

# ULCERAÇÃO AFTOSA RECORRENTE EM CRIANÇAS: REVISÃO

## II. Diagnóstico diferencial, fatores sistêmicos e tratamento.

### Recurrent aphtous ulceration in children: a review II. Differential diagnosis, systemic and genetic factors, treatment.

Daniela M. Fávaro<sup>1</sup>  
Guilherme Martins<sup>2</sup>

#### Resumo

Este artigo é a segunda parte de uma revisão sobre as ulcerações aftosas recorrentes (UAR) em crianças. Enfatizam-se o diagnóstico diferencial das ulcerações bucais em crianças, os fatores sistêmicos a serem considerados e o manejo e tratamento desta debilitante condição estomatológica.

Palavras chave: Estomatologia; Aftas bucais; Odontopediatria.

#### Abstract

This article is the second part of a review of recurrent aphtous ulceration in children. The differential diagnosis, related systemic factors, management and treatment of recurrent aphtous ulcerations are discussed.

Keywords: Stomatology; Aphtous ulcerations; Pedodontics.

---

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontopediatria e Ortodontia. Clínica Privada, Paranavaí, Brasil. Endereço: Rua Luiz Spigolon, 2345 Ap. 102. CEP 87705 Paranavaí, Paraná, Brasil e-mail: dmfavaro@uol.com.br

<sup>2</sup> Acadêmico de Odontologia, PUCPR.

## Diagnóstico diferencial das ulcerações bucais em crianças

Na primeira parte deste trabalho (1) foram abordados a classificação, aspectos clínicos, epidemiologia e etiologia das ulcerações aftosas recorrentes (UAR). No presente artigo, enfatiza-se o diagnóstico diferencial das UAR em crianças, pois diversos tipos de ulcerações bucais podem ocorrer na infância. Úlceras isoladas em crianças geralmente são devidas a traumatismos acidentais ou auto-induzidos. Entretanto, as úlceras aftosas podem igualmente ser desencadeadas por traumatismos, podendo causar confusão no diagnóstico (2). Episódios isolados de ulcerações bucais múltiplas geralmente devem-se a infecções pelos grupos de vírus Herpes ou Cocksackie, podendo ocorrer nas estomatites herpéticas primárias, na herpangina e nas doenças de mãos, pé s o boca (3). Estas infecções virais geralmente podem ser diferenciadas da UAR pela história e exame clínico cuidadoso do paciente.

A estomatite herpética primária resulta de infecção inicial pelo vírus do herpes simples, geralmente tipo I. Crianças e adultos jovens constituem a população mais afetada, sendo que as vesículas podem ocorrer em qualquer parte da mucosa bucal e disseminar-se para os lábios e para a pele, na região peri bucal. Rapidamente, as vesículas rompem-se, formando áreas ulceradas amareladas, acompanhadas (em crianças) de marcante gengivite (4). Os pacientes apresentam mal-estar generalizado, febre e quase sempre presença de linfadenopatia cervical. A mucosa bucal é extremamente dolorida e a criança pode recusar alimentação. Halitose é comum, provavelmente devido à estagnação de produtos na boca. A doença geralmente tem um ciclo de sete a dez dias, quando a criança começa a mostrar sinais de melhora clínica. O herpes intrabucal recorrente é raro em crianças imunocompetentes, porém em torno de 50% das crianças que tiveram primo infecção herpética apresentarão herpes faciais em alguma época de suas vidas (3).

A herpangina é uma infecção leve causada pelo vírus Cocksackie A4, vista com frequência em crianças. Várias pequenas

vesículas surgem na região posterior da boca, particularmente no palato mole, acompanhadas de queixas de "dor de garganta" e mal-estar geral. Trata-se de condição autolimitante, geralmente com resolução em três a cinco dias.

A doença de pé s, mãos e boca é causada geralmente pelo vírus Cocksackie A16, afetando comumente crianças pequenas. Vesículas não específicas surgem na mucosa bucal, rompem-se rapidamente, formando pequenas úlceras, que causam discreto desconforto. A infecção também causa um rash eritematoso, vesicular, nas mãos e pé s. A criança pode queixar-se (raramente) de dor abdominal, apresentar febre e vômitos. O diagnóstico clínico pode ser confirmado pelo aumento de titulação dos anticorpos sé ricos; porém, estes exames raramente são necessários pelas características clínicas bem definidas da doença, que geralmente é autolimitante, após sete dias.

Doenças gastrintestinais, tais como doença celíaca (intolerância ao glúten) e doença de Crohn, situações de carências, como baixo Fe, ácido fólico e vitamina B12 podem manifestar-se em crianças como UAR. Entretanto, úlceras bucais recorrentes em crianças não sempre aftosas. Ulcerações bucais não-específicas podem ser vistas em discrasias sanguíneas, doenças gastrintestinais e condições dermatológicas, embora raras na ausência de anormalidades generalizadas (3).

## Fatores sistêmicos

As ulcerações aftosas recorrentes têm sido observadas em vá rias doenças sistêmicas, incluindo a doença de Behçet. As UAR fazem parte do quadro sistêmico da doença de Behçet, juntamente com úlceras genitais, eritema nodoso, artrite e sinais neurológicos. (5,6). As ulcerações manifestam-se, nesta doença, como UAR maiores, extremamente dolorosas e debilitantes, uma vez que os pacientes têm extremas dificuldades na alimentação.

A neutropenia cíclica auto-imune também pode manifestar-se como ulcerações bucais recorrentes, como descrito por Porter, Scully e Standen (7); na síndrome de úlceras bucais e genitais com cartilagem inflamada

(8); nas deficiências nutricionais com ou sem distúrbios gastrointestinais (9); e em pacientes imunocomprometidos, como infecções por HIV (10).

Úlceras aftóides têm sido detectadas em pacientes com doença de Crohn e colite ulcerativa, bem como em outras doenças do intestino delgado (11). As lesões bucais podem ocorrer a qualquer tempo, durante o decorso da doença, bem como podem apresentar-se precocemente, antes de qualquer sintoma intestinal. Porém, é mais comum a ocorrência quando os problemas intestinais tornam-se ativos. As úlceras bucais, nestes casos, são histologicamente similares às lesões intestinais (13).

Deficiências em Fe, ácido fólico e vitaminas B1, B2, B6 e B12 têm sido encontradas em pacientes com UAR (12). As deficiências hematológicas em pacientes com UAR podem ser relacionadas a anormalidades do intestino delgado, incluindo doença celíaca (enteropatia glúten sensível), embora estes pacientes nem sempre apresentem sintomas de doença intestinal (14, 15, 22).

Alergia a alimentos e a outras substâncias podem também causar úlceras em pacientes normais hematologicamente, que apresentam lesões recorrentes (16).

Apesar de alguns estudos terem relacionado UAR com estresse (17,18), investigações mais recentes não confirmaram a associação entre estresse psicológico e recorrências de UARs (19).

Igualmente não foi encontrada associação entre UAR e período pré-menstrual, gravidez e menopausa. Além disso, nenhum estudo adequadamente planejado demonstrou efeitos terapêuticos de hormônios ovarianos nas UARs, o que sugere que as lesões não são causadas por hormônios femininos (20).

Em resumo, as doenças sistêmicas devem ser consideradas seriamente na avaliação dos pacientes com UAR, embora seja importante conhecer que a maioria das lesões ocorre em pacientes saudáveis, de modo geral.

### **Tratamento das úlceras aftosas recorrentes em crianças**

### **História**

Considerando-se os aspectos supracitados (diagnóstico diferencial e fatores sistêmicos), é evidente a importância da obtenção de uma história detalhada, no atendimento de crianças portadoras de UAR. Fatores a serem levados em consideração são a idade de ocorrência, padrão das lesões, local e tamanho das úlceras e sua duração. A relação das úlceras com traumatismo, estresse e outros fatores externos deve ser igualmente levada em consideração, juntamente com a história familiar. A obtenção de história médica detalhada é essencial para identificar qualquer doença sistêmica subjacente. O paciente e familiares devem ser questionados especificamente a respeito de problemas dermatológicos ou intestinais e hematológicos, como história de anemia. A dieta da criança deve ser perquirida, bem como se o uso de colutórios ou outros medicamentos são eficazes no controle das lesões.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico das UAR em crianças geralmente é direto e conclusivo, uma vez que a história e o aspecto clínico das lesões são, com frequência, característicos. Se as úlceras estão presentes quando a criança é vista pela primeira vez, as lesões mais recentes devem ser observadas com cuidado. A presença de cicatrizes nos locais de ulcerações pré-vias é usualmente patognômico de aftas maiores. Porém, podem estar presentes também se seguindo a um episódio de ulceração herpetiforme.

### **Investigação clínica**

Uma vez diagnosticada a UAR, o próximo passo é tentar identificar, eliminar ou controlar quaisquer fatores precipitantes, o que pode ser lento e demorado. Devem ser eliminadas inicialmente as causas evidentes de trauma e se a criança houver desenvolvido hábitos fúteis (como morder lábios e mucosa), estes devem ser apontados para os pais e para o próprio paciente. Porém, o controle desses hábitos deletérios pode não

ser tão fácil, uma vez que em certos casos podem ter causas psicológicas. A criança pode estar afetada por eventos na escola ou mesmo em casa. Em casos mais renitentes, deve-se indicar assistência psicológica especializada.

O estabelecimento de um diário, com observações cuidadosas sobre novas ocorrências das úlceras, seu tamanho e duração, correlação com ingestão de alimentos, medicamentos, eventos de vida, etc, é sem dúvida uma medida muito útil. Dependendo da idade da criança, o diário deve ser simples e atrativo, baseado em ajuda permanente dos pais e professores. Este diário deve ser mantido no mínimo por 30 dias e, preferencialmente, por dois a três meses. Os resultados dos diários devem ser analisados e discutidos com a criança e com os pais ou responsáveis, para que medidas preventivas possam ser estabelecidas, de acordo com os achados.

Crianças com história de UAR por mais de seis meses devem ser encaminhadas para investigação hematológica. Sugere-se investigar a concentração de hemoglobina e índices da série vermelha, leucograma total e diferenciado, velocidade de homodimensão (VHS), ferritina sérica, B12 sérica, folato sérico e de hemácias. As

deficiências de Zn têm sido sugeridas como um fator subjacente para UAR, porém os níveis de Zn em adultos com úlceras aftosas foram considerados normais (23).

No caso de serem encontradas deficiências hematológicas, os pacientes devem ser encaminhados para tratamento adequado especializado.

## Tratamento

A terapia das úlceras aftosas recorrentes (resumida na Fig. 1) é essencialmente dirigida para proporcionar alívio e controlar possíveis infecções secundárias. Pacientes com UAR resultante de condições sistêmicas devem ser encaminhados para tratamento médico adequado para tratar inicialmente da doença causal. Em caso do estresse ser co-fator importante, um profissional da área comportamental (psiquiatra ou psicólogo) deve ser consultado. Neste caso, a terapia tópica concomitante pode ajudar a diminuir o desconforto destes pacientes, auxiliando assim, indiretamente, a terapêutica comportamental. A remoção cirúrgica das UAR geralmente é inefetiva, embora um estudo tenha demonstrado sucesso com a utilização de laser de dióxido de carbono (24).

**Fig 1** Tratamento recomendado para úlceras aftosas recorrentes \*

**Terapias tópicas** (utilizar antes de terapia sistêmica, a não ser que uma causa sistêmica tenha sido identificada)

Cremes, pastas e pomadas protetoras, contendo:

Gelatina de carboximetilcelulose (Orabase)

Salicilatos

Anestésico tópico

Cremes e pomadas corticóides

Valerato de betametasona 0,1 %

Triamcinolona 0,1 or 0,5 %

Fluocinonida 0,05% gel ou pomada

Propionato de clobetasol 0,05 %

Elixir corticóide

Dexametasona elixir 0,5 mg/5 ml

Injeções de corticóides"

Diacetato de triamcinolona 25 mg/ml

Betametasona fosfato de Na/acetato de betametasona 6 mg/ml

Triamcinolona 0,1 or 0,5 %

Fluocinonida 0,05% gel ou pomada

Propionato de clobetasol 0,05 %

Elixir corticóide

Dexametasona elixir 0,5 mg/5 ml  
 Injeções de corticóides"  
     Diacetato de triamcinolona 25 mg/ml  
     Betametasona fosfato de Na/acetato de betametasona 6 mg/ml

Analgésicos  
     Dexametasona elixir 0,5 mg/5 ml  
     Difenilhidramina elixir 12,5 mg/5 ml  
     Dyclonina 0,5 ou 1.0 %  
     Lidocaína viscosa 2%

Antimicrobianos  
     Gluconato de clorexidina 0.12%

**Terapias sistêmicas** (com apoio médico especializado)

Medicamentos  
     Corticóides  
         Prednisona  
     Imunomoduladores  
         Azotioprina

Suporte nutricional  
 Evitar alérgenos, após s cuidadoso processo de investigação  
 Redução de estresse

---

\* Adaptada de Ship JA (21)

É importante instituírem-se medidas complementares de apoio para crianças com UAR severas que, felizmente, são raras quando comparadas com úlceras menos agressivas. O repouso no leito pode ser útil, com administração suplementar de líquidos para as crianças, para mantê-las hidratadas. Pode ser necessária a prescrição de analgésicos e, em caso de distúrbio do sono, um sedativo pediátrico, sob a orientação conjunta do médico pediatra. Em casos de inefetividade destas medidas de suporte doméstico, pode ser necessária a internação hospitalar da criança, particularmente se for necessária a administração sistêmica de esteróides ou outras formas de terapia imunossupressora (3).

### Conclusão

No estágio atual do conhecimento científico, infelizmente pouco pode ser feito para cessar as recorrências das úlceras aftosas recorrentes, a não ser nos casos em que uma causa sistêmica subjacente ou um fator precipitante possam ser identificados e eliminados. Porém, as úlceras bucais nunca devem ser ignoradas ou não valorizadas adequadamente, sendo que cada

paciente deve ser cuidadosamente investigado.

### Referências

1. Fávaro DM. Ulceração aftosa recorrente: revisão. I. Classificação, aspectos clínicos, epidemiologia, etiologia. Rev Clin Pesq Odontol 2004; 1:11-16.
2. Scully C, Porter S. Recurrent aphthous stomatitis: current of etiology, pathogenesis and management. J Oral Pathol Med 1989; 18:21-27.
3. Field EA, Brookes V, Tyldesley WR. Recurrent aphthous ulceration in children-a review. Int J Paed Dent 1992; 2:1-10.
4. Field EA, Rotter E, Speechley JA, Tyldesley WR. Clinical and haematological assessment of children with recurrent aphthous ulceration. British Dent J 1987; 163:19-22.
5. Eldem B, Onur C, Ozen S. Clinical features of pediatric Behcet's disease. J

- Pediatric Ophthalm Strabismus 1998; 35:159-161.
6. Pachor ML, Bambara LM, Lunardi C, Dusi M, Biasi D, Stanzial AM, et al. Syndrome. Description of a clinical case. *Minerva Med* 1982; 73:3411-6.
  7. Porter SR, Scully C, Standen GR. Autoimmune neutropenia manifesting as recurrent oral ulceration. *O Surg O Med O Pathol* 1994; 78:178-80.
  8. Orme SR, Nordlund JJ, Barich L, Brawn T. The MAGIC syndrome (mouth and genital ulcers with inflamed cartilage). *Arch Dermatol* 1990; 126:940-4.
  9. Grattan CDH, Scully C. Oral ulcerations: a diagnostic problem. *Br Med J* 1986; 292:1093-4.
  10. MacPhail LA, Greenspan D, Greenspan JS. Recurrent aphthous ulcer in association with HIV infection: diagnosis and treatment. *O Surg O Med O Pathol* 1992; 73:283-8.
  11. Veloso FT, Saleiro JV. Small bowel changes in recurrent ulceration of the mouth. *Hepatogastroenterology* 1987; 34:36-7.
  12. Nolan A, McIntosh WB, Allam BF, Lamey PJ. Recurrent aphthous ulceration: vitamin B1, B2 and B6 status and response to replacement therapy. *J Oral Pathol Med* 1991; 20:389-91.
  13. Halme A, Meurman JH, Laine P, von Smitten K, Syrjanen S, Lindqvist C, Strand-Pettinen I. Oral findings in patients with active or inactive Crohn's disease. *O Surg O Med O Pathol* 1993; 76:175-81.
  14. Porter SR, Kingsmill V, Scully C. Audit of diagnosis and investigations in patients with recurrent aphthous stomatitis. *O Surg O Med O Pathol* 1993; 76:449-52.
  15. Thivolet J, Ortonne JP, Jeune R. Cutaneous symptoms of ulcerohaemorrhagic rectocolitis and of Crohn's disease. *Ann Dermatol Venereol* 1978; 105:723-27.
  16. Nolan A, Lamey PJ, Milligan KA, Forsyth A. Recurrent aphthous ulceration and food sensitivity. *J Oral Pathol Med* 1991; 20:473-75.
  17. Ship II, Morris AL, Durochet RT, Burket WL. Recurrent aphthous ulcerations and recurrent herpes labialis in a professional school student population: III. Oral examinations. *O Surg O Med O Pathol* 1961; 14:30-9.
  18. Miller MF, Ship II, Ram C. A retrospective study of the prevalence and incidence of recurrent aphthous ulcers in a professional population: 1958-1971. *O Surg O Med O Pathol* 1977; 43:532-37.
  19. Pedersen A. Psychological stress and recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med* 1989; 18:119-22.
  20. McCartan BE, Sullivan A. The association of menstrual cycle, pregnancy and menopause with recurrent oral aphthous stomatitis: a review and critique. *Obstet Gynecol* 1992; 80:455-8.
  21. Ship JA. Recurrent aphthous stomatitis: an update. *O Surg O Med O Pathol O Radiol Endod* 1996; 81:141-47.
  22. Mazzetti di Pietralata M, Giorgetti GM, Gregori M, De Simone M, Leonardi C, Barletta PA, Ricciardi MM, Sandri G. Subclinical coeliac disease. *Ital J Gastroenterol* 1992; 24:352-54
  23. Wray D. A double-blind trial of systemic zinc sulphate in recurrent aphthous stomatitis. *O Surg O Med O Pathol* 1982; 52:469-72.

24. Colvard M, Kuo P. Managing aphthous ulcers: laser treatment applied. J Am Dent Assoc 1991; 122:51-3.

Recebido em 05/10/2004; aceito em 10/01/2005  
Received in 10/05/2004; accepted in 01/10/2005