



## Protocolo Clínico para Tratamento das Lesões Ulceradas na Cavidade Bucal

- 1) As úlceras bucais podem ser a manifestação bucal comum de um amplo espectro de condições patológicas locais e sistêmicas. A maioria das úlceras bucais, em indivíduos saudáveis, representam quadros de estomatite aftosa recorrente (afta menor), associadas a causas locais (traumas e queimaduras) ou infecção pelo vírus herpes simples.
- 2) Lesões malignas e doenças sistêmicas devem ser consideradas, se estiverem presentes, por mais de três semanas, após terem sido removidos os possíveis fatores traumáticos.
- 3) Toda úlcera que persistir por mais de três semanas, independente do tratamento, deve ser biopsiada.

### **CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS para Pacientes Portadores de Úlceras Bucais:**

**História da doença atual:** tempo de duração, associação temporal com uso de medicamentos e trauma relacionado.

**Características clínicas das úlceras:** forma, tamanho, margens, profundidade, sintomatologia, aparência da base, relação causal, persistência/duração, número e localização.

**Origem:** local, sistêmica.

**Avaliação física geral:** presença de lesões cutâneas, lesões oculares, lesões anogenitais, linfadenopatia, febre, petéquias, tosse crônica, hepatoesplenomegalia, gastroenteropatias, perda de peso em adultos e desordem no crescimento em crianças, fraqueza, sangramentos, púrpuras.

**Histórico ou comportamento atípico das úlceras:** aparecimento em fase tardia da vida adulta, períodos de exacerbação, lesões clinicamente agressivas e lesões não responsivas ao uso de corticóide local.

**Presença de outras lesões bucais:** candidíase, lesões herpéticas, glossite, estomatite, petéquias, sangramento e/ou edema gengival, GUNA, leucoplasia pilosa, sarcoma de Kaposi.

### **Conduta Clínica baseada no diagnóstico:**

- a) Nos casos de ulcerações não relacionadas a trauma e que não cicatrizam em torno de três semanas, mesmo sob terapia medicamentosa, é indicado a realização de biopsia incisional e análise histopatológica, visando excluir a possibilidade de doença sistêmica ou maligna. Se necessário, encaminhar a um serviço especializado, para tratamento.
- b) Nas lesões que apresentam trauma associado, a conduta a ser realizada é remover-se o agente traumático e prescrever-se o uso de corticóide tópico até cicatrizar: Omcilon AM creme® (três vezes por dia), Gingilone®, Psorex creme®.
- c) Nas lesões diagnosticadas como aftas recorrentes, caracterizadas pela presença de halo eritematoso e dor, principalmente em mucosa não ceratinizada (lábios, bochechas e mucosa alveolar), a conduta é:  
Lesões únicas ou até duas a três aftas menores (quadro mais comum): Corticóide tópico †Omcilon AM creme®, Gingilone®, Psorex creme ®.  
Lesões múltiplas e disseminadas de aftas menores (quadro mais raro): bochechos de corticóide Decadron elixir ® (dexametasona), Celestone elixir ® (betametasona); terapia antifúngica (Nistatina suspensão oral); Laser de baixa intensidade com luz vermelha.  
Lesões isoladas de aftas maiores (afta de Sutton): corticóide tópico; infiltração intralesional de corticóide (Duo-decadron ®); laser de baixa intensidade, com luz vermelha.  
Tratamento preventivo para quadros mais intensos (objetivando maior espaçamento entre as crises e menor número de lesões): Levamisol (Ascaridil®) - tomar um comprimido por dia, durante três dias consecutivos. Suspender por 15 dias. Este ciclo pode ser repetido, no máximo, até seis vezes.

### **Em quadros clínicos de lesões aftóides múltiplas e disseminadas é mandatório excluir doenças sistêmicas.**

- d) Nas lesões herpéticas, quer na gengivo estomatite herpética primária, quer nos quadros recidivantes:  
Uso tópico Aciclovir creme 5% (zovirax®); Penciclovir creme 1%; Herpesine®, 4 a 6 vezes ao dia.  
Uso sistêmico Aciclovir comprimido 200mg ou suspensão oral 200mg/5ml (zovirax®) cinco vezes por dia; Fanciclovir (Penvir®); Valaciclovir (Valtrex®). Cuidados básicos na administração de medicamentos a crianças, gestantes e nutrizes. Dose pediátrica relacionada ao peso.  
Medidas de suporte.  
Hidratação do paciente.

É sempre bom lembrar que a doença na fase inicial (vesicular) é altamente contagiosa. Deve-se prevenir a autoinoculação em outras regiões (anogenital e olhos) e contágio para outras pessoas, principalmente crianças.

### **Autores:**

- Maria Elisa Rangel Janini CD, DDS, PhD (CRO-RJ 11.391)  
Profª Adjunta de Estomatologia da FO/UFRJ- Doutora em Odontologia pela UFRJ  
Coordenadora do curso de especialização em Estomatologia da FO/UFRJ  
E-mail: elisajanini@globocom
- Valdir Meireles Jr CD, DDS, PhD (CRO-RJ 14.922)  
Prof. do curso de especialização em Estomatologia da FO/UFRJ - Doutor em Odontologia pela UFRJ  
E-mail: valdirmeirelles@hotmail.com



**CRO-RJ**

Almiro Reis Gonçalves  
Coordenador da  
Comissão de  
Educação Continuada  
do CRO-RJ  
Maio 2012

# Protocolo Clínico