

## Principais Lesões Brancas que acometem a Cavidade Oral

*The main White Lesions that affect the Oral Cavity.*

*Las principales Lesiones Blancas que acompañan a la Cavidad Oral*

Brenno Anderson Santiago **DIAS**

Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 58429-500, Araruna – PB, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-1047-3210>

Iasmim Lima **MENEZES**

Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 58429-500, Araruna – PB, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-4101-1489>

Marcelo Gadelha **VASCONCELOS**

Professor Doutor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 58429-500, Araruna – PB, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-0396-553X>

Rodrigo Gadelha **VASCONCELOS**

Professor Doutor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, 58429-500, Araruna – PB, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-1947-3011>

### Resumo

**Introdução:** As lesões brancas da cavidade oral constituem um grupo heterogêneo de alterações, possuindo diversas etiologias, podendo ser desde lesões de caráter irritativo até lesões que indicam certo potencial de malignidade, necessitando assim, de uma criteriosa avaliação. Entre os fatores que influenciam no processo diagnóstico, estão: a cor, distribuição, duração e localização da lesão, porém, devido à semelhança clínica entre algumas lesões brancas, não é possível estabelecer um diagnóstico definitivo apenas por meio do exame clínico, necessitando da realização de uma biópsia, e em alguns casos de solicitação de exames complementares, com o objetivo de atingir um diagnóstico confiável, e efetuar o tratamento adequado. **Objetivos:** Discorrer sobre as principais lesões brancas presentes na cavidade oral, dando ênfase no diagnóstico diferencial entre cada uma delas, já que tal abordagem implicará diretamente na conduta profissional e no estabelecimento do tratamento adequado para cada paciente. **Métodos:** Para isso foi realizada uma revisão de literatura através da busca de artigos publicados no PubMed entre os anos de 2016 e 2020. **Resultados:** Destaca-se que as lesões brancas orais podem ser desde lesões benignas reacionais até lesões potencialmente malignas. É necessária atenção no exame clínico das lesões brancas, fazendo questionamentos ao paciente sobre a origem da lesão, além de realizar manobras semiotécnicas para obtenção de informações importantes a respeito da lesão. **Conclusão:** Ademais, é necessário o conhecimento dos cirurgiões-dentistas acerca dos diferentes tipos de lesões brancas que acometem a cavidade oral, além da realização de biópsia para análise histopatológica para obtenção do diagnóstico definitivo.

**Descritores:** Lesões Brancas; Cavidade Oral; Diagnóstico Diferencial.

### Abstract

**Introduction:** White lesions in the oral cavity constitute a heterogeneous group of alterations, having different etiologies, which can range from lesions of an irritating character to lesions that indicate a certain potential for malignancy, thus requiring a careful evaluation. Among the factors that influence the diagnostic process are: the color, distribution, duration and location of the lesion, however, due to the clinical similarity between some white lesions, it is not possible to establish a definitive diagnosis only through clinical examination, requiring the realization biopsy, and in some cases requesting additional tests, in order to achieve a reliable diagnosis, and to carry out the appropriate treatment. **Objectives:** To discuss the main white lesions present in the oral cavity, emphasizing the differential diagnosis between each one, since such an approach will directly imply professional conduct and the establishment of the appropriate treatment for each patient. **Methods:** For this, a literature review was carried out by searching for articles published in PubMed between the years 2016 and 2020. **Results:** It should be noted that white oral lesions can range from benign reactive lesions to potentially malignant lesions. Attention is required in the clinical examination of white lesions, asking the patient questions about the origin of the lesion, in addition to performing semi-technical maneuvers to obtain important information about the lesion. **Conclusion:** In addition, it is necessary for dentists to know about the different types of white lesions that affect the oral cavity, in addition to performing a biopsy for histopathological analysis to obtain the definitive diagnosis.

**Descriptors:** White Lesions; Oral Cavity; Differential Diagnosis.

### Resumen

**Introducción:** Las lesiones blancas en la cavidad bucal constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones, con etiologías diferentes, que pueden ir desde lesiones de carácter irritante hasta lesiones que indican un cierto potencial de malignidad, por lo que requieren una evaluación cuidadosa. Entre los factores que influyen en el proceso diagnóstico se encuentran: el color, distribución, duración y ubicación de la lesión, sin embargo, debido a la similitud clínica entre algunas lesiones blancas, no es posible establecer un diagnóstico definitivo solo a través del examen clínico, requiriendo la realización de biopsia, y en algunos casos solicitar pruebas complementarias, con el fin de lograr un diagnóstico confiable y realizar el tratamiento adecuado. **Objetivos:** Discutir las principales lesiones blancas presentes en la cavidad bucal, enfatizando el diagnóstico diferencial entre cada una, ya que tal abordaje implicará directamente la conducta profesional y el establecimiento del tratamiento adecuado para cada paciente. **Métodos:** Para ello, se realizó una revisión de la literatura mediante la búsqueda de artículos publicados en PubMed entre los años 2016 y 2020. **Resultados:** Cabe señalar que las lesiones bucales blancas pueden ir desde lesiones reactivas benignas hasta lesiones potencialmente malignas. Se requiere atención en el examen clínico de las lesiones blancas, preguntando al paciente sobre el origen de la lesión, además de realizar maniobras semitécnicas para obtener información importante sobre la lesión. **Conclusión:** Además, es necesario que los odontólogos conozcan los diferentes tipos de lesiones blancas que afectan la cavidad bucal, además de realizar una biopsia para análisis histopatológico para obtener el diagnóstico definitivo.

**Descriptores:** Lesiones Blancas; Cavidad Oral; Diagnóstico Diferencial.

### INTRODUÇÃO

As lesões brancas da mucosa bucal são

observadas frequentemente no cotidiano clínico do cirurgião-dentista. Essas lesões são implicações de alterações no processo natural

de renovação do epitélio, ocorrendo o aumento da espessura da camada de ceratina, ou devido à condensação de fibras do tecido conjuntivo, promovendo uma menor vascularização da mucosa, diminuindo assim sua percepção clínica<sup>1</sup>.

Deste modo, as lesões brancas orais possuem diversas origens, sendo classificada de acordo com sua etiologia. Podendo ser lesões reacionais benignas: queratose friccional, *mosicatio mucosae* (*morsicatio buccarum* ou *mordiscamento* crônico) e a glossite migratória benigna; lesões autoimunes: líquen plano. Lesões de desenvolvimento: nevo branco esponjoso, diskeratose congênita. Lesões de contato induzidas por produtos químicos: estomatite nicotínica e a ceratose por tabaco inalado ou mascado. Processos infecciosos: candidíase oral e a sífilis secundária. E até quadros de lesões displásicas com potencial de transformação maligna<sup>1,2</sup>.

Essas lesões possuem etiologias e natureza diversas, além de vários prognósticos, o que implica em um grande desafio para estabelecer um diagnóstico definitivo. Assim, existem manobras a serem realizadas pelos cirurgiões-dentistas quando deparados por uma lesão branca na cavidade oral dos pacientes, onde além da anamnese bem feita, é importante passar uma gaze sobre a lesão, para saber se a mesma é raspável ou não, sendo uma etapa que auxilia bastante no processo diagnóstico. Se for raspável, está mais comumente relacionado com infecções fúngicas. Caso contrário, deve-se suspeitar desde fenômenos irritativos até transformação pré-maligna ou maligna<sup>3,4</sup>.

Ainda que as lesões brancas constituam apenas cerca de 5% das patologias orais, algumas dessas têm um potencial de malignização. Com isso, feita a anamnese correta juntamente com a execução de manobras semiotécnicas e se necessário, solicitado exames complementares, pode-se chegar a um correto diagnóstico, para excluir a possibilidade de malignidade da lesão e concluir com a melhor intervenção terapêutica para o tratamento da lesão<sup>1</sup>.

Dessa forma, a presente revisão de literatura tem como proposição apresentar as principais lesões brancas que se manifestam na cavidade oral, descrevendo os seus aspectos clínicos e histopatológicos à medida que enfatiza o diagnóstico diferencial para cada uma delas, já que tal abordagem implicará diretamente na conduta profissional e no

estabelecimento do tratamento adequado para cada paciente.

## MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão da literatura sobre as principais lesões brancas que acometem a cavidade oral. O trabalho foi elaborado mediante uma busca bibliográfica realizado no mês de abril de 2020, através da base de dados online do National Center for Biotechnology Information - NCBI (*PubMed*) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), limitando-se a busca ao período de 2016 a 2020. Para a filtragem dos artigos relacionados ao tema foi aplicado o sistema de formulário avançado “AND”. Foram achados 2857 trabalhos, e destes 27 foram selecionados após uma criteriosa filtragem. Como critérios de inclusão, foram adotados os artigos escritos em inglês, espanhol, aqueles que se enquadravam no enfoque do trabalho e os mais relevantes em termos de delineamento das informações desejadas. Dentre os critérios observados para a escolha dos artigos foram considerados os seguintes aspectos: trabalhos disponíveis livremente em sua versão completa (*Free Full Text*) e clareza no detalhamento metodológico utilizado. Foram excluídos da amostra os artigos que não apresentaram relevância clínica sobre o tema abordado, estudos em animais e aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

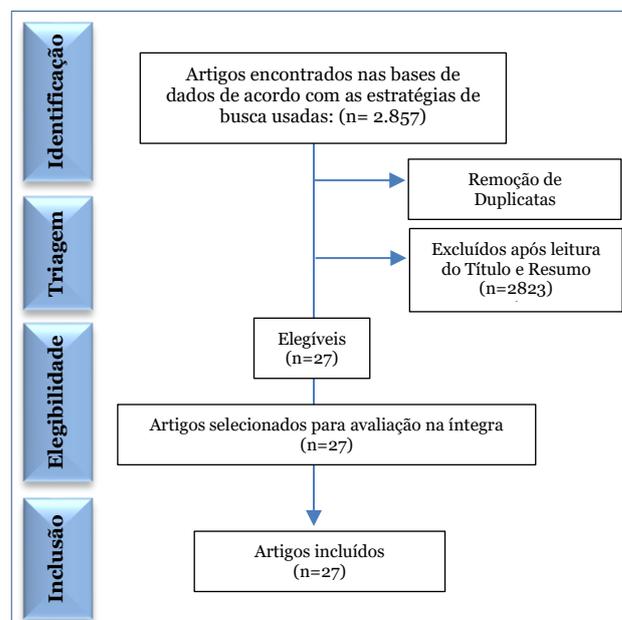


Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos (Fonte: dados da Pesquisa)

Os descritores utilizados como mecanismo de busca foram: “Oral white lesions”, “Oral lichen planus”, “Geographic tongue”, “Actinic cheilitis”, “Oral leukoplakia”,

“Nicotinic stomatitis”, “White sponge nevus” e “Oral irritating keratosis”. Foram adicionados ainda 02 livros considerados relevantes para este estudo (Tabela 1)

**Tabela 1** - Distribuição dos artigos encontrados de acordo com os critérios de busca (descritores) utilizados na base de dados

Descritores	Resultado da busca	Estudos avaliados	Artigos Selecionados
Oral white lesions	1241	161	05
Geographic tongue	600	27	03
Actinic cheilitis	324	21	03
Oral leukoplakia AND Oral white lesions	316	173	04
Oral lichen planus AND Oral white lesions	207	16	07
Nicotinic stomatitis	85	02	02
White sponge nevus	51	04	02
Oral irritating keratosis	33	03	01

Fonte: Dados da Pesquisa

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 2 apresenta as principais lesões brancas da cavidade bucal.

**Tabela 2** – Principais lesões brancas da cavidade bucal

Leucoplasia	
Etiologia	Multifatorial, porém há uma maior associação com o fumo.
Aspecto Clínico	Placa predominantemente branca, não removível a raspagem. Acomete mais frequentemente a mucosa jugal. Surge lentamente, e não apresenta períodos de remissão/exacerbação.
Conduta	O diagnóstico é feito por exclusão de outras lesões. Deve-se realizar a biópsia para avaliar se há presença de displasia celular e preservar.

Queilite Actínica	
Etiologia	Exposição crônica à radiação ultravioleta, sendo comumente encontrada em certos grupos de trabalhadores, como construtores civis, agricultores e marinheiros
Aspecto Clínico	Perda do limite entre a pele e a mucosa, acomete mais frequentemente o lábio inferior. Pode apresentar áreas ulceradas, além de transformação de malignidade.
Conduta	Em casos de lesões com consistência endurecida/ulcerada deve ser feita a biópsia para análise verificar algum grau de malignidade, além do uso de filtro solar e aplicação de fludoxicortida, este último pode retardar a progressão da lesão.

Líquen Plano Oral	
Etiologia	Etiologia incerta, sendo provavelmente causada pela ativação de células T.
Aspecto Clínico	Possui diversas manifestações clínicas como: reticular, papular, erosivo, forma de placa, atrófico e bolhoso.
Conduta	Depende do tipo do LPO e se há a presença de sintomatologia dolorosa.

Queratose Friccional	
Etiologia	Multifatorial, estando relacionado com algum agente irritativo crônico, como o caso de hábitos parafuncionais.
Aspecto Clínico	Depende do grau de irritação, sendo uma mancha branca, homogênea, assintomática, de textura lisa ou rugosa.
Conduta	O diagnóstico é clínico, e o tratamento é feito a partir da identificação e remoção do agente causador.

Morsicatio Buccarum	
Etiologia	Relacionada à hábitos deletérios de mordiscamento da mucosa, principalmente em pacientes estressados
Aspecto Clínico	Placas bilaterais ou unilaterais de coloração branca à acinzentadas, assintomáticas, de textura lisa ou enrugada, com marcas de ceratinização.
Conduta	O diagnóstico é clínico, e o tratamento é feito a partir da remoção do agente causal.

Fonte: Dados da Pesquisa

**Tabela 2 (continuação)** – Principais lesões brancas da cavidade bucal

Estomatite Nicotínica	
Etiologia	Relacionada ao hábito de fumar tabaco, cigarro, cachimbos, bem como pessoas que costumam beber bebidas extremamente quentes.
Aspecto Clínico	Área esbranquiçada, única, difusa e em forma de mancha ou placa com pontos avermelhados, que acomete mais frequentemente o palato.
Conduta	O diagnóstico é clínico, e o tratamento deve ser feito a partir da remoção do fator causal, onde deve ocorrer a regressão da lesão ou até voltar a normalidade da mucosa.

Nevo Branco Esponjoso	
Etiologia	Doença geneticamente determinada, definida por um traço autossômico dominante.
Aspecto Clínico	Placas simétricas, difusas, corrugadas, assintomáticas, que se apresentam bilateralmente e não saem à raspagem.
Conduta	Anamnese e exame físico, análise do histórico familiar. A realização de biópsia é feita para confirmação do diagnóstico

Língua Geográfica	
Etiologia	Desconhecida, porém associada a reações alérgicas, estresse, diabetes mellitus, anemia, além de ser a manifestação oral da psoríase.
Aspecto Clínico	Áreas atróficas eritematosas circundadas por um halo esbranquiçado elevado. Situada em vários sítios da região oral, além de apresentar períodos de remissão e exacerbação
Conduta	O diagnóstico é clínico, e nenhum tratamento é indicado, porém, podem-se utilizar corticoides tópicos para diminuição da sintomatologia dolorosa.

Leucoedema	
Etiologia	Desconhecida, porém possui associação com o tabagismo.
Aspecto Clínico	Placas difusas e corrugadas, não raspável, e que acometem mais frequentemente a mucosa jugal bilateralmente.
Conduta	Por ser uma variação da normalidade e ser assintomático, nenhum tratamento é indicado.

Fonte: Dados da Pesquisa

### o Leucoplasia Oral

A definição de leucoplasia oral é exclusivamente utilizada para diagnóstico clínico de lesões brancas orais que não possam ser caracterizadas de maneira clínica ou histológica com outras lesões. É a mais frequente lesão branca oral com potencial de malignização, onde 16% a 62% do carcinoma espinocelular estão relacionados com o acometimento de uma lesão leucoplásica oral preexistente. Acomete indivíduos geralmente acima de 50 anos de idade, ocorre mais no sexo masculino, porém estudos também trazem uma notória predileção pelo sexo feminino. É rara nas primeiras duas décadas de vida e pode ocorrer em qualquer ambiente da cavidade oral, sendo frequentemente assintomática<sup>1,4,5</sup>.

Sua etiologia permaneceu desconhecida na literatura, porém alguns autores mencionam uma associação com o uso do tabaco, álcool, sanguinária (*Sanguinaria canadenses* – planta herbácea), radiação ultravioleta e até fatores genéticos. Tradicionalmente, as lesões leucoplásicas são subdivididas clinicamente em uma variante homogênea e não homogênea. A leucoplasia homogênea é uniformemente branca, fina, plana ou ligeiramente enrugada, além disso, possuem subvariantes do tipo

homogêneo, em veludo ou pedra-pomes. Já a leucoplasia não homogênea possui uma mistura entre a coloração branca e vermelha ("eritroleucoplasia"), e pode apresentar superfície plana, salpicado ou nodular. Nas últimas décadas um terceiro subtipo tem sido apresentado, conhecido como Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (PVL), essa por sua vez apresenta uma tendência a multifocalidade, alta taxa de recorrência e uma maior probabilidade de transformação maligna, porém não necessita ser classificada como uma variante separada, já que a mesma é uma lesão predominantemente branca, podendo ser assim classificada como leucoplasia homogênea<sup>5,7,8</sup>.

Clinicamente, a lesão leucoplásica se apresenta como placas de coloração branca, únicas ou múltiplas, não raspável, de surgimento lento, de carácter estável, não apresentando períodos de remissão e exacerbação. Podem comprometer qualquer área da mucosa bucal, principalmente a língua, mucosa jugal e palato duro e mole<sup>1,9,10</sup>. Essas lesões não diferem clinicamente das queratoses reacionais (irritativas), que tendem a desaparecer num período aproximado de 40 dias após a remoção ou eliminação dos fatores irritativos desencadeantes, o que não acontece com as leucoplasias, por se tratar de processo irreversível<sup>1,5</sup>.

Histopatologicamente, as leucoplasias orais se apresentam como hiperqueratose, displasia leve, displasia moderada, displasia grave ou carcinoma *in situ*<sup>1,5,9,10</sup>. O processo diagnóstico é moderadamente complexo, por motivos dos seus variados aspectos clínicos e ausência de sintomatologia, por essa razão torna-se feito por exclusão, ou seja, devemos descartar as outras possibilidades de diagnósticos diferenciais, como: leucoedema, candidíase pseudomembranosa, líquen plano, nevo branco esponjoso e a queratose irritativa<sup>2,5</sup>. Assim, para estabelecer o diagnóstico definitivo, a lesão deve ser biopsiada, possuindo ou não alguma sintomatologia na região<sup>5</sup>.

O tratamento da lesão é dependente do resultado histopatológico, sendo assim, se a biópsia da lesão indicar presença de displasia epitelial severa toda a lesão deverá ser removida, e casos com alterações mais brandas, apresentando apenas hiperqueratose, podem ser preservados, porém todos os pacientes, independentemente, do quadro devem ser submetidos ao controle clínico periódico devido ao risco de transformação

maligna<sup>2,5</sup>. Em suma, o tratamento consiste classicamente na remoção cirúrgica da lesão, quando possível, com margem de segurança e a eliminação ou afastamento dos fatores desencadeantes, obtidos durante o exame clínico<sup>6</sup>.

#### o Queilite Actínica

É a segunda mais frequente lesão potencialmente maligna que ocorre na cavidade oral, geralmente acometendo o lábio inferior, sendo conhecida como hiperqueratose de lábio. Possui como principal fator etiológico à exposição crônica à radiação ultravioleta, sendo comumente encontrada em certos grupos de trabalhadores, como construtores civis e marinheiros. Ocorre principalmente em indivíduos de meia-idade e que trabalham ao ar livre por mais de 25 anos, além de fazer alto consumo de álcool<sup>10,11</sup>. Possui certa predileção pelo sexo masculino, devido a maior frequência ocupacional à radiação ultravioleta e menor probabilidade de uso de filtro solar<sup>12</sup>.

Clinicamente, a lesão se manifesta como uma perda da nitidez do limite entre pele e mucosa da região do vermelhão do lábio, onde conseqüentemente, pode haver uma associação com áreas acastanhadas e formação de bordas escamadas e endurecidas<sup>10</sup>. Os casos de queilite actínica que não são diagnosticados e tratados corretamente podem evoluir para uma lesão ulcerada, descamativa e eritematosa, representando assim um agravamento das lesões levando a malignidade<sup>12</sup>. A queilite actínica possui diversos diagnósticos diferenciais, como: melanoma, carcinoma de células escamosas, carcinoma basocelular, queilite angular, dentre outros<sup>10</sup>.

Histopatologicamente, ocorre inicialmente uma atrofia epitelial sem atipia citológica, associada à elastose solar da pele adjacente, que seria a degeneração basofílica amorfa e acelular em forma de feixe nas fibras colágenas e elásticas. Os quadros que apresentam displasia grave são caracterizados pela presença de pérolas de ceratina e disqueratose, além de alterações em nível do núcleo celular. E em casos de transformação maligna para o carcinoma espinocelular *in situ* encontra-se atrofia ou hiperplasia com atipia citológica<sup>1</sup>.

O tratamento da queilite actínica varia conforme a gravidade das lesões, assim para áreas que apresentam grande alteração epitelial ou consistência endurecida/ulcerada é indicada à realização da biópsia para análise do grau de malignidade da lesão, além do uso de filtro solar e aplicação de fludrocortida<sup>13</sup>. Bem como,

tratamentos alternativos, como: ablação à laser de dióxido de carbono, eletro dissecação, terapia fotodinâmica, dentre outros<sup>4</sup>. Em contrapartida, essas medidas não recuperam o contorno labial, porém a terapia tem um caráter fundamental, pois alivia os sintomas e previne o agravamento das lesões<sup>10</sup>.

#### o *Líquen Plano Oral*

Considerada uma lesão monocutânea crônica comum, não está apenas restrita a afetar a pele e mucosa oral, como também os lábios, unhas, couro cabeludo e outras superfícies mucosas<sup>1,4,14</sup>. Acomete cerca de 2-5% da população mundial, possui certa predileção com o sexo feminino, afetando pessoas em sua maioria de meia-idade, tendo ocorrência rara em crianças<sup>1,14</sup>. Quanto à etiologia é incerta, sendo provavelmente causada pela ativação de células T, porém é conhecida como um processo multifatorial, sendo alguns dos fatores causais: trauma, processo infeccioso, desnutrição, ansiedade, estresse, além da influência de distúrbios sistêmicos, como distúrbios endócrinos, hepatite C, diabetes e a hipertensão<sup>14,15,28</sup>.

O Líquen Plano Oral (LPO) possui diversas manifestações clínicas distintas, como: reticular, papular, erosivo, forma de placa, atrófico e bolhoso<sup>1,15</sup>. Como forma de manifestação oral, o tipo papular encontra-se geralmente na fase primária da doença. O tipo reticular é caracterizado pela presença de linhas brancas, finas, bilaterais e simétricas, caracterizando o padrão conhecido como “Estrias de Wickham”, e afeta mais frequentemente a mucosa jugal posterior, ventre lingual e gengiva. O tipo placa está relacionado com regiões brancas queratóticas, porém com ausência de estrias. E os tipos atrófico e erosivo são as formas menos comuns de manifestações clínicas do LPO<sup>1,14,17</sup>.

Em relação ao exame histopatológico, observa-se uma grande área de degeneração hidrópica das células basais do epitélio, bem como certa variação na espessura da camada espinhosa, no qual as cristas epiteliais podem se encontrar ausentes ou hiperplásicas, sendo então classificadas como pontiagudas ou em forma de “dentes de serra”.<sup>4</sup> Além, da presença de hiperqueratose (ortoqueratose ou paraqueratose), conjuntamente com um intenso infiltrado inflamatório na camada basal do epitélio, em forma de banda, com um evidente predomínio de linfócitos T abaixo do epitélio adjacente, o que tende a comprovar a ser um fenômeno agressor de natureza autoimune<sup>4,15,16,18</sup>.

O processo diagnóstico do LPO é considerado complexo, devido a grande gama de lesões brancas orais, e somado a isso as diversas manifestações clínicas do LPO, logo deve ser feita uma anamnese completa do paciente, o exame físico oral e extra-oral, e o exame microscópico, feito a partir da biopsia da lesão, para confirmação do diagnóstico definitivo<sup>17,18</sup>.

O risco de transformação maligna do LPO é incerto, sendo assim, é considerado um distúrbio com desordem maligna de baixo risco<sup>1,18</sup>. O tratamento é dependente do tipo clínico da lesão e se sintomatologia se faz presente ou não. Geralmente, o do tipo reticular não apresenta sintomas, logo não requer tratamento, porém em alguns casos, pode haver sobreposição da *Candida*, necessitando do uso de antifúngicos<sup>1,4,14</sup>. Já em casos do tipo erosivo, pode apresentar queimação e ardência, logo, está recomendado o uso inicial de corticóides tópicos, e caso persistir pode utilizar corticoides sistêmicos, à exemplo: fluocinonida, betametasona, ou clobetasol<sup>1,19</sup>. Há também outros métodos para tratamento como prescrição de retinóides, inibidores de calcineurina e a fototerapia ultravioleta. Por conseguinte, é recomendada a preservação do caso anualmente devido a uma tendência de transformação maligna<sup>14</sup>.

#### o *Queratose Friccional*

É uma lesão causada pelo aumento da produção de ceratina do tecido epitelial que recobre a mucosa oral<sup>1</sup>. Não possui uma prevalência estabelecida, pois os achados clínicos de lesões brancas semelhantes a da queratose friccional podem ser confundidos com lesões leucoplásicas e vice-versa, porém alguns estudos apontam que sua prevalência chega a ser de 5,5% das lesões orais, sendo mais comumente encontrada que as leucoplasias orais<sup>1,20</sup>. Acomete mais frequentemente a região da linha alba, mucosa jugal, mucosa labial e língua<sup>1</sup>. Sua etiologia é multifatorial, estando relacionado com algum agente irritativo crônico, como: hábitos parafuncionais, relação com a mastigação e a sucção contra os tecidos moles<sup>1,2,20</sup>.

Sua aparência clínica é variável, e dependente do grau de irritação contra a mucosa oral. A lesão, geralmente, surge como uma mancha ou placa de coloração branca ou acinzentada, disposta de forma homogênea, assintomática e que pode ser de textura lisa ou rugosa<sup>1,20</sup>. Histopatologicamente, observa-se a hiperqueratose, presença de bactérias,

principalmente, em casos de lesões localizadas na língua. O tecido epitelial sofre hiperplasia e surge edema intracelular, geralmente com poucos focos inflamatórios, estando relacionado apenas com lesões que estejam relacionadas as áreas ulceradas<sup>2,20</sup>.

O processo diagnóstico dessas lesões geralmente é clínico, não necessitando de uma biópsia para confirmação do diagnóstico.<sup>20</sup> O prognóstico da lesão é favorável e o seu tratamento está relacionado com a identificação e remoção do agente causador. Após a remoção, é observada uma redução da lesão, caso contrário, se removido o fator causal e a lesão não regredir no intervalo de duas semanas, se torna necessário à realização de uma biópsia para a exclusão da possibilidade de uma lesão displásica<sup>1,20</sup>.

o *Morsicatio Buccarum, Morsicatio Mucosae ou Mordiscamento Crônico*

É uma lesão reativa, produzida devido à irritação crônica na mucosa oral, devido à mastigação ou sucção da região. Sua prevalência é estimada entre 0,5%-1,12% na população em geral, ocorrendo mais no sexo masculino. Os sítios mais acometidos pela lesão são os não queratinizados como: mucosa oral (*morsicatio buccarum*), mucosa labial (*morsicatio labiorum*) e a mucosa lingual (*morsicatio linguarum*)<sup>1</sup>. Sua etiologia está relacionada com hábitos deletérios de mordiscamento da mucosa, sendo mais encontrado em pessoas mais estressadas, sofrendo influência pelo transtorno psicológico<sup>4</sup>.

Clinicamente, a lesão aparece de maneira típica, sendo encontradas placas bilaterais ou unilaterais de coloração branca à acinzentadas, assintomáticas, de textura lisa ou enrugada, com marcas de ceratinização e descamação que se fundem com o tecido epitelial<sup>1</sup>. Logo, em sua maioria, o diagnóstico do *morsicatio* é feito de maneira clínica, porém em casos de dúvida, pode ser feito a biópsia da lesão, que demonstra histopatologicamente áreas de hiperkeratose, de forma dilacerada com várias projeções de ceratina, possuindo certa colonização bacteriana superficial<sup>4</sup>.

Em sua generalidade, não necessita de tratamento, porém em casos que o paciente não consegue remover o hábito de mordiscamento, pode ser confeccionada uma placa feita por resina acrílica usada para separar os dentes adjacentes da lesão. Além disso, alguns autores defendem o encaminhamento para psicoterapia, como forma de remover o estímulo de mordiscamento da mucosa oral, porém nenhum

estudo demonstrou o real benefício deste tratamento<sup>1,4</sup>.

o *Estomatite Nicotínica*

É uma lesão benigna caracterizada como uma área esbranquiçada, única, difusa e em forma de mancha ou placa com pontos avermelhados, que seriam derivados da inflamação das glândulas salivares menores da região. Geralmente acomete a região do palato, podendo também aparecer em outros sítios bucais, como na gengiva marginal e a papila interdental<sup>1</sup>. Acomete geralmente em pacientes do sexo masculino, acima de 45 anos de idade. Sua etiologia está relacionada com indivíduos que tenham o hábito de fumar tabaco, cigarro, cachimbos, bem como pessoas com o hábito consumir bebidas extremamente quentes, como: café, chá ou chimarrão<sup>1,21</sup>.

O diagnóstico pode ser feito de maneira clínica, onde por meio da diminuição do hábito, pode ocasionar a regressão da lesão e ser substituída pela mucosa oral em normalidade. Portanto, não é considerada uma condição pré-maligna, por estar relacionada com o calor e não devido aos agentes químicos presentes na fumaça do tabaco. Logo, se a manifestação persistir após meados de um (01) mês de cessado o hábito, a lesão deve ser observada para excluir a possibilidade de malignidade<sup>1</sup>.

o *Nevo Branco Esponjoso*

O nevo branco esponjoso (NBE), também conhecido como doença de Cannon, é uma doença de manifestação geneticamente determinada, sendo transmitida como um traço autossômico dominante, atribuída a uma mutação nos genes 4 e/ou 13 da família de pares da camada de ceratina. Não possui predileção por sexo, e as lesões surgem desde o nascimento até a fase da adolescência<sup>4,22</sup>.

Sua aparência clínica é mais encontrada na cavidade oral, embora também possa ocorrer manifestações extraorais, com envolvimento mucoso da região nasal, esofágica e anogenital. Na região oral, geralmente acomete a mucosa jugal, além de palato mole, ventre lingual e mucosa labial. As lesões do NBE são placas bilaterais esbranquiçadas, dispostas de formas simétricas ou difusas, espessas, corrugadas, assintomáticas, e que não saem à raspagem<sup>1,22,29</sup>. Entre os diagnósticos diferenciais do NBE estão a leucoplasia oral, hiperplasia epitelial focal (doença de Heck), leucoplasia proliferativa verrucosa e até o carcinoma espinocelular<sup>22</sup>.

O exame histopatológico revela uma área com hiperparakeratose e elevada acantose

na camada espinhosa, além de ser tipicamente encontrada uma condensação eosinofílica perinuclear na camada superficial das células epiteliais, embora não seja um sinal patognomônico do quadro de NBE<sup>4</sup>. A realização de uma biópsia da lesão é geralmente indicada para a diferenciação de lesões de NBE com outras lesões, confirmando o diagnóstico pelo resultado histopatológico. No entanto, devido ao comportamento benigno da lesão, não necessita de tratamento<sup>1,4,22</sup>.

#### o *Língua Geográfica*

A língua geográfica, também conhecida como glossite migratória benigna, é uma doença de desenvolvimento benigno, crônica e inflamatória. Acomete cerca de 0,6% a 4,8% da população mundial, ocorre principalmente em crianças, e tem uma leve predileção pelo sexo feminino<sup>23</sup>. Possui etiologia desconhecida, porém está associada com alguns fatores como: reações alérgicas, estresse, diabetes mellitus, anemia, além de ser a manifestação oral da psoríase<sup>24</sup>.

Clinicamente, a lesão se apresenta como por áreas atróficas eritematosas circundadas por um halo circunscrito esbranquiçado mais elevado, que conseguem alterar sua localização, forma e tamanho de acordo com o tempo, podendo surgir em diversos locais da língua, sendo mais comumente encontrada na borda lateral e dorso da língua, surgindo dessa característica, o nome migratório da lesão. Apresenta períodos de exacerbação e remissão, e geralmente é assintomática, porém pode apresentar sensação de queimação, principalmente após a ingestão de alimentos ou líquidos considerados ácidos.<sup>23,25</sup>

Histopatologicamente, a área branca da lesão é devido à mistura entre a queratina e à presença do infiltrado inflamatório, principalmente os neutrófilos, já a área mais eritematosa corresponde a hipertrofia suprapapilar, além de infiltrado inflamatório<sup>23</sup>. O diagnóstico do quadro é feito de maneira clínica, não necessitando da realização de biópsia para confirmação do diagnóstico definitivo, entretanto, entre os diagnósticos diferenciais da lesão estão: LPO, candidíase oral, lúpus eritematoso, reações adversas medicamentosas, dentre outros. Quanto ao tratamento, por ser de natureza benigna e geralmente ser assintomática, nenhum tratamento é indicado, entretanto, o uso de corticoides tópicos e anestésicos locais podem aliviar os sintomas de queimação da mucosa<sup>23,26</sup>.

#### o *Leucoedema*

O leucoedema é uma variação da normalidade da mucosa oral, possui certa predileção por pessoas negras, no qual a prevalência é de cerca de 90% entre negros, enquanto em brancos chega a ser de 10%-50%, essa predileção é explicada justamente pela coloração da mucosa oral negra tornar a lesão mais aparente quando comparada a mucosa oral de pessoas brancas. A etiologia da lesão é incerta, porém estudos sugerem certa associação com o tabagismo, visto que após a cessação do hábito, a lesão tende a diminuir sua aparência clínica<sup>1</sup>.

Clinicamente, é vista como uma área de coloração esbranquiçada ou acinzentada, de disposição difusa, não raspável<sup>1,27</sup>. Algumas lesões são mais aparentes, podendo chegar a apresentar dobras e estrias na mucosa oral, além de quando feito o espessamento da mucosa, tendem a desaparecer temporariamente, o sítio bucal mais acometido é geralmente a mucosa jugal bilateralmente, além de em alguns casos envolver também as bordas laterais linguais<sup>1,26</sup>.

Devido a sua aparência clínica e ser encontrado mais frequentemente na mucosa jugal, o leucoedema possui alguns diagnósticos diferenciais, dentre eles estão: o LPO, a leucoplasia e o NBE. Entretanto, por ser uma variação da normalidade da mucosa oral, ter caráter assintomático e não apresentar nenhum risco de transformação maligna, nenhum tratamento é necessário para esta condição<sup>1,26</sup>.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, as lesões brancas da cavidade oral são frequentemente encontradas na rotina do cirurgião-dentista, podendo ser lesões reacionais benignas, infecciosas, autoimunes e até lesões displásicas com potencial de malignidade. Logo, considerando a diversidade etiológica, clínica e histopatológica da lesão, é de suma importância à realização de um correto diagnóstico, uma boa anamnese do paciente, além de realização de manobras semiotécnicas de avaliação, bem como quando necessário a solicitação de exames complementares, visando chegar a melhor opção de tratamento para lesão.

Além disso, as lesões esbranquiçadas na cavidade oral podem apresentar manifestações clínicas bastante semelhantes, desse modo, em alguns casos a análise por meio do exame histopatológico é imprescindível, sendo a maneira mais eficaz para um

diagnóstico correto. Dessa maneira, é necessário que os cirurgiões-dentistas, realizem uma avaliação criteriosa da lesão, considerando fatores como duração do processo, histórico familiar, possíveis hábitos parafuncionais, ação de agentes irritativos químicos, físicos e traumáticos, para que se realize o diagnóstico diferencial entre lesões, com o objetivo de estabelecer o correto diagnóstico, após a eliminação de possíveis outras lesões.

#### REFERÊNCIAS

1. Mortazavi H, Safi Y, Baharvand M, Jafari S, Anbari F, Rahmani S. Oral White Lesions: An Updated Clinical Diagnostic Decision Tree. *Dent J*. 2019; 7(1):15.
2. Sook-Bin W. Oral Epithelial Dysplasia and Premalignancy. *Head Neck Pathol*. 2019;13(3):423-39.
3. Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. *Clin Dermatol*. 2016; 34(4):487-94.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e maxilofacial*. Elsevier; 2009.
5. Carrard VC, Waal I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia; A guide for dentists. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(1):e59-e64.
6. Speight PM, Khurram SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018;125(6):612-27.
7. Van der Waal I. Oral leukoplakia; a proposal for simplification and consistency of the clinical classification and terminology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2019;24(6):e799-e803.
8. Munde A, Karle R. Proliferative verrucous leukoplakia: An update. *J Cancer Res Ther*. 2016;12(2):469-73.
9. Muthukrishnan A, Warnakulasuriya S. Oral health consequences of smokeless tobacco use. *Indian J Med Res*. 2018;148(1):35-40.
10. Lugović-Mihčić L, Pilipović K, Crnarić I, Šitum M, Duvančić T. Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis? *Acta Clin Croat*. 2018;57(2):342-51.
11. Rodríguez-Blanco I, Flórez Á, Paredes-Suárez C, et al. Actinic Cheilitis: Analysis of Clinical Subtypes, Risk Factors and Associated Signs of Actinic Damage. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(10):931-32.
12. Pires FR, Barreto ME, Nunes JG, Carneiro NS, Azevedo AB, Dos Santos TC. Oral potentially malignant disorders: clinical-pathological study of 684 cases diagnosed in a Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2020;25(1):e84-8.
13. Maia HC, Pinto NA, Pereira Jdos S, de Medeiros AM, da Silveira ÉJ, Miguel MC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016;14(1):35-40.
14. Robledo-Sierra J, van der Waal I. How general dentists could manage a patient with oral lichen planus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(2):e198-e202.
15. Nosratzahi T. Oral Lichen Planus: an Overview of Potential Risk Factors, Biomarkers and Treatments. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(5):1161-67.
16. Cassol-Spanemberg J, Rodríguez-de Rivera-Campillo ME, Otero-Rey EM, Estrugo-Devesa A, Jané-Salas E, López-López J. Oral lichen planus and its relationship with systemic diseases. A review of evidence. *J Clin Exp Dent*. 2018;10(9):e938-44.
17. de Lima SL, de Arruda JA, Abreu LG, et al. Clinicopathologic data of individuals with oral lichen planus: A Brazilian case series. *J Clin Exp Dent*. 2019;11(12):e1109-19.
18. Shavit E, Hagen K, Shear N. Oral lichen planus: a novel staging and algorithmic approach and all that is essential to know. *F1000Res*. 2020;9:F1000 Faculty Rev-206.
19. Oberti L, Alberta L, Massimo P, Francesco C, Dorina L. Clinical Management of Oral Lichen Planus: A Systematic Review. *Mini Rev Med Chem*. 2019;19(13):1049-59.
20. Müller S. Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Head Neck Pathol*. 2019;13(1):16-24.
21. Ashkanane A, Gomez GF, Levon J, Windsor LJ, Eckert GJ, Gregory RL. Nicotine Upregulates Coaggregation of *Candida albicans* and *Streptococcus mutans*. *J Prosthodont*. 2019;28(7):790-96
22. Sobhan M, Alirezaei P, Farshchian M, Eshghi G, Ghasemi Basir HR, Khezrian L. White Sponge Nevus: Report of a Case and Review of the Literature. *Acta Med Iran*. 2017;55(8):533-35.
23. Picciani BL, Domingos TA, Teixeira-Souza T, et al. Geographic tongue and psoriasis: clinical, histopathological, immunohistochemical and genetic correlation - a literature review. *An Bras Dermatol*. 2016;91(4):410-21
24. Jacob CN, John TM, R J. Geographic tongue. *Cleve Clin J Med*. 2016;83(8):565-66.
25. Migliari DA, Birman EG, Silveira FRX da, Santos GG dos, Marcucci G, Weinfeld I, Guimarães Júnior J, Sugaya NN, Silva SS, Crivello Júnior O. *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia*. 2005
26. Ogueta C I, Ramírez P M, Jiménez O C, Cifuentes M M. Geographic Tongue: What a Dermatologist Should Know. *Lengua geográfica: ¿qué es lo que un dermatólogo*

- debería saber? Actas Dermosifiliogr. 2019;110(5):341-46.
27. Abidullah M, Raghunath V, Karpe T, et al. Clinicopathologic Correlation of White, Non scrapable Oral Mucosal Surface Lesions: A Study of 100 Cases. J Clin Diagn Res. 2016;10(2):ZC38-41.
28. Alrashdan MS, Alkhader M. Psychological factors in oral mucosal and orofacial pain conditions. Eur J Dent. 2017;11(4):548-52.
29. Sanjeeta N, Nandini DB, Premlata T, Banerjee S. White sponge nevus: Report of three cases in a single family. J Oral Maxillofac Pathol. 2016;20(2):300-3.

#### **CONFLITO DE INTERESSES**

---

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

#### **AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA**

---

**Rodrigo Gadelha Vasconcelos**

Universidade Estadual da Paraíba

Av. Coronel Pedro Targino,

58233-000 Araruna-PB, Brasil.

e-mail: rodrigogadelhavasconcelos@yahoo.com.br

**Submetido em** 07/03/2021

**Aceito em** 18/10/2021