Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Abordagem clínica de lesões orais na doença de Behçet: relato de caso

Clinical approach to oral lesions in Behçet's disease: a case report

Abordaje clínico de las lesiones orales en la enfermedad de Behçet: reporte de un caso

Maria Alice Pereira Silva Lucena[1], Maria Cristina Tavares de Medeiros Honorato[2], Angelo Brito Pereira de Melo[1], Iris Sant'Anna Araújo Rodrigues Costa[2], Andréa Nunes Oliveira[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso clínico de uma paciente diagnosticada com Doença de Behçet, destacando o papel do cirurgião-dentista no processo diagnóstico e terapêutico. **Detalhamento de caso:** A paciente do sexo feminino, 52 anos, com histórico clínico complexo, apresentou múltiplas úlceras orais recorrentes e lesões genitais sugestivas de Doença de Behçet. O tratamento resultou na remissão das lesões orais ulceradas, com redução significativa da dor, inflamação e melhora da fala, alimentação e higiene oral após a implementação do tratamento a nível sistêmico combinado com corticosteroide tópico (Propionato de Clobetasol 0,05%) e fototerapias com laser de baixa potência. **Considerações finais:** Este relato de caso destaca os desafios no diagnóstico e manejo da Doença de Behçet e reforça a importância da avaliação clínica e do reconhecimento das manifestações orais. A associação entre tratamento sistêmico, terapias tópicas com propionato de clobetasol 0,05%, fotobiomodulação e aPDT mostrou-se eficaz na remissão das lesões, no controle da dor e na melhora da qualidade de vida da paciente.

Palavras-chave: Síndrome de Behçet, Odontologia, Manifestações Bucais, Terapia com Luz de Baixa Intensidade.

ABSTRACT

Objective: To report the clinical case of a patient diagnosed with Behçet's disease, highlighting the role of the dentist in the diagnostic and therapeutic process. **Case details:** A 52-year-old female patient with a complex clinical history presented with multiple recurrent oral ulcers and genital lesions suggestive of Behçet's disease. Treatment resulted in remission of the ulcerated oral lesions, with a significant reduction in pain and inflammation, and improvement in speech, feeding, and oral hygiene after the implementation of systemic treatment combined with topical corticosteroid (Clobetasol Propionate 0.05%) and low-level laser phototherapy. **Final considerations:** This case report highlights the challenges in the diagnosis and management of Behçet's disease and reinforces the importance of clinical evaluation and recognition of oral manifestations. The combination of systemic treatment, topical therapies with 0.05% clobetasol propionate, photobiomodulation, and aPDT proved effective in lesion remission, pain control, and improved the patient's quality of life.

Keywords: Behçet syndrome, Dentistry, Oral manifestations, Low-level light therapy.

[1] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa – PB.
[2] Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW – UFPB), João Pessoa – PB.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

RESUMEN

Objetivo: Presentar el caso clínico de una paciente diagnosticada con la enfermedad de Behçet, destacando el papel del odontólogo en el proceso diagnóstico y terapéutico. **Detalles del caso:** Una paciente de 52 años con un historial clínico complejo presentó múltiples úlceras orales recurrentes y lesiones genitales sugestivas de enfermedad de Behçet. El tratamiento logró la remisión de las úlceras orales, con una reducción significativa del dolor y la inflamación, y una mejoría en el habla, la alimentación y la higiene bucal tras la implementación de un tratamiento sistémico combinado con un corticosteroide tópico (propionato de clobetasol al 0,05 %) y fototerapia láser de baja intensidad. **Consideraciones finales:** Este caso clínico pone de relieve las dificultades en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Behçet y subraya la importancia de la evaluación clínica y el reconocimiento de las manifestaciones orales. La combinación de tratamiento sistémico, terapias tópicas con propionato de clobetasol al 0,05 %, fotobiomodulación y terapia fotodinámica antimicrobiana (TFDA) demostró ser eficaz para la remisión de las lesiones, el control del dolor y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Síndrome de Behçet, Odontología, Manifestaciones orales, Terapia por luz de baja intensidad.

INTRODUÇÃO

A doença, ou síndrome de Behçet, é uma vasculite sistêmica rara, caracterizada por um quadro de inflamação crônica e recorrente, sem agente etiológico bem definido (GRECO A, et al., 2018), embora acredita-se que ela resulte da predisposição genética associada a fatores ambientais (BELFEKI N, et al., 2025). Suas manifestações clínicas incluem, principalmente, úlceras orais e genitais, uveíte e lesões cutâneas, podendo ainda acometer os sistemas nervoso central, ocular e articular (HIRATA LT, et al., 2023).

Trata-se de um desafio tanto diagnóstico quanto terapêutico para os profissionais de saúde, em razão de sua complexidade, que envolve a ausência de exames laboratoriais ou marcadores específicos, sendo o diagnóstico baseado, sobretudo, em critérios clínicos (ADIL A, et al., 2023; NAKAMURA K, et al., 2020; HIRATA LT, et al., 2023; MAHR A e MALDINI C, 2014; KHEMISS M, et al., 2022). Outrossim, a resposta aos tratamentos é heterogênea, exigindo abordagens individualizadas e, em alguns casos, o uso de imunossupressores ou terapias biológicas (HATEMI G, et al., 2021).

A patogênese da síndrome envolve, entre outros mecanismos, a disfunção das células T regulatórias, um subtipo de linfócitos T com papel essencial na modulação da resposta imune. A atividade comprometida dessas células pode contribuir para a inflamação persistente e desregulada, além do surgimento de processos autoimunes (BELFEKI N, et al., 2025).

Além disso, agentes infecciosos, como por exemplo o vírus da herpes simples, têm sido implicados como possíveis desencadeadores da doença. Outros fatores de risco, como tabagismo, estresse e padrões alimentares, também vêm sendo associados ao agravamento ou à predisposição à condição (JOUBERT M, et al., 2023; LAVALLE S, et al., 2024). A doença de Behçet afeta principalmente adultos jovens, com pico de incidência entre 20 e 40 anos, sendo ligeiramente mais prevalente em homens em regiões de alta endemicidade (DUMONT LS, et al., 2022).

No campo da Odontologia, o papel do cirurgião-dentista é fundamental, sobretudo na identificação precoce das manifestações orais da Doença de Behçet, que frequentemente se confundem com estomatites aftosas comuns (KHEMISS M, et al., 2022; TOLENTINO E, et al., 2018). A atuação em ambiente hospitalar é especialmente relevante em casos de dor intensa, dificuldade alimentar, dificuldade de higienização e até mesmo necessidade de suporte multidisciplinar. A avaliação clínica das lesões orais e sua correta interpretação, associada ao conhecimento sistêmico da doença, permite ao dentista contribuir para o diagnóstico precoce, o manejo adequado das lesões e a prevenção de complicações locais, como infecções secundárias (MUMCU G e FORTUNE F, 2021).

DETALHAMENTO DO CASO

Este é um estudo de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer 8.064.930 e CAAE 94093525.3.0000.5183) do Hospital Universitário Lauro Wanderley – João Pessoa - Paraíba.

Paciente do sexo feminino, 52 anos, em menopausa há 2 anos, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial sistêmica, epilepsia, transtorno depressivo e surtos psicóticos, além de artrose e gastrite. Histórico de 16 internações psiquiátricas (última em 2019), colecistectomia, duas cesarianas e cirurgia para retirada de cisto nasal. Faz uso crônico de Enalapril, Hidroclorotiazida, Valproato de Sódio, Quetiapina, Fluoxetina, Alprazolam e Omeprazol. Nega tabagismo, entretanto, refere etilismo crônico desde os 17 anos.

Paciente relata início do quadro em dezembro de 2023, ocasião na qual apresentou múltiplas úlceras em cavidade oral e lesão nodular não pruriginosa em vulva, acompanhadas de candidíase oral e esofágica de repetição.

No período, foi tratada com fluconazol (14 dias), nistatina e tetraciclina, evoluindo com drenagem espontânea de secreção purulenta da lesão vulvar e posterior resolução clínica com melhora parcial do quadro. Ao final de setembro de 2024, apresentou recidiva das lesões, com múltiplas úlceras aftóides em mucosa oral e, dias depois, surgimento de úlceras genitais dolorosas, acompanhadas de odinofagia intensa, disfagia, dificuldade de fala e dor vulvar em queimação incapacitante.

Nesse contexto, procurou atendimento em Unidade de Pronto Atendimento, e poucos dias depois seguiu encaminhada para o hospital de referência, onde foi admitida em 07/10/2024. Na admissão, encontrava-se em bom estado geral, consciente, orientada, clinicamente e hemodinamicamente estável. Queixava-se de dor vulvar importante.

Exames laboratoriais realizados na admissão evidenciaram anemia (Hemoglobina 8,8 g/dL; Hematócrito 30,1%), plaquetopenia (111.000/mm³), VCM (Volume Corpuscular Médio) 100,3 fL, Leucócitos 7410/mm³, PCR (Proteína C-Reativa) 120,4 mg/L. Sorologias para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), Hepatite B e C não reagentes; VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) não reagente.

Ao exame físico realizado pela equipe médica, apresentava múltiplas lesões ulceradas em mucosa oral e placa esbranquiçada em dorso lingual. Em região vulvar, quatro úlceras dolorosas, variando entre 1 e 2 cm de diâmetro, localizadas em grandes lábios e região pubiana, com corrimento esbranquiçado, sem linfonodomegalias inguinais. Abdome globoso, flácido e indolor, sem visceromegalias palpáveis. Demais sistemas sem alterações significativas.

Foi realizada internação em enfermaria de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), com administração inicial de ceftriaxona, azitromicina e fluconazol, além de analgesia e suporte clínico. A equipe de ginecologia avaliou o caso e levantou como hipóteses diagnósticas: úlcera cancróide, Doença de Behçet e câncer de vulva, indicando cultura da secreção vulvar e biópsia em ambulatório de colposcopia. Posteriormente, houve exclusão das demais hipóteses diagnósticas por meio de exames complementares e da evolução clínica. Durante a internação, foram realizados pareceres de estomatologia, oftalmologia e dermatologia, além da realização de endoscopia digestiva alta, e, em seguida, o caso foi assumido pela equipe de reumatologia do hospital.

Ao exame clínico realizado pela equipe de cirurgiões-dentistas, a paciente relatava dor intensa e queimação em cavidade oral, com evolução de aproximadamente 10 meses, alternando períodos de melhora parcial.

Observavam-se múltiplas úlceras de 3–4 mm em mucosa labial superior e inferior, mucosa jugal bilateral, palato mole com extensão para orofaringe e dorso de língua. Identificaram-se ainda duas úlceras maiores e mais profundas, localizadas em mucosa labial superior e na borda lateral esquerda da língua, esta última associada a aumento de volume nodular. Havia presença de saburra lingual, perda dentária parcial e sinais de doença periodontal (**Figura 1**).

Figura 1 - Lesões observadas em borda lateral de língua e lábio inferior.



Fonte: Lucena MAPS, et al.,2026; imagens com a devida autorização da paciente.

No primeiro atendimento pela equipe de Odontologia Hospitalar, após o exame físico, realizou-se Terapia de Fotobiomodulação (TFBM) com laser de baixa potência (Equipamento DMC - Potência = 100mW; Comprimento de onda = 660nm; Energia = 2J/ponto; Tempo = 20segundos/ponto) em todas as lesões, exceto na borda lateral de língua devido ao aumento de volume nodular da região. Foi realizada a orientação quanto à higiene oral, devido à importância dessa prática no controle do biofilme visando evitar o agravamento do quadro local da paciente.

No segundo dia de atendimento, foi relatado pela paciente uma discreta melhora na sintomatologia dolorosa, porém o quadro de lesões se manteve o mesmo e, dessa forma, além da realização da Terapia de Fotobiomodulação (Energia = 2J/ponto), foi prescrito para aplicação local a Triancinolona Acetonida 1mg/g - Pomada Orabase, para uso tópico nas lesões, três vezes ao dia. A paciente continuou em acompanhamento clínico pela equipe, permitindo monitorar a evolução das lesões orais e a resposta às intervenções terapêuticas adotadas.

No terceiro atendimento, a paciente relatou aumento importante da dor e queimação em cavidade oral, sendo indicada Terapia Fotodinâmica Antimicrobiana (aPDT), com pré-irradiação utilizando azul de metileno (Doctive) e posterior aplicação de laser vermelho (5 J/ponto). A indicação ocorreu após exame clínico, que evidenciou aspecto infeccioso associado ao quadro, especialmente no dorso lingual, com placas esbranquiçadas sugestivas de infecção fúngica, apesar do uso profilático de fluconazol sistêmico. Além da terapia com laser, a equipe médica foi comunicada e orientada a reavaliar a posologia do antifúngico, com possível ajuste para dose terapêutica. O procedimento foi dificultado pela acentuada sensibilidade oral da paciente (**Figura 2**).

Figura 2 - Dorso lingual com presença de placas brancas e realização de pré-irradiação com pirulito de azul de metileno para aPDT.



Fonte: Lucena MAPS, et al.,2026; imagens com a devida autorização da paciente.

Na quarta consulta, realizada 4 dias após a terceira visita, devido à ausência de atendimento odontológico hospitalar no final de semana, foi realizada TFBM com laser vermelho e infravermelho simultâneos (2 J/ponto; Comprimento de onda: laser vermelho = 660nm e laser infravermelho = 808 nm), visando avaliar se a mudança de protocolo resultaria em melhor resposta clínica.

Nessa avaliação, persistia a odinofagia, com aumento do número de lesões orais e impossibilidade de realização da escovação dental relatada pela paciente. Foi proposta a introdução de gluconato de clorexidina a 0,12% para bochechos como medida adjuvante de controle químico do biofilme; entretanto, devido à queixa de ardência, não houve aceitação da terapêutica nessa fase (**Figura 3**).

Figura 3 - Aumento e progressão das lesões.



Fonte: Lucena MAPS, et al.,2026; imagens com a devida autorização da paciente.

Na quinta consulta, ocorrida sequencialmente, manteve-se a conduta medicamentosa com Triancinolona Acetonida 1mg/g – Pomada Orabase. A paciente referia aumento da sintomatologia dolorosa, contudo, era possível observar o surgimento de novas lesões.

Diante das investigações, mesmo após a biópsia realizada pela equipe de ginecologia nas lesões em região vulvar, a equipe médica também solicitou a realização de biópsia de lesão oral pela equipe de Estomatologia e Cirurgia Bucomaxilofacial do hospital.

Logo em seguida, no sexto encontro com a paciente, foi realizada biópsia incisional de lesão presente em mucosa labial inferior para posterior exame anatomopatológico, e tinha como objetivo obter informações complementares e excluir outras doenças que apresentam ulcerações mucosas semelhantes.

Segundo laudo disponível no prontuário eletrônico da paciente, emitido pelo serviço de patologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley/Ebserh, em 2024, macroscopicamente, o material enviado para o laboratório constava de fragmento tecidual irregular, pardacento, firme-elástico, medindo 0,7 x 0,4 cm e posteriormente, o laudo da biópsia revelou as seguintes características histológicas: Camada Malpighiana ulcerada com moderado infiltrado inflamatório crônico infiltrando a lâmina própria, além de confirmar ausência de displasia epitelial associada e ausência de sinais de malignidade.

Na sétima consulta, realizada um dia após a biópsia, foi iniciado o protocolo de fotobiomodulação com laser vermelho e infravermelho (2 J/ponto). A triancinolona acetonida 0,1% foi suspensa devido à baixa adesão da paciente, relacionada à quantidade de lesões que necessitavam de aplicação. Foi então prescrito para manipulação o Propionato de Clobetasol 0,05% em solução aquosa, manipulado em farmácia especializada devido à indisponibilidade comercial dessa apresentação, para bochechar três vezes ao dia, mantendo a solução em contato com a mucosa por dois minutos antes de cuspir, com orientação de não ingerir. O tratamento apresentou boa aceitação pela paciente, sem relato de ardência ou desconforto.

Em seguida, a reavaliação realizada na oitava consulta, ainda se observava dificuldade para se alimentar, falar e realizar a escovação dental, decorrente da dor presente. Nesse contexto, foi proposta novamente a inclusão de bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia, devido à restrição da escovação.

Nesse momento, a terapêutica foi tolerada pela paciente. Na nona visita, ocorrida três dias após a anterior, a paciente apresentava melhora significativa da dor e queimação, além de sinais de regressão das lesões orais. Logo após a inserção do Clobetasol pela equipe de odontologia, associado a cinco sessões de laser já

realizadas até aquele momento, sendo uma delas aPDT e as demais TFBM, juntamente com a prescrição médica de 0,5 mg de Colchicina como prova terapêutica, a paciente apresentou melhora clínica significativa. As lesões orais encontravam-se em fase de cicatrização, com regressão das placas esbranquiçadas no dorso da língua, ausência de sintomatologia dolorosa, retomada da alimentação adequada, melhora da comunicação verbal e da higienização bucal (**Figura 4**).

Figura 4 - Melhora clínica significativa das lesões.



Fonte: Lucena MAPS, et al.,2026; imagens com a devida autorização da paciente.

É importante ressaltar que durante a internação, antes mesmo do uso da Colchicina, a paciente previamente estava em uso de Prednisona diariamente. Na décima consulta, foi realizada TFBM adicional com laser vermelho (2 J/ponto) para acelerar reparação tecidual, totalizando nesse momento 6 sessões de laserterapia. Foi realizado durante toda a internação, o acompanhamento odontológico da paciente, com regressão das lesões orais, controle da dor, retorno da função alimentar e retomada da escovação dental. Além disso, foi relatada melhora das lesões de vulva e do quadro clínico geral da paciente.

Quadro 1 - Sessões de atendimento juntamente com a evolução e conduta correspondentes.

Data do atendimento	Evolução clínica	Condutas
07/10/2024	Relato de queimação e dor intensa em cavidade oral. Presença de múltiplas lesões ulceradas.	• TFBM: Energia = 2J/ponto; • Orientação de higiene oral.
08/10/2024	Discreta melhora na sintomatologia dolorosa. Presença de múltiplas lesões ulceradas.	• TFBM: Energia = 2J/ponto; • Prescrição de Triancinolona Acetonida 1mg/g – Pomada Orabase.
10/10/2024	Relato de aumento importante na dor e queimação da cavidade oral. Ao exame clínico, aparência de aspecto infeccioso associado.	• aPDT: Pré-irradiação com pirulito de Azul de Metileno (Doctive); Energia = 5J/ponto (laser vermelho).
14/10/2024	Presença de odinofagia, aumento no número de lesões orais e impossibilidade de escovação dental.	• Tentativa de introdução de Gluconato de clorexidina a 0,12% para bochecho (Sem aceitação); • TFBM: Laser vermelho e infravermelho simultâneos; Energia = 2J/ponto.

Data do atendimento	Evolução clínica	Condutas
15/10/2024	Aumento na sintomatologia dolorosa.	• Não foi realizado terapia com laser nessa sessão e manteve-se a conduta medicamentosa com o uso de Triancinolona Acetonida 1mg/g – Pomada Orabase.
16/10/2024	Quadro clínico permanecia com múltiplas lesões e sintomatologia dolorosa referida pela paciente.	• Realizada biópsia incisional de lesão presente em mucosa labial inferior para posterior exame anatomopatológico.
17/10/2024	Quadro clínico permanecia com múltiplas lesões e sintomatologia dolorosa referida pela paciente. Referido pela paciente uma baixa adesão ao uso da Triancinolona Acetonida, relacionada à quantidade de lesões que necessitavam de aplicação da pomada.	• TFBM: Laser vermelho e infravermelho simultâneos; Energia = 2J/ponto; • Suspensão da Triancinolona Acetonida 1mg/g; • Prescrição do Propionato de Clobetasol 0,05% em solução aquosa (manipulado).
18/10/2024	Observado dificuldade para se alimentar, falar e realizar a escovação dental, decorrente da dor presente.	• Paciente já em uso do Clobetasol 0,05% em solução aquosa; • Nova tentativa de prescrição de Gluconato de Clorexidina 0,12% (Boa adesão nesse momento).
21/10/2024	A paciente apresentava melhora significativa da dor e queimação.	• Manteve-se a conduta medicamentosa do Clobetasol e da Clorexidina.
22/10/2024	Melhora clínica significativa, com lesões orais em fase de cicatrização, ausência de sintomatologia dolorosa, retomada da alimentação adequada, melhora da comunicação verbal e higienização bucal.	• TFBM adicional: Energia 2J/ponto.

Fonte: Lucena MAPS, et al., 2026.

Embora represente um desafio diagnóstico em decorrência de sua complexidade e da ausência de exames laboratoriais ou marcadores específicos, sendo o diagnóstico baseado, sobretudo, em critérios clínicos, diante da compatibilidade do quadro apresentado e da resposta favorável à prova terapêutica com colchicina, considerou-se o diagnóstico de Doença de Behçet.

Após exclusão sistemática de outras condições com manifestações semelhantes, por meio de investigação clínica e exames complementares, o diagnóstico foi estabelecido por exclusão, conforme preconizado para essa doença.

É importante ressaltar que o manejo da paciente foi realizado por uma equipe multidisciplinar e cada área contribuiu de forma complementar, desde a avaliação até o tratamento das lesões orais e genitais, manejo da dor, suporte nutricional e cuidados assistenciais de forma geral. Essa abordagem integrada favoreceu a cicatrização das lesões, a redução da dor e melhora do quadro clínico geral da paciente de forma mais rápida e efetiva.

DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, clinicamente não há diferenças significativas entre as características das úlceras orais observadas em pacientes com Estomatite Aftosa Recorrente (EAR), condição muito comum na população geral, e aquelas apresentadas na Síndrome de Behçet. Esse fato reforça a importância de se atentar a outras manifestações sistêmicas associadas, como por exemplo, lesões genitais, acometimento ocular, artrite e manifestações vasculares, que podem auxiliar na diferenciação diagnóstica (AZEVÊDO EP, et al., 2025).

Diversos estudos relatam que a EAR pode ser um dos primeiros sinais da Doença de Behçet, achado também evidenciado no presente relato de caso, sendo a presença de úlceras orais recorrentes (três episódios em doze meses) um critério obrigatório segundo o Conjunto de Critérios de 1990 proposto pelo *International Study Group for Behçet's Disease* (LANCET, 1990) para classificação da doença. Posteriormente os critérios foram revisados, originando os *Critérios Internacionais para a Doença de Behçet* (*ITR-ICBD, 2014*), que passaram a incluir manifestações neurológicas e vasculares entre os parâmetros da classificação da doença. Neste caso, observaram-se dois episódios antes de completar os doze meses.

Como já citado neste estudo, o diagnóstico é um desafio, uma vez que não existem características patognomônicas, testes ou marcadores específicos para a Doença de Behçet, sendo baseado em achados clínicos e critérios diagnósticos (NAKAMURA K, et al., 2020; MAHR A e MALDINI C, 2014). Os exames laboratoriais têm papel relevante ao auxiliar na exclusão de outras condições, contudo, níveis elevados de Proteína C-reativa (PCR) e Velocidade de Sedimentação Eritrocitária (VHS) podem estar associados à atividade da doença, embora não sejam específicos, o que se alinha aos dados observados neste relato (PARSAEI A, et al., 2022). A avaliação histopatológica da biópsia da lesão oral também foi relevante, com achados compatíveis com o quadro clínico e em concordância com a literatura, contribuindo para a exclusão de outras condições e para o diagnóstico diferencial (SOARES AC, et al., 2023).

O laser de baixa potência tem se mostrado uma abordagem adjuvante promissora no manejo de processos inflamatórios. No presente caso, foi utilizada a fotobiomodulação com laser de baixa potência, associando emissões de 660 nm (vermelho) e 808 nm (infravermelho), o que se mostrou eficaz na redução da dor e na aceleração da cicatrização das úlceras orais. Seu mecanismo de ação envolve a modulação da resposta inflamatória, resultando em efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e estimulando a cicatrização (ROCCA JP, et al., 2018). Em um ensaio clínico randomizado, Nagieb CS, et al. (2022) demonstraram que o tratamento com laser de diodo de 980nm (infravermelho) apresentou resultados superiores ao corticosteroide tópico (Triancinolona Acetonida 0,1%) na redução da dor e da atividade ulcerativa em pacientes com Doença de Behçet, sem registro de efeitos adversos, reforçando sua segurança e eficácia terapêutica.

Contudo, apesar da laserterapia ser descrita na literatura como uma alternativa promissora no manejo de lesões ulcerativas da mucosa oral, os resultados relacionados às condições autoimunes ainda não são conclusivos. Muitos estudos apresentam limitações metodológicas, como: a variação nos protocolos utilizados, o que dificulta evidências científicas concretas. Assim, a evidência disponível ainda não é suficiente para fundamentar recomendações clínicas consolidadas quanto à sua aplicação em doenças autoimunes (PANDESHWAR P, et al., 2016).

Todavia, o Propionato de Clobetasol 0,05% em solução aquosa é pouco citado na literatura, mas pode ser uma alternativa tópica em casos de múltiplas lesões ulceradas sintomáticas na cavidade bucal, devido à sua potente ação anti-inflamatória mesmo em baixa concentração. Seu uso é bem descrito em doenças autoimunes como pênfigo, penfigoide e líquen plano erosivo, entretanto, não há relatos específicos sobre seu uso em pacientes com Síndrome de Behçet.

No entanto, estudos como o de Ferreira LF, et al. (2021) demonstram que a aplicação do Propionato de Clobetasol 0,05% por até cinco dias foi eficaz no tratamento de lesões ulceradas e erosivas da mucosa bucal, proporcionando alívio sintomático sem efeitos adversos significativos. Logo, mesmo sem registros prévios relacionados à Doença de Behçet, neste caso optou-se por utilizá-lo como alternativa ao corticosteroide tópico, uma vez que a paciente apresentava múltiplas lesões na cavidade oral e não obteve boa adesão ao

uso de Triancinolona Acetonida 0,1%. Neste caso clínico, a paciente utilizou Propionato de Clobetasol a 0,05% em solução aquosa (manipulado) por um período de seis dias, associado a outras estratégias terapêuticas sistêmicas, apresentando evolução clínica favorável.

Dessa forma, o uso do Propionato de Clobetasol 0,05% mostrou-se eficaz no manejo de lesões ulceradas e erosivas da mucosa bucal, promovendo alívio sintomático significativo e sem registro de efeitos adversos relevantes. Esses achados sugerem potencial terapêutico em condições ulcerativas inflamatórias, ainda que não especificamente relacionadas à Síndrome de Behçet. Diante da ausência de evidências específicas para essa doença, mas considerando o perfil clínico apresentado pela paciente, optou-se pelo seu uso como alternativa tópica de maior potência anti-inflamatória.

No presente caso, o uso do propionato de clobetasol 0,05% por seis dias, associado à terapêutica sistêmica instituída, esteve relacionado à evolução clínica favorável, sugerindo que, mesmo na ausência de relatos prévios específicos, pode representar uma opção terapêutica adjuvante viável. Ressalta-se, contudo, a necessidade de estudos clínicos controlados que avaliem sua eficácia e segurança na Doença de Behçet, a fim de fundamentar recomendações mais consolidadas e específicas. As estratégias adotadas resultaram na remissão das lesões orais, sem recorrência nos meses subsequentes, destacando a relevância da atuação multidisciplinar e interdisciplinar no manejo da doença, essencial para o controle das manifestações mucocutâneas e sistêmicas, além de favorecer o bem-estar e contribuir para a melhora da qualidade de vida da paciente (ALPSOY E, et al., 2021).

Relatos de caso apresentam limitações quanto à generalização dos resultados, porém têm papel relevante na descrição de apresentações clínicas incomuns e na geração de hipóteses. Este estudo evidencia os desafios no diagnóstico e manejo da Doença de Behçet, destacando a importância da avaliação clínica e do reconhecimento das manifestações sistêmicas. O papel da odontologia é crucial no auxílio ao diagnóstico de doenças sistêmicas com manifestações orais. Contudo, a combinação do tratamento sistêmico, terapias tópicas, especialmente o Propionato de Clobetasol 0,05%, fotobiomodulação e aPDT com laser de baixa potência mostrou-se eficaz na remissão das lesões orais, no controle da dor e na melhora da qualidade de vida da paciente.

REFERÊNCIAS

1. ADIL A, et al. Behçet's disease – review of pathophysiology, diagnosis, and management. StatPearls, 2023.
2. ALPSOY E, et al. Treatment of Behçet's disease: an algorithmic multidisciplinary approach. Frontiers in Medicine, 2021; 8.
3. AZEVEDO EP, et al. Doença de Behçet versus doença inflamatória intestinal: similaridades clínicas, mecanismos patogênicos e implicações terapêuticas. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2025; 7(1): 902-911.
4. BELFEKI N, et al. Etiopathogenesis of Behçet's disease: a systematic literature review. Clinical Immunology, 2025; 279: 110549.
5. DUMONT LS, et al. Endovascular treatment in Behçet's disease: an integrative review. J Vasc Bras, 2022; 21: e20220013.
6. FERREIRA LF, et al. Eficácia do propionato de clobetasol 0,05% nas lesões ulceradas da cavidade bucal. Revista Salusvita, 2021; 40(3): 23-36.
7. GRECO A, et al. Behçet's disease: new insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. Autoimmunity Reviews, 2018; 17: 567-575.
8. HATEMI G, et al. Apremilast para úlceras orais associadas à síndrome de Behçet ativa durante 68 semanas: resultados a longo prazo de um ensaio clínico randomizado de fase 3. Clinical and Experimental Rheumatology, 2021; 132: 80-87.
9. HIRATA LT, et al. The influence of time on the epidemiology and clinical manifestations of Behçet's disease in Brazil. Journal of Clinical Medicine, 2023; 12(22): 7008.

10. JOUBERT M, et al. Microbiome and Behçet's disease: a systematic review. Clinical and Experimental Rheumatology, 2023; 41: 2093-2104.
11. KHEMISS M, et al. Oral manifestations of Behçet's disease. Tunis Med, 2022; 100(4): 303-308.
12. INTERNATIONAL STUDY GROUP FOR BEHÇET'S DISEASE. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. The Lancet, 1990; 335(8697): 1078-1080.
13. LAVALLE S, et al. Behçet's disease, pathogenesis, clinical features, and treatment approaches: a comprehensive review. Medicina (Kaunas), 2024; 60(4): 562.
14. MAHR A, MALDINI C. Epidemiologia da doença de Behçet. La Revue de Médecine Interne, 2014; 35: 81-95.
15. MUMCU G, FORTUNE F. Oral health and its aetiological role in Behçet's disease. Frontiers in Medicine, 2021; 8: 613419.
16. NAGIEB CS, et al. Evaluation of diode laser versus topical corticosteroid in management of Behcet's disease-associated oral ulcers: a randomized clinical trial. Clinical Oral Investigations, 2022; 26(1): 697-704.
17. NAKAMURA K, et al. Diretrizes para o tratamento de lesões cutâneas e mucosas na doença de Behçet: uma publicação secundária. The Journal of Dermatology, 2020; 47: 223-235.
18. PANDESHWAR P, et al. Photobiomodulation in oral medicine: a review. Journal of Investigative and Clinical Dentistry, 2016; 7(2): 114-126.
19. PARSAEI A, et al. Predictive value of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in Behcet's disease activity and manifestations: a cross-sectional study. BMC Rheumatology, 2022; 6(1): 9.
20. ROCCA JP, et al. Effect of laser irradiation on aphthae pain management: a four different wavelengths comparison. Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology, 2018; 189: 14.
21. SOARES AC, et al. Oral lesions as the primary manifestations of Behçet's disease. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 2023; 28(3): e484-e490.
22. TOLENTINO E, et al. Manifestações bucais e considerações gerais da síndrome de Behçet: relato de caso. Revista da Faculdade de Odontologia – UPF, 2018; 23(3): 322-328.