



ARTIGO DE REVISÃO

¹Centro Universitário Estácio de Bahia-Salvador, Bahia – Brasil.

²Universidade Federal da Bahia-Salvador, Bahia – Brasil.

Contribuição dos autores:

Todos os autores participaram da concepção do estudo e leitura dos artigos selecionados, elaboração do manuscrito, revisão e aprovação da versão final do manuscrito para publicação.

Contato para correspondência:

Paula Milena Melo Casais Moreira

E-mail:

paula.mmcasais@gmail.com

Conflito de interesse: Não aplicável.

Financiamento: Não aplicável.

Recebido em: 25/08/2023

Aprovado: 11/09/2023



Síndrome de Plummer-Vinson: Características gerais e alterações orais associadas

Plummer-Vinson Syndrome: General characteristics and associated oral alterations
Síndrome de Plummer-Vinson: Características generales y alteraciones bucales asociadas

✉ Vittorio Hugo Oliveira Moschetti Nulli¹ ✉ Iago Mateó Pacheco de Almeida¹ ✉ Vanusa Santana Braz Peixoto¹
✉ Paula Milena Melo Casais-Moreira^{1,2} ✉ Larissa Souza Santos-Lins^{1,2}

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Plummer-Vinson (SPV) é a dificuldade em deglutir devido a anemia ferropriva, espasmos esofágicos e fraqueza. Por possuir grande interação com tecido mucoso, podem ocorrer algumas lesões orais com mais frequência nessa população. **OBJETIVO:** Caracterizar a SPV destacando o envolvimento oral desta condição clínica. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão de literatura narrativa com busca na base de dados eletrônicos da PubMed®, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, utilizando os descritores “Síndrome de Plummer-Vinson”, “Manifestações Bucais” e “Neoplasias Bucais”, sem restrição de tempo e no idioma português. **REVISÃO DE LITERATURA:** A SPV é uma condição rara, caracterizada pelos achados de anemia ferropriva, disfagia cervical e membranas esofágicas. Portanto, o monitoramento endoscópico do esôfago e faringe é necessário devido à grande incidência de carcinoma nesses órgãos, decorrentes da síndrome. A SPV aumenta o risco de câncer na faringe e possivelmente na boca, com sintomas como úlceras, palidez, pigmentação e inflamação na língua, perda de papilas gustativas e dificuldade de abertura bucal. **CONCLUSÃO:** É essencial que dentistas e outros profissionais da área da saúde estejam atentos às mudanças provocadas pela Síndrome, a fim de realizar diagnósticos precoces ou encaminhar para profissionais mais qualificados.

Palavras-chave: TDIC. Educação. Competências digitais.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Plummer-Vinson Syndrome (PVS) is difficulty in swallowing due to iron deficiency anemia, esophageal spasms and pain when swallowing and weakness. Because it has a great interaction with the mucosal tissue, some oral lesions may occur more frequently in this population. **OBJECTIVE:** To characterize PVS, highlighting the oral involvement of this clinical condition. **METHODOLOGY:** This is a narrative literature review with a search in the electronic database of PubMed®, SciELO, Virtual Health Library and Google Scholar, using the descriptors "Plummer-Vinson Syndrome", "Oral Manifestations" and "Oral Neoplasms", without time restriction and in the Portuguese language. **LITERATURE REVIEW:** PVS is a rare condition, characterized by findings of iron deficiency anemia, cervical dysphagia and esophageal membranes. Therefore, endoscopic monitoring of the esophagus and pharynx is necessary due to the high incidence of carcinoma in these organs, resulting from the syndrome. PSV increases the risk of cancer in the pharynx and possibly the mouth, with symptoms such as ulcers, pallor, tongue pigmentation and inflammation, loss of taste buds, and difficulty opening the mouth. **CONCLUSION:** It is essential that dentists and other health professionals are aware of the changes caused by the Syndrome, in order to perform early diagnoses or refer to more qualified professionals.

Keywords: endodontics; ultrasound; pulp chamber; root canal preparation; irrigation.

Introdução

A Disfagia Sideropênica, também denominada de Síndrome de Plummer-Vinson (SPV), tem o nome de dois americanos: o médico Henry Stanley Plummer e o cirurgião Porter Paisley Vinson, os quais pesquisaram

casos de deficiência de ferro e disfagia em pacientes com hipótese de espasmo do esôfago superior ou angulação anormal deste órgão (CRUZ, 2017). Apesar de sua etiologia ser misteriosa, há prognósticos que contribuem no

entendimento da síndrome. A primeira, correlaciona-se à deficiência de ferro e a segunda abrange os sintomas de anemia e deficiência nutricional como consequência da disfagia primária, principal sintoma (CABRAL, 2017). Na literatura, ainda existem questões em aberto sobre se a falta de ferro é a causa ou o resultado da disfagia, bem como o motivo pelo qual apenas uma proporção dos pacientes com anemia ferropriva desenvolve uma membrana esofágica (consiste em “pregas” que se formam totalmente ou parcialmente no lúmen esofágico) (COELHO, 2004).

Segundo Araújo (2022) a doença é caracterizada pela tríade clássica: disfagia, anemia por deficiência de ferro e rede esofágica. Sendo a disfagia associada à SPV tipicamente intermitente e limitada aos alimentos sólidos, por conseguinte, os enfermos podem apresentar queixa de engasgo ou até episódios aspirativos (GREGÓRIO et al., 2005).

Importante destacar que grande parte dos casos de SPV ocorre em indivíduos leucodermas, sexo feminino e meia idade, com uma proporção notavelmente alta de mulheres para homens, na razão de 4:1. Ademais, cabe ressaltar que a possibilidade de malignidade é maior em mulheres correspondendo de 3% a 15 % dos casos, haja vista que as mulheres em idade reprodutiva apresentam excesso de sangramento menstrual o que leva a redução de hemoglobina, devido à deficiência da sua síntese (ARAÚJO et al., 2022).

Pela SPV possuir grande interação com tecido mucoso, principalmente do trato gastrointestinal, podem ocorrer algumas lesões orais com mais frequência nessa população. Ademais, com o risco ao câncer do trato gastrointestinal aumentado, é possível que o risco de lesões bucais também seja maior, comparado à população geral (NOVACEK, 2006)

Visto isso, essa revisão de literatura tem como objetivo descrever as alterações bucais presentes na síndrome de Plummer-Vinson, enfatizando sua relação com o câncer de boca.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, com busca na base de dados eletrônicos da PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores: “Síndrome de Plummer-Vinson”, “Manifestações Bucais” e “Neoplasias Bucais”, feitas durante os períodos de abril a agosto de 2023.

Em relação aos critérios de inclusão, foram considerados artigos nos idiomas português e inglês, sem restrição de tempo. Quanto aos critérios de exclusão, artigos que não contemplassem a temática e que não foram submetidos à banca de avaliação ou revisão por pares.

Revisão de literatura

A Embora não haja muitos dados disponíveis na literatura, acredita-se que a SPV seja um distúrbio raro. A grande maioria dos pacientes que foram diagnosticados com a SPV é do gênero feminino,

entre a quarta e a sexta década de vida de etnia europeia (NEVILLE, 2009).

A SPV é caracterizada por uma tríade de disfagia cervical, anemia ferropriva e presença de membranas no esôfago. Pode apresentar outras manifestações menos frequentes como palidez, perda de peso, risco de taquicardia, além de manifestações orais (MALAFAIA, 2004). Uma característica peculiar são as mudanças nas unhas, com característica de unhas em colher ou unhas de açoite (coiloniquia). Nesses casos, as unhas são côncavas com bordas viradas para cima, facilmente laminadas e quebradiças. (WALDENSTROM, 1939).

Não se sabe ao certo qual o real motivo que desencadeia essa condição e com isso, diversas hipóteses foram surgindo ao longo dos anos, sendo que três delas são as mais discutidas. A primeira delas, diz que além da presença de membrana esofágica, a disfagia pode estar relacionada a uma contração muscular inadequada devido à deficiência de ferro, que pode levar à atrofia da mucosa do trato digestivo, aumentando a ocorrência de traumatismos e ulcerações. De modo geral, a deficiência de ferro resulta em uma destruição progressiva dos músculos que compõem a faringe fazendo com que ocorra constrição do esôfago, resultando em uma disfagia (DANTAS, 1999). Com isso, há uma predisposição à formação de membranas e reduzindo a propulsão do bolo alimentar pelo músculo cricofaríngeo e incoordenação da musculatura lisa esofágica (FILES et al., 2002). Todavia, outros estudos contestam essa hipótese, ao afirmar que a existência de anemia não é maior em pacientes com disfagia, pois o ferro não é necessário para a formação das membranas no esôfago. A hipótese mais aceita atualmente está relacionada com a deficiência nutricional, diante de uma dieta com baixo índice de macronutrientes de proteínas, vitaminas (A, C e E) e fibras, com uma dieta mais voltada ao consumo de carboidratos (WYNDER, 1958).

A presença de membranas formadas no esôfago está associada ao alto risco de desenvolvimento de câncer (carcinoma esofágico ou faríngeo), por estar relacionada a fatores dietéticos e nutricionais. Estudos relatam que a redução da ingestão de vegetais e frutas, juntamente com uma dieta pobre em fibras, aumenta o risco de mutação celular. Com isso, a SPV, por ser rara, deve ser uma hipótese de diagnóstico diferencial em pacientes com disfagia, devido seu potencial de malignidade. Estudos consideram a síndrome como uma condição pré-câncer e com associação com carcinoma pós-cricóide (NOVACEK, 2006).

Existem diferentes métodos para detectar membranas esofágicas, sendo a videofluoroscopia considerada o melhor deles. A esofagografia com bário também pode ser utilizada, assim como a endoscopia digestiva alta (EDA), que revela uma membrana acinzentada e fina, com lúmen mais comumente excêntrico, embora às vezes centrais. O contraste com bário é capaz de detectar a membrana, que se apresenta como uma projeção anteroposterior fina na parede esofágica na região pós-cricóide, sendo mais bem visualizada em perfil. Além disso, os exames de laboratório geralmente apresentam resultados indicativos de anemia por

deficiência de ferro, com níveis reduzidos de hemoglobina, hematócrito, volume médio das células vermelhas do sangue, ferro sérico e ferritina, e um aumento na capacidade total de ligação do ferro. Normalmente, não são observadas outras irregularidades nos resultados laboratoriais (HOFFMAN, 1995).

No que tange à SPV a odinofagia, fraqueza, esplenomegalia e glossite atrófica são sinais e sintomas clínicos que os pacientes podem apresentar, além de dificuldade ou dor ao engolir. Os pacientes diagnosticados com a SPV devem ser avaliados periodicamente (pelo menos, uma visita anual ao otorrinolaringologista) para detecção do câncer de boca, hipofaringe e esôfago, devido a uma prevalência de 5% a 50% de neoplasias malignas no trato aero digestivo superior descrita nas pessoas afetadas (NEVILLE, 2016). Ao que concerne ao diagnóstico histopatológico da SPV, observa-se a presença de atrofia epitelial na mucosa oral com diversos graus de inflamação crônica da submucosa oral. Em alguns casos mais desenvolvidos displasias epiteliais são observadas (NEVILLE, 2009).

Em relação às manifestações orofaciais da SPV, pode-se destacar as úlceras, palidez da mucosa, pigmentação da língua, glossite, despilação, trismo, perda precoce dos dentes, queilite angular (MALAFAIA, 2004). Uma queixa comum dos pacientes relaciona-se à dor na deglutição (NEVILLE, 2009). Ademais, pacientes reclamam de uma sensação de queimação na língua ou na mucosa oral e, algumas vezes, esse desconforto é tão intenso que os pacientes não conseguem usar próteses. Além disso, a queilite angular está frequentemente presente e pode ser grave - produz uma aparência lisa e avermelhada do dorso da língua (NEVILLE, 2016).

Os profissionais de saúde devem estar atentos a situações diretamente relacionadas ao SPV e o tratamento baseia-se na correção da etiologia da síndrome. Para tratar a anemia por deficiência de ferro, é indicada a suplementação oral ou parenteral de sulfato ferroso - esta última reservada para casos mais graves, o que pode ajudar a resolver problemas de disfagia. No caso de estenose, uma das causas da disfagia, pode-se realizar a dilatação durante um exame de endoscopia alta. Em casos mais severos, é possível utilizar bougies guiadas por fio ou balões para romper a estenose. Devido à deficiência nutricional causada pela disfagia e anemia, é importante que o paciente siga uma dieta rica em vitaminas (ferro, folato e vitamina B12) para manter a integridade do epitélio oral e prevenir possíveis transformações malignas no tecido. Além disso, é recomendado realizar exames de endoscopia alta anualmente para acompanhamento.

O cirurgião-dentista também desempenha um papel crucial na adequação do ambiente oral, visando a redução de focos infecciosos, rastreando lesões e atenuando desconfortos associados ao SPV. É importante realizar consultas frequentes, seja em um serviço público ou privado, para rastrear a presença de lesões malignas ou potencialmente malignas (SAMAD, 2015).

Discussão

A causa, na grande maioria das vezes, pode ser obtida através de uma anamnese minuciosa para buscar a análise adequada de um paciente com disfagia e auxiliando a fazer um diagnóstico diferencial adequado. A investigação correta começa a diferenciação entre disfagia esofágica e disfagia orofaríngea (KATZKA, 2004).

Nesse sentido, devido às diversas formas de manifestações orais, o papel do cirurgião-dentista é extremamente importante para avaliar as condições das lesões orais, manifestadas pela SPV. Ademais, a associação entre a síndrome e o desenvolvimento de neoplasias malignas é um fator crucial para analisar suas manifestações, pois o indivíduo portador do SPV apresenta uma alta probabilidade de desenvolver lesões cancerígenas no trato aero digestivo superior de natureza maligna. Essa probabilidade está diretamente relacionada à deficiência de ferro no corpo, uma vez que o ferro desempenha um papel crucial no funcionamento saudável das células epiteliais. A anemia resulta na atrofia do tecido epitelial e reduz a capacidade de regeneração da mucosa, criando condições favoráveis para o surgimento de uma mucosa atrófica. Essa condição torna-se mais propensa à atividade carcinogênica, predispondo a cavidade oral, o esôfago superior e a hipofaringe ao desenvolvimento de câncer (KARTHIKEYAN et.al, 2017).

Quando um paciente apresenta anemia, diversas manifestações orais podem surgir, tais como glossite, estomatite angular, sangramento gengival, entre outras. Além disso, a anemia também torna o paciente mais suscetível a infecções oportunistas, como a candidíase, e pode dificultar processos cirúrgicos devido à falta de oxigenação adequada. É fundamental prestar atenção às alterações orais associadas à anemia por deficiência de ferro, um dos principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de glossite, palidez da mucosa e queilite angular. Quando há necessidade de procedimentos odontológicos, especialmente os invasivos, é recomendado adiar a cirurgia até que o paciente se recupere da anemia, uma vez que a baixa contagem de ferro provavelmente dificultará a cicatrização adequada da ferida cirúrgica (ORTEGA et.al, 2020).

A candidíase bucal pode se manifestar por meio de queilites angulares, sendo uma das principais lesões, causando infecções agudas ou crônicas que resultam em sensação de queimação, vermelhidão, fissuras e descamação na área afetada. Essa condição pode ser agravada por fatores como desnutrição ou uso inadequado de próteses dentárias mal higienizadas. Diante desse quadro, é importante fornecer instruções sobre higiene oral adequada, incluindo a limpeza correta da prótese. Além disso, o uso tópico de antifúngicos, como a nistatina, pode ser recomendado. Em casos mais graves, quando há comprometimento sistêmico, pode ser necessário o uso de fluconazol. É importante investigar possíveis condições de imunossupressão e encaminhar o paciente para avaliação médica (FALCÃO et.al, 2018).

A glossite migratória benigna, também conhecida como língua geográfica, geralmente ocorre nas regiões de bordas e dorso da língua, caracterizando-se por episódios de irritação e regressão da

lesão ao longo do tempo. A sensação de ardência nessas situações pode ser leve, e é recomendado fornecer instruções sobre higiene oral adequada e evitar o consumo de alimentos condimentados, picantes ou cítricos. Nos casos em que o paciente não consegue lidar com o desconforto causado pela lesão, pode-se considerar o uso de bochechos com cloridrato de dexametasona de 0,1 mg/ml ou aplicação de anestésicos tópicos para aliviar os sintomas e promover a regressão da condição (SANTOS KSS, 2018).

Durante o exame físico, é possível obter pistas sobre a causa da disfagia, especialmente ao identificar sinais de disfunção neuromuscular em pacientes com disfagia orofaríngea. Ao examinar a cabeça e o pescoço, pode-se encontrar linfonodos ou tireoide aumentados, massas na região do pescoço ou orofaringe e sinais de cirurgias ou radioterapia prévias na região. A presença de fasciculações musculares, fraqueza ou miastenia gravis, bem como um exame neurológico, podem revelar disfunção motora ou sensorial focal sugestiva de acidente vascular encefálico. Em pacientes com disfagia, evidências de esclerodermia podem indicar disfunção esofágica (TRATE, 1996).

A presença da tríade da síndrome é rara, porém a ocorrência da disfagia benigna acontece de forma isolada e frequente. Foi conduzido um estudo com 1000 pacientes com disfagia onde foi constatado que 55 deles possuíam membranas esofágicas e desses, apenas 6 tinham disfagia associada a membrana (nenhum deles se enquadravam nos critérios da Síndrome de Plummer-Vinson) (HOFFMAN, 1995).

Considerações Finais

No que diz respeito ao SPV, ele está associado a um alto risco de desenvolvimento de carcinoma de células escamosas do esôfago e faringe, mas apresenta um bom prognóstico, exceto nos casos que evoluem com neoplasia, casos em que há uma necessidade de vigilância contínua das lesões malignas. A presença de membranas esofágicas está associada a um risco elevado de câncer. Por esse motivo, é necessário realizar EDA periódica para detectar alterações pré-neoplásicas na faringe ou no esôfago.

A SPV também faz parte do diagnóstico diferencial das causas comuns de disfagia, como tumores malignos ou estenoses esofágicas. A disfagia cervical é considerada o tipo mais raro de disfagia, e a presença de membranas na luz do esôfago é a causa benigna mais frequente.

Por fim, os cirurgiões-dentistas e outros profissionais da saúde devem estar atentos às alterações provocadas pela SPV, para que sejam capazes de realizar diagnósticos precoces ou encaminhamento para um profissional que seja mais qualificado prosseguindo com um tratamento adequado.

Referências

- CABRAL, F.N.F. et al. Síndrome de Plummer Vinson: relato de caso. *Rev Med, São Paulo*, v. 96, n. 2, p. 121-124, 2017.
- COELHO, J.C. Aparelho digestivo: clínica e cirúrgica. Medsi, São Paulo, p.119-21, 2004.
- CRUZ, Rolantre Lopes da. Síndrome de Plummer-Vinson: revisão de literatura. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Endoscopia) - Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, 2017.
- DANTAS, R.O. Iron deficiency and dysphagia. *Am J Gastroenterol*, v. 94, p. 3072-3, 1999.
- DE ARAÚJO, J. C. H. L. et al. Síndrome de Plummer-Vinson: revisão narrativa sobre cuidados e alterações odontológicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 9, p. e10809-e10809, 2022.
- FALCÃO, A.F.P. et al. Candidíase associada à prótese dentária. *Sitientibus*, v. 30, p. 135-146, 2004.
- FILES, B. et al. Longitudinal changes in ferritin during chronic transfusion: a report from the Stroke Prevention Trial in Sickle Cell Anemia (STOP). *J Pediatr Hematol Oncol*, v. 24, p. 284-90, 2002.
- GREGÓRIO, C.L et al. Disfagia sideropênica (Síndrome de Plummer-Vinson ou Patterson-Kelly): relato de caso e revisão da literatura. *Arquivos Médicos do ABC*, v. 30, n. 2, p. 102-105, 2005.
- HOFFMAN, R.M.; JAFFE, P.E. Plummer-Vinson syndrome. A case report and literature review. *Arch Intern Med*, v.155, p. 2008-11, 1995.
- KARTHIKEYAN, P. et al. Plummer Vinson Syndrome: A Rare Syndrome in Male with Review of the Literature. *Case reports in dentistry*, 2017; 2017.
- KATZKA, D.A.; KOCHMAN, M.L. Diagnostic approach for dysphagia. *Clinical update*, v. 11, p. 1-4, 2004.
- MALAFIA, O. et al. Membrana esofágica cervical (Síndrome de Plummer-Vinson): Remissão completa com reposição de ferro via oral. *Arq Bras Cir Dig*, v. 17, p. 65-6, 2004.
- NEVILLE, B.W. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4th edition. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 912 p.
- NOVACEK, G. Review Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet journal of rare diseases*, v.1, n. 36, 2006.
- PARRA, I.O.; RODRÍGUEZ, D.O. Manifestaciones orales de trastornos hematológicos no neoplásicos. *Revista ADM*, v. 77, n. 1, p. 28-36, 2020.
- RIZENDAL, P.C.C. et al. Prevalência de queilite angular em pacientes idosos hospitalizados. *RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 15, n. 2, p. 93-100, 2018.
- SAMAD, A. et al. Oral manifestations of plummer-vinson syndrome: a classic report with literature review. *Journal of international oral health*, v. 7, n. 3, p. 68-71, 2015.
- SANTOS KSS, et al. Glossite migratória benigna em paciente pediátrico: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 39, n. 3, p. 39-42, 2018.
- SILVA, C.C. et al. Carcinoma espinocelular da língua—fatores de risco e importância do reconhecimento de lesões pré-malignas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, v. 51, n. 1, p. 49-55, 2010.
- TRATE, D.M. et al. Dysphagia: Evaluation, Diagnosis, and Treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, v. 23, p. 417-32, 1996.
- WALDENSTROM, J.; KJELLBERG, S.R. The roentgenological diagnosis of sideropenic dysphagia (Plummer-Vinson's syndrome). *Acta Radiol*, v. 20, p. 618-38, 1939.
- WYNDER, E.L. et al. Environmental factors in cancer of the upper alimentary tract. A Swedish study with special reference to Plummer-Vinson (Paterson-Kelly) syndrome. *Cancer*, v.10, p. 470-482, 1958.