

COMO AS DOENÇAS AUTOIMUNES AFETAM A CAVIDADE ORAL

HOW AUTOIMMUNE DISEASE AFFECTS THE ORAL CAVITY

Gabriela S. Silveira¹; Marcia C. Dias-Moraes²

Descritores: Doença autoimune; síndrome de Sjögren; líquen plano oral; lúpus eritematoso sistêmico

Keyword: Autoimmune disease; Sjögren's syndrome; oral lichen planus; systemic lupus erythematosus

RESUMO

As doenças autoimunes representam um grupo complexo de condições nas quais o sistema imunológico ataca os próprios tecidos do corpo, causando diversas complicações. Entre as áreas afetadas, a cavidade oral se destaca por apresentar manifestações orais que podem servir como indicadores precoces dessas patologias. O atendimento odontológico, portanto, desempenha um papel crucial tanto na detecção quanto no manejo dessas doenças, destacando a importância da colaboração entre dentistas e médicos. Este trabalho teve como objetivo principal descrever, por meio de uma revisão de literatura, o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e manejo das doenças autoimunes que afetam a cavidade oral, como lúpus eritematoso sistêmico, líquen plano e síndrome de Sjögren. Além disso, investiga-se o impacto psicossocial dessas condições e a importância do diagnóstico precoce para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. A revisão de literatura explora a importância do reconhecimento de manifestações orais e o papel preventivo e terapêutico do cirurgião-dentista no contexto de doenças autoimunes.

ABSTRACT

Autoimmune diseases represent a complex group of conditions in which the immune system attacks the body's own tissues, causing various complications. Among the affected areas, the oral cavity stands out for presenting oral manifestations that can serve as early indicators of these pathologies. Dental care, therefore, plays a crucial role in both the detection and management of these diseases, highlighting the importance of collaboration between dentists and physicians. The main objective of this study was to describe, through a literature review, the role of the dentist in the diagnosis and management of autoimmune diseases that affect the oral cavity, such as systemic lupus erythematosus, lichen planus and Sjögren's syndrome. In addition, the psychosocial impact of these conditions and the importance of early diagnosis to improve the quality of life of patients are investigated. The literature review explores the importance of recognizing oral manifestations and the preventive and therapeutic role of the dentist in the context of autoimmune diseases.

1 Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO – 2024.

2 Professora Doutora - Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO.

INTRODUÇÃO

As doenças autoimunes representam um conjunto de condições de saúde complexas e diversas, nas quais o sistema imunológico do organismo ataca suas próprias células e tecidos, causando uma ampla gama de sintomas e complicações. Dentre as áreas afetadas, destaca-se a cavidade oral, que serve como uma porta de entrada para muitas destas patologias. O atendimento odontológico nesses pacientes adquire, assim, um papel crucial na identificação precoce e no manejo dessas condições (Mays *et al.* 2012).

Visto que as doenças autoimunes ocorrem pela reação do sistema imunológico em relação aos tecidos e órgãos do próprio corpo, e que a cavidade oral possui uma microbiota composta por uma grande variedade de microrganismos, geralmente benéficos por prevenir a colonização da cavidade oral por agentes patogênicos, o desequilíbrio sistêmico imunológico acaba por causar prejuízos que repercutem na cavidade oral (Borba; Costa e Neto, 2021).

As manifestações orais em doenças autoimunes podem ser variadas e incluir lesões, inflamações e ulcerações na boca, lábios e gengivas. Estas manifestações podem não apenas ser desconfortáveis, mas também servirem como indicadores precoces de condições autoimunes subjacentes, tornando a saúde bucal uma parte importante na detecção e no acompanhamento dessas doenças (Cerquetani, 2023).

O diagnóstico precoce e o acompanhamento adequado dessas patologias são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e minimizar complicações sistêmicas, sendo de extrema importância a colaboração interdisciplinar entre profissionais da odontologia e médicos especializados em doenças autoimunes (Cerquetani, 2023).

Este trabalho se propõe a explorar a relação intrincada entre as doenças autoimunes e a saúde bucal, destacando como essas patologias afetam a cavidade oral e, por conseguinte, o atendimento odontológico. Serão abordadas condições autoimunes como lúpus eritematoso sistêmico, líquen plano, síndrome de Sjögren, que frequentemente se manifestam por meio de sintomas orais, como úlceras, xerostomia, e erosão dentária (Cerquetani, 2023).

Este trabalho busca, portanto, contribuir para uma compreensão mais abrangente das doenças autoimunes e seu impacto na cavidade oral, destacando a relevância do atendimento odontológico como parte integrante da abordagem interdisciplinar no cuidado desses pacientes. Ao fazê-lo, esperamos não apenas enriquecer o campo de pesquisa, mas também melhorar a qualidade de vida e o bem-estar daqueles que enfrentam essas condições de saúde desafiadoras (Ambrósio *et al.*, 2016).

A escolha de abordar o LES, a Síndrome de Sjögren e o líquen plano oral no trabalho foi baseada na experiência acadêmica e pessoal com essas condições.

OBJETIVOS

Objetivo primário

- Descrever a importância da atuação do cirurgião dentista no diagnóstico e manejo das doenças autoimunes na cavidade oral.

Objetivos secundários

- Reconhecer a importância do diagnóstico precoce em doenças autoimunes.
- Identificar as principais manifestações orais das doenças autoimunes.
- Revisar intervenções preventivas que podem ser adotadas por pacientes e profissionais da saúde no manejo das manifestações orais das doenças autoimunes.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Cerquetani (2023), as doenças autoimunes (DAI) são distúrbios em que o sistema imunológico do corpo ataca seus próprios tecidos e órgãos, levando à produção de anticorpos contra suas estruturas saudáveis. Estima-se que aproximadamente 8% da população mundial seja afetada por essas condições. Embora não haja cura definitiva, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida. Essas doenças afetam mais frequentemente as mulheres, com causas genéticas e ambientais desempenhando papéis importantes. O diagnóstico requer avaliação médica especializada e exames de sangue para detectar anticorpos autoimunes. O tratamento envolve medicamentos imunossupressores para controlar os sintomas. Embora não haja cura, um acompanhamento médico adequado e a adesão ao tratamento permitem que as pessoas afetadas tenham uma vida praticamente normal.

Algumas doenças autoimunes apresentam manifestações orais características, que demandam a atenção e a intervenção do cirurgião-dentista, muitas vezes ajudando no diagnóstico precoce dessas condições. Observou-se que é de extrema importância o cirurgião-dentista saber diagnosticar precocemente essas doenças autoimunes, dada a relevância das manifestações orais no contexto dessas patologias. Entretanto, ainda há um desconhecimento por parte dos cirurgiões dentistas (Torres; Nascimento, 2024).

Entre as DAI com manifestações orais mais frequentes, encontram-se o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Líquen Plano Oral (LPO), Síndrome de Sjögren (SS), Pênfigo Vulgar (PV) e Penfigóide Bolhoso (PB) (Saccucci *et al.*, 2018; Borba; Costa e Neto, 2021).

As lesões em regiões de mucosa oral e perioral geram desconforto e morbidade para os pacientes, por dificultar a nutrição via oral, assim com a higienização dos dentes e mucosa. Muitas vezes, as lesões apresentam potencial de malignidade. O cirurgião-dentista é fundamental para, além do diagnóstico precoce de lesões relacionadas às DAI, atuar no manejo dessas lesões colaterais e nas lesões decorrentes do tratamento da condição sistêmica em si, principalmente dos problemas relacionados à imunossupressão (Santos *et al.*, 2024).

1. Síndrome de Sjögren (SS)

A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune com vários tipos de fenótipos, influenciada pela origem geográfica, que pode ocorrer isoladamente (síndrome de Sjögren primária) ou em associação com outras doenças do tecido conjuntivo (DTC), incluindo artrite reumatoide (AR), lúpus eritematoso sistêmico (LES) e esclerose sistêmica (ES). Ainda não se tem certeza se a mortalidade na síndrome de Sjögren primária (pSS) é aumentada quando comparada com a da população em geral, mas na presença de manifestações extraglandulares, em particular linfomas, essa possibilidade é mais considerada, já que o risco de linfoma parece maior do que quando a SS está associada à outras DTCs (Beydon *et al.*, 2024).

A Síndrome de Sjögren, a doença autoimune mais prevalente no mundo, distingue-se pela redução significativa da salivação. Este sinal clínico marcante pode desencadear uma série de alterações bucais, incluindo um aumento nas incidências de infecções fúngicas, cárie e doença periodontal. A identificação precoce dessas manifestações orais pelo cirurgião-dentista é crucial para o diagnóstico e tratamento adequado dessas doenças autoimunes. Pacientes com Síndrome de Sjögren frequentemente apresentam atrofia das papilas da língua, fissuras linguais e mucosa oral avermelhada e dolorida. Além disso, a hipossalivação, medida pelo fluxo salivar, e a xerostomia, um sintoma subjetivo, podem causar dificuldades na fala, na mastigação e alterações na microbiota oral, aumentando a presença de espécies como *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus mutans* e *Candida albicans* (Ambrosio *et al.*, 2016).

De acordo com Fornari *et al.* (2021), as doenças crônicas são as que mais afetam os idosos, levando ao uso de medicamentos contínuos, como medicamentos para diabetes, depressão e ansiedade, doenças car-

diovasculares, distúrbios do sistema nervoso, doenças do trato gastrointestinal e distúrbios metabólicos, que podem causar sensação de boca seca ou hipossalivação.

Segundo Mavragani, Montsopoulos e Montsopoulos (2006), ela pode causar manifestações sistêmicas em diversos órgãos. Existem dois tipos de síndrome de pSS, um benigno e outro sistêmico, com maior risco de transformação maligna. O tratamento envolve abordagens como estimulação da secreção lacrimal e salivar, uso de agentes colinérgicos e imunossuppressores sistêmicos para as manifestações extraglandulares graves. Além disso, a terapia anti-células B é uma nova abordagem em pesquisa, oferecendo perspectivas futuras no tratamento dessa condição autoimune complexa. Beyton *et al.* (2024) apontam que quando há a SS associada com LES ou ES, a atividade da doença é menor, do que quando ocorre AR, LES ou ES isoladamente.

Mignogna *et al.* (2005) conduziram um estudo sobre a SS, uma condição autoimune que afeta as glândulas salivares e lacrimais, resultando em diminuição do fluxo salivar e lacrimal. O diagnóstico da SS costuma ser tardio devido à falta de compreensão de sua história natural. O estudo observou que existem características orais precoces atípicas que podem preceder o desenvolvimento de xerostomia/hipossalivação, que são sintomas típicos da SS. Essas características incluem alterações sialoquímicas, inchaço das glândulas salivares, perda dentária precoce e sialorreia. Os autores sugerem que a associação tradicional entre SS e xerostomia/hipossalivação deve ser ampliada, e que os cirurgiões-dentistas devem estar atentos a essas características orais precoces em pacientes que ainda não apresentam os sintomas típicos da SS. Isso pode levar a um diagnóstico mais precoce e melhor tratamento da condição.

Bayetto *et al.* (2010), aborda a SS, uma doença autoimune crônica que afeta múltiplos sistemas orgânicos, com ênfase nas manifestações orais e dentárias associadas à condição. A etiologia e patogênese precisas da síndrome ainda permanecem incertas. Além de discutir as manifestações sistêmicas, o artigo explora os fatores subjacentes à sua origem e desenvolvimento. Uma das principais complicações é o diagnóstico, que é complexo, e destaca-se o papel fundamental dos dentistas no tratamento das manifestações orais da síndrome. Gerenciar eficazmente essas manifestações orais pode resultar em melhorias significativas na qualidade de vida dos pacientes.

Muñoz *et al.* (2009), discute a SS, uma doença autoimune crônica que afeta principalmente mulheres. A doença é caracterizada por inflamação nas glândulas salivares e lacrimais, levando a sintomas como boca seca e olhos secos. A causa exata não é clara, mas envolve uma resposta autoimune que prejudica a função das glândulas. Na cavidade oral, a boca seca (xerostomia) é um sintoma debilitante e está associada a problemas de saúde bucal, como cáries e candidíase. Além disso, os pacientes com essa síndrome têm um risco aumentado de desenvolver linfoma não Hodgkin. O tratamento é principalmente baseado nos sintomas e inclui o uso de soluções para estimular a produção de saliva e, mais recentemente, a administração de substâncias que atacam os linfócitos B. Este estudo fornece informações atualizadas sobre a síndrome, com ênfase em suas implicações odontológicas.

Diferentes estratégias terapêuticas estão abrindo novos caminhos para a medicina personalizada na SS. Estão sob investigação agentes que interferem na ativação das vias do interferon, incluindo agentes que degradam o RNA circulante, na ativação do receptor Toll-like e inibidores da sinalização downstream. Novas estratégias que têm como alvo a hiperatividade das células B mostraram resultados promissores, assim como as que visam as vias de coestimulação de células B e/ou células T (Baldini *et al.*, 2024).

No tratamento odontológico de pacientes com SS, diversos estudos sugerem a prescrição de cremes dentais contendo enzimas e produtos que auxiliam na hidratação da cavidade oral. Devido à hipossalivação e à xerostomia, que são sintomas comuns dessa condição, recomenda-se o uso de cremes dentais específicos, como aqueles que contêm enzimas e apresentam baixa abrasividade. Esses cremes são eficazes na redução do risco de cáries e no aumento do conforto oral.

Além disso, produtos hidratantes, como géis orais e enxaguantes com propriedades lubrificantes, são indicados para minimizar a sensação de boca seca, oferecendo alívio prolongado. O uso de cremes dentais livres de lauril sulfato de sódio, como o Sensodyne Repair & Protect®, é preferível, pois evitam irritações adicionais nas mucosas ressecadas. Essas práticas fazem parte de um protocolo odontológico especializado, projetado para minimizar os efeitos da xerostomia e prevenir complicações adicionais, como cáries e infecções orais.

Essas orientações visam garantir uma melhor qualidade de vida para os pacientes, controlando os sintomas e reduzindo os riscos associados à falta de saliva (Valim *et. al.*, 2015).

2. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença autoimune inflamatória crônica multissistêmica que afeta principalmente mulheres entre 20 e 40 anos. Atinge as articulações, pele, células sanguíneas, membranas serosas, rins e cérebro. Entre os sintomas mais comuns, observa-se dor nas articulações, cansaço, fadiga, lesões cutâneas e sintomas hematológicos e renais, relacionados aos índices de mortalidade da doença (cinco vezes maior em relação à população geral) (Xibillé-Friedman *et al.*, 2019).

De acordo com Lazar e Kahlenberg (2022), o LES é uma doença autoimune heterogênea com uma ampla variação em seu curso clínico e prognóstico. Os sintomas do LES podem abranger desde manifestações sutis a robustas, afetando diferentes sistemas de órgãos ao longo do tempo, o que torna o diagnóstico desafiador. O diagnóstico precoce é crucial para evitar complicações, e os autoanticorpos, como os anticorpos antinucleares (ANA), têm sido úteis, embora haja ainda atrasos diagnósticos significativos. Além disso, os testes de antígeno nuclear extraível, como o teste anti-dsDNA, podem fornecer informações valiosas. A heterogeneidade da doença provém de complexas desregulações imunológicas. O tratamento do LES é complexo, e a pesquisa contínua é fundamental para desenvolver diagnósticos mais precisos, terapias inovadoras e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Essa condição pode atingir múltiplos órgãos e tecidos, e frequentemente apresenta manifestações bucais que podem ser o primeiro indício da doença. As lesões bucais do LES têm prevalência variando de 9% a 45%, afetando principalmente a mucosa bucal, o palato duro e o bordo vermelho dos lábios. Estas lesões são classificadas como: eritematosas, discoides e ulcerativas. A sensação de boca seca ocorre em aproximadamente 20% dos pacientes com LES ou lúpus cutâneo (BORBA *et al.*, 2021).

Segundo Chi *et al.* (2010), a cuidadosa avaliação da cavidade oral desempenha um papel crucial na detecção de condições sistêmicas subjacentes, permitindo diagnóstico e tratamento precoces. Durante o exame, diversos parâmetros devem ser considerados, como palidez da mucosa, glossite atrófica, candidíase e úlceras orais, que podem indicar condições como anemia e lúpus eritematoso. As lesões orais associadas a essas condições variam amplamente, incluindo placas em forma de favo de mel, placas ceratóticas elevadas, eritema, púrpura, petéquias e queilite. Essa abordagem é fundamental para a identificação precoce e o tratamento adequado dessas doenças sistêmicas.

Existe uma prevalência entre doença periodontal e as DAI, incluindo o LES, com semelhanças entre os mecanismos de destruição tecidual, que podem envolver desregulações no sistema imune inato, envolvendo células fagocíticas e citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 β e IL-18. O tratamento periodontal, resultando na queda dos níveis de marcadores inflamatórios, como IL-6, TNF- α e proteína C reativa, aumenta tanto no LES como na periodontite, tem o potencial de contribuir para a redução da inflamação sistêmica, prevenindo inclusive complicações cardiovasculares (Sete; Figueredo e Sztajnbnok, 2016).

Borba, Costa e Neto (2021) destacam que o tratamento do LES tem como objetivos principais controlar a atividade da doença e prevenir complicações. Para atingir esses objetivos, uma abordagem terapêutica adaptada a cada paciente é essencial, levando em consideração a gravidade e os órgãos afetados. Os antimaláricos,

como o sulfato de hidroxicloroquina, são frequentemente utilizados para reduzir a atividade da doença, com benefícios adicionais no perfil lipídico e na redução do risco de trombose. Os glicocorticoides, como a prednisona, são usados, com doses variáveis de acordo com a gravidade, mas devem ser empregados na menor dose efetiva devido aos potenciais efeitos colaterais. Quando a redução das doses é difícil, outros medicamentos, como azatioprina e metotrexato, podem ser associados para diminuir a dependência dos glicocorticoides. O tratamento específico para diferentes manifestações clínicas, como o comprometimento cutâneo, articular, hematológico, cardíaco, pulmonar, neuropsiquiátrico e renal, é discutido, sendo essencial uma abordagem multidisciplinar envolvendo diversos especialistas para garantir o melhor cuidado possível aos pacientes com LES.

Ainda que o tratamento tenha evoluído e o prognóstico seja mais favorável devido ao uso destes medicamentos, seus índices de morbimortalidade ainda são elevados pela quantidade de complicações associadas. Assim, a atuação de equipes multiprofissionais capacitadas em diagnosticar e lidar com portadores desta patologia, torna-se de grande importância (Silva *et al.*, 2021).

3. Líquen Plano Oral Reticular e Erosivo

O líquen plano é uma doença crônica autoimune mediada por linfócitos T, cuja designação e descrição foram atribuídas ao médico inglês Erasmus Wilson em 1866. Wilson também sugeriu uma possível relação entre “tensões nervosas” e a etiologia da doença. Em 1895, Louis-Frédéric Wickham complementou essa descrição ao identificar as “*stries et punctuations grisâtres*”, que posteriormente ficaram conhecidas como estrias de Wickham. Os estudos realizados por Wilson e Wickham serviram de base para a pesquisa de Canto, Müller e Freitas (2010), que aprofundaram a compreensão sobre a patologia do líquen plano, contribuindo para o conhecimento atual sobre essa condição.

McCartan *et al.* (2008) descreveram as diferentes apresentações clínicas do LPO, incluindo estrias brancas (estrias de Wickham), pápulas, placas brancas, lesões atróficas, atrófico-erosivas e vesiculares, ressaltando a variabilidade dos sintomas dolorosos em casos de LPO erosivo, atrófico ou bolhoso. Entre essas formas, o LPO erosivo é frequentemente considerado o mais doloroso. A razão para isso é que a forma erosiva provoca ulcerações na mucosa oral, resultando em áreas expostas e sensíveis que podem causar dor intensa durante atividades cotidianas, como a alimentação, a fala e a higiene oral. Essas lesões ulceradas são mais suscetíveis à irritação e à infecção, o que pode agravar ainda mais o desconforto. Em contraste, as formas atróficas e bolhosas, embora possam ser dolorosas, frequentemente apresentam uma intensidade de dor menor em comparação com a forma erosiva. Assim, a presença de lesões ulcerativas no LPO erosivo explica sua maior dor em relação às outras variantes.

O líquen plano é uma dermatose que afeta principalmente a mucosa oral, ocasionalmente se manifestando na pele, unhas e mucosa genital. É mais prevalente em mulheres de meia-idade em uma proporção de 3:2 em relação aos homens, sendo raro em crianças. Embora sua etiologia permaneça desconhecida, vários fatores causais foram associados, incluindo ansiedade, diabetes, doenças autoimunes, doenças intestinais, drogas, estresse, hipertensão, infecções, materiais dentários, neoplasias e predisposição genética. A patogênese envolve um ataque de linfócitos T aos queratinócitos da camada basal da mucosa, induzindo apoptose e degeneração celular, perpetuando o processo por meio da liberação de quimiocinas no local inflamatório. O líquen plano oral é uma condição mucocutânea com diversas manifestações clínicas, documentadas por diversos autores ao longo dos anos (Canto; Müller e Freitas *et al.*, 2010).

As exacerbações do LPO estão frequentemente associadas a fatores como estresse psicológico e trauma mecânico. Gorsky *et al.* (1997) abordaram essa questão ao observar que esses episódios de agravamento da condição podem estar acompanhados de sintomas dolorosos significativos. Eles destacaram a importância do

fenômeno de Koebner, que descreve de que modo irritações crônicas de baixa intensidade, como arranhões ou traumas repetitivos na mucosa oral, podem induzir novas lesões em indivíduos já afetados pelo LPO.

O fenômeno de Koebner ocorre quando áreas previamente saudáveis da pele ou mucosas se tornam afetadas por uma condição dermatológica após um trauma, sugerindo que o sistema imunológico da pele reage a essas irritações. Portanto, em pacientes com LPO, situações de estresse ou trauma mecânico podem não apenas exacerbar os sintomas existentes, mas também levar ao surgimento de novas lesões na mucosa oral, evidenciando a interação entre fatores emocionais e mecânicos na patogênese da doença (Sagi, 2011).

A variante gengival do LPO, frequentemente confundida com inflamação gengival, foi denominada “gengivite descamativa” e discutida por autores como Sugerman *et al.* (2002). Eles destacaram os locais mais comuns de acometimento, como a mucosa jugal, dorso da língua, gengiva, mucosa labial e lábio inferior.

As lesões de LPO podem persistir por anos, com períodos de exacerbação e quiescência. Durante as exacerbações, há um aumento na extensão e dor das áreas eritematosas ou ulceradas, frequentemente desencadeadas por estresse, ansiedade e trauma mecânico. Irritação crônica por placa ou cálculo dentário, procedimentos odontológicos e outros irritantes também contribuem para a condição. Clinicamente, o LPO manifesta-se como estrias brancas, pápulas, placas brancas, lesões atróficas, atrófico-erosivas ou vesiculares, sendo as formas erosiva, atrófica ou bolhosa dolorosas. A variante gengival apresenta eritemas ou úlceras na gengiva, podendo ser confundida com gengivite descamativa, e afeta mais a mucosa jugal, dorso da língua, gengiva, mucosa labial e lábio inferior (Canto *et al.*, 2010).

O LPO sob a forma de manchas brancas homogêneas deve ser averiguado, para o diagnóstico diferencial com uma leucoplasia. O LPO reticular, que é a forma mais comum, assintomática, pode evoluir para outros subtipos, incluindo o erosivo. As características clínicas do LPO erosivo constituem-se por ulcerações e erosões atróficas ou eritematosas, com padrão multifocal de distribuição. O LPO atrófico se assemelha ao subtipo erosivo, afetando principalmente a gengiva e a mucosa bucal nas áreas pósterio-inferiores adjacentes ao segundo e terceiro molares, e as lesões atróficas se apresentam mais proeminentes, sobre uma base eritematosa (Didona *et al.*, 2022).

O diagnóstico do LPO é feito pelo exame clínico e histopatológico, que além de estabelecer o diagnóstico definitivo, exclui displasias e malignidades (Ismail; Kumar e Zain, 2007).

Em relação ao diagnóstico do (LPO), autores como Roopashri *et al.* (2010) enfatizaram a importância do exame clínico e histológico. Eles destacaram que, em lesões clássicas, o diagnóstico pode ser estabelecido com base na aparência clínica. No entanto, para garantir um diagnóstico preciso e diferenciar o LPO de outras lesões clinicamente semelhantes, como leucoplasia ou candidíase, é essencial realizar uma avaliação histopatológica.

As características histológicas do LPO incluem a presença de uma banda de linfócitos na interface dermoepidérmica, alterações na camada basal da epiderme, e a formação de liquefação na membrana basal. Além disso, a presença de degeneração liquefativa na camada basal pode ser observada, que é uma característica distintiva dessa condição. Essas alterações ajudam a diferenciar o LPO de outras patologias orais, onde a apresentação clínica pode ser similar, mas a resposta histológica é distinta. O termo degeneração liquefativa indica que as células dessa camada estão se deteriorando e, em vez de manterem sua estrutura normal, acabam sofrendo um tipo de degeneração em que o conteúdo celular fica com aparência líquida.

Assim, a combinação de achados clínicos e histológicos é crucial para o diagnóstico correto do líquen plano oral, permitindo um manejo mais eficaz da condição e evitando diagnósticos errôneos que poderiam resultar em tratamentos inadequados.

Em relação ao diagnóstico diferencial, autores como Shiohara *et al.* (2000) mencionaram a importância de distinguir o LPO de outras condições, como reações liquenoides a drogas, leucoplasia, lúpus eritematoso e doença do enxerto *versus* hospedeiro em pacientes transplantados de medula óssea.

Idrees *et al.* (2021) realizaram uma revisão sistemática a respeito da malignização de lesões de LPO, analisando trinta e três artigos, envolvendo 151 pacientes. Entre eles, houve um percentual de 0,44% de lesões associadas ao LPO que sofreram malignização, e o maior risco foi de pacientes tabagistas ou etilistas. Os autores concluíram que a potencial malignidade do LPO não deve ser negligenciada, sendo recomendado que lesões orais com características liquenoides devem ser criteriosamente documentadas, registrando-se os dados clínicos e histopatológicos associados, para controle de eventos futuros.

A imunofluorescência direta como exame complementar foi enfatizada por autores como Carrozzo *et al.* (1998), especialmente nos casos difíceis de lesões bolhosas de LPO que podem ser confundidas com outras doenças.

Finalmente, autores como Eisen *et al.* (2012) mencionaram a possibilidade de lesões concomitantes do LPO em outras áreas, como pele, mucosa genital, couro cabeludo, unhas, mucosa esofágica, laringe e conjuntivas.

DISCUSSÃO

As doenças autoimunes (DAI) são condições em que o sistema imunológico erroneamente ataca os próprios tecidos e órgãos do corpo, afetando aproximadamente 8% da população mundial, com uma prevalência notavelmente maior entre as mulheres, atribuída a uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais (Cerquetani, 2023). O diagnóstico precoce e o tratamento adequado dessas condições são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes, ainda que uma cura definitiva não esteja disponível. O manejo das DAI envolve o uso de medicamentos imunossupressores e acompanhamento médico contínuo.

Santos *et al.* (2021) ressaltam que a resistência tissular é afetada pelas DAI, causando lesões de progressão rápida, com manifestações estomatológicas afetando a cor e a forma de uma ou mais estruturas anatômicas, e que áreas de mucosa, dentes, tecidos periodontais e glândulas salivares podem ser afetados.

Borba, Costa e Neto (2021), em relação ao diagnóstico precoce, alertam que as lesões orais podem aparecer antes de outras manifestações clínicas, ou ser o único sinal das doenças imunológicas. Devido a isso, Torres e Nascimento (2024) salientam a importância do papel dos cirurgiões-dentistas na identificação precoce das manifestações orais das DAI, e que a falta de conhecimento entre os profissionais da odontologia pode resultar em diagnósticos tardios ou incorretos, comprometendo significativamente o tratamento.

Saccucci *et al.* (2018) e Borba, Costa e Neto (2021) mencionam doenças como Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Líquen Plano Oral (LPO), Síndrome de Sjögren (SS), Pênfigo Vulgar (PV) e Penfigóide Bolhoso (PB) como condições autoimunes com manifestações orais frequentes.

A SS é a doença autoimune mais prevalente, caracterizada pela significativa redução da salivagem, causando várias alterações bucais (Ambrosio *et al.*, 2016). Mignogna *et al.* (2005) identificaram características orais precoces que podem preceder a xerostomia/hipossalivação. Borba, Costa e Neto (2021), também apontam que a sensação de boca seca ocorre em outras condições sistêmicas além da SS, como em 20% dos pacientes portadores de LES, sendo importante que o cirurgião-dentista tenha esse conhecimento para realizar o diagnóstico correto.

Entretanto, de acordo com Beydon *et al.* (2024), como a SS pode estar associada a outras DTCs, como AR, LES e ES, e as doenças podem partilhar alguns sintomas comuns, pode haver um risco de subdiagnosticar a SS associada, pela presença de manifestações sistêmicas explicadas de outra forma, como artrite ou linfadenopatia, ou somente a sensação de secura pode não resultar em uma avaliação apropriada de imediato; e há ainda o risco de diagnosticar erroneamente a SS como outra DTC com a qual os médicos podem estar mais familiarizados, como LES ou AR.

Muñoz *et al.* (2009) discutem as implicações odontológicas da SS, incluindo o risco aumentado de linfoma não-Hodgkin. Beydon *et al.* (2024) complementam, dizendo que o maior risco do desenvolvimento de linfomas aumenta o risco de mortalidade associado à SS.

Mavragani, Montsopoulos e Montsopoulos (2006) já debatiam acerca de diferentes abordagens terapêuticas, como a terapia anti-células B. Atualmente, em 2024, Baldini *et al.* ressaltam que ainda se pesquisam novas abordagens para o manejo da SS, aplicando estratificação clínica, molecular e histopatológica, com base em técnicas multiômicas e biomarcadores de imagem emergentes, buscando a medicina personalizada na síndrome de Sjögren.

Baldini *et al.* (2024) e Valim *et al.* (2015) abordam a Síndrome de Sjögren sob perspectivas complementares, mas com focos terapêuticos diferentes. Enquanto Baldini *et al.* (2024) exploram novas estratégias terapêuticas focadas na medicina personalizada, investigando agentes que interferem nas vias imunológicas, como a ativação do interferon e das células B e T, Valim *et al.* (2015) concentram-se no manejo das manifestações orais da síndrome, recomendando intervenções práticas como o uso de cremes dentais com enzimas e produtos hidratantes específicos.

De um lado, Baldini *et al.* (2024) focam em tratamentos sistêmicos inovadores que visam controlar a doença SS no nível imunológico, como inibidores da sinalização *downstream* e terapias que modulam a hiperatividade das células B. Essas abordagens visam diretamente o controle das respostas autoimunes que caracterizam a doença, oferecendo um caminho promissor para um tratamento mais específico e eficaz, com o objetivo de minimizar o impacto da Síndrome de Sjögren nos vários sistemas orgânicos afetados.

Por outro lado, Valim *et al.* (2015) adotam uma abordagem mais voltada para o manejo clínico cotidiano, principalmente das manifestações orais que afetam diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Eles recomendam produtos como cremes dentais com baixa abrasividade e géis hidratantes bucais, estratégias voltadas para aliviar a xerostomia e prevenir complicações como cáries e infecções.

Fornari *et al.* (2021) apontam que o tratamento de diversas condições sistêmicas, que levam a um uso de medicações de uso contínuo, especialmente na população mais idosa, pode causar a sensação de boca seca. Importante ressaltar que não necessariamente este desconforto é devido à SS, reforçando a importância do diagnóstico preciso.

O LES é uma doença autoimune inflamatória crônica que afeta predominantemente mulheres jovens e pode manifestar-se por meio de uma série de lesões bucais que, muitas vezes, são o primeiro indício da doença. Segundo Borba, Costa e Neto (2021), essas lesões incluem uma variedade de tipos, como úlceras e lesões eritematosas ou ceratóticas, destacando a importância de se discutir diagnósticos diferenciais com outras doenças orais. Esse aspecto reforça o papel do dentista na identificação precoce e manejo adequado das manifestações bucais do LES, como também indicam Sete, Figueredo e Sztajn bok (2016) e Santos *et al.* (2024).

Contudo, o processo de diagnóstico e a forma de abordagem da doença variam entre diferentes especialistas. Lazar e Kahlenberg (2022), por exemplo, defendem a importância dos testes laboratoriais, como o anti-dsDNA, no diagnóstico precoce do LES. Eles apontam que, devido à natureza heterogênea da doença e sua complexidade imunológica, a utilização de ferramentas laboratoriais é essencial para confirmar o diagnóstico. No entanto, esses autores também observam que os atrasos diagnósticos são comuns, o que impacta negativamente o prognóstico dos pacientes. Para eles, a pesquisa contínua em diagnósticos laboratoriais e a implementação de terapias sistêmicas são fundamentais para melhorar o manejo do LES, focando mais em seu caráter sistêmico do que nas manifestações orais.

Em contraste, Chi *et al.* (2010) enfatizam a importância da avaliação clínica, principalmente da cavidade oral, como uma ferramenta essencial no diagnóstico precoce de doenças sistêmicas, incluindo o LES. De acordo com esses autores, as manifestações orais do LES, como palidez, ulcerações, lesões eritematosas e ceratóticas, podem ser os primeiros sinais da doença e, portanto, uma análise cuidadosa da boca pode oferecer

pistas valiosas para o diagnóstico. Esta abordagem sublinha a importância de uma avaliação clínica detalhada, sugerindo que, em alguns casos, o exame físico pode ser tão eficaz quanto os testes laboratoriais na identificação precoce do LES, especialmente em ambientes onde o acesso a tecnologias avançadas é limitado.

Assim, enquanto Lazar e Kahlenberg (2022) defendem uma abordagem focada em diagnósticos laboratoriais e avançados para lidar com a complexidade do LES, Chi *et al.* (2010) apresentam um argumento a favor da relevância da avaliação clínica, especialmente do exame oral, como uma forma eficaz de detectar a doença precocemente. Essa tensão entre os dois enfoques revela uma complementaridade importante: a combinação de uma avaliação clínica detalhada, particularmente das lesões orais, com o uso de testes laboratoriais avançados pode resultar em um diagnóstico mais precoce e preciso, além de permitir uma intervenção terapêutica mais eficaz.

No tocante às abordagens terapêuticas, Borba, Costa e Neto (2021) sublinham a necessidade de personalizar o tratamento para controlar a atividade do LES e prevenir complicações. Entre os medicamentos comumente utilizados, incluem-se corticosteroides para controlar inflamações e imunossupressores, como por exemplo sulfato hidroxicloroquina, prednisona e azatioprina e que ajudam a controlar o curso da doença. Sete, Figueiredo e Sztajn bok (2016) e Santos *et al.* (2024) destacam ainda a importância do dentista no manejo das manifestações orais do LES e suas interações com outras condições inflamatórias, como a periodontite, reforçando que o tratamento odontológico adequado pode mitigar as complicações inflamatórias associadas à doença.

Sugerman *et al.* (2002) focam na variante gengival do LPO, com uma visão mais específica, centrada na manifestação do LPO nas gengivas, enquanto McCartan *et al.* (2008) descrevem uma gama mais ampla de apresentações clínicas do LPO, uma abordagem mais holística, considerando todas as variações clínicas possíveis do LPO, o que pode ser útil em casos complexos ou multifacetados. A crítica ao trabalho de Sugerman *et al.* (2002) é que focar exclusivamente na variante gengival do LPO poderia limitar a detecção de outras formas da doença, como a variante reticular ou erosiva, que podem afetar outras partes da mucosa oral.

Gorsky *et al.* (1997) destacam o papel do estresse psicológico e trauma mecânico na exacerbação do (LPO), sugerindo que fatores externos influenciam diretamente o curso da doença, envolvendo aspectos psicossomáticos e ambientais. Segundo os autores, esses fatores podem agravar os sintomas, desencadeando crises mais intensas ou recorrências.

Shiohara *et al.* (2000) enfatizam a importância do diagnóstico diferencial no LPO, focando mais na precisão diagnóstica e menos nos fatores ambientais, uma abordagem puramente clínica e diagnóstica, sugerindo que uma ênfase excessiva em fatores externos, como estresse, poderia desviar a atenção de diagnósticos adequados para diferenciar o LPO de outras condições que compartilham características semelhantes, como LES ou reações alérgicas.

Carrozzo *et al.* (1998) recomendam o uso de imunofluorescência direta como exame complementar para o diagnóstico do LPO, priorizando técnicas diagnósticas mais avançadas, com maior precisão, para confirmar o diagnóstico e diferenciar o LPO de outras doenças mucocutâneas. Em contrapartida, Roopashri *et al.* (2010) destacam a importância do exame clínico e histológico para o diagnóstico do LPO, sugerindo que métodos mais tradicionais, quando bem conduzidos, são suficientes na maioria dos casos, sendo uma ferramenta diagnóstica eficiente. A divergência mostrada aqui está no debate sobre a necessidade de exames complementares de alta tecnologia *versus* a eficácia de métodos diagnósticos convencionais.

Lazar e Kahlenberg (2022) sugerem que o diagnóstico precoce do LES é vital para prevenir complicações e pode ser definido por meio de testes laboratoriais como o anti-dsDNA, que identifica a presença de anticorpos que atacam o DNA, característico do LES. Já o LPO, discutido por Roopashri *et al.* (2010) e McCartan *et al.* (2008), ilustra como as manifestações orais podem ser insidiosas e multifacetadas, demandando exames clínicos e histológicos detalhados, evidenciando o infiltrado linfocitário na camada subepitelial. Essas contribuições reforçam a ideia de que o papel do cirurgião-dentista vai além do cuidado oral de rotina, estendendo-se à identificação precoce de condições que podem ter repercussões sistêmicas.

Em suma, a literatura revisada enfatiza a importância de uma abordagem multidisciplinar, onde a colaboração entre médicos e cirurgiões-dentistas é essencial para o manejo eficaz das DAI. Enquanto Cerquetani (2023) oferece uma visão geral do impacto das DAI, autores como Borba, Costa e Neto (2021) e Torres e Nascimento (2024) detalham as implicações orais dessas doenças, defendendo um papel mais proativo para os dentistas no diagnóstico precoce. Beydon *et al.* (2024) e outros estudiosos enfatizam os desafios diagnósticos e a necessidade de tratamentos mais personalizados, destacando a contínua evolução na compreensão e manejo dessas doenças.

CONCLUSÃO

O cirurgião-dentista desempenha um papel crucial no diagnóstico e manejo das doenças autoimunes na cavidade oral, uma vez que muitas dessas condições apresentam manifestações bucais precoces, essenciais para sua identificação. Doenças como Síndrome de Sjögren, Lúpus Eritematoso Sistêmico e Líquen Plano Oral têm impacto significativo na saúde bucal, causando complicações como hipossalivação, úlceras e aumento do risco de malignização.

As manifestações orais das doenças autoimunes são variadas, como úlceras, lesões bolhosas, alterações em mucosa com o surgimento de placas brancas ou áreas eritematosas, xerostomia, inflamação nas mucosas. Podem surgir em lábio, palato, mucosa jugal, língua e gengiva.

Além do diagnóstico precoce, o manejo odontológico é fundamental para minimizar desconfortos e complicações que afetam a qualidade de vida dos pacientes, incluindo desafios nutricionais e aspectos psicossociais como autoestima e interação social. A abordagem multidisciplinar entre médicos e dentistas é indispensável, promovendo o cuidado integral e reduzindo complicações orais e sistêmicas. A atenção à higiene oral, prevenindo infecções, prescrição de saliva artificial e medicamentos como corticóides são importantes para aliviar os sintomas dos pacientes.

A formação contínua dos dentistas é essencial para melhorar os resultados no diagnóstico e tratamento, integrando o conhecimento sobre as doenças autoimunes à prática odontológica. Este trabalho reforça a importância do cirurgião-dentista como parte de equipes multidisciplinares, contribuindo para o bem-estar dos pacientes e para o sucesso no manejo dessas condições complexas.

REFERÊNCIA

- AMBROSIO, L. M. B. *et al.* Aspectos relevantes da síndrome de Sjögren para o Cirurgião-Dentista. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v.70, n. 3, p. 286. 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762016000300011. Acesso em: 24 Out. 2023.
- Baldini, C, F. *et al.* Update on the pathophysiology and treatment of primary Sjögren syndrome. **Nat Rev Rheumatol**, v. 20, n. 8, p. 473–491, 2024. Doi: 10.1038/s41584-024-01135-3.
- BAYETTO, K.; LOGAN, R. M. **Sjögren's syndrome: a review of aetiology, pathogenesis, diagnosis and management.** *Australian Dental Journal*, v. 55, n. 1, p. 39-47, Jun. 2010. Doi: 10.1111/j.1834-7819.2010.01197.x.
- Beydon, M. *et al.* Epidemiology of Sjögren syndrome. **Nat Rev Rheumatol**, v. 20, n. 3, p. 158–169, 2024. Doi:10.1038/s41584-023-01057-6.
- BORBA, T. O. D. S. *et al.* Influência da imunidade sobre a cavidade oral: revisão de literatura. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 70, 2021. DOI: 10.51161/rem/1020.
- CARROZZO, M. *et al.* Hepatitis C virus-associated oral lichen planus: Is the geographical heterogeneity related to HLA-DR6? **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 27, n. 6, p. 243-246, 1998.

CANTO, A. M. *et al.* Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. **An Bras Dermatol.**, v. 85, n. 5, p. 669-75, 2010, p. 670. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/3HPq5z8Gdjsp4PgjQRwmL-ZP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2024.

CERQUETANI, S. **Doenças autoimunes: o que causa, diagnóstico e tratamentos**. Nav Dasa. Jun. 2023. Disponível em: <https://nav.dasa.com.br/blog/doenca-autoimune>. Acesso em: 19 Out. 2023.

CHI, A. C. *et al.* Oral Manifestations of Systemic Disease. **American Family Physician**, v. 82, n. 11, p. 1381-1382, 1 dez. 2010. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/1201/p1381.pdf>. Acesso em: 18 out. 2023.

Didona, D. *et al.* Therapeutic strategies for oral lichen planus: State of the art and new insights. **Front Med (Lausanne)**, v. 9, p. 997190, 2022. Doi: 10.3389/fmed.2022.997190.

Fornari, C. B. *et al.* Prevalence of xerostomia and its association with systemic diseases and medications in the elderly: a cross-sectional study. **Sao Paulo Med J**, v. 139, n. 4, p. 380-387, 2021. Doi: 10.1590/1516-3180.2020.0616.R3.1902021.

Idrees, M. *et al.* Oral lichen planus has a very low malignant transformation rate: A systematic review and meta-analysis using strict diagnostic and inclusion criteria. **J Oral Pathol Med**, v. 50, n. 3, p. 287-298, 2021. Doi: 10.1111/jop.12996.

LAZAR S.; Kahlenberg, J. M. Systemic lupus erythematosus New diagnostic and Therapeutic Approaches. **Annu. Rev. Med.** v. 74, p. 339–52, 2022. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-med-043021-032611>. Acesso em: 18 de Out. 2023.

McCARTAN, B. E.; HEALY, C. M. The reported prevalence of oral lichen planus: A review and critique. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 37, n. 8, p. 447-453, 2008. Doi: 10.1111/j.1600-0714.2008.00662.x.

MAVRAGANI, C. P.; MOUTSOPOULOS, N. M.; MOUTSOPOULOS, H. M. The management of Sjögren's syndrome. **Nature clinical practice. Rheumatology**. v. 2, n. 5, p. 252-61, 2010. Doi: 10.1038/ncprheum0165.

MAYS, J. W.; SATISH, V.; MOULE, A. J. Oral Manifestations of Systemic Autoimmune and Inflammatory Diseases: Diagnosis and Clinical Management. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 12, 3 Suppl, p. 265-82, set. 2012. Doi: 10.1016/S1532-3382(12)70051-9.

MIGNOGNA, M. D. *et al.* Sjögren's syndrome: the diagnostic potential of early oral manifestations preceding hyposalivation/xerostomia. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 34, n. 1, p. 1-6, 2005. Doi: 10.1111/j.1600-0714.2004.00264.x

MARGAIX-MUÑOZ, M. *et al.* Sjögren's syndrome of the oral cavity. Review and update. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 14, n. 7, p. E325, 1 jul. 2009. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medorlv14_i7_pE325.pdf. Acesso em: 17 out. 2023.

SAGI, L.; TRAU, H. The Koebner phenomenon. **Clinical Dermatology**, v. 29, n. 3, p. 231-236, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21569725/>. Acesso em: 28 set. 2024.

Santos, G. M. S. *et al.* O desequilíbrio homeostático da cavidade oral associado às doenças sistêmicas. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**, v. 9, n. 12, p. 772–781, 2024. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i12.12786>.

SUGERMAN, P. B. *et al.* The pathogenesis of oral lichen planus. **Critical Reviews in Oral Biology & Medicine**, v. 13, n. 4, p. 350-365, 2002. Doi: 10.1177/154411130201300405.

SETE, M. R. C.; FIGUEREDO, C. M. S.; SZTAJNBOK, F. Periodontitis and systemic lupus erythematosus. **Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)**, v. 56, Issue 2, p. 165 – 170, 2016. Doi: 10.1016/j.rbr.2015.07.006.

SILVA, H. A. de M. *et al.* Lúpus Eritematoso Sistêmico: uma revisão atualizada da fisiopatologia ao tratamento / Systemic Lupus Erythematosus: An Up-to-Date Review of Pathophysiology of Treatment. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 6, p. 24074–24084, 2021. doi: 10.34119/bjhrv4n6-037.

VALIM, V. *et al.* Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 5, p. 446–457, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/MsVChssCrHRDnsztPC-Gg65k/>. Acesso em: 28 set. 2024.

XIBILLÉ-FRIEDMANN, D. *et al.* Clinical practice guidelines for the treatment of the systemic lupus erythematosus by the Mexican College of Reumatology. **Reumatología Clínica**. v. 15, n. 1, p. 3–20, 2019. Doi: 10.1016/j.reuma.2018.03.011.