



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**MANIFESTAÇÕES MAIS FREQUENTES NA CAVIDADE ORAL CAUSADAS
POR DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM PACIENTES QUE
FREQUENTAM A CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL
GERAL DE VISEU**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do grau de Mestre em Medicina
Dentária

Por:

Andres A. Vasquez Martins

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

MANIFESTAÇÕES MAIS FREQUENTES NA CAVIDADE ORAL CAUSADAS
POR DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM PACIENTES QUE
FREQUENTAM A CONSULTA DE GASTROENTEROLOGIA DO HOSPITAL
GERAL DE VISEU

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para obtenção do grau de Mestre em Medicina
Dentária

Por:

Andres A. Vasquez Martins

Orientador: Professor Doutor Tiago Borges
Co-orientador: Professor Dr. João Torres Lopes

Viseu, 2018

“Si no puedes volar, corre, si no puedes correr, camina, si no puedes caminar, gatea. Sin importar lo que hagas, sigue avanzado hacia adelante” Martin Luther King Jr

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer a Deus por me ter permitido seguir enfrente.

Aos orientadores desta tese, Professor João Torres Lopez , Professor Doutor André Correia e Professor Doutor Tiago Borges , pelo valioso aporte na investigação e dedicação em cada etapa até à conclusão do estudo.

Ao Dr. Américo Silva , Diretor do Serviço de Gastreenterologia do Hospital Geral de Viseu , pelo apoio na realização da investigação.

À Dra. Paula Ministro, pela sua contribuição na fase experimental deste projecto.

À minha mãe, Maria Alexandra Martins pela sua incondicional dedicação e amor agradeço-lhe do fundo do meu coração. Amo-te.

Ao Gabriel Chaves, um muito obrigado, pela sua compreensão e apoio nos momentos mais difíceis deste trajecto.

Às minhas Colegas Dra. Dayana Baptista e Dra. Johanna Resende, que demostram o quanto valem: superamos muitas coisas juntos e agora somos grandes amigos.

Muito obrigado

RESUMO

Introdução: Actualmente, um dos problemas que em maior grau afectam e dificultam o perfeito funcionamento do corpo humano, num elevado número de indivíduos, dizem respeito às diversas doenças que afectam o aparelho digestivo. A doença de Crohn e a colite ulcerosa são as que apresentam maiores manifestações extra-intestinais com atingimento da cavidade oral e, como consequência diminuindo a qualidade de vida dos indivíduos que padecem desta doença.

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi descrever as manifestações e sintomatologia oral presentes na doença inflamatória intestinal.

Materiais e Métodos: A amostra foi seleccionada no Hospital Geral de Viseu, em Viseu, Portugal, sendo constituída por 30 indivíduos adultos de ambos os géneros. Foram avaliadas as cavidades orais dos pacientes para registrar a presença de manifestações orais da doença. Foram ainda obtidos dados referentes ao tipo de alimentação e actividade da doença inflamatória intestinal.

Resultados: Em pacientes com doença inflamatória intestinal as manifestações orais como a cárie dentária e a gengivite foram observadas com maior frequência, seguidas pelas úlceras aftosas; a língua geográfica foi a única manifestação associada a pacientes com colite ulcerosa. A sintomatologia mais frequente foram a xerostomia e o sabor ácido em doentes em fase activa da doença, sem se demonstrar diferenças entre a doença de Crohn e colite ulcerosa.

Conclusão: Foi possível descrever e associar as manifestações e sintomatologia oral em pacientes com doença inflamatória intestinal. Estas manifestações são mais frequentes na fase activa da doença.

Palavras chave: Doença de Crohn; colite ulcerosa; gastrite; úlceras pépticas manifestações orais; doença periodontal; manifestações orais; sintomatologia oral.

ABSTRACT

Introduction: Currently, one of the problems that affects and hinders the perfect functioning of the human body in a large number of individuals, corresponds to the digestive system represented by the various diseases that affect it. Crohn's disease and ulcerative colitis are the ones with the greatest extraintestinal manifestations reaching the oral cavity and consequently impairing the quality of life of the individuals suffering from this disease.

Aim: The objective of the present study was to describe the manifestations and oral symptomatology present in inflammatory bowel disease.

Materials and Methods: The sample was selected at the General Hospital of Viseu, in Viseu, Portugal, and consisted of 30 adult individuals of both sexes. Oral cavities were evaluated for the presence of oral manifestations. Data were also obtained regarding the type of diet and activity of inflammatory bowel disease.

Results: In patients with inflammatory bowel disease, oral manifestations such as dental caries and gingivitis were observed more frequently, followed by aphthous ulcers; the geographical tongue was the only manifestation associated with patients with ulcerative colitis. The most frequent symptoms were xerostomia and acid taste in patients on the active phase of the disease, without showing differences between Crohn's Disease and ulcerative colitis.

Conclusion: It was possible to describe and associate the manifestations and oral symptomatology in patients with inflammatory bowel disease. These manifestations were more frequent in the active phase of the disease.

Keywords: Inflammatory bowel disease; Crohn's disease; ulcerative colitis; oral manifestations; tooth decay; periodontal disease; oral lesions; oral symptoms.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CD – Doença de Crohn

CU-Colite Ulcerosa

CPOD – Índice de Cárie por Dente Cariado, Perdido ou Obturado

DII- Doença Inflamatória Intestinal

EAR- Estomatite Aftosa Recorrente

GEDII – Grupo de Estudo da Doença Inflamatória Intestinal

Gun- Gengivite Ulceronecrosante

HLA – Sistema Major de Histocompatibilidade (*Human Leukocyte Antigen*)

ID- Intestino Delgado

TNF& – Fator de Necrose Tumoral

ÍNDICE GERAL

Conteúdo

INTRODUÇÃO	3
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. A Cavidade Oral	9
1.1. Classificação do Tecido constituinte da Mucosa oral e suas Funções	10
1.2. Gengiva	11
1.3. Gengiva Marginal ou Livre	11
1.4. Gengiva Aderida	11
1.5. Gengiva Interdental ou Interpapilar	12
1.6. Características Clínicas da Gengiva	12
2. Manifestações da cavidade oral	13
2.1. Aftas bucais ou Úlceras aftosas	13
2.1.1. <i>Etiología e patogenia</i>	14
2.1.2. <i>Características Clínicas</i>	15
2.2. Gengivite	15
2.2.1. <i>Etiologia e patogenia</i>	16
2.2.2. <i>Características clínicas</i>	16
2.3. Língua Geográfica	16
2.3.1. <i>Características clínicas</i>	17
2.4. <i>Queilite Angular</i>	17
2.4.1 <i>Etiología e patogenia</i>	18
2.5. Cárie Dentária	19
2.6. Reacções a Medicamentos	19

2.7. Pioestomatite vegetante	19
3. Descrição da Sintomatologia Oral mais frequente na Doenças Digestivas	20
3.1. Xerostomia	20
3.2. Halitose	21
3.3. Disfagia	21
3.4. Regurgitação	21
3.5. Sabor Ácido	22
4. Aparelho Digestivo	22
4.1. A Boca	22
4.2. Faringe	23
4.3. Esófago	23
4.4. Estômago	23
4.5. Intestino	23
4.6. As Glândulas Anexas	24
5. Doenças Inflamatorias Intestinais	24
5.1. Origem Histórica	24
5.2. Etiologia e Patogenia	25
6. Anomalias do intestino delgado	25
6.1. Doença de Crohn	25
6.2. Classificação da Doença de Crohn	28
7. Anomalias do intestino grosso	30
7.1. Colite Ulcerosa	30
CAPÍTULO II - OBJETIVOS	35
1. Objetivo Geral:	37
1.1. Objetivos Específicos:	37
2. Hipótese:	37
3. Justificação da Investigação	37

CAPÍTULO III - MATERIAIS E MÉTODOS	39
4. Materiais e Métodos	41
5. Operacionalização de Variáveis	42
6. Desenho da Investigação	44
7. Fases da investigação	44
7.1 Primeira Fase: Revisão Bibliográfica.	44
7.2 Segunda Fase: Selecção da população e a mostra.	44
7.3 Terceira Fase: Aplicativo da Técnica de Recolha de Dados.	45
7.4 Quarta Fase: Descrição e Análise dos Resultados.	45
8. População e Amostra	45
8.1 População	45
9. Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados	46
10. Validade	47
11. Fiabilidade	47
12. Critérios de inclusão e exclusão	47
13. Técnicas de Análises de Dados	47
CAPÍTULO IV - RESULTADOS	49
1. Manifestações da cavidade oral na Doenças Intestinais	65
2. Sintomatologia Oral na Doença Inflamatória Intestinal	68
CONCLUSÕES	73
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	83
ANEXO I: Historia Clínica	85
ANEXO II: Consentimento Informado	89

INDÍCE DE TABELA

Tabela 1 - Operação de variáveis	43
--	----

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 - Imagen de Úlceras aftosas	14
Figura 2 - Imagen de Língua Geográfica.....	17
Figura 3 - Imagen Língua de Queilite Angular	18
Figura 4 - Distribuição da Amostra pelos Grupos	51
Figura 5 - Distribuição da Amostra por Sexo e Idades.....	52
Figura 6 - Distribuição da Amostra Doenças Digestivas	54
Figura 7 - Distribuição da Amostra por Manifestações Oraís	56
Figura 8 - Distribuição da sintomatología oral.....	58
Figura 9 - Relação entre sintomatologia Oral y Doença Inflamatória Intestinal	60
Figura 10 - Relação entre Manifestações Oraís e Doenças Inflamatória Intestinal.....	62

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de Montreal da DC.....	29
Quadro 2 - Classificação de Montreal da CU.....	32
Quadro 3 - Distribuição de Pacientes que assistem à consulta de acordo sexo e DII..	51
Quadro 4 - Distribuição de Pacientes que assistem à consulta por sexo e idades.....	52
Quadro 5 - Distribuição de pacientes com Doença Inflamatória Intestinal Montreal..	53
Quadro 6 - Distribuição de Pacientes com Manifestações Oraís	55
Quadro 7 - Distribuição de Pacientes com sintomatologia oral.....	57
Quadro 8 - Relação entre Sintomatologia Oral e Doença Inflamatória Intestinal.....	59
Quadro 9 - Relação entre Manifestações Oraís e Doença Inflamatória Intestinal.....	61

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O bem-estar oral é um aspecto fundamental da condição geral de saúde em todo mundo devido à importância que tem como parte do ónus global da morbidade oral, os custos relacionados com o tratamento e a possibilidade de aplicar medidas eficazes de prevenção. A crise existente em todos os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, não deixa excluído Portugal, onde os problemas a esse respeito, se reflectem diariamente no Sistema Nacional de Saúde, sendo isto confirmado pela direcção Geral de Saúde, que considera a situação insustentável desde o ano 2012. Tendo incluído os tratamentos relacionados á Medicina Dentária recentemente no Serviço Nacional de Saúde.

Os profissionais de medicina dentária, focavam a sua ética e profissionalismo em práticas curativas que, apesar de positivas, muitas vezes pecavam por ser mutiladoras, demonstrando-se que o sofrimento por doenças e manifestações orais se incrementavam proporcionalmente nos anos seguintes. Surge assim a medicina dentária preventiva baseada em palestras e em educação oral para as comunidades mais necessitadas.

Mena S. *et al.*, afirmam que existem diversos métodos para tentar diminuir ou simplesmente controlar as cáries, tentando incentivar a população tanto adulta como infantil a melhorar a sua saúde oral e educar a comunidade nas técnicas de higiene oral adequadas para evitar estas manifestações e futuras complicações a nível oral.⁽¹⁾

O sistema digestivo “é o responsável por digerir os alimentos que se consomem, tornando-os aptos para que possam ser primeiro absorvidos e depois assimilados. O sistema compreende o tubo digestivo e as glândulas anexas. Este tubo é um longo canal que se estende desde a boca até o ânus. No tubo distinguem-se a boca, a faringe, o esófago, o estômago, o intestino delgado e o intestino grosso”.⁽²⁾

Desta forma, podemos dizer que “As doenças gastrointestinais são numerosas e a sua etiologia multifactorial e afirma-se que quase todas as pessoas têm um problema digestivo em algum momento da sua vida; determinados transtornos, como a indigestão são comuns; resultando em mal-estar leve e melhoram por si mesmas ou são fáceis de tratar”.⁽²⁾

“São inúmeras as bactérias que através da cavidade oral têm acesso ao nosso sistema digestivo e a propagação das mesmas no seu interior, sendo o *Helicobacter Pylori* a que com maior incidência se encontra atacando este sistema”.⁽³⁾

Dentro deste contexto podemos assinalar que “ O *Helicobacter Pylori* afecta 50% da população mundial. Esta bactéria identificada como agente causador da úlcera péptica e juntamente com a secreção de ácido pelo estômago, é capaz de gerar deficiências na absorção de nutrientes que podem comprometer o estado nutricional dos indivíduos afectados e ser responsável pelo aparecimento de manifestações carenciais ou como agente-causa de doenças crónicas”.⁽³⁾

Actualmente, um dos problemas que em maior grau afecta e dificulta o perfeito funcionamento do corpo humano num elevado número de indivíduos, corresponde ao aparelho digestivo representado pelas diversas doenças que o afectam. Tendo como ponto de referência o expressado pelo Dr. Pacho JA *et al.*, muitas das manifestações da cavidade oral estão relacionadas com transtornos anatómicos e funcionais do aparelho digestivo, algumas fazem parte do quadro clínico da doença e outras aparecem como complicações das mesmas.⁽⁴⁾

Autores como Elahi T *et al.*, referem que na literatura se encontra também descrita uma maior prevalência de sintomas como halitose, disfagia e xerostomia nestes doentes.⁽⁵⁾

A doença inflamatória intestinal (DII) é um problema para a saúde dos indivíduos que dela padecem, devendo por isso ser reconhecida como uma doença crónica que requer cuidados especiais em todos os aspectos clínicos, incluindo as manifestações na cavidade oral, criando protocolos clínicos preventivos que contribuam para uma melhor qualidade de vida.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De alguma forma podemos definir que o quadro teórico “é um processo de imersão no conhecimento existente e disponível que pode estar vinculado com a proposta do problema”⁽⁶⁾. Nesta secção, o pesquisador organiza os aspectos teóricos que sustentam a investigação, utilizando como base todos os conhecimentos aos quais pode ter acesso, através de fontes primárias e secundárias e por diferentes meios impressos ou electrónicos.

Balestrini M assinala que o marco teórico “é o resultado da selecção daqueles aspectos mais relacionados do corpo teórico epistemológico que se assume, referidos ao tema específico eleito para seu estudo”. Para esta autora, esta fase do trabalho orienta o sentido da investigação e recorre às definições conceptuais da localização no contexto teórico. Também é importante assinalar que esta contextualização teórica depende dos objectivos formulados e delimitados.⁽⁷⁾

Antecedentes da Investigação

Em todas as investigações torna-se necessário, para formular, desenvolver e executar uma problemática, indagar em outras obras onde previamente se tenham exposto aspectos relativos ao tema apresentado e que permitam ao pesquisador sustentar e guiar com o fim de atingir o processo delimitado da investigação. Neste sentido, definem-se os antecedentes como “os estudos prévios e teses de grau relacionadas com o problema proposto isto é, investigações realizadas anteriormente e que guardam alguma vinculação com o problema de estudos”.⁽⁷⁾ Portanto, a seguir mencionam-se alguns trabalhos que precedem a este e o seu valioso contributo para a consecução dos objectivos propostos.

Investigações feitas por Laranjeira N., em 171 indivíduos, dos quais 65 apresentavam DC e 48 CU num estudo controlo com 58 indivíduos saudáveis, foram medidos índices de CPOD, IPC e IHOS. O autor demonstrou que a sintomatologia oral, a doença periodontal e a cárie dentária foram significativamente mais frequentes no grupo de doentes com DII e a sintomatologia oral e as lesões da mucosa oral foram mais acentuadas durante a fase ativa da DII.⁽⁸⁾

Lourenço Sv *et al.*, realizaram uma investigação sobre as manifestações orais da doença intestinal. Este trabalho, baseou-se na revisão de 6 casos de pacientes com manifestações orais da doença inflamatória intestinal. A doença inflamatória intestinal

é um termo geral que se utiliza para se referir a doenças inflamatórias crônicas de causa desconhecida do tracto gastrointestinal. A CD e a CU são as duas formas mais importantes. A CU afecta a mucosa intestinal com extensão e severidade variável. A CD geralmente envolve a porção do íleo terminal e a porção inicial do colon, ainda que possa estar comprometido em qualquer lugar do tracto gastrointestinal desde a cavidade oral ao ânus. Cerca do 25% dos pacientes com DII desenvolvem manifestações extra-intestinais ou complicações. Esta revisão baseia-se, na observação de 6 pacientes com manifestações orais de DII: em 4 deles se suspeitou o diagnóstico de DII pelo exame das manifestações orais. Nos 2 pacientes restantes, as manifestações orais anunciaram um novo surto do diagnóstico prévio de DII.⁽⁹⁾

Rodríguez e Vera , realizaram uma investigação sobre as manifestações da cavidade oral, ocasionadas por doenças digestivas em pacientes que foram à consulta do IPASME, em San Juan dos Morros, Estado Guárico.

Esta investigação esteve fundamentada no paradigma quantitativo, enquadrada numa investigação de campo de tipo descritiva. O propósito principal foi relacionar as manifestações da cavidade oral com as doenças digestivas em pacientes que vão à consulta de medicina Dentária do IPASME de San Juan dos Morros Estado Guárico, durante o segundo trimestre do ano 2009. Para isso, trabalhou-se com uma mostra de vinte (20) pacientes utilizando como instrumento uma folha clínica estruturada em três partes. Os resultados obtidos permitiram emitir as seguintes conclusões: a lesão oral mais frequente é a gengivite, seguida das úlceras aftosas. As doenças digestivas mais habituais nos pacientes do estudo foram: a doença gástrica, entre elas, o refluxo gastroesofágico, seguido de gastrites e úlceras pépticas, enquanto a colite ulcerosa só apresenta uma mínima percentagem de pacientes.

Pacho JA *et al.*, autores de um estudo sobre manifestações orais relacionadas com as Doenças Digestivas, descreveram as características clínicas e as etiologias das Doenças Digestivas e a sua relação com as manifestações orais que se apresentam em consequência delas. Estes autores afirmam, que muitas manifestações da cavidade oral estão relacionadas com transtornos anatómicos e funcionais dos órgãos do aparelho digestivo. Algumas fazem parte do quadro clínico da DII e outras aparecem como complicações destas. Geralmente, são de origem imunológica, nutricionais ou deficiências nutricionais. Estas manifestações são difíceis de tratar, pelo que é importante conhecer as particularidades clínicas que facilitam uma adequada interpretação e ao mesmo tempo oferecer uma conduta terapêutica correta.⁽⁴⁾ Apresenta-

se uma revisão actualizada das características semiológicas das manifestações orais, que fazem parte do quadro clínico de diversas doenças digestivas, com o objectivo de que médicos generalistas, estomatologistas e gastroenterologistas as possam diagnosticar e melhorar a orientação e tratamento aos pacientes.

Outro estudo dirigido por Bouquet, com a ajuda de 31 médicos dentistas, cujo objectivo foi determinar a prevalência de doenças da cavidade oral de pacientes que iam à consulta de medicina dentária norte-americana. Os resultados foram muito interessantes, já que a doença mais comumente observada, tanto em homens como em mulheres maiores de 35 anos de idade, foi a leucoplasia, seguida pelo tórus, estomatites, o fibroma traumático, os grânulos de *fordyce*, hemangiomas, úlceras inflamatórias, papilomas, épulide fissurada, varizes, língua fissurada, língua geográfica, hiperplasia papilar, herpes labial, mucocelo, escaras de tecidos e queilite.

Todos os autores consultados anteriormente, contribuíram com significativa informação teórica sobre manifestações orais, doenças do aparelho digestivo e a relação entre ambas, proporcionando assim um melhor e mais amplo desenvolvimento das bases teóricas e a formulação de variáveis de dita investigação.

Bases Teóricas

Para o desenvolvimento do presente estudo foi preciso obter bases teóricas prévias que vêm a ser as bases do estudo, definindo-se: “Como um conjunto de conceitos e proposições que constituem um ponto de vista ou enfoque determinado, dirigido a explicar o fenómeno ou problema proposto ” ⁽⁶⁾ isto é, assinalar um conjunto de conceitos e proposições relacionados e dirigidos a explicar o fenómeno do tema proposto e focar o mesmo, dentro da perspectiva das teorias gerais que podem resultar para seu entendimento.

1. A Cavidade Oral

Guyton YH, assinala que a cavidade oral é o início do tracto alimentar. Na boca podem distinguir-se três tipos de mucosa: A) Simples de revestimento; B) mastigatória, com provável ausência de submucosa, queratinizada ou paraqueratinizada e em contacto directo com o tecido ósseo; e C) Especializada, que se apresenta em certas regiões da

língua, referendo-se à mucosa relacionada aos receptores do gosto.⁽¹⁰⁾

O mesmo autor afirma que “A boca está revestida com membranas mucosas. Assim como a pele cobre e protege o exterior de nosso corpo, as membranas mucosas cobrem e protegem o interior do mesmo”.⁽¹⁰⁾ As membranas mucosas produzem muco, o que as mantém húmidas. A parte superior da boca, coberta com uma membrana mucosa, chama-se palato.

A parte anterior, consiste numa porção óssea denominada palato duro, com uma parte posterior carnosa que se denomina palato mole. O palato duro separa a boca do nariz que se encontra acima dela. O palato mole contém a úvula, um pequeno musculo fusiforme que se encontra no borde inferior do palato mole e entre as fauces amigdalinas. As amígdalas estão localizadas a cada lado da úvula e parecem pilares gémeos que sustentam a abertura para a faringe.

Um conjunto de músculos estende-se desde a parte inferior da boca para formar a língua. A superfície superior da língua está coberta com diminutas protuberâncias chamadas papilas, onde se encontram as papilas gustativas. Há quatro classes de papilas gustativas agrupadas em certas áreas da língua e que permitem sentir os sabores: doces, salgados, azedos e amargos.

Três pares de glândulas salivares major estão presentes na cavidade oral e glândulas salivares minor encontram-se na mucosa bucal segregando saliva que contém uma enzima digestiva denominada amilase responsável pela descomposição dos hidratos de carbono ainda antes que os alimentos cheguem ao estômago.

Os lábios estão recobertos de pele na parte exterior e com membranas mucosas no interior da boca. O músculo principal do lábio, denominado orbicular, permite mover os lábios. A coloração avermelhada dos lábios provém dos vasos sanguíneos subjacentes e por isso os lábios podem sangrar tão facilmente quando sujeitos a algum tipo de trauma. A parte interna dos lábios está ligada à gengiva.

1.1. Classificação do Tecido constituinte da Mucosa oral e suas Funções

Tal como o indica Gómez FM *et al*¹¹, a estrutura morfológica da mucosa varia com a adaptação funcional à influência mecânica que actua sobre ela nas diferentes regiões da mucosa oral. É importante dividir a mucosa oral em três tipos principais e especificar a função que cumpre a cada uma delas:

- mucosa de revestimento: tem uma função protectora, e caracteriza-se pela presença de epitélio do tipo não queratinizado, com um córion laxo ou semi-laxo e apresenta submucosa bem definida. É extensível e adapta-se à contracção e relaxamento das bochechas, lábios, e os movimentos do maxilar inferior produzidos durante a mastigação.
- mucosa mastigatória: está submetida directamente às forças intensas de atrito e pressão originadas pelo impacto mastigatório. Está fixa ao osso e não apresenta estiramento. O epitélio é queratinizado ou paraqueratinizado, com numerosas cristas epiteliais (em especial nas gengivas) e córion semi-denso ou denso. Carece de submucosa na gengiva, mas esta está presente na parte lateral do palato duro onde encontramos tecido adiposo e glandular.
- mucosa especializada: é assim denominada porque aloja papilas gustativas intra-epiteliais, tendo uma função sensitiva destinada à recepção dos estímulos gustativos. Os botões gustativos, localizam-se no epitélio das papilas linguais e possuem um aspecto fungiforme, foliado e caliciforme. Esta variedade de mucosa pode ser observada no dorso da língua.

1.2. Gengiva

“Do ponto de vista anatómico a gengiva pode dividir-se em três tipos: Gengiva marginal ou livre, Gengiva inserida ou aderida e Gengiva interdental ou inter papilar”.⁽¹²⁾

1.3. Gengiva Marginal ou Livre

Carranza FA *et al.*, indicam que também é conhecida como gengiva não aderida e corresponde à margem terminal da gengiva que rodeia o dente em formato de colar. É facilmente separável da gengiva aderida mediante uma sonda periodontal. A gengiva marginal forma a parede do tecido mole do sulco gengival.⁽¹²⁾

1.4. Gengiva Aderida

“Este tipo de gengiva é contínua com a gengiva marginal. É firme e resiliente e está fixada com firmeza ao periósteo subjacente ao osso alveolar. A superfície vestibular da gengiva inserida estende-se até a mucosa alveolar relativamente laxa e móvel, da qual está separada pela união muco-gengival.”⁽¹²⁾. Outro parâmetro clínico importante é, a

dimensão da gengiva aderida. Esta corresponde à distância entre a união muco-gengival e a projecção sobre a superfície externa do fundo do sulco gengival. Não deve confundir - se com a dimensão da gengiva queratinizada, já que esta abarca também a Gengiva marginal.

1.5. Gengiva Interdental ou Interpapilar

Carranza FA *et al.*, descrevem que ocupa o nicho gengival, que é o espaço gengival por baixo da área de contacto dentário. A sua forma pode ser piramidal ou ter forma de “col”. No primeiro caso, a ponta de uma papila encontra-se imediatamente por baixo do ponto de contacto. A segunda forma apresenta uma depressão em forma de vale que liga a papila vestibular a outra lingual e se adaptam à morfologia de contacto proximal. A forma da gengiva num espaço interdental determinado depende do ponto de contacto entre, os dentes contíguos e da presença ou ausência de verdadeiro grau de recessão.⁽¹²⁾

1.6. Características Clínicas da Gengiva

Considera-se de grande importância indicar as características clínicas de uma gengiva sã, para deste modo poder diagnosticar correctamente as variações de ditas características nos diferentes tipos de gengiva, as quais nos possam dar certeza, se estamos em presença de uma gengiva sã ou doente.

Cor

“A cor normal que deve apresentar uma gengiva sã é rosa pálida”. Ainda que pode ter variações de origem fisiológica onde a gengiva seja mais escura ou varie a uma cor roxo, isto o encontramos nas pessoas de raça negra por exemplo.⁽¹²⁾

Tamanho

Carranza FA *et al.*, descrevem que corresponde à soma total da massa de elementos celulares e intercelulares da gengiva e sua irrigação. O aumento de tamanho é um aspecto da doença gengival.⁽¹²⁾

Contorno

O contorno ou forma da gengiva vai depender da morfologia e alinhamento dos dentes no arco dental, localização e tamanho do contacto proximal. O ideal é que o contorno seja festonado nas faces vestibulares e linguais. Quando há alteração observa-se recessão ou hiperplasia gengival.

Consistência

“A gengiva é firme e resiliente com excepção da margem livre móvel, fixa-se com firmeza ao osso subjacente”.⁽¹²⁾

Textura

A textura que se observa na gengiva é semelhante ao de uma casca de laranja, apresentando pontilhados e se apresenta em forma uniforme, podendo ser visualizada melhor quando se seca a gengiva.

2. Manifestações da cavidade oral

São definidas “como perda de substância na cavidade oral podendo ser aguda, dolorosa, inicialmente necrótica e recidivante. Estas manifestações podem estar presentes em diversas doenças, e inclusive, constituir a lesão principal destas”.⁽⁴⁾

Citando Gonçalves W. *et al.*, os investigadores têm chegado à conclusão que as manifestações da cavidade oral são multifactoriais e que estas podem ser de origem primária ou secundária, sejam elas de doenças bucais ou como parte do quadro clínico de diversas doenças do sistema nervoso, cardiovascular, endócrino, dermatológico e digestivo. O diagnóstico destas entidades é basicamente clínico.⁽¹³⁾

2.1. Aftas bucais ou Úlceras aftosas

Podemos definir dita lesão como úlceras dolorosas recorrentes na língua, mucosa vestibular, pavimento da boca e os pilares das fauces; não se encontram na pele, lábios, gengiva ou paladar duro; pelo geral apresentam-se em forma ovaladas; não precedidas

por vesículas, regular única, mede menos de 0.5 centímetro de diâmetro; é pouco frequente; tipo maior grave, cura após seis semanas deixando cicatriz .⁽¹⁴⁾



Figura 1 - Imagen de Úlceras aftosas

Fontes: Regezi, J., Sciubba, J. J., & Jordan, R. (2000)¹⁴.

Segundo estes autores, “a úlcera aftosa é a mais frequente das úlceras não traumáticas que afectam a membrana mucosa”.⁽¹⁴⁾

2.1.1. Etiología e patogenia

As lesões de úlceras aftosas têm sido associadas a múltiplas causas, entre as quais e segundo o aprendido nos anos cursados na faculdade de medicina dentária e nos estágios, deve-se a 3 principais factores: o *stress*, deficit de vitamina B12 e ph ácido no meio oral ocasionado por secreções do suco gástrico. Podemos ainda mencionar o factor traumático.

Resumindo a Rioboo *et al.*, na DII este tipo de manifestação pode ser atribuída, em diversas publicações à consequência de alterações da secreção de IgA, IgG e a um aumento desequilibrado das TNF- α . As aftas também são associadas com determinados antígenos de HLA como o HLA-DR2 e o HLA-B12 permitindo que a superfície da

mucosa fique mais vulnerável à acção de fatores locais.⁽¹⁵⁾

2.1.2. Características Clínicas

Regezi J *et al.*, explica que existem três formas das lesões, as menores com um diâmetro de 0.5 cm e as maiores com mais de 0.5 cm e as herpetiformes, que se crê fazem parte da mesma doença e possuem a mesma etiologia, sendo as diferenças essencialmente clínicas e correspondendo a graus de severidade distintos. Todas se apresentam como úlceras dolorosas e recorrentes, em ocasiões com sintomas prodrômicos, tais como formigueiro ou ardor antes da aparição das lesões, não há vesículas prévias ao aparecimento das úlceras.⁽¹⁴⁾

As ulceras aftosas aparecem como aftas solitárias ou estomatite aftosa recorrente. Este autor segue assinalando que, “as aftas solitárias são úlceras de variado tamanho, muito dolorosas, localizadas geralmente na mucosa vestibular, na língua ou no palato mole. A sua etiologia parece estar relacionada com alterações dietéticas e síndromes dispépticas de tipo orgânico” .⁽¹⁴⁾

Em investigações realizadas por Piantanida *et al.*, concluiu-se que a estomatite aftosa recorrente (EAR) está caracterizada pelo aparecimento na mucosa oral de aftas isoladas ou múltiplas, de centro cinzento e halo eritematoso, de evolução benigna, dolorosa e recorrente, que geralmente cicatrizam em 2 semanas e podem ou não deixar sequelas (escaras).⁽¹⁶⁾

Igualmente assinalam estes autores que esta lesão pode fazer parte do quadro clínico das seguintes doenças: gastrite crónica atrofica, duodenite parasitária, doenças inflamatórias crónicas do intestino e síndrome de mal absorção intestinal, assim como também na DC além das ulceras aftosas podem apresentarse fissuras e nódulos na mucosa.^(4,14)

2.2. Gengivite

Resumindo a Carranza FA *et al.*, define-se a gengivite como uma inflamação da gengiva que pode comprometer um ou mais dentes. Ela é causada pela placa bacteriana, também chamada de biofilme, uma fina película que adere à superfície dos dentes e se deposita no sulco gengival provocando sangramento das gengivas, quando a higiene

oral não é realizada de forma adequada. No estágio inicial da doença, o osso e o tecido alveolar onde se fixam os dentes não são afetados. Existem vários tipos de gengivite, todas com as mesmas manifestações clínicas. Um tipo de gengivite especialmente destrutiva é a denominada Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN). Nesta o paciente apresenta um hálito putrefacto, um tecido gengival necrosado e hemorragias espontâneas severas.⁽¹²⁾

2.2.1. Etiologia e patogenia

Segundo Shafer W *et al.*, as causas desta doença são diversas, entre as quais podemos encontrar a infecção bacteriana devido à má higiene oral, erupção de dentes, reacções adversas a fármacos, ou como consequência de outras doenças ou factores sistémicos como a distúrbios na nutrição, gravidez, diabetes e outras funções endocrinas, disfunção dos neutrófilos e imunopatias.⁽¹⁷⁾

2.2.2. Características clínicas

Resumindo a Shafer W *et al.*, Podemos destacar a mudança na coloração da gengiva, de rosa pálido a vermelho brilhante, sangrando ao escovar ou espontaneamente. Também pode verificar-se uma mudança na textura, podendo a gengiva perder o seu contorno arredondado normal que pode originar recessão gengival.⁽¹⁷⁾

2.3. Língua Geográfica

Continuando com os autores Regezi J *et al.*, que descrevem que a língua geográfica como lesões brancas, delimitadas, com centro atrófico vermelho, que apresentam um padrão migratório sobre o dorso da língua, variam de intensidade e podem desaparecer de forma espontânea, podendo em alguns casos ser dolorosas.⁽¹⁴⁾

2.3.1. Características clínicas

Caracterizam-se por serem lesões erosivas eritematosas (avermelhadas), com bordos irregulares, cinzento-esbranquiçadas, um pouco salientes, que fazem lembrar os contornos de um mapa geográfico e podem migrar de uma área para outra da língua. A região das placas tem pouca sensibilidade, com bordos grossos, de cor branca ou amarelada, que podem aumentar progressivamente de tamanho. Há descamação das papilas linguais filiformes que têm função abrasiva e formato cônico; as papilas fungiformes com formato de cogumelo e função gustativa permanecem como pontos mais elevados.



Figura 2 - Imagen de Língua Geográfica

Fontes: Regezi, J., Sciubba, J. J., & Jordan, R. (2000)¹⁴.

2.4. Queilite Angular

A queilite angular é uma inflamação tipicamente observada em ambas às comissuras (cantos) dos lábios, por isso é chamada de comissurite. Esta lesão é igualmente conhecida como perleche ou “boqueira” sendo de ocorrência mais comum em adultos nos dois sexos e frequentemente apresenta-se com incidência bilateral. Em casos severos as fissuras podem sangrar quando se abre a boca, e úlceras ou umas crostas pouco profundas podem surgir.

2.4.1 Etiología e patogenia

Resumindo a Garcia LE *et al.*, que descrevem que os estudos têm relacionado a queilite angular como sendo um transtorno de etiologia multifactorial de origem infecciosa, com vários fatores locais e sistêmicos. As feridas costumam infectar-se com fungos e em alguns casos bactérias. Isso pode representar uma infecção oportunista ou secundária a deficiência nutricional (especialmente de vitamina B e ferro) o que, por sua vez, pode indicar um transtorno de má nutrição ou mal absorção. Também pode ser uma manifestação de dermatite de contacto, que pode ser irritativa ou alérgica; Outros fatores, entre eles: acúmulo de saliva, uso de próteses mal adaptadas e até mesmo de perda ou desgaste dos mesmos, seja por bruxismo ou erosão ácida. Tudo isso pode resultar em perda da dimensão vertical, ou seja, um maior fechamento da boca resultando num acúmulo de saliva permanente no canto dos lábios, cuja natureza ácida provoca a queilite.⁽¹⁸⁾



Figura 3 - Imagen de Queilite Angular

Fontes: Regezi, J., Sciubba, J. J., & Jordan, R. (2000)¹⁴

2.5. Cárie Dentária

Resumindo os autores De Carvalho SPH e Mayor HF *et al.*, a cárie dentária caracteriza-se pelo aparecimento de uma destruição localizada do tecido dentário duro, devido à ação de produtos ácidos provenientes da fermentação bacteriana de hidratos de carbono oriundos da dieta. Esta é uma doença multifatorial que se inicia com alterações microbiológicas ao nível do biofilme, que provocam desmineralização, sendo também afetada pelo fluido e composição salivar, exposição a compostos fluoretados, consumo de açúcares na dieta e pela higiene oral. É uma doença crónica, de progressão lenta na maioria da população, que pode afetar a coroa e a raiz das peças dentárias decíduas e permanentes.^(19,20)

2.6. Reacções a Medicamentos

Estas reacções produzidas por medicamentos “podem afectar a pele ou as mucosas podendo observar-se úlceras, vesículas e eritema, é importante o antecedente de ingestão recente de medicamento”.⁽¹³⁾

Ainda que o dano possa ser cutâneo, em algumas ocasiões encontram-se lesões da mucosa oral, seja como único órgão afectado ou como parte de uma reacção medicamentosa em pele.

É importante ter em conta que qualquer fármaco pode produzir uma reacção adversa, mas há alguns que possuem maior capacidade que outros para o fazer. Do mesmo modo existem pacientes com mais tendência a apresentar esta classe de reacções.

2.7. Pioestomatite vegetante

Caracteriza-se pela presença na mucosa da cavidade bucal de múltiplas lesões pequenas (2- 3 mm), eritematosas, que na sua superfície apresentam minúsculas projecções papilares ou vegetantes com lesões erosivas ou micro-ulcerações em forma de fissuras com exsudados fibrino-purulentos.

Diferentes pesquisadores afirmam que este tipo de “lesão é rara e observou-se em pacientes com doença de Crohn, localizada frequentemente nas mucosas labial, jugal,

gingival e do palato. São lesões pouco dolorosas e de evolução tórpida”.⁽²¹⁾ Do ponto de vista anatomo-patológico, observam-se abscessos intra-epiteliais com infiltrado neutrófilo e eosinófilo, algumas células acantolíticas e, ocasionalmente, infiltrado perivascular eosinofílico.

Autores como Pacho JA *et al.*, continuam assinalando que “este tipo de lesão é pouco frequente na colite ulcerativa idiopática, onde se apresenta com maior frequência o pioderma oral, semelhante às lesões do pioderma gangrenoso presente na pele de alguns pacientes com colite ulcerativa idiopática e doença de Crohn. Trata-se de pequenas lesões (1,5- 2 cm de diâmetro) muito dolorosas, de forma irregular, bordos elevados e recobertas por um exsudado cinzento”.⁽⁴⁾ Em geral, associam-se com estados de actividade da colite e tendem a desaparecer após o tratamento cirúrgico.

Só se abordarão as características das lesões bucais orgânicas e sensoriais que se relacionam com algumas doenças digestivas. As que se reportam com maior frequência são: as úlceras, as anomalias de desenvolvimento da língua, a queilites, as discromias e as lesões erosivas. Diferentes investigações assinalam que geralmente estas lesões obedecem a alterações imunológicas ou nutricionais presentes ou relacionadas com os transtornos digestivos.

Tendo em conta a relação anatomo-funcional da cavidade bucal com os órgãos do aparelho digestivo, apresenta-se uma revisão actualizada das características, etiologia e tratamento das manifestações da cavidade oral relacionadas com as doenças digestivas, com o objectivo de que possam ser diagnosticadas por médicos generalistas, médicos dentistas e gastroenterólogos, para melhorar a orientação e o tratamento dos pacientes que as sofrem.

3. Descrição da Sintomatologia Oral mais frequente na Doenças Digestivas

3.1. Xerostomia

O investigador Coimbra F, descreve como a sensação de boca seca devida a uma diminuição quantitativa apenas do fluxo salivar em repouso quando este baixa para menos de 50% ou de uma alteração da composição da saliva com perda de mucina e consequente diminuição da capacidade de lubrificação, sem diminuição do fluxo, o mesmo autor assinala que existe uma relação com medicamentos que causam a

xerostomia como os anticolinérgicos, os antidepressivos tricíclicos, os anti-hipertensores e sobretudo os diuréticos. Ausência salivar pode manifestar a longo prazo ao aumento da incidência de caries dentaria e doença periodontal, esta condição, pode interferir com a deglutição e pode causar halitose e prejudicar a higiene oral.⁽²²⁾

3.2. Halitose

Nunes JC *et al.*, referem que a halitose é o termo empregue para descrever qualquer alteração do hálito, de etiologia multifactorial e podendo envolver condições orais e extra-orais; as causas mais frequentes são a má higiene, a língua saburrosa, a patologia periodontal (gingivite, periodontite) e a hipossalivação; a etiologia extra-oral da halitose inclui diversas patologias do aparelho respiratório superior e inferior (amigdalite, rinosinusite e bronquiectasias), patologias do aparelho gastrointestinal (doença do refluxo gastro-esofágico, diverticulose faringo-esofágica, úlcera péptica), doenças metabólicas (trimetilaminúria, diabetes *mellitus*), terapêutica farmacológica com compostos ricos em enxofre (dissulfiram) e hábitos alimentares (jejum prolongado, ingestão de alimentos ricos em odor).⁽²³⁾

3.3. Disfagia

“A disfagia, definida como a deglutição difícil de substâncias fluidas e sólidas, é um dos sintomas que ocorre mais frequentemente em doenças do esôfago ou mais geralmente do trato gastrointestinal e otorrinolaringologia. Também numerosas patologias do cabo orais reconhecem a dificuldade como um sintoma comum, tanto nos estágios iniciais como nos tardios para engolir e isso pode ocorrer na presença de lesões de etiopatogenia muito diferentes”.⁽²⁴⁾

3.4. Regurgitação

Tal como o indica Dasinger M, a regurgitação é o refluxo do conteúdo do estômago para a cavidade oral. A sintomatologia característica é a sensação de ácido acumulado na garganta ou boca, podendo o indivíduo experimentar até vomito de algum conteúdo do seu estômago.⁽²⁵⁾

3.5. Sabor Ácido

“Sabor ácido é uma condição caracterizada pela permanência de um sabor ácido no palato, não atribuível aos hábitos alimentares”.⁽²⁵⁾

4. Aparelho Digestivo

Segundo Guyton YH, O aparelho digestivo fornece ao organismo um contributo contínuo de água, electrólitos e nutrientes. Para isso, são necessários: 1. movimentos dos alimentos através do tubo digestivo; 2. secreção de sucos digestivos e digestão dos alimentos; 3. absorção dos produtos da digestão, água e dos diversos electrólitos; 4. circulação do sangue pelos órgãos gastrointestinais para retirar as substâncias absorvidas, 5. controle de todas as funções pelos sistemas nervoso e hormonal. Cada um tem as suas funções específicas, algumas de simples passagem de alimentos, tais como o esófago, e outras de armazenamento de alimentos, como o estômago, ou para a sua digestão e absorção, como o intestino delgado.⁽¹⁰⁾

O aparelho digestivo é um conjunto de órgãos (boca, faringe, esófago, estômago, intestino delgado e intestino grosso) encarregados do processo da digestão, isto é, a transformação dos alimentos para que possam ser absorvidos e utilizados pelas células do organismo. A função que realiza é a de transporte (alimentos), secreção (sucos digestivos), absorção (nutrientes) e excreção (mediante o processo de defecação).

4.1. A Boca

Para Martin FH *et al*, a boca é uma cavidade em cujo interior estão a língua e os dentes. A língua é um órgão muscular na qual reside o sentido do paladar. Os dentes são peças duras posicionadas alvéolos dos ossos maxilar e mandíbular. A parte inferior do dente chama-se raiz e a porção livre externa chama-se coroa, figurando entre ambas uma zona chamada colo. Existem quatro classes de dentes; os incisivos, os caninos, os premolares e os molares. O homem adulto possui trinta e dois dentes, dezasseis em cada arcada: quatro incisivos, dois caninos, quatro premolares e seis molares.⁽²⁶⁾

4.2. Faringe

Guyton YH, em seu tratado de fisiologia médica assinala que a faringe é uma cavidade músculo-membranosa situada no fundo da boca e com a qual comunica. A faringe comunica por sua vez com as fossas nasais mediante dois orifícios, chamados coanas, e com o ouvido médio mediante as trompas de Eustaquio.⁽¹⁰⁾

4.3. Esófago

Com relação ao Esófago pode descrever-se que “o esófago é um tubo que vai desde a faringe até ao estômago. Desce verticalmente entre a traqueia e a coluna vertebral, atravessa o diafragma e comunica com o estômago por um orifício chamado cárdia. O estômago é um alargamento do tubo digestivo em forma de gaita de foles alongada”.⁽¹⁰⁾

4.4. Estômago

O estômago está situado em baixo do diafragma. Na parede do estômago há fibras musculares lisas, oblíquas, longitudinais e circulares, e o seu interior não é liso, mas apresenta rugas e dobras. Além disso está revestido por uma túnica mucosa na qual estão instaladas as glândulas encarregues de segregar o suco gástrico.

Em relação ao anteriormente expresso por Guyton YH, o estômago tem tripla função motora, 1) Alojamento grandes quantidades de alimentos até que seja possível o seu envio em porções inferiores pelo tubo digestivo; 2) Misturar estes alimentos com a secreção gástrica até obter uma substância semi-líquida chamada quimo; e 3) Esvaziar progressivamente o conteúdo do estômago nas porções seguintes, com uma velocidade que resulte compatível com sua digestão e absorção pelo intestino delgado.⁽¹⁰⁾

4.5. Intestino

Resumindo a Martin FH *et al.*, o intestino é um tubo de uns oito metros de longitude situado a seguir do estômago. Nele se distinguem o intestino delgado e o intestino grosso. O intestino delgado localiza-se a seguir do estômago e compreende o duodeno, o jejuno e o íleo. No interior do intestino delgado existem multitudes de vilosidades de um milímetro de longitude, as vilosidades intestinais. Nestas vilosidades circula o sangue por uma arteríola e uma veia muito pequena, e a linfa por um pequeno vaso

chamado vaso quilífero. O intestino grosso compreende três regiões: o cego, o colon e o recto. O cego é a primeira parte e une-se ao intestino delgado pela válvula íleco-cecal. O cego leva um prolongamento lateral, o apêndice vermiforme. O colon compreende uma porção ascendente, uma porção transversal e uma porção descendente que termina no recto e que se comunica com o exterior pelo ânus, por onde são expulsos os excrementos.⁽²⁶⁾

4.6. As Glândulas Anexas

Da mesma maneira Martin FH *et al.*, afirmam que dentro das glândulas anexas se distinguem as glândulas salivares, o fígado e o pâncreas, que elaboram, respectivamente, a saliva, a bÍlis e o suco pancreático. As glândulas salivares classificam-se em três pares: duas parótidas, duas submaxilares e duas sublinguais. O fígado é a glândula mais volumosa do corpo humano. Está situado em baixo do diafragma, na região abdominal direita, cobrindo ao estômago. Do fígado sai a bÍlis pelo ducto hepático. O pâncreas elabora o suco pancreático. É um órgão alongado situado por trás do estômago, cerca do duodeno. Possui um canal que recolhe o suco pancreático elaborado no interior da glândula.⁽²⁶⁾

5. Doenças Inflamatorias Intestinais

5.1. Origem Histórica

Uma das primeiras descrições desta condição (ileíte regional) terá sido referida por um professor de anatomia em Pádua de nome Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), que a descreveu como uma doença debilitante a longo prazo e que causa diarreia.

Anos mais tarde os Drs. John Berg em 1898 e o cirurgião polaco Antoni Lesniowski em 1903, descreveram mais casos da doença, sendo esta conhecida apenas na Polónia como doença de Lesniowski-Crohn.⁽²⁷⁾

A doença foi descrita novamente em 1932 pelos gastroenterologistas norte-americanos Burrill Bernard Crohn, Leon Ginzburg e Gordon D. Oppenheimer, e desde então, devido à precedência do nome Crohn no alfabeto, é conhecido na literatura mundial como doença de Crohn. Não tardou que surgisse o conhecimento de mais casos, fazendo

crescer a atenção dirigida às complicações, à terapêutica e ao diagnóstico.

Autores como Gassull M *et al.*, continuam afirmando que a CU foi descrita pela primeira vez no ano 640 A.C. Os primeiros textos escritos por autores como Aretaeus e Soranus descreveram várias formas de diarreia não contagiosa. Posteriormente no ano 1859 foi nomeada de Colite Ulcerosa pelo Dr. Samuel Wilks que descreve um caso de uma paciente com CU. Em 1875, os pesquisadores Wilks e Moxon logaram que a colite ulcerosa seja reconhecida clinicamente e patologicamente diferenciando-a de outras doenças que afectavam o colon.⁽²⁸⁾

5.2. Etiologia e Patogenia

Sicília B *et al.*, indica que parece existir nenhuma característica comum entre as pessoas portadoras da DII. Qualquer pessoa pode desenvolver essa doença, independentemente do género mesmo que muitos estudos tenham relacionado a doença em maior frequência em homens outros estudos não o afirmam, em relação a idade as pessoas são mais frequentemente diagnosticadas na primeira e segunda década de vida e em menor frequência nas últimas décadas de vida.⁽²⁹⁾

As causas são desconhecidas, e provavelmente envolvem diversos factores como uma tendência genética que ao interagir com factores ambientais desencadeia uma resposta imunológica descontrolada que provoca o processo inflamatório crónico intestinal.

O tabaco tem sido associado ao desenvolvimento de Colite Ulcerosa (CU).

6. Anomalias do intestino delgado

6.1. Doença de Crohn

A Doença de Crohn (DC) é uma inflamação crónica de várias camadas da parede intestinal, geralmente para perto da união do intestino delgado com o intestino grosso (íleon); como resultado, as paredes intestinais espessam e endurecem. Sicília B *et al.*, a Descreve como uma doença crónica auto-imune na qual o sistema imunitário do indivíduo ataca seu próprio intestino produzindo inflamação das camadas da parede intestinal. Frequentemente a parte afectada é o íleon (união do intestino grosso e delgado) ou trecho final do intestino delgado, ainda que a doença possa aparecer em

qualquer lugar do tracto digestivo.⁽²⁹⁾

Garcia J *et al.*, descreve que a DC é uma doença inflamatória transmural granulomatosa focal de evolução crónica e recorrente que pode afetar todo o trato gastrointestinal, desde a boca até ao ânus. Caracteriza-se por envolver de forma descontínua diversas porções do trato gastrointestinal, com desenvolvimento de complicações com estenoses, abscessos e fístulas. Os principais sintomas são dor abdominal, febre, obstrução intestinal ou diarreia com perda de sangue e/ou muco. Não existe um teste diagnóstico definitivo para a Doença de Crohn. O diagnóstico da doença de Crohn resulta da análise de dados clínicos (de anamnese, exame físico e proctológico completo), endoscópicos, radiológicos, laboratoriais e histológicos.⁽³⁰⁾

Bayless TM *et al.*, assinalam que a incidência da DC é crónica e de etiologia desconhecida, que pode afectar qualquer parte do tracto intestinal com maior incidência o ileon e o colon. Um terço dos doentes podem manifestar granulomas não caseosos e podem apresentar diferentes sintomas e sinais conforme com a localização da doença. Os mesmos autores também descrevem que a hereditariedade tem uma estreita relação com as DC, afirmando que perto de um sexto dos pacientes relatam uma história familiar de DII (DC ou CU), sendo na maioria afectados pela DC.⁽³¹⁾

De acordo ao exposto por Silva LT *et al.*, as manifestações extra-intestinais, atingem órgãos e sistemas em graus variados, muitas vezes confundidos com entidades nosológicas atrasando ou diagnóstico. Estas manifestações nas DII, são bastante frequentes sendo as alterações osteomusculares as mais comuns, seguidas pelas dermatológicas, oculares, hépato-biliares e urinárias, podendo ser encontradas em 20 a 40% dos pacientes com DII. Entre as mais comuns, podem ser encontradas: artropatia periférica, pioderma gangrenoso, episclerite, hepatites focais e esteatose hepática.⁽³²⁾

Segundo o exposto por Lankarani KB *et al.*, as DII não afectam apenas o trato intestinal também afectam de forma significativa a cavidade oral, sendo que a presença dessas manifestações orais na DC podem permitir um diagnóstico precoce, já que podem aparecer mesmo antes do desenvolvimento da doença. Essas lesões podem manifestar-

se diferentemente no mesmo paciente e também podem ser mais graves nas fases activas da doença, mesmo que muitos estudos têm relacionado o exposto ainda não foi confirmado porque não há uma padronização específica nelas.⁽³³⁾

Miranda RJ *et al.*, assinala que as lesões orais aparecem no 6 ao 20% dos pacientes, em qualquer momento do desenvolvimento da doença sistémica mesmo antes de surgir manifestações intestinais. Eles podem recidivar em diferentes formas e localizações, remitir e exacerbar em relação ou não com os sintomas intestinais.⁽³⁴⁾

Constatou-se que “A etiopatogenia das manifestações de Crohn oral é desconhecida; assinala-se que estas surgem como resultado de uma resposta imunológica exagerada da mucosa, que resulta inapropriada para determinados agentes lumináres. Histologicamente caracteriza-se pela presença de um infiltrado denso de linfócitos na submucosa com ou sem folículos linfóides, infiltração mononuclear perivascular, linfangiectasia, edema e hiperplasia neuronal”.⁽⁴⁾

Os pesquisadores Plauth M *et al.*, verificaram que nos pacientes com esta doença, a EAR apresenta-se com uma incidência entre 10 e 20 %, podendo ser a lesão inicial sem outros sintomas intestinais, o mesmo autor confirma que o edema bucal em sua revisão de 79 casos foi o tipo de lesão mais comumente observada representando 27% do total das lesões orais estudadas.⁽³⁵⁾

“A EAR também e associada á DC existe um incremento ou expressão aberrante das células epiteliais perante os antígenos de maior de histocompatibilidade (HLA) classe II, envolvidas na apresentação do antígeno e na interacção celular. Em menos do 10 % dos casos com lesões de Crohn oral, apresentam-se granulomas não caseosos acompanhados de um intenso infiltrado de linfócitos, plasmócitos e histiocitos na submucosa”.⁽⁴⁾

A estomatite aftosa recorrente não é uma entidade patognomónica da doença de Crohn e a sua presença também se relaciona com a colite ulcerativa idiopática.

Constatou-se que “A etiopatogenia das manifestações de Crohn oral é desconhecida; assinala-se que estas surgem como resultado de uma resposta imunológica exagerada da mucosa, que resulta inapropriada para determinados agentes lumináres. Histologicamente caracteriza-se pela presença de um infiltrado denso de linfócitos na submucosa com ou sem folículos linfóides, infiltração mononuclear perivascular, linfangiectasia, edema e hiperplasia neuronal”.⁽⁴⁾

6.2. Classificação da Doença de Crohn

De acordo com o exposto por os autores Rebelo A *et al.*, expõem que no ano 1998 em Viena, um grupo de trabalho internacional classificou a DC de acordo com a idade de diagnóstico (A-age), a localização da doença no trato intestinal (L-location) e o seu comportamento clínico (B-behaviour) como desenvolvimento da doença estenosante ou penetrante, denominada classificação de Viena; “posteriormente no ano 2005, foi aprovada a Classificação de Montreal, apresentando uma revisão aperfeiçoada da anterior, permitindo uma classificação fenotípica mais precisa e uma menor variabilidade interobservador”.⁽³⁶⁾

Tal como indicam Smith BR *et al.*, o objetivo da Classificação de Montreal foi aumentar a eficácia na caracterização dos subgrupos de acordo com as características fenotípicas. Foram propostas alterações em todas as três categorias: idade ao diagnóstico, localização e comportamento da doença. A modificação mais importante foi no que diz respeito ao comportamento da doença. A presença de fístulas ou abscessos perianais não foi mais considerada como forma penetrante da DC. A doença perianal passou a ser vista como modificador do comportamento da DC, baseada na observação em pacientes com doença perianal que possuíam história natural diferente daqueles com doença penetrante. A frequência de intervenções cirúrgicas é significativamente maior nos pacientes com fístulas abdominais do que naqueles com a doença perianal. Segundo a Classificação de Montreal , a letra p que especifica a doença perianal deve ser adicionada aos diferentes subgrupos de comportamento da DC (B1, B2 e B3).⁽³⁷⁾

Quadro 1 - Classificação de Montreal da DC

	Vienna	Montreal
Age at diagnosis	A1 below 40 y A2 above 40 y	A1 below 16 y A2 between 17 and 40 y A3 above 40 y
Location	L1 ileal L2 colonic L3 ileocolonic L4 upper	L1 ileal L2 colonic L3 ileocolonic L4 isolated upper disease*
Behaviour	B1 non-stricturing, non-penetrating B2 stricturing B3 penetrating	B1 non-stricturing, non-penetrating B2 stricturing B3 penetrating p perianal disease modifier†

*L4 is a modifier that can be added to L1–L3 when concomitant upper gastrointestinal disease is present.
†“p” is added to B1–B3 when concomitant perianal disease is present.

Fontes: (Satsangi J *et al* ³⁸)

" As recomendações com respeito a doença de Crohn e colite ulcerativa foram feitas de modo a que estes possam ser utilizados na prática clínica e também para os fins de futuros estudos genéticos e serológicos na doença inflamatória do intestino".⁽³⁸⁾

6.3. Etiologia e Patogenia da Doença de Crohn

Apesar de várias hipóteses terem sido colocadas, Ribeiro I , descreve que a etiologia e patogénese permanecem desconhecidas, considera-se que esta doença resulta da combinação de uma predisposição genética com factores ambientais, alterações na permeabilidade da parede intestinal, perda da tolerância aos antígenos comensais e diminuição da eliminação bacteriana, com a consequente génese e perpetuação dos mecanismos inflamatórios. O mesmo autor afirma também que “várias mutações genéticas estão identificadas, embora ainda não seja totalmente compreendida a sua contribuição para o desenvolvimento da doença de Crohn”.⁽³⁹⁾

Muitos cientistas deram explicações sobre a etiologia das DII, porém muitas

controvérsias foram desencadeadas, o que torna necessária a continuação das investigações. Ribeiro I expõe que o sistema imunitário desempenha um papel importante, células do sistema imunitário inato, nomeadamente as células dendríticas, respondem de forma inapropriada aos microorganismos comensais dão origem a uma resposta inflamatória que conduz à activação não controlada das células TCD4 (Helper), predominantemente TH1, esta activação dá lugar a uma secreção de citocinas chave como TNF- α (pró-inflamatórias) que desencadeia uma resposta inflamatória com um processo de destruição tecidual e vascular, assim como uma adesão e recrutamento de células inflamatórias que fazem parte de um processo chamado apoptose. Concluindo, a resistência dos linfócitos T ao processo de apoptose e a maior secreção de células pró-inflamatórias devido ao desequilíbrio na ativação de TCD4 com um perfil polarizado de TH1, causam respostas inflamatórias e destruição tecidual na camada intestinal.⁽³⁹⁾

Resumindo o exposto por Sicilia B *et al.*, diversos microorganismos como o *Mycobacterium avium paratuberculosis*, foram identificados mas ainda não existem evidências suficientes para estabelecer uma relação causal com esta doença. Também os factores ambientais podem ser relacionados com a DC, assim como o tabagismo, uso de fármacos anti-inflamatórios não esteroídeos, o stress e a dieta. O consumo elevado de carboidratos refinados, gorduras polisaturadas, pesticidas em vegetais, podem apresentar antígenos que são impropriamente absorvidos, devido a algum defeito na permeabilidade das células da mucosa intestinal.⁽²⁹⁾

7. Anomalias do intestino grosso

7.1. Colite Ulcerosa

Em continuidade com as doenças do aparelho digestivo, temos a colite ulcerosa, para a qual se indica que “É uma doença na que se inflamam e ulceram áreas muito extensas das paredes do intestino grosso. A motilidade do cólon ulcerado é com frequência tão grande que ocorrem movimentos em massa no mesmo quase de forma contínua, em vez da frequência de dez ou vinte minutos, como normalmente ocorre. Além disso, intensificam-se as secreções do colon, como resultado o paciente tem evacuações diarreicas repetidas”⁽¹⁰⁾

A maioria das manifestações orais são doenças multifactoriais, resultando de uma resposta imune num hospedeiro susceptível, sendo estas influenciadas por diferentes factores ambientais, segundo o descrito por MacDonald T *et al.*, estes autores afirmam que há evidências consideráveis para uma resposta de células T auxiliares e T1, sendo que essa resposta é direccionada contra a flora bacteriana normal, existindo também evidências sólidas de que as respostas das células T à flora causam a doença intestinal. Na colite ulcerosa, o papel prejudicial da respostas das células T no tecido da mucosa intestinal é menos claro, havendo mais evidências de que a lesão é devida à hipersensibilidade mediada por anticorpos, tendo como consequência diferentes tipos de reacções imunológicas e eventos que realmente danificam o tecido são como resposta auto-inmune.⁽⁴⁰⁾

Na literatura existem alguns estudos e relatos de casos individuais que evidenciam uma relação positiva entre a CU e a doença periodontal. Apesar de não existir um consenso integral entre os resultados destes estudos, muitas das suas conclusões indicam que a periodontite poderá estar associada à DII.⁽⁸⁾

Van Dyke *et al.*, afirmam que em estudos microbiológicos da flora periodontal de pacientes afectados pela DII se identificou uma microflora única composta predominantemente por bastonetes pequenos, móveis e gram-negativos, os quais foram mais consistentes com o género *Wolinella*. Os dados sugerem que microrganismos incomuns que colonizam a cavidade oral de pacientes com CU desempenham potencialmente um papel na patogênese da doença como agentes infecciosos ou modificadores da resposta do hospedeiro ou ambos.⁽⁴¹⁾

7.2. Classificação da Colite Ulcerosa

Satsangi J *et al.*, relata que em contraste com a doença de Crohn, nem a Roma, nem os trabalhos em Viena tinham abordado a subclassificação da colite ulcerosa. Ao rever a literatura presente, um sistema de subclassificação para a colite ulcerativa incorporando uma avaliação da extensão da doença e da gravidade do indivíduo.⁽³⁸⁾

“A principal desvantagem do sistema de classificação baseado na extensão foi claramente identificada como sendo a instabilidade da extensão da doença ao longo do tempo, uma vez que realça a natureza dinâmica da doença inflamatória do intestino ”.⁽³⁸⁾

Desta forma, a classificação de Montreal sugeriu uma classificação da CU de acordo com a gravidade.

Em relação a CU, Ricart E., afirma que a questão da classificação do comportamento da doença ao longo do tempo tem uma importância considerável no que diz respeito à gestão clínica, e também pode ter uma implicação direta com relação a estudos genéticos (quadro 2).⁽⁴²⁾

Quadro 2 - Classificação de Montreal da CU

<p>Extensão (E).</p> <ul style="list-style-type: none">• E 1 Proctite ulcerosa: condição limitada ao reto (o limite superior da inflamação não excede a junção retossigmóide)..• E 2 Colite esquerda (ou colite distal): condição limitada ao cólon esquerdo (o limite superior da inflamação não excede o ângulo esplênico).• E 3 Colite extensa (pancolite): uma condição que se estende além da flexura esplênica. <p>Gravidade (S)</p> <ul style="list-style-type: none">• S 0 Colite em remissão (colite silenciosa): nenhum sintoma da doença..• S 1 Colite leve: presença de quatro ou menos fezes por dia com sangue, sem febre, leucocitose, taquicardia, anemia ou aumento da VHS.• S 2 Colite moderada: critérios intermediários entre leve e grave, sempre com sinais de envolvimento sistêmico leve.• S 3 S 3 Colite severa: presença de seis ou mais fezes diárias com sangue, febre, leucocitose.

Fontes: (Ricart E ⁴²)

Segundo o citado pelos autores Oliveria FM *et al.*, a doença de Crohn e a colite ulcerativa são entidades clínicas distintas, porém relacionadas, que se incluem no grupo das doenças intestinais inflamatórias. Essas patologias estão frequentemente associadas a distúrbios nutricionais significativos como, por exemplo, desnutrição protéico-calórica, deficiência de vitaminas e elementos traços. A DC e a CU podem ou não estar associadas a manifestações extraintestinais, sendo mais frequentes as muco-cutâneas, oculares, articulares, ósseas e hepáticas. Os pacientes também apresentam impactos psicológicos e fisiológicos, como, por exemplo, letargia, depressão, medo por causa da diarreia e, conseqüentemente, isolamento social e redução da atividade sexual.⁽⁴³⁾

Alem das similitudes não só histológicas, Davalos D *et al.*, descrevem que as diferenças entre as duas doenças são de carácter fisiopatológico na CU e a inflamação é difusa e inespecífica, confinada à mucosa e submucosa da parede do trato gastrointestinal, limitada ao cólon e ao reto, sendo a transição entre tecido afectado e tecido normal nítida e bem demarcada. O comprometimento é contínuo podendo afectar a mucosa intestinal causando erosões ou formar úlceras na camada muscular com presença de pólipos ou pseudopolipos em casos mais graves.⁽⁴⁴⁾

Davalos D *et al.*, expõem que na DC as lesões são o resultado de um processo inflamatório inespecífico crónico e progressivo, que pode acometer qualquer parte do tubo digestivo, porém as áreas mais afectadas são o íleo terminal, válvula ileocecal e o ceco. Os ciclos de destruição e regeneração das criptas levam a uma alteração na estrutura da mucosa, as criptas que deveriam estar retas e paralelas ganham formas estranhas e se posicionam de forma diferente em relação as outras são do tipo “lesões descontínuas”, segmentadas no tracto digestivo, com duas áreas afectadas separadas por uma porção de intestino normal, a qual gera, com a evolução da doença, uma superfície em aspecto de paralelepípedo, denominado cobblestone. Inicialmente, as úlceras aftoides, que ocorrem sobre placas de Peyer no intestino delgado e sobre agregados linfóides no cólon, evoluem de tamanho, tornando-se estreladas ou serpiginosas e posteriormente, ao se unirem, dão origem a úlceras longitudinais ou transversais e físsuras.⁽⁴⁴⁾

Desde o ponto histológico observam-se na CU infiltrados linfocitários, eosinófilos, plasmócitos e macrófagos como resposta crónica na lâmina própria e também uma depleção de muco, edema de mucosa e congestão vascular com hemorragia focal; como manifestações agudas, infiltrados de neutrófilos na mucosa, submucosa e no lúmen das criptas, denominados abscessos de cripta. A diferença da DC observa-se agregados linfocitários na submucosa no exterior da camada muscular própria, com presença de granulomas epitelióides sem necrose caseosa, o que não ocorre na CU.^(44,39)

CAPÍTULO II - OBJETIVOS

1. Objetivo Geral:

Relacionar as manifestações mais frequentes presentes na cavidade oral , com as doenças inflamatórias digestivas em pacientes que foram à consulta de gastroenterologia do Hospital de Viseu no período de Abril a Maio do ano 2018.

1.1. Objetivos Específicos:

1. Descrever clinicamente as doenças inflamatórias intestinais em pacientes que foram à consulta de gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu.
2. Identificar e descrever a presença das manifestações orais pesquisadas na Doença Inflamatória Intestinal.
3. Identificar e descrever a presença da sintomatologia oral pesquisada na Doença inflamatória Intestinal.

2. Hipótese:

H1 - Confirmar a relação existente entre as alterações da cavidade oral pesquisadas e a Doenças digestivas.

3. Justificação da Investigação

A importância que tem o estudo assenta no entendimento de patologias que devem ser tratadas como doenças sistémicas e não como simples manifestações presentes na cavidade oral, sendo necessário identificar as variáveis intra e extra-orais que estão a afectar a saúde do indivíduo. A fim de proporcionar à população uma melhor qualidade de vida, ao identificar as doenças intestinais e sua relação com o aparecimento de manifestações na cavidade oral, procuram-se soluções e adoptam-se condutas no sentido de eliminá-las. Esta investigação é relevante, porque de acordo com os resultados pode considerar-se cada tipo de manifestação na cavidade oral relacionando-a com as suas características clínicas para determinar o tratamento a aplicar. Em primeiro lugar, relacionar o tratamento das doenças digestivas dependendo de sua etiologia e suas manifestações clínicas. Em segundo lugar, o impacto que se deseja com a investigação realizada na população onde se encontra localizado o Hospital de Viseu, ajudando a optimizar a qualidade de vida dos pacientes adultos e infantis que vão ao centro assistencial, através do tratamento clínico e da informação que lhes será proporcionada

como estratégia educativa e preventiva para evitar reincidir nas ditas doenças. Em terceiro lugar, a aproximação do pesquisador na área hospitalar, como saúde integral e de formação, onde se oferece apoio tanto médico-especializado aos pacientes, como também de orientadores em saúde pública, a fim de incentivar a educação da comunidade. Finalmente, em quarto lugar mas de igual importância, considera-se como um importante contributo teórico para aqueles que se encontram em processo de formação académica como futuros médicos dentistas, aos quais se requer que sejam mais dedicados no entendimento da saúde como um todo para assim conseguir o objectivo desejado que é a saúde geral de todos os indivíduos.

CAPÍTULO III - MATERIAIS E MÉTODOS

4. Materiais e Métodos

As manifestações da cavidade oral são multifactoriais. Podem ser de origem primária ou secundária, sejam elas próprias de doenças orais ou como parte do quadro clínico de diversas doenças do sistema nervoso, cardiovascular, endócrino, dermatológico e digestivo. O diagnóstico destas doenças é basicamente clínico.

Só foram abordadas as características semiológicas das manifestações orais e a sua relação com algumas doenças digestivas, das quais as se reportam com maior frequência as úlceras, as alterações de desenvolvimento da língua, as queilites, as discromias e as lesões erosivas, entre outras.

Geralmente, estas lesões obedecem a alterações imunológicas ou nutricionais (carenciais) presentes ou relacionadas com os transtornos digestivos.

Tendo em conta a relação anatomofuncional da cavidade oral com os órgãos do aparelho digestivo, apresentamos uma revisão actualizada das características semiológicas das manifestações da cavidade oral relacionada com as doenças digestivas, com o objectivo de que possam ser diagnosticadas por médicos generalistas, estomatologistas e gastroenterologistas, para melhorar a orientação e o tratamento dos pacientes que as sofrem.

A investigação foi realizada na base do campo descritivo e observacional, o seu desenho foi não experimental, num único espaço de tempo, limitado ao mês de Maio de 2018. Incluíram-se no estudo características de uma investigação documental, incluindo consultas a textos bibliográficos, com a finalidade de obter a informação necessária. A técnica mediante a qual, se procedeu à recolha de dados foi mediante a observação directa da cavidade oral e o instrumento baseou-se na história clínica elaborada com o fim de obter os dados e informações sobre doenças sofridas e as manifestações que os pesquisadores observaram no exame clínico, realizado aos pacientes em estudo. A amostra foi constituída por 30 pacientes que reuniam características necessárias para a realização da investigação (diagnosticados com alguma doença inflamatória intestinal).

5. Operacionalização de Variáveis

Para estabelecer o sistema de variáveis, requereu-se, à definição conceptual e operacional das mesmas, isto é, das dimensões e indicadores da cada uma. Neste sentido, fazemos referência ao expressado por Lazarsfeld, A operacionalização das variáveis procura a decomposição dos elementos estruturais específicos e precisos para convertê-los em variáveis ou categorias, e isto por sua vez em dimensões, indicadores ou itens.⁽⁴⁵⁾ (Tabla 1.)

Tabela No. 1. Operação de variáveis

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIAVEIS	DIMENSÃO	INDICADORES	INSTRUMENTO
1- Identificar e descrever a presença das manifestações orais na doença inflamatória intestinal.	Manifestações Oraís.	1-Úlcera Aftosa. 2-Queilite Angular. 3-Língua geográfica. 4-Gengivite. 5- Caries Dental.	1-Úlcera aberta redondas ou ovaladas cor esbranquecida ou amarelado rodeadas por uma área vermelho ou brilhante. Localizam-se em língua, mucosa vestibular, pavimento da boca e pilares amigdalinos. 2-Lesão na comisura labial, pode ter sangrado ao abrir a boca. 3-Lesões brancas, anulares, com centro atrófico vermelho e pode ser dolorosa. 4-Inflamação da gengiva, sangrado, mudança de coloração a vermelho brilhante. 5-Desmineralização dentaria com mudança de coloração e presença de cavitação no esmalte o dentina.	História clínica
2- Descrever clinicamente as doenças inflamatórias intestinais em pacientes que foram à consulta de Gastroenterologia do Hospital de Viseu.	Doenças Inflamatorias Intestinais	1-Síndrome de Crohn 2-Colite Ulcerativa	1-Dor abdominal (zona do ventre) com cólicos, febre, Sensação de que necessita defecar, ainda que suas intestinos já estejam vazios. Pode implicar esforço, dor e cólicos. 2-Dor abdominal (cólico), inflamação do intestino grosso, diarreia com abundante mucosidade e fezes com presença de sangue.	História clínica
3- Identificar e descrever a presença da sintomatologia oral na doença inflamatória intestinal.	Sintomatologia Oral	1-Xerostomia 2- Halitose 3-Disfagia 4-Regurgitação 5-Sabor Acido	1-Xerostomia é a sensação de boca seca causada por um fluxo reduzido ou ausência de saliva. 2-A Halitose é uma condição caracterizada por um odor desagradável frequente ou persistente do hálito. 3-A disfagia é a dificuldade em deglutir. Esta condição resulta de transporte impedido ou dificultado de líquidos, sólidos ou ambos, da faringe ao estômago 4-Refluxo de conteúdo do estômago para a cavidade oral, podendo causar dor e sensação de ardor 5-Sabor ácido é uma condição caracterizada pela permanência de um sabor ácido no paladar, não atribuível aos hábitos alimentares	História clínica

6. Desenho da Investigação

Segundo Hernandez R *et al.*, o desenho “refere-se ao plano ou estratégia concebida para responder as perguntas de investigação”. Assim mesmo, o desenho desta investigação é não experimental já que se observam os fenómenos tal como acontecem no seu contexto natural, para depois os analisar. Portanto, não se constrói nenhuma situação, a mais do que se observam nas situações já existentes (não provocadas intencionalmente pelo pesquisador).⁽⁶⁾

De acordo com o expressado por outros autores, que defendem que o desenho de investigação é não experimental “realiza-se sem manipular deliberadamente as variáveis e em que só se observam fenómenos em seu ambiente natural para depois os analisar”.⁽⁷⁾

Do mesmo modo, o autor anteriormente mencionado classifica este desenho como transversal descritivo já que a recolha de dados é num só momento e num tempo único, neste caso só será do mês de Maio de 2018, e de igual forma indaga os valores em que se manifesta uma ou mais variáveis.

7. Fases da investigação

7.1 Primeira Fase: Revisão Bibliográfica.

Nesta etapa realizou-se a revisão bibliográfica, bem como outras investigações relacionadas com o objecto de estudo desta investigação para obter e recolher a maior informação possível. Relativamente ao tema em estudo, deste modo foi possível uma familiarização com a investigação e orientar gente para o cumprimento dos objectivos traçados.

7.2 Segunda Fase: Selecção da população e a mostra.

Nesta referencia, deve-se assinalar que há que se familiarizar com a população em estudo e desta maneira informar sobre o trabalho no qual participarão. Estes, foram seleccionados pelo método não probabilístico intencional, em pacientes que foram à consulta de Gastroenterologia do Hospital de Viseu.

7.3 Terceira Fase: Aplicativo da Técnica de Recolha de Dados.

Na mesma ordem de ideias procedeu-se à elaboração e aplicação do instrumento durante o mês de maio de 2018, onde se colocaram os dados obtidos durante a observação directa, através de um exame clínico da cavidade oral. Previamente à recolha foi apresentado o estudo sendo entregue posteriormente o consentimento informado (anexo 2) para obter as autorizações e conseqüente integração no estudo.

No exame intra-oral, o doente encontrava-se em decúbito dorsal numa cadeira de observação, enquanto o examinador procedia a observação clínica, com a utilização de espelhos intraorais, paletas e luvas, com uma duração de 5 a 10 minutos aproximadamente.

7.4 Quarta Fase: Descrição e Análise dos Resultados.

Já aplicado o instrumento, procedeu-se ao ordenamento e tabulação dos dados obtidos, descritos e analisados, com o objectivo de chegar a uma série de conclusões representadas sob a forma de quadros e gráficos.

8. População e Amostra

8.1 População

A população a ser estudada, foi constituída por 30 doentes que aceitaram voluntariamente participar neste estudo e que frequentam a consulta externa de gastroenterologia no Hospital Viseu sob a coordenação do Dr. Americo Silva.

8.2 Amostra

Neste estudo, de acordo aos objectivos propostos e os critérios estabelecidos pelos pesquisadores, é uma mostra intencional, pois dependeu da presença ou não das manifestações e sintomatologia orais que apresentaram os pacientes que foram à consulta de Gastroenterologia e que estas manifestações são consequência de doenças digestivas. Neste caso específico foram 30 os pacientes que apresentaram as condições atrás mencionadas.

9. Técnicas e Instrumento de Recolha de Dados

Para cumprir com exactidão os objectivos da investigação, foi necessário a utilização de técnicas e instrumentos metodológicos, que permitiram recolher a informação e analisar a mesma correctamente. A técnica principal a utilizada foi a observação directa pelo grupo investigador.

Em tal sentido, Balestrini M, estabelece que a técnica de recolha de dados trata de introduzir em primeiro lugar, as técnicas relacionadas com a análise documental das fontes bibliográficas, mas que ao mesmo tempo facilitem a redacção do trabalho escrito. Ao mesmo tempo que estamos a fazer referência às investigações que introduzem um desenho de campo, necessariamente se deve situar aquelas técnicas denominadas também vivas ou de relações individuais ou de grupos, que se dedicam à observação da realidade e como anteriormente se assinalou, exigem respostas directas dos sujeitos estudados, onde a partir de uma amostra de indivíduos representativa de um colectivo maior, utilizando procedimentos padronizados se interrogam as pessoas em entrevistas orais ou por escrito, com o uso de sondagens, questionários ou a avaliação de atitudes.⁽⁷⁾

Com relação à observação directa como técnica, Hernandez R *et al.*, afirmam que na observação directa as variáveis a observar são especificadas e definidas antes de começar a recolher dados, portanto, dever-se-á desenhar um instrumento para obter esta informação.⁽⁶⁾

A historia clinica foi considerada como o instrumento de recolha de dados para efeitos desta investigação, esse instrumento é um formato que depende da observação realizada pelos pesquisadores.

Agora bem podemos expressar que o instrumento é aquele que “Constitui a via mediante a qual é possível aplicar uma determinada técnica de recolha de informação, pois são um conjunto de passos e instruções que orientam a atenção do pesquisador para um tipo de informação específica para impedir que se afaste do ponto de interesse”.⁽⁶⁾

10. Validade

Para determinar a validade do instrumento considera-se a tipificação exposta por Hernandez R *et al.*, a que refere que a validade em termos gerais se deve ao grau em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir.

Prosseguem assinalando os autores citados, que a validade de conteúdo “é o grau no qual um instrumento reflecte um domínio específico de conteúdo do que se mede”.⁽⁶⁾

11. Fiabilidade

A fiabilidade “é a exactidão ou precisão de um instrumento de medida”.⁽⁶⁾ Isto é, voltando-se a medir uma mesma característica utilizando o mesmo instrumento em condições idênticas, dever-se-á obter resultados similares. Conhecer a fiabilidade é necessário para poder interpretar os dados recolhidos com um instrumento com um verdadeiro grau de confiança. Para este caso específico, foi elaborada uma história clínica rigorosa e revista conjuntamente com os especialistas nas áreas de saúde a abordar que permita ser utilizada para futuras investigações.

12. Critérios de inclusão e exclusão

Crterios de inclusão:

- Diagnostico confirmado com doença inflamatória intestinal.
- Estar de acordo com o protocolo clinico e assinar o consentimento informado.

Crterios de exclusão:

- Doentes portadores de próteses mal adaptadas.
- Doentes sem diagnóstico claro de doença Inflamatoria Intestinal.

13. Técnicas de Análises de Dados

As técnicas de análises de dados, “são as técnicas lógicas ou estatísticas que serão empregues para decifrar o que revelam os dados recolhidos”⁶. Também, Ballestrini M⁷,

refere que a técnica de análise de dados é concebida como o estudo dos resultados, o qual tem o propósito de incluir e resumir as observações levadas a cabo. Desta maneira, se chegam às respostas das interrogações da investigação.

Em função disto, no presente trabalho para a realização da análise classificaram-se numa tabela e calcularam-se os dados recolhidos, seguindo a estatística descritiva. Além, da realização de quadros e gráficos que permitiram organizar a informação para depois aprofundar em sua análise. Por isso, a técnica de análise de dados a utilizar foi a estatística descritiva através da distribuição de frequência absoluta e relativa, cujo propósito é descrever quantitativamente as respostas emitidas. Segundo Hernandez R *et al.*, “entende-se por distribuição de frequências as categorias ou valores da variável junto com as vezes que se repita a cada categoria”.⁽⁶⁾ Para um melhor entendimento da análise dos dados foram utilizados quadros e gráficos adequados à informação obtida.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

Quadro 3. Distribuição de frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu de acordo sexo e DII.

Doença Inflamatória Intestinal	Masculino		Feminino		Total
	Fr	%	Fr	%	
Doença de Crohn	9	30	15	50	24/80%
Colite Ulcerosa	2	7	4	13	6/20%
Total: X/ %	11 / 37%		19 / 63%		30/100%

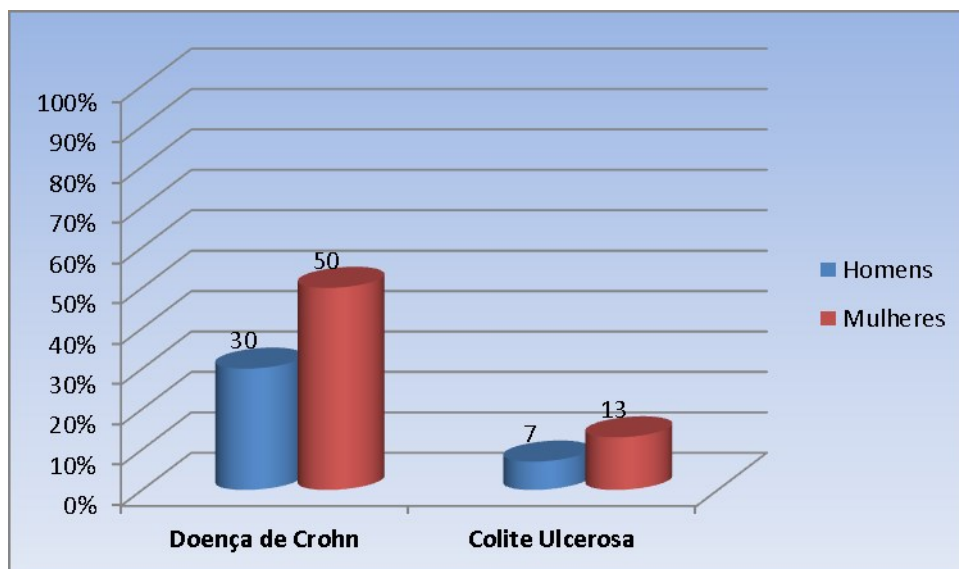


Figura 4 - Distribuição da Amostra pelos Grupos

Os resultados mostram que dos 30 pacientes da amostra seleccionada que frequentam a consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu, 19 respondem ao sexo feminino, sendo esta a maioria dos pacientes por sexo com uma frequência relativa de 63%. Os pacientes do sexo masculino registados foram 11 com a frequência relativa a 37% dos quais formam parte do nosso estudo para detectar os que apresentam doenças digestivas; a Doença de Crohn pelo sexo Feminino registou 15 doentes com uma frequência relativa de 50%, os masculinos, representam uma frequência relativa de 9 correspondendo a 30%, agrupando esta doença um total de 24 doentes detectados que correspondem a 80% dos pacientes consultados; por sua vez, quanto à Colite Ulcerosa no sexo feminino reporta uma frequência de 4 doentes, correspondendo ao 13% da amostra. sexo masculino verificou-se 2 pacientes que corresponde a 7%, sendo no total de todos estes doentes de ambos sexos 6 que representam o 20% da nossa amostra.

Quadro 4. Distribuição da frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu por sexo e idades.

Idades	Masculino		Feminino		Total
	Fr	%	Fr	%	
18 a 30	2	7	2	7	14%
31 a 40	3	10	8	27	37%
41 a 60	5	17	8	27	44%
> 60	1	3	1	3	6%
Total: X/ %	11	/ 37%	19	/ 63%	100%

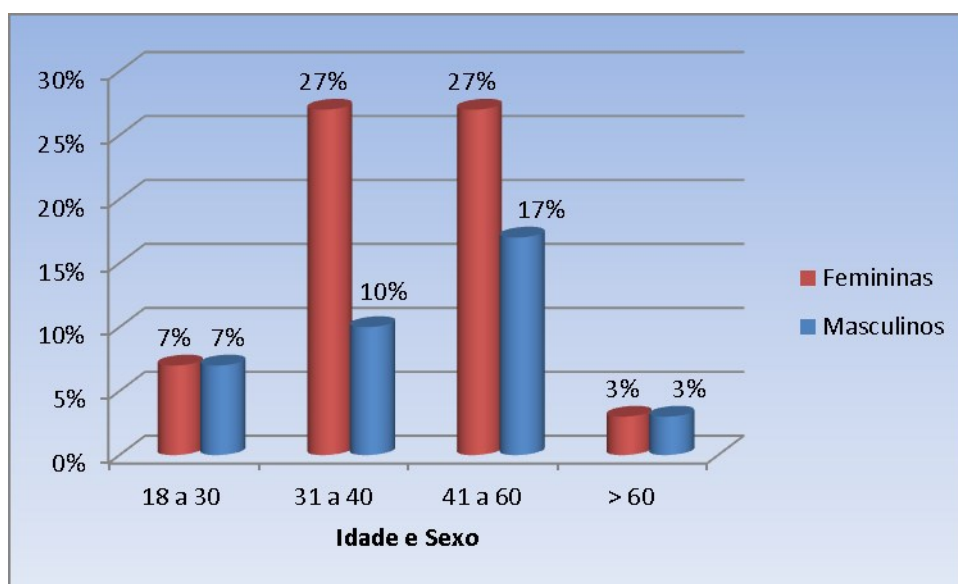


Figura 5 - Distribuição da Amostra pelos Grupos e idades

Relativamente ao grupo de idades que mais frequentou a consulta, verificou-se que as idades compreendidas entre os 41 e 60, sendo que 27% corresponde ao género feminino e 17% ao género masculino.

Quadro 5. Distribuição da frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu com Doença Inflamatória Intestinal

Paciente	Doença de Crohn	Colite Ulcerosa
1	X	
2	X	
3	X	
4		X
5	X	
6	X	
7	X	
8	X	
9		X
10		X
11	X	
12	X	
13		X
14	X	
15		
16	X	
17	X	
18		X
19	X	
20	X	
21	X	
22	X	
23	X	
24	X	
25	X	
26	X	
27	X	
28	X	
29		X
30	X	
TOTAL X / %	24/80%	6/20%

Fonte: Bases de Dados da Investigação (2018)

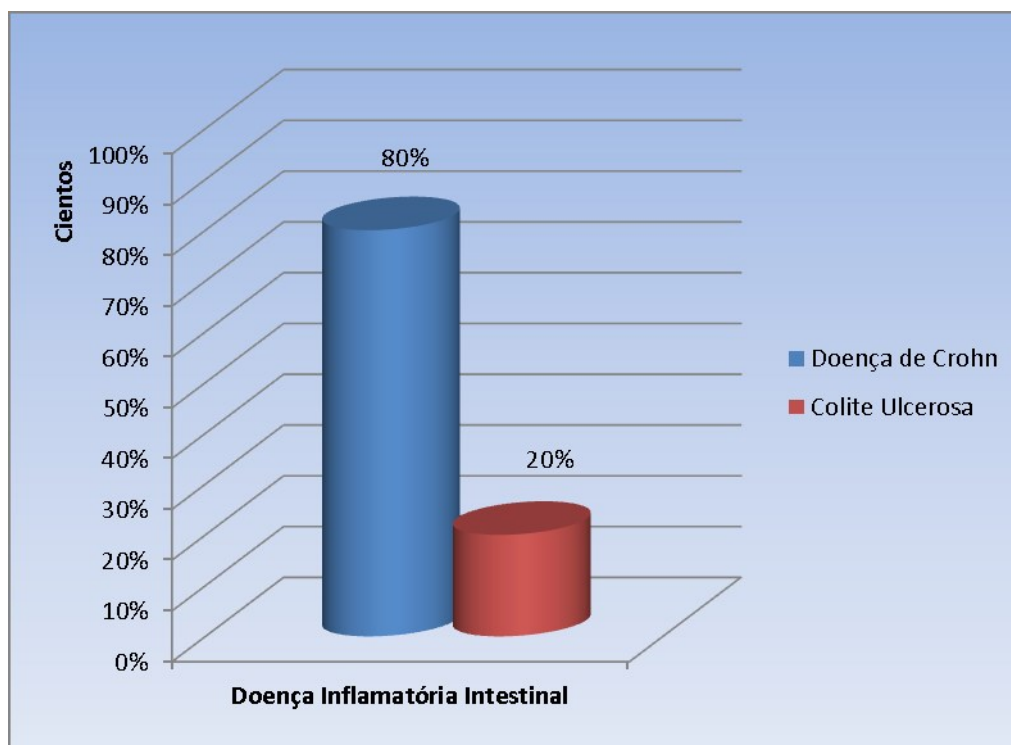


Figura 6 - Distribuição da Amostra Doenças Digestivas

Os resultados demonstram que de 30 pacientes da amostra selecionada que frequentaram a consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu, 24 apresentaram doenças digestivas como Doença de Crohn, correspondendo a 80% dos pacientes consultados; em relação ao diagnóstico de colite ulcerosa, 6 pacientes foram identificados como portadores da patologia, correspondendo a 20% do total de pacientes. Conclui-se que a maioria da nossa amostra apresentam diagnóstico de CD.

Quadro 6: Distribuição de frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu com manifestações Oraís.

Paciente	Úlcera aftosa	Queilite angular	Língua geográfica	Gengivite	Cárie	Nenhuma
1				X		
2	X					
3					X	
4				X		
5				X	X	
6						X
7		X				
8				X		
9		X				
10			X			
11						X
12					X	
13	X					
14					X	
15						X
16						X
17						X
18			X			
19						X
20						X
21				X	X	
22				X		
23					X	
24					X	
25				X		
26						X
27						X
28						X
29						X
30	X					
TOTAL X / %	3/10%	2/7%	2/7%	7/23%	7/23%	11/37%

Fonte: Bases de Dados da Investigação (2018)

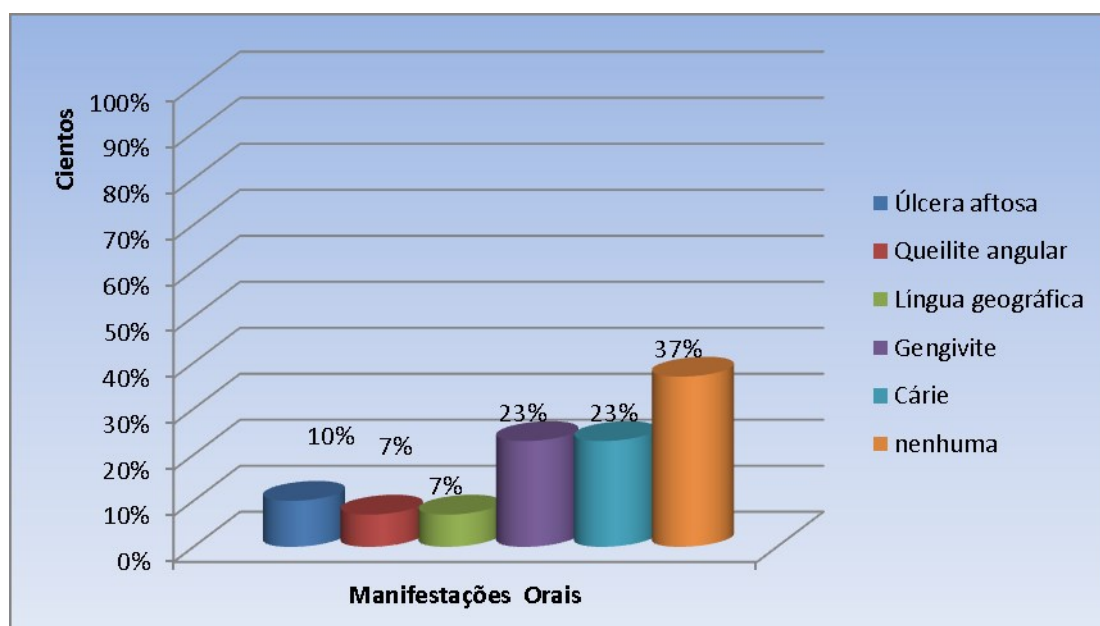


Figura 7 - Distribuição da Amostra por Manifestações Orais

Os resultados mostram que dos 30 pacientes da nossa amostra que frequentam a consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu, 63% apresentaram manifestações orais das quais as mais frequentes foram a gengivite com 23% de ocorrência, a cárie dentária com 23% e a úlcera aftosa com 10%. As menos frequentes foram a queilite angular e a língua geográfica com 7% de incidência. Por sua vez realça-se que os restantes 37% não apresentaram nenhuma destas manifestações.

Quadro 7: Distribuição de frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu com sintomatologia oral.

Paciente	Xerostomia	Halitose	Disfagia	Regurgitação	Sabor ácido	Nenhuma
1						X
2						X
3	X				X	
4						X
5						X
6				X	X	
7	X	X				
8						X
9						X
10						X
11	X					
12						X
13					X	
14						X
15					X	
16	X		X			
17						X
18	X			X		
19						X
20	X	X				
21		X				
22						X
23						X
24						X
25						X
26						X
27						X
28		X				
29						X
30					X	
TOTAL X/%	6/20%	4/13%	1/3%	2/7%	5/17%	18/60%

Fonte: Bases de Dados da investigação (2018)

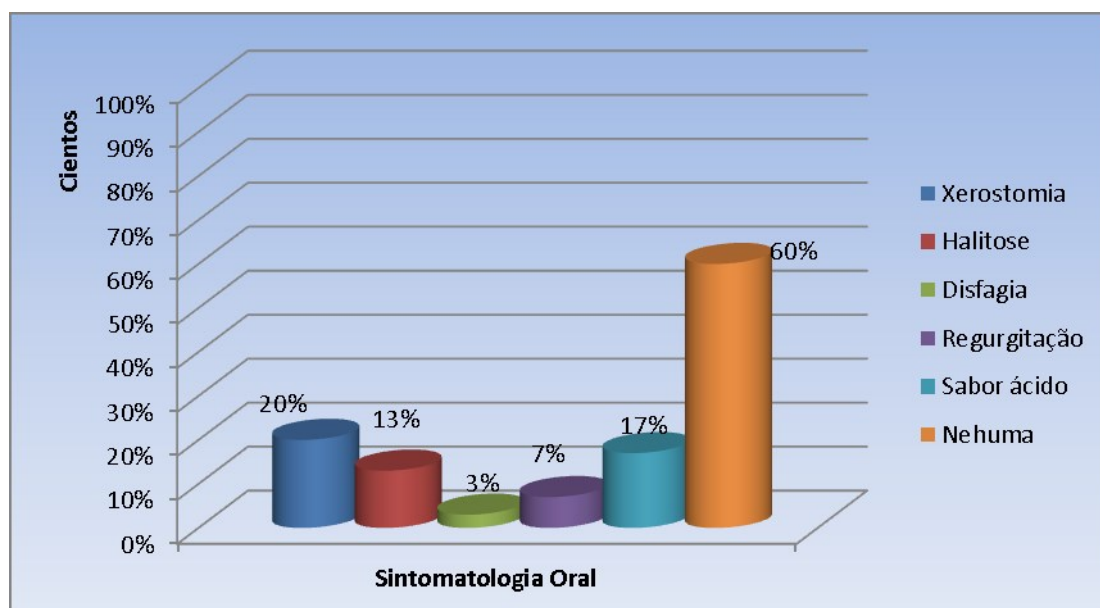


Figura 8 - Distribuição da sintomatologia oral

Os resultados apresentados no gráfico anterior demonstram que dos 30 pacientes da amostra que frequentam a consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu, 20% apresentam manifestações orais tipo xerostomia, seguido por sabor ácido em 17% dos pacientes, halitose em 13%, regurgitação em 7% e em menor grau, disfagia com 3%. Dos pacientes da amostra selecionada, 60% não apresentou nenhuma das manifestações anteriores.

Quadro 8: Distribuição de frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu e a sua relação entre sintomatologia Oral e Doença Inflamatória Intestinal.

Paciente	Sintomatologia oral						Doenças Inflamatórias Intestinais	
	Xerostomia	Halitose	Disfagia	Regurgitação	Sabor ácido	Nenhuma	Doença de Crohn	Colite Ulcerosa
1						X	X	
2						X	X	
3	X				X		X	
4						X		X
5						X	X	
6				X	X		X	
7	X	X					X	
8						X	X	
9						X		X
10						X		X
11	X						X	
12						X	X	
13					X			X
14						X	X	
15					X			
16	X		X				X	
17						X	X	
18	X			X				X
19						X	X	
20	X	X					X	
21		X					X	
22						X	X	
23						X	X	
24						X	X	
25						X	X	
26						X	X	
27						X	X	
28		X					X	
29						X		X
30					X		X	
TOTAL X/%	6/20%	4/13%	1/3%	2/7%	5/17%	18/60%	24/80%	6/20%

Fonte: Bases de Dados de la Investigação (2018)

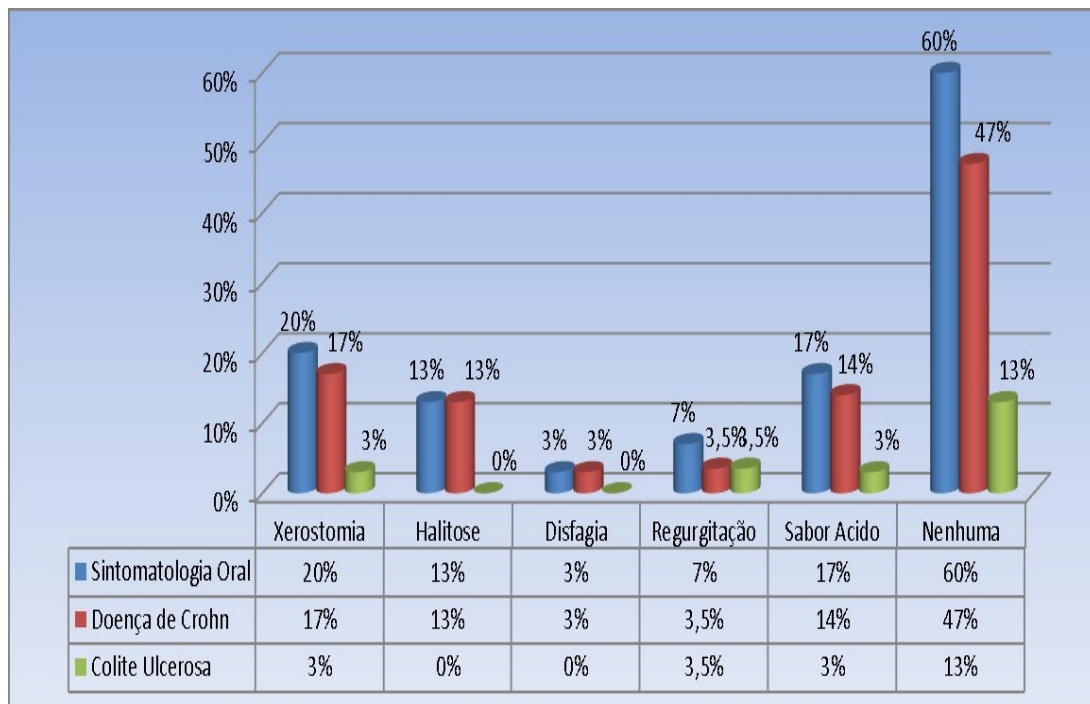


Figura 9. Relação entre a sintomatologia Oral e a Doença Inflamatória Intestinal.

Os resultados demonstram que de 30 pacientes da nossa amostra que frequentam a consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu, observou-se que 60% não apresentaram nenhuma manifestação associada.

Quadro 9. Distribuição de frequência e percentagem de pacientes da amostra que assistem à consulta de Gastroenterologia do Hospital Geral de Viseu e a sua relação entre Manifestações Oraís e Doenças Inflamatória Intestinal.

Paciente	MANIFESTAÇÕES ORAIS						DII	
	Úlcera aftosa	Queilite angular	Língua geográfica	Gengivite	Cárie	Nenhuma	Doença de Crohn	Colite Ulcerosa
1				X			X	
2	X						X	
3					X		X	
4				X				X
5				X	X		X	
6						X	X	
7		X					X	
8				X			X	
9		X						X
10			X					X
11						X	X	
12					X		X	
13	X							X
14					X		X	
15						X	X	
16						X	X	
17						X	X	
18			X					X
19						X	X	
20						X	X	
21				X	X		X	
22				x			X	
23					X		X	
24					X		X	
25				X			X	
26						X	X	
27						X	X	
28						X	X	
29						X		X
30	X						X	
TOTAL X / %	3/10%	2/7%	2/7%	7/23%	7/23%	11/37%	24/80%	6/20%

Fonte: Bases de Dados de la Investigação (2018)

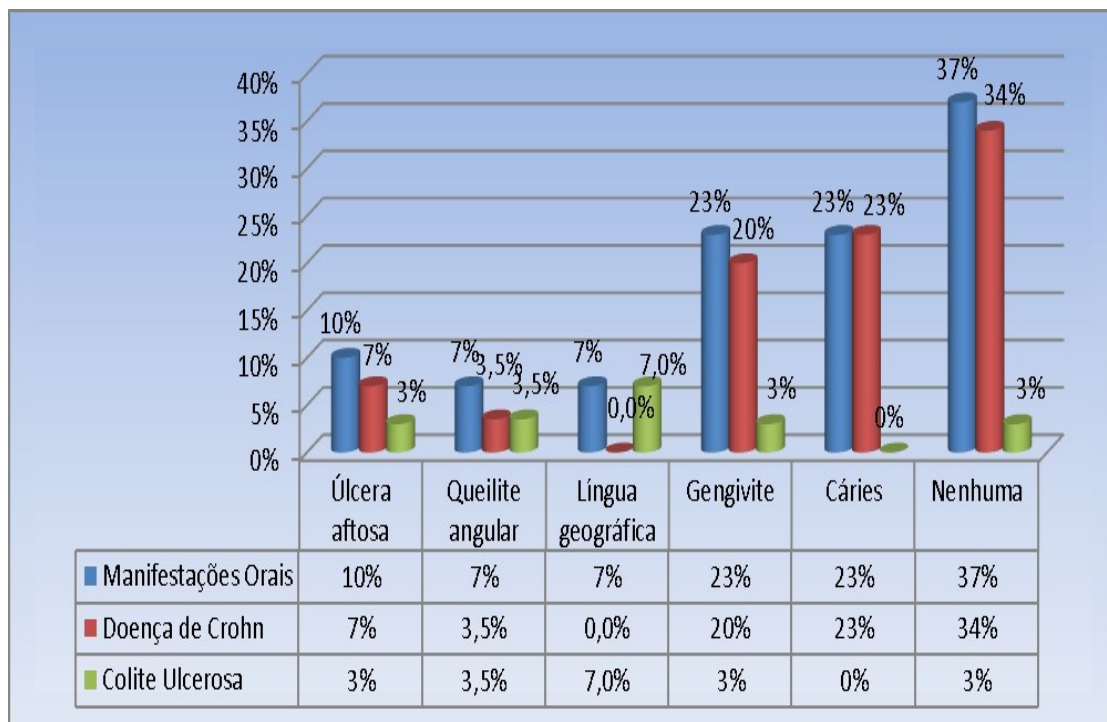


Figura 10. Relação entre as manifestações orais e a doenças inflamatória intestinal

Os resultados comprovam que dos 30 pacientes que compoem esta amostra, apenas 37% não apresentam nenhuma lesão associada, sendo a cárie dentária e a Gengivite as que maior incidência revelam na CD. Em relação as outras manifestações pode-se observar que apesar da amostra de CU só representou 20% dos pacientes que foram à consulta de gastroenterologia do hospital de Viseu. Estas doenças têm uma maior relação com manifestações como a língua geográfica, queilite angular e a úlcera aftosa, todas elas associadas a uma fase activa das DII.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

1. Manifestações da cavidade oral na Doenças Intestinais

Existem diferentes estudos nos quais há uma clara evidência de que existe uma maior prevalência de manifestações orais em pacientes com DII, comparativamente com indivíduos sistemicamente sãos. Grössner-Schreiber B. *et al.*, indicam um 40% de prevalência de cárie dentária e uma prevalência maior de doença periodontal que em grupos controlo, descrevendo que os hábitos alimentares alterados e má absorção podem provavelmente ser a principal causa para esta condição. Outros autores como Lourenço SV *et al* também afirmam que há uma grande associação de manifestações neste tipo de pacientes. ^(46, 9)

A gengivite nesta investigação posicionou-se com uma prevalência de 23%, onde comparativamente com estudos realizados por outros investigadores, foi reportada uma maior tendência e maior afecção periodontal em doentes com DII. Comparando o nosso estudo com os realizados por Habashneh R *et al.*, numa análise multivariável, a gravidade da periodontite foi significativamente maior entre pacientes com DC e pacientes com UC quando comparados com indivíduos sem DII.⁽⁴⁷⁾ Resultados similares foram obtidos por Vavricka SR *et al.* no ano 2013 e por Flemmig T *et al.*, em 1991, quem num estudo realizado a 107 pacientes com DII verificou-se o diagnóstico gengivite em 37% dos pacientes com Dc e em 36% dos pacientes com CU. ^(48, 49)

A alteração no sistema imunitário deixa susceptíveis os pacientes com DII à aderência e afectação de diferentes bactérias no médio oral. Brito F *et al.*, no ano 2008 demonstraram que os indivíduos com DII apresentam maior índice de CPOD e maior afectação a nível periodontal.⁽⁵⁰⁾

Flemmig T *et al* ⁴⁹ e Brito F *et al.*⁵¹, dedicaram parte da suas investigações no estudo da microbiota presente na doença periodontal concluindo que, mesmo com parâmetros periodontais clínicos semelhantes, pacientes com DII possuem níveis mais altos de bactérias que estão relacionadas a infecções oportunistas em locais subgengivais inflamados que podem ser prejudiciais para a interacção micróbio-hospedeiro crucial, o mesmo autor Brito F *et al.*, 5 anos mais tarde, sugerindo que a resposta da placa bacteriana poderia ser diferentes entre a DC e a CU realizaram um estudo à microflora de pacientes com DII manifestando que pacientes com DC tinham níveis significativamente mais elevados de bactérias como *Bacteroides ureolyticus*, *Campylobacter gracilis*, *Parvimonas micra*, *Prevotella melaninogenica*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus anginosus*,

Streptococcus intermedius, *Streptococcus mitis*, do que os pacientes com CU, no sulco gengival sendo estas bactérias também associadas a infecções oportunistas.⁽⁵¹⁾

Flemmig T *et al.*, relatam a prevalência e gravidade de doença periodontal em doentes com DII; a condição periodontal de 107 pacientes foi determinada e comparada com a avaliação de saúde oral de adultos nos Estados Unidos. Os pacientes com DII revelaram porcentagens elevadas em sangramento gengival no sondagem e altos índices de placa bacteriana desmostrando uma prevalência mais elevada a afectação de doença periodontal.⁽⁴⁹⁾

Na investigação realizada pelo Laranjeira N⁸, em um estudo comparativo entre paciente com DII e grupo controlo, desmostrou a maior prevalência de graus mais acentuados de doença periodontal no grupo com DII. Van Dyke *et al.*, uma microbiota singular colonizadora da cavidade oral composta por gram-negativos com o género *Wolinella*, associada a doentes com CU.⁽⁴¹⁾ Tanto a periodontite como CU são doenças multifatoriais, resultando de uma resposta imune aberrante num hospedeiro suscetível, podendo também ser influenciada por factores ambientais. São necessários mais estudos para confirmar esta hipótese.

A cárie dentária na nossa amostra, também representa um 23 % de frequência, poderemos considerar a hipótese de esta prevalência de cáries se dever a factores associados à doença intestinal DC, na nossa amostra não se verificou prevalência de cáries em doentes com CU, podendo ser atribuída a falta de amostra comparativa.

Este alto resultado é corroborado pela literatura. No primeiro estudo sobre a temática feito por Rooney TP⁵², a prevalência de cáries dentária em doentes com CD foi superior.

Resultados similares foram obtidos por Bevenius J *et al.*, num estudo de 15 pacientes no qual, considerações como a dieta, a vulnerabilidade às bactérias, e as condições salivares em pacientes com CD aumentam o risco de cáries.⁽⁵³⁾

Grössner-Schreiber B. *et al.*, na suas investigações realizadas a 62 pacientes com DII e 59 pacientes saudáveis apresentaram um 40% versus 22% de índice de cárie, considerando as alterações na dieta como o principal responsável devido à ingestão de hidratos de carbono pelo facto de serem mais fáceis de absorver.⁽⁴⁶⁾

Em relação às manifestações orais, Mayberry J *et al.*, descreve o consumo de açúcar e alimentos com açúcar refinado (hidrato de carbono) em 32 pacientes com DC, afirmando, que é significativamente maior, o que poderá trazer como consequência, um aumento do risco de cárie dentária.⁽⁵⁴⁾

A diminuição da secreção salivar, a negligência ao nível da higiene oral, a má absorção de cálcio e as alterações metabólicas também poderão ser associadas a uma maior incidência de cáries em paciente com DII segundo descreve Edgerton M. *et al.* ⁽⁵⁵⁾

As úlceras aftosas foram manifestações com pouca frequência nesta amostra. No nosso grupo de estudo atingiu os 10 %, resultados similares tinham já sido reportados por diversos autores como Bogenrieder T. *et al.*, num estudo feito em 2003 que apontavam para uma prevalência a rondar os 10% ao 48%.⁽⁵⁶⁾ Este facto, é suportado, pela evidência pré-existente no estudo de Elahi M *et al.*, que sugere ser esta, a manifestação oral mais comum na DII, com uma taxa de prevalência entre 0,5% e 20%.⁽⁵⁾

Plauth M *et al.*, publicou que, em 74 pacientes com DC foram detetadas 228 lesões na mucosa oral, sendo as de maior prevalência as úlceras aftosas, o edema e a mucosa hiperplásica.⁽³⁵⁾ Resultados similares, foram obtidos por Pittock S *et al.*, num estudo que fez a 45 pacientes com DC. Tendo concluído que daqueles, 25 cerca de 48%, apresentaram lesões na mucosa oral, Referindo também as úlceras, como as mais comuns.⁽⁵⁷⁾

Outros investigadores como Willams AJ *et al.*, seguiram durante 6 anos 29 pacientes com DC, observando úlceras aftosas e doença periodontal em 8 pacientes em fase inicial da doença e em outros 9 indivíduos que a apresentavam estas manifestações há 4 anos.⁽⁵⁸⁾

Dupuy A *et al.*, num estudo a 9 indivíduos com DC, também reportaram o aparecimento de úlceras aftosas, mucosite e queilite angular. Este autor, também refere que o surgimento destas manifestações, estão relacionadas com a doença perianal.⁽⁵⁹⁾

Por seu lado, Carr D ⁶⁰, num relatório clínico, refere-se a um paciente em quem seguiu a evolução da DC, uma vez que este apresentava lesão perianal, este revelou lesões orais como edema e queilite granulomatosa, Harty S *et al.*, estudaram 49 crianças, com DC. Destes, 20 apresentaram manifestações na cavidade oral, como: gengivite, úlceras aftosas e 1 caso de pioestomatite vegetante.⁽⁶¹⁾

Assim, apesar de não ter conseguido estabelecer uma relação entre as manifestações orais e as DII na nossa amostra a presença de úlceras aftosas deverá alertar os clínicos para a possibilidade de diagnósticos preventivos em DII.

A queilite e a língua geográfica, foram previamente citados como possíveis manifestações da DII. Leão *et al.*, descreve também que 10-37% das lesões orais podem preceder o desenvolvimento de envolvimento intestinal.⁽⁶²⁾ Observou-se na nossa

amostra uma representação de 7% respectivamente das manifestações na cavidade oral, sendo a língua geográfica a única que se apresentou em doentes com CU. Estas Manifestações foram igualmente descritas na literatura como estando associados à DII nos estudos de Katz J *et al.*⁽⁶³⁾

Diversos autores reportam que as manifestações orais típicas da DII tendem a surgir particularmente nas fases de maior actividade da doença. Na nossa amostra, as úlceras aftosas e a queilites angular demonstram ser as únicas manifestações na cavidade oral associada à presença de actividade. O mesmo foi também referido no estudo de Katz J *et al.*, em que os autores concluíram que as úlceras aftosas afectam mais os doentes com DC (44%) do que os doentes com CU (25%) . O mesmo pesquisador descreve que a língua geográfica esta associada a DC e que a maioria destas manifestações aparecem de acordo com a localização da doença no intestino, comparando este estudo com a nossa amostra a língua geográfica foi observada em paciente com CU. Outras Manifestações orais, previamente consideradas como patognomónicas da DII, como a piostomatite vegetante no caso da CU não foram observadas nesta amostra.⁽⁶³⁾

2. Sintomatologia Oral na Doença Inflamatória Intestinal

Na nossa amostra, 40% dos doentes relataram a ocorrência de sintomatologia oral. Estes relatos dividiram-se em xerostomia 20%, halitose 13%, sabor ácido 17%, seguidos por regurgitação e disfagia, e 60% de pacientes que não apresentaram nenhuma sintomatologia.

Autores como Katz J *et al.*, estabeleceram uma relação numa amostra de 54 doentes com DII, que se assemelham com nossos resultados , concluindo que dos doentes com CD, 50% apresentaram náuseas, 29% halitose e 45% regurgitação. Nos doentes com CU a relação da sintomatologia oral foi a halitose 50%, náuseas 30%, existindo para ambas doenças uma relação com sintomas como: halitose, xerostomia, disfagia, sabor ácido e disgeusia.⁽⁶³⁾

Os estudos realizados por Elahi M *et al.*, também afirmam uma associação de estas manifestações na cavidade oral com a CU, referindo que esta sintomatologia tem maior presença durante a fase activa da doença.⁽⁵⁾

Quando comparámos os sintomas orais dos doentes com DC e com CU, observou-se que não existirem diferenças entre ambas DII. Resultados semelhantes tinham já sido

divulgados no mesmo artigo de Katz J *et al.*, em que os autores confirmaram que ambas as doenças apresentam uma maior prevalência de sintomatologia oral quando comparadas com o grupo de controlo, não existindo no entanto diferenças significativas entre si.⁽⁶³⁾

Entre as limitações neste estudo podemos descrever a necessidade de tempo e condições de espaço para poder atingir uma maior amostra comparativa.

Este fator contribuiria para uma maior sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos no sentido de desenhar um protocolo preventivo que melhore a qualidade de vida dos doentes, já que a DII poderá ter um impacto negativo nas funções básicas da cavidade oral.

A vigilância da saúde oral destes doentes terá de ser constante devendo estes serem incentivados a manter níveis de higiene oral próximos do ideal.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

No presente estudo as manifestações na cavidade oral observadas com maior frequência foram a cárie dentária e a gengivite, com uma percentagem de 23% em cada um apresentando-se com uma maior incidência em doentes com DC.

A xerostomia e o sabor ácido foram a sintomatologia mais frequente na fase activa mas diminuíram no percurso da doença.

Não foi possível estabelecer uma relação entre as manifestações e a sintomatologia oral em doentes com CD e doentes com CU, por falta de amostra comparativa.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1-Mena SA, Rivera L. Epidemiología bucal. edición 2 Volumen 1.Venezuela: Editorial Ofedo/udual, 1992.
- 2-Lee_G, Dennis A,,Rafael C, Jesus P,Trina N. Tratado de medicina interna .Edicion 23 Volumen 1.Barcelona. Ediciones Elsevier; 2014.
- 3-Rivas T, Hernandez F. Helicobacter Pylori: factores de virulência, patologia y diagnostico. Rev Biomed 2000; 11: 187-205.
- 4-Pacho JA, Pinol FN. Lesiones bucales relacionadas con las enfermedades digestivas.Rev Cubana Estomatol 2006; 43(3):1-3
- 5-Elahi M, Telkabadi M, Samadi V, Vakili H. Association of oral manifestations with ulcerative colitis. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*. 2012; 5(3), 155–60.
- 6-Hernandez R,Fernandez C, Baptista P, Metodologia de la Investigacion.Volumen1 Edicion 5.Madrid : McGrawHill; 2015.
- 7-Balestrini, M. Cómo se elabora el Proyecto de Investigación. Volumen 1 Edicion 2 Venezuela: BL Consultores Asociados; 2014.
- 8-Laranjeira N. Manifestações orais da doença Inflamatoria Intestinal .Repositorio UCP.Portugal; 2016.
- 9-Lourenço SV,Hussein TP,Bologna Sb,Nico MN.Oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review based on the observation of six cases.pblmed.2010; 24(2):204-7.
- 10-Guyton YH. Tratado de Fisiologia Medica.Volumen 1 Edicion 13 Barcelona. Elseiver; 2016.
- 11-Gómez FM, Campos MA. Histologia y embriologia bucodental.volumen 1. Edicion 3.Argentina.Editorial Medica Panamericana. 2009.
- 12-Carranza FA,John WR.Periodontologia.Edicion 10. Madrid : McGrawHill; 2015.
- 13-Gonsalves, Wanda C, Chi, Angela C, Neville B. Common Oral Lesions: Part I. Superficial Mucosal Lesions.American Family Physician.2017; 75(4):501-507.
- 14-Regezi J, Scciuba J. Patologia Bucal. Volumen 1 Edicion 4.Brasil. Elsevier Editora LTDA; 2000.
- 15- Rioboo CM, Bascones MA. Aftas de la mucosa oral. Av Odontoestomatol. 2011; 27(2): 63-74.
- 16-Piantanida EW, Samlaska CP. Recurrent apthous stomatitis.Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. *British Dental Journal*.2017;159(5):361-367.

- 17-Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de Patología Bucal, 4 ed, Rio de Janeiro, Editora Interamerican, 1985.
- 18-García LE, Blanco RO, Rodríguez GO, Reyes FD, Sotres VJ. Queilitis: Revisión bibliográfica. Rev Cuba Estomatol. 2004;41(2):0-0.
- 19-De Carvalho SPH. Perfil epidemiológico de cárie dentaria en ciudades fluoradas e no fluoradas, na região centro-oeste do estado de São Paulo. Bauru; 2011.
- 20-Mayor HF, Pérez QJ, Cid RM, Martínez I, Martínez AJ, Moure IM. La caries dental y su interrelación con algunos factores sociales. Artículo de revisión. Rev Med Electrón. 2014; 36(3).
- 21-Samitier SR, Arroyo VT, Lorente SP. Malabsorción primaria. Enfermedad celiaca del adulto. Sprue tropical. Revisión y actualizaciones. Medicine 2000.2017;8(6):168-75.
- 22-Coimbra F. Xerostomia. Etiología e Tratamiento. Revista Portuguesa de Estomatología, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial 2009; 50:3.
- 23-Nunes JC, Oliveira L, Martínez-Sahuquillo A. Halitose: estudo de prevalência e factores de risco associados numa Unidade de Saúde Familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2012;28:344-9.
- 24-Liberto C, Di Pizzo G, Fede O, Di Giannone N, Muzio L, Campisi G. Disfagia in medicina orale. Resenti Progressi in Medicina. 2006;97, 46-54.
- 25- Dansinger, M. *WebMD Medical Reference*. Retrieved September 26, 2014, from <http://www.webmd.com/heartburn-gerd/guide/acid-reflux-symptoms?page=2>
- 26-Martin F, Neil R, Raul R, James S, Pitchumoni S. Gastroenterología de Netter. Volumen 1 Edición 2. Brasil: Artmed; 2007.
- 27-Lesniowski. Przyczynek do chirurgii kiszki. Medycyna, Warsaw, 1903, 31: 460-464, 483-489, 514-518.
- 28-Gassull, M., Gomollón, F., Hinojosa, J., & Obrador, A *Enfermedad Inflamatoria Intestinal* (3rd ed.). Madrid: Arán Ediciones, 2007.
- 29-Sicilia B, Vicente R, Gomollón F. Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: discusión de la epidemiología clásica. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 39(2):135-145.
- 30-Garcia J, Taxonera C, Pena A. Avances en el Manejo de la Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, Volumen 12 Edición 1. Madrid. Arán Ediciones; 2006.
- 31-Bayless TM, Todayer AZ, Polito JM, Quaskey SA, Mellits ED, Harris ML. Crohn's disease: Concordance for site and clinical type in affected family members, potential hereditary influences. Gastroenterology 1996; 111:573-9.
- 32-Silva LT, Duarte KCR, Pavan TB, Tjeng R. Doença inflamatória intestinal: manifestações extra-intestinais. Perspectivas médicas, 2006; 17: 23-25.

- 33-Lankarani, KB, Sivandzadeh GR, and S. Hassanpour, Oral manifestation in inflammatory bowel disease: a review. *World J Gastroenterol*, 2013. 19(46): p. 8571-9.
- 34-Miranda RJ, Ramírez RA, Conde M, Mendieta F. Manifestaciones orales y periodontales de la enfermedad inflamatoria Intestinal. *RCOE* 2001;6(3): 287-292.
- 35-Plauth M, Jenss H, Meyle J: Oral manifestations of Crohn's disease: An analysis of 79 cases. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:29–37.
- 36- Rebelo A, Rosa B, Moreira MJ, Cotter J, *Jornal Portugues de Gastroenterologia* (18th ed). 2008;18:15-2.
- 37-Smith BR, Arnott ID, Drummond HE, Nimmo E, Satsangi J. *Disease location, antisaccharomyces cerevisiae antibody, and NOD2/CARD15 genotype influence the progression of disease behavior in Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis.* 2004 sep;10 (5):521-8.
- 38-Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel, JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. 2006; *Gut*, 55(6), 749–53. doi:10.1136/gut.2005.082909
- 39-Ribeiro ICT. DOENÇA DE CROHN: Etiologia, Patogénese e suas Implicações na Terapêutica. Dissertação realizada para obtenção de Grau de Mestre em Medicina, Covilhã, Maio de 2009.
- 40-MacDonald T, Monteleone G, Pender S. Recent developments in the immunology of inflammatory bowel disease. *Scandinavian Journal of Immunology*. 2000; 51(1), 2–9.
- 41-Van Dyke TE, Dowell VR, Offenbacher S, Snyder W, Hersh T. Potential role of microorganisms isolated from periodontal lesions in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Infection and Immunity*. 1986;53(3), 671– 7.
- 42-Ricart E. *Gastroenterologia y Hepatologia* (2da ed.). Madrid: Jarpyo ediciones, 2012.
- 43-Oliveira FM, Emerick APC, Soares EG. Aspectos epidemiológicos das doenças intestinais inflamatórias na macrorregião de saúde leste do Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Suppl 1).
- 44-Davalos D, Vieira A, Campos T. Características e diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais. *JBM*. 2015.103:1.
- 45-Maria Jose RM, - *Metodología de las ciencias sociales y operacionales*. Edición 12 volumen 2. Barcelona - Editorial Laia; 2015.
- 46-Grössner-Schreiber B, Fetter T, Hedderich J, Kocher T, Schreiber S, Jepsen S. Prevalence of dental caries and periodontal disease in patients with inflammatory bowel disease: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*. 2006;33(7), 478–84.

- 47-Habashneh R, Khader YS, Alhumouz M. K, Jadallah K, Ajlouni Y. The association between inflammatory bowel disease and periodontitis among Jordanians: a case-control study. *Journal of Periodontal Research*.2012;47(3),293–8.
- 48-Vavricka S. R, Manser C. N, Hediger S, Vögelin M, Scharl M, Biedermann, L, Frei P. Periodontitis and gingivitis in inflammatory bowel disease: a case-control study. *Inflammatory Bowel Diseases*.2013; 19(13), 2768–77.
- 49-Flemmig TF, Shanahan F, Miyasaki KT. Prevalence and severity of periodontal disease in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Clinical Periodontology*.1991; 18(9), 690–7.
- 50-Brito F, De Barros F. C, Zaltman C, Carvalho A. P, Carneiro A. J.V, Fischer R. G, Figueredo C.S. Prevalence of periodontitis and DMFT index in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Clinical Periodontology*.2008; 35(6), 555–60.
- 51-Brito F, Zaltman C, Carvalho, A. T. P, Fischer R. G, Persson R, Gustafsson A, Figueredo C.S. Subgingival microflora in inflammatory bowel disease patients with untreated periodontitis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*.2013; 25(2), 239–45.
- 52-Rooney, T. P. (1984) Dental caries prevalence in patients with Crohn's disease. *Oral Surgery*57, 623–624.
- 53-Bevenius, J. Caries risk in patients with Crohn's disease: a pilot study. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*.1998; 65(3), 304–7.
- 54-Mayberry J, Rhodes J, Allan R, Newcombe R, Regan G, Chamberlain L, Wragg K. Diet in Crohn's disease: two studies of current and previous habits in newly diagnosed patients. *Dig Dis Sci* 1981;26:444-8.
- 55-Edgerton M, Tabak L, Levine M. Saliva: a significant factor in removable prosthodontic treatment. *The Journal of Prosthetic Dentistry*.1987; 57(1), 57– 66.
- 56-Bogenrieder T, Rogler G, Vogt T, Landthaler M, Stolz W. Orofacial granulomatosis as the initial presentation of Crohn's disease in an adolescent. *Dermatology (Basel, Switzerland)*.2003;206(3), 273–8.
- 57-Pittock S, Drumm B, Fleming P, McDermott M, Imrie C, Flint S, Bourke B: The oral cavity in Crohn's disease. *J Pediatr* 2001;138:767–771.
- 58-Williams AJ, Wray D, Ferguson A. The clinical entity of orofacial Crohn's disease. *Q J Med*. 1991;79:451–458.
- 59-Dupuy A, Cosnes J, Revuz J. Oral Crohn's disease: clinical characteristics and long-term follow-up of 9 cases. *Arch Dermatol*. 1999;135: 439–442.
- 60-Carr D: Granulomatous cheilitis in Crohn's disease. *Br Med J*.1974;636.

- 61- Harty S, Fleming P, Rowland M. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:886–891.
- 62-Leão JC, Hodgson T, Scully C, Porter S. Review article: orofacial granulomatosis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2004; 20(10), 1019–27.
- 63-Katz J, Shenkman A, Stavropoulos F, Melzer E. Oral signs and symptoms in relation to disease activity and site of involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Oral Diseases.* 2003; 9(1), 34–40.

ANEXOS

ANEXO I: Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

PARTE I

Dados Pessoais

Nome completo: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Antecedentes Pessoais de saúde:

Antecedentes Familiares de saúde:

Tipo de alimentação (descrever o consumo de ácidos, açucares, carboidratos)

Doença Digestiva Diagnosticada

- Doença de Crohn
- Colites Ulcerativa
- Gastrites
- Refluxo Gastroesofágico
- Úlceras Pépticas

Sintomatologia Oral

Xerostomia:	Presença (1)	Ausência (0)	
Halitose:	Presença (1)	Ausência (0)	
Disfagia:	Presença (1)	Ausência (0)	
Regurgitação:	Presença (1)	Ausência (0)	
Sabor ácido:	Presença (1)	Ausência (0)	
Disgêusia:	Presença (1)	Ausência (0)	

Manifestações da cavidade oral

ULCERAS AFTOSAS	Presença		Ausência	
LINGUA GEOGRAFICA	Presença		Ausência	
QUEILITES ANGULAR	Presença		Ausência	
GENGIVITE	Presença		Ausência	
CARIES	Presença		Ausência	

ANEXO II: Consentimento Informado

**CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO *MANIFESTAÇÕES ORAIS*
*DA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL***

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Médico Assistente: _____

Representante Legal (quando aplicável)

Nome: _____

Documento Identificação: N° _____ BI _____ Outro _____

Data: ___/___/___

Antes de ser incluído no estudo *Manifestações Oraís da Doença intestinal*, a ser realizado no Hospital geral de viseu, fui informado e esclarecido, em linguagem que entendi, sobre este estudo que consiste resumidamente no seguinte:

No sentido de contribuir para compreender melhor a potencial presença de alterações ao nível da cavidade oral, conotadas com patologias gastrointestinais, o colaborante responde a um questionário que inclui perguntas sobre o seu estado de saúde e historia medica familiar.

Durante a realização do exame clínico, que consistirá na observação da cavidade oral, para pesquisa de possíveis lesões patológicas orais; realização de exame com um espelho intra-oral, para a verificação da presença lesões.

Os procedimentos clínicos acima referidos são inócuos e não invasivos para os colaborantes, existindo apenas a possibilidade de ocorrência de ligeiro desconforto ao nível da manipulação das lesões, para doentes mais sensíveis.

Os colaborantes não serão submetidos a qualquer outro exame complementar de diagnóstico, nem lhe será administrado qualquer fármaco ou outro produto no contexto do estudo.

A inclusão neste estudo é de carácter voluntário não tendo qualquer encargo ou beneficio financeiro para os colaborantes que nele participam.

Foi-me dada a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Dessa forma, pude compreender as finalidades, os benefícios previsíveis, os riscos, os possíveis desconfortos e inconvenientes associados à participação neste estudo.

Foi-me explicado que tenho direito a recusar, em qualquer momento e sem necessidade de justificação, a participação neste estudo.

Foi-me dito que os dados clínicos referentes ao meu caso vão ser arquivados num ficheiro informático e que serão tratados estatisticamente, em conjunto com os dados dos outros participantes neste estudo, com o objetivo de serem divulgados na comunidade científica. Nos meios usados para esta divulgação não constarão quaisquer dados que permitam a minha identificação. Foi-me ainda referido que não poderei ter acesso aos meus dados recolhidos no contexto deste estudo, nem aos dados dos outros participantes.

Declaro que autorizo a minha inclusão no estudo *Manifestações Oraí Causadas por Doenças Digestivas*.

Data: ___/___/___ Assinatura _____

