



PATOLOGIAS BUCAIS

e alterações não patológicas
mais frequentes em Odontologia

DÁRCIO KITAKAWA
LUIS FELIPE DAS CHAGAS E SILVA DE CARVALHO



SUMÁRIO

ALTERAÇÕES NÃO PATOLÓGICAS *p. 12*

1

**PROCESSOS PROLIFERATIVOS
NÃO NEOPLÁSICOS** *p. 30*

2

**TUMORES BENIGNOS
DE TECIDO MOLE** *p. 44*

3

**AFECÇÕES DE
GLÂNDULAS SALIVARES** *p. 56*

4

DOENÇAS AUTOIMUNES *p. 66*

5

DOENÇAS INFECCIOSAS *p. 78*

6

LESÕES INTRAÓSSEAS *p. 94*

7

**LESÕES CANCERIZÁVEIS
E CÂNCER BUCAL** *p. 112*

8

OUTROS PROCESSOS PATOLÓGICOS *p. 126*

9

leucoplasia

A leucoplasia bucal é uma alteração predominantemente branca da mucosa bucal, assintomática, sendo a lesão com potencial de transformação maligna mais comum. Em 1978, a OMS definiu a leucoplasia como uma mancha ou placa branca da mucosa bucal que não pode ser removida por raspagem e não pode ser classificada clínica ou histopatologicamente como outra lesão, sendo desta forma um diagnóstico de exclusão. No entanto, em 2005, em uma concepção mais atual, a leucoplasia foi definida como placas brancas que podem sofrer transformação maligna, excluindo-se as lesões que não apresentam tal risco. Dentre elas podemos citar candidose pseudomembranosa, líquen plano, queratose friccional, leucoedema, *morsicatio*, lesões liquenoides, entre outras.



Felipe Oliveira

Dárcio Kitakawa

Luis Felipe das Chagas e
Silva de Carvalho

8.1

A leucoplasia é considerada uma lesão idiopática, no entanto, o uso de tabaco foi identificado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da lesão, uma vez que é encontrada em um número muito maior de indivíduos tabagistas. Por outro lado, pessoas não fumantes também podem apresentar a lesão. Nos casos em que o fumo está relacionado ao desenvolvimento da lesão, a interrupção do hábito pode ocasionar a remissão parcial ou até total da mesma. Outras hipóteses para a causa da leucoplasia são traumas, infecções microbianas, radiação UV.

A leucoplasia raramente ocorre nas primeiras duas décadas de vida e é muito mais comum em indivíduos acima dos 40 anos, principalmente entre a quinta e a sétima décadas

de vida. A prevalência aumenta com a idade, especialmente para os homens, com razão de 2:1. Embora haja predileção pelo sexo masculino, tem sido observada uma diminuição na proporção de homens afetados ao longo da última metade do século, provavelmente em função da aquisição de hábitos tabagistas pelas mulheres.

Clinicamente, podem ser classificadas em dois grupos: lesões homogêneas e não homogêneas. A variante homogênea é mais comum e apresenta uma aparência uniforme e plana, com pequenas fissuras. Já a variante não homogênea pode apresentar variações com diferentes características. Pode ser plana e salpicada, com coloração branca e vermelha, nodular, exóftica ou ainda papilar/verrucosa.

8 / LESÕES CANCERIZÁVEIS E CÂNCER BUCAL

A distinção entre os dois tipos de leucoplasia é unicamente clínica e de máxima importância uma vez que leucoplasias não homogêneas mostram um risco muito maior de transformação maligna.

Essa relação entre aspecto clínico e risco de transformação maligna deve ser levada em consideração na escolha dos sítios lesionais durante a realização da biópsia. Os sítios para obtenção do fragmento de tecido devem ser provenientes de áreas com envolvimento clínico mais severo, ou seja, com o maior potencial de conter células displásicas, que podem estar em áreas mais rugosas ou espessas, e em pontos eritroplásicos. Sendo assim, pode ser necessária a remoção de mais de um fragmento da mesma lesão.

No entanto, é importante salientar que uma leucoplasia não se refere à presença ou ausência de qualquer estágio da displasia epitelial, pois é uma definição clínica e não descreve

um quadro histológico específico. O diagnóstico clínico é baseado, principalmente, na inspeção visual e palpação manual. Não existem outros recursos diagnósticos úteis para o diagnóstico clínico. Microscopicamente, a leucoplasia pode ou não apresentar displasia epitelial, assim como já pode determinar a presença de um carcinoma *in situ*. Por esse motivo, é de máxima importância que toda lesão, independentemente de sua característica clínica, seja tratada como suspeita. O aspecto clínico nem sempre reflete a gravidade do quadro histopatológico.

A localização das lesões varia de acordo com os hábitos de cada indivíduo e sua região de origem. Dentre os sítios afetados relatados por diferentes autores, podemos citar mucosa jugal, língua, soalho, lábios, gengiva, palato duro. No entanto, aproximadamente 70% das leucoplasias são encontradas no vermelhão do lábio, mucosa jugal e gengiva. Lesões na



Fig. 1A,B • Leucoplasia em ventre lingual e soalho bucal bilateral. Note pigmentação melânica em região de ventre devido ao hábito de tabagismo do paciente (A). Leucoplasia em palato mole direito (B).

língua, vermelhão do lábio e soalho de boca, contudo, contribuem com mais de 90% daquelas que exibem displasia ou já são lesões malignas.

As leucoplasias com displasia epitelial moderada ou um quadro mais grave justificam a sua remoção completa, caso seja possível. A conduta diante das leucoplasias exibindo alterações menos graves é guiada pelo tamanho da lesão e pela resposta às medidas mais conservadoras, tais como o fim do hábito de fumar. A remoção completa pode ser realizada com igual eficiência com diferentes métodos como excisão cirúrgica, eletrocauterização, criocirurgia ou ablação por laser. Um acompanhamento de longa duração após a remoção é mandatório, uma vez que as recidivas são frequentes e também porque outras lesões podem surgir. Tratamentos não cirúrgicos já foram reportados, como o uso de carotenoides, vitaminas A, C e K,

entre outros. No entanto, Ribeiro et al. demonstraram que estudos controlados e randomizados para esses tratamentos não mostraram evidência de tratamento efetivo no que diz respeito à prevenção de transformação maligna ou mesmo de recorrência da lesão.

Até o momento, nenhum tratamento foi capaz de prevenir o surgimento de novas lesões leucoplásicas. Isso reforça a necessidade de acompanhamento da lesão após a resolução clínica, com consultas periódicas. É importante salientar como consideração final que as leucoplasias apresentam uma oportunidade para o cirurgião-dentista realizar um diagnóstico prévio de uma lesão de câncer bucal, de modo que deve sempre estar atento à possibilidade de transformação maligna da mesma e a instituição do tratamento deve ocorrer o mais rápido possível.

Fig. 2A,B ♦ Leucoplasia em soalho bucal esquerdo (A). Leucoplasia nodular e em placa na região de bordo lingual esquerdo (B).



carcinoma epidermoide

A palavra câncer bucal já demonstra a importância desta lesão quando nos referimos às doenças que acometem a mucosa bucal. Por se tratar de uma lesão maligna, e assim com capacidade de metastizar para outras partes do corpo, pode trazer consequências letais para o paciente. A boca é facilmente acessível, e não requer exames complementares complexos para examiná-la, por isso é essencial que ela seja bem examinada para que lesões cancerizáveis e iniciais não passem despercebidas, e sejam diagnosticadas em fases tardias.



Dárcio Kitakawa

Luis Felipe das Chagas e
Silva de Carvalho

8.3

O termo câncer bucal envolve um grupo de lesões que pode ser classificado em: lesões epiteliais, onde temos os carcinomas epidermóides que são as neoplasias malignas mais prevalentes que acometem a boca, e também as neoplasias malignas de glândula salivar, das quais a mais comum é o carcinoma mucoepidermoide. Além destas lesões, têm-se as neoplasias malignas mesenquimais, que geralmente carregam na nomenclatura a palavra sarcoma, e que são muito menos frequentes que as neoplasias epiteliais. E ainda têm-se os linfomas e as leucemias, que também podem acometer a boca.

Sem dúvida alguma, as neoplasias malignas epiteliais, e especialmente o carcinoma epidermoide, são as lesões mais prevalentes na boca. Em virtude disso, dedicaremos este capítulo para falar basicamente desta lesão, que tem como sinônimos carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas. É mais comum em homens com mais de 40 anos, sendo o quarto tumor mais frequente na Região Sudeste do Brasil.

Tem como fatores etiológicos o tabagismo, que pode estar ou não associado ao álcool, fator este que pode aumentar e muito a chance do desenvolvimento de lesões malignas

8 / LESÕES CANCERIZÁVEIS E CÂNCER BUCAL

na mucosa bucal. E quando segmentamos os casos de carcinoma epidermoide em lábio inferior, tem-se a radiação UV solar como maior vilão. Discute-se ultimamente a possível ação do HPV como fator etiológico das neoplasias malignas de boca, porém ainda sem um consenso em relação ao seu papel dentre os fatores etiológicos das lesões bucais.

Intrabucalmente, as regiões mais acometidas pelo carcinoma epidermoide são o bordo lingual e soalho bucal, porém áreas como trígono retromolar, palato duro e mole e mucosa jugal também podem ser acometidas. Já no aspecto extrabucal, o lábio inferior é a região mais acometida, sendo infrequentes os casos de carcinoma em região de lábio superior. Os carcinomas em lábio inferior

geralmente têm um prognóstico melhor que os casos intrabucais.

Clinicamente as lesões podem se apresentar como lesões ulceradas de bordos endurecidos e, no início, indolores. Claro que a ausência de dor é um fator de atraso diagnóstico importante, uma vez que a dor é um dos sintomas que mais fazem com que o paciente busque atendimento odontológico. Para o diagnóstico é essencial a realização de biópsia incisional, ou seja, remoção de um fragmento da lesão para análise histopatológica. E quando temos como hipótese uma lesão maligna é essencial que façamos biópsia incisional, para que o médico cirurgião de cabeça e pescoço, que é a especialidade responsável pelo tratamento cirúrgico, tenha referência e possa

efetuar a cirurgia com conhecimento dos limites da lesão.

Quanto mais precoce o diagnóstico destas lesões, maior a chance de cura. Infelizmente no Brasil a maior parte destas lesões é diagnosticada em fase tardia, nos estágios III ou IV. Este atraso pode ser atribuído à falta de informação da população em relação a esta doença, o que atrasa a procura do paciente pelo serviço, demora no atendimento público, erros no diagnóstico inicial, desvalorização das lesões iniciais tanto pelo paciente como pelos profissionais, além da deficiência na formação profissional.

É muito importante a comunicação e a confiança em um laboratório que tenha experiência no diagnóstico de patologias bucais. Além



Fig. 5A-C ♦ Carcinoma epidermoide em bordo lingual, lesão úlcero-infiltrativa (A). Carcinoma epidermoide em lábio inferior (B). Carcinoma epidermoide em bordo lingual (C).

disso, a clínica é mandatória, isto é, resultados falso-positivos e falso-negativos têm que ser refutados baseados nas manifestações clínicas. Podem acontecer casos falso-positivos, isto é, não são lesões malignas, mas recebemos o diagnóstico histopatológico de uma neoplasia maligna. Nestes casos, o paciente e os familiares ficam bastante assustados, mas as manifestações clínicas não condizentes podem direcionar para um diagnóstico menos preocupante. Agora, casos falso-negativos merecem uma atenção especial, uma vez que não podemos tranquilizar os pa-

cientes somente com um resultado negativo para uma lesão maligna. Se a suspeita clínica continuar recaindo para uma lesão maligna, é necessário a repetição do exame, pois podemos ter retirado material insuficiente para análise do patologista, ou mesmo acontecer algum outro erro.

Os linfonodos cervicais ipsilaterais são a região mais acometida pela disseminação metastática dos carcinomas epidermóides de boca. E a presença de linfonodos comprometidos é um dos elementos mais importantes em relação ao prognóstico. Clinicamente, estes linfonodos

comprometidos podem apresentar-se fixos, irregulares, consistência endurecida e indolores. O plano médico de tratamento, como mencionado anteriormente, é realizado pelo cirurgião de cabeça e pescoço, e compreende procedimentos cirúrgicos com margem de segurança. Casos mais avançados podem ser abordados com esvaziamento ganglionar e terapias coadjuvantes, principalmente a radioterapia, e em algumas situações também a quimioterapia.

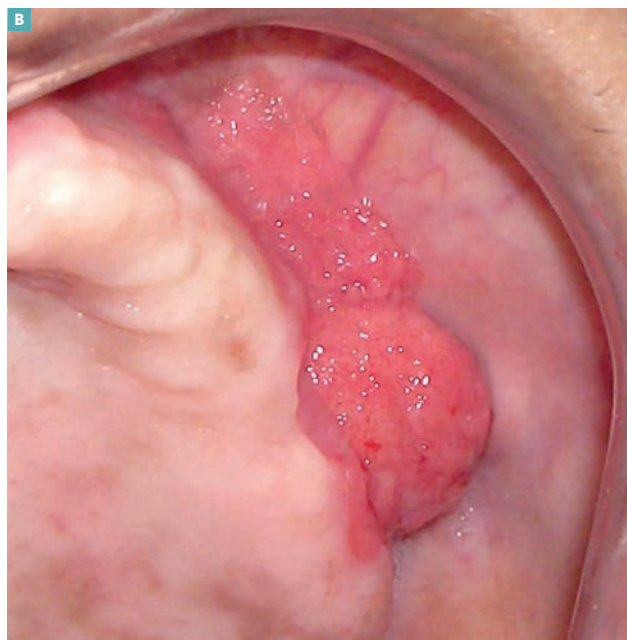




Fig. 6A-E • Carcinoma epidermoide em soalho bucal e gengiva **(A)**. Carcinoma epidermoide em fundo de vestibulo **(B)**. Carcinoma epidermoide em mucosa jugal **(C)**. Carcinoma epidermoide em palato duro **(D)**. Carcinoma epidermoide em bordo lingual de paciente não tabagista **(E)**.