo vulgar, por ser uma lesão de localização mais profunda (sub-epitelial), com o teto mais firme e, conseqüentemente, mais resistente ao rompimento (CAZAL et al., 2003).

O exame histopatológico revelou uma fenda entre a camada basal do epitélio e o componente conjuntivo, que exibiu um infiltrado composto por células inflamatórias crônicas com grande percentual de mastócitos e eosinófilos, sugerindo uma ação conjunta dessas

células no mecanismo de formação das bolhas (WILLIAMS, 1990; TARQUINIO, ARAÚJO, 1996).

O tratamento do PBM depende do estágio da doença, podendo-se utilizar corticóides tópicos potentes várias vezes ao dia, como por exemplo Clobetasol 0,05% associado a Miconazol 2% em gel, 4 vezes ao dia, até a cicatrização das lesões, ou ainda uma combinação de esteróides sistêmicos e tópicos. Além disso, medidas de higiene oral podem beneficiar o paciente. Quando a doença afeta outras áreas, como a mucosa oftálmica e genital, podem ser administrados corticóides sistêmicos associados ou não com outros imunossupressores. Nesses casos, é oportuna e indispensável a participação médica no procedimento terapêutico (EVERSOLE, 1992).

## CONCLUSÕES

O cirurgião - dentista desempenha importante papel no diagnóstico e orientação terapêutica de doenças auto-imunes com manifestação bucal, pela realização de procedimentos semiotécnicos diagnósticos de âmbito odontológico.

A terapia com base em esteróides controla, mas não cura definitivamente a doença, motivo pelo qual a atuação do cirurgião - dentista é de grande valor no controle das exacerbações orais da doença.

## REFERÊNCIAS

CASTELLANOS SUAREZ, J.L. Enfermedades gingivales de origin immune. *Med Oral*, v.7, p. 271-83, 2002.

CAZAL, C; MORAES, E.S; COSTA, L.J; MARCHI, M. Pênfigo vulgar e penfigóide benigno de mucosa: Considerações gerais e relato de casos. *Rev. Bras. Patol. Oral*, v.2, n.3, p.8-13, jul/set, 2003.

CHAN, L.S. et al. The first international consensus on mucous membrane Pemphigoid. *Arch Dermatol*, v.138, p.370-9, 2002.

ESPAÑA, A. et al. Mucous membrane pemphigoid: clinical manifestations and treatment with corticosteroids, dapsone and cyclophosphamide in 5 patients. *Actas Dermosifiliogr*, v.96, n.6, p.357-64, Jul-Aug, 2005.

EVERSOLE, L.R. Clinical outline of oral pathology: diagnosis and treatment. 3rd ed. (USA): Williams & Wilkins, 1992. 469p.

LINS, Sâmira  
Ambar, et al.  
Pênfigóide  
benigno de  
mucosa.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 28, n. 2, p. 205-  
211, 2009.

LINS, Sâmira  
Ambar, et al.  
Pênfigóide  
benigno de  
mucosa.  
*Salusvita*, Bauru,  
v. 28, n. 2, p. 205-  
211, 2009.

KELLY, M. et al. Autoimmune bullous dermatoses: A review american family Physician, May, 2002, p.5-9.

CANIZARES, M.J. et al. Successful Treatment of Mucous Membrane Pemphigoid With Etanercept in 3 Patients Arch Dermatol, v.142, p.1457-61, 2006.

NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral & Maxilo Facial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RIVAS, L. et al. Different conjunctival adaptive response in patients with aqueous-deficient and with mucous-deficient dry eyes. Eur J Ophthalmol, v.17, n.2, p.160-70, Mar-Apr, 2007.

STANLEY, J.R. Pemphigus and pemphigoid as paradigms of organ-specific, autoantibody-mediate diseases. The Journal of Clinical Investigation Inc., v.3, p.1443-8, May, 1989.

TALHARI, E.A; MARCUCCI, G. Pênfigo Vulgar. Aspectos estomatológicos. Rev Ass Paul Cirurg Dent, v.40, n.4, p.290-5, Jul/Ago, 1986.

TARQUINIO, S.B.C.; ARAÚJO, V.C. Estudo histopatológico e do infiltrado inflamatório do líquen plano e do penfigóide benigno de mucosa. RPG, v.3, n.3, p.191-202, Jul/Ago/Set, 1996.

WILLIAMS, D.M. Vesiculo-bullous mucocutaneous disease: benign mucous membrane and bullous pemphigoid. J Oral Pathol Med, v. 99, n.1, p.16-23, Jan, 1990.