



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 24 de Fevereiro de 2003, considerou o candidato FRANCISCO CARLOS AMANAJÁS DE AGUIAR JÚNIOR aprovado.

1. Prof. Dr. HERON FERNANDO DE SOUSA GONZAGA

2. Prof. Dr. LUIS CARLOS SPOLIDÓRIO

3. Prof. Dr. MARCIO AJUDARTE LOPES

FRANCISCO CARLOS AMANAJÁS DE AGUIAR JÚNIOR

**ESTUDO DE IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE-ESTADO E
ANSIEDADE-TRAÇO EM PACIENTES PORTADORES DE
LÍNGUA GEOGRÁFICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas,
para obtenção do título de mestre em
Estomatopatologia,
Área de concentração-Patologia

**PIRACICABA
2003**

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

FRANCISCO CARLOS AMANAJÁS DE AGUIAR JÚNIOR

**ESTUDO DE IDENTIFICAÇÃO DE ANSIEDADE-ESTADO E
ANSIEDADE-TRAÇO EM PACIENTES PORTADORES DE
LÍNGUA GEOGRÁFICA**

Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CPG-036/03
CPG. 19 / 05 / 2003
Heron F. de S. Gonzaga
Assinatura do Orientador

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas,
para obtenção do título de mestre em
Estomatopatologia,
Área de concentração-Patologia

Orientador: Prof. Dr. Heron Fernando de Sousa Gonzaga

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Márcio Ajudarte Lopes

Prof. Dr. Luís Carlos Spolidório

Prof. Dr. Heron Fernando de Sousa Gonzaga

**PIRACICABA
2003**

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	UNICAMP Ag93e
V	EX
TOMBO BC/	54687
PROC.	16.124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	22/07/03
Nº CPD	

CM00186751-0

BIB ID 295258

Ficha Catalográfica

Ag93e	<p>Aguiar Júnior, Francisco Carlos Amanajás de.</p> <p>Estudo de identificação de ansiedade-estado e ansiedade-traço em pacientes portadores de língua geográfica. / Francisco Carlos Amanajás de Aguiar Júnior. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2003. viii, 92f. : il.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Heron Fernando de Sousa Gonzaga .</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Ansiedade. 2. Língua. 3. Patologia bucal. I. Gonzaga, Heron Fernando de Sousa. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

Dedico este trabalho

A Deus, por Sua presença constante.

Aos meus pais, Francisco e Márcia e aos meus irmãos André e Thiago.

Ao Prof . Dr. Heron Fernando de Sousa Gonzaga, pela paciência, dedicação, e pelas oportunidades concedidas a mim.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho, do Prof. Dr. Lourenço Correr Sobrinho, Coordenador Geral dos Programas de Pós-Graduação e do Prof. Dr. Pablo Agustim Vargas, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Estomatopatologia.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos do curso de Mestrado em Estomatopatologia.

Aos professores da área de Patologia e Semiologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP, Oslei Paes de Almeida, Jacks Jorge Júnior, Márcio Ajudarte Lopes, Edgard Graner, Pablo Agustim Vargas e Ricardo Della Colleta que foram e são responsáveis pela minha formação como mestre.

A Profa. Dra. Maria Augusta Jorge e a Mestre Sílvia Augusta Jorge, pela grata colaboração e atenção prestada.

A Prof. Dra. Gláucia, que auxiliou no processamento dos dados estatísticos.

Aos amigos e colegas que fiz durante o curso de Pós-graduação em Estomatopatologia, Cláudio, Danyel, Jorge, Lucinei, Fábio Ito, Fábio Ornelas, Fábio Pires, Luciana, Estela, Ademar, Eduardo, Andresa, Sílvia, Fábio Alves, Karina, Karinhinha, Ana Lúcia, Paola, Roberto, Júnior, Juliana, Dawton, Sabrina, Michelle Agostini, Michele Pereira, Marcelo e Paulo Faria,

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	01
RESUMO.....	03
ABSTRACT.....	05
1.INTRODUÇÃO.....	17
2.REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1. Língua geográfica.....	10
2.1.1. Manifestações clínicas da língua geográfica.....	10
2.1.2. Epidemiologia.....	14
2.1.3. Achados microscópicos.....	15
2.1.4. Aspectos genéticos.....	16
2.1.5. HLA e língua geográfica.....	16
2.1.6. Língua geográfica e estudos moleculares.....	22
2.1.7. Língua geográfica e associação com doenças.....	23
2.1.7.1. Associação com psoríase.....	23
2.1.7.2. Associação com atopia.....	25
2.1.7.3. Associação com língua fissurada.....	25
2.1.8. Herdabilidade.....	28
2.1.9. Língua geográfica e fatores ambientais.....	31
2.2. Ansiedade.....	34
2.3. Ansiedade-estado e ansiedade-traço.....	38

2.3.1. Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE).....	39
2.3.2. Aplicabilidade do IDATE.....	40
3.OBJETIVOS.....	43
4.MATERIAL E MÉTODOS.....	44
4.1. Casuística.....	44
4.2. Métodos.....	48
4.2.1. Exame dermatológico.....	48
4.2.2. Exame bucal.....	49
4.2.3. Critérios diagnósticos.....	50
4.2.4. Aplicação do inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).....	51
4.2.5. Análise estatística.....	54
5.RESULTADOS.....	55
5.1. Características gerais dos grupos avaliados.....	55
5.2. Características próprias do grupo portador de língua geográfica.....	59
6.DISSCUSSÃO.....	64
7.CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	88

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1- Freqüência de fenótipos HLA-Cw6 em indivíduos portadores de psoríase e risco relativo em populações mundiais.....	19
QUADRO 2 - Distribuição dos tipos de doenças dermatológicas nos pacientes do grupo com língua geográfica.....	45
QUADRO 3 - Distribuição dos tipos de doenças dermatológicas nos pacientes do grupo controle.....	46
QUADRO 4- Distribuição dos tipos de alterações bucais concomitantes nos pacientes do grupo portador de língua geográfica.....	47
QUADRO 5- Distribuição dos tipos de alterações bucais concomitantes nos pacientes do grupo controle.....	47
TABELA 1 - Distribuição dos pacientes nos grupos portador de língua geográfica e controle de acordo com o gênero, idade e raça.....	55
TABELA 2 - Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos grupos portador de língua geográfica e controle.....	56
TABELA 3 -Distribuição dos pacientes portadores da associação língua geográfica e língua fissurada e língua geográfica exclusiva.....	57
TABELA 4 -Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador da associação língua geográfica e língua fissurada e grupo controle.....	59

TABELA 5 – Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador exclusivamente de língua geográfica e controle.....	59
TABELA 6 – Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço, no grupo portador da associação língua geográfica e fissurada e no grupo portador exclusivo de língua geográfica.....	60
TABELA 7 – Distribuição dos pacientes (n = 78) do grupo portador de língua geográfica quanto a sintomatologia.....	61
TABELA 8 – Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador de língua geográfica que relataram presença de sintomatologia e nos assintomáticos.....	61
TABELA 9 – Distribuição dos pacientes (n = 78) do grupo portador de língua geográfica quanto à consciência da presença da lesão bucal.....	62
TABELA 10 – Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador de língua geográfica que relataram consciência da presença da lesão ou não.....	63

RESUMO

A língua geográfica é uma condição que se manifesta como áreas irregulares de perda de papilas filiformes, circunscritas por margens esbranquiçadas, discretamente elevadas. A aparência da língua nesta condição varia marcadamente, com exacerbações e remissões da glossite. A condição bucal mais freqüentemente associada é a língua fissurada.

Apesar de ter sido considerada como uma anomalia de desenvolvimento, aspectos como associação epidemiológica, lesões fundamentais e características microscópicas semelhantes, favorecem a idéia de que a língua geográfica seja a forma verdadeira de psoríase bucal.

Tanto a psoríase, quanto a língua geográfica freqüentemente têm sido associadas a doenças psicossomáticas. O fator emocional, portanto, parece possuir estreita relação com ambas as condições.

Este estudo foi realizado com o objetivo de identificar ansiedade-estado e ansiedade-traço em pacientes portadores de língua geográfica.

A amostra foi constituída por 78 indivíduos com língua geográfica e um grupo controle de 48 indivíduos. Os pacientes portadores de língua geográfica apresentavam ou não simultaneidade com língua fissurada e não apresentavam psoríase. Os pacientes do grupo controle não apresentavam língua geográfica, língua fissurada e psoríase.

Todos os pacientes dos grupos de estudo e controle foram submetidos a exames dermatológico e estomatológico completos e aplicado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE).

Realizou-se a análise estatística através do teste de Mann-Whitney para se observar diferenças entre os escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos grupos analisados.

O estudo da identificação ansiedade traço-estado em pacientes portadores de língua geográfica demonstrou que:

- a) Escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço moderados foram determinados nos grupos estudados.
- b) Quanto aos escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço, não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo portador de língua geográfica e o controle.
- c) Os escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço obtidos no grupo portador de língua geográfica associada a língua fissurada e portador exclusivo de língua geográfica não mostraram diferenças estatisticamente significativas, quando comparados ao grupo controle.
- d) O grupo portador de língua geográfica associada à língua fissurada e grupo portador exclusivo de língua geográfica não demonstrou diferenças nos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço.
- e) Quanto à presença de sintomatologia e à consciência da presença de língua geográfica, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos pacientes portadores desta condição.

As constatações nos permitem concluir que a língua geográfica pode ser uma doença multifatorial, necessitando de um componente genético para se expressar. A participação da ansiedade como fator ambiental não é predominante, mas pode ser um dos fatores desencadeantes.

Palavras-chaves: Ansiedade, língua geográfica, língua fissurada.

ABSTRACT

Benign migratory glossitis, also termed geographic tongue, is a condition manifested as irregular areas of filiform papillae loss, circumscribed by whitish, slightly elevated margins. In this condition, the tongue appearance varies deeply with glossitis worsening and healing. The oral condition mostly associated to benign migratory glossitis is fissured tongue.

In spite of being considered as a congenital anomaly, aspects as epidemiological association, basic lesions and similar microscopic characteristics support the idea that benign migratory glossitis is the true form of oral psoriasis.

Both psoriasis and benign migratory glossitis have been associated to psychosomatics diseases. The emotional factors seem to be connected with these conditions.

This study was done having the objective of identifying state-anxiety and trait-anxiety in patients with benign migratory glossitis.

The sample was made up of 78 patients with benign migratory glossitis and a control group of 48 individuals. The patients with benign migratory glossitis presented fissured tongue simultaneous or not, and did not present psoriasis. The control group did not present benign migratory glossitis, fissured tongue or psoriasis.

Full dermatological and oral examinations were performed in all of the individuals, and the State-trait Anxiety Inventory (STAI) was applied.

The statistical analysis, by the Mann-Whitney test for the observation of the differences between the state-anxiety and trait-anxiety scores in the groups, was done.

The study of identification of trait-state anxiety in patients with geographic tongue showed that:

- a) Moderate scores of state-anxiety and trait-anxiety were determined in each group studied.
- b) No statistically significant differences between the benign migratory glossitis group and the control group relative to the state-anxiety and the trait-anxiety scores were found.
- c) The state-anxiety and the trait-anxiety scores in the benign migratory glossitis associated to fissured tongue group and in the exclusively benign migratory glossitis group didn't show significant differences when compared to the control group.
- d) The benign migratory glossitis associated to fissured tongue group and the exclusively geographic tongue group didn't show differences in the state-anxiety and trait-anxiety scores.
- e) No statistically significant differences in the state-anxiety and the trait-anxiety scores were found in the benign migratory glossitis group relative to the symptomatology and the conscience of the presence of this condition.

These data allow the conclusion that benign migratory glossitis may be a multifactorial disease, being necessary a genetic component to express itself. Anxiety, as an environmental factor, does not have a predominant participation, but it could be one of the factors that trigger such condition.

Key-Words: Anxiety, benign migratory glossitis, fissured tongue.

1-INTRODUÇÃO

A língua geográfica é uma condição que se manifesta como áreas irregulares de perdas de papilas filiformes, circunscritas por margens esbranquiçadas, discretamente elevadas (SAMIT & GREENE, 1976). A aparência da língua nesta condição varia marcadamente, com exacerbações e remissões da glossite (COOKE, 1962).

A maioria dos estudos epidemiológicos de língua geográfica indica uma prevalência que varia de 0,78 a 6,8% na população geral (HALPERIN *et al.*, 1953; REDMAN, 1970; CHOSACK, ZADIK, EIDELMAN, 1974; CAMARGO, 1976; GHOSE & BAGHDADY, 1982; DARWAZEH & PILLAI, 1993; GONZAGA *et al.*, 1994;).

A etiologia e a patogenia da língua geográfica permanecem obscuras (TOMMASI, 1989). Tem sido demonstrada associação da língua geográfica com várias condições, sendo a psoríase a mais comumente associada (HIETANEN *et al.*, 1984; POGREL & CRAM, 1988; GONZAGA *et al.*, 1996; JORGE, 2000).

Vários autores sugerem uma relação da psoríase com língua geográfica, língua fissurada e estomatite geográfica (O'KEEFE *et al.*, 1973; WEATHERS *et al.*, 1974; DAWSON, 1974; WAGNER *et al.*, 1976; DUPRE *et al.*, 1975; BUCHNER & BEGLEITER, 1976; WAGNER *et al.*, 1976; HIETANEN *et al.*, 1984; HUBLER JR., 1984; POGREL & CRAM, 1988; GONZAGA, 1991; ZELICKSON & MULLER, 1991; JORGE, 2000).

O estresse emocional é relatado como fator desencadeante nestas condições. Tanto a psoríase, quanto a língua geográfica freqüentemente têm sido associadas a doenças psicossomáticas (COOKE, 1962; SAPIRO & SHKLAR, 1973; SALMON *et al.*, 1974; WEATHERS *et al.*, 1974; BANOCZY *et al.*, 1975; SAMIT & GREENE, 1976; WAGNER *et al.*, 1976; BAUGHMAN, 1986; LITTNER *et al.*, 1987; RAGHOEBAR, BONT, SHOOT, 1988; FRY, 1988; GONZAGA, 1991; CHAVES, 2002).

Uma das formas de estresse emocional é a ansiedade. Esta tem o propósito de nos proteger dos perigos que ameaçam nossa existência ou nossos valores, sendo, portanto, útil para a sobrevivência e desenvolvimento, desde que mantida em níveis suportáveis, quando atua como um estímulo à consciência, à vigilância e à ação (MAY, 1988).

Em 1966, SPIELBERGER, visando avaliar o traço e o estado de ansiedade de uma pessoa, desenvolveu uma escala de auto-avaliação de ansiedade, o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado), composta por duas escalas distintas – Escala de Ansiedade-Traço e Escala de Ansiedade-Estado. Esse instrumento foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por BIAGGIO *et al.*, em 1977.

O IDATE se constitui num instrumento útil, podendo contribuir para a compreensão das manifestações da ansiedade em pacientes portadores de língua geográfica.

Uma vez que não encontramos nenhum estudo na literatura sobre a pesquisa do IDATE em portadores de língua geográfica, propusemo-nos realizar

esta investigação com a finalidade de estudar a associação da ansiedade com esta condição.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Língua geográfica

Esta condição foi descrita primeira vez por RAYER em 1831, que a denominou “pitíriase da língua”. Desde então, um grande número de sinônimos tem sido usado para designá-la, incluindo “tinha da língua”, “psoríase lingual”, “escoriação crônica da língua”, “língua geográfica”, “annulus migrans”, “eritema migrans”, “glossite migratória benigna”, “eritema migratório lingual”, “glossite areata esfoliativa”.

BANÓCZY *et al.* (1975) apresentam que entre os diversos sinônimos utilizados, o termo “glossite migratória benigna” seria o mais apropriado, visto que designa o local, a presença de inflamação, o caráter benigno e a cinética das lesões. No entanto, as denominações mais comumente empregadas são língua geográfica e glossite migratória benigna.

A etiologia e a patogenia da língua geográfica permanecem obscuras (TOMMASI, 1989).

2.1.1 Manifestações clínicas da língua geográfica

Clinicamente, a língua geográfica se manifesta como áreas de forma serpiginosa ou circular, nas quais as papilas fungiformes são proeminentes, enquanto que as papilas filiformes são dificilmente vistas. Delineando estas áreas, observa-se uma margem eritematosa clara, seguida de uma borda amarelada,

elevada, demarcando a lesão (COOKE, 1962). O dorso, a margem e a extremidade da língua estão freqüentemente afetados (COOKE, 1962; KELSCH,2001). Há uma clara predileção de acometimento pelos dois terços anteriores da língua, e em alguns casos, tais lesões se estendem até a porção ventral da mesma (WALTIMO, 1991).Tal predileção tem sido associada ao fato destas regiões sofrerem mais traumatismos durante o ato mastigatório ou mesmo durante a fala, havendo uma correlação com o fenômeno de Köebner, observado em algumas dermatoses (GROSSHANS & GERBER, 1983).

A lesão freqüentemente surge como uma pequena mancha branca, que, em seguida, desenvolve uma zona atrófica eritematosa central, crescendo centrifugamente (NEVILLE, 1998). A modificação na forma das lesões é imprevisível e, caracteristicamente, estas variam muito na aparência, quanto ao número, localização, pela cura de uma borda e proliferação na outra, frequentemente desaparecendo, recorrendo e coalescendo em proporções variáveis (SAMIT & GREENE, 1976). GROSSANS & GERBER (1983) acreditam ser a progressão destas regular, na ordem de aproximadamente 0,5 mm por dia. A aparência da língua varia marcadamente, sendo as mudanças em sua superfície mais facilmente detectáveis pela manhã, pois as células presentes nas margens esbranquiçadas tendem a se exfoliar durante o dia (WALTIMO,1991).

Muito raramente, outros locais além da língua podem ser acometidos. Tal condição descrita primeiramente em 1955, por COOKE sob o nome de “Eritema Migrans”, recebeu diversos sinônimos, tais como, língua geográfica ectópica, estomatite migratória, mucosite migratória, no entanto, o termo estomatite geográfica tem sido utilizado para designar tal condição. A estomatite geográfica

pode se manifestar em qualquer lugar da mucosa bucal, como a mucosa jugal, mucosa labial, soalho bucal, palato mole, lábios, úvula e gengiva. Frequentemente, quase todos os paciente com estomatite geográfica, possuem língua geográfica (BROOKS & BALCIUNAS, 1987).

HUME (1975) propôs uma classificação para a estomatite geográfica, baseada em sua distribuição clínica:

TIPO 1: Lesões no dorso, bordas laterais e extremidade da língua com possibilidade de extensão para o ventre da mesma. As lesões podem migrar com o tempo e mostram fases ativas e de remissão (língua geográfica).

TIPO 2: O aspecto clínico do tipo 1 está presente, acompanhado de lesões em qualquer lugar da mucosa bucal.

TIPO 3: As lesões na língua não são típicas como aquelas observadas no tipo 1 e podem ou não ser acompanhadas de lesões em outras áreas da mucosa bucal. As lesões atípicas de língua podem ser de duas formas: a) formas fixas - Uma ou duas áreas da língua são afetadas, mas não migram com o tempo. Desaparecem apenas após longo período de tempo; e b) formas abortivas- Iniciam-se como placas amarelo-esbranquiçadas e desaparecem antes de apresentarem a típica aparência de uma lesão geográfica.

TIPO 4: As lesões estão ausentes na língua, no entanto, presentes em outros locais da mucosa bucal.

VAN DER WAL *et al.* (1987) sugerem que o termo estomatite geográfica deva ser reservado para os casos onde as lesões acometem outras áreas da mucosa bucal além da língua, que podem ser ou não acompanhadas de língua geográfica.

A língua geográfica é uma condição geralmente assintomática, embora uma sensação de queimação ou uma sensibilidade a alimentos condimentados, quentes ou cítricos possa ser percebida pelo paciente. Nestes casos, um sabor metálico e xerostomia podem também estar presentes. (HENRICSSON & AXÉLL, 1980). Na ausência de sintomatologia, nenhum tratamento é necessário (BURKET, 1971). Assegurar ao paciente ser a condição completamente benigna é freqüentemente a única atitude necessária (NEVILLE, 1998). Raramente esta sensibilidade pode ser grave, e constituir fonte de grande desconforto ao paciente. Nestes casos, diversos tratamentos têm sido propostos, especialmente aquele para uso tópico, como fórmulas com Nitrato de Prata, (DOWN, 1926; MEAD, 1940), esteróides (HAUPTMAN & RAGOSTA, 1966; NEVILLE, 1998), solução de Ácido Salicílico 7% em Álcool 70% (HENRICSSON & AXÉLL, 1980), Prednisolona (GNEP, 1991), suplementação alimentar com Zinco (GIBSON *et al.*, 1990) e vitamina B12 (MONICA, 1967). Quando se suspeita infecção secundária por *Cândida*, o uso de antifúngicos tópicos se faz necessário. Tais propostas terapêuticas possuem um caráter meramente paliativo, e nenhuma delas se mostra efetiva no tratamento da língua geográfica.

2.1.2 Epidemiologia

A maioria dos estudos epidemiológicos de língua geográfica indica uma prevalência que varia de 0,78 a 6,8% da população. (HALPERIN *et al.*, 1953; REDMAN, 1970; PUGLIESI *et al.*, 1972; CAMARGO, 1976; GHOSE & BAGHDADY, 1982; SILVA & MARCUCCI, 1990; DARWAZEH & PILLAI, 1993; CHOSACK *et al.*, 1995; BEAUDOIN, 1995; GONZAGA *et al.*, 1995; JORGE, 2000; KOVAC-KOVACIC & SKALERIC, 2000; REGEZI & SCIUBA, 2000).

Em relação aos diferentes grupos raciais, sua prevalência é maior na raça branca, do que nas raças negra e amarela. (GONZAGA *et al.*, 1994; KLEINMAN *et al.*, 1994; JORGE, 2000).

A língua geográfica pode afetar todos os grupos etários, entretanto a predominância nos grupos varia conforme os trabalhos. JORGE (2000) e KELSCH (2001) relataram predominância na população adulta.

Os trabalhos existentes são discordantes quanto à predominância do gênero. Alguns autores observaram aumento da prevalência no gênero masculino (BOUQUOT & GUNDLACH, 1986; JORGE, 2000); outros, no gênero feminino (HALPERIN, 1953; BANOCZY *et al.*, 1975; NEVILLE *et al.* 1998; REGEZI & SCIUBA, 2000), e ainda, a equivalência entre os gêneros (COOKE, 1962; GHOSE & BAGHDADY, 1982). Esta variedade de predominâncias pode indicar que a língua geográfica não esteja relacionada ao gênero (GONZAGA *et al.*, 1994).

2.1.3 Achados microscópicos

LEVER & LEVER (1983) descreveram os seguintes achados microscópicos patognomônicos da psoríase cutânea, bucal e língua geográfica:

- 1) aumento regular da camada espinhosa com espessamento de porções mais baixas;
- 2) espessamento e edema das papilas;
- 3) diminuição relativa das porções suprapapilares do estrato de Malpighi com presença ocasional de uma pequena pústula espongiforme;
- 4) ausência de camada granulosa;
- 5) paraqueratose;
- 6) presença de microabscesso de Munro;
- 7) infiltrado inflamatório na derme e submucosa.

O infiltrado neutrofílico intenso pode ser responsável pela destruição da porção superficial do epitélio, produzindo, assim, uma mucosa atrófica e avermelhada, à medida que a lesão progride (NEVILLE, 1998).

2.1.4 Aspectos genéticos

A história familiar está presente em muitos casos de língua geográfica, sugerindo-se que fatores hereditários estejam ligados ao desenvolvimento desta condição (REDMAN *et al.*, 1970; HUME, 1975; EILDEMAN *et al.*, 1976; KULLAA-MIKKONEN, 1988; GONZAGA, 1991; FENERLI *et al.*, 1993; GONZAGA *et al.*, 1996).

Na língua geográfica, a história familiar positiva varia de acordo com a amostra estudada. JORGE (2000) encontrou ser esta positiva em 27,31 % e GONZAGA *et al.* (1995), em 38,4%. A porcentagem de antecedentes familiares para esta condição pode ser muito maior que a relatada, visto que esta alteração nem sempre é notada pelos pacientes (GONZAGA, 1991).

KULLAA-MIKKONEN (1988) acredita ser a língua geográfica ocasionada por um gene autossômico dominante com penetrância variável. Outros autores sugerem herança do tipo poligênico (HUME, 1975; EILDEMAN *et al.*, 1976).

2.1.5.1 HLA e língua geográfica

O complexo HLA tem um papel nos aspectos genéticos da língua geográfica e psoríase (GONZAGA *et al.*, 1998). Este complexo é uma região cromossômica localizada no braço curto do cromossomo 6, onde se localizam os genes HLA, responsáveis pela codificação das especificidades (ou antígenos) HLA. Nessa mesma região, além dos genes que codificam para moléculas HLA classe I e II, existem outros genes entre os quais os genes responsáveis pela

codificação de proteínas do sistema complemento (C2, C4 e fator B), enzimas, como a 21-hidroxilase e as enzimas glicolisadoras de moléculas HLA, fator de necrose tumoral alfa e beta, receptor para interferon gama, além de muitos outros genes, cujos produtos ainda não foram definidos (SPIES *et al.*, 1989; BODMER *et al.*, 1991; CAMPBELL & TROWSDALE, 1993; HANSEN *et al.*, 1993).

As moléculas HLA classe I (HLA-A, B e C) são constituídas por uma cadeia α , polimórfica, com peso molecular ao redor de 44kD, codificada por genes classe I do complexo HLA. Esta cadeia associa-se, não covalentemente, à β 2 microglobulina, uma proteína não polimórfica de 12kD, codificada por um gene situado no cromossomo 15. As moléculas classe I estão presentes em praticamente todas as células nucleadas do organismo, assim como em plaquetas.

As moléculas HLA classe II (HLA-DR, DQ e DP) são constituídas por uma cadeia α (32 a 34kD) e uma cadeia β (29 a 32kD), associadas não covalentemente, codificadas por genes classe II do complexo HLA. Sua distribuição é mais restrita, sendo encontradas em fagócitos mononucleares, linfócitos B, linfócitos T ativados, células dendríticas do baço e linfonodos, células de Langerhans e células endoteliais de capilares e vênulas.

O conjunto dos genes HLA representa o maior polimorfismo genético encontrado no genoma humano. Cada loco HLA pode ser ocupado por uma série de genes alélicos, os quais dão origem às diversas especificidades HLA. Estas podem ser reconhecidas sorologicamente (especificidades HLA-A, B, C, DR e

DQ), por métodos celulares (especificidades Dw e DP) e métodos biológicos moleculares.

Foram descritas muitas associações importantes entre antígenos HLA e diversas doenças (TIWARI & TERASAKI, 1985; GERBASE-DELIMA & MUSATTI, 1989). Entre estas doenças, a psoríase e a língua geográfica.

A associação de antígenos HLA com psoríase tem sido extensivamente investigada. Associações com HLA A1, B13, B17, B37, Cw6, Cw7 e DR7 têm sido descritas em populações caucasóides (OZAWA *et al.*, 1981; TIWARI & TERASAKI, 1985), enquanto que associações com HLA A1, A2, B13, B17, B37, B39, B46, Cw6, Cw7 e Cw11 têm sido observadas em pacientes japoneses (NAKAGAWA *et al.*, 1990; NAKAGAWA *et al.*, 1991). O HLA Cw6 tem, particularmente, uma forte associação, independente das diferenças raciais ou grupos étnicos, sugerindo que o próprio Cw6 (ou um gene em forte desequilíbrio de ligação com o mesmo) pode ser o gene de suscetibilidade à psoríase (GREEN *et al.*, 1988).

No entanto, a proporção de psoriásicos HLA-Cw6 positivos e risco relativo associado, varia substancialmente em diferentes populações, conforme mostra a QUADRO 1.

QUADRO 1

Freqüência de fenótipos HLA-Cw6 em indivíduos portadores de psoríase e risco relativo em populações mundiais (Revisão de literatura segundo Nair *et al.*, 2000).

POPULAÇÃO	FREQUÊNCIA (%)	RISCO RELATIVO	REFERÊNCIAS
Brasileira	59	10	Gonzaga et al, 1996
Britânica	47	3,5	Mallon et al, 1997
Chinesa	17	19,8	Cao et al, 1993
Dinamarquesa	47	12,9	Marcusson et al, 1981
Finlandesa	46	11,5	Tiillikainen et al, 1980
Germânica	57	5,3	Hohler et al,1996
Grega	36	3,3	Economidou et al, 1985
Israelense	25	1,5	Roitberg-Tambur et al , 1994
Italiana	33	3,5	Nini et al, 1989
Japonesa	8-28	12,7 – 8,2	Nakagawa et al, 1991 Okhido et al, 1982
Hispânica	18	6,2	Gonzalez et al 1999

Apenas três trabalhos foram realizados sobre HLA e língua geográfica. MARKS & TAIT, em 1980 estudaram as freqüências dos antígenos HLA-A e -B em 95 pacientes australianos com língua geográfica e encontraram freqüência aumentada de HLA-B15. No entanto, quando os pacientes foram divididos em

atópicos (63) e não atópicos (32), 10 dos pacientes atópicos (15,9%) apresentavam HLA-B15. Nenhuma diferença significativa entre as freqüências de antígenos HLA na população normal e pacientes com língua geográfica não atópicos foi encontrada, permitindo concluir que o antígeno HLA-B15 esteja preferencialmente relacionado à atopia do que língua geográfica.

FENERLI *et al.* (1993) determinaram os antígenos HLA-A, -B e -DR em 50 pacientes gregos com língua geográfica. Encontraram freqüências aumentadas de DR5 e DR6, e freqüências diminuídas de B51(5) e DR2 entre os pacientes. Todas estas diferenças, entretanto, não permaneceram estatisticamente significativas após a correção do valor de P para o número de antígenos investigados. Neste trabalho não foram observadas freqüências aumentadas de HLA -B13 ou -B17 nos pacientes com língua geográfica.

É interessante notar que aparentemente os autores destes trabalhos não consideraram a relação clínica entre língua geográfica e psoríase e, portanto, não valorizaram a importância da pesquisa de antígenos da série HLA-C, particularmente do antígeno HLA-Cw6, já que este está fortemente associado a um maior risco de desenvolvimento da psoríase.

Não encontrando relatos sobre HLA e psoríase em população brasileira e nenhum estudo na literatura especificamente pertinente à investigação da associação HLA-Cw6 com língua geográfica, GONZAGA *et al.* (1996) se propuseram a determinar as freqüências de antígenos HLA em pacientes psoriásicos brasileiros e em portadores de língua geográfica. Raciocinando que a língua geográfica deveria apresentar as mesmas associações HLA observadas na psoríase, particularmente com Cw6, realizaram a investigação da associação HLA

com psoríase vulgar e língua geográfica em pacientes brasileiros, brancos. Os autores encontraram associação Cw6 com língua geográfica e psoríase. Consideramos que este achado reforça o conceito da relação etiopatogênica da língua geográfica e psoríase vulgar.

Várias evidências indicam ser a psoríase uma doença multifatorial resultante da interação de vários genes ativados por fatores ambientais. Alguns destes genes controlam a severidade de muitas doenças, pela regulação da inflamação e imunidade (genes da severidade), considerando que outros são únicos para a psoríase. Várias combinações destes genes podem acontecer numa única família, contabilizando em grande escala, a expressão variável desta doença. Os alelos destes genes, provavelmente, surgiram precocemente na história dos humanos atuais. Como resultado, alelos da doença psoríase são comuns na população geral. Têm uma distribuição mundial, e freqüentemente, compartilham o mesmo cromossomo ancestral com alelos neutros em *locus* adjacentes. Este fenômeno, chamado de desequilíbrio de ligação, explica por que psoríase é fortemente associada com HLA-Cw6. Muitos indivíduos não afetados levam um ou mais alelos da doença, mas faltam outros fatores genéticos e ou ambientais necessários para produzir a doença. Isto explica por que a psoríase só desenvolve em aproximadamente 10% de indivíduos HLA-Cw6 positivos (ELDER et al, 2001).

Há de se considerar, que cerca de 47,2% dos pacientes portadores de língua geográfica analisados por GONZAGA et al, em 1996, não possuíam o fenótipo Cw6. Quanto a psoríase, foi determinado o envolvimento de loci gênicos nos cromossomos 6p,17q,4q,2p,8q e 20p (TREMBATH et al., 1997; BURDEN et

al., 1998). A pesquisa do envolvimento de outros loci na língua geográfica poderia melhor elucidar esta associação.

2.1.6 Língua geográfica e estudos moleculares

Num esforço para identificar mudanças genéticas que podem ser carimbos oficiais para a precoce hiperproliferação de células de epiteliais, PAVELIC *et al.* (1998) investigaram deleções alélicas nos genes p53 e nm23-H1 em lesões bucais epiteliais benignas. No grupo de estudo havia 28 lesões epiteliais benignas (líquen plano - 17; leucoplasia - 8; aftas - 2; um espécime diagnosticado como glossite migratória benigna). Entre 21 amostras analisadas para o éxon 4 (gene de p53) LOH (perda da heterozigosidade), só 6 foram informativos, sem deleção de qualquer alelo. De 23 amostras testadas para LOH, o intron 6 do gene p53, 8 foram informativos, novamente sem presença de LOH. Para o gene de nm23-H1, a análise foi executada num total de 24 casos. Destes, 16 foram informativos, porém, nenhum exibiu LOH neste locus. Os autores consideraram que a presença de alterações na totalidade do gene (LOH) evidenciaria o envolvimento de nm23 e de p53 no processo de hiperproliferação. Também que a ausência de LOH não exclui a presença de quaisquer mutações menores e alteração na regulação do gene normal, ou deficiência na proteína do tipo selvagem. Alternativamente, p53 e nm23-H1 não podem ter nenhuma relação com a formação de lesões bucais, e não podem ser considerados atualmente, como um passo precoce dentro da transformação de tecido benigno.

Deve-se considerar que as conclusões obtidas pelos autores quanto às lesões benignas, não podem ser específicas da língua geográfica, considerando que apenas um espécime da doença foi estudado.

2.1.7 - Língua geográfica e associação com doenças

Tem sido demonstrada associação da língua geográfica com várias condições, incluindo a psoríase (O'KEEFE *et al.*, 1973; WEATHERS *et al.*, 1974; DAWSON, 1974; DUPRE *et al.*, 1975; , WAGNER *et al.*, 1976; BUCHNER & BEGLEITER, 1976; HIETANEN *et al.*, 1984; HUBLER JR., 1984; POGREL & CRAM, 1988; GONZAGA, 1991; 1995; GONZAGA *et al.*, 1996), síndrome de Reiter (WEATHERS *et al.*, 1974), atopia (MARKS & SIMONS, 1979; MARKS & RADDEN, 1981; MARKS & CZARNY, 1984; MORRIS *et al.*, 1992), processos alérgicos (BARTON *et al.*, 1982), distúrbios gastrointestinais (BANOCZY *et al.*, 1975; SAMIT & GREENE, 1976), diabetes melito (WYSOCKI & DAYLE, 1987), síndrome de Down (ERCIS & ATAKAN, 1996), dermatite seborréica e bronquite espasmódica da infância (RAHAMINOFF & MUHSAM, 1957). Entre estas doenças, a mais comumente associada é a psoríase.

2.1.7.1 Associação com a psoríase

A verificação da prevalência aumentada da língua geográfica em portadores da psoríase (BUCHNER & BEGLEITER, 1976; HIETANEN *et al.*, 1984; POGREL & CRAM, 1988; GONZAGA 1991; JORGE, 2000), bem como a

observação da forma de estabelecimento de suas lesões fundamentais (GONZAGA, 1991) e a semelhança microscópica entre as condições (LEVER & LEVER, 1983), levou os autores considerarem a associação das duas condições.

A psoríase é uma doença cutânea inflamatória crônica, recorrente, com uma base genética e imunológica (IKAHEIMO *et al.*, 1997; BOS & RIE, 1999). Os fatores ambientais são muito importantes para a expressão da doença (JORGE, 2000; PETERS *et al.*, 2000; CHAVES, 2002). Esta doença é extremamente freqüente e importante na prática clínica.

Clinicamente, na sua forma mais freqüente a psoríase numular ou vulgar, as lesões se apresentam como pápulas e placas eritematosas, recobertas por escamas brancas, freqüentemente simétricas, mostrando predileção para o couro cabeludo, unhas, região posterior dos cotovelos e região anterior dos joelhos (FARBER & VAN SCOTT, 1980; CAMP, 1998).

FEMIANO (2001) comparou dois grupos de pacientes, um deles, constituído por 20 indivíduos acometidos por psoríase cutânea e lesões na mucosa bucal semelhantes à língua geográfica, e outro grupo composto por 20 indivíduos, sendo estes acometidos apenas por língua geográfica. Biópsias das lesões bucais foram realizadas. No primeiro grupo, todos os espécimes analisados apresentaram características histopatológicas típicas de psoríase. No segundo grupo, estas características foram observadas em 80% dos pacientes. O autor considerou a língua geográfica como sendo verdadeiramente uma expressão bucal da psoríase.

Esta associação foi reforçada pela determinação de um marcador genético comum, o antígeno HLA-Cw6 (GONZAGA *et al.*, 1996). Estas duas condições, possuem, portanto, uma base genética comum.

2.1.7.2 Associação com atopia

O aumento significativo na prevalência da atopia em pacientes com língua geográfica, quando comparados com pacientes não portadores desta condição sugeria ser a língua geográfica representante de um padrão de reação da língua à atopia (MARKS & SIMONS, 1979). No entanto, estes autores não especificavam o tipo de manifestação clínica de atopia, isto é, se os pacientes apresentavam dermatite atópica, asma e ou rinite alérgica. GONZAGA *et al.* (2000) descreveram a presença de língua geográfica, ulceração aftosa recorrente e língua fissurada em 90 pacientes com dermatite atópica e em 410 pacientes com outras doenças cutâneas. Os resultados mostraram que a prevalência destas alterações mucosas eram semelhantes em ambos os grupos.

2.1.7.3 Associação com língua fissurada

A condição bucal mais freqüentemente associada à língua geográfica é a língua fissurada. Tal associação varia de 1,1% a 20% (BANOCZY *et al.*, 1975; DARWAZEH & PILLAI, 1993; KOVAC-KAVCIC & SKALERIC, 2000).

A língua fissurada é também denominada língua escrotal e cerebriforme. Acomete entre 5 a 10% da população (JOSEPH & SAVAGE, 2000). A prevalência

da língua fissurada parece não apresentar diferenças significativas com relação ao gênero e raça (GONZAGA *et al.*, 1994).

Clinicamente, uma considerável variação pode ser verificada nas dimensões, número e profundidade dos sulcos. Geralmente, há múltiplas fendas ou sulcos na superfície da língua, variando de 2 a 6 mm de profundidade. Em alguns casos, numerosas fissuras cobrem inteiramente a superfície dorsal e dividem as papilas linguais em múltiplas “ilhas” separadas. Alguns pacientes apresentam fissuras localizadas, principalmente, nas áreas dorsolaterais da língua. Outros apresentam uma fissura central grande, com pequenas fissuras laterais perpendiculares (NEVILLE, 1998). Estes sulcos ou fissuras, muitas vezes, passam despercebidos durante muito tempo, não sendo raro o paciente se referir ao seu aparecimento após queimaduras ou outra lesão (CAMARGO, 1976). De caráter benigno, as fissuras na superfície lingual são irreversíveis e provavelmente, são resultados de uma glossite de longa duração (BHASKAR, 1968). Talvez a maior importância clínica imputada à língua fissurada resida no acúmulo de alimentos e detritos nas fissuras, atuando como fonte de irritação ou causa de halitose, sendo necessário maior controle de higiene bucal pelos pacientes (JOSEPH & SAVAGE, 2000).

Sua etiologia ainda é obscura, sendo comumente observada em indivíduos com síndrome de Down e em cerca de um terço dos casos de síndrome de Melkerson-Rosenthal (WAGNER *et al.*, 1976). Embora alguns autores a considerem como uma malformação congênita ou uma anomalia de desenvolvimento (AXÉLL *et al.*, 1990), estudos epidemiológicos mostram que raramente é congênita, manifestando-se usualmente após os quatro anos de

idade ou mesmo após a adolescência, mostrando que sua prevalência aumenta significativamente com a idade (BÁNÓCZY *et al.*, 1993, GONZAGA, 1994).

EILDEMAN *et al.* (1976) estudaram a ocorrência familiar da língua fissurada e geográfica em pais e irmãos de pacientes com língua geográfica, língua fissurada ou com as duas condições e sugeriram que tanto uma quanto a outra são condições hereditárias, com um modelo de transmissão poligênico. Tem sido relatado o seu aparecimento simultâneo ou como seqüela da língua geográfica. CHOSACK *et al.* (1974) sugerem que há uma transformação, na qual a língua geográfica seja substituída pela língua fissurada. Fatores genéticos ou ambientais, ainda não esclarecidos, seriam responsáveis pela transformação (KULLA-MIKKONEN, 1988).

A associação entre língua fissurada, língua geográfica e psoríase foi relatada (HIETANEN *et al.*, 1984; GONZAGA, 1991; GONZAGA *et al.*, 1996; JORGE, 2000). ULMANSKY *et al.* (1995) afirmam que na psoríase cutânea, grande parte das lesões, podem desaparecer com tratamento apropriado, no entanto, algumas podem exibir um curso mais permanente. De forma análoga, enquanto a língua geográfica seria uma expressão mais transitória, a língua fissurada constituiria a expressão mais tardia e permanente da psoríase bucal. No entanto, nenhum marcador genético comum as três condições ainda foi determinado.

2.1.8 Herdabilidade

Sabe-se que muitas doenças não obedecem o modelo de herança monogênica mendeliana, contudo, algumas têm base genética. A evidência da participação da hereditariedade provém da observação da incidência maior da doença entre familiares dos indivíduos afetados, do que na população em geral. No entanto, a incidência aumentada entre estes pacientes, não responde a questão de quanto o fator hereditário é importante, por que a diferença de incidência não tem uma simples interpretação genética. Em tais casos, a importância da hereditariedade e do meio ambiente envolvem problemas de genética quantitativa, que são baseados na correlação entre os parentes com relação a algumas características da escala contínua (JORGE, 2000).

FALCONER (1965), sugeriu que o método desenvolvido em genética quantitativa, para o comportamento de características de limiar, fosse aplicado para dados da incidência de doenças a fim de responder a questão relativa a importância da herança e do ambiente no desenvolvimento das mesmas.

A hereditariedade é significativa em termos de variação contínua, isto é, a variação entre indivíduos onde alguns são afetados e outros não, sendo a fração desta variação chamada de grau de determinação genética, atribuída as diferenças entre os indivíduos (JORGE, 2000).

A herdabilidade consiste numa relação de variâncias, parâmetro que mede quanto da variância fenotípica total é determinada pela variância genética aditiva, ou seja, é a proporção total da variância fenotípica, resultante de diferenças genéticas em relação à variação total. A diferença entre estas, envolve a variância

genética aditiva que é atribuída ao efeito médio dos genes considerados um a um, como transmitidos nos gametas, e a variância genética não aditiva, atribuída ao efeito adicional destes genes quando combinada nos genótipos diplóides (JORGE, 2000).

É por este motivo, que a dominância e a interação entre os genes, resultam de diferentes *loci*. Portanto, se não há dominância ou interação, poderá não ocorrer variância não aditiva. O grau de determinação genética é o total de variância genética aditiva somada a não aditiva, com a proporção total de variância fenotípica genética somada a variância não genética (JORGE, 2000).

Portanto, a herdabilidade determina o grau de semelhança e a correlação entre os parentes, sendo estimada através do grau de semelhança destes indivíduos. Assim, a porcentagem que expressa a herdabilidade de um caráter, serve para avaliar a participação do genótipo na sua determinação, e para suposições preditivas em aconselhamento genético. O cálculo da herdabilidade determina quanto da porcentagem da variabilidade fenotípica das doenças é devido ao genótipo ou ao ambiente (JORGE, 2000).

Não encontrando na literatura nenhum trabalho sobre a herdabilidade da psoríase e língua geográfica, bem como estudos sobre a prevalência da psoríase na população brasileira, JORGE (2000) realizou estudo, a partir de 6.000 prontuários de pacientes de um ambulatório dermatológico do Estado de São Paulo. Estudou a herdabilidade pelo método de FALCONER. Com relação à história familiar, o grupo portador de psoríase apresentou 38% de história positiva para psoríase e 9,3% para língua geográfica. Já o grupo portador de língua geográfica mostrou 2,75% para psoríase e 27,31% para a língua geográfica. A

estimativa da herdabilidade foi de 38,8% para psoríase e 36,6% para língua geográfica, ambas com herdabilidade média. O estudo possibilitou quantificar quanto da determinação destas doenças têm uma base genética e quanto são desencadeadas por fatores ambientais. A autora concluiu que fatores ambientais podem influenciar na determinação das manifestações clínicas destas condições.

2.1.9 Língua geográfica e fatores ambientais

A língua geográfica tem sua etiologia associada a fatores genéticos (HUME, 1975; EIDELMAN *et al.*, 1976; KULLAA-MIKONEN, 1988; FENERLI *et al.*, 1993) e não genéticos (REDMAN, 1972). Para que ocorra a expressão desta condição, é necessária a participação de fatores ambientais (REDMAN, 1970; JORGE, 2000; CHAVES, 2002).

Entre os fatores ambientais implicados na etiologia da língua geográfica estão infecções bacterianas (COOKE, 1955, 1962; WINER, 1958), medicamentos (PATKI, 1992; GRACIOUS *et al.*, 1999) e estresse emocional (COOKE, 1962; REDMAN *et al.*, 1966).

O lítio é um medicamento utilizado em psiquiatria, no controle do distúrbio bipolar e unipolar, pode levar ao desencadeamento e exacerbação de várias lesões cutâneas e também está associado ao desencadeamento da língua geográfica (PATKI, 1992).

As lesões na língua geográfica parecem, nos pacientes do sexo feminino, aumentar e diminuir de forma previsível com terapia contraceptiva oral, sugerindo que fatores hormonais possam ser relevantes (WALTIMO, 1991).

Um estudo da associação entre tabagismo e língua geográfica, realizado por SALONEN *et al.*, 1990, demonstrou uma correlação negativa. Correlação esta, também relatada por GONZAGA (1991) entre etilismo e tabagismo nesta condição.

Considerando-se então os vários fatores ambientais, atuando como agentes desencadeantes ou de piora na língua geográfica, CHAVES (2002) estudou estes

fatores em pacientes portadores de psoríase e língua geográfica. Os fatores ambientais analisados foram etilismo, tabagismo, cirurgias anteriores, atopia, erupções medicamentosas e estresse emocional.

Este estudo demonstrou que a prevalência do etilismo estava significativamente aumentada no grupo portador de psoríase em relação ao controle. O mesmo não foi observado no grupo portador de língua geográfica. Quanto ao tabagismo, este apresentou uma associação negativa, embora fraca, com o grupo portador de língua geográfica. Os fatores atopia, cirurgias anteriores e erupções medicamentosas não mostraram diferenças significativas entre os grupos analisados.

O estresse emocional foi o fator mais importante presente nos dois grupos de estudo, sendo substancialmente maior no grupo portador de psoríase em relação ao portador de língua geográfica (CHAVES, 2002). Uma disfunção emocional, muitas vezes relatada pelo paciente portador de psoríase como responsável pelo aparecimento ou exacerbação da doença, pode também, devido ao grande impacto social e aos prejuízos psicológicos que a psoríase causa ao portador, ser resultado da doença (GRIFFITS & RICHARDS, 2001).

A ansiedade é uma condição bastante comum em pacientes portadores de psoríase, ocorrendo em cerca de 40% dos casos (FORTUNE *et al.*, 2000; RICHARDS 2001), sendo esta, de fato, associada a diversas dermatoses (GARRIE & GARRIE, 1978).

Causas emocionais e nervosas têm sido associadas à língua geográfica por vários pesquisadores. FOX (1884) sugeriu o “reflexo nervoso” como possível causa. GAUTIER (1881) listou histeria, como uma das várias associações e,

UNNA (1881) sugeriu que a doença era de “natureza nervosa”. Estudos posteriores sugerem a possibilidade de uma base psicossomática para a doença (REDMAN *et al.*, 1966).

REDMAN *et al.*, em 1966, investigaram a associação com estresse emocional, demonstrando que a língua geográfica é seis vezes mais prevalente em pacientes psiquiátricos, do que em estudantes universitários. Os autores questionam se a ocorrência se deve ao fato destes pacientes estarem sujeitos a um estresse emocional mais prolongado ou a um maior nível de ansiedade do que pacientes universitários. Quando observados somente os estudantes universitários, as lesões mais severas foram mais prevalentes quando estes se encontravam sob estresse emocional, do que quando comparativamente calmos.

Estes autores concluíram que o estresse emocional pode ser um dos vários fatores envolvidos na etiologia da língua geográfica, influenciando o aparecimento ou exacerbação da mesma (REDMAN *et al.*, 1966; REDMAN *et al.*, 1970).

2.2 Ansiedade

A ansiedade é uma das variáveis que constitui as diferenças individuais. Nas primeiras relações que o ser humano estabelece a ansiedade é experimentada como resposta a interferência na satisfação das necessidades (SAXTON, 1971).

MAY (1988) define ansiedade como sendo uma “reação básica do ser humano a um perigo que ameaça sua existência, ou um valor que este identifica com sua existência”. Pode esta também ser definida como estado estressante que resulta da antecipação de perigo. Tendo um componente psicológico, a reação de alarme ou reação de fuga ou luta, um aspecto cognitivo, particularmente no afunilamento da atenção, e uma experiência subjetiva de desconforto. Cada um desses componentes pode ajudar a pessoa a lidar efetivamente com os perigos reais e imediatos, claramente identificados, mas pode ser psicológica e fisicamente prejudicial quando a ansiedade persiste, como ocorre em situações de estresse ocupacional ou conflitos inconscientes não resolvidos (KAPLAN & SADOCK, 1999).

O dicionário de Psicologia (1987) define ansiedade da seguinte maneira: “Mal-estar ao mesmo tempo psíquico e físico, caracterizado por temor difuso, sentimento de insegurança, desgraça eminente” (PIÉRON, 1987).

A ansiedade constitui um fenômeno de personalidade altamente representativo, devido à sua complexidade e à variedade de elementos que contém, sendo estes componentes, de natureza neurofisiológica, motivacional e

comportamental. Manifesta-se num padrão de ativação fisiológica, desordenada e escassamente funcional e num estado de ânimo desagradável para o sujeito; a ansiedade funciona como um impulso ou motivo determinante da ação ou do comportamento (FIERRO, 1992).

Freud entendia a ansiedade como um sintoma de um conflito inconsciente não resolvido, entre os impulsos para a gratificação libidinal ou agressiva e o reconhecimento, pelo ego, do perigo exterior que poderia resultar de tal gratificação. Mobilizado pela ansiedade-sinal e agindo de acordo com o princípio do prazer, o ego usa várias defesas para evitar a ansiedade produzida pelo conflito intrapsíquico e o possível perigo exterior. Assim Freud, de acordo com a teoria psicanalítica, acreditava que a ansiedade surgia de um conflito entre a pulsão instintiva e inibição interior (KAPLAN & SADOCK, 1999).

PESSOTI (1983) aponta as diversas definições de ansiedade existentes, salientando que quando duas ou mais definições convergem com referência a um aspecto, são totalmente diversas em um ou mais aspectos restantes. Em algumas definições, a ansiedade é entendida como um processo passageiro, em outras como uma característica permanente do comportamento ou da personalidade. Assim, um conceito válido da ansiedade é o que define qualquer ansiedade e exclui qualquer conteúdo que não seja ansiedade.

Destaca ainda três significados constantes nas diferentes abordagens de ansiedade, sendo eles: impotência, entendida como “impossibilidade de direção de comportamento” e implica “em percepção de impotência, de falência ou ineficácia do próprio repertório de respostas, por um dado organismo ou pessoa”. O outro é a aversividade, em que a ansiedade é considerada indesejável, mesmo

sendo considerada por alguns como inevitável. Por último, a condição de incerteza do conhecimento, que aparece com os nomes de dúvida, ignorância, ambigüidade, inexplicabilidade, indefinição, entre outros. Acrescenta que, entre os aspectos da ansiedade, os que permitem maior verificabilidade são a “aversividade, o comprometimento do comportamento e as alterações orgânicas”, e que o elemento essencial na ansiedade é a percepção de impotência decorrente da obscuridade ou ambigüidade da situação estimulada (PESSOTI, 1983).

Pessoas com ansiedade criam um clima de tensão, insegurança e hostilidade, em relação aos demais; passam por uma série de mudanças psicológicas e de comportamento, decorrentes de um perigo físico ou psicológico experimentado. A reação da ansiedade é proporcional à magnitude do perigo real que a evoca, isto é, quanto maior o perigo externo, mais claramente a ameaça é percebida e mais intensa resulta a reação de ansiedade (PESSOTI, 1983).

A resposta de ansiedade claramente envolve processos psicológicos e fisiológicos, mas muitos vêm tentando caracterizar a ansiedade, juntamente com a maioria das outras emoções humanas, como um fenômeno puramente fisiológico ou puramente psicológico. Embora os debates prossigam entre os puristas e ecléticos, os defensores da visão dicotômica são confrontados com um volume de evidências cada vez maior, que torna suas posições cada vez mais insustentáveis. Os resultados comparáveis das pesquisas psicológicas e biológicas sugerem que uma hipótese válida com relação à ansiedade tem que considerar ambas as áreas (KAPLAN & SADOCK, 1999).

A observação clínica levou a considerar uma possível base genética para a ansiedade, visto que a maioria dos transtornos de ansiedade ocorre em famílias.

No entanto, a literatura carece de estudos conclusivos sobre marcadores genéticos para a ansiedade (KAPLAN & SADOCK, 1999).

Pelo menos três sistemas de neurotransmissores estão implicados na base biológica da ansiedade: o complexo receptor de benzodiazepínico-GABA, o sistema locus ceruleus-noradrenalina e a serotonina. Estes sistemas de neurotransmissores podem ser os mediadores da ansiedade “normal” e também da ansiedade patológica (JUDD & MARSTON, 1998).

A ansiedade tem o propósito de nos proteger dos perigos que ameaçam a nossa existência ou os nossos valores, portanto, ela é útil para a sobrevivência e desenvolvimento, desde que mantida em níveis suportáveis, quando atua como um estímulo à consciência, à vigilância e à ação (SPIELBERGER, 1981).

Desta forma, a ansiedade pode ser considerada um estado psicobiológico freqüentemente associado a um aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Esta é caracterizada por sensações ou sentimentos físicos e psíquicos de tensão, com expectativa ou medo que não são necessariamente associadas a qualquer situação de perigo. A ansiedade pode acontecer em indivíduos de qualquer idade e de qualquer gênero. Seu curso pode ser agudo ou crônico, tendo então componentes psicológicos e somáticos. De uma forma geral, a ansiedade humana não tem sido muito bem entendida e sendo investigada na maioria das vezes, a partir de evidências empíricas (ALBURQUERQUE & CAMPOS, 1993).

2.3 Ansiedade-estado e Ansiedade-traço.

A conceituação de ansiedade-estado (A-estado) e a ansiedade-traço (A-traço) foi baseada na concepção de ansiedade proposta por SPIELBERGER, em 1966.

O estado de ansiedade é conceptualizado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Este estado pode variar no tempo e em intensidade.

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade.

Os conceitos de estado e traço de ansiedade podem ser considerados como análogos em certos aspectos à energia cinética e potencial em física. O estado de ansiedade, como a energia cinética, refere-se a um processo ou reação empírica tendo lugar num momento particular no tempo e a um nível dado de intensidade. O traço de ansiedade, como a energia potencial, indica diferenças na força de uma disposição latente para manifestar um certo tipo de reação. Enquanto a energia potencial denota diferenças entre objetos físicos na quantidade de energia cinética que pode ser libertada se excitada por uma força apropriada, o traço de ansiedade implica em diferenças entre pessoas na

disposição para reagir a situações de tensão com quantidades variáveis de A-estado.

Em geral, seria de se esperar que aqueles que têm alto A-traço demonstrariam elevações de A-estado mais frequentemente do que os indivíduos de baixo A-traço, porque tendem a reagir a uma larga faixa de situações como perigosas ou ameaçadoras. Pessoas de alto A-traço também são mais propensas a responder com aumentos de intensidade do A-estado em situações que envolvem relações interpessoais que apresentam alguma ameaça à auto-estima. Mas, se pessoas que diferem em A-traço mostrarão ou não diferenças correspondentes em A-estado, depende do grau em que a situação específica é percebida por um indivíduo em particular como perigosa ou ameaçadora, e isso é grandemente influenciado por experiências passadas do indivíduo.

2.3.1 Inventário de ansiedade Traço-Estado -IDATE

O inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE – é composto de duas escalas distintas de auto-relatório ou auto-avaliação– Escala de Ansiedade-Estado (ANEXO 2) e Escala de Ansiedade-traço (ANEXO 3), desenvolvido por SPIELBERGER em 1966, que visa avaliar dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade e traço de ansiedade. Este instrumento foi traduzido e adaptado à realidade brasileira por BIAGGIO *et al.* (1977).

De acordo com BIAGGIO *et al.* (1977), “a forma experimental em português do IDATE pode ser utilizada como instrumento para medir ansiedade

em sujeitos brasileiros, havendo bastante evidência sobre a sua validade e fidedignidade, bem como sobre normas para nossa população”.

Cada uma das escalas do IDATE é composta por 20 afirmações que requerem que o indivíduo se situe num grau determinado de intensidade dentre quatro alternativas, com uma amplitude de escores variando de um mínimo de 20 a um máximo de 80, em cada uma das escalas.

A escala de ansiedade-estado (Anexo 2) requer que o sujeito responda como se sente em um determinado período de momento, assinalando uma das alternativas: absolutamente não; 2-um pouco; 3-bastante e 4-muitíssimo. A escala de ansiedade-traço (Anexo 3) requer que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem, assinalando uma das alternativas: 1-quase nunca; 2-às vezes; 3-bastante e 4-quase sempre.

Tanto a escala de ansiedade-traço como a de ansiedade-estado, possuem itens indicando um sentido contrário à ansiedade, portanto estes itens são invertidos para que seja efetuada a contagem dos escores da ansiedade, ou seja são recodificados de modo que 1=4, 2=3, 3=2 e 4=1.

2.3.2 Aplicabilidade do IDATE

O IDATE tem despertado o interesse de pesquisadores de vários países, estando traduzido para mais de 20 línguas, entre as quais francês, espanhol, grego, hindi e muitas outras. Vem sendo utilizada em pesquisas interculturais por seu caráter aparente “não-cultural” e pela simplicidade de aplicação e avaliação,

aliados à alta evidência sobre a validade e fidedignidade do teste (BIAGGIO *et al.*, 1977).

Avaliando pacientes hipertensos, STELA (1991) aplicou o IDATE, constatando que os níveis de ansiedade-traço e ansiedade-estado destes é significativamente elevado, em comparação com os escores da população em geral.

Com o objetivo de investigar a associação entre ansiedade e a ocorrência de infecção cirúrgica, ANDRADE *et al.* (1994) constataram que esta associação é significativa.

SEABRA (1987), verificou se a resposta de ansiedade, é sensível a um ansiolítico padrão (diazepam), e constatou que o aumento da ansiedade-estado em sujeitos com alto grau de ansiedade-traço pode ser prevenida.

O papel da ansiedade na gravidez e sua repercussão na circulação fetal, foi estudado por SJÖSTRÖM *et al.*, em 1997. Estes autores constataram que os níveis elevados de ansiedade-traço em mulheres grávidas no último trimestre de gravidez influenciaram a circulação sangüínea cerebral fetal.

ADDOLORATO *et al.* (1999) avaliaram os níveis de ansiedade-traço e ansiedade-estado em pacientes do gênero feminino acometidas por rinite alérgica e rinite vasomotora e comparou-os com os de mulheres normais. Verificaram que os níveis de ansiedade, tanto na forma traço e estado, eram significativamente maiores naquelas acometidas por rinite.

Com o intuito de determinar a influência da ansiedade na sobrevida e no desenvolvimento de complicações relacionadas ao transplante de medula óssea (TMO), GREGUREK *et al.* (1996) utilizaram o IDATE. Observaram que o níveis de

A-traço e A-estado, medidos no começo do tratamento, antes do TMO, foi significativamente maior em pacientes que subseqüentemente desenvolveram GVHD (graft versus host disease - Reação Enxerto versus Hospedeiro) aguda níveis II-IV, quando comparados com aqueles que desenvolveram níveis 0-I, indicando claramente que a ansiedade pode estar associada ao desenvolvimento de GVHD aguda.

Este inventário é um dos mais utilizados na medida de ansiedade, aparecendo em mais de 3000 estudos (SPIELBERGER, 1989). A sua aplicação tem se estendido a diversas áreas das ciências humanas e biológicas, propondo-se a verificar o nível de ansiedade em situações das mais diversas:

Considerando-se então, que fatores emocionais possam atuar como agentes desencadeantes ou de piora na língua geográfica, o estudo da ansiedade poderia esclarecer sua relação com a manifestação clínica desta condição.

3- OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi identificar os níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço em pacientes portadores de língua geográfica e correlacionar os escores obtidos com um grupo controle não portador desta condição.

MATERIAL E MÉTODOS

4.1 – Casuística

Neste trabalho foram observados 78 pacientes portadores de língua geográfica, escolhidos aleatoriamente, independente da raça, gênero e idade. Quarenta e sete pacientes eram do gênero feminino e 31 do gênero masculino, com idades variando entre 12 e 83 anos, com média de 30,57 anos. Em relação à raça, 70 eram brancos, 4 eram negros e 4 eram amarelos. Como critério para inclusão em nosso estudo, estes pacientes não poderiam apresentar psoríase e nenhuma das outras doenças, condições ou síndromes associadas à língua geográfica e psoríase, podendo apresentar simultaneidade ou não com língua fissurada.

O grupo controle consistiu de 48 pacientes, escolhidos aleatoriamente independente da raça, gênero e idade. Este grupo se dividia em 26 pacientes do gênero masculino e 22 do gênero feminino. Os pacientes apresentavam idades variando entre 11 e 70 anos, com média de 30 anos. Em relação à raça, 41 eram brancos, 4 eram negros e 3 eram amarelos. Estes pacientes não apresentavam psoríase, língua geográfica ou língua fissurada, assim como nenhuma das outras doenças, condições ou síndromes que poderiam estar associadas com a psoríase, língua geográfica e língua fissurada.

A prevalência das doenças dermatológicas diagnosticadas nos pacientes dos grupos de estudo e controle está demonstrada nos Quadros 2 e 3 e das doenças bucais associadas nos Quadros 4 e 5.

QUADRO 2

Distribuição dos tipos de doenças dermatológicas nos pacientes do grupo portador de língua geográfica.

TIPO DE AFECÇÃO	N	%
Acne vulgar	10	13
Queratose seborréica	6	8
Dermatite seborréica	6	8
Dermatofitose	6	8
Pitíriase alba	5	6
Verruga vulgar	5	6
Dermatite de contato	4	5
Acrocórdon	3	4
Melasma	3	4
Molusco contagioso	2	3
Nevo celular	2	3
Alopecia androgênica	2	3
Pitíriase versicolor	2	3
Urticária crônica	2	3
Nevo melanocítico	1	1
Foliculite de barba	1	1
Furunculose	1	1
Eflúvio telógeno	1	1
Eczema numular	1	1
Dermatofibroma	1	1
Candidose interdigital	1	1
Queratose actínica	1	1
Disidrose	1	1
Fitofotodermatose	1	1
Impetigo	1	1
Erupção a drogas	1	1
Melanoma	1	1
Melanose actínica	1	1
Não possuíam afecções	6	8
TOTAL	78	100

QUADRO 3

Distribuição dos tipos de doenças dermatológicas nos pacientes do grupo controle.

TIPO DE AFECCÃO	N	%
Acne vulgar	8	17
Dermatofitose	7	15
Queratose seborréica	4	8
Verruga vulgar	3	6
Pitíriase versicolor	3	6
Eczema numular	2	4
Erupção a drogas	2	4
Foliculite	2	4
Dermatite de contato	1	2
Alopecia areata	1	2
Dermatite seborréica	1	2
Eflúvio telógeno	1	2
Erisipela	1	2
Eritema multiforme	1	2
Estrófulo	1	2
Fitofotodermatose	1	2
Unha encravada	1	2
Urticária aguda	1	2
Verruga periungueal	1	2
Melasma	1	2
Molusco contagioso	1	2
Nevo melanocítico	1	2
Nevo rubi	1	2
Pitíriase alba	1	2
Queratose actínica	1	2
TOTAL	48	100

QUADRO 4

Distribuição dos tipos de alterações bucais concomitantes nos pacientes do grupo portador de língua geográfica.

Tipo de alterações	N	%
Língua fissurada	50	65
Mucosite tipo I por prótese	5	6
Queilite angular	1	1
Queilite actínica	1	1
Estomatite geográfica	1	1
Apenas Língua geográfica	20	26

QUADRO 5

Distribuição dos tipos de alterações bucais concomitantes nos pacientes do grupo controle.

Tipo de alterações	N	%
Língua saburrosa	9	19
Mucosite tipo I por prótese	4	8
Queilite angular	1	2
Torus palatino	1	2
Hiperplasia gengival	1	2
Nenhuma alteração	32	67

4.2 MÉTODOS

4.2.1 Exame dermatológico

O exame tegumentar realizado foi padronizado, seguindo-se os critérios de SAMPAIO & RIVITT (2000).

A anamnese, numa segunda fase, foi orientada pelo exame objetivo. Assim, após a anotação da queixa e duração da doença, foi feito o exame objetivo das lesões, analisando-se a morfologia, a localização e a distribuição destas, para facilitar a orientação da anamnese.

O exame objetivo abrangeu todo o tegumento, incluindo-se os cabelos, unhas e mucosas.

Este exame geral foi realizado como o de rotina. O paciente foi examinado em uma sala bem iluminada com luz solar ou proveniente de uma lâmpada fluorescente. Quando necessário, utilizou-se lupa para observação de pormenores. Durante a inspeção, a luz incidiu, sempre que possível, por trás do examinador. Anotou-se o tipo de lesão elementar, bem como a sua localização precisa.

A anamnese possibilitou a obtenção de informações sobre a localização inicial, característica original, modo de extensão, evolução, presença de prurido e ardor, ocorrência de lesão bucal, estresse e tratamentos pregressos.

Os resultados deste exame foram anotados em ficha elaborada para este fim, cujo modelo se encontra nos anexos desta Dissertação.

4.2.2 - Exame bucal

Na realização do exame bucal, seguiu-se a padronização realizada por GONZAGA *et al.* (1997). Para tanto, utilizamos duas espátulas de madeira, descartáveis, e segurando-as com as duas mãos, faziam-se movimentos sucessivos, para melhor expor as várias estruturas da cavidade bucal. Iniciamos o exame pela parte cutânea dos lábios e em seguida, realizamos o exame intrabucal propriamente dito, sempre no sentido anti-horário. Primeiramente examinamos a parte mucosa dos lábios, seguindo-se então, ao exame de toda cavidade bucal. Iniciamos pelo fundo de sulco, formado pela mucosa labial e jugal com a mucosa alveolar do lado esquerdo inferior, seguimos a partir do lado esquerdo superior em direção à linha média até o lado direito. Na seqüência, examinamos a mucosa jugal direita e o fundo de sulco direito inferior, até a linha média inferior. Incluía-se nesta fase, o exame de toda a gengiva inserida e livre. Seguia-se o exame do palato duro e mole, pilares amigdalianos, amígdalas, úvula e dorso de língua. Pedia-se para o paciente fletir a língua do lado esquerdo e direito para examinar as bordas laterais e da mesma forma, para o exame do ventre da língua. Com a língua fletida, examinava-se também o soalho bucal.

Este exame constou da observação das estruturas peribucais, abertura bucal e inspeção dos lábios, bochechas, gengivas, palato duro, palato mole, úvula e região amigdaliana, além da língua (dorso, ventre, terço posterior e porções laterais) e soalho bucal. As estruturas dentárias foram examinadas, especialmente quanto ao seu grau de preservação e higiene.

As lesões fundamentais dos tecidos moles bucais foram classificadas, segundo GRINSPAN (1970), em máculas, pápulas, tubérculos, infiltrações, placas, atrofia, retrações, áreas cicatriciais, erosões, ulcerações, despapilamento, bolhas, vesículas e fissuras.

Os resultados deste exame foram anotados em ficha elaborada para este fim, cujo modelo se encontra nos anexos desta Dissertação.

4.2.3 – Critérios diagnósticos

Para o diagnóstico de língua geográfica, baseou-se na descrição clínica de BANOCZY *et al.* (1975), onde a aparência clínica da língua geográfica é caracterizada por placas eritematosas nas margens e dorso da língua, onde a papila filiforme está ausente, mas a fungiforme está preservada. Em alguns casos as lesões podem se estender até o ventre lingual. Usualmente, as áreas eritematosas estão circundadas por uma elevação branca ou amarelada, em forma de colar, consistindo de papila filiforme. As placas variam em forma, estendendo-se muito rapidamente, podendo mostrar regressão completa, temporariamente. Elas, usualmente, reaparecem após período curto, livre de sintomas. Em nenhum dos casos, o exame histopatológico foi necessário para confirmação do diagnóstico clínico.

Para o diagnóstico de língua fissurada foi utilizada a descrição clínica de NEVILLE (1998), onde uma considerável variação pode ser verificada nas dimensões, número e profundidade dos sulcos. Geralmente, há múltiplas fendas ou sulcos na superfície da língua, variando de 2 a 6 mm de profundidade. Em

alguns casos, numerosas fissuras cobrem inteiramente a superfície dorsal e dividem as papilas linguais em múltiplas “ilhas” separadas. Alguns pacientes apresentam fissuras localizadas, principalmente, nas áreas dorsolaterais da língua. Outros apresentam uma fissura central grande, com pequenas fissuras laterais perpendiculares. Não houve necessidade de confirmação histopatológica para conclusão do diagnóstico.

4.2.4 Aplicação do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

O inventário de Ansiedade traço-estado (IDATE) é composto por duas escalas de auto-relatório, elaborada para medir dois conceitos distintos de ansiedade: estado de ansiedade (A – estado) e traço de ansiedade (A - traço). Cada escala é constituída por 20 itens, contento, cada um quatro alternativas para resposta. A escala de ansiedade-traço (Anexo A) requer que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem, assinalando uma das alternativas 1-quase nunca; 2- às vezes; 3-bastante; 4-quase sempre; a escala ansiedade-estado (Anexo B) requer que o sujeito responda como se sente num determinado momento, assinalando uma das alternativas 1-absolutamente não; 2-um pouco; 3-bastante e 4-muitíssimo. Tanto a escala de ansiedade-traço como a de ansiedade-estado possuem itens indicando um sentido contrário à ansiedade, portanto estes itens são invertidos para que seja efetuada a contagem dos escores da ansiedade, ou seja, são recodificados de modo que 1=4, 2=3, 3=2 e 4=1.

O teste foi aplicado aos pacientes individualmente e em ambiente ambulatorial, seguindo o protocolo preconizado por SPIELBERGER *et al.* (1966). Desta forma, não houve limite de tempo para o completar cada uma das escalas, e apesar de muitos dos itens do IDATE terem validade aparentemente como medidas de “ansiedade”, o examinador não utilizou este termo ao administrar o inventário. De preferência, ele se referiu consistentemente ao inventário e suas sub-escalas como o QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO, que é o título impresso no formulário do teste.

A validade do IDATE baseia-se na certeza de que o examinando tenha um claro entendimento das instruções de “estado” que requerem dele relatar como ele se sente nesse momento, e das instruções de “traço” que lhe pedem para indicar como ele geralmente se sente. A atenção do examinando foi dirigida para o fato de que as instruções são diferentes para as duas partes do inventário, e ele foi informado de que ambos os conjuntos de instruções têm de ser lidos cuidadosamente. Foi de grande ajuda fazer o examinando ler as instruções silenciosamente enquanto o examinador as lia em voz alta, e dando ao examinando oportunidade de fazer perguntas.

Se perguntas específicas surgiram numa sessão de teste, o examinador respondeu de forma impessoal. Respostas tais como: “Responda simplesmente como você geralmente se sente nesse momento” ou “Responda do modo como você está se sentindo exatamente agora”, foram suficientes. A maioria dos indivíduos respondeu a todos os itens do IDATE sem precisar ser lembrada disso, mas os examinandos foram informados de que não deveriam omitir item caso a

pergunta surgisse. Os indivíduos foram explicitamente instruídos para responderem todos os itens.

Na padronização do IDATE, a escala de A-estado foi aplicada primeiro, seguida pela de A-traço, sendo essa ordem a recomendada quando as duas escalas são dadas juntas. Uma vez que a escala de A-estado foi projetada para ser sensível as condições sob as quais o teste é administrado, os escores nessa escala podem ser influenciados pelo clima emocional que pode ser criado se a escala de A-traço for dada primeiro. Em contraste, tem sido demonstrado que as escalas de A-traço não são relativamente afetadas pelas condições sob as quais são dadas (SPIELBERGER, 1966).

Se um indivíduo omitiu um ou dois itens na escala de A-estado ou na de A-traço, sua avaliação proporcional pode ser obtida do seguinte modo:

- 1- determinando o valor médio dos itens respondidos;
- 2- multiplicando esse valor por 20;
- 3- e arredondando para o número mais alto seguinte.

Se três (3) ou mais são omitidos, entretanto, a validade da escala deve ser questionada. Em nosso estudo, este indivíduo foi excluído da amostra.

4.2.5 Análise estatística

Os dados foram digitados em planilha eletrônica (EXCEL 9.0/2000, Microsoft, EUA). Obtivemos a média dos scores e o desvio-padrão de ansiedade-traço e da ansiedade-estado para cada grupo analisado.

De acordo com o tipo de cada variável, objetivo do estudo de cada delas, os resultados foram analisados por meio do teste Mann-Whitney ou método coeficiente de correlação de Spearman, calculados pelo programa acima citado ou pelo BIOEST 2.0.

O nível de significância estatística utilizado para as comparações foi $p < 0.05$

5 RESULTADOS

5.1 Características gerais dos grupos avaliados

Na TABELA 1 se encontram os dados relativos à distribuição dos pacientes nos dois grupos, quanto ao gênero, idade e raça.

TABELA 1

Distribuição dos pacientes nos grupos portador de língua geográfica e controle de acordo com o gênero, idade e raça.

Características	Controle (n = 48)	Língua geográfica (n= 78)
Gênero (M/F)	26/22	31/47
Idade (média +/- desvio padrão)	30,33 +- 14,94	30,57+- 14,85
Raça (B/N/A)	41/4/3	70/4/4

M = masculino; F= feminino; B = branca; N = negra; A= amarela

Na TABELA 2 se encontram demonstradas as médias e desvios padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos grupos portador de língua geográfica e controle. Escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço

moderados foram observados nos dois grupos, sem diferença estatisticamente significativa.

Tanto no grupo controle quanto no grupo portador de língua geográfica, houve discreta correlação dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço com o aumento da idade, porém sem significância estatística. Em ambos os grupos, a média dos escores obtidos, tanto para ansiedade-estado como ansiedade-traço, foram maiores nos indivíduos do gênero feminino do que gênero masculino.

Quando comparamos os escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço do grupo controle com o grupo portador de língua geográfica, não encontramos diferença estatisticamente significativa.

TABELA 2

Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos grupos portador de língua geográfica e controle.

Gênero	Ansiedade-estado		Ansiedade-traço		P
	Língua geográfica	Grupo controle	Língua geográfica	Grupo controle	
Todos	39,07 +/- 8,51	40,18 +/- 9,52	42,11 +/- 9,00	41,20 +/- 9,65	0,47
Masculino	36,67 +/- 7,11	38,53 +/- 8,77	39,12 +/- 8,60	38,03 +/- 8,48	0,64
Feminino	40,65 +/- 9,05	42,13 +/- 10,19	44,08 +/- 8,80	44,95 +/- 9,78	0,33

P = significância, teste de Mann-Whitney

5.2 Características próprias do grupo portador de língua geográfica

Dos 78 pacientes avaliados, 50 (64%) apresentavam língua fissurada associada à língua geográfica. Um destes indivíduos apresentava estomatite geográfica simultaneamente. Vinte e oito pacientes (36%) eram portadores exclusivos de língua geográfica.

Na TABELA 3, demonstra-se a distribuição dos pacientes portadores da associação língua geográfica e língua fissurada e de língua geográfica exclusiva, quanto ao gênero, idade e raça. Observa-se um predomínio do gênero feminino e da raça branca.

TABELA 3

Distribuição dos pacientes portadores da associação língua geográfica e língua fissurada e língua geográfica exclusiva.

Características	LG e LF (n = 50)	Somente LG (n= 28)
Gênero (M/F)	22/28	09/19
Idade (média +/- desvio padrão)	33,58 +- 15,84	27+- 12,03
Raça (B/N/A)	44/3/3	26/1/1

LG = língua geográfica; LF = língua fissurada; M = masculino; F= feminino; B = branca; N = negra; A= amarela

Nas TABELAS 4 a 6, encontram-se demonstrados os escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos grupos portador da associação língua

geográfica e língua fissurada, portador de língua geográfica exclusiva comparadas com o grupo controle, bem como a comparação entre os grupos portadores da associação língua geográfica e língua fissurada e língua geográfica exclusiva.

Em todos os grupos, a média dos escores obtidos, tanto para ansiedade-estado e ansiedade-traço, foi maior nos indivíduos do gênero feminino quando comparado a do gênero masculino. O grupo controle possui médias dos escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço maiores do que as do grupo portador exclusivo de língua geográfica. No entanto, não houve diferença estatística significativa entre os escores destes grupos.

O grupo portador da associação língua geográfica e fissurada possui médias de ansiedade-estado inferiores às do grupo controle e médias de ansiedade-traço superiores, porém estatisticamente não significativos.

Observamos que as médias de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador da associação língua geográfica e língua fissurada foram superiores àquelas obtidas no grupo portador exclusivo de língua geográfica, no entanto, não apresentava diferença estatisticamente significativa.

TABELA 4

Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador da associação língua geográfica e língua fissurada e grupo controle.

Gênero	Ansiedade-estado		Ansiedade-traço		P	Grupo controle
	Associação LG /LF		Associação LG /LF			
Todos	39,26 +/- 7,48	0,63	40,18 +/- 9,52	43,22 +/- 9,36	0,20	41,20 +/- 9,65
Masculino	37 +/- 7,32	0,72	38,53 +/- 8,77	40,68 +/- 9,32	0,25	38,03 +/- 8,48
Feminino	41,03 +/- 7,23	0,48	42,13 +/- 10,19	45,21 +/- 9,07	0,92	44,95 +/- 9,78

P = significância, teste de Mann- Whitney

TABELA 5

Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador exclusivamente de língua geográfica e controle.

Gênero	Ansiedade-estado		Ansiedade-traço		P	Grupo controle
	Somente LG		Somente LG			
Todos	38,75 +/- 10,24	0,42	40,18 +/- 9,52	40,14 +/- 8,10	0,88	41,20 +/- 9,65
Masculino	35,88 +/- 6,90	0,65	38,53 +/- 8,77	35,33 +/- 5,17	0,48	38,03 +/- 8,48
Feminino	40,10 +/- 11,41	0,30	42,13 +/- 10,19	42,42 +/- 8,34	0,45	44,95 +/- 9,78

P = significância, teste de Mann- Whitney

TABELA 6

Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço, no grupo portador da associação língua geográfica e fissurada e no grupo portador exclusivo de língua geográfica.

Gênero	Ansiedade-estado		Ansiedade-traço		Ansiedade-traço	
	Somente LG	P	Associação LG/LF	Somente LG	P	Associação LG/LF
Todos	38,75 +/- 10,24	0,42	39,26 +/- 7,48	40,14 +/- 8,10	0,18	43,22 +/- 9,36
Masculino	35,88 +/- 6,90	0,74	37 +/- 7,32	35,33 +/- 5,17	0,16	40,68 +/- 9,32
Feminino	40,10 +/- 11,41	0,36	41,03 +/- 7,23	42,42 +/- 8,34	0,35	45,21 +/- 9,07

P = significância, teste de Mann-Whitney

Nas TABELAS 7 e 8, encontram-se os dados relativos à sintomatologia e escores de ansiedade-estado e traço no grupo de estudo portador de língua geográfica.

Quanto à presença de sintomatologia, em 56 pacientes (75%), a condição era assintomática. Dezenove pacientes (25%) relataram ardor ou queimação, desencadeados pela ingestão de alimentos condimentados, quentes ou cítricos.

As médias dos escores de ansiedade-estado nos pacientes sintomáticos foram menores que nos assintomáticos. Quanto à ansiedade-traço, as médias dos pacientes sintomáticos foram maiores que nos assintomáticos. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores obtidos nestes grupos.

TABELA 7

Distribuição dos pacientes (n = 78) do grupo portador de língua geográfica quanto à sintomatologia.

Sintomatologia	Sintomáticos (n = 19)	Assintomáticos (n= 56)
Gênero (M/F)	05/14	23/33
Idade (média +/- desvio padrão)	39,21 +- 15,85	28,64+- 13,68

M = masculino; F = feminino

TABELA 8

Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador de língua geográfica que relataram presença de sintomatologia e nos assintomáticos.

Sintomatologia	Ansiedade-estado		Ansiedade-traço		P
	Sintomáticos	Assintomáticos	Sintomáticos	Assintomáticos	
Todos	37,84 +/- 8,03	39,71 +/- 8,83	42,94 +/- 9,86	42,01 +/- 8,78	0,41
Masculino	35,80 +/- 6,01	37,08 +/- 7,72	42,80 +/- 6,54	39,34 +/- 9,14	0,54
Feminino	38,57 +/- 8,72	41,54 +/- 9,17	44,57 +/- 10,52	43,87 +/- 8,14	0,39

P = significância, teste de Mann-Whitney

Nas TABELAS 9 e 10, encontram-se os dados relativos a consciência da presença da lesão bucal e escores obtidos de ansiedade-estado e traço no grupo portador de língua geográfica.

Quanto à consciência da presença da condição bucal, 53 pacientes (68%) não sabiam que apresentavam lesão bucal. Vinte e cinco (25) pacientes (32%) relataram ter consciência da presença da lesão bucal.

Observamos que as médias de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador de língua geográfica não conscientes da presença da lesão foram superiores às obtidas no grupo consciente, no entanto, sem diferença estatisticamente significativa.

TABELA 9

Distribuição dos pacientes (n = 78) do grupo portador de língua geográfica quanto à consciência da presença da lesão bucal.

Consciência	Conscientes (n = 25)	Não sabiam (n= 53)
Gênero (M/F)	06/19	25/28
Idade (média +/- desvio padrão)	28,32 +- 15,14	32,58+- 14,66

M = masculino; F = feminino

TABELA 10

Médias e desvios-padrões dos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço no grupo portador de língua geográfica que relataram consciência da presença da lesão ou não.

Consciência	Ansiedade-estado		Ansiedade-traço		Ansiedade-traço	
	Conscientes	P	Não sabiam	Conscientes	P	Não sabiam
Todos	37,16 +/- 8,38	0,17	40,16 +/- 8,29	41,60 +/- 9,24	0,68	42,35 +/- 8,97
Masculino	32,33 +/- 5,08	0,06	38,12 +/- 6,79	35,66 +/- 7,52	0,25	39,96 +/- 8,77
Feminino	38,68 +/- 11,41	0,34	42 +/- 9,16	43,47 +/- 9,09	0,56	44,50 +/- 8,74

P = significância, teste de Mann-Whitney

6 - DISCUSSÃO

Clínicos do passado sustentavam que a língua poderia espelhar não só condições do aparelho digestório, mas também do organismo em geral. É de se considerar que houve exagero no valor imputado aos sinais e sintomas presentes na língua; entretanto, em nossos dias, com o desenvolvimento de novos métodos de pesquisa clínica e laboratorial, especialmente com relação à língua geográfica, é pequena a atenção dispensada a mesma, sendo facilmente comprovado pela precariedade de trabalhos de pesquisa e publicações a respeito desta condição. Os estudos se referem principalmente à prevalência da doença (CAMARGO, 1976).

Apesar de ter sido considerada como uma anomalia de desenvolvimento, aspectos como associação epidemiológica, lesões fundamentais e aspectos microscópicos semelhantes, favorecem a idéia de que a língua geográfica seja a forma verdadeira de psoríase bucal (GONZAGA, 1991; GONZAGA *et al.*, 1996; FEMIANO, 2001). Esta associação foi reforçada com a determinação de um marcador genético comum, o antígeno HLA-Cw6 (GONZAGA *et al.*, 1996). No entanto, a expressão clínica diferente levou a questionamentos sobre diferenças genéticas e o papel dos fatores ambientais.

O cálculo da herdabilidade que determina quanto da porcentagem fenotípica das doenças é devido ao genótipo ou ao ambiente foi de 38,8% na psoríase e 36,6% na língua geográfica (JORGE, 2000). Este estudo demonstrou a importância dos fatores ambientais na expressão destas doenças.

CHAVES (2002), a partir deste trabalho realizado por JORGE (2000), estudou os fatores ambientais. O estresse emocional estava fortemente associado à psoríase e à língua geográfica. Esta avaliação foi realizada a partir de vivências traumáticas dos pacientes. No entanto, testes específicos não foram aplicados.

Testes emocionais podem ser realizados para quantificação da ansiedade, depressão e angústia. Não encontrando nenhum estudo sobre a identificação da ansiedade em portadores de língua geográfica, idealizamos este trabalho.

Com a proposição de determinar a existência ou não de uma correlação positiva entre a ansiedade e a língua geográfica, estabeleceu-se no trabalho, além do grupo portador de língua geográfica, um grupo controle constituído de pacientes portadores de doenças cutâneas, mas sem língua geográfica, sem saber previamente como seriam os escores de ansiedade. O estudo da ansiedade em portadores de língua geográfica implicava na observação deste fator em portadores de outras doenças. Era necessário saber se a ansiedade tinha escores elevados no grupo com língua geográfica, ou se estes escores poderiam estar elevados em qualquer doença, quando comparado à população geral. Isto justificou o estabelecimento de um grupo controle portador de outras doenças não relacionadas com língua geográfica, língua fissurada e psoríase. Procuramos excluir quaisquer outros tipos de doenças dermatológicas, etiologicamente relacionadas com alterações emocionais, tais como líquen plano, vitiligo, lupus eritematoso, para que os resultados do IDATE não fossem alterados em seus níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço.

Os dados dos gêneros feminino e masculino foram considerados, a partir da referência na literatura, mostrando que a ansiedade é influenciada pelos mesmos.

Analisando-se os resultados do trabalho, verifica-se com relação ao gênero, diferenças entre as médias dos escores obtidos para cada teste, sendo maior no gênero feminino nos grupos de estudo e controle (TABELA 2). BIAGGIO *et al.* (1977) também observaram que os níveis de ansiedade medidos pelo IDATE tendem a ser ligeiramente maiores em indivíduos do gênero feminino do que naqueles do gênero masculino.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os escores do grupo total de portadores de língua geográfica e do grupo controle, quanto aos níveis de ansiedade-estado e ansiedade-traço (TABELA 2), no entanto, ambos os grupos apresentavam escores de ansiedade moderados. O mesmo foi observado quando comparado o grupo portador exclusivamente de língua geográfica e o grupo controle (TABELA 5) e o grupo portador da associação língua geográfica e língua fissurada e controle (TABELA 4). Não podemos desconsiderar a possibilidade de que um evento ou uma situação “estressante”, comumente relatada pelos pacientes, possa ter primariamente precipitado tal condição.

Uma doença é considerada multifatorial quando o fenótipo resulta da interação de múltiplos genes (poligenes), localizados em diferentes *loci*, com meio ambiente (ELDER *et al.*, 2001). Sendo a língua geográfica uma doença multifatorial, a mesma necessita de um componente genético para se expressar. Tanto a psoríase, como a língua geográfica, têm sido classificadas como doenças poligênicas. Com relação a psoríase, foi determinado envolvimento de *loci* gênicos presentes nos cromossomos 6p, 17q, 4q, 2p, 8q e 20p (TREMBATH *et al.*, 1997; BURDEN *et al.*, 1998). Na língua geográfica, trabalhos de investigação foram

realizados apenas no *locus* 6p (GONZAGA *et al.*, 1996). As influências ambientais que poderiam suscetibilizar a língua geográfica ainda são pouco conhecidas e passíveis de especulação. A participação da ansiedade não é predominante, mas poderia ser um dos fatores desencadeantes. O grupo controle também apresentava escores moderados, mas provavelmente, não apresentava predisposição genética. Entre os fatores ambientais envolvidos na etiopatogenia da condição, a ansiedade pode não ser predominante.

REDMAN *et al.* (1966) encontraram uma prevalência maior de língua geográfica em pacientes psiquiátricos quando comparados a estudantes universitários, no entanto, não mencionou se os indivíduos faziam uso de medicamentos. Foi constatado que o lítio, uma droga utilizada na manutenção dos distúrbios unipolar e bipolar, parece predispor o aparecimento desta condição (PATKI, 1992). Em nosso estudo o uso de medicamentos foi adotado como critério de exclusão da amostra, visto que particularmente, o uso de ansiolíticos poderia influenciar nossos resultados.

A severidade das lesões tem sido relacionada com pronunciado estresse emocional (REDMAN *et al.*, 1966). Não correlacionamos tal variável com os escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço, por não existir critérios objetivos válidos para categorizar a severidade desta condição. Consideramos também que entre um escore alto de ansiedade-estado apresentado e sua possível expressão na forma de lesões de língua geográfica deveria existir certo período de tempo, ainda indeterminado. Por fim, fatores hormonais, especialmente em indivíduos do gênero feminino, poderiam influenciar a cinética das lesões (WALTIMO, 1991).

Assim se tal relação, de fato existir, se mostra difícil determinar de forma experimental.

A condição bucal mais freqüentemente associada à língua geográfica é a língua fissurada. Dos indivíduos analisados com língua geográfica, 64% apresentavam também língua fissurada. Tal relação tem sido comumente relatada na literatura (EIDELMAN *et al.*, 1976). A associação da língua fissurada, língua geográfica e psoríase foi relatada (HIETANEN *et al.*, 1984; GONZAGA *et al.*, 1996; JORGE, 2000). ULMANSKY *et al.* (1995) consideram a língua geográfica como sendo uma expressão transitória e a língua fissurada, uma expressão mais tardia e permanente da psoríase bucal. Embora as médias dos escores de ansiedade-traço tenham sido maiores que as do grupo controle, observou-se que escores obtidos no grupo da associação língua geográfica e língua fissurada, não houve diferença estatisticamente significativa, com relação ao grupo controle, tanto na ansiedade-estado quanto na ansiedade-traço (TABELA 4).

Quando este grupo foi comparado ao grupo portador exclusivo de língua geográfica, embora as médias dos escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço tenham sido maiores, não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores obtidos nos dois grupos (TABELA 5).

A responsabilidade da “transformação” da língua geográfica em língua fissurada tem sido atribuída a fatores genéticos e ambientais (KULLA-MIKKONEN, 1988). No entanto, as observações do nosso trabalho nos levam a concordar com as proposições de CHOSACK *et al.* (1974). Estes autores sugeriram que a língua fissurada se desenvolve mais como seqüela do que simultaneamente ao desenvolvimento da língua geográfica.

O papel emocional poderia ser importante na explicação da presença de sintomatologia. No entanto, tal relação não pode ser comprovada em nosso estudo, visto que não houve diferença entre os escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço obtidos nos indivíduos que relatavam ocasional presença de sintomatologia e aqueles que eram completamente assintomáticos (TABELA 8).

As lesões de língua geográfica, não sendo notadas, não seriam lembradas, e a sintomatologia não estaria presente. O próprio paciente não visualizando a lesão, não teria estímulos emocionais para apresentar os sintomas. Quanto à consciência da presença da lesão, não houve diferença entre os escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço obtidos nos indivíduos que eram conscientes da presença da lesão e aqueles que não sabiam (TABELAS 9 e 10).

É comum o paciente fortuitamente descobrir a presença das lesões, gerando assim ansiedade, até que seja esclarecido do caráter benigno desta condição.

Sendo a psoríase e a língua geográfica a mesma doença, fatores genéticos e ou não genéticos podem fazer a diferença na expressão da doença. Os resultados do trabalho indicam que o fator emocional pode ser determinante na diferença, considerando o achado de níveis de escores moderados da ansiedade na língua geográfica. A literatura mostra significativa associação da psoríase com ansiedade (FORTUNE *et al.*, 2000; RICHARDS 2001). A língua geográfica é uma doença benigna, na maioria das vezes, assintomática, ao contrário da psoríase. A principal importância de estudá-la, seria a determinação da diferença com a psoríase. Esta determinação poderia determinar diferentes abordagens, levando

benefícios para os pacientes com psoríase, portadores de uma doença tão difícil para os mesmos.

Diversas outras patologias bucais têm sido consideradas como psicossomáticas. Quando lembramos que o tecido nervoso e a mucosa bucal têm a mesma origem embriológica ectodérmica, tais evidências se tornam mais concretas.

Vale ressaltar que nesta investigação, a questão da ansiedade não é colocada isoladamente como um fator causador da língua geográfica, senão como um componente que dinamicamente se relaciona com inúmeros elementos já previamente mencionados, que no seu conjunto, determinam esta condição.

7. CONCLUSÕES

O estudo da identificação ansiedade traço-estado em pacientes portadores de língua geográfica demonstrou que:

- a) Escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço moderados foram determinados nos grupos estudados.
- b) Quanto aos escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço, não houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo portador de língua geográfica e o controle.
- c) Os escores de ansiedade-estado e ansiedade-traço obtidos no grupo portador de língua geográfica associada a língua fissurada e portador exclusivo de língua geográfica não mostraram diferenças estatisticamente significativas, quando comparados ao grupo controle.
- d) O grupo portador de língua geográfica associada à língua fissurada e grupo portador exclusivo de língua geográfica não demonstrou diferenças nos escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço.
- e) Quanto à presença de sintomatologia e à consciência da presença de língua geográfica, não houve diferenças estatisticamente significativas

entre os escores obtidos de ansiedade-estado e ansiedade-traço nos pacientes portadores desta condição.

As constatações nos permitem concluir que a língua geográfica pode ser uma doença multifatorial, necessitando de um componente genético para se expressar. A participação da ansiedade como fator ambiental não é predominante, mas pode ser um dos fatores desencadeantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDOLORATO, C.A.; ANCOVA, C.; CAPRISTO, E.; et al. State and trait anxiety in women affected by allergic and vasomotor rhinitis. **J. Psych. Res.**, New York, v.46, n.3, p. 282-289, 1999.
- ALBURQUERQUE, M.; CAMPOS, C.J.R. Epilepsy and anxiety. **Arq. Neuropsiq.**, São Paulo, v.51, n 3, p. 313-318, 1993.
- ANDRADE, T. G. C. S.; CARON-RUFFINO, M.; RUFFINO NETO, A. Ansiedade e infecções cirúrgicas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.27, n. 1/2 , p. 233-241, jan/jun. 1994.
- AXELL, T; ZAIN, R. B.; SIWAMOGSTHAM, P. Prevalence of oral soft tissue lesions in out-patients at two Malaysian and thai dental schools. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 18, n.2, p. 95-99, 1990.
- BANOCZY, J.; SZABO, L.; CSIBA, A. - Migratory glossitis: a clinical - histologic review of seventy cases. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Luis, v.39, p.113-21, 1975.
- BANOCZY, J.; RIGO, O .; ALBRECHT, M. Prevalence study of tongue lesions in a Hungarian population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 21, n. 4, p. 224-226, 1993.

¹ Baseado em ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, Rio de Janeiro, Referências bibliográficas NBR 6023 Rio de Janeiro, 1989, 19p
Abreviaturas de periódicos de acordo com o *Index to Dental Literature e Index Medicus*

- BARTON, D. H.; SPIER, S. K.; CSIBA, A. Benign migratory glossitis and allergy. **Pediatric Dent.**, Chicago, v. 4, p. 249-250, 1982.
- BAUGHMAN, R.D. - Efeito das influências psicossomáticas na psoríase. In: EPSTEIN, E. **Controvérsias em dermatologia**. Rio de Janeiro, ed. Biogalênica, 1986. p. 20-1.
- BEAUDOIN, N. KANTON, I., SACHS, P. Psoriasis of the lips. **Arch. Dermatol.**, Chicago, v. 84, p. 669-671, 1995.
- BHASKAR, S. N. Oral lesions in the aged population. **Geriatrics**, Minneapolis, v. 10, n. , p. 137-149, oct. 1968.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE), de Spielberger. **Arq. Bras. Psicol. Apl.**, Rio de Janeiro, v.29, n.3, p. 31-34, jul/set. 1977.
- BODMER, J. G. ; MARSH, S.G.E.; ALBERT, E.D. et al. Nomenclature for factors of the HLA system, **Hum. Clin. Lab. Invest.**, v. 31, p. 186-194, 1991.
- BOS, J. S.; RIE, M. A. The pathogenesis of psoriasis: immunological facts and speculations. **Immunol. Today**, Amsterdam, v. 20, p. 40-46, 1999.
- BOUQUOT, J. E.; GUNDLACH, K. K. H. Odd tongues: the prevalence of common tongue lesions in 23,616 white Americans over 35 years of age. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 17, p.719-730, 1986.
- BROOKS, J. K.; BALCIUNAS, B. A. Geographic stomatitis: reiew of the literature and report of five cases. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 115, p. 421-424, sep. 1987.

- BUCHNER, A. & BEGLEITER, A. - Oral lesions in psoriatic patients. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Luis, v.41, p. 327-31, 1976.
- BURDEN, A D.; JAVED, S.; BAILEY, M. et al. Genetics of psoriasis: paternal inheritance and a locus on chromosome 6p. **J. Invest. Dermatol.**, Baltimore, v. 110, p. 958-960.
- BURKET, L. W. **Oral medicine. Diagnosis and treatment.** J.B Lippincott Company, Philadelphia, 6^a ed, p. 449-451, 1971.
- CAMARGO, H.A. - Prevalência da língua geográfica, língua fissurada e da glossite rombóide média em escolares de São José dos Campos. **Ars. Curandi Odontol.**, São Paulo, v.3, p. 56-63, 1976.
- CAMP, R. D. R. Psoriasis. In: ROOK, A ; CHAMPION, R. H.; WILKINSON, D. S.; EBLING, F. J. G.; BREATHNACH, S. M.- **Textbook of Dermatology** – 6. Ed., Blackwell Scientific., 1998.
- CAMPBELL, R. D.; TROWSDALE, J. Map of the human MHC. **Immunol. Today**, Amsterdam, v. 14, p. 349-352, 1993.
- CHAVES, M. D. Estudo dos fatores ambientais associados à psoríase e língua geográfica. Piracicaba, 2002. Tese (mestrado em Estomatopatologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
- CHOSACK, A.; ZADIK, D.; EIDELMAN, E. - The prevalence of scrotal tongue and geographic tongue in 70, 359 israeli schoolchildren. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.2, p.253-257, 1974.
- COOKE, B. E. D. Erythema migrans affecting the oral mucosa. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Luis, v.8, p. 164-167,1955.

- COOKE, B.E.D. - Median rhomboid glossitis and benign glossitis migrans (geographical tongue). **Br. Dent. J.**, London, v.112, p. 389-393, 1962.
- DARWAZEH, A.M.G. & PILLAI, K. - Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.21, p. 323-324, 1993.
- DAWSON, T.A.J. - Tongue lesions in generalized pustular psoriasis. **Br. J. Dermatol.**, Oxford, v.91, p. 419-424, 1974.
- DOWN, C. E., 1926 apud HENRICSSON, V.; AXÉLL, T. Paliative treatment of geographic tongue. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.4, p. 129-134, 1980.
- DUPRE, A.; CHRISTOL, B.; BONAFE, J.L.; LASSERE, J. - Bacterides de Andrews y annulus migrans. **Med. Cutan. Ibero Latinoamer.**, Lisboa. v. 3, p. 455-458, 1975.
- EIDELMAN, E.; CHOSACK, A.; COHEN, T. - Scrotal tongue and geographic tongue: polygenic and associated traits. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Luis, v.42, p.591-596, 1976.
- ELDER, J. T.; NAIR, R. P.; HENSELER, T.; et al. The genetics of psoriasis 2001 : the odyssey continues. **Arch. Dermatol.**, Chicago, v. 137, n. 11, p. 1447-1454, 2001.
- ERCIS, M.B.; ATAKAN, N. Dermatological manifestations of 71 Down syndrome children admitted to a clinical genetics unit. **Clin. Genet.**, Copenhagen, v. 50, p. 317-320, 1996.
- FALCONER, D. S. The inheritance of liability to diseases. **Br.J. Dermatol.**, Oxford, v..36, p.70 –74, 1960.

- FARBER, E. M. ; NALL, M. L. Epidemiology in psoriasis research. **Hawaii Med. J.**, Honolulu, v. 41, p. 432-442, 1982.
- FEMIANO, F. Geographic tongue (migrant glossitis) and psoriasis. **Minerva Stomatol.**, Torino, v.50, n.6, p. 213-217, 2001.
- FENERLI, A.; PAPANICOLAOU, S.; PAPANICOLAOU, M.; LASKARIS, G. - Histocompatibility antigens and geographic tongue. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v.76, p. 476-479, 1993.
- FIERRO, A . Personalid y aprendizaje en el contexto escolar. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A .Desarrollo psicologico y educacion. 3. 3d, Madrid, Alianza, 1992.
- FORTUNE, D. G.; RICHARDS, H. L.; MAIN, C. J.; et al. Pathological worrying, illness, perceptions and disease severity in patients with psoriasis. **Br. J. Health Psychol.**, v. 5, p. 71-82, 2000.
- FOX, C. apud REDMAN, et al. Psychological component in the aetiology of geographic tongue. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 45, p. 1403-1408, 1966.
- FRY, L. - Psoriasis. **Br. J. Dermatol.**, Oxford, v.119, p. 445-61, 1988.
- GARRIE, S. A.; GARRIE, E. V. Anxiety and skin diseases. **Cutis**, New York, v.22, aug. 1978.
- GAUTIER apud REDMAN, et al. Psychological component in the aetiology of geographic tongue. **J. Dent. Res.** , Washington, v. 45, p. 1403-1408, 1966.
- GERBASE- DELIMA, M.; MUSATTI, C. C. Complexo HLA e doenças. **Revi. Bras. Alerg. Imunol.** v. 12, p. 185- 190, 1989.

- GHOSE, L.J. & BAGHDADY, V.S. Prevalence of geographic and plicated tongue in 6090 Iraqi schoolchildren. **Community Dent. Oral Epidem.**, Copenhagen, v.10, p. 214-6,1982.
- GIBSON, J.; et al. Geographic tongue: The clinical response to zinc supplementation. **J. Trace. Elem. Exp. Med.**, New York, v. 3, p. 203-208, 1990.
- GNEP, D. R. **Diagnostic surgical pathologic of head and neck**. 1^a ed, ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 1991.
- GONZAGA, H.F.S. Estudo clínico sobre a relação da psoríase com alterações da mucosa bucal. Bauru, 1991. Tese (Mestrado em Patologia Bucal) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade Federal de São Paulo.
- GONZAGA,H.F.S.; COSTA, C.A.S.; OLIVEIRA, M.R.B.; NORDI, P.P.; PIRES, R.H.; MILORI, S.A.; AFONSO JR, W.; LIA, R.C.C. - Estudo da prevalência da língua geográfica e fissurada em escolares de Araraquara. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v.23, p. 339-46, 1994.
- GONZAGA, H. F. S. ; GONZAGA, L. H. S. ; COSTA, C. A . S. Aspectos epidemiológicos e etiológicos na língua geográfica. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 169-177, 1995.
- GONZAGA,H.F.S.;TORRES,E.A; GERBASE-DE LIMA,ALCHORNE,M.M.A- Both psoriasis and benign migratory glossitis are associated with HLACw6. **Brit. J. Dermatol.**, Oxford, v.135, p. 368-70, 1996.
- GONZAGA, H. F. S. ; GONZAGA, L. H. S. ; COSTA, C. A . S. Importância do exame bucal na clínica médica. **J. Bras. Med.** , Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 105-114, 1997.

- GONZAGA, H. F. S.; TORRES E. A ; ALCHORNE, M. M. A . et al. Fatores genéticos na psoríase e glossite migratória benigna: revisão da literatura sobre associação com o complexo HLA. **Med. Cutan. Ibero Lat. Am**, Lisboa, v. 26, 1998.
- GONZAGA, H. F. S.; JORGE, M. A .; GONZAGA, L. H. S.; ET AL. Estudo de associação entre dermatite atópica e alterações da mucosa bucal. **Genet. and Molec. Biol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 585, 2000.
- GRACIOUS, B. L. ; LLANA, M.; BARTON, D. D. Lithium and geographic tongue. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 38, n. 9, p. 1069-1070, 1999.
- GREEN, J.; MONTASSER, M.; LOW, H. C. et al. Investigation of the associations of a number of HLA antigens with psoriasis and psoriatic arthritis. **Stat. Med.** , New York, v. 7, p. 443- 450, 1988.
- GREGUREK, R.; LABAR, B.; MRSIC, M.; et al. **Bone Marrow Transplant...**, Hampshire, v. 18, p. 585-589, 1996.
- GRIFFITS, C. E. M. ; RICHARDS, H. L. Psychological influences in psoriasis. **Clin. Exp. Derm.** , Oxford, v. 26, n. 4, p. 338- 342, 2001.
- GRINSPAN, D. - **Enfermedades de la boca**. Buenos Aires, Mundi, 1970. p.31-171.
- GROSSANS, E.; GERBER, F. **Ann. Dermatol. Venereol.**, Paris, v.110, p. 1037-1040, 1983.
- HALPERIN, V.; KOLAS, S.; JEFFERIS, K. R.; et al. The occurrence of Fordyce spots, benign migratory glossitis, median rhomboid glossitis, and fissured

- tongue in 2,478 dental patients. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v.6 , p. 1072- 1077, 1953..
- HANSEN, T.H.; CARRENO, B. M.; SACHS, D.H. In PAUL W. E. **Fundamental immunology**- 3. Ed. Ed. Raven Press, 1993.
- HAUPTMAN, J.; RAGOSTA, J.M. apud HENRICSSON, V.; AXÉLL, T. Paliative treatment of geographic tongue. **Swed. Dent. J.**, v.4, p. 129-134, 1980.
- HENRICSSON, V.; AXÉLL, T. Paliative treatment of geographic tongue. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.4, p. 129-134, 1980.
- HIETANEN, J.;SALO, O.P.; KANERVA, L.; JUVAKOSKI, T. - Study of the oral mucosa in 200 consecutive patients with psoriasis. **Scand J. Dent. Res.**, Copenhagen, v. 92, p. 50-54, 1984.
- HUBLER JR., W.R. - Lingual lesions of generalized pustular psoriasis. Report of five cases and a review of the literature. **J. Am. Acad. Dermatol.**, St Louis, v.11, p. 1069-1076, 1984.
- HUME, W.J. - Geographic stomatitis: a critical review. **J. Dent.**, Bristol, v.3 p.25-43, 1975.
- IKAHEIMO, I.; SILVERNNOINEN-KASSINEM, S.; KARNOVEN, J. et al. The frequency of QAP2.1 is increased in psoriasis vulgaris patients but no unusual linkage between QAP/DQA1 or QBP/DQB1. **Arch. Dermatol. Res.** , Berlin. v. 289, p. 373-377, 1997.
- JORGE, M.A. Estudo genético e epidemiológico da psoríase cutânea e da língua geográfica numa população do Estado de São Paulo. São Carlos, 2000. Tese – (Doutorado em Genética) – Universidade Federal de São Carlos.

- JOSEPH, B. K.; SAVAGE, N. W. Tongue pathology. **Clinics in dermatology**, v.18, p. 613-618, 2000.
- JUDD, L. L.; MARSTON, M. G. **Psicofarmacologia**, 1^a ed, ed. MEDSI, Rio de Janeiro, 1998.
- KAPLAN, I. H.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**.3^a ed, ed. Artmed, Porto Alegre, 1999.
- KELSCH, R. Geographic tongue. **eMedicine Journal**. v.2, n.11, nov. 2001.
- KLEINMAN, D. V.; SWANGO, P. A .; PINDBORG, J. J. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, p. 243-253, 1994.
- KOVAC-KAVCIC, M.; SKALERIC, U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v. 29, n.7, p. 331-335, 2000.
- KULLA-MIKKONEN,A. A familial study of fissured tongue. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v. 96, p. 366-375, 1988.
- LEVER, W.F. & LEVER, G.S. - **Histopathology of the skin**. 6^a ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1983. p.139-47.
- LITTNER, M.M.; DAYAN, D.; GORSKY, M.; MOSKONA, D.; HAREL-RAVIV, M. - Migratory stomatitis. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v.63, p. 555-559, 1987.
- MARKS, R. & SIMONS, M. J. - Geographic tongue; a manifestation of atopy. **Br. J. Dermatol.**, Oxford, v.101, p.159-162, 1979.
- MARKS, R. & TAIT,B. - HLA antigens in geographic tongue. **Tissue Antigens**, Copenhagen, v.15, p. 60-62, 1980.

- MARKS, R.; RADDEN, B. G. Geographic tongue: A clinical-pathological review. **Australas J. Dermatol.**, Sidney, v. 22, n. 2, p. 75-79, 1981.
- MARKS, R.; CZARNY, D. Geographic tongue: sensitivity to the environment. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v. 58, p. 156-159, 1984.
- MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. 14^a ed., Petrópolis, ed. Vozes, 1988.
- MEAD, S. V. apud HENRICSSON, V.; AXÉLL, T. Palliative treatment of geographic tongue. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v.4, p. 129-134, 1980.
- MONICA, W. S. Geographic tongue. **Dent. Radiogr. Photogr.**, Rochester, v.40, p. 14-15, 1967.
- MORRIS, L. F.; PHILLIPS, C. M.; BINNIE, W. H.; et al. Oral lesions in patients with psoriasis: a controlled study. **Cutis.**, New York, v. 49, p. 339-344, 1992.
- NAIR, R. P.; STUART, P.; HENSELER, T. et al. Localization of Psoriasis-Susceptibility locus PSORS1 to a 60-kb interval telomeric to HLA-C. **Am. J. Hum. Genet.**, Baltimore, v. 66, p. 1833-1844, 2000.
- NAKAGAWA, H. ; ASAHINA, A. ; AKAZAKI, K. et al. Association of Cw11 in Japanese patients with psoriasis vulgaris. **Tissue Antigens**, Copenhagen, v. 36, p. 241-242, 1990.
- NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**, 1^a ed, ed. Guanabara Koogan, 1998.
- O'KEEFE, E.; BRAVERMAN, I.M.; COHEN, I. - Annulus migrans. **Arch. Dermatol.**, Chicago, v.107, p.240-244, 1973.
- OZAWA, A. ; OHKIDO, M.; TSUJI, K. Some recent advances in HLA and skin diseases. **J. Am. Acad. Dermatol.**, Chicago, v.4, p. 205- 230, 1981.

- PATKI, A . H. Geographic tongue developing in a patient on lithium carbonate therapy. **Int. J. Dermatol.**, Philadelphia, v. 31, n. 5, p. 368-369, 1992.
- PAVELIC, J. The p53 and nm23-H1 genes are nor deleted in oral benign epithelial lesions. **Anticancer Res.**, Athens, v. 18, n. 5, p. 3527-3531, 1998.
- PESSOTI, I. **Ansiedade**. São Paulo, ed. EPU/USP, 1983.
- PETERS, B. P.; WEISSMAN, F.G., GILL, M. A. Pathophysiology and treatment of psoriasis. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, Bethesda, v. 57, p. 645-659, 2000.
- PIERON, H. **Dicionário de psicologia**. 3ª ed, ed. Globo, Rio de Janeiro, 1987.
- POGREL, M. A. & CRAM, D. - Intraoral findings in patients with psoriasis with a special reference to ectopic geographic tongue (erythema circinata). **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v.66, p. 184-189, 1988.
- PUGLIESI, N. S. et al. Prevalência da língua geográfica , língua fissurada, língua pilosa e mediana rômica em escolares do município de São Paulo. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo.**, São Paulo, v.10, p. 139-142, 1972.
- RAGHOEBAR, G. M.; BONT, L. G. M.; SCHOOTS, C. J. F. Erythema migrans of the oral mucosa. Report of two cases. **Quintessence Int.**, Berlim, v. 19, p. 809-811, 1988.
- RAHAMINOFF, P.; MUHSAM, H. V. Some observations on the 1246 cases of geographic tongue. **Am. J. Dis. Child.**, Chicago, v. 93, p. 519-525, 1957.
- RAYER apud BROOKS, J. K.; BALCIUNAS, B. A. Geographic stomatitis: reiew of the literature and report of five cases. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 115, p. 421-424, sep. 1987.

- REDMAN, R. S.; VANCE, F. L.; GORLIN, R. J.; et al. Psychological component in the aetiology of geographic tongue. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 45, p. 1403-1408, 1966.
- REDMAN, R.S. - Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3,611 Minnesota schoolchildren. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v.30, p. 390-395, 1970.
- REDMAN, R. S. ;VANCE, F. L.; GORLIN, R. J. Hereditary component in the etiology of geographic tongue. **J. Amer. Hum. Genet.**, Baltimore, v. 24, p. 126, 1972.
- REGEZI, J. A .; SCIUBBA, J. J. **Patologia Bucal – Correlações clinicopatológicas- 3^a ed.**, ed. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 2000.
- RICHARDS, H. L. apud RICHARDS, H.L., FORTUNE, D. G.; GRIFFITHS, C. E. M.; et al. The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. **J. Psych. Res.**, New York, v. 50, p. 11-15, 2001.
- SALMON, T. N.; ROBERTSON, G. R.; TRACY, J. R. N. H.; ET AL. Oral psoriasis. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 38, p. 48-54, 1974.
- SALONEN, L.; AXÉLL, T.; HELLDEN, L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in na adult Swedish population. **J. Oral Pathol.**, Copenhagen, v.19, n. 4, p. 170-176, 1990.
- SAMIT, A. M. & GREENE, G. W. - Atypical benign migratory glossits. Report of a case with histologic and electron microscopic evaluations. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v.42, p.780-91,1976.

- SAMPAIO, S.A.P.; CASTRO, R.M; RIVITTI, E.A. - **Dermatologia básica**. 3. ed. São Paulo, Artes Médicas, 1985. p.49,571.
- SAPIRO, S.M. & SHKLAR, G. - Stomatitis areata migrans. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v. 36, p. 28-33, 1973.
- SAXTON, D.; HARING, P. **Care of pacientes with emotional problems**. Ed. Mosby, Saint Louis, 1971.
- SEABRA, M. L. V. Avaliação da resposta de ansiedade induzida em sujeitos submetidos ao "Stoop Color Word Test" : influência da instrução e da limitação de tempo para realização da tarefa, São Paulo, 1987. Dissertação (Mestrado)- Escola Paulista de Medicina. (1987),
- SILVA, S. S.; MARCUCCI, G. Contribuição para o estudo clínico da prevalência das alterações da mucosa bucal em escolares de 7 a 12 anos. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo.**, São Paulo, v.4, p. 1-4, 1990.
- SJÖSTRÖM, K.; VALENTIN, L.; THELIN, T.; et al. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. **Eur. J. Obs. Gynecol. and Reprod. Biol.**, Amsterdam, v. 74, p. 149-155, 1997.
- SPIELBERGER,C.D. **Anxiety and behavior**. New York, Academic Press,1966.
- SPIELBERGER,C.D. **Tensão e ansiedade**. Trad. de Jamir Martins, São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1981.
- SPIELBERGER, C. D. **State-trait anxiety inventory: a comprehensive bibliography**. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. 1989
- SPIES, T.; BRESNAHAN, M.; STROMINGER, J. L. Human major histocompatibility complex contains a minimum of 19 genes between the complement cluster

- and HLA-B. **Proc. Natl. Acad. Sci. USA.**, Washington, v. 86, n. 22, 8955-8958, 1989.
- STELA, F. Avaliação de traços e estados de ansiedade em pacientes hipertensos de centro de saúde. **J. Bras. Psiq.** v.40, n. 10, p.497-499, nov/dez.1991.
- THEMBATH, R. C. ; CLOUGH, R. L.; ROSBOTHAM, J. L. et al. Identification of a major susceptibility locus on chromosome 6p and evidence for further disease loci revealed by a two stage genome-wide search in psoriasis. **Hum. Mol. Genet.** , Oxford, v. 6, n. 5, p. 813-820, 1997.
- TIWARI, J. L.; TERASAKI, P. I. Summary of the most significant associations HLA and disease associations. New York, Springer-Verlag, 1985.
- TOMMASI, A.F. - **Diagnóstico em patologia bucal.** 2 ed. Pancast, 1989. p. 159-60.
- ULMANSKY, M.; MICHELLE, R.; AZAZ, B. Oral psoriasis: report of six new cases. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v.24, p. 42-45, 1995.
- UNNA, P. G. apud REDMAN, R. S.; ET AL. Psychological component in the etiology of geographic tongue. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 45, p. 1403-1408, 1966.
- VAN DER WAL, M.; VAN DER KWAST, W. A.; VAN DIJK, E.; et al. Geographic stomatitis and psoriasis. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Copenhagen, v. 17, p. 106- 109, 1987.
- WAGNER, G.; LUCKASEN, J. R.; GOLTZ, R. W. Mucous membrane involvement in generalized pustular psoriasis. **Arch. Dermatol.**, Chicago, v. 112, p. 1010-1014, 1976.

- WALTIMO, J. Geographic tongue during a year of oral contraceptive cycles. **Br. Dent. J.**, London , v. 171, n. , p. 94-96
- WEATHERS, D.R.; BAKER, G.; ARCHARD, H.O.; JEFFERSON BURKES JR, E. - Psoriasiform lesions of the oral mucosa (with emphasis on “ectopic geographic togue”). **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Luis, v.37, p. 872-88, 1974.
- WINER, L.H. Black haire tongue. **Arch. Dermatol.**, Chicago, v. 77, p. 15-24, 1958.
- WYSOCKI, G. P.; DAYLE, T. D.; Benign migratory glossitis in patients with juvenile diabetes. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St Louis, v. 63, p. 68-70, 1987.
- ZELICKSON, B.D. & MULLER, S.A. - Generalized pustular psoriasis. **Arch. Dermatol.**, Chicago, v.127, p.1339-45, 1991.

ANEXOS

ANEXO 1 - Ficha para verificação da presença de doenças sistêmicas, tegumentares e bucais:

A) Identificação

Nome: _____
RG: _____ DATA: _____
COR: _____ IDADE: _____ SEXO: _____
PROF.: _____ NATURAL: _____ PROCED.: _____
ENDEREÇO: _____

B) Queixa e duração: _____

C) História da moléstia atual

	Cutânea	Bucal
Tempo de aparecimento	_____	_____
Idade de aparecimento	_____	_____
Fatores desencadeantes	_____	_____
Local de aparecimento das lesões	_____	_____
Progressões: locais	_____	
tempo	_____	

Prurido () sim () não

Ardor () sim () não

Consciência da existência de lesão bucal () sim () não

Estresse () sim () não

Tratamento anterior () sim () não

Medicamentos _____

Tempo de uso _____

Dose _____

D) Interrogatório sobre os diversos aparelhos _____

E) Antecedentes pessoais

Doenças anteriores () sim () não _____

Tabagismo () sim () não _____

Álcool () sim () não _____

Cirurgias anteriores () sim () não _____

Atopia () sim () não () rinite () bronquite () dermatite

F) Antecedentes familiares

Psoríase () sim () não _____

Outras doenças dermatológicas e ou bucais () sim () não

Língua geográfica () sim () não

Língua fissurada () sim () não

G) Exame dermatológico

1 - Pele

Classificação () psoríase gutata
() psoríase numular
() psoríase rupiíide
() psoríase invertida
() psoríase pustulosa () localizada
() generalizada

() psoríase eritrodérmica

Tipo de lesão:() eritema () descamação () hipocromia
() pápula () placa () bolha
() pústula

Extensão () localizada () disseminada

Local

() couro cabeludo () face () pescoço
() região anterior do tórax () região posterior do tórax
() abdomen () genitais () regiões inguinais () nádegas
() membro superior () D () mãos () dorso
() E () palma

() membro inferior () D () pés () dorso
() E () planta

2 - Unhas

Comprometimento () sim () não

Tipo _____

MD 1,2,3,4,5 ME 1,2,3,4,5.

PD 1,2,3,4,5 PE 1,2,3,4,5.

H) Articulação

Artrite () sim () não

I) Exame bucal

Comprometimento () sim () não

Local () lábios () superior
() inferior

() mucosa jugal () D
() E

() assoalho da boca
() língua
() palato duro e/ou mole
() regiões amigdalíneas
() gengiva

Tipo de lesão: _____

Diagnóstico da alteração bucal: _____

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE AUTO - AVALIAÇÃO
IDATE - PARTE I

Nome.....Data..... Ano.....

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que tem sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente agora, *neste momento*. Não há respostas certas ou erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproximar de como você se sente neste momento.

Absolutamente não.....1
Um pouco2
Bastante..... 3
Muitíssimo..... 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me calmo (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinto-me seguro (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estou tenso (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estou arrependido (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Sinto-me à vontade..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me perturbado (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estou preocupado (a) com possíveis infortúnios..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto-me descansado (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sinto-me ansioso (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me em “casa”..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confiante..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervoso (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitado (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraído(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeito (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupado (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me super excitado (a) e confuso (a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

Nome..... Data..... Ano.....

INSTRUÇÕES: A seguir são dadas algumas afirmações que tem sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita, que melhor indicar como você *geralmente* se sente. Não há respostas certas ou erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproximar de como você *geralmente* se sente.

Quase nunca.....1	Frequentemente 3			
Às vezes2	Quase sempre.....4			
1. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar.....	1	2	3	4
4. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a).....	1	2	3	4
7. Sou calmo (a).....	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância ..	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a).....	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a).....	1	2	3	4
17. Às vezes, idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas no momento.....	1	2	3	4



UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



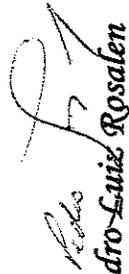
CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Estudo de identificação de ansiedade traço / estado em pacientes portadores de língua geográfica", sob o protocolo nº **125/2001**, do Pesquisador **Francisco Carlos Amanajás de Aguiar Júnior**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Heron Fernando de Sousa Gonzaga**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 06 de março de 2002

We certify that the research project with title "Identification study of anxiety trace/state in patients with geographic tongue", protocol nº **125/2001**, by Researcher **Francisco Carlos Amanajás de Aguiar Júnior**, responsibility by Prof. Dr. **Heron Fernando de Sousa Gonzaga**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, March 06 2002


Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen

Secretário
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP