

Leucoplasia: Relato de um caso de três lesões em um mesmo paciente

Leukoplakia: Report of a case of three lesions in the same patient

Guilherme Augusto Alves de OLIVEIRA^I
Marco Antônio de AGUIAR^{II}
Flávio Ricardo MANZI^{III}

Correspondência para/Correspondence to:
Flávio Ricardo MANZI
manzi@pucminas.br

RESUMO

Leucoplasias são lesões brancas cancerizáveis ou potencialmente malignas que acometem os tecidos moles da cavidade oral. Seu diagnóstico é obtido através da exclusão de outras lesões brancas que apresentam características clínicas semelhantes e aspectos histopatológicos diferentes. Também é importante salientar o papel fundamental na biópsia para avaliação dos aspectos histopatológicos de lesões intraorais, sendo esta uma técnica simples e apresentando poucas contraindicações. O presente trabalho visa demonstrar os aspectos necessários para obtenção do diagnóstico de lesões leucoplásicas, através do relato de caso clínico.

Palavras-chave: Biópsia. Leucoplasia. Medicina Bucal

ABSTRACT

Leukoplakia are precancerous or potentially malignant white lesions that affect the soft tissues of the oral cavity. Your diagnosis is made by excluding other white lesions with similar characteristics and histopathological different. It is also important to demonstrate the key role in biopsy for evaluation of histopathological aspects of intra-oral lesions, which is a simple technique and present few contraindications. This paper demonstrates the elements necessary to obtain the diagnosis of leukoplakic lesions through the case report.

Keywords: Biopsy. Leukoplakia. Oral Medicine.

^IMestrando em Clínicas Odontológicas – área temática em Periodontia da PUC-MINAS, Belo Horizonte, MG, Brasil. ^{II}Professor Mestre de Periodontia e Clínica Integrada da Universidade de Itaúna, Itaúna, MG, Brasil. ^{III}Professor Doutor de Radiologia da PUC-Minas, Coordenador da área Radiologia do Mestrado Acadêmico da PUC-Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil.

INTRODUÇÃO

O termo “leucoplasia” foi utilizado pela primeira vez por Schwimmerem 1877 para definir lesões brancas da mucosa oral que aparecem sem causas definidas. Em 1967, a OMS definiu leucoplasia como “placa branca da mucosa bucal que não pode ser removida por raspagem e que não pode ser classificada como nenhuma outra doença”. A OMS ainda afirma que esta lesão não apresenta características histológicas específicas devido à variedade de alterações que podem ser observadas nos diferentes casos. Portanto, pode-se afirmar que o termo “leucoplasia” nada mais é que uma nomenclatura usual para alguma lesão branca que não se encaixa em nenhuma outra definição.¹⁻³

Clinicamente, a leucoplasia se apresenta como placas brancas, únicas ou múltiplas, lisas ou rugosas, homogêneas ou heterogêneas, que podem comprometer qualquer área da mucosa bucal, principalmente língua, mucosa jugal, palato duro e mole.¹

Geralmente a lesão está associada a fatores como tabaco e consumo de bebidas alcoólicas, devido a isso há uma maior prevalência em pacientes do sexo masculino acima de 40 anos de idade. Porém, nos últimos anos houve um grande aumento no número de casos em pacientes do sexo feminino associado também ao aumento do consumo de tabaco e álcool.^{1,2}

Apesar de haver conflito entre autores de acordo com a capacidade de transformação maligna das lesões leucoplásicas, não se discute o fato de que os hábitos nocivos como o tabaco, o álcool e o trauma devem ser cessados e as lesões acompanhadas com cuidado.¹⁻⁴

Pesquisas clínicas comprovam que 78,6% dos casos de leucoplasia são homogêneas e 21,4% são heterogêneas. Das leucoplasias homogêneas, 32,2% apresentam hiperqueratose com ausência de displasia epitelial, 39,3% apresentam displasia leve e 7,1% apresentam displasia moderada. Já nos casos de leucoplasia heterogênea, 7,1% apresentam displasia severa e 14,3% foram diagnosticados como carcinoma invasivo.⁵

De acordo com a literatura, o diagnóstico da leucoplasia

é por exclusão de outras doenças que se manifestam de maneira clinicamente semelhante na cavidade oral. Associado a isso, uma anamnese minuciosa e o exame histopatológico podem confirmar a lesão leucoplásica e o grau de envolvimento do tecido.¹⁻⁸

As lesões brancas que podem acometer a cavidade oral e que apresentam características semelhantes à leucoplasia são, principalmente: líquen plano, nevo branco esponjoso, morsicatiobuccarum (mordida crônica da bochecha), queratose friccional, queratose da bolsa do tabaco, leucoedema e estomatite nicotínica.^{2,3,7}

De acordo com Bravo et al.⁹ (2006), é observada uma relação entre lesões leucoplásicas e pacientes portadores de AIDS.

Para se determinar o correto tratamento é necessário que seja feita a biópsia, sendo ela a base que conduzirá o correto tratamento de acordo com o grau de envolvimento dos tecidos.³

A biópsia é um exame complementar que tem como finalidade a elucidação de uma determinada patologia após a remoção de um tecido vivo para estudo macro e microscópico. Uma grande vantagem da biópsia é que para sua realização é necessário um instrumental extremamente simples e praticamente não existem contraindicações, a não ser em caso de lesões vasculares e complicações sistêmicas.¹

Apesar do exame histopatológico não apresentar características individuais da lesão, geralmente são observados hiperqueratose, paraqueratose, acantose, espongirose, processo inflamatório de várias intensidades e displasias epiteliais de grau leve, moderado e severa. Em casos de transformação maligna pode ser observado a presença de células atípicas.¹⁻³

A malignização ocorre em casos de leucoplasias com displasia epitelial, ao contrário das lesões que exibem apenas hiperqueratose, e se observa um caráter exclusivamente benigno. Van Der Waal et al.¹⁰ (1997), enfatizaram que apesar da displasia epitelial ser considerada como um importante fator preditivo de transformação maligna, nem todas as lesões com esta

característica sofrerão o mesmo processo e, por outro lado, nem todas as lesões com ausência de displasia epitelial estão livres de se malignizarem. Assim, recomendam que as leucoplasias não só sejam biopsiadas, mas acompanhadas periodicamente, buscando-se prevenir eventuais mudanças no seu comportamento clínico e histológico.

Segundo Hosni et al.¹¹ (2009), lesões que apresentam características mistas, denominadas leucoeritroplasias, apresentam uma maior capacidade de malignização, sendo que em grande partes dos casos já apresentam displasia epitelial de grau moderado a severa.

O exame clínico bem feito é de suma importância no diagnóstico, devendo o histopatológico servir apenas de confirmação para os achados clínicos. A inspeção e a palpação devem fornecer informações valiosas para o correto diagnóstico.¹

O tratamento consiste principalmente no abandono de hábitos nocivos como fumo e uso de bebida alcoólica, sendo inclusive relatados casos em que a lesão regrediu totalmente em poucos meses, porém em casos onde se é verificada a presença de displasias é aconselhável a remoção cirúrgica da lesão.¹⁻⁸

Em recente estudo foi observado uma incidência de 1,9% de lesões leucoplásicas em pacientes atendidos pelo serviço de diagnóstico da Universidade Federal de Uberlândia.¹²

Índices semelhantes também foram encontrados em diversos países sendo 1,9% na Arábia Saudita¹³ e 1,7% na Tailândia.¹⁴ Porém países que apresentam como hábito cultural o excessivo uso de tabaco, seja de forma local ou habitual, apresentam índices discrepantes demonstrando a relação que existe entre o tabaco e lesões leucoplásicas. Um exemplo disto é o grande índice leucoplásico encontrado em Taiwan correspondendo a 24,4%¹⁵ e na população de Bangladesh que reside no Reino Unido com prevalência em 25%.¹⁶

É extremamente importante que após a conclusão de qualquer tratamento haja um controle periódico do paciente, principalmente em casos onde os hábitos

nocivos não são cessados, com objetivo de verificar que a lesão não evoluiu para a malignidade e evitar a sua recidiva.³

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 40 anos, sem alterações sistêmicas, fumante, procurou atendimento no Estágio Supervisionado da Faculdade de Odontologia de Itaúna com intuito de realizar a remoção de lesões cariosas e posterior restauração em diversos dentes. Porém, ao realizar um exame clínico minucioso, foi constatada a presença de lesões brancas na mucosa jugal esquerda (FIGURA 1-a), direita (FIGURA 1-b) e na região anterior da borda direita da língua. (FIGURA 1-c)



Figura 1 - Lesões leucoplásicas localizadas na mucosa jugal esquerda (a), mucosa jugal direita (b) e região anterior da borda direita da língua (c).

Uma anamnese sucinta pôde-se comprovar que a paciente apresentava como principal hábito nocivo à utilização de tabaco há aproximadamente 20 anos e com um consumo médio de 20 cigarros por dia.

Ao realizar a palpação e inspeção comprovou-se que se tratava de uma lesão branca, homogênea, lisa e aderida, que não poderia ser removida com gaze.

Após a antisepsia intra-oral com clorhexidine a 0,12%, prosseguiu-se com a aplicação de anestésico tópico na região próxima ao local da lesão e logo após, a aplicação de 0,6ml de solução anestésica pela técnica infiltrativa regional na região da mucosa jugal esquerda. Verificada a eficiência da solução anestésica foi iniciado o procedimento de biópsia, no qual se optou pela biópsia incisional devido à grande extensão da lesão.

O fragmento removido foi colocado em um frasco com solução a base de formol a 10%. A sutura da região incisada foi realizada com três pontos simples a fim de proporcionar cicatrização por primeira intenção e impedir a penetração de microrganismos e corpos estranhos. (FIGURA 2).



Figura 2 – Sutura da área biopsiada na mucosa jugal esquerda

Na mucosa jugal direita, foram realizados os mesmos procedimentos, porém se optou por uma biópsia excisional devido à lesão ser menos extensa. (FIGURA 3-a/ 3-b).

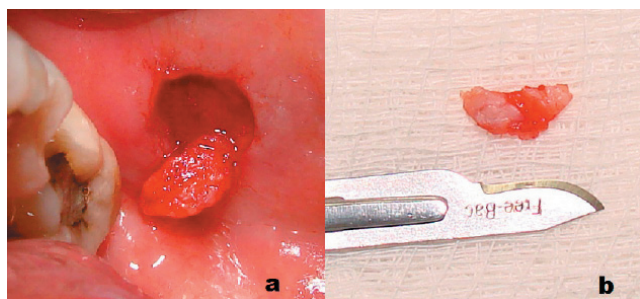


Figura 3 – Biópsia excisional da mucosa direita (a). Fragmento removido e enviado para análise histopatológica (b).

Na região anterior direita da língua foi realizada biópsia excisional, porém a técnica anestésica empregada foi o bloqueio do nervo lingual na região na tuberosidade da mandíbula.

Terminada a realização dos procedimentos cirúrgicos, os frascos foram identificados e encaminhados para o

laboratório para análise histopatológica.

Os exames histopatológicos confirmaram o diagnóstico clínico apresentando hiperplasia do epitélio escamoso estratificado com paraceratose e hiperkeratose superficial, além de moderada inflamação crônica.

Não foram observadas displasias e nem atipias celulares, o que demonstra a ausência de malignidade das lesões.

Com este diagnóstico, optou-se pela conscientização da paciente para o abandono do tabaco e a preservação pós-cirúrgica das lesões com periodicidade de 3 em 3 meses a fim de monitorar possíveis recidivas das lesões e caso haja alguma nova alteração, possa se realizar novas biópsias para avaliação histopatológica.

DISCUSSÃO

O termo leucoplasia é uma nomenclatura para lesões brancas na cavidade oral que apresentam características clínicas que não se enquadram na definição de nenhuma outra patologia. Suas características são diversas, podendo apresentar-se homogênea ou heterogênea, única ou múltiplas lesões, lisa ou rugosa, podendo acometer várias localizações bucais. As características histológicas também não apresentam um padrão único, sendo observado hiperkeratose, paraceratose, acantose e em certos casos demonstrando displasias epiteliais em diferentes graus, e atipi celular.¹⁻³

No presente relato, foram observadas lesões brancas, homogêneas, múltiplas, com superfície lisa, localizadas bilateralmente na mucosa jugal, e na língua. De acordo com estas características obteve-se um diagnóstico clínico de leucoplasia, através da exclusão de outras lesões brancas que se apresentam semelhantes. O histopatológico demonstrou presença de hiperkeratose e paraceratose, sendo indicativos da não malignização das lesões.

Estudos demonstram que a mucosa jugal geralmente é a região da cavidade oral mais acometida por lesões leucoplásicas e que o padrão histológico mais encontrado é hiperkeratose.^{14,17,18}

A incidência de leucoplasia é variada, sendo relatados

índices superiores em países cujo uso excessivo do tabaco representa um fator cultural.¹²⁻¹⁶

A preservação constitui de fator chave para o sucesso do caso clínico, já que quando não cessado os hábitos deletérios associados à patologia, nos quais se destaca o tabaco, há um índice de recidiva muito grande relatado na literatura. No caso clínico em discussão, a paciente foi orientada para o abandono do fumo e preservação com periodicidade trimestral, eliminando um dos principais fatores relacionados às lesões leucoplásicas e monitorando possíveis alterações num curto período de tempo.¹⁻³

CONCLUSÃO

Leucoplasias são lesões com potencialidade de transformação maligna, por isto devem ser biopsiadas com o intuito de definir o correto tratamento de acordo com as características histológicas.

É necessário que haja no clínico a consciência de avaliar os aspectos teciduais que fujam à normalidade para que, desta maneira, lesões de mucosa sejam diagnosticadas precocemente, na quais onde as chances de êxito no tratamento são maiores, e a terapêutica mais conservadora.

REFERÊNCIAS

1. Kignel S. Estomatologia: bases do diagnóstico para o clínico geral. São Paulo: Santos; 2007.
2. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology: clinical pathologic correlations. 4th ed. St. Louis (MO): Saunders; 2003.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot J. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
4. Silverman Jr S, Eversole LR, Truelove EL. Fundamentos de Medicina Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
5. Rodrigues TLC, Costa LJ, Sampaio MCC, Rodrigues FG, Costa ALL. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. Pesq. Odontol. Bras. 2000; 14(4):357-61.
6. Grinspan D. Enfermidades de la boca. Tomo II, Patología. Clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Buenos Aires: Mundi; 1973.
7. Goés C, Weyll B, Sarmiento VA, Ramalho LMP. Diagnóstico Diferencial e Manejo da Leucoplasia Bucal – caso clínico: acompanhamento de 4 anos. RGO. 2007; 55(1):95-100.
8. Carvalho ACP, Magro Filho O, Souza CMR, Melhado RM. Leucoplasia bucal: relato de caso clínico. 1996. Rev. Reg. Araçatuba Assoc. Paul. Cir. Dent.;(17):27-8.
9. Bravo I, Correntí M, Escalona L, Perrone M, Brito A, Tovar V, Rivera H. Prevalencia de leucoplasia bucal en individuos con infección por VIH/SIDA. Acta Odontol. Venez. 2006; 44(3):352-6.
10. Rodrigues TLC, Costa LJ, Sampaio MCC, Rodrigues FG, Costa ALL. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. Pesqui. odontol. bras. 2000; 14(4):357-61.

REFERÊNCIAS

11. Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAS. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2009; 75(2):295-9.
12. Paulo LFB, Rosa RR, Rocha MA, Durighetto Jr AF. Incidência e prevalência das lesões brancas associadas ao tabagismo atendidos no ambulatório da unidade de diagnóstico estomatológico da Universidade Federal de Uberlândia no período de 1997 a 2008. *Horiz.Cient.* 2010; 4(2):1-20.
13. Mani NJ. Preliminary report on prevalence of oral cancer and precancerous lesion among dental patients in Saudi Arabia. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1985; 13(4):247-8.
14. Laphthanasupkul P, Poomsawat S, Punyasingh JA. Clinicopathologic study of oral leukoplakia and erythroplakia in a Thai population. *Quintessence Int.* 2007; 38(8):e448-55.
15. Yang YH, Lee HY, Tung S, Shieh TY. Epidemiological survey of oral submucous fibrosis and leucoplakia in aborigines of Taiwan. *J Oral Pathol Med.* 2001;30(4):213-9.
16. Pearson N, Croucher R, Marcenes W, O'farrel M. Prevalence of oral lesions among a sample of Bangladeshi medical users aged 40 years and over living in Tower Hamlets, UK. *Int Dent J.* 2001;51(1):30-4.
17. Dhanuthai K, Decha S, Atornkidjawan N. The study of lesions clinically diagnosed as leukoplakia in a group of Thai patients. *J Dent Assoc Thai.* 2002;52:399-406.
18. Waldron CA, Shafer WG. Leukoplakia revisited. A clinicopathologic study 3256 oral leukoplakias. *Cancer.* 1975;36(4):1386-92.