

INTRODUÇÃO EM PATOLOGIA BUCAL

 Cursoslivres



Estomatite, gengivite e aftas: conceitos e implicações clínicas

A cavidade oral, por sua complexidade estrutural e exposição constante a fatores mecânicos, químicos, biológicos e imunológicos, é particularmente suscetível a uma variedade de alterações inflamatórias e infecciosas. Entre as manifestações mais comuns e clinicamente relevantes estão a estomatite, a gengivite e as aftas, condições que, apesar de geralmente benignas, podem afetar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos e, em certos casos, ser indicativas de patologias sistêmicas subjacentes. O reconhecimento dessas alterações é fundamental para o atendimento odontológico e médico preventivo, bem como para a orientação adequada aos pacientes.

A **estomatite** é um termo amplo utilizado para designar processos inflamatórios que acometem a mucosa oral de forma difusa ou localizada. Trata-se de uma condição que pode ter diversas causas, como infecções virais, bacterianas ou fúngicas, além de fatores traumáticos, alérgicos, medicamentosos, nutricionais e imunológicos. Entre os tipos mais frequentes de estomatite, destacam-se a estomatite herpética, causada pelo vírus herpes simples, e a estomatite aftosa, relacionada à formação de úlceras dolorosas recorrentes. O quadro clínico da estomatite varia conforme a etiologia, podendo incluir vermelhidão, edema, dor, sensação de queimação, presença de lesões ulceradas ou vesiculares e, em casos mais severos, dificuldade para alimentação e fala.

A estomatite herpética primária, por exemplo, é comum em crianças e se caracteriza por febre, mal-estar e múltiplas vesículas na mucosa bucal, que evoluem para úlceras dolorosas. Já em adultos imunocomprometidos, a infecção herpética pode se reativar, causando estomatite recorrente. A candidíase oral, outro tipo comum de estomatite, é causada por fungos do gênero *Candida* e ocorre especialmente em indivíduos com baixa imunidade, uso prolongado de antibióticos ou próteses mal adaptadas, manifestando-se como placas esbranquiçadas que podem ser removidas, deixando a mucosa avermelhada.

A **gingivite**, por sua vez, é a inflamação da gengiva, geralmente provocada pelo acúmulo de placa bacteriana na margem gengival. Trata-se de uma das doenças bucais mais prevalentes em todo o mundo, afetando pessoas de todas as idades. A principal causa da gingivite é a má higiene oral, que favorece o crescimento de biofilme bacteriano e a resposta inflamatória do tecido gengival. Clinicamente, a gingivite se apresenta por meio de sinais como gengiva inchada, avermelhada, sangramento ao escovar os dentes ou ao usar fio dental, halitose e, em casos avançados, dor discreta e retração gengival.

Embora seja uma condição reversível nos estágios iniciais, se não tratada, a gingivite pode evoluir para formas mais graves de doença periodontal, como a periodontite, que afeta o osso de suporte dos dentes e pode levar à perda dentária. A prevenção e o tratamento da gingivite consistem principalmente na remoção da placa bacteriana por meio de higiene oral adequada e profilaxia profissional. Em alguns casos, o uso de antissépticos bucais e orientações dietéticas podem ser indicados.

As **aftas**, ou úlceras aftosas recorrentes, são lesões ulceradas dolorosas que afetam a mucosa bucal não queratinizada, como a face interna dos lábios, bochechas, assoalho da boca e bordas da língua. Embora a etiologia das aftas ainda não seja completamente esclarecida, acredita-se que estejam relacionadas a uma combinação de fatores genéticos, imunológicos, hormonais, nutricionais e estressantes. Diferente das lesões herpéticas, as aftas não são contagiosas e se apresentam como pequenas úlceras de bordas bem delimitadas, fundo esbranquiçado ou amarelado e halo avermelhado ao redor.

As aftas são mais comuns em adolescentes e adultos jovens, podendo ocorrer de forma isolada ou recorrente. Em geral, cicatrizam espontaneamente em até duas semanas, mas causam desconforto significativo durante atividades como alimentação e fala. O tratamento é sintomático e visa reduzir a dor, acelerar a cicatrização e prevenir infecções secundárias. Analgésicos tópicos, anti-inflamatórios, pomadas corticosteroides e enxaguantes bucais são comumente prescritos nesses casos. Em situações mais graves, ou quando há recorrência frequente, é importante investigar deficiências nutricionais (como ferro, vitamina B12 e ácido fólico) ou doenças sistêmicas, como doenças intestinais inflamatórias e lúpus eritematoso sistêmico.

Apesar de distintas entre si, estomatite, gengivite e aftas compartilham aspectos clínicos importantes, como a dor, o desconforto funcional e o impacto na saúde geral do paciente. Em muitos casos, essas condições são agravadas pela negligência dos cuidados bucais, pelo estresse emocional e pela automedicação inadequada. A atuação do profissional da saúde bucal é, portanto, fundamental para o diagnóstico preciso, a conduta terapêutica correta e a educação do paciente quanto à prevenção e ao autocuidado.

É imprescindível também que o profissional esteja atento a sinais de alerta, como ulcerações persistentes por mais de duas semanas, lesões com aspecto endurecido, sangramento espontâneo ou aumento de volume incomum, que podem ser indicativos de doenças mais graves, incluindo neoplasias. A realização de biópsias, exames laboratoriais e encaminhamento a especialistas deve ser considerada quando as manifestações não correspondem ao padrão esperado ou não respondem ao tratamento convencional.

Em conclusão, estomatite, gengivite e aftas são manifestações frequentes na prática clínica, de etiologias variadas, mas que, quando bem compreendidas e tratadas, oferecem bom prognóstico. A valorização desses quadros no contexto da saúde bucal contribui não apenas para o alívio dos sintomas e bem-estar do paciente, mas também para o reconhecimento precoce de condições sistêmicas importantes, reforçando o papel da odontologia na promoção integral da saúde.

Referências bibliográficas

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N. *Manual de Diagnóstico em Patologia Bucal*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2006.

SILVA, A. L. P.; MENDES, R. M. P.; FREITAS, A. C. *Lesões Bucais: Diagnóstico e Condutas Clínicas*. São Paulo: Santos, 2016.

PIRES, F. R.; SERPA, R. O. *Patologia Bucal na Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.



Lesões por trauma mecânico ou térmico na cavidade bucal

A cavidade oral está em constante contato com diversos estímulos físicos, químicos e biológicos que a tornam particularmente suscetível a lesões de diferentes naturezas. Entre essas, as lesões provocadas por traumas mecânicos ou térmicos são bastante frequentes e representam uma parcela significativa das queixas clínicas em consultórios odontológicos e unidades de saúde. Essas lesões podem ter origem accidental ou iatrogênica, podendo afetar dentes, mucosas, gengivas, língua, palato e outras estruturas bucais. Apesar de, em muitos casos, serem autolimitadas, sua recorrência ou gravidade pode exigir intervenção profissional, tanto para alívio dos sintomas quanto para prevenção de complicações secundárias.

As **lesões por trauma mecânico** na boca podem ser classificadas de acordo com sua origem: accidental, funcional ou iatrogênica. Os traumas accidentais incluem mordidas involuntárias, quedas, impactos durante atividades esportivas, acidentes de trânsito, entre outros. Já os traumas funcionais envolvem hábitos parafuncionais, como o bruxismo, o apertamento dental, o morder de objetos (canetas, unhas), ou o uso incorreto de próteses. Por fim, os traumas iatrogênicos são aqueles causados por procedimentos odontológicos ou médicos, como o uso de instrumentais inadequados, restaurações mal adaptadas ou intervenções cirúrgicas traumáticas.

As manifestações clínicas desses traumas variam de acordo com a intensidade, duração e local da agressão. Pequenos traumas geralmente resultam em lesões superficiais, como erosões, ulcerações e hematomas. Já traumas mais intensos ou repetitivos podem causar lacerações extensas, fraturas dentárias, necrose pulpar, retrações gengivais e lesões fibrosas crônicas, como o fibroma de irritação. Em pacientes com má oclusão ou portadores de aparelhos ortodônticos, o risco de trauma mecânico sobre a mucosa é aumentado, podendo levar a inflamações localizadas e dificuldades na higiene bucal.

As **lesões por trauma térmico**, por sua vez, ocorrem com menor frequência, mas também são relevantes do ponto de vista clínico. Elas resultam da exposição da mucosa bucal a temperaturas extremas, geralmente causadas pela ingestão de alimentos ou bebidas muito quentes, por queimaduras com objetos aquecidos, ou ainda, em alguns casos, por exposição a substâncias químicas cáusticas com ação térmica associada. A mucosa do palato, da língua e do assoalho da boca são as áreas mais comumente acometidas por esse tipo de lesão, dada sua proximidade com o contato direto dos alimentos.

As queimaduras térmicas orais podem provocar desde hiperemia leve até ulcerações dolorosas e descamação da mucosa. Em casos mais graves, podem ocorrer formação de bolhas, necrose tecidual superficial e intenso desconforto, afetando a alimentação e a fala. Pacientes idosos, crianças e indivíduos com deficiências sensoriais ou motoras estão mais vulneráveis a esse tipo de ocorrência, uma vez que podem não perceber adequadamente a temperatura dos alimentos ou não conseguir reagir com rapidez a um estímulo térmico intenso.

Além das causas alimentares, há relatos de lesões térmicas associadas ao uso inadequado de cigarros eletrônicos, vaporizadores e até próteses aquecidas indevidamente antes do ajuste bucal. Embora menos comuns, essas fontes de trauma devem ser consideradas durante a anamnese clínica, especialmente em casos de ulcerações recorrentes ou inexplicáveis.

Do ponto de vista diagnóstico, a identificação das lesões traumáticas requer uma avaliação clínica cuidadosa, aliada a um bom histórico do paciente. É importante diferenciar essas lesões de outras condições, como lesões infecciosas, autoimunes ou neoplásicas, uma vez que o manejo é distinto. Em geral, as lesões traumáticas apresentam bordas bem delimitadas, aspecto mecânico ou térmico compatível com o agente causador e boa evolução com o afastamento do fator de origem.

O tratamento das lesões por trauma mecânico ou térmico inclui, em primeiro lugar, a **remoção ou correção do agente causador**, seja ele um hábito nocivo, uma prótese mal adaptada ou uma exposição frequente a temperaturas elevadas. Além disso, recomenda-se o uso de enxaguantes

buciais antissépticos, analgésicos tópicos ou sistêmicos, dieta pastosa ou fria, e em alguns casos, pomadas cicatrizantes. Lesões persistentes ou de difícil cicatrização devem ser avaliadas com cautela, podendo indicar a necessidade de biópsia ou encaminhamento a um especialista.

A prevenção dessas lesões passa por uma abordagem educativa e clínica. Orientar os pacientes sobre os riscos de hábitos prejudiciais, promover o ajuste adequado de próteses e dispositivos intraorais, e alertar sobre os perigos do consumo de alimentos e bebidas em temperaturas inadequadas são ações simples que podem reduzir significativamente a incidência dessas ocorrências.

Por fim, é importante destacar que, embora frequentemente benignas, as lesões por trauma mecânico ou térmico podem impactar negativamente a saúde bucal e geral dos pacientes, especialmente quando negligenciadas. Seu reconhecimento e manejo adequado são responsabilidades importantes do profissional da saúde bucal, que deve estar capacitado não apenas para tratar as lesões, mas também para atuar preventivamente, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos atendidos.

Referências bibliográficas

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SILVA, A. L. P.; MENDES, R. M. P.; FREITAS, A. C. *Lesões Buciais: Diagnóstico e Condutas Clínicas*. São Paulo: Santos, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2006.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N. *Manual de Diagnóstico em Patologia Bucal*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

PIRES, F. R.; SERPA, R. O. *Patologia Bucal na Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Sinais clínicos e abordagem inicial das lesões bucais

As lesões bucais constituem um grupo heterogêneo de alterações que acometem a cavidade oral e que podem refletir tanto distúrbios locais quanto manifestações de doenças sistêmicas. A correta identificação dos **sinais clínicos** associados a essas lesões é essencial para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de complicações. Para isso, é fundamental que o profissional da saúde bucal esteja capacitado a realizar uma **abordagem inicial sistematizada**, baseada na observação, coleta de dados e raciocínio clínico.

Os **sinais clínicos** são manifestações visíveis ou palpáveis que indicam alguma alteração do estado normal da mucosa ou das estruturas orais. Dentre os principais sinais encontrados na prática clínica, destacam-se:

- **Alterações de cor**, como eritema (vermelhidão), palidez, pigmentações marrons ou escuras, que podem indicar desde processos inflamatórios até condições melanocíticas ou reações medicamentosas;
- **Edema**, que é o inchaço localizado, geralmente associado a processos inflamatórios, infecciosos ou alérgicos;
- **Presença de ulcerações**, que são perdas de continuidade do tecido epitelial, podendo ser rasas ou profundas, únicas ou múltiplas, dolorosas ou não;
- **Nódulos ou massas**, perceptíveis à palpação, que podem indicar hiperplasias reativas, cistos ou tumores benignos e malignos;
- **Placas esbranquiçadas ou avermelhadas**, como leucoplasias ou eritroplasias, que exigem atenção especial por seu potencial de transformação maligna;
- **Sangramentos espontâneos ou ao toque**, muitas vezes relacionados à gengivite, trauma, alterações vasculares ou distúrbios hematológicos;
- **Dor localizada ou irradiada**, que pode acompanhar diversas lesões e ajuda a definir o grau de comprometimento funcional;

- **Desconforto funcional**, como dificuldade para mastigar, falar, deglutir ou movimentar estruturas como a língua e os lábios;
- **Mau hálito persistente**, que, além de fatores sistêmicos, pode indicar infecções, necrose tecidual ou higiene oral precária.

Esses sinais devem ser interpretados dentro do contexto geral do paciente, levando-se em conta fatores como idade, hábitos de vida, uso de medicações, presença de doenças sistêmicas, histórico familiar e tempo de evolução da lesão. A simples observação da coloração, forma, textura e localização de uma lesão pode fornecer pistas valiosas sobre sua natureza.

A **abordagem inicial** de uma lesão bucal deve ser conduzida com atenção, empatia e rigor técnico. O primeiro passo é a **anamnese detalhada**, na qual se deve investigar quando a lesão surgiu, se houve evolução ou regressão, quais sintomas estão associados (dor, ardência, prurido), se há fatores agravantes ou atenuantes e se há histórico de lesões semelhantes no passado.

Em seguida, deve-se realizar o **exame físico intraoral e extraoral**, com iluminação adequada, uso de luvas, espelho bucal e explorador clínico. A inspeção visual deve ser acompanhada da palpação, para avaliação da consistência, mobilidade, delimitação e sensibilidade da lesão. É importante também inspecionar os linfonodos cervicais e submandibulares, que, quando aumentados ou dolorosos, podem sugerir infecções ou processos neoplásicos em curso.

Com base na anamnese e no exame clínico, o profissional poderá estabelecer uma **hipótese diagnóstica** e definir a conduta mais adequada. Em muitos casos, as lesões são autolimitadas e requerem apenas medidas de controle da dor, higiene bucal e eliminação de fatores irritantes. Em outros, pode ser necessário solicitar **exames complementares**, como biópsia, exames laboratoriais, citologia esfoliativa, cultura microbiológica ou exames de imagem, dependendo do tipo e persistência da lesão.

Um aspecto central da abordagem inicial é a capacidade de o profissional reconhecer os chamados **sinais de alerta**, que indicam a necessidade de investigação mais aprofundada ou encaminhamento a especialistas. Esses sinais incluem:

- Lesões que não cicatrizam após 15 dias;
- Presença de áreas endurecidas, infiltradas ou indolores;
- Úlceras com bordas elevadas e aspecto infiltrativo;
- Lesões com crescimento rápido ou com sangramento espontâneo;
- Alterações associadas a perda de peso, febre, linfadenopatia persistente;
- Mudanças na fala, deglutição ou mobilidade lingual;
- Queixas neurossensoriais, como dormência ou parestesia facial.

Em situações em que a lesão se apresente como potencialmente maligna ou quando o quadro clínico fuja do padrão habitual, é fundamental que o profissional não adote condutas paliativas sem um diagnóstico definido. O **encaminhamento oportuno ao cirurgião bucomaxilofacial, estomatologista ou oncologista** pode fazer a diferença no prognóstico do paciente.

Além do diagnóstico e do encaminhamento, a abordagem inicial também envolve a **educação do paciente**. Explicar, com clareza e linguagem acessível, a natureza da lesão, os cuidados recomendados, os sinais de agravamento e a importância do retorno ao acompanhamento são atitudes que reforçam a relação de confiança entre profissional e paciente, além de favorecerem a adesão ao tratamento.

Em síntese, os sinais clínicos das lesões bucais são fundamentais para a detecção precoce de alterações que podem variar de condições simples e reversíveis até doenças graves e sistêmicas. Uma abordagem inicial bem conduzida exige observação criteriosa, escuta atenta e conduta ética, valorizando o conhecimento técnico e o cuidado integral com o paciente. O profissional da saúde bucal, ao identificar e interpretar corretamente esses sinais, torna-se peça-chave na promoção da saúde e na prevenção de complicações maiores.

Referências bibliográficas

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PIRES, F. R.; SERPA, R. O. *Patologia Bucal na Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N. *Manual de Diagnóstico em Patologia Bucal*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2006.

SILVA, A. L. P.; MENDES, R. M. P.; FREITAS, A. C. *Lesões Bucais: Diagnóstico e Condutas Clínicas*. São Paulo: Santos, 2016.



Candidíase oral: aspectos clínicos, causas e condutas

A candidíase oral é uma infecção fúngica oportunista que afeta a mucosa da cavidade bucal, sendo causada principalmente pela proliferação anormal do fungo *Candida albicans*, uma levedura comensal que habita normalmente a flora oral de muitos indivíduos saudáveis. Em condições normais, a presença desse microorganismo é equilibrada pelo sistema imunológico e pela competição com outras espécies da microbiota. No entanto, em situações de desequilíbrio imunológico ou ambiental, a *Candida* pode se multiplicar de maneira descontrolada, originando manifestações clínicas variadas que exigem atenção diagnóstica e terapêutica.

A candidíase oral é considerada uma **micose oportunista**, pois ocorre com maior frequência em pacientes com algum grau de imunossupressão ou sob influência de fatores predisponentes. Entre os grupos mais vulneráveis estão recém-nascidos, idosos, pacientes com HIV/AIDS, indivíduos em tratamento quimioterápico, usuários de próteses totais ou parciais mal adaptadas, além daqueles em uso prolongado de antibióticos, corticosteroides ou imunossupressores. A xerostomia, o uso de enxaguantes bucais com álcool e uma higiene oral deficiente também figuram entre os fatores que favorecem o aparecimento da doença.

Clinicamente, a candidíase oral pode se manifestar de diferentes formas, sendo classificada em **quatro principais apresentações clínicas**: pseudomembranosa, eritematosa, hiperplásica e angular.

A **forma pseudomembranosa** é a mais conhecida e frequente, caracterizada pela presença de placas esbranquiçadas ou esverdeadas na mucosa bucal, língua, palato ou mucosa jugal. Essas placas têm aspecto cremoso, podendo ser removidas com uma gaze ou espátula, revelando uma superfície avermelhada e, por vezes, dolorida. Essa forma é comum em pacientes imunossuprimidos, como os portadores de HIV, e também em neonatos, nos quais é popularmente conhecida como "sapinho".

A **forma eritematosa** apresenta-se como áreas avermelhadas, lisas e doloridas, principalmente na região do dorso da língua e palato. É comum em usuários de próteses removíveis, sendo conhecida como estomatite protética quando afeta a área sob a prótese. Também pode estar associada ao uso de antibióticos de amplo espectro, que alteram a flora bacteriana normal da cavidade oral.

A **candidíase hiperplásica**, menos frequente, é caracterizada por lesões brancas espessas, que não se destacam facilmente à raspagem, geralmente localizadas nas bochechas, na região comissural ou no dorso da língua. Essa forma está mais frequentemente associada a indivíduos fumantes e pode representar uma lesão crônica de longa evolução. Deve ser acompanhada com atenção, pois possui potencial de transformação maligna.

Por fim, a **queilite angular**, também conhecida como boqueira, é uma forma localizada de candidíase que acomete os cantos da boca. Manifesta-se por fissuras, descamação e vermelhidão, podendo causar ardor e desconforto ao falar ou se alimentar. Fatores mecânicos, como a perda da dimensão vertical de oclusão em portadores de próteses, e condições sistêmicas como anemia e deficiência de vitaminas do complexo B, favorecem sua ocorrência.

O diagnóstico da candidíase oral é, na maioria das vezes, **clínico**, baseado na observação das lesões e na história do paciente. No entanto, em casos duvidosos, recorrentes ou refratários ao tratamento, podem ser solicitados exames complementares, como a citologia esfoliativa, cultura microbiológica ou biópsia da lesão. A identificação do tipo clínico é importante para definir a abordagem terapêutica mais adequada.

O tratamento da candidíase oral envolve **dois pilares principais**: a eliminação dos fatores predisponentes e o uso de antifúngicos. A higiene bucal adequada, a remoção e higienização correta de próteses dentárias, a correção de hábitos nocivos e a orientação sobre dieta e medicamentos são medidas fundamentais para o controle da doença. Os antifúngicos tópicos mais utilizados são a nistatina e o miconazol, disponíveis em forma de suspensão ou gel. Em casos mais extensos ou resistentes, pode-se optar por

antifúngicos sistêmicos, como o fluconazol ou o itraconazol, com prescrição médica.

É importante ressaltar que a candidíase oral pode ser a **primeira manifestação clínica de doenças sistêmicas** como o diabetes mellitus, a infecção por HIV, a leucemia e distúrbios endócrinos. Dessa forma, a atenção a episódios de candidíase recorrente deve sempre incluir uma investigação mais ampla, a fim de se identificar causas subjacentes e evitar o agravamento da condição geral do paciente.

A prevenção da candidíase oral está diretamente relacionada à promoção de hábitos saudáveis, boa higiene bucal, nutrição adequada, controle de doenças crônicas e orientação profissional contínua. O papel do cirurgião-dentista e de demais profissionais da saúde é fundamental na detecção precoce, no tratamento eficaz e na educação dos pacientes sobre os riscos e cuidados associados à infecção fúngica oral.

Referências bibliográficas

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N. *Manual de Diagnóstico em Patologia Bucal*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SILVA, A. L. P.; MENDES, R. M. P.; FREITAS, A. C. *Lesões Bucais: Diagnóstico e Condutas Clínicas*. São Paulo: Santos, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2006.

PIRES, F. R.; SERPA, R. O. *Patologia Bucal na Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Herpes labial e bucal: aspectos clínicos, causas e condutas

O herpes labial e bucal é uma infecção viral comum, causada principalmente pelo **vírus herpes simples tipo 1 (HSV-1)**, que afeta a região dos lábios e a cavidade oral. Embora seja uma condição autolimitada na maioria dos casos, o herpes apresenta características clínicas marcantes, podendo causar dor, desconforto estético, limitações funcionais e impactos na qualidade de vida do paciente. Trata-se de uma infecção recorrente, que permanece latente no organismo e pode ser reativada sob diferentes circunstâncias, exigindo atenção clínica contínua.

A infecção inicial pelo HSV-1 costuma ocorrer na infância ou adolescência e, muitas vezes, passa despercebida por ser assintomática ou leve. No entanto, em alguns casos, a **infecção primária** pode provocar um quadro chamado **gengivostomatite herpética aguda**, caracterizado por febre alta, mal-estar, linfadenopatia cervical dolorosa, inflamação da gengiva e múltiplas vesículas dolorosas na mucosa oral. Essa forma mais severa é mais comum em crianças pequenas e pode comprometer a alimentação e a hidratação, necessitando de cuidados especiais.

Após a infecção primária, o vírus não é eliminado do organismo, mas permanece em estado de latência nos gânglios nervosos, especialmente no **gânglio trigeminal**, que inerva a face e a cavidade bucal. Em situações específicas, o vírus pode ser reativado e causar o que se conhece como **herpes labial recorrente**, a forma mais frequente da doença.

A reativação do vírus pode ocorrer devido a uma série de **fatores desencadeantes**, entre os quais se destacam: estresse emocional ou físico, exposição prolongada ao sol, febre, trauma local, menstruação, uso de medicamentos imunossupressores, doenças sistêmicas debilitantes e queda na imunidade. Nesses casos, o vírus migra ao longo das terminações nervosas até a superfície da pele ou mucosa, causando as lesões características.

O **herpes labial recorrente** se manifesta clinicamente por meio de pequenas vesículas agrupadas, geralmente nos lábios, bordas da boca ou na região perioral. Essas vesículas se rompem após um ou dois dias, dando lugar a úlceras superficiais que, posteriormente, formam crostas. O processo completo de evolução das lesões dura cerca de 7 a 14 dias. Os pacientes costumam relatar sensação de ardência, formigamento ou prurido no local, horas ou dias antes do surgimento das vesículas – fenômeno conhecido como **pródromo**.

O **herpes intraoral** recorrente, embora menos frequente, pode ocorrer, geralmente em mucosas queratinizadas, como palato duro e gengiva inserida, ao contrário das lesões herpéticas primárias, que costumam acometer mucosas não queratinizadas como a face interna das bochechas e o assoalho da boca. As lesões intraorais tendem a ser dolorosas e podem ser confundidas com outras afecções, como aftas ou estomatites traumáticas.

O diagnóstico do herpes labial e bucal é predominantemente **clínico**, baseado na observação das lesões e no histórico do paciente. A apresentação típica, especialmente nos casos recorrentes, costuma ser suficiente para confirmação diagnóstica. Em situações atípicas, em pacientes imunocomprometidos ou quando se deseja maior precisão, podem ser realizados exames laboratoriais como teste de Tzanck, cultura viral, imunofluorescência direta ou PCR para detecção do DNA viral.

O tratamento do herpes labial e bucal visa **aliviar os sintomas, reduzir a duração do episódio e prevenir complicações**. Nos casos leves, recomenda-se o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e aplicação tópica de substâncias cicatrizantes. Já os antivirais específicos, como **aciclovir**, **valaciclovir** e **famciclovir**, podem ser utilizados por via tópica ou sistêmica, principalmente quando iniciados nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas, ou nos casos com manifestações mais intensas e frequentes. Em pacientes imunocomprometidos, o tratamento antiviral sistêmico é essencial para evitar disseminação e agravamento do quadro.

É importante destacar que o herpes não tem cura definitiva. O vírus permanece no organismo de forma latente e pode se reativar a qualquer momento. No entanto, **medidas preventivas** podem ajudar a reduzir a frequência das reativações. Entre essas medidas estão: o controle do estresse, o uso de protetores labiais com filtro solar, a manutenção da saúde geral e da imunidade, e a observação rigorosa dos fatores que, no histórico pessoal de cada paciente, costumam desencadear os surtos.

Além do impacto clínico, o herpes labial pode gerar **repercussões psicossociais**, especialmente quando as lesões ocorrem de forma recorrente ou em locais visíveis, como o vermelhão dos lábios. O constrangimento estético, o medo de contágio e o estigma associado à doença são aspectos que devem ser considerados na abordagem humanizada do paciente.

Em relação à **transmissibilidade**, o herpes é contagioso principalmente durante a fase ativa das lesões, mas também pode haver transmissão na ausência de sintomas, por meio do contato direto com a pele ou mucosa infectada. Por isso, é fundamental orientar os pacientes a evitar o contato íntimo, o compartilhamento de objetos de uso pessoal (copos, talheres, batons) e a manipulação direta das lesões durante os períodos de atividade viral.

Em resumo, o herpes labial e bucal é uma condição infecciosa comum, com apresentações clínicas bem definidas, mas que requer atenção quanto ao diagnóstico diferencial, manejo adequado e orientação preventiva. Seu acompanhamento cuidadoso contribui para o alívio dos sintomas, a redução da frequência das recidivas e a melhora da qualidade de vida do paciente.

Referências bibliográficas

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N. *Manual de Diagnóstico em Patologia Bucal*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SILVA, A. L. P.; MENDES, R. M. P.; FREITAS, A. C. *Lesões Bucais: Diagnóstico e Condutas Clínicas*. São Paulo: Santos, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2006.

PIRES, F. R.; SERPA, R. O. *Patologia Bucal na Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.



Relação com imunidade e cuidados preventivos na saúde bucal

A saúde bucal, embora muitas vezes tratada como uma área isolada do cuidado com o corpo, possui íntima conexão com o sistema imunológico e com o estado geral de saúde do organismo. A cavidade oral é constantemente exposta a agentes agressores externos, como bactérias, vírus, fungos e substâncias irritantes, o que a torna uma das primeiras linhas de contato entre o meio ambiente e o corpo humano. Nesse contexto, o sistema imunológico desempenha papel fundamental na defesa e no equilíbrio da microbiota oral, enquanto a presença de doenças ou distúrbios imunológicos pode predispor o indivíduo a uma variedade de lesões e infecções bucais.

A **imunidade** pode ser dividida em dois grandes sistemas: a imunidade inata (ou natural) e a imunidade adaptativa (ou adquirida). Ambas estão ativas na cavidade oral. A imunidade inata é responsável pelas barreiras físicas e químicas iniciais, como a saliva, o epitélio bucal e a microbiota normal, que dificultam a colonização por microorganismos patogênicos. Já a imunidade adaptativa envolve a atuação de células especializadas, como linfócitos T e B, que reconhecem e combatem agentes invasores de maneira específica, além de gerar memória imunológica.

Quando o sistema imunológico está funcionando de forma adequada, ele consegue manter o equilíbrio entre microorganismos patogênicos e comensais, prevenindo a instalação de doenças. No entanto, em situações de **imunossupressão**, como no caso de infecção por HIV, uso prolongado de corticosteroides, quimioterapia, radioterapia ou doenças autoimunes, a resposta de defesa é enfraquecida. Isso favorece o aparecimento de infecções oportunistas, como a candidíase oral, o herpes recorrente, a periodontite agressiva e outras condições inflamatórias da mucosa oral.

Pacientes imunocomprometidos também apresentam maior risco de manifestações bucais secundárias, como ulcerações persistentes, gengivites necrosantes, alterações da língua e sangramentos gengivais espontâneos. Em muitos casos, essas alterações são os primeiros sinais clínicos de distúrbios

sistêmicos, sendo, portanto, de grande importância para o diagnóstico precoce de enfermidades graves. Além disso, as lesões bucais associadas à baixa imunidade tendem a ser mais dolorosas, extensas e de difícil cicatrização, impactando diretamente a qualidade de vida e a capacidade funcional do paciente.

A relação entre **imunidade e saúde bucal** é particularmente evidente em pacientes com doenças sistêmicas como diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistêmico, leucemias e linfomas. Nessas condições, o comprometimento imunológico facilita infecções periodontais severas e reduz a capacidade do organismo de responder aos tratamentos convencionais. A literatura científica também aponta que o desequilíbrio da microbiota oral, muitas vezes causado por higiene inadequada ou dieta rica em açúcares, pode desencadear uma resposta inflamatória exacerbada, comprometendo tanto os tecidos locais quanto contribuindo para inflamações sistêmicas.

Diante desse cenário, os **cuidados preventivos** ganham destaque como estratégia essencial para manter a saúde bucal e proteger a integridade do sistema imunológico. A prevenção, nesse contexto, envolve uma combinação de hábitos de higiene, acompanhamento profissional e ações educativas voltadas à promoção da saúde.

A escovação adequada dos dentes, o uso regular do fio dental e a higienização da língua são medidas básicas, porém extremamente eficazes, na redução da carga microbiana e na prevenção de doenças como gengivite, cárie e halitose. A escolha de cremes dentais com flúor e o uso de enxaguantes bucais antissépticos, quando recomendados, também contribuem para o controle do biofilme e para a proteção da mucosa.

Além da higiene oral, a **alimentação equilibrada** desempenha papel decisivo na manutenção da imunidade e na integridade da mucosa bucal. Dietas pobres em vitaminas, especialmente do complexo B, vitamina C, ferro e zinco, podem predispor o indivíduo a alterações na língua, aftas recorrentes, infecções fúngicas e atraso no processo de cicatrização. A hidratação adequada também é importante para a produção salivar, essencial na lubrificação da boca e na defesa contra microorganismos.

O **acompanhamento odontológico regular**, com visitas periódicas ao cirurgião-dentista, permite a detecção precoce de alterações bucais, mesmo antes do surgimento de sintomas. Esse acompanhamento é ainda mais importante em pacientes com doenças sistêmicas ou sob tratamentos que afetam a imunidade, pois permite o planejamento de cuidados personalizados, minimizando riscos e promovendo qualidade de vida.

No ambiente coletivo, campanhas educativas sobre saúde bucal e imunidade, especialmente em escolas, unidades básicas de saúde e centros de convivência de idosos, são fundamentais para ampliar o acesso à informação e estimular o autocuidado. O profissional de saúde bucal deve atuar como agente de promoção da saúde, incentivando práticas preventivas e fornecendo orientações claras sobre higiene, alimentação, uso racional de medicamentos e quando procurar atendimento especializado.

Em conclusão, a relação entre a saúde bucal e a imunidade é uma via de mão dupla. Enquanto um sistema imunológico eficiente protege a boca contra infecções e inflamações, o cuidado com a saúde oral contribui para o equilíbrio imunológico e o bem-estar geral. Reconhecer essa interdependência é essencial para uma abordagem integral do paciente, capaz de prevenir doenças, reduzir agravos e promover uma vida mais saudável.

Referências bibliográficas

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde Bucal*. Brasília: MS, 2006.

SILVA, A. L. P.; MENDES, R. M. P.; FREITAS, A. C. *Lesões Bucais: Diagnóstico e Condutas Clínicas*. São Paulo: Santos, 2016.

PIRES, F. R.; SERPA, R. O. *Patologia Bucal na Prática Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

CARRARD, V. C.; HAAS, A. N. *Manual de Diagnóstico em Patologia Bucal*. Porto Alegre: Artmed, 2014.