

Pacientes com Doenças Sistêmicas de Origem Auto-Imune/Dermatológicas - Incidência das Manifestações Bucais e Revisão de Literatura

Patients with Auto-immunity/Dermatologic Systemic Illnesses - Incidence of Buccal Manifestations and Literature Review

LINO JOÃO COSTA¹
MARIA SUELI MARQUES SOARES¹
ALINE AKIKO KOMATSU²
ANA CAROLINA LYRA ALBUQUERQUE³

RESUMO

Objetivo: Realizou-se revisão da literatura das principais doenças auto imunes dermatológicas e avaliou-se a incidência das principais manifestações bucais destas em pacientes do ambulatório de Dermatologia do Hospital Lauro Wanderley e na Clínica de Semiologia Odontológica da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). *Materias e Métodos:* No período de onze meses, foram examinados 22 pacientes, dos quais, 10 apresentavam lúpus eritematoso sistêmico, 05 pênfigo vulgar, 03 eritema multiforme, 01 penfigóide cicatricial, 01 pênfigo foliáceo e 01 líquen plano. *Resultados:* Destes, 60% possuíam manifestações bucais em forma de úlceras ou bolhas. *Conclusão:* Conclui-se que existe, no nosso meio, uma prevalência considerável de doenças dermatológicas de origem auto-imunes e que o grau de morbidade das mesmas são variáveis.

DESCRIPTORIOS

Lúpus Eritematoso Sistêmico. Pênfigo. Eritema Multiforme.

SUMMARY

Objective: There was realized a literature review about auto immune dermatological illnesses and there was evaluated the incidence of the main buccal manifestations of these diseases in patients of the Clinic of Dermatology of the Lauro Wanderley Hospital and the Clinic of Semiologia Odontológica of the Universidade Federal da Paraíba (UFPB). *Material and Methods:* In the period of eleven months, 22 patients had been examined, of which, 10 presented lupus erythematosus, 05 pemphigus vulgaris, 03 erythema multiforme, 01 cicatricial pemphigoid, 01 foliaceous pemphigus and 01 patient presented lichen planus. *Results:* Of the total, 60% presented buccal manifestations as a form of ulcers or bubbles. *Conclusion:* It is concluded that exists, a considerable prevalence of auto-immune dermatological illnesses and the morbidity's degree of these diseases is variable.

DESCRIPTORS

Lúpus erythematosus. Pemphigus. Erythema Multiforme.

1 Professor Doutor do Doutorado em Diagnóstico Bucal da UFPB/UFBA.

2 Acadêmica da Universidade Federal da Paraíba.

3 Doutoranda em Diagnóstico Bucal UFPB.

A cavidade bucal e estruturas adjacentes podem sediar diversas lesões associadas às doenças auto-imunes. É importante, para o clínico, o conhecimento da etiologia e da forma inicial das mesmas. As dermatoses auto-imunes são patologias que envolvem formação de auto-anticorpos direcionados contra alguns elementos teciduais particularmente da pele ou superfícies das mucosas, da mesma forma que podem assumir um âmbito sistêmico. Esses auto-anticorpos, especificamente, os relacionados às doenças dermatológicas, são direcionados contra constituintes celulares que mantêm as células epiteliais unidas ou que unem o epitélio da superfície ao tecido conjuntivo subjacente (NEVILLE, 2004)

Dentre as doenças mais estudadas podemos destacar o pênfigo e o penfigóide, as quais envolvem anticorpos direcionados contra componente intercelular do epitélio escamoso ou contra a membrana basal. Há também o lúpus eritematoso, o qual envolve a formação de anticorpos anti-núcleo. Na maioria dos casos estas patologias são multisistêmicas com sinais clínicos que vão desde poliartrites, anemia hemolítica, glomerulonefrite, até febre em adição às alterações de pele e mucosa. Estas patologias têm, muitas vezes, associação com sintomas bucais. O pênfigo é uma doença auto-imune rara, caracterizada por formações de bolhas intra-epiteliais, que resultam da perda da integridade das ligações intercelulares normais (complexo desmosomas-tonofibrilas) dentro da epiderme e do epitélio das mucosas. Patologia de distribuição geográfica irregular, a maioria dos indivíduos são adultos jovens, com ambos os sexos igualmente afetados. (HERBST, 2000; TSANKOV, 2000; PIRES, 2000).

Existem quatro variantes clínicas e patológicas de pênfigo: vulgar, vegetante, foliáceo e eritematoso. O pênfigo vulgar é o mais comum com cerca de 80% dos casos, as bolhas são superficiais (acima da camada basal) rompem-se com facilidade deixando erosões ou úlceras hemorrágicas, exsudativas e crostosas, que não cicatrizam espontaneamente (KAO, 1998). De acordo com o estudo realizado por SCULLY *et al.*, 1999, os pacientes apresentam, tipicamente, múltiplas lesões na mucosa oral, com mais de 50% apresentando lesões em outras mucosas e cerca de 25% envolvimento cutâneo. Em aproximadamente 60% dos casos de pênfigo vulgar, os primeiros sinais da doença encontram-se na mucosa bucal, de maneira característica, observando-se úlceras dolorosas e pequenas, as quais provocam grande desconforto. Paradoxalmente, é pouco reconhecida quando envolvem lesões na mucosa oral e não na pele (SIROIS, 2000). O mais comum envolvimento oftalmo-

lógico é a conjuntivite, e a córnea é raramente acometida. Além dessa apresentação, o pênfigo vulgar pode ter manifestações incomuns, tais como, distrofia ungueal, paroniquia, ou tecido de granulação. O pênfigo vegetante é uma variante do vulgar e, em geral, não se apresenta com vesículas ou bolhas, mas sim grandes placas úmidas, verrucosas, vegetantes e salpicadas de pústulas (microabscessos intraepiteliais) (BAYKAL, 1995; TAN, 2000; BOTO *et al.*, 2008).

Já a forma foliácea apresenta prognóstico melhor, onde as bolhas são mais superficiais, de forma que muitas vezes, através de exame físico, verificam-se apenas áreas eritematosas. O pênfigo eritematoso pode ser considerado como uma variante do pênfigo foliáceo. Apresenta-se clinicamente, como bolhas superficiais, erosões, formação de crostas e exsudação sobre o couro cabeludo e face (NEVILLE, 2004; SILVESTRE, NETTO, 2005).

O penfigóide bolhoso é uma patologia crônica auto-imune subepitelial, mais freqüente em indivíduos idosos entre a quinta e sexta década. Pode ser fatal, particularmente em pacientes imunocomprometidos. É caracterizada pela presença de autoanticorpos – IgG específicos aos elementos da membrana basal. Esses auto anticorpos ligam-se à membrana basal ativando o sistema complemento e mediadores inflamatórios, gerando proteólise dos hemidesmossomos e consequentemente formação de bolhas. O envolvimento de mucosa oral é de 10-25% dos pacientes, evidenciando erosões secundárias às bolhas. Às vezes essas bolhas não se rompem com a mesma facilidade do pênfigo devido a sua localização sub-epitelial e, se não houver infecção, regride sem deixar cicatriz (CHAN, 2001).

O penfigóide cicatricial é uma doença vesículo-bolhosa crônica, auto-imune, que inicialmente envolve as membranas das mucosas e menos frequentemente a pele, atinge adultos e idosos, tendendo para o sexo feminino. É rara e caracterizada por bolhas subepiteliais que curam deixando cicatrizes (BAIER, 1999; FREITAS *et al.*, 2008). Sua apresentação na mucosa oral é muito variável, podendo-se observar erosão ou descamação incipiente da gengiva, sendo muitas vezes confundidas com a gengivite descamativa. Pode ainda haver grandes áreas de erupções vesículo-bolhosas envolvendo mucosa alveolar, palato, mucosa jugal, assoalho da boca e língua. O envolvimento ocular ocorre em aproximadamente 70% dos pacientes (MESSME, 2000).

O lúpus eritematoso (LE) abrange três subtipos reconhecidos: o lúpus eritematoso sistêmico (LES), o lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECS) e o lúpus eritematoso discóide (LED). O LES, o mais significativo

deles, porém com raras manifestações bucais, é uma doença sistêmica crônica auto-imune e, como tal, afeta vários órgãos em diferentes formas (KUPER, 2000). Comum e frequente, esta patologia sistêmica auto-imune, ainda não possuem etiologia totalmente esclarecida (LIOSSIS, 2000; LIMA *et al.*, 2007). Há algumas hipóteses que afirmam que é causado devido à exposição repetida ou prolongada a um auto-antígeno. A prevalência do LES é variável, 80% dos casos são do sexo feminino em sua idade fértil (MILLS, 1994). Seu acometimento é sistêmico, incluindo alterações articulares, cutâneas, renais, hematológicas, entre outras. Fadiga é uma das manifestações clínicas mais comuns no LES independente do grupo étnico (ZONANA, 2000). Como alterações bucais, podem ser observadas, ulcerações, eritema e ceratose, presentes na mucosa jugal, gengiva e palato (ORTEU, 2001). Muitas dessas manifestações são conseqüências do dano tecidual causado pela vasculopatia mediada pelos imunocomplexos (NEVILLE, 2004).

O LED é uma forma cutânea e localizada menos agressiva, onde geralmente os pacientes não evoluem para a forma sistêmica, afetando, predominantemente, áreas expostas ao sol, como face e coro cabeludo. As lesões aparecem clinicamente como placas eritematosas em forma de disco com margens hiperpigmentadas. Na cavidade bucal, atinge cerca de 25% dos pacientes, dos quais, a mucosa jugal e gengivas são as mais afetadas. As lesões aparecem como placas eritematosas ou erosões, usualmente com estrias ceratóticas brancas e delicadas. Histologicamente caracteriza-se por um infiltrado de linfócitos ao longo da junção dermoepidérmica, da junção epitelial dermofolicular ou ambas, há também infiltrados profundos e perivascularares e perianexiais. Aproximadamente 20% das pessoas com LES terão lesões cicatriciais em forma de anel ou disco como sintoma inicial de sua doença. Essas lesões do LES podem ser confundidas, por muitos médicos, como LED. O LED não pode ser diagnosticado apenas pelo formato da lesão, mas sim pela história e exame físico completo e interpretação dos resultados sorológicos (PROVOST, 2009).

O Líquen plano é uma afecção mucocutânea inflamatória e idiopática, bastante comum. Embora possa ocorrer em qualquer local do corpo, as localizações típicas são os tornozelos, punhos, boca e genitália. As manifestações bucais são extremamente variáveis, o tipo mais comum é a forma reticular, que estão presentes numerosas linhas ou estrias ceratóticas, as chamadas estrias de Wickham, bilaterais simétricas e a área mais comumente envolvida é a mucosa jugal. Histolo-

gicamente é caracterizada por um infiltrado inflamatório de provável autoreação de linfócitos T, degeneração e destruição dos ceratinócitos basais. Acredita-se que a intensificação das lesões bucais dada pela associação do líquen com outra doença, tipo a hepatite C, é causada pelo envolvimento de interleucina 1, 6, fator de necrose tumoral e células de adesão molecular (WALCHNER, 1999; MARTINS *et al.*, 2008). Geralmente observa-se placas, que variam de ligeiramente elevadas e lisas a levemente irregulares. Sua localização principal é no dorso da língua e na mucosa jugal. Existe ainda a forma atrófica, erosiva e mais raramente a forma bolhosa. O curso da doença é, geralmente, auto-limitado por um período de alguns meses a anos, mas pode ser indefinido (BOYD, 1994).

Eritema multiforme (EM), uma desordem mucocutânea, que se caracteriza pela destruição de pequenos vasos sanguíneos próximos a camada basal do epitélio, ocorrendo primariamente, em adultos jovens, mas pode acometer crianças (YANG, 1999; LUMA, CARVALHO, 2008). É uma reação imunológica na pele e mucosa, frequentemente mediada por imunocomplexos circulantes a inúmeros estímulos antigênicos. Atualmente, incluem diversas expressões clínicas, desde exclusivas da mucosa bucal até lesões cutaneomucosas, algumas vezes envolvendo múltiplas membranas de mucosa ou acometendo largas áreas da superfície corpórea (CARROZZO, 1999). Sendo aguda, auto limitada e de baixa morbidade, causada, geralmente, por uma hipersensibilidade a certas infecções, associada frequentemente com herpes simples, tuberculose, histoplasmose e micoplasma (KATE, 1998). São placas eritematosas, bolhas e lesões em alvo (anéis eritematosos concêntricos separados por anéis de coloração quase normal), localizadas geralmente nas extremidades. Entre 25 e 50% dos pacientes com EM cutâneo apresentarão manifestações bucais. Nesta localização, geralmente, apresenta-se como doença ulcerativa, afetando mais frequentemente, lábios, mucosa jugal, palato e língua. As lesões recorrentes podem aparecer como úlceras dolorosas múltiplas, semelhantes ao episódio inicial, ou como placas eritematosas menos sintomáticas com ulceração limitada (NEVILLE, 2004).

Há uma forma variante maior do EM, a síndrome de Stevens-Johnson forma esta, mais grave, que pode ocorrer envolvendo, simultaneamente, boca, olhos, pele, genitália e, por vezes, esôfago e trato respiratório (KATE, 1998). Representa uma desordem imune mediada por complexos de hipersensibilidade, a qual 3-15% dos portadores de formas graves da doença morrerá, sendo mais comum em mulheres entre a segunda e quarta

década (PARRILLO, 2001). Os sinais e sintomas, nesta síndrome, são mais expressivos, os lábios podem ficar coberto por crostas, e as lesões bucais causar dor intensa. As drogas são a etiologia mais comum nesta síndrome, com 50% dos agentes causadores identificados. As mais comuns são a carbamazepina, ação prolongada da combinação de sulfadoxina e pirimetamine.

MATERIAL E MÉTODOS

Avaliou-se a incidência das principais manifestações bucais e peribucais das doenças sistêmicas de origem auto-imune (dermatológicas) em pacientes do ambulatório de Dermatologia do Hospital Lauro Wanderley e na Clínica de Semiologia Odontológica (Pós-Graduação) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba.

Foram analisados pacientes portadores de doenças auto-imune (dermatológicas) que apresentaram manifestações bucais, atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley e Clínica de Semiologia Odontológica da UFPB.

Realizou-se um interrogatório clínico - anamnese e posteriormente foi realizado o exame físico-visual das estruturas bucais e periorais a fim de correlacionar tais alterações com a doença sistêmica.

Com ficha clínica, pôde-se observar dados da doença primária (tempo de evolução, forma clínica e diagnóstico), coletar os dados do exame físico de estruturas bucal e periorais, especificando tipo de lesão, sua localização, forma de apresentação clínica, tempo de evolução e sintomatologia dolorosa, além de possíveis tratamentos e evolução.

Estes dados foram anotados de forma detalhada e posteriormente tabulados e realizado análise estatística descritiva para o estudo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de onze meses, foram examinados 22 pacientes, dos quais, 10 apresentavam lúpus eritematoso sistêmico, 05 pênfigo vulgar, 03 eritema multiforme, 01 penfigóide cicatricial, 01 pênfigo foliáceo e 01 líquen plano. Treze deles apresentaram manifestações bucais sob a forma de bolhas ou úlceras, sendo estas últimas,

caracterizadas clinicamente como úlceras de bordos irregulares, fundo necrótico, recobertas, na maioria das vezes, por pseudomembrana esbranquiçada, com sintomatologia dolorosa.

Dentre os pacientes selecionados, 86,3% eram do sexo feminino e 13,7% masculino. Quanto aos hábitos e costumes dos pacientes, 60% deles eram fumantes antes do surgimento das primeiras manifestações da doença, do total, 18% eram etilistas.

No grupo analisado, 27% dos pacientes apresentaram outras áreas afetadas, tais como, mucosas genital, nasal e conjuntival.

O tratamento dos pacientes era, em geral, à base corticoterapia, através dos quais obteve-se resultados satisfatórios, principalmente frente às lesões bucais, que regrediam totalmente na maioria dos casos.

A prevalência das doenças sistêmicas dermatológicas de origem auto-imune encontra-se muito bem definida na literatura, tendo o LES como a mais comum, seguido do pênfigo vulgar. No presente trabalho essa estatística foi confirmada, dos 22 pacientes analisados 10 eram portadores de LES e 05 de pênfigo. Quanto às lesões bucais, segundo SILVERMAN, (2000) as mais comuns das doenças bolhosas descamativas que acometem a boca, incluindo as erosivas, são o líquen plano, eritema multiforme, pênfigo e penfigóide. De acordo com nossos achados, o pênfigo e o eritema multiforme apresentaram manifestações orais, com percentuais de 80% e 100% dos casos, respectivamente, podendo ser comparados aos dados de VAILLANT, (1999) que detectaram apenas dois terços de acometimento da mucosa bucal pelo pênfigo.

Em relação ao gênero, as mulheres foram muito mais afetadas, igualmente aos fumantes, ratificando o já descrito na literatura.

As faixas etárias mais acometidas foram dos 21 aos 30 e dos 61 aos 70 anos, representando, ambas, 22% dos pacientes. Essa primeira faixa se deve ao fato da alta incidência de LES e Pênfigo na amostra, patologias que acometem adultos jovens. Já a alta ocorrência em idade mais avançada (61-70) contradiz o que é escrito na literatura (MILL, 1994; PIRES, 2000).

Quanto às manifestações bucais destas patologias, os dados não são muito claros em termos de incidência, no entanto, neste estudo foram encontrados aproximadamente 60% de lesões na mucosa oral. Ocorrência considerada significativa, o que nos alerta da importância de incluirmos as estruturas bucais no exame físico dos pacientes com afecções imuno-dermatológicas.

CONCLUSÕES

Conclui-se que existe, no nosso meio, uma prevalência considerável de doenças dermatológicas de origem auto-ímmunes e que o grau de morbidade das mesmas são variáveis. As manifestações bucais desempenham papel fundamental para o diagnóstico precoce destas doenças, sendo imprescindível o conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre estas afecções, as quais, muitas vezes, ocorrem primariamente na cavidade bucal, o que favorece o diagnóstico numa fase inicial da doença.

REFERÊNCIAS

1. BAIER G, ZILLIKENS D. Cicatricial pemphigoid - an important differential Diagnosis in inflammatory mucous membrane changes Laryngorhinotologie, 78(11):632-637, 1999.
2. BAYKALH E, PLEYER U, SÖNNICHSEN K, THIEL HJ, ZIERHUT M Severe eyes involvement in pemphigus vulgaris. *Ofthalmologe.* 92(6):854-857,1995.
3. BOTO ACF, GALHARDO J, RAMOS M, NEVES M H, COUTINHO V S, NETO A S, LEÇA Ana. Pênfigo Vulgar - um caso pediátrico *Acta Pediatr Port:*39(4):152-154, 2008.
4. BOYDA A, S, NELDNER K H. Linchen Planus. Department of Dermatology.1994
5. CARROZZO M, TOGLIATTO M, GANDOLFOS. Erythema multiforme. A heterogeneous pathologic phenotype. *Minerva Stomatol.* 48(5):217-226, 1999.
6. CHAN. L. Bullous Pemphigoid. *Dermat/Bull Dis.*2001.
7. FREITAS V A, BECKER H M G, GUIMARÃES R E S, FRANCO LP, GUIMARÃES F F, MARTINS MF; CROSARA P F T. Penfigóide cicatricial no trato aerodigestivo superior: relato de dois casos. *Rev Bras Otorrinolaringol;* 74(6):941-944, 2008.
8. HERBST A, BYSTRYN J C. Patterns of remission in pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 42(3):422-427, 2000.
9. KAO H C, HUANG J L, CHEN L C, HSUEH C. Pemphigus vulgaris. *Chung Hua Min Kuo Hsiao Erh Ko I Hsueh Hui Tsa Chih,* 39(6):404-405, 1998.
10. KATE M P Erythema Multiforme, Stevens-Johnson Syndrome, and Toxic Epidermal Necrolysis. *Pediatric Pharmacoth Jobson Publishing Corp,* 4(11), 1998.
11. KUPER B C, FAILLA S. Systemic lupus erythematosus: a multisystem autoimmune disorder. *Nurs Clin North Am,* 35(1): p.253-265, 2000.
12. LIOSSIS SN, TSOCO GC. Molecular aspects in the pathogenesis Of human systemic lupus erythematosu. *Arch Immunol Ther Exp(warsz),* 48(1): 11-19, 2001.
13. LIMA I, BARBOSA L, LOPES M, REIS E, REIS M, COLOSSI K, ABREU M, FERREIRA C, SANTIAGO M. Pesquisa de Anticorpos Antinucleossoma em Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol,* 47(3):160-164, 2007.
14. LUNA DMN, CARVALHO AAT. Eritema multiforme uma revisão. *Int J Dent, Recife:* 7(1) 63-68, 2008.
15. MARTINS HPR, SOUZA G A, RODRIGUES NETO E, CASTRO R F M Liquen plano bucal *RSBO* 5(2),2008
16. MESSMER EM. HINTSCHICH,C.R.;MESSER, G.; KAMPIK,A., Ocular Cicatricial pemphigoid. Retrospective analysis of factors and complication.*Ophthalmologe.* 97(2): 113-20, 2000.
17. MILLSJA. Medical Progress: Systemic Lupus Erythematosus. *The New England Jour Medic.* 330(26), 1994.
18. NEVILLE, BW, DAMM DD, ALLEN CM, BOUQUOT JE. *Patologia oral e maxillofacial,* 2 ed., 2004.
19. ORTEU C H, BUCHANAN JA, HUTCHISON I, LEIGH I M, BULL RH. Systemic lupus erythematosus presenting with oral mucosal lesions: easily missed?. *Br J Dermatol.*144(6), p. 1219-1223, 2001.
20. PARRILLOS. Stevens- Johnson syndrome. *J Am Dermatol.*30(4):671, 1994.
21. PIRES FR, FERRAZ CC, ALVES F, LOPES M, ALMEIDA P, Pemphigus vulgaris in adolescence: case report. *Pediatr Dent.* 22(2), p. 159-62, 2000.
22. PROVOSTT.T Skin Disease in Lupus. Department of Dermatology of John Hopkins University School of Medicine.< <http://www.geocities.com/sarahmrcraig/Skin.html>> Acesso em : 22 de abril de 2009
23. SCULLY C, PAES DE ALMEIDA, O, PORTER S R, GILKES J J. Pemphigus vulgaris: the manifestations and long-term management of 55 patients with oral lesions. *Br J Dermatol,* 140(1): p. 84-89, 1999.
24. SILVESTRE MC, NETTO JCA. Pênfigo foliáceo endêmico: características sociodemográficas e incidência nas microrregiões do estado de Goiás, baseadas em estudo de pacientes atendidos no Hospital de Doenças Tropicais, Goiânia, GO *An Bras Dermatol.;* 80(3):261-266, 2005.

25. SILVERMAN S . The bullous desquamative lesions of oral mucosa. *J Calif Dent Assoc.* 28 (12):928-932, 2000.
26. SIROIS D, LEIGH J E, SOLLECITO T P. Oral pemphigus vulgaris preceding cutaneous lesions: recognition and diagnosis. *J Am Dent Assoc.* 131(8):1156-1160, 2000.
27. TANHH, TAYYK. An unusual case of pemphigus vulgaris presenting as bilateral foot ulcers. *Clin Exp Dermatol.* 25(3):224-226, 2000.
28. TASNKOV N, VASSILEVA S, KAMARASHEV J, KAZANDJIEVA J, KUZEVAV Epidemiology of pemphigus in Sofia, Bulgaria. A 16-year retrospective study (1980-1995). *Int J Dermatol,* 39(2):104-108, 2000.
29. VAILLANT L. Bullous autoimmune diseases of the oral mucosa. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 100(5):230-239, 1999.
30. ZONANANA, ROSEMANJM, MCGWINGJ. Systemic lup Erythematosus in three ethnic groups. *Lupus,* 9(2):101-109, 2000.
31. YANG, Y. H *et al.* Clinical observations of erythema multiforme in children. *Chung Hua Min Kuo Hsiao Erh Ko I Hsueh Hui Tsa Chih,* 40(2):107-111, 1999.
32. WALCHNER Mm Topical Tetracycline Treatment of Erosive Oral Lichen Planus, *Arch dermatol,* 135(s.n.):92, 1999.

CORRESPONDÊNCIA

Lino João Costa
Rua Dr. João Franca, 242 - Manáira
58038-190 João Pessoa - Paraíba - Brasil