

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

MANOELA NATACHA ALMEIDA RODRIGUES

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E
ASSOCIAÇÃO COM A DOENÇA PERIODONTAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

**PATOS – PB
2015**

MANOELA NATACHA ALMEIDA RODRIGUES

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTEMICO E SUA
ASSOCIAÇÃO COM A DOENÇA PERIODONTAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa

**PATOS – PB
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

R696m Rodrigues, Manoela Natacha Almeida
Manifestações orais do lúpus eritematoso sistêmico e sua associação com a doença periodontal: uma revisão de literatura / Manoela Natacha Almeida Rodrigues. – Patos, 2015.
39f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2015.

"Orientação: Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa"

Referências.

1. Lúpus eritematoso sistêmico. 2. Doenças autoimunes. 3. Manifestações bucais. I.Título.

CDU 616:619

**MANIFESTAÇÕES ORAIS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTEMICO E A
ASSOCIAÇÃO COM A DOENÇA PERIODONTAL: UMA REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Lyra de Albuquerque – 1^o Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof. Msc. Jorge Pontual Waked - 2^o Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico esse trabalho primeiramente a DEUS que foi meu acalanto nesses
longos anos,

Dedico a meus pais MANOEL E PATRICIA (*in memoriam*), meu pai, um grande exemplo que esteve ao lado da minha mãe em toda sua vida e me apoiou em todos os momentos, mesmo naqueles em que não sabia como proceder; à minha mãe, este trabalho significa uma singela forma de demonstrar que ela sempre esteve em meus pensamentos, e que, assim como prometi, segui meu caminho na intenção de conquistar meu ideal, mesmo na sua ausência. E assim fiz.

Por fim, dedico também a todos os professores, funcionários e pacientes que constituíram em peças importantes para essa conquista.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, pois ele tornou possível essa minha caminhada e deu-me força pra superar as dificuldades.

Ao meu pai, pelo amor, por todo apoio e compreensão e, em especial, a minha mãe, já falecida, por tudo que ela me ensinou, por toda sua vontade de viver a perseverança que teve nesses longos anos, sei que torce por mim onde quer que esteja.

Aos meus avós, meus tios e primos que, diretamente ou indiretamente, fizeram parte da minha formação.

As minhas amigas de infância Priscila Macedo, Elaine, Rafaela, Almira, Jussara, Priscila Parente, Taynah por esses anos de amizade e por estarem presente e compartilharem comigo todos os momentos mais importantes da minha vida.

Aos meus eternos Murros Gabi, Luan, Klin, Maris, Mariana, Luiz, Vini, Rayssa, Geninha, Rodolfo, Narjara e em especial a Roberta minha dupla, que me acompanhou nessa jornada. Obrigada pelo apoio e carinho de todos.

Agradeço também a turma 2009.2 em especial a Cecilia, Eveline, Juliane, Matheus, Paula Lorena, Marilia. Ao meu quarteto Marcela, Baiano, Cacá, e Anderson; pois, com eles, pude compartilhar brincadeiras e muitas noites de estudo e diversão.

Agradeço a instituição, aos meus mestres e funcionários por contribuírem com a realização do sonho de formação de um futuro grandioso.

E por fim ao meu orientador Prof. Dr. João Nilton Lopes de Sousa, pela paciência pelo suporte pra que esse trabalho pudesse ter sido concluído.

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico vem sendo estudado há muitos anos por se tratar de uma doença autoimune, caracterizada pelo aumento da atividade do sistema imunológico pela produção de auto anticorpos. O objetivo do presente estudo foi fazer uma análise bibliográfica sobre o tema por meio de um levantamento da literatura em bases de dados eletrônicos (SciELO, BIREME, PUBMED e Lilacs), com o fim de detectar as principais manifestações orais do Lúpus Eritematoso Sistêmico para auxiliar o Cirurgião-Dentista no diagnóstico e na intervenção das lesões. Nesta revisão, observou-se que a doença acomete principalmente mulheres caucasianas entre a segunda e a quarta décadas de vida. Na cavidade bucal, as lesões ulceradas são encontradas principalmente em mucosa jugal, gengiva e palato. Seu diagnóstico torna-se complexo por apresentar uma grande variedade de sinais e sintomas, dentre eles, expressões orofaciais como O rash malar (eritema malar), além de, em função de seus sintomas serem semelhantes aos sintomas de outras enfermidades ocorridas na região bucal, oferecer ao cirurgião-dentista a possibilidade de um diagnóstico diferencial. A etiologia da doença se apresenta como desconhecida e a forma de manifestação é diversa, porém a mais comum é a reticular erosiva. A grande maioria dos pacientes apresenta a doença de forma assintomática, o que requer do cirurgião dentista o conhecimento prévio para que em seu tratamento tenha acompanhamento clínico intensivo com o objetivo de manter sob controle as lesões e higiene bucal dos pacientes.

Palavras-chaves: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Doenças autoimunes; Manifestações bucais.

ABSTRACT

The Lupus Erythematosus Systemic has been studied for many years because it is an autoimmune disease characterized by increased activity of the immune system by producing autoantibodies. The aim of this study was to make a literature review on the topic by means of a survey of literature in electronic databases (SciELO, BIREME, PUBMED and Lilacs), in order to detect the main oral manifestations of systemic lupus erythematosus to help the DDS in the diagnosis and intervention of injuries. In this review, it was observed that the disease primarily affects Caucasian women between the second and fourth decades of life. In the oral cavity, the ulcerated lesions are mainly found in the buccal mucosa, gingiva and palate. Diagnosis becomes complex to present a wide range of signs and symptoms, including, orofacial expressions like The malar rash (malar rash), and, depending on your symptoms are similar to symptoms of other diseases that occur in the oral region, offer the dentist the possibility of a differential diagnosis. The etiology of the disease is presented as unknown and form of manifestation is diverse, but the most common is the erosive reticular. The vast majority of patients have the asymptomatic disease, which requires prior knowledge of the dentist to have their treatment in intensive clinical monitoring in order to keep under control the lesions and oral hygiene

Keywords: Lupus Erythematosus, Systemic; Autoimmune Diseases; Oral Manifestations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR - *American College of Rheumatology*

GUNA- Gengivite Ulcerada Necrosante Aguda

IgM - Imunoglobulina M

IgC - Imunoglobulina C

LES - Lupus Eritematoso Sistêmico

MMP - Matriz Metalloproteinase

UV - Raio Ultravioleta

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 CLASSIFICAÇÃO DO LÚPUS	13
3.2 ASPECTOS GERAIS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	14
3.3 ASPECTOS DETERMINANTES DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO	18
REFERÊNCIAS	22
4. ARTIGO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
ANEXO A – Normas para publicação – Revista Saúde & Ciência	34

1 INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso se caracteriza como uma doença autoimune, crônica e inflamatória, decorrente de lesões que um processo intenso e prolongado provoca no organismo, e que viabiliza sua manifestação de formas diversas, com momentos de exacerbação, remissão e prognósticos variáveis, (ALARCON et. al., 2004) podendo se manifestar de três formas distintas, cada uma com suas características específicas de atuação: o Lúpus Eritematoso Discoide, o Lúpus Eritematoso Sistêmico e o Lúpus induzido por droga. O primeiro se caracteriza por apresentar inflamações na pele, geralmente na face, nuca e couro cabeludo; o segundo, por ser mais agressivo atinge todos os órgãos e sistemas do organismo; o terceiro, enfim, se revela em consequência da indução de drogas ou medicamentos, significando entender que tão logo as medicações sejam suspensas, seus efeitos tendem a desaparecer (VIANA et al. 2010).

As doenças autoimunes caracterizam-se como doenças inflamatórias crônicas, cuja fisiopatologia consiste em distúrbios da imunidade humoral e celular, de origens genética, hormonal, psicológica e ambiental (CRUZ, 2009), acarretando uma alteração do no sistema imunológico que passa a produzir anticorpos contra as próprias células, provocando inflamação e danificando os órgãos do próprio organismo.

O diagnóstico do lúpus se dá basicamente através de critérios clínicos e laboratoriais. No entanto, conforme Oliveira (2011), em virtude de variáveis diversas nesses diagnósticos, que se constituem em aspectos complicadores em função da variedade de sintomas, o *American College of Rheumatology* aponta onze sintomas que podem indicar a ocorrência do LES: eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, lesões orais/nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações hematológicas, alterações imunológicas, alterações neurológicas e anticorpos antinucleares.

Outro dado complicador para se determinar o diagnóstico do Lúpus Eritematosos Sistêmico reside na semelhança de suas características com as de outras enfermidades ocorridas na região bucal, possibilitando que o cirurgião-dentista incorra em um diagnóstico diferencial. Este diagnóstico diferencial se dá devido à diversidade clínica das lesões que ocorrem na região bucal em função da difícil distinção que se deve fazer entre as lesões oriundas do Lúpus Eritematoso, da

líquen plano, das lesões traumáticas, das leucoplasias, do eritema polimorfo e do Pênfigo Vulgar. (HERSCHFU, 1972 apud CARVALHO, 2008, p.22; HUGHES et al., 1998 apud CARVALHO, 2008, p. 22).

A partir destas noções iniciais, este trabalho tem por objetivo fazer uma análise bibliográfica sobre as manifestações orais do Lúpus Eritematoso Sistêmico com a finalidade de caracterizá-los a partir sua classificação, seu diagnóstico, seu eventual tratamento, suas manifestações orais, a caracterização de suas lesões e a imprecisão do seu diagnóstico em função das variáveis diversas de seus sintomas, das especificidades de seu tratamento, como também pelo fato de apresentar características semelhantes com outras enfermidades ocorridas na região bucal.

2 METODOLOGIA

Metodologia, em seu conceito mais geral, é entendida como caminho que busca pelo estudo para compreender e avaliar todos os métodos utilizados no desenvolvimento de um conhecimento e que estejam disponíveis para a realização da pesquisa. Método científico, por sua vez, é entendida como uma investigação do conjunto de processos mentais ou operações que são utilizados na pesquisa (GIL, 2008)

Deste modo, a presente pesquisa caracteriza-se como bibliográfica de natureza descritiva realizada com base nos conhecimentos já elaborados por autores sobre a temática abordada, objetivando analisar a o Lúpus Eritematoso Sistêmico a partir de seus sintomas, manifestações, diagnóstico e tratamento.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa descritiva é aquela que observa, registra analisa, classifica e interpretar os fatos sem interferir sobre eles. Os instrumentos utilizados foram visita a *sites* acadêmicos, dissertações, artigos, livros e apostilas, com o fim de se fazer um levantamento da literatura em bases de dados eletrônicos (SciELO, BIREME, PUBMED e Lilacs), buscando detectar as principais manifestações orais do Lúpus Eritematoso Sistêmico para auxiliar o Cirurgião-Dentista no diagnóstico e intervenção das lesões.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com a finalidade de caracterizar o lúpus na perspectiva de sua ação na região bucal, esta pesquisa busca elucidar, a partir de dados sobre: constatações de suas patologias e manifestações orais; caracterização de suas lesões; imprecisão do seu diagnóstico em função das variáveis diversas de sintomas; especificidades em seu tratamento. Este estudo delinea-se a partir da análise dos diversos estudos já realizados sobre a doença, evidenciando a dificuldade de seu diagnóstico em função das diversas formas de manifestação. Antes de se ater especificamente sobre os estudos, convém primeiramente analisar sua classificação, seus sintomas e causas, com a finalidade de entender a etiologia do lúpus.

Esse estudo tem por finalidade responder a seguinte pergunta: em virtude do diagnóstico desta doença se apresentar pouco preciso em função das variáveis diversas que estes implicam, seria a limitação de sintomas específicos suficientes para diagnosticar tal enfermidade? Para atingir o objetivo proposto e a solução do problema, faz-se, inicialmente, um estudo sobre a classificação do lúpus evidenciando seus aspectos e características gerais a partir de análises já realizadas em diversos estudos desenvolvidos, a seguir, fundamentado em pesquisas diversas, faz-se uma análise sobre as patologias e manifestações mais recorrentes da doença na região bucal, por entender que o cirurgião-dentista precisa ter a clara visão das manifestações diversas dessas doenças, evitando-se assim, um diagnóstico errado e um tratamento ineficaz de seus pacientes. Por fim, faz-se uma análise sobre a relação estabelecida entre as doenças periodontais e o lúpus eritematoso com a finalidade de se afirmar que as pessoas acometidas pelas doenças autoimunes estão ou não mais propensas a desenvolvê-las.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DO LÚPUS

Como já referido, o lúpus pode se apresentar de três formas distintas, cada uma com suas características específicas de atuação: o Lúpus Eritematoso Discoide, o Lúpus Eritematoso Sistêmico e o Lúpus induzido por droga. Esta concepção, defendida por autores diversos representa o grau de agressividade da doença sobre o organismo. De acordo com Vianna et al. (2010), a atuação do Lúpus Eritematoso Discoide se limita a atuar sobre a pele e se caracteriza por inflamação cutânea principalmente na face, na nuca e no couro cabeludo; O Lúpus Eritematoso

Sistêmico se caracteriza por sua atuação mais ampla, ou seja, não se limitando apenas à epiderme, mas se expandindo pelo organismo e agredindo diversos tecidos e órgãos.

A terceira classificação do lúpus denominada de Lúpus Induzido por droga, caracteriza-se por sua origem advir pela indução de certas drogas ou medicamentos, significando dizer que, em se suspendendo o uso de tais drogas, evidentemente desaparecem os sintomas da enfermidade, uma das drogas que podem induzir o lúpus é a sulfadiazina relato de 1945, como também drogas com hidralazina, procainanida, D-penicilina e hidrazida (GALINDO, VEIGA, 2010).

Esta compreensão do grau de agressividade de cada classificação da doença pode ser constatada em autores diversos, dentre eles Regezi et al. (2008) quando afirmam que o Lúpus Eritematoso Discoide é o menos agressivo, e se limita a atuar sobre a pele, dificilmente progredindo para o Lúpus Eritematoso Sistêmico que, por sua vez, se caracteriza pelo seu grau de agressividade sobre o organismo, atingindo tecidos e órgãos diversos do corpo.

3.2 ASPECTOS GERAIS DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) se caracteriza como uma doença autoimune, crônica e inflamatória, decorrente de lesões que um processo inflamatório intenso e prolongado provoca no organismo, e que viabiliza sua manifestação de formas diversas, com momentos de exacerbação, remissão e prognósticos variáveis. (ALARCON et al., 2004).

Brennan et al. (2005), López-Lábady (2007) e Machado (2008), afirmam que os pacientes acometidos por Lúpus Eritematoso Sistêmico apresentam lesões bucais em torno de índices variáveis, geralmente oscilando entre 6,5% e 21% dos casos. Os órgãos bucais mais atingidos nestes índices de acometimento são a língua, a mucosa jugal, os lábios e o palato e as manifestação das lesões se apresentam nas formas de úlceras crônicas ou eritema, com dimensões diversas e com períodos de exacerbação e remissão.

No que se refere a lesões referidas pelo autor anterior, Neville et al. (1998) afirmam que estas afetam preferencialmente o palato, mucosa jugal e gengiva. Em função de se apresentarem de forma distinta em cada paciente os sintomas de dor, ulceração, eritema e hiperqueratose se apresentam em níveis variáveis

De acordo com França et al. (2011), o Lúpus Eritematoso se caracteriza por comprometer diversos órgãos do corpo, dentre eles pele e mucosa oral. Uma característica de sua manifestação em pacientes afetados pela doença, pode apresentar uma erupção cutânea ou exantema, uma forma de lesão que se faz presente na região malar na forma de uma asa de borboleta.

No que tange ao gênero, Castro (2000) afirma que a doença é mais frequente nas mulheres que tenham entre trinta e cinquenta anos de idade, com períodos de exacerbação e remissão. As lesões orais resultantes dessa doença aparecem em torno de 20% e 25% dos casos pela presença de placas eritematosas que tendem a ulcerar. A erupção ulcerativa envolve as áreas desprotegidas da pele e apresenta quase sempre a forma característica de uma asa de borboleta.

No que se refere à semelhança com outras doenças, Neville et al. (1998), entendem que as lesões bucais resultantes do Lúpus Eritematoso apresentam grande semelhança com as lesões do Líquen Plano. A distinção entre ambas reside no fato de as lesões do Lúpus raramente se desenvolverem na ausência de lesões cutâneas. Assim sendo, pode-se dizer que as lesões orais resultantes do Lúpus Eritematoso Sistêmico se caracterizam por apresentar área eritematosa e ulcerada, envolta por estrias, às vezes dolorosas quando expostas a comidas ácidas ou salgadas.

A principal disfunção imunológica do Lúpus Eritematoso Sistêmico reside na deposição de complexos imunes em células diversas do organismo que pode resultar no desencadeamento do processo inflamatório resultando, possivelmente, num prejuízo de ordem patológica aos tecidos ou órgãos (BOSCH, et al., 2006; KARIM, 2006).

Entre as principais situações causadoras do desenvolvimento do Lúpus Eritematoso, reconhecidamente aceita pelo universo acadêmico dos pesquisadores, se encontram as infecções, as inflamações teciduais, o desequilíbrio na resposta humoral e a sujeição aos raios ultravioletas (UV) (BOSCH, et al., 2006; KARIM, 2006).

Dentre essas situações causadoras do desenvolvimento do Lúpus Eritematoso citadas pelos autores anteriores, D'Cruz et al. (2007) afirmam que a luz solar se constitui no fator ambiental que mais ocasiona o aparecimento da doença. No entanto, não desconsidera que outros fatores como o uso de drogas, anomalias que venham a se suceder durante o mecanismo da apoptose, a manifestação de

desequilíbrios nos padrões de citocinas, o contato com a sílica, pesticidas e mercúrio também podem ser considerados como causadores da doença.

É sabido que o ponto nevrálgico do Lúpus Eritematoso Sistêmico encontra-se no seu diagnóstico. Daí, caracterizar como regra que a incidência do LES se fundamenta no registro de quatro ou mais dos onze critérios definidos pela *American College of Rheumatology* (ACR). Neste sentido, Vilar e Sato (2002), a partir de estudo realizado em Natal, Rio Grande Norte, estimaram que os critérios definidos pela *American College of Rheumatology* (ACR) mais incidentes naquele estudo aos pacientes de Lúpus Eritematoso foram a artrite com 81% dos casos, a fotossensibilidade com incidência de 70% e o rash malar com incidência de 60%.

Seis anos depois, em estudo a nível mais nacional, Machado (2008), em estudo intitulado Envolvimento muco cutâneo no Lúpus Eritematoso Sistêmico e sua Associação com auto anticorpos, constata parcialmente o estudo anterior quando registra que a incidência de fotossensibilidade se dá na proporção de 83,1%, alopecia na proporção de 64% e eritema malar com 54,3% dos casos.

Com características muito semelhantes, porém numa realidade totalmente adversa, uma pesquisa realizada por Rayes et al. (2007), na Arábia Saudita sob a denominação de Lúpus em torno do mundo: Infecções do Lúpus Eritematoso Sistêmico, foi constatada que os critérios da ACR mais incidentes naquela realidade foram nefrite, na proporção de 53,7%, febre na proporção de 53,2% e desordens neurofisiológicas na proporção de 36,1%.

Nos estudos acima referidos observa-se que em dois deles a incidência da fotossensibilidade, que caracteriza o LES, ocorreu em dois dos estudos com proporções muito elevadas na ordem de 70% e 83,1% respectivamente, o que revela a fotossensibilidade como uma manifestação muito relevante do LES em regiões de temperaturas elevadas.

Bosch et al. (2006) e Karim (2006), também entendem que a excessiva exposição aos raios ultravioleta, além do trauma tecidual e desequilíbrio na resposta humoral, se apresentam, reconhecidamente, como precipitadores do desenvolvimento do LES.

Fato revelador que vai de encontro aos dados das pesquisas acima referidas é que, muito embora a ACR considere que o diagnóstico do Lúpus Eritematoso só se dê pela ação de quatro ou mais dos onze critérios pré-estabelecidos, autores como Bonfá et al. (2006) divergem dessa concepção em função de já se registrar

casos onde foi possível constatar o LES em pacientes que apresentaram menos que quatro dos critérios previamente estabelecidos.

No que se refere às lesões orais decorrentes do LES, Neville et al. (1998) e Regezi et al. (2008) afirmam que estas são bastante frequentes mediante exame clínico e se assemelham às lesões do líquen plano oral, sendo usualmente acompanhadas de lesões cutâneas e afetando aproximadamente 25% dos pacientes.

Neste sentido, Provost (2009) afirma ser comum na cavidade bucal a mucosa jugal e a mucosa gengival serem as mais afetadas, resultando em lesões com presença de placas eritematosas ou erosões, usualmente com estrias ceratóticas, brancas e delicadas. Outra consideração importante foi afirmar, baseado em pesquisa pelo mesmo realizada, que cerca de 20% de pacientes acometidos por LES apresentaram lesões cicatriciais em forma de anéis ou discos como sintoma inicial da doença. Este sintoma inicial, por si só, não se mostra suficientemente capaz de serem diagnosticados como LES o que pode resultar numa confusão de diagnóstico por parte do cirurgião-dentista. Daí concluir que o LES não poderá ser diagnosticado apenas pelo formato da lesão, mas sim pela sua história, pelo exame físico completo e pela interpretação dos resultados sorológicos.

De acordo com França et al. (2011) o diagnóstico do Lúpus Eritematoso é feito a partir de exames imunológicos como a imunofluorescência direta do tecido acometido pela lesão que se apresenta positiva para IgM, IgC e C3 ao Nível da membrana basal. Outro procedimento diagnóstico do Lúpus Eritematoso se faz pelo exame de sangue que vier a detectar células LE no resultado do exame. Por fim, pode-se também fazer exame de urina ou exame radiográfico do tórax que também podem apresentar resultado positivo da presença da doença no organismo.

Uma vez detectada a doença pela aferição de qualquer um dos exames acima relatados, Bosch et al. (2006), Karim (2006), D'cruz (2007) e Vilar; Sato (2002) aconselham a não exposição das lesões à luz solar uma vez que esta pode provocar o aparecimento ou agravamento da doença. Neste sentido, aconselha-se evitar a incidência do sol sobre as lesões pela ação de filtros solares com alto fator de proteção, associados a medicamentos por via oral que viabilize o combate à inflamação.

Com base em toda esta gama de informação com relação aos sintomas e as manifestações da doença, o cirurgião-dentista pode incorrer num diagnóstico

diferenciado da doença em função de haver patologias com características semelhantes.

Este diagnóstico diferencial se dá devido à diversidade clínica das lesões que ocorrem na região bucal em função da difícil distinção que se deve fazer entre as lesões oriundas do Lúpus Eritematoso, da Líquen plano, de lesões traumáticas, da leucoplasia, do eritema polimorfo e do Pênfigo Vulgar (HERSCHFU, 1972 apud CARVALHO, 2008, p. 22; HUGHES et al., 1998 apud CARVALHO, 2008, p. 22).

Em virtude dessa variedade de enfermidades que podem ocorrer na região bucal cujas características são muito semelhantes às que caracterizam o Lúpus Eritematoso viabilizando um diagnóstico diferencial, sugere-se uma investigação sobre as principais patologias e manifestações mais recorrentes das doenças periodontais, evitando-se, assim, riscos de um diagnóstico equivocado.

Esta investigação se faz necessária em função de estudos diversos pontuarem a possibilidade de que os doentes acometidos de Lúpus Eritematoso Sistêmico possam ser mais propensos a desenvolverem enfermidades congêneres e vice versa, o que possibilita mais uma condição de um diagnóstico diferencial.

Assim sendo, busca-se demonstrar a possibilidade de uma relação estabelecida entre o LES e as outras enfermidades autoimunes congêneres, com a finalidade de se evitar confusões e conflitos em seus diagnósticos.

3.3 ASPECTOS DETERMINANTES DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM AS DOENÇAS PERIODONTAIS

Como se observa, as principais patologias e formas de expressões das doenças periodontais têm muita semelhança com a manifestação do Lúpus Eritematoso, o que requer uma análise dessas patologias com a finalidade de se distinguir os diagnósticos entre si.

Outra semelhança dessas patologias é que, assim como o Lúpus Eritematoso, suas preferências de acometimento são a regiões bucais, o que requer uma análise mais detalhada sobre a relação estabelecida entre os diversos tipos de enfermidade.

Uma vez constatada essa equivalência de patologias e de manifestações das doenças periodontais, convém, a partir de análises e estudos desenvolvidos sobre a incidência do Lúpus Eritematoso, encontrar pontos de suscetibilidade entre estas

enfermidades no sentido de se entender se os pacientes com Lúpus Eritematoso estão ou não propícios ao desenvolvimento de outras enfermidades bucais, facilitando assim um diagnóstico mais preciso da enfermidade.

Esta convicção, no entanto, encontra-se limitada em função dos estudos diversos realizados no sentido de se estabelecer pontos de suscetibilidade ou não apontarem em sentidos diversos e até mesmo contraditórios. Neste sentido, convém o registro de alguns estudos para que se perceba a dificuldade de se estabelecer esta convicção.

Rhodus e Johnson (1997), em estudo realizado sobre a prevalência das manifestações orais do Lúpus Eritematoso sistêmico, assim como Gonzales e Coleman (2000), em estudo feito sobre as manifestações periodontais de distúrbios vasculares, encontraram fortes evidências de que a xerostomia é muito frequente nos portadores das duas enfermidades. O mesmo estudo também constata que a xerostomia pode influenciar na saúde periodontal destes indivíduos, o que significa, a partir destes dados, a possibilidade de se estabelecer uma relação entre as duas enfermidades.

No entanto, esta constatação não constitui em regra. Carlos Junior et al. (1997) em estudo desenvolvido sobre a participação da xerostomia na etiopatogenia da doença periodontal, observou não se constatar a presença desta relação entre as duas doenças, significando entender que as pesquisas devam ser aprofundadas no sentido de se estabelecer as situações que viabilizem ou não a ocorrência de casos desta natureza.

No mesmo sentido, Vogel (1981) ao desenvolver uma análise sobre a associação entre as doenças periodontais, a trombocitopenia e o Lúpus Eritematoso Sistêmico, verificou que os doentes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico são passíveis à destruição periodontal.

Jaworsky et al. (1990), preocupados com os anticorpos sorológicos e a perda do osso periodontal com artrite reumatoide, afirmaram que em pacientes com doenças comprometedoras como Lúpus Eritematoso Sistêmico, a gengivite branda poderá evoluir para a GUNA, o que também revela uma relação entre as enfermidades. Contrariamente, Meyer et al. (1997), por sua vez, em pesquisa realizada sobre as manifestações orais em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, verificaram que os pacientes acometidos pelo LES não apresentaram

prejuízos periodontais relevantes quando comparados aos indivíduos de controle saudável.

Em Kobayashi et al. (2003) revela-se uma associação entre o polimorfismo de FeyR e a possibilidade iminente dos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico desenvolverem doenças periodontais. Esta constatação é resultante da compreensão dos pesquisadores de que o alelo FeyRII-a-R, encontrado muito frequentemente entre os portadores do Lúpus Eritematoso sistêmico terem grande facilidade de desenvolver periodontite, o que revela a relação entre as duas doenças.

No que se refere a possibilidade de os medicamentos utilizados no tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico contribuir para o desenvolvimento de doenças periodontais, Meyer et al. (1997), Jaworsky et al. (1990) e Nagler et al. (1999) são do senso comum de que os medicamentos utilizados no tratamento do LES podem contribuir para o desenvolvimentos de enfermidades bucais.

Mutlu et al. (1993), por sua vez, em estudo desenvolvido sobre a saúde gengival e periodontal de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico, afirmaram que as drogas imunossupressora podem ser responsáveis pelas doenças periodontais, porém numa escala muito ínfima.

Em contra partida, Tietmann e Bissada (2006), em estudo desenvolvido sobre a agressividade das doenças periodontais em pacientes com Lúpus Eritematoso sistêmico, quando afirmaram que a medicação utilizada no tratamento do Lúpus Eritematoso com base em antimaláricos, observou-se a estabilização das enfermidades periodontais.

Evidências existem de que a imunodesregulação, manifestação muito presente nos pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, pode viabilizar o desenvolvimento de doenças periodontais uma vez que tornam esses pacientes mais vulneráveis a esta enfermidade (MEYER et al. 1997; NAGLER et al., 1999; NOVO, et al., 1999; SCHENKEIN et al., 2003).

Meyer et al. (1997) e Miceli et al. (2005), no entanto, afirmam que existe a possibilidade da imunodesregulação atuante na periodontite influenciar a patogênese do Lúpus Eritematoso Sistêmico.

Faber-Elmann et al. (2002) a partir de um contingente de 40 pacientes portadores de Lúpus Eritematoso sistêmico, constataram que em 68% dos soros destes pacientes foram encontrados altos níveis de MMP-9. Conforme os autores da

pesquisa, essa metaloproteinase tem reconhecida relação com a patogênese das doenças periodontais, o que sugere que os portadores de Lúpus Eritematoso sistêmico têm grandes possibilidades de desenvolverem doenças periodontais.

Nagler et al. (1999) em pesquisa desenvolvida sobre o envolvimento periodontal generalizado em um paciente jovem com Lúpus Eritematoso Sistêmico, constatam a viabilidade de que os pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, terem chances muito grandes de desenvolverem doenças periodontais, o que, mais uma vez, se evidencia a susceptibilidade entre as duas enfermidades, ou seja, a possibilidade de uma ser resultante da outra.

Toda esta gama de informações, umas demonstrando a possibilidade da relação entre as doenças periodontais e o Lupus Eritematoso Sistêmico e outras, em sentido inverso, demonstrando que não, apontam para a constatação de que estudos neste sentido carecem de investigações mais precisas que estabeleçam critérios de susceptibilidade entre as enfermidades bucais. O que *a priori* se sabe é que o estabelecimento destes critérios resultaria em ações preventivas contundentes, como também num diagnóstico precoce e num tratamento eficaz.

Em função de todas essas inconsistências resultantes das pesquisas analisadas, constata-se a convicção de que ainda não é possível estabelecer uma relação de susceptibilidade entre as manifestações do Lúpus Eritematoso Sistêmico e as doenças periodontais, o que significa falar da possibilidade de uma não resultar no desenvolvimento da outra.

REFERÊNCIAS

- ALARCÓN, G.S.; MCGWIN, J.R.G.; ROSEMAN, J.M. Systemic lupus erythematosus in Three Ethnic Groups. XIX. Natural History of the Accrual of the American College of Rheumatology Criteria Prior to the Occurrence of Criteria Diagnosis. **Arthritis Rheum**, Atlanta, v. 51, n. 4, p. 609-615, 2004.
- BONFÁ, S.E.; COSTALLAT, L.T.; SILVA, N.A. Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular. **Rev Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 375-388, 2006.
- BOSCH, X.; GUILABERT, A.; PALARÉS, I. Infections in systemic lupus erythematosus: a prospective and controlled study of 110 patients. **Lupus**, Houndmills, v. 15, n. 9, p. 584-589, 2006.
- BRENNAN, M.T.; VALERIN, M.A.; NAPEÑAS, J.J. Oral manifestations in patients with lupus erythematosus. **Dent. Clin. N. Am**, Philadelphia, v. 49, n. 1, p. 127-141, 2005.
- CARLOS JÚNIOR, A.; SALLUM, E.A.; SALLUM, A.W.; MARCANTONIO, J.R.E. Participação da Xerostomia na etiopatogenia da doença periodontal. **Rev Periodontal SOBRAPE**. Rio de Janeiro, v. 85, n. 23 p. 821-878, 1997.
- CARVALHO, F.R.G. **Manifestações orais do Lúpus Eritematoso: avaliação clínica, histopatologia e perfil imuno-histoquímico dos componentes epitelial, membrana basal e resposta inflamatória.** [Dissertação de mestrado em medicina] Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.
- CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3. ed. Editora Santos. Santos - São Paulo, 2000, 243 p.
- CRUZ, D.E.L.A. **Lúpus Eritematoso sistêmico na gravidez: impacto na mãe e no filho.** 2009 03f. [Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina] Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Hospital do Porto, Porto Alegre, 2009.
- D'CRUZ, D.P; KHAMASHTA, M.A.; HUGHES, G.R.V. Systemic lupus erythematosus. **Journal Lancet**. New York, v. 369, n. 95, p. 587-596., 2007.
- FABER-ELMANN, A.; STHOEGER, Z.; TCHERNIACK, A.; DAYAN, M.; MOZES, E. Activity matrix metalloproteinase-9 is elevated in sera of patients with Systemic Lupus Erythematosus. **Clin. Exp. Immunol**. London, v. 8, n. 15, p. 393-398, 2002.
- FRANÇA, D.C.C.; MONTI, L.M.; PEREIRA, T.S.; AGUIAR, S.M.A. Principais manifestações bucais das doenças dermatológicas: revisão de literatura. **Revista Faipe**. São Paulo, v.1, n.2, p. 154-165, 2011.
- GALINDO, C.V.F.; VEIGA, R.K.A. Características clínicas e diagnósticas do lúpus eritematoso sistêmico: uma revisão. **Rev Eletr Farm**, v.7, n. 4, p. 46-58, 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008, 173 p.

GONZALES, T.S.; COLEMAN, G.C. Periodontal Manifestation in patients with rheumatoid arthristis. **J. Clin. Periodontol.** Copenhagen, v.14, n. 8, p. 94-105, 2000.

HERSCHFUS, L. Lupus Erythematosus. **Journal Oral Medicine**. New York, v. 45, n. 18, p. 12-18, 1972.

HUGHES, C.T.; DOWNEY, M.C.; WINKLEY, G.P. Sistemic Lupus Erythematosus: a review for dental professionals. **J. Dent. Hyg.** Oxford, v. 1, n. 1, p. 35-40, 1998.

JAWORSKI, C.P.; KOUDELKA, B.M.; MARSHAL, K.J. Acute necrotizing giginvitis in a case of Systemic Lupus Erythematosus. **Jornal Oral Maxilofac Surg**. Madrid. v. 43, n. 1 p. 43-46, 1990.

KARIM, M.Y. Immunodeficiency in the lupus clinic. **Lupus**. Houndmills, v. 15, n. 3, p. 127-131, 2006.

KOBAYASHI, T.; ITO, S.; YAMAMOTO, K.; HASEGAWA, H.; SUGITA, N.; KURODA, T. Risk of Periodontitis in Systemic Lupus Erythematosus is associated with Fegamma receptor polymorfism. **Journal Periodontol.** Indianápolis, v. 74, n. 3 p. 378-384, 2003.

LÓPEZ-LÁBADY, J.; VILAR, M.; GONZALEZ, N. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. **J. Oral. Pathol. Med.**, Copenhagen. v. 36, n. 9, p. 524-527, 2007.

MACHADO, A.P.B. Envolvimento muco cutâneo no Lúpus Eritematoso Sistêmico e sua associação com auto anticorpos. **Rev Associação Med. Bras.** São Paulo. v. 83, n. 4, p. 323-328, 2008.

MEYER, L.; KLEINHEINZ, J.; GUABITA, M.; SCHULZ, M.; WEINGART, D.; JOOS, U. Oral manifestation in patientwith Systemic Lupus Erythematosus. **Mund Kiefer Gesichtschir.** Berlim, v.1, n.2, p. 90-94, 1997.

MICELI, V.; BRAGA, F.; ÁREAS, A.; FIGUEREDO, C.M.S.; FISCHER, R.G. Associação entre a doença periodontal e o Lúpus Eritematoso sistêmico. **Rev Cienc. Med. Biol.** Salvador. v.4, n.2, p. 150-157, 2005.

MUTLU, S.; RICHARDS, A.; MADDISSON, P.; SCULLY, C. Gengival and periodontal health in Systemic Lupus Erythematosus. **Community Dent Oral Epidemiol.** Copenhagen. v. 21, n.3, p. 158-161, 1993.

NAGLER, R.M.; LORBER, M.; BEN-ARIEH, Y.; LAUFER, D.; POLLACK, S. Generalized periodontal involvement in a young patient with Systemic Lupus Erytematosus. **Lupus**. Houndmills, USA. v. 8, n. 9, p. 770-772, 1999.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, 705 p.

NOVO, E.; GARCIA-MAC-GREGOR, N.; CHAPARRO, N.; CROZZOLI, Y. Periodontitis and anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in Systemic Lupus Erythematosus and rheumatoid arthritis: a comparative study. **Journal Periodontol**. Indianópolis, v. 70, n. 2, p. 185-188, 1999.

OLIVEIRA, M.N. **Lúpus Eritematoso Sistêmico**: uma revisão de literatura das características, diagnósticos e tratamentos. 2011. 10f. Monografia (Licenciatura em Biologia) Universidade de Brasília e Universidade Estadual de Goiás, Brasília, 2011.

PROVOST, T. Skin Disease in Lupus. Department of Dermatology of John Hopkins University School of Medicine. **J Dent Res**. Copenhagen, v. 87, n. 4, p. 308-318, 2009.

RAYES H.; AL-SWAILEM, R.; ARFIN, M. Lupus Around the World: Systemic lupus erythematosus and infections: a retrospective study in Saudi. **Lupus**, Houndmills, v. 16, n. 9, p. 755-763, 2007.

REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J.; JORDAN, R.C.K. **Patologia Oral**: correlações clínico patológicas. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, 417 p.

RHODUS N.L.; JOHNSON, D.K. The prevalence oral manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. **Quintessence Int**. Chicago. v.73, n. 2 p. 461-465, 1997.

SCHENKEIN, H.A.; BERRY, C.R.; BURMEISTER, J.A.; BROOKS, C.N.; BARBOUR, S.E. Anti-cardiolipin antibodies in sera from patients with periodontitis. **J. Dent. Res**. Copenhagen. v. 82, n. 11, p. 919-922, 2003.

TIETMANN, C.; BISSADA, N.F. Aggressive periodontitis in a patient with chronic cutaneous Lupus Erythematosus: a case report. **Quintessence Int**, Chicago. v. 37, n. 5, p. 401-408, 2006.

VIANA, R.; SIMÕES, M.J.; INFORZATO, H.C.B. Lúpus Eritematoso sistêmico. **Rev Ceciliansa**. Santos, v. 2, n. 1, p. 1-3., 2010.

VILAR, M.J.P.; SATO, E.I. Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal, Brazil). **Lupus**, Houndmills, v. 11, n. 8, p. 528-532, 2002.

VOGEL, R.I. Periodontal Disease associated with megakaryocytic thrombocytopenia in Systemic Lupus Erythematosus. **J. Periodontol**. Indianópolis, v. 52, n.1 p. 20-23, 1981

4 ARTIGO

MANIFESTAÇÕES ORAIS DO LÚPUS ERITEMATOSO: UMA REVISÃO DE LITERATURA ORAL EVENTS LUPUS ERYTHEMATOSUS: A LITERATURE REVIEW

Manoela Natacha Almeida Rodrigues¹; João Nilton Lopes de Sousa².

1. Aluna de Graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Patos, Paraíba-Brasil.
2. Professor Mestre da Disciplina de Periodontia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

Endereço para correspondência:

João Nilton L. de Sousa - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil
Email: jnlopesodonto@gmail.com

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico vem sendo estudado há muitos anos por se tratar de uma doença autoimune, caracterizada pelo aumento da atividade do sistema imunológico pela produção de auto anticorpos. Constitui objetivo desta pesquisa fazer uma análise bibliográfica sobre o tema por meio de um levantamento da literatura em bases de dados eletrônicos (SciELO, BIREME, PUBMED e Lilacs), com o fim de detectar as principais manifestações orais do Lúpus Eritematoso Sistêmico para auxiliar o Cirurgião-Dentista no diagnóstico e intervenção das lesões. A doença acomete principalmente mulheres caucasianas na segunda e quarta décadas de vida. Na cavidade bucal, as lesões ulceradas são encontradas principalmente na mucosa jugal, gengiva e palato. Seu diagnóstico torna-se complexo por apresentar uma grande variedade de sinais e sintomas, dentre eles, expressões orofaciais como a rash malar (eritema malar), além de, em função de seus sintomas serem semelhantes aos sintomas de outras enfermidades ocorridas na região bucal, oferecer ao cirurgião-dentista a possibilidade de um diagnóstico diferencial. Estas lesões podem ser infectadas por vírus, bactérias e fungos patogênicos, sendo a *Candida*

albicans a mais relatada, além de problemas na articulação temporomandibular e doença periodontal. A pesquisa aponta para a convicção de que a grande maioria dos pacientes apresenta a doença de forma assintomática o que requer que em seu tratamento deva haver acompanhamento clínico intensivo com o objetivo de manter sob controle as alterações como também da higiene bucal dos pacientes acometidos pela doença.

Palavras-chaves: Lúpus Eritematoso Sistêmico; Doenças autoimunes; Manifestações bucais.

ABSTRACT

The Lupus erythematosus has been studied for many years because it is an autoimmune disease characterized by increased activity of the immune system by producing autoantibodies. It is objective of this research make a literature review on the topic by means of a survey of literature in electronic databases (SciELO, BIREME, PUBMED and Lilacs), in order to detect the main oral manifestations of systemic lupus erythematosus to assist the surgeon -Dentista in the diagnosis and intervention of injuries. The disease primarily affects Caucasian women in the second and fourth decades of life. In the oral cavity, the ulcerated lesions are found mainly in the oral mucosa, gums and palate. Diagnosis becomes complex to present a wide range of signs and symptoms, including, orofacial expressions as malar rash (malar rash), and, depending on your symptoms are similar to symptoms of other diseases that occur in the oral region, offer the dentist the possibility of a differential diagnosis. These lesions can be infected by viruses, bacteria and pathogenic fungi, *Candida albicans* being the most reported, but problems in the temporomandibular joint and search periodontal. A disease points to the belief that the vast majority of patients have asymptomatic form of the disease which requires in its treatment should be intensive clinical monitoring in order to keep under control the changes as well as the oral care of patients affected by the disease

Key words: Lupus Erythematosus, Systemic; Autoimmune Diseases; Oral Manifestations.

INTRODUÇÃO

O Lúpus caracteriza-se como uma doença autoimune, crônica e inflamatória, apresentando períodos de exacerbação, remissão das lesões e prognósticos variáveis (1). Clinicamente, pode-se manifestar de três formas com características específicas: o Lúpus

Discoide, o Lúpus eritematoso e o Lúpus induzido. O primeiro caracteriza-se por apresentar inflamações na pele, face, nuca e couro cabeludo. O segundo é agressivo e compromete todos os órgãos e sistemas do organismo. Lúpus induzido manifesta-se em consequência da indução medicamentosa e sua remissão está relacionada à suspensão das drogas (2).

As patologias autoimunes caracterizam-se como doenças inflamatórias crônicas, cuja fisiopatologia consiste em distúrbios da imunidade humoral e celular de origens genéticas, hormonais, psicológicas e ambientais, além de provocar uma alteração do sistema imunológico que passa a produzir anticorpos contra as próprias células do organismo, provocando inflamação e danificando seus órgãos (3).

O diagnóstico do lúpus se dá basicamente através de critérios clínicos e laboratoriais. No entanto, em virtude de diversas variáveis nos diagnósticos, o *American College of Rheumatology* aponta onze sintomas que podem indicar a ocorrência do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, lesões orais/nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações hematológicas, alterações imunológicas e anticorpos antinucleares (4).

Outro complicador para se determinar o diagnóstico do LES reside na semelhança de suas características com as de outras enfermidades que acometem a cavidade bucal, necessitando de diagnóstico diferencial por parte do Cirurgião-dentista. Este diagnóstico diferencial dá-se devido à diversidade clínica das lesões que ocorrem na região bucal em função da difícil distinção que se deve fazer entre as lesões oriundas do Lúpus Eritematoso, do líquen plano, lesões traumáticas, leucoplasia, eritema polimorfo e o Pênfigo Vulgar (5,6).

A partir destas noções iniciais, este trabalho tem por objetivo fazer uma análise bibliográfica sobre as manifestações orais do Lúpus Eritematoso Sistêmico para auxiliar o Cirurgião-Dentista no diagnóstico e intervenção das lesões.

REVISÃO DE LITERATURA

O Lúpus Eritematoso caracteriza-se por comprometer diversos órgãos do corpo, dentre eles pele e mucosa oral. Uma característica de sua manifestação é apresentar uma erupção cutânea ou exantema, uma forma de lesão que se faz presente na região malar na forma de uma asa de borboleta (5). Os pacientes acometidos apresentam lesões bucais em índices variáveis, geralmente oscilando entre 6,5% e 21% dos casos. Os órgãos bucais mais atingidos são língua, mucosa jugal, lábios e palato e as lesões manifestam-se em forma de úlceras crônicas ou eritema, com dimensões diversas e com períodos de exacerbação e remissão (2-4). Em função de se apresentar de forma distinta em cada paciente, os sintomas de dor, ulceração, eritema e hiperqueratose apresentam-se em níveis variáveis (6).

A doença é mais frequente em mulheres entre trinta e cinquenta anos de idade, com períodos de exacerbação e remissão. As lesões orais resultantes dessa doença aparecem em torno de 20% e 25% dos casos pela presença de placas eritematosas que tendem a ulcerar. A erupção ulcerativa envolve as áreas desprotegidas da pele e apresenta quase sempre a forma característica de uma asa de borboleta (7).

No que se refere à semelhança com outras doenças, constata-se que as lesões bucais resultantes do Lúpus Eritematoso apresentam grande semelhança com as lesões do Líquen Plano. A distinção entre ambas reside no fato de as lesões do Lúpus raramente se desenvolverem na ausência de lesões cutâneas. Assim sendo, pode-se dizer que as lesões orais resultantes do Lúpus Eritematoso apresentam área eritematosa e ulcerada, envolta por estrias, às vezes dolorosas quando expostas a comidas ácidas ou salgadas (6).

A principal disfunção imunológica do Lúpus Eritematoso Sistêmico reside na deposição de complexos imunes em células diversas do organismo que pode resultar no desencadeamento do processo inflamatório resultando, possivelmente, num prejuízo de ordem patológica aos tecidos ou órgãos. Entre as principais situações causadoras do desenvolvimento do Lúpus Eritematoso, reconhecidamente aceita pelo universo acadêmico dos pesquisadores, se encontram as infecções, as inflamações teciduais, o desequilíbrio na resposta humoral e a sujeição aos raios ultravioletas (UV) (8,9).

O ponto nevrálgico do Lúpus Eritematoso Sistêmico encontra-se no seu diagnóstico. Caracteriza-se como regra que a incidência do LES se fundamenta no registro de quatro ou mais dos onze critérios definidos pela *American College of Rheumatology* (ACR), que são: eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, lesões orais/nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações hematológicas, alterações imunológicas e anticorpos antinucleares (4).

DISCUSSÃO

Em estudo realizado em Natal, Rio Grande Norte, que buscou estimar a incidência do lúpus eritematoso sistêmico na região tropical, constatou-se que as manifestações clínicas elencadas pela ACR (*American College of Rheumatology*) mais frequentes foram a artrite com 81% dos casos, a fotossensibilidade com incidência de 70% e o rash malar com incidência de 60% (10). Cinco anos depois, em estudo realizado a nível nacional, foi constatado que a incidência de fotossensibilidade ocorre na proporção de 83,1%, alopecia na proporção de 64% e eritema malar com incidência de 54,3% (4). Com características muito semelhantes, porém numa realidade totalmente adversa, registrou-se em estudo realizado na Arábia Saudita que entre os pacientes daquela região a incidência de nefrite se

deu na proporção de 53,7%, febre na proporção de 53,2% e desordens neurofisiológicas na proporção de 36,1% (11).

Nos estudos acima referidos, observa-se que em dois deles a incidência da fotossensibilidade, que caracteriza o LES, ocorreu com proporções muito elevadas respectivamente na ordem de 70% e 83,1%, o que revela a fotossensibilidade como uma manifestação muito incidente do LES em regiões de temperaturas elevadas. Estes resultados encontram fundamento quando se afirma que a excessiva exposição aos raios ultravioleta como também infecções, trauma tecidual, desequilíbrio na resposta humoral se apresentam reconhecidamente como precipitadores do desenvolvimento do LES. Por outro lado, as três pesquisas referidas também revelam a diversidade de manifestações e de sintomas da doença, significando entender que a depender da região do paciente somada à sua constituição física, as manifestações e sintomas da doença se apresentam de formas diversas (8,9).

Outro fato revelador das pesquisas acima referidas é que, muito embora a ACR considere que o diagnóstico do LE só se dê pela ação de quatro ou mais dos onze critérios pré-estabelecidos, evidências existem da possibilidade de já ser possível que se constate o LES em pacientes que apresentem menos que quatro dos critérios previamente estabelecidos (12).

No que tange às lesões orais mais frequentes do LES, constata-se que ao procedê-las ao exame clínico, estas se assemelham às lesões do líquen plano oral, porém são usualmente acompanhadas de lesões cutâneas e afetam aproximadamente 25% dos pacientes (6,13). Ainda com relação às lesões orais, afirma-se que a cavidade bucal, a mucosa jugal e a mucosa gengival são as áreas mais afetadas, configurando-se nestas lesões a presença de placas eritematosas ou erosões, usualmente com estrias ceratóticas, brancas e delicadas (14).

Outra consideração importante com relação às lesões orais do LES, afirma-se que cerca de 20% de pacientes acometidos por esta doença apresentaram lesões cicatriciais em forma de anéis ou discos como sintoma inicial da doença. Este sintoma inicial, por si só, não se mostra suficientemente capaz de serem diagnosticados como LES o que pode resultar numa confusão de diagnóstico por parte do cirurgião-dentista (14). Daí concluir que o LES, não poderá ser diagnosticado apenas pelo formato da lesão, mas sim pela história, exame físico completo e interpretação dos resultados sorológicos. As constatações resultantes das afirmações acima referidas apontam para a possibilidade do cirurgião dentista incorrer em diagnóstico diferencial em função da semelhanças das manifestações entre o Lúpus Eritematoso e as outras enfermidades da região bucal serem muito próximas. Daí exigir atenção do cirurgião e a solicitação de exame clínico antes de qualquer diagnóstico.

O diagnóstico do Lúpus Eritematoso é feito a partir de exames imunológicos como a imunofluorescência direta do tecido acometido pela lesão que se apresenta positiva para IgM, IgC e C3 ao nível da membrana basal. Outro procedimento diagnóstico do Lúpus Eritematoso se faz pelo exame de sangue que vier a detectar células LE no resultado do exame. Por fim, pode-se também fazer exame de urina ou exame radiográfico do tórax que também podem apresentar resultado positivo da presença da doença no organismo (5).

Muito embora existam posições contrárias, é do senso comum de muitos autores que a luz solar pode provocar o aparecimento ou agravamento da doença. Considerando que o tratamento consiste em interromper a autoagressão provocada pelo anticorpos, aconselha-se evitar a incidência do sol sobre as lesões pela ação de filtros solares com alto fator de proteção, associados a medicamentos por via oral que viabilize o combate à inflamação (8,9,10,15).

Com base em toda esta gama de informação com relação aos sintomas e manifestações da doença, o cirurgião-dentista pode incorrer num diagnóstico diferenciado da doença em função de haver patologias com características semelhantes.

Este diagnóstico diferencial se dá devido a diversidade clínica das lesões que ocorrem na região bucal em função da difícil distinção que se deve fazer entre as lesões oriundas do Lúpus Eritematoso, do líquen plano, de lesões traumáticas, leucoplasia, eritema polimorfo e do Pênfigo Vulgar (16,17).

Outra semelhança dessas patologias é que, assim como o Lúpus Eritematoso, sua preferência de acometimento é a região bucal, o que requer uma análise mais detalhada sobre a relação estabelecida entre os diversos tipos de enfermidade. Neste sentido, diversos autores encontraram fortes evidências de que a xerostomia é muito frequente nos portadores das duas enfermidades. O mesmo estudo também constata que a xerostomia pode influenciar na saúde periodontal destes indivíduos, o que significa, a partir destes dados, a possibilidade de se estabelecer uma relação entre as duas enfermidades (18,19).

No entanto, esta constatação não constitui regra. Pesquisas já constataram não haver relação da xerostomia na etiopatologia da doença periodontal, o que significa entender que as pesquisas devam ser aprofundadas no sentido de se estabelecer as situações que viabilizem ou não a ocorrência de casos desta natureza (20).

Por outro lado, pesquisas relataram haver associação entre as doenças periodontais, a trombocitopenia e o Lúpus Eritematoso Sistêmico, onde se verificou que os doentes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico são passíveis à destruição periodontal (21).

Num sentido inverso, pesquisas apontam para a confirmação de que os pacientes acometidos pelo LES não apresentaram prejuízos periodontais relevantes quando comparados aos indivíduos de controle saudável (22).

Em contrapartida, já foi constatada entre o polimorfismo de FeyR e a possibilidade iminente dos portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico desenvolverem doenças periodontais. Esta constatação é resultante da compreensão dos pesquisadores de que o alelo FeyRII-a-R, encontrado muito frequentemente entre os portadores do Lúpus Eritematoso sistêmico terem grande facilidade de desenvolver periodontite, o que revela a relação entre as duas doenças (23).

No que se refere a possibilidade de os medicamentos utilizados no tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico contribuir para o desenvolvimento de doenças periodontais, muitos autores convergem no sentido de entender que os medicamentos utilizados no tratamento do LES podem contribuir para o desenvolvimentos de enfermidades bucais (22,24,25). Neste mesmo sentido, já foi possível afirmar que as drogas imunossupressora podem ser responsáveis pelas doenças periodontais, porém numa escala muito ínfima(26).

No sentido contrário, pesquisa já possibilitou a constatação de que a medicação utilizada no tratamento do Lúpus Eritematoso com base em antimaláricos, resultou na estabilização das enfermidades periodontais (26).

Evidências existem de que a imunodesregulação, manifestação muito presente nos pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, pode viabilizar o desenvolvimento de doenças periodontais uma vez que tornam esses pacientes mais vulneráveis a esta enfermidade (22,25,27,28). Num sentido inverso, afirma-se que existe a possibilidade da imunodesregulação atuante na periodontite influenciar a patogênese do Lúpus Eritematoso Sistêmico (22,29).

Estudo resultante da amostra de um contingente de 40 pacientes portadores de Lúpus Eritematoso sistêmico, constatou-se que em 68% dos soros destes pacientes foi encontrado altos níveis de MMP-9. Conforme os autores da pesquisa, essa metaloproteinase tem reconhecida relação com a patogênese das doenças periodontais, o que sugere que os portadores de Lúpus Eritematoso sistêmico tem grande possibilidades de desenvolver doenças periodontais (30).

Neste mesmo sentido, em pesquisa desenvolvida sobre o envolvimento periodontal generalizado em um paciente jovem com Lúpus Eritematoso Sistêmico, constatou-se a viabilidade de que os pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico, têm chances muito grandes de desenvolverem doenças periodontais, o que, mais uma vez se evidencia a susceptibilidade entre as duas enfermidades, ou seja, a possibilidade de uma ser resultante da outra (25).

Toda esta gama de informações, umas demonstrando a possibilidade da relação entre as doenças periodontais e o Lupus Eritematoso Sistêmico e outras, em sentido inverso, demonstrando que não, apontam para a constatação de que estudos neste sentido carecem de investigações mais precisas que estabeleçam critérios de susceptibilidade entre

as enfermidades bucais. O que *a priori* se sabe, é que o estabelecimento destes critérios resultaria em ações preventivas contundentes, como também num diagnóstico precoce e num tratamento eficaz.

Em função de todas essas inconsistências resultantes das pesquisas analisadas, constata-se a convicção de que ainda não é possível estabelecer uma relação de susceptibilidade ou não entre as manifestações do Lúpus Eritematoso Sistêmico e as doenças periodontais o que significa falar da possibilidade de uma resultar ou não no desenvolvimento da outra.

CONCLUSÃO

O lúpus eritematoso acomete principalmente mulheres caucasianas na segunda e quarta décadas de vida e apresenta-se na cavidade bucal como lesões ulceradas, encontradas principalmente na mucosa jugal, gengiva e palato. O curso clínico da doença é, na maioria dos indivíduos, assintomático o que requer um acompanhamento interdisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón GS, McGwin JRG, Roseman JM, Uribe A, Fessler BJ, Bastian HM et al. Systemic lupus erythematosus in Three Ethnic Groups. XIX. Natural History of the Accrual of the American College of Rheumatology Criteria Prior to the Occurrence of Criteria Diagnosis. *Arthritis Rheum.* 2004; 51(4):609-15 available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15334435>
2. Brennan MT, Valerin MA, Napeñas JJ. Oral manifestations of patients with lupus erythematosus. *Dent. Clin. N. Am.* 2005; 49 (1):127-41.
3. López-Lábady J, Vilar M, Gonzalez N, Pérez R, Mata de Henning M. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. *J. Oral. Pathol.* 2007; 36 (9):527-7.
4. Machado APB. Envolvimento muco cutâneo no Lúpus Eritematoso Sistêmico e sua associação com auto anticorpos. *An Bras Dermatol.* 2008; 83(4): 323-8.
5. França DCC, Monti LM, Pereira TS, Aguiar SMA. Principais manifestações bucais das doenças dermatológicas: revisão de literatura. *Revista Faipe.* 2011; 1(2):251-7.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 705, 1998.

7. Castro AL. Estomatologia. 3. ed. Editora Santos. Santos - São Paulo, p. 243 2000.
8. Bosch X, Guilabert A, Palarés I. Infections in systemic lupus erythematosus: a prospective and controlled study of 110 patients. *Lupus*. 2006; 15:9:584-9 available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17080913>
9. Karim MY. Immunodeficiency in the lupus clinic. *Lupus*. 2006; 15(3):127-31.
10. Vilar MJP, Sato EI. Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal, Brazil). *Lupus*. 2006; 11(8):528-32.
11. Rayes H Al-Swailem R, Arfin M. Lupus Around the World: Systemic lupus erythematosus and infections: a retrospective study in Saudis. *Lupus* 2007; 16(9):755-63.
12. Bonfá SE, Costallat LT, Silva NA. Lúpus eritematoso sistêmico: acometimento cutâneo/articular. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 375(6):375-88.
13. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Patologia Oral: correlações clínico patológicas*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 417, 2008.
14. Provost TT. Skin Disease in Lupus. Department of Dermatology of John Hopkins University School of Medicine. *J Dent Res.* 2009; 87 (4):308-18.
15. D'cruz DP, Khamashta MA, Hughes GRV. Systemic lupus erythematosus. *Journal Lancet.* 2007; 369 (95):587-96.
16. Herschfus L. Lupus Erythematosus. *Journal Oral Medicine.* 1972; 45(18):12-18.
17. Hughes CT, Downey MC, Winkley GP. Systemic Lupus Erythematosus: a review for dental professionals. *J. Dent. Hyg.* 1998; 1(1):35-40.
18. Rhodus NL, Johnson DK. The prevalence oral manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. *Quintessence Int.* 1997; 73(2):461-465.
19. Gonzales TS, Coleman GC. Periodontal Manifestation in patients with rheumatoid arthritis. *J. Clin. Periodontol.* 2000; 14(8):94-105.
20. Carlos Júnior A, Sallum EA, Sallum AW, Marcantonio JRE. Participação da Xerostomia na etiopatogenia da doença periodontal. *Rev. Periodontal SOBRAPE.* 1997; 85(23):821-878.
21. Vogel RI. Periodontal Disease associated with amegakaryocytic thrombocytopenia in Systemic Lupus Erythematosus. *J. Periodontol.* 1981; 52(1):20-23.
22. Meyer L, Kleinheinz J, Guabita M, Schulz M, Weingart D, Joos U. Oral manifestation in patient with Systemic Lupus Erythematosus. *Mund Kiefer Gesichtschir.* 1997; 1(2):90-94.

23. Kobayashi T, Ito S, Yamamoto K, Hasegawa H, Sugita N, Kuroda T. Risk of Periodontitis in Systemic Lupus Erythematosus is associated with Fcγ receptor polymorphism. *Journal Periodontol.* 2003; 74(3):378-84.
24. Jaworski CP, Koudelka BM, Marshal KJ. Acute necrotizing gingivitis in a case of Systemic Lupus Erythematosus. *Jornal Oral Maxilofac Surg.* 1990; 43(1):43-46.
25. Nagler RM, Lorber M, Ben-Arieh Y, Laufer D, Pollack S. Generalized periodontal involvement in a young patient with Systemic Lupus Erythematosus. *Lupus. Houndmills,* 1999; 8(9):770-772.
26. Mutlu S, Richards A, Maddisson P, Scully C. Gingival and periodontal health in Systemic Lupus Erythematosus. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21(3):158-161.
27. Novo E, Garcia-Mac-Gregor N, Chaparro N, Crozzoli Y. Periodontitis and anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in Systemic Lupus Erythematosus and rheumatoid arthritis: a comparative study. *Journal Periodontol.* 1999; 70(2):185-88.
28. Schenkein HA, Berry CR, Burmeister JA, Brooks CN, Barbour SE. Anti-cardiolipin antibodies in sera from patients with periodontitis. *J. Dent. Res.* 2003; 82(11):919-22.
29. Miceli, V, Braga, F, Áreas, A, Figueredo, CMS, Fischer, RG. Associação entre a doença periodontal e o Lúpus Eritematoso sistêmico. *Rev. Cienc. Med. Biol. Salvador.* 2005; 4(2):150-157.
30. Faber-Elmann A, Stoeber Z, Tcherniack A, Dayan M, Mozes E. Activity matrix metalloproteinase-9 is elevated in sera of patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Clin. Exp. Immunol.* 2002; 36(9):527-7.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatado, no desenvolvimento deste trabalho, que o Lúpus Eritematoso Sistêmico, muito embora se trate de uma enfermidade muito estudada, ainda apresenta muitas limitações no seu diagnóstico e tratamento em função da variedade de formas com que se manifesta, das especificidades de seu tratamento, como também das semelhanças que apresenta com outras enfermidades ocorridas na região bucal.

Os resultados das pesquisas realizadas por estudiosos diversos e nas diversas situações apresentados neste estudo, constataram que a doença se manifesta de forma específica para cada caso e cada paciente, o que revela a dificuldade de seu diagnóstico como de seu tratamento.

No que se refere ao seu tratamento e considerando que a doença pode se apresentar de forma assintomática, este deve ser feito a partir de acompanhamento clínico com a finalidade de se controlar as alterações da doença, como também pela higiene bucal, evitando-se, assim sua malignização.

Em função desta realidade pouco elucidativa, esta pesquisa aponta para a compreensão de que o LES venha a ser, num futuro não muito distante, em função dos avanços do conhecimento e das tecnologias, diagnosticado com níveis de segurança mais precisos a partir de estudos que revelem caminhos em direção de conhecimentos específicos que ainda estão por vir.

ANEXO A - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO- REVISTA SAÚDE & CIÊNCIA.

DIRETRIZES PARA AUTORES

APRESENTAÇÃO GERAL:

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa *Word for Windows*, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm em cada lado. Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

Título

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (*title*), logo abaixo do resumo.

Autores e Vínculo Institucional

A Revista receberá artigos apenas de autoria de pesquisadores doutores. Excepcionalmente aceitar-se-á textos de autoria de professores da UFCG, com mestrado. Profissionais com outras titulações, pós-graduandos e graduandos, poderão figurar como coautores, em um máximo de 8 nomes por artigo.

O nome completo do (s) autor (es) deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de titulação e instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.

Resumo e Descritores

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (es), deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores.

Abstract e Keywords

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses.

Os descritores e as *keywords* devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: Introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo Comitê Editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome “Figura”, logo abaixo da figura a que se refere.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:

Citações no Texto:

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1,3,4,8).

Referências Bibliográficas:

Devem ser numeradas e normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver*, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”. Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus / MEDLINE* e para os títulos

nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

ALGUNS EXEMPLOS:

Artigo de Periódico:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin. Orthop*. 2002 ;(401):230-8.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Kaeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acid fermentation by *Streptococcus mutans*. *Ped Dent J* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17:2:118-26; Available from: http://www.jstg.jp/browse/pdj/17/2/_contents.

Livro:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4^a ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Dissertações e Teses:

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de *Streptococcus mutans* em famílias brasileiras. [Tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

Os Editores

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.