

Artigos científicos /
Scientific articles

LEUCOPLASIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jorge Jose de Luna Nascimento¹, Wanderlan Brasileiro de Minas¹, Fábio César Prosdócimi¹, Cyro Eduardo de Carvalho Ottoni¹, Carla Silva Siqueira¹, Gustavo Davi Rabelo²

¹Universidade Ibirapuera
Av. Interlagos, 1329 - São Paulo - SP
jorgeluna@ibest.com.br

²Universidade de São Paulo - USP

Resumo

A leucoplasia é um termo essencialmente clínico, dado a uma lesão mais branca que a mucosa circunjacente, que não pode ser raspada e que possui um potencial de malignidade. Seu diagnóstico é realizado tanto pelos aspectos clínicos, como pela exclusão de outras lesões semelhantes. Clinicamente, podem apresentar-se de forma homogênea ou heterogênea e, histologicamente, a distinção pode ser feita pela presença de displasia e seus diferentes graus. A maioria das lesões crônicas podem ser assintomáticas e podem desenvolver-se em resposta a um trauma agudo ou crônico de diferentes fontes de infecção. Seu tratamento consiste em remoção da causa, acompanhamento e uso de medicamentos, caso necessário. O objetivo deste trabalho é discorrer sobre as principais características dessa lesão, já que é uma alteração que, constantemente, passa despercebida pelo cirurgião-dentista em sua prática odontológica. Conhecendo um pouco mais sobre essa desordem, pode-se evitar que haja um risco aumentado de desenvolvimento de um câncer.

Palavras-chaves: Leucoplasia, Potencial Maligno, Tratamento.

Abstract

Leukoplakia is a clinical term mainly because of an injury, whiter than the surrounding mucosa, which can't be scraped off and has a potential for malignancy. The diagnosis is confirmed by both: clinical features and exclusion of other similar lesions. Clinically it may be homogeneous or heterogeneous and, histologically, the distinction can be made by the presence of dysplasia and different degrees. Most chronic lesions may be asymptomatic and could develop in response to an acute trauma or chronic infection of different sources. His treatment consists of removing the cause, monitoring and medication, if necessary. The objective is to discuss the main features of this lesion, since it is an amendment that constantly goes unnoticed by the dentist in their dental practice. Knowing a little about this disorder, we can avoid having an increased risk of developing cancer.

Keywords: Leukoplakia, Malignant Potential, Treatment.

1. Introdução e Revisão de Literatura

A definição de "leucoplasia" foi realizada pela primeira vez conforme Grinspan (1), para caracterizar lesões brancas idiopáticas mais freqüentes da cavidade bucal, desenvolvendo-se em qualquer região e podendo ser definidas como potencialmente malignas. O termo é essencialmente clínico e não implica uma alteração histopatológica específica do tecido (2).

O termo leucoplasia pode ser usado em critérios diferentes, denominados fator C, sendo os fatores C1 ou C2: somente fator clínico e fatores C3 ou C4: termo clínico-patológico (3).

A etiologia de uma lesão leucoplásica normalmente está relacionada, em muitos casos, a hábitos como tabagismo (4), sendo seis vezes mais comum entre fumantes, comparado a não-fumantes e, quando associada à etilismo, aumenta a probabilidade de tornar-se cancerizável (5). Além disso, existem casos de lesões leucoplásicas que são consideradas idiopáticas, associadas a microorganismos, radiação ultravioleta e traumas (2).

O diagnóstico da leucoplasia é complexo sendo que seu aspecto clínico é semelhante a outras lesões com aspecto de placas brancas que acometem o complexo estomatognático.

A leucoplasia ocorre mais frequentemente em homens, acima dos 40 anos, sendo que a prevalência au-

menta rapidamente com a idade. Acomete, principalmente, língua, mucosa jugal e gengiva (2). Clinicamente, podem ser divididas clinicamente como leucoplasia homogênea: lesão predominantemente branca, de superfície plana, fina, que pode exibir fendas superficiais com aspecto liso, enrugado, ou corrugado, e textura consistente; e leucoplasia não-homogênea: lesão predominantemente branca ou branco-avermelhada, que pode ter superfície irregular, nodular, ou exofítica (2,3). Podem ser identificadas como leucoplasia: delgada, espessa ou homogênea, nodular ou granular, verrucosa proliferativa e, na medida em que progridem, tornam-se carcinomas verrucosos e, posteriormente, carcinoma epidermóide (2).

Histologicamente, a leucoplasia é caracterizada por uma camada de ceratina mais espessa, podendo haver ou não quadros de acantose, além disso, a presença de um infiltrado inflamatório crônico é percebida no tecido conjuntivo subjacente. A presença de displasia epitelial ocorre em apenas de 5 a 25% dos casos e, quando ocorre, apresentam alterações como: núcleos e células aumentadas, núcleos grandes e proeminentes, aumento da razão núcleo/citoplasma, núcleos hiper cromáticos e pleomorfos, além de aumento da atividade mitótica, normalmente atípicas. Os estágios mais comuns de lesões epiteliais precursoras são divididos em: Hiperplasia escamosa (apresenta quadros de acantose e arquitetura com estratificação regular

e ausência de atipias); Displasia leve (mudança na arquitetura é limitada aos terços inferiores acompanhados por atipia celular); Displasia moderada (mudança na arquitetura estende-se aos terços médios do epitélio, com moderada displasia); Displasia severa (mudanças arquiteturais envolvem mais de 2/3 do epitélio e possui uma quantidade suficiente de displasia para ser denominada de severa); Carcinoma in situ (mudança em toda ou quase toda arquitetura epitelial com pronunciada atipia em todas as camadas viáveis) (2, 3,6).

A malignização fica reservada em casos de leucoplasias com displasia epitelial, ao contrário das lesões que evidenciam apenas hiperqueratose. Leucoplasias homogêneas apresentaram alterações celulares discretas, entretanto as não-homogêneas apresentam potencial histopatológico de displasia epitelial severa ou mesmo de carcinoma invasivo. Alguns estudos indicam que a transformação maligna anual foi relatada em torno de 0,3% (7,8). Os fatores de risco incluem: gênero feminino, longa duração da leucoplasia, leucoplasia idiopática, localização em língua ou assoalho de boca, tipo não-homogêneo, presença de *C. albicans* e presença de displasia epitelial (3).

O tratamento da leucoplasia se justifica pela presença de sintomatologia ou no intuito de prevenir uma transformação maligna. No caso de leucoplasia com displasia severa, o ideal seria uma completa remoção da lesão, que pode ser realizada por excisão cirúrgica, remoção a laser, eletrocautério e criocirurgia (9,10). Deve-se acompanhar por longo tempo, pois não são incomuns os quadros de recorrência. No caso de leucoplasias que possuem displasias discretas e moderadas, deve-se acompanhar o paciente, se possível, a cada 6 meses devido progressão da lesão. Caso os fatores etiológicos persistam, biópsias devem ser feitas periodicamente para avaliar se houve progressão da lesão (2). A Figura 1 apresenta a imagem de uma leucoplasia em lábio.



Figura 1 - Imagem de uma leucoplasia, em lábio.

2. Discussão

Apesar de ser uma lesão bastante pesquisada, ainda é alvo de controvérsias, a começar pelo termo “leucoplasia” que é usado para caracterizar lesões brancas da mucosa oral sem causa definida, seu diagnóstico ser estabelecido por exclusão, além de ser uma entidade clínica que pode apresentar padrões histológicos, moleculares e genéticos diversos. Um problema encontrado é o número de lesões leucoplásicas registradas que se encontra subestimado, já que esta não apresenta sintomatologia, sendo muitas vezes descoberta em exames clínicos de rotina. Devido a esta característica não se sabe a real quantidade de leucoplasias que se transformaram em carcinoma.

Por apresentar essa característica de ser cancerizável, a leucoplasia exige a realização de biópsia, possuindo esta, valor muito significativo, já que o padrão histológico determinará, em parte, o prognóstico da lesão. Porém, a classificação dos diversos graus de diferenciação é, ainda, um método muito subjetivo, já que um patologista pode classificar uma lesão como displasia moderada, enquanto outro a classifica como displasia severa. Métodos de padronização ou, ainda, calibração entre os examinadores se tornam necessários para diminuir essa discrepância.

3. Considerações Finais

- Por ser assintomático, um exame clínico criterioso realizado pelo cirurgião-dentista é de extrema importância na sua detecção;
 - O exame microscópico também tem grande valor no diagnóstico da doença, já que este pode revelar a existência ou não de alterações no epitélio, mesmo havendo variâncias inter-avaliadores para suas classificações.
-

4. Referências Bibliográficas

1. Grispan D. Enfermedades de la boca, Tomo II, Patología. Clínica y terapêutica de la mucosa bucal, Mundi, Buenos Aires, 1973.
 2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patología Oral & Maxilofacial. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 1995.
 3. Van Der Wall, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and presents concepts of management. *Oral Oncology* v. 45, p. 317-23. 2009.
 4. Baric J M, Alman J E, Feldman RS, Chauncey HH. Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Patol* 1982; 54: 424-9.
 5. Maserejian NN, Joshipura K J, Rosner BA, Giovannucci E, Zavras AI. Prospective study of alcohol consumption and risk of oral premalignant lesions in men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15:774-81.
 6. Barnes L, Eveson J W, Reichart PA, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics Head and Neck Tumours. World Health Organization; 2005.
 7. Gupta PC, Mehta FS, Daftary DK, et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8:283-333.
 8. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. *Oral Oncol* 2006;42:461-74.
 9. Chandu A, Smith ACH. The use of CO2 laser in the treatment of oral white patches: outcomes and factors affecting recurrence. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:396-400.
 10. Van der Hem PS, Nauta JM, Van der Wal JE, Roodenburg JL. The results of CO2 laser surgery in patients with oral leukoplakia: a 25 years follow up. *Oral Oncol* 2005;41:31-7.
-