

GLOSSITE MIGRATÓRIA BENIGNA EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

BENIGN MIGRATORY GLOSSITIS IN ODONTO-PEDIATRIC PATIENT: CASE REPORT

Karen da Silva **SOARES-SANTOS**¹
Lara Laís de Lima **MONEZI**¹
Licya Thayná Sacramento **CALDAS**¹

RESUMO

Glossite migratória benigna, ou, língua geográfica, é uma desordem inflamatória assintomática de etiologia desconhecida que afeta o epitélio da língua. É diagnosticada clinicamente pela perda de papilas filiformes de maneira localizada e pelo aparecimento e remissão dessas perdas de modo migratório. Na maioria dos casos, não há necessidade de recorrer a um tratamento, no entanto, na presença de incômodos, analgésicos podem ser indicados. O objetivo deste estudo é trazer informações sobre o tema retratando suas peculiaridades e importância de conhecimento clínico.

UNITERMOS: Diagnóstico; Glossite Migratória Benigna; Odontopediatria; Sinais e Sintomas

INTRODUÇÃO

A glossite migratória benigna (GMB), descrita também como língua geográfica, glossite migratória ectópica, eritema migratório ou língua migratória, é uma condição bucal transitória benigna, que ocorre nas regiões de ápice, bordas laterais e dorso de língua¹⁻³. As lesões variam clinicamente no decorrer do tempo e permanecem de poucas horas a várias semanas em meio bucal^{4,5}.

A lesão é caracterizada por um período de irritação e remissão, durante o qual as lesões se curam sem desenvolvimento residual de cicatrizes^{4,7}. Quando as lesões voltam, elas tendem a aparecer em novas localizações e em diferentes formatos, únicos ou múltiplos, produzindo assim o efeito migratório^{7,8,9}.

A etiologia baseia-se por fatores psicológicos – comumente estresse emocional, condições alérgicas, distúrbios hormonais, diabetes juvenil, fatores genéticos, deficiências nutricionais, fissuras na língua, distúrbios gastrointestinais relacionadas com anemia, artrite reativa e diabetes^{4,8,10,11}. No entanto, não há uma etiopatogênese bem definida e a aparição da glossite migratória benigna pode ser classificada como anomalia congênita ou doença hereditária^{11,12}, sendo incomum em crianças¹³.

Geralmente a presença da lesão é assintomática, no entanto, em alguns casos, relata-se sensação de queimação ou sensibilidade a alimentos quentes ou picantes. Entretanto, dificilmente a dor significativa se desenvolve e persiste^{1,8,9}.

As lesões aparecem clinicamente como placas eritematosas irregulares que representam a perda das papilas filiformes. Normalmente apresentam-se circunscritas, circulares, com bordas delimitadas ou pelo menos em parte, com uma linha branco-amarelada

ligeiramente saliente ou plana e bem definida^{8,9,14}.

Histologicamente, a área esbranquiçada da lesão apresenta infiltrado subepitelial com predominância de neutrófilos e exocitose, formando microabscessos e pústulas em alguns casos. A área eritematosa apresenta infiltrado subepitelial mononuclear, hipertrofia suprapapilar e ectasia vascular^{1,8,9,14-16}.

Usualmente, a confirmação histológica raramente é necessária. O diagnóstico é baseado no histórico característico de migração, nas características da lesão, aspecto circinado e falta ou presença de dor significativa em oposição à queimação como queixa subjetiva. Em caso de lesões atípicas, o diagnóstico diferencial inclui candidíase atrófica, neutropenia, psoríase, síndrome de Reiter, leucoplasia, líquen plano, lúpus eritematoso sistêmico, herpes simples e reação de drogas^{1,4,8,9,11,12,17,18,19}.

Acredita-se que a psoríase seja a lesão mais comumente associada à língua geográfica, uma vez que a literatura demonstre forte associação devido a sua prevalência em pacientes portadores dessa condição e sua classificação. Assim, existe um debate literário em relação à classificação desta lesão que pode ser considerada um evento sem precedentes ou uma manifestação inicial da psoríase^{8,9,11}.

A GMB, quando assintomática, não requer nenhum tratamento. O acompanhamento periódico para confirmar o diagnóstico é necessário em caso de primeira visita e quando o histórico não está claro. É fundamental tranquilizar o paciente sobre a natureza benigna e auto-limitante da lesão e em caso de dor e desconforto, analgésicos podem ser indicados assim como corticoides tópicos e cremes bucais associados com anestésico^{2,3,20}.

1. Cirurgiãs-Dentistas pelo Centro Universitário Cesmac, Maceió-AL.

É de grande importância o conhecimento clínico desta lesão pelo cirurgião-dentista, uma vez que seja possível sanar preocupações advindas de pacientes e familiares, principalmente na presença de um paciente pediátrico e gerar o diagnóstico diferencial de uma possível psoríase. Assim, o objetivo deste estudo é discutir as peculiaridades desta condição e destacar sua importância clínica.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 1 ano e 4 meses, compareceu à Clínica Escola de Odontologia acompanhada dos pais com queixa de placa vermelho-esbranquiçada no dorso da língua. Durante a anamnese, os pais relataram não haver desconforto em relação à alimentação, problemas de saúde, histórico familiar ou a utilização de medicamentos por qualquer motivo. Foi relatada a presença de lesões com períodos de irritação e remissão sem desenvolvimento residual de cicatrizes com intervalos de 2 a 3 dias, caracterizando efeito migratório.

Ao exame físico foram observadas áreas de erosão branco-avermelhadas circulares, desaparecimento das papilas filiformes, bordas bem definidas e esbranquiçadas no dorso da língua, característico de glossite migratória benigna (Figura 1 e Figura 2).

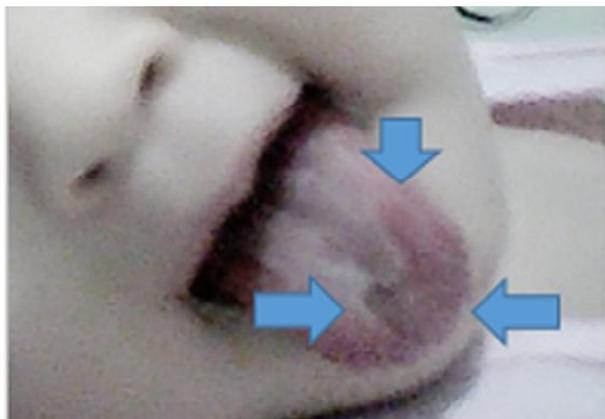


Figura 1 - Glossite Migratória Benigna. Exame físico com vista frontal e delimitação com o auxílio de setas azuis.



Figura 2 - Glossite Migratória Benigna. Exame físico com vista látero-frontal e delimitação com auxílio de setas azuis.

Uma vez que a lesão era assintomática, os pais foram orientados apenas em relação a higiene bucal e avisados para retornar quando houvesse a remissão da lesão para acompanhamento periódico, a fim de confirmar o diagnóstico. No retorno, a paciente apresentou-se com língua saudável, confirmando o diagnóstico de glossite migratória benigna (Figura 3).



Figura 3 - Remissão da Lesão. Paciente demonstrando características de normalidade.

DISCUSSÃO

A glossite migratória benigna é uma lesão migratória benigna da língua que apresenta um curso variável, recorrente e de cura espontânea. Clinicamente, compromete a estética da língua e pode causar desconfortos ao paciente como queimação, irritação ou sensação de corpos estranhos^{4-7,16}. As lesões decorrentes desta condição podem desaparecer ou perdurar por vários dias, semanas ou meses, de evolução benigna, mas recorrente^{4,5,16}.

O diagnóstico comumente é clínico e baseado no histórico característico de migração, nas características da lesão, aspecto circinado e falta ou presença de dor significativa em oposição à queimação como queixa subjetiva^{11,16}.

No caso apresentado, a paciente apresentou lesões de curso variável, recorrente e de cura espontânea, condizente com a literatura em todos os aspectos. O diagnóstico foi realizado apenas com o exame clínico, baseado nas características da lesão, migração e ausência de dor significativa.

Relacionadas ao desenvolvimento da lesão estão condições: genéticas, hereditárias, psoríase, distúrbios hormonais, estresse emocional ou ainda consumo de alimentos ácidos, quentes ou apimentados e fissuras na língua^{4,5,8,9,16} comumente associada à hereditariedade¹² e incomum em crianças¹³.

A paciente apresentou diagnóstico de GMB isolada sem qualquer associação diagnóstica na primeira infância com 16 meses e ausência de antecedentes familiares. Assim, a literatura determina seu desenvolvimento raro nestes dois aspectos.

Sigal e Mock (1996)¹² e Desai et al. (2015)¹⁹ corroboram com o caso apresentado ao realizarem estudos que resultaram na predileção da lesão pelo gênero feminino de 5:3 e 2:1, respectivamente. No entanto, Sigal e Mock (1996)¹² contabilizaram em um estudo que, crianças abordadas em hospitais pediátricos apresentavam GMB nas idades de 2 e 3 anos, sugerindo sua presença em pacientes portadores de doenças nessa idade.

No caso apresentado, houve discordância quanto à idade e condição de saúde do indivíduo de estudo. No entanto, a literatura correlaciona a presença de GMB com mais frequência na presença de alergias ou fatores hereditários e não ao fator emocional, sugerindo tratamento medicamentoso apenas em casos sintomáticos e orientação em casos assintomáticos¹⁹, assim como a conduta foi realizada.

Comumente, a GMB pode ser associada à psoríase por ser uma manifestação bucal que ocorre com mais frequência nesses casos e pela similaridade do quadro clínico, histologia e achados imunohistoquímicos, sendo relacionadas quanto a sua natureza^{8,9,11}. No entanto, salienta-se a condição de saúde do indivíduo de estudo.

Em relação ao tratamento, a literatura aponta que o tratamento medicamentoso pode ser realizado em casos de sintomatologia intensa. No entanto, em casos de ausência sintomatológica, não há necessidade, usando-se de artifício apenas as instruções de higiene oral^{2,3,20}. Neste caso, o necessário foi apenas a instrução e motivação de higiene oral, além do acompanhamento periódico.

CONCLUSÃO

É de fundamental importância que o Cirurgião-Dentista tenha conhecimento desta lesão e possíveis associações para sugerir um diagnóstico diferencial e tratamento adequado. Assim, diante do exposto, sugere-se mais estudos acerca do tema para mais esclarecimento acerca da etiopatogenia da lesão e sua associação com a psoríase.

ABSTRACT

Benign migratory glossitis, or, geographic tongue, is an asymptomatic inflammatory disorder of unknown etiology that affects the tongue epithelium. It is diagnosed clinically by the loss of filiform papillae in a localized way and by the appearance and remission of these losses in a migratory way. In most cases, there is no need to resort to a treatment, however, in the presence of discomfort, analgesics may be indicated. The objective of this study is to bring information about the theme portraying its peculiarities and importance of clinical knowledge.

UNITERMS: Diagnosis; Glossitis; Benign Migratory; Pediatric Dentistry; Signs and Symptoms.

REFERÊNCIAS

1. Jainkittivong A, Langlais RP. Geographic Tongue: Clinical Characteristics of 188 Cases. *JCDP* 2005; 6(1):1-11.
2. Hooda, A, Rathee M, Gulia J, Yadav S. Benign migratory glossitis: a review. *Internet J Fam Pract* 2011; 9(2):1-7.
3. Nandini DB, Bhavana SB, Deepak BS, Ashwini R. Paediatric geographic tongue: a case report, review and recent updates. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(2):5-9.
4. Assimakopoulos D, Patrikakos J, Fotika C, Elisaf M. Benign Migratory Glossitis or Geographic Tongue: An Enigmatic Oral Lesion. *Am J Med* 2002; 113(9):751-755.
5. Menni S, Boccardi D, Crosti C. Painful geographic tongue (benign migratory glossitis) in a child. *J EADV* 2004;18(6):737-738.
6. Crispim ASS, Sampaio MCC. Língua geográfica: avaliação clínica e micológica. *Rev ABO Nac* 1999; 7(2): 165-168.
7. Pereira KMA, Nonaka CFW, Santos PPA, Medeiros AMC, Galvão HC. Coexistência incomum de cisto linfóepitelial oral e glossite migratória benigna. *Braz J Otorhinolaryngol* 2009; 75(2):318.
8. Picciani BLS, Domingos TA, Teixeira-Souza T, Santos VCB, Gonzaga HFS, Cardoso-Oliveira J et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation – a literature review. *An Bras Dermatol* 2016; 91(4):410-421.
9. Picciani B, Santos VC, Teixeira-Souza T, Izahias LV, Curty A, Avelleira JC et al. Investigation of the clinical features of geographic tongue: unveiling its relationship with oral psoriasis. *Int J Dermatol* 2017; 56(4):1-7.
10. Marcucci G. Fundamentos de Odontologia: Estomatologia. 1st. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
11. Verardino GC, Nunes AP, Carneiro SCS. Psoríase e Artrite Psoriásica: Manifestações na Cavidade Oral. *Rev Latinoam Psoriasis y Artritis Psoriásica* 2010; 1(1):55-64.
12. Sigal MJ, Mock D. Symptomatic benign migratory glossitis. Report of two cases and literature review. *Pediatric Dent* 1996; 14(6):392-396.
13. Goswami M, Verma A, Verma M. Benign migratory glossitis with fissured tongue. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012; 30(2):173-175.
14. Regezi JÁ, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia Bucal: Correlações clinicopatológicas. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
15. Rhyne TR, Smith SW, Minier AL. Multiple, annular, erythematous lesions of the oral mucosa. *JADA* 1988; 116(2):217-218.

16. Errante PR, Rodrigues FSM, Ferraz RRN. Glossite Migratória Benigna: relato de caso. *Science in Health* 2017; 7(1):7-10.
17. Raghoobar GM, De Bont LG, Schoots CJ. Erythema migrans of the oral mucosa. Report of two cases. *Quintessence Int* 1988; 19(11):809-811.
18. Lucas VS, Challacombe SJ, Morgan PR. Erythema migrans: an unusual presentation. *Br Dent J* 1993; 175(7):258-259.
19. Desai VD, Phore S, Baghla P. Asymptomatic reversible lesion on tongue – case series in pediatric patients. *Arch Med Health Sci* 2015; 3(1):113-116
20. Carvalho FVQ, Trigueiro M, Manguiera DFB. Glossite migratória benigna ou língua geográfica: relato de caso clínico. *Int J Dent* 2010; 9(3):1-4.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

KAREN DA SILVA SOARES SANTOS

Cirurgiã-Dentista

Av. Menino Marcelo, n 40, Antares, Maceió-AL

E-mail: karen.soaresantos@gmail.com