

Relatório de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Manifestações Orais na Psoríase

Andreia Filipa Machado Brandão

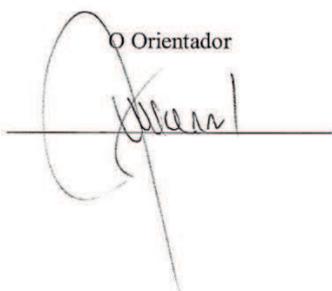
Orientador: Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral

Aceitação do Orientador

DECLARAÇÃO

Eu, José Manuel Barbas do Amaral, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Convitado do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado Manifestações Orais na Psoríase, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Andreia Filipa Machado Brandão, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 19 de Julho de 2016

O Orientador


Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral por toda a disponibilidade e acima de tudo, todo o conhecimento transmitido e auxílio na realização deste trabalho, que sem dúvida foram de extrema importância.

Aos meus amigos que me acompanharam nestes últimos anos de curso, um obrigado especial pela ajuda neste longo percurso e sobretudo por toda a amizade. São amigos que levo comigo, sem dúvida, para sempre.

Ana Carla, obrigada por me receberes tão bem no grupo quando não me conhecias. Depressa nos tornamos grandes amigas e assumiste um papel importante neste meu percurso académico, como colega e essencialmente amiga.

Graça, obrigada por seres a melhor binómia. Não é fácil trabalhar e ao mesmo conviver fora do ambiente de estágio todos os dias. Mas a verdade é que com a tua paciência e sobretudo grande amizade conseguimos.

Pedro, um homem entre tantas mulheres. Obrigada por tudo, pela ajuda enquanto colega, sempre com tanta paciência para acalmar os ânimos. E também por toda a amizade demonstrada.

Gostaria também de agradecer aos meus amigos que apesar de não acompanharem tão de perto esta minha jornada, estiveram sempre presentes. Maia, Rui, Gil, José, João, João Machado, António, Luísa, Maria, Catarina, Ana, Joel, Tiago e Rita, muito obrigada.

Por último queria agradecer às pessoas mais importantes para mim e que sem dúvida sem elas não seria possível chegar até aqui. Aos meus pais e à minha irmã, muito obrigada por todo o apoio e amor.

Resumo

A psoríase é uma doença crónica e inflamatória que se manifesta maioritariamente através de lesões na pele. Atinge 1-4% da população mundial e tem várias apresentações clínicas, sendo a mais frequente a psoríase vulgar.

Além de lesões cutâneas, existem lesões na cavidade oral que têm sido relacionadas com a doença, nomeadamente a língua fissurada e a língua geográfica. A língua fissurada apresenta uma fissura com uma orientação antero-posterior e várias fissuras que se estendem lateralmente. Por sua vez a língua geográfica apresenta zonas eritematosas devido à perda das papilas filiformes, circundadas por uns bordos serpiginosos de tonalidade esbranquiçada.

Estas lesões são geralmente relacionadas com a doença uma vez que a sua frequência é mais elevada em doentes com psoríase. Contudo isto não é suficiente para chegar a um diagnóstico conclusivo então torna-se necessário avaliar outros parâmetros, como exemplo, o aparecimento em simultâneo com lesões cutâneas, uma história familiar positiva, uma avaliação histológica e por fim uma identificação de alelos do antigénio leucocitário humano.

Abstract

Psoriasis is a chronic, inflammatory disease manifested mainly through skin lesions. It reaches 1-4% of the world population and has various clinical presentations, the most common psoriasis vulgaris. There are also lesions of the oral cavity which have been associated with the disease, namely fissured tongue and geographic tongue. Fissured tongue has a fissure with a rearward direction and several fissures extending laterally. On the other hand, geographic tongue presents erythematous areas due to of filiform papillae which are surrounded by a whitish serpiginous border.

These lesions are usually associated with the disease since its frequency is higher in patients with psoriasis. However this is not enough to reach a conclusive diagnosis then becomes necessary to evaluate other parameters. As an example we have the course simultaneously with skin lesions, a positive family history, histological assessment and identification of the alleles of human leukocyte antigen.

Palavras-chave

"Psoriasis"; "Oral Psoriasis"; "Geographic Tongue"; "Fissured Tongue"

Índice

CAPÍTULO I	1
1. Introdução	1
2. Objetivos.....	3
3. Materiais e Métodos.....	4
4. Discussão	5
4.1. Definição e Classificação da Doença	5
4.1.1. Psoríase em Placa.....	5
4.1.2. Psoríase Gutata.....	5
4.1.3. Psoríase Pustular.....	5
4.1.4. Psoríase Eritrodérmica	6
4.1.5. Psoríase Flexural ou Inversa	6
4.1.6. Envolvimento das Unhas.....	6
4.1.7. Envolvimento Genital	6
4.1.8. Psoríase nas Crianças e Adolescentes	7
4.2. Artrite Psoriásica	8
4.3. Comorbilidades.....	8
4.4. Qualidade de Vida	9
4.5. Tratamento.....	9
4.6 Manifestações Orais	10
4.6.1. Prevalência.....	11
4.6.2. Língua.....	12
4.6.3. Outras Localizações	12
4.6.4. Articulação Temporomandibular	13
4.6.5. Associações	13
4.6.5.1. Doença Periodontal.....	14
4.6.5.2. Genética	14
4.6.6. Diagnóstico.....	15
4.6.7. Tratamento	16
5. Conclusão.....	17
6. Bibliografia	18
7. Anexos.....	26

CAPÍTULO II	30
1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio	30
1.1. Estágio em Clínica Geral Dentária	30
1.2. Estágio em Clínica Hospitalar	30
1.3 Estágio em Saúde Oral Comunitária.....	31
2. Anexos	32

Capítulo I

1.Introdução

A psoríase é uma doença crónica, inflamatória e recidivante que se manifesta predominantemente através de lesões cutâneas. Afeta 2-4% da população dos países ocidentais, atingindo de igual forma homens e mulheres mas com predominância nos caucasianos. Na Europa a prevalência varia entre 1-3%.¹ O aparecimento dos primeiros sinais e sintomas pode acontecer em qualquer idade, no entanto é mais frequente em adultos jovens, entre a segunda e terceira décadas.^{1,2,3}

A sua etiologia é desconhecida mas pensa-se que seja multifactorial e esteja associada com fatores imunológicos, psicossomáticos e genéticos.^{4,5,6}

O sistema imunitário, através do papel ativo das células T na produção de citocinas desempenha um papel importante na patogénese da psoríase.^{7,8}

Estudos populacionais revelam que a incidência de psoríase é maior nos familiares do primeiro e segundo grau, do que na população em geral.⁹ Cerca de 30% dos doentes apresentam um familiar de primeiro grau afectado, enquanto que o risco de ter a doença é 2 a 3 vezes maior nos gémeos monozigóticos do que nos dizigóticos.¹⁰

O início precoce da psoríase (antes da idade de 40 anos) tem sido associado com uma maior proporção de doentes com uma história familiar, doença mais grave, e associações de HLA mais fortes (HLA-Cw6, HLA-DR7, HLA B13 e HLA-Bw57).^{11,12}

Quanto à susceptibilidade para a psoríase, estudos de ligação e de associação genética do gene no PSORS1 no cromossoma 6p21, identificaram o HLA-Cw6 como o principal alelo da doença.¹³

Este alelo contribui para o agrupamento familiar em cerca de 33 a 50% dos casos, o que indica a probabilidade da existência de outros genes de susceptibilidade.^{14,15}

A gravidade desta doença é variável, podendo persistir durante a vida com períodos de exacerbação e de remissão.² O início de novos episódios pode ser desencadeado por vários fatores como o traumatismo, stress, infecções, consumo de tabaco, álcool e certos fármacos.⁸ Dentro dos fármacos existem alguns exemplos como beta-bloqueadores, carbonato de lítio, anti-inflamatórios não esteróides, corticosteróides sistémicos, entre outros.^{16,17,18,19}

A apresentação e o curso clínico da psoríase demonstram uma grande variedade, desde sinais subtis até envolvimento generalizado da pele. O aparecimento da psoríase pode ser abrupto ou pode seguir um curso lento e progressivo.²

As primeiras publicações sobre psoríase com ilustrações e descrições criteriosas foram feitas em 1802 por Willan. No seu artigo (1802, citado por Jean de Bersaques, *Clinics in Dermatology*, 2012), refere duas descrições, a de Benjamin Franklin, que sofrendo ele próprio da doença, descreveu as lesões por duas vezes, em 1777 e 1778. A outra descrição foi feita pelo Dr. William Falconer a 23 de Março de 1789.²⁰

2.Objetivos

O presente trabalho tem como objetivos principais conhecer as manifestações orais que a psoríase pode apresentar, a sua relação com as lesões cutâneas e também como chegar ao seu diagnóstico e tratamento.

3. Materiais e Métodos

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foram utilizados artigos encontrados através de uma pesquisa realizada nas bases de dados Pub Med e EbscoHost e no repositório de artigos ResearchGate, com as seguintes palavras-chave: "Psoriasis", "Oral Psoriasis", "Geographic Tongue" e "Fissured Tongue". Não houve pré-seleção ou fator de exclusão relativo à data de publicação dos artigos.

4. Discussão

4.1. Definição e Classificação da Doença

A psoríase é uma doença de pele crônica cuja classificação é baseada em vários critérios, tais como o início da doença, o grau de envolvimento da pele, o padrão morfológico e o local anatómico especificamente envolvido. Com base nestes critérios, existem vários fenótipos clínicos da doença que são apresentados na tabela 1.²¹

4.1.1. Psoríase em Placa

O tipo placa (figura 1), conhecido também como psoríase vulgar é a mais comum, com uma frequência de aproximadamente 80%. Apresenta-se clinicamente como placas bem delineadas vermelhas, cobertas por uma espécie de escamas branco-aczentadas que ao serem removidas expõem pequenos pontos sangrantes (sinal de Auspitz).²² Geralmente as lesões são distribuídas simetricamente e localizam-se mais frequentemente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo e região lombossagrada.²

4.1.2. Psoríase Gutata

O tipo gutata (figura 2) é caracterizado pelo início agudo de pápulas redondas, eritematosas e ligeiramente escamosas no tronco e nas extremidades. Afeta geralmente crianças ou adolescentes/adultos jovens após uma infecção por estreptococos^{2,21}, infecção respiratória do trato superior²³ ou episódios stressantes agudos.²

4.1.3. Psoríase Pustular

A psoríase pustular é caracterizada pela presença de múltiplas pústulas estéreis com uma base eritematosa subjacente. Subdivide-se em dois tipos, a psoríase generalizada (von Zumbusch) (figura 3) e a localizada, que por sua vez compreende a acrodermatite contínua de Hallopeau (figura 4) e a pustulose palmoplantar (figura 5). A acrodermatite contínua é caracterizada pela erupção de pústulas nos dedos das mãos e dos pés. A pustulose palmoplantar é caracterizada pela presença de pústulas nas palmas das mãos e plantas dos pés. A psoríase generalizada pustular é rara mas representa uma doença instável.²¹

4.1.4. Psoríase Eritrodérmica

A psoríase eritrodérmica é caracterizada por um eritema difuso que envolve a maior parte da área superficial do corpo. Esta variante da psoríase geralmente evolui de uma psoríase do tipo placa pré-existente e deve-se a alguns fatores desencadeantes.²¹

4.1.5. Psoríase Flexural ou Inversa

A psoríase inversa é considerada como psoríase placa mas localizada em áreas flexoras/intertriginosas, onde duas superfícies da pele se encontram. Pode-se localizar nas axilas, virilhas, área genital, umbigo, área auricular posterior, sulco interglúteo, sulcos inframamários, cavados antecubital e poplíteo. A sua localização nestas áreas altera a sua apresentação, diferindo da psoríase em placa pela falta ou diminuição das escamas nas áreas intertriginosas. As lesões são eritematosas, bem demarcadas e geralmente com uma aparência brilhante.²⁴

4.1.6. Envolvimento das Unhas

O envolvimento das unhas (figura 6) é um sintoma clínico da doença muitas vezes negligenciado. No entanto estas são bastante afectadas pela doença, variando entre 40% a 80% dos doentes.^{25,26} Uma vez que os sinais clínicos associados com a psoríase nas unhas podem ser atribuídos a várias estruturas das mesmas, existe um grande espectro de distrofias associadas com a doença. Pode variar desde a presença de depressões na superfície da unha, desprendimento da placa ungueal a descoloração e hemorragias ungueais.²⁵ Esta forma de apresentação, foi associada com o início precoce da psoríase, com doença cutânea mais extensa e com a presença de envolvimento articular.²⁶

4.1.7. Envolvimento Genital

Existe uma elevada frequência de envolvimento genital, aproximadamente 38% segundo um estudo. Os doentes mais afectados foram homens, jovens e indivíduos cuja doença teve um início mais precoce. Algumas características como atingimento das pregas cutâneas, do couro cabeludo e das unhas foram bastante associadas com a doença genital. Quando a área genital está afetada a maioria dos doentes apresenta como sintomatologia prurido, dor, ardor, dispareunia e agravamento da psoríase genital após relação sexual (fenómeno de Koebner).

Os doentes com psoríase têm comprometimento da saúde sexual e o seu impacto é ainda mais negativo com a presença de lesões na área genital, com diferenças significativas da função sexual (frequência, medo de relações sexuais), quando comparados doentes com e sem a apresentação genital da doença.²⁷

4.1.8. Psoríase nas Crianças e Adolescentes

Nas crianças a prevalência estimada da psoríase é de aproximadamente 0.71%, aumentando à medida que a idade avança até 1.2% aos 18anos. A maioria das crianças apresenta a doença num estágio leve, tendo assim um bom prognóstico uma vez que é bem controlada com medicação tópica.

Existem vários fatores que podem desencadear ou exacerbar a doença nas crianças, tais como traumatismo ou irritação da pele, infecções nomeadamente por estreptococos, stress emocional e medicamentos. O excesso de peso e a obesidade representam também um grande fator de risco para o desenvolvimento da doença na infância.

Tal como nos adultos, o tipo mais comum de psoríase nos adolescentes é a psoríase do tipo placa, atingindo cerca 75% das crianças. A psoríase do couro cabeludo pode estar presente isoladamente ou em associação com a doença em placa crónica, sendo este local normalmente o primeiro local de envolvimento na criança.

O segundo tipo mais comum de psoríase é a gutata, com uma frequência de 15% a 30%.

A psoríase inversa é mais comum em crianças do que em adultos e atinge principalmente as áreas flexoras e a face. Pelo contrário, o envolvimento das unhas é mais frequente nos adultos, sendo que em 40% das crianças há envolvimento ungueal.

A psoríase pustular é mais comum nos adultos, no entanto as pústulas com configuração anelar são mais comuns nas crianças.

A psoríase eritrodérmica é rara. Existe ainda outro tipo de psoríase mas que é quase exclusivo da primeira infância denominado psoríase das fraldas. As lesões são placas vermelhas e brilhantes bem definidas que aparecem na zona da fralda. As pregas inguinais estão geralmente envolvidas.²⁸

4.2. Artrite Psoriásica

A artrite psoriásica (AP) é definida como psoríase associada com artrite inflamatória ou espondilite, com fator reumatóide seronegativo.²⁹ É uma doença crónica e progressiva que se pode tornar debilitante.³⁰ A prevalência exata da AP não é conhecida uma vez que não existe um critério de diagnóstico amplamente aceite. Estima-se que na população em geral varie entre 0.04% e 0.2% e que em doentes com psoríase a presença de artrite inflamatória varie entre 5% e 42%.³¹

A AP foi considerada uma doença moderada sabendo-se actualmente que é mais grave. Os doentes com AP têm uma qualidade de vida reduzida e um aumento de comorbilidades comparando com aqueles que apenas têm psoríase. O diagnóstico precoce desta doença possibilita a obtenção de melhores resultados²⁹ e uma vez que na maioria dos casos as lesões cutâneas precedem o atingimento articular, pelo que é muito importante o seu diagnóstico precoce.³⁰

Na ausência de um teste específico de diagnóstico, este baseia-se no reconhecimento das características clínicas e radiológicas típicas. O diagnóstico é considerado quando um doente apresenta artrite inflamatória, dactilite, tendinite, espondilite.

Devem ser procuradas lesões cutâneas, especialmente em locais escondidos como o couro cabeludo, umbigo e pregas cutâneas. As unhas dos dedos das mãos devem ser inspeccionadas para psoríase das unhas. O padrão de envolvimento na AP precoce é geralmente assimétrico. A chave para o diagnóstico da AP é o reconhecimento da característica inflamatória da doença musculo-esquelética na presença de psoríase. A psoríase pode preceder ou desenvolver-se ao mesmo tempo que a AP em 85% dos casos enquanto nos restantes 15% esta segue o aparecimento da doença articular ou pode nem sequer ocorrer.²⁹

4.3. Comorbilidades

Atualmente existem evidências clínicas e científicas que demonstram a associação da psoríase e o risco aumentado de doença cardiovascular.³²

A presença de uma associação entre a doença coronária isquémica e qualquer tipo de psoríase confirma que a psoríase é um fator de risco cardiovascular independente.³³

Apesar disto os doentes com psoríase têm uma taxa maior de fatores de risco ambientais como tabaco, álcool ou estilo de vida sedentário.³⁴ Existe também um aumento da prevalência dos fatores de risco cardiovasculares como síndrome metabólica, hipertensão, dislipidemia, diabetes e obesidade nos doentes com psoríase moderada a severa.³²

Existe ainda um risco aumentado de cancro para os doentes com psoríase. Além disto foi também observada uma relação entre a psoríase e os linfomas.^{35,36}

Os doentes com psoríase apresentam também algumas comorbilidades psicológicas como ansiedade e depressão.⁶

4.4. Qualidade de Vida

A psoríase é uma doença debilitante que diminui a qualidade de vida e leva a consequências psicossociais. O stress psicológico, uma baixa auto-estima, sentimentos de estigmatização e pobres interações sociais são fatores que explicam esta diminuição na qualidade de vida.³⁷

Os custos económicos associados ao tratamento da psoríase são elevados. Nos EUA, o atraso na consulta a um dermatologista, contribui de sobremaneira para um aumento da morbilidade associada à doença.³⁸

Os custos económicos da psoríase foram estudados na Europa e Canadá. Nos casos de psoríase em placa moderada ou grave, os custos directos (consultas, tratamentos e hospitalizações) bem como os custos indirectos (perda da produtividade devida ao absentismo), traduziram-se em milhares de dólares.³⁹

4.5. Tratamento

No que respeita o tratamento, o seu maior objetivo é reduzir o fardo que a doença representa ao longo do tempo através do controlo da sua sintomatologia. É importante também ajudar o doente a lidar com a natureza crónica da doença, limitar as consequências psicológicas, relacionamento social e prevenir as complicações sistémicas e comorbilidades.²

O metotrexato é a terapêutica sistémica mais antiga para a psoríase moderada a grave, utilizada há mais de 40 anos, pelos seus efeitos anti-inflamatórios e pela diminuição da resposta por anticorpos primários ou secundários.⁴⁰

A ciclosporina é um inibidor da calcineurina, aprovada para o tratamento de psoríase moderada a grave.⁴¹ O seu mecanismo de acção é o de formar um complexo com a ciclofilina, resultando na actividade reduzida do factor de transcrição nuclear, do factor nuclear das células T activadas, reduzindo, assim, a produção de IL-2 e outras citocinas pró-inflamatórias. A ciclosporina inibe a produção de o interferão- γ .⁴²

Os retinóides sistémicos têm sido utilizados como terapêutica da psoríase desde os anos 1970, começando com o etretinato. A acitretina, o metabolito ácido activo do etretinato, actua pelo seu efeitos anti-proliferativos sobre os queratinócitos, efeitos imunomoduladores, anti-angiogénicos e efeitos por ligação a receptores nucleares do ácido retinóico e / ou receptores de retinóide X.⁴³

O apremilast faz parte de uma nova classe de medicamentos imunomoduladores, aprovado nos EUA para o tratamento tanto da psoríase e artrite psoriásica. Inibe a fosfodiesterase 4 (PDE4), que degrada o AMP cíclico intracelular e é particularmente activa nas células do sistema imunitário e nos queratinócitos.⁴⁴

São utilizados ainda outros fármacos como o micofenamat mofetil, o leflunamida, os ésteres do ácido fumárico, a hidroxiureia, a 6-tiouanina, a sulfasalazina, sendo que estes três últimos são utilizados como terapêutica de última linha, dada a sua baixa eficácia, quando comparados com outras terapêuticas sistémicas.⁴⁵

4.6. Manifestações Orais

A presença da psoríase na cavidade oral foi documentada pela primeira vez em 1903 por Oppenheim (1903, citado por Robinson *et al*, 1996)⁴⁶ e desde aí têm sido feitos vários estudos para compreender este tipo de lesão. Nos dias de hoje ainda continua a ser um tema controverso uma vez que ainda não existe um consenso sobre a descrição de uma verdadeira lesão de psoríase na cavidade oral.⁴⁷ O seu critério histopatológico também ainda não foi estabelecido e por isso têm sido usados critérios adaptados da dermatopatologia.^{48,49} O seu diagnóstico é dificultado uma vez que as apresentações clínicas são variáveis e podem afetar qualquer local da mucosa oral.⁵⁰ Além disto, apesar da mucosa oral ser semelhante em termos histológicos e embriológicos com a pele, está sujeita a um ambiente mais complexo e inconstante, o que altera o seu padrão de apresentação.⁵¹ Contudo, vários autores referem que apesar de não serem manifestações muito frequentes, estão presentes em alguns doentes.^{48,52,53,54}

As lesões de psoríase na cavidade oral podem envolver qualquer parte da mucosa, no entanto são mais frequentes na língua manifestando-se como língua fissurada (LF) e língua geográfica (LG).⁵⁵

4.6.1. Prevalência

A prevalência mais elevada da LF e da LG é confirmada por estudos, em que estas anomalias estão mais presentes nos grupos dos doentes psoriáticos do que nos grupos de controlo. Destas, a LF apresenta-se como a mais frequente (8.2%-47.5%), sendo a LG menos frequente (5.6%-18.1%).^{47,50,53,54,56,57,58} Existem casos em que estas lesões coexistem na língua. Este facto aliado à elevada frequência da LF sugere que a LG representa uma expressão da doença transitória, enquanto a LF uma expressão mais tardia e mais permanente. Além disto, alguns autores sugerem que a LF pode ser uma consequência da LG.⁵⁷ Apesar de existirem vários estudos, a verdadeira incidência da psoríase na cavidade oral não é conhecida. Esta incerteza pode surgir uma vez que a cavidade oral da maioria dos doentes não é cuidadosamente examinada e a biopsia das mucosas não são realizadas com frequência.⁵³

Não existem dados suficientes para relacionar estas lesões com o sexo, no entanto alguns autores consideram que a LF é mais prevalente nos homens e a LG nas mulheres.⁵⁴

No que diz respeito ao aparecimento dos primeiros sinais e sintomas existem dois tipos de psoríase, uma com um início precoce, considerada a mais grave, e outra com um início mais tardio. Um estudo relacionou o início da apresentação da psoríase com as lesões presentes na língua e, chegou à conclusão que a incidência de LG é mais elevada quando a doença tem início precoce^{50,54} enquanto, que na apresentação tardia, é a LF que é mais prevalente.⁵⁰ No entanto existem estudos que não encontraram nenhuma diferença significativa da LG em relação à idade.^{47,57} Outros estudos consideraram que a LF estava presente de igual forma nos dois tipos da doença, sugerindo que isto poderia ser explicado pela LF aumentar com o avanço da idade.⁵⁴ Um outro estudo usou este argumento para explicar o contrário, que a LF estava presente com mais frequência em doentes cuja doença teve um início mais tardio.⁵⁶

Em relação à associação entre o tipo de psoríase e a presença das lesões, apesar de um estudo considerar que a LF era mais prevalente na psoríase generalizada pustular, outro estudo considerou na psoríase vulgar. O estudo desta relação torna-se difícil uma

vez que a psoríase vulgar é a mais frequente e por vezes poucos doentes com outro tipo de psoríase são incluídos nos estudos.⁵⁷

4.6.2. Língua

A língua fissurada (figura 7), denominada também como língua escrotal e plicata, apresenta-se clinicamente como uma fissura orientada em sentido antero-posterior com múltiplas fissuras que se ramificam lateralmente.⁵⁴ Esta é uma característica que afeta 2-5% da população em geral e que se acredita ser hereditária, aumentando a sua incidência com a idade.⁵⁹ A sua ligação com a psoríase ainda não está provada, sendo importante mencionar que a LF é frequentemente encontrada na diabetes insulino-dependente, síndrome de Down e síndrome Melkersson-Rosenthal.^{60,61,62}

A língua geográfica (figura 8), também conhecida como glossite migratória benigna, é uma anomalia em que há presença de zonas eritematosas devido à perda das papilas filiformes. Estas zonas irregulares e bem demarcadas são circundadas por bordos esbranquiçados e serpiginosos, dando um aspeto semelhante a um mapa.^{54,63} Ocorre em 1-5% da população e tal como a língua fissurada, a sua etiologia é desconhecida.⁵⁹ Ela apresenta-se com padrões clínicos, histológicos e genéticos semelhantes com a psoríase, sugerindo que esta lesão pode representar uma manifestação oral da doença. Contudo alguns autores questionam esta afirmação uma vez que a LG aparece geralmente sem lesões cutâneas.⁵⁰ Quase 50% dos doentes que apresentam língua geográfica, também têm língua fissurada (figura 9) e, parece existir uma transformação de LG para LF.⁵⁹

Estas lesões representam o grupo das lesões denominadas como não específicas. Além destas, na língua, existe outro grupo de lesões que são aquelas que são comprovadas com biópsia através da histologia semelhante com a psoríase, tendo um percurso clínico paralelo com as lesões cutâneas.^{53,59}

4.6.3. Outras Localizações

Para além da língua, a psoríase pode-se localizar nos lábios, mucosa bucal, palato e gengiva. Nos lábios apresenta-se como áreas escamosas que se podem estender além do vermelhão do lábio. Foi também descrita a ocorrência de queilite angular, que é caracterizada por eritema, fissura e escamação com ou sem ulceração.^{47,59}

Na mucosa bucal (figura 10) as lesões são semelhantes à LG, apresentando-se como lesões exuberantes circulares, serpiginosas, ou como pápulas e placas policíclicas. No palato (figura 11) as lesões são brancas e vermelhas com forma serpiginosa e arcos concêntricos. Na gengiva (figura 12) há presença de um eritema da margem gengival, de onde se estendem placas reticulares.⁵⁹

4.6.4. Articulação Temporomandibular

O envolvimento oral da psoríase além de dermatológico pode ser articular, afetando a articulação temporomandibular.⁶⁴ Os doentes afetados podem apresentar dor mandibular localizada, edema, limitação do movimento e crepitação, sendo este o sinal mais persistente. Esta condição surge aproximadamente na quarta década de vida e o sexo feminino e masculino são afetados na mesma proporção. A artrite psoriásica pode provocar erosões ósseas, efusão articular, alterações do disco interarticular e alterações dos côndilos.⁶⁵

4.6.5. Associações

Quando se fala da correlação entre a gravidade da doença e a prevalência de alguma lesão oral, um estudo não encontrou nenhuma correlação positiva apesar de mencionar que os doentes psoriáticos, com uma maior prevalência de LG tinham um maior atingimento na qualidade de vida.⁵⁶

Por outro lado, um outro estudo mostrou uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade da doença e a LG. O facto desta lesão se apresentar aumentada nos estádios mais graves sugere que esta possa ser considerada um marcador da gravidade.⁵⁰

Existem estudos que constataram a associação destas lesões com outras situações, como por exemplo o envolvimento genital e das unhas ser mais frequente com a presença das lesões e existir uma menor prevalência em fumadores.⁵⁴ No entanto, outro estudo afirma que o hábito tabágico não influencia a prevalência.⁵⁶ Além disto constatou-se que os doentes com psoríase consomem mais álcool⁵⁷ e que as lesões de LG estão relacionadas com o stress emocional, com um limiar de susceptibilidade para a ansiedade.⁵⁶ Quase um quarto dos doentes sofre de ansiedade e depressão, associadas com a doença.⁶⁶

Além disto, Os doentes com psoríase apresentam baixas taxas de concentração de secreções de imunoglobulina A salivar e lisozima. Isto sugere que apresentam um maior risco de infecções microbianas uma vez que estes biomarcadores salivares são indicativos da imunidade da mucosa. Contudo, estes biomarcadores são variáveis nos doentes e não estão associados com a gravidade da psoríase.⁶⁷

4.6.5.1. Doença Periodontal

Também tem sido estudada a associação entre a psoríase e a doença periodontal e que sendo provada pode ter implicações clínicas significantes.⁵² O primeiro estudo a focar-se no perfil das citocinas inflamatórias da saliva de doentes com psoríase parece mostrar que a psoríase e a doença periodontal partilham o mesmo processo inflamatório. Concluiu que os doentes com psoríase podem apresentar uma prevalência aumentada de gengivite e periodontite e, que existe uma correlação positiva entre a expressão de TGF- β 1 (fator de transformação do crescimento), IL-1 β (interleucina) e MCP-1 (proteína quimiotáctica de monócitos) e a gravidade da doença oral.⁶³

4.6.5.2. Genética

No que se refere ao papel da genética, foi sugerida a ligação entre a LG e/ou a LF uma vez que muitos dos doentes com psoríase têm uma história familiar positiva. A história familiar positiva em conjunto com a associação tanto da psoríase como da LG com o Antígeno Leucocitário Humano (HLA) -Cw6 sugere uma base genética e evidencia a possibilidade destas alterações estarem relacionadas.⁶⁸ No que diz respeito à LF, não foi encontrada diferença significativa na sua elevada frequência e esta lesão é considerada uma característica hereditária.⁶⁹

Este facto sugere que a elevada frequência pode resultar de uma base genética partilhada, uma interação entre dois processos etiológicos de origem genética diferente ou a combinação de uma interação genética e fisiopatológica.⁴⁷

O HLA na região do cromossoma 6p21 transmite o fator genético mais importante relacionado com a susceptibilidade para a psoríase. Múltiplos alelos têm sido associados com a psoríase, como por exemplo o HLA-B*13, -B*37, -B*57, -C*06, -C*12 e -DRB1*07.⁷⁰ Estes fatores apesar de não serem diagnóstico sugerem um índice de risco mais elevado para a psoríase.⁴⁸ Destes, o HLA-C*06 representa o alelo principal da susceptibilidade.

Porém um estudo sugere que este alelo foi pouco associado com a psoríase e que o HLA-B*57 foi o único bastante associado com a susceptibilidade para a psoríase, sendo assim possivelmente associado com a doença. Foi ainda sugerido que este alelo em alguns casos pode representar apenas LG e outros casos representar psoríase oral.⁷⁰

4.6.6. Diagnóstico

Muitos autores, no que respeita o diagnóstico, consideram critérios bastante rigorosos. Afirmam que deve existir um curso clínico paralelo com lesões cutâneas e que deve existir uma história familiar positiva. Deve ser também realizada uma tipagem do HLA para confirmar o diagnóstico.^{52,53,59} Apesar do diagnóstico da psoríase oral ser controverso sem a presença de lesões cutâneas, a verdade é que têm sido documentados casos em que apenas existem lesões orais.^{46,52,71} Nestes casos, foi realizado exame histológico que comprovou o diagnóstico destas lesões.^{46,66} Os doentes que além de não apresentarem lesões cutâneas também não têm história familiar positiva⁶⁶ juntamente com aqueles em que as lesões orais precedem as cutâneas, sugerem a importância de ser realizado um diagnóstico histológico sem a influência da presença das lesões cutâneas.⁴⁸

Quando falamos em diagnóstico destas lesões, temos de pensar que são necessárias excluir outras dermatoses que por vezes podem ser confundidas. O diagnóstico diferencial inclui líquen plano, candidíase, leucoplasia, lúpus eritematoso, sífilis,^{46,59} penfigóide, pênfigo, eczema, neurodermatite, gengivoestomatite idiopática, estomatite medicamentosa, hiperplasia do palato e carcinoma de células escamosas.⁵⁹ Existe também o síndrome de Reiter, que apresenta não só características clínicas semelhantes, como também características histológicas, o que leva a que alguns especialistas considerem que este síndrome é melhor classificado como um tipo de psoríase.⁷²

Quando estamos perante o exame clínico de uma língua fissurada e eritematosa, deve ser considerada a condição inflamatória conhecida como úlcera eosinofílica. É uma lesão benigna crónica que se manifesta como uma úlcera com margens elevadas. O traumatismo é considerado o fator etiológico mais importante na sua patogenia.⁷³

Geralmente o diagnóstico destas lesões é feito com base em sinais e sintomas clínicos⁵⁰ mas como existem outras dermatoses semelhantes, quando não existem

manifestações cutâneas ou outro facto que ajude a corroborar o diagnóstico é necessário fazer exames imunopatológicos.⁵⁹

4.6.7. Tratamento

Geralmente, as lesões orais de psoríase são assintomáticas, pelo que não necessitam de tratamento. Contudo, podem por vezes ser sintomáticas e quando isto acontece as queixas dos doentes costumam ser de dor e ardor aquando da ingestão de comidas picantes e ácidas, podendo ainda existir disgeusia.⁶⁶

O tratamento passa por bochechos com anestésicos orais uma vez que são geralmente eficazes para o conforto do doente. Além disto é importante também incentivar a higiene oral de modo a melhorá-la, eliminar o que possa causar irritação como próteses mal adaptadas, restaurações defeituosas e hábitos prejudiciais. Todos estes fatores são críticos no controlo dos sintomas uma vez que a irritação e o traumatismo podem precipitar novas lesões na mucosa pelo fenómeno de Koebner. Quando estamos perante um caso mais grave pode ser benéfica a administração de agentes anti-inflamatórios tópicos como os corticosteróides cujo objetivo passa pelo controlo da grande proliferação epitelial anormal. Existem ainda outras intervenções tópicas que são usadas que incluem tacrolimus e retinóides.⁶⁶

Os fármacos usados no tratamento da psoríase cutânea geralmente ajudam a resolver as lesões orais sintomáticas. Apesar da sua eficácia no tratamento da doença podem provocar efeitos adversos na cavidade oral. Xerostomia associada aos retinóides, hipertrofia gengival associada às ciclosporinas e estomatite associada ao metotrexato.⁷⁴

Doentes com artrite psoriásica ou envolvimento cutâneo grave podem ter dificuldade em segurar uma escova de dentes o que dificulta a higienização. Por estes motivos são necessárias avaliações orais regulares para prevenir, detetar e tratar não só as lesões orais como também potenciais efeitos adversos dos fármacos utilizados no tratamento da psoríase.⁷⁴

5. Conclusão

Apesar de não se poder afirmar que a língua fissurada, a língua geográfica e as outras lesões são manifestações do envolvimento oral na psoríase, a verdade é que estas, nomeadamente a língua fissurada e a língua geográfica são mais prevalentes nos doentes portadores da doença, sugerindo a existência de uma relação entre elas.

A realidade é que por vezes o seu diagnóstico se torna um pouco difícil uma vez que são geralmente assintomáticas e podem ser confundidas com outras lesões orais. Cabe ao clínico estar atento a estas situações e fazer um correto diagnóstico com o auxílio da histologia e com a exclusão de todas as outras lesões semelhantes.

Quando o doente apresenta sintomatologia, geralmente os bochechos com anestésicos orais são eficazes. Além disto é sempre necessário motivar o doente à higiene e remover todos os agentes que possam causar irritação.

São necessários mais estudos sobre o tema com o intuito de se chegar a um consenso sobre o mesmo, de modo a chegar a uma definição específica para as lesões orais da psoríase.

6. Bibliografia

1. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global Epidemiology of Psoriasis: A Systematic Review of Incidence and Prevalence. *Journal of Investigative Dermatology*. 2013;133:377–385
2. Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in Dermatology*. 2007;25:510–518
3. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clinics in Dermatology*. 2007;25:535–546
4. Oka A, Mabuchi T, Ozawa A, Inoko H. Current understanding of human genetics and genetic analysis of psoriasis. *Journal of Dermatology*. 2012;39:231–241
5. Tsoi LC et al. Identification of fifteen new psoriasis susceptibility loci highlights the role of innate immunity. *Nature Genetics*. 2012;44(12):1341-1348
6. Wojtyna E, Lakuta P, Marcinkiewicz K, Bergler-Czop B, Brzezinska-Wcislo L. Gender, Body Image and Social Support: Biopsychosocial Determinants of Depression Among Patients with Psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*. 2016; doi: 10.2340/00015555-2483
7. Lowes MA, Bowcock AM, Krueger JG. Pathogenesis and therapy of psoriasis. *Nature*. 2007;445:866-873
8. Sanchez APG. Immunopathogenesis of psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2010;85(5):747-749
9. Nestle FO, Kaplan DH, Barker J. Mechanisms of Disease Psoriasis. *The New England Journal of Medicine*. 2009;361:496-509
10. Griffiths CEM, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *Lancet*. 2007;370:263–71
11. Rahman P, Elder JT. Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(Suppl II):ii37–ii39

12. Langley RGB, Krueger GG, Griffiths CEM. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2005;64(Suppl II):ii18–ii23
13. Elder JT. PSORS1: Linking Genetics and Immunology. *Journal of Investigative Dermatology*. 2006;126:1205–1206
14. Trembath RC, Clough RL, Rosbotham JL, Jones AB, Camp RDR, Frodsham A, Browne J, Barber R, Terwilliger J, Lathrop GM, Barke JNWN. Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. *Human Molecular Genetics*. 1997; 6(5):813-820
15. The International Psoriasis Genetics Consortium. The International Psoriasis Genetics Study: Assessing Linkage to 14 Candidate Susceptibility Loci in a Cohort of 942 Affected Sib Pairs. *The American Journal of Human Genetics*. 2003;73(2):430-437
16. Cozzani E, Scaparro M, Parodi A. *Journal of Dermatological Case Reports*. 2009;4:60-61
17. Fernandes IC, Torres T, Sanches M, Velho G, Lago P, Selores M. *Acta Médica Portuguesa*. 2011; 24(S3): 709-713
18. Savola J, Vehviläinen O, N Väättäinen N. *British Medical Journal*. 1987; 295(6599): 637
19. Cohen AD, Bonne D, Reuveni H, Vardy DA, Naggan L, Halevy S. Drug Exposure and Psoriasis Vulgaris: Case-Control and Case-Crossover Studies. *Acta Dermato-Venereologica*. 2005;85:299–303
20. De Bersaques J. *Clinics in Dermatology*. 2012;30:544–547
21. Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmunity Reviews*. 2014;13:490–495
22. Freiman A, Kalia S, O'Brien EA. Dermatologic Signs. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2006;10(4):175-172
23. Maciejewska-Radomska A, Szczerkowska-Dobosz A, Rębała K, Wysocka J, Roszkiewicz J, Szczerkowska Z, Placek W. Frequency of streptococcal upper respiratory infections and HLA-Cw*06 allele in 70 patients with guttate psoriasis from northern Poland. *Postępy Dermatologii i Alergologii*. 2015;6:455-458

24. Omland SH, Gniadecki R. Clinics in Dermatology. 2015;33:456–461
25. Jiaravuthisan MM, Sasseville D, Vender RB, Murphy F, Muhn CY. Psoriasis of the nail: Anatomy, pathology, clinical presentation, and a review of the literature on therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2007;57:1-27
26. Schons KRR, Beber AAC, Beck MO, Monticielo OA. Nail involvement in adult patients with plaque-type psoriasis: prevalence and clinical features. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2015;90(3):314-319
27. Ryan C, Sadlier M, De Vol E, Patel M, Lloyd AA, Day A, Lally A, Kirby B, Menter A. Genital psoriasis is associated with significant impairment in quality of life and sexual functioning. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015;72(6):978-983
28. Tollefson MM. Diagnosis and Management of Psoriasis in Children. *Pediatric Clinics of North America*. 2014;61:261–277
29. Chandran V. Psoriatic arthritis: How to diagnosis it early?. *Indian Journal of Rheumatology*. 2013;8:117-121
30. Luelmo J, Gratacos J, Martínez-Losa MM, Ribera M, Romaní J, Calvet J, Leal L, Larrosa M. Multidisciplinary Psoriasis and Psoriatic Arthritis Unit: Report of 4 years' Experience. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2014;105(4):371-377
31. Kleinert S, Feuchtenberger M, Kneitz C, Tony HP. Psoriatic arthritis: clinical spectrum and diagnostic procedures. *Clinics in Dermatology*. 2007;25:519–523
32. Ryan C, Kirby B. Psoriasis Is a Systemic Disease with Multiple Cardiovascular and Metabolic Comorbidities. *Dermatologic Clinics*. 2015;33:41–55
33. Mahiques-Santos L, Soriano-Navarro CJ, Perez-Pastor G, Tomas-Cabedo G, Pitarch-Bort G, Valcuende-Cavero F. Psoriasis and Ischemic Coronary Artery Disease. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2015;106(2):112-116
34. Shahwan KT, Kimball AB. Psoriasis and Cardiovascular Disease. *Medical Clinics of North America*. 2015;99:1227–1242

35. Gottlieb AB, Dann F. Comorbidities in Patients with Psoriasis. *The American Journal of Medicine*. 2009;122(12):1150.e1-1150.e9
36. Chen YJ, Wu CY, Chen TJ, Shen JL, Chu SY, Wang CB, Chang YT. The risk of cancer in patients with psoriasis: A population-based cohort study in Taiwan. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2011;65(1):84-91
37. Daudén E, Pujol RM, Sánchez-Carazo JL, Toribio J, Vanaclocha F, Puig L, Yébenes M, Sabater E, Casado MA, Caloto MT, Aragón B. Demographic characteristics and health-related quality of life of patients with moderate-to-severe psoriasis: The VACAP study. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2013;104(9):807–814
38. Bhutani T, Wong JW, Bebo BF, Armstrong AW. Access to Health Care in Patients With Psoriasis and Psoriatic Arthritis Data From National Psoriasis Foundation Survey Panels. *JAMA Dermatology*. 2013;149(6):717-721
39. Schaefer CP, Cappelleri JC, Cheng R, Cole JC, Guenther S, Fowler J, Johnson S, Carla Mamolo C. Health care resource use, productivity, and costs among patients with moderate to severe plaque psoriasis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015;73(4):585-593
40. Chan ESL, Cronstein BN. Molecular action of methotrexate in inflammatory diseases. *Arthritis Research*. 2002;4(4):266-273
41. Amor KT, Caitriona Ryan C, Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: Part I. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2010;63(6):925-46
42. Griffiths, CEM, Dubertret L, Ellis CN, Finlay AY, Finzi AF, Ho VC, Johnston A, Katsambas A, Lison A-E, Naeyaert JM, Nakagawa H, Paul C, Vanaclocha F. Ciclosporin in psoriasis clinical practice: an international consensus statement. *British Journal of Dermatology* 2004;150(Suppl. 67):11–23
43. Carretero G, Ribera M, Belinchón I, Carrascosa JM, Puig LI, Ferrandiz C, Dehesa L, Vidal D, Peral F, Jorquera E, Gonzalez-Quesada A, Muñoz C, Notario J, Vanaclocha F, Moreno JC. Guidelines for the Use of Acitretin in Psoriasis. *Actas Dermosifiliográficas*. 2013;104(7):598-616

44. Papp K, Reich K, Leonardi CL, Kircik L, Chimenti S, Langley RGB, Hu CC, Stevens RM, Day RM, Gordon KB, Korman NJ, Christopher E. M. Griffiths CEM. Apremilast, an oral phosphodiesterase 4 (PDE4) inhibitor, in patients with moderate to severe plaque psoriasis: Results of a phase III, randomized, controlled trial (Efficacy and Safety Trial Evaluating the Effects of Apremilast in Psoriasis [ESTEEM] 1). *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2015;73(1):37-49
45. Kelly III JB, Peter Foley P, Strober BE. Current and Future Oral Systemic Therapies for Psoriasis. *Dermatologic Clinics*. 2015;33:91–109
46. Robinson CM, Di Biase AT, Leigh IM, Williams DM, Thornhill MH. Oral psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1996;134:347-349
47. Costa SC, Hirota SK, Takahashi MDF, Andrade Jr H, Migliari DA. Oral lesions in 166 patients with cutaneous psoriasis: A controlled study. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2009 Aug 1;14(8):e371-5
48. Ulmansky M, Michelle R, Azaz B. Oral psoriasis: report of six new cases. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 1995;24:42-5
49. De Rosa G, Mignogna C. The Histopathology of Psoriasis. *Reumatismo*. 2007;59(1):46-48
50. Picciani BLS, Souza TT, Santos VCB, Domingos TA, Carneiro S, Avelleira JC, Azulay DR, Pinto JMN, Dias EP. Geographic Tongue and Fissured Tongue in 348 Patients with Psoriasis: Correlation with Disease Severity. *The Scientific World Journal*. Vol. 2015 (2015), Article ID 564326, 7 pages. doi:10.1155/2015/564326
51. Howell FV. Oral Mucous Membrane Lesions-Pathologic Features. *California Medicine*. 1964;100(3):186-191
52. Migliari DA, Penha SS, Marques MM, Matthews RW. Consideraciones en el diagnóstico de psoriasis oral: Presentación de un caso clínico. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*. 2004;9:300-3
53. Daneshpazhooh M, Moslehi H, Akhyani M, Etesami M. Tongue lesions in psoriasis: a controlled study. *BMC Dermatology*. 2004;4:16

54. Zargari O. The prevalence and significance of fissured tongue and geographical tongue in psoriatic patients. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2016 Apr; 31(2):192-5
55. Verardino GC, Nunes AP, Carneiro SCS. Psoríase e Artrite Psoriásica: Manifestações na Cavidade Oral. *Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica*. 2010;1:55-64
56. Darwazeh AMG, Al-Aboosi MM, Bedair AA. Prevalence of oral mucosal lesions in psoriatic patients: A controlled study. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. 2012;4(5):e286-91
57. Hernández-Pérez F, Jaimes-Aveldañez A, Urquizo-Ruvalcaba ML, Díaz-Barcelot M, Irigoyen-Camacho ME, Vega-Memije ME, Mosqueda-Taylor A. Prevalence of oral lesions in patients with psoriasis. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*. 2008;13(11):E703-8
58. Arvind Babu RS, Chandrashekar P, Kumar KK, Reddy GS, Prakash Chandra KL, Rao V, Reddy BVR. A Study on Oral Mucosal Lesions in 3500 Patients with Dermatological Diseases in South India. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2014;4:84-93
59. Khan S, Zaheer S, Gupta ND. Oral psoriasis: A diagnostic dilemma. *European Journal of General Dentistry*. 2013;2(1):67-71
60. Aguiar SMHCA, Figliolia SLC, Puerro M, Fedalto MF. Características Clínicas da Língua de Portadores da Síndrome de Down. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2002;23(1):24-27
61. Halevy S, Shalom G, Trattner A, Bodner L. Melkersson-Rosenthal syndrome: A possible association with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2012;67(4):795-796
62. Bastos AS, Leite ARP, Spin-Neto R, Nassar PO, Massucato EMS, Orrico SRP. Diabetes mellitus and oral mucosa alterations: Prevalence and risk factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011;92:100-105
63. Ganzetti G, Campanati A, Santarelli A, Pozzi V, Molinelli E, Minnetti I, Brisigotti V, Procaccini M, Emanuelli M, Offidani A. Involvement of the oral cavity in psoriasis: results of a clinical study. *British Journal of Dermatology*. 2015;172:276–308

64. Crincoli V, Di Comite M, Di Bisceglie MB, Fatone L, Favia G. Temporomandibular Disorders in Psoriasis Patients with and without Psoriatic Arthritis: An Observational Study. *International Journal of Medical Sciences*. 2015;12(4):341-348
65. Badel T, Pavičič IS, Krapac L, Zadavec D, Rosić D. Psoriatic Arthritis and Temporomandibular Joint Involvement—Literature Review with a Reported Case. *Acta Dermatovenerologica Croatica*. 2014;22(2):114-121
66. Fatahzadeh M. Manifestation of psoriasis in the oral cavity. *Quintessence International*. 2016;47(3):241-247
67. Koh D, Yang Y, Khoo L, Nyunt SZ, Ng V, Goh CL. Salivary Immunoglobulin A and Lysozyme in Patients with Psoriasis. *Annals Academy of Medicine Singapore*. 2004;33(3):307-310
68. Hooda A, Rathee M, Gulia J, Yadav S. Benign Migratory Glossitis: A Review. *The Internet Journal of Family Practice*. 2009;9(2):1-7
69. Sudarshan R, Vijayabala GS, Samata Y, Ravikiran A. Newer Classification System for Fissured Tongue: An Epidemiological Approach. *Journal of Tropical Medicine*. Volume 2015, Article ID 262079, 5 pages. Doi:10.1155/2015/262079
70. Picciani BLS, Carneiro S, Sampaio ALB, Santos BM, Santos VCB, Gonzaga HFS, Oliveira JC, Porto LC, Dias EP. A possible relationship of human leucocyte antigens with psoriasis vulgaris and geographic tongue. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29:865–874
71. Picciani B, Silva-Junior G, Carneiro S, Sampaio AL, Goldemberg DC, Oliveira J, Porto LC, Dias EP. Geographic stomatitis: an oral manifestation of psoriasis?. *Journal of Dermatological Case Reports*. 2012;4:113-116
72. Wright V, Reed WB. The Link Between Reiter's Syndrome and Psoriatic Arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1964;23:12-21
73. Binmadi NO, Jham BC, Meiller TF, Scheper MA. A case of a deeply fissured tongue. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2010;109(5):659-663

74. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Oral Psoriasis: An Overlooked Enigma. *Dermatology*. 2016;232:319-325

7. Anexos

Classification criteria
1. Age of onset
2. Degree of severity according to body surface area (BSA) involvement or number of sites
3. Pattern of distribution
4. Morphology
5. Anatomical site
6. Stage of development

Clinical phenotypes
Type I psoriasis – age of onset before 40 years
Type II psoriasis – age of onset after 40 years
Mild psoriasis <5% BSA
Moderate psoriasis 5%-10% BSA
Severe psoriasis >10% BSA
Localized psoriasis/widespread psoriasis
Inverse, flexor, seborrheic
Plaque, guttate, erythrodermic, pustular (generalized/localized), rupioid, elephantine
Scalp psoriasis, palmoplantar psoriasis, genital psoriasis, nail psoriasis, anal psoriasis
Stable plaque psoriasis
Unstable eruptive psoriasis

Tabela 1: Classificação Clínica da Psoríase

Raychaudhuri SK, Maverakis E, Raychaudhuri SP. Diagnosis and classification of psoriasis. *Autoimmunity Reviews*. 2014;13:490–495



Figura 1: Psoríase em Placa



Figura 2: Psoríase Gutata



Figura 3: Psoríase
Pustular Generalizada



Figura 4: Acrodermatite Contínua



Figura 5: Pustulose Palmoplantar



Figura 6: Envolvimento das Unhas

Figura 1-6: Naldi L, Gambini D. The clinical spectrum of psoriasis. Clinics in Dermatology. 2007;25:510–518



Figura 7: Língua Fissurada



Figura 8: Língua Geográfica



Figura 9: Língua Fissurada e Geográfica



Figura 10: Lesões na Mucosa Labial



Figura 11: Lesões no Palato



Figura 12: Lesões na Gengiva

Figura 7,8,11 e 12: Mattsson U, Warfvinge G, Jontell M. Oral psoriasis - a diagnostic dilemma: a report of two cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015;120:e183-e189

Figura 9: Picciani BLS, Souza TT, Santos VCB, Domingos TA, Carneiro S, Avelleira JC, Azulay DR, Pinto JMN, Dias EP. Geographic Tongue and Fissured Tongue in 348 Patients with Psoriasis: Correlation with Disease Severity. *The Scientific World Journal*. Vol. 2015, Article ID 564326, 7 pages, 2015. doi:10.1155/2015/564326

Figura 10: Picciani B, Silva-Junior G, Carneiro S, Sampaio AL, Goldemberg DC, Oliveira J, Porto LC, Dias EP. Geographic stomatitis: an oral manifestation of psoriasis?. *Journal of Dermatological Case Reports*. 2012;4:113-116

Article Pictures Caixa de entrada x 📧 🖨️ 📧

 **Andreia Brandão** 27/06 ☆
Good evening dear Dr./Professor, I'm a Portuguese Dentistry student from Inst...

 **Bruna Picciani** 28/06 ☆ ↩️ ▾
para mim ▾

 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem Desactivar para mensagens em: inglês x

Olá Andreia,

Boa noite! Agradeço a citação e fico muito honrada. Você poderia me enviar o material para que pudesse ler?
Só por curiosidade, por que escolheu esse tema?

Estou à disposição,

Article Pictures Caixa de entrada x 📧 🖨️ 📧

 **Andreia Brandão** 27/06 ☆
Good evening dear Dr./Professor, I'm a Portuguese Dentistry student from Inst...

 **Mattsson Ulf** 28/06 ☆ ↩️ ▾
para mim ▾

 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem Desactivar para mensagens em: inglês x

Dear Andreia,

You are perfectly welcome to use the images from our paper.
Best wishes
Ulf Mattsson

Article Pictures Caixa de entrada x 📧 🖨️ 📧

 **Andreia Brandão** 6/07 ☆
Good evening dear Dr./Professor, I'm a Portuguese Dentistry student from Inst...

 **Luigi Naldi** <luigi.naldi@gised.it> 6/07 ☆ ↩️ ▾
para mim ▾

 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem Desactivar para mensagens em: inglês x

You get my permission
Sincerely

Capítulo II

1. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio

O Estágio de Medicina Dentária, que decorre durante o 5º Ano encontra-se dividido em três: Estágio em Clínica Geral Dentária, Estágio em Clínica Hospitalar e Estágio em Saúde Oral Comunitária. Estes estágios representam uma componente prática bastante importante para a formação enquanto Médicos Dentistas. O aluno começa a desenvolver e aperfeiçoar as suas capacidades técnicas e clínicas, segundo o que aprendeu ao longo dos últimos anos.

É uma experiência bastante enriquecedora não só a nível profissional mas também pessoal. Isto porque lidamos com os doentes em diferentes situações, com diferentes personalidades e realidades de vida muito diferentes.

1.1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária decorreu na Unidade Clínica Nova Saúde de Gandra, durante o período nocturno de quarta-feira, das 19h-00H. Este estágio foi supervisionado pelo Mestre João Baptista e pelo Mestre Luís Santos num total de 280 horas. Durante este período foram realizados vários atos clínicos, que se encontram em anexo.

1.2. Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar decorreu no Hospital Nossa Senhora da Conceição em Valongo, pertencente ao Centro Hospitalar de São João. Este estágio atingiu um total de 196 horas, sendo supervisionado pelo Prof. Doutor Luís Monteiro e pelo Prof. Doutor Fernando Figueira. Ao longo deste período foram realizados diversos atos clínicos que se encontram em anexo

1.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária foi dividido em duas fases, com um total de 196 horas, sendo supervisionado pelo Prof. Doutor Paulo Rompante. A primeira fase passou pelo estudo do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e pela realização, com base no programa, de vários suportes informativos como por exemplo panfletos, posters, etc.

Numa segunda fase, foi implementado o PNPSO com recurso aos suportes informativos desenvolvidos no semestre anterior, assim também como através de outras atividades lúdicas. Além disto foi também realizado o levantamento de dados epidemiológicos de 141 crianças. Todo este trabalho foi desenvolvido em dois Jardins de Infância, em Valongo no Caminhar e em Alfena no Centro Social e Paroquial.

2.Anexos

	Estágio Clínica Geral Dentária	Estágio Clínica Hospitalar	Total
Triagem	4	26	30
Dentisteria	14	23	37
Endodontia	4	3	7
Destartarização	7	44	51
Exodontia	7	38	45
Outros	2	19	21
Total	38	153	191