

**Manifestações clínicas e manejo odontológico do paciente com epidermólise bolhosa:
uma revisão de literatura**

**Clinical manifestations and dental management of the patient with epidermolysis
bullosa: a literature review**

**Manifestaciones clínicas y manejo odontológico de pacientes con epidermolisis bullosa:
una revisión de la literatura**

DOI: 10.54901/educa.v9-440

Pós-Grad. Tony Vitor Freitas Silva¹
Grad. Amanda Livia Ferreira Silva²
Grad. Sarah Ribeiro Brasil³
Grad. Beatriz Alves Nascimento⁴
Grad. Julie Eduarda Costa de Paula⁵
Grad. Igor Marcelo de Souza Oliveira⁶
Grad. Felipe Lana Bortolusci⁷
Ma. Fernanda Araújo Viol⁸
Ma. Isabela Possas da Fonseca⁹
Esp. Antônio José Araújo Pereira Júnior¹⁰

RESUMO: Tema: A Epidermólise Bolhosa (EB) é um grupo de genodermatoses raras caracterizadas por fragilidade mucocutânea, com formação de bolhas após mínimos traumas, apresentando importante repercussão na cavidade oral. Objetivo: Analisar as principais manifestações orais da EB e discutir condutas odontológicas adequadas para o manejo clínico desses pacientes. Método: Realizou-se revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo, com busca nas bases PubMed, Google Acadêmico e EBSCO, utilizando a estratégia “Epidermolysis Bullosa and Mouth Mucosa”. Foram incluídos estudos publicados entre 2012 e 2026 que abordassem manifestações orais e manejo odontológico, totalizando 21 artigos selecionados após análise criteriosa de relevância temática. Resultados: Observou-se que as manifestações

¹ Pós-Graduando em Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: tonyvfreitas@gmail.com

² Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: amandalivia141020@gmail.com

³ Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: srhribeirobrasil@gmail.com

⁴ Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: bia.alvesbanv@gmail.com

⁵ Graduanda em Odontologia, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: julieduarda2003@gmail.com

⁶ Graduando em Odontologia, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: igorsouzaoliveira449@gmail.com

⁷ Graduando em Odontologia, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: felippedub@live.com

⁸ Mestra em Odontopediatria, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: drafeaviol@gmail.com

⁹ Mestra em Clínica Odontológica, Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Barbacena, Minas Gerais, Brasil. E-mail: isapit2005@yahoo.com.br

¹⁰ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Barbacena, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: apereirabucomaxilo@yahoo.com.br

orais variam conforme o subtipo da doença, destacando-se bolhas e ulcerações recorrentes, microstomia, anquiloglossia, hipoplasia de esmalte e elevada suscetibilidade à cárie dentária. Tais alterações comprometem funções essenciais, como alimentação, higiene oral e realização de procedimentos odontológicos. O manejo clínico requer abordagem preventiva e individualizada, com utilização de técnicas minimamente traumáticas, lubrificação dos tecidos, anestesia profunda e lenta, além de acompanhamento multiprofissional. Terapias adjuvantes, como laserterapia de baixa potência associada ao gel de plaquetas do cordão umbilical, demonstraram resultados promissores na redução da dor e reparação tecidual. Conclusão: O cirurgião-dentista desempenha papel fundamental no cuidado ao paciente com EB, sendo indispensável conhecimento técnico-científico para diagnóstico precoce, prevenção de complicações e condução segura do tratamento, contribuindo para melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: epidermólise bolhosa; manifestações orais; odontologia; mucosa oral; tratamento.

1 INTRODUÇÃO

A Epidermólise Bolhosa (EB) compreende um grupo de doenças genéticas raras caracterizadas por acentuada fragilidade da pele e das mucosas, nas quais traumas mínimos ou leves fricções podem desencadear a formação de bolhas e feridas (Barna *et al.*, 2017; Angelo *et al.*, 2012). Essa condição decorre de alterações em proteínas estruturais responsáveis pela adesão entre as camadas da pele, comprometendo a integridade tecidual e resultando em um amplo espectro de manifestações clínicas (Polizzi *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2024). O espectro clínico varia desde doença cutânea localizada até doença grave e incapacitante com extenso envolvimento extracutâneo (Gonzalez M. E., 2013). De acordo com suas características clínicas, histopatológicas e moleculares, a EB é classificada em quatro principais subtipos: simples, juncional, distrófica e síndrome de Kindler, os quais apresentam diferentes níveis de gravidade, prognóstico e envolvimento sistêmico (Bergantini *et al.*, 2025; Mariath *et al.*, 2020).

Além das manifestações cutâneas, o acometimento da cavidade oral é frequente e representa um importante desafio clínico. Entre as alterações mais comumente observadas destacam-se a formação de bolhas e ulcerações na mucosa oral, dor, limitação da abertura bucal decorrente da microstomia, alterações dentárias e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de cárie dentária e doença periodontal (Polizzi *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2022; Mariath *et al.*, 2020). Tais manifestações comprometem diretamente funções essenciais, como a alimentação, a fala e a realização adequada da higiene bucal, impactando de maneira significativa a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Smith *et al.*, 2024; Santos *et al.*, 2022). Nos casos de maior gravidade, a fragilidade e a sensibilidade dos tecidos orais tornam o atendimento odontológico

particularmente complexo, exigindo adaptações e cuidados específicos para minimizar o risco de novos traumas e complicações (Polizzi *et al.*, 2022).

Nesse contexto, o conhecimento acerca da epidermólise bolhosa torna-se indispensável para o cirurgião-dentista, especialmente no reconhecimento precoce das manifestações orais e no planejamento de estratégias terapêuticas adequadas. Entretanto, persistem desafios relacionados à capacitação profissional e à disponibilidade de serviços especializados, fatores que podem dificultar o manejo clínico desses pacientes (Smith *et al.*, 2024). Dessa forma, a adoção de uma abordagem preventiva, individualizada e integrada a uma equipe multiprofissional mostra-se fundamental para a redução de complicações e a melhoria dos desfechos clínicos (Angelo *et al.*, 2012; Santos *et al.*, 2022).

Considerando a relevância clínica da doença e o impacto das alterações orais na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, o presente estudo tem como objetivo reunir e analisar evidências científicas sobre as manifestações orais da epidermólise bolhosa e suas estratégias de manejo, contribuindo para uma prática odontológica mais segura, eficaz e fundamentada em evidências.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A EB constitui um grupo heterogêneo de doenças genéticas raras caracterizadas pela extrema fragilidade da pele e das mucosas, resultando na formação de bolhas e erosões após mínimos traumas mecânicos. A doença decorre de mutações em genes responsáveis pela síntese e organização de proteínas estruturais envolvidas na adesão entre as camadas epiteliais, comprometendo a integridade dos tecidos cutâneos e mucosos (Mariath *et al.*, 2020; Lucky; Gorell, 2023).

A classificação da EB baseia-se no nível de clivagem tecidual onde ocorre a separação entre as camadas da pele e das mucosas, sendo tradicionalmente dividida em epidermólise bolhosa simples, juncional, distrófica e síndrome de Kindler. Cada subtipo apresenta características clínicas, prognósticos e graus de comprometimento distintos, influenciando diretamente as manifestações sistêmicas e orais observadas nos pacientes (Mariath *et al.*, 2020; Gordilho *et al.*, 2022). Embora a literatura reconheça diferenças importantes entre os subtipos, existe consenso de que a fragilidade mucocutânea representa o principal fator responsável pelas limitações funcionais e pela redução da qualidade de vida desses indivíduos.

No contexto odontológico, a cavidade oral é frequentemente acometida por alterações decorrentes da doença. Estudos demonstram que bolhas, ulcerações recorrentes, microstomia,

anquiloglossia, perda de papilas linguais e defeitos de esmalte figuram entre as manifestações mais comuns, podendo comprometer funções essenciais como alimentação, fonação e higienização bucal (Angelo *et al.*, 2012; Polizzi *et al.*, 2022). Além disso, pacientes acometidos pelas formas mais graves da doença apresentam maior predisposição ao desenvolvimento de cárie dentária e doença periodontal, em razão das limitações funcionais, da dor durante a escovação e das adaptações dietéticas frequentemente necessárias (Krämer *et al.*, 2020; Garuti *et al.*, 2025).

A literatura também destaca a relação entre as manifestações orais da EB e o estado nutricional dos pacientes. As dificuldades mastigatórias e de deglutição frequentemente levam à preferência por alimentos macios e ricos em carboidratos, favorecendo o desenvolvimento de lesões cariosas e comprometendo o equilíbrio nutricional (Zidorio; Carvalho; Dutra, 2023). Nesse sentido, diferentes autores defendem a necessidade de acompanhamento multiprofissional, envolvendo médicos, nutricionistas e cirurgiões-dentistas, como estratégia fundamental para minimizar complicações sistêmicas e bucais (Smith *et al.*, 2024).

No que se refere ao manejo odontológico, observa-se ampla concordância na literatura quanto à priorização de abordagens preventivas e minimamente traumáticas. Protocolos clínicos recomendam adaptações específicas durante o atendimento, incluindo lubrificação dos tecidos bucais, utilização de instrumentais cuidadosamente manipulados, anestesia administrada de forma lenta e profunda e redução máxima dos atritos mecânicos sobre a mucosa (Czlusniak; Schwab, 2012; Barna *et al.*, 2017). Essas medidas visam prevenir a formação de novas bolhas e preservar a integridade dos tecidos durante os procedimentos odontológicos.

Apesar dos avanços observados no conhecimento sobre a doença, ainda existem lacunas relacionadas à padronização de protocolos clínicos e à produção de evidências de maior nível metodológico voltadas especificamente para o manejo odontológico de pacientes com EB. Grande parte dos estudos disponíveis consiste em relatos de caso, séries de casos e revisões narrativas, evidenciando a necessidade de ampliar a produção científica sobre estratégias preventivas, terapêuticas e de acompanhamento desses indivíduos (Smith *et al.*, 2024; Polizzi *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, torna-se fundamental compreender as principais manifestações orais associadas à EB e as condutas odontológicas recomendadas pela literatura, de modo a subsidiar uma assistência clínica segura, humanizada e baseada em evidências científicas.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva, realizada com o objetivo de reunir e analisar evidências científicas acerca da EB, suas manifestações orais e as principais estratégias de manejo odontológico aplicadas aos pacientes acometidos por essa condição.

A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico e EBSCO. Para a recuperação dos estudos, utilizou-se a estratégia de busca “Epidermolysis Bullosa and Mouth Mucosa”, elaborada a partir de descritores em saúde extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que contribuíram para a construção da expressão utilizada.

Foram incluídos artigos que abordassem a definição da EB, seus diferentes subtipos, as manifestações orais associadas à doença e aspectos relacionados ao manejo odontológico desses pacientes. Como critérios de exclusão, foram descartados estudos que não apresentavam relação direta ou aprofundada com a temática proposta.

A seleção dos estudos ocorreu em etapas. Inicialmente, foi realizada a triagem dos títulos identificados nas bases de dados, considerando sua pertinência ao tema investigado. Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados. Os estudos considerados relevantes após essa etapa foram submetidos à leitura completa, possibilitando uma análise mais aprofundada do conteúdo e sua inclusão na presente revisão.

Ao final do processo de seleção, foram incluídos 21 artigos científicos, sendo 11 publicados em língua portuguesa e 10 em língua inglesa. Foram considerados estudos publicados entre os anos de 2012 e 2026. O recorte temporal adotado teve como referência um estudo previamente selecionado que apresenta informações relevantes para a compreensão e delimitação da temática investigada.

Para a sistematização das informações obtidas, foi elaborado um quadro comparativo contendo os principais aspectos relacionados à EB e sua interface com a Odontologia. Nesse instrumento, foram reunidos dados referentes aos tipos de EB, níveis de clivagem tecidual, manifestações orais mais frequentes e risco de cárie associado a cada subtipo da doença, permitindo uma visualização mais organizada das características clínicas e de suas repercussões na cavidade oral.

Com base nos estudos selecionados, foram abordados temas considerados relevantes para a compreensão do manejo odontológico desses pacientes, incluindo a classificação da doença, manifestações clínicas gerais e orais, desafios relacionados ao atendimento

odontológico, estratégias preventivas, protocolos clínicos, cuidados durante os procedimentos, manejo clínico, anestesia, procedimentos restauradores e cirúrgicos, além da importância da atuação multiprofissional no acompanhamento dos indivíduos com EB.

Os dados foram analisados de forma descritiva e interpretativa, conforme as características das revisões narrativas de literatura, possibilitando a integração, síntese e discussão das informações encontradas nos estudos selecionados.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A EB corresponde a um conjunto de doenças genéticas raras caracterizadas pela fragilidade dos tecidos epiteliais, resultando na formação de bolhas na pele e nas mucosas após traumas mínimos ou mesmo de forma espontânea, podendo manifestar-se desde o nascimento ou nos primeiros anos de vida (Groberio *et al.*, 2025; Angelo *et al.*, 2012). A doença está associada a mutações em genes responsáveis pela produção de proteínas estruturais essenciais para a adesão entre a epiderme e a derme, comprometendo a integridade da junção dermoepidérmica e favorecendo a separação das camadas teciduais, com consequente acúmulo de fluido e formação das lesões bolhosas (Groberio *et al.*, 2025; Garuti *et al.*, 2025; Angelo *et al.*, 2012).

A classificação da EB baseia-se no nível de clivagem tecidual e nos aspectos genéticos envolvidos, sendo tradicionalmente dividida em quatro tipos principais: simples, junctional, distrófica e síndrome de Kindler (Groberio *et al.*, 2025; Garuti *et al.*, 2025). Além das formas hereditárias, destaca-se a EB adquirida, uma doença autoimune rara caracterizada pela produção de autoanticorpos contra o colágeno tipo VII da membrana basal. Embora apresente manifestações clínicas semelhantes às formas hereditárias, possui etiopatogenia distinta (Gordilho *et al.*, 2022).

As manifestações clínicas da EB apresentam grande variabilidade, abrangendo desde formas leves até quadros graves, marcados por cicatrização deformante, limitações funcionais e maior risco de complicações sistêmicas (Angelo *et al.*, 2012; Barna *et al.*, 2017).

Do ponto de vista clínico, as lesões bolhosas frequentemente evoluem para erosões e ulcerações dolorosas de difícil cicatrização, podendo estar associadas à distrofia ungueal, alopecia cicatricial, alterações pigmentares e extensas áreas de cicatrização. Nas formas mais graves, observa-se comprometimento de múltiplos sistemas orgânicos, evidenciando o caráter sistêmico da doença (Groberio *et al.*, 2025; Angelo *et al.*, 2012).

No contexto odontológico, a prevenção constitui um dos aspectos mais relevantes do manejo clínico desses pacientes. Apesar das limitações impostas pela doença, a cárie dentária pode ser efetivamente controlada e prevenida por meio de consultas odontológicas periódicas, manutenção adequada da higiene bucal, orientação dietética, realização de profilaxias profissionais e aplicação tópica de flúor (Barna *et al.*, 2017).

Para a preservação da saúde bucal, recomenda-se ainda o encaminhamento precoce aos profissionais especializados e o acompanhamento contínuo, com consultas de retorno a cada três a seis meses, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente (Barna *et al.*, 2017).

4.1 Manifestações Oraís e Impacto na Qualidade de Vida

O comprometimento dos tecidos duros e moles da cavidade oral varia de acordo com o tipo e o subtipo de EB apresentado pelo paciente. De modo geral, a maioria dos indivíduos desenvolve lesões vesicobolhosas intraorais de diferentes dimensões, que podem evoluir para ulcerações recorrentes e áreas de tecido de granulação distribuídas por toda a mucosa oral. Entre os subtipos da doença, os pacientes com Epidermólise Bolhosa Distrófica Recessiva (EBDR) frequentemente apresentam as manifestações orais mais severas (Groberio *et al.*, 2025). O acometimento oral inclui ainda microstomia, anquiloglossia e obliteração do fundo de vestibulo, alterações que dificultam a realização da higiene bucal e dos procedimentos odontológicos (Groberio *et al.*, 2025; Garuti *et al.*, 2025; Barna *et al.*, 2017). Além disso, alterações nos tecidos dentários são comuns, destacando-se a hipoplasia de esmalte, as anomalias oclusais e a maior suscetibilidade ao desenvolvimento de cárie dentária, especialmente nas formas mais graves da doença (Groberio *et al.*, 2025; Garuti *et al.*, 2025).

As manifestações orais da EB repercutem diretamente sobre funções essenciais, como mastigação, deglutição e fala. A recorrência de bolhas, ulcerações e processos cicatriciais, associada à fragilidade dos tecidos e à limitação da abertura bucal, pode tornar a alimentação dolorosa e dificultar a higienização adequada da cavidade oral, favorecendo o acúmulo de biofilme e o desenvolvimento de lesões cáries (Garuti *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2022; Ângelo *et al.*, 2012). Em razão dessas limitações, muitos pacientes passam a preferir alimentos de consistência macia ou pastosa, o que pode comprometer a qualidade nutricional da dieta e contribuir para quadros de desnutrição, baixo peso corporal e anemia. Tais alterações podem repercutir negativamente no estado geral de saúde, ocasionando fadiga, dispneia, atraso na cicatrização e redução do apetite (Santos *et al.*, 2022; Ângelo *et al.*, 2012).

Além das repercussões físicas, a EB exerce impacto significativo sobre a saúde mental e a vida social dos pacientes. A presença de deformidades, limitações funcionais e dificuldades impostas pela doença pode favorecer o desenvolvimento de depressão, ansiedade e isolamento social, especialmente nos casos mais graves. Esses impactos tendem a se intensificar com o avanço da idade e com a maior compreensão das limitações decorrentes da condição, tornando o acompanhamento psicológico e psiquiátrico uma importante ferramenta para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar desses indivíduos (Ângelo *et al.*, 2012).

4.2 Classificação da Epidermólise Bolhosa

A classificação da EB baseia-se no nível de clivagem tecidual e nas alterações genéticas envolvidas, resultando em manifestações clínicas distintas entre seus diferentes subtipos. A EB simples caracteriza-se pela degeneração das células basais da epiderme e, em geral, apresenta menor gravidade clínica, sem formação significativa de cicatrizes ou comprometimento dentário relevante (Angelo *et al.*, 2012). Em contrapartida, a EB junctional apresenta separação tecidual na lâmina lúcida da membrana basal, sendo considerada uma forma mais grave da doença, frequentemente associada à hipoplasia de esmalte, anemia e atraso no crescimento (Angelo *et al.*, 2012).

A EB distrófica pode manifestar-se nas formas dominante e recessiva, apresentando diferentes graus de severidade. Enquanto a forma dominante geralmente está associada a manifestações mais leves, a forma recessiva caracteriza-se por maior comprometimento clínico, com presença de cicatrizes extensas, microstomia, anquiloglossia e importantes limitações funcionais (Angelo *et al.*, 2012). Entre os subtipos hereditários, destaca-se ainda a Síndrome de Kindler, considerada uma forma rara de EB, caracterizada pela formação de bolhas em múltiplos níveis da pele, além de fotossensibilidade, poiquilodermia e alterações mucosas, cujas manifestações clínicas podem se sobrepor às observadas em outros subtipos da doença (Bergantini *et al.*, 2025).

Embora apresente características clínicas semelhantes às formas hereditárias, a EB adquirida não integra essa classificação, uma vez que possui etiopatogenia distinta. Trata-se de uma enfermidade autoimune decorrente da produção de autoanticorpos contra o colágeno tipo VII, responsável pela integridade da membrana basal (Gordilho *et al.*, 2022).

4.3 Desafios no Atendimento Odontológico de Pacientes com EB

O atendimento odontológico de pacientes com EB apresenta desafios específicos decorrentes das alterações anatômicas e funcionais associadas à doença. Entre as principais limitações destaca-se a anquiloglossia, condição caracterizada pela restrição dos movimentos da língua em razão de sua aderência ao assoalho bucal, dificultando a visualização adequada dos dentes e de outras estruturas da cavidade oral (Čolović *et al.*, 2022). Além disso, a reduzida elasticidade da mucosa jugal e a presença de microstomia frequentemente limitam a abertura bucal, restringindo o acesso aos sítios de tratamento e dificultando o manuseio dos instrumentos odontológicos (Krämer *et al.*, 2020; Polizzi *et al.*, 2022).

Outro fator relevante é a diminuição da profundidade do vestibulo bucal, condição que pode dificultar a utilização convencional de espelhos clínicos, sugadores e outros dispositivos auxiliares, uma vez que a compressão excessiva dos tecidos aumenta o risco de formação de bolhas, ulcerações e novas lesões traumáticas (Krämer *et al.*, 2020; Polizzi *et al.*, 2022).

Diante dessas limitações, recomenda-se a adoção de adaptações técnicas durante o atendimento, incluindo o uso de instrumentos pediátricos, dispositivos de menor dimensão e métodos de inspeção indireta, estratégias que contribuem para minimizar traumas teciduais e promover maior segurança e eficácia durante os procedimentos odontológicos (Lucky; Gorell, 2023; Smith *et al.*, 2024).

4.4 Estratégias Preventivas em Odontologia

A adoção de estratégias preventivas é um dos pilares do cuidado odontológico de pacientes com EB, especialmente em razão da extrema fragilidade dos tecidos orais e do risco de traumas associados a procedimentos invasivos. Nesse contexto, a literatura destaca que a promoção da saúde bucal deve ser iniciada precocemente, priorizando a prevenção da cárie dentária e da doença periodontal, uma vez que intervenções restauradoras podem desencadear lesões e agravar condições já existentes (Krämer *et al.*, 2020; Angelo *et al.*, 2012). A necessidade dessa abordagem é reforçada pela elevada frequência de manifestações orais, como bolhas, erosões e cicatrizes, que dificultam a higiene bucal adequada e favorecem o acúmulo de biofilme (Garuti *et al.*, 2025).

Entre as principais medidas preventivas, destaca-se o uso do flúor, fundamental para a remineralização do esmalte dentário e para a redução da incidência de cárie (Polizzi *et al.*, 2022). Pacientes com EB apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento de lesões

cariosas em decorrência das dificuldades de higienização e da adoção frequente de dietas compostas por alimentos macios e ricos em carboidratos (Groberio *et al.*, 2025; Garuti *et al.*, 2025). Dessa forma, recomenda-se a utilização de dentifrícios fluoretados e de baixa abrasividade, bem como a realização de aplicações tópicas profissionais quando indicadas, sempre respeitando as condições clínicas e a tolerância individual de cada paciente (Krämer *et al.*, 2020; Parentes *et al.*, 2020). A escolha da escova dental também merece atenção, sendo preferíveis escovas de cerdas macias, capazes de minimizar o risco de formação de bolhas e ulcerações durante a higiene oral (Krämer *et al.*, 2020; Garuti *et al.*, 2025).

O controle do biofilme dentário constitui outro aspecto fundamental da prevenção. Entretanto, a presença de dor, microstomia e limitações funcionais frequentemente dificulta a realização adequada da higiene bucal, comprometendo a remoção da placa bacteriana e favorecendo o desenvolvimento de doenças bucais (Garuti *et al.*, 2025; Smith *et al.*, 2024; Oliveira *et al.*, 2026). Além disso, o desconforto durante a escovação pode reduzir a frequência dos cuidados diários, reforçando a necessidade de adaptação das técnicas de higiene, educação em saúde e acompanhamento odontológico periódico (Krämer *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2022). Essas medidas contribuem para a manutenção da saúde bucal e para a redução da necessidade de intervenções mais complexas ao longo do tempo.

A alimentação também exerce influência significativa sobre a saúde bucal desses pacientes. Em virtude da dor e das dificuldades mastigatórias, é comum a preferência por alimentos pastosos e frequentemente ricos em açúcares, condição que pode aumentar o risco de cárie dentária e comprometer o estado nutricional (Garuti *et al.*, 2025; Zidório; Carvalho; Dutra, 2023). Assim, recomenda-se orientar a redução da frequência de ingestão de alimentos cariogênicos e incentivar uma dieta equilibrada, respeitando as limitações individuais de cada paciente (Krämer *et al.*, 2020). Nesse cenário, a atuação integrada de cirurgiões-dentistas e nutricionistas torna-se fundamental para promover melhores condições de saúde bucal e geral (Smith *et al.*, 2024; Zidório; Carvalho; Dutra, 2023). De maneira geral, o planejamento odontológico desses pacientes deve ser individualizado e centrado na prevenção, priorizando medidas conservadoras e acompanhamento contínuo, uma vez que procedimentos invasivos podem desencadear novos traumas e agravar o quadro clínico (Oliveira *et al.*, 2026; Krämer *et al.*, 2020; Angelo *et al.*, 2012; Groberio *et al.*, 2025).

4.5 Atendimento Odontológico em Pacientes com Epidermólise Bolhosa

A prevenção desempenha papel fundamental no manejo odontológico de pacientes com EB, uma vez que qualquer intervenção clínica apresenta risco aumentado de indução de lesões nos tecidos bucais. Nesse contexto, consultas periódicas e medidas preventivas voltadas à manutenção da saúde oral são essenciais para minimizar a necessidade de procedimentos invasivos e reduzir a ocorrência de complicações (Čolović *et al.*, 2022). Entretanto, quando o tratamento odontológico se faz necessário, a maioria dos procedimentos pode ser realizada de forma segura, desde que sejam adotados cuidados específicos para preservar a integridade dos tecidos (Barna *et al.*, 2017).

4.6 Cuidados Durante o Atendimento Odontológico

4.6.1 Suspensão Imediata da Intervenção

Ao identificar a formação de uma bolha durante o atendimento, é imprescindível interromper imediatamente qualquer manobra mecânica ou friccional (Człusniak; Schwab, 2012; Mariath *et al.*, 2020). Essa conduta é fundamental para evitar a progressão do descolamento epitelial, permitindo a reavaliação do procedimento e a estabilização da condição clínica antes que ocorra maior comprometimento da mucosa (Santos *et al.*, 2022).

4.6.2 Descompressão Hidrostática Controlada

A abordagem da lesão deve ser iniciada por meio da punção da base da bolha com agulha estéril, seguida da aspiração cuidadosa de seu conteúdo líquido (Groberio; Tuñas; Tenório, 2025; Has *et al.*, 2021). Essa medida visa reduzir a pressão intra-lesional, aliviando o desconforto do paciente e prevenindo a ruptura espontânea da bolha, que poderia resultar em maior exposição tecidual e agravamento da lesão (Vieira *et al.*, 2023; Parentes; Almeida; Felipe, 2020).

4.6.3 Preservação do Teto Bolhoso como Curativo Biológico

A remoção ou o debridamento da camada superior da bolha é contraindicado. A preservação do teto bolhoso atua como um curativo biológico autólogo, protegendo as

terminações nervosas expostas e a mucosa subjacente contra traumas adicionais e agentes externos (Barna *et al.*, 2017; Polizzi *et al.*, 2022). Além de reduzir o risco de infecções secundárias, essa conduta favorece o processo de reepitelização e acelera a recuperação tecidual (Has *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2022).

4.6.4 Terapêutica Tópica e Proteção Adjuvante

Após a aspiração da lesão, recomenda-se a aplicação de agentes protetores ou pomadas lubrificantes sobre a área afetada, com o objetivo de minimizar o atrito local e promover maior conforto ao paciente (Krämer *et al.*, 2020; Vieira *et al.*, 2023). Nos casos em que houver resposta inflamatória mais intensa, pode-se considerar o uso criterioso de corticosteroides tópicos de baixa potência para o controle da inflamação, respeitando a fragilidade cutâneo-mucosa característica da doença (Parentes; Almeida; Felipe, 2020). Os pacientes podem utilizar escova de dente com cerdas macias e cabeça pequena, além disso, fluoretos sistêmicos/tópicos podem ajudar no controle de cáries, com aplicações tópicas de flúor a cada 3 meses (Li *et al.*, 2025).

4.6.5 Registro Clínico e Educação em Saúde

Por fim, é indispensável realizar o registro detalhado da ocorrência no prontuário odontológico, incluindo a localização anatômica da lesão, suas dimensões e as condutas adotadas durante o atendimento (Czylusniak; Schwab, 2012; Groberio; Tuñas; Tenório, 2025). Além disso, a orientação ao paciente e aos seus cuidadores constitui etapa essencial do manejo clínico. Devem ser fornecidas instruções quanto à não manipulação da lesão e à observação de sinais sugestivos de agravamento ou infecção secundária, favorecendo o acompanhamento adequado e a prevenção de complicações (Santos *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2024; Lucky; Gorell, 2023).

4.7 Manejo Clínico dos Procedimentos Odontológicos

Na abordagem odontológica de pacientes com EB, a minimização dos traumas mecânicos e o controle do atrito constituem princípios fundamentais para a preservação da integridade da mucosa oral. A literatura recomenda que a mucosa desidratada não seja manipulada diretamente, devido ao elevado risco de descolamento epitelial. Dessa forma, lábios

e mucosas devem ser abundantemente lubrificados com vaselina estéril ou hidrogéis antes de qualquer intervenção (Santos *et al.*, 2022). Essa barreira protetora reduz a fricção dos instrumentos e minimiza o estresse tecidual durante o procedimento (Czylusniak; Schwab, 2012). Quando o afastamento tecidual for necessário para a visualização do campo operatório, recomenda-se a utilização dos dedos do profissional ou do próprio paciente, desde que devidamente lubrificados (Vieira *et al.*, 2023).

A instrumentação clínica também requer cuidados específicos. Os espelhos bucais devem possuir bordas arredondadas e ser previamente lubrificados para reduzir o risco de lesões traumáticas (Santos *et al.*, 2022). Em relação ao controle de umidade, o uso de sugadores de alta potência diretamente sobre a mucosa é contraindicado devido ao potencial de sucção traumática. Nesses casos, recomenda-se a aspiração manual cuidadosa ou a utilização de gaze umedecida para absorção dos fluidos (Czylusniak; Schwab, 2012). A manipulação da língua deve ser limitada ao mínimo necessário e, quando indispensável, a retração deve ser realizada com gaze embebida em soro fisiológico, aplicando-se a menor pressão possível para evitar a formação de bolhas na base ou no dorso lingual (Santos *et al.*, 2022).

Além disso, o isolamento absoluto com dique de borracha é geralmente contraindicado, uma vez que o grampo e o lençol de látex podem provocar traumas na mucosa peribucal e gengival (Santos *et al.*, 2022). Seu emprego deve ser reservado para situações excepcionais, desde que sejam realizadas adaptações rigorosas e proteção prévia das áreas de contato (Vieira *et al.*, 2023).

O manejo pós-operatório em pacientes com EB deve basear-se em uma abordagem preventiva e humanizada, com foco na promoção da cicatrização e na redução do desconforto. O controle da dor deve priorizar o uso de analgésicos sistêmicos, mantendo-se cautela na administração de anti-inflamatórios em razão dos possíveis efeitos sistêmicos e da fragilidade mucosa característica desses pacientes (Vieira *et al.*, 2023). Para o alívio local de erosões orais, recomenda-se a utilização de agentes protetores e enxaguatórios anestésicos isentos de álcool, os quais auxiliam na proteção dos tecidos e na redução da sintomatologia dolorosa (Santos *et al.*, 2022).

A manutenção da saúde bucal requer ainda a realização de enxágues com água após refeições pastosas e a escolha de suplementos nutricionais adequados e não cariogênicos, considerando as necessidades nutricionais específicas e as limitações físicas frequentemente presentes nesses pacientes (Zidorio; Carvalho; Dutra, 2023). Paralelamente, o acompanhamento clínico e nutricional contínuo é indispensável, uma vez que deficiências nutricionais podem agravar a fragilidade tecidual e retardar o processo de reparo. Assim, a

integração entre o controle da dor, a higiene bucal adaptada e o suporte nutricional constitui um componente essencial para o sucesso terapêutico e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com EB (Czylusniak; Schwab, 2012; Zidorio; Carvalho; Dutra, 2023).

4.8 Anestesia

O uso de anestésicos locais é amplamente aceito e considerado seguro para pacientes com EB, desde que sejam observados cuidados específicos durante sua administração. Os anestésicos tópicos em gel são frequentemente empregados na prática clínica para proporcionar maior conforto ao paciente. Para minimizar o risco de formação de bolhas, recomenda-se que a solução anestésica seja injetada de forma profunda e lenta nos tecidos, reduzindo o trauma mecânico local (Barna *et al.*, 2017).

Além disso, é fundamental orientar o paciente quanto à necessidade de evitar comer, esfregar ou morder os tecidos anestesiados até o completo restabelecimento da sensibilidade. A perda temporária da percepção dolorosa pode favorecer a ocorrência de lesões traumáticas significativas sem que o paciente as perceba imediatamente (Barna *et al.*, 2017).

A anestesia geral deve ser reservada para procedimentos odontológicos mais complexos e de longa duração, sendo indispensável a atuação de uma equipe multiprofissional experiente. Nesses casos, deve-se considerar o risco aumentado de descolamento epitelial e formação de bolhas decorrentes da manipulação mecânica dos tecidos durante o procedimento, exigindo cuidados rigorosos para a proteção da pele e das mucosas (Barna *et al.*, 2017).

4.9 Procedimentos Preventivos

Considerando que diversos autores destacam a importância da prevenção da doença cárie em pacientes com EB, recomenda-se a realização do selamento de fossas e fissuras como medida preventiva. Essa conduta torna-se especialmente relevante, uma vez que a higienização bucal e outras estratégias preventivas podem ser dificultadas pelas limitações funcionais e pela fragilidade dos tecidos orais características da doença (Čolović *et al.*, 2022; Krämer *et al.*, 2020; Polizzi *et al.*, 2022).

4.10 Procedimentos Cirúrgicos

O planejamento de procedimentos cirúrgicos, especialmente quando há necessidade de múltiplas extrações dentárias, deve incluir consulta prévia ao médico responsável pelo paciente. Essa medida é importante porque quadros de anemia severa, frequentemente observados em formas mais graves da doença, podem interferir na segurança e no prognóstico do tratamento odontológico (Has *et al.*, 2021).

Nos casos de extrações múltiplas, recomenda-se a remoção inicial dos dentes anteriores, compreendidos entre os pré-molares, seguida da extração dos molares, favorecendo melhor acesso e visibilidade do campo operatório. Além disso, deve-se empregar uma técnica cirúrgica minimamente traumática, realizando incisões firmes e precisas para reduzir o risco de formação de bolhas e descolamento epitelial da mucosa (Has *et al.*, 2021).

O processo de cicatrização dos alvéolos pós-extração não parece sofrer alterações significativas em pacientes com EB. Adicionalmente, alguns autores relatam a indicação da extração de segundos ou terceiros molares permanentes hígidos em casos graves da doença, com o objetivo de facilitar os procedimentos de higiene bucal e melhorar o controle da saúde oral a longo prazo (Čolović *et al.*, 2022; Krämer *et al.*, 2020; Polizzi *et al.*, 2022).

4.11 Abordagem Multidisciplinar

A EB requer acompanhamento multidisciplinar em virtude das diversas manifestações sistêmicas e bucais associadas à doença. Nesse contexto, o médico é responsável pelo diagnóstico, classificação e acompanhamento clínico do paciente, enquanto o nutricionista desempenha papel fundamental na orientação alimentar e na manutenção do estado nutricional, especialmente diante das dificuldades de mastigação e deglutição decorrentes das lesões orais e esofágicas. Entretanto, o cirurgião-dentista assume papel de destaque no cuidado desses indivíduos, uma vez que as alterações bucais podem comprometer significativamente a qualidade de vida, interferindo na alimentação, na fala, na higiene oral e no bem-estar geral do paciente (Santos *et al.*, 2022).

Entre as manifestações orais mais frequentemente observadas destacam-se bolhas e ulcerações recorrentes, microstomia, anquiloglossia, perda de papilas linguais, limitação da abertura bucal e maior suscetibilidade à cárie dentária e à doença periodontal. Estudos epidemiológicos e relatos de caso demonstram elevada prevalência e severidade dessas alterações, frequentemente relacionadas ao subtipo da doença, além de evidenciarem seu

impacto direto sobre a ingestão adequada de nutrientes, especialmente em crianças e adolescentes (Zidorio; Carvalho; Dutra, 2023).

Diante desse cenário, a conduta odontológica deve priorizar medidas preventivas e procedimentos minimamente traumáticos, considerando a extrema fragilidade dos tecidos bucais desses pacientes. O acompanhamento odontológico precoce e periódico é essencial para reduzir complicações, preservar a saúde oral e evitar intervenções invasivas.

Tabela 1- Classificação das manifestações orais e riscos odontológicos conforme o tipo de Epidermólise Bolhosa e nível de clivagem tecidual.

MANIFESTAÇÕES ORAIS DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA			
TIPO DE EB	NÍVEL DE CLIVAGEM	MANIFESTAÇÕES ORAIS	RISCO DE CÁRIE
EB SIMPLES	Intraepidérmico (camada basal)	Manifestações leves. Bolhas intraorais ocasionais, geralmente de cicatrização rápida sem sequelas fibróticas.	Baixo. Estrutura dentária geralmente se apresenta preservada.
EB JUNCIONAL	Junção Dermoepidérmica (lâmina lúcida)	Bolhas graves e ulcerações extensas, e Hipoplasia de esmalte generalizada .	Grave devido aos defeitos estruturais do esmalte.
EB DISTRÓFICA	Sub- lâmina densa (colágeno VII)	Microstomia grave, anquiloglossia (língua presa), perda de papilas linguais e cicatrização recorrente.	Grave devido à dieta pastosa/ açucarada e dificuldade de higiene.
SÍNDROME DE KINDLER	Múltiplos níveis	Fragilidade mucosa moderada. Presença precoce de gengivite descamativa e periodontite agressiva	Moderada requer monitoração periodontal rigorosa

Fonte: produção dos autores (2026).

Nesse sentido, a orientação de higiene bucal adaptada, o uso de escovas ultramacias, a aplicação tópica de flúor e a educação em saúde direcionada aos familiares e cuidadores constituem estratégias indispensáveis para o controle das manifestações bucais (Vieira *et al.*, 2023).

Durante o atendimento odontológico, cuidados específicos devem ser adotados para prevenir o surgimento de novas lesões, incluindo a lubrificação dos tecidos periorais, a manipulação delicada da mucosa e a redução do atrito causado pelos instrumentais clínicos.

Além disso, sempre que possível, procedimentos restauradores devem ser priorizados em relação às extrações dentárias, visando preservar a função mastigatória e proporcionar maior conforto ao paciente. Essa abordagem preventiva e conservadora é particularmente importante nos casos mais graves, como na epidermólise bolhosa distrófica recessiva generalizada, em que o manejo a longo prazo impõe desafios significativos e exige protocolos clínicos rigorosamente adaptados às necessidades individuais do paciente (Czylusniak; Schwab, 2012). Dessa forma, a integração entre os diferentes profissionais da saúde e o acompanhamento odontológico individualizado são fundamentais para promover melhores condições de saúde bucal, favorecer o estado nutricional e contribuir para a qualidade de vida dos pacientes com epidermólise bolhosa (Santos *et al.*, 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EB é uma genodermatose rara caracterizada por intensa fragilidade da pele e das mucosas, cujas manifestações clínicas variam de acordo com o subtipo da doença e podem comprometer significativamente a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes. Alterações como bolhas e ulcerações recorrentes, microstomia, anquiloglossia e defeitos de esmalte representam desafios importantes para o manejo odontológico, exigindo condutas individualizadas e criteriosas.

Nesse contexto, o cirurgião-dentista desempenha papel fundamental na prevenção, no diagnóstico das manifestações bucais e na promoção da saúde oral desses indivíduos. O atendimento odontológico deve ser baseado em medidas preventivas, protocolos minimamente traumáticos e adaptações clínicas que reduzam o risco de lesões decorrentes da manipulação dos tecidos. Estratégias como orientação de higiene bucal adaptada, aplicação tópica de flúor, controle periódico e educação em saúde para pacientes e cuidadores são essenciais para a manutenção da saúde bucal e para a redução da necessidade de intervenções invasivas.

Além disso, a atuação integrada entre odontologia, medicina, nutrição e demais áreas da saúde é indispensável para o acompanhamento adequado desses pacientes, contribuindo para melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida. Dessa forma, o conhecimento das particularidades da Epidermólise Bolhosa e a adoção de abordagens preventivas e multidisciplinares são fundamentais para a oferta de um cuidado seguro, humanizado e efetivo (Groberio; Tuñas; Tenório, 2025).

REFERÊNCIAS

ANGELO, M. M. F. C. *et al.* **Manifestações clínicas da epidermólise bolhosa: revisão de literatura. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 1, p. 135-142, jan./mar. 2012. DOI: 10.4034/PBOCI.2012.121.21.

BARNA, B. K. *et al.* **Epidermólise bolhosa oral: sintomas e seu tratamento. Orvosi Hetilap**, v. 158, n. 29, p. 1146-1151, 2017. DOI: 10.1556/650.2017.30799.

BERGANTINI, R. F. *et al.* **Epidermólise bolhosa: revisão dos subtipos e terapias de suporte. Archives of Health**, Curitiba, v. 6, n. 4, ed. especial, p. 1-6, 2025. DOI: 10.46919/archv6n4espec-15743.

ČOLOVIĆ, A. *et al.* **Oral and perioral soft tissue lesions and oral functions in patients with dystrophic epidermolysis bullosa. Vojnosanitetski Pregled**, v. 79, n. 11, p. 1121-1127, 2022. DOI: 10.2298/VSP210322049C.

CZLUSNIAK, G. D.; SCHWAB, C. B. **Epidermólise bolhosa distrófica recessiva generalizada: protocolo de atendimento odontológico e relato de caso. Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 48, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 2012.

GARUTI, G. *et al.* **An international online survey on oral hygiene issues in patients with epidermolysis bullosa. Dentistry Journal**, v. 13, n. 9, p. 398, 2025. DOI: 10.3390/dj13090398.

GONZALEZ, M. E. **Evaluation and treatment of the newborn with epidermolysis bullosa. Seminars in Perinatology**, v. 37, n. 1, p. 32-39, 2013. DOI: 10.1053/j.semperi.2012.11.004.

GORDILHO, J. O. *et al.* **Epidermólise bolhosa adquirida. Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 97, n. 2, p. 145-156, 2022. DOI: 10.1016/j.abd.2021.09.003.

GROBERIO, L. G. N.; TUÑAS, I.; TENÓRIO, J. R. **Epidermólise bolhosa hereditária para cirurgiões-dentistas**. Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2025.

HAS, C. *et al.* **Practical management of epidermolysis bullosa: consensus clinical position statement from the European Reference Network for Rare Skin Diseases. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 35, n. 12, p. 2349-2360, 2021. DOI: 10.1111/jdv.17629.

KRÄMER, S. *et al.* **Clinical practice guidelines: oral health care for children and adults with epidermolysis bullosa. Special Care in Dentistry**, v. 40, supl. 1, p. 3-81, 2020. DOI: 10.1111/scd.12485.

LI, M.-L. *et al.* **Oral manifestations in different subtypes of hereditary epidermolysis bullosa: a retrospective case series from an Asian cohort. Oral Diseases**, 2025. Publicado on-line antes da versão impressa. DOI: 10.1111/odi.70114.

LUCKY, A. W.; GORELL, E. **Epidermolysis bullosa with pyloric atresia**. In: ADAM, M. P. *et al.* (ed.). **GeneReviews®**. Seattle: University of Washington, 2023.

MARIATH, L. M. *et al.* **Epidermólise bolhosa hereditária: atualização sobre os aspectos clínicos e genéticos**. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, n. 5, p. 551-569, 2020. DOI: 10.1016/j.abd.2020.04.004.

OLIVEIRA, M. J. C. *et al.* **Cuidados preventivos em saúde bucal para pacientes com epidermólise bolhosa: revisão integrativa**. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 4, p. 1-18, 2026. DOI: 10.56238/arev8n4-076.

PARENTES, B. S.; ALMEIDA, D. S. S.; FELIPE, L. C. S. **Epidermólise bolhosa e suas manifestações orais**. **JNT – Business and Technology Journal**, v. 1, n. 19, p. 4-26, 2020.

POLIZZI, A. *et al.* **Oral alterations in heritable epidermolysis bullosa: a clinical study and literature review**. **BioMed Research International**, v. 2022, art. 6493156, 2022. DOI: 10.1155/2022/6493156.

SANTOS, M. N. *et al.* **Epidermólise bolhosa: manifestações orais e manejo odontológico**. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, e40411125188, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i1.25188.

SMITH, Z. *et al.* **The dental needs of children with epidermolysis bullosa and service delivery: a scoping review**. **BMC Oral Health**, v. 24, art. 1131, 2024. DOI: 10.1186/s12903-024-04874-9.

VIEIRA, A. C. M. *et al.* **Epidermólise bolhosa: relato de caso**. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, Lisboa, v. 64, n. 3, p. 133-138, 2023. DOI: 10.24873/j.rpemd.2023.09.1066.

ZIDORIO, A. P. C.; CARVALHO, K. M. B.; DUTRA, E. S. **Assessment of nutrient intakes of children and adolescents with recessive dystrophic epidermolysis bullosa, severe subtype**. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 40, n. 2, p. 286-294, 2023. DOI: 10.20960/nh.04330.