

PÊNFIGO FOLIÁCEO — ESTUDO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DA GENGIVA

Rogério LACAZ NETTO*
Nelson Luiz de MACEDO*

RESUMO: Os autores fazem um estudo clínico da cavidade bucal em 56 (cinquenta e seis) pacientes com Pênfigo foliáceo, analisando, principalmente, as suas condições periodontais através do Índice de Russell e o de placa bacteriana proposto por O'Leary. Analisam, também, através de exame clínico e histopatológico, a gengiva de 8 (oito) destes pacientes, em fase aguda e bolhosa da doença.

UNITERMOS: Pênfigo foliáceo; gengiva.

INTRODUÇÃO

Ao escrever este trabalho, procurando examinar os aspectos clínicos e histopatológicos da gengiva no Pênfigo foliáceo, endêmico no Brasil, tivemos em mente deixar algum subsídio, por pequeno que fosse, para ajudar o estudo desta terrível dermatose.

A atenção do estomatologista é justificada pela gravidade da doença, dificuldade e necessidade de um diagnóstico precoce, na esperança de um sucesso terapêutico, visto que, no grupo dos pênfigos, alguns tipos podem atingir primeiramente a cavidade bucal.

Torna-se, por isso, necessário um estreitamento científico cada vez maior entre a Medicina e a Odontologia, ambas ligadas à Saúde Pública, com o intuito de esclarecer e contribuir para a resolução de alguns males que afligem o ser humano.

Pela análise da literatura, no que diz respeito às alterações bucais no Pênfigo foliáceo, pudemos observar que os autores^{1, 6, 7, 10, 25, 27, 31, 32} que estudaram esta doença no Brasil, são taxativos em afirmar que a mucosa bucal nunca é atingida.

Na literatura mundial, no entanto, existe uma grande divergência de opiniões. Alguns autores^{9, 16, 18, 23, 24, 30} afirmam não existir lesões de mucosa no Pênfigo foliáceo; outros^{2, 3, 4, 5, 8, 11, 15, 17, 19, 28, 29} admitem o aparecimento destas lesões, se bem que raramente; uma minoria, no entanto¹⁴, admite a ocorrência destas lesões, sem as descrever, quer sob o ponto de vista clínico, quer histopatológico.

Baseando-nos na análise destes dados, e devido à grande divergência de opiniões, propusemo-nos fazer um estudo clínico e histopatológico da gengiva, ainda não estudada, como parte da mucosa bucal, em pacientes com Pênfigo foliáceo, procurando observar, através de investigação cuidadosa e planejada, qualquer alteração que nela possa aparecer.

MATERIAL E MÉTODOS

Os pacientes para o presente estudo foram selecionados dentre aqueles que recorreram ao Hospital Ademar de Barros com diagnóstico de Pênfigo foliáceo. Dos referidos pacientes, examinamos 56 (cinquenta e

* Departamento de Diagnóstico e Cirurgia — Faculdade de Odontologia — UNESP — 12.200 — São José dos Campos — SP.

seis), pertencendo 30 (trinta) ao sexo masculino e 26 (vinte e seis) ao sexo feminino. Os pacientes foram selecionados de acordo com a fase clínica da doença, segundo classificação proposta por LEME¹³ para o Pênfigo foliáceo. Destes pacientes selecionamos 8 (oito) na fase inicial, aguda e bolhosa da doença, sem terem recebido qualquer tratamento, para o exame histopatológico da gengiva.

Exame clínico

Examinamos os 56 pacientes, utilizando fichas individuais, procurando sistematizá-las o mais rigorosamente possível. Nestas fichas, assinalamos, além dos dados de identificação do paciente, as condições dentárias, o aspecto da gengiva, procurando seguir o esquema proposto por ORBAN¹² para avaliar as suas características de normalidade, bem como os cuidados de higienização bucal e a presença de fatores irritativos locais. Para a realização do exame clínico, usamos espátula de madeira, espelho, sonda milimetrada e solução de marrom de Bismark para visualizar a placa bacteriana. O exame clínico foi complementado com fotografias de todos os pacientes, para documentar os aspectos de maior interesse.

Exame histopatológico

Utilizamos 8 pacientes que estavam na fase inicial da doença, sem que tivessem tomado qualquer tipo de medicamento. Para as biópsias usamos anestesia terminal infiltrativa, aplicada a uma certa distância da região, para não mascarar ou alterar o quadro histopatológico.

As excisões foram feitas na gengiva, abrangendo as regiões marginal e inserida, utilizando os bisturis de gilete.

As peças foram fixadas em formol, a 10%, durante 24 horas e processadas na forma habitual de rotina, para inclusão e cortes em parafina. Os blocos foram cortados numa espessura de 5 μ e as lâminas coradas pela hematoxilina-eosina.

RESULTADOS

Resultado clínico (Tabela 1)

Ao exame clínico, observamos em 9 pacientes (Pacientes Reg. n.º 2, 4, 5, 10, 16, 18, 19, 26, 34) alterações de cor na gengiva, região retromolar, com as seguintes características: aspecto esbranquiçado, difuso, que se estendia por toda a mucosa bucal.

Não nos preocupamos com esta alteração, visto que nossa investigação se prendia mais aos aspectos periodontais desses pacientes e às possíveis alterações ligadas ao pênfigo, como o aparecimento de bolhas e descamação do epitélio gengival (sinal de Nikolsky).

Na maioria dos casos examinados, a gengiva se apresentou inflamada, hiperplasiada em suas regiões marginal e papilar, ausência do pontilhado de casca de laranja, que caracteriza a região inserida, e bolsa periodontal em diversos graus de evolução.

Notamos a presença de grande quantidade de fatores irritativos locais (placa bacteriana, cálculo, prótese e dentística inadequada) e principalmente uma higienização precária.

Em alguns casos, o aspecto gengival estava bem próximo da normalidade.

Na análise de possíveis alterações ligadas ao pênfigo, não obtivemos resultado positivo, a não ser em um caso, de um paciente, em fase aguda e bolhosa da doença, na região de pré-molar superior esquerdo, que apresentou uma bolha de mais ou menos 2mm, flácida, que se rompeu ao exame clínico, deixando a descoberto uma área sangrante e sensível (Fig. 1).

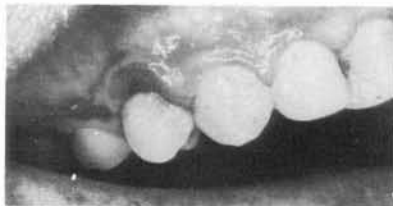


FIG. 1 — Fotografia mostrando o aspecto da gengiva após o rompimento de uma bolha. Pentax Km, macro 50mm.

O índice de placa bacteriana, proposto por O'LEARY *et alii*²² e realizado em 46 pacientes dentados, oscilou em torno de 85%.

Para o índice de RUSSELL²⁶, obtivemos a média de 1,9.

Resultado histopatológico

O exame histopatológico do material, obtido por biópsia, dos 8 pacientes examinados, que se apresentavam em estado agudo e bolhoso da doença, revelou o seguinte:

Paciente n.º 49
Registro Hospitalar n.º 2.180

Mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado, com característica gengival, parcialmente substituído por processo inflamatório, que se observa também no córion superficial e profundo no restante do corte.

Este processo se caracteriza por congestão vascular, alguns vasos neoformados e infiltrado predominantemente linfocitário. Além disso, observam-se alterações epiteliais, caracterizadas por discretas áreas de paraqueratinização superficial e tendência à formação de pequenas lacunas.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico, inespecífico, com alterações: acantose, paraqueratose e ligeira dissociação do epitélio.

Paciente n.º 50
Registro Hospitalar n.º 1.908

Fragmento de mucosa gengival em cujos corpos papilares aparece hialinização parcial com focos de infiltração linfocitária em torno de vasos congestos. Na superfície epitelial há discreta tendência à queratinização.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico, com hialinização no córion superficial e discreta queratinização do epitélio de revestimento.

Paciente n.º 51
Registro Hospitalar n.º 2.074

Fragmento de mucosa gengival cujo epitélio está parcialmente substituído por intenso processo inflamatório, caracterizado por denso infiltrado linfo-plasmocitário. No restante, os capilares estão congestos. O epitélio apresenta alterações na superfície caracterizadas por discreta paraqueratose e pequenos deslocamentos das camadas estratificadas na superfície com tendência à formação de bolhas.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico inespecífico, com alterações: acantose, paraqueratose e ligeira dissociação do epitélio.

Paciente n.º 52
Registro Hospitalar n.º 2.273

Fragmento de mucosa gengival que apresenta processo inflamatório no córion, constituído por acúmulo de infiltrado linfo-plasmocitário, discreta hialinização nos corpos papilares e a superfície epitelial apresentando tendência à queratinização.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico, inespecífico, com o epitélio apresentando tendência à queratinização.

Paciente n.º 53
Registro Hospitalar n.º 2.268

Fragmento de mucosa gengival que apresenta, no córion, processo inflamatório caracterizado por infiltrado linfocitário que

predomina nos corpos papilares, às vezes intra-epiteliais. A superfície epitelial está espessada por hiperplasia da camada espinhosa com discreta queratinização superficial.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico, com discreta acantose do epitélio de revestimento.

Paciente n.º 54

Registro Hospitalar n.º 2.274

Mucosa gengival que apresenta parte da estrutura com aspecto normal e no restante fibrose com hialinização no córion superficial, raros acúmulos de infiltrado linfocitário e discreta hiperplasia da camada espinhosa do epitélio de revestimento com queratinização e em certos campos delaminados.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico em cicatrização, com acantose do epitélio que apresenta em alguns campos delaminação.

Paciente n.º 55

Registro Hospitalar n.º 2.271

Fragmento de mucosa gengival, cujo córion apresenta tecido fibroso em grande quantidade, com alterações epiteliais caracterizadas por paraqueratose e queratose em alguns campos, com dissociação da estratificação superficial e pequenos focos de acantólise.

Diagnóstico

Fibrose do córion gengival com paraqueratose e acantólise do epitélio de revestimento.

Paciente n.º 56

Registro Hospitalar n.º 2.254

Fragmento de mucosa gengival que apresenta, no córion, acúmulos de infiltrado

linfocitário. Na superfície epitelial notam-se alterações representadas por paraqueratose e discreta queratinização superficial com tendência à formação de bolhas intra-epiteliais.

Diagnóstico

Processo inflamatório crônico, inespecífico, com paraqueratose do epitélio e bolhas intra-epiteliais.

DISCUSSÃO

Através do exame clínico da cavidade bucal de pacientes com Pênfigo foliáceo, em diversos graus de evolução da doença, observamos que alguns pacientes (Reg. n.º 2, 4, 5, 10, 16, 18, 19, 26, 34) apresentaram na gengiva — área de concentração de nossos estudos — alterações de cor na região retromolar inferior, coloração esbranquiçada, que se estendia pela mucosa da bochecha, de acordo com as observações feitas por MARCUCCI²⁰, o qual, mais tarde, atribuiu sua origem ao medicamento prescrito aos pacientes²¹.

Na maioria dos casos, os aspectos periodontais coincidem com as descrições clássicas da doença periodontal crônica: presença de inflamação gengival com suas manifestações clínicas, bolsa periodontal em diversos graus de evolução, grande quantidade de fatores irritativos locais, higienização precária, constituindo estes dois últimos a razão principal da alta prevalência de doença periodontal e o alto índice de placa bacteriana, que oscilou em torno de 83%.

Em alguns pacientes, no entanto, o aspecto periodontal estava bem próximo da normalidade.

Nos pacientes em tratamento e nas diversas fases de evolução da doença, estavam ausentes as possíveis alterações bucais ligadas ao pênfigo, como a presença de bolhas e descamação do epitélio (sinal de Nikolsky), coincidindo com as observações feitas pela maioria dos pesquisadores, que afirmam em seus trabalhos a ausência de lesões de mucosa no Pênfigo foliáceo.

Nos pacientes em fase aguda e bolhosa da doença, sem terem recebido qualquer medicação, encontramos em um caso, dos oito estudados, a presença de uma bolha de mais ou menos 2 mm, tensa, que se rompeu ao exame clínico, coincidindo com outras opiniões^{2,3,4,5,8,11,15,17,19,28,29}, que afirma serem raras as lesões de mucosa no Pênfigo foliáceo, ou então desprovidas de qualquer valor clínico.

A histopatologia do Pênfigo foliáceo é, segundo ALAYON¹, muito variada, correspondendo à natureza dos elementos examinados ao microscópio. A título de comparação, pois não encontramos nenhum trabalho na literatura que mostrasse os aspectos histológicos da gengiva em pacientes com Pênfigo foliáceo, descreveremos os achados dermatológicos obtidos por ALAYON¹: "Examinando fragmentos de pele de pacientes em surto bolhoso, surpreendemos, frequentemente, graves alterações patológicas da epiderme, que não estão em proporção com as que se observam no corpo papilar. Neste, encontramos sinais histológicos de hiperemia, vasodilatação linfática e de edema, que sem dúvida não correspondem, em intensidade, aos fenômenos patológicos observados na epiderme, principalmente ao nível do corpo mucoso.

No caso em que a bolha aparece em território relativamente são, ela pode apresentar-se mais ou menos tensa, porque a epiderme ainda dispõe de alguma resistência. Os fenômenos acantolíticos não são suficientemente intensos e as células malpighianas ainda apresentam apreciáveis conexões entre si. O teto da bolha é constituído pela camada córnea muito reduzida, pela granulosa e por uma ou duas fileiras de células malpighianas que aí se encontram presas; o fundo é constituído pelo corpo mucoso, acantótico e infiltrado por leucócitos polimorfonucleares, estando presentes nas camadas superiores do corpo mucoso evidentes degenerações dos elementos celulares.

De importância capital para o diagnóstico histopatológico do pênfigo, ainda que

não constituam sinal patognomônico, são os focos de acantólise. Estes, por pequenos que sejam, são evidenciados desde que os procuramos em corte seriado. Quase sempre, na parte média do corpo mucoso, encontramos três ou quatro células, às vezes maior número, que não mais possuem pontes intercelulares. Habitualmente, estas células estão aumentadas de volume e seus citoplasmas apresentam aspecto hialino e intensamente acidófilo. Seus núcleos acham-se ora em cromatólise, ora em picnose ou em cariorrexix e apresentam aspecto francamente disqueratótico.

A epiderme mostra, via de regra, hiperacantose e, quase sempre, certo grau de pilomatose.

Há também exoserose e exocitose de intensidade variável, representada por infiltração de leucócitos polimorfonucleares neutrófilos e alguns eosinófilos.

No córion, principalmente no corpo papilar, encontramos intensa vasodilatação, especialmente linfática, e edema mais ou menos intenso. Nota-se, habitualmente, a presença de uma discreta infiltração por células redondas (linfócitos) e certo número de polimorfonucleares neutrófilos e eosinófilos".

Através do estudo histopatológico nos pacientes em fase aguda e bolhosa da doença, podemos observar, em dois deles, alterações que coincidem com a descrição clássica feita por ALAYON¹:

Paciente n.º 55 — Fibrose no córion gengival com paraqueratose e acantólise do epitélio de revestimento (Fig. 2).

Paciente n.º 56 — Processo inflamatório crônico, inespecífico, com paraqueratose do epitélio e bolhas intraepiteliais (Fig. 3).

Segundo ALAYON¹, os focos de acantólise, ainda que não constituam sinais patognomônicos, são de grande importância para o diagnóstico histopatológico do pênfigo.

É possível que, em cortes seriados, pudessemos também detectar focos de acantólise nos outros seis casos estudados, dado de grande importância para a elaboração de outros trabalhos.

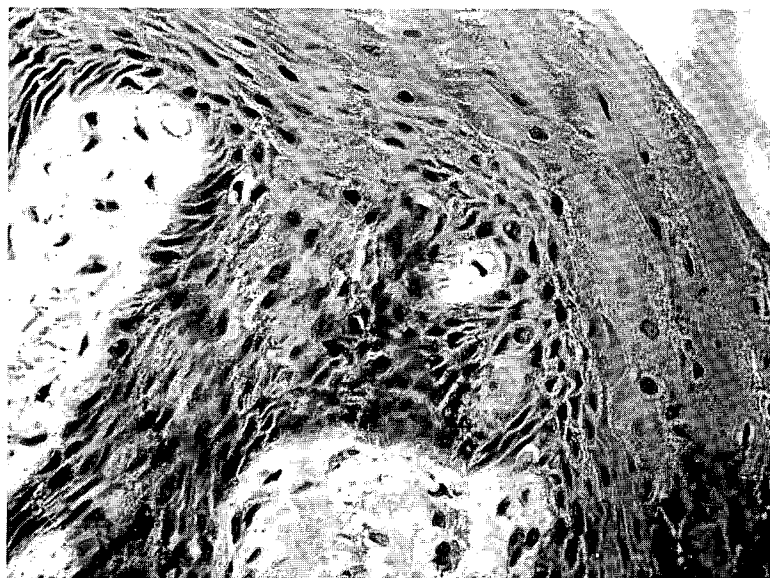


FIG. 2 — Fotomicrografia mostrando paraqueratose e acantólise do epitélio de revestimento. H.E., fotomicroscópio Zeiss 120X.

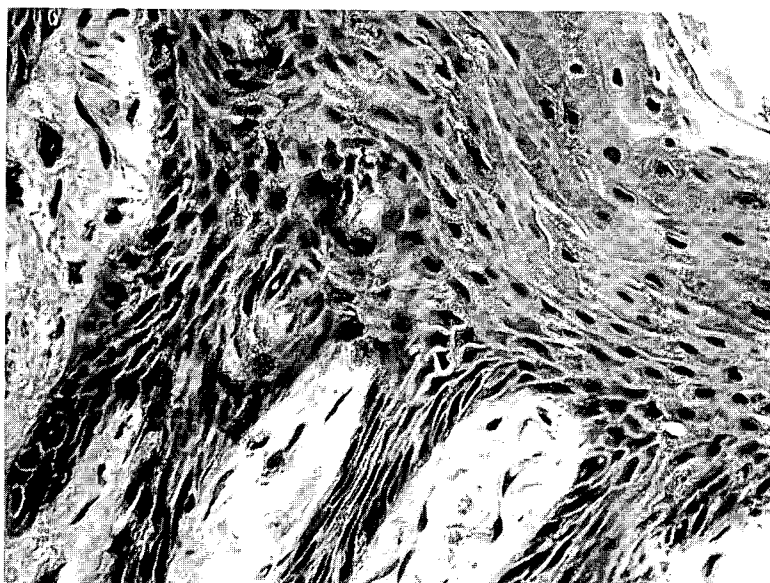


FIG.3 — Fotomicrografia mostrando paraqueratose do epitélio e bolhas intra epiteliais. H.E., fotomicroscópio Zeiss 120X.

CONCLUSÕES

A análise dos resultados obtidos nos permite elaborar as seguintes conclusões: 1 - O índice de placa bacteriana em pacientes com Pênfigo foliáceo foi bastante alto, atingindo a média de 83%. 2 - O índice de RUSSELL atingiu a média de 1,9. 3 - Em nove pacientes, dos 56 estudados, observamos uma coloração esbranquiçada na região retromolar inferior, que se estendia à mucosa da bochecha. 4 - Pelo exame clínico feito em oito pacientes, em fase aguda e bolhosa da doença, observamos em um deles a presença de uma bolha, tensa, na região de pré-molar

superior direito que se rompeu ao exame clínico. 5 - Pelo exame histopatológico realizado em oito pacientes, em fase aguda e bolhosa da doença, observamos em dois deles focos de acantólise, dado de grande importância para o diagnóstico do pênfigo.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Cid de Abreu Leme pela orientação do trabalho e facilidades para a obtenção do material.

Ao Dr. José Donato de Próspero pela análise histopatológica.

TABELA 1 — Resultados clínicos.

N.º	Inic.	Reg. Hosp.	I. Russell	I. Placa	Alt. Cor	Bolhas	Nikolsky
1	TBS	2361	1.0	75%	—	—	—
2	OBS	2401	2.4	92%	sim	—	—
3	JAF	2410	0.8	70%	—	—	—
4	JA	2402	1.2	80%	sim	—	—
5	JIL	2341	1.2	82%	sim	—	—
6	MFS	2269	—	—	—	—	—
7	ZFQ	2394	2.8	95%	—	—	—
8	JPA	2397	—	—	—	—	—
9	LV	2380	1.5	90%	—	—	—
10	AM	2123	1.7	87%	sim	—	—
11	VGS	2185	2.3	86%	—	—	—
12	ED	2381	2.1	85%	—	—	—
13	CJS	2404	2.2	85%	—	—	—
14	ALS	2388	1.3	83%	—	—	—
15	JMF	2292	2.4	94%	—	—	—
16	JSC	1977	1.5	85%	sim	—	—
17	JPC	2139	1.9	83%	—	—	—
18	MR	2409	1.7	85%	sim	—	—
19	MC	2058	4.1	100%	sim	—	—
20	OC	2067	1.8	86%	—	—	—
21	PJS	2411	1.9	85%	—	—	—
22	NRR	2222	1.0	76%	—	—	—
23	AG	2172	1.5	70%	—	—	—
24	JFP	2375	4.2	94%	—	—	—
25	JFC	276	—	—	—	—	—
26	JTB	2132	1.2	85%	sim	—	—
27	VT	2051	4.2	95%	—	—	—
28	AM	—	—	—	—	—	—
29	JM	2264	2.4	87%	—	—	—

N.º	Inic.	Reg. Hosp.	I. Russell	I. Placa	Alt. Cor	Bolhas	Nikolsky
30	LRS	2027	1.5	86%	—	—	—
31	ABP	2204	—	—	—	—	—
32	AA	2154	3.4	92%	—	—	—
33	LMM	2297	1.2	80%	—	—	—
34	COC	1894	1.5	83%	sim	—	—
35	MAS	2192	1.0	80%	—	—	—
36	MCC	2396	1.0	67%	—	—	—
37	DDC	2362	1.2	75%	—	—	—
38	RHB	2337	3.5	95%	—	—	—
39	LEJ	2333	2.0	90%	—	—	—
40	MGS	2213	0.9	62%	—	—	—
41	SF	2198	0.9	65%	—	—	—
42	ESL	2352	—	—	—	—	—
43	ES	2084	—	—	—	—	—
44	NCP	2324	—	—	—	—	—
45	MCR	1902	1.4	75%	—	—	—
46	GT	1047	—	—	—	—	—
47	MFJ	2275	1.2	80%	—	—	—
48	GAS	2389	1.3	82%	—	—	—
49	DAF	2180	1.2	85%	—	sim	—
50	QPS	1908	1.0	80%	—	—	—
51	VLM	2074	0.8	78%	—	—	—
52	MBX	2273	—	—	—	—	—
53	ARG	2268	3.5	90%	—	—	—
54	JAS	2274	2.8	85%	—	—	—
55	EGM	2271	1.5	82%	—	—	—
56	NFS	2254	1.5	80%	—	—	—
			MÉDIA 1.9	83%			

LACAZ NETTO, R. & MACEDO, N.L. de — Pemphigus foliaceus — A clinical histopathological study of the gingiva. *Rev. Odont. UNESP, São Paulo, 12(1/2):61-69, 1983.*

ABSTRACT: The authors submit to a clinical study the oral cavity of 56 (fifty-six) Pemphigus foliaceus patients, analysing with greater attention their periodontal conditions through the Russell index proposed by O'Leary. They also analyse through histopathological and clinical examination the gingiva of 8 (eight) patients in the acute and bullous phase of the disease.

KEY-WORDS: Pemphigus, gingiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALAYON, F.L. — Contribuição para o estudo do Pênfigo foliáceo (Fogo-selvagem) no Brasil. *Histopatologia das eflorescências cutâneas. Rev. Med. Circ. São Paulo*, 8:385-466, 1948.
2. BERNIER, J.L. — *The management of oral disease*. 2. ed. St. Louis, Mosby, 1959. p. 313.
3. BHASKAR, S.N. — *Synopsis of oral pathology*. 2 ed. St. Louis, Mosby, 1965. p. 324.
4. BONICHE, E.A. — Oral dermatopathies of the erosive type pemphigus. *Ann. Esp. Odontoesomat.*, 25:119-168, 1966.
5. BROCCO, L. — *Traité élémentaire de dermatologie pratique*. Paris, Doin, 1907.
6. BROWN, M.V. — Fogo-selvagem (pemphigus foliaceus): review of the Brazilian literature. *Arch. Derm. Syph.*, 69:589-599, 1954.
7. CAMARGO, M.E. — Comunicação pessoal. In: LEME, C.A. — Pênfigo foliáceo no Brasil — Doença de auto-agressão. Demonstração de auto-anticorpos por imunofluorescência. *O Hospital*, 76:583-588, 1969.
8. CORONELLI, E. — Le localizzazioni orali nel pemfigo. *Riv. Ital. Stomat.*, 19:633-662, 1964.
9. DARIER, J. — *Précis de dermatologie*. Paris, Masson, 1928.
10. DUPERRAT, R. — Pemphigus. *Rev. Stomatodont. Nord Franc.*, 22:82-85, 1967.
11. GORLIN, R.G. — *Oral pathology*. 6. ed. St. Louis, Mosby, 1970. p. 674.
12. GRANT, D.A., STERN & EVERETT, F.G. — *Periodontia de Orban. Teoria y Practica*. 4. ed. Mexico, Interamericana, 1975, p.4-5.
13. LEME, C.A. — Novos conceitos sobre a etiopatogenia do Pênfigo Foliáceo. Conclusões terapêuticas. *Arq. Dermat. Sif. São Paulo*, 20:28-50, 1958.
14. LEVER, W.F. & TALBOTT, J.H.. — Pemphigus: a clinical analysis and follow-up study of sixty-two patients. *Arch. Dermat. & Syph.*, 46:348-357, 1942.
15. LEVER, W.F. — Oral lesions in pemphigus. *Am. J. Orthodont.*, 28:569-580, 1942.
16. LEVER, W.F. — *Histopathology of the skin*. 4 ed. Philadelphia, Lippincott, 1967. p.118.
17. LEVEY, A.C. — Oral lesions with pemphigus foliaceus: report of a case. *Oral Surg.*, 25:255-259, 1967.
18. LEVIN, H.L. — Oral manifestations and treatment of pemphigus vegetans. *Oral Surg.*, 9:742-756, 1956.
19. MCCARTHY, P.L. & SHKLAR, G. — *Diseases of oral mucosa*. New York, McGraw-Hill, 1964. p. 168.
20. MARCUCCI, G. — *Pênfigo foliáceo - Aspectos estomatológicos. Estudo clínico, micológico, citológico, histológico e histoquímico*. São Paulo, Faculdade de Odontologia, USP, 1972 (Tese-Doutoramento).
21. MARCUCCI, G. — *Contribuição ao estudo da ultra-estrutura de mucosa bucal em doentes de Pênfigo foliáceo brasileiro*. São Paulo, Faculdade de Odontologia, USP, 1978 (Tese-Livre Docência).
22. O'LEARY, T.J., DRAKE, R.B., & NAYLOR, J.E. — The plaque control record. *J. Periodontol.*, 43:38, 1972.
23. PERRY, H.O. — Pemphigus foliaceus. *Arch. Dermat.*, 82:52-72, 1961.
24. PERRY, H.O. — Pemphigus foliaceus. *Arch. Dermat.*, 91:10-21, 1965.
25. RABELO JR., F.E. — Observações preliminares sobre o Pênfigo foliáceo no Brasil. Suas relações com o síndrome de Seneer-Usher e com o Pênfigo foliáceo europeu. *Arq. Dermat. Sif. São Paulo*, 5:9-24, 1941.
26. RUSSEL, A.L. — A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease. *J. dent. Res.*, 35:350-359, 1956.
27. SAMPAIO, S.A.P. — *Dermatologia básica*. 2. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1978.
28. SHAFER, W.G. — *Oral pathology*. Philadelphia, Saunders, 1958. p. 668.
29. STONES, H.H. — *Oral and dental diseases*. 4. ed. Edinburgh, Livingstone, 1962, p. 646.
30. THOMA, K.H. & GOLDMAN, H.M. — *Oral pathology*. St. Louis, Mosby, 1960, p. 1034.
31. VERONESI, R. — *Doenças infecciosas e parasitárias*. 4. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969. p. 966
32. VIEIRA, J.P — Alguns dados epidemiológicos referentes à incidência do Pênfigo foliáceo no Estado de São Paulo. *Arq. Dermat. Sif. São Paulo*, 20:23-27, 1958.

Recebido para publicação em 5.4.83.