

FOTOBIMODULAÇÃO COM LASER DE BAIXA POTÊNCIA COMO TRATAMENTO ADJUVANTE PARA PÊNFIGO VULGAR ORAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Thiago Alexsander Oliveira Gomes¹

Taís Santos de Oliveira²

Vinicius Rabelo Torregrossa³

RESUMO

O Pênfigo Vulgar (PV) é uma doença autoimune grave, mucocutânea e vesiculobolhosa. Clinicamente, nota-se a formação de bolhas suprabasais mucocutâneas, que se transformam em úlceras dolorosas. As lesões surgem primeiramente na cavidade oral e trazem desconforto para verbalizar e deglutir. A terapia de primeira escolha é a corticoterapia associada a imunossupressores, entretanto, essa modalidade possui diversos efeitos adversos. Diante disso, traz-se o advento do tratamento adjuvante com a fotobiomodulação com laser de baixa potência (FLBP). O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico sobre os efeitos da FLBP como tratamento adjuvante em uma paciente com pênfigo vulgar oral. Paciente do sexo feminino, 70 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e transtorno de ansiedade generalizada. Apresentava queixas de descamação e úlceras em vários sítios na mucosa oral, impedindo-a de se alimentar. Foi instituído tratamento padrão de primeira linha. Contudo, a paciente apresentou efeitos adversos que limitou o uso da corticoterapia sistêmica. Como alternativa, foi realizado o tratamento adjuvante com a FLBP. Em 36 dias, as lesões regrediram significativamente, durante o período, cursou assintomática, sem dores e efeitos adversos. Diante disso, a FLBP aparenta-se promissora como tratamento adjuvante ao promover a aceleração do processo cicatricial, analgesia satisfatória e diminuição do uso crônico de imunossupressores, e seus eventuais efeitos adversos no tratamento do PV.

PALAVRAS-CHAVE: Pênfigo vulgar; Cavidade oral; Terapia a Laser de Baixa Potência; Doenças Autoimunes/tratamento farmacológico; Corticosteroides.

PHOTOBIMODULATION WITH LOW POWER LASER AS ADJUVANT TREATMENT FOR PEMPHIGUS VULGAR ORAL: CLINICAL CASE REPORT

Thiago Alexsander Oliveira Gomes¹

Taís Santos de Oliveira²

Vinicius Rabelo Torregrossa³

ABSTRACT

Pemphigus Vulgaris (PV) is a severe autoimmune, mucocutaneous, vesiculobullous disease. Clinically, the formation of mucocutaneous suprabasal blisters is noted, which turn into painful ulcers. The lesions first appear in the oral cavity and cause discomfort when verbalizing and swallowing. The first choice therapy is corticotherapy associated with immunosuppressants, however, this modality has several adverse effects. Therefore, there is the advent of adjuvant treatment with photobiomodulation with low-power laser (FLBP). The objective of this work is to report a clinical case on the effects of FLBP as an adjuvant treatment in a patient with oral pemphigus vulgaris. Female patient, 70 years old, with systemic arterial hypertension and generalized anxiety disorder. She complained of scaling and ulcers at various sites on the oral mucosa, preventing her from eating. Standard first-line treatment was instituted. However, the patient had adverse effects that limited the use of systemic corticosteroid therapy. As an alternative, adjuvant treatment with FLBP was performed. In 36 days, the lesions regressed significantly, during the period, she was asymptomatic, without pain and adverse effects. In view of this, FLBP appears to be promising as an adjuvant treatment by promoting the acceleration of the healing process, satisfactory analgesia and reduction of the chronic use of immunosuppressants, and their possible adverse effects in the treatment of PV.

KEYWORDS: Pemphigus vulgaris; Mouth; Low-Level Light Therapy; Autoimmune Diseases; Adrenal Cortex Hormones

¹ Aluno de graduação do curso de Odontologia, do Centro Universitário UNIFTC Salvador, Salvador-BA. Email: thiagoalexgomes@gmail.com

² Aluna de graduação do curso de Odontologia, do Centro Universitário UNIFTC Salvador, Salvador-BA. Email: taisdeoliveiras@outlook.com

³ Professor orientador do curso de Odontologia, do Centro Universitário UNIFTC Salvador, Salvador-BA. Doutor em Estomatopatologia- FOP/UNICAMP Email: viniciusrabelotorregrossa@gmail.com

INTRODUÇÃO

Pênfigo Vulgar (PV) é uma doença autoimune vesiculobolhosa, mucocutânea, que está incluída em um grupo grave de doenças autoimunes, com significativa morbidade e mortalidade. Apresenta-se clinicamente por vesículas e/ou bolhas intraepiteliais mucocutâneas, que levam rapidamente à formação de erosões e úlceras dolorosas (MINICUCCI et al., 2012; RUOCCO et al., 2013; PAVLIĆ et al., 2014).

Estima-se que em mais de 70% dos casos o PV se manifeste em seu início na cavidade oral. Sua aparição na cavidade oral precede, em média, cinco meses à aparição das lesões na pele e em outros sítios. Na cavidade oral, as regiões mais acometidas incluem o palato, gengiva inserida, ventre da língua, mucosa labial e jugal, que podem apresentar úlceras de diferentes tamanhos. As lesões causam desconforto e dificuldades para verbalizar e deglutir nos pacientes afetados, impactando a sua qualidade de vida (MINICUCCI et al., 2012; NEVILLE et al., 2016).

Para seu correto diagnóstico é preciso realizar a biópsia da região perilesional e submetê-la ao exame histopatológico. Ao exame microscópico será possível notar a formação de bolhas acantolíticas intraepiteliais decorrentes do rompimento da adesão das células epiteliais, sendo observada a membrana basal intacta. Esse fenômeno ocorre devido a uma produção anormal de autoanticorpos contra glicoproteínas desmossômicas – Dsg 3 e Dsg1, que inibe a adesão célula-célula. Testes adicionais através de imunofluorescência direta e indireta de amostras frescas podem confirmar a presença de anticorpos e componentes do sistema complemento nos espaços intercelulares e no soro do paciente, respectivamente (MINICUCCI et al., 2012; NEVILLE et al., 2016; LAMBOGLIAA et al., 2018; SACCUCCI et al., 2018).

O principal objetivo na terapia inicial é o controle da doença, que consiste na prevenção da formação de novas bolhas e cicatrização daquelas já existentes. O tratamento padrão-ouro inclui o uso de corticosteroide sistêmicos e imunossupressores. No entanto, essa modalidade de tratamento possui diversos efeitos adversos, como infecções oportunistas e alterações metabólicas a médio e longo prazo. Em função disso, novas modalidades adjuvantes de tratamento têm sido propostas com vistas a um melhor resultado clínico nos pacientes refratários às terapias convencionais (PAVLIĆ et al., 2014; YOUSEF et al., 2017; KASPERKIEWICZ et al., 2017; PORRO et al., 2019).

A fotobiomodulação com laser de baixa potência (FLBP) é uma modalidade de tratamento alternativo ou adjuvante que vem sendo largamente utilizada na medicina e odontologia nos últimos anos. Sua aplicação fornece energia luminosa bioestimulante diretamente nas células e sua absorção não aumenta significativamente a temperatura no tecido. Seu uso promove aceleração na cicatrização de feridas e reparo de tecidos por meio do estímulo de processos fisiológicos, como a proliferação celular e aumento da síntese de ATP, ácidos nucleicos e fibras colágenas. Por isso, tem sido recomendada com boa aceitação para o tratamento de lesões não cicatrizantes, ulceradas e atróficas, como o PV (MINICUCCI et al., 2012; PAVLIĆ et al., 2014; YOUSEF et al., 2017).

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico sobre os efeitos da FLBP como tratamento adjuvante em uma paciente com pênfigo vulgar oral.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 70 anos, economista, portadora de hipertensão arterial sistêmica, nega alergias e atualmente em uso de Naprix A® (5 mg ramipril + 5 mg besilato de anlodipino). Compareceu à clínica de estomatologia da UNIFTC com queixas de “estou com aftas, dor na garganta, feridas e sensação de queimação na boca”, há cerca de um mês, após apresentar transtorno de ansiedade generalizada e insônia relacionada às medidas de confinamento adotadas durante o período de pandemia pela COVID-19.

A paciente refere ter buscado atendimento odontológico prévio para a condição com cirurgião dentista de serviço externo, que indicou o uso de triancinolona acetona e digluconato de clorexidina 0,12% para o tratamento das lesões ulceradas na mucosa oral, porém, sem resposta clínica satisfatória. Após isto, a paciente buscou atendimento médico com otorrinolaringologista e dermatologista, que prescreveram bochechos com dexametasona, bicarbonato de sódio e nistatina, sem sucesso terapêutico. Após uma nova consulta, desta vez com um cirurgião de cabeça e pescoço, foi indicada a remoção completa da lesão em centro cirúrgico. Após discordar da conduta sugerida pelo cirurgião de cabeça e pescoço, a paciente procurou pelo serviço especializado de estomatologia da UNIFTC. Durante o exame

físico extrabucal notou-se a presença de lesões ulceradas e crostosas em forma de alvo distribuídas na pele da região cervical posterior e supraclavicular do lado direito (**Figura 1a**), com sintomatologia dolorosa associada. No exame físico intrabucal notou-se a presença de extensa área ulcerada com fundo eritematoso, recoberta por tecido epitelial descamado em mucosa jugal, bilateralmente, borda lateral esquerda de língua, mucosa labial, palato duro, palato mole e em gengiva inserida em ambas as arcadas (**Figura 1b, 1c e 1d**).

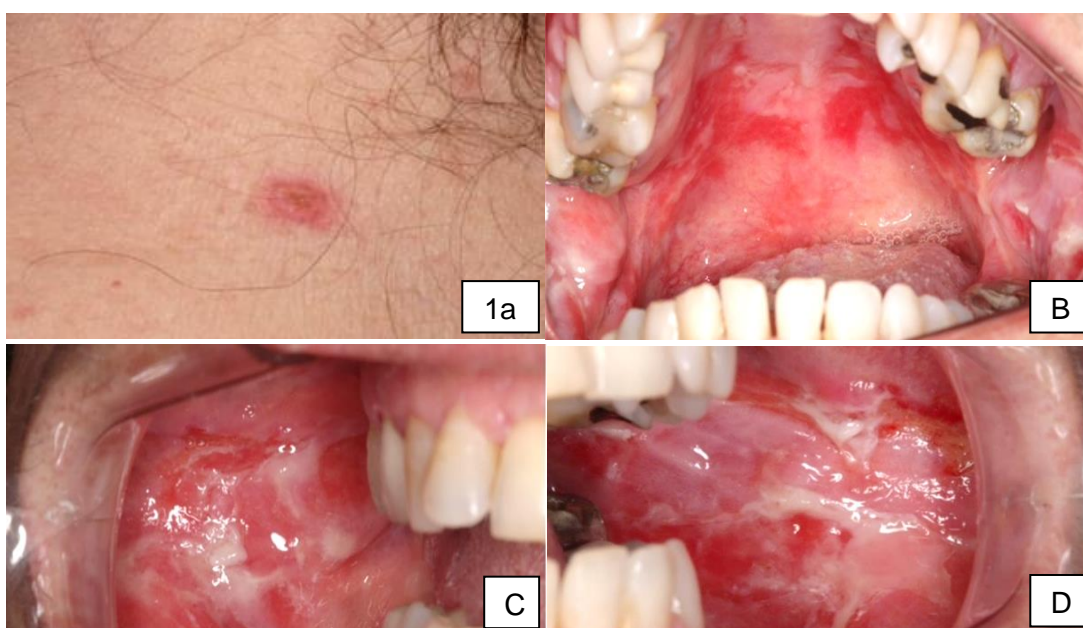


Figura 1: Fotos clínicas iniciais da paciente. A) lesão em alvo na região cervical; B) extensa área ulcerada em palato; C) e D) úlceras permeadas por ilhas de epitélio descamado na mucosa jugal direita e esquerda da paciente. Fonte: os autores

Após observar o aspecto clínico característico das lesões foram sugeridas as hipóteses diagnósticas de pênfigo vulgar oral *versus* penfigoide benigno das membranas mucosas. Foi sugerida a biópsia e o tratamento foi aprovado pelo paciente através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e submetido ao comitê de ética: CAAE 66918123.3.0000.5032. Dessa forma, em ambulatório, foi realizada a biópsia incisional da região de mucosa labial do lado direito da paciente e o espécime foi enviado para análise histopatológica. No momento da manipulação da mucosa foi possível observar a presença do sinal de Nikolsky positivo, com formação de bolha subepitelial em mucosa labial inferior (**Figura 2**).



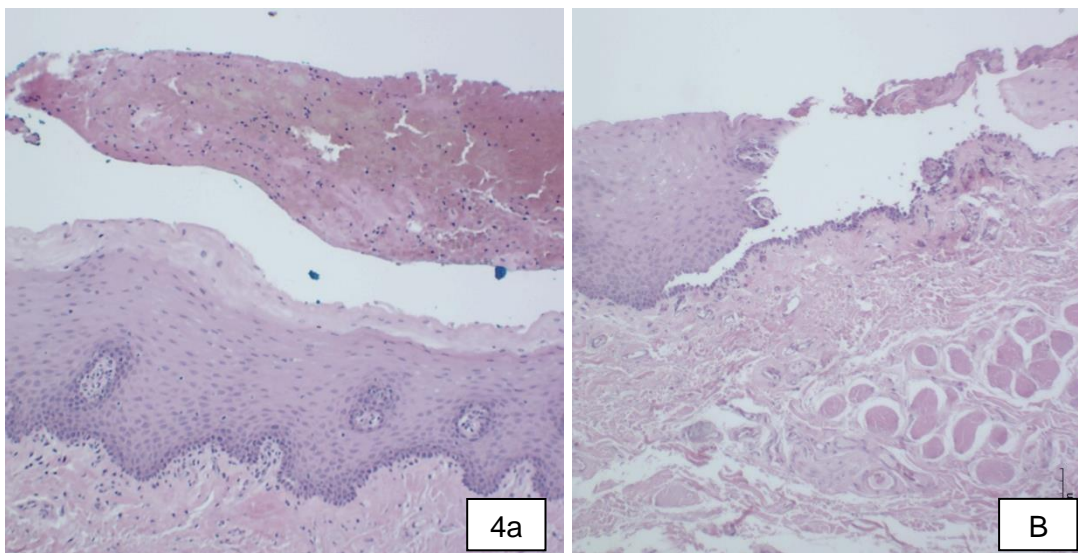
Figura 2: Formação de bolha intraepitelial visível logo após a manipulação da mucosa labial durante a biópsia incisional do tecido perilesional. Fonte: os autores

Em primeiro momento, foi prescrito o uso oral de prednisona 20 mg, três vezes ao dia por cinco dias, combinado ao uso de bochechos à base de propionato de clobetasol a 0,05% e nistatina suspensão 100.000 UI para controle das lesões orais. Além disso, a paciente foi encaminhada para acompanhamento clínico com dermatologista, ginecologista e oftalmologista para a investigação da ocorrência de lesões similares em outras topografias. Entretanto, a paciente referiu manifestar sintomas de crise hipertensiva após o início do uso sistêmico de corticosteroides, com aumento progressivo dos níveis pressóricos e síncope reportada após o 4º dia de tratamento. Devido às reações adversas apresentadas pela paciente, optou-se por manter apenas o tratamento local com o uso tópico dos bochechos de propionato de clobetasol a 0,05% associado à nistatina oral. Com o intuito de tratar localmente o processo descamativo na mucosa oral e, simultaneamente, prevenir uma candidose oral secundária ao uso continuado de corticosteroides tópicos. No retorno, após 07

dias da primeira consulta, a paciente apresentou melhora incipiente do quadro clínico inicial (**Figura 3**).



O resultado da análise histopatológica revelou a presença de áreas de mucosa parcialmente desepitelizadas, com destacamento epitelial supra basal. Observou-se ainda moderada quantidade de material hialino, com fibrina e neutrófilos sobre o epitélio e discretamente entre o epitélio e lâmina própria, com presença de discreto infiltrado inflamatório linfocitário perivascular abaixo da lâmina própria (**Figura 4**). Os aspectos histopatológicos reportados aliados ao quadro clínico manifestado pela paciente corroboraram para o diagnóstico de pênfigo vulgar oral.



Um mês após passar com dermatologista, foi introduzido o uso da azatioprina (50 mg, duas vezes ao dia), prednisona 10 mg e creme contendo betametasona 0,5 mg e gentamicina 1 mg para as lesões ulceradas e descamativas em pele. Além disso, foi realizada a troca do Naprix® pelo nebivolol pelo cardiologista da paciente, em função da suspeita de possível gatilho para o surgimento do PV. Em nova consulta de retorno, após quinze dias da entrega do laudo histopatológico, foi possível notar uma melhora das lesões em pele na região cervical e das lesões orais ao exame físico (**Figura 5**).

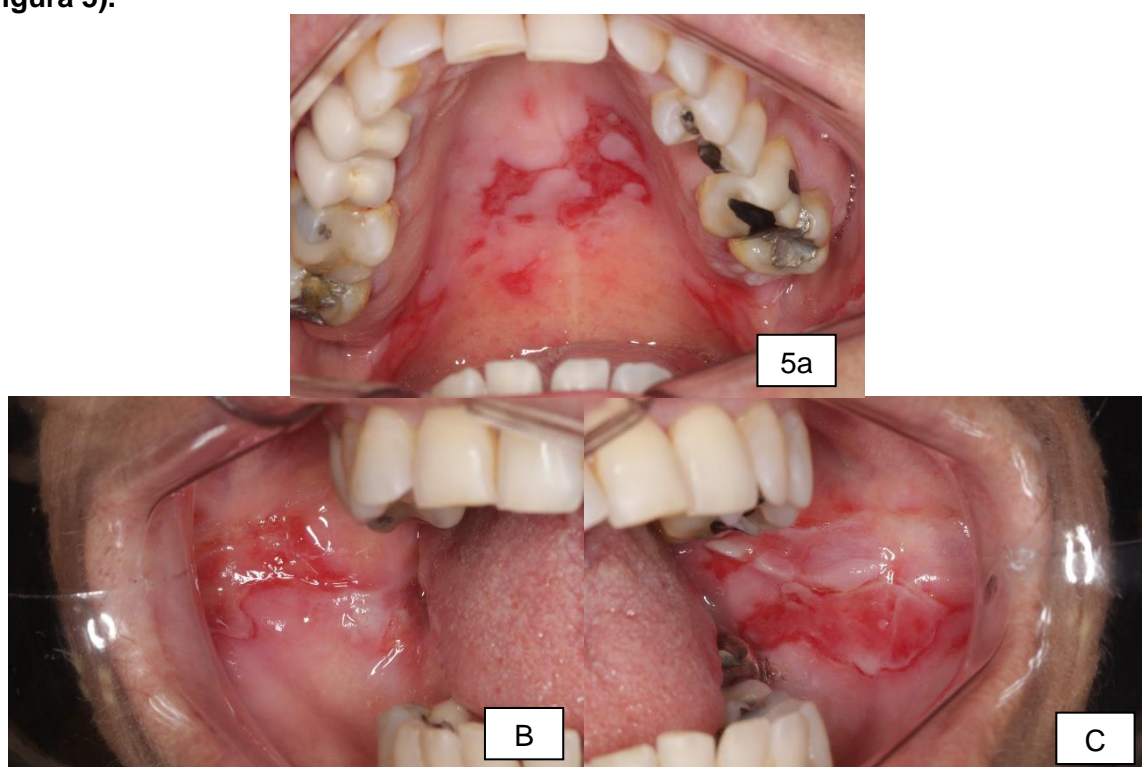


Figura 5: Fotos clínicas da paciente após aproximadamente 01 mês da primeira consulta. a) úlceras em processo de cicatrização em palato b) e c) úlceras cobertas por placas esbranquiçadas em processo cicatricial na mucosa jugal direita e esquerda da paciente. Fonte: os autores

Entretanto, a paciente ainda manifestava queixa em relação à dificuldade de alimentação e dor ao falar e ao escovar os seus dentes. Nesse momento, foi proposta a utilização da fotobiomodulação com laser de baixa potência (FLBP) como terapia adjuvante com o intuito de acelerar o reparo cicatricial das lesões orais e modular a dor localizada da paciente. Foi utilizado um laser de baixa potência de diodo (Laser Duo® - MMOptics®, São Carlos, SP, Brasil), com comprimento de onda de 660 nm, 10 mW power output e 2 J/cm² por ponto de aplicação, durante 20 segundos. Todas as áreas ulceradas ou em processo descamativo da mucosa oral foram irradiadas três vezes por semana (**Figura 06 e 07**). O tratamento com FLBP durou cinco semanas,

resultando em um total de 20 sessões, durante 36 dias. No final deste período, as lesões já haviam regredido significativamente, sem sintomatologia dolorosa.

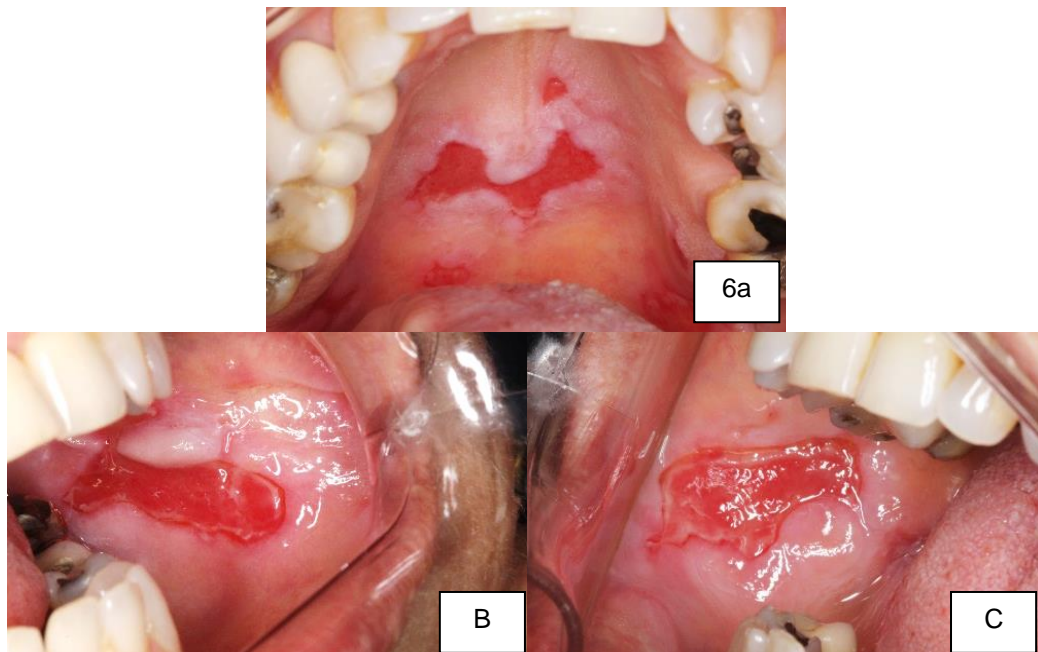


Figura 6: Fotos clínicas da paciente após 10 sessões de fotobiomodulação com laser de baixa potência. a) palato b) e c) mucosa jugal direita e esquerda da paciente. Fonte: os autores

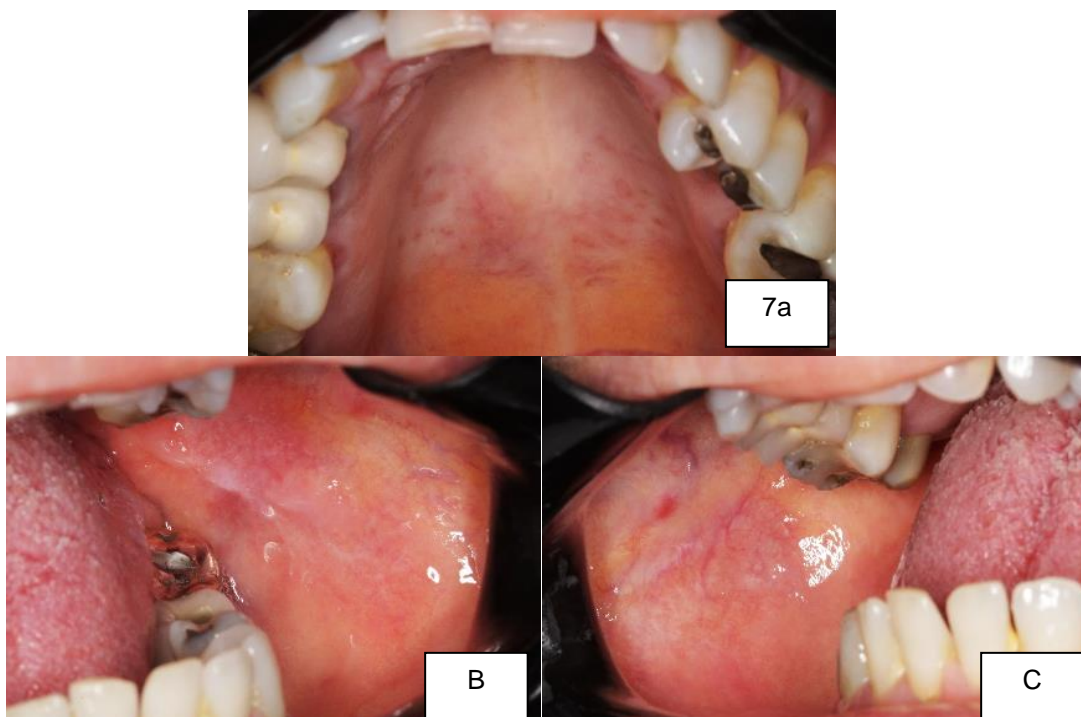


Figura 7: Fotos clínicas da paciente após 20 sessões de fotobiomodulação com laser de baixa potência. a) palato b) e c) mucosa jugal direita e esquerda da paciente. Fonte: os autores

No retorno, após seis meses, foi identificada a resolução completa das áreas ulceradas em mucosa jugal, labial, palato e língua. Entretanto, foi possível notar a presença de áreas descamativas restritas à gengiva inserida da paciente, sugerindo um quadro clínico de gengivite descamativa associada ao PV. Foi proposto a confecção de placas de acetato personalizada com extensão para a gengiva inserida, no intuito de permitir o contato do gel de clobetasol (clob-x®) com as áreas descamadas (**Figura 8**). Foi orientado aplicar o propionato de clobetasol 0,5mg/g pomada 30g, com os dedos na placa de medicamento, de 03 a 04 vezes ao dia, enquanto persistir os sintomas.

Desde então, a paciente segue em preservação clínica há 30 meses com a doença controlada, mantendo consultas de retorno semestrais e apenas em uso da terapia sistêmica com azatioprina 50 mg em dias alternados e em desmame progressivo da prednisona.

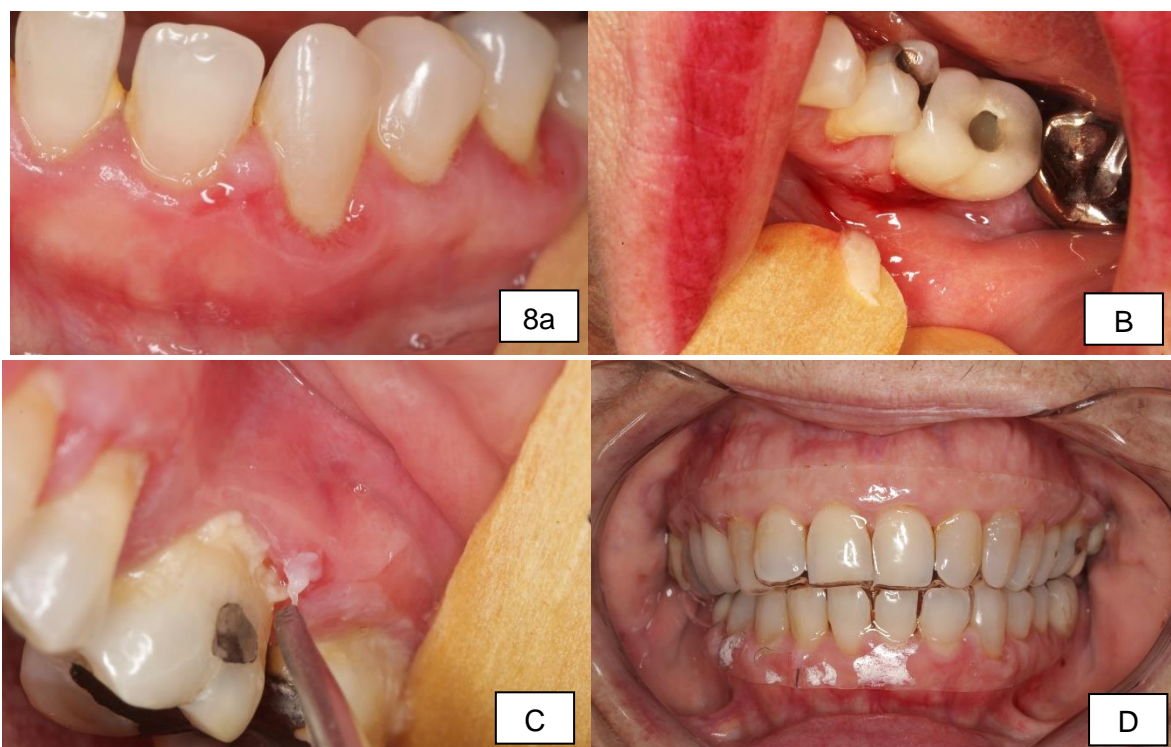


Figura 8: Fotos clínicas da paciente após o retorno de 06 meses. A) nota-se presença de áreas descamativas restritas à gengiva inserida, sugerindo um quadro clínico de gengivite descamativa. B) placa esbranquiçada de epitélio descamado da gengiva inserida. C) pinçamento de placa branca de epitélio descamado e D) foto intrabucal evidenciando instalação de placas de acetato personalizada com extensão para a gengiva inserida para aplicação do gel de clobetasol nas áreas descamadas. Fonte: os autores.

DISCUSSÃO

O PV é uma patologia com condições ulcerativas dolorosas e geralmente a primeira manifestação ocorre na mucosa oral. O seu tratamento tem por objetivo principal proporcionar conforto para a realização de ações rotineiras e, nos pacientes com envolvimento oral, hábitos como deglutir e verbalizar podem ser prejudicados, com substancial impacto em sua qualidade de vida. A doença apresenta períodos de remissão e exacerbação, com potencial risco de vida, se não tratada. Dentre as complicações frequentes, estão infecções bacterianas secundárias, podendo ocorrer sepse e choque séptico, desnutrição e caquexia. A redução da duração e gravidade da fase sintomática é outro objetivo a ser alcançado, devido ao quadro clínico típico de dor e sensibilidade na mucosa oral e orofaringe, decorrente das lesões (PAVLIĆ et al., 2014; RIVITTI, 2014). No presente caso clínico reportado, a paciente apresentava queixa de odinofagia e ardência, que limitava a sua alimentação por via oral a apenas alimentos líquidos nos últimos dias que antecederam a consulta, tendo em vista a apresentação exuberante das lesões descamativas em diversos sítios da cavidade oral.

O PV é uma doença autoimune, que se manifesta comumente em adultos, na quinta e sexta década de vida, de etiopatogenia multifatorial (MINICUCCI et al., 2012). Doenças como o PV são mais incidentes com o envelhecimento devido à imunossenescência, um processo fisiológico em que há disfunção do sistema imunológico inato e adquirido, provocando uma maior probabilidade de desenvolver doenças autoimunes e inflamatórias (ANDRETTA; MOREIRA, 2020). No entanto, outros fatores vêm sendo comumente associados ao surgimento do PV, como o estresse crônico nos indivíduos. Quando o quadro de estresse persiste no organismo, inicialmente ocorre uma alta liberação de cortisol de forma crônica, que acarreta disfunção imunológica, com a queda da funcionalidade e proliferação celular do sistema imune. Isso predispõe o indivíduo ao aparecimento de doenças autoimunes (ANDRETTA; MOREIRA, 2020; DOS SANTOS et al., 2020). Correlacionando as informações supracitadas com o caso clínico reportado, é importante salientar que a paciente, que é idosa, manifestou transtorno de ansiedade generalizada e depressão no último ano que antecedeu à manifestação de seus primeiros sintomas, ainda durante o período de confinamento em decorrência da pandemia da COVID-19.

Evidencia-se dessa forma a vulnerabilidade dos idosos, diante da limitação de necessidades sociais afetadas com o isolamento, que pode ter levado a paciente em questão a um quadro de estresse crônico e influenciado o surgimento do PV.

Outra hipótese levantada sobre a possível etiologia do PV no caso foi a associação do uso contínuo de fármacos anti-hipertensivos. No caso clínico do presente estudo, foi identificado no histórico da paciente o uso diário de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) – ramipril associado a um bloqueador dos canais de cálcio (BCC) – besilato de anlodipino, trocados posteriormente por um betabloqueador β 1 seletivo – nebivolol, em função da suspeita do PV ser induzido por medicamentos. Autores afirmam que anti-hipertensivos das classes dos inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio podem induzir à manifestação do PV, já que o cálcio é necessário para a atividade das enzimas envolvidas na queratogênese e para o correto funcionamento das desmogleínas, proteínas responsáveis pela união célula-célula no epitélio da pele e mucosas. Neste sentido, outro estudo promoveu a reexposição em pacientes diagnosticados com PV com medicamentos anti-hipertensivos com ação inibitória sobre a enzima conversora de angiotensina, com resultados que evidenciaram a recidiva das lesões. Essas evidências ajudam a fortalecer a ideia do PV induzido por drogas (BRENNER, 2011; VERHEYDEN, 2020; PACJENTÓW 2020).

O tratamento de primeira linha para o PV mais difundido entre os profissionais é a terapia com corticosteroides sistêmicos, por possuir vantagens como a ampla disponibilidade e baixo custo. Para casos mais severos, o tratamento pode incluir a modalidade de pulsoterapia, com introdução de altas doses de corticosteroides em um curto espaço de tempo. Este tratamento evidenciou melhora clínica importante, incluindo na manifestação e gravidade de lesões orais e cutâneas (SINHA et al., 2015; YANOVSKY et al., 2019; DIAS et al., 2020; SANTOS et al., 2020). Entretanto, mesmo com uma melhora clínica substancial e redução da taxa de letalidade quando comparados a pacientes não tratados, o uso crônico de corticoides para controle da doença a longo prazo acarreta efeitos colaterais significativos em diversos órgãos e sistemas (CHOLERA et al., 2016; GIANNETTI et al., 2018). No caso clínico apresentado, a paciente reportou quadro de crise hipertensiva e síncope associada à dose inicial mais alta de 60 mg/dia (20 mg, 3x ao dia) de prednisona. Em função disso, optou-se inicialmente apenas pelo tratamento tópico com bochechos de clobetasol a

0,05% associado à nistatina para controle local das lesões, enquanto a paciente era referenciada para um dermatologista especialista em doenças autoimunes, com baixa resposta apresentada pela paciente.

Com o passar do tempo, foi introduzida uma nova forma de tratamento, o uso de corticoterapia com adjuvantes, visando reduzir a dose dos corticoides e seus efeitos colaterais, levando à redução da morbimortalidade da doença. Assim, foram utilizados como alternativas no tratamento a azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato, ciclosporina, micofenolato de mofetil, imunoglobulina intravenosa, plasmaférese, imunoadsorção e, mais recentemente, o rituximabe, apontado positivamente para fases iniciais da doença (SINHA et al., 2015; CHOLERA et al., 2016; GIANNETTI et al., 2018; YANOVSKY et al., 2019; DIAS et al., 2020). Seu uso trouxe benefícios importantes, no entanto, ainda existe o risco de imunossupressão prolongada, maior risco de infecções, retardo cicatricial, e alta incidência de efeitos tóxicos. Além de surgirem recidivas, que aumentam a duração do tratamento e interferem diretamente nos problemas já citados (PAVLIĆ et al., 2014; YANOVSKY et al., 2019). A paciente do presente estudo segue em tratamento combinado com corticosteroides e azatioprina, apresentando durante um dado momento do tratamento elevação significativa das enzimas hepáticas e dos níveis glicêmicos, que exigiram a suspensão momentânea do tratamento sistêmico até que houvesse normalização de seu quadro médico. Em função disso, durante uma das consultas de retorno foi possível observar o surgimento de algumas lesões em pele e um quadro clínico característico de gengivite descamativa.

Mesmo com o tratamento sistêmico sendo considerado padrão-ouro para as lesões cutâneas, é comum que as lesões orais do PV evoluam mais lentamente, impactando a qualidade de vida dos pacientes afetados. Por conseguinte, novos estudos corroboram a evidência que a utilização da FLBP aliada às terapias farmacológicas convencionais traz resultados significativos e em menor tempo na cicatrização das úlceras orais, em comparação com as já usadas. Além disso, a FLBP é considerada uma terapia não invasiva e livre de toxicidades, comuns com o uso crônico de imunossupressores e corticosteroides. Seu benefício é destacado em pacientes com lesões refratárias ou de difícil remissão e naqueles que apresentam

restrições ao uso de doses mais elevadas de medicamentos para o controle efetivo da doença (YOUSEF et al., 2017; YANOVSKY et al., 2019; DIAS et al., 2020).

A FLBP é um procedimento não danoso, não térmico e indolor. A radiação emitida pela FLBP possui um efeito bioestimulante nas células, propiciando a elevação da atividade mitocondrial e mitoses celulares, vasodilatação, síntese de proteínas, diminuição dos níveis de prostaglandinas, multiplicação de queratinócitos, fibroblastos e angiogênese. Análises ainda evidenciam uma reepitelização mais rápida e o novo tecido conjuntivo possui fibras colágenas mais organizadas. Entretanto, não há consenso na literatura científica acerca da dose ideal a ser utilizada para o tratamento do PV através da FLBP. Doses entre 0,001 e 10 J/cm², em 660 nM, já foram reportadas com o intuito de fornecer a janela terapêutica ideal para bioestimulação (ISHII J et. al., 2003; YOUSEF et al., 2017). Sun et al. (2004) estudaram os efeitos da FLBP em pacientes que apresentaram lesões ulceradas e reportaram que o ideal é buscar realizar os mesmos parâmetros do laser para todos os pacientes submetidos a esse tratamento, sendo necessário que a dose efetiva esteja entre 2 J/cm² a 3 J/cm². Corroborando com os resultados do presente relato de caso clínico, a paciente reportou alívio dos sintomas desde o início das sessões de FLBP, totalizando 20 sessões ao longo de um mês de tratamento, utilizando doses fixas padronizadas de 2 J/cm², 660 nM, 10 mW em 20 segundos de aplicação por ponto, até a completa cicatrização das lesões ulceradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PV é uma patologia relevante para a área clínica devido sua rápida progressão e sintomatologia extremamente dolorosa e desconfortável, que acarretam danos à qualidade de vida de seu portador. É uma manifestação potencialmente letal e seu tratamento padrão-ouro protocola o uso de doses de imunossupressores sistêmicos para seu controle, que trazem variados efeitos adversos. No caso clínico reportado, foi proposto o tratamento adjuvante com FLBP, que durou cinco semanas, com irradiação três vezes por semana. Em 36 dias, as lesões regrediram significativamente, com redução progressiva da sintomatologia dolorosa. Diante disso, a FLBP pode ser considerada como uma terapia adjuvante promissora com o intuito de promover a aceleração da cicatrização das lesões orais do PV, com analgesia satisfatória e consequente redução do uso de medicamentos com ação imunossupressora. Além disso, pode ser considerada uma alternativa terapêutica em lesões refratárias ou com resposta terapêutica parcial aos tratamentos farmacológicos convencionais. Estes fatores combinados trazem impacto na recuperação do paciente, devolvendo-o para sua rotina, com qualidade de vida, podendo se alimentar e falar normalmente, o que evita complicações da patologia que levam a morbimortalidade como caquexia e desnutrição.

REFERÊNCIAS

- ANDRETTA, Maria Eduarda; MOREIRA, Angélica Cristiane. O risco da imunossenescência na pandemia da COVID-19 e os cuidados com os idosos. **Salão do Conhecimento**, v. 6, n. 6, 2020.
- BRENNER, Sarah; GOLDBERG, Ilan. Drug-induced pemphigus. **Clinics in dermatology**, v. 29, n. 4, p. 455-457, 2011.
- CHOLERA, Mimansa; CHAINANI-WU, Nita. Management of pemphigus vulgaris. **Advances in therapy**, v. 33, p. 910-958, 2016.
- DIAS, EMI SUZANE DE ABREU et al. PEMPHIGUS VULGARIS OF DIFFICULT CLINICAL MANAGEMENT. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 130, n. 3, p. e151, 2020.
- DOS SANTOS, Ingrid Aparecida Mendes et al. COVID-19 e Saúde Mental. **Ulakes Journal Of Medicine**, v. 1, 2020.
- GIANNETTI, Luca; GENERALI, Luigi; BERTOLDI, Carlo. Oral pemphigus. **Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia: Organo Ufficiale, Societa Italiana di Dermatologia e Sifilografia**, v. 153, n. 3, p. 383-388, 2018.
- ISHII, J.; FUJITA, K.; KOMORI, T. Laser surgery as a treatment for oral leukoplakia. **Oral Oncology**, v. 39, n. 8, p. 759-769, 2003.
- LAMBOGLIAA, Ana Laura Casuriaga et al. Pemphigus vulgaris in pediatrics: a case report. **Rev Chil Pediatr**, v. 89, n. 5, p. 650-4, 2018.
- MINICUCCI, Eliana Maria et al. Low-level laser therapy on the treatment of oral and cutaneous pemphigus vulgaris: case report. **Lasers in medical science**, v. 27, p. 1103-1106, 2012.
- NEVILLE BW, et al. **Patologia oral e maxilofacial**, 2016; 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- PACJENTÓW, EPIDEMIOLOGICZNA I. KLINICZNA CHARAKTERYSTYKA; BIAŁOSTOCKIM, Z. PEŁCHERZYCĄ LECZONYCH W. OŚRODKU. Epidemiological and clinical characteristics of patients with pemphigus treated in Białystok in 2001-2018. **Przegląd Epidemiologiczny**, v. 74, n. 3, p. 457-465, 2020.
- PAVLIĆ, Verica et al. Pemphigus vulgaris and laser therapy: crucial role of dentists. **Medicinski pregled**, v. 67, n. 1-2, p. 38-42, 2014.
- RIVITTI, Evandro A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. Artes Médicas Editora, 2014.
- RUOCCO, Vincenzo et al. Pemphigus: etiology, pathogenesis, and inducing or triggering factors: facts and controversies. **Clinics in dermatology**, v. 31, n. 4, p. 374-381, 2013.

SANTOS, BRENDA CRISTINA TELES et al. STOMATOLOGIC MANIFESTATIONS OF PEMPHIGUS VULGARIS: A CASE REPORT. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 130, n. 3, p. e139, 2020.

SINHA, Animesh A.; HOFFMAN, Melissa B.; JANICKE, Elise C. Pemphigus vulgaris: approach to treatment. **European Journal of Dermatology**, v. 25, p. 103-113, 2015.

SULTAN, A. S. et al. Oral mucous membrane pemphigoid and pemphigus vulgaris— a retrospective two-center cohort study. **Oral Diseases**, v. 23, n. 4, p. 498-504, 2017.

SUN, Grace; TUNER, Jan. Low-level laser therapy in dentistry. **Dental Clinics**, v. 48, n. 4, p. 1061-1076, 2004.

TOFAN, ELENA CRISTINA et al. Desquamative gingivitis-A clinicopathological review. **Curr. Health Sci. J**, v. 44, p. 331-336, 2018.

VERHEYDEN, Matthew J.; BILGIC, Asli; MURRELL, Dedee F. A systematic review of drug-induced pemphigoid. **Acta dermato-venereologica**, v. 100, n. 15, p. 1-9, 2020.

YANOVSKY, Rebecca L.; MCLEOD, Michael; AHMED, A. Razzaque. Treatment of pemphigus vulgaris: Part 1—current therapies. **Expert review of clinical immunology**, v. 15, n. 10, p. 1047-1060, 2019.

YOUSEF, Maryam et al. The effect of low level laser therapy on pemphigus vulgaris lesions: a pilot study. **Journal of Lasers in Medical Sciences**, v. 8, n. 4, p. 177, 2017.