

Estomatite granulomatosa liquenóide oral: relato de caso raro

Oral lichenoid granulomatous stomatitis: a rare case report

Vitória Pereira Alves¹
Ana Letícia da Paixão²
Karolina Pena Botelho²
Gabriela Fonseca Rocha³
Jorge Esquiche León⁴
Ana Terezinha Marques Mesquita⁵

¹Doutoranda em Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG, Brasil

²Graduanda em Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG, Brasil

³Doutoranda em Estomatopatologia da Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP), Campinas-SP, Brasil

⁴Professor do departamento de Estomatologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

⁵Professora associada do curso de Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina-MG, Brasil

Categoria: Relato de Caso Clínico

Eixo temático: Estomatologia e Patologia Oral

1 Introdução

A presença de inflamação granulomatosa associada ao infiltrado linfocítico na mucosa oral é rara, restringindo as possibilidades diagnósticas. A Estomatite Granulomatosa Liquenóide Oral (EGL Oral) é uma condição incomum, caracterizada clinicamente por estrias branco-acinzentadas e, histologicamente, pela associação de inflamação liquenóide e granulomatosa. Sua etiologia não é totalmente esclarecida, podendo estar relacionada a doenças autoimunes, infecciosas, reações a corpos estranhos e ao uso de medicamentos indutores de reações liquenóides. Clinicamente, apresenta maior prevalência em mulheres acima de 50 anos, manifestando-se como lesões eritroleucoplásicas ou eritroplásicas, frequentemente acompanhadas de dor, queimação e desconforto funcional. Histologicamente, observa-se hiperqueratose, dano da camada basal, infiltrado linfo-histiocítico em faixa e graus variáveis de inflamação granulomatosa. A análise imunohistoquímica evidencia marcadores como CD68, CD3, CD4 e CD20. O diagnóstico diferencial inclui Líquen plano, Mucosite plasmocitária, Eritema multiforme, Lúpus eritematoso sistêmico e Candidíase, sendo fundamental a realização de biópsia incisional

associada a exames histopatológicos e imunohistoquímicos. O tratamento baseia-se principalmente no uso de corticosteroides tópicos, com acompanhamento clínico. Este estudo tem como objetivo relatar um caso de EGL Oral e revisar seus principais aspectos clínicos e diagnósticos.

2 Descrição do caso

Paciente do sexo masculino, 36 anos, pardo, apresentou-se à Clínica de Estomatologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) com queixa de lesões dolorosas na cavidade oral há aproximadamente 40 dias. Na história pregressa da doença, relatou ter buscado atendimento médico, ocasião em que foram prescritos Nistatina, Aciclovir e Azitromicina por cinco dias, sem melhora do quadro. A história médica não foi contributiva para associação das lesões a comorbidades ou doenças pré-existentes. Os exames laboratoriais (hemograma, glicemia, FAN, VDRL, FTA-ABS e sorologias para hepatites B e C) apresentaram-se dentro dos padrões de normalidade. Ao exame intraoral, observaram-se placas e estrias amarelo-esbranquiçadas, difusas e irregulares, envolvendo a mucosa labial, gengivas, mucosa jugal, dorso e ventre de língua, além de áreas erosivas em gengiva bilateralmente. Diante das hipóteses diagnósticas de Líquen plano, Mucosite plasmocitária e Eritema multiforme, foi realizada biópsia incisional. Após uma semana, procedeu-se à remoção da sutura e foram prescritos bochechos com betametasona 0,1% duas vezes ao dia, enquanto se aguardava o resultado do exame histopatológico. A análise histopatológica revelou fragmento de mucosa revestido por epitélio pavimentoso estratificado hiperqueratinizado e hiperplásico, com infiltrado inflamatório linfo-histiocítico liquenoide e discretas áreas de degeneração da camada basal. Em profundidade, observou-se infiltrado linfo-histiocítico formando agregados perivasculares. Os marcadores imuno-histoquímicos evidenciaram população significativa de macrófagos (CD68+, CD163+), linfócitos T (CD3+, CD4+, CD8+, FOXP3+) e B (CD20+), além de células dendríticas (CD1a+, CD207+, CD209+, Fator XIIIa+). As colorações com ácido periódico de Schiff, Grocott e Ziehl-Neelsen foram negativas.

3 Resultados

Diante desses achados, estabeleceu-se o diagnóstico de EGL oral. Foi mantida a prescrição de Betametasona 0,1% por 15 dias. Após 20 dias, o paciente relatou ausência de dor e redução das lesões. O acompanhamento foi mantido e, após dois meses, observou-se regressão completa das lesões, com aspecto de normalidade em toda a mucosa oral. O paciente permaneceu em acompanhamento por dois anos, sem apresentar recidiva.

4 Conclusão

Este caso reforça a raridade e o desafio diagnóstico da Estomatite Granulomatosa Liquenóide Oral, destacando a importância da análise histopatológica e imunohistoquímica para o diagnóstico diferencial. A resposta favorável ao tratamento com corticosteroides tópicos e a ausência de recidiva evidenciam um bom prognóstico quando há abordagem adequada e acompanhamento clínico criterioso.

Palavras-chave: granulomatosa; erupções liquenóides; mucosa oral; inflamação; estomatite.

Número de aprovação CEP: 81027724.9.0000.5108

Referências

1. Hakeem A, Bhattacharyya I, Aljabri M, Bindakhil M, Pachigar K, Islam MN, Cohen DM, Fitzpatrick SG. Lichenoid reaction with granulomatous stomatitis: A retrospective histologic study of 47 patients. *J Oral Pathol Med.* 2019 Oct;48(9):846-854. doi: 10.1111/jop.12918.
2. Halonen M, Siponen M. Lichenoid lesions of the upper labial mucosa: a systematic review and a report of a new case with extensive follow-up. *Acta Odontol Scand.* 2023 Jan;81(1):29-39. doi: 10.1080/00016357.2022.2077983.
3. Mishra S, Bajoria AA, Parihar AS, Kochhar AS, Bhasin R, Bharadwaj A. Evaluation of lichenoid granulomatous stomatitis cases: A Retrospective Study. *J Nat Rem.* 2020;21:55–59.

4. Robinson CM, Oxley JD, Weir J, Eveson JW. Lichenoid and granulomatous stomatitis: an entity or a non-specific inflammatory process? J Oral Pathol Med. 2006 May;35(5):262-7. doi: 10.1111/j.1600-0714.2006.00419.x.

Autor de Correspondência:
Vitória Pereira Alves
vitoria.pereira@ufvjm.edu.br