



# Protocolo Clínico para Aftas Recorrentes

“Aftas” são as lesões mais comuns da mucosa bucal. São úlceras circulares ou ovóides com halo eritematoso, precedidas por pródromo de ardência ou dor localizada e são mediadas pelo sistema imunológico. Ocorrem, isoladas ou múltiplas, em surtos deflagrados por varias situações. Manifestam-se na infância, mas freqüência e intensidade de surtos reduzem-se com o passar dos anos. Há três variantes clínicas: Aftas “Menores” (80%), “Maiores” (10 a 15%) e “Herpetiformes” (relativamente raras). O diagnóstico é clínico e baseia-se na história e no exame físico.

Aftas “menores” têm 3 a 10mm, ocorrem em surtos de 1 a 5, cicatrizam em 7 a 14 dias; têm pródromo discreto e a menor freqüência de recorrências. Aftas “maiores” têm 10 a 20mm, ocorrem 1 a 2 por vez, primariamente em lábios, palato mole e pilares. O pródromo é intenso, as úlceras maiores e profundas, às vezes crateriformes. Duram semanas, causam dor e disfagia importantes. Aftas “herpetiformes” são raras e lembram lesões virais. Os quadros variam de manifestações discretas até doença em atividade constante.

Quanto ao manejo, consideram-se três cenários baseados na qualidade de vida do paciente. O “Tipo A” se caracteriza por episódios curtos, infrequentes, que pouco afetam as pessoas. O “Tipo B” caracteriza-se por episódios mensais de até 10 dias, que causam desconforto e afetam hábitos do paciente. O “Tipo C” tem curso crônico e doloroso, com novas úlceras surgindo antes da resolução das antigas. A qualidade de vida é muito afetada.

No “Tipo A”, em geral a dor é tolerável. Busca-se identificar fatores predisponentes e evitá-los. Usualmente não é necessária medicação. No “Tipo B”, fatores predisponentes devem ser evitados. Quando necessário, iniciar tratamento no pródromo com cremes de corticóide de média potência (Triamcinolona, tid). Bochechos sem engolir com corticóides (Betametasona, tid) podem ser prescritos nas crises, e às vezes, por mais algum tempo, principalmente, quando os surtos forem freqüentes ou houver muitas lesões por surto. Em casos severos, cremes de corticóide ultra-potentes (Propionato de Clobetasol, bid) e, excepcionalmente, curso breve de corticóide sistêmico.

Já no “Tipo C”, dor e desconforto afetam de forma importante a qualidade de vida. O manejo começa com bochechos, sem engolir, com corticóides (betametasona, tid, reduzindo para bid e qd), por algumas semanas além do surto, associados a creme de corticóide tópico ultra-potente (Propionato de Clobetasol bid) nas lesões presentes. Infiltrações intra-lesionais com corticóides são pouco utilizadas, mas eficazes. Em casos muito severos, curso breve de corticóide sistêmico traz alívio rápido.

Impõe-se avaliar a história médica do paciente e monitorar os casos em tratamento, face aos efeitos colaterais dos corticóides. Prescrever esquema de redução progressiva em pacientes tratados por mais de um mês e estar atento à possibilidade de superinfecção fúngica.

Finalmente, nos raros casos que não respondem aos corticóides, ainda há recurso a drogas como Azatioprina, Dapsona, Pentoxifilina ou Talidomida, mas estes casos devem, necessariamente, ser compartilhados com o médico assistente do paciente e, quando possível, com um Estomatologista.

## Autor:

Abel Silveira Cardoso, CD, MSD, FICD (CRO-RJ 161)

e-mail: [acardos@attglobal.net](mailto:acardos@attglobal.net)

- Professor Titular do Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral da Universidade Federal do Rio de Janeiro, (aposentado em 2.003)
- Fundador, ex-presidente e ex-membro do Conselho Deliberativo da Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral



**CRO-RJ**

Almiro Reis Gonçalves  
Coordenador da  
Comissão de Educação  
Continuada do CRO-RJ  
Julho 2011

# Protocolo Clínico