



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Campus de Araçatuba

ANA CLÁUDIA ÁLVARES CARNEIRO

Considerações sobre Lúpus Eritematoso
Sistêmico

Considerations on Erythematosus Lupus

ARAÇATUBA - SP

2013

ANA CLÁUDIA ÁLVARES CARNEIRO

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar

ARAÇATUBA – SP

2013

Dedicatória

A Shyrley Gontijo Álvares Carneiro, minha querida mãe, com amor e admiração por toda a sua força, coragem e determinação de vida, gratidão pelo apoio incondicional e por ter sido inspiração para este trabalho.

Agradecimentos

Realizo hoje um grande sonho da minha vida, graças ao meu esforço, determinação e garra. Foram anos de luta e persistência, mas valeu a pena a distância e cada choro de saudade. Minha eterna gratidão a todos que contribuíram para a realização deste grande sonho.

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, pela fé e pelo dom da vida.

Aos meus amados pais (Vilmar e Shyrley), e irmãos (Fernando Henrique e Laura Cristina), pela força, incentivo, compreensão, carinho e amor.

À Profa. Dra. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar, pela paciência, atenção, apoio, orientação e por ter sido elemento fundamental para a conclusão deste trabalho.

Aos meus professores, especialmente a banca examinadora composta pelo Prof. Dr. Robson Frederico Cunha e a Doutoranda Michele Danelon, que contribuíram para meu sucesso e crescimento como pessoa.

À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização do curso de graduação em Odontologia.

“Suba o primeiro degrau com fé.

Não é necessário que você veja toda a escada.

Apenas dê o primeiro passo”.

Martin Luther King

CARNEIRO, A.C.A. **Considerações sobre Lúpus Eritematoso Sistêmico.** Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Resumo

Lúpus é uma doença autoimune rara caracterizada pela formação de autoanticorpos que agem contra os próprios tecidos do organismo. O paciente fabrica substâncias nocivas para seu organismo e o anticorpo, que é um mecanismo de defesa, passa a ser um mecanismo de autoagressão. Ocorre mais frequentemente nas mulheres, adultos, latinos e negros. A doença lúpus é dividida em três tipos: Lúpus Eritematoso Discóide; Lúpus Eritematoso Sistêmico e Lúpus Eritematoso Induzido por Drogas. O acometimento da face ocorre em 40% a 50% dos pacientes diagnosticados com Lúpus Eritematoso Sistêmico e caracteriza-se por um exantema em forma de asa de borboleta que se desenvolve nas áreas malar e nasal. As lesões bucais associadas ao Lúpus Eritematoso Sistêmico são inespecíficas, apresentando-se erosivas ou atróficas, circundadas por pápulas hiperkeratóticas ou estrias, em lábios, bochechas, palato e língua. Também têm sido relatadas simultaneamente monilíase bucal e xerostomia. O tratamento do Lúpus Eritematoso é inespecífico, pois não existe um protocolo padrão para todos os pacientes. Várias medidas são empregadas, entre medicamentos e normas, para que se tenha uma boa qualidade de vida. Os pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico devem evitar exposição à luz solar, pois as radiações ultravioletas podem desencadear a atividade da doença. Deve ser sempre feito o uso de filtros solares. Através de um tratamento bem feito, a mulher portadora de lúpus tem condições de levar uma vida normal. O Lúpus é uma doença grave, especialmente se houver lesão renal e lesão cerebral, mas atualmente conta-se com um contingente terapêutico importante e com antibióticos mais modernos que protegem contra infecções e garantem sobrevida maior para essas pacientes. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica atualizada sobre a doença Lúpus Eritematoso, enfocando as manifestações bucais que mais comumente ocorrem nas pessoas afetadas por esta doença, bem como os tratamentos atualmente realizados.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Anticorpos. Manifestações bucais.

CARNEIRO, A.C.A. **Considerations on Systemic Erythematosus Lupus.**
Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Abstract

Lupus is a rare autoimmune disease characterized by formation of the auto-antibodies which act against the body's own tissues. The patient produces harmful substances to your body and the antibody, which is a defense mechanism, becomes a mechanism of self-harm. It occurs more frequently in women, adults, latinos and black people. Lupus disease is divided into three types: Discoid Lupus Erythematosus, Systemic Lupus Erythematosus and Lupus Erythematosus Induced by Drugs. The involvement of the face occurs in 40 % to 50 % of patients diagnosed with systemic lupus erythematosus and is characterized by a rash shaped like a butterfly's wing that develops in the malar and nasal areas. The oral lesions associated with systemic lupus erythematosus are nonspecific, presenting erosive or atrophic or hyperkeratotic papules surrounded by streaks on lips, cheeks, palate and tongue. Have also been reported simultaneously oral candidiasis and xerostomia. The treatment of lupus erythematosus was nonspecific, since there is no standard protocol for all patients. Several measures are employed, between drugs and standards, in order to have a good quality of life. Patients with Systemic Lupus Erythematosus should avoid exposure to sunlight because ultraviolet radiation can trigger disease activity. They should always be done using sunscreens. The woman, who has lúpus, by performing a good treatment, is able to lead a normal life. Lupus is a serious disease, especially if there is kidney damage and brain injury, but it currently has a contingent with important therapeutic and most modern antibiotics that protect against infections and ensures longer survival of these patients. The aim of this study was to review current literature about the Lupus Erythematosus disease, focusing on the oral manifestations that occur most commonly in people affected by this disease, and the treatments currently performed.

Keywords: Systemic Erythematosus Lupus. Antibodies. Oral manifestations.

Lista de Figuras

Figura 1	Manifestações clínicas e sistêmicas de Lúpus Eritematoso Sistêmico	11
Figura 2	Características Microscópicas	12
Figuras 3 e 4	Úlceras no palato (lesões vermelhas, semelhantes a aftas no céu da boca)	14
Figura 5	Lesão no lábio inferior, provocando ulceração e dor	14
Figura 6	Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo	16
Figura 7	Lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia	16

Sumário

1	Introdução	9
2	Objetivo	10
3	Características gerais e clínicas	11
4	Características microscópicas	12
5	Manifestações bucais	13
6	Diagnóstico	15
7	Tratamento	17
8	Tratamento odontológico	18
9	Prognóstico	20
10	Entrevista	21
	Referências	23

1 INTRODUÇÃO

O LES (Lúpus Eritematoso Sistêmico) é uma doença inflamatória crônica de origem autoimune ¹. A doença autoimune é fundamentalmente caracterizada pela formação de auto anticorpos que agem contra os próprios tecidos do organismo. O paciente fabrica substâncias nocivas para seu organismo e o anticorpo, que é um mecanismo de defesa, passa a ser um mecanismo de autoagressão. Portanto, o que caracteriza a doença autoimune é a formação de anticorpos contra seus próprios constituintes². O paciente com lúpus é mais vulnerável a ter diferentes tipos de sintomas em vários locais do corpo, por ser portador de uma doença do sistema imunológico, que é responsável pela produção de anticorpos e organização dos mecanismos de inflamação em todos os órgãos. São dois tipos principais: o cutâneo, caracterizando-se apenas por manchas na pele; e o sistêmico: quando um ou mais órgãos são acometidos. Acomete qualquer idade, raça, sexo, sendo mais comum em mulheres, com idade entre 20 a 45 anos, mais frequente em mestiças e afrodescendentes. A causa é desconhecida, mas fatores genéticos, hormonais e ambientais participam de seu desenvolvimento¹.

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo, foi realizar uma breve revisão bibliográfica atualizada, sobre a doença Lúpus Eritematoso Sistêmico enfocando as manifestações bucais, que mais comumente ocorrem nas pessoas afetadas por esta doença, bem como os tratamentos atualmente realizados.

3 CARACTERÍSTICAS GERAIS E CLÍNICAS

Os sintomas gerais da doença são cansaço, desânimo, febre baixa, emagrecimento, perda de apetite e queda de cabelo. Ocorrem devido à inflamação na pele, articulações, rins, nervos, cérebro e membranas que recobrem o pulmão (pleura) e o coração (pericárdio). As manifestações clínicas mais frequentes são representadas por lesões de pele, lesões articulares, inflamação das membranas, nefrite, alterações neuropsiquiátricas e no sangue. ¹

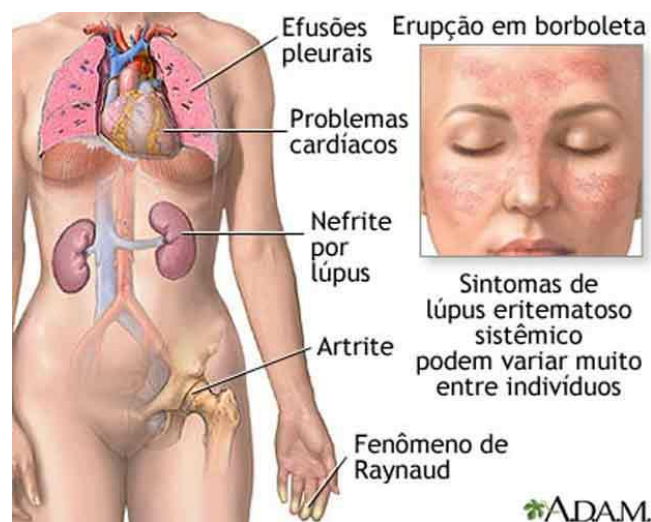


Figura 1 – Manifestações clínicas e sistêmicas de Lúpus Eritematoso Sistêmico

4 CARACTERÍSTICAS MICROSCÓPICAS

Microscopicamente, o LES em lesão bucal caracteriza-se por: para ou ortoceratose, acantose, atrofia epitelial, degeneração vacuolar da membrana basal com necrose dos ceratinócitos basais, espessamento da membrana basal, infiltrado mononuclear liquenóide e vasculite nos tecidos conectivos profundos³. Observa-se também espessamento da membrana basal, característica que difere do aspecto histopatológico do Líquen plano bucal, principal diagnóstico diferencial do LES^{4,5}.

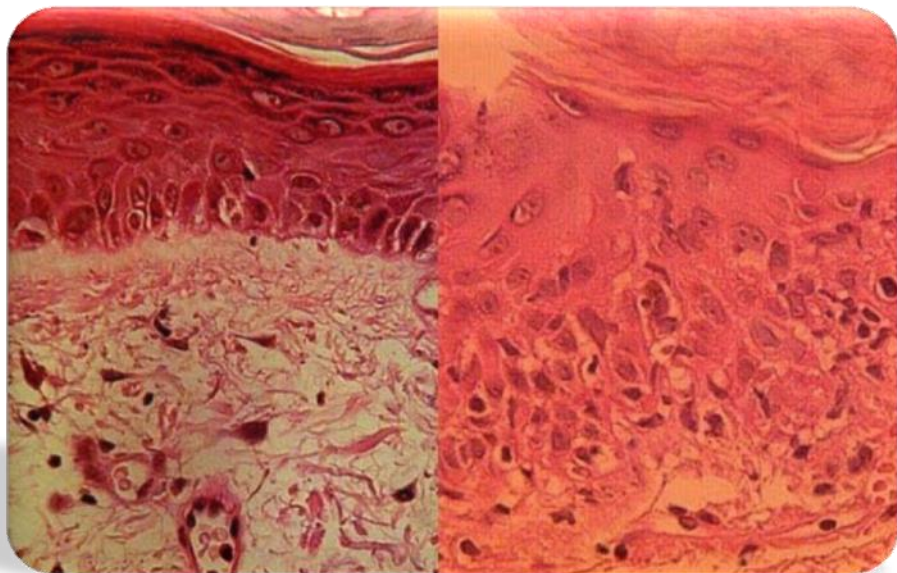


Figura 2: Características Microscópicas

5 MANIFESTAÇÕES BUCAIS

Pacientes imunossuprimidos apresentam, com frequência, alterações bucais, visto que a boca, em condições normais, funciona como uma barreira física local de defesa imunológica contra agentes patógenos⁶. A prevalência dos pacientes com LES que manifestam lesões bucais é variável entre 6,5 e 21%, acometendo principalmente língua, mucosa jugal, lábios e palato, apresentando-se como úlceras crônicas ou eritema, de dimensões variadas, com períodos de exacerbação e remissão.⁷⁻¹² Sintomas extra e intrabuciais são comuns em pacientes com LES, como ardência bucal, xerostomia, doenças das glândulas salivares, problemas nas ATM, gengivite descamativa e doença periodontal.^{13,14} A xerostomia pode levar ao aumento da ocorrência de cárie e à predisposição à candidíase, especialmente se estiverem sendo administrados imunossupressores, como a prednisona^{15,16}. Estes sintomas também podem estar relacionados à síndrome de Sjögren secundária, doença manifestada por 7,5 a 30% dos pacientes com LES⁷, que apresenta outras manifestações como erosões dentárias, fissura ou atrofia da língua e aumento da viscosidade salivar^{15,17}. Os sítios de acometimento prevalentes de lesões bucais de LES são mucosa jugal, palato duro e lábio inferior^{7-10,18}. As lesões no vermelhão dos lábios, principalmente do lábio inferior, merecem especial atenção do profissional, pois podem estar relacionadas à *queilite lúpica*⁵, com ou sem displasia epitelial³.



Figura 3



Figura 4

Figuras 3 e 4 – Úlceras no palato (lesões vermelhas, semelhantes a aftas no palato)



Figura 5 – Lesão no lábio inferior, provocando ulceração e dor

6 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através do reconhecimento pelo médico de um ou mais dos sintomas. Não existe um exame exclusivo do LES, mas a presença do exame FAN com títulos elevados, em uma pessoa com sinais e sintomas característicos, permite o diagnóstico com certeza. Exames de sangue e/ou urina são solicitados para auxiliar no diagnóstico, identificando se há ou não sinais de atividade da doença ¹. O exame FAN (Fator anti-núcleo) para o diagnóstico de LES, relata reatividade entre 95% e 100% para auto anticorpos em pacientes com LES ^{19,22}. A detecção de autoanticorpos pode não só definir o diagnóstico, como estar relacionada à atividade da doença. De fato, 75% a 95% dos pacientes com LES não tratados apresentam anticorpos anti-DNA fita dupla, que indicam a doença ativa. ^{19,21} Na prática costuma-se estabelecer o diagnóstico de LES utilizando os critérios de classificação propostos pelo *American College of Rheumatology* (ACR), que se baseia na presença de pelo menos quatro critérios dos onze citados a seguir ²³:

- 1) Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.
- 2) Lesão discóide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
- 3) Fotossensibilidade: exantema cutâneo, como reação não usual à exposição à luz solar, de acordo com a história do paciente ou conforme observado pelo médico.
- 4) Úlceras orais/nasais: úlceras orais ou nasofaríngeas, usualmente indolores, observadas pelo médico.
- 5) Artrite: artrite não erosiva envolvendo duas ou mais articulações periféricas, caracterizadas por dor e edema ou derrame articular.
- 6) Serosite: pleuris (caracterizada por história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural) ou pericardite (documentado por eletrocardiograma, atrito ou evidência de derrame pericárdico).
- 7) Comprometimento renal: proteinúria persistente (> 0,5g/dia ou 3+) ou cilindrúria anormal.
- 8) Alterações neurológicas: convulsão (na ausência de outra causa) ou psicose (na ausência de outra causa).
- 9) Alterações hematológicas: anemia hemolítica ou leucopenia (menor que 4.000 leucócitos/ml em duas ou mais ocasiões), linfopenia (menor que 1.500 linfócitos/ml

em duas ou mais ocasiões) ou plaquetopenia (menor que 100.000 plaquetas/ml na ausência de outra causa).

10) Alterações imunológicas: anticorpo anti-DNA nativo ou anti-Sm, ou presença de anticorpo antifosfolípide baseado em: a) níveis anormais de IgG ou IgM anticardiolipina; b) teste positivo para anticoagulante lúpico ou teste falso positivo para sífilis, por no mínimo seis meses.

11) Anticorpos antinucleares: título anormal de anticorpo anti-nuclear por imunofluorescência indireta ou método equivalente, em qualquer época, e na ausência de drogas conhecidas por estarem associadas à síndrome do lúpus induzido por drogas.

Estes critérios foram desenvolvidos com o objetivo de uniformizar a definição de LES para estudos científicos, e, embora raro, é possível termos pacientes com LES sem apresentarem quatro dos onze critérios de classificação. A avaliação laboratorial reforça o diagnóstico, exame FAN.



Figura 6 - Eritema malar: lesão eritematosa fixa em região malar, plana ou em relevo.



Figura 7 - Lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.

7 TRATAMENTO

O tratamento para o paciente com LES depende do tipo de manifestação apresentada. Medicamentos para regular as alterações imunológicas (corticóides, antimaláricos e imunossupressores); e medicamentos gerais. Uso de foto-protetores diariamente, nas áreas expostas à claridade.¹ O tratamento medicamentoso deve ser individualizado para cada paciente e dependerá dos órgãos ou sistemas acometidos e da gravidade desses acometimentos. Independente do órgão ou sistema afetado, o uso contínuo de antimaláricos (difosfato de cloroquina ou sulfato de hidroxicloroquina) é indicado com a finalidade de reduzir a atividade da doença e tentar poupar corticoide em todos os pacientes com LES.²⁴⁻²⁶ Além dos antimaláricos, os glicocorticoides são as drogas mais utilizadas no tratamento do LES. A dose de glicocorticoide varia de acordo com a gravidade de cada caso.²⁷ Em virtude dos múltiplos efeitos colaterais, os glicocorticoides devem ser utilizados na dose efetiva para o controle da atividade da doença, e, assim que possível, fazer a redução gradual de sua dose.²⁸

Como parte importante da abordagem terapêutica, algumas medidas gerais são recomendadas, dentre elas²³:

1. Educação: informar ao paciente e aos familiares o que é a doença, sua evolução, seus riscos e recursos disponíveis para o diagnóstico e o tratamento. Recomenda-se a necessidade de cumprimento das medidas estabelecidas pelo médico.
2. Apoio psicológico: transmitir ao paciente otimismo e motivação para o tratamento, além de estimular os projetos de vida.
3. Atividade física: repouso nos períodos de atividade sistêmica da doença e medidas visando à melhora do condicionamento físico (estimular atividade física regular).
4. Dieta: Não há evidência científica de que os alimentos possam influenciar desencadeamento ou evolução da doença. Recomenda-se a adoção de uma dieta balanceada, evitando-se excessos de sal, carboidratos e lipídios.
5. Proteção contra luz solar e outras formas de irradiação ultravioleta.
6. Evitar tabagismo.

Quanto ao tempo de tratamento, é necessário saber que o LES é uma doença crônica, em que o paciente deve ter acompanhamento médico pelo resto da vida.

8 TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pacientes com lúpus têm problemas dentários específicos em consequência do processo da doença e das medicações necessárias para controlar os sintomas do lúpus. Comunicação entre paciente, médico e dentista é essencial. Pacientes com lúpus deveriam visitar o dentista em intervalos regulares, geralmente a cada 3 a 6 meses.

Recomendações úteis:

1. Durante uma crise, tratamentos dentários devem ser adiados a não ser que sejam absolutamente necessários.
2. Pacientes com lúpus estão frequentemente sob tratamento de corticosteróides que podem baixar a resistência e predispor a infecções de vários tipos. Portanto, check-up regulares deve ser feito e meticulosa higiene bucal deve ser mantida pelo paciente entre cada check-up.
3. Onde úlceras orais são presentes, pasta de dente deveria ser evitada. Um pouco de bicarbonato de sódio numa escova bem macia limpará os dentes perfeitamente.
4. Em certos casos o dentista poderá receitar ao paciente uma dose pré-determinada de antibiótico. Geralmente, isto é recomendado quando da realização de um tratamento odontológico mais extenso visando a prevenção da endocardite bacteriana. O dentista deverá avaliar cada caso individualmente e decidir, se haverá a necessidade do uso de antibióticos, principalmente no caso da penicilina, pois pode agravar o lúpus.
5. Cirurgias também podem temporariamente exacerbar o lúpus. Portanto, cirurgias eletivas deveriam ser evitadas e extrações dentais deveriam ser realizadas, apenas quando absolutamente necessárias.
6. Caso os dentes devam ser extraídos como consequência de uma higiene oral fraca e inadequada, a dentadura resultante poderá irritar as feridas e úlceras na boca, causando algum desconforto. Ao usar prótese total não se deve usar

substâncias adesivas, e ao usar limpadores de dentaduras, estas devem ser muito bem enxaguadas antes de serem recolocadas na boca.

7. Para uma escovação eficiente, a escova deve limpar as cinco faces de cada dente. A área mais crítica e difícil de limpar é aquela adjacente ou próxima às gengivas. Deveria levar aproximadamente 10 minutos para escovar seus dentes completamente. Placas de tártaro que causam cáries e doenças periodontais, acumulam na superfície de cada dente e devem ser removidas diariamente. Caso a gengiva machuca ou sangra, deveria ser escovada mais.

8. Pacientes com lúpus deveriam checar a parte interior de sua boca regularmente procurando por áreas vermelhas ou irritações. Se estas áreas foram constatadas, deverão ser informadas ao médico e ao dentista.²⁹

Os pacientes com LES necessitam de cuidados bucais especiais, principalmente devido ao fato de estarem mais susceptíveis às infecções, de uma maneira geral. É necessário o acompanhamento periódico do paciente pelo cirurgião dentista a fim de que o diagnóstico precoce da doença periodontal e de lesões bucais de LES seja realizado. O cirurgião dentista desempenha papel fundamental no diagnóstico das lesões de LES, uma vez que a cavidade bucal pode ser o local primário de manifestações da doença. Em última análise, este profissional deve estar atento aos cuidados bucais neste grupo de pacientes, bem como ao que se refere à profilaxia antibiótica nos procedimentos odontológicos indicados.³

9 PROGNÓSTICO

Com um tratamento bem feito, o paciente portador de lúpus tem condições de levar a vida normal. Lúpus é uma doença grave, especialmente se houver lesão renal e lesão cerebral, mas hoje podemos contar com um contingente terapêutico importante e com antibióticos mais modernos que protegem contra infecções e garantem sobrevida maior para esses pacientes. ²

10 ENTREVISTA COM UMA PACIENTE PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Paciente: S.G.A.C, 54 anos, sexo feminino, cor branca, brasileira.

Quando descobriu a doença?

- Descobri há mais ou menos três anos.

Como descobriu?

- Dois meses antes de descobrir a doença, tive dengue, que provocou manchas na minha pele. A dengue foi curada e as manchas não sumiram. Então, procurei um hematologista, que pediu vários exames, o FAN foi um deles, deu muito alterado, então ele me disse que eu tinha lúpus. Comecei o tratamento com ele. Minha sobrinha que é médica, foi me visitar e ao ver-me, me pediu para consultar com um reumatologista. Ele pediu exames diferentes, me lembro de que eram doze, pediu FAN, que deu novamente alterado e comprovou o diagnóstico de lúpus. Falou que eu tenho lúpus eritematoso sistêmico, mas chamou de “lupinho”, porque fez ultrassom de todos os órgãos do meu corpo, mas nenhum estava afetado, a doença estava no início.

Quais os primeiros sintomas?

- Além das manchas na pele, dor insuportável nas pernas, que me davam a necessidade de sentar; feridas nas pontas dos dedos, que apareciam até com uma gripe e demoravam a desaparecer.

Como são essas manchas?

- São vermelhas e escuras, algumas arroxeadas, concentradas em todos os locais expostos ao sol, principalmente rosto, pescoço e braços.

Quais os medicamentos você usa?

- Para o lúpus, comecei tomando Meloxicam e Reuquinol 400mg. O Reuquinol 400mg tomei por dois anos e o médico tirou. O Meloxicam tomei por um ano e foi substituído por Nimesulida 100mg e Deflazacorte 7mg, que tomo até hoje. Tomo também Amitriptilina 25mg, vitamina D e Fluoxetina 20mg para acalmar. Para

reposição hormonal, tomo Libian 2,5mg desde que entrei na menopausa. Tomo Omeprazol todos os dias de manhã, porque esse tanto de remédio estava acabando com o meu estômago.

Quais os hábitos de vida precisaram ser mudados?

- Tenho que evitar completamente o sol; usar protetor solar todos os dias (Episol 50); não posso ficar muito tempo sem comer porque começo a tremer. O médico me pediu para evitar momentos de estresse, porque podem piorar a doença.

Quando recebeu o diagnóstico, passava por algum período de estresse?

- Sim, um momento familiar muito ruim, relacionado ao meu pai. Fiquei abalada, sofri muito e perdi o apetite por certo período.

Em relação à boca, sentiu alguma alteração após o diagnóstico?

- Sim, senti minha boca amarga por mais ou menos um ano; meus dentes ficaram mais frágeis, quebram fácil.

Como se sente hoje? A doença atrapalha a sua vida?

- No início atrapalhou, levei um susto e não queria aceitar. Agora me sinto melhor, apesar de dias piores, com manchas e dor por todo o corpo, levo a vida numa boa, pois a doença está controlada.

REFERÊNCIAS

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Lúpus**. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/PDFs/LES_Cartilha_PDF_COMPLETO_2011.pdf>. Acesso em: 3 set.
2. KOPERSZTYCH, S. **Lúpus**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/clinica-geral/lupus/>>. Acesso em: 3 set. 2013.
3. UMBELLINO JÚNIOR, A. A. et al. Achados bucais no lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 67, n. 2, p.183-187, 2010.
4. LOURENÇO, S. V. et al. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of epithelial maturation. **J. Cutan. Pathol.**, v. 33, n. 10, p. 657-662, 2006.
5. NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral & maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798 p.
6. RIBEIRO, B.B. et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Odonto**, v. 20, n. 39, p. 61-70, 2012.
7. BRENNAN, M. T. et al. Oral manifestations in patients with lupus erythematosus. **Dent. Clin. North Am.**, v. 49, n. 1, p. 127-141, 2005.
8. LÓPEZ-LÁBADY, J. et al. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. **J. Oral. Pathol. Med.**, v. 36, n. 9, p. 524-527, 2007.
9. LOURENÇO, S. V. et al. Lupus erythematosus: clinical and histopathological study of oral manifestations and immunohistochemical profile of epithelial maturations. **J. Cutan. Pathol.**, v. 33, n. 10, p. 657-662, 2006.

10. ORTEU, C. H. et al. Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions: easily missed? **Br. J. Dermatol.**, v. 144, n. 6, p. 1219-1223, 2001.
11. RAMAKRISHNA, Y.; REDDY, J. S. Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions - a case report. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, v. 33, n. 3, p. 255-258, 2009.
12. ROUQUETTE, A. M.; DESGRUELLES, C. Detection of antibodies to dsDNA: an overview of laboratory assays. **Lupus**, v. 15, n. 7, p. 403-407, 2006.
13. CARRON, J. D.; KARAKLA, D. W.; WATKINS, D. V. Focal parotid necrosis in systemic lupus erythematosus. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v. 88, n. 4, p. 445-460, 1999.
14. JAYAKUMAR, N. D. et al. Systemic lupus erythematosus. **Indian J. Dent. Res.**, v. 17, n. 2, p. 91-93, 2006.
15. ALBILIA, J. B. et al. Systemic lupus erythematosus: a review for dentists. **J. Can. Dent. Assoc.**, v. 73, n. 9, p. 823-828, 2007.
16. FERNANDES, E. G. C. et al. Oral health and the masticatory system in juvenile systemic lupus erythematosus. **Lupus**, v. 16, n. 9, p. 713-719, 2007.
17. DE ROSSI, S. S.; GLICK, M. Lupus erythematosus: considerations for dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 129, n. 3, p. 330-339, 1998.
18. MCCAULIFFE, D. P. Cutaneous lupus erythematosus. **Semin. Cutan. Med. Surg.**, v. 20, n. 1, p. 14-26, 2001.
19. BURLING, F. et al. Ethnic, clinical and immunological factors in systemic lupus erythematosus and the development of lupus nephritis: results from a multi-ethnic New Zealand cohort. **Lupus**, v. 16, n. 10, p. 830-837, 2007.

- 20.CAVAZZANA, I. et al. Clinical and serological features of 35 patients with anti-Ki autoantibodies. **Lupus**, v. 14, n. 10, p. 837-841, 2005.
- 21.HOFFMAN, I. E. A. et al. Specific antinuclear antibodies are associated with clinical features in systemic lupus erythematosus. **Ann. Rheum. Dis.**, v. 63, n. 9, p. 1155-1158, 2004.
- 22.KURIEN, B. T.; SCOFIELD R. H. Autoantibody determination in the diagnosis of systemic lupus erythematosus. **Scand. J. Immunol.**, v. 64, n. 3, p. 227-235, 2006.
- 23.SATO, E. I. et al. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 42, n. 6, p. 362-370, 2002.
- 24.HOCHBERG, M. C. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. **Arthritis. Rheum.**, v. 40, n. 9, p. 1725, 1997.
- 25.MEINÃO, I. M. et al. Controlled trial with chloroquine diphosphate in systemic lupus erythematosus. **Lupus**, v. 5, n. 3, p. 237-241, 1996.
- 26.CANADIAN HYDROXICHLOROQUINE STUDY GROUP. A randomized study of the effect of withdrawing hydroxychloroquine sulfate in systemic lupus erythematosus. **N. Eng. J. Med.**, v. 324, n. 3, p. 150-154, 1991.
- 27.KIROU, K. A.; BOUMPAS, D. T. Systemic glucocorticoid therapy in systemic lupus erythematosus. In: WALLACE, D. J.; HAHN, B. H. (Ed.). **Dubois lupus erythematosus**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 1173-1194.
- 28.BOUMPAS, D. T. et al. Glucocorticoid therapy for immune mediated diseases: basic and clinical correlates. **Ann. Inter. Med.**, v. 119, n. 12, p. 1198-1208, 1993.

29. DIAS, N. S. L. **Dental care and lúpus**. 1997. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/11526>>. Acesso em 3 set. 2013.