

SARCOIDOSE E SEU ENVOLVIMENTO NA ÁREA ODONTOLÓGICA.

SARCOIDOSIS AND ITS INVOLVEMENT IN THE DENTAL FIELD.

¹BELTRAMO, Márcia de Fátima; ²Kawauchi, Márcia Yuri; ³DAINESI, Eduardo Alvares

^{1 e 2}Curso de Odontologia – Centro Universitário das
Faculdades Integradas de Ourinhos-Unifio/FEMM

³Pós-doutor em Ortodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru – USP

RESUMO

A sarcoidose é uma doença com um diagnóstico desafiador devido sua etiologia desconhecida, fatores ambientais, genéticos, imunológicos e infecciosos podem estar relacionados. A sarcoidose é uma doença granulomatosa multissistêmica, caracterizada pela formação de granulomas não caseosos que acomete os pulmões na maioria das vezes, porém pode afetar outros órgãos e também o sistema estomatognático, sua incidência é maior em adultos, com maior predomínio no sexo feminino. A doença quando na cavidade bucal costuma apresentar granulomas sarcóides na mucosa bucal, gengiva, língua, nos ossos faciais, estas sob formas radiolúcidas parecidos com cistos. Pode afetar as glândulas parótidas e linfonodos. Normalmente afeta as glândulas salivares, causando distúrbios deletérios como a xerostomia, com isso a frequência de lesão de cárie, mucosite, doenças periodontais e candidíase são aumentadas. Podem ocorrer também acometimento cutâneo onde a lesão mais comum é o eritema nodoso. O presente trabalho visa buscar o conhecimento mais abrangente e as relações existentes entre esta doença autoimune e o comprometimento nas áreas de abrangência odontológica. Utilizou-se como metodologia uma revisão bibliográfica sobre o assunto, com levantamento dos principais artigos que abordam o assunto. Pode-se constatar que embora as lesões orais da sarcoidose sejam raras e não totalmente compreendidas, elas costumam ser a primeira manifestação clínica da sarcoidose.

Palavra-chave: Sarcoidose; Sarcoidose Oral; Manifestações Bucais; Lesões; Granuloma.

ABSTRACT

Sarcoidosis is a disease with a challenging diagnosis due to its unknown etiology; environmental, genetic, immunological and infectious factors may be related. Sarcoidosis is a multisystem granulomatous disease, characterized by the formation of non-caseating granulomas that most often affect the lungs, but can affect other organs and also the stomatognathic system, its incidence is higher in adults, with greater predominance in females. The disease when in the oral cavity usually presents sarcoid granulomas in the oral mucosa, gums, tongue, and facial bones, these in radiolucent forms resembling cysts. It can affect the parotid glands and lymph nodes. It usually affects the salivary glands, causing deleterious disorders such as xerostomia, the frequency of caries lesions, mucositis, periodontal disease, and candidiasis are increased. There may also be cutaneous involvement, where the most common lesion is erythema nodosum. The present work aims at searching the most comprehensive knowledge and the existing relations between this autoimmune disease and the involvement in the dental areas. The methodology used was a bibliographic review on the subject, with a survey of the main articles that address the subject. It was found that although the oral lesions of sarcoidosis are rare and not fully understood, they are usually the first clinical manifestation of sarcoidosis.

Keywords: Sarcoidosis; Oral Sarcoidosis; Oral Manifestations; Lesions; Granuloma.

INTRODUÇÃO

De acordo com a literatura, a sarcoidose é avaliada como sendo uma doença sistêmica granulomatosa crônica, que por sua vez, tem ainda sua etiologia desconhecida, mas, é caracterizada pela presença de granulomas não caseificantes, constituídos pelo acúmulo de linfócitos T e fagócitos mononucleares nos órgãos

envolvidos. Um ponto importante a ser ressaltado é que, acomete principalmente o sistema retículo-endotelial nos quais seriam: nódulos linfáticos hilares, pulmão e fígado. (PEDRON *et al.*, 2004)

Seu diagnóstico, vem sendo destacado como sendo um grande desafio, pois, pode ser confundido por outras doenças devido ao seu polimorfismo de lesões. Suas apresentações clínicas são variáveis, podendo caminhar desde lesões inespecíficas, destacando-se o eritema nodoso; até lesões características, como maculopapular, placas, nódulos, cicatrizes infiltradas, ulcerações e tumorações de cor violácea. (BARROSO *et al.*, 2021)

Deste modo, de início uma avaliação clínica torna-se importante em todos os doentes com suspeito de sarcoidose, e isso deve levar em consideração uma história clínica e exame físico completos. A avaliação clínica tem por objetivo colher informação clínica que suporte o diagnóstico de sarcoidose e exclua outros diagnósticos alternativos, caracterizar a gravidade do envolvimento pulmonar e identificar envolvimento extrapulmonar. (BRANCO *et al.*, 2016)

Vale ressaltar que, quando trata-se sobre a sarcoidose cutânea, está por muitas vezes, vem sendo subdiagnosticada. A lesão cutânea mais comum é o eritema nodoso, que indica melhor prognóstico. Porém, máculas, pápulas, placas, nódulos, eritrodermia, alopecia, lúpus pérmio e infiltrações em tatuagens ou cicatrizes podem também ser manifestações cutâneas da sarcoidose. (YOUNG *et al.*, 2001)

Sendo assim, em razão do polimorfismo de lesões da sarcoidose, o seu diagnóstico deve ser baseado em critérios clínicos, radiográficos, laboratoriais, epidemiológicos e histopatológicos. O reconhecimento das lesões de pele é importante para o diagnóstico, constituindo fontes facilmente acessíveis para exame anatomopatológico. (MANTESE *et al.*, 2010)

Um dado importante a ser destacado é que, como referenciado anteriormente diferentes órgãos e sistemas podem ser afetados, variando deste modo a frequência, como exemplo, pode-se destacar que na cavidade bucal, apesar de ser considerada como um acometimento raro, são característicos os granulomas sarcóides na mucosa bucal, palato, língua, gengiva e nos ossos maxilares, sob forma de lesões radiolúcidas semelhantes às lesões císticas. Acomete normalmente as glândulas salivares maiores, provocando distúrbios deletérios como a xerostomia, elevando a frequência de lesões cariosas, doenças periodontais, mucosite e candidíase. (PEDRON *et al.*, 2004).

Por outro lado, mesmo sendo avaliado um acometimento raro na cavidade oral, entretanto torna-se de grande importância, pois pode ser a manifestação clínica inicial de um quadro de sarcoidose multissistêmica (MOTSWALEDI *et al.*, 2014). Nestes casos, a mandíbula é o local mais afetado, se apresentando na forma de perda óssea alveolar severa e dentes soltos (GUPTA *et al.*, 2015). Na literatura são poucos casos de sarcoidose da mucosa oral descritos.

A sarcoidose afeta pessoas de todos os grupos étnicos e etários, com um pico de incidência entre os 20 e 39 anos de idade. A incidência varia extensamente ao longo das diversas regiões geográficas, tendo-se verificado uma maior incidência nos países desenvolvidos, com a maior incidência mundial registrada na Suécia (estimada em 64/100.000). (BRANCO *et al.*, 2016)

A hipótese de que agentes ambientais estão envolvidos na etiopatogênese da sarcoidose tem sido sustentado por alguns estudos, que sugerem risco elevado em indivíduos expostos a inseticidas, a ambientes mofados e em empregos agrícolas (NEWMAN, *et al.* 2004). Esta hipótese baseia-se ainda na sua ocorrência em determinados grupos profissionais, incluindo bombeiros, tripulantes de navios, cortadores de madeira, mecânicos, profissionais de saúde e fotocopistas. (NUNES; SOLER; VALEYRE, 2005)

Deve-se instituir terapêutica a todos os doentes sintomáticos e/ou com evidência de deterioração funcional e radiológica, bem como aos doentes assintomáticos com envolvimento ocular, neurológico, cardíaco ou renal ou com hipercalcemia. Para as lesões cutâneas, a possibilidade de desfiguração é indicação para o tratamento, melhorando a qualidade de vida dos doentes. (COX; DAVIS- ALLEN; JUDSON, 2005)

Em geral, para os pacientes que demandam tratamento sistêmico, a corticoterapia é a opção de primeira escolha. Na maioria dos casos, atingindo controle satisfatório da doença, porém exigindo tratamento de manutenção de longo prazo. Ainda assim, episódios de recidiva não são infrequentes. Para aqueles pacientes que apresentam resposta desfavorável com o uso de corticosteroides, a alternativa seria o uso de antimaláricos ou imunossupressores. (BAGCHI, 2019)

Como objetivo, o presente trabalho visa a estudar as relações existentes entre a doença autoimune e o comprometimento nas áreas de abrangência odontológica, buscando relatar casos, achados e procedimentos que auxiliem os dentistas e contribuam no diagnóstico clínico.

METODOLOGIA

O levantamento de dados desta revisão de literatura foi realizado através da base de dados PubMed e da base de dados SciELO (Biblioteca Eletrônica Científica Online). Foram selecionadas publicações dos últimos 20 anos em revistas conceituadas nacional e internacionalmente na área médica e da odontologia.

As palavras-chave utilizadas para selecionar os artigos foram: sarcoidose, sarcoidose oral, manifestações bucais, lesões, granuloma, os artigos utilizados foram em português e em inglês, dos quais falavam sobre a doença sarcoidose, foram excluídos os artigos que abordavam outras partes e sistemas do corpo que não cabeça e pescoço.

A revisão de literatura deste trabalho tem por objetivo analisar e levantar dados embasado na literatura existente sobre o tema a ser abordado, proporcionando assim mais conhecimento sobre a doença sarcoidose e seu acometimento na área odontológica, tema esse que ainda é objeto de estudo na odontologia, sendo um tema que deve ser discutido e espondendo a forma de reconhecer, diagnosticar e tratar a sarcoidose pelo cirurgião dentista, tornando-se objeto de conhecimento para os profissionais da odontologia.

DESENVOLVIMENTO

Conceito de sarcoidose

Pode-se mencionar que a sarcoidose é doença inflamatória sistêmica, com etiologia indefinida, em que granulomas epitelióides não caseosos são localizados nos órgãos acometidos. (MCKEE *et al.*, 2005)

Alguns autores como Mckee et al (2005) e Hem (2000) creditam a Hutchinson a primeira descrição da sarcoidose, em 1869. Contudo, a ausência de estudo histopatológico acompanhando a descrição torna aquele diagnóstico duvidoso.

Etiologia

Ainda que a etiologia da sarcoidose seja desconhecida, numerosos avanços têm sido conseguidos em sua compreensão. Hoje em dia, admite-se que múltiplos antígenos possam gerar a doença em indivíduos geneticamente susceptíveis. (NUNES *et al.*, 2005)

Ressalta-se que a predisposição genética à doença é indicada pelos casos

familiares de sarcoidose e pela alta prevalência e incidência entre indivíduos de grupos étnicos e raciais diferentes. A susceptibilidade genética deve relacionar-se na regulação da resposta imune. Vários estudos demonstram a associação entre os alelos do antígeno leucocitário humano (HLA) classe II e a sarcoidose. Alude-se que alguns alelos conferem susceptibilidade à doença (HLA-DR 3, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, HLA-DPB1, HLADQB1) e outros antígenos leucocitários humanos (HLA) são avaliados como protetores (HLADR1, DR4). (NUNES *et al.*, 2005)

De acordo com Cox (2005):

A hipótese de que os agentes ambientais provoquem a sarcoidose é sustentada pela variação sazonal da doença e por sua ocorrência em grupos fechados de profissionais ou isolados geograficamente, como os bombeiros, tripulações de navios, cortadores de madeira, carteiros, mecânicos, profissionais da saúde, fotocopiadores. As poeiras orgânicas e inorgânicas (pinho, pólen, talco) também já foram relatadas no desenvolvimento do processo. Sabe-se que o berílio, o zircônio e o alumínio produzem granulomas sarcoídeos idênticos aos da sarcoidose. No caso do berílio, a partícula pode ser inalada ou inoculada na pele. (COX, 2005).

Já Bethlen (2005), enfatiza que:

Entre os antígenos infecciosos mais investigados está o *Mycobacterium tuberculosis*. Técnicas modernas como a reação em cadeia da polimerase (PCR) foram utilizadas para detectar as seqüências de DNA de *Mycobacterium tuberculosis*, com resultados contraditórios. O ponto crítico da técnica de PCR é o fato de ela envolver a amplificação de uma seqüência de DNA e não a recuperação do microorganismo propriamente dito, além de ser técnica facilmente contaminável. (BETHLEN, 2005).

Denota-se que outros antígenos infecciosos foram alistados à sarcoidose, como *Rhodococcus equi*, espécies de *Nocardia*, *Propionibacterium*, *Corynebacterium*, de espiroquetas, espécies fúngicas, o *Tropheryma whipplei*, e linhagens de vírus. (COX, 2005). Manifestações e alterações foram descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Órgãos/ e ou sistemas envolvidos, e suas manifestações clínicas na sarcoidose sistêmica.

Órgãos	Alterações e manifestações clínicas
Pulmões	90% dos pacientes têm achados radiográficos incomuns; achado acidental; fibrose pulmonar decorrente; linfadenopatia hilar bilateral característica; envolvimento do parênquima é variável.
Pele	Presente em 25% dos pacientes; manifestações cutâneas, caracterizadas por granuloma máculopapulares, lúpus pemio (lesões endurecidas, violáceas ou eritematosas em nariz, bochechas, lábios, orelhas e joelhos) ou eritema nodoso (nódulos eritematosos subcutâneos, macios à palpação); pode estar associada a vitiligo adjacente.

Olhos	25% de envolvimento, sendo mais comum a inflamação do trato uveal anterior (uveíte granulomatosa), com o aumento da glândula lacrimal e envolvimento do nervo óptico, glaucoma secundário, embora possa ocorrer a ceratoconjuntivite seca (olho seco, visão embaçada e dilacerante, fotofobia); as lesões não tratadas podem evoluir para cegueira.
Ossos	5% na sarcoidose crônica. Lesões císticas radiolúcidas, em forma de “saca-bocado”, acometendo falanges, metacarpais e metatarsais; ossos do crânio, nasais, costelas e vértebras podem ser afetados; poliartralgia; destruição das paredes ósseas do seio e septo nasal; ossos maxilares e faciais, representados por osteoporose, expansão da cortical, lesões císticas bem delimitadas, e destruição óssea extensa.
Coração	5 a 10%, sendo características as disfunções falha cardíaca congestiva, disritmia, efusão pericardial, bloqueio cardíaco, angina pectoris); sarcoidose do miocárdio conduz a arritmias paroxísticas e morte súbita.
Rins	Nefroítiase, nefrocalcinose com insuficiência renal.
Baço	Esplenomegalia em 5 a 10%. O hiperesplenismo pode causar a trombocitopenia, leucopenia e anemia ocasionais. Hiperprodução de vitamina D com hipercalcúria e hipercalcemia.
Fígado	O envolvimento hepático pode ser observado em 40% dos casos. A disfunção hepática não é comum. Hepatite crônica e cirrose são raras. Tubérculos incidentais, granulomas hepáticos e cirrose pós- necrótica com hipertensão portal com elevação de bilirrubina, fosfatase alcalina e gama- glutamiltransferase.
Glândulas salivares	É frequente o envolvimento bilateral das glândulas parótidas, caracterizado pelo aumento de volume do parênquima (firme à palpação e assintomático), causando a atrofia de glândula e eventual fibrose, originando a redução de fluxo salivar (xerostomia). Pode haver regressão espontânea do aumento da massa glandular.
Nervos	Nervos cranianos, particularmente o N facial o N. alveolar inferior, causando paralisias faciais. Quando a glândula pituitária é afetada, pode desenvolver diabetes insipidus, associado com o envolvimento do córtex cerebral, ataques convulsivos pode ocorrer.
Nariz e seios maxilares	O envolvimento sinusal é raro. 1 a 6% acomete nariz e seios maxilares. Obstrução nasal, epistaxe, dor, descarga e crostas, epífora, anosmia, hiposmia, dispnéia, hipertrofia polipóide, sinusite crônica e mucosa friável estão presentes em 20% dos casos. Pode destruir paredes ósseas do seio e septo nasal.

Fonte: Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 10(2): 7-15, jun. 2004

No quadro acima são citados envolvimento cardíacos, ósseos, renais, hepáticos, esplênicos, glândulas salivares, laringe, trato gastrointestinal, neurais e seios maxilares e nariz.

De acordo com Bouaziz et al (2012), embora a sarcoidose possa envolver a cabeça e o pescoço, e o envolvimento ósseo e cutâneo tenha sido relatado em até 40% e 25%, respectivamente, o envolvimento oral da sarcoidose é consideravelmente raro. As raras manifestações orais da sarcoidose são variáveis e podem ser o primeiro sinal de apresentação da doença. Entre essas, algumas manifestações dos tecidos moles orais são lesões da mucosa bucal, gengiva, lábios, assoalho da boca, língua, palato e glândulas salivares, incluindo as glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais. As lesões geralmente se apresentam como inchaço localizado, nódulos, úlceras, gengivite, hiperplasia gengival ou recessão gengival. A língua foi relatada como a mais afetada seguida pelos lábios, mucosa oral, palato e gengiva.

Diagnóstico

No que tange ao diagnóstico da sarcoidose, pode-se mencionar que o acréscimo dos níveis séricos da enzima conversora de angiotensina (ECA), produzida pelas células do granuloma sarcoídeo, foi apontado no passado como teste específico da doença. Contudo, por causa da taxa de 10% de falso-positivo e de 40% de falso-negativo, esse exame necessita ser empregado como adjunto, não sinalizando a atividade da doença nem a medida de prognóstico. (PECKHAM, 1996)

Relata-se que as reações intradérmicas são mencionadas por alguns autores na investigação dos pacientes com sarcoidose. No quadro agudo da doença, classicamente esses testes são (não reagentes), por causa da mobilização dos linfócitos T/CD4 do sangue periférico, causando perda de força do sistema nervoso. As reações intradérmicas são importantes também na investigação das causas infecciosas, sobretudo nos países tropicais. (GUPTA et al, 2003)

Sobre o diagnóstico da doença Proença et al (1986) expõe que:

O teste de Kveim-Siltzbach consiste na inoculação intradérmica no paciente suspeito de ser portador das células do baço, fígado ou linfonodos, extraídas de paciente com sarcoidose. Observam-se, tardiamente (quatro semanas), ao exame histológico do local da inoculação, os granulomas epitelióides. Trata-se de teste clássico, porém de uso restrito, pois, embora ainda possa ser usado, o antígeno não é comercialmente disponível, e poucos centros ainda estão engajados em sua produção e validação. Nos Estados Unidos, o teste de Kveim não é aprovado pela *Food and Drug Administration*. O teste de Kveim é positivo nas formas agudas da sarcoidose, em cerca de 80% dos casos, diminuindo a positividade com a cronicidade da enfermidade. Há a possibilidade de falsos positivos entre os doentes com Hanseníase tuberculóide, tuberculose, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, linfomas e artrite reumatóide. (PROENÇA et al., 1986).

Ainda sobre as possibilidades de diagnóstico da doença Koyama et al (2004), apresentam que:

A propedêutica armada pode ser necessária para melhor estudo do acometimento sistêmico. Citam-se a tomografia computadorizada de alta resolução para os casos de sarcoidose pulmonar, a ressonância magnética para o acometimento neurológico, muscular, visceral e das glândulas lacrimais, a cintilografia com gálio para a sarcoidose cardíaca. A cintilografia produz também o "sinal do panda" pelo padrão de captação quando há comprometimento do parênquima pulmonar, lacrimal e de glândulas parótidas. O sinal "lambda" corresponde ao padrão observado na cintilografia com gálio no acometimento hilar bilateral e dos linfonodos paratraqueais direitos. (KOYAMA et al., 2004)

Segundo Suresh *et al.* (2004) em razão do polimorfismo de lesões da sarcoidose, o seu diagnóstico necessita ser fundamentado em critérios clínicos, radiográficos, laboratoriais, epidemiológicos e histopatológicos. O reconhecimento das lesões de pele é essencial para o diagnóstico, compondo fontes facilmente acessíveis para exame anatomopatológico.

Contudo o mesmo autor salienta que a imagem de lesões de tecidos moles comumente não é aconselhada devido à natureza clinicamente aparente do envolvimento mucoso e gengival. A ressonância magnética (MR) pode ser empregada para detectar lesões realçadas dos tecidos moles na mucosa bucal, língua, assoalho da boca e palato, enquanto o envolvimento lítico dos maxilares pode ser detectado como lesões radiolúcidas em radiografias panorâmicas ou tomografia computadorizada (TC)

Alterações do SE

No artigo de Barroso *et al.* (2021) foi apresentado um estudo de caso com uma paciente de 31 anos, sexo feminino, sem comorbidades, relatando durante sua primeira gestação a presença de placa eritematosa nas laterais dos lábios com crescimento progressivo. Mencionava, melhora parcial das lesões em uso de corticoterapia sistêmica e imidazólico tópico.

Ao exame, apresentava placa eritematosa infiltrada associada ao edema local, se estendendo de metade do lábio inferior à esquerda até a região malar ipsilateral (Figura A). Associada à placa enantematosa infiltrada e com áreas de erosão em gengiva inferior (Figura B).

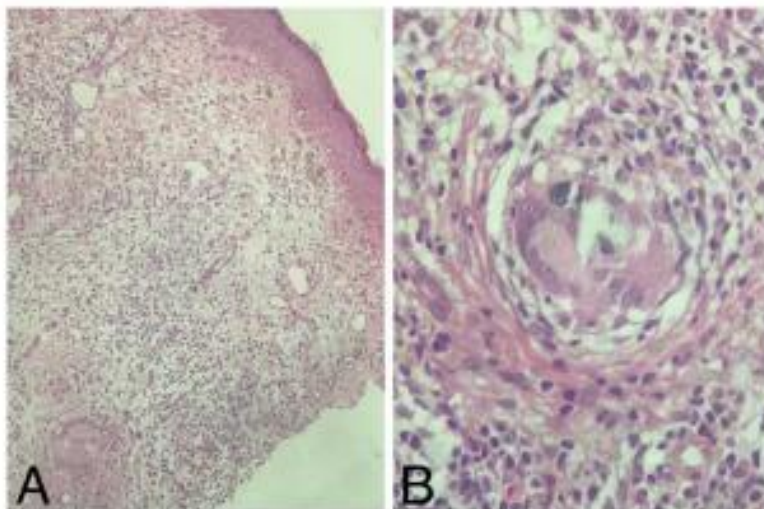
FIGURA 1 – (A): Placa eritematosa infiltrada e edema do meio do lábio inferior esquerdo até a região malar ipsilateral. (B): Placa enanematosa infiltrada com áreas de erosão na gengiva inferior.



Fonte: BARROSO et al (2021, p. 2)

O autor explica que foi realizada biópsia incisional e exame histopatológico de pele da região infralabial à esquerda.

FIGURA 2 – (A): Exame histopatológico da região infralabial esquerda com dermatite granulomatosa mista com reação gigantocelular, frequentes plasmócitos, edema e vasos ectasiados (ampliação em 10x). (B): Corpúsculos de Schaumann no interior de células gigantes de Langs Hans gigantes (ampliação em 40x).



Fonte: BARROSO *et al.* (2021, p. 2)

O autor ainda menciona que a paciente retornou após 10 meses sem a terapia com corticoide, estando gestante novamente, e houve uma piora considerável, inclusive com a perda de 1 dente.(Figura 3).

FIGURA 3 – (A) Vista anterior da placa eritematosa infiltrada e edema desde o meio do lábio inferior esquerdo até à região zigomática e infrapalpebral ipsilateral. (B): Vista lateral da placa eritematosa infiltrada e do edema do meio do lábio inferior esquerdo até à região zigomática e infrapalpebral ipsilateral. (C): Placa enantematosa infiltrada com áreas de erosão na gengiva inferior, mostrando a perda do 1º incisivo inferior direito.



Fonte: BARROSO et al (2021, p. 3)

Na figura acima pode observar a Placa enantematosa infiltrada e com áreas de erosão em gengiva inferior, evidenciando perda do 1º incisivo inferior direito, após a segunda gestação que estava em andamento. (BARROSDO et al, 2021)

Já Blinder et al (1997) em seu artigo relata dois novos casos de sarcoidose da mucosa bucal e analisa a literatura sobre as manifestações orais da sarcoidose. O estudo aborda casos com lesões orais com características histológicas de sarcoidose de acordo com sua localização e aparência. Foram analisados 45 casos de sarcoidose oral (43 da literatura e 2 novos casos apresentados) revelando assim 12 lesões nos maxilares, 10 na mucosa bucal, 6 na gengiva, 5 nos lábios, 5 no assoalho da boca, 4 na língua e 3 no palato. A sarcoidose na mandíbula localizava-se no osso alveolar e apresentava-se como uma imagem radiolúcida mal definida. Nódulos submucosos foram observados na sarcoidose afetando a mucosa bucal, palato e lábio. O edema foi a principal manifestação na gengiva. No assoalho da boca, a sarcoidose apresentou-se como rânula e a da língua como endurecimento. Na maioria dos casos, as lesões em mucosa bucal, gengiva e língua foram a primeira manifestação clínica da doença. O autor concluiu que as lesões orais de sarcoidose devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de edemas de partes moles orais e lesões mandibulares.

Thölken et al (2017) realizaram um estudo sobre a manifestação clínica da sarcoidose sistêmica após preenchimento cutâneo, com uma paciente do sexo feminino, com 58 anos, a mesma realizou um preenchimento cutâneo com ácido hialurônico na área glabellar, após 5 meses apresentou lesões eritematosas infiltradas nas regiões malares, frontal esquerda e pré-auricular direita, pode-se observar nas figuras abaixo as lesões apresentadas¹.

FIGURA 4 – Lesões eritematosas infiltradas faciais em frente esquerda e em região malar bilateralmente.



Fonte: (THÖLKEN et al, 2017, p. 332)

FIGURA 5 – Lesões eritematosas infiltradas em face lateral

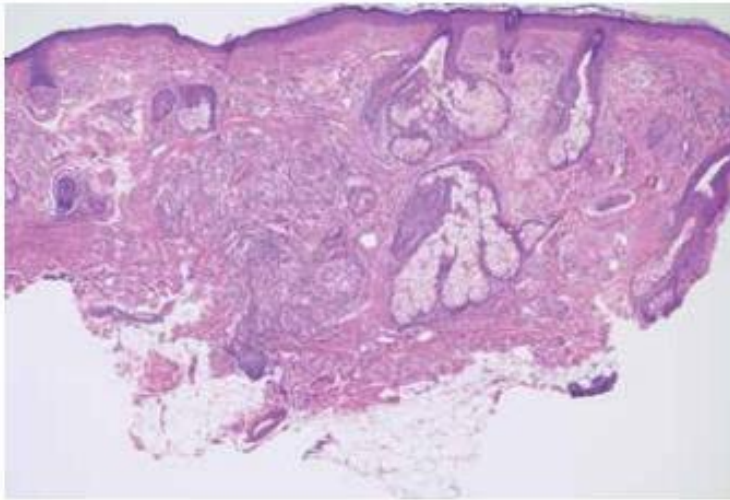


Fonte: (THÖLKEN et al., 2017, p. 332)

O autor relata que a paciente apresentou sintomas sistêmicos (tosse seca e poliartralgia sem critérios para artrite nos últimos quatro a seis meses). Foi realizado um exame anatomopatológico da pele da região pré-auricular direita onde constatou-se dermatite crônica granulomatosa com granulomas tipo sarcóidico, como observa-se nas figuras 6 e 7 abaixo:

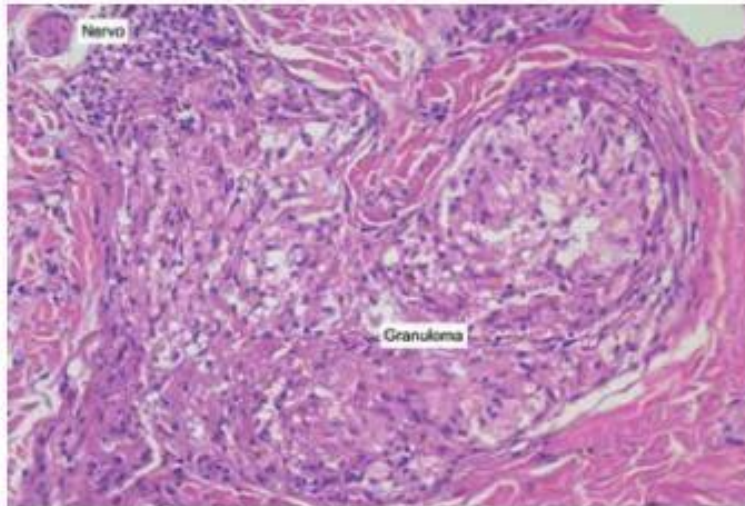
¹THÖLKEN, Karisa Farias Miksza; BRENNER, Fabiane Mulinari; WERNER, Betina; PERETTI, Murilo Calvo; AZEVEDO, MENEZES, Luciana. Manifestação clínica de sarcoidose sistêmica após preenchimento cutâneo. *Surg Cosmet Dermatol* 2017;9(4):331-3.

FIGURA 6 - Biópsia de pele em região pré-auricular direita; dermatite crônica granulomatosa, (HE x 20)



Fonte: (THÖLKEN et al, 2017, p. 332)

Figura 7 - Biópsia de pele em região pré-auricular direita; granulomas tipo sarcóidico; ausência de reação decorpo estranho, (HE x 200)



Fonte: (THÖLKEN et al, 2017, p. 332)

Após todos os exames realizados, valendo-se de dados clínicos, radiológicos e histológicos foi estabelecido o diagnóstico de sarcoidose, iniciando-se uso de prednisona onde após 3 semanas pode-se observar a melhora das lesões, e começou a diminuir gradativamente o remédio, e 3 meses após a paciente apresentou melhora onde foi suspensa a medicação, contudo o autor relata que 1 ano após, a paciente relatou novo surto com evolução e tratamento semelhante. (THÖLKEN et al, 2017)

Neste contexto, o autor relata em seu artigo, que o preenchimento cutâneo com ácido hialurônico, tem sido descrito muitas vezes como causa para desencadear a sarcoidose sistêmica.

Tratamento

Sobre o tratamento da sarcoidose oral pode-se mencionar que em geral, para os pacientes que demandam tratamento sistêmico, a corticoterapia é a opção de primeira escolha. Na maioria dos casos, atingindo controle satisfatório da doença, porém exigindo tratamento de manutenção de longo prazo. Ainda assim, episódios de recidiva não são infrequentes. Para aqueles pacientes que apresentam resposta desfavorável com o uso de corticosteroides, a alternativa seria o uso de antimaláricos ou imunossupressores. (BOUAZIZ et al, 2012)

Suresh et al (2004) por sua vez salienta que manifestações intraósseas na maxila e mandíbula comumente se apresentam como lesões líticas, que podem resultar em mobilidade dentária, dor localizada ou alvéolos que não cicatrizam. O autor menciona que vários casos foram documentados na literatura descrevendo pacientes com dentes soltos como manifestações iniciais de sarcoidose. E alerta que os clínicos devem estar cientes da rara possibilidade de a sarcoidose mimetizar periodontite agressiva, conforme relatado em alguns casos. Inflamação granulomatosa intraóssea também foi documentada como causadora da destruição do osso alveolar, desestabilizando o alojamento ósseo dos dentes. Alvéolos que não cicatrizam podem ser resultado de inflamação granulomatosa local ou progredir para fístulas oro-antrais. Foi relatado que a terapia com corticosteroides (prednisona) juntamente com infliximabe previne a progressão dessas lesões e deve ser considerada no manejo das manifestações ósseas da sarcoidose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se mencionar que a sarcoidose é avaliada como sendo uma doença sistêmica granulomatosa crônica, que por sua vez, tem ainda sua etiologia desconhecida, mas, é caracterizada pela presença de granulomas não caseificantes, constituídos pelo acúmulo de linfócitos T e fagócitos mononucleares nos órgãos envolvidos.

A doença pode ter envolvimento cardíacos, ósseos, renais, hepáticos, esplênicos, glândulas salivares, laringe, trato gastrointestinal, neurais e seios maxilares e nariz.

As raras manifestações orais da sarcoidose são variáveis e podem ser o primeiro sinal de apresentação da doença. Entre essas, algumas manifestações dos tecidos moles orais são lesões da mucosa bucal, gengiva, lábios, assoalho da boca, língua, palato e glândulas salivares, incluindo as glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais, o que torna esta doença de interesse do cirurgião dentista.

O diagnóstico necessita ser fundamentado em critérios clínicos, radiográficos, laboratoriais, epidemiológicos e histopatológicos.

Pode-se observar no caso apresentado através da literatura existente, uma paciente apresentava uma lesão em placa eritematosa infiltrada no lábio inferior à esquerda até a região malar ipsilateral, ligada a áreas de erosão em gengiva inferior e evoluiu com perda alveolar, havendo confirmação histopatológica em biópsias cutânea e de mucosa oral. A paciente relatou início do quadro durante sua primeira gestação, com piora clínica no curso da segunda gestação.

Em outro estudo pode-se constatar que as lesões orais de sarcoidose devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de edemas de partes moles orais e lesões mandibulares

Embora as lesões orais da sarcoidose sejam raras e não totalmente compreendidas, elas costumam ser a primeira manifestação clínica da sarcoidose. Os médicos e patologistas devem estar cientes dessas apresentações clínicas e usá-las para formular um diagnóstico diferencial clínico. Os profissionais de saúde bucal devem estar cientes da multiplicidade de doenças sistêmicas com manifestações bucais.

Por fim, constatou-se que a terapia com corticosteroides foi o principal tratamento que apresentou melhoras progressivas nos casos apresentados através da literatura, podendo ter uma junção de medicamento caso não haja melhora.

REFERÊNCIAS

BAGCHI S, SHAH N, SHEIKH MA, CHATTERJEE RP. Oral sarcoidosis aiding in diagnosis of underlying systemic disease. **BMJ Case Rep.** v.12, n. 11, p. e232093, 2019;

BARROSO, Priscila Pinto; MACHADO, Camila Pedruzze; JUNIOR, Ademar Schultz; ANGELI, Maria Clara de; BREZINSCKI, Marisa Simon; MIRANDA, Paulo Bittencourt de. Sarcoidose oral e cutânea: relato de caso exuberante. **Rev Med Minas Gerais**, v. 31, p. e-31413, 2021.

- BETHLEM EP. Sarcoidose no Brasil. **J Bras Pneumol.**, v. 31, p. 2-3, 2005.
- BLINDER, D; YAHATOM, R; TAICHER, S. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v. 83, n. 4, p. 458-61, 1997.
- BOUAZIZ A, LE SCANFF J, CHAPELON-ABRIC C, *et al.* Envolvimento oral na sarcoidose: relato de 12 casos. **QJM.** v. 105, p. 755–767, 2012.
- BRANCO, Sara Castelo; Karin LUZ, Cândida FERNANDES, Jorge CARDOSO. Sarcoidose. **Revista SPDV**, v. 74, n. 1, 2016.
- COX CE, DAVIS-ALLEN A, JUDSON MA. Sarcoidosis. **Med Clin North Am.** v. 89, p. 817-828, 2005.
- GUPTA D, CHETTY M, KUMAR N, AGGARWAL AN, JINDAL SK. Anergy to tuberculin in sarcoidosis is not influenced by high prevalence of tuberculin sensitivity in this population. **Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.** 2003;20:40-5.
- GUPTA S, TRIPATHI AK, KUMAR V, SAIMBI CS. **Sarcoidosis**: oral and extra-oral manifestation. **J Indian Soc Periodontol** 2015;19(5):582-5.
- HEM E. Boeck's sarcoidosis: a centennial. **Int J Dermatol.**, v. 39, p.545-549, 2000.
- KOYAMA T, UEDA H, TOGASHI K, UMEOKA S, KATAOKA M, NAGAI S. Radiologic manifestations in various organs. **Radiographics**, v. 24, p. 87-104, 2004.
- MANTESE SA, BERBERT AL, CESÁRIO TS, SILVA HB. Sarcoidose cutânea sobre cicatrizes - relato de caso. **An Bras Dermatol.** V. 85, n. 6, p. 903-905, 2010.
- MCKEE PH, CALONJE E, GRANTER SR. **Pathology of the skin with clinical correlations.** 3th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.
- MOTSWALEDI MH, KHAMMISSA RAG, JADWAT Y, LEMMER J, FELLER L. **Oral sarcoidosis**: a case report and review of the literature. **Aust Dent J.** v.59, p. 389-394, 2014.
- NEWMAN LS, ROSE CS, BRESNITZ EA, ROSSMAN MD, BARNARD J, FREDERICK M, *et al.* A case control etiological study of sarcoidosis: environmental and occupational risk factors. **Am J Respir Crit Care Med.** v. 170, p.1324-1330, 2004.
- NUNES H, SOLER P, VALEYRE D. Pulmonary sarcoidosis. **Allergy.** v. 60, p. 565-572, 2005
- PECKHAM DG, SPIETRI MA. Sarcoidosis. **Postgrad Med J.** v.72, p.196-200, 1996.
- PEDRON, Irineu Gregnanin, *et al.* Considerações de interesse ao cirurgião-dentista no atendimento ao paciente portador de sarcoidose. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.10, n. 2, p. 7-15, 2004.
- PROENÇA NG, OPROMOLLA DVA, MULLER R, FLEURY RN, KLIEMAN TAE. Teste de Kveim em doentes de hanseníase. **An Bras Dermatol.** v. 61, p. 117-181, 1986

SURESH L, AGUIRRE A, BUHITE RJ, RADFAR L. Sarcoidose intraóssea dos maxilares mimetizando periodontite agressiva: relato de caso e revisão da literatura. **J Periodontol.** v. 75, p. 478–482, 2004.

THÖLKEN, Karisa Farias Miksza; BRENNER, Fabiane Mulinari; WERNER, Betina; PERETTI, Murilo Calvo; AZEVEDO, MENEZES, Luciana. Manifestação clínica de sarcoidose sistêmica após preenchimento cutâneo. **Surg Cosmet Dermatol** v. 9, n. 4, p. 331-333, 2017.

YOUNG RJ, GILSON RT, YANASE D, ELSTON DM. Cutaneous sarcoidosis. **Int J Dermatol.** 2001