



Úlcera aftosa recorrente (*Estomatite aftosa*):

- **Definição:** As úlceras aftosas recorrentes são muito comuns e sem causa definida. Apesar de não haver um único agente etiológico responsável pela alteração patológica, a destruição da mucosa parece representar uma reação imunológica mediada pelas células T (linfócitos).
- **Aspecto clínico:** As três variações clínicas da estomatite aftosa são: **ulceração aftosa menor, ulceração aftosa maior, ulceração aftosas herpetiformes.**



Figura 1 (Clínica de Estomatologia da Unioeste – Cascavel/PR): Vesículas bolhosas espalhadas em mucosa labial superior, causadas por infecção pelo vírus herpes simples.



Figura 2 (Clínica de Estomatologia da Unioeste – Cascavel/PR): Úlceras aftosas maiores, causadas por infecção pelo vírus herpes simples.

- **Úlceração aftosa menor:** Tem uma menor taxa de recorrência e menor tempo de duração. Se desenvolve quase que exclusivamente em mucosa não-ceratinizada (mucosa jugal e labial). As lesões podem ser precedidas por sintomas prodrômicos como queimação, prurido, pontadas e aparecimento de máculas eritematosas. A mácula progride para uma úlceração, recoberta por uma membrana *fibrinopurulenta*¹, removível, branco-amarelada, circunscrita por um halo eritematoso. Medem em torno de 3 a 10 mm e duram de 7 a 14 dias. Não deixam cicatrizes.
- **Úlceração aftosa maior:** Apresentam-se mais extensas que as aftas menores e têm episódios de maior duração, podendo surgir de 1 a 10 lesões. São lesões mais profundas, medem cerca de 1 a 3 cm de diâmetro, levam cerca de duas a seis semanas para regredir e podem deixar cicatriz. Qualquer superfície pode ser afetada, mas a mucosa labial, o palato mole e as fauces tonsilares são os locais mais acometidos. Geralmente inicia na puberdade e pode ter recorrências por até 20 anos ou mais.
- **Úlceração aftosas herpetiformes:** Possuem um número mais alto de lesões e com uma alta frequência de recorrência. As lesões podem medir 1 a 3 mm de diâmetro, devido ao pequeno tamanho e a alta quantidade, as lesões podem se mostrar semelhantes à infecção primária do herpes vírus e devido a isso são denominadas de herpetiformes. Cicatrizam-se entre sete e 10 dias. Há uma predileção pelo sexo feminino e pela mucosa não ceratinizada bucal.
- **Epidemiologia:** Pacientes imunocomprometidos, predileção pelo sexo feminino, crianças e adolescentes, deficiência nutricional, alergias, doenças autoimunes, histórico familiar, hiperacidez bucal.
- **Etiologia:** As possíveis causas também podem ser alergias, predisposição genética, deficiências nutricionais, anormalidades hematológicas, influências hormonais, agentes infecciosos (HSV-1 ou HVV-1, herpes vírus), trauma, estresse.

- **Características histopatológicas:** Não possui padrão histopatológico específico, porém as úlceras iniciais apresentam o centro ulcerado com uma membrana fibrinopurulenta, o tecido conjuntivo apresenta uma alta vascularização e infiltrado inflamatório misto, composto de *linfócitos*², *histiócitos*³ e *leucócitos polimorfonucleares*⁴. As margens da lesão apresentam epitélio com espongiose e numerosas células mononucleadas no terço basilar.
- **Características radiográficas:** Não apresenta.
- **Diagnóstico:** É clínico e é importante investigar a história médica do paciente. Por não ter padrão histopatológico específico, a biópsia pode ser necessária para eliminar diagnósticos diferenciais.
- **Diagnóstico diferencial:** Herpes simples, herpes zoster, estomatite aftosa.
- **Manejo e tratamento:** A maioria dos pacientes com aftas brandas não requer tratamento. Se necessário, o uso tópico de corticosteróides pode minimizar a frequência e intensidade dos ataques. Para os pacientes com aftas menores disseminadas ou herpetiformes pode ser indicado o xarope de betametasona ou o elixir de dexametasona a 0,01%, usado como bochecho. Para úlceras localizadas pode-se usar dipropionato de betametasona a 0,05% ou gel de fluocinonida a 0,05%. Nos casos mais resistentes ao tratamento tópico, pode ser indicado o uso de corticosteróides sistêmicos. Também há indicações do uso de laser de baixa intensidade para redução da sintomatologia e maior conforto ao paciente. As lesões têm duração média de poucas semanas e normalmente não deixam cicatrizes.

1 *Fibrinopurulenta:* Composta por fibrina e neutrófilos.

2 *Linfócitos:* É um tipo de leucócito ou glóbulo branco presente no sangue.

3 *Histiócitos:* É um organismo unicelular (macrófago) próprio dos tecidos conjuntivos, que compõe o sistema imune e ataca antígenos.

4 *Leucócitos polimorfonucleares:* Também são conhecidos como glóbulos brancos, produzidos na medula óssea e presentes no sangue, linfa, órgãos linfoides e tecidos conjuntivos. Têm a função de combater microrganismos causadores de doenças, por meio de sua captura ou da produção de anticorpos.

- **Referências:**

1. NEVILLE, B. W. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
2. Clínica de Odontologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE – Cascavel/PR).
3. Laboratório de Histopatologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE – Cascavel/PR).
4. SILVA, Bruno S. et al. **Prevalência e fatores de risco para o desenvolvimento de estomatite aftosa recorrente**. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, v. 10, n. 2, p. 61-66, 2010.
5. COSTA, Gilliene BF; CASTRO, Jurema FL. **Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente-revisão de literatura**. Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 46, n. 1, p. 1-7, 2013.

6. FÁVARO, Daniela Martins. **Ulceração aftosa recorrente em crianças: revisão I. Classificação, aspectos clínicos, epidemiologia, etiologia.** Archives of Oral Research, v. 1, n. 1, 2017.

Autoria:

Prof^ª. DDs. PhD. Iris Sawazaki
Prof^ª. DDs. PhD. Rosana da Silva Berticelli
Larissa Coelho Pires
Isabela Manguê Popiolek