

**UNICESUMAR - UNIVERSIDADE DE MARINGÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**PENFIGOIDE CICATRICAL: RELATO DE CASO**

**AMÁBELLI MAZIERO TELES**

MARINGÁ – PR

2020

Amábelli Maziero Teles

**PENFIGOIDE CICATRICAL: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da UniCesumar – Universidade de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fábio Vieira de Miranda.

MARINGÁ – PR

2020

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**AMÁBELLI MAZIERO TELES**

**PENFIGOIDE CICATRICIAL: RELATO DE CASO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em odontologia da UniCesumar – Universidade de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fábio Vieira de Miranda.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Fabio Vieira de Miranda - Unicesumar

---

Prof. Dra. Elen Tolentino - UEM

---

Prof. Me. Doutoranda Gabriela Moura Chicrala – FOB USP

## PENFIGOIDE CICATRICAL: RELATO DE CASO

Amábelli Maziero Teles

### RESUMO

O penfigoide cicatricial ou penfigoide mucomembranoso benigno é um tipo de lesão vesiculobolhosa, crônica, de caráter autoimune, na qual auto anticorpos são produzidos contra um ou mais componentes da membrana basal, podendo gerar, como consequência, diversas manifestações mucocutâneas como: bolhas na mucosa bucal, ulcerações, gengivite descamativa e o simbléfaro (cicatrização entre a mucosa conjuntival/ocular e a pálpebra), que pode levar até a um quadro de cegueira. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma mulher, de 47 anos, leucoderma, com a queixa de feridas dolorosas na boca, que apareciam e sumiam espontaneamente. Após anamnese, o exame intrabucal revelou um aspecto de gengivite e apresentou sinal de Nikolsky positivo. A partir disso e das condições bucais da paciente, as hipóteses diagnósticas sugeridas foram de pênfigo bolhoso ou penfigoide cicatricial. Foi realizada uma biopsia incisional perilesional. O exame histopatológico revelou área de desprendimento do epitélio, fenda subepitelial, hiperplasia do tecido epitelial, epitélio ceratinizado, tecido conjuntivo fibroso com infiltrado inflamatório composto por neutrófilos, plasmócitos, eosinófilos e linfócitos, além de áreas vascularizadas, sendo compatível com a penfigoide cicatricial. Após o diagnóstico, o protocolo instituído foi o bochecho com solução a base de propionato de clobetasol, nistatina e água destilada. Após 15 dias de tratamento, com corticóide tópico, foi observado melhora significativa. A paciente foi acompanhada a cada semana até a remissão das lesões e está em proervação com o quadro clínico controlado.

**Palavras-chave:** Doenças Autoimunes. Mucosa Bucal. Penfigoide Mucomembranoso Benigno.

## **CICATRICAL PEMPHIGOID: CASE REPORT**

### **ABSTRACT**

The benign mucomembranous pemphigoid is a type of vesiculobullous, chronic, autoimmune lesion in which autoantibodies are produced against one or more components of the basal membrane, and can generate as a consequence several cutaneous mucus manifestations such as: bubbles in the oral mucosa, ulcerations, descamative gingivitis, and the symphysis (healing between the conjunctival /ocular mucosa and the eyelid) that can lead to blindness. The objective of this work was to report a clinical case of a 47-year-old woman, a leukoderma, with the complaint of painful wounds in her mouth that appeared and disappeared spontaneously. After anamnesis, the intraoral examination revealed an aspect of gingivitis, showed a sign of positive Nikolsky, from this and the oral conditions of the patient the diagnostic hypotheses suggested were bullous pemphigus or scarring pemphigoid. A perilesional incisional biopsy was performed, the histopathological examination revealed area of detachment of the epithelium, subepithelial cleft, hyperplasia of the epithelial tissue, keratinized epithelium, fibrous connective tissue with inflammatory infiltrate composed of neutrophils, plasmocytes, eosinophils, and lymphocytes, and vascularized areas, being compatible with scar pemphigoid. After the diagnosis, the protocol established was the cheek with solution based on clobetasol propionate, nystatin and distilled water, after 15 days of treatment with topical corticoid significant improvement was observed. The patient was followed every week until the remission of the lesions and is in progress with the clinical picture controlled.

**Keywords:** Pemphigoid, Benign Mucous Membrane. Autoimmune Diseases. Mouth Mucosa.

## 1 INTRODUÇÃO

O grupo das doenças autoimunes é muito vasto, podendo desenvolver diversos quadros, desde os mais brandos, sem grandes consequências, até os mais severos, onde o indivíduo portador pode vir a perder movimentos ou até ir a óbito por conta da patologia. Ademais, dentre o vasto grupo das doenças autoimunes está presente o penfigoide cicatricial (ORTONA *et al.*, 2016).

O penfigoide cicatricial, ou também chamado de penfigoide benigno das membranas mucosas, é assim denominado (penfigóide) pela sua grande semelhança clínica com o pênfigo vulgar. Clinicamente, há predileção pelo sexo feminino (2:1) e por adultos entre a quarta e sexta década de vida. (NEVILLE *et al.*, 2016.)

Além disso, é uma doença de caráter autoimune, idiopática, veículo bolhosa crônica, com comprometimento mucocutâneo e apresenta-se na cavidade oral, por meio de lesões bolhosas em mucosa, que podem ser induzidas pelo sinal de Nikolsky ou de formação espontânea que, após seu rompimento, causam úlceras dolorosas e um quadro sucetivo de gengivite descamativa. (NEVILLE *et al.*, 2016.)

Ademais, pode haver comprometimento de outras mucosas como a mucosa vaginal, laríngea, nasal, esofagiana, retal ou, o mais comum depois da mucosa oral, que é o comprometimento de mucosa ocular, com uma inicial fibrose conjuntival, que evolui até a cicatrização completa entre a mucosa conjuntival ou ocular e a mucosa palpebral (denominada simbléfaro), acarretando em cegueira, se não tratada precocemente. Esse acometimento ocular acontece em média em 25% dos casos de penfigoide cicatricial. (NEVILLE *et al.*, 2016.)

Histopatologicamente, o penfigoide benigno das membranas mucosas se apresenta como uma bolha subepitelial, com acometimento da membrana basal, dividindo epitélio e tecido conjuntivo. Assim, as camadas epiteliais se mantêm intactas, ao contrário do pênfigo vulgar, que gera bolhas intraepiteliais, ou seja, no meio do tecido epitelial. Na região das bolhas do penfigoide, também encontra-se um infiltrado inflamatório de linfócitos, eosinófilos, células plasmáticas e neutrófilos. (BAGAN *et al.*, 2005, NEVILLE *et al.*, 2016.)

O diagnóstico definitivo do penfigoide benigno das membranas mucosas só pode ser dado diante de um exame histopatológico de uma biópsia incisional de um local afetado, pois clinicamente quase não apresenta diferenças quando comparado ao pênfigo vulgar, por exemplo. (BAGAN *et al.*)

É importante sempre que diagnosticado o quadro de penfigoide benigno das membranas mucosas, o paciente portador seja encaminhado a um oftalmologista, a fim de prevenir ou controlar o acometimento ocular da doença, o que gera uma das sequelas mais graves do quadro (ALKAN *et al.*, 2003; SOLLECITO *et al.*, 2005; WANG *et al.*, 2018).

## 2 CASO CLÍNICO

Paciente R.O.A., do sexo feminino, 47 anos, leucoderma, com a queixa de feridas dolorosas na boca que apareciam e sumiam espontaneamente. Após anamnese, o exame intrabucal revelou um aspecto de gengivite (figura 1) e apresentou sinal de Nikolsky positivo (figura 2). A partir disso e das condições bucais da paciente, as hipóteses diagnósticas sugeridas foram de pêfigo bolhoso ou penfigoide cicatricial.

Assim, foi realizada uma biopsia incisional perilesional (figura 3). O exame histopatológico revelou hiperplasia do tecido epitelial, epitélio ceratinizado, (figura 4) área de desprendimento do epitélio, fenda subepitelial, tecido conjuntivo fibroso com infiltrado inflamatório composto por neutrófilos, plasmócitos, eosinófilos e linfócitos, e áreas vascularizadas, sendo compatível com penfigoide cicatricial (figura 5).

A partir disso, foi proposto, para a paciente, o tratamento tópico com: solução de propionato de clobetasol 0,05% + nistatina 100.000U.I./ml + água destilada, com conteúdo final de 250ml, bochecho com 10ml da solução, por 3 minutos (não deglutir), 4x ao dia, durante 15 dias, evitando a ingestão de alimentos e líquidos 30 minutos após a aplicação. O protocolo foi indicado enquanto houvesse lesão presente.

**Figura 1-** Lesão inicial, área eritematosa em gengiva inserida, região do elemento 21 ao 23



Fonte: A autora.

**Figura 2-** Lesão após o sinal de Nikolsky positivo



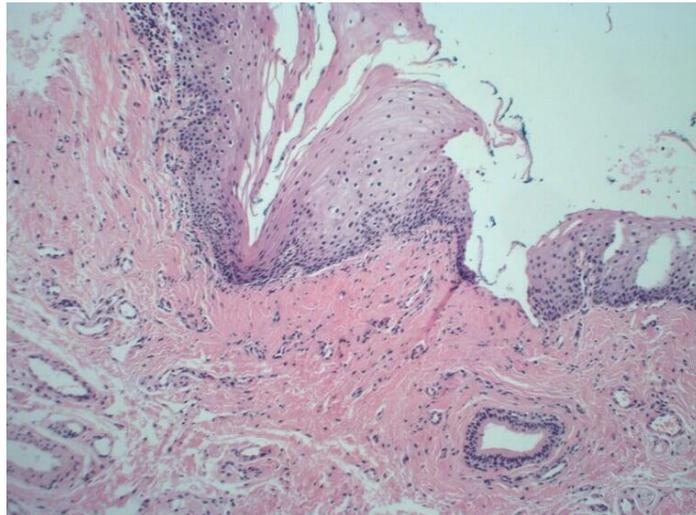
Fonte: A autora.

**Figura 3-** Pós operatório do local perilesional biopsiado



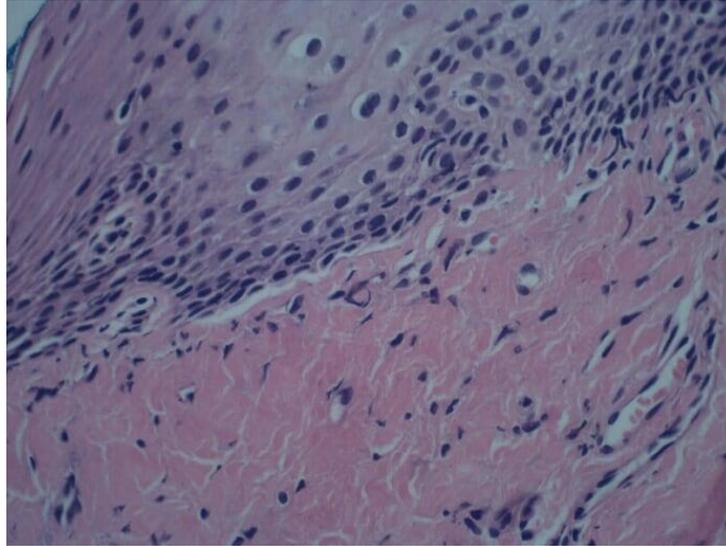
Fonte: A autora.

**Figura 4-** Lamina histopatológica H&E 10x



Fonte: A autora.

**Figura 5-** Lamina histopatológica H&E 40x



Fonte: A autora.

### **3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

O tratamento sugerido, no presente caso reportado, parte do princípio de causar imunossupressão intencional, por meio de corticoides, visto que a lesão aparece por condições de autoimunidade contra substâncias da camada basal e, suprimindo essa ação imunológica, logo teremos o controle do aparecimento dessas lesões. Assim, é indicado o uso de antifúngicos locais associados, para evitar infecções oportunistas. Partindo dessa ideia, foi indicado à paciente, como citado anteriormente, a solução de propionato de clobetasol 0,05% + nistatina 100.000 U.I./ml + água destilada, com conteúdo final de 250ml. Após um mês do referido protocolo, observou-se uma significativa melhora da condição inicial (figura 7).

**Figura 6-** Condição bucal após uma semana da biopsia e de tratamento medicamentoso tópico



Fonte: A autora.

**Figura 7-** Acompanhamento 30 dias de tratamento tópico



Fonte: A autora.

#### **4 DISCUSSÃO**

A paciente apresentou um caso relativamente clássico clinicamente de penfigoide benigno das membranas mucosas, de acordo com as características clínicas, pois ela é do sexo feminino, se encontra entre a quarta e a quinta década de vida, é leucoderma, com lesão em gengiva de início eritematoso, seguido da bolha subepitelial e posterior ulceração de

sintomatologia dolorosa pelo romper da bolha, obedecendo, assim, quase todas as prevalências habituais do quadro, porém, o exame físico inicial demonstra uma lesão única, o que não é comum, pois, na maioria dos casos, as lesões bucais são múltiplas, evidenciando, assim, uma condição mais fora do padrão (NEVILLE *et al.*, 2016; BONISSON; ALVES *et al.*, 2007).

Nesse caso, o tratamento de forma tópica foi muito eficaz, o que foi, com certeza, facilitado pelo fato da lesão ser única, se tratando, então, de um caso mais contido, porém existem casos mais graves e de maior comprometimento, em que é necessário o uso de medicação imunossupressora + antibiótica de forma sistêmica, pois a forma tópica de tratamento não é o suficiente para conter as lesões bolhosas (BAGAN *et al.*, 2005; SOLLECITO *et al.*, 2005).

No caso descrito, também é importante ressaltar que não houve evidencia de comprometimento ocular, porém, diante de um diagnóstico de penfigoide cicatricial, é sempre importante solicitar a avaliação oftalmológica, a fim de constatar o não envolvimento ocular e preveni-lo, ou, caso já houver, tratá-lo, para que não corra o risco do paciente evoluir um simbléfaro e, conseqüentemente, cegueira (ALKAN *et al.*, 2003).

É sempre de grande valia lembrar que, por se tratar de uma doença auto imune, o penfigoide cicatricial não tem cura definitiva. Assim, podemos apenas controlar suas lesões, porém uma vez controlada ainda podem reaparecer em outro momento de pico da doença. Assim, uma vez que diagnosticado o quadro, o paciente sempre deverá estar em acompanhamento com o cirurgião dentista responsável e com outros profissionais de outras áreas que venham a ser envolvidas, para que, dessa forma, o quadro seja sempre o mais controlado possível, oferecendo melhor qualidade de vida ao paciente que possui a condição (YEH *et al.*, 2004).

## **5 CONCLUSÃO**

O diagnóstico de penfigoide cicatricial normalmente é realizado pelo cirurgião dentista, visto que a boca é o lugar mais acometido pela doença, portanto o dentista deve ter conhecimento suficiente para diagnosticá-la.

O penfigoide cicatricial é muito variável em sua intensidade e em suas manifestações clínicas, portanto o protocolo de tratamento/controle para cada paciente deve ser decidido

com cautela, de acordo com os achados clínicos, com a evidência científica e, se necessário, de forma multiprofissional, a fim de favorecer a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa doença.

## REFERÊNCIAS

ALKAN, Alper et al. A clinical study of oral mucous membrane pemphigoid. **Journal of international medical research**, v. 31, n. 4, p. 340-344, 2003.

BAGAN, Jose; MUZIO, L. Lo; SCULLY, C. Number III mucous membrane pemphigoid. **Oral diseases**, v. 11, n. 4, p. 197-218, 2005.

BONISSON, Lucas Alves et al. Penfigóide cicatricial: Levantamento epidemiológico e relato de caso clínico. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, 2007.

MILLER, B. A.; GORNITSKY, M. Benign mucous membrane pemphigoid: a case report. **Journal (Canadian Dental Association)**, v. 57, n. 10, p. 799-800, 1991.

NEVILLE, Brad. **Patologia oral e maxilofacial**. Elsevier Brasil, 2011.

ORTONA, Elena et al. Sex-based differences in autoimmune diseases. **Annali dell'Istituto superiore di sanita**, v. 52, n. 2, p. 205-212, 2016.

SANTOS, Thiago de Santana et al. A importância do diagnóstico precoce do penfigoide cicatricial: relato de caso. **Odontologia Clínica-Científica (Online)**, v. 9, n. 1, p. 83-87, 2010.

SOLLECITO, Thomas P.; PARISI, Ernesta. Mucous membrane pemphigoid. **Dental Clinics**, v. 49, n. 1, p. 91-106, 2005.

WANG, Kaidi; SEITZMAN, Gerami; GONZALES, John A. Ocular cicatricial pemphigoid. **Current opinion in ophthalmology**, v. 29, n. 6, p. 543-551, 2018.

YEH, Shih Wei; USMAN, Adnan Q.; AHMED, A. Razzaque. Profile of autoantibody to basement membrane zone proteins in patients with mucous membrane pemphigoid: long-term follow up and influence of therapy. **Clinical immunology**, v. 112, n. 3, p. 268-272, 2004.