

ERITEMA MIGRATÓRIO: revisão de literária e relatos de casos

MIGRATORY ERYTHEMA: literature review and case reports

Thalles Eduardo Ribeiro¹
Dayane Batista Santana¹
João César Guimarães Henriques¹
Luiz Fernando Barbosa de Paulo¹
Gabriella Lopes de Rezende Barbosa¹
Fabio Franceschini Mitri Luiz¹

1 – Universidade Federal de Uberlândia

thalledu@hotmail.com

RESUMO

O denominado Eritema migratório (EM) consiste em uma alteração oral imunologicamente mediada e com expressão considerável na população mundial. A etiologia precisa das lesões permanece indeterminada, havendo diversas causas presentes e associadas, tais como reações alérgicas, deficiências nutricionais, hereditariedade, língua fissurada e alterações sistêmicas, como a psoríase e a síndrome de Down. As lesões podem acometer diversas áreas da mucosa oral e apresentarem caráter migratório, com destaque para o dorso da língua, explicando o porquê da terminologia “língua geográfica” ser comumente utilizada. O presente trabalho tem o propósito de revisar a literatura com relação aos diversos aspectos do EM e relatar 4 casos clínicos cujas expressões da doença variam em suas apresentações na cavidade oral, sintomatologias, associações com outras alterações e tratamentos empregados.

Descritores: Glossite Migratória Benigna. Língua Geográfica. Medicina Oral. Língua Fissurada.

ABSTRACT

The so-called migratory erythema (MS) consists of an immunologically mediated oral alteration with considerable expression in the world population. The precise etiology of the lesions remains undetermined, with several causes present and associated, such as allergic reactions, nutritional deficiencies, heredity, fissured tongue and systemic alterations such as psoriasis and Down's syndrome. The lesions can affect several areas of the oral mucosa and present a migratory character, with emphasis on the back of the tongue, explaining why the terminology "geographical language" is commonly used. The aim of this study is to review the literature on the different aspects of MS and to report 4 clinical cases whose expressions of the disease vary in their presentations in the oral cavity, symptoms, associations with other changes and treatments used.

Key words: Benign Migratory Glossing. Geographical Tongue. Oral Medicine. Fissured Language.

INTRODUÇÃO

O Eritema Migratório (EM), Glossite Migratória Benigna ou a vulgarmente denominada “Língua Geográfica” consiste em uma das alterações estomatológicas mais comumente encontradas na cavidade oral, sendo provavelmente desencadeada imunologicamente, atingindo cerca de 3% da população mundial^{1,2}. Não há uma concordância absoluta sobre a etiologia desta alteração, sendo que reações imunológicas de

hipersensibilidade/alergias³, deficiências nutricionais vitamínicas, contraceptivos orais, desequilíbrios psicológicos^{4,5}, hereditariedade⁷, língua fissurada^{6,7} e alterações sistêmicas⁸, destacando a síndrome de Down⁹, o diabetes mellitus e a psoríase^{6,7}, estão entre as prováveis causas e fatores relacionados com estas lesões pela literatura.

O acometimento clínico mais comum do EM ocorre no dorso da língua,

caracterizado pela perda das papilas filiformes associadas com bordas esbranquiçadas suavemente elevadas delimitando as áreas lesionais bem delimitadas^{10,11,12}. As lesões tendem a mudar de localização, padrão e tamanho ao longo do tempo, justificando o termo "geográfico"^{2,13}, dada a semelhança com mapas territoriais em uma vista superior. Porém, as lesões menos comumente também podem acometer outras partes da mucosa oral associadamente à língua, como ao mucosa jugal, assoalho da boca¹⁴, palato mole e mucosa labial, tornando a denominação "*Eritema Migratório*" mais apropriada do que Glossite Migratória Benigna ou Língua Geográfica, já que as duas últimas são nomenclaturas que reportam-se mais especificamente às alterações linguais.

O EM acomete principalmente indivíduos adultos jovens de ambos os gêneros, muito embora possa também ser encontrada em crianças^{12,15,16,17} e haja predileção por mulheres. A maioria dos casos das manifestações linguais são assintomáticas, não requerendo nenhum tratamento específico a não ser acompanhamento periódico. Entretanto, pode haver sintomatologia dolorosa e/ou sensação de queimação, especialmente durante a ingestão de produtos mais agressores aos tecidos, como os alimentos ácidos, picantes, quentes e o álcool. Em casos de crianças e jovens, os sintomas podem ser exacerbados em períodos de estresse escolar¹⁶. As lesões não linguais raramente acompanham alguma sintomatologia.

O diagnóstico do ER é eminentemente clínico¹⁸, não havendo normalmente a necessidade de um exame anátomo-histopatológico para sua conclusão. Caso haja alguma dúvida e seja necessário diferenciar a alteração de outras patologias, tais como a eritroplasia ou candidíase eritematosa, a biópsia pode ser realizada revelando hiperparacetose com certa acantose^{19,20,21}. Próximo ao centro da lesão, correspondendo à área vermelha observada clinicamente, a paraceratina freqüentemente está

descamada, com migração acentuada de neutrófilos e linfócitos para o epitélio, produzindo degeneração das células epiteliais e formação de microabscessos perto da superfície¹⁹. A isto, por vezes, dá-se o nome de mucosite pustulosa subcórnea^{20,22,23}. No tecido conjuntivo subjacente também há infiltração de células inflamatórias, principalmente de neutrófilos, linfócitos e plasmócitos²⁴. O intenso infiltrado neutrofilico polimorfonuclear, pode ser responsável pela destruição da porção superficial do tecido epitelial, o que faz com que a mucosa fique atrofica e avermelhada conforme a progressão da lesão^{21,25,26}. O quadro histológico é muito semelhante ao da psoríase e tem sido descrito com freqüência como de aspecto psoriasiforme^{27,28,29}.

Indivíduos sintomáticos são comumente tratados com anestésicos e corticosteróides tópicos, cujos efeitos colaterais são desprezíveis se comparados aos medicamentos sistêmicos^{24,30,31}. Como exemplos de medicações tópicas ministradas podemos citar o elixir de betametasona, o propionato de clobetasol e a acetona de triancinolona. Imunossupressores tópicos podem opcionalmente também ser utilizados, tais como, o tacrolimo^{20,32,33}. O presente estudo tem o objetivo de trazer informações atuais pertinentes ao EM, reportando 4 casos clínicos para uma melhor elucidação do tema e discutindo o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico e conduta frente estas manifestações comuns da cavidade oral.

RELATO DE CASOS

CASO 1:

Paciente E.D.M, gênero masculino, 76 anos, leucoderma, aposentado, história médica não sendo digna de nota, procurou o ambulatório de estomatologia da universidade após perceber alterações assintomáticas em sua língua há 2 meses. O exame intraoral evidenciou lesões eritematosas no dorso lingual, mostrando despapilações ovaladas circundadas por halos esbranquiçados

discretamente elevados compatível com EM (Figura 1). Além das áreas despapiladas, foi constatado também saburra nas áreas papiladas posteriores com possível associação de candidíase. O paciente foi conscientizado sobre as alterações percebidas na língua e a importância de um controle dietético, restringindo alimentos ácidos e condimentados, dentre outros.

Considerando a assintomatologia do caso, foi prescrito apenas uma medicação antifúngica tópica

(bochechos com Nistatina 100.000 UI/ml – 3x/dia por 2 semanas) e dadas às devidas orientações para melhora na higienização oral, especialmente da língua do paciente. Decorridos 15 dias, o paciente retornou assintomático com as mesmas áreas despapiladas mantidas e sem a saburra lingual. O antifúngico foi suspenso, orientações de higiene e dietéticas mantidas e acompanhamentos semestrais agendados.



Figura 1. Despapilações ovaladas bem delimitadas por halos esbranquiçados no dorso lingual compatíveis com EM.

CASO 2:

Paciente S.J.D. C, 25 anos, gênero masculino, feoderma, servidor público, em bom estado de saúde geral, compareceu ao ambulatório de estomatologia referenciado por um cirurgião-dentista, para investigação de lesões na língua. O paciente relatou aparecimento das alterações há 8 meses, associado à ardência frequente na região, especialmente em períodos de estresse e ansiedade. Por indicação de um amigo, fez uso de um corticóide tópico (Omcilon-A em orobase), mas relatou não ter tido melhora substancial da sintomatologia. Na oroscopia inicial, foram observadas 2 lesões sequenciais na borda lateral direita da língua compatíveis com EM. O paciente foi cuidadosamente orientado com relação à necessidade de um controle dietético, devendo evitar alimentos ácidos, como frutas e sucos cítricos, tomates,

condimentos e temperos em geral. Além disso, um corticóide tópico para bochechos (elixir de betametasona 0,5 mg/5ml – bochechos 2 a 3x/dia por 15 dias) foi prescrito como tentativa de controle da ardência e sintomatologia geral. No retorno, o paciente relatou alívio parcial da sintomatologia e uma nova lesão do lado direito da língua foi identificada (Figura 2). Para que houvesse remissão total da ardência, um novo corticóide tópico foi prescrito em associação ao elixir de betametasona, (propionato de clobetasol 0,05% em orobase) para utilização sempre que os sintomas estivessem presentes. Acompanhamentos inicialmente trimestrais foram realizados e diante da melhora considerável, preservação semestrais foram agendadas.



Figura 2. À esquerda, duas lesões na borda lateral da língua identificadas na primeira consulta. À direita, após 15 dias, uma nova lesão anterior identificada, compatível com o EM.

CASO 3:

R.F.S, 22 anos, gênero feminino, leucoderma, graduanda de odontologia, procurou o ambulatório de estomatologia para mostrar ao docente responsável, alterações que percebeu durante um autoexame. Ao exame clínico intraoral, além de lesões bilaterais em mucosa jugal mostradas pela aluna, foram identificadas ainda lesões compatíveis com EM no ventre de língua e na mucosa labial interna ao lábio inferior, além da associação com língua fissurada (Figura 3).

A paciente relatou ter sintomatologia espontânea da cavidade oral, com episódios de dor classificada por ela mesma como insuportável. Diante disso, também mencionou já fazer uma criteriosa restrição dietética, tendo ciência dos alimentos potencialmente agressores para suas lesões. Em consonância com o caso sintomático anterior, foi prescrito o elixir de betametasona para bochechos diários, resultando em enorme alívio e melhora da qualidade de vida da aluna.



Figura 3. As diversas apresentações do EM identificadas na aluna: mucosa jugal bilateralmente, mucosa interna do lábio inferior, ventre de língua e a associação com língua fissurada

CASO4:

Paciente J.A.M.F., 74 anos, gênero masculino, leucoderma, comerciante, tabagista, foi encaminhado ao serviço de estomatologia por um cirurgião-dentista da rede pública de saúde de sua cidade, para avaliação de lesão na língua que "aparecia e sumia" com certa frequência. A oroscopia revelava grande despapilação posterior-esquerda no dorso da língua, associada com saburra e fissuras linguais (Figura 4). Apesar do diagnóstico clínico de EM, o paciente relatava estar sempre assintomático, muito embora viesse utilizando Omcilon Aem orobase e própolis na língua, por recomendação médica. Uma citologia esfoliativa foi realizada e constatou a presença de hifas de *Candida albicans* no dorso lingual. Foi então recomendada a suspensão das medicações inicialmente apresentadas e a utilização de nistatina por duas semanas, além das orientações para uma melhor higiene oral geral. No seu retorno, o aspecto da língua mostrava considerável melhora da higiene e o paciente continuava assintomático. Acompanhamentos semestrais foram agendados.



Figura 4. Despapilação bem delimitada no dorso posterior esquerdo da língua, associada com saburra língua posterior e fissuras diversas.

DISCUSSÃO

O Eritema Migratório é uma condição crônica inflamatória benigna de etiologia ainda desconhecida¹, relativamente frequente na população mundial, cuja expressão clínica responde com eventual sintomatologia e áreas de despapilação lingual e/ou erosões em outras partes da mucosa oral, bem delimitadas por estrias hiperqueratótica³. Estas lesões podem ser motivos de ansiedade por parte da população, em decorrência de se caracterizarem por alterações frequentes expressas pelo padrão migratório e o temor permanente da possibilidade do diagnóstico de câncer bucal^{19,10}. Neste contexto, o cirurgião-dentista tem papel fundamental de identificar devidamente a doença por meio de exame clínico cuidadoso, tranquilizando o paciente e utilizando-se de orientações e terapias medicamentosas quando se fizer necessário. O padrão clínico lesional, é extremamente sugestivo, sendo raras as situações onde outras condutas diagnósticas são necessárias, como por exemplo, as biópsias incisórias.

Conforme mostrado em alguns casos relatados neste estudo (casos 1, 3 e 4), associações com outras doenças e alterações são relativamente comuns, como a candidíase e a língua fissurada³⁴. Estas correlações podem eventualmente potencializar quadros álgicos, especialmente ardências nas mucosas orais, justificando o emprego de medicações tópicas, normalmente os corticosteróides^{33,35,36}. Em alguns casos, as alterações sistêmicas são relatadas conjuntamente com o aparecimento das lesões orais em língua³⁷. Além disso, o eritema temporário é relatado em casos de pacientes que são submetidos a tratamentos de doenças sistêmicas, como a radioterapia, sendo uma condição temporária³⁸. Restrições dietéticas para os pacientes sintomáticos também são essenciais no tratamento, devendo os mesmos de forma geral evitarem alimentos condimentados e com acidez elevada²⁷.

O termo "Língua Geográfica" vem sendo consagrado pelo uso entre a população em função da maior prevalência da lesão no dorso da língua, especialmente nas bordas laterais deste órgão muscular². No entanto, esta não é a terminologia mais apropriada, já que outras partes da mucosa oral podem ser acometidas^{14,39}, como por exemplo a mucosa jugal e a mucosa labial, tornando o termo Eritema Migratório mais adequado. Vale ressaltar que as áreas erosivas tendem a mudarem de localização, justificando o segundo termo do nome da doença. O caso 3 deste estudo, exemplificou uma apresentação multifocal do EM, reforçando a melhor opção por não utilização do termo língua geográfica.

Sendo o cirurgião-dentista referenciado para o diagnóstico das doenças da cavidade oral, é imperioso a necessidade de que este profissional saiba identificar corretamente o EM⁴⁰ e todas as suas apresentações clínicas variadas. Para aqueles casos sintomáticos, as devidas orientações dietéticas e terapias medicamentosas coadjuvantes devem ser de absoluto domínio do odontólogo^{41,42}. Desconhecimentos e terapias equivocadamente empregados podem ser desastrosos para a resolução desta condição e devida tranquilização dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Erythemamigrans geographic tongue). In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE, eds. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2002:677-679.
2. Masferrer E, Jucgla A. Images in clinical medicine. Geographic tongue. **N Engl J Med** 2009; 361:e44.
3. Milolu O, Göregen M, Akgül HM, Acemoglu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 2009;107:e29-33.
4. Redman RS, Vance FL, Gorlin RJ, et al. Psychological component in the etiology of geographic tongue. **J Dent Res**. 1966;45:1403-8.
5. Jankittivong A, Langlais RP. Geographic tongue: clinical characteristics of 188 cases. **J Contemp Dent Pract**. 2005;6:123-35.
6. Yarom N, Cantony U, Gorsky M. Prevalence of fissured tongue geographic tongue and median rhomboid glossitis among Israeli adults of different ethnic origins. **Dermatol** 2004; 209:88-94.
7. Gonzaga HFS, Gonzaga LHS, Costa CAS. Aspectos epidemiológicos e etiológicos na língua geográfica. **Rev Odontol UNESP**, 1995, 24(1): 169-77.
8. Carvalho AT. Estomatologia: Atualização para o Clínico Geral. Parte II: Lesões Brancas da Cavidade Oral. **An. Fac. Odontol. UFPE**, Recife, v. 10, n. 2, p. 179-186, 2000.
9. Ercis M, Balci S, ATAKAN N. "Dermatological manifestations of 71 Down Syndrome Children admitted to a clinica; genetics unit"; **Clin Genet.**; 50 (5): 317- 20, Nov, 1996
10. Assimakopoulos D, Patrikakos G, Fotika C, Elisaf M. Benign Migratory Glossitis or Geographic Tongue: An Enigmatic Oral Lesion, **The American Journal of Medicine**, 2002, Vol 113
11. Pereira VMA, Nonaka CFW, Santos PPA, Medeiros AMC, Galvão HC. Coexistência incomum de cisto linfoepitelial oral e glossite migratória benigna, **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology** 75(2),2009.
12. Menni S, Boccardi D, Crosti C. Painful geographic tongue (benign migratory glossitis) in a child. European Academy of Dermatology and Venereology, **JEADV** 2004, 18,736-748.
13. Shafer HL. **A Textbook of Oral Pathology**, Copyright by W.B. Saunders Company 25:26. 1983
14. Yehuda Z. Migratory stomatitis (ectopic geographic tongue) on the floor of the mouth. **J Am AcadDermatol**, 2010;65: 459-460.

15. Shulman JD. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA. **Int J Paediatr Dent.** 2005;2:89-97.
16. Matos AL, Sá MAB, Pereira MM, Oliveira SKM, Teixeira NNS, Freitas DA. Lesões bucais na infância. **Rev. CEFAC.** 2016 Jan-Fev; 18(1):209-213
17. Menni S, Boccardi D, Crosti C. Painful geographic tongue (benign migratory glossitis) in a child. European Academy of Dermatology and Venereology, **JEADV** 2004, 18,736-748.
18. Carvalho AZ. Glossitemigratória, **Int J Dent,** 9(3):165-168 jul./set.,2010
19. Schuller, DE.; Schleuning, AJ. In: **DeWeese and Saunders' otolaryngologyhead and neck surgery.** 8th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1994:177.
20. Femiano F. GeographicTongue (MigrantGlossitis) and Psoriasis. **Minerva Stomatol.,** Torino, v. 50, no. 6, p. 213-217, June 2001
21. Ishibashi M, Tojo G, Watanabe M, Tamabuchi T, Masu Takashi, Aiba S. Geographic tongue treated with topical tacrolimus. **J Dermatol Case Rep** 2010 4, 57-59.
22. Halperin V, Kolas S, Jefferis KR. The occurrence of fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboid glossitis, and fissured tongue in 2,478 dental patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1953; 6: 1072-1077.
23. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. **Clin Exp Dermatol.** 2006;31:192-5.
24. Eidelman E, Chosack A, Cohen T. Scrotal tongue and geographic tongue: polygenic and associated traits. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1976; 42: 591-596.
25. Yesudian PD, Chalmers RJ, Warren RB, Griffiths CE. In search of oral psoriasis. **Arch Dermatol Res.** 2012;304(1):1-5.
26. Milolu O1, Göregen M, Akgül HM, Acemolu H. The prevalence and risk factors associated with benign migratory glossitis lesions in 7619 Turkish dental outpatients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2009;107(2):e29-33.
27. Hernández-Pérez F, Jaimes-Aveldañez A, Urquizo-RuvalcabaMde L, Díaz-Barcelot M, Irigoyen-Camacho ME, Vega-Memije ME, et al.Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** 2008;13(11):E703-08.
28. Sedano HO, Carreon Freyre I, Garza de la Garza ML, et. al. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1989; 68: 300-31.
29. Banoczy J, Rigo O, Albrecht M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population sample. **Community Dent Oral Epidemiol** 1993; 21: 224-226.
30. Chosack A, Zadik D, Eidelman E. The prevalence of scrotal tongue and geographic tongue in 70,359 Israeli schoolchildren. **Community Dent Oral Epidemiol** 1974; 2: 253-257.
31. BasselTarakji. Relation Between Psoriasis and Geographic Tongue. **Jou Clin Diagnos Res.** 2014 Nov, Vol-8(11): ZE06-ZE07
32. Marcucci G. **Fundamentos de Odontologia: Estomatologia,** Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005
33. NEVILLE BD. **Patologia Oral & Maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998
34. Loffredo LCM, Machado JAC. Prevalência da língua geográfica, língua fissurada e glossite rombóide mediana, em escolares de Ibatê-SP, no ano de 1980. **Rev. Odont.. UNESP,** São Paulo, 12(112):71-75, 1983.

35. Kraether Neto L, Borba MG, Figueiredo MAS, Cherubini K, Yurgel, LS. Relação entre língua geográfica e psoríase. **Rev Bras Patol Oral**, 2004, 3(1):32-35.
36. Portella,W, Teles CBJ. Incidência da língua geográfica em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de idade. **Rev.Bras. Odont.**; 43 (2) : 42: 50, 1986.
37. Costa CC, Resende GB, Souza M, Tavares SS. Almeida ICSS, Filho, LC.: Estudo das Manifestações Bucais em Crianças Com Diabetes e Suas Variáveis de Correlação. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2004: 374-378.
38. Regezi, JA, Sciubba, JJ. Oral pathology: clinical pathologic correlations. **WB Saunders Company** 1989; p.70.
39. Warnock, GR. Multiple, shallow, circinate mucosal erosions on the soft palate and base of uvula. **JADA**. 1986; 112: 523-4.
40. Rhyne TR, Smith SW, Minier, AL Multiple, annular, erythematous lesions of the oral mucosa. **J Am Dent Assoc**. 1988; 116: 217-8
41. Al-Johani KA, Fedele S, Porter SR. Erythema multiforme and related disorders. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**. 2007; 103: 642-54.
42. Boraks, S. **Medicina Bucal: Tratamento Clínico - Cirúrgico das Doenças Bucomaxilofaciais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.