

MANIFESTAÇÕES ORAIS DA DOENÇA DE ADDISON: RELATO DE CASO

Maria Letícia Gueiros da Costa¹, Layane Maria Pereira de Melo¹, Anna Karolline Cadengue de Siqueira ², Evânio Vilela da Silva²

¹ Discentes do curso do bacharelado em Odontologia da Faculdade Integrada CETE - FIC;

² Docente do curso de bacharelado em Odontologia da Faculdade Integrada CETE - FIC;

E-mail para correspondência: (gueirosleticia0@gmail.com)

Eixo temático: 2 - Periodontia, Patologia, Estomatologia e Radiologia.

Palavras-chaves: Doença de Addison. Lesões pigmentadas. Cavidade Oral.

1 INTRODUÇÃO

A mucosa bucal pode apresentar diversas manifestações associadas a diferentes condições, sejam elas de origem oral ou sistêmica. Em pacientes com doenças sistêmicas, o surgimento de lesões de rápida evolução podem se manifestar por alterações de cor e forma nas estruturas orais como lábios, mucosa, dentes, tecidos periodontais, glândulas salivares, dentre outros, frequentemente marcando o início da doença ou alerta para uma investigação minuciosa (Santos *et al*, 2023).

A Doença de Addison (DA) ou insuficiência adrenal primária (IAP) é uma doença rara que acomete as glândulas suprarrenais, com prevalência estimada entre 39 e 110 casos por milhão de habitantes, em conformidade com a literatura vigente. Suas causas são multifatoriais, se relacionando principalmente a mecanismos autoimunes, como também doenças infecciosas fúngicas, bacterianas e virais (Cunha *et al*, 2024).

Caracteriza-se por uma diminuição na produção de glicocorticóides e mineralocorticóides, fundamentais na regulação da resposta ao estresse, da pressão arterial e do equilíbrio hidroeletrolítico, causada pela destruição celular na glândula adrenal. O diagnóstico dessa condição enfrenta barreiras significativas ao possuir um quadro clínico inespecífico que por vezes surgem em situações de estresse ou condições pré-existentes (Carvalho *et al*, 2022; Huecker *et al*, 2023).

As manifestações sistêmicas da DA se apresentam como: fadiga, anorexia, vômitos, astenia, mialgia, tontura, dentre outros. A característica mais marcante é a hiperpigmentação na pele e mucosa oral, ocasionada pelo aumento da produção do hormônio melanócito-estimulante (MSH), por peptídeos derivados da pró-opiomelanocortina (POMC). Esse processo leva ao acúmulo de melanina nos tecidos, mais evidente em áreas expostas à radiação solar, dobras de pele e região de atrito. Outros aspectos relevantes são hipotensão

precedida de hipovolemia e desidratação, associadas à deficiência de glicocorticoides e mineralocorticoides (Aguirre *et al*, 2013).

Diante disso, o cirurgião-dentista desempenha papel fundamental na suspeita diagnóstica precoce, contribuindo para o encaminhamento adequado e prevenção de complicações sistêmicas. Assim, é fundamental a atuação e percepção do cirurgião-dentista durante o exame clínico de rotina, visando identificar alterações que fujam do padrão de normalidade (Lanza *et al*, 2009).

2 OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso de Doença de Addison com manifestações bucais, abordando seus aspectos clínicos, etiológicos e as implicações para a prática odontológica.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos de idade, compareceu ao atendimento odontológico da Liga Acadêmica de Diagnóstico Oral da Faculdade Integrada CETE- FIC com queixa principal de escurecimento da língua, com evolução de aproximadamente dois meses, associando o início do quadro a um período de intenso estresse emocional relacionado a questões de saúde e episódio de luto. A paciente relatou diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus tipo 1 e hipotireoidismo, em tratamento contínuo com insulina e levotiroxina há mais de 20 anos. Além disso, relatou a presença de sintomas sistêmicos concomitantes ao quadro de escurecimento da língua, incluindo perda de peso, episódios de náuseas, ânsia de vômitos, e fraqueza generalizada.

Ao exame clínico extraoral observou-se presença de pigmentações difusas na face, vermelhão dos lábios, região do olécrano (parte posterior do cotovelo), articulações interfalângicas das mãos e máculas de coloração acastanhadas nos braços. Ao exame físico intraoral, foi identificado a presença de manchas difusas no dorso da língua, mucosa jugal e em região de gengiva desde a gengiva marginal livre até a junção mucogengival.

Figura 1 - Manchas hiperpigmentadas difusas pela cavidade oral



Fonte: autoria própria

Diante dos achados clínicos e da correlação com sintomas sistêmicos, levantou-se a hipótese diagnóstica de doenças sistêmicas, incluindo a doença de Addison e a síndrome de Laugier-Hunziker. Para confirmação diagnóstica, foram solicitados exames laboratoriais, incluindo níveis de cortisol basal, ACTH, hemograma completo, FAN, aslo, homocisteína, ferritina, sorologia para HIV e sífilis.

4 RESULTADOS

Os resultados iniciais dos exames complementares evidenciaram sorologias não reagentes para doenças infecciosas, afastando a origem das pigmentações associadas à sífilis secundária ou ao HIV. Observou-se ACTH de 1.181,0 pg/mL, significativamente acima dos valores de referência (até 46 pg/mL), associado a cortisol basal de 1,8 mcg/dL (referência: 5,3 a 22,5 mcg/dL). Os resultados para FAN, aslo, PCR, ferritina e homocisteína apresentaram-se dentro do padrão de normalidade.

Com base nesses achados laboratoriais (elevação do ACTH e redução do cortisol basal) foi confirmada insuficiência adrenal, compatível com Doença de Addison. A paciente foi encaminhada para avaliação e acompanhamento terapêutico com médico endocrinologista.

A paciente foi submetida à terapia de reposição hormonal, iniciando com prednisolona 5 mg, uma vez ao dia, por quatro meses, o que resultou na redução da intensidade da hiperpigmentação na mucosa oral. Após esse período, o endocrinologista ajustou a terapêutica para hidrocortisona, em uso contínuo, na dose total de 30 mg/dia. Durante o acompanhamento, foi mantida hidrocortisona 10 mg em uso contínuo, conforme prescrição médica, associada à continuidade da levotiroxina para controle do hipotireoidismo.

Após oito meses de acompanhamento, um novo exame sorológico para avaliar os níveis de ACTH foi realizado, cujo valor foi de 5 pg/mL, indicando adequada reposição adrenal com o uso contínuo de corticosteróides. Além disso, também observou-se melhora

significativa do quadro geral e diminuição considerável das pigmentações em mucosa oral e pele, evidenciando resposta favorável ao tratamento instituído.

5 DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, as glândulas suprarrenais exercem papel fundamental no equilíbrio fisiológico do organismo por meio da produção de diversos hormônios. Estão divididas em medula que realiza a síntese de catecolaminas como por exemplo adrenalina, noradrenalina e dopamina regulando o sistema cardiovascular e neuroendócrino, e o córtex adrenal que produz hormônios esteróides, como a aldosterona, que participa do controle da pressão arterial, cortisol que se relaciona na resposta ao estresse e na modulação do sistema imunológico, e também, os androgênios, que influenciam o metabolismo, como a sensibilidade à insulina e a disposição de gordura no corpo, ou seja, suas alterações podem causar desequilíbrio sistêmico (Borges *et al*, 2024).

A insuficiência adrenal pode ser classificada em primária, secundária e terciária, em que a forma primária é determinada pelo comprometimento direto das glândulas supra renais, aumentando a ação de ACTH e diminuindo a produção hormonal de cortisol, aldosterona e andrógenos adrenais. A secundária e a terciária se relacionam à supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), em que ocorre a diminuição direta do ACTH ou da secreção do hormônio liberador de corticotropina (CRH) (Castro *et al*, 2003; Vaidya *et al*, 2025).

De acordo com o ponto de vista clínico, a forma crônica pode possuir evolução lenta e insidiosa, com sintomas pouco característicos, o que fomenta o atraso no diagnóstico. Ou manifestar-se de forma aguda, chamada crise addisoniana, quando ocorre uma falha abrupta na produção de cortisol e aldosterona, principalmente em situações de estresse como traumas, infecções ou cirurgias. Reproduzem riscos à vida se não tratadas, com diagnóstico tardio determinante para o bem estar desse grupo (Brasil, 2020).

As manifestações da doença de Addison costumam ser vagas, o que pode dificultar sua identificação e tornar seu diagnóstico tardiamente estabelecido (Lousada *et al*, 2021). Nesse relato de caso, a paciente apresentou sinais e sintomas como perda de peso, náuseas e fraqueza, elementos que sem a devida atenção podem não direcionar à suspeita dessa condição, contudo, a presença dos demais sinais tornam-se um alerta para as hipóteses diagnósticas do caso, o que reforça a dificuldade em diagnosticar corretamente como mostrado na literatura (Aguirre *et al*, 2013).

A hiperpigmentação é uma das manifestações clínicas mais frequentes da doença de Addison, podendo ser observada tanto na pele quanto nas mucosas. Entre os diagnósticos diferenciais estão a síndrome de Laugier Hunziker, síndrome de Peutz-Jeghers e doença de Cushing (Bugăla *et al*, 2022). Essa alteração, quando associadas a doença de Addison, costuma ocorrer em regiões específicas, como áreas fotoexpostas, zonas de flexão, pregas cutâneas, aréolas, palmas e dorsos, sulcos interdigitais, unhas, áreas genitais e regiões submetidas à pressão mecânica (Marinho *et al*, 2002).

Do ponto de vista fisiopatológico, a pigmentação está relacionada à redução dos níveis de cortisol que circula no corpo, o que leva, pelo mecanismo de feedback negativo, ao aumento da secreção do ACTH. Esse aumento está associado à maior produção do hormônio melanócito-estimulante, o que gera maior deposição de melanina nos tecidos e mucosa oral (Lanza *et al*, 2009).

O diagnóstico da insuficiência adrenal primária baseia-se na correlação entre o clínico e os exames laboratoriais, sendo a dosagem de cortisol basal e do ACTH fundamentais para sua confirmação. Posteriormente, seu tratamento consiste em uma abordagem terapêutica com reposição de glicocorticóides, utilizando o fármaco hidrocortisona, administrada de forma a regularizar o cortisol, avaliando as necessidades do paciente como quadro clínico e vias empregadas. A reposição de mineralocorticóides, como a fludrocortisona, é empregada apenas na insuficiência adrenal primária (Carvalho *et al*, 2022).

A crise adrenal aguda constitui uma emergência médica potencialmente fatal, que urge atenção imediata para reajustar o equilíbrio eletrolítico. Inicialmente, é de suma relevância o manejo de solução salina a 0,9% por via intravenosa, entre 3 e 4 litros nas primeiras 24 horas, com ajuste da infusão conforme a evolução do quadro clínico. Paralelamente, é indispensável corrigir a deficiência de cortisol por meio da administração de corticosteróides por meio intravenoso, como hidrocortisona com posologia de 100 mg a cada 6 a 8 horas ou em infusão contínua, podendo-se utilizar dexametasona de 4mg como alternativa em intervalos regulares, e atentar-se e tratar a causa da crise para evitar agravamentos e recorrências (Vilar, 2014).

A resposta clínica favorável observada, com melhora dos sintomas sistêmicos e redução das pigmentações reforça a eficácia do tratamento instituído e a importância do diagnóstico precoce, principalmente no contexto odontológico em que manifestações orais podem ser um marco inicial para as alterações que afetam as glândulas adrenais, especificamente as sem sintomatologia dolorosa como por exemplo a mudança de coloração da língua (Souza *et al*, 2025).

Diante desse contexto, destaca-se o papel fundamental do cirurgião-dentista no reconhecimento precoce das manifestações orais da doença de Addison, uma vez que o conjunto de manifestações clínicas podem representar um alerta para o diagnóstico da DA (Filho *et al*, 2005). A identificação durante o exame clínico e a atenção às condições sistêmicas pré-existentes possibilitam a solicitação dos exames essenciais quanto o encaminhamento para avaliação médica posterior, contribuindo para a prevenção de complicações sistêmicas. Além disso, a conduta visando fornecer conforto e qualidade para o público, como controle do estresse e articulação com a equipe multiprofissional, são essenciais para evitar crises adrenais e garantir um tratamento seguro e eficaz (Caetano *et al*, 2021).

6 CONCLUSÕES

A doença de Addison, apesar de rara, pode apresentar manifestações orais que acompanham os sinais sistêmicos, sendo a hiperpigmentação um achado clínico de grande relevância. Nesse contexto, o reconhecimento dessas alterações pelo cirurgião-dentista é essencial para o diagnóstico preciso do paciente. O presente caso reforça a importância de uma avaliação clínica criteriosa e da relação entre achados bucais e sistêmicos, o que contribui para o encaminhamento para tratamento adequado.

7. CONFLITOS DE INTERESSE E FOMENTO

Os autores declaram não haver conflitos de interesse relacionados a este trabalho. Não houve apoio de agências de fomento para a sua realização.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, M. et al . Diagnóstico y Manejo de la Insuficiencia Adrenal. **Rev. Venez. Endocrinol. Metab.**, Mérida, v. 11, n. 3, p. 157-167, oct. 2013 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria Conjunta nº 20, de 24 de novembro de 2020.** Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Adrenal Primária (Doença de Addison). Brasília: Ministério da Saúde, 2020 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/i/insuficiencia-adrenal/view>.

BORGES, M. E. et al. Os desafios para diagnóstico e complicações da Doença de Addison: Uma Revisão Integrativa. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 7, p. e5196, 2024.

BUGĂLĂ, N. M. et al. New approach to Addison disease: oral manifestations due to endocrine dysfunction and comorbidity burden. **Diagnostics**, Basel, v. 12, n. 9, p. 2080, ago. 2022.

CAETANO, J. et al. Perspectiva da prática farmacêutica na insuficiência adrenal: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e5610716197, jun. 2021.

CARVALHO, L. et al. Insuficiência adrenal: do conceito ao tratamento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e29411931901, set. 2022.

CASTRO, M. et al. Insuficiência adrenal crônica e aguda. **Medicina** (Ribeirão Preto), v. 36, n. 2/4, p. 375–379, abr./dez. 2003.

CUNHA, I. et al. Imunologia desafiadora: Uma abordagem profunda nas doenças autoimune do sistema endócrino. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 724–745, fev. 2024.

FILHO, A. Doença de Addison: diagnóstico, patogenia e implicações odontológicas: relato de três casos clínicos. **RPG Revista de Pós-Graduação**, v. 12, n. 2, p. 270-275, 2005.

HUECKER, M. R. et al. **Insuficiência adrenal**. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, jan. 2026.

LANZA, A. et al. Oral pigmentation as a sign of Addison's disease: A brief reappraisal. **The Open Dermatology Journal**, v. 3, n. 1, p. 3-6, nov. 2009.

LOUSADA, L. M. et al. Adrenal crisis and mortality rate in adrenal insufficiency and congenital adrenal hyperplasia. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 65, n. 4, p. 488–494, jul. 2021.

MARINHO, L. et al. Doença de Addison: caso clínico. **Medicina Interna**, v. 9, n. 1, p. 25–27, 2002.

SANTOS, G. et al. O desequilíbrio homeostático da cavidade oral associado às doenças sistêmicas. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 12, p. 772–781, jan. 2024.

SOUZA, T. et al. Manifestações bucais primárias da síndrome de Behçet e Doença de Addison: revisão narrativa de literatura. **International Journal of Science Dentistry**, Niterói, v. 3, n. 71, p. 196–208, dez. 2025.

VAIDYA, A. et al. Adrenal insufficiency in adults: a review. **JAMA**, v. 334, n. 8, p. 714–725, ago. 2025.

VILAR, M. N. Terapia de reposição na insuficiência adrenal crônica. **Rev. Cubana Endocrinol**, Havana City, v. 25, n. 3, p. 191-197, dez. 2014.