



# ciência plural

## PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES BUCAIS NAS DOENÇAS GASTROINTESTINAIS INFLAMATÓRIAS CRÔNICAS: ANÁLISE DE 10 CASOS

### Prevalence of oral abnormalities in chronic inflammatory gastrointestinal diseases: analysis of 10 cases

**Anderson Nicolly Fernandes-Costa** • Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN.  
E-mail: anson.fernandes@hotmail.com

**Jussara Melo de Cerqueira Maia** • Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
Natal-RN. E-mail: jussaracmaia@hotmail.com

**Ana Miryam Costa de Medeiros** • Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> da Disciplina de Estomatologia e Imagenologia do Departamento de Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN. E-mail: anamiryam@digizap.com.br

---

#### Resumo

**Introdução:** Doenças gastrointestinais inflamatórias crônicas (DGIC) é um grupo de doenças em que se enquadram a doença de Crohn (DCr), a colite ulcerativa e a doença celíaca (DC) cuja origem ainda é incerta e são caracterizadas por terem um curso clínico crônico e intercalarem períodos de remissão com episódios agudos. Por sua vez, as manifestações bucais nas DGIC são achados clínicos comuns, podendo apresentar ulcerações e defeitos de desenvolvimento em esmalte, sendo aquelas, as lesões mais frequentes. **Objetivo:** Verificar a presença de alterações bucais em pacientes com DGIC. **Métodos:** A coleta de informações foi obtida através da aplicação de um questionário e de exame clínico em 10 pacientes diagnosticados com DGIC. **Resultados:** Os pacientes com DGIC apresentaram líquen plano oral, língua fissurada, dente supranumerário, torus palatino, microdentes, agenesia dentária, disfunção da ATM, granuloma piogênico, linha Alba e dente rosa de Mummy. O defeito de desenvolvimento de esmalte mais frequente nos pacientes com DC foi a opacidade difusa, na DCr foi a opacidade demarcada e na colite ulcerativa foram a hipoplasia e outros defeitos. **Conclusão:** De fato, as manifestações bucais e dentárias podem fazer parte do quadro das DGIC sendo importante a integração multidisciplinar no tratamento e acompanhamento desses pacientes. Além disso, foi evidente a relação entre alterações de desenvolvimento de esmalte e as DGIC.

**Palavras-chave:** Doenças Inflamatórias Intestinais; Medicina Bucal; Manifestações Bucais.

## Abstract

**Introduction:** Chronic gastrointestinal inflammatory diseases (CGID) is a group of diseases that are Crohn's disease (CrD), ulcerative colitis and celiac disease (CD) whose origin is still uncertain and are characterized by having a chronic clinical course and interleave periods of remission with acute episodes. Oral manifestations in CGID are common clinical findings and may have ulcerations, enamel developmental defects, ulcers are the most frequent injuries. **Objective:** Verify the presence of oral abnormalities in patients with CGID and oral manifestations. **Methods:** Data collection was obtained through a questionnaire and clinical examination in 10 patients diagnosed with CGID. **Results:** Patients with CGID presented oral lichen planus, fissured tongue, supernumerary tooth, palatal torus, micro tooth, tooth agenesis, TMJ disorder, pyogenic granuloma, Alba line and rose Mummy tooth. The most frequent defect enamel development in patients with CD was diffuse opacity for CrD was demarcated opacity were ulcerative colitis and hypoplasia and other defects. **Conclusion:** In fact, the oral and dental manifestations may be part of CGID framework is important multidisciplinary integration in the treatment and monitoring of these patients. Furthermore, it was evident relationship between enamel development and changes CGID.

**Keywords:** Inflammatory Bowel Diseases; Oral Medicine; Oral Manifestations.

## Introdução

Doenças gastrointestinais inflamatórias crônicas (DGIC) constituem um grupo de doenças que compreendem a doença de Crohn (DCr), a colite ulcerativa e a doença celíaca (DC), cujas origens são incertas, podendo a doença estar relacionada com susceptibilidade genética e são caracterizadas por terem um curso clínico crônico com períodos de remissão e episódios agudos.<sup>1</sup>

A DCr é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida que pode afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, da boca ao ânus. É também conhecida como enterite regional ou enterite granulomatosa. Caracteriza-se por uma inflamação transmural com ulceração profunda, espessamento da parede intestinal e formação de fístulas cuja principal característica é a formação de granulomas não caseosos.<sup>2</sup>

A colite ulcerativa é um distúrbio inflamatório crônico, de etiologia desconhecida, que afeta o intestino grosso, mas precisamente a região mucosa e a submucosa, podendo também ser denominada de colite ulcerativa mucosa ou retocolite ulcerativa.<sup>3</sup> Caracteriza-se por uma inflamação crônica limitada principalmente a mucosa e a severidade da doença aumenta conforme haja o envolvimento das outras camadas do órgão com ulceração, edema e hemorragia.<sup>4</sup>

A DC, conhecida como enteropatia glúten-sensível, é uma intolerância a polipeptídeos contidos no glúten de alguns cereais, como trigo e aveia, sendo o intestino delgado o principal órgão afetado. Na literatura, esta entidade também pode ser encontrada com as denominações de enteropatia glúten-sensível, espru não-tropical, esteatorréia idiopática e espru celíaco.<sup>5</sup> Classicamente, o paciente exibe diarreia e insuficiência de crescimento nos primeiros dois anos de vida.<sup>6</sup>

Nas DGIC não há diferenças quanto às manifestações clínicas, embora têm-se comprovado que há risco de malignidade durante o curso clínico na colite ulcerativa<sup>7</sup>, e as manifestações bucais nas DGIC são achados clínicos comuns, podendo apresentar ulcerações, defeitos de desenvolvimento em esmalte e até artrite inflamatória na articulação temporomandibular, sendo as ulcerações as lesões mais frequentes.<sup>8-11</sup>

## Metodologia

O estudo é do tipo descritivo transversal baseado na coleta de informações obtidas através da aplicação de um questionário e exame clínico em pacientes diagnosticados com doenças gastrointestinais inflamatórias crônicas com o objetivo de identificar as alterações bucais em pacientes com DGIC.

Os sujeitos foram selecionados por meio da amostragem por conveniência, totalizando 10 indivíduos. Os sujeitos foram atendidos na clínica odontológica do departamento de Odontologia da UFRN. Após breve explicação dos objetivos e metodologia do estudo, foi entregue a cada paciente duas cópias do TCLE para serem assinadas, ficando uma cópia com o paciente e outra com o pesquisador.

Cada paciente respondeu um questionário aplicado pelo pesquisador. A parte inicial do questionário buscou caracterizar a população pesquisada: perfil socioeconômico, idade, ocupação, escolaridade, antecedentes familiares entre outros dados.

Depois de aplicado o questionário, com o auxílio de espelho clínico, sonda milimetrada da OMS, sob luz artificial e sob estritas medidas de biossegurança foi realizado exame clínico em todos os pacientes, no qual foi observada a ocorrência de alterações em tecidos moles e duros orais e obtido o índice DDE Modificado (índice de Defeitos de desenvolvimento em Esmalte ou DDE)<sup>12</sup> que avalia as alterações de desenvolvimento de esmalte. Todos estes dados foram coletados por meio de uma ficha clínica e subsidiaram o estabelecimento do *status* da saúde bucal de cada paciente.

Os dados obtidos foram analisados descritivamente conforme as características da amostra e os gráficos gerados por meio do programa Excel®. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UFRN sob parecer de número 472/2011.

## Resultados

Foram avaliados 10 pacientes diagnosticados com DGIC. Destes, 2 tinham DCr, 6 tinham DC e 2 tinham colite ulcerativa. A amostra total foi constituída por 5 pacientes do sexo masculino e 5 do sexo feminino. A média da idade dos pacientes foi de 29 anos, variando de 4 a 54 anos. Cinco pacientes foram considerados meladodermos, 4 foram considerados leucodermos e 1 foi considerado feodermo.

Em relação aos sinais e sintomas relatados pelos pacientes, 9 relataram presença de úlceras, 7 relataram sensação de boca seca, 1 relatou ardência na boca, 9 relataram halitose, 1 relatou disgeusia e 5 relataram dores na ATM.

Em relação ao exame clínico, 1 paciente apresentou disfunção da ATM, 2 pacientes apresentaram líquen plano oral, 1 paciente apresentou língua fissurada, 1 paciente apresentou hiperplasia gengival, 2 pacientes dentes supranumerários, 1 paciente apresentou linha alba, 1 paciente apresentou torus palatino, 1 paciente apresentou microdentes, 1 paciente apresentou agenesia dentária e 1 paciente apresentou dente rosa de Mummery (Figura 1).

Figura 1. Fotografia mostrando as alterações encontradas nos tecidos orais ao exame clínico. Natal/RN. 2012.



Fonte: Arquivos do Autor, 2012.

Legenda: A. Hiperplasia gengival na região interproximal dos elementos 42 e 43. B. Dente supranumerário na região posterior direita da mandíbula. C. Microdentes em maxila bilateral. D. Dente apresentando a alteração conhecida como dente rosa de Mummery.

As tabelas a seguir relatam a distribuição dos sinais e sintomas de acordo com o diagnóstico (Tabela 1) e distribuição dos achados clínicos de acordo com o diagnóstico (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição dos sinais e sintomas de acordo com o diagnóstico. Natal/RN, 2012.

Sinais e Sintomas	Doença de Crohn	Colite Ulcerativa	Doença Celíaca
Úlcera	6 (100%)	1 (50%)	2 (100%)
Sensação de Boca Seca	4 (66,7%)	1 (50%)	2 (100%)
Sensação de Ardência	1 (16,7%)	-	-
Halitose	5 (83,4%)	2 (100%)	2 (100%)
Disgeusia	1 (16,7%)	-	-
Dores na ATM	4 (66,7%)	1 (50%)	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Em relação aos defeitos de desenvolvimento do esmalte, o paciente celíaco que possuía dentição decídua apresentou um dente com defeito de desenvolvimento de esmalte (DDE), assim como o paciente com dentição permanente apresentou pelo menos um dente com DDE. Os pacientes com DCr todos possuíam dentição permanente e destes 4 apresentaram pelo menos um dente com DDE, 1 não apresentou DDE e 1 não pode ser avaliado, pois era edêntulo. Do mesmo modo, os pacientes com DC que possuíam dentição mista apresentaram

ao menos um dente com DDE. Quanto aos pacientes com colite ulcerativa, 1 paciente possuía dentição mista e apresentou pelo menos um dente com DDE e o outro possuía dentição permanente e apresentou DDE.

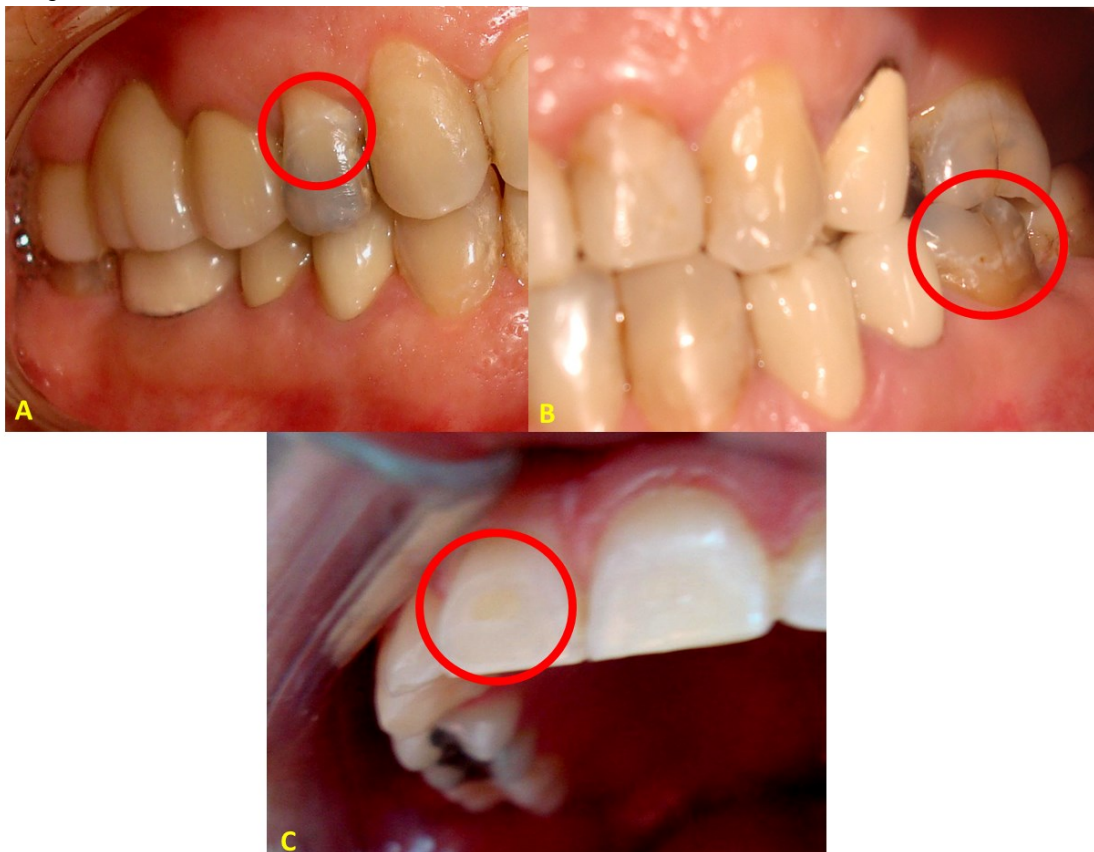
**Tabela 2.** Distribuição dos achados clínicos de acordo com o diagnóstico. Natal/RN, 2012.

Achados Clínicos	Doença de Crohn	Colite Ulcerativa	Doença Celíaca
Disfunção da ATM	-	1 (50%)	-
Línquen Plano Oral	1 (16,7%)	-	1 (50%)
Língua Fissurada	1 (16,7%)	-	-
Hiperplasia Gengival	-	1 (50%)	-
Dentes Supranumerários	1 (16,7%)	1 (50%)	-
Linha Alba	-	1 (50%)	-
Torus Palatino	1 (16,7%)	-	-
Microdente	1 (16,7%)	-	-
Agenesia Dentária	1 (16,7%)	-	-
Dente Rosa de Mummery	-	1 (50%)	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

O defeito de desenvolvimento de esmalte mais frequente nos pacientes celíacos foi a opacidade difusa (Figura 2). Para os pacientes com doença de Crohn o defeito mais frequente foi a opacidade demarcada (Figura 2). Enquanto que, para os que tinham colite ulcerativa, os mais frequentes foram a hipoplasia e outros defeitos, como defeitos de continuidade do esmalte (Figura 2). Os outros defeitos estão relacionados na tabela abaixo (Tabela 3).

**Figura 2.** Fotografia mostrando as alterações encontradas nos dentes de acordo com o DDE. Natal/RN. 2012.



Fonte: Arquivos do Autor, 2012.

Legenda: A. Opacidade difusa na cervical do elemento 14. B. Opacidade demarcada na cervical do elemento 36. C. Outros defeitos no elemento 11 (descontinuidade do esmalte).

**Tabela 3.** Distribuição da ocorrência de DDE nas dentições decídua e permanente por dente de acordo com o diagnóstico. Natal/RN, 2012.

DDE	Dentição Decídua			Dentição Mista/Permanente		
	DCr	CU	DC	DCr	CU	DC
<b>Sem Defeitos</b>	-	8 (80%)	7 (70%)	29 (58%)	1 (10%)	7 (70%)
<b>Opacidade Demarcada</b>	-	1 (10%)	-	4 (8%)	1 (10%)	3 (30%)
<b>Opacidade Difusa</b>	-	-	3 (30%)	1 (2%)	2 (20%)	-
<b>Hipoplasia</b>	-	1 (10%)	-	1 (2%)	2 (20%)	-
<b>Outros Defeitos</b>	-	-	-	3 (6%)	3 (30%)	-
<b>Excluído</b>	-	-	-	12 (24%)	1 (10%)	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

## Discussão

As DGIC relacionam-se com a Odontologia, pois pacientes diagnosticados com tais doenças podem apresentar alterações bucais em tecidos moles e duros. Dentre estas alterações, verificou-se que os pacientes relataram ter com mais prevalência as úlceras, a sensação de boca seca, halitose e dores na ATM, assemelhando-se ao estudo de Katz et al.<sup>13</sup>

Sciubba e Said-al-Naief<sup>14</sup> relatam que a disgeusia pode significar um sinal de alerta para que se possa diagnosticar a DCr e mostraram que 10% dos pacientes que tem a doença apresentam alteração do paladar. No presente estudo foi observado que 16,7% dos pacientes apresentaram disgeusia.

No entanto, ao confrontarmos estes relatos com os achados clínicos, não foi possível relacionar estes relatos com os achados clínicos, pois estes não se encontravam presentes ao exame clínico. Isto pode ser explicado, provavelmente, pelo fato destes pacientes encontrarem-se sob tratamento médico, visto que apenas o tratamento das DGIC já é suficiente para a remissão e o controle das manifestações bucais.<sup>15</sup>

Devido os resultados serem obtidos por meio de uma avaliação transversal em uma amostra de conveniência, não foram observadas muitas alterações em tecidos moles, no momento do exame, contrapondo-se a outros trabalhos da literatura.<sup>6,16</sup> Para tanto, far-se-ia necessário a realização de um estudo prospectivo para se verificar a real prevalência de alterações bucais nas DGIC.

Há várias etiologias que levam ao surgimento dos defeitos de desenvolvimento de esmalte, tais como fatores ambientais, genéticos e sistêmicos. E alguns estudos já foram realizados para se determinar a prevalência de defeitos de desenvolvimento de esmalte, sejam eles na dentição decídua ou permanente.<sup>17-19</sup>

Os pacientes celíacos apresentaram defeitos de desenvolvimento de esmalte, sendo estes a opacidade demarcada e a opacidade difusa. Embora, a amostra seja reduzida, pode-se inferir que esta prevalência corrobora com os achados da literatura.<sup>17</sup> Esta relação é fundamentada na possível hipocalcemia durante a odontogênese a qual é ocasionada pela má absorção gerada pela intolerância ao glúten que se encontra presente na maioria dos alimentos.<sup>20</sup>

No que diz respeito às outras doenças, 80% dos pacientes com DCr apresentaram algum defeito de desenvolvimento de esmalte, sendo a opacidade demarcada e outros defeitos os mais prevalentes. Assim como os celíacos, todos os pacientes com colite ulcerativa apresentaram defeitos de desenvolvimento de esmalte. Todavia, não há dados na literatura para que possamos fazer algum tipo de comparação.

Além das alterações de desenvolvimento de esmalte, também foram observadas alterações na forma e no número de dentes. Um paciente com colite ulcerativa apresentou dente supranumerário (um incisivo lateral esquerdo) e este apresentava uma reabsorção interna dando uma coloração rosa ao dente, alteração denominada de dente rosa de Mummery. A paciente não relatava qualquer trauma na região antes da erupção do mesmo. Outro paciente também apresentou um dente supranumerário, um pré-molar inferior direito, sendo que este era portador de DCr.

Um dos pacientes com DCr apresentou um microdente, o segundo pré-molar superior esquerdo. Além disso, o mesmo apresentava agenesia do pré-molar inferior direito. Contudo, para efeitos de comparação com outros estudos não foi possível, em virtude da escassez de trabalhos que façam tal correlação de alterações de forma e de número de dentes com as DGIC.

## Conclusões

Vê-se a necessidade dos cirurgiões-dentistas conhecerem as peculiaridades destes pacientes e planejar o tratamento, respeitando as particularidades dos mesmos. Ressalta-se também a importância da inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar que tratam destes pacientes, criando oportunidades de diagnóstico precoce. Salienta-se ainda, que estas alterações podem suscitar uma investigação para o diagnóstico destas DGIC, pois estas são comuns no curso clínico das mesmas.

Pode-se concluir que, apesar do número de casos analisados ter sido pequeno, é visível a possibilidade de que as alterações bucais podem estar presentes em pacientes com DGIC, até mesmo durante o tratamento. Além disso, também é evidente a relação entre alterações de desenvolvimento de esmalte e as DGIC, independente de qual seja. Percebe-se que outros estudos de caráter prospectivo e com amostras maiores são necessários para que se possa identificar a real prevalência dessas alterações bucais, tantos em tecidos moles como duros.

## Referências

1. Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol.* 2007;133:1670-89.
2. Selby W. Pathogenesis and therapeutic aspects of Crohn's disease. *Vet Microbiol.* 2000;77(3/4):505-11.
3. Gouveia MS, Jacques FO. Retocolite ulcerativa idiopática e o tratamento com ácido 5-aminosalicílico. *Uningá Review.* 2010;4(1):6-16.
4. Roriz JV. Manifestações bucais em pacientes com doenças gastrointestinais inflamatórias [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
5. Fasano A, Catassi C. Coeliac disease in children. *Best Prac Res Clin Gastroenterol.* 2005;9(3):467-78.
6. Barker JM, Liu E. Celiac disease: pathophysiology, clinical manifestations and associated autoimmune conditions. *Adv Pediatr.* 2008;55:349-65.
7. Cottone M, Scimeca D, Mocciaro F, Civitavecchia G, Perricone G, Orlando A. Clinical course of ulcerative colitis. *Dig Liver Dis.* 2008;40(suppl. 2):S247-S52.
8. Campisi G, Di Liberto C, Iacono G, Compilato D, Di Prima L, Calvino F et al. Oral pathology in untreated coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26(11/12):1529-36.

9. Daley TD, Armstrong JE. Oral manifestations of gastrointestinal diseases. *Can J Gastroenterol*. 2007;21(4):241-4.
10. da Silva PC, de Almeida Pdel V, Machado MA, de Lima AA, Grégio AM, Trevilatto PC et al. Oral manifestations of celiac disease. A case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(9):E559-62.
11. Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2006;12(30):4819-4831.
12. International Federation of Dental. Comission on Oral Health, Research and Epidemiology. An epidemiological index of developmental defects of dental enamel (D.D.E. Index). *Int Dent J*. 1982;32:159-67.
13. Katz J, Shenkman A, Stravopoulos F, Melzer E. Oral signs and symptoms in relation to disease activity and site of involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Oral Dis*. 2003;9:34-40.
14. Sciubba JJ, Said-Ai-Nasief N. Orofacial granulomatosis: presentation, pathology and management of 13 cases. *J Oral Pathol Med*. 2003;32(10):576-585.
15. Pincelli TPH. Manifestações orais da doença inflamatória intestinal: estudo clinicopatológico retrospectivo [dissertação]. São Paulo: USP; 2010.
16. Harty S, Flemming O, Rowland M, Crushell E, McDermott M, Drumm B, Bourke B. A prospective study of the oral manifestations of Corhn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2005;3:886-891.
17. Via WF, Churchill JA. Relationship of enamel hypoplasia to abnormal events of gestation and birth. *J Am Dent Assoc*. 1959;59(4):702-707.
18. Smith DMH, Milier J. Gastro-enteritis, celiac disease and enamel hypoplasia. *Br Dent J*. 1979;147(4):91-95.
19. Aine L. Dental enamel defects and dental maturity in children and adolescents with celiac disease. *Proc Finn Dent Soc*. 1996;82(3): 19-71.
20. Farmakis E, Puntis JW, Toumba KJ. Enamel defects in children with celiac disease. *Eur J Paediatric Dent*. 2005;3:129-132.

Recebido em: 11/01/2015. Aprovado em: 09/04/2015.