

LÍNGUA GEOGRÁFICA E PSORÍASE, UMA POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Carolina Ferraz Costa¹, Karen Souza Côrtes¹, Ricardo Lagasse Moreira¹, Ester Correia Sarmiento Rios²

¹Acadêmicos do curso de Odontologia Faculdade Multivix Nova Venécia

²Doutora em Ciências pela USP, Docente Faculdade Multivix Nova Venécia

RESUMO

A língua geográfica e a psoríase têm sido relacionadas devido à demonstração de características semelhantes, como também por compartilharem fatores etiológicos, aspectos morfológicos e sintomas. A língua geográfica é considerada, por alguns autores, como uma variação, manifestação ou tipo de psoríase. O objetivo desse trabalho foi analisar a associação da língua geográfica e psoríase. A metodologia utilizada foi a busca e seleção de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde, Biblioteca Brasileira de Odontologia, Medline, PubMed e Google Acadêmico. Os descritores utilizados na busca foram, psoríase, alterações bucais, língua geográfica, glossite migratória benigna, morfologia, fatores etiológicos, manifestações orais sintomas e tratamento. Os resultados da pesquisa mostraram que existe integração das duas patologias, seja através dos fatores etiológicos em comum, como fatores endócrinos, psicogênicos, ambientais e nas similaridades genéticas ou na prevalência de alterações mucosas bucais em pacientes psoriásicos e em alguns aspectos morfológicos tais como placas de formas irregulares e aspecto eritematoso além de sintomas de ardência e prurido. Por serem doenças poligênicas são necessários mais estudos, em especial abordando o papel dos genes e do sistema imunológico na transmissão hereditária, porém mesmo assim foi possível observar diversas características semelhantes reforçando a ideia de estares interligadas.

Palavras-chave: Glossite Migratória Benigna, Língua Geográfica, Psoríase.

ABSTRACT

Geographic tongue and psoriasis have been related due to the demonstration of similar characteristics, as well as for sharing etiological factors, morphological aspects and symptoms. Geographic tongue is considered by some authors as a variation, manifestation or type of psoriasis. The aim of this study was to analyze the association of geographic tongue and psoriasis. The methodology used was the search and selection of articles in the Virtual Health Library, Brazilian Dental Library, Medline, PubMed and Google Scholar. The descriptors used in the search were psoriasis, oral alterations, geographic tongue, benign migratory glossitis, morphology, etiological factors, oral manifestations, symptoms and treatment. The research results showed that there is an integration of the two pathologies, either through the etiological factors in common, such as endocrine, psychogenic, environmental factors and in the genetic similarities or in the prevalence of oral mucosa alterations in psoriatic patients and in some morphological aspects such as plaques of irregular shapes and erythematous appearance in addition to symptoms of burning and itching. Because they are polygenic diseases, further studies are needed, especially addressing the role of genes and the immune system in hereditary transmission, but even so, it was possible to observe several similar characteristics, reinforcing the idea that they are interconnected.

Keywords: Benign Migratory Glossitis, Geographic Tongue, Psoriasis.

1. INTRODUÇÃO

A língua geográfica e a psoríase têm sido relacionadas devido a demonstração de características semelhantes, como também podem ter fatores etiológicos associados, aspectos morfológicos e sintomas. A língua geográfica pode ser até uma variação das diferentes formas da psoríase. (CHAVES, 2002; CARNEIRO et al., 2017). Dessa forma, é importante apresentar as manifestações dessas patologias, enfatizando os agentes causadores, as alterações bucais, aspectos morfológicos, sintomas, tratamentos e, em especial, compreender se existe uma eventual associação, contribuindo para o conhecimento e tratamento multidisciplinar.

Psoríase é uma doença dermatológica muito comum e tem como manifestação bucal mais aparente associada a ela, a língua geográfica, sendo dada pouca atenção a essa ocorrência (OLIVEIRA et al., 2020; CHAVES, 2002; GONZAGA; CONSOLARO, 1992). Embora as etiologias das duas condições patológicas ainda sejam discutidas, há bastante similaridades genéticas, imunogênicas, prevalências e diversos fatores ambientais apontando como fatores desencadeantes, evidenciando uma possível associação entre as duas patologias (CARNEIRO et al., 2017).

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de analisar os fatores etiológicos da língua geográfica e a psoríase, além de reunir informações acerca dessas patologias, sobretudo as correlações, demonstrando ser um assunto importante, ainda assim há poucos estudos em contraste com a relevância do tema, justificando assim, a significância da presente discussão.

Nesta revisão, os fatores etiológicos, morfologia, sintomas, tratamento e alterações bucais da língua geográfica e da psoríase foram abordados através de seleção de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde, Biblioteca Brasileira de Odontologia, Medline, PubMed e Google Acadêmico, utilizando os seguintes termos: glossite migratória benigna, língua geográfica, psoríase, manifestações orais e fatores etiológicos. O intervalo de tempo das publicações da busca não foi um critério de exclusão, porém artigos publicados nos últimos 10 anos foram

priorizados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 LÍNGUA GEOGRÁFICA

A língua geográfica foi descrita pela primeira vez, no ano de 1831 por Rayer, sendo inicialmente chamada de pitíriase de língua. Com o passar dos anos diversas terminologias foram utilizadas para designar essa condição, incluindo, entre essas: tinta de língua, psoríase lingual e escoriação crônica da língua. Além dessas terminações, existem também as que descrevem a morfologia e as características dessa condição, sendo essas: glossite migratória benigna e língua geográfica (CHAVES, 2002).

Pode ser compreendida, língua geográfica ou glossite migratória benigna, como uma disfunção que acomete em especial o dorso da língua, e se caracteriza pelo desaparecimento das papilas fusiformes e pela formação de uma borda de coloração branca ao redor da lesão. Se diversificam as lesões morfológicamente e de acordo com o tempo podendo ocorrer por horas ou perdurar até mesmo por semanas, com ou sem intervalos de remissão entre as lesões (CARVALHO et al., 2010).

Em geral a língua geográfica não apresenta sintomatologia, não sendo então necessário o emprego de terapêuticas para o seu tratamento, entretanto alguns indivíduos relatam desconforto, queimação e ardência, especialmente durante a alimentação. Quando esse padrão foge da normalidade e a condição se mostra sintomática, o indivíduo acometido tem comprometimento das suas funções orais de mastigação e fonação, sendo então necessário o emprego de tratamentos que aliviem a sintomatologia e devolvam as funções orais (CARVALHO et al., 2010).

As lesões características dessa condição se apresentam como placas de forma irregular e aspecto eritematoso, que são aspectos morfológicos decorrentes do desaparecimento das papilas filiformes. São lesões de formato circular e com

bordas bem delimitadas por um alo de cor branco-amarelada. A etiologia dessa condição é multifatorial e envolve fatores genéticos, hereditários, deficiências nutricionais, condições alérgicas, e fatores psicológicos (ERRANTE, et al., 2016).

Histologicamente, essa condição se caracteriza pelo aparecimento de um infiltrado inflamatório composto por leucócitos do tipo, polimorfonucleares e edema subepitelial. Além disso, podem ser encontradas áreas microscópicas de necrose liquefativa. As áreas de elevação de coloração esbranquiçada localizadas no dorso da língua apresentam neutrófilos, necrose liquefativa, edema, perda de coesão e descamação das células (ERRANTE et al., 2016).

Segundo Santos e colaboradores (2018), a área branca “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”.

Essas lesões se modificam quanto ao local de acometimento, formato e tamanho em um curto intervalo de tempo, cerca de minutos, ou horas (CARVALHO et al., 2010).

O diagnóstico da língua geográfica é realizado clinicamente, por meio da observação das características morfológicas da lesão.

Em geral, essa condição não apresenta sintomatologia, entretanto, a sensação que pode ser observada é a de queimação e desconforto nas fases mais ativas da patologia, que geralmente são associadas a ingestão de alimentos quentes ou de ácidos. Além do diagnóstico clínico, também pode ser realizado o diagnóstico histopatológico da doença, sendo este pela observação da ausência das papilas filiformes, mucosa fina e de forma irregular, e presença de infiltrado inflamatório. Na parte onde se localiza o edema eritematoso, é possível observar no exame histopatológico, a presença de infiltrado, hipertrofia suprapapilar, subepitelial mononuclear e ectasia vascular, e no que diz respeito ao alo esbranquiçado que circunda as lesões, é possível observar hiperqueratose, acantose periférica e infiltrado composto por neutrófilos. Quanto ao tratamento dessa lesão, é indicada a intervenção somente nos casos sintomáticos, podendo ser aplicadas diversas terapêuticas, como o uso de bicarbonato de sódio, corticoides tópicos, retinóides

tópicos, e reposição nutricional (ANDRADE et al., 2021).

A utilização do bicarbonato de sódio no tratamento da glossite migratória benigna é realizada por meio de bochechos da solução diluída em água ou em infusão de camomila gelada. Esse tratamento auxilia na diminuição do desconforto provocado pela condição. Outra terapia empregada no tratamento da língua geográfica, nos casos em que há relato de ardência localizada, e dificuldades durante a alimentação, é a utilização de corticosteroides apresentados na forma de orabase ou solução para bochechos, sendo o principal corticoide empregado nessa terapia o cloridrato de dexametasona. Além disso o uso dos corticoides pode ser associado a cremes orais com anestésico, para alívio do desconforto. Outro tratamento que também pode ser utilizado para solucionar o desconforto provocado pela glossite migratória benigna pela utilização tópica de Retin-A 0,1%, diariamente por 07 dias (PEIXOTO et al., 2018).

Além dos tratamentos citados acima, também é empregado no tratamento da língua geográfica o laser terapia. O laser de baixa intensidade, tem diversos efeitos terapêuticos, podendo citar, entre esses, o analgésico em decorrência da inibição da biossíntese das prostaglandinas, provocando assim o alívio da sintomatologia dolorosa. Seu efeito analgésico também atua deprimindo os neurônios nociceptivos, inibindo a liberação da bradicinina. Além do efeito analgésico, o laser terapia também possui efeito anestésico e anti-inflamatório. A ação anti-inflamatória do laser terapia também decorre da inibição da biossíntese das prostaglandinas, o que provoca modificações na resposta imune do organismo frente os processos inflamatórios (BISPO, 2009).

Além dos tratamentos citados acima, outro fator de grande importância na diminuição do desconforto provocado pela glossite migratória benigna é o controle da dieta. Pacientes sintomáticos, devem evitar o consumo de alimentos muito quentes ou ácidos, com a finalidade de diminuir a sensação de queimação e ardência (PEIXOTO et al., 2018).

Essa patologia tem estágios de regressão e progressão variáveis, podendo alguns indivíduos apresentar total reparação tecidual em torno de 2 semanas, porém em alguns pacientes ela pode persistir por mais de um ano, sendo

caracterizando uma lesão crônica (PEIXOTO et al., 2018).

A língua geográfica é mais frequente em mulheres, sua incidência é maior na infância e puberdade, e sua prevalência é maior em pacientes com psoríase cutânea. Em relação aos fatores imunológicos, há queda da imunidade do paciente, e as áreas anormais da língua tendem a ser sensíveis a alimentos salgados, picantes e azedos, podendo ainda ter sensação dolorosa (PEIXOTO et al., 2018).

Sua etiologia específica ainda é desconhecida, porém sabe-se que fatores infecciosos, deficiências nutricionais, fatores emocionais, alergias, dermatite atópica, alimentos irritantes, distúrbios hormonais, álcool, medicamentos (a droga lítio está presente no desencadeamento também da psoríase), fumo e rapé influenciam em seu aparecimento, produzindo despapilamento com manchas em áreas variadas da língua. Pode também estar relacionada a doenças sistêmicas, distúrbios gastrointestinais, diabetes mellitus, fatores hereditários, psoríase e causas psicogênicas (PEIXOTO et al., 2018; CHAVES, 2002).

Sabe-se que os fatores psicossomáticos estão relacionados diretamente a língua geográfica, e o principal é o estresse emocional. Há correlação da lesão com fatores emocionais, tanto sua evolução em períodos de ansiedade e estresse por exemplo, como sua remissão após a redução do quadro de estresse. Fato que pode explicar essa relação com o estresse, é que tanto a mucosa bucal e o sistema nervoso são formados pela mesma origem embrionária. Desta forma é possível entender que para o acometimento da lesão não somente fatores genéticos precisam estar envolvidos, mas também fatores psicológicos e emocionais (PEIXOTO et al., 2018).

Quanto aos fatores metabólicos, sabe-se que pacientes diabéticos estão mais susceptíveis a desenvolver a alteração na língua. Esta alteração está associada a condições como a dermatite seborreica, bronquite espasmódica da infância, desordens gastrointestinais, psoríase, síndrome de Reiter, síndrome de Down, alergia, uso de contraceptivos orais, tratamento com lítio, gravidez e distúrbios hormonais (PEIXOTO et al., 2018).

A hereditariedade possui papel significativo na sua etiologia. Desta forma, devido aos fatores genéticos, há maior prevalência em pacientes da mesma família.

Em relação aos fatores nutricionais, essas lesões acometem o paladar provocando ardência e queimação aos alimentos condimentados, ácidos e bebidas alcoólicas. Pode permanecer por períodos curtos ou longos, regredindo e reaparecendo espontaneamente (PEIXOTO et al., 2018).

2.2 PSORÍASE

Do grego psoriasis = erupção sarnenta, a psoríase já é reconhecida desde 1550 a. C. por Papiro de Ebers. Porém, por muitos anos foi confundida com a lepra e somente diferenciada no século XVIII. No século XIX, ela era definida como um processo inflamatório de regulação anormal dos queratinócitos. Em 1970, com o desenvolvimento da imunologia, pôde-se perceber também a participação de células sanguíneas. Mas foi somente em 1982 que a participação importante das células T foi relatada, passando a ser uma desordem imune detectada por anticorpos e depósitos na córnea da pele de pacientes com psoríase (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009).

Também renomada como síndrome de Willan-Plumb, a psoríase se caracteriza por placas eritemato-escamosas ou por pápulas, bem delimitadas, que são cobertas por um halo periférico claro e por escamas brancas prateadas. As placas encontram-se sólidas e com limites bem definidos, podendo ter uma variação de um a três centímetros em áreas geográficas extensas. Alguns pacientes de maneira geral sentem queimação, dor e prurido. Por mais que raras, as manifestações orais se apresentam como lesões com presença de focos solitários ou múltiplos presentes na mucosa jugal, mucosa gengival, comissuras, lábios, palato e soalho bucal. Também foi descrita a ocorrência de queilite angular, caracterizada por eritema, fissura e escamação com ou sem ulceração (FURTADO, 2008; BRANDÃO, 2016).

A psoríase é uma doença poligênica, quando mais de um gene está envolvido, por isso a sua transmissão ainda é discutida. Porém, a transmissão hereditária é sugerida tendo em vista os dados epidemiológicos, mostrando que ela não segue um padrão e que sua complexidade está relacionada a herança

multifatorial devido a heterogeneidade genética. Geneticamente heterogênea, mas com forte associação ao HLA-C, onde estão localizados componentes do complemento TNF- α e β , que são genes envolvidos na patogênese da psoríase (CHAVES, 2002; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009).

A psoríase também é uma condição recorrente, de modo que sua expressão está diretamente ligada a fatores ambientais, que a desencadeiam. Podendo ser considerada uma doença crônica, inflamatória, imunológica, genética, sem cura, multipatogênicos, não contagiosa, não mortal e cutânea (CHAVES, 2002; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009).

A psoríase apresenta alterações em mucosas, em especial as mucosas dérmicas/externas. Todavia, alguns estudos apontam que também podem haver alterações na mucosa bucal, sendo assim, o acometimento da mucosa oral pela psoríase é descrito por alguns autores como “raras”. Alguns estudos simplesmente omitem o acometimento oral da psoríase, outros mostram que ele é incomum, porém pode-se ter uma relação da psoríase com a língua geográfica, língua fissurada e estomatite geográfica. Há também ainda aqueles que dizem que a lesão oral psoriásica aparece na forma pustulosa generalizada e, eventualmente, na vulgar (FURTADO, 2008; GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

A etiopatogenia da psoríase ainda é discutida, podendo aparecer em qualquer idade, porém a faixa etária mais acometida é dos 30 aos 50 anos. Acomete mais caucasianos e tem igual frequência para os gêneros. Tem um curso imprevisível, localização imprecisa, predileção para os joelhos, unhas, cotovelos e couro cabeludo. Apresenta lesões definidas como pápulas e/ou placas eritematosas, frequentemente simétricas recobertas por escarnas brancas (GONZAGA; CONSOLARO, 1992; OLIVEIRA et al., 2020; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009; VERARDINO et al., 2010).

Os diversos mecanismos mediados pela ativação do sistema imune visando a proteção pode resultar em condições inflamatórias crônicas ao tecido, desenvolvendo um estado patológico como a psoríase. Ela atinge cerca de 2% da população mundial, e suas características de variações são a hiperproliferação de queratinócitos, inflamação e neovascularização, sendo que as células imunes

juntamente aos queratinócitos através das citocinas desenvolvem uma inflamação crônica (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009).

Está associada a fatores genéticos e não genéticos, tais quais traumas mecânicos, químicos, radiações ultravioletas que podem causar o fenômeno isomórfico de Koebner, além de infecções. Dentre os medicamentos indicados estão os antimaláricos, lítio, 13-bloqueadores, quinidina, corticosteróides sistêmicos, indometacina, aspirina e salicilatos. Já o álcool e o tabaco são fatores de risco para o desenvolvimento da psoríase, podendo causar também piora no quadro clínico. Quando a abstenção do álcool a regressão da doença é evidente.

O estresse emocional, como ansiedade, depressão e disfunção psicológica, além de estar associado aos fatores desencadeantes da psoríase também está presente na língua geográfica. Isso mostra que ambas as condições são sugeridas como doenças psicossomáticas. Logo, esses fatores irão contribuir para ativação, recorrência e exacerbação da doença. Quando esses fatores se encontram em associação ocorre potencialização de seus efeitos (CHAVES, 2002; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009).

A patogênese imunológica da psoríase tem iniciação e manutenção com as células CD4+ e CD8+ ativadas, que irão produzir uma gama de citocinas de identidade Th1 (predominantemente interferon γ (IFN γ) e interleucina-2 (IL-2) que para ter acesso a pele se conectam as moléculas de adesão. Na pele psoriásica, a expressão das moléculas de adesão ICAM-1 (adesão molecular intercelular-1) e selectina-E ocorre em maior quantidade, o que não ocorre na pele normal (CHAVES, 2002; SANCHEZ, 2010).

Existem três teorias que explicam a forma de ativação das células CD4+ e CD8+ na pele psoriásica. Essas teorias não ocorrem de forma isolada, ou seja, há interação desses vários mecanismos desencadeadores da psoríase. A primeira está relacionada a fatores ambientais, como injúrias que irão acarretar na estimulação dos queratinócitos que, por sua vez, sintetizam e liberam as citocinas (IL-1, IL-7, IL-8, TGF α , IFN γ). À medida que isso ocorre, há estimulação dos linfócitos T, ampliando a quantidade de queratinócitos e, conseqüentemente, a inflamação (CHAVES, 2002; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009).

A segunda teoria para a ativação dos linfócitos CD4+ e CD8+ na psoríase seria através da apresentação e processamento pelas células CD4+ de um superantígeno com ligação a célula apresentadora de antígeno (APC). Com ativação das células T haverá liberação das citocinas (IL-2, IFN γ , IL-1, IL-6, IL-8) que vão ampliar essa proliferação e ativação das células T, impulsionando um efeito cascata para ativação endotelial, ocorrendo ativação dos queratinócitos que liberam mais citocinas (IL-1, IL-6, IL-8, TNF α , IFN γ) que ativam as moléculas de adesão (ICAM1) e por conseguinte, haverá maior ativação de células T.

A terceira forma é através de uma ativação que antecede o primeiro mecanismo desencadeado citado. Desta forma, ocorre uma reação cruzada entre o antígeno inicial com queratinas epidérmicas que, conseqüentemente, ativa as células CD8-citolíticas que liberam citocinas, causando além de danos aos queratinócitos, um mecanismo de aumento de células T. A explicação para a hiperproliferação celular seria a falha dos queratinócitos em responder as células T CD8, que produzem citocinas supressoras (CHAVES, 2002; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009; SANCHEZ, 2010).

Na epiderme ocorre a captura, internalização e processamento do antígeno (auto-antígeno ou superantígeno) através das células apresentadoras de antígeno (APCs) como as células de Langerhans (LCs). Com isso é adquirido número de receptores na superfície e moléculas de adesão como a ICAM-1, se tornando então maduras, as células LCs passam a estimular, nos linfonodos, as células T. Nos linfonodos as APCs/LCs levam e apresentam suas informações aos linfócitos (Th) CD4+ e CD8+ auxiliares. Esse contato das células T e as APC é possível através, respectivamente, da adesão do ICAM-1 ao antígeno associado à função de leucócito - LFA-3 na APC e com LFA-1 e CD2 nas células T (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009; SANCHEZ, 2010).

Para que ocorra a migração dos linfócitos a partir dos linfonodos para os tecidos extranodais, as células T vão obter proteínas especiais na superfície, então, tanto as células T de memória quando as efectoras são liberadas dos linfonodos migrando para a pele, ocorrendo a chamada diapedese e, para que isso ocorra deve haver interação das moléculas de adesão da célula vascular endoteliais e

LFA-1 na célula T, ICAM- 1. A célula T circula lentamente pelo sangue, é imobilizada e atravessa o endotélio, sendo mediada pelo antígeno linfocitário cutâneo (CLA), molécula de adesão expressa nas células T ativas, permitindo exposição das citocinas que ativarão suas proteínas, possibilitando a diapedese, através das células T e selectinas (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009; SANCHEZ, 2010).

Desta forma, as células são produzidas e migram para a superfície sem que as células mortas sofram descamação, as quais se acumulam formando as típicas características de lesão da doença. A grande produção de escamas se dá pelo fato que o ciclo dos queratinócitos são mais rápidos que o normal, desta forma gera células imaturas. Formada então por células mortas e devido ao aumento da irrigação sanguínea, ocorre a eritrodermia. Por conseguinte, a regeneração fica alterada e os queratócitos aceleram o crescimento e a maturação regenerativa. Entretanto motivo da hiperproliferação dos queratinócitos ainda é desconhecido. Estas células são a causa primaria da psoríase, mas, como se sabe que são ativados pelo sistema imune, a hipótese que seja uma doença imunológica é mais aceita (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2009; SANCHEZ, 2010; VERARDINO et al., 2010).

2.3 FATORES COMUNS ÀS DUAS PATOLOGIAS

Os genes HLA apresentam um polimorfismo gigantesco podendo ser identificado no genoma humano. Em cada loco gênico pode haver uma gama de genes alélicos que darão origem a inúmeras especificidades HLA. E na psoríase o gene HLA Cw6 é o de sua suscetibilidade. A expressão variável da doença se dá pelo fato que as várias combinações destes genes que surgiram na história da humanidade têm assim uma distribuição mundial e, devido a isso, os alelos da psoríase são comuns na população geral. Esse fato poderia explicar o porquê que a psoríase é fortemente relacionada ao HLA-Cw6 mundialmente, causando o fenômeno de desequilíbrio de ligação. Sabe-se que aproximadamente 10% dos indivíduos são afetados pelos alelos da doença, porém é necessário ainda fatores genéticos e/ ou

ambientais para que ela se manifeste. O envolvimento da HLA, tem proporcionado elucidacões genéticas da psoríase (CHAVES, 2002; CARNEIRO et al., 2017).

A presença do alelo HLA-Cw6 aumenta o risco de o indivíduo desenvolver a doença. Porém, a presença desse fator também influencia na severidade, tipo da lesão e curso da doença (ROGRIGUES; TEXEIRA, 2009, p. 309).

Os sintomas de prurido e ardor presentes na psoríase são paralelos ao ardor causados na língua geográfica pelos alimentos condimentados, quentes e frutas cítricas. Além de fatores não genéticos, que são similares nas duas condições patológicas, outras perturbações como infecções, traumas, alterações climáticas e metabólicas, fatores endócrinos e psicogênicos, luz e drogas podem desencadear a patologia. Tanto a psoríase quanto a língua geográfica têm um impacto significativo na vida dos pacientes, tanto nos aspectos físicos, quanto nos aspectos emocionais e vitalidade (GONZAGA; CONSOLARO, 1992; OLIVEIRA et al., 2020).

Na língua geográfica os fatores não genéticos não foram tão evidentes seus efeitos quanto na psoríase, tendo assim interações diferentes aos fatores, por isso tais manifestações clínicas, corroborando ambas serem a mesma doença. O fator indutor mais importante, presente tanto na língua geográfica quanto na psoríase é o estresse ambiental (CHAVES, 2002).

O pioneiro da descrição do acometimento de lesões orais na psoríase com estudo de biópsia foi em 1903 por Oppenheim. Foi observado aumento da prevalência de língua geográfica em portadores de psoríase, verificando marcadores genéticos em comum, como o antígeno HLA-Cw6, além do envolvimento de loci gênicos nos cromossomos 6p, caracterizando-as como doenças poligênicas. Também foi analisado a forma que se estabelecem suas lesões fundamentais e microscopia mostrando semelhanças, corroborando a associação das condições (CHAVES, 2002; VERARDINO et al., 2010).

A condição de estresse emocional é constantemente associada às doenças psicossomáticas, psoríase e língua geográfica, podendo ser um elo de união. Sabe-se que a pele, mucosa oral e o sistema nervoso possuem a mesma origem embrionária, a camada ectodérmica. A maioria dos pacientes que apresentam língua geográfica ou psoríase relatam estresse emocional. Esse fato demonstra que

o estresse desencadeia as manifestações, sendo importante o acompanhamento psicológico nestes pacientes (GONZAGA; CONSOLARO, 1992; OLIVEIRA et al., 2020).

Por outro lado, há bastante similaridades genéticas na psoríase e língua geográfica, como presença dos genes KIR2DS1, KIR2DL5, KIR3DS1, haplótipo B de genes KIR, assim como KIR2DS2 e ligantes HLA-C1 e KIR3DS1 e ligantes HLA-Bw4, em maiores frequências e semelhanças na psoríase e língua geográfica. Como também os alelos que se apresentaram significativamente na psoríase, HLA-B*57, HLA-A*02, -A*25 e -B*57, e na língua geográfica HLA-B*58, -A*25 e -DRB1*07 em idades precoces, -B*58 e -DRB1*11 em idades tardias. Sendo assim, a expressão dos genes HLA e KIR são correlatos em indivíduos com psoríase e língua geográfica. Ambas apresentam infiltrado inflamatório mononuclear, reforçando sua associação à similaridade na expressão dos genes HLA e KIR entre indivíduos (CARNEIRO et al., 2017; PICCIANI et al., 2019; SOUZA et al., 2016).

A interleucina IL-17 está envolvida tanto na patogênese da psoríase como na língua geográfica, sendo que o eixo IL-23/IL-17 é a via primária de sinalização que acarreta na pele psoriásica. Em resposta a essa interleucina, é desencadeado pelos Th17 uma hiperproliferação de queratinócitos levando ao recrutamento de células imunes (PICCIANI et al., 2019).

Por possuir expressão variável, a psoríase, pode afetar vários locais como a mucosa oral e a lesão oral mais associada é a língua geográfica. Além de serem doenças inflamatórias com base genética e imunológica semelhantes, elas envolvem IL-6 e IL-17 na sua progressão (PICCIANI et al., 2019).

Devido a língua geográfica ser encontrada em casos de psoríase grave, e suas semelhanças clínicas, histológicas e monogenéticas, existe a hipótese de que a língua geográfica é causada pela psoríase ou um marcador de gravidade da psoríase. Porém há muitas controvérsias relacionadas a esse assunto, uma vez que pacientes com língua geográfica podem não apresentar psoríase, sendo um assunto cujo aprofundamento é necessário (PICCIANI et al., 2019; GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

Em idades precoces a predominância da língua geográfica sugere que ela

antecede ao quadro da psoríase (GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

Uma avaliação histológica comparou as línguas geográficas em pacientes psoriásicos e não psoriásicos, concluindo que ela é uma manifestação oral da psoríase, porém sugere a possibilidade de existir outro tipo de língua geográfica não associada a psoríase. E para reforçar sua associação evidenciou semelhanças nas células imunopositivas endoteliais, queratinócitos e infiltrado inflamatório dérmico nos quais exibiram marcação citoplasmática na região basale camadas suprabasais em distribuição e quantidade (PICCIANI et al., 2019).

A psoríase é uma doença dermatológica muito comum, que concede manifestações orais sendo dada pouca atenção a essas ocorrências. Há associações do acometimento da mucosa oral com a língua geográfica, sendo de extrema importância mais estudos e pesquisas relacionadas tanto aos fatores etiológicos de cada uma quanto também de uma correlação (GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

Existem grandes variações no aparecimento das lesões bucais psoriásicas, que podem se manifestar como estrias, manchas branco-acinzentadas, placas brancas, escamas brancas e micáceas, eritema na mucosa, eritema mosqueado, placas marrom-escuras, massas elevadas, ulcerações, coleções de material amarelado, lesões papulosas, pústulas, erosões, edema, bolhas, pápulas puntiformes, lesões atróficas e áreas ranulosas e pontilhadas (CHAVES, 2002).

Além de dermatológico, o envolvimento oral da psoríase pode ser articular, afetando a articulação temporomandibular. Os indivíduos afetados podem apresentar edema, dor mandibular localizada, limitação do movimento e crepitação, sendo este o sinal mais persistente e comum. Os sexos masculinos e femininos são afetados em mesma proporção e o surgimento dessa condição é aproximadamente na quarta década de vida. A artrite psoriásica pode provocar erosões ósseas, efusão articular, alterações do disco interarticular e alterações dos côndilos (BRANDÃO, 2016).

Um estudo clínico, mostrou a prevalência de alterações mucosas bucais em pacientes psoriásicos, notadamente a língua geográfica. Os autores destacaram que há relações e semelhanças entre a língua geográfica e a psoríase, no qual

ambas apresentam lesões eritematosas, descamação correspondente a despilamento e lesões migratórias ocasionadas não só por fatores genéticos, mas sim por trauma, infecção, fatores endócrinos, alterações metabólicas, fatores psicogênicos, alterações climáticas, drogas e entre outros. O aumento elevado de prevalência da língua geográfica, permitiu deduzir que a mesma e a psoríase são condições que podem estar estatisticamente associadas (GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

O estudo clínico de 31 pacientes psoriásicos mostrou uma predominância nos grupos portadores de língua geográfica e psoríase dos 30 a 50 anos. Atofia foi vista como outro fator de prevalência, tendo maior predomínio no grupo portador de língua geográfica (34%) do que nos pacientes do grupo psoriásico (16,1%). Além dos fatores genéticos, outros se apresentam importantes no desencadeamento da lesão, como trauma, infecção, fatores endócrinos, alterações climáticas, luz, alterações metabólicas, drogas, fatores psicogênicos (GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

No período da investigação das doenças, o tabagismo e etilismo mostrou prevalência no grupo com psoríase (51,7%; 48,3% e 35,5%, respectivamente) em relação com a língua geográfica (42%; 6,8% e 18,2%, respectivamente). Tendo em vista o aumento elevado estatisticamente significativo da língua geográfica, permite-se deduzir que a língua geográfica e psoríase são condições que podem estar associadas (GONZAGA; CONSOLARO, 1992).

Outro estudo prospectivo foi realizado a fim de mostrar a prevalência de lesões em língua de pacientes psoriásicos, para descobrir possíveis associações. O estudo mostrou que entre os 306 pacientes com psoríase, sendo eles 170 mulheres e 136 homens, com idade média da manifestação 23.3 anos. 15.4% apresentaram lesões em língua, sendo (8.2%) língua fissurada, (5.6%) língua geográfica (glossite migratória benigna) e (1.6%) as duas, concomitantemente” (FURTADO, 2008, p.32).

É clinicamente observado em vários estudos que a língua geográfica se apresenta como uma lesão sintomática com um halo espesso e que ao contrário de boa parte das pesquisas, a língua dos pacientes psoriásicos é assintomática apresentando várias lesões severas e com maior perda de papilas, se

associando à língua fissurada grave. Levando a sugestão de que alguns casos de língua geográfica poderiam representar verdadeira psoríase oral e alguns casos poderiam representar apenas língua geográfica (MEDEIROS et al., 2010).

As manifestações bucais da psoríase não são patognomônicas, já que estão presentes em diversas doenças, principalmente naquelas em que não há evidência dermatológica. Quando há suspeita de psoríase oral, a biópsia deve ser feita juntamente com a exclusão de outras lesões e da confirmação pelo histopatológico de lesão psoriasiforme. Com isso, um plano de tratamento adequado será realizado dependendo da gravidade das lesões e a preservação deve ser feita junto com a equipe de dermatologia, quando for o caso, tendo em vista a finalidade de obtenção de sucesso na terapêutica. Um dos tratamentos estabelecidos em estudos para as lesões de psoríase é o uso da aplicação tópica de valerato de betametasona 1mg/g durante três semanas (MEDEIROS et al., 2010).

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As patologias psoríase e língua geográfica têm sido frequentemente associadas devido aos pontos em comum como, fatores etiológicos, sintomas, manifestações orais e morfológicas. Sabe-se que a psoríase é uma doença que pode afetar qualquer área da pele, inclusive a boca. Por este motivo, alguns autores consideram que a língua geográfica é uma variação da psoríase.

Estudos relacionados a esse assunto são de extrema importância uma vez que, consolidar o diagnóstico trará um significativo avanço para o tratamento e bem-estar do paciente acometido por essas patologias.

As lesões características da língua geográfica compartilhadas também pela psoríase são as placas de forma irregular e aspecto eritematoso, como também placas brancas, massas elevadas, ulcerações, coleções de material amarelado, lesões papulosas, pústulas, erosões, bolhas, pápulas puntiformes, lesões atróficas e áreas granulosas e pontilhadas. O diagnóstico é clínico histopatológico, além de exames laboratoriais. O tratamento em casos sintomáticos é multivariado com o uso de terapias medicamentosas, além de laser terapia, controle da dieta.

Existem grandes variações no aparecimento das lesões bucais psoriásicas, algumas com alta verossimilhança à língua geográfica. E um dos sintomas mais comuns são pruridos e ardores.

Os agentes etiológicos comuns nas duas condições são: infecções, traumas, alterações climáticas e metabólicas, fatores endócrinos e psicogênicos, drogas, como o lítio, suas patogêneses têm relação direta com as moléculas de HLA (antígenos leucocitários humanos) e também há bastante similaridades genéticas.

Embora os sintomas, morfologia e prevalência de alterações bucais em paciente psoriásicos e que apresentam língua geográfica sejam comuns, a correlação das duas condições ainda é discutida, visto que, são doenças poligênicas, sendo necessários mais estudos, em especial abordando o papel dos genes e do sistema imunológico na transmissão hereditária, tipo de manifestação e correlação com polimorfismos gênicos do sistema imunológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Mateus Araújo et al. Glossite migratória benigna em crianças com idade pré-escolar. **Archives Of Health Investigation.**, v. 10, n. 5, p. 765-769, 2021.

BISPO, Luciano Bonatelli. A nova tecnologia do laser terapêutico no controle dador. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 66, n. 1, p. 107, 2010.

BRANDÃO, Andreia Filipa Machado. **Manifestações orais na psoríase.** Dissertação (Mestrado). Gandra, 2016.

CARNEIRO, S. et al. Estudo da associação entre língua geográfica e doença psoriásica pela análise das frequências dos genes HLA e KIR em uma população miscigenada. **Revista Brasileira de Reumatologia.**, v. 57, n. 1, p.106-120, 2017.

CARVALHO, Fabíola Vilar de Queiroz; TRIGUEIRO, Mariana; MANGUEIRA,

Dayane Franco Barros. Glossite migratória benigna ou língua geográfica: relato de caso clínico. **IJD. International Journal of Dentistry**, v. 9, n. 3, p. 165-168, 2010.

CHAVES, Marcelo Donizeti. **Estudos dos fatores ambientais associados à psoríase cutânea e língua geográfica**. Dissertação (Mestrado). UNICAMP. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, SP. 2002. 185p.

CHAVES, Marcelo Donizetti et al. **Estudo da herdabilidade em genealogias de famílias com portadores de psoríase cutânea e língua geográfica**. Tese (doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba- SP, 2005.

ERRANTE, Paolo Ruggero; RODRIGUES, Francisco Sandro Menezes; FERRAZ, Renato Ribeiro Nogueira. Glossite Migratória Benigna: Relato de caso. **Science.**, v. 7, n. 1, p. 7-10, 2016.

FURTADO, Lair Mambrini. **Análise da relação entre as alterações bucais e manifestação cutânea de pacientes psoriásicos**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2008.

GONZAGA, Heron Fernando de Sousa; CONSOLARO, Alberto. Estudo clínico sobre a relação da psoríase com alterações da mucosa bucal. **Rev. Odontol. UNESP.**, v. 21, n.1, p. 87-95, 1992.

MEDEIROS, Silvanilson Assis; SILVA, Daniel Furtado; ALVES, Pollianna Muniz; ALBUQUERQUE, Ana Carolina Lyra. Psoríase com manifestação oral exclusiva. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v.45, n.1, p. 1-10, 2019.

OLIVEIRA, Maria Aparecida da Silva et al. Avaliação do estresse e qualidade de

vida em pacientes psoriásicos, com e sem língua geográfica e pacientes com língua geográfica. **Comunicação científica e técnica em odontologia.**, v. 5, n. 4, p. 50-58, 2020.

PEIXOTO, Breno Cherfên et al. Glossite migratória benigna: revisão da literatura. **Revista Educação e Saúde: fundamentos e desafios.**, v. 1, n. 2, p. 106-120, 2018.

PICCIANI, Bruna Lavinias Sayed et al. Investigação da via Th17 na psoríase e na língua geográfica. **An Bras Dermatol.**, v. 6, n. 94, p. 677-683, 2019.

RODRIGUES, Ana Paula; TEIXEIRA, Raquel Maria. Desvendando a psoríase. **RBAC.**, v. 4, n. 41, p. 303-309, 2009.

SANCHEZ, Ana Paula Galli. Imunopatogênese da psoríase. **An Bras Dermatol.**, v. 5, n. 85, p. 747-749, 2010.

SOUZA, Thays Teixeira et al. Investigação da associação entre língua geográfica e psoríase através da análise das frequências dos genes HLA e KIR. **Sci Invest Dent.**, v. 2, n. 21, p. 5, 2016.

VERARDINO, Gustavo Costa; NUNES, Amanda Pedreira; CARNEIRO, Sueli Coelho da Silva. Psoríase e Artrite Psoriásica: Manifestações na Cavidade Oral. **Revista Latinoamericana de Psoriasis y Artritis Psoriásica.**, v. 1, n. 1, p. 55-64, 2010.