

LESÕES BRANCAS DA BOCA

(PRÉMIO SOCODENTE — 1987)

DR. CARLOS SILVA SANTOS *

DR. RUI SEQUEIRA AGUIAR *

RESUMO:

O propósito dos autores ao efectua-rem este trabalho de revisão, foi o de sistematizar este enorme capítulo da semiologia oral; sua etiologia, clínica, terapêutica e prognóstico.

INTRODUÇÃO:

As lesões brancas da cavidade oral devem ser consideradas como o capítulo mais importante da semiologia oral.

O aspecto esbranquiçado da mucosa oral reveste a sua importância na altura da valorização clínica, visto poder tratar-se de:

1. Uma situação reactiva a uma irritação crónica local;
2. Uma manifestação dentro de um processo infeccioso inespecífico (por ex. micoses).
3. Uma manifestação nas mucosas de processos sistemáticos de índole geral (por ex. sífilis secundária, sarampo, etc.).

Há autores que consideram a leucoplasia, como o termo genérico para

designar todas as lesões brancas mucosas pré-malignas.

Várias classificações foram propostas, como a que divide lesões queratósicas e não queratósicas.

No entanto, por questões de sistematização optámos pela seguinte classificação:

- Gengivite descamativa
- Hiperqueratose benigna
- Leucoplasia
- Líquen plano
- Carcinoma in situ
- Carcinoma espino-celular
- Nevus branco-esponjoso
- Candidíase
- Língua pilosa branca
- Línguas geográfica
- Estomatite nicotínica
- Queimaduras químicas
- Grãos de Fordyce
- Pérolas de Epstein (nódulos de Bohn)

OUTRAS:

- Lesão branca do algodão salivar
- Sífilis secundária
- Manchas de Koplik
- Língua branca do insuficiente renal

* Médicos internos de Estomatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

GENGIVITE DESCAMATIVA

É uma lesão branca que aparece principalmente na mulher em idade pré-menopáusicas, preferencialmente na mucosa gengival, apresentando esta, numerosas zonas nas quais o epitélio se descama facilmente, deixando placas hemorrágicas. Por vezes, as lesões podem começar como vesículas que posteriormente se úlceram.

Clinicamente a gengivite descamativa apresenta múltiplas lesões brancas que desaparecem mediante leve pressão com o dedo — SINAL DE NIKOLSKY — e mucosa com aspecto inflamatório.

O diagnóstico diferencial deve colocar-se para o Líquen plano erosivo, ou, as manifestações orais do Penfigo e Eritema multiforme. No entanto, a G. D. distingue-se destas afecções, pelo facto das suas lesões se limitarem à mucosa gengival, sem participação da pele, nem de nenhuma outra região da mucosa oral.

Histologicamente, observam-se zonas onde o revestimento epitelial está levantado ou ausente, ficando o tecido conjuntivo exposto e com um infiltrado polimorfonuclear, formando uma úlcera coberta por fibrina. O tratamento baseia-se numa melhoria da higiene oral e na terapêutica sintomática. Nesta, tem-se ensaiado com êxito duvidoso, a administração local e sistémica de corticóides. Quando a dor é significativa, a aplicação tópica de anestésicos antes das refeições, dá bons resultados.

O prognóstico é favorável.

HIPERQUERATOSE BENIGNA

Também conhecida por Pachyderma oris, pachyderma oralis, queratosis focal.

É a lesão branca mais comum da cavidade oral, representando 71% do total e 7,5% das biópsias executadas.

É 2 vezes mais comum no homem do que na mulher, com predomínio entre os 50-60 anos, com uma média de + ou — 48 anos.

A duração média da lesão é de 28 meses.

A localização mais frequente é respectivamente, à mucosa mandibular, mucosa jugal, lábio, palato, pavimento da boca, mucosa maxilar e língua.

Clinicamente, trata-se de uma lesão benigna, elevada ou plana, branca, que pode ser áspera, geralmente isolada, não desaparecendo à pressão.

Associa-se frequentemente com um factor traumático, por ex., morder os lábios.

Histologia: A biópsia da lesão, mostra grande capa de queratina — hiperqueratose ou paraqueratose (esta última quando a queratina mostra restos de núcleos epiteliais). Pode haver acantose (espessamento das cristas epiteliais e do estrato de Malpighi).

As células epiteliais individuais são todas normais.

A terapêutica consiste na eliminação de factores traumáticos e na terapêutica sintomática.

O prognóstico é excelente. A lesão pode desaparecer em 2-3 semanas.

Não recidiva, a não ser que a causa persista.

LEUCOPLASIA

É uma lesão que representa cerca de 13% de todas as lesões brancas da mucosa oral, mais frequente no homem adulto (relação homem-mulher 3:2) predominando na 5.^a-6.^a décadas de vida. Localiza-se em qualquer local da mucosa oral, principalmente, e por ordem de incidência, à mucosa

jugal, lábio, mucosa mandibular, pavimento da boca, língua, palato e mucosa maxilar.

Clinicamente, caracteriza-se por ser uma lesão branca, elevada ou plana que se pode apresentar fissurada, áspera ou lisa. Assintomática, com tamanho variável não desaparecendo à pressão.

A biópsia é imperiosa para um diagnóstico de certeza.

Histologicamente a leucoplasia é muito semelhante à hiperqueratose benigna, apresentando a túnica epitelial uma espessa capa de queratina com membrana basal íntegra; no entanto, na leucoplasia as células epiteliais mostram-se disqueratósicas (chamamos disqueratose a um conjunto de anomalias na célula ou no seu meio circundante onde existe epitélio com núcleos hiper cromáticos, mitoses anormais, disposição anormal das diferentes camadas celulares e queratinização de células individuais).

A leucoplasia, é uma lesão pré-maligna, podendo evoluir para um carcinoma de células escamosas, pelo que o tratamento é a excisão total com bastante margem. No entanto, também se tem utilizado nalguns casos de leucoplasia e com sucesso a crioterapia.

O prognóstico é bom, principalmente para as lesões do lábio, onde, as não tratadas malignizam em menos de 25% das casas, no entanto as leucoplasias do pavimento da boca e da base da língua, não tratadas, evoluem desfavoravelmente em mais de 90% dos casos.

Tanto clínica como microscopicamente é impossível distinguir entre as leucoplasias que se tornarão invasoras e as que não o serão, pelo que a cirurgia é imperiosa.

LÍQUEN PLANO

É uma situação clínica que representa 9% das lesões brancas da mucosa oral, sendo mais frequente na mulher que no homem, aparecendo entre os 20 e os 80 anos, com maior incidência durante a 5.^a e 6.^a décadas de vida.

Cerca de 70% das lesões aparece na mucosa jugal; 9% no palato e língua, e os restantes no lábio, mucosa alveolar e pavimento da boca.

É uma entidade clínica que afecta não só a mucosa oral como também a pele. Desconhece-se exactamente a sua causa, embora o seu aparecimento possa ser precedido por um quadro de stress emocional.

Na pele as lesões são predominantemente escamosas, múltiplas, vermelhas ou violáceas, que causam prurido. Têm uma distribuição simétrica, localizando-se, preferencialmente, às regiões flexoras do punho e perna, podendo, no entanto, aparecer em qualquer região do corpo.

Clinicamente as lesões orais têm um aspecto de linhas brancas ou branco-amareladas — Linhas de Wickham —, entrelaçadas. No entanto, também podem aparecer como placas ou como múltiplas pápulas brancas. São assintomáticas, embora, por vezes, os doentes se queixem de uma sensação de ardor.

As lesões não desaparecem à pressão e regridem espontaneamente em poucos meses.

Histologicamente encontramos cristas epiteliais em «dentes de serra», podendo haver queratinização do epitélio. O tecido conjuntivo apresenta um infiltrado linfocitário nitidamente delimitado e edema da membrana basal.

O líquen plano requer apenas tratamento sintomático, embora haja autores que referem com algum sucesso a utilização de crioterapia.

O seu prognóstico é bom.

Há que referir também que, além da forma habitual de líquen plano, reconhecem-se quatro outras, embora que raras, e a saber: a vesicular, que se encontra essencialmente no bordo lateral ou superficial ventral da língua; a erosiva, localizada a língua e mucosa jugal; a atrófica, localizada ao dorso da língua e cuja característica principal é o desaparecimento das papilas linguais; a hipertrófica, que se acompanha de grossas placas brancas que se podem observar na língua ou região retromolar.

Em todas estas variedades, as características linhas brancas ou papulas do líquen plano observam-se na periferia das lesões.

CARCINOMA IN SITU

Também conhecido por carcinoma intra-epitelial.

É uma lesão pré-maligna, assim como a leucoplasia, diferenciando-se desta apenas histologicamente, posto que, clinicamente, ambas se podem assemelhar e mesmo associar.

Aparece predominantemente nos homens em idade adulta e em qualquer local da mucosa local, representando 2,5% das lesões.

As manifestações clínicas são variadas, podendo aparecer como uma placa branca, uma erosão ou uma zona avermelhada.

A biópsia é obrigatória.

Histologia: Enquanto que na leucoplasia a disqueratose apenas se encontra na camada epitelial, no carcinoma in situ apresenta-se em todas as camadas mantendo a membrana basal intacta, perda da polaridade celular.

Dado ser uma lesão pré-maligna, e a evolução para a malignidade ser grande, a excisão o mais ampla e com-

plexa possível é o tratamento indicado. Associa-se a eliminação de factores irritantes reconhecidos ou traumáticos.

O prognóstico, depende da localização da lesão, sendo as mais agressivas as do pavimento da boca e base da língua, podendo evoluir para o carcinoma de células escamosas.

CARCINOMA ESPINO-CELULAR

Não é nosso propósito fazer uma descrição exaustiva desta situação clínica, também designada carcinoma de células escamosas, no entanto, não podemos deixar de a referir, visto que 4 a 6% dos carcinomas espinocelulares se apresentam como uma lesão branca.

É o tumor maligno mais frequente na cavidade oral, representando cerca de 90% destes.

É 8-9 vezes mais frequente no homem que na mulher, sendo a sua maior incidência depois da 4.^a década de vida, embora possa aparecer em qualquer idade; localiza-se principalmente no lábio, língua e pavimento da boca, por ordem de frequência.

95% dos carcinomas do lábio, afectam o lábio inferior, principalmente próximo das comissuras.

As lesões podem ter um aspecto de úlcera, verruga ou escama, sendo mais frequentes nas raças de pele clara do que nas de pele escura.

O cancro do lábio superior apresenta metástases com uma frequência 6 vezes maior que o do lábio inferior, pelo que a sobrevida aos dez anos é de 80% a 92%, respectivamente.

50% dos carcinomas intrabucais localizam-se na língua, 16% no pavimento da boca, distribuindo-se os restantes 34% em partes iguais, pelo palato, mucosa alveolar e mucosa jugal.

Dos carcinomas intrabuciais, 60% apresentam-se como úlceras, 30% como lesões vegetantes e os restantes 10% como «lesões brancas».

Na língua os carcinomas localizam-se aos 2/3 posteriores e bordos laterais, e só muito raramente aos 1/3 anterior; metastizam muito precocemente, pelo que, ao iniciar-se o tratamento, 40% dos doentes tem invasão linfática regional, e 25% metástases a distância; a malignidade relativa do cancro da língua pode relacionar-se com a sua localização: quanto mais posterior estiver situado o tumor, tanto maior a sua malignidade.

Cerca de 1/3 dos doentes sobrevive aos dois anos, e 1/5 sobrevive aos cinco anos (Bhaskar).

O carcinoma do pavimento da boca, como o da língua, metastisa muito precocemente, pelo que, o seu prognóstico é extremamente desfavorável. O carcinoma da mucosa jugal, representa cerca de 9% dos carcinomas intrabuciais, mas 40% apresentam metástases à distância aquando do diagnóstico.

A causa do carcinoma espinho-celular é desconhecida, no entanto, pensa-se que a má adaptação de próteses, a irradiação actínica, o tabaco, a glosite sifilítica e o alcoolismo são factores predisponentes importantes, entre outros.

A biópsia é imperiosa.

Histologicamente, no carcinoma espinho-celular, as células epiteliais apresentam todas as características da disqueratose (pleomorfismo, mitoses anormais e anormais, perda da polaridade e hiperchromatismo), além da invasão da membrana basal e dos tecidos subjacentes.

É importante o grau de diferenciação dos carcinomas espinho-celular, pois, quanto mais diferenciados forem, isto é, quanto mais parecidos com os tecidos em que se originam,

menor o grau de malignidade. Daqui a classificação de «Broder», que classifica os carcinomas em quatro graus por ordem crescente de malignidade:

- No grau I, 75% ou mais das células, estão normalmente diferenciadas;
- No grau II, 50/75% de células diferenciadas;
- No grau III, 25/50% de células diferenciadas;
- No grau IV, de 0/25% de células diferenciadas.

Geralmente os carcinomas do lábio estão mais bem diferenciados que os do interior da cavidade bucal.

O tratamento é cirúrgico. A irradiação não é recomendável e só se deveria usar quando a cirurgia já não é execrável. No entanto, em tumores volumosos as radiações podem acompanhar a cirurgia.

Quanto ao prognóstico, já o temos vindo a referir, podendo citar e, em resumo, um bom prognóstico para as lesões labiais desde que diagnosticadas precocemente, desfavoravelmente para as lesões do pavimento da boca e base da língua.

NEVUS BRANCO ESPONJOSO

Sinónimos:

Naevus spongiosos albus mucosae, gingivostomatitis branca pregueada, leucoqueratose congénita da mucosa oral.

Trata-se de uma doença rara, hereditária ou familiar, podendo ser congénita ou aparecer na infância, atingindo o máximo na adolescência, persistindo durante toda a vida, de transmissão autosómica dominante. Na história clínica é importante a investigação da existência de lesões familiares.

Clinicamente a lesão é assintomática, distribuindo-se bilateral e simet-

origem uma causa debilitante, pois depende do controle destas.

LÍNGUA PILOSA BRANCA

Para explicar a origem desta afecção, preconizaram-se causas nicotínicas ou alérgicas. No entanto, é provável que os seus factores causais, sejam a desidratação, uma higiene oral precária e a xerostomia fisiológica da velhice.

É uma lesão do dorso da língua, mais frequente no homem em idade adulta.

Caracteriza-se por prolongamentos brancos, das papilas filiformes, semelhantes a cabelos e que dão o aspecto branco viloso da superfície dorsal da língua.

Geralmente assintomática, no entanto, devido ao acumular de restos de comida entre as vilosidades, pode resultar dor, devido à inflamação secundária.

Nalguns casos dá-se uma mudança de côr nas vilosidades, que se tornam pardas ou negras (língua pilosa negra), provavelmente devido à colagem de pigmento exógeno de alimentos ou medicamentos. Histologicamente encontramos hiperplasia das papilas filiformes, no entanto, todas as células epiteliais são normais. O tecido conjuntivo pode apresentar infiltração de plasmócitos e linfócitos. É uma lesão benigna, que não requer tratamento.

O raspar e lavar diário da língua é curativo.

LÍNGUA GEOGRÁFICA

Também designada por «rash migratório», atinge o dorso da língua, com maior frequência, na mulher adulta.

É uma situação clínica de etiologia desconhecida, que se caracteriza por

uma ou várias zonas irregulares de descamação com cor vermelha, faltando nestas zonas as papilas filiformes, mas permanecendo as fungiformes. As manchas «peladas» estão rodeadas de papilas filiformes normais, que, ou pelo contraste ou pela acumulação de queratina, parecem hipertrofiadas, sendo zonas brancas.

As zonas descamadas curam, mas aparecem outras noutro local, daí a denominação de «rash migratório».

Histologicamente as zonas descamadas, apresentam perda de papilas filiformes, perda de queratina, estreitamento do epitélio e quantidades variáveis de um exsudado inflamatório no tecido conjuntivo. As zonas brancas aparecem como prolongamentos das papilas filiformes.

Geralmente as lesões não respondem ao tratamento, mas desaparecem espontaneamente. Recomenda-se por vezes, além duma boa higiene oral, a utilização de vitamina B.

As recidivas são frequentes. O prognóstico é bom.

ESTOMATITE NICOTÍNICA

Esta entidade clínica, também designada ouranite glandular, está relacionada com o hábito de fumar, principalmente cachimbo, ou naqueles doentes que têm o hábito de fumar cigarros com a ponta incandescente dentro da boca.

A localização preferencial, é no palato, manifestando-se como uma grande quantidade de pápulas umbilicadas.

Primeiro, estão dispersas sob um fundo de mucosa avermelhada que logo a seguir se torna branca ou acizentada.

As pápulas e depressões centrais, correspondem aos orifícios dos canais das glândulas palatinas.

É provável que na sua génese intervenham factores químicos e térmicos. Microscopicamente, encontra-se hiperqueratose, que é a responsável pela cor branca das lesões e, para-queratose, mas não há disqueratose.

Nos canais das glândulas palatinas, observa-se proliferação epitelial e intraductal, assim como, obstrução dos lúmens, produzindo este com o exsudado inflamatório, o aspecto mamilonado característico.

O tratamento consiste em suprimir o tabaco (cachimbo) e, se não for possível, construir um palato acrílico.

Há autores que advogam a utilização de crioterapia, com muito bons resultados, desde que parem a intoxicação nicotínica.

O prognóstico é bom desde que a condição atrás referida seja respeitada.

QUEIMADURAS QUÍMICAS

Certos produtos químicos utilizados em auto-medicação, produzem queimaduras da mucosa oral.

Frequentemente aplicam-se comprimidos de aspirina, sob forma local para aliviar a dor, por ex. de um dente incluso (siso), ou de uma pericoronite, onde se dissolvem lentamente, originando uma placa branca de coagulação de tecido.

A história faz o diagnóstico diferencial.

Localizam-se em qualquer região da mucosa oral, onde o factor causal tenha sido aplicado. Trata-se duma lesão necrótica branca ou branco-acizentada, de duração muito breve, dolorosa, causada por produtos químicos, nomeadamente o ácido acetil-salicílico, o fenol, ácido tricloroacético, entre outros.

Na histologia observa-se que o epitélio e parte do tecido subjacente, são necróticos, havendo infiltração neutrófila e edema periféricos.

O tratamento é sintomático, curando rapidamente.

O prognóstico é bom.

GRÃOS DE FORDYCE

É uma anomalia do desenvolvimento que afecta 80% da população, localizando-se na mucosa oral, ao nível do plano de oclusão dos dentes, no lábio e região retromolar.

As paredes laterais da cavidade oral, desenvolvem-se pela fusão postero-anterior dos processos maxilar e mandibular da face. Estes processos estão cobertos pela ectoderme, que dá origem não só à pele e seus anexos, como também à mucosa vestibular. A ectoderme ao longo da linha de fusão dos processos maxilar e mandibular, forma as glândulas sebáceas que apaecem como grânulos na superfície da mucosa. Embora essas glândulas existam na mucosa desde o nascimento, é depois de se alcançar a maturidade sexual, que elas se hipertrofiam, vindo a assumir o aspecto de múltiplos grânulos branco-amarelados, que se podem agrupar e formar placas, que caracteriza os grãos de Fordyce. É também por esta razão que esta entidade aumenta com a idade, e, embora a sua incidência seja idêntica em ambos os sexos, nos últimos anos, com o emprego dos contraceutivos orais, observou-se um aumento de incidência na mulher.

Histologicamente encontramos glândulas sebáceas normais, na lâmina própria e submucosa da mucosa.

A afecção é assintomática, não requerendo tratamento, com excelente prognóstico.

PÉROLAS DE EPSTEIN (Nódulos de Bohn)

Aparece em 80% das mucosas palatina e alveolar dos recém-nascidos,

sendo menos comum nos de raça negra.

Apresentam-se como lesões brancas ou branco-acizentadas, de consistência firme, múltiplas, como grãos de arroz, tratando-se de quistos gengivais aquando de localização alveolar.

Ao microscópio, os nódulos representam quistos superficiais pequenos, cheios de queratina e revestidos de epitélio escamoso estratificado. Não necessita de tratamento, visto que os quistos são superficiais, desprendendo-se espontaneamente em poucos meses.

O prognóstico é bom.

OUTRAS:

Lesão Branca do Algodão Salivar

Lesão provocada pelo algodão, que ocorre na goteira vestibular, principalmente superior.

Depois de retirarmos o algodão salivar, forma-se uma pequena película na mucosa, desenvolvendo-se aí nas 48 horas seguintes uma lesão fibrosa, muito superficial e que regride espontânea e rapidamente, embora possa ser muito dolorosa.

Não se conhece bem a etiologia da lesão, havendo várias hipóteses como sejam: uma reacção alérgica, traumatismo da retirada do algodão salivar, isquémia da anestesia local, entre outras.

Sífilis Secundária

Lesão pouco frequente nos tempos que correm, no entanto, ainda não erradicada.

A sífilis secundária aparece em média, seis semanas depois da fase primária, manifestando-se clinicamente

por uma erupção cutânea, uma faringite e adenomegalias indolores.

Na boca pode apresentar placas brancas, com um halo eritematoso. Geralmente múltiplas.

Estas placas mucosas são as lesões mais contagiosas da sífilis, pela riqueza em treponemas, havendo numerosos casos descritos de módicos contagiados pela palpação digital sem protecção.

Manchas de Koplik

Sinal patognomónico do sarampo, que aparece na fase inicial da afecção, a par com febre, tosse, rinite e conjuntivite, normalmente três dias antes da erupção cutânea.

O Koplik localiza-se na mucosa jugal, aparecendo como um pequeno ponteadado branco sobre um fundo eritematoso.

Língua branca do insuficiente renal

O aspecto branco-amarelado da língua de um doente insuficiente renal, deve-se à coagulação de uma proteína superficial pela amónia, resultante da degradação da ureia salivar pelas bactérias orais.

Pode também ocorrer descamação e ulceração das mucosas na boca destes doentes.

CONCLUSÃO:

Do exposto pode-se concluir que uma lesão branca da cavidade oral, por mais inocente que pareça, não deve ser menosprezada.

Os doentes devem ser vigiados periodicamente e, dependendo da evolução biopsados.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Andréani, J.-F.; Bellavoire, A.; Gold, D.; Daudran, J.-P. — Laser à CO₂ et cavité buccale — A.O.S. 1986: 99-106.
- 2 — Bhaskar, S.N. — Patologia Bucal — 1977.
- 3 — Dechaume, M.; Grellet, M.; Laudenschach, P.; Payen, J. — Précis de stomatologie — 1980.
- 4 — Fleming, D.; Shean, M.; Altin, M. — Intraoral squamous cell carcinoma in South Africa — Journal for the D.A.S.A. — 1982, 37, 541-544.
- 5 — Kay, L. W.; Haskell, R. — A colour atlas of oro-facial diseases — 1971.
- 6 — Ligthelm, A. J. — Leukoplakia and erythroplakia of the mouth — 1982 — Journal for the D.A.S.A. — 37, 515-519.
- 7 — Pindborg, J. J. — Atlas des maladies de la muqueuse buccale — 1981.
- 8 — Ragot, J.-P. — Cryothérapie: Le point sur ses indications en stomatologie — A. O. S. — 1984: 146, 251-263.
- 9 — Shafer, W. G.; Hine, M. K.; Levy, B. M. — Tratado de Patologia Bucal: 1985.
- 10 — Tomás, M. L. — Atlas de Medicina oral y máxilo-facial: 1985.
- 11 — Wood, Goaz — Diagnóstico diferencial das lesões bucais: 1983.