

Maria Fernanda Toledo<sup>1</sup>  
Sigmar de Mello Rode<sup>2</sup>  
Celso Augusto Lemos Júnior<sup>3</sup>  
Ana Paula Basile<sup>1</sup>  
Mônica Andrade Lotufo<sup>1</sup>

- 1 Disciplina de Anatomia, Curso de Odontologia, Universidade Ibirapuera, São Paulo, Brasil
- 2 Disciplina de Pesquisas Odontológicas, Curso de Odontologia, Universidade Ibirapuera, São Paulo, Brasil
- 3 Disciplina de Estomatologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil
- 4 Disciplina de Estomatologia Clínica, Universidade Ibirapuera, São Paulo, Brasil
- 5 Disciplina de Semiologia e Estomatologia, Universidade Ibirapuera, São Paulo, Brasil

**Correspondência**

Mônica Andrade Lotufo  
Av. Interlagos 1329 Chácara Flora  
São Paulo, São Paulo, Brasil  
04661-100  
monicalotufo@uol.com.br

Recebido em 01/setembro/2006  
Aprovado em 18/novembro/2006

**Resumo**

A doença de Crohn é uma doença inflamatória granulomatosa, de etiologia desconhecida, mas de natureza imunológica relacionada a uma suscetibilidade genética. A doença foi descrita pela primeira vez por Crohn e colaboradores em 1932, usando o termo *inflamação regional do íleo*. Atualmente está claro, que qualquer nível do trato gastrointestinal pode ser acometido. A doença afeta pacientes jovens e pode se apresentar da forma aguda ou crônica podendo ocorrer diversas manifestações sistêmicas, inclusive na cavidade bucal. O tratamento médico varia em função do quadro clínico e muitas vezes se baseia apenas no controle dos sintomas. A prevalência na cavidade bucal varia conforme a faixa etária, atinge ambos os sexos e é mais prevalente em leucodermas. Essa doença apresenta um polimorfismo de lesões bucais, muitas vezes de maneira inespecífica. Em aproximadamente 30% dos casos as lesões bucais precedem as manifestações sistêmicas. O relato de caso explorou a literatura atual e enfatizou os aspectos clínicos odontológicos, os diagnósticos diferenciais e o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce dessa doença.

**Palavras-chave:** doença de Crohn, diagnóstico bucal, colite granulomatosa.

**Abstract**

Crohn's disease is a chronic granulomatous inflammatory bowel disease with unknown etiology. It seems that this disorder is related to immunologic mechanisms, genetic factors and infectious agents. The disease was first described in 1932 by Crohn and co-workers, using the term *terminal ileum inflammation*. Nowadays it is clear that any part of gastrointestinal tract can be affected. It can occur at any age, but onset, chronic or acute is more common in young adults. Many systemic manifestations can be found, even in the oral cavity. Although literature related to the oral cavity findings is scarce it is known that it does not discriminate genders, vary with age, and is more prevalent in leucodermas. This disease presents oral polymorphism manifestations which are nonspecific in many cases. In about 30% of the affected patients the oral lesions appear before the systemic features. The purpose of the present study is to review the current literature and to report a case study of oral clinical aspects with emphasis on differential diagnosis and the role dentists play in early diagnosis identification.

**Key words:** Crohn Disease, oral diagnosis, granulomatous enteritis.

## Introdução

A doença de Crohn pode afetar qualquer parte do trato gastrointestinal, mas em muitos casos envolvem o íleo terminal e/ou cólon. O processo inflamatório é geralmente descontínuo, atingindo com severidade segmentos do intestino que são separados por áreas de aparência normal. Fatores nutricionais têm um risco aparente na doença, quando associados com o alto consumo de sacarose, refrigerantes, chicletes, chocolates e o baixo consumo de frutas e vegetais; o fumo também pode aumentar o risco ou agravar o quadro clínico<sup>1,2</sup>.

Na fase inicial da doença as manifestações clínicas podem ser sutis, ocasionando um diagnóstico mais tardio. Os sinais e sintomas mais frequentes são dor abdominal, diarreia, mal-estar, anorexia, perda de peso, anemia e febre. A doença mostra um curso crônico de reincidência, entre episódios recorrentes com atividade da doença quando está exacerbada, e intervalos quando está assintomática, na fase de remissão<sup>2,3</sup>.

As alterações iniciais macroscópicas do intestino são pequenas erosões ou úlceras. Eventualmente as ulcerações são áreas longitudinais profundas, entremeadas por edema submucoso, dando o aspecto morfológico de nódulos ou pólipos<sup>1,2,3</sup>.

O primeiro caso relatado de manifestações bucais relacionadas com a doença de Crohn foi descrito em 1969. Em pacientes pediátricos, o aparecimento das lesões bucais é mais prevalente, em torno de 48-60%. As manifestações bucais muitas vezes são concomitantes com as de intestino ou precedem os sintomas clínicos gerais. Na mucosa bucal atinge especialmente a região de fundo de sulco, enquanto os lábios, gengiva e outros locais podem estar envolvidos<sup>4,5,6</sup>.

As lesões bucais caracterizam-se inicialmente por úlceras focais com aspectos lineares na mucosa, semelhantes às úlceras aftosas recorrentes, mas com características clínicas mais persistentes, profundas, de forma linear, e circundadas por margens hiperplásicas. Manifestações bucais não específicas podem estar presentes como inchaço difuso dos lábios<sup>6,7,8,9</sup>.

O diagnóstico da doença de Crohn é baseado nos achados clínicos e laboratoriais. A sintomatologia clínica sugere a presença de doença inflamatória do intestino. O método mais sensível é a inspeção por endoscopia da mucosa do cólon e da porção terminal do íleo, combinado com biópsia<sup>1,2</sup>.

Os principais diagnósticos diferenciais da doença na cavidade bucal são: as úlceras aftosas recorrentes, Síndrome de Melkersson-Rosenthal, queilite granulomatosa, Síndrome de Behçet e Síndrome de Reiter<sup>7,8,10</sup>.

O tratamento preconizado no controle da doença de Crohn dependerá do quadro clínico do paciente, pode incluir drogas antiinflamatórias, e/ou antibióticos e imunossupressores no sentido de prevenir ou reduzir os vários sintomas e complicações da doença. Atenção especial deve ser feita em relação ao uso de ácido acetilsalicílico que pode agravar os sintomas na doença. A dieta balanceada é particularmente importante nessa doença por causa da má absorção intestinal; o tratamento cirúrgico também é indicado em alguns casos<sup>2,3</sup>.

Em relação ao tratamento das lesões bucais nos pacientes com Crohn o uso de corticóides sistêmicos ou de uso local pode ajudar a diminuir ou melhorar a sintomatologia das ulcerações proporcionando uma diminuição, ou até remissão dos sinais e sintomas<sup>5,10</sup>.

O curso da doença irá depender também da colaboração do paciente em relação ao seu tratamento, assim como sua qualidade de vida dependerá do equilíbrio da dieta alimentar estabelecida pelo médico e uso correto da medicação preconizada<sup>1</sup>.

## Relato de caso

Paciente melanoderma, do sexo masculino, 33 anos de idade procurou o serviço de diagnóstico bucal queixando-se de uma úlcera dolorosa na boca. Na história médica, relatou a presença de sangue nas fezes e frequentemente queixava-se de dor abdominal. Relatou que periodicamente apresentava ulcerações bucais semelhantes a aftas

com duração de quinze dias, porém essa última já durava cerca de 30 dias e sem sinal de remissão. Ao exame extrabucal não foi notado nenhuma alteração, porém ao exame intrabucal foi observada uma úlcera linear rasa, com centro deprimido, com limites pouco elevados e nitidamente eritematosos, de aproximadamente 20 mm localizada no limite entre a mucosa do rebordo alveolar e o fundo de sulco do lado esquerdo, sintomática, com 30 dias de duração (Figura1).

Relatou ser essa a primeira manifestação desse tipo após 3 anos de ulcerações aftosas típicas. Negou qualquer possibilidade de trauma no local. Frente à história médica relatada e as características clínicas avaliadas foi estabelecida a seguinte hipótese diagnóstica: Doença de Crohn e úlceras aftosas recorrentes.

O paciente foi então encaminhado ao médico que

solicitou os seguintes exames complementares: colonoscopia, endoscopia e hemograma completo. Após a avaliação médica houve a confirmação da hipótese clínica inicial de doença de Crohn. Devido a pouca gravidade da manifestação da doença nesse paciente, foram prescritos dieta alimentar e rigoroso controle médico semestral. A lesão da boca foi tratada com a aplicação tópica de acetato de triancinolona em orabase 2 vezes ao dia complementado com o uso de colutório a base de betametasona 3 vezes ao dia por 3 minutos até que ocorreu a total cicatrização da úlcera em 20 dias após utilização da medicação prescrita.

Após seis meses de controle e tratamento o paciente relatou a melhora do quadro clínico sistêmico, porém apresenta eventualmente discretas ulcerações bucais controladas pela medicação prescrita com duração de no máximo dez dias.

Figura 1

Úlcera linear com bordas eritematosas em mucosa alveolar com 30 dias de evolução sem sinal de remissão



## Discussão

Nas doenças inflamatórias gastrointestinais muitas vezes as lesões bucais podem preceder as manifestações gastrointestinais. Isso é importante frente à anamnese e ao exame clínico avaliar a variedade dessas patologias, que podem apresentar manifestações bucais, assim como avaliar suas respectivas características clínicas e sua prevalência. O aparecimento de ulcerações bucais semelhantes às aftas na doença de Crohn, tem significado incerto, porque essas ulcerações do tipo aftóides são encontradas com frequência na população em geral.

A biópsia, como exame complementar, nas lesões bucais de Crohn na maioria das vezes apresenta um resultado inespecífico, pois o diagnóstico da doença de Crohn é baseado nos achados clínicos e laboratoriais. A sintomatologia clínica indica a presença de doença inflamatória do intestino. Os resultados laboratoriais indicam doença ativa incluindo eritrossedimentação elevada, níveis diminuídos a moderados de hemoglobinas e frequentemente níveis de albumina sérica reduzidos. As dosagens dos níveis séricos da vitamina B12, ferro e ácido fólico devem ser avaliados, mas não são determinantes para as doenças gastrointestinais. Demonstrem apenas que há uma má absorção do intestino.

Quando as lesões orais estão associadas com a doença de Crohn, o tratamento da inflamação intestinal deverá ser a primeira estratégia de tratamento médico, que preferencialmente é realizado com o uso de corticóides. Muitas vezes outras combinações podem ser prescritas como a sulfassalazina ou imunossupressores como a azatioprina, e há ainda casos que apresentam indicação cirúrgica. O controle periódico é importante para avaliar a medicação e seus efeitos colaterais.

No caso relatado o paciente apresentava um quadro leve da doença, por isso o tratamento médico proposto foi de controle da dieta e uso tópico de corticóides até a cicatrização das lesões bucais. O prazo de 10 dias foi suficiente para se alcançar o resultado terapêutico adequado nas lesões bucais.

As úlceras aftosas recorrentes (aftas) do tipo *minor* são caracterizadas como úlceras rasas, planas e ovais com halo eritematoso, enquanto na doença de Crohn as úlceras são mais lineares. Entretanto, as características clínicas das aftas do tipo *major*, por se apresentarem mais profundas e perderem às vezes a forma oval, assemelham-se mais com as da doença de Crohn. Quando os pacientes relatam história de recorrência das úlceras bucais, além do exame clínico intrabucal e avaliação morfológica da lesão, é importante avaliar outras manifestações sistêmicas e mesmo bucais.

O edema dos lábios, da mucosa bucal e gengiva pode ser sinal da doença de Crohn, da Síndrome de Melkersson-Rosenthal e da queilite granulomatosa. A ausência dos sintomas gastrointestinais pode auxiliar no diagnóstico diferencial dessas três doenças. Os autores constataram na revisão da literatura que há dificuldade, principalmente no diagnóstico, entre as queilites granulomatosas orofaciais e a doença de Crohn quando o paciente relata edema de lábio, além do que, as granulomatoses inflamatórias podem ser de causa idiopática.

Na Síndrome de Behçet, além das ulcerações bucais lineares, são observadas lesões oculares, genitais e às vezes cutâneas. Na Síndrome de Reiter podem ser diagnosticadas artrite, úlceras bucais indolores, conjuntivite e uretrite.

Na ausência de uma história correlacionada a alterações gastrointestinais por parte do paciente e de um diagnóstico clínico não conclusivo das lesões bucais, a biópsia incisional é pertinente por parte do cirurgião-dentista, apesar de histologicamente haver dificuldade de distinguir a doença de Crohn dentre os outros tipos de patologias orofaciais granulomatosas. Ultimamente tem-se utilizado o termo genérico granulomatoses para descrever essas desordens crônicas de etiologia desconhecida caracterizada por edema de lábio com ulcerações bucais, com ou sem comprometimento gengival e muitas vezes com história de paralisia do nervo facial.

Controvérsias continuam em relação às doenças intestinais, como a doença de Crohn, por isso

frisamos a importância do diagnóstico precoce e a colaboração do cirurgião-dentista nessa etapa e na manutenção da saúde bucal desses pacientes.

## Referências

1. Ghandour K, Issa M. Oral Crohn's disease with late intestinal manifestations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991 Nov;72(5):565-7.
2. Bramdtzaeg P. Inflammatory bowel disease: clinics and pathology. *Acta Odontol Scan.* 2001 Aug;5(4):235-43.
3. Sanderson J, Nunes C, Escudier M, Barnard K, Shirlaw P, Odell E, Chinyama C, Challacombe S. Orofacial granulomatosis: Crohn's disease or a new inflammatory bowel disease? *Inflamm Bowel Dis.* 2005 Sep;11(9) : 840-6.
4. Scheper HJ, Brand HS. Oral aspects of Crohn's disease. *Int Dent J.* 2002 Jun;52(3):163-72.
5. Halme L, 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. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993 Aug;76(2):175-81.
6. Bradley PJ, Ferlito A, Devaney KO, Rinaldo A. Crohn's disease manifesting in the head and neck. *Acta Otolaryngol.* 2004 Apr; 124(3):237-41.
7. Challacombe SJ. Oro-facial granulomatosis and oral Crohns disease: are they specific diseases and do they predict systemic Crohns disease? *Oral Dis.* 1997 Sep;3(3):127-9.
8. Andersen KM, Selvig KA, Leknes KN. Altered healing following mucogingival surgery in a patient with Crohn's disease: a literature review and case report. *J Periodontol.* 2003 Apr;74(4):537-46.
9. Stavropoulos F, Katz J, Guelmann M, Bimstein E. Oral ulcerations as a sign of Crohn's disease in a pediatric patient: a case report. *Pediatr Dent.* 2004 Jul-Aug;26(4):355-8.
10. Pittock S, Drumm B, Fleming P, McDermott M, Imrie C, Flint S, Bourke B. The oral cavity in Crohn's disease. *J Pediatr.* 2001 May;138(5):767-71.

---

Trabalho realizado pela Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Ibirapuera, São Paulo