

Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico

Importance of recognizing the oral manifestations of systemic diseases and conditions by health professionals with diagnostic assignment

RESUMO

Objetivo: oferecer ao profissional de saúde, as principais informações contidas na literatura sobre as doenças com manifestações bucais, condições sistêmicas, e, sua importância no processo terapêutico.

Metodologia: por meio de revisão da literatura, dividiu-se o assunto em quatro grandes blocos: estados de imunossupressão, síndromes, doenças infecciosas e dermatoses.

Conclusão: o diagnóstico precoce representa melhora na qualidade de vida do paciente, na sua sobrevivência e ainda na racionalização dos custos do tratamento.

Palavras-chave: Manifestações Buciais. Doença. Conhecimento. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Aim: this paper aims to offer the healthcare professional, the main information contained in the literature on oral manifestations of systemic diseases and conditions and its importance in the therapeutic process.

Methodology: through literature review, the subject was divided into four major blocks: from immunosuppression, syndromes, infectious diseases and skin diseases.

Conclusion: it was concluded, among other things, that early diagnosis is improved quality of life of patients in its survival and further rationalization of the costs of treatment.

Keywords: Oral Manifestations. Disease. Knowledge. Students, Medical.

Bruna Brenha Ribeiro*
Luciane Miranda Guerra**
Wânia Maria Papile Galhardi***
Karine Laura Cortellazzi

*Aluna de graduação de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí, FMJ, Jundiaí, SP, Brasil

** CD, Me, Dr, Professora Adjunta, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí, FMJ, Jundiaí, SP, Brasil

*** Médica, Me, Dr, Professora Adjunta, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Jundiaí, FMJ, Jundiaí, SP, Brasil

Endereço para correspondência:

Bruna Brenha Ribeiro
Endereço: Rua Zuferey, 211, Bloco 03,
Apto 302 - Vila Arens - Jundiaí - SP
Tel: (11) 9436-2246
Email: brunabrenha@yahoo.com.br

Enviado: 10/10/2010

Aceito: 30/01/2011

INTRODUÇÃO

As manifestações bucais são muito comuns e podem ser os primeiros sinais e sintomas de doenças ou de alterações sistêmicas decorrentes de certas terapêuticas¹. Essas lesões bucais podem indicar o início ou evolução de alguma enfermidade, e, portanto, podem funcionar como um sistema de alarme precoce para algumas doenças².

Como a boca representa claramente um importante reservatório de microorganismos, estes podem acarretar doença sistêmica. Destaca-se o microorganismo *Streptococcus viridans*, que faz parte da microbiota oral de indivíduos saudáveis e pode causar endocardite e septicemia. Nesse contexto, é importante profissionais de saúde terem este conhecimento frente a doenças infecciosas e aumentarem sua atenção à saúde bucal. Infecções orais geralmente são assintomáticas e podem resultar em bacteremia, apesar da ausência evidente de sintomas³.

Além das doenças infecciosas, destacam-se, ainda as doenças auto-imunes, cujas manifestações bucais são muito comuns, bem como as síndromes - também manifestadas na boca por meio de sinais clínicos - e os estados ou condições que determinam lesões bucais como efeitos subjacentes às terapêuticas utilizadas.

Com base nessas informações e no objetivo principal da prática em saúde, que é a produção do cuidado para a melhora da qualidade de vida das pessoas, entende-se que é imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos para tais manifestações e seu manejo. Este artigo apresenta a revisão de literatura das principais enfermidades que possuem manifestações bucais, divididas em quatro blocos: estados de imunossupressão, dermatoses, terapêuticas antineoplásicas, síndromes e doenças infecciosas.

Desta forma, o objetivo do presente trabalho foi o de revisar, na literatura, aspectos relevantes relacionados ao reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas, a fim de oferecer aos profissionais de saúde, maior conhecimento sobre o assunto.

REVISÃO DE LITERATURA

Estados de imunossupressão

Pacientes imunossuprimidos apresentam, com frequência, alterações bucais, visto que a boca, em condições normais, funciona como uma barreira física local de defesa imunológica contra patógenos. Um exemplo importante é a infecção pelo vírus HIV, em que a depleção do sistema imune torna a mucosa bucal sede de infecções oportunistas, como a candidíase. Uma das queixas do paciente é a queilite bucal, que é uma das manifestações dessa infecção fúngica. Isso pode orientar o raciocínio do profissional para o diagnóstico de AIDS. É necessário, todavia, ressaltar que constata-se candidíase com frequência em crianças saudáveis nos primeiros seis meses de vida. Contudo, nessas crianças, tais lesões costumam ser leves, de fácil remissão com tratamento e de regressão rápida. Tanto a resistência ao tratamento, quanto o fato de surgirem em período fora dos primeiros meses de vida, devem servir de alerta para o profissional. Segundo Chigurupati⁴, são encontradas quatro formas de candidíase bucal em crianças e adolescentes com infecção pelo HIV: pseudomembranosa (em qualquer área da mucosa).

A leucemia, cuja prevalência tem sido cada vez mais significativa é, no contexto mundial, o tipo mais frequente de câncer em crianças e adolescentes. Essa enfermidade imunossupressora apresenta manifestações bucais que podem ser facilmente diagnosticadas pelos profissionais de saúde e constituem-se, em alguns casos, nas primeiras manifestações clínicas da doença, fazendo com que o seu reconhecimento por parte, especialmente dos cirurgiões-dentistas, seja de capital importância para o adequado encaminhamento do paciente. Clinicamente, essas manifestações podem facilmente ser diagnosticadas como doença periodontal comum, hiperplasias gengivais de várias causas, gengivite ulceronecrosante aguda (GUNA), gengivite da puberdade e da gravidez, além de outras patologias menos comuns⁵.

Da mesma forma, outra situação digna de atenção é o aparecimento de sinais e sintomas bucais importantes, decorrentes de terapêuticas imunossupressoras¹. O controle e tratamento de tais manifestações também cabem, tanto ao médico, quanto ao cirurgião-dentista. Nesse grupo de patologias estão incluídas as doenças auto-imunes e outras doenças dermatológicas cuja terapia, baseada no uso de corticóides e outros fármacos, leva ao aparecimento de sinais e sintomas estomatológicos importantes e cujo controle/tratamento cabem aos profissionais de saúde responsáveis pelo diagnóstico.

Dermatoses

As lesões orais podem ainda preceder os sinais cutâneos de dermatoses por longos períodos, sendo às vezes, os únicos sinais presentes da doença. Nesse contexto, as patologias mais expressivas são: líquen plano, lúpus eritematoso, eritema multiforme e pênfigo vulgar⁶.

O líquen plano é uma doença inflamatória crônica da pele e das mucosas, que se manifesta na cavidade oral com grande frequência, antes ou depois das aparições epidérmicas. Essas lesões são caracterizadas pelas estrias de Wickham que caracterizam a forma clínica reticular da doença. Outra forma clínica principal é a erosiva caracterizada pelo comportamento ulcerativo, sintomático, com áreas atróficas e eritematosas. Pacientes com essa enfermidade devem ser avaliados várias vezes ao ano para detecção de eventuais mudanças nas características ou nos sintomas das lesões, devido ao potencial desenvolvimento de carcinoma epidermóide⁷.

Lúpus Eritematoso é uma doença auto-imune de causa desconhecida que acomete principalmente mulheres em idade fértil, embora também possa acometer os extremos das idades em ambos os sexos. Pode ser dividida em dois tipos: sistêmico e cutâneo. Este último é restrito a pele ou membranas mucosas e o primeiro é uma doença multissistêmica, progressiva e generalizada, onde a pele também pode ser afetada. Clinicamente, os sítios mais afetados são mucosa bucal, palato, lábio inferior e língua. A avaliação clínica das lesões bucais lúpicas é complexa, pois podem apresentar placas queratóticas brancas, telangiectasias ou até mesmo lesões bolhosas. É importante o diagnóstico diferencial dessas lesões com líquen plano, leucoplasia, carcinoma de células escamosas e até mesmo doenças vesicobolhosas⁸.

O eritema multiforme é uma desordem ulcerativa e bolhosa, de etiopatogênese incerta, com provável envolvimento de um processo imunologicamente mediado e possíveis relações com infecções, exposições a drogas ou medicamentos. Caracterizada por erupção cutânea seguida ou não de envolvimento oral, podendo, ocasionalmente, envol-

ver a boca de maneira isolada. Em mucosa oral, podem apresentar-se inicialmente sob a forma de vesículas ou bolhas, mas comumente são lesões ulceradas que se assemelham com as úlceras aftosas, atingindo qualquer área da boca, principalmente lábios, mucosa jugal, palato e língua⁹.

O pênfigo vulgar é uma patologia autoimune caracterizada pela formação de bolhas intraepiteliais na pele e nas mucosas que se rompem pelo menor trauma, evoluindo para ulcerações dolorosas e de fácil infecção. Na maioria dos casos, os primeiros sinais se desenvolvem na mucosa bucal. Essas lesões podem, inclusive, preceder as cutâneas por longos períodos⁶.

Terapêuticas Antineoplásicas

As taxas de incidência para todos os tipos de câncer no Brasil têm aumentado nas últimas décadas, especialmente entre crianças e adolescentes. O tratamento de câncer na infância tem sido promissor, demonstrando que a sobrevivência média das crianças tem aumentado. Em decorrência disso, crescem também as possibilidades terapêuticas, tanto para adultos quanto para crianças, especialmente em relação à quimioterapia e à radioterapia. As três modalidades principais de tratamento antineoplásico são: cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, sendo que são significativos os efeitos colaterais bucais acarretados por esses dois últimos¹⁰.

A quimioterapia é o tratamento adotado na maioria dos casos de câncer, podendo ou não vir combinada com a cirurgia e a radioterapia¹¹. Consiste na utilização de compostos químicos não específicos para células tumorais. Por esse motivo, os mesmos são deletérios, já que acabam agredindo também as células normais, especialmente as do aparelho gastrointestinal¹². As complicações bucais mais frequentes nos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico são a xerostomia, a mucosite bucal, a candidíase e a cárie dental¹³.

Síndromes

O reconhecimento de alterações bucais também é importante na identificação de algumas síndromes.

A síndrome de Sjögren é uma doença inflamatória crônica de possível etiologia auto-imune. O quadro clínico corresponde à síndrome *sicca* sendo as manifestações bucais as mais encontradas. Dentre elas podem-se citar boca seca, cáries frequentes, necessidade de umedecer a boca frequentemente, dificuldade de deglutição de alimentos sólidos, aftas, úlceras na mucosa labial e infecções principalmente candidíase¹⁴.

A síndrome de Behçet é uma afecção inflamatória multissistêmica, de acometimento vascular e de causa ainda desconhecida, basicamente caracterizada por úlceras orais recorrentes, dentre outras características. Essas úlceras representam a manifestação inicial dessa síndrome em 47% a 86% dos casos¹⁵.

A síndrome de Gardner é uma desordem rara, autossômica dominante, caracterizada por polipose intestinal, além de achados clínicos envolvendo pele, tecidos moles, retina, sistema esquelético e dentes. O diagnóstico dessa síndrome pode ser feito por meio das manifestações bucais. Os indivíduos portadores desta desordem podem apresentar anormalidades dentais, como prevalência aumentada de odontomas, dentes supranumerários e impacção dental¹⁶.

A síndrome mão-pé-boca é uma doença comum em lactentes e crianças abaixo de 10 anos e é caracterizada por febre, feridas na boca e erupções cutâneas com bolhas. Iniciam-se com febre branda, falta de apetite, mal estar e dor de garganta com frequência. Após um ou dois dias do aparecimento da febre, há o desenvolvimento de úlceras bucais. Pequenas manchas vermelhas com bolhas que se tornam ulceradas aparecem normalmente na língua, gengivas e no interior das bochechas. As erupções cutâneas podem se desenvolver após estas úlceras bucais. Geralmente não coçam e se localizam frequentemente nas palmas das mãos e solas dos pés. É causada por enterovírus e mais comumente pela associação do enterovírus com coxsakievírus¹⁷.

Doenças infecciosas

Algumas doenças infecto contagiosas podem manifestar-se por meio de lesões bucais. Entre elas, destacam-se: Paracoccidioidomicose, Tuberculose, Sífilis e Hanseníase.

A paracoccidioidomicose envolve primariamente o pulmão devido a inalação do fungo causador e posteriormente, por via hematogênica, pode atingir vários órgãos e sistemas, inclusive a cavidade bucal. O conhecimento desta doença apresenta grande interesse estomatológico, visto que as regiões da boca constituem áreas importantes de manifestações dessa enfermidade. Na boca, pode ser encontrada estomatite moriforme, também denominada pápulo erosiva, de evolução lenta, exulcerada, com fundo de aspecto de finas granulações vermelhas e múltiplas. Às vezes, podem apresentar-se também sob a forma de ulceração mais profunda. Predominam nas regiões labiais da mucosa jugal, gengivais, língua e palato. Podem ser acompanhadas de dores, sangramento, mobilidade dos dentes, sialorréia, edema. O acometimento da laringe e cordas vocais ocasiona diversos graus de disфонia e mesmo afonia. As lesões iniciais, principalmente na língua podem simular carcinoma¹⁸.

As lesões bucais devidas à tuberculose sistêmica são encontradas em 3,5% desses doentes, raramente são vistas antes do acometimento pulmonar e geralmente ocorrem em pacientes imunocomprometidos. A manifestação pode consistir em úlcera que possui forma de cratera de tamanho variável e cor amarelo acizentada. Pode ser rodeada por um halo inflamatório e geralmente é acompanhada por adenopatia. A língua, a gengiva e o palato também podem estar comprometidos¹⁹.

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível que acomete, geralmente, o sistema genital, porém também é caracterizada por lesões extragenitais e muitas destas ocorrem na cavidade oral. As manifestações bucais da sífilis podem ocorrer em qualquer uma das três fases clássicas dessa doença. Na sífilis primária, a lesão primária característica é o cancro de inoculação. O cancro oral típico é ulcerado, endurecido, geralmente causa pouca dor e pode surgir em qualquer lugar da boca, com predomínio dos lábios. As manifestações clínicas orais da sífilis secundária são placas mucosas ricas em espiroquetas, possuem alta infectividade e podem ser encontradas nos lábios, gengiva, língua, paredes laterais da mucosa oral, palato duro, palato mole e ainda nas tonsilas e faringe. As placas são discretamente elevadas, arredondadas com tamanho variável, recobertas por uma membrana branco acizentada e rodeada por um halo de hiperemia. Quando esta placa acomete a língua, local mais frequente, ocorre destruição das papilas filiformes. Essas lesões podem ser acompanhadas de dor e desconforto local. Já na sífilis terciária, dois

tipos de lesão podem ser destacadas, como a lesão gomosa e a glossite luética. A lesão gomosa ocorre preferencialmente no palato duro e inicia-se com uma lesão ulcerada que rapidamente evolui para necrose. Ao atingir a língua, lesões com bordos elevados aparecem e se denominam em “saca bocado”. A glossite luética intersticial ou atrófica é a mais característica da sífilis oral. Essa atrofia desencadeia perda de papilas no dorso da língua, maior suscetibilidade a infecções, gerando reações de defesa como áreas de leucoplasia, e, portanto, displasia e variantes pré-malignas²⁰.

A mucosa oral também pode ser local de proliferação da *Mycobacterium leprae* e esta causa lesões de maneira assintomática e insidiosa, formando nódulos eritematosos ou amarelados, geralmente múltiplos, principalmente no palato duro. A língua, na região dos dois terços anteriores, pode demonstrar atrofia por regressão papilar e áreas nodulares infiltradas. Úlceras e perfurações palatinas são complicações locais que eventualmente se estabelecem em decorrência de reações hansênicas. O comprometimento da úvula pode surgir, porém em casos extremos, o que leva à destruição completa dessa estrutura. Com a instituição da poliquimioterapia, essas manifestações clínicas são consideradas raras e a investigação da mucosa bucal não é realizada. Considerando-se que a boca pode ser sítio primário da contaminação e via de transmissão da doença, fica clara a importância do conhecimento dessas alterações pelo profissional de saúde²¹.

Doenças infecciosas infantis

O conhecimento das manifestações bucais das doenças infecto contagiosas que acometem crianças é de suma importância, uma vez que elas podem anteceder as erupções na pele e possibilitar um diagnóstico precoce. Essas doenças: escarlatina, roséola, rubéola, caxumba, sarampo e varicela, inicialmente são confundidas umas com as outras, pois apresentam sintomas semelhantes como da gripe e resfriado (febre, dor de garganta, perda de apetite)²². Elas podem ser evitadas pela identificação das lesões bucais que sugeririam ao profissional de saúde a possibilidade de tais moléstias.

A escarlatina é a mais rara doença infantil e é a menos contagiosa quando comparada às outras, devido a sua origem bacteriana (estreptococos lisogênicos). Erupções cutâneas caracterizam-se por eritema difuso que empalidece à compressão e com textura de lixa, havendo rubor facial com palidez ao redor da boca (sinal de Filatov). As lesões bucais são denominadas de estomatites escarlatínicas. A mucosa do palato apresenta-se congestionada, a garganta avermelhada e as amígdalas e pilares com tumefação e exsudato acinzentado. No início da doença, a língua está coberta por uma camada branca e as papilas fungiformes edemaciadas e hiperêmicas, projetando-se como botões vermelhos (língua de morango). Logo, a língua torna-se intensamente vermelha, brilhante e lisa, porém com as papilas hipertrofiadas de fundo eritematoso (língua de framboesa). Em casos graves, pode ocorrer ulceração da mucosa jugal e do palato, porém pode estar relacionado com infecções secundárias²².

A roséola ou exantema súbito é uma doença comum da infância e possui evolução benigna e autolimitada. É causada pelo herpes vírus humano 6 e 7. Caracteriza-se por febre alta de poucos dias com aparecimento de erupções na pele quando a febre diminui. Na cavidade bucal aparecem máculas e pápulas eritematosas. As regiões de palato mole e úvula podem mostrar-se ulceradas com pontos róseos salientes devido a hiperplasia dos folículos linfóides da submucosa²².

A rubéola caracteriza-se por linfadenopatia generalizada, exantema de 2 a 3 dias de duração e sinais prodrômicos mínimos ou ausentes. É transmitida por um vírus do gênero *Rubivirus* e da família *Togaviridae*. As manifestações bucais consistem em eritema, edema de ambas as tonsilas amigdalíneas e do palato mole. Não ocorre inflamação da mucosa oral que, normalmente, encontra-se empalidecida. As lesões do palato são petéquias que podem preceder ou serem concomitantes às erupções da pele. Representam o sinal de Forschheimer, que não é patognomônico da doença²².

A caxumba é uma infecção aguda viral, causada pelo vírus da família *Paramyxoviridae* e do gênero *Paramyxovirus*, generalizada e contagiosa. Caracteriza-se pela tumefação dolorosa inflamação das glândulas salivares (uni ou bilateral) com maior destaque para as parótidas. Ocasionalmente as glândulas submandibulares e sublinguais também podem estar acometidas. Quando esta última está envolvida é manifestado por tumefação da região submentoniana e assoalho da boca. Há diminuição do fluxo salivar e as papilas do canal de Stenon apresentam-se edemaciadas e hiperêmicas. As glândulas submandibulares, quando aumentadas, são vistas e palpadas na porção anterior do ramo da mandíbula²².

O sarampo é uma doença exantemática aguda, sistêmica, uma das mais contagiosas de todas as doenças transmissíveis. É causada pelo vírus da família *Paramyxoviridae* e do gênero *Morbillivirus*. Na cavidade bucal, ocorre uma lesão considerada sinal patognomônico do sarampo, que é conhecida como manchas de Koplik. Elas precedem as manifestações cutâneas de 1 a 3 dias. São pequenos pontos branco azulados que se formam principalmente na mucosa jugal, próximas a abertura do canal de Stenon e são circundadas por um halo avermelhado e brilhante. Essas máculas aumentam de número e coalescem formando placas, podendo ocorrer inflamação e tumefação generalizada, com ulcerações em diversos locais (gengiva, palato e garganta)²².

A varicela é a manifestação mais comum da infância nos primeiros meses de vida. É extremamente contagiosa devido a natureza do vírus, do grupo *Herpesvirus*, composto de DNA, conhecido também como o vírus da varicela zoster. Ocorrem lesões semelhantes a bolhas, principalmente, na bochecha, gengiva, língua e palato, que atingem também a mucosa da faringe. As vesículas são elevadas e com eritema circundante. Na mucosa bucal, elas rompem-se logo que se formam e dão origem a úlceras rasas e indolores, com margens avermelhadas, semelhantes às lesões aftosas e às lesões de estomatite herpética²².

DISCUSSÃO

O bom profissional de saúde é aquele que busca, durante sua atuação, contribuir na construção de sociedades saudáveis e, portanto, possui a preocupação em prevenir as doenças e diagnosticá-las precocemente para evitar a necessidade de grandes tratamentos e reabilitações.

Diante do conhecimento de que muitas doenças e condições sistêmicas podem acarretar em sinais/sintomas bucais, buscou-se na literatura trabalhos que avaliem o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema. Apesar da carência de estudos sobre assunto, Shitara² concluiu que os médicos de um conjunto hospitalar pesquisado não executavam avaliação da cavidade bucal de seus pacientes. Além disso, muitos médicos relataram que apresentavam a percepção sobre a importância da saúde bucal e das suas

implicações para saúde geral e qualidade de vida de seus pacientes e que seus conhecimentos sobre manifestações bucais não vieram dos cursos de graduação de medicina². É necessário durante o curso de graduação em medicina, focar nas doenças que podem apresentar manifestações bucais e mostrar a importância do profissional médico de avaliar a boca do paciente durante o exame físico, com preocupação semelhante ao auscultar o coração e pulmão.

Guerra et al.²³, ao avaliarem o conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV soropositivas, concluíram que parcela considerável destes profissionais (68,22%) demonstrou deficiência de conhecimento ético legal em relação à responsabilidade do profissional no diagnóstico precoce de AIDS em crianças²³. Isso faz refletir que muitos profissionais de saúde não possuem consciência deste cuidado e a sua omissão ao não visualizar com atenção a boca do paciente - parte importante do corpo humano - pode acarretar em diagnóstico tardio, diminuição da sobrevida do paciente, desfechos fatais ou sequelas graves, além da perda da chance de intervir prematuramente no problema e então de promover a saúde e prevenir doenças.

CONCLUSÕES

- O reconhecimento das manifestações bucais de doenças e condições sistêmicas é de responsabilidade dos profissionais com atribuição de diagnóstico.
- O reconhecimento de tais manifestações poderá propiciar o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, melhor prognóstico dos casos, melhora na qualidade de vida e/ou, ainda, aumento de sobrevida do paciente.
- A detecção de tais sinais e sintomas pode, ainda, favorecer racionalização e otimização de recursos utilizados na terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Guerra LM, Pereira AC. Pacientes imunossuprimidos. In: Pereira AC. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão; 2009. p. 653-672.
2. Shitara PPL. A percepção dos médicos do conjunto hospitalar de Sorocaba em relação à importância da saúde oral [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
3. Rautemaa R, Lauhio A, Cullinan MP, Seymour GJ. Oral infections and systemic disease-an emerging problem in medicine. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13(11): 1041-7.
4. Chigurupati R, Raghavan SS, Studen-Pavlovich DA. Pediatric HIV infection and its oral manifestations: a review. *Pediatr Dent* 1996 ; 18(2): 106-13.
5. Freitas TC, Consolaro A. Manifestações bucais das leucemias agudas. *Rev. Odontol. USP* 1990 ; 4(3): 261-4.
6. Gonçalves LM, Bezerra Junior JRS, Cruz MCFN. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2010 jan [Acesso em 2010 set 04]; 84(6): 150-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n2/04.pdf>
7. Sousa FACC, Rosa LEB. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da disciplina de patologia bucal da Faculdade de Odontologia de São José

- dos Campos – UNESP. Cienc Odontol Brás [Internet]. 2005 out/dez [Acesso em 2010 set 25]; 8(4): 96-100. Disponível em: http://www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v8n4_12.pdf
8. Lourenço SV, Nacagami Sotto M, Constantino Vilela MA, Rodrigues Gonçalves de Carvalho F, Rivitti EA, Menta Simonsen Nico M. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of epithelial maturation. *J Cutan Pathol* 2006; 33: 657-62.
9. Faria NB, Silveira EJD, Freitas RA, Galvão HC. Estudo de lesões orais associadas a doenças dermatológicas. *Rev Bras Patol Oral* [Internet]. 2004 abr/jun [Acesso em 2010 ago 26]; 3(2): 81-7. Disponível em: <http://www.patologiaoral.com.br/texto58.asp>
10. Costa RCL, Costa EL, Costa JF, Neves MIR, Silva NB. Manifestações bucais em pacientes infanto juvenis submetidos a tratamento antineoplásico: revisão de literatura. *News Lab* 2007; 84: 130-40.
11. Lucas VS, Beighton D, Roberts GJ, Challacombe SJ. Changes in the oral streptococcal flora of children undergoing allogeneic bone marrow transplantation. *J Infect* 1997; 35: 135-41.
12. Ferreira NMLA, Scarpa A, Silva DA. Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa. *Rev Eletr Enf* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2009 25 jan]; 10(4): 1026-34. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a14.htm>
13. Goursand D, Borges CM, Alves KM, Nascimento AM, Winter RR, Martins LHPM, et al. Seqüelas bucais em crianças submetidas à terapia antineoplásica: causas e definição do papel do cirurgião dentista. *Arq Odontol* 2006 ; 42(3): 161-256.
14. Felberg S, Dantas PEC. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arq Bras Oftal* [Internet]. 2006 Nov/Dec [acesso em 2010 Feb 12]; 69(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n6/a32v69n6.pdf>.
15. Neves FS, Gonçalves DP, Lages LV, Gonçalves CR. Síndrome de behcet e policondrite recidivante: síndrome magic. *Rev Bras Reumatol*[Internet]. 2006 Mar-Apr [acesso em 2010 Mar 13]; 46(2); 157-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042006000200014&script=sci_abstract&tlng=pt.
16. Santos LFG, Conceição JG, Ramos MEB, Israel MS. Diagnóstico de síndrome de Gardner através de manifestações orais. *Revista Dens* [Internet]. 2007 Nov/Dec [acesso em 2010 Mar 27]; 15(2):47. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/dens/article/viewFile/9282/6958>.
17. Russo DH, Luchs A, Machado BC, Carmona RC, Timenetsky MCJ. Echovirus 4 associated to hand, foot and mouse disease. *Rev Inst Med Trop* [Internet]. 2006 jul/aug [acesso em 2010 sep 10]; 48(4): 197-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v48n4/a04v48n4.pdf>
18. Bisinelli JC, Telles FO, Sobrinho JA, Rapoport A. Manifestações estomatológicas da paracoccidiodomicose. *Rev Bras Otorrinolaringol* [Internet]. 2001 Sep [acesso em 2010 Feb 22]; 67(5): 683-687. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992001000500013&script=sci_abstract&tlng=pt
19. Arx DP, Husain A. Oral tuberculosis. *British Dental Journal* [Internet]. 2001 abr [acesso em 2010 Apr 05]; 190(8): 420-2. Disponível em: <http://www.hawaii.edu/hivandaids/Oral%20Tuberculosis.pdf>
20. Valente T, Scalercio M, Israel M, Ramos ME. Diagnóstico da sífilis a partir de manifestações bucais. *Rev Bras Odontol*. 2008 jul/dez; 65(2):159-64.

21. Costa MRSN. Considerações sobre o envolvimento da cavidade bucal na hanseníase. *Hansenologia Internationalis* [Internet]. 2008 [citado 2010 maio 01]; 33(1): 41-44. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/313/996>
22. Boeck EM, Pinto LAMS, Boeck Neto RJ. Manifestações bucais de doenças infecciosas na infância. *Odonto* 2000. 1999 jul/dez; 3(2): 50-7.
23. Guerra LM, Pereira AC, Meneghim MC, Hebling E. Avaliação do conhecimento técnico, ético e legal de cirurgiões-dentistas no tratamento de crianças HIV soropositivas. *Cienc Odontol Bras*. 2008 abr/jun; 11(2): 14-22.