

# **TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**PÊNFIGO VULGAR E REABILITAÇÃO BUCAL: ESTUDO DE CASOS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE ESTOMATOLOGIA DO NÚCLEO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (HU/UFSC).**

**Priscila Saquet**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Priscila Saquet

**PÊNFIGO VULGAR E REABILITAÇÃO BUCAL: ESTUDO DE CASOS DE PACIENTES  
DO AMBULATÓRIO DE ESTOMATOLOGIA DO NÚCLEO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR  
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
(HU/UFSC).**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia  
**Orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Aira Maria Bonfim Santos  
**Co-orientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Liliane Janete Grando

Florianópolis

2017

Priscila Saquet

**PÊNFIGO VULGAR E REABILITAÇÃO BUCAL: ESTUDO DE CASOS DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE ESTOMATOLOGIA DO NÚCLEO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (HU/UFSC).**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgiã-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de maio de 2017.

**Banca examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aira Maria Bonfim Santos

Orientadora

Departamento de Ciências Morfológicas - CCB

Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Alessandra Rodrigues de Camargo

Departamento de Odontologia – CCS

Universidade Federal de Santa Catarina

---

Caroline Zimmermann

Doutoranda em Diagnóstico Bucal da PPGO-UFSC

Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este trabalho aos meus pais **Moacir Paulo Saquet** e **Edi Bartz**, e a minha irmã **Patrícia Saquet** pelo incentivo e apoio nessa jornada.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** pela minha vida e por iluminar meu caminho.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** pela oportunidade, pelo conhecimento e pelas experiências que jamais esquecerei. Agradeço ao corpo docente e a todos os funcionários que fizeram parte desta história.

Aos meus pais **Moacir Paulo Saquet** e **Edi Bartz**, e a minha irmã **Patricia Saquet**, por todo o apoio, incentivo e auxílio durante esses anos. Todas as minhas conquistas serão dedicadas à vocês!

À minha orientadora **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aira**, por todo o apoio, ensinamentos, motivação e oportunidade. Agradeço por ser muito prestativa e paciente em suas orientações. Foi muito gratificante poder realizar este trabalho ao seu lado.

À minha co-orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liliane**, por todo o aprendizado durante a graduação e por sua colaboração.

Ao **Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago** da Universidade Federal de Santa Catarina pela autorização para a realização deste trabalho.

Ao **Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar** do HU/UFSC e todos que fazem parte desta equipe, o trabalho de vocês é um exemplo a ser seguido, agradeço todo o conhecimento, experiência e sabedoria compartilhada.

Aos **pacientes** atendidos no Ambulatório de Estomatologia que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

À **Dr<sup>a</sup>. Mariah Luz Lisboa**, cirurgiã-dentista, e às **residentes** da Residência Multiprofissional do HU/UFSC pelo atendimento prestado aos pacientes desta pesquisa e pela ajuda.

À professora **Alessandra Camargo** e a Doutoranda **Caroline Zimmermann** por aceitarem compor a banca examinadora disponibilizando seu tempo e contribuindo com este trabalho, serão muito importantes para o meu crescimento.

Agradeço minha eterna dupla, **Nadine Lemos**, foi maravilhoso poder dividir grande parte da graduação contigo, vou sentir saudades e não sei como será sem minha dupla por perto! Obrigada por ser minha companheira e por toda a amizade!

Ao meu namorado **Arthur S. Borba**, agradeço por estar sempre ao meu lado e me apoiar. Pelo companheirismo e cumplicidade de todos os dias, por me confortar nos momentos difíceis, com todo carinho e amor. E por toda a ajuda, com tudo.

Aos meus **amigos**, os de longa data e aqueles que a UFSC me trouxe, pela amizade construída ao longo dos anos e por tornarem este caminho mais leve e feliz.

“..e que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida. Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar, se não fosse o medo de tentar.”

(William Shakespeare)

## RESUMO

O Pênfigo Vulgar (PV) é uma doença mucocutânea crônica de origem autoimune, caracterizada pelo surgimento de bolhas que rompem facilmente, originando erosões e/ou úlceras dolorosas de difícil cicatrização. O objetivo deste trabalho é o estudo de casos de portadores de PV atendidos no Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina HU/UFSC. Os pacientes foram acompanhados em suas consultas de rotina pelos pesquisadores, que avaliaram o manejo quanto ao tratamento das lesões e a reabilitação bucal presente nestes pacientes em relação ao uso de próteses convencionais e/ou próteses suportadas por implantes, e sua relação com a doença. Os dados obtidos foram expostos em uma planilha elaborada pelos mesmos e também foi realizada análise dos prontuários para obtenção de informações adicionais. Um total de 17 pacientes participaram da pesquisa e os resultados obtidos permitiram concluir que próteses removíveis, quando mal adaptadas, estão relacionadas ao aparecimento de lesões, diferente das próteses suportadas por implantes, que não provocam o aparecimento de lesões. A laserterapia é eficaz para analgesia imediata e os medicamentos Prednisona, Azatioprina, Propionato de Clobetasol, Micofenolato de Mofetila e Rituximabe mostraram-se eficientes para o controle da doença.

**Palavras-chave:** pênfigo vulgar, próteses dentais, laserterapia.

## **ABSTRACT**

Pemphigus Vulgaris (PV) is a chronic mucocutaneous disease of autoimmune origin, characterized by the appearance of blisters that break easily, causing erosions and/or painful ulcers that are difficult to heal. The purpose of this study is the evaluation of cases of PV patients seen at the Stomatology Clinic of the Hospital of the Federal University of Santa Catarina HU/UFSC. The patients were followed up in their dental appointments by the researchers, who evaluated the treatment management of the lesions and the oral rehabilitation present in these patients in relation to the use of the conventional prostheses and/or implant-supported prostheses, and their relation with the disease. The data obtained were exposed in spreadsheet elaborated by the same and also the analysis of the medical records to obtain additional information. A total of 17 patients participated in the research and the results obtained allowed to conclude that removable prostheses when ill adapted are related to the appearance of lesions, differently of implant-supported prostheses, which don't cause the appearance of lesions. Laser therapy is effective for immediate analgesia and the medications: Prednisone, Azathioprine, Clobetasol Propionate, Mycophenolate Mofetil and Rituximab have proven to be efficient for disease control.

**Keywords:** pemphigus vulgaris, dental prostheses, laser therapy.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fotomicrografia em menor aumento da mucosa perilesional afetada pelo pênfigo vulgar.....20
- Figura 2** - Fotomicrografia demonstrando o padrão da imunofluorescência direta do pênfigo vulgar.....21
- Figura 3** - Norteador de conduta frente ao pênfigo vulgar.....27
- Figura 4** - Escala de dor utilizada na pesquisa.....37

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Sumário dos agentes livres de esteroide.....	26
<b>Tabela 2</b> - Lasers e seus comprimentos de onda.....	29
<b>Tabela 3</b> - Resumo esquematizado das principais características de cada caso.....	39
<b>Tabela 4</b> - Locais mais acometidos pelas lesões de PV.....	40
<b>Tabela 5</b> - Tipo de reabilitação bucal.....	41
<b>Tabela 6</b> - Relação entre próteses removíveis e lesões de PV.....	42
<b>Tabela 7</b> - Terapias utilizadas.....	43
<b>Tabela 8</b> - Laserterapia e terapia fotodinâmica.....	45
<b>Tabela 9</b> - Percepção da dor.....	46

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PV – Pênfigo Vulgar

HU/UFSC - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago/  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dsg 1- Desmogleína 1

Dsg 3 - Desmogleína 3

LTBP - Laser de Baixa Potência

TFD – Terapia Fotodinâmica

EAV – Escala Analógica Visual

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1. DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA .....	15
2.2. EPIDEMIOLOGIA.....	16
2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS .....	18
2.4. DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS .....	20
2.5. TRATAMENTO E PROGNÓSTICO .....	22
2.5.1. TRATAMENTO COM LASERTERAPIA .....	28
2.6. REABILITAÇÃO BUCAL EM PORTADORES DE PV.....	30
3. OBJETIVOS .....	34
3.1. Objetivo Geral .....	34
3.2. Objetivos Específicos .....	34
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
4.1. Delineamento do estudo .....	35
4.2. Considerações éticas .....	35
4.3. Amostra .....	35
4.4. Metodologia .....	35
5. RESULTADOS .....	38
6. DISCUSSÃO .....	47
7. CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS .....	57
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	64
APÊNDICE B - Planilha de dados .....	67
APÊNDICE C – Fotos Clínicas.....	69
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP .....	70

## 1. INTRODUÇÃO

O Pênfigo Vulgar (PV) é uma doença crônica de origem autoimune caracterizada pelo desenvolvimento de autoanticorpos contra estruturas celulares. Resulta na formação de bolhas envolvendo a pele e/ou a mucosa, as quais rompem rapidamente, gerando úlceras e erosões dolorosas, sendo geralmente a cavidade bucal o primeiro local atingido. É uma doença rara, porém potencialmente fatal quando não tratada (NEVILLE *et al.*, 2009).

As lesões bucais causadas pelo PV são dolorosas e aparecem na forma de úlceras e/ou erosões de difícil cicatrização, dificultando a fala e a alimentação. Os portadores, além de dor e desconforto local, apresentam disfagia e perda de peso rápida, com isto o estado de saúde geral é seriamente prejudicado pela doença (ALCAIDE-MARTÍN *et al.*, 2010; BERNABÉ *et al.*, 2005).

Embora casos ainda mais raros sejam diagnosticados na infância e na adolescência, a idade média mais acometida é de 50 anos (NEVILLE *et al.*, 2009). Os resultados da última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) demonstram que entre a população de 35 a 44 anos, aproximadamente 30% utiliza algum tipo de prótese dental superior, e cerca de 10% inferior, sendo que apenas 31,2% desta faixa etária não necessita de prótese dental. Entre a população de 65 a 74 anos, apenas 23,5% não faz uso de prótese dental e 7,3% não necessita de algum tipo de prótese dental. Coincidindo, assim, as idades de maior acometimento do PV e de usuários de próteses dentais.

Altin *et al.* (2013) publicaram um artigo a respeito da reabilitação bucal com próteses implanto suportadas em um paciente portador de PV, e concluíram que é uma boa opção de tratamento, pois por estas próteses possuem maior retenção e estabilidade em relação às próteses convencionais, agredem menos a mucosa e elevam o nível de conforto durante a fala e a mastigação.

Há uma ausência de estudos na literatura que avalie o tipo de reabilitação bucal presente em pacientes com PV e a sua relação com o aparecimento das lesões. Não se conhece o resultado clínico da utilização de implantes dentais em pacientes com PV, nem os desafios para a sua reabilitação bucal. Sabe-se que a qualidade de vida está intimamente relacionada com o estado de saúde e, quando estes pacientes

possuem desconforto e maior número de lesões devido ao uso de próteses dentárias, sua qualidade de vida é ainda mais prejudicada (ALTIN *et al.*, 2013; ISERI *et al.*, 2013).

Há o agravamento das lesões desses pacientes quando há utilização de próteses convencionais e/ou implanto suportadas? A alternativa de tratamento com implantes poderia melhorar a qualidade de vida e diminuir o desconforto dos pacientes portadores de PV?

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA

O Pênfigo Vulgar (PV) é uma doença mucocutânea crônica de origem autoimune, caracterizada pela formação de bolhas que rompem rapidamente, levando a ulcerações e erosões dolorosas (NEVILLE *et al.*, 2009). Na maioria dos casos (70% a 90%), os primeiros sinais de doença aparecem na mucosa bucal e, posteriormente, manifestam-se na pele e em outras mucosas (DAGISTAN *et al.*, 2008).

A formação das bolhas é resultante de uma produção inadequada de anticorpos pelo paciente, chamados de autoanticorpos, esta produção anormal continua desconhecida. Alguns estudos relatam casos isolados de Pênfigo induzidos por alguns tipos de alimento, drogas e até mesmo vírus, mas para confirmação mais estudos são necessários (BLACK; MIGNOGNA; SCULLY, 2006; MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009).

O epitélio bucal é uma complexa estrutura e muitas moléculas são necessárias para sua saúde e integridade. É constituído essencialmente por queratinócitos, aderidos uns aos outros através de desmossomos, os quais atuam nas estruturas de adesão das células epiteliais e são compostos por glicoproteínas. No PV, os autoanticorpos atacam duas glicoproteínas, em especial a desmogleína 3 (Dsg 3), que é expressa com maior frequência no epitélio bucal, e também a desmogleína 1 (Dsg 1), ocorrendo, assim, uma inibição na aderência celular. O resultado desse mecanismo é a formação de fendas intraepiteliais, o que clinicamente, é visto com o aparecimento de bolhas (BLACK; MIGNOGNA; SCULLY, 2006; MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009).

Cerca de 50% dos portadores de PV, além de autoanticorpos contra a Dsg 3, possuem contra a Dsg 1, sendo a proporção de autoanticorpos relacionada com a gravidade clínica do PV, quando há apenas autoanticorpos contra a Dsg 3, as lesões são predominantes na cavidade bucal (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009).

Quando o portador de PV desenvolve autoanticorpos contra a Dsg 3, com ou sem o desenvolvimento de autoanticorpos contra a Dsg 1, pode apresentar histopatologicamente uma fenda intraepitelial acima da camada basal, pois a Dsg 3 é encontrada na camada parabasal da epiderme e do epitélio bucal. Clinicamente ocorre a formação de bolhas na mucosa bucal. A Dsg 1 é preferencialmente expressa na

camada superficial da epiderme, sendo pouco expressa no epitélio bucal, logo, os pacientes portadores de PV que possuem autoanticorpos apenas contra a Dsg 1 exibirão histologicamente uma fenda intraepitelial superficial na epiderme, não afetando a cavidade bucal (BLACK; MIGNOGNA; SCULLY, 2006; MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009).

O Pênfigo abrange quatro doenças de origem autoimune: pênfigo vulgar, pênfigo vegetante, pênfigo eritematoso e pênfigo foliáceo. Dentre elas, as duas primeiras afetam a cavidade bucal, sendo pênfigo vulgar o mais comum, correspondendo a 80% dos casos. O pênfigo vegetante apresenta-se como placas vegetantes grandes, verrucosas e salpicadas com pústulas, inicialmente seu curso é parecido com o do PV, porém os sintomas são mais leves e de menor duração (TORRES NETO *et al.*, 2010). O pênfigo foliáceo, também conhecido como pênfigo foliáceo endêmico e fogo selvagem, ocorre com elevada prevalência na América Latina e quase todos os indivíduos afetados possuem bolhas que rompem facilmente acometendo a face e o couro cabeludo primeiramente. O pênfigo eritematoso é uma variante mais leve e localizada do pênfigo foliáceo (AOKI *et al.*, 2005; CUNHA; BARRAVIERA, 2009).

Recentemente, em vários países como Bulgária, Brasil, Índia, Israel, Itália, Espanha e Estados Unidos da América, foi relatado baixo número de fumantes com PV. Entretanto, encontrou-se uma alta relação de exposição a pesticidas e mulheres grávidas entre os portadores de PV, sugerindo contribuições do estrogênio e do contato com pesticidas ao surgimento da doença (BLACK; MIGNOGNA; SCULLY, 2006; MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009).

## 2.2. EPIDEMIOLOGIA

O PV é uma doença rara, a incidência de indivíduos afetados é de 0,1 – 0,5 a cada 100.000 pessoas por ano (NEVILLE *et al.*, 2009). Não apresenta predileção por gênero, apesar de alguns autores relatarem maior incidência entre as mulheres; estudos com um maior número de pacientes necessitam ser realizados para (ALCAIDE-MARTÍN *et al.*, 2010; CAMACHO-ALONSO; JORNET; FENOL, 2005; MIZIARA *et al.*, 2003). Há predileção por descendentes de judeus, pessoas do Mediterrâneo e do sul da Ásia (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009). Manifesta-se principalmente em adultos entre a quarta e sexta década de

vida, mas casos ainda mais raros da doença acometem indivíduos durante a infância e a adolescência (FERREIRA *et al.*, 2013; NEVILLE *et al.*, 2009).

Em estudo realizado por Uzun *et al.* (2006), 148 paciente com pênfigo foram diagnosticados num período de seis anos (1998-2004), na região do Mediterrâneo. O PV foi o subtipo mais comum, identificado em 123 (83%) pacientes. A prevalência de PV foi maior nas mulheres, sendo 51 (34,5%) pacientes do sexo masculino e 72 (48,7%) pacientes o sexo feminino. Estes pacientes possuíam idade entre 18 e 70 anos, sendo 43 anos a idade média. O estudo concluiu, com seus resultados, que há uma taxa moderadamente alta de pênfigo na região do Mediterrâneo, comparada com outros países. Concluiu, também, que o PV aparece com mais frequência em pessoas na faixa de meia idade (46 anos nos homens e 40 anos nas mulheres), com maior prevalência no sexo feminino.

Coronel-Pérez *et al.* (2009) realizaram um estudo de coorte retrospectivo que incluiu pacientes com diagnóstico de pênfigo do Departamento de Dermatologia do Hospital Universitário de Virgen Macarena em Sevilha, na Espanha, entre 2005 e 2006. Vinte e três pacientes foram incluídos no estudo, sendo 79% portadores de PV, diagnosticados entre 30 e 60 anos de idade. Concluiu, assim, que há uma maior prevalência de PV em relação aos demais subtipos.

Suliman *et al.* (2013) analisaram 588 pacientes com doenças de pele que frequentaram o Ambulatório da Clínica Dermatológica no Hospital de Ensino Khartoum, no Sudão, entre outubro de 2008 e janeiro de 2009. Para o diagnóstico, utilizaram características clínicas confirmadas com exames histopatológicos. Assim, 21 pacientes foram diagnosticados com PV e 19 deles possuíam lesões na cavidade bucal. Os pacientes possuíam de 20 a 72 anos, sendo a idade média 43 anos, e com maior prevalência no sexo feminino (taxa de 1,1 no sexo feminino para 1,0 no sexo masculino). O local mais afetado foi a mucosa bucal, sendo que 14,2% dos pacientes possuíam apenas lesões nesta localização. Entre pacientes que possuíam lesões bucais e lesões em outras mucosas ou na pele, 50% apresentou, primeiramente, as lesões bucais e 33,3% tiveram a pele como o sítio primário da doença. O envolvimento simultâneo da mucosa bucal e da pele foi relatado por 5,5% dos pacientes. Dois pacientes não forneceram informações sobre o primeiro local de acometimento. O estudo concluiu que o PV é o subtipo mais predominante da doença e que a maioria dos portadores apresenta lesões bucais.

Em outro estudo, realizado por Gupta *et al.* (2011), num período de oito meses, contaram com um total de 251 pacientes com pênfigo e penfigóide. Destes, 171 relataram diagnóstico de PV. O estudo foi realizado por meio de questionário on-line com o link disponível para acesso, principalmente na página da Fundação Internacional de Pênfigo e Penfigóide, e, também na página da Divisão de Dermatologia e Ciências Cutâneas da Universidade do Estado de Michigan, além dos links, pacientes que já participaram de outras pesquisas anteriores e que demonstraram interesse em demais pesquisas, também foram convidados a participar. Oitenta por cento dos participantes residiam na América do Norte e a maioria se identificou como caucasiano. Nesse estudo, assim como os demais, a maioria dos pacientes com PV eram do sexo feminino (117 pacientes) e o restante do sexo masculino (52 pacientes). A média de idade foi de 51,8 anos, variando entre 25 a 80 anos.

### 2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clinicamente, o PV surge como erosões e ulcerações superficiais dolorosas, resultantes das bolhas que rompem rapidamente. O início geralmente é insidioso, mascarado como ulcerações inespecíficas que curam dentro de algumas semanas com novas lesões aparecendo em outro lugar (SCIUBBA, 2011).

Os locais acometidos com maior frequência são o palato, a mucosa labial, a mucosa jugal, o ventre da língua e a gengiva, porém as lesões podem afetar diversos lugares da mucosa bucal e também outras mucosas como a conjuntiva, a mucosa nasal, faringe, laringe, esôfago e genital. (CAMACHO-ALONSO; JORNET; FENOL, 2005; DAGISTAN *et al.*, 2008; NEVILLE *et al.*, 2009). Segundo Sciubba, J. (2011), as lesões surgem principalmente em áreas submetidas a trauma friccional, como a mucosa jugal, o palato, o ventre da língua e os lábios. O envolvimento gengival também é muito frequente, sendo conhecido como gengivite descamativa.

Posteriormente às lesões bucais, geralmente surgem as lesões de pele, como vesículas e bolhas flácidas, contendo um líquido claro ou turvo em seu interior, as quais rompem facilmente (cerca de algumas horas ou poucos dias). O PV também possui como característica o sinal de Nikolsky positivo, que é a formação de bolhas quando realizada uma pressão lateral firme sob a pele ou mucosa, sendo esta uma ferramenta clínica simples e útil no diagnóstico clínico preliminar da doença

(MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009). Em cerca de 70% a 90% dos casos as lesões de pele surgem após o aparecimento das lesões bucais (DAGISTAN *et al.*, 2008) e o envolvimento cutâneo pode ocorrer após um ano ou mais (NEVILLE *et al.*, 2009).

Silva *et al.* (2016) realizaram um estudo com relato de oito casos clínicos de PV diagnosticados na Clínica de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Destes oito pacientes todos eram caucasianos e possuíam faixa etária entre 37 a 74 anos, sendo 6 mulheres e 2 homens. O tempo de evolução das lesões era menor que seis meses no momento da primeira consulta. A queixa principal foi a dor e o desconforto durante a mastigação. No exame físico intra bucal, todos apresentavam úlceras e/ou erosões na mucosa bucal. O envolvimento da pele e/ou mucosas foi observado na maioria dos casos, assim como o sinal de Nikolsky positivo.

Em estudo realizado por Camacho-Alonso *et al.* (2005) foram relatados 14 casos clínicos, sendo o grupo composto por 10 mulheres e 4 homens, todos de raça branca, com idade entre 21 a 87 anos, que foram atendidos na Unidade Docente de Medicina Bucal da faculdade de Medicina e Odontologia da Universidade de Murcia na Espanha, entre 1981 e 2001. Todos os pacientes apresentavam úlceras intra bucais, entretanto, em 1 eram assintomáticas, em 4, dolorosas, e em nove apenas presença de incômodo inespecífico. Sete pacientes apresentavam envolvimento de pele e/ou mucosas.

Thorat, Raju e Pradeep (2010) avaliaram o efeito do PV na saúde periodontal de pacientes, selecionados aleatoriamente, entre os inscritos no Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina e Instituto de Pesquisa de Bangalore, na Índia. Foram incluídos no estudo 100 pacientes, sendo 50 saudáveis (com idade média de 37 anos) e 50 com PV (com idade média de 35.2 anos). Pacientes que haviam recebido alguma terapia periodontal nos últimos seis meses, fumantes e portadores de outras doenças sistêmicas, além do PV, foram excluídos. Concluíram que o índice de placa foi maior nos pacientes com PV, assim como a perda óssea, e que a pobre condição periodontal dos pacientes com PV sugere que o PV pode estar envolvido na progressão ou na iniciação da periodontite. Além do fato destes pacientes sentirem muita dor, dificultando a higiene bucal, muitos ficam hospitalizados e a higiene oral acaba sendo negligenciada. Segundo Weinberg, Insler e Campen

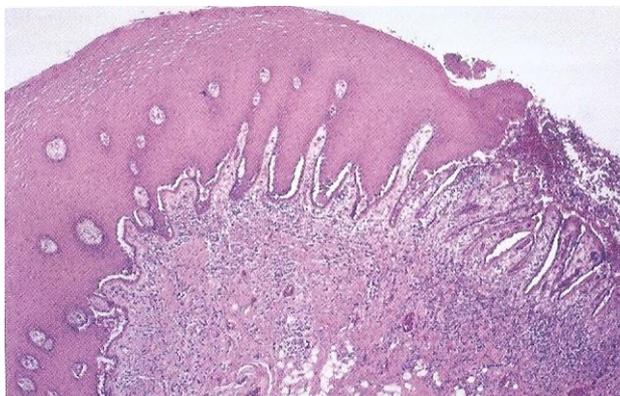
(1997), a presença de placa bacteriana pode exacerbar a resposta imune local e também dificultar a remissão das lesões de mucosa bucal.

#### 2.4. DIAGNÓSTICO E CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

O diagnóstico do PV baseia-se em características clínicas e histopatológicas, sendo necessária a biópsia, seguida de imunofluorescência direta para confirmação. Além de um fragmento da lesão, o tecido perilesional deve ser removido para que os resultados não sejam inconclusivos, (ALCAIDE-MARTÍN *et al.*, 2010; NEVILLE *et al.*, 2009).

Histologicamente, o PV caracteriza-se por uma separação intraepitelial característica, acima da camada de células suprabasais do epitélio, podendo deixar toda a camada superficial do epitélio descamada (Figura 1). Assim apenas as células basais permanecem ligadas à membrana basal, sendo descritas como “fileira de pedras de sepultura”, “pedra tumular” ou “lápide”. Caracteriza-se, também, pela perda dos anexos intercelulares, deixando as células da camada espinhosa do epitélio separadas, tal característica denomina-se acantólise. Esta separação faz com que células fiquem soltas, apresentando-se arredondadas, sendo chamadas de células de Tzanck. No tecido conjuntivo subjacente normalmente é observado infiltrado de células inflamatórias crônicas. (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009; WEINBERG; INSLER; CAMPEN, 1997, SCIUBBA, 2011).

Figura 1- Fotomicrografia em menor aumento da mucosa perilesional afetada pelo pênfigo vulgar.



Fonte: NEVILLE *et al.*, (2009), Fig. 16-54, p. 77

Na citologia esfoliativa as células de Tzanck também aparecem (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009; WEINBERG; INSLER; CAMPEN, 1997). Em estudo de caso realizado por Brito *et al.* (2009), a citologia esfoliativa foi utilizada para diagnóstico de PV. A conclusão obtida foi que, mesmo a citologia sendo um exame antigo frente a tanta modernidade em modalidades diagnósticas, é uma boa opção. Isto porque é um exame que confirma o diagnóstico de forma rápida e fácil, mostrando-se como uma ferramenta muito útil, pois o diagnóstico deve ser feito rapidamente para que o tratamento possa ser iniciado. Entretanto, mesmo com a citologia esfoliativa confirmando a presença de PV, o exame de imunofluorescência direta foi realizado neste estudo.

Segundo Scully e Mignogna (2007), a citologia não é muito específica, sendo realmente necessário realizar a imunofluorescência direta para confirmação do diagnóstico, a qual é utilizada para detectar os autoanticorpos aderidos ao tecido. Em quase todos os portadores de PV é possível observar no exame anticorpos (IgM ou IgG, normalmente) e componentes do sistema complemento (normalmente C3) nos espaços intercelulares entre as células epiteliais (NEVILLE *et al.*, 2009). (Figura 2).

Figura 2- Fotomicrografia demonstrando o padrão da imunofluorescência direta do pênfigo vulgar.



Fonte: NEVILLE *et al.*, (2009), Fig. 16-56, p. 770

O exame de imunofluorescência indireta serve para demonstrar a presença de autoanticorpos no soro do paciente, e também pode ser utilizado. Seu resultado é positivo em cerca de 80 a 90% dos casos. O ensaio de imunoabsorbância ligado à enzima (ELISA) pode ser utilizado para detectar os autoanticorpos circulantes (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009).

Algumas lesões vesiculobolhosas devem ser consideradas para realizar o diagnóstico diferencial do PV, principalmente o Pênfigo Paraneoplásico, Penfigóide

Cicatricial, Eritema Multiforme e Estomatite Aftosa Recorrente acometendo múltiplas áreas (BERNABÉ *et al.*, 2005).

Gallego e Vélez (2013) sugerem que os pacientes devem ser avaliados de uma forma geral, com uma boa anamnese e avaliação física criteriosa da cavidade bucal. Se o paciente apresentar alguma lesão, é importante que seja realizada uma investigação minuciosa da evolução e do desenvolvimento, e definição do diagnóstico diferencial, para determinar o plano de tratamento. Sugerem também que quando o cirurgião dentista não tiver certeza do diagnóstico e do manejo destes pacientes, é indicado o encaminhamento para um especialista.

## 2.5. TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

O tratamento do PV é realizado através do uso de corticosteroides sistêmicos e/ou tópicos. Preferencialmente, a opção de escolha é a forma sistêmica, pois o PV é uma doença desse caráter. Mesmo com muitos médicos receitando o uso tópico para lesões bucais, sabe-se que a melhora realmente ocorre pela absorção sistêmica dos agentes tópicos, aumentando a dose sistêmica do medicamento. Os medicamentos podem ser administrados por via oral ou intravenosa, e, quando tópica, em forma líquida para bochecho ou em gel. Muitas vezes, os corticosteroides são utilizados em associação a imunossupressores (BLACK; MIGNOGNA; SCULLY, 2006; NEVILLE *et al.*, 2009).

O Fórum Europeu de Dermatologia recomenda terapia com o corticoide Prednisona, diminuindo a dose em 25% do total que está sendo utilizado a cada duas semanas após a fase de consolidação (quando novas lesões deixam de se formar em pelo menos duas semanas e as existentes cicatrizam cerca de 80%). Quando a dose é reduzida para 20mg, recomenda-se a diminuição de aproximadamente 5mg a cada quatro semanas. Caso o paciente apresente recaídas, deve-se aumentar a dose de esteroides ou voltar para a dose anterior, acrescentando um imunossupressor (caso a terapia seja apenas com esteroides) ou substituindo-o. O objetivo da terapia farmacológica para o PV é reduzir a resposta inflamatória e a produção de autoanticorpos. (GREGORIOU *et al.*, 2015).

Comumente, a terapêutica utilizada inicialmente envolve doses relativamente altas de corticosteroides sistêmicos para eliminar as lesões e, posteriormente, diminuem-se as doses para o controle da doença. O tratamento com corticosteroides

para o PV é eficaz e conseguiu reduzir a incidência de eventos adversos e morbidade em relação ao passado. A taxa de mortalidade diminuiu de 60-90% para 5-10% (NEVILLE *et al.*, 2009). Muitas pesquisas ainda buscam por um tratamento mais curto e uma melhor qualidade de vida aos portadores de PV (GREGORIOU *et al.*, 2015).

Bernabé *et al.* (2005) relataram o caso clínico de um paciente com PV. O paciente de 27 anos com quadro clínico principal de gengivite descamativa e dor bucal. O tratamento sistêmico foi efetuado com uso de prednisona via oral 30mg/dia durante oito meses e associação com outras duas medicações sistêmicas coadjuvantes: a pentoxifilina via oral (800mg/dia, durante 30 dias) e a dapsona via oral (100mg/dia, durante oito meses). Localmente realizado uso tópico de corticoide (gel composto por hidrocortisona a 1% e lidocaína 0,5%), aplicado em moldeira acrílica individual diariamente em toda a área de gengiva inserida superior e inferior, afetada pelas lesões. O paciente foi orientado quanto à correta higiene bucal. Duas semanas após iniciar o tratamento o paciente já possuía boa evolução clínica. O acompanhamento de dez meses foi realizado e apontou uma melhora significativa no quadro clínico e ausência de efeitos colaterais associados aos medicamentos utilizados. Este tratamento revelou-se benéfico para o controle da doença.

Para PV recalcitrantes, ou quando os imunossupressores estão contra indicados, pode-se utilizar imunoglobulinas intravenosas, que são anticorpos policlonais naturais preparados a partir de amostras do plasma humano. Recomenda-se a dose de 2mg/kg, 5 ciclos, de 2 a 5 dias consecutivos (realiza-se em vários dias para evitar efeitos adversos, como dor de cabeça e náuseas) (GREGORIOU, *et al.*, 2015).

Também tem sido utilizado no tratamento do PV o Rituximabe (RTX), o qual é um anticorpo monoclonal quimérico que se liga ao antígeno transmembrana CD20, específico das células B. Com sua utilização, as taxas de remissão têm aumentado em 65%, sendo extremamente eficaz para pênfigos recalcitrantes onde outros tratamentos não controlam a doença (FELDMAN; CHRISTEN; AHMED, 2012; MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009).

Ahmed *et al.*, (2006) pesquisaram o uso de imunoglobulinas intravenosas e rituximabe para tratamento de pacientes com PV generalizado e refratário. O estudo incluiu 11 pacientes que já haviam feito tratamentos convencionais com medicamentos, possuíam elevado número de recaídas, assim como diversos efeitos colaterais e hospitalizações. Foram utilizados 2 ciclos de rituximabe (375mg por m<sup>2</sup> de

superfície corporal) uma vez por semana, durante 3 semanas, e a combinação de rituximabe e imunoglobulina intravenosa (2g/Kg de peso corporal) na quarta semana. Esta terapia foi seguida durante quatro meses consecutivos. O tratamento foi repetido em um segundo ciclo. Nos meses 3, 4, 5, e 6, os pacientes receberam uma única infusão de rituximabe e uma única infusão de 2g de imunoglobulina intravenosa por kg no início do mês. Assim, cada paciente recebeu um total de 12 infusões de rituximabe e 6 infusões de imunoglobulina intravenosa, num total de seis meses. Dos 11 pacientes participantes, 9 tiveram resolução rápida das lesões e remissão clínica de 2 a 3 anos, concluindo, assim, que a combinação entre rituximabe e imunoglobulina intravenosa é eficaz no tratamento de PV refratário.

Joly *et al.* (2017) analisaram 90 pacientes com Pênfigo grave envolvendo 5% da superfície corporal da pele, duas ou mais erosões em mucosas ou gengivite descamativa. Os participantes elegidos apresentavam pouco tempo de diagnóstico e tinham idade entre 18 e 80 anos. Os pacientes foram escolhidos aleatoriamente e divididos em dois grupos. Um grupo administrou prednisona via oral 1 a 1,5 mg/kg dia, diminuída gradualmente a partir de um ano de uso, durante 18 meses (44 pacientes). O outro grupo recebeu 1000mg de rituximabe intravenoso no primeiro e no 14º dia do tratamento e iniciou concomitantemente o uso da prednisona 0,5 ou 1mg/kg dia, durante 3 ou 6 meses, diminuída gradualmente. Após, a dose de 500mg de rituximabe foi ministrada no 12º mês do tratamento e no 18º mês de tratamento (46 pacientes). No 24º mês 89% dos pacientes que utilizaram rituximabe + prednisona alcançaram a remissão completa do PV, versus 34% dos pacientes que utilizaram somente a prednisona. Os efeitos adversos mais graves do tratamento em ambos os grupos foram: diabetes, distúrbio endócrino, osteopatia e miopatia, sendo o grupo que utilizou apenas prednisona o mais afetado pelos efeitos adversos. Com este estudo, concluíram que utilizar rituximabe combinado com prednisona em curto prazo é mais eficaz do que a prednisona isolada para o tratamento do PV, bem como a menor prevalência de menos efeitos adversos.

Svecova (2016) utilizou o tratamento com imunoglobulina intravenosa em 10 pacientes com PV entre 2009 a 2013. A dose utilizada foi 2g/kg dividida em cinco doses iguais e administrados durante 5 dias consecutivos. Cinco pacientes receberam 3 doses, quatro pacientes 5 doses e um paciente 8 doses. O controle do PV foi alcançado em todos os pacientes após a primeira utilização da imunoglobulina intravenosa. Durante os 12 meses de acompanhamento, os pacientes continuaram a

utilizar 39 a 80mg de prednisona, diminuindo gradualmente a dose. Dois pacientes apresentaram efeitos adversos ao medicamento (dor de cabeça e hipertensão arterial sistêmica) e oito pacientes foram diagnosticados com candidíase oral durante o tratamento. A conclusão foi que o uso de imunoglobulina intravenosa induziu e manteve a remissão clínica do PV em longo prazo, sendo avaliada como uma boa terapia, apresentando efeitos adversos leves e transitórios.

A utilização em longo prazo de corticosteroides sistêmicos gera efeitos colaterais significantes, tais como: diabetes melito, supressão adrenal, ganho de peso, osteoporose, úlceras pépticas, intensas oscilações de humor, aumento na suscetibilidade de uma grande quantidade de infecções, entre outros (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009). Segundo Gregoriou *et al.* (2015), encontrar um agente que poupe o uso de esteroides é um dos grandes focos das pesquisas recentes; no entanto, as evidências continuam inconclusivas, sendo Azatioprina e Micofenolato de Mofetila os imunossupressores de primeira linha de escolha para tratamento livre de esteroides. Assim, os corticosteroides continuam como padrão ouro para o tratamento do PV.

Coronel-Pérez *et al.* (2009) realizaram um estudo de coorte retrospectivo com 23 pacientes portadores de Pênfigo, onde 79% desses foram diagnosticados com PV. Todos os pacientes foram tratados com 0,5-1,0mg/kg de corticoides tópicos por dia, aumentando a dose em 50% caso as lesões não regredissem. Em 91% dos pacientes, foi utilizada terapia adjuvante com imunossupressores (Azatioprina e Micofenolato de Mofetila). Quarenta e três por cento iniciaram com Azatioprina, porém a resposta foi fraca e a medicação substituída por Micofenolato de Mofetila (1,5-2g/dia), ocorrendo, assim, a cicatrização das lesões. Esse fármaco foi bem tolerado por todos os pacientes e não ocorreram reações adversas. Foi necessário, para 40% dos pacientes, a utilização de imunoglobulinas intravenosas (2g/kg durante 3 dias), pois não houve controle da doença. Complicações foram observadas em 75% dos pacientes e estavam normalmente relacionadas com o tratamento. As mais comuns foram Infecções (70%), osteopenia e osteoporose (43%), catarata (22%), diabetes (17%) e câncer de pele (13%). Complicações menos freqüentes foram fraturas (8,7%), hipertensão arterial (8,7%), hepatite induzida por Azatioprina (4,4%) e dores de cabeça associadas ao uso de imunoglobulinas intravenosas (4,4%). A remissão completa foi induzida em 8,68% dos pacientes e a remissão parcial em 91,32%.

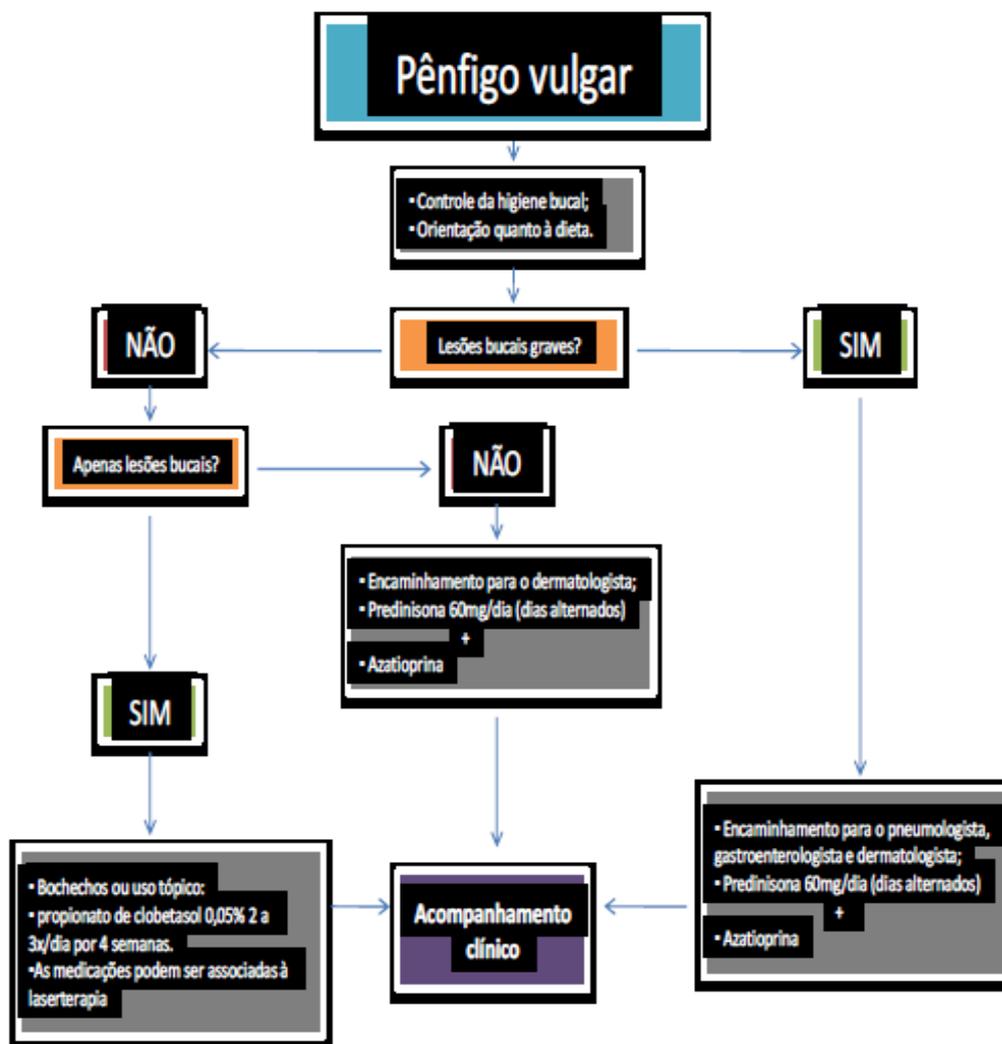
A utilização de imunossupressores como adjuvantes no tratamento com corticoides deve ser avaliada individualmente para cada paciente, sendo analisado o risco versus benefício em cada situação. A tabela 1, contém um resumo dos imunossupressores (fármacos poupadores de esteroide) utilizados e seus efeitos adversos.

<b>Tabela 1: Sumário dos agentes livres de esteroide</b>			
<b>Droga</b>	<b>Mecanismo de ação</b>	<b>Dosagem</b>	<b>Efeitos adversos</b>
Azatioprina	Análogo de purina que inibe a replicação do DNA	3 a 4 mg/kg via oral	Toxicidade gastrointestinal, hepatotoxicidade, alopecia, pancreatite, doença linfoproliferativa, aumento da taxa de infecção
Ciclofosfamida	Agente alquilante que se liga ao DNA durante a replicação	1 g intravenoso a cada 4 semanas ou 1-2,5 mg/kg/dia	Mielossupressão aguda, úlceras mucosas, alopecia, nefrotoxicidade, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, fibrose pulmonar intersticial, azoospermia
Ciclosporina	Suprime a proliferação de células T formando um complexo com a ciclofilina, bloqueando a ativação da calcineurina	2,5-5 mg/dia via oral Dose máxima: 5 mg/kg/dia	Anormalidades eletrolíticas, toxicidade renal, tremores, hirsutismo, hiperlipidemia, hipertensão, hiperplasia gengival
Dapsona	Sulfona antibiótico que inibe a toxicidade e a quimiotaxia dos neutrófilos	25-50 mg/dia via oral aumentando mensalmente de 25 a 50 mg até alcançar a remissão clínica	Anemia hemolítica, metaglobinemia, idiossincrática, neuropatia motora periférica, psicose, agranulocitose, síndrome de hipersensibilidade a dapsona
Tacrolimus	Atua inibindo as células T na ativação e no lançamento das citocinas	0,1 a 0,3% Aplicação tópica	Nefrotoxicidade, neurotoxicidade, desconforto gastrointestinal, hipertensão, hipercalcemia, hiperglicemia
Micofenolato de Mofetila	Inibe a síntese da purina durante a replicação do DNA	0,5 a 1,5 g duas vezes ao dia via oral	Doenças gastrointestinais, anemia, leucopenia, trombocitopenia, aumento da taxa de infecção
Metotrexato	Inibe o dihidrofolato redutase necessário para a síntese do DNA	5-25 mg semanalmente via oral	Hepatotoxicidade, supressão da medula óssea, alopecia, pneumonite intersticial e fibrose, nefrotoxicidade

Fonte: Adaptação de AGRAWAL, DANIEL, SRINIVASAN e JIMSH, (2017)

Piacentini (2013) realizou uma revisão de literatura a respeito das principais características das doenças autoimunes da cavidade bucal. Com base na revisão realizada, elaborou um norteador de conduta para os cirurgiões-dentistas diante de um diagnóstico definitivo de PV (Figura 3).

Figura 3 – Norteador de conduta frente ao pênfigo vulgar



Fonte: PIACENTINI, (2013)

O principal objetivo do tratamento do PV é o controle da doença e a prevenção de recaídas. É importante, também, minimizar os efeitos adversos que estão associados ao uso prolongado de corticosteroides e agentes imunossupressores. A terapêutica deve visar à redução da produção de autoanticorpos, a fim de controlar a progressão da doença. O PV é caracterizado pela sua diversidade e faz de cada paciente um desafio único (GREGORIOU *et al.*, 2015).

O prognóstico do PV é incerto. Sabe-se que quanto mais cedo estabelecido o diagnóstico e o início da corticoterapia, maiores são as chances de recuperação e de controle do paciente. O tratamento sistêmico é feito sob orientações médica e sendo a cavidade bucal geralmente o primeiro local atingido, é fundamental o papel do

cirurgião-dentista no diagnóstico precoce, no conhecimento da doença e encaminhamento para rápido início do tratamento sistêmico, tendo um papel crítico na qualidade de vida destes pacientes (ATES; YUZUGULLU, 2011; SILVA *et al.*, 2016; BERNABÉ *et al.*, 2005).

### 2.5.1. TRATAMENTO COM LASERTERAPIA

A palavra LASER é acrônimo para “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation”, que em português significa: “Amplificação da Luz por Emissão Estimulada de Radiação”. O físico Albert Einstein descreveu, pela primeira vez, em 1917, a Teoria da Emissão Estimulada pela Radiação, baseando-se nos conceitos de Plank (1980). A primeira possibilidade de aplicar esta teoria foi em 1951, por C. H. Townes, recebendo confirmação experimental em 1954. No final da década de 1960, o médico húngaro Endre Master, empregou um laser de Rubi para estimular a reparação tecidual em lesões de pele, iniciando-se assim as primeiras aplicações de laser (BRUGNERA JR; VILLA; GENOVESE, 1991). Após 40 anos de uso, hoje é possível afirmar que é uma terapia segura e, geralmente, livre de efeitos colaterais (PROCKT; TAKAHASHI; PAGNONCELLI, 2008).

Os lasers de baixa intensidade possuem efeito analgésico, anti-inflamatório e biomodulador, sendo utilizados quando o tecido biológico apresenta um desequilíbrio nas suas funções fisiológicas. Como efeitos da laserterapia, pode-se citar o aumento da microcirculação local e da velocidade da cicatrização. A existência da fotoestimulação pelos lasers de baixa intensidade, tão controverso e pouco entendido antes de 1980, tem sido objeto de intenso estudo científico nos dias de hoje (LIZARELLI, 2010).

Considerando o espectro eletromagnético, os comprimentos de onda mais empregados para realizar a laserterapia de baixa intensidade estão na faixa do vermelho, de 630 a 700nm, e infravermelho, de 700 a 904nm (LIZARELLI, 2010). Na tabela 2, é possível observar os tipos de lasers e seus respectivos comprimentos de onda.

<b>Tabela 2: Lasers e seus comprimentos de onda</b>	
<b>Laser</b>	<b>Comprimento de onda(<math>\lambda</math>)</b>
Hélio-néon(HeNe)	632,8 nm
Arsenieto de gálio e alumínio(GaAlAs)	620-830 nm
Arsenieto de gálio (GaAs)	830 - 904 nm
Fosfato de índio-gálio-alumínio(InGaiAIP)	685 nm
Árgon(Ar)	488 - 514 nm
Dióxido de Carbono (CO <sub>2</sub> )	10600 nm
Neodímio: ítrium-alumínio-granada (Nd-YAG)	1064 nm

Fonte: Adaptação de PROCKT, TAKAHASHI & PAGNOCELLI, (2008)

O mecanismo de fotobiomodulação do laser de baixa potência ativa os componentes da cadeia respiratória mitocondrial, resultando em proliferação celular e citoproteção. Com isto, os radicais livres agem induzindo a ativação de células expressas em aumento da atividade bactericida, aumento na proliferação celular e produção de proteínas e citocinas. Tais eventos produzem efeitos clínicos como uma melhora na reparação de feridas, na microvascularização, na regeneração tecidual e imunomodulação (VLADIMIROV; OSIPOV; KLEBANOV, 2004).

Segundo Pavlic *et al.* (2014), a laserterapia (LTBP) tem sido amplamente utilizada como uma alternativa ou modalidade complementar para o tratamento do PV. O objetivo seria o aumento do conforto durante atividades diárias como falar, dormir, mastigar, engolir e utilizar próteses dentárias e também, reduzir a gravidade dos surtos sintomáticos da doença. Porém, mais estudos a respeito do assunto devem ser realizados, para determinar as condições de irradiação mais eficientes, a fim de obter o melhor resultado para o tratamento do PV.

Em estudo realizado por Bhardwaj, Joshi e Sharma (2010), foi utilizado laser de dióxido de carbono em baixa potência para o tratamento de dois casos clínicos de PV com lesões na cavidade bucal. Concluíram, durante as consultas de acompanhamento realizadas após a laserterapia (1, 3 e 5 meses após), que o tratamento mostrou-se eficaz no controle da dor de acordo com relatos dos pacientes e também na cura das lesões observada durante o exame clínico; não houve recorrência.

Minicucci *et al.* (2012), também relataram dois casos de PV tratados com laserterapia. Neste estudo, utilizaram laser de diodo (Flash Laser I DMC Equipamentos LTDA, São Carlos, Brasil) emitindo 660nm e 100mW de potência, com 2J e dose de energia de 35 J/cm<sup>2</sup>, tempo de 20 segundo por ponto, em cada um dos

casos. O laser foi aplicado uniformemente, com três a quatro pontos, em todas as lesões bucais, com média de sete a dez sessões, até a cura das lesões. Antes, estes pacientes queixavam-se de dificuldades na alimentação e na deglutição, devido à dor bucal. Após à primeira aplicação, relataram diminuição imediata da dor, em aproximadamente 70%; os autores não utilizaram instrumentos de aferição. O desaparecimento total da dor foi relatado após a terceira sessão. O primeiro caso foi acompanhado durante 3 anos, com a utilização de 5mg de prednisona por dia, sem recorrência da doença, e o segundo caso foi acompanhado por 7 meses, pois o paciente faleceu devido aos efeitos colaterais da terapia com imunossupressores. O presente estudo concluiu que a LTBP é uma técnica não invasiva que pode ser utilizada como coadjuvante no tratamento do PV, sendo observado efeito analgésico e cura rápida das lesões bucais.

Com o objetivo de promover desinfecção em regiões contaminadas é associado ao laser um corante fotossensibilizador. A Terapia Fotodinâmica (TFD) ou Photodynamic Therapy (PDT) vem sendo utilizada como uma terapia auxiliar do laser na Odontologia, sendo uma nova abordagem para substituir o uso de agentes antimicrobianos. Células consideradas alvo da terapia fotodinâmica são coradas e irradiadas com luz, produzindo espécies reativas de oxigênio e radicais livres que resultam em morte celular (MESQUITA *et al.*, 2013).

A utilização do laser é um tipo de terapêutica conservadora que atende aos anseios da odontologia moderna, sendo merecedor de estudos mais amplos e profundos. A LTBP deve ser considerada como um instrumento complementar para o tratamento de diversas doenças bucais por possuir efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e determinando um melhor padrão de cicatrização (BRUGNERA JR; VILLA; GENOVESE, 1991).

## 2.6. REABILITAÇÃO BUCAL EM PORTADORES DE PV

Pacientes portadores de PV representam um desafio para o cirurgião-dentista, devido ao proeminente envolvimento da cavidade bucal característico da doença, aumento do risco de doenças bucais, presença de dor, sangramento, ulcerações e ingestão deficiente de nutrientes, dificultando a prestação de serviços odontológicos e a reabilitação bucal destes pacientes (ISERI *et al.*, 2009).

A reabilitação bucal inclui próteses totais, próteses parciais, próteses implanto suportadas e próteses fixas, porém, quando mal adaptadas, podem causar desconforto, aumento do número de lesões e hiperplasia fibrosa inflamatória. As próteses removíveis sempre devem ser ajustadas quando estiverem mal adaptadas, pois são suportadas pelo tecido bucal, podendo ser traumáticas e dolorosas para pacientes com doenças vesiculobolhosas persistentes. Portanto, as próteses fixas são preferíveis, tomando o cuidado para realizar bons contornos gengivais, prevenindo inflamação e facilitando a higiene bucal. Alguns destes pacientes podem tolerar próteses removíveis, mas cuidados devem ser tomados para que não ocorra formação de vesículas e bolhas pela utilização destas próteses (ISERI *et al.*, 2009).

Altin *et al.* (2013) relataram o caso de um paciente portador de PV de 70 anos de idade que possuía próteses removíveis mal adaptadas, o qual foi submetido à cirurgia de instalação de implantes em mandíbula. Devido à reabsorção mandibular posterior e às condições financeiras do paciente, não foi possível a utilização de múltiplos implantes; então, foram inseridos dois implantes em região anterior de mandíbula e o paciente permaneceu durante três meses com próteses provisórias. O sistema Locator foi eleito o mais vantajoso em relação à taxa de complicações, retenção e manutenção, porém, por ser mais caro, o paciente alegou não poder arcar com o custo; sendo assim o acessório tipo bola foi escolhido. Durante a cirurgia houve laceração da sutura devido à mucosa não resiliente. Uma semana depois, a sutura foi removida e a cicatrização aconteceu sem intercorrências. A dose de corticoide foi aumentada de 4mg para 16mg antes da cirurgia e retomada a dose inicial após a cirurgia. Foi realizado um controle a cada 6 meses. Trinta e dois meses após a cirurgia, observou-se uma reabsorção de 0,9mm na região peri-implantar (dentro dos padrões de normalidade). Os autores concluíram que a reabilitação com próteses implanto suportada melhora a estabilização e garante maior conforto ao paciente, sendo uma boa alternativa para pacientes com PV.

A instalação de implantes em pacientes com PV possui diversos desafios, como por exemplo: mucosa mais friável e alterações ósseas pelo uso prolongado de corticoides, como imunossupressão e diminuição da mineralização óssea, podendo existir o desenvolvimento de osteoporose. A instalação de implantes raramente é contraindicada em pacientes com osteoporose. Estudos relatam que próteses suportadas por implantes melhoram as forças mastigatórias, fazendo com que a tensão muscular ajude a impedir a perda óssea (HOHLWLEG-MAJERT *et al.*, 2005).

A respeito do impacto da osteoporose no contato osso-implante, há evidência fraca para apoiar ou refutar a hipótese de que a osteoporose possa ter efeitos na reparação óssea. Não há estudos conclusivos que apresentem que a osteoporose e/ou osteopenia aumentam as taxas de falha de implantes nem a prevalência de peri-implantites (GIRO, *et al.*, 2015).

Um estudo realizado por Oliveira (2008) avaliou a influência de corticoides no processo inicial de osseointegração de implantes de titânio, cônicos com 1,4mm de diâmetro e 2,7mm de comprimento, com superfície tratada, instalados em maxilas de ratos. Para a realização do estudo, doze ratos receberam injeções diárias de 1ml de solução salina e corticosterona (5mg/kg) durante 30 dias, após a instalação de implantes dentais, e com isso concluiu-se que há uma menor formação óssea e consequente redução da área de tecido ósseo neo-formado na interface osso-implante.

Rupp *et al.* (2014) afirmam que as propriedades características das superfícies do implante e do desenho do implante estão diretamente relacionadas no melhor resultado de contato osso/implante. Superfícies mecanicamente trabalhadas com diferentes rugosidades e com ativadores biológicos, como a sua capacidade de umidificação, aceleram o processo de osseointegração.

Para Oliveira (2008), outro fator a ser considerado em usuários de corticosteroides e a instalação de implantes dentais é o desenvolvimento de osteoporose pelo uso crônico desta medicação. Sendo assim, conforme artigo publicado pelo Colégio Americano de Reumatologia, é importante a suplementação com Cálcio e Vitamina D no início do uso de corticosteroides para prevenir a perda óssea, podendo ser considerada também a utilização de bisfosfonatos para usuários crônicos, visando prevenir e/ou tratar a perda óssea. (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY, 2001).

Para realização de procedimentos cirúrgicos simples em usuários crônicos de corticosteroides, recomenda-se dobrar a dose no dia da intervenção e nos dias seguintes retornar a dose usual. Para os procedimentos mais invasivos, recomenda-se, além de dobrar a dose no dia da intervenção, suplementar com 60mg de prednisona, reduzindo a dose em 50% por dia a partir do dia seguinte, chegando à dose usual em três dias (SANTOS *et al.*, 2011).

Em estudo realizado por Scully *et al.* (2007), não foi encontrada nenhuma evidência de que a terapia com corticosteroides é uma contra indicação aos implantes

endósseos, mas estes pacientes podem apresentar um risco para o bom desfecho clínico do caso. Sempre deve ser obtido um consentimento médico antes de realizar a reabilitação bucal.

O uso de implantes para a reabilitação de portadores de PV pode apresentar resultado melhor em relação aos tratamentos com próteses convencionais, pois próteses fixas sobre implantes resultam em um considerável aumento na qualidade de vida, principalmente quando os usuários são desdentados totais (ISERI *et al.*, 2009; PENARROCHA *et al.*, 2007).

Ates e Yuzugullu (2011) relataram o caso de um paciente portador de PV com próteses fixas metalocerâmicas envolvendo todos os dentes. Neste estudo, discutem o fato da fragilidade da mucosa bucal ser evidente em áreas de atrito de próteses removíveis e em áreas de traumas da escovação; assim, se o trauma causado for reduzido, a dor também será minimizada. O cirurgião dentista deve corrigir qualquer fonte de irritação nestes pacientes, como restaurações ásperas, próteses mal adaptadas, higiene bucal traumática e hábitos parafuncionais. Utilizar próteses removíveis pode ser impossível para os pacientes com lesões causadas pelo PV, sendo preferível a utilização de próteses fixas. Concluem que a margem das restaurações fixas devem ficar ao nível supragengival ou gengival, para não traumatizar o tecido. Quando pânticos forem utilizados, é importante tomar cuidado, deixando um adequado espaço entre ele e a mucosa para realizar higienização e não traumatizar, sendo ideal o uso de porcelana vidrada em sua confecção. Também, devem se ater aos procedimentos de moldagem, utilizando medicação e/ou anestésico local para diminuir ou não causar dor para o paciente, moldando sempre de forma cuidadosa. O paciente relatado foi acompanhado durante um ano e tolerou bem suas próteses fixas, utilizando-as confortavelmente desde sua confecção.

Embora os problemas dentários em portadores de PV sejam desafiadores, um correto planejamento e execução geram resultados favoráveis, sendo fundamental uma equipe multiprofissional composta por dentistas, principalmente da área de estomatologia e patologia, e profissionais médicos dermatologistas, ginecologistas, oftalmologistas e psicólogos para o sucesso do tratamento, evolução e prognóstico da doença (ATES; YUZUGULLU, 2011; ALONSO; JORNET; FENOL, 2005; SILVA *et al.*, 2016; SULIMAN *et al.*, 2013).

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo Geral

Estudar casos de pacientes portadores de Pênfigo Vulgar (PV) e avaliar a reabilitação bucal existente nesses pacientes, em relação ao uso de próteses convencionais e/ou próteses suportadas por implantes, com o agravamento das lesões bucais.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Estudar o manejo de pacientes portadores de PV atendidos no Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago HU/UFSC.
- Avaliar a satisfação dos pacientes em relação a suas próteses convencionais e/ou implanto suportadas existentes.
- Avaliar se o uso de próteses implanto suportadas diminuem o aparecimento de lesões nos pacientes com PV, em comparação às próteses convencionais.
- Analisar a utilização de laserterapia nestes pacientes, em relação à analgesia.

## 4. MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal, no qual realizou-se a coleta de dados apenas em 1 momento. Sem o acompanhamento do paciente.

### 4.2. Considerações éticas

A presente pesquisa foi efetuada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer 1.932.632, CAAE 60075916.6.0000.0121, de 20 de fevereiro de 2017 (Anexo A). Todos os participantes receberam orientações verbais e por escrito a respeito dos riscos e benefícios da pesquisa, e sua inclusão foi efetuada após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

### 4.3. Amostra

Do total de 21 pacientes identificados com o diagnóstico de PV nos prontuários do Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFCS), 17 pacientes foram localizados em suas consultas de rotina e convidados a participar da pesquisa, sendo incluídos na amostra após seu aceite. Quatro pacientes não foram localizados em consultas de rotina, ou em contato telefônico (pelo número existente no prontuário) e não foram incluídos.

### 4.4. Metodologia

O estudo foi realizado com coleta de dados no prontuário do paciente, existente no HU, exame clínico odontológico do e aplicação de um questionário ao paciente (Apêndice B).

Os prontuários foram analisados para verificação de informações a respeito do tratamento do paciente pela equipe do Ambulatório de Estomatologia, assim como por outras especialidades, entre elas a Dermatologia. Foram coletados dados como: data de nascimento, cor de pele, protocolos terapêuticos utilizados, doenças pré-existent

e/ou efeitos colaterais dos tratamentos. Os dados foram transcritos em uma ficha própria, confeccionada para esse fim (Apêndice B).

Os exames clínicos odontológicos dos pacientes foram realizados pela graduanda em Odontologia, participante dessa pesquisa, sob supervisão da professora orientadora. Os exames foram realizados em consulta de rotina desses pacientes no Ambulatório de Estomatologia, nas quais a cirurgiã-dentista responsável pelo atendimento desses pacientes realizava a preservação dos mesmos e aplicação de laser de baixa potência, quando necessário. Todos os EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) foram utilizados. O exame físico foi realizado e os dados de cada paciente foram registrados na ficha clínica desenvolvida para esse fim (Apêndice B). Observou-se a presença ou não de lesões, localização das lesões, uso ou não de prótese dentária, o tipo de prótese utilizada e a relação da localização da lesão, quando presente, com o tipo de reabilitação existente.

Foi utilizado o aparelho de laser de baixa potência do tipo THERAPY (DMC Equipamentos Ltda, São Carlos – SP), que está disponível no Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC, com comprimento de onda de 660nm (laser vermelho) e 808nm (laser infravermelho), com potência de 100mW, nos pacientes que necessitaram dessa terapia, segundo a avaliação da cirurgiã-dentista responsável pelo atendimento, a qual é habilitada para utilizar o equipamento.

Nos casos de pacientes que utilizaram laserterapia como um dos tratamentos, solicitou-se aos mesmos que respondessem segundo a Escala Analógica Visual (EAV ou VAS - *Visual Analog Scale*) sua percepção de dor antes e depois da sessão de laserterapia realizada no momento da consulta em que realizamos a pesquisa.

A EAV (Figura 4) é uma escala com parâmetros verbais no início e no final da escala (“sem dor” = 0 e “máximo de dor” = 10). O paciente é orientado a dar sua nota para o grau de dor, seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) de classificação da intensidade da dor: 0 – sem dor; 1 a 3 – dor leve; 4 a 7 – dor moderada; 8 a 10 – dor intensa.

Figura 4: Escala de dor utilizada na pesquisa, adaptada de HUSKISSON (HUSKISSON, 1974).

<b>0</b> sem dor	<b>1</b> quase sem dor	<b>2</b> dor muito leve	<b>3</b> dor leve	<b>4</b> dor mode- rada leve	<b>5</b> dor mode- rada contro- lada	<b>6</b> dor mode- rada	<b>7</b> dor pouco inten- sa	<b>8</b> dor inten- sa	<b>9</b> dor muito inten- sa	<b>10</b> Má- ximo de DOR
------------------------	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--	---	----------------------------------	--	---------------------------------	--	---------------------------------------

Os pacientes responderam a perguntas presentes na ficha clínica para este estudo (Apêndice B). As questões visavam verificar fatores desencadeadores da doença quando diagnosticada; fatores desencadeadores das lesões; frequência de aparecimento das lesões; presença de reabilitação protética, o tipo de prótese presente; o tipo de alimentação realizada pelo paciente, e se presença de limitação ou não; correlações do tipo de prótese com o aparecimento de lesões intrabucais do PV; protocolos de tratamentos com fármacos utilizados e o uso da laserterapia.

Os dados coletados foram analisados de forma quantitativa, quando possível, e de forma descritiva.

## 5. RESULTADOS

Participaram do estudo 17 pacientes diagnosticados com PV no Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Catarina (HU/UFSC), com média de 49 anos de idade (21 a 66 anos), todos leucodermas. Na amostra foram encontrados 13 (76,47%) participantes do gênero feminino e 4 (23,52%) do gênero masculino.

Os pacientes avaliados possuíam tempo de diagnóstico entre 2 meses a 19 anos. Destes, 3 pacientes possuem diagnóstico de 2 meses a 3 anos, 6 pacientes de 3 a 5 anos, 7 pacientes de 5 a 10 anos, e 1 paciente diagnosticado há mais de 10 anos. Assim a maioria da nossa amostra possui diagnóstico de PV de 5 a 10 anos.

O diagnóstico foi inicialmente baseado em achados clínicos e confirmado pelo exame histopatológico; caso a microscopia convencional não permitiu o diagnóstico, foi realizada a imunofluorescência direta (em 8 pacientes fez-se necessário). Em alguns laudos presentes nos prontuários, observou-se que os achados histológicos foram caracterizados por acantólise na região suprabasal e tecido conjuntivo da lâmina própria com infiltrado de células inflamatórias mistas. Quando realizada a imunofluorescência direta, os achados contaram com a presença de anticorpos (IgM ou IgG) e componentes do sistema complemento (normalmente C3) entre os espaços intercelulares das células epiteliais.

O total de 13 (76,47%) pacientes já apresentaram lesões em pele e em cavidade bucal, 11 (84,61%) relataram a cavidade bucal como sítio primário da doença. Os outros 4 pacientes (23,52%) possuíam lesões apenas em cavidade bucal, sem acometimento de demais regiões.

Dos 17 participantes, 8 (47,05%) já necessitaram hospitalização para controle da doença; 5 com mais de 50 anos de idade, 1 com 34 anos e outro com 21 anos.

Na tabela 3 é possível observar as principais características dos pacientes diagnosticados com PV que frequentaram o Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC.

**Tabela 3: Resumo esquematizado das principais características de cada caso**

Caso	Gênero	Idade	Diagnóstico	Locais mais acometidos	Fator desencadeador de lesões	Aparecimento das lesões	Hospitalização
1	F	41	6 anos	Lábio inferior	Estresse	Contínuas	Não
2	M	66	2 meses	Lábio inferior, mucosa jugal bilateral, bordas de língua e assoalho bucal	Depressão	Contínuas	Sim
3	F	34	3 anos	Comissura labial bilateral e mucosa labial inferior	Euforia	Semanalmente	Sim
4	F	57	10 anos	Lábio inferior	Estresse	Esporadicamente; Lábio inferior: Contínuas.	Sim
5	M	46	4 anos	Mucosa labial inferior e bordas linguais	Estresse emocional	Esporadicamente	Não
6	F	64	8 anos	Mucosa jugal bilateral, palato duro e língua	Estresse físico e emocional; Alimentos cítricos	Contínuas	Não
7	F	56	19 anos	Bordas linguais e palato duro	Estresse e preocupação	Esporadicamente	Sim
8	F	49	5 anos	Língua, assoalho bucal, lábios, mucosa jugal bilateral e gengiva inserida	Estresse	1 vez por mês	Não
9	F	59	5 anos	Mucosa labial inferior	Estresse	Esporadicamente	Sim
10	M	64	8 anos	Gengiva e palato	-	-	Sim
11	F	54	2 anos	Mucosa jugal bilateral, língua, palato e mucosa labial inferior	Estresse, Depressão	Esporadicamente	Não
12	F	21	7 anos	Palato, mucosa jugal bilateral, gengiva inserida e língua	Estresse, Depressão	Contínuas	Sim
13	F	44	3 anos	Língua e mucosa jugal bilateral	Estresse, Nervosismo	Contínuas	Não
14	M	36	3 anos	Mucosa labial inferior e mucosa jugal bilateral	-	Contínuas	Não
15	F	39	1 ano	Mucosa labial inferior e gengiva inserida	Estresse	Contínuas	Não
16	F	51	10 anos	Gengiva inserida e lábio inferior	Estresse emocional	Contínuas	Não
17	F	51	2 anos	Língua	Estresse, Depressão	Contínuas	Sim

Fonte: elaborada pelos autores.

Os locais mais acometidos nos pacientes foram: língua, em 9 pacientes, mucosa jugal em 7 pacientes; lábio inferior em 6 pacientes; e mucosa labial

inferior, 6 pacientes. Vale salientar que, de acordo com os relatos dos pacientes e informações coletadas nos prontuários, todos os pacientes já possuíram lesões em todos os locais da cavidade bucal. A Tabela 4 demonstra a relação entre o número de pacientes e os locais mais acometidos desde o diagnóstico até o momento da consulta. Imagens demonstrativas presentes no Apêndice C.

<b>Tabela 4: Locais mais acometidos pelas lesões de PV</b>		
<b>Local</b>	<b>Número de pacientes</b>	<b>%</b>
Língua	9	52,94
Mucosa jugal	7	41,17
Lábio inferior	6	35,29
Mucosa labial inferior	6	35,29
Gengiva	5	29,41
Palato	5	29,41

Fonte: elaborada pelos autores

Os fatores desencadeadores da doença e do aparecimento de lesões relatados foram: estresse, depressão, euforia (em 1 paciente), nervosismo, preocupação e ingestão de alimentos cítricos (1 paciente).

Quando questionados em relação à alimentação, 9 pacientes relataram evitar a ingestão de alimentos cítricos, pois acreditam que agridam a mucosa, e 8 pacientes relataram não possuir nenhuma restrição alimentar. Quanto à consistência da alimentação, não houve relato específico de restrição da ingestão de alimentos duros, mesmo nos pacientes que utilizavam prótese total ou parcial. O total de 5 pacientes relatou que, quando apresentam lesões bucais em fase aguda, não conseguem ingerir alimentos sólidos e/ou cítricos, porém não relacionam o aparecimento das lesões à consistência dos alimentos.

Em relação ao uso de próteses convencionais: 3 pacientes utilizavam prótese total superior, sendo que, 1 utilizava também prótese parcial removível inferior; 1 paciente utilizava prótese total superior e inferior; e 2 pacientes faziam uso de prótese parcial removível superior. Quando estes pacientes foram questionados sobre a consistência da alimentação, apenas 2 afirmaram que, quando a prótese deslocava, devido à má adaptação, a mucosa era agredida, ocorrendo dor e eritema na região do deslocamento.

Em relação ao uso de próteses suportadas por implantes: 3 pacientes utilizavam próteses unitárias suportadas por implantes, sendo que 1 além de

implantes dentais possuía próteses fixas. Estes pacientes não possuíam queixas em relação à mastigação devido à consistência da alimentação.

Dois pacientes fizeram a instalação de implantes antes do surgimento do PV; 1 há 11 anos e outro há 9 anos antes das lesões. Somente 1 paciente realizou instalação de implantes antes e após o PV, estando, os implantes, instalados alguns há 7 anos e outros há 3 anos. Estes pacientes alegaram que não apresentaram complicação na instalação de implantes ou durante sua utilização e realizam consultas de acompanhamento com seus implantodontistas.

A Tabela 5 mostra os pacientes e as 6 categorias de próteses encontradas no estudo.

<b>Tabela 5: Tipo de reabilitação bucal</b>							
<b>Caso</b>	<b>PT superior</b>	<b>PT superior + PT inferior</b>	<b>PT superior + PPR inferior</b>	<b>PPR superior</b>	<b>Implantes dentais</b>	<b>Implantes + PF</b>	<b>Não utiliza</b>
1							X
2							X
3							X
4	X						
5	X						
6		X					
7							X
8							X
9						X	
10					X		
11				X			
12							X
13				X			
14							X
15							X
16					X		
17			X				
<b>Total</b>	2	1	1	2	2	1	8

Fonte: elaborada pelos autores.

A tabela 6 mostra a correlação entre os portadores de próteses convencionais removíveis e o PV.

**Tabela 6: Relação entre próteses removíveis e lesões de PV**

Caso	Correlação entre uso de prótese e aparecimento de lesões	Tempo de uso de prótese	Tempo de uso de da prótese atual	Porque não utiliza implantes dentais	Possui interesse em utilizar implantes dentais
4	Não há relação entre a prótese e as lesões do PV	27 anos	27 anos	Medo	Não
5	Quando a prótese desloca: dor e eritema	10 anos	2 anos	Valor	Sim
6	Já deixou de utilizar devido ao PV	40 anos	5 anos	Devido ao PV	Não
11	Quando a prótese desloca: dor e eritema	8 anos	3 anos	Valor	Sim
13	Machuca (provoca lesões no palato e fundo de sulco)	14 anos	11 anos	Valor	Sim
17	Já deixou de utilizar devido ao PV	20 anos	10 anos	Devido ao PV	Sim

Fonte: elaborada pelos autores.

Na tabela 7 visualizam-se os fármacos já utilizados e utilizados atualmente pelos pacientes. Os 17 participantes já utilizaram o corticoide Prednisona via oral e bochechos com Propionato de Clobetasol na dose de 0,05% ou 0,1% com Nistatina 100.000 UI, e no momento, 8 ainda faziam o uso destes fármacos. A medicação sistêmica foi prescrita pela equipe de Dermatologia do HU/UFSC, na qual todos os pacientes faziam acompanhamento, e o bochecho com Propionato de Clobetasol foi prescrito tanto pela equipe de dermatologia quanto pela equipe de Estomatologia do HU/UFSC. Os serviços seguem um protocolo de doses de acordo com o estado geral de saúde do paciente, a gravidade da doença e a resposta ao tratamento.

<b>Tabela 7: Terapias utilizadas</b>		
<b>Caso</b>	<b>Terapias utilizadas anteriormente</b>	<b>Terapias utilizadas atualmente</b>
1	Prednisona, Azatioprina	Prednisona 40mg, Azatioprina 150mg, Dapsona 150mg, Tacrolimo monoidratado 0,03% pomada, Valerato de betametasona 0,1% creme, Propionato de clobetasol 0,05% + Nistatina 100.000UI
2	Prednisona, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Prednisona 60mg, Azatioprina 150mg, Propionato de Clobetasol 0,05+ Nistatina 100.000 UI
3	Prednisona, Azatioprina, Dapsona	Prednisona 100mg, Propionato de Clobetasol 0,1% solução + Nistatina 100.000 UI
4	Prednisona, Dapsona, Azatioprina, propionato de clobetasol + Nistatina	Azatioprina 50mg
5	Prednisona, Azatioprina, Micofenolato de Mofetila, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Azatioprina 100mg, Micofenolato de Mofetila 1g
6	Prednisona, Azatioprina, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Prednisona 20mg, Azatioprina 100mg, Propionato de clobetasol 0,05% + Nistatina 100.000 UI
7	Prednisona, Dapsona, Azatioprina, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Prednisona 2,5mg, Azatioprina 150mg, Dapsona 100mg
8	Prednisona, Azatioprina, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Sem medicação
9	Prednisona, Azatioprina e Propionato de Clobetasol	Dapsona 100mg, Azatioprina 100mg, Propionato de Clobetasol 0,05% + Nistatina 100.000 UI
10	Prednisona, Dapsona, Propionato de clobetasol	Sem medicação
11	Prednisona, Dapsona, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Propionato de clobetasol 0,05% + Nistatina 100.000UI
12	Prednisona, Dapsona, Micofenolato de Mofetila, Rituximabe, Imunoglobulina Intravenosa, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Prednisona 40mg, Azatioprina 100mg, Micofenolato de Mofetila 1g
13	Prednisona, Azatioprina, Dapsona, Rituximabe, Ciclofosfamida	Rituximabe 500mg (6 em 6 meses)
14	Prednisona, Azatioprina, Dapsona, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Propionato de Clobetasol 0,05% + Nistatina 100.000 UI
15	Prednisona, Azatioprina, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Prednisona 10mg, Azatioprina 50mg, Propionato de clobetasol 0,05% + Nistatina 100.000 UI
16	Prednisona, Azatioprina, Dapsona, Micofenolato de Mofetila, Propionato de Clobetasol	Prednisona 15mg, Azatioprina 150mg, Dapsona 250mg, Micofenolato de Mofetila 2g
17	Prednisona, Dapsona, Micofenolato de Mofetila, Propionato de Clobetasol + Nistatina	Azatioprina 25mg, Micofenolato de Mofetila 2g

Fonte: elaborada pelos autores.

Os imunossupressores já utilizados pelos pacientes foram azatioprina, dapsona, micofenolato de mofetila e tacrolimo monoidratado. Azatioprina já foi utilizada por 15 pacientes, dapsona 12 pacientes, micofenolato de mofetila 4 pacientes, tacrolimo monoidratado 1 paciente e ciclofosfamida 1 paciente. Dois pacientes já fizeram uso de Rituximabe, sendo que 1 destes utilizou imunoglobulinas intravenosas.

Todos os pacientes que utilizaram corticoides e/ou imunossupressores faziam uso de carbonato de cálcio e vitamina D3 prescritos pela equipe da Dermatologia; a grande maioria, de acordo com as concentrações dos medicamentos, também utilizava alendronato de sódio (bisfosfonato). O fármaco omeprazol também foi prescrito para estes pacientes, para uso conjunto com os demais medicamentos.

Na tabela 8 podemos ver a utilização de laserterapia nos pacientes da amostra. Dos 17 pacientes, 15 já necessitaram de terapia com laser de baixa potência como coadjuvante no tratamento. Em 4 casos foi utilizada a Terapia Fotodinâmica (TFD) com o corante azul de metileno de 0,01 a 2%. Os pacientes que necessitaram de TFD foi devido a lesões em lábio inferior ou comissuras labiais, locais mais propensos à contaminação.

No HU/UFSC as aplicações são realizadas de acordo com as lesões presentes. Em momentos nos quais as lesões são persistentes, a laserterapia é usada de uma a duas vezes semanais até a regressão das lesões, que leva cerca de 1 mês para ocorrer. Caso as lesões não estejam tão exacerbadas, a frequência de aplicação gira em torno de uma a duas vezes mensais, ou a cada 2 meses. Em alguns casos os pacientes permaneceram durante meses ou anos sem nenhuma lesão, não necessitando da LTBP.

<b>Tabela 8: Laserterapia e terapia fotodinâmica</b>				
<b>Caso</b>	<b>Ano</b>	<b>Sessões</b>	<b>TFD-PDT</b>	<b>Melhora</b>
1	2012-2017	105 sessões	14 sessões (Azul de metileno 0,01%-0,05%, 4J)	Sim
2	2017	8 sessões	8 sessões (Azul de metileno 0,05%, 2J e 4J)	Sim
3	2015 -2017	10 sessões	4 sessões (Azul de metileno 0,05%, 1J)	Sim
4	2012-2016	53 sessões	-	Sim
5	2015-2016	8 sessões	-	Sim
6	2012-2014	12 sessões	-	Sim
7	-	-	-	-
8	2015	5 sessões	-	Sim
9	2012-2017	21 sessões	-	Sim
10	-	-	-	-
11	2015-2016	25 sessões	-	Sim
12	2016-2017	26 sessões	9 sessões (Azul de metileno 2%-1%-0,05%, 2J, 1J e 4J)	Sim
13	2015-2016	15 sessões	-	Sim
14	2016-2017	7 sessões	-	Sim
15	2016-2017	18 sessões	-	Sim
16	2012-2015	20 sessões	-	Sim
17	2015-2016	28 sessões	-	Sim

Fonte: elaborada pelos autores.

Quando questionados em relação à melhora após a laserterapia, os 15 participantes que fizeram uso do laser responderam “sim”. Destes, 7 pacientes necessitaram aplicação de laserterapia no momento da pesquisa, e responderam a percepção da dor segundo a escala VAS.

A tabela 9 a seguir ilustra a dor na escala VAS, de acordo com o momento terapêutico dos pacientes da amostra. Observamos que a dor máxima relatada,

previamente à aplicação do laser foi, em sua maioria, intensa (57,14%) e a dor máxima relatada após a aplicação do laser foi sem dor/leve em 100% dos casos.

Pré laserterapia		N	%	Pós laserterapia		N	%
Sem dor/leve		2	25,57	Sem dor/leve		7	100
Dor moderada		1	14,28	Dor moderada		0	0
Dor intensa		4	57,14	Dor intensa		0	0
Não informado		10	58,82	Não informado		10	58,82

Fonte: elaborada pelos autores.

Para fins didáticos a dor foi agrupada em leve (graus de 0 até 3), moderada (graus de 4 até 6) e intensa (graus de 7 até 10).

Atualmente 8 pacientes não necessitam mais de laserterapia, destes, 5 estão sem lesões há 1 ano, 2 há 2 anos e 1 há 3 anos.

## 6. DISCUSSÃO

O PV é uma doença de caráter autoimune rara que afeta de 0,1 - 0,5 a cada 100.000 pessoas por ano (NEVILLE *et al.*, 2009). Atualmente, o Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) conta com 21 pacientes portadores de PV em tratamento, sendo que destes, 17 participaram da pesquisa. Por se tratar de uma doença rara, a amostra foi muito satisfatória para a realização do presente estudo. O HU/UFSC é referência para pacientes com doenças deste caráter no estado de Santa Catarina; com isto, os pacientes com PV deslocam-se de outras regiões para o atendimento e acompanhamento das lesões bucais.

A doença manifesta-se principalmente em adultos entre a quarta e sexta década de vida (CORONEL-PEREZ *et al.*, 2009; GUPTA *et al.*, 2011; NEVILLE *et al.*, 2009; SULIMAN *et al.*, 2013; UZUN *et al.*, 2006). Em nosso estudo a idade média dos pacientes foi de 49 anos de idade, concordando com os demais autores supracitados.

Existe uma discrepância na literatura quanto à prevalência de PV nos sexos. A grande maioria relata não haver predileção por gênero. Nossa amostra contou com 76,47% participantes do sexo feminino, estando de acordo com demais estudos realizados anteriormente (ALCAIDE-MARTÍN *et al.*, 2010; CAMACHO-ALONSO; JORNET; FENOL, 2005; GUPTA, *et al.*, 2011; MIZIARA *et al.*, 2003; SULIMAN, *et al.*, 2013, UZUN, *et al.*, 2006). Uma hipótese sempre levantada na literatura quanto a esta prevalência em mulheres é que as mesmas procuram mais os atendimentos de saúde, em relação aos homens, porém acreditamos que isso não deve ser o caso nos portadores de PV, devido às características dolorosas e limitantes da doença.

Nesse estudo, 13 dos 17 pacientes apresentaram, além de lesões bucais, lesões em pele e, destes, 84,61% relataram os primeiros sinais da doença na mucosa bucal, assim como descrito por Neville *et al.* (2009) e Dagistan *et al.* (2008).

Nossos pacientes foram questionados a respeito do surgimento da doença, 13 relataram estar passando por um período de estresse e 4 por depressão, mas a causa específica não foi definida e não foram encontrados estudos na literatura que relacionem fatores emocionais ao surgimento da doença. Para aferir o stress necessita-se de um profissional capacitado da área, fica a ideia de novas pesquisas com esse foco, no intuito de melhor se conhecer fatores desencadeadores das lesões.

Como definido na literatura, a formação das bolhas é resultante de uma produção inadequada de autoanticorpos pelo paciente, esta produção anormal continua desconhecida (SCIUBBA, 2011). Não identificamos em nosso estudo PV induzido por tipos de drogas ou vírus, apenas fatores emocionais, e apenas 1 paciente relatou a associação do aparecimento das lesões com a ingestão de alimentos cítricos. Porém, encontramos alguns estudos que relatam casos isolados de Pênfigo induzidos por alguns tipos de alimento, algumas drogas e até mesmo vírus, mas para confirmação mais estudos são necessários (BLACK; MIGNOGNA; SCULLY, 2006; MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009).

A orientação diagnóstica do PV baseia-se nas manifestações clínicas e o diagnóstico ocorre pela análise histológica (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009; WEINBERG; INSLER; CAMPEN, 1997, SCIUBBA, 2011). O protocolo adotado pela equipe do Ambulatório de Estomatologia do HU é realizar a biópsia da mucosa bucal, seguida de análise histopatológica pelo método da coloração com Hematoxilina e Eosina. Nos casos de diagnóstico inconclusivo, realiza-se também a imunofluorescência direta. Nos exames convencionais, observou-se a separação intraepitelial característica, acima da camada de células basais do epitélio, permanecendo as células basais aderidas à membrana. Quando a imunofluorescência direta fez-se necessária, foi possível detectar autoanticorpos aderidos ao tecido do paciente (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009; WEINBERG; INSLER; CAMPEN, 1997, SCIUBBA, 2011).

Brito *et al.* (2009), utilizaram citologia esfoliativa para diagnóstico de PV. Exame não utilizado nesse serviço. De acordo com Scully e Mignogna (2007), a citologia não é muito específica, tornando-se realmente necessário realizar a imunofluorescência direta para confirmação do diagnóstico, quando este não for detectado pela técnica convencional.

Nos casos estudados, os pacientes já apresentaram lesões em todas as zonas da cavidade bucal. Os locais mais acometidos foram: língua, mucosa jugal, lábio inferior, mucosa labial inferior, gengiva e palato. Segundo Camacho-Alonso, Jornet e Fenol (2005) as lesões podem estar localizadas em qualquer zona da cavidade bucal, sendo mais frequentes em áreas de trauma friccional como a língua, o lábio inferior, a mucosa jugal e o palato, como verificado nesse estudo.

Assim como relatado por Gregoriou *et al.* (2015) e Weinberg, Insler e Campen (1997), o tratamento do PV varia entre utilização de corticoides sistêmicos, associados

ou não a agentes imunossupressores. Geralmente a prednisona é o corticoide utilizado para o tratamento, e a azatioprina o imunossupressor, segundo Neville *et al.*, 2009. Todos os pacientes deste estudo já fizeram uso de prednisona em diferentes concentrações e 15 pacientes já utilizaram azatioprina como imunossupressor.

Observou-se que a dose prescrita varia a depender do momento clínico da doença. A terapia geralmente é iniciada com altas doses de corticoide sistêmico, como sugerido por Neville *et al.* (2009), e altera-se a dose para mais ou para menos gradualmente, de acordo com a resposta ao tratamento. As doses e a duração do tratamento são determinadas pela equipe de Dermatologia do HU/UFSC, de acordo com o estado geral de saúde do paciente, a gravidade da doença e a resposta ao tratamento.

Entre os 11 pacientes que atualmente usavam azatioprina, 4 utilizavam também micofenolato de mofetila e relatam ter um melhor controle da doença após o acréscimo deste fármaco na terapêutica. Coronel-Pérez *et al.*, (2009) descreveram casos de pacientes que utilizaram micofenolato de mofetila como adjuvante no tratamento e obtiveram regressão das lesões; porém, estes autores substituíram a azatioprina por este fármaco, diferente dos nossos pacientes que utilizaram juntamente com a azatioprina. Dois dos nossos pacientes estavam aguardando para conseguir micofenolato de mofetila por via judicial. Acreditamos que a dependência da justiça para a liberação do medicamento é o motivo para apenas 4 pacientes utilizarem este fármaco.

Dois pacientes desse estudo possuíam grave hepatotoxicidade, provavelmente devido ao uso de azatioprina. Como relatado por Agrawal *et al.* (2017), pacientes que fazem uso destes medicamentos devem ser monitorados mensalmente. Todos os pacientes são monitorados pela equipe de Dermatologia do HU/UFSC e realizam exames sanguíneos regularmente.

Doze pacientes já utilizaram dapsona e este fármaco provocou anemia em 4 pacientes, os quais pararam de utilizar o medicamento. Como relatou Agrawal *et al.* (2017), a dapsona geralmente causa anemia hemolítica e metaglobinemia em vários graus e a contagem sanguínea completa deve ser monitorizada. Oito pacientes tiveram suas doses diminuídas gradualmente, até suspender a medicação. Nesse estudo, 4 pacientes utilizavam dapsona no momento da pesquisa, e não possuíam nenhuma complicação.

Apenas 1 paciente fazia uso de tacrolimo monoidratado 0,03% pomada, com aplicações diárias nos lábios, devido à presença de lesão labial de difícil cicatrização. O paciente relatou alívio com a utilização. Provavelmente, apenas 1 paciente fazia uso, pois o tacrolimo monoidratado por ser um novo agente imunossupressor que atua na ativação de células T e liberação de citocinas (AGRAWAL *et al.*, 2017).

Um paciente utilizou a ciclofosfamida intravenosa, não ocorrendo controle e nem melhora das lesões. Seu uso tem sido relatado para pacientes com PV grave como terapia coadjuvante. Concorde-se com alguns estudos que relatam não ter efeitos superiores em relação à azatioprina e o micofenolato de mofetila, além de possuir maiores efeitos colaterais (AGRAWAL *et al.*, 2017; GREGORIOU *et al.*, 2015).

Dois pacientes já utilizaram rituximabe e, destes, 1 utilizou também imunoglobulinas intravenosas. Segundo Ahmed *et al.* (2006), esses medicamentos são utilizados para PV recalcitrantes, quando a doença não é controlada pela terapêutica convencional. O paciente que fez uso dos dois fármacos foi diagnosticado em 2010, possuindo apenas lesões em pele, as quais regrediram com este tratamento; além das medicações intravenosas, o paciente utilizou prednisona, dapsona e micofenolato de mofetila. O paciente recebeu 6 ciclos de rituximabe 500mg e nos últimos 2 foram incluídas imunoglobulinas intravenosas no tratamento. Em 2015 iniciaram as lesões em boca; atualmente utilizava prednisona, azatioprina e micofenolato de mofetila, porém continuava sem alcançar o controle da doença na cavidade bucal, sendo este o paciente de mais difícil regressão da doença tratado pela equipe.

O paciente que utiliza apenas rituximabe foi diagnosticado em 2014, quando iniciou a terapêutica por via oral com prednisona, azatioprina, dapsona e ciclofosfamida. Não houve controle da doença com estes medicamentos. Em 2015 iniciou o tratamento com rituximabe e continuou o uso de prednisona via oral durante 3 meses, após a primeira infusão as lesões iniciaram a regressão. Atualmente realizava as infusões de 500mg a cada 6 meses e relatava ser excelente. No momento da consulta estava sem nenhuma lesão. Isto corrobora com o trabalho de Joly *et al.* (2017), concluindo que utilizar rituximabe combinado com prednisona em curto prazo é mais eficaz do que a prednisona isolada para o tratamento do PV recalcitrante.

Segundo SILVA *et al.* (2016), o controle das lesões bucais representa um desafio terapêutico, pois costumam ser recalcitrantes e cicatrizam mais lentamente que lesões em pele. Em seu estudo, o tratamento com corticoide tópico, o propionato

de clobetasol a 0,05% ou 0,1%, foi utilizado como terapia adjuvante em 6 casos e como terapia de escolha em 2 casos. Os 17 pacientes da nossa pesquisa já utilizaram propionato de clobetasol como adjuvante, na dose de 0,05%, sendo eventualmente dobrada em casos muito exacerbados. Em alguns casos pode ser considerada uma técnica livre de esteroides sistêmicos, quando permite controlar os sintomas da doença e proporcionar um período maior sem lesões. Concordamos com Silva *et al.* (2016), em relação a utilização do propionato de clobetasol. Também possuímos 2 pacientes que atualmente utilizavam apenas o propionato de clobetasol para o controle das lesões bucais, prescrito sempre em associação com nistatina 100.000 UI, 3 vezes ao dia durante 21 dias, ficando o paciente com a prescrição e orientado à utilização para quando surgir lesões bucais. Todos os pacientes relataram sentir melhora nas lesões com sua utilização e, clinicamente, isto também pode ser observado pela equipe.

A LTBP também é utilizada nas lesões bucais dos nossos pacientes. O laser foi aplicado com potência de 100 mW e dose de irradiação variando entre de 1J/cm<sup>2</sup> e 2J/cm<sup>2</sup> em 15 casos. Concordando com Prockt *et al.* (2008) que o laser age como um fotobiomodulador tecidual, produzindo efeitos terapêuticos.

Minicucci *et al.* (2012) relataram dois casos de pacientes com PV tratados com laserterapia nos quais foram realizadas, em média, de 7 a 10 sessões, até a cura das lesões. Em 15 casos do presente estudo, foram realizadas de 8 a 105 sessões, sendo o tempo de tratamento destes pacientes de 2 meses a 5 anos com LTBP como adjuvante. Os pacientes desse estudo necessitaram mais aplicações em relação ao estudo de Minicucci *et al.* (2012), porém devemos considerar o fato desse estudo possuir uma amostra maior e um dos pacientes ter sido acompanhado por apenas 7 meses.

Em 4 pacientes a TFD foi utilizada com corante azul de metileno de 0,01 a 2%, dose de irradiação de 1 J/cm<sup>2</sup> a 4 J/cm<sup>2</sup>, com o objetivo de promover desinfecção nas regiões contaminadas por patógenos oportunistas. Três destes pacientes possuíam lesões em lábio inferior e um em comissuras labiais, por se tratar de locais mais propensos a infecção. Não foi encontrado nenhum estudo utilizando a TFD em portadores de PV na literatura.

Dos 15 pacientes que já utilizaram a laserterapia, 7 ainda realizavam aplicações em suas consultas de rotina e estes responderam a escala VAS no momento da consulta. Observamos que a dor máxima relatada, previamente a aplicação do laser,

foi em sua maioria intensa (57,14%) e a dor máxima relatada após a aplicação do laser foi sem dor/leve em 100% dos casos. De acordo com registros nos prontuários dos pacientes, em todos observou-se bom reparo nas lesões e diminuição da dor. Todos os pacientes, quando questionados em relação à melhora após a laserterapia, responderam “sim” à pergunta. Isso vai ao encontro de pesquisas, como as realizadas por Bhardwaj *et al.* (2016) e Minicucci *et al.* (2012).

Como sugeriu Lizarelli *et al.* (2010), durante a coleta de dados nos prontuários dos casos atendidos no Núcleo da Odontologia Hospitalar/HU, não foram encontrados relatos de complicações pelo laser.

Os efeitos colaterais que mais acometeram os pacientes deste estudo foram: Síndrome de Cushing associada ao uso de corticoides, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, infecção ocular, osteopenia, ganho de peso, oscilações de humor e infecções secundárias, como relatado pela literatura (MIGNOGNA; FORTUNA; LEUCI, 2009; NEVILLE *et al.*, 2009). Minimizar estes efeitos adversos pelo uso a longo prazo de corticoides e imunossupressores é um grande desafio, pois resultam em diminuição da qualidade de vida (GREGORIOU *et al.*, 2015). Todas estas complicações são acompanhadas pela equipe médica no HU/UFSC e devidamente tratadas.

Devido à presença de dor, sangramento, ulcerações e ao proeminente envolvimento da cavidade bucal característico da doença, pacientes com doenças vesiculobolhosas são um desafio para o cirurgião-dentista, dificultando a prestação de serviços odontológicos e a reabilitação bucal destes pacientes. A reabilitação bucal inclui próteses totais, próteses parciais, próteses implanto suportadas e próteses fixas (ISERI *et al.*, 2009).

Nove pacientes atendidos no Ambulatório de Estomatologia do HU/UFSC utilizavam algum tipo de prótese dental. Três pacientes utilizavam implantes unitários, sendo que um possuiu também próteses fixas. Estes não possuíam nenhuma queixa que relacione o uso de próteses sobre implante e próteses fixas ao aparecimento de lesões e sentiam-se confortáveis com o tipo de reabilitação bucal que possuem.

A instalação de implantes em pacientes com PV possui diversos desafios, como: mucosa mais friável e alterações ósseas pelo uso prolongado de corticoides como imunossupressão e diminuição da mineralização óssea, podendo ocorrer o desenvolvimento de osteoporose. Porém, a instalação de implantes raramente é contraindicada em pacientes com osteoporose (HOHLWLEG-MAJERT *et al.*, 2005).

Um paciente da nossa amostra realizou a instalação de implante dental 3 anos após o diagnóstico da doença. Este paciente já estava há 3 anos fazendo uso de prednisona e azatioprina, e, 2 anos após a instalação, o paciente ainda era acompanhado pelo implantodontista e não havia tido nenhuma complicação.

Juntamente com o início da terapia com corticoides, todos os pacientes do presente estudo faziam uso de carbonato de cálcio e vitamina D3, e alguns, de acordo com as concentrações dos medicamentos, também utilizam alendronato de sódio (bisfosfonato), prescritos pela equipe da Dermatologia, assim como recomendado pelo Colégio Americano de Reumatologia, visando prevenir e/ou tratar a perda óssea (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY, 2001).

O uso dos bifosfonatos por estes pacientes é em baixa dosagem. Este medicamento vem sendo associado a osteonecrose medicamentosa, principalmente quando usado em altas doses e por via endovenosa no controle de metástases ósseas. Em pequenas doses e por via oral é menos associado, entretanto, o paciente que será reabilitado com implantes deve estar informado do risco. Este tema não foi mais aprofundado, pois não é foco do presente estudo.

Altin *et al.* (2013) relataram o caso de um paciente portador de PV de que utilizava prótese total inferior mal adaptada, que ocasionava lesões em fundo de sulco e assoalho bucal, o qual foi submetido à cirurgia de instalação de implantes em mandíbula. O único caso clínico registrado que relaciona o PV aos implantes dentais foi este, sendo identificada escassez de estudos na literatura. Sendo assim, são necessários mais estudos sobre o tema.

Seis pacientes deste estudo utilizavam próteses dentais removíveis. Quando questionada a relação entre o uso de próteses e o aparecimento de lesões, apenas um relatou não haver nenhuma relação. Dos demais, 2 já haviam deixado de utilizar suas próteses devido ao PV, quando em fase aguda; destes, um não voltou a utilizar a prótese. Os outros três pacientes relataram que as próteses machucam a mucosa, ocasionando eritema e um relatou que a mesma origina lesões no palato e em fundo de sulco. Quatro destes pacientes possuíam interesse em implantes dentais; três não utilizam devido ao alto valor e um devido às lesões do PV. Ao comparar este resultado com o estudo de Altin *et al.*, (2013) concordamos que a reabilitação com próteses implanto suportadas garante mais estabilidade às próteses e, por consequência, maior conforto ao paciente, tornando-se uma boa alternativa para pacientes com PV.

No caso relatado por Altin *et al.* (2013), a queixa principal do paciente foi a dificuldade de mastigação e úlceras repetitivas devido à prótese mal ajustada. Nossos pacientes conseguem tolerar o uso de suas próteses removíveis. Apenas um paciente deixou de usar sua prótese devido ao PV e não voltou a utilizá-la, afirmando que estava mal adaptada. Os demais relatam certo desconforto, porém toleravam e conviviam com isto. Concordamos com Altin *et al.* (2013) que as próteses quando mal adaptadas, podem deslocar durante a fala e a mastigação, causando desconforto e podendo ocasionar aumento do número de lesões.

Quanto à reabilitação com próteses fixas, contamos com um paciente que possuía 6 próteses fixas metalocerâmicas. Ates e Yuzugullu (2011) relataram o caso de um paciente portador de PV com próteses fixas metalocerâmicas envolvendo todos os dentes. O paciente relatado foi acompanhado durante um ano e tolerou bem suas próteses, utilizando-as confortavelmente desde sua confecção. O que corrobora com nosso caso, a paciente não possuía nenhuma queixa em relação às próteses fixas e possuía as próteses há aproximadamente 5 anos.

Thorat, Raju e Pradeep (2010) avaliaram o efeito do PV na saúde periodontal de pacientes e concluíram que o índice de placa foi maior nos portadores de PV, assim como a perda óssea, e que a pobre condição periodontal dos pacientes com PV sugere que a doença pode estar envolvida na progressão ou na iniciação da periodontite.

Estes pacientes sentem muita dor, dificultando assim a higiene bucal, além de que, muitos ficam hospitalizados e a higiene acaba sendo negligenciada. No momento da consulta, 7 pacientes estavam com lesões; destes, apenas 1 estava com periodontite avançada, necessitando de extrações. Este paciente tinha sido diagnosticado apenas há 2 meses com PV e sabe-se que nestes meses o paciente realizou pouca higiene bucal devido às lesões e à hospitalização. Os demais pacientes com lesões presentes estavam com acúmulo de placa bacteriana por dificuldade de higienização. Três pacientes da amostra tiveram elementos dentais extraídos após o diagnóstico de PV recalcitrante devido à doença periodontal. Devido ao proeminente envolvimento da cavidade bucal pelo PV, torna-se difícil a realização de profilaxia e raspagens nestes pacientes. Nossos achados corroboram com Thorat, Raju e Pradeep (2010).

Thorat, Raju e Pradeep (2010) sugerem que devem ser realizados atendimentos odontológicos regularmente, utilizados enxaguatórios bucais com

clorexidina e estes pacientes devem receber instruções de higiene bucal. Todas estas sugestões são seguidas pelo Núcleo de Odontologia Hospitalar HU/UFSC. Estes pacientes realizam profilaxia e as demais necessidades de procedimentos em suas consultas de rotina e, quando necessário, é realizada a prescrição de clorexidina 0,12% sem álcool, duas vezes ao dia, durante 7 dias. No momento, apenas 1 dos nossos pacientes estava realizando os bochechos.

No momento da consulta no qual foi realizada a pesquisa, 10 pacientes estavam com a doença controlada e 7 apresentavam lesões bucais. Apenas 2 pacientes não estavam mais em uso de nenhum medicamento tópico e/ou sistêmico: 1 não apresentava lesões e estava sem medicamentos há 5 anos e o outro há 2 anos. O PV é caracterizado pela sua diversidade e faz de cada paciente um desafio único, sendo imprescindível a abordagem multidisciplinar para o sucesso do tratamento (GREGORIOU *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016; WEINBERG; INSLER; CAMPEN, 1997).

## 7. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos nesse estudo, conclui-se que:

- A mal adaptação e o deslocamento das próteses totais e próteses parciais removíveis estão relacionadas com aparecimento de lesões do PV.
- O número de pacientes reabilitados com implantes na amostra não permite definir se próteses suportadas por implantes são melhores para os pacientes com PV.
- As próteses suportadas por implantes não provocam o aparecimento de lesões de PV.
- A literatura sugere que pacientes com PV em uso de corticoides contínuo podem ser submetidos a instalação de implantes dentários.
- Em relação à terapia medicamentosa, o corticoide Prednisona, juntamente com o imunossupressor Azatioprina, e o colutório de Propionato de Clobetasol 0,05%, mostraram-se eficazes. Assim como a utilização do imunossupressor Micofenolato de Mofetila e a medicação intravenosa com Rituximabe.
- A LTBP mostrou-se eficaz em relação à analgesia imediata nos locais de aplicação, proporcionando benefícios para os pacientes da amostra.
- É importante o atendimento multidisciplinar, onde, na odontologia, a área da Estomatologia deve trabalhar em conjunto com a Prótese, a Implantodontia, a Periodontia e demais especialidades. Este trabalho ampliou a visão da necessidade de não somente tratar as lesões e a dor dos portadores de PV, como também devemos pensar em promover a higiene e a reabilitação bucal destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

AGRAWAL, A.; DANIEL M. J., S.R.; INIVASAN S. V.; JIMSHA V. K. **Steroid sparing regimens for management of oral immunemediated diseases.** J Indian Acad Oral Med Radiol, v. 26, p.55-61, 2014.

AHMED, A.; SPIGELMAN, Z.; CAVACINI, L.; POSNER, M. **Treatment of Pemphigus Vulgaris with Rituximab and Intravenous Immune Globulin.** The New England journal of medicine, v.355, p.172-1779, 2006.

ALCAIDE-MARTÍN, A.; GALLARDO-PÉREZ, M.; CASTILLO-MUÑOZ, R.; FERNÁNDEZ, M.; HERRERA-CEBALLOS, E. **Epidemiologic Study of 20 Cases of Pemphigus at Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, Spain.** Actas Dermos, v.101(6), p.524-533, 2010.

ALTIN, N.; ERGUN, S.; KATZ, J.; SANCAKLI, E.; KORAY M.; TANYERI, H. **Implant-Supported Oral Rehabilitation of a Patient with Pemphigus Vulgaris: A Clinical Report.** Journal of Prosthodontics, v.22, p.581–586, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY AD HOC COMMITTEE ON GLUCOCORTICOID-INDUCED OSTEOPOROSIS. **Recommendations for the Prevention and Treatment of Glucocorticoid-Induced Osteoporosis.** Arthritis Rheum, v.44, p. 503-1496, 2001.

AOKI, V.; RIVITTI, E.; ITO, L.; HANS-FILHO, G.; DIAZ, L. **Perfil histórico da imunopatogenia do pênfigo foliáceo endêmico (fogo selvagem).** Na Bras Dermatol, v.80, n.03, p.287-292, 2005.

ATES, U.; YUZUGULLU, B. **Prosthodontic Rehabilitation of an Oral Pemphigus Vulgaris Patient.** International Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry, v.1, n.2, p.128-131, 2011.

BERNABÉ, D.; MORAES, N.; CORREIA, C.; FURUSE, C.; CRIVELINI, M. **Tratamento do pênfigo vulgar oral com corticosteróides tóxico e sistêmico**

**associados a dapsona e pentoxifilina.** Revista de Odontologia da UNESP, v.34, n.1, p.49-55, 2005.

BHARDWAJ, A.; JOSHI, M.; SHARMA, D. **Management of recalcitrante oral pemphigus vulgaris with CO2 laser – Report of two cases.** Journal of Indian Society of Periodontology, v.14, n.02, 2010.

BLACK, M.; MIGNOGA, M.; SCULLY, C. **Pemphigus vulgaris.** Oral Diseases, v.11, p.119–130, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamenot de Atenção Básica. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais (Projeto SB Brasil 2010).** Brasilia: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf). Acessado em: 15 de janeiro de 2016.

BRUGNERA JÚNIOR, A.; VILLA, R. G.; GENOVESE, W. J. **Laser na Odontologia.** 1. ed. São Paulo: Pancast,1991.

BRITO, M.; TARQUÍNIO, D.; ARRUDA, D.; COSTA, R.; ROSELINO, A. **Citologia de Tzanck: redescobrimdo uma antiga ferramenta diagnóstica.** Na Bras Dermatol, v.84(4), p. 431-433, 2009.

CAMACHO-ALONSO, F.; LÓPEZ-JORNET, P.; BERMEJO-FENOLL, A.; **Pemphigus vulgaris. A presentation of 14 cases and review of the literature.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal, v.10, p.282-288, 2005.

CORONEL-PÉREZ, I.; RODRIGUÉZ-REY, E.; PÉREZ-BERNAL, A.; CAMACHO, F. **Epidemiology of Pemphigus in Hospital Universitario Virgen Macarena, Seville, Spain, 2005-2006.** Actas Dermosifiliorg, v.5, p. 100-121, 2009.

CUNHA, P.; BARRAVIERA, S. **Dermatoses bolhosas auto-imunes.** Na Bras Dermatol, v.84, n.02, p.111-124, 2009.

DAGISTAN, S.; GOREGEN, M.; MILOGLU, O.; ÇAKUR, B. **Oral pemphigus vulgaris: a case report with review of the literature.** Journal of Oral Science, v.50, n.03, p.359-362, 2008.

FERREIRA, J.; ARAÚJO, P.; SALIBA, M.; CONSOLARO, R.; GARBÍN, C. **Pemphigus vulgaris in adolescence: a case report.** Int. J. Odontostomat, v.7, n.02, p.215-220, 2013.

GALLEGO, C.; VÉLEZ, L. **Um acercamiento a “Pénfigo” desde la odontología.** Rev. CES Odont, v.26, n.02, p.107-117, 2013.

GIRO, G.; CHAMBRONE, L.; GOLDSTEIN, A.; RODRIGUES, J. A.; ZENÓBIO, E.; FERES, M.; FIGUEIREDO, L. C.; CASSONI, A.; SHIBLI, J. A. **Impact of osteoporosis in dental implants: A systematic review.** World J Orthop, v. 18, n.6(2), p.311-315, 2015.

GREGORIOU, S.; EFTHYMIU, O.; STEFANAKI, C.; RIGOPOULOS, D. **Management of pemphigus vulgaris: challenges and solutions.** Clinical, Cosmetic and Investigation Dermatology, v.8, p. 521–527, 2015.

GUPTA, V.; KELBEL, T.; NGUYEN, D.; MELONAKOS, K.; MURRELL, D.; XIE, Y.; MULLARD, A.; REED, P.; SEIFFERT-SINHA, K.; SINHA, A. **A Globally Available Internet-Based Patient Survey of Pemphigus Vulgaris: Epidemiology and Disease Characteristics.** Dermatol Clin, v.29, p. 393-404, 2011.

HOHLWEG-MAJERT, B.; SCHMELZEISEN, R.; PFEIFFER, B. M.; SCHNEIDER, E. **Significance of osteoporosis in craniomaxillofacialsurgery: A review of the literature.** Osteoporos Int, v.17, p. 167-179, 2006.

HUSKISSON, E. C. **Measurement of pain.** Lancet. v. 2, n. 7889, p.1 127-1131, 1974.

ISERI, U.; OZÇAKIR-TOMRUK, C.; GURSOY-MERT, H. **Treatment of Epulis Fissuratum with CO2 Laser and Prosthetic Rehabilitation in Patients with Vesiculobullous Disease.** Photomedicineand Laser Surgery, v.27, n.04, 2009.

JOLY, P.; MAHO-VAILLANT, M.; PROST-SQUARCIONI, C.; HEBERT, V.; HOUIVET, E.; CALBO, S.; CAILLOT, F.; GOLINSKI, M. L.; LABEILLE, B.; PICARD-DAHAN, C.; PAUL, C.; RICHARD, M. A.; BOUAZIZ, J. D.; DUVERT-LEHEMBRE, S.; BERNARD, P.; CAUX, F.; ALEXANDRE, M.; INGEN-HOUSZ-ORO, S.; VABRES, P.; DELAPORTE, E.; QUEREUX, G.; DUPUY, A.; DEBARBIEUX, S.; AVENEL-AUDRAN, M.; D'INCAN, M.; BEDANE, C.; BÉNÉTON, N.; JULLIEN, D.; DUPIN, N.; MISERY, L.; MACHET, L.; BEYLOT-BARRY, M.; DEREURE, O.; SASSOLAS, B.; VERMEULIN, T.; BENICHO, J.; MUNETTE, P. **First-line rituximab combined with short-term prednisone versus prednisone alone for the treatment of pemphigus (Ritux 3): a prospective, multicentre, parallel-group, open-label randomised trial.** The Lancet, Available online 22 March 2017.

LIZARELLI, R. **Protocolos clínicos odontológicos uso do Laser de baixa intensidade.** Ed. 4, p. 37, 2010.

MESQUITA, K. S., QUEIROZ, A. M., FILHO, P. N., BORSATTO, M. C. **Terapia fotodinâmica: tratamento promissor na odontologia?** Rev. Fac. Odontol. Lins, v. 23, n 2, p. 45-52, 2013.

MIGNOGA, M.; FORTUNA, G.; LEUCI, S.; **Oral pemphigus.** Minerva Stomatol, v.58, p.501-518, 2009.

MINICUCCI, E.; MIOT, H.; BARRAVIERA, S.; LOPES, L. **Low-level laser therapy on the treatment of oral and cutaneous pemphigus vulgaris: case report.** Lasers Med Sci, v.27, p.1103-1106, 2012.

MIZIARA, I.; FILHO, J.; RIBEIRO, F.; BRANDÃO, A. **Acometimento oral no pênfigo vulgar.** Ver Bras Otorrinolaringol, v.69, n.03, p.327-331, 2013.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Oral & Maxillofacial Pathology**, 3rd ed. St. Louis, Saunders Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, S. R. **Estudo da influência de corticóides no processo inicial de Osseointegração de implantes de titânio instalados em maxilas de ratos**. Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2008.

PAVLIC, V.; ALEKSIC, V.; ZUBOVIC, N.; VESELINOVIC, V. **Pemphigus Vulgaris and Laser Therapy: crucial role of dentists**. Med Pregl, v.1-2, p.38-42, 2014.

PENARROCHA, M.; RAMBLA, J.; BALAGUER, J.; SERRANO, C.; SILVESTRE, J.; BAGÁN, J. **Complete Fixed Prosthesis Over Implants In Patients With Oral Epidermolysis Bullosa**. J Oral maxillofac Surg, v.65, p.103-106, 2007.

PIACENTINI, M. **Conduas clínicas frente ao paciente portador de doenças autoimunes na cavidade bucal**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

PROCKT, A.; TAKAHASHI, A.; PAGNONCELLI, R. **Uso de Terapia com Laser de Baixa Intensidade na Cirurgia Bucomaxilofacial**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v.49, N.04, 2008.

RUPP, F.; GITTENS R. A.; SCHEIDELER L.; MARMUR A.; BOYAN B.D.; SCHWARTZ Z. et. **A review on the wettability of dental implant surfaces I: theoretical and experimental aspects**. Acta Biomater, v.10, N.7 p. 906-2894, 2014.

SANTOS, P. L.; CALDEIRA, J. E.; JÚNIOR, I. R. G.; ARANEGA, A. M. **Assistência cirúrgico-odontológica a pacientes imunodeprimidos por uso crônico de corticóides**. RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 224-228, 2011.

SCIUBBA J. J. **Autoimmune oral mucosal diseases: clinical, etiologic, diagnostic and treatment considerations.** Dental Clinics of North America, v. 55, p. 89-103, 2011.

SCULLY, C.; HOBKIRK, J.; DIOS, P. **Dental endosseusimplants in the medically compromised patient.** Journal Of Rehabilitation, v.34, p.590-599, 2007.

SCULLY, C.; MIGNOGNA, M. **Oral mucosaldisease: Pemphigus.** British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v.46, p.272–277, 2008.

SILVA, C.; SILVA, A.; MEURER, M.; MODOLO, F.; GRANDO, L. J. **The Importance of a Multidisciplinary Team to Management the Manifestations of Pemphigus Vulgaris: Eight Case Reports.** OHDM, v.15, n.03, p.1-6, 2016.

SULIMAN, N.; ASTROM, A.; ALI, R.; SALMAN, H.; JOHANNESSEN, A. C. **Clinical and histological characterization of oral pemphigus lesions in patients with skin diseases: a crossectional study from Sudan.** BMC Oral Health, v.13, n.66, p.1-12, 2013.

SVECOVA, D. **IVIG therapy in pemphigus vulgaris hascorticosteroid-sparing and immunomodulatory effects.** Australasian Journal of Dermatology, v.57, p.141-144, 2016.

THORAT, M.; RAJU, A.; PRADEEP, A. **Pemphigus vulgaris: effects on periodontal health.** Journal of Oral Science, v.52, n.03, p.449-454, 2010.

TORRES NETO, J.; SANTIAGO, R.; PRUDENTE, A.; MARIANO, D.; TORRES, J.; TORRES, F.; SANTANA, R.; RAMOS, F.; ARAÚJO, M. **Pênfigo Vegetante: Relato de Caso.** Revbras Coloproct, v.30, n.02, p.210-214, 2010.

UZUN, S.; DURDU, M.; AKMAN, A.; GUNASTI, S.; USLULAR, C.; MEMISOGLU, H.; ALPSOY, E. **Pemphigus in the Mediterranean region of Turkey: A study of 148 cases.** International Journal of Dermatology, v.45, p.523-528, 2006.

VLADIMIROV, Y.; OSIPOV, A.; KLEBANOV, G. **Photobiological Principles of Therapeutic Applications of Laser Radiation.** Biochemistry (Moscow), v.69, n.01, p.81-90, 2004.

WEINBERG, M.; INSLER, M.; CAMPEN, R. **Mucocutaneous features of autoimmune blistering diseases.** Oral and Maxillofacial Surgery, v.84, n.05, november, 1997.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO  
AMBULATORIO DE ESTOMATOLOGIA E PATOLOGIA BUCAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado paciente,

As informações contidas nesse termo foram fornecidas pela graduanda do curso de Odontologia Priscila Saquet, do Centro de Ciências da Saúde, UFSC, sob orientação da Professora Dra. Aira Maria Bonfim Santos, do Departamento de Ciências Morfológicas, do Centro de Ciências Biológicas, UFSC.

O objetivo desse documento é fornecer informações sobre a pesquisa a ser realizada, visando firmar uma autorização, por escrito, para a sua participação, de maneira a tornar esta participação espontânea sem qualquer coação.

O título deste trabalho é “Pênfigo Vulgar e Reabilitação Bucal: Estudo de Casos de Pacientes do Ambulatório de Estomatologia e Patologia do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)”. Este trabalho pretende, por meio da consulta de rotina, que o senhor(a) realiza no HU para controle e acompanhamento da sua doença, questioná-lo(a) à respeito da sua satisfação em relação ao uso de próteses convencionais e/ou implanto suportadas, no intuito de correlacionar os dados encontrados com a doença Pênfigo Vulgar. Questionamentos também serão feitos a respeito do tratamento que já é realizado pelo senhor(a), no intuito de coleta de dados que podem ser correlacionados. O estudo visa avaliar o manejo com os pacientes portadores de Pênfigo Vulgar, atendidos no Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC, e avaliar a satisfação deles em relação a próteses convencionais e implanto suportadas; além de avaliar se próteses implanto suportadas diminuem o aparecimento de lesões bucais, quando comparadas às próteses convencionais. Avaliaremos também se o uso de laserterapia, que vem sendo utilizada por alguns pacientes, tem contribuído para um melhor prognóstico da doença.

Ao assinar este termo, o(a) Sr.(a) concorda em participar desse trabalho permitindo o acesso ao material, pertencente ao senhor(a), que está armazenado no serviço de Triagem do HU/UFSC, e aos dados obtidos nesta presente consulta. Em

nenhum momento o seu nome será vinculado a qualquer parte do trabalho. Este procedimento não visa causar prejuízo ao senhor. O fato de você participar ou não da pesquisa não trará nenhuma alteração do seu plano de tratamento já previsto. Você não terá nenhum custo ou vantagem financeira pela participação, como também não terá nenhuma despesa devido a sua participação na mesma, e, caso isso venha a ocorrer de forma inesperada, você será ressarcido conforme a Resolução Nº 466, do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos odontológicos que serão executados são: o exame físico das lesões, o que já é executado nas suas consultas de rotina; e a aplicação de um questionário para verificar sua satisfação com o tratamento e o aparecimento ou não de lesões com o uso de próteses. Estes procedimentos não oferecem riscos ao participante por se tratar de procedimentos não invasivos. Caso não se sinta à vontade, ou se sinta constrangido durante a entrevista, o senhor(a) tem o direito de desistir da sua participação. Após a coleta dos dados a sua participação não será mais necessária, e o senhor será informado do resultado da pesquisa caso tenha este interesse. Caso ocorra algum prejuízo material ou imaterial decorrente da pesquisa, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente. Ainda assim, a pesquisadora compromete-se com o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV. 4 da referida resolução que rege esse termo.

O(a) Sr.(a) tem a garantia que receberá respostas ou esclarecimentos para todas as suas perguntas sobre os assuntos relacionados ao trabalho, através do contato com a aluna, de segunda à sexta-feira, via telefone (48) 996764907 (telefone celular). O pesquisador assume o compromisso de disponibilizar informações atualizadas obtidas durante o estudo. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012 e suas complementares e tem aprovação do CEPESH/UFSC (Rua Desembargador Vitor Lima, nº222, Trindade, Florianópolis. Prédio Reitoria II, sala 902, no ático. Tel: 3721-6094), que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

O(a) Sr.(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem qualquer represália ou prejuízo, através dos possíveis contatos acima, ou ainda pelo e-mail [prisci\\_saquet@hotmail.com](mailto:prisci_saquet@hotmail.com). Como garantia, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, onde o senhor(a) ficará com posse de uma, assinada e rubricada pela pesquisadora. Para finalizar, declaro que toda esta pesquisa está adequada com a

Resolução do Conselho Nacional de Saúde sob o nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Responsável pelo(a)  
\_\_\_\_\_, portador do  
RG \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, após ter  
recebido verbalmente esclarecimentos sobre o estudo, concordo em participar do  
trabalho “Pênfigo Vulgar e Reabilitação Bucal: Estudo de Casos de Pacientes do  
Ambulatório de Estomatologia e Patologia do Hospital Universitário (HU) da  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)”, que será executado pela aluna  
Priscila Saquet, sob orientação da Professora Dra. Aira Maria Bonfim Santos do Curso  
de Odontologia da UFSC e autorizo também a utilização das informações contidas em  
meu prontuário (física e/ou digital) e dos dados coletados durante a consulta, desde  
que seja mantido o sigilo da minha identificação, conforme as normas do Comitê de  
Ética em Pesquisa com Seres Humanos desta Universidade. A minha participação é  
voluntária podendo ser cancelada a qualquer momento.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

RG:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Principal (Priscila Saquet)

RG: 5.019.734

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável (Aira Maria Bonfim Santos)

RG:1.066.326

*Elaborado com base na Resolução CNS 466/12.*

## APÊNDICE B - PLANILHA DE DADOS

**Estudo: Pênfigo vulgar e reabilitação bucal: estudo de casos de pacientes do Ambulatório de Estomatologia e Patologia do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).**

Nome completo:		Nº de prontuário:	
Data de nascimento: ___/___/_____			
Telefone:			
Gênero: (1) Feminino (2) Masculino			
Cor da pele: (1) Leucoderma (2) Melanoderma (3) Xantoderma (4) Feoderma			
Tempo de diagnóstico:			
Locais mais acometidos:			
Presença de fator desencadeador:			
Tipo de alimentação:			
Frequência de aparecimento das lesões:			
Protocolo terapêutico	Terapias utilizadas anteriormente:		
	Terapias utilizadas atualmente:		
Laserterapia (protocolos utilizados):			
Sente melhora após a laserterapia: (1) Sim (2) Não			
Observações do paciente em relação à laserterapia:			
Ausências dentárias	Antes do surgimento do PV:		
	Após o surgimento do PV:		
	PT superior (1) PT inferior (2) PT superior e inferior (3)	Tempo de uso de prótese:	

Utilização de próteses removíveis	PPR superior (4) PPR inferior (5) PPR superior e inferior (6) PT superior e PPR inferior (7) PPR superior e PT inferior (8)	Tempo de uso da prótese atual:
Presença de prótese fixa (elementos)		
Utilização de próteses suportadas por implantes	Protocolo superior (1) Protocolo inferior (2) Protocolo superior e inferior (3) Implantes isolados (elementos):	Tempo de uso:
Aos que não utilizam próteses suportadas por implantes:	<p>Já ouviu em falar em implantes dentais? (1) Sim (2) Não</p> <p>Porque não utiliza?</p> <p>Possui interesse? (1) Sim (2) Não</p>	
Correlação entre tipo de reabilitação e aparecimento de lesões (local):		
Observações:		

## APÊNDICE C – FOTOS CLÍNICAS



Fonte: o próprio estudo.



Fonte: o próprio estudo.



Fonte: o próprio estudo.



Fonte: o próprio estudo.

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PÊNFIGO VULGAR E REABILITAÇÃO BUCAL: ESTUDO DE CASOS DE PACIENTES ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ESTOMATOLOGIA E PATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (HU/UFSC)

**Pesquisador:** Aira Maria Bonfim Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60075916.6.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.932.632

**Apresentação do Projeto:**

Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, que será desenvolvido por Priscila Saquet sob orientação de Aira Maria Bonfim Santos

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os autores : Estudar casos de pacientes portadores de PV e avaliar a reabilitação bucal destes pacientes em relação ao uso de próteses convencionais e/ou próteses suportadas por implantes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Corrigidos

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pode contribuir com o conhecimento generalizável sobre o tema.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Corrigidos e adequados

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.932.632

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_778177.pdf	23/11/2016 21:08:49		Aceito
Outros	Respostas.pdf	23/11/2016 21:08:21	PRISCILA SAQUET	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/11/2016 21:06:15	PRISCILA SAQUET	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/11/2016 21:05:38	PRISCILA SAQUET	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	16/09/2016 21:32:10	PRISCILA SAQUET	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/09/2016 21:24:18	PRISCILA SAQUET	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 20 de Fevereiro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Ylmar Correa Neto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br