

# Leucoplasia pilosa: revisão da literatura e apresentação de um caso (\*)

## *Hairy leukoplakia: review of the literature and report of a case*

Marcos Martins Neto\*  
 Pantelis Varvaki Rados\*\*  
 João Jorge Diniz Barbachan\*\*

### RESUMO

Os autores têm o objetivo de apresentar um caso de leucoplasia pilosa relacionada à paciente portador do vírus HIV. Serão abordados os aspectos clínico, histopatológico e formulação do diagnóstico, além de enfatizar-se o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico das manifestações bucais da AIDS.

### SUMMARY

The authors present a report of a case of hairy leukoplakia that have relationship with a HIV seropositive patient. We will discuss the clinical and histopathological aspects of these lesions. It is stressed the role of the dentist in the of AIDS related oral lesions.

### UNITERMOS

Leucoplasia Pilosa, Vírus EBV, Vírus HIV, AIDS.

### KEYWORDS

Hairy Leukoplakia, EBV virus HIV virus, AIDS

### Introdução

A leucoplasia pilosa, segundo Axell e col<sup>2</sup>, é classificada como uma lesão esbranquiçada ou acinzentada, localizada nas bordas laterais da língua, não sendo removíveis por raspagem, podendo apresentar enrugamentos verticais. Estende-se para a superfície ventral e dorsal da língua. Atualmente, esta lesão está relacionada às manifestações bucais da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)<sup>2,3,5,6,7,8,9,10,12,13,14,16,17,19</sup>. A lesão foi descrita pela primeira vez por Greenspan e col<sup>7</sup> em 1984, após um estudo feito em homossexuais masculinos jovens, em São Francisco - EUA. Pindborg<sup>12</sup> atribui mais de 40 tipos de lesões bucais, associadas à infecção pelo vírus HIV, sendo que para Itin e col<sup>9</sup> aproximadamente 10% da população infectada pelo HIV terá na cavidade bucal o primeiro sinal desta doença. Dutra e col<sup>3</sup>, em 1993, realizaram um estudo em 50 pacientes aidéticos de uma unidade do sistema prisional da Grande São Paulo, onde verificaram o ressecamento do lábio inferior, hiperemia de orofaringe, gengivite úlcero-necrosante aguda (GUNA), leucoplasia pilosa, leucoplasia jugal, periodontite, lesões do palato e candidíase eram as principais alterações bucais. Naquele trabalho a prevalência da leucoplasia pilosa atingiu o índice de 80%. A leucoplasia pilosa é considerada um indicativo da manifestação da AIDS em cerca de 3 anos<sup>17</sup>. Ramirez e col<sup>13</sup> no ano de 1992 relataram que a leucoplasia pilosa e a candidíase eritematosa foram as lesões bucais mais frequentes, com índices de 40 e 31%, respectivamente, em pacientes HIV - positivos.

A etiopatogenia desta lesão está relacionada com uma infecção oportunista ocasionada pelo vírus Epstein-Barr (EBV)<sup>14</sup>. Sciubba et al<sup>16</sup> relataram que o EBV é um agente infecci-

oso oportunista nas lesões de leucoplasia pilosa, o que não acontece com o HIV e o vírus do papiloma humano (HPV). Näher et al<sup>11</sup> e Schmidt - Westhausen<sup>15</sup> descreveram que o EBV pode ser identificado nas bordas laterais da língua durante uma grave imunodepressão, mesmo antes da manifestação clínica da leucoplasia pilosa.

Estudos sorológicos, imunohistoquímicos e hibridização do ácido desoxirribonucleico (DNA) indicam que o vírus Epstein-Barr (EBV) pode desempenhar um papel no desenvolvimento da lesão<sup>5,6,7,16</sup>. Porém, tanto na mucosa oral normal como nas lesões de pacientes HIV - positivos poderão ser identificadas formas latentes do EBV<sup>1,16</sup>.

Clinicamente, a leucoplasia pilosa pode ser variável, tendo sido relatado o aparecimento bilateral<sup>13</sup>. Caracteriza-se por uma superfície de contorno irregular, frequentemente corrugada ou pregueada, podendo também apresentar-se lisa com aspecto macular. A maioria dos casos relatados mostra que as lesões localizam-se ao longo das bordas laterais da língua, podendo estender-se para a superfície dorsal. Raramente atingem a mucosa jugal, palato ou soalho da boca. Usualmente são assintomáticas, embora uma superinfecção pela candida possa causar algum desconforto. Em casos em que todo o dorso da língua é envolvido pelo processo, o paciente pode notar a lesão e consultar o cirurgião-dentista<sup>2,3,13,14,17</sup>.

Microscopicamente a lesão apresenta-se como uma hiperplasia epitelial com acantose, paraceratose e projeções epiteliais com aparência de fio de cabelo, com discreto ou nenhum infiltrado inflamatório, múltiplas células vacuolizadas (coilocitos) associadas com a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV)<sup>8,9,14</sup>. Segundo Regezi e Sciubba<sup>14</sup>, as camadas

superficiais da lesão apresentam hiperparaceratose acentuada, na maioria dos casos com a formação de irregularidades e cristas ceratóticas na superfície. Muitas vezes, notam-se hifas de *Candida albicans* estendendo-se para as camadas superficiais das células epiteliais. Na camada de células espinhosas observa-se a coilocitose, que é a degeneração em balão e halo claro perinuclear. Silverman Jr.<sup>19</sup> descreveu que os coilocitos são células infectadas por agentes virais.

Diversos autores afirmam que o tratamento da leucoplasia pilosa é controverso<sup>9,14,19</sup>. Segundo Itin<sup>9</sup>, o tratamento se baseia no uso de medicação antifúngica, azidotimidina (AZT), podofilina ou excisão cirúrgica. Silverman Jr.<sup>19</sup> relata que o tratamento da leucoplasia pilosa é opcional e sugere que esta pode desaparecer após altas doses de acyclovir, solução tópica de Regin-A e uso de antibióticos tipo sulfa administrada para o controle da pneumonia por pneumocystis. Porém, Greenspan & Greenspan<sup>8</sup> afirmam que a lesão pode recidivar caso a terapia seja modificada, cessada ou descontinuada.

### Apresentação de caso

Paciente do sexo masculino, cor branca, casado, 35 anos, professor, estava em tratamento na Clínica de Prótese da FO-UFRGS, para confecção de elemento de prótese fixa

(+) Este trabalho foi parcialmente apresentado no II Congresso da Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE), realizado de 12 à 16 de Julho de 1994 em Goiânia-GO.

\* Professor do Departamento de Patologia - UFSM, aluno do Curso de Mestrado em Patologia Bucal - FO-UFRGS.

\*\* Professor do Curso de Mestrado em Patologia Bucal - FO-UFRGS.

R. Fac. Odontol.	Porto Alegre	v. 36	n. 1	p. 15-17	Ago. 1995
------------------	--------------	-------	------	----------	-----------

unitária ao nível do segundo pré-molar inferior direito. Durante os procedimentos clínicos, foi observada uma mancha branca na borda da língua, lado direito (Fig. 1). O paciente foi então encaminhado à Disciplina de Patologia da mesma faculdade onde também foram observadas manchas semelhantes na borda lateral esquerda (Fig. 2).

Após o exame clínico, decidiu-se que o paciente seria submetido a uma biópsia de ambas lesões além da solicitação do teste anti-HIV (Elisa), pois nesse momento as informações clínicas sugeriam a leucoplasia pilosa. As peças cirúrgicas foram encaminhadas para exame histopatológico, que mostraram hiperplasia epitelial com acantose, hiperparaceratose e coilocitose. O tecido conjuntivo apresentou um discreto infiltrado inflamatório crônico (Fig. 3). Notou-se a presença de hifas de *Candida* associadas às porções mais superficiais do epitélio nos cortes corados pelo P.A.S. (Ácido Periódico de Schiff) (Fig. 4). A sorologia foi positiva para o HIV, sendo mais tarde confirmada pelo exame Western-blot.

Tendo em vista as características clínicas e os resultados dos vários exames complementares, confirmou-se o diagnóstico final de leucoplasia pilosa, neste caso associada a imunodepressão provocada pela infecção por HIV.

## Discussão

No que diz respeito aos aspectos clínicos e histopatológicos nossos achados concordam com os relatos de diversos autores<sup>2,7,9,14,17,19</sup>, ou seja, estas lesões possuem coloração esbranquiçada ou acinzentada, não são removíveis e podem ser bilaterais, tem localização preferencial na borda de língua podendo estender-se para a superfície ventral e dorsal (Figs. 1 e 2). Os aspectos histológicos revelam hiperparaqueratose acentuada, muitas vezes, formando irregularidades e cristas ceratóticas na superfície. Verifica-se degeneração em balão e halo claro perinuclear (coilocitose) na camada de células espinhosas e pode-se observar hifas de *Candida albicans* nas camadas superficiais do epitélio, fatos relatados pela maioria dos autores<sup>7,10,14,19</sup> vistos também neste caso (Figs. 3 e 4).

Ao que se refere ao diagnóstico da leucoplasia pilosa, vários autores preconizam a necessidade da demonstração do vírus EBV nas lesões<sup>2,4,8,10,14</sup>. Segundo Greenspan & Greenspan<sup>9</sup> este vírus pode ser demonstrado por microscopia eletrônica, antígenos virais ou imunocitoquímica. Entretanto, nossa conduta na formulação do diagnóstico de leucoplasia pilosa baseou-se nos achados clínicos e laboratoriais (teste anti-HIV, Western-blot, histopatologia convencional) associados a um estado de imunodepressão em paciente portador do vírus HIV.

Considerando que a leucoplasia pilosa é uma das manifestações mais frequentes da AIDS na boca, o cirurgião-dentista possui um papel importante no diagnóstico desta lesão. No caso relatado, convém frisar que o paciente desconhecia que era portador do vírus HIV,

sendo a partir do diagnóstico clínico da leucoplasia pilosa na língua que sugeriu-se o teste anti-HIV, o qual foi positivo e posteriormente confirmado pelo Western-blot.

Após a formulação do diagnóstico, o paciente foi encaminhado para a Unidade de Estomatologia do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para avaliação e acompanhamento.

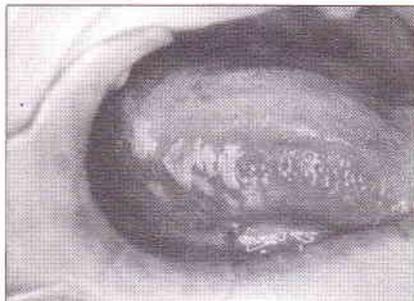


Fig. 1 Aspecto clínico da leucoplasia pilosa na borda lateral direita da língua

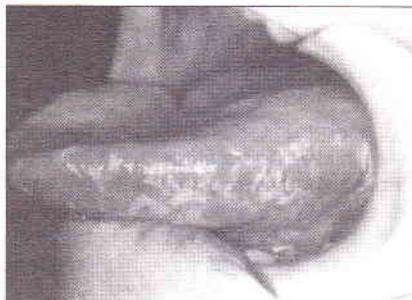


Fig. 2 Manchas esbranquiçadas na borda lateral esquerda da língua, com aspecto clínico sugestivo de leucoplasia pilosa

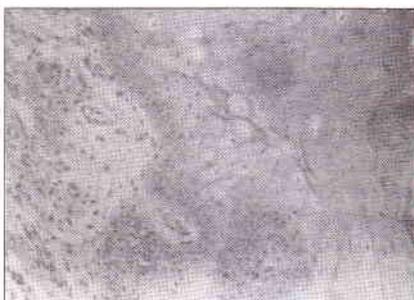


Fig. 3 Aspecto microscópico da lesão mostrando hiperparaceratose, acantose e coilocitose na camada de células espinhosas, no tecido conjuntivo se vê discreto infiltrado inflamatório mononuclear (Aumento aproximado 400x, H/E)

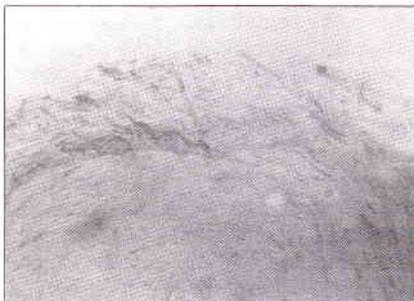


Fig. 4 Coloração pelo P.A.S., demonstrando as hifas de *Candida albicans* nas camadas mais superficiais do tecido epitelial

## Referências Bibliográficas

- ALBECK, H.; BRETLAU, P.; HANSEN, B.L. et al. Epstein-Barr virus infection in cultured nonmalignant epithelial cells from human nasopharyngeal mucosa. *Arch. Otorrinolaryngol.*, Chicago, v.246, p.142-146. 1989.
- AXELL, T.; AZUL, A.M.; CHALLACOMBE, S. et al. Atualização da classificação e critérios diagnósticos das lesões orais na infecção pelo HIV. *Rev. Port. Est. Cir. Maxilofac.*, Lisboa, v.34, n.1, p.5-9. 1993.
- DUTRA, M.E.P.; COSTA, C.; FERREIRA, E.T.T. et al. Achados clínicos de interesse estomatológico em pacientes portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida - AIDS. *Odonto*, São Paulo, v.2, n.6, p.391-395. 1993.
- EPSTEIN, J.B.; SHERLOCK, C.H.; WOLBER, R.A. et al. Hairy leukoplakia after bone marrow transplantation. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.75, n.6, p.690-695. 1993.
- EVERSOLE, L.R.; JACOBSEN, P.; STONE, C.E. et al. Oral condyloma planus (hairy leukoplakia) among homosexual men: a clinicopathologic study of thirty-six cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.61, p.249-255. 1986.
- FRIEDMAN-KEIN, A.E. Viral origin of hairy leukoplakia. *Lancet*, London, v.2, p.694-695. 1986.
- GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J.S.; CONANT, M. et al. Oral "hairy" leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and herpes-group virus. *Lancet*, London, v.2, p.831-834. 1984.
- GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. Significance of oral hairy leukoplakia. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.73, n.2, p.151-154, fev. 1992.
- ITIN, P.H.; LAUTENSCHLAGER, S.; FLUCKIGER, R. et al. Oral manifestation in HIV - infected patients: diagnosis and management. *J. Am. Acad. Dermatol.*, St. Louis, v.29, n.5, p.749-760, nov. 1993.
- ITIN, P.H. Oral hairy leukoplakia. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.73, n.2, p.151-154, fev. 1992.
- NÄHER, H.; GISMANN, L.; VONKNEBEL DOEBERITZ, C. et al. Detection of Epstein-Barr virus - DNA in tongue epithelium of human immunodeficiency virus - infected patients. *J. Invest. Dermatol.*, New York, v.97, p.421-424. 1991.
- PINDBORG, J.J. Classification of oral lesions associated with HIV infection. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.67, p.292-295. 1989.
- RAMÍREZ, V.; GONZÁLEZ, A.; GONZÁLEZ, M. et al. Patología bucal en 161 pacientes VIH-positivos asintomáticos y sintomáticos. *Rev. Inv. Clín. México*, v.44, n.1, p.43-52, enero/marzo. 1992.
- REGEZI, Joseph; SCIUBBA, James. *Patologia bucal: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 390p. Cap.3. Lesões brancas. p.67-69.
- SCHMIDT-WESTHAUSEN, A.; GELDER BLOM, H.R.; HETZER, R. et al. Demonstration of Epstein-Barr virus in scrape material of lateral border of tongue in heart transplant patients by negative staining electron microscopy. *J. Oral. Pathol. Med.* Copenhagen, v.20, p.215-217. 1991.
- SCIUBBA, J.; BRANSMA, J.; SCHWARTZ, M. et al. Hairy leukoplakia: an AIDS - associated opportunistic infection. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v.67, p.404-410. 1989.
- SCULLY, Crispian; ALMEIDA, Oslei Paes de; BOZZO, Lourenço et al. *Atlas de diagnóstico bucal*. São Paulo: Santos, 1992. 147p.
- SNIDJERS, P.J.E.; SCHULTEN, E.A.J.M.; MULLINK, H. et al. Detection of human papillomavirus and Epstein-Barr virus DNA sequences in oral mucosa of HIV - infected patients by polymerase chain reaction. *Am. J. Pathol.*, Philadelphia, v.137, p.659-666. 1990.
- SILVERMAN, JR., SOL. *Atlas colorido das manifestações bucais da AIDS*. São Paulo: Santos, 1989. 113p. Cap.4. Infecções virais. p.40-47.