

# Lesão liquenóide oral relacionada ao amálgama\*

## *Amalgam-related oral lichenoid lesion\**

Vanessa de Fátima Bernardes<sup>1</sup>  
João Batista Novaes-Junior<sup>4</sup>

Bruna Gonçalves Garcia<sup>2</sup>  
Maria Cássia Ferreira de Aguiar<sup>5</sup>

Giovanna Ribeiro Souto<sup>3</sup>  
Ricardo Alves Mesquita<sup>6</sup>

**Resumo:** A lesão liquenóide oral relacionada ao amálgama, condição rara na prática odontológica, constitui importante diagnóstico diferencial no grupo das leucoplasias orais. Relatam-se dois casos que apresentaram rápida resolução clínica após a substituição das restaurações de amálgama.

**Palavras-chave:** Amálgama dentário; Erupções liquenóides; Leucoplasia; Líquen plano bucal

**Abstract:** *Amalgam-related oral lichenoid lesion, a rare disorder in dental practice, is an important differential diagnosis among oral leukoplastic lesions. We report two cases with rapid clinical resolution following the replacement of amalgam fillings.*

**Keywords:** *Dental amalgam; Leukoplakia; Lichenoid eruptions; Lichen planus, oral*

Recebido em 17.10.2006.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 28.09.2007.

\* Trabalho realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro / Financial funding: CNPq (301736/2004-9; 502978/2004-0; 302047/2004-2) e FAPEMIG (CDS 895/05).

<sup>1</sup> Mestranda em Patologia Bucal. Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Mestranda em Patologia Bucal. Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Cirurgião-dentista. Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>4</sup> Professor adjunto. Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>5</sup> Professor adjunto. Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>6</sup> Professor adjunto. Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

## INTRODUÇÃO

A lesão liquenóide oral relacionada a materiais restauradores, rara na prática odontológica, pode representar manifestação de irritação crônica em alguns pacientes, enquanto em outros resulta de hipersensibilidade tardia de contato.<sup>1</sup> Restaurações de amálgama contendo mercúrio e apresentando corrosão são consideradas o principal fator etiológico.<sup>2</sup>

A lesão liquenóide oral relacionada ao amálgama (LLORA) é bastante polimorfa, podendo apresentar-se clinicamente sob forma estriada, reticular, semelhante à placa, eritematosa, erosiva, vesiculosa e ulcerativa. Os sintomas relatados são, em geral, ardência, desconforto, prurido, dor ou gosto metálico.<sup>2</sup> A LLORA ocorre principalmente na mucosa jugal, língua e gengiva.<sup>3</sup> O diagnóstico baseia-se nos achados clínicos, incluindo as características da lesão e sua relação direta com restaurações, sendo necessário o exame histopatológico para se confirmar a natureza das lesões.<sup>4,4</sup> A substituição das restaurações pode ocasionar a resolução clínica completa da lesão ou alívio dos sintomas em curto período de tempo. Entretanto, em alguns casos, a melhora do quadro é observada após três meses.<sup>2,5</sup>

## RELATO DOS CASOS

### CASO 1

Paciente do sexo feminino, 77 anos, compareceu à Clínica de Patologia queixando-se de queimação, presente por dois meses, associada a placas brancas na boca. A história médica foi irrelevante, e o exame intrabucal revelou a presença de placas brancas estriadas na mucosa jugal, localizadas na região correspondente aos dentes primeiro a terceiro molares superiores direitos, primeiro e segundo molares superiores esquerdos, primeiro e segundo pré-molares inferiores esquerdos, primeiro e segundo pré-molares inferiores direitos. Todas as lesões estavam associadas a restaurações de amálgama classe V, que apresentavam corrosão e percolação marginal (Figura 1A). Com as hipóteses diagnósticas de LLORA e líquen plano oral (LPO), realizou-se biópsia incisional com fixação em formol tamponado a 10%. Na coloração de hematoxilina-eosina observou-se epitélio estratificado pavimentoso com áreas focais de degeneração das células da camada basal. A lâmina própria adjacente apresentava intenso infiltrado inflamatório crônico linfocitário, distribuído em banda, e agregados linfóides em profundidade no tecido conjuntivo frouxo. O diagnóstico foi compatível com LLORA. O amálgama foi substituído por resina composta, com resolução clínica completa das

lesões após cinco meses, corroborando assim o diagnóstico final de LLORA. O seguimento de 12 meses não revelou sinais de recorrência (Figura 1B).

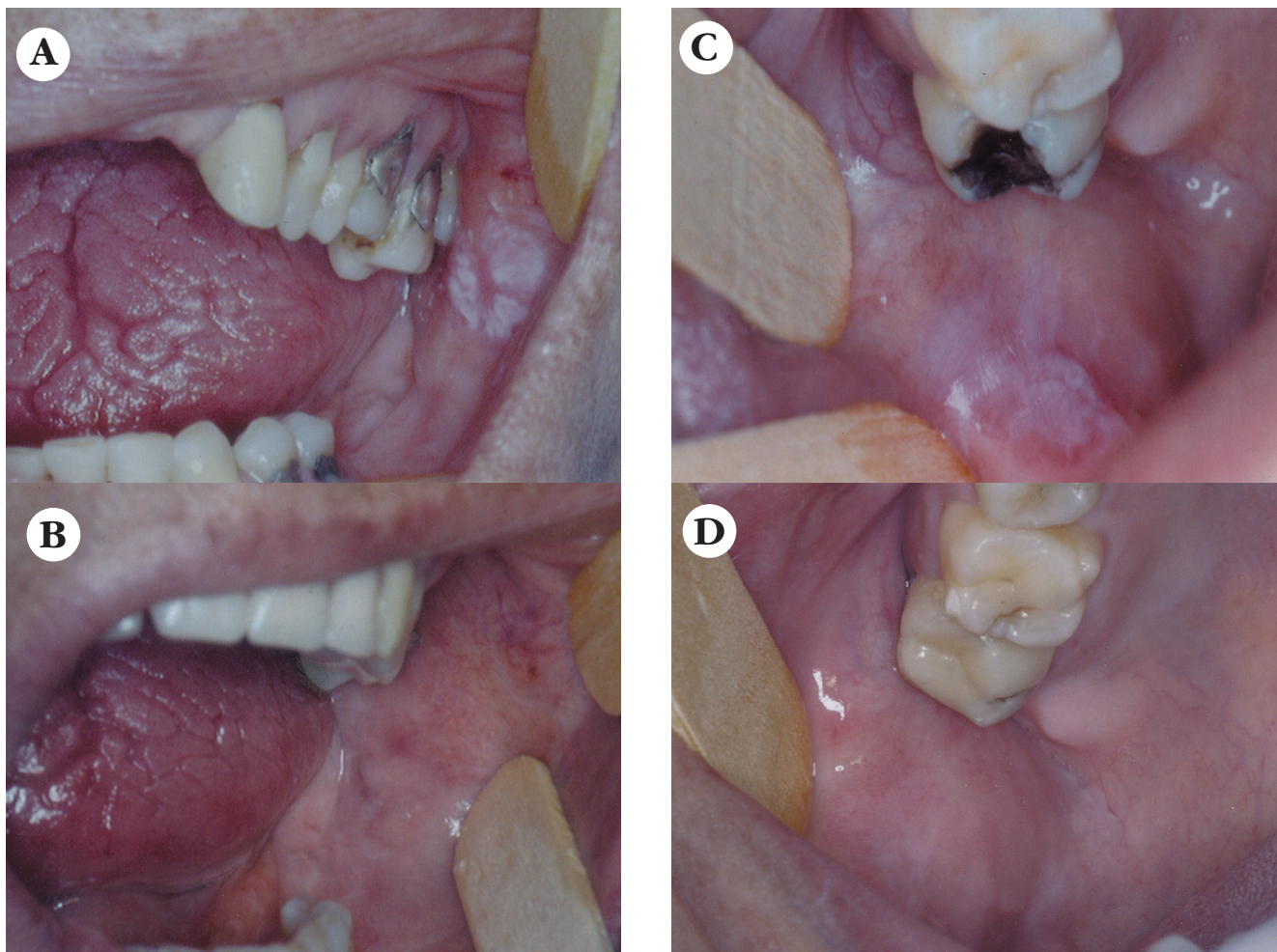
### CASO 2

Paciente do sexo feminino, 38 anos, encaminhada à clínica de Patologia Bucal por apresentar há um ano lesão branca, assintomática, na boca. A história médica não foi contributória. O exame intrabucal revelou lesão em placa na mucosa jugal na região correspondente ao segundo molar superior direito e em contato direto com restauração de amálgama classe I (Figura 1C). O dente apresentava-se em posição vestibular, favorecendo o contato da restauração em amálgama com a mucosa jugal durante a oclusão. O material restaurador exibiu sinais de corrosão e percolação marginal. Com as hipóteses clínicas de LLORA e LPO, procedeu-se à biópsia incisional. Os achados histopatológicos foram semelhantes aos descritos no caso 1. O diagnóstico foi compatível com LLORA, e, 14 dias após a substituição do amálgama dental por resina composta, houve resolução clínica completa do quadro. A preservação de seis meses não indicou sinais de recorrência (Figura 1D).

## DISCUSSÃO

Os achados clínicos e histopatológicos, e a resolução clínica das lesões após a substituição do material restaurador nos casos apresentados suportam o diagnóstico de LLORA. O uso do amálgama dental tem sido discutido durante décadas devido aos efeitos tóxicos de seus componentes, entre eles o mercúrio.<sup>4,6</sup> Embora seja empregado há mais de 150 anos, persistem as questões sobre seu potencial alergênico e suas reações tóxicas na mucosa oral.<sup>2</sup> Dermatites de contato alérgicas por amálgama têm sido relatadas, sendo o mercúrio o principal fator etiológico.<sup>3,7</sup> Tal afirmação baseia-se no aumento da frequência de hipersensibilidade ao mercúrio em pacientes com LLORA e na resolução das lesões após a substituição do material restaurador.<sup>7,8</sup>

Restaurações de amálgama presentes por muitos anos podem sofrer corrosão e reações eletroquímicas que permitem liberação de íons metálicos.<sup>3</sup> As restaurações apresentavam corrosão e percolação marginal nos dois casos relatados. Na maioria das vezes, o agente causador é o mercúrio, mas outros componentes do amálgama, como o cobre, estanho ou zinco, podem estar relacionados.<sup>3</sup> Outra causa aventada são as reações imunológicas ou tóxicas associadas ao acúmulo de placa na superfície das restaurações.<sup>2</sup> Entretanto, os



FIGURAS 1 (A, B, C, E D): Imagens clínicas mostrando o efeito da substituição das restaurações de amálgama em lesões liquenóides orais relacionadas ao amálgama; (1A) – Placas brancas estriadas na mucosa jugal esquerda associadas a restaurações de amálgama classe V com corrosão; (1B) – Após a substituição das restaurações por resina composta, a mucosa jugal exibe aparência clínica normal; (1C) – Lesões brancas com aspecto de placa; (1D) – 14 dias após a substituição da restauração, a mucosa apresenta-se clinicamente normal

pacientes do presente estudo apresentavam boa higiene oral.

A LLORA pode ser observada em 2% da população adulta,<sup>3</sup> sendo mais prevalente em mulheres (7,5:1), com média de idade de 53 anos.<sup>2</sup> A lesão localiza-se freqüentemente na mucosa jugal na região de molares e borda de língua.<sup>2,9</sup> Aspectos clínicos incluem lesões brancas, reticulares, erosivas ou em placa.<sup>3</sup> Os casos descritos apresentavam os padrões reticular e em placa. As lesões de LLORA são similares às de LPO. Contudo, delas podem ser diferenciadas clinicamente por sua relação direta com restaurações de amálgama e sua tendência à distribuição assimétrica.<sup>4,9</sup>

O diagnóstico de LLORA depende de exame histopatológico, para verificação da natureza das lesões, e da remoção de substâncias suspeitas. Tendo sido o diagnóstico histopatológico compa-

tível com o clínico, optou-se pela substituição do amálgama por resina composta. A confirmação final, contudo, só é obtida com a resolução clínica das lesões após a substituição do material restaurador,<sup>4</sup> o que foi observado nos dois casos relatados.

Por ser condição algumas vezes sintomática, a remoção do amálgama é recomendada.<sup>9</sup> Um dos casos relatados apresentava sensação de ardência, enquanto o outro era assintomático. Nos dois casos, a remoção do material foi indicada. Outros tratamentos têm sido propostos, incluindo o uso de corticosteróides tópicos, intralesionais e orais, retinóides e antifúngicos tópicos, nenhum demonstrando, porém, resultados significativos na melhora dos sinais e sintomas.<sup>3</sup>

Os testes de contato (*patch tests*) mostram valor limitado no diagnóstico da LLORA.<sup>3,9</sup> Alguns estudos sugerem que esses testes não são úteis,

uma vez que se mostraram negativos em pacientes que se beneficiaram com a remoção do amálgama dental.<sup>8-10</sup>

A presença de restauração de amálgama em contato com a mucosa bucal e lesão liquenóide

adjacente são fatores indicativos para a remoção do material restaurador, objetivando-se a melhora do quadro e o diagnóstico diferencial com outras lesões leucoplásicas orais. □

## REFERÊNCIAS

1. Holmstrup P. Oral mucosa and skin reactions related to amalgam. *Adv Dent Res.* 1992;6:120-4.
2. Issa Y, Duxbury AJ, Macfarlane TV, Brunton PA. Oral lichenoid lesions related to dental restorative materials. *Br Dent J.* 2005;198:361-6; discussion 549; quiz 372.
3. Wong L, Freeman S. Oral lichenoid lesions (OLL) and mercury in amalgam fillings. *Contact Dermatitis.* 2003;48:74-9.
4. Segura-Egea JJ, Bullón-Fernández P. Lichenoid reaction associated to amalgam restoration. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9:421-4.
5. Lind PO, Hurlen B, Lyberg T, Aas E. Amalgam-related oral lichenoid reaction. *Scand J Dent Res.* 1986;94:448-51.
6. Fathi M, Mortazavi V. A review on dental amalgam corrosion and its consequences. *J Res Med Sci.* 2004;1:42-51.
7. Koch P, Bahmer FA. Oral lesions and symptoms related to metals used in dental restorations: a clinical, allergological and histologic study. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:422-30.
8. Östman PO, Anneroth G, Skoglund A. Amalgam-associated oral lichenoid reactions. Clinical and histologic changes after removal of amalgam fillings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1996;81:459-65.
9. Dunsche A, Kästel I, Terheyden H, Springer IN, Christopher E, Brasch J. Oral lichenoid reactions associated with amalgam: improvement after amalgam removal. *Br J Dermatol.* 2003;148:70-6.
10. Thornhill MH, Simmons RK, Pemberton MN, Theaker ED. Patch test value. *Br Dent J.* 2005;199:445.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Ricardo Alves Mesquita

Faculdade de Odontologia da UFMG, sala 3204

Av. Antônio Carlos, 6627. Pampulba

31270 901 - Belo Horizonte - MG

Tel./Fax: (31) 3499 2478 / (31) 3499 2472

E-mail: ramesquita@ufmg.br

Como citar este artigo / How to cite this article: Bernardes VF, Garcia BG, Souto GR, Novaes-Junior JB, Aguiar MCF, Mesquita RA. Lesão liquenóide oral relacionada ao amálgama. *An Bras Dermatol.* 2007;82(6):549-52.