

## Necrose lingual em paciente com arterite craniana

Gerson Schulz Maahs <sup>1</sup>, Daniela Dias Fabricio <sup>2</sup>

## Tongue necrosis in a patient with cranial arteritis

Palavras-chave: arterite craniana, arterite temporal, doença de horton, infarto lingual, necrose de língua.

Keywords: cranial arteritis, horton's disease, temporal arteritis, tongue infarction, tongue necrosis.

### INTRODUÇÃO

A arterite craniana (AC) é uma vasculite de células gigantes de causa desconhecida, que envolve primordialmente os ramos extracranianos da artéria carótida. É a vasculite sistêmica mais comum em adultos<sup>1</sup>.

A idade é seu principal fator de risco, ocorrendo em pacientes acima de 50 anos.

As manifestações clássicas da AC são cefaléia, claudicação mandibular, polimialgia reumática e sintomas visuais<sup>1-3</sup>. A cefaléia é o achado mais comum em 70% dos pacientes. A polimialgia reumática é geralmente vista como um estágio sistêmico da AC, e se caracteriza por dor nos ombros, pescoço e quadril.

Sintomas visuais como perda de visão e diplopia ocorrem em um terço dos pacientes. A cegueira é a complicação mais temida. Sintomas constitucionais como perda de peso, febre e artralgia são comuns.

Em 40% dos pacientes ocorrem sintomas atípicos otorrinolaringológicos, como tosse seca, odinofagia, disfonia, dor cervical e comprometimento da língua<sup>1,4</sup>. O envolvimento da língua não é incomum, as principais queixas são parestesias, dor, glossite e claudicação lingual. Apesar disso, isquemia e necrose lingual são eventos raros<sup>5</sup>.

O diagnóstico é feito pela história clínica, o exame físico e o aumento da velocidade de hemossedimentação (VSG), que usualmente é maior que 100 mm/h<sup>1-5</sup>. No exame do paciente podemos encontrar anormalidades na artéria temporal como aumento, espessamento ou perda de sua pulsação. O diagnóstico é confirmado pela biópsia da artéria temporal que demonstra infiltração mononuclear ou inflamação granulomatosa.

### CASO CLÍNICO

Paciente feminina, branca, 68 anos, iniciou com dor em região temporal direita e dores mandibulares. Posteriormente, apresentou dor de forte intensidade na língua, evoluindo em 30 horas para necrose e ulceração da língua na região látero-anterior direita, com considerável perda de tecido lingual (Figura 1).



Figura 1. Necrose lingual.

A artéria temporal direita estava espessada. O VSG era de 113 mm/h. Foi iniciado 60mg de prednisona e 100mg de azatioprina. A resposta clínica, após três meses, foi excelente, com regeneração satisfatória do tecido lingual.

### DISCUSSÃO

A necrose lingual é uma ocorrência rara na arterite craniana. Ocorre pela estenose e oclusão da artéria lingual e colaterais. Dor ou claudicação lingual e dificuldade para deglutir são importantes sinais de alerta para evitar evolução para isquemia e necrose lingual. Quando o processo isquêmico é iniciado, o processo parece ser progressivo, evoluindo para necrose lingual. Na metade dos pacientes a necrose é simétrica em ambos os lados da

língua, em 20% todo dorso é acometido, e em 25% somente a ponta é acometida. O local da necrose no nosso caso é incomum, sendo assimétrico e acometendo a parte ântero-lateral direita da língua.

Alguns autores tem descrito a precipitação do processo isquêmico com o uso de ergotamina<sup>5,6</sup>, sendo comum a auto-medicação com esta substância, já que a cefaléia é um sintoma comum. Isto ocorreria por um efeito de vasoespasmo provocado pela droga, contribuindo para a oclusão arterial.

A biópsia da língua geralmente é inespecífica e não está indicada.

O tratamento de escolha para AC é o uso de corticosteróides em altas doses, que pode ser associado a outros imunossupressores como azatioprina e metotrexate.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora reportado na literatura, o achado de necrose lingual não é usual. A familiarização do otorrinolaringologista com esta patologia e suas manifestações atípicas é de importância na prevenção de suas complicações.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hellmann D. Temporal arteritis: a cough, toothache and tongue infarction. JAMA 1992;287:2996-3000.
2. Goodman BW. Temporal arteritis. Am J Med 1979;67:839-52.
3. González-Gay MA, et al. Epidemiology of biopsy proven giant cell arteritis in northwestern Spain. Ann Rheum Dis 2001;60: 367-71.
4. Hellmann DB. Occult manifestations of giant cell arteritis. Med Rounds 1989;2:296-301.
5. Bodenson J, et al. Tongue necrosis in temporal arteritis provoked by ergotamine. Journal of Internal Medicine. 1992;232:541-4.
6. Ginzburg E et al. Lingual Infarction: a review of the literature. Ann Vasc Surg 1992;6:450-2.

<sup>1</sup> Doutorando em cirurgia, mestre em medicina, otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço, mestre, prof. residência.

<sup>2</sup> Médica otorrinolaringologista colaboradora do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Lucas da PUCRS.

Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre RS.

Endereço para correspondência: Gerson Maahs - Avenida Ipiranga 6690 Centro Clínico da PUCRS conjunto 511 Porto Alegre RS.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 22 de novembro de 2005. cod. 1598.

Artigo aceito em 26 de julho de 2006.