

Aula 00 (Prof. Cássia Reginato)

*CSM (Cirurgião-Dentista) Conhecimentos
Generalista - 2022 (Pós-Edital)*

Autor:

**Cássia Reginato, Kaline de Moura
Silva, Mirela Sangoi Barreto, Thais
Polastri Antunes Resende**

27 de Maio de 2022

Sumário

1 – Lesões Brancas	3
2 – Lesões brancas: condições hereditárias.....	4
2.1 1 - Leucoedema	4
2.2 - Nevo Branco Esponjoso (Doença de Cannon).....	6
2.3 - Disqueratose intraepitelial benigna hereditária (Doença de Wiktop)	7
2.4 - Queratose folicular (Doença de Darier)	7
2- Lesões brancas: lesões reativas	8
2.1 - Hiperceratose friccional	8
2.2 - Lesões brancas associadas ao uso de tabaco sem fumaça.....	9
2.3 - Estomatite nicotínica.....	9
2.4 - Língua pilosa (língua pilosa negra)	10
2.5 - Leucoplasia pilosa oral (LPO)	11
2.6 - Lesão associado ao dentífrico.....	12
3- Lesões brancas: lesões potencialmente malignas e neoplásicas	13
3.1 - Lesões por exposição ao sol	13
3.2 - Leucoplasia idiopática	15
4 – Lesões brancas: lesões branco-amareladas não epiteliais	22
4.1 - Candidíase.....	22
4.3 - Queimaduras elétricas e térmicas elétricas	24
4.4 - Lesões químicas da mucosa oral	25
4.5- Fibrose submucosa.....	26
4.6- Grânulos de Fordyce.....	27
4.7- Tecido linfóide ectópico	27



4.8 - Cistos gengivais.....	27
4.9 - Parúlide	28
4.10 - Lipoma	28
5 - Outras lesões brancas	30
5.1 - Língua geográfica (glossite migratória benigna)	30
5.2 - Líquen Plano	30
5.3 - Lúpus eritematoso	32
6- Referências bibliográficas	35



1 – LESÕES BRANCAS

Nesta aula abordaremos as lesões brancas. Abaixo você encontrará uma divisão que tornará mais didática a compreensão. Ao longo do *pdf* revisaremos as condições mais importantes.



EXEMPLIFICANDO

Condições hereditárias	Leucoedema Nevo branco Esponjoso (Doença de Cannon) Disqueratose intraepitelial benigna hereditária Queratose folicular (Doença de Darier)
Lesões reativas	Hiperqueratose focal (friccional) Lesões brancas associadas ao tabaco sem fumaça Estomatite nicotínica Leucoplasia Pilosa Língua pilosa Lesão associada ao uso de dentifrício
Lesões potencialmente malignas e neoplásicas	Queilite actínica Queratose actínica (queratose solar) Leucoplasia idopática
Lesões branco-amareladas não epiteliais	Candidíase Queimaduras mucosas Fibrose submucosa Grânulos de Fordyce Tecido linfoide ectópico Cistos gengivais Parúlida Lipoma
Outras lesões brancas	Língua geográfica Líquen plano Lúpus eritematoso



2 – LESÕES BRANCAS: CONDIÇÕES HEREDITÁRIAS

2.1 1 - Leucoedema

De acordo com **Neville et al.**, o leucoedema é uma condição comum, de etiologia desconhecida, que tem como características:



aparência de estrias difusas, opalescentes e branco-acinzentadas na mucosa,

o aspecto esbranquiçado diminui ou desaparece quando a mucosa é evertida ou esticada

afeta mais negros e tabagistas

De acordo com **Regezzi et al.**, o leucoedema é uma opacificação generalizada da mucosa jugal, com distribuição simétrica, assintomática, considerada uma variação da normalidade. Os autores descrevem como uma superfície branco-acinzentada, difusa, de aspecto leitoso e com distribuição simétrica.

São possíveis fatores etiológicos:

- Tabagismo
- Hábito de mascar tabaco
- Ingestão de álcool
- Infecções bacterianas
- Condições salivares
- Interações eletroquímicas



- Possível associação com a maconha

Diagnóstico diferencial: nevo branco esponjoso, disceratose intraepitelial benigna hereditária, morsicatio buccarum e líquen plano.

Características histológicas: epitélio paraqueratinizado e acantólise com edema intracelular da camada espinhosa.



(IBADE/Prefeitura de Ministro Andreazza - RO - Odontólogo/2020) As lesões brancas da mucosa podem ocorrer como resultado de um exsudato fibrinoso que recobre uma úlcera, depósitos submucosos, restos superficiais, colônias fúngicas, entre outras. O leucoedema é uma lesão branca que constitui uma opacificação discreta da mucosa jugal, sendo considerada uma variação da normalidade encontrada em grande parte da população. Sobre sua etiologia e patogenia, podemos afirmar que:

- a) até o momento, a etiologia permanece desconhecida, já que alguns fatores tais como tabagismo, hábito de mascar tabaco, ingestão de álcool, infecção bacteriana, condições salivares, interações eletroquímicas e uma possível associação ao uso de maconha foram implicados, mas não foram comprovados.
- b) consiste em uma condição hereditária autossômica dominante rara, que foi identificada a partir de uma composição de três raças isoladas de brancos, índios e negros americanos no condado de Halifax, na Carolina do Norte.
- c) consiste em uma condição autossômica dominante que resulta de defeitos nos desmossomos que levam a uma alteração na adesão das células epiteliais. Muitos casos surgem esporadicamente como novas mutações.
- d) é, principalmente, provocado por atrito ou fricção crônica contra uma superfície da mucosa oral, resultando em uma lesão branca hiperqueratótica análoga a um calo na pele.

Comentários:

A letra A está correta. A letra B descreve a doença de Wiktop, a letra C descreve a Doença de Darier e a letra D descreve a Hiperqueratose focal.



2.2 - Nevo Branco Esponjoso (Doença de Cannon)

O **nevo branco esponjoso (Doença de Cannon)** é uma **doença hereditária autossômica dominante** que tem como origem a mutação dos genes que codificam as queratinas 4 e/ou 13 (ela causa um defeito na queratinização normal da mucosa bucal). É diagnosticada no **início da vida**, antes da puberdade e pode afetar várias mucosas (esôfago, ânus, vulva e vagina).



São características da lesão:

aspecto branco pregueado e espesso
consistência esponjosa

assintomática

afeta a mucosa oral de forma simétrica e bilateral

não desaparece quando a mucosa é esticada (diagnóstico diferencial de leucoedema)

Ela não afeta a pele (não possui as queratinas 4 e 13). Na cavidade bucal afeta mais mucosa jugal, mas também pode afetar língua e mucosa vestibular.

Características histológicas: epitélio espesso com acentuada paraqueratose, acantose e espongiose.

Por ser uma condição assintomática e benigna, não requer tratamento.



2.3 - Disqueratose intraepitelial benigna hereditária (Doença de Wiktop)

A disqueratose intraepitelial benigna hereditária, também conhecida como **Doença de Wiktop** ou **síndrome de Wiktop-von Sallmann**, é uma condição hereditária autossômica dominante **rara**. O paciente costuma apresentar uma conjuntiva bulbar (1º ano de vida), placas conjuntivas no limbo esclerocorneano e lesões brancas na boca.

São características da lesão: são evidenciadas pregas brancas amolecidas e assintomáticas e placas rugosas na mucosa. As lesões aparecem no 1º ano de vida e aumentam de intensidade até a adolescência.

Regiões acometidas: mucosa jugal e labial, comissuras labiais, assoalho de boca, superfície lateral de língua, gengiva e palato. O dorso costuma ser poupado.

Características histológicas: hiperplasia epitelial, acantose e edema intracelular.

Não requer tratamento pois a lesão é benigna e autolimitante.

2.4 - Queratose folicular (Doença de Darier)

A doença de Darier é uma condição autossômica dominante causada por defeitos nos desmossomos que afetam a adesão das células epiteliais (mutações no gene ATP2A2). Os pacientes afetados manifestam as características da doença entre os 6 e 20 anos de idade. A doença de Darier tem predileção pela pele, mas 13% dos pacientes apresentam lesões orais.

Características das lesões cutâneas: pequenas pápulas normocrômicas distribuídas de forma simétrica pela face, tronco e áreas intertriginosas (regiões de dobras cutâneas). As pápulas podem coalescer e assumir um aspecto gorduroso pela produção excessiva de queratina. Além disso, pode ocorrer infecção secundária e odor desagradável. As lesões podem se assemelhar ao herpes-zóster (seguir um dermatomo/ ser unilateral) e apresentar espessamento palmoplantar pelo excesso de queratina.

Características das lesões orais: São evidenciadas pequenas pápulas esbranquiçadas que produzem uma **aparência pedregosa**. A **gengiva inserida e palato duro** são as regiões mais acometidas

Características histológicas: formação de lacunas suprabasais contendo células epiteliais acantolíticas, proliferação da camada basal imediatamente abaixo e adjacente às lacunas ou fendas, formação de fendas verticais que exibem um revestimento de células paraqueratóticas e disceratóticas e presença de células disceratóticas benignas específicas.

O tratamento visa melhorar a aparência das lesões cutâneas. Podem ser utilizados corticosteroides tópicos e análogos retinoicos da vitamina A.



2- LESÕES BRANCAS: LESÕES REATIVAS

2.1 - Hiperkeratose friccional

A hiperkeratose friccional é uma lesão branca causada por **fricção crônica ou atrito** como uma reação de proteção à agressão (semelhante ao calo que ocorre na pele). Mordiscadas crônicas na mucosa jugal causam a queratinização da área afetada. O mesmo efeito pode ser visto pela mordedura nos rebordos alveolares edêntulos. **Neville et al.** relatam maior prevalência em mulheres.



Pode ser vista em locais que são comumente traumatizados:

Lábios

Borda de língua

Mucosa jugal na altura da linha de oclusão

Rebordos alveolares edêntulos



Neville et al, esclarecem que as lesões podem ser denominadas conforme a região afetada:

Morsicatio buccarum = acometem a mucosa jugal (maior frequência bilateralmente na porção anterior da mucosa jugal);

Morsicatio labiorum = acometem a mucosa labial

Morsicatio linguarum = acometem a borda lateral da língua.



Característica histológica: hiperqueratose

Essa condição não requer tratamento, o paciente deve ser orientado sobre a eliminação do hábito e acompanhado.

2.2 - Lesões brancas associadas ao uso de tabaco sem fumaça

O uso do tabaco sem fumaça envolve práticas com betel ou rapé (forma que mais causa lesões - tabaco em pedaços). O hábito resulta no aparecimento de **placas brancas indolores na mucosa jugal** com potencial maligno aumentado, alterações de paladar, aceleração de doenças periodontais e abrasão dentária.

O pH do rapé varia entre 8,2 e 9,3 contribuindo para o desenvolvimento das lesões.

A resposta da mucosa ao hábito de mascar tabaco é o aparecimento de um **processo inflamatório e ceratose**. Clinicamente é possível observar o aparecimento da lesão branca, com aspecto granular ou corrugada, na **área de contato com o tabaco**, sendo a região mais afetada o **fundo de vestibulo mandibular nas áreas de incisivos ou molares (bolsa de rapé)**.

O tratamento é a orientação para descontinuar o hábito e deve ser realizada biópsia em lesões persistentes. Apesar de ser baixo o risco, existe um risco de transformação para carcinoma verrucoso ou de células escamosas quando o hábito é realizado por um longo período.

2.3 - Estomatite nicotínica

A estomatite nicotínica é uma **queratose associada ao tabaco comum**. Clinicamente observa-se uma alteração branca na **região de palato** que parece ser uma resposta hiperkeratótica ao **calor gerado pelo fumo do tabaco**.

Segundo **Regezzi et al.**, a mucosa palatina responde ao calor e tabaco com pontos avermelhados (são os ductos excretores das glândulas salivares inflamados) circundados por halos ceratóticos brancos. O potencial de transformação maligna é raro, exceto em pacientes com hábito de fumar invertido (a ponta do cigarro é acesa virada para dentro da boca). Os autores alertam que a estomatite nicotínica é um **indicador do uso intenso de tabaco** e existe uma correlação positiva entre a intensidade do hábito e a severidade da condição.



2.4 - Língua pilosa (língua pilosa negra)

A língua pilosa é um termo utilizado para descrever o **crescimento excessivo das papilas filiformes (hiperplasia) no dorso lingual** e **redução da descamação da ceratina normal**. Trata-se de um problema estético para os pacientes afetados, pois o crescimento excessivo lembra o aspecto de "pelos" na superfície lingual.



Cuidado: não confunda língua pilosa com leucoplasia pilosa. A leucoplasia pilosa é causada pelo vírus Epstein-Barr

Alguns fatores predisõem sua ocorrência:



Uso de antibióticos de largo espectro (ex: penicilina)

Uso de corticosteroides sistêmicos

Realização de bochechos com peróxido de hidrogênio, perborato de sódio e peróxido de carbamida

Tabagismo intenso

Radioterapia em região de cabeça e pescoço

Transplante de células-tronco hematopoiéticas

Pode apresentar coloração **amarelada ou enegrecida** pela presença de bactérias cromogênicas, por pigmentação decorrente do uso do tabaco ou de alimentos.

O tratamento consiste em identificar e eliminar (se possível) os fatores envolvidos, escovar a língua com bicarbonato de sódio diluído em água ou raspar o dorso lingual uma vez ao dia.

2.5 - Leucoplasia pilosa oral (LPO)

A leucoplasia pilosa oral (LPO) é **a lesão mais incomum associada ao EBV** observada quase exclusivamente em pacientes infectados pelo HIV ou que desenvolvem com AIDS. Trata-se de uma infecção oportunista que também pode ser evidenciada num pequeno percentual de casos de pacientes imunossuprimidos como os que foram submetidos a transplantes de órgãos, os que possuem neoplasias malignas hematológicas ou que fazem uso prolongado de corticosteroides.

Ao exame clínico é vista uma **placa branca, bem delimitada, na mucosa que não se destaca à raspagem**, geralmente na região da **borda lateral de língua**.

Regezi et al. descrevem como uma lesão bem delimitada e, geralmente, assintomática. Raramente é observada na mucosa jugal, no assoalho bucal ou palato.

Histopatologicamente é caracterizada por hiperqueratose e hiperplasia epitelial (existe também uma marginação periférica da cromatina chamada de núcleo em colar de pérolas).



A leucoplasia pilosa oral é um sinal de imunossupressão grave e de doença avançada em pacientes infectados pelo HIV.

O tratamento da LPO geralmente não é necessário, atribui-se à terapia antirretroviral combinada (cART) a redução do número de casos. Medicamentos sistêmicos contra o herpes-vírus, apesar de produzirem rápida resolução, não impedem as recidivas.



(RBO/SÃO SEBASTIÃO- SP/2019) Assinale a alternativa que apresenta uma lesão fortemente associada à infecção pelo vírus HIV:

- a) Leucoplasia pilosa
- b) Ceratocisto odontogênico
- c) Adenoma pleomórfico
- d) Sarcoma de Ewing

Comentários:

A letra A está correta.

São lesões fortemente associadas à infecção pelo HIV:

Candidíase: eritematosa, pseudomembranosa e queilite angular

Leucoplasia pilosa

Sarcoma de Kaposi (SK)

Linfoma Não Hodgkin (LNH)

Doença periodontal: eritema linear gengival, gengivite necrosante, periodontite necrosante

2.6 - Lesão associado ao dentifício

É de ocorrência comum e representa uma reação ou queimação química superficial da mucosa oral. O aspecto clínico é de ferida esbranquiçada superficial localizada na mucosa jugal ou vestibulo maxilar (o paciente pode relatar que a descamação é facilmente removida)



3- LESÕES BRANCAS: LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS E NEOPLÁSICAS

3.1 - Lesões por exposição ao sol

Dois podem ser os danos listados aqui: a **queratose actínica** e a **queilite actínica**.

A **queratose actínica** (**queratose solar**) é uma **lesão potencialmente maligna cutânea comum**, causada pela **exposição intensa à radiação UV**. Os locais mais acometidos são a **face, pescoço, dorso das mãos, antebraços e couro cabeludo**. As lesões aparecem como placas lamelares irregulares que variam em cor normal ao branco, cinza ou marrom, e podem ser sobrepostas a um fundo eritematoso. As lesões apresentam uma textura de "lixa", com leve elevação da superfície e geralmente afetam **pessoas que trabalham ao ar livre**.

A **queilite actínica** é uma **lesão potencialmente maligna do vermelhão do lábio inferior** e está associada à **exposição solar crônica à luz UV**. Apresenta predileção por pessoas do **sexo masculino (10:1)** e de **forma quase exclusiva em pacientes de pele clara**, na faixa etária **acima dos 45 anos de idade**. Atenção especial deve ser dada na anamnese aos pacientes que possuem **ocupações ao ar livre** (ex: agricultores, marinheiros e militares).

A lesão se desenvolve lentamente com a exposição crônica. Regezzi et al afirmam que as alterações degenerativas associadas ao sol ocorrem entre 2.900 a 3.200 nanômetros (UVB). Essa energia afeta o epitélio e o tecido conjuntivo.

O vermelhão do lábio inferior assume aparência atrófica, ressecada e com presença de fissuras. Com o tempo **perde-se a definição dos limites entre vermelhão e pele**. Em estágio mais avançados, o vermelhão exibe áreas descamativas e ásperas. Regezi et al. afirmam que o aumento bilateral do lábio inferior é comum.

Os pacientes devem ser aconselhados a proteger os lábios com creme labial contendo protetor solar, a realizar exame periódico e, nos casos de lesões persistentes ou endurecidas, realizar biópsia.



(FUNDATEC/ PREF. VACARIA/2021) A _____ é uma alteração pré-maligna do vermelhão do lábio inferior, que resulta da exposição excessiva ou por longo período ao componente ultravioleta



radiação solar. É um problema limitado, predominantemente, a pessoa de pele clara com tendência a se bronzear facilmente.

Assinale a alternativa que preenche corretamente a lacuna do trecho acima.

- a) leucoplasia
- b) eritroplasia
- c) fibrose submucosa bucal
- d) queilíte actínica
- e) estomatite nicotínica

Comentários:

A leucoplasia é definida como “uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença. É a lesão potencialmente maligna oral mais comum (= 85% das lesões). Cerca de 70% dos casos ocorrem no vermelhão do lábio, mucosa jugal e gengiva.

A eritroplasia é definida como uma "mancha vermelha que não pode ser clínica ou patologicamente diagnosticada como qualquer outra condição". O soalho de boca, língua e palato mole são os sítios mais acometidos e múltiplas lesões podem estar presentes.

A fibrose oral submucosa é uma condição potencialmente maligna de alto risco, caracterizada por cicatrização crônica, progressiva da mucosa bucal. A etiologia está relacionada com o uso de betel quid (paan) e produtos relacionados. As queixas principais incluem a incapacidade de abrir a boca (trismo) e uma sensação de queimação generalizada bucal (estomatopirose) com intolerância a alimentos picantes. Uma distância interincisivos inferior a 20 mm é considerada grave; em casos avançados, a mandíbula e a maxila podem ser inseparáveis. Vesículas, petéquias, melanose, xerostomia e estomatopirose são geralmente os primeiros sinais e sintomas. A mucosa vestibular, área retromolar e palato mole são os locais mais comumente afetados. Posteriormente, a mucosa desenvolve uma mancha pálida semelhante a mármore com rigidez progressiva. A língua pode ficar imóvel, reduzida em seu tamanho e desprovida de papilas. Bandas fibrosas submucosas são palpáveis na mucosa jugal, palato mole e mucosa labial nos casos completamente desenvolvidos. Usuários de betel quid podem também exibir uma coloração marrom-avermelhada das mucosas com superfície irregular que tende a descamar.

A estomatite nicotínica é uma lesão hiperqueratótica associada ao fumo de tabaco e não parece ter uma natureza pré-maligna, pois possivelmente se desenvolve como resposta ao calor, em vez dos produtos químicos presentes no fumo do tabaco. Em particular, o cachimbo parece gerar mais calor no palato do que outras formas de fumar. Alterações similares podem também ser produzidas mediante a utilização a longo prazo de bebidas extremamente quentes. Afeta mais homens acima de 45 anos. Clinicamente é possível evidenciar a mucosa do palato com coloração difusamente cinza ou branca; com numerosas pápulas ligeiramente elevadas e centros vermelhos puntiformes que representam inflamação das glândulas salivares menores e seus orifícios ductais. **A letra D está correta.**



3.2 - Leucoplasia idiopática

Você com certeza já leu a seguinte definição de **leucoplasia**: “**uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença.**” A literatura ressalta o fato de esse ser um termo estritamente clínico e sem implicação histopatológica, ou seja, sem alteração específica do tecido (Fonte: Neville et al., 2016).

E como as questões gostam de cobrar a leucoplasia?? Geralmente é dado um caso clínico e entre as alternativas você encontrará entidades como líquen plano, morsicatio (o morder crônico das bochechas), ceratose friccional, ceratose da bolsa de tabaco, estomatite nicotínica, leucoedema, nevo branco esponjoso e a própria leucoplasia. As questões gostam de induzir o aluno ao erro, apresentando lesões brancas semelhantes.

Apesar de a leucoplasia não estar associada a um diagnóstico histopatológico específico, ela é muito importante pois é considerada uma lesão pré-cancerosa ou pré-maligna. Talvez você esteja se perguntando: "mas o que é uma lesão potencialmente maligna ou pré-maligna?". De acordo com **Neville et al. (2016)** é um tecido benigno, morfológicamente alterado, maior do que o normal e que apresenta transformação maligna.

Que tal vermos a lista das lesões consideradas potencialmente malignas que acometem a mucosa oral, faríngea e laríngea?



NOME DA DOENÇA

POTENCIAL DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA

Leucoplasia Verrucosa Proliferativa
Palato nicotínico em tabagistas invertidos
Eritroplasia
Fibrose submucosa oral
Eritroleucoplasia
Leucoplasia granular
Queratose laríngea
Queilite actínica
Leucoplasia espessa, lisa
Língua vermelha e lisa da Síndrome de Plummer-Vinson
Queratose do tabaco sem fumaça
Líquen plano (formas erosivas)

++++++
+++++
+++++
+++++
++++
++++
+++
+++
++
++
+
+?

Fonte: Neville et al., 2016.

A leucoplasia é a lesão potencialmente maligna oral mais comum (= 85% das lesões)



A etiologia da leucoplasia ainda é incerta, mas diversos fatores têm sido apontados:



Vejamos alguns detalhes de cada fator possivelmente associado:

a) Tabaco: Mais de **80% dos pacientes com leucoplasia são tabagistas**. O hábito do tabaco sem fumaça produz está relacionado ao desenvolvimento de uma placa branca clinicamente distinta, denominada **ceratose da bolsa de tabaco**. Essa lesão provavelmente não é uma leucoplasia verdadeira.

De acordo com **Regezi et al.**, a relação tempo-dose dos carcinógenos encontrados no tabaco é de extrema importância para a determinação da causa do câncer oral.

b) Álcool: O álcool parece ter um forte efeito sinérgico com o tabaco em relação à gênese do câncer oral. Pessoas que utilizam excessivamente enxaguatórios bucais com teor alcoólico de mais de 25% podem ter placas mucosas jugais acinzentadas, porém essas não são consideradas leucoplasias verdadeiras.

De acordo com **Regezi et al.**, os efeitos do álcool estão relacionados à sua capacidade de irritar a mucosa e de agir como um solvente para os demais carcinógenos.

c) Sanguinária: Pessoas que utilizam dentifrícios ou enxaguatórios bucais contendo o extrato da erva sanguinária podem desenvolver leucoplasia chamada de **"ceratose associada à sanguinária"**. Ela geralmente se localiza no vestíbulo ou na mucosa alveolar da maxila. Algumas lesões podem persistir por anos, mesmo após a suspensão do produto.

d) Radiação ultravioleta: é apontada como um **fator causal da leucoplasia de vermelhão de lábio inferior**. Essa lesão geralmente está associada à **queilose actínica**.



De acordo com **Regezi et al.**, são fatores relacionados ao desenvolvimento de câncer a dose cumulativa de luz solar e a quantidade de proteção dos pigmentos naturais. A radiação UVB (2.900 a 3.200) é considerada mais carcinogênica do que a luz UVA (3.200 a 3.400).

e) Microrganismos: Vários microrganismos têm sido associados à etiologia da leucoplasia como o *Candida albicans* na leucoplasia ou hiperplasia por cândida (pelo potencial de produzir um carcinógeno, o N-nitrosobenzilmetilamina) e o papilomavírus humano (HPV, subtipos 16 e 18) em especial no CEC de tonsilas (60% dos casos).

Estudos sugerem que as bactérias da cavidade bucal podem interagir com o tabaco e o álcool (o etanol é metabolizado em acetaldeído carcinogênico por microrganismos como *Streptococcus* e *Candida*).

f) Trauma: as lesões ceratóticas não são agora consideradas potencialmente malignas

Exemplos: **Estomatite nicotínica** é uma lesão generalizada de cor branca no palato, que parece ser uma hiperqueratose em resposta ao calor gerado pelo fumo do tabaco (geralmente cachimbo) em vez de uma resposta aos carcinógenos do fumo. O seu potencial de transformação maligna é o mesmo da mucosa normal do palato

Ceratose friccional: uma lesão branca com superfície áspera cuja causa é a irritação crônica da superfície (geralmente de causa mecânica).

A **leucoplasia** apresenta forte predileção pelo **gênero masculino** (cerca de 8% nos homens com mais de 70 anos), e geralmente afeta indivíduos com **mais de 40 anos**. Agora uma informação interessante: estudos têm mostrado que estão se igualando os casos entre homens e mulheres pois as mulheres passaram a ter hábitos tabagistas.

A **leucoplasia** ocorre, aproximadamente, de **5 anos antes** da ocorrência do **carcinoma de células escamosas oral**. Cerca de **70%** dos casos ocorrem no **vermelhão do lábio, mucosa jugal e gengiva**; e 90% das leucoplasias que exibem displasia ou carcinoma ocorrem na língua, vermelhão do lábio e soalho de boca.

De acordo com **Regezi et al.**, o risco relativo de transformação maligna varia de acordo com a região anatômica.

LOCAIS DE OCORRÊNCIA

Fundo de vestíbulo, mucosa jugal > palato, rebordo alveolar, lábio > língua, assoalho de boca

LOCAIS DE RISCO ELEVADO PARA TRANSFORMAÇÃO MALIGNA

Assoalho de boca > língua > lábio > palato > mucosa jugal > fundo de vestíbulo > região retromolar



Quando pensamos em leucoplasias devemos lembrar de um tipo especial e de alto risco: a **leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP)**

A **LVP** é caracterizada pelo desenvolvimento lento e progressivo de múltiplas placas ceratóticas com projeções de superfície rugosas que, com a progressão, assumem um aspecto exofítico e verrucoso assemelhando-se ao carcinoma verrucoso. A **LVP** geralmente afeta a **gengiva** e apresenta **forte predileção** pelo gênero **feminino** (1:4 razão homem-mulher). **Nenhuma associação com o uso de tabaco** tem sido feita à LPV. Mesmo com a terapia a lesão não apresenta regressão; e com a evolução transforma-se em um **carcinoma de células escamosas** geralmente dentro de um período de **8 anos após o diagnóstico inicial**. De acordo com Regezzi et al, a metástase para linfonodos regionais é incomum.



Na figura abaixo você pode visualizar as características histológicas das áreas leucoplásicas e eritroplásicas. As lesões têm aumento do potencial de transformação maligna à medida que suas aparências aproximam-se da direita (quadro acima).

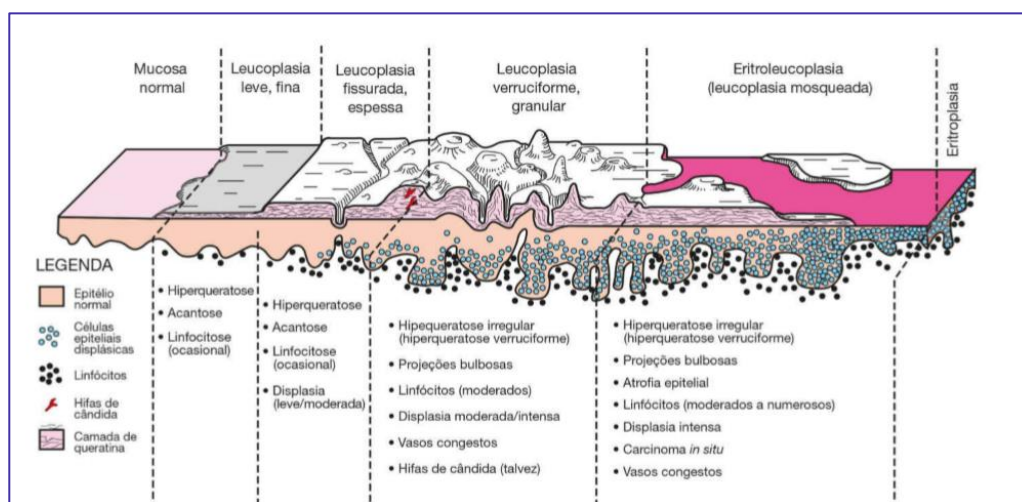


Figura: Leucoplasia. Fonte: Neville et al., 2016.

TRANSFORMAÇÃO MALIGNA:

Leucoplasias espessas e homogêneas: 1% a 7%
Leucoplasias Granulares e Verruciformes: 4% a 15%
Eritroleucoplasias: 28% (variando de 18% a 47%)



Características histopatológicas: a leucoplasia é caracterizada pela camada espessada de ceratina do epitélio de superfície (hiperceratose), com ou sem espessamento da camada espinhosa (acantose).

A camada de ceratina pode consistir em:

1. PARACERATINA (hiperparaceratose): não existe a camada de células granulares e os núcleos epiteliais encontram-se retidos na camada de ceratina.
2. ORTOCERATINA (hiperortoceratose): epitélio demonstra uma camada de células granulares e os núcleos estão ausentes na camada de ceratina.
3. ou uma combinação de ambas

A maioria das lesões leucoplásicas *não demonstra displasia* na biópsia. A evidência de displasia epitelial é encontrada somente em 5% a 25% dos casos se todos os sítios orais forem considerados.

Obs: displasia indica um epitélio anormal e um crescimento desordenado.

Tratamento e prognóstico: A conduta diante das leucoplasias deve ser de biopsiar a área para obter o diagnóstico histopatológico e conduzir o tratamento mais adequado. As leucoplasias sem displasias devem ser acompanhadas a cada **6 meses**. Algumas leucoplasias podem reduzir seu tamanho ou desaparecer ao cessar o hábito de fumar. Já a LVP exibe uma **alta taxa de recorrência (83%)** e após a excisão deve ter um acompanhamento de longo prazo.



(CESPE/EBSERH/ASSISTENCIAL/2018) A leucoplasia que é definida como lesão predominantemente branca da mucosa bucal, não pode ser caracterizada como qualquer outra lesão definível. A partir dessa definição, julgue os seguintes itens.



() Da mesma forma que as lesões leucoplásicas, as lesões de candidose pseudomembranosa não podem ser removidas por raspagem, o que dificulta o diagnóstico diferencial com base apenas nas evidências clínicas.

() A leucoplasia pilosa, relacionada à infecção pelo HIV, consiste de uma variação da leucoplasia e também apresenta possibilidade de transformação maligna.

() Leucoplasia é um termo clínico que não se refere às características histológicas da lesão. A descrição histológica da lesão inclui a presença ou ausência de displasia epitelial e, se presente, descreve a gravidade da lesão.

Assertiva Errada: A candidíase pseudomembranosa possui como características clínicas a presença de placas brancas removíveis à raspagem semelhantes à “leite coalhado ou queijo cottage”. Quando removidas deixam uma superfície eritematosa e sangrante.

Assertiva Errada: É a lesão mais comum associada ao EBV nos pacientes com AIDS. Ao exame clínico é vista uma placa branca na mucosa que não se destaca à raspagem, geralmente na região de borda de língua. A leucoplasia pilosa oral é um sinal de imunossupressão grave e de doença avançada em pacientes infectados pelo HIV. Ao exame histológico não é observada displasia.

Assertiva Correta: A leucoplasia é “uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença.” É um termo estritamente clínico e sem implicação histopatológica, ou seja, sem alteração específica do tecido.

(FUNDATEC/PREF.VACARIA-RS /2021) Assinale as assertivas abaixo sobre o câncer bucal:

I- Aproximadamente 94% de todas as malignidades da boca são carcinomas de células escamosas.

II- Não há um agente causador (carcinógeno) isolado, claramente definido ou aceito, mas tanto fatores extrínsecos como intrínsecos podem estar em atividade. Os fatores extrínsecos incluem fumo de tabaco, álcool, sífilis e os raios solares.

III- Os casos leucoplásico e eritroplásico provavelmente estão no estágio inicial, ainda em produção de uma massa ou ulceração, e os aspectos clínicos são idênticos àqueles descritos para as lesões pré-malignas leucoplásicas e eritroplásicas.

Quais estão corretas?

- a) Apenas I
- b) Apenas II
- c) Apenas III
- d) Apenas I e III
- e) I, II e III.

Comentários:

A letra E está correta.

O carcinoma epidermoide representa mais de 90% das neoplasias malignas orais.



A causa do carcinoma epidermoide é multifatorial. Nenhum agente ou fator (carcinógeno) etiológico único tem sido definido ou aceito, porém tanto fatores extrínsecos quanto intrínsecos podem estar atuando. É provável que mais de um fator seja necessário para produzir esta neoplasia (cocarcinogênese). Os fatores extrínsecos incluem agentes externos tais como fumo, álcool, sífilis e (somente para carcinomas do vermelhão do lábio) luz solar. Os fatores intrínsecos incluem estados sistêmicos ou generalizados, tais como desnutrição geral ou anemia por deficiência de ferro.

Os exemplos leucoplásicos e eritroplásicos são provavelmente casos em fases iniciais, que ainda não produziram um aumento de volume ou ulceração, e as características clínicas são idênticas às descritas para as leucoplasias e eritroplasias.

Fonte: Neville et al, 2016.



4 – LESÕES BRANCAS: LESÕES BRANCO-AMARELADAS NÃO EPITELIAIS

4.1 - Candidíase

É a **doença fúngica mais comum no homem**, também conhecido como "**monilíase**". Causada por um fungo que vive de forma comensal em nossa cavidade bucal, a *Candida albicans* torna-se patogênica frente a situações de desequilíbrio (ele é chamado de dimórfico por possuir duas formas: levedura na forma inócua e hifa na forma invasiva).



A **forma mais comum** é a **pseudomembranosa aguda (sapinho)**. Caracteriza-se pela presença de **placas brancas removíveis à raspagem**. Quando removidas deixam uma superfície eritematosa, dolorosa, com erosão ou ulcerada.

FATORES PREDISPONENTES

Imunodeficiência
Sistema imunológico dos bebês
Imunossupressão adquirida
Distúrbios endócrinos
Diabetes Melito
Hipoparatiroidismo
Gravidez
Hipoadrenocorticism
Tratamento com corticoesteroide tópico ou sistêmico
Antibioticoterapia sistêmica
Neoplasias malignas e suas formas de tratamento
Hipossalivação
Higiene oral deficiente

São locais preferencialmente acometidos pela candidíase pseudomembranosa:

- Mucosa jugal
- Fundo de vestibulo



- Orofaringe
- Bordas laterais da língua

Veja a classificação que Regezzi et al., trazem da candidíase:



CLASSIFICAÇÃO DA CANDIDÍASE	
AGUDA	Pseudomembranosa Eritematosa
CRÔNICA	Eritematosa Hiperplásica
MUCOCUTÂNEA	Localizada (boca, couro cabeludo, face e unhas) Familiar Associada à síndrome

A **candidíase eritematosa crônica** ocorre em 65% dos pacientes usuários de próteses. Acomete mais a região de palato e apresenta-se vermelha-brilhante, um pouco aveludada e com leve queratinização.

Queilite angular: acomete principalmente pacientes que apresentam **perda da dimensão vertical** ou que possuem o hábito de passar a língua nos lábios (pequenas quantidades de saliva se depositam nas comissuras). As lesões são modernamente dolorosas, fissuradas, com erosão e crostosas.

Candidíase atrófica perioral: ocorre em pacientes com o hábito frequente de umedecer os lábios com a língua (o processo se estende para a pele circunjacente). Pode ser distinguida da dermatite perioral, que apresenta menor formação de crosta e uma zona circunferencial de pele não comprometida imediatamente próxima da junção entre pele e o vermelhão do lábio.

Glossite romboidal mediana: clinicamente observa-se uma área avermelhada bem demarcada na linha média da língua (anterior às papilas circunvaladas) sem sintomatologia dolorosa. Pode ser evidenciada uma lesão vermelha semelhante na área de palato, chamada de lesão "beijada".

Candidíase hiperplásica: as placas brancas não podem ser removidas pelo ato de raspar as lesões. As lesões são assintomáticas, localizam-se preferencialmente na região anterior da mucosa jugal. Clinicamente é difícil a diferenciação dessas lesões de uma leucoplasia.

Candidíase mucocutânea: é um tipo de candidíase de longa duração em que o paciente apresenta acometimento de **boca, unhas, pele e mucosa vaginal**. Ocorre geralmente no início da vida, nas duas primeiras décadas, com aparência clínica inicial na forma pseudomembranosa. Costuma ser resistente ao tratamento.



Os autores comentam sobre uma forma de candidíase mucocutânea associada a **endocrinopatias** (hipotireoidismo, hipoparatiroidismo, hipoadrenocorticismismo ou Doença de Addison e diabetes melito). E fazem referência a uma tríade rara composta por de **candidíase mucocutânea, miosite e timoma**.

O tratamento geralmente está relacionado a fatores de ordem local como, por exemplo, a redução ou eliminação do hábito de fumar, a melhora na higiene bucal e a higiene/remoção da prótese. A *Candida* adere ao polimetacrilato das próteses, que pode conter microfissuras que facilitam a retenção do fungo e do biofilme, associa-se a esse fato a não remoção da prótese ao dormir que favorece o desenvolvimento da candidíase.

Os antifúngicos tópicos devem ser mantidos por pelo menos uma semana após o desaparecimento da manifestação clínica da doença.



(RBO/HORTOLÂNDIA- SP/2014) Assinale correto ou falso.

A candidíase pseudomembranosa pertence ao grupo da lesões vermelhas, cujo diagnóstico é realizado por vitropressão.

() Certo

() Errado

Comentários:

A afirmativa está incorreta, a candidíase pseudomembranosa é um exemplo de lesão branca. O diagnóstico pode ser feito de forma clínica e terapêutica, obtido pela resposta ao tratamento, mais especificamente antifúngicos.

4.3 - Queimaduras elétricas e térmicas elétricas

As queimaduras elétricas são comuns. Podemos dividi-las em dois tipos:

1) Queimaduras de contato: exigem um bom aterramento e envolvem a corrente elétrica passando através do corpo desde o ponto de contato até o local no solo; e

2) Queimaduras do tipo arco: compõem a maior parte das queimaduras elétricas que afetam a cavidade oral. A saliva atua como um meio de condução, e um arco elétrico flui entre a fonte elétrica e a boca.



A cavidade oral é a localização que afeta de forma mais comum as crianças (geralmente antes dos 4 anos). Os locais mais afetados costumam ser os lábios e a comissura. Clinicamente esse tipo de queimadura apresenta-se como uma área indolor, carbonizada e amarelada, que exibe pouco ou nenhum sangramento. Um edema significativo se desenvolve dentro de poucas horas e pode persistir por mais de 12 dias. Por volta do quarto dia, a área afetada torna-se necrótica e membranas começam a se soltar.

São possíveis efeitos nas áreas próximas à queimadura: dentes tornarem-se não vitais, paralisia do nervo facial, cavitação focal do esmalte, malformação dentária e contratura da abertura bucal durante a cicatrização.

As **queimaduras térmicas** resultam da ingestão de alimentos ou bebidas quentes. Costumam afetar o **palato e mucosa jugal posterior**. Para **Regezzi et al.** as queimaduras térmicas ocorrem na mucosa do palato duro, especificamente líquidos quentes costumam afetar mais a língua e palato mole. Clinicamente são vistas áreas eritematosas e ulceradas (afinal é uma "queimadura"!). **Regezzi et al.** aconselham realizar a limpeza da cavidade bucal com bochecho de bicarbonato de sódio. Colutórios à base de álcool não devem ser utilizados por provocarem o ressecamento da mucosa oral.

Pacientes que sofreram queimaduras elétricas da mucosa oral, devem realizar profilaxia antibiótica (penicilina) para prevenir infecção secundária nos casos graves e verificar a imunização contra o tétano (caso não esteja atualizada deve ser realizada). A maioria das queimaduras térmicas não traz grandes consequências.

4.4 - Lesões químicas da mucosa oral

De acordo com **Regezzi et al.**, exposições de curto período podem causar necrose tecidual conferindo uma aparência avermelhada discreta e localizada. Com o uso prolongado e dependendo da concentração, pode ocorrer a necrose de coagulação superficial, conferindo uma aparência esbranquiçada.

A forma mais comum de queimadura superficial da mucosa oral está associada à aplicação tópica de agentes químicos.

Vamos ver alguns produtos que geralmente podem causar lesões químicas nas mucosas orais (Fonte Neville et al.):

- **ASPIRINA:** É comum ocorrer necrose da mucosa quando os pacientes mantêm a aspirina na boca.
- **PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO:** Concentrações iguais ou superiores a 3% costumam estar associadas a reações adversas.
- **NITRATO DE PRATA:** **muitos pacientes** costumam aplicar o nitrato para realizar uma cauterização química da mucosa. Apesar da dor na hora da aplicação, a destruição das terminações nervosas produz alívio imediato da dor. Os pacientes devem ser desencorajados a realizar tal prática, pois costuma causar um dano maior na região e, em alguns casos, argiria sistêmica irreversível.



- **FENOL:** produto utilizado como um agente esterilizador de cavidades e substância cauterizadora. Ele é extremamente cáustico, sendo necessária cautela na sua utilização.
- **SUBSTÂNCIAS ENDODÔNTICAS:** o extravasamento de material da câmara pulpar para os tecidos adjacentes ou de irrigantes como o hipoclorito de sódio podem resultar em necrose da gengiva e óssea.

Características clínicas: Estão na dependência do tipo de exposição se breve ou com maior frequência/duração.

- Exposição breve: a mucosa afetada exibe uma aparência superficial pregueada e branca.
- Exposição aumentada: pode ser vista descamação, um tecido conjuntivo vermelho e hemorrágico, que posteriormente será recoberto por uma membrana fibrinopurulenta amarelada.

Os autores ressaltam a diferença entre as mucosas. A mucosa que reveste o osso é queratinizada e mais resistente aos danos, enquanto a mucosa móvel não queratinizada é destruída mais rapidamente.

Outro possível efeito é a erosão dentária, principalmente em pacientes que mastigam cronicamente a aspirina ou apreendem o medicamento entre os dentes à medida que ele se dissolve.

Tratamento: consiste em prevenção através de cuidados como:

- Utilização de dique de borracha
- Evitar pressão excessiva durante a aplicação
- Manter a agulha da seringa longe do ápice

Áreas superficiais de necrose costumam apresentar resolução sem deixar cicatrizes dentro de 10 a 14 dias após a descontinuidade do agente agressor. Para proteção temporária da região e maior conforto do paciente, a área pode ser coberta com uma pasta emoliente protetora ou com uma película de hidroxipropilcelulose. Anestésicos tópicos podem ser utilizados para alívio temporário da dor.

4.5- Fibrose submucosa

A etiologia da fibrose submucosa parece estar mais relacionada à deficiência de degradação do colágeno normal feita pelos fibroblastos do que pela produção excessiva de colágeno.

São fatores que contribuem para o seu desenvolvimento:

- Deficiências nutricionais e vitamínicas (ex: deficiência de ferro e vitaminas do complexo B)
- Hábito de mascar betel



A fibrose submucosa costuma ocorrer em pacientes entre 20 e 40 anos e se apresenta como uma alteração branco-amarelada. Com o uso crônico, o palato mole e a mucosa jugal perdem sua resiliência e apresentam elasticidade e vascularidade limitadas. O resultado, em longo prazo, é um trismo que dificulta a alimentação. Cabe destacar a sua natureza potencialmente maligna (1/3 dos pacientes desenvolve CEC).

Características histológicas: atrofia do epitélio e fibrose subjacente.

O tratamento consiste em eliminar as agentes causais. Injeções locais de quimiotripsina, hialuronidase e dexametasona têm sido realizadas como formas de tratamento.

4.6- Grânulos de Fordyce

Os **grânulos de Fordyce** são **glândulas sebáceas** que ocorrem na mucosa oral (consideradas ectópicas pois são encontradas na derme como estruturas anexas). Regezzi et al. também utilizam o termo **coristomas sebáceos** (tecido normal em localização anormal- uma variação de desenvolvimento).

Clinicamente são vistas múltiplas pápulas branco-amareladas (ou apenas amareladas), em especial na **mucosa jugal e vermelhão do lábio superior** (mas podem ocorrer também na região retromolar e pilar amigdaliano- Neville et al.).

De acordo com **Regezzi et al.** são assintomáticas, distribuem-se de forma simétrica, e são mais perceptíveis após a adolescência, entre os 20 e 30 anos.

Por serem assintomáticas não requerem tratamento.

4.7- Tecido linfoide ectópico

O tecido linfoide ectópico localiza-se principalmente na região do anel de Waldeyer (região que circunda a orofaringe). Quando encontrado na região posterior da borda da língua recebe o nome de tonsila lingual.

Clinicamente apresenta-se como pequenas elevações em forma de cúpula de coloração branca ou amarelada. Não requer biópsia pois o diagnóstico é clínico.

4.8 - Cistos gengivais

As **pérolas de Epstein, ou cistos palatinos medianos**, são cistos de inclusão formados **ao longo da rafe palatina**. Sua origem está relacionada ao aprisionamento de **tecido epitelial** durante o fechamento do palato



(linha mediana). Produzem microcistos que contém ceratina. Não requerem tratamento pois se rompem no início da vida.

Os **nódulos de Bohn**, ou cistos gengivais que ocorrem nos bebês, surgem a partir de remanescentes da lâmina dentária. São observados ao longo das cristas alveolares.

O **cisto gengival do adulto** é evidenciado pela **quinta e sexta décadas de vida**. Apresenta predileção pela **mandíbula**, em especial na **região de canino e pré-molares inferiores**. Clinicamente aparece como um crescimento indolor, localizado na gengiva inserida.

Tratamento: O cisto gengival do adulto responde bem à simples excisão cirúrgica, os cistos gengivais do recém-nascido não requerem tratamento.

4.9 - Parúlide

Também chamado de "furúnculo gengival" é um aumento de volume gengival de cor amarelo-esbranquiçada que está associado a um eritema. O paciente relata sintomatologia dolorosa, mas ocorre melhora após a drenagem. O tratamento deve ser direcionado para o fator que ocasionou a parúlide (bolsa periodontal ou dente não vital).

4.10 - Lipoma

O lipoma é uma massa submucosa de tecido adiposo, assintomática de coloração amarela ou amarelo-esbranquiçada. É um tumor raro que pode ocorrer em qualquer região da cavidade oral.



Regiões de maior ocorrência do lipoma: mucosa jugal, língua e assoalho bucal.

São lesões que fazem diagnóstico diferencial: tumor de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático e lesões glandulares (mucocèle e tumor misto).

O tratamento é excisão cirúrgica.





(IBFC/PREFEITURA MUNICIPAL DE FERNANDÓPOLIS/ESTOMATOLOGISTA/2015) Em relação aos defeitos de desenvolvimento da região bucomaxilofacial e oral, marque a alternativa correta.

- a) Os grânulos de Fordyce são glândulas sebáceas acessórias próprias da mucosa oral que se caracteriza pela presença de pequenas máculas amareladas discretamente elevadas. Acometendo principalmente o lábio inferior.
- b) O leucoedema condição comum em indivíduos negros caracterizada por uma área de aparência difusa, opalescente e branco-acinzentada na mucosa jugal bilateral, não destacável, podendo apresentar uma superfície pregueada, que quando distendida tende a desaparecer.
- c) A língua fissurada é uma condição comum descrita como inúmeras fissuras ou sulcos na superfície dorsal da língua, onde em casos extremos tem significativa sintomatologia como queimação e dor.
- d) A língua pilosa caracteriza-se por uma hiperplasia das papilas fungiformes devido ao desequilíbrio na microbiota do dorso lingual.

Comentários:

Os grânulos de Fordyce são vistas múltiplas pápulas branco-amareladas (ou apenas amareladas), em especial na mucosa jugal e vermelhão do lábio superior (mas podem ocorrer também na região retromolar e pilar amigdaliano). A língua pilosa é caracterizada pelo alongamento e hiperqueratose das papilas filiformes com decréscimo na descamação da ceratina normal. O gabarito traz como **alternativa correta a letra B**, no entanto, a alternativa C também estaria correta e segundo Neville et al. (2016) é uma condição comum e geralmente assintomática, mas que em alguns pacientes pode causar ardência e dor.



5 - OUTRAS LESÕES BRANCAS

5.1 - Língua geográfica (glossite migratória benigna)

A língua geográfica possui etiologia incerta, são apontadas como possíveis causas a história familiar (hereditariedade), a associação com doenças sistêmicas (psoríase), com síndromes (ex: Down), com fatores hormonais (diabetes), as deficiências vitamínicas (B6, B12, ácido fólico, zinco e ferro) e o estresse emocional.

A condição acomete jovens, não tabagistas, indivíduos atópicos ou alérgicos. Afeta mais brancos e negros do sexo feminino.

Clinicamente observam-se **áreas erosivas avermelhadas pela perda das papilas filiformes**, com limites bem definidos, circundados por um halo esbranquiçado, envolvendo a região dos 2/3 anteriores do dorso lingual. É chamada de migratória pois, após regredirem, aparecerem em locais diferentes da aparição anterior. Pode aparecer associada à língua fissurada (nesses casos pode apresentar sintomatologia dolorosa com alimentos apimentados, ácidos ou bebidas alcóolicas). Não requer tratamento pela benignidade da condição e por ser geralmente assintomática.

5.2 - Líquen Plano

O Líquen plano oral é uma doença mucocutânea crônica de etiologia desconhecida, que afeta geralmente pacientes do sexo feminino entre 30 e 60 anos (pode aparecer que é uma doença da meia idade) e raramente acomete crianças. De acordo com Regezzi et al. o líquen plano cutâneo é mais comum em homens.



GUARDE PARA A PROVA:

CARACTERÍSTICA QUE APARECE NO ENUNCIADO OU NAS ALTERNATIVAS!!!

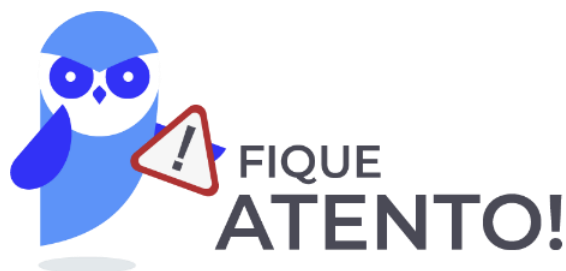
Estrias de Wickham: linhas ou estrias brancas queratóticas entrelaçadas que geram um padrão anelar ou rendilhado.





LÍQUEN PLANO RETICULAR	LÍQUEN PLANO EROSIVO
PRINCIPAL CARACTERÍSTICA PARA DIAGNÓSTICO: Estrias de Wickham (linhas brancas entrelaçadas), vistas principalmente na mucosa jugal.	PRINCIPAL CARACTERÍSTICA PARA DIAGNÓSTICO: Manchas vermelhas com finas estrias brancas. A área central da lesão está ulcerada. A gengiva inserida exibe uma distribuição em faixa, geralmente em todos os quadrantes. Os pacientes podem se queixar de ardência, sensibilidade e desconforto generalizado.
Diagnóstico diferencial: leucoplasia (a distribuição do líquen plano é multifocal), reação liquefocítica a medicamentos, lúpus eritematoso, nevo branco esponjoso, leucoplasia pilosa, mordedura crônica da mucosa jugal, doença do enxerto versus hospedeiro e candidíase.	Diagnóstico diferencial: penfigoide cicatricial, pênfigo vulgar, lúpus eritematoso crônico, hipersensibilidade de contato e candidíase crônica.
Tratamento: como não produz sintomas, não necessita de tratamento. Se houver candidíase sobreposta, pode ser necessário tratar com antifúngico. Podem ser utilizados retinoides tópicos para remissão das estrias brancas.	Tratamento: corticosteroides.

Você lembra da tabela de lesões com potencial transformação maligna? Apesar de estarmos discutindo lesões brancas, gostaria de destacar a posição do líquen plano erosivo na tabela! Por isso, os autores recomendam revisões periódicas!



NOME DA DOENÇA	POTENCIAL DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA
<i>Leucoplasia Verrucosa Proliferativa</i>	++++++
<i>Palato nicotínico em tabagistas invertidos</i>	+++++
<i>Eritroplasia</i>	+++++
<i>Fibrose submucosa oral</i>	+++++
<i>Eritroleucoplasia</i>	++++
<i>Leucoplasia granular</i>	++++
<i>Queratose laríngea</i>	+++
<i>Queilite actínica</i>	+++
<i>Leucoplasia espessa, lisa</i>	++
<i>Língua vermelha e lisa da Síndrome de Plummer-Vinson</i>	++
<i>Queratose do tabaco sem fumaça</i>	+
Líquen plano (formas erosivas)	+?

Aspecto histológico:

- Hiperqueratose
- O epitélio sofre remodelação gradual, resultando em atrofia e, ocasionalmente, um padrão de **“dentes de serra”**;
- Degeneração hidrópica da camada basal: destruição da camada de células basais do epitélio;
- Corpos coloides, citoides, hialinos ou de Civatte: queratinócitos em degeneração em áreas do epitélio e na interface do tecido conjuntivo.

5.3 - Lúpus eritematoso

O lúpus eritematoso (LE) é uma doença autoimune e considerada a mais comum das doenças do colágeno vascular ou do tecido conjuntivo. **Regezzi et al.**, esclarecem que existem duas formas bem reconhecidas:

- 1) Lúpus eritematoso sistêmico (lúpus eritematoso agudo)
- 2) Lúpus eritematoso discoide (lúpus eritematoso crônico)

E existiria uma terceira forma que foi descrita como lúpus eritematoso cutâneo subagudo

Vamos entender um pouco mais?





1) Lúpus eritematoso sistêmico (LES): é uma doença com impacto em diversos órgãos, apresentando diversas manifestações cutâneas e bucais.

Tem como características:

- Sintomas: febre, perda de peso e mal-estar.
- Os rins podem ser afetados (glomerulonefrite).
- O envolvimento cardíaco, articular e pulmonar é comum.
- **Característica principal:** erupção cutânea eritematosa em **forma de borboleta** sobre os processos malar e ponte nasal. As lesões não deixam cicatrizes.
- **Lesões orais:** afetam o vermelhão do lábio, palato, a mucosa jugal, mucosa labial e a gengiva. O envolvimento da região do vermelhão do lábio inferior (queilite por lúpus) pode ser observado em alguns casos.

2) Lúpus eritematoso discoide (LED): afeta principalmente a pele, é menos agressivo e raramente progride para a forma sistêmica. **Guarde isto:** o LED tem **predileção pela face**.

Tem como características:

- Acomete pacientes de meia idade e do sexo feminino
- **Principal característica:** lesões cutâneas que se apresentam como placas eritematosas com formato semelhante a "disco" e apresentam margens hiperpigmentadas. Com a expansão, a parte central da lesão cura, porém fica com uma cicatriz com perda de pigmentação. Os pacientes podem apresentar alopecia (perda permanente de cabelo).
- **Lesões bucais:** as lesões são eritematosas ou ulceradas, circundadas por estrias brancas finas e irradiadas, afetam mais as regiões de mucosa jugal, gengiva e vermelhão do lábio.

3) Lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECS): é uma terceira forma da doença, que apresenta características clínicas intermédias entre o LES e LECC. Pode ser desencadeado por diversos medicamentos.



Diagnóstico: Testes sorológicos para autoanticorpos são positivos nos pacientes com LES (positividade para os anticorpos ANA e anti-DNA). No LED nenhum anticorpo é detectado

Tratamento:

- Corticoides tópicos. Nos casos refratários podem ser prescritos antimaláricos e sulfonas.



6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Patologia Oral e Maxilofacial. NEVILLE, Brad W. et al., 4a ed., Elsevier, 2016.

Patologia oral: correlações clinicopatológicas. REGEZZI, J.A; SCIUBBA, J.J.; JORDAN, R.C.K. Elsevier, 2012 e 2018



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.