Vol.7, No.2, 135-138 (2018) RvACBO
ISSN 2316-7262

GLOSSITE ROMBOIDAL MEDIANA: Relato de caso

Ismael Maximiano da Silva Júnior[1], Fabrisio Gerônimo Rodrigues[1], Ana Luiza Pontes de Oliveira[1], Ivan José Correia Neto[1], Sonia Maria Soares Ferreira[2], Fernanda Braga Peixoto[3]

[1] Graduação em Odontologia do Centro Universitário CESMAC
[2] Doutora em Clínica Médica e docente do Centro Universitário CESMAC.
[3] Mestre em Ensino da Saúde e docente do Centro Universitário CESMAC.

Autor Correspondente
Ana Luiza Pontes de Oliveira
Rua Cônego Machado, 918, Farol
57051-160, Maceió, Alagoas
ana_luizapontes@hotmail.com

Recebido em 25 de novembro (2017) | Aceito em 20 de dezembro (2017)

RESUMO

A Glossite Rombóidal Mediana (GRM) é doença inflamatória que ocorre no dorso da língua. Apresenta-se como uma placa eritematosa, lisa, oval, assintomática e com limites nítidos na região mediana da língua anterior as papilas valadas, e não removida com raspagem e sem características de malignidade. E está presente em 0,1 a 1 % da população entre a quarta e quinta década de vida. A sua etiologia não é conhecida. Pensava-se que existia uma relação com a embriogênese imperfeita, fatores infecciosos relacionados à Candida albicans são considerados também. Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente de 55 anos, com GRM e portadora de Diabetes, a doença responde muito bem ao tratamento com miconazol e fluconazol oral. Discute-se se a Candida albicans não seria um dos fatores implicados na etiologia da doença lingual e se a Diabetes pode está contribuindo para o surgimento da lesão e recidiva uma vez que o diabético apresenta baixa imunidade e essa patologia age oportunistamente.

Palavras-chave: Etiologia; Glossite; Candidíase.

ABSTRACT

The Median Rhomboid Glossitis (GRM) is an inflammatory disease that occurs on the back of the tongue. It presents as an erythematous, smooth, oval, asymptomatic plaque with clear borders in the median region of the anterior tongue of the papillae valves, and not removed with scraping and without characteristics of malignancy. E is present in 0.1 to 1% of the population between the fourth and fifth decade of life. Its etiology is not known. It was thought that there was a relationship with imperfect embryogenesis, infectious factors related to Candida albicans are also considered. The authors present the clinical case of a 55-year-old patient with GRM and carrier of Diabetes, the disease responds very well to treatment with miconazol and oral fluconazol. It is argued that candida albicans would not be one of the factors implicated in the etiology of lingual disease and whether Diabetes may be contributing to the onset of the lesion and relapse once the diabetic has low immunity and this pathology acts opportunistically.

Key-words: Etiology; Glossitis; Candidiasis.

1. INTRODUÇÃO

A candidíase é uma infecção causada pela cândida albicans, comum na cavidade oral [1]. Esse microorganismo vive em comensalismo no trato digestivo, respiratório, vaginal e em boca de indivíduos com saúde estável [2-6].

A *Candida albicans*, como outros fungos, apresenta dimorfismo, sendo que, como levedura não é patógeno, sua forma em hinfas geralmente invade os tecidos causando as patologias [6-10]. Assim, é necessário que ocorram modificações no estado de equilíbrio do indivíduo, para que a virulência do fungo supere a resistência do hospedeiro [11].

Fatores sistêmicos e locais podem estar associados na transformação do microrganismo de comensal para patogênico. Pode-se destacar como fatores sistêmicosdesregulação hormonal, uso de algumas medicações, imunossupressão, Aids, radioterapia,

Copyright © 2016 Openly accessible at http://www.rvacbo.com.br/

quimioterapia e as próprias doenças sistêmicas, como a diabetes mellitus. Dos fatores locais destacam-se aparelhos ortodônticos e protéticos, mudanças de hábitos alimentares, tabagismo, higiene bucal precária e hipossalivação [4,6,9].

Clinicamente, a candidíase pode manifestar-se sob as formas agudas, crônicas ou muco cutâneas, apresentando diferentes níveis de gravidade [2,6-9]. As formas agudas são classificadas em pseudomembranosa e atrófica, sendo a pseudomembranosa a mais comum, conhecida na cultura popular como "sapinho". Clinicamente, apresenta-se como uma placa esbranquiçada que se destaca a raspagem deixando uma base eritematosa, quando removida [4,6,8].

A forma atrófica ocorre concomitante ou independente à forma pseudomembranosa. Mostra-se como uma lesão sintomática, com intensa sensibilidade por causa da quantidade de erosões espalhadas pela mucosa e predileção pela parte dorsal da língua, podendo evoluir assintomática. É o que ocorre na maioria dos casos e, torna-se notável após a ingestão de alimentos ácidos ou quentes, que resultam em ardência. Clinicamente, é o tipo mais presente em indivíduos HIV negative [6,8,9].

As formas crônicas da doença são conhecidas como atrófica e hipertrófica ou hiperplásica. As formas crônicas atróficas subdividem-se em estomatite associada à prótese, queilite angular e glossite romboidal mediana. As formas hiperplásicas são subdivididas em candidíase bucal crônica ou candidíase leucoplásica [6,7,9,11]. A candidíase, ainda, pode apresentar formas muco cutâneas, aparecendo em regiões como: boca, face, couro cabeludo, unhas e regiões de dobras da pele [1].

A Glossite Romboidal Mediana (GRM), também conhecida como atrofia papilar central da língua, é uma doença inflamatória localizada na região central da língua, entre o terço posterior e os dois terços anteriores, apresentando-se clinicamente como placas eritematosas de papilas atróficas, geralmente bem circunscrita, lisa e assintomática1 [6,8].

A GRM pode ser encontrada em pacientes com sistema imunológico debilitado ou em outras situações que favoreçam o aparecimento da candida [6,8,9]. A prevalência em adultos varia de 0,1 a 1% a partir da 4ª década de vida, tornando-se relativamente rara2-4. Etiologicamente, é considerada como uma manifestação crônica da candidíase que gera muitos questionamentos acerca de sua origem e, na presença de forma nodular, pode ser confundida com um carcinoma [1].

A GRM é quase sempre assintomática, e quando há a presença de sintomatologia, os portadores relatam sensação de ardência e dor moderada, halitose e perda parcial ou confusão no paladar. Na presença de ulcerações, a dor chega a ser severa [9]. O diagnóstico pode ser clinico ou, ainda, algumas técnicas podem ser utilizadas para isolar a Candidaspp como: cultura celular, esfregaços, biópsias para observação de presença de células fúngicas em forma de hifas, porém a identificação não é bem precise [7-9].

O tratamento é satisfatório com antifúngicos tópicos ou sistêmicos. Os mais utilizados são o fluconazol e o miconazol, que agem nas células fúngicas. O miconazol é de uso tópico em áreas de pele e mucosa. Já o fluconazol é um antifúngico triazólico, que utiliza a via oral ou intravenosa, grande inibidor de esterol dos organismos sensíveis. Alterações no paladar, pigmentação e hipersensibilidade da mucosa são alguns efeitos colaterais locais, muitas vezes reversíveis e transitórios [8-11].

A nistatina e o miconazol são os antifúngicos tópicos, usados com maior frequência. A apresentação da nistatina é em forma de suspenção de aplicação tópica e comprimidos. Por causa de seu sabordesagradável, em líquido não é bem aceito. Alterações gastroentestinais e hipersensibilidade são os poucos efeitos colaterais relatados com o uso da medicação [3,5-8].

O miconazol possui apresentações variadas como: gel, verniz, forma de aplicação de liberação lenta e pastilha elástica. O tratamento é facilitado, já que seu sabor é agradável e não apresenta resistência significativa, contraindicado apenasparaindivíduos que façam uso de varfarina tópica, por potencializar a anticoagulação plaquetária desse fármaco [4-9].

É preciso que o Cirurgião-Dentista saiba portar-se na presença de GRMs para sugerir e aplicar a opção terapêutica mais adequada para cada caso, sem anseio de erro. Assim, este trabalho objetiva descrever e discutir características clínicas, diagnóstico e forma de tratamento dessa lesão.

2. Relato de Caso

Paciente do gênero feminino, feoderma, 55 anos, compareceu à Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Cesmac queixando-se de "uma mancha vermelha que arde e queima", relatando a aparição dos sintomas há dois meses de caráter intermitente.

Na anamnese, quando questionada sobre a história médica, a paciente afirmou ser portadora de diabetes e negou hábitos deletérios como o fumo e o uso do álcool. Ao exame físico externo, não foram constatadas alterações fora do padrão de normalidade (Figura 1).

Figura 1: vista frontal da paciente com ausência de alterações externas

Ao exame físico intrabucal, foi observada uma placa eritematosa, lisa, oval e com limites nítidos na região mediana da língua entre os dois terços anteriores e as papilas circunvaladas, não removidas à raspagem (Figura 2).

Figura 2: Aspecto clínico da lesão.

A paciente frisava sintomatologia de ardência e queimação em contato com alimentos e bebidas quentes ou ácidas. Baseando-se nos dados colhidos na anamnese e as características da lesão presente, não houve necessidade de exame complementar para a realização do diagnóstico definitivo. O diagnóstico foi de Glossite Romboidal Mediana.

O tratamento prescrito foi o uso de Miconazol 2% em gel, a ser aplicado 4 vezes ao dia sobre a lesão, durante 21 dias.No retorno, observou-se melhora significativa dalesão eritematosa. A paciente relatou ausência sintomatológica, caracterizando sucesso do tratamento (Figura 3).

Figura 3: Aspecto clínico após 21 dias de tratamento.

A paciente foi orientada a retornar na presença de recidivas ou mudanças morfológicasna região acometida pelo GRM. Dois anos após do tratamento, a alegação de ausência de alterações continua (Figura 4).

Figura 4: Aspecto clínico dois anos após o tratamento.

3. Discussão

As lesões de GRM afetam igualmente ambos os sexos4-6. Seu surgimento comumente afeta uma faixa etária variante de 40 a 65 anos [1,3,6,7]. Corroborando com a literatura, trata-se do relato de uma paciente do gênero feminino, com 56 anos de idade.

Alguns autores [1,3,5] acreditam que a GRM seja um problema estomatológico incomum, dada sua prevalência em adultos variante de 0,1 a 1% na população [4]. Em um estudo feito com mais de 10.000 estudantes, não foi possível encontrar um único caso da doença [4,7].

A GRM é quase sempre assintomática e, quando apresenta sintomatologia, os pacientes relatam sensação de ardência associada a alimentos condimentados e dor moderada [1-6,9], o que levou a paciente do caso descrito a procurar o atendimento odontológico. A etiologia é atualmente considerada como uma manifestação crônica da presença de candidíase [1,8,9].

Arendorf & Walker [3] sugeriram que a língua fosse um depósito primário para a cândida e subtenderam que a grande área das papilas linguais serviu como acolhimento para esses fungos [3,9]. A região de dorso de língua abrange mais fissuras e dobras, facilitando o crescimento e proliferação de cândida [3,5,6].

De acordo com Neville [6], a GRM pode ser iniciada em pacientes com sistema imunológico debilitado, diabéticos e na presença de outras situações que favoreçam o aparecimento da cândida. No caso, a paciente afirmava ser portadora de Diabetes.

4. Conclusões

A Glossite Romboide Mediana é considerada uma doença inflamatória relativamente rara que está localizada na região central de língua. Cabe ao cirurgião-dentista realizar uma coleta de dados cuidadosa com o auxílio da anamnese e da observação clínica para chegar a um correto diagnóstico e aplicar o tratamento mais adequado para evitar recidivas.

REFERÊNCIAS

[1] Cawson RA, Odell EW. Fundamentos Básicos de Patologia e Medicina Oral.8 ed.São Paulo:Santos, 2013.

[2] Galleta VC, Campos MS, Hirota SK, Migliari DA. Candidose hiperplásica em palato desenvolvida por contato à glossite romboide mediana. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2010; 76(1): 137-137.

[3] Leite RMS, Leite AAC, Friedman H, Friedman I.Glossite rombóide mediana associada a candidíase esofagiana. Uma possível relação etiológica com a Candidaalbicans. AnbrasDermatol 2002; 77(5): 579-583.

[4] Neto MM, Danesi CC, Unfer DT. Candidíase bucal: revisão da literatura. Saúde 2005; 31(1,2):16-26.

[5] Neville W, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

[6] Peixoto JV, Rocha MG, Nascimento RTL, Moreira VV, Kashiwabara Candidíase: uma revisão de literatura. Braz J SurgClin Res 2014; 8(2): 75-82.

[7] Scalercio M, Valente T, Israel MS, Ramos ME. Estomatite protética versus candíase: diagnóstico e tratamento. RGO 2009; 55(4): 385-398.

[8] Simões RJ, Fonseca P, Figueiral MH. Infecções por candidaspp na cavidade oral. OdontolClín.-Cient. 2013; 12(1): 19-22.

[9] Siqueira JSS, Batista SA, Silva Jr A, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Candidíase oral em pacientes internados em UTI. RevBrasOdontol 2010; 71(2): 176-179.

[10] Stramandinoli RT, Souza PHC, Westphalen FH, Bisinelli JC, Ignácio SA,Yurgel LS. Prevalência de candidose bucal em pacientes hospitalizados e avaliação dos fatores de risco. Rev Sul-BrasOdontol 2010; 7(1): 66-72.