

## MANIFESTAÇÕES ORAIS DA INFECÇÃO PELO HIV III — LEUCOPLASIA PILOSA E OUTRAS LESÕES DE ORIGEM VIRAL

António Mano Azul\*

**RESUMO:** Neste terceiro artigo de uma série dedicada às manifestações orais da infecção pelo HIV, o autor aborda as lesões de origem viral, particularmente a leucoplasia pilosa (HL), uma das lesões mais frequentemente associadas ao HIV. Focam-se ainda alguns dos aspectos terapêuticos mais importantes.

**SUMMARY:** This third article of a series about oral lesions of HIV infection reviews the lesions associated with virus, particularly hairy leucoplakia (HL), and some treatment aspects.

**Palavras-chave:** SIDA, Leucoplasia pilosa, EBV, HPV, CMV

**Key-words:** AIDS, Hairy Leucoplakia, EBV, HPV, CMV

Diversas manifestações orais da infecção pelo HIV estão associadas a uma etiologia viral, com quadros clínicos de importância e prevalência muito variável (Quadro I). A mais importante destas lesões pelo seu quase exclusivo aparecimento nos doentes infectados pelo HIV, é a leucoplasia pilosa (HL), com um relativamente fácil diagnóstico clínico, desde que o médico esteja alertado para as suas características fundamentais e para um breve diagnóstico diferencial.

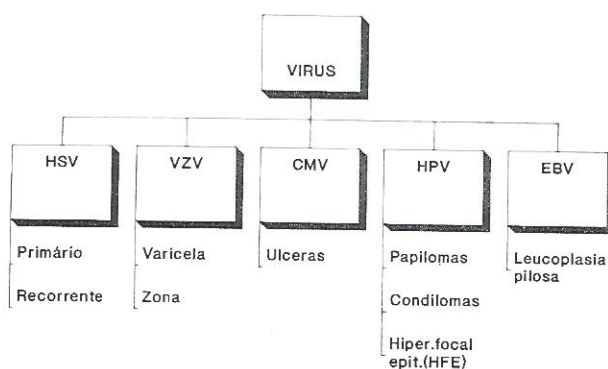
### LEUCOPLASIA PILOSA

A leucoplasia pilosa (HL) que diversos investigadores defendem hoje, se deveria chamar leucoplasia HIV, foi observada pela primeira vez em 1981, e descrita como entidade em 1984 pelos

\* Médico, especialista em Estomatologia. Responsável pela Disciplina de Patologia Oral da ESMDL/CFP. Consultor da Comissão de Investigação e Epidemiologia Oraís da Federação Dentária Internacional.

### QUADRO I

Infecções virais em doentes seropositivos para o HIV



Greenspan<sup>1</sup>. Hoje em dia encontra-se incluída na classificação do CDC e faz parte das lesões mais frequentemente associadas à infecção pelo HIV<sup>2</sup>, sendo a sua presença um excelente indicador de seropositividade<sup>3</sup>. Esta lesão surge em todos os grupos de risco para a SIDA, ao contrário da percepção inicial de que seria quase exclusiva dos

homossexuais<sup>4</sup>. Raros casos de HL não associada ao HIV foram descritos recentemente<sup>5</sup> (imunodeprimidos pós-transplante renal, cardíaco ou de medula óssea).

A leucoplasia pilosa é uma lesão branca que se observa quase exclusivamente nos bordos da língua (Fig. 1 e 2), frequentemente bilateral. Até hoje



Fig. 1

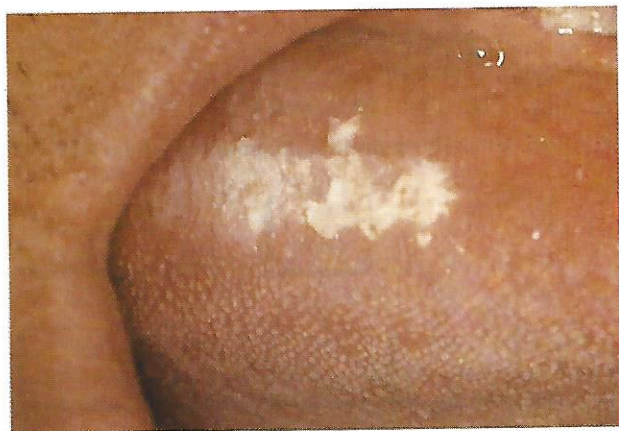


Fig. 2

observámos unicamente um caso na mucosa jugal (Fig. 3). A sua superfície é irregular, com diversas pregas ou projecções que quando mais marcadas se assemelham a pêlos. Pode ser, no entanto, pequena, com pregas finas e em algumas áreas lisa e achatada. Etiologicamente está associada ao vírus de Epstein-Barr (EBV), o que tem sido repetidamente confirmado por hibridização<sup>6</sup>.

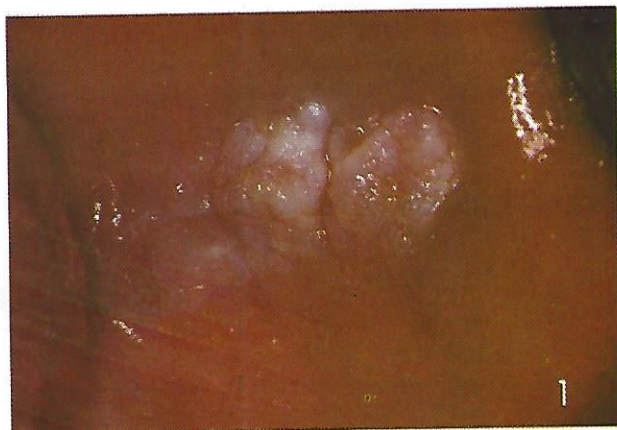


Fig. 3

Geralmente assintomática, a HL pode por vezes ser secundariamente infectada pela *Candida albicans*, produzindo ligeira sintomatologia dolorosa local.

Do ponto de vista histológico, a HL apresenta hiperplasia epitelial com acantose e hiperparakeratose produzindo as projecções à superfície (Fig. 4), bem como outras características que não importa desenvolver<sup>7</sup>.

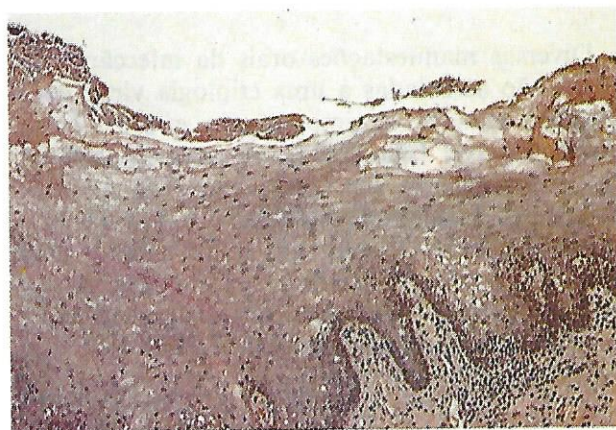


Fig. 4

A leucoplasia pilosa pode ser clinicamente óbvia, mas deve ser bem diferenciada de outras lesões não só pelo estigma da SIDA que o seu diagnóstico imediatamente arrasta, mas também porque outras situações levam a diferentes abordagens terapêuticas<sup>8</sup> (Quadro II). Em alguns casos a HL pode ser dificilmente observável excepto se efectuarmos um cuidadoso exame intraoral.

**QUADRO 2**

Diagnóstico diferencial da HL

Lesões por material restaurador	Candidiase crónica hiperplásica
Leucoplasia idiopática	Nevus branco esponjoso
Leucoplasia do fumador	Língua geográfica
Lesões do tabaco sem fumo	Queratose friccional
Liquen plano	Traumatismos crónicos

*Adaptado de Greenspan D e col., Aids and the Mouth, 1990*

É importante a biópsia para o diagnóstico da lesão, no entanto, como as características histológicas não são verdadeiramente patognomónicas, em caso de dúvida deve-se demonstrar a presença do EBV. Isto pode ser efectuado por imunohistoquímica<sup>9</sup>, hibridização<sup>10</sup> ou microscopia electrónica<sup>11</sup>. A hibridização in situ com sondas DNA é particularmente útil nos casos em que a biópsia está contra-indicada (p.ex. hemofílicos)<sup>12</sup>.

A leucoplasia pilosa não parece ter potencial maligno e raramente está indicado o seu tratamento. Por vezes a sobreinfecção por *Candida* leva a desconforto que justifica a utilização de agentes antifúngicos. Especificamente para a leucoplasia pilosa e somente quando a sintomatologia o exija, podem-se utilizar os antivirais eficazes para o EBV, geralmente o aciclovir em doses de 12 comprimidos de 200 mg por dia, durante 3 semanas<sup>13</sup>. Outras drogas antivirais como o desciclovir e o ganciclovir apresentam os mesmos resultados<sup>14</sup>. Devemos ter presente, no entanto, que as lesões de HL recorrem geralmente semanas ou meses após o fim do tratamento. A azidotimidina (AZT) ou zidovudina, amplamente utilizada para os doentes com SIDA, provoca também uma remissão da HL, mas somente durante o curso de tratamento<sup>15</sup>. São ainda necessários estudos adicionais para se avaliar exaustivamente a eficácia destes agentes.

**OUTRAS LESÕES DE ETIOLOGIA VIRAL**

**Vírus Herpes simplex (HSV)**

A prevalência das infecções herpéticas intraorais em doentes com infecção pelo HIV situa-se entre 5 e 13%<sup>16</sup>. A estomatite herpética nestes doentes, particularmente nos casos de SIDA, é muito mais grave e com lesões mais extensas do que em indivíduos não infectados. O tratamento envolve a utilização sistémica do aciclovir, em doses de 200 mg 5 vezes ao dia durante pelo menos 5 dias. A aplicação tópica em doente imunodeprimidos é raramente suficiente.

**Vírus Varicella Zoster (VZV)**

A varicela tem sido muito raramente descrita de forma associada ao HIV, pela elevada prevalência desta infecção em idades muito precoces. O mesmo não acontece com a zona, pois a latência do VZV nos humanos leva a que em imunodeprimidos se manifeste esta forma recorrente de doença. A zona é um dos sinais clínicos mais precoces da infecção pelo HIV, na ausência de outra situação patológica imunossupressora. Dos doentes seropositivos para o HIV que apresentam zona, 23% desenvolverão SIDA nos dois anos seguintes e 46% 4 anos depois do diagnóstico da zona<sup>17</sup>.

O herpes zoster, nestes doentes, é muito grave e doloroso, exigindo elevadas doses de aciclovir (2000-4000 mg/dia). Nos casos mais graves torna-

- Ultrastructural and immunohistochemical findings in oral hairy leukoplakia. *Virchows Arch A* 1988; 412: 533-42.
- 10 — DE SOUSA YG, GREENSPAN D, HAMMER M e col. Demonstration of Epstein-Barr virus DNA in the epithelial cells of oral hairy leukoplakia. *J Dent Res* 1986; 65: 765, Abstr 357.
- 11 — BELTON CM, EVERSOLE LR. Oral hairy leukoplakia: ultrastructural features. *J Oral Pathol* 1986; 15: 493-9.
- 12 — GREENSPAN JS, GREENSPAN D, DE SOUSA Y e col. Diagnosis and investigation of hairy leukoplakia using non-invasive techniques. *J Dent Res* 1987; 66: 184, Abstr 618.
- 13 — GREENSPAN D, SCHIODT M, GREENSPAN JS, PINDBORG JJ. AIDS and the mouth. Munksgaard 1990, Copenhagen.
- 14 — GREENSPAN D, GREENSPAN JS, DE SOUSA Y e col. Efficacy of BWA515U in treatment of EBV infection in hairy leukoplakia, *J Dent Res* 1987; 66: 184, Abstr 619.
- 15 — PHELAN JA, KLEIN RS. Resolution of oral hairy leukoplakia during treatment with azidothymidine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 65: 717-20.
- 16 — MELBYE M, GROSSMAN RJ, GOEDERT JJ e col. Risk of AIDS after herpes zoster. *Lancet* 1987; 1:728-30.
- 17 — SYRJANEN KJ, PYRHONRN S, SYRJANEN SM e col. Immunohistochemical demonstration of human papilloma virus (HPV) antigens in oral squamous lesions. *Br J Oral Surg* 1983; 21: 147-53.