

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

MATHEUS SANTOS MORAES DE OMENA
TELMA VÍVIA SOARES DE MELO MADEIRO

**ASPECTOS CLÍNICOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA
LEUCOPLASIA ORAL - RELATO DE CASO**

MATHEUS SANTOS MORAES DE OMENA

TELMA VÍVIA SOARES DE MELO MADEIRO

**ASPECTOS CLÍNICOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA
LEUCOPLASIA ORAL - RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico, apresentado ao Centro Universitário de Maceió como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Luiz Arthur Barbosa da Silva

MATHEUS SANTOS MORAES DE OMENA
TELMA VÍVIA SOARES DE MELO MADEIRO

**ASPECTOS CLÍNICOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA
LEUCOPLASIA ORAL - RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico, apresentado ao Centro Universitário de Maceió como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Aprovada em: __/__/__

Banca examinadora:

Prof. Luiz Arthur Barbosa da Silva

Prof.

Profa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. RELATO DE CASO.....	14
3. DISCUSSÃO	19
4. CONCLUSÃO.....	22
5. REFERÊNCIAS.....	

AGRADECIMENTOS

**ASPECTOS CLÍNICOPATOLÓGICOS E TERAPÊUTICOS DA
LEUCOPLASIA ORAL - RELATO DE CASO.**

**CLINICOPATHOLOGICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS OF
ORAL LEUKOPLAKIA – CASE REPORT.**

Telma Vívica Soares de Melo **MADEIRO**¹ Matheus Santos Moraes
de **OMENA**¹; Luiz Arthur Barbosa da **SILVA**²

¹Graduando em Odontologia no Centro Universitário de Maceió

– UNIMA, 57038-000 Maceió – AL, Brasil.

²Professor do Centro Universitário de Maceió UNIMA, 57038-000 Maceió

– AL, Brasil.

E-mail:

RESUMO

A leucoplasia oral é a desordem oral potencialmente maligna mais frequente, acometendo, predominantemente, homens, acima dos 40 anos, tabagistas e etilistas. De acordo com o aspecto clínico, é, tradicionalmente, classificada como homogênea e não-homogênea, sendo idade avançada, paciente do sexo feminino, área da lesão superior a 200 mm², tipo não-homogêneo e graus mais elevados de displasia epitelial fatores que aumentam o risco de transformação maligna para carcinoma de células escamosas oral. As opções de tratamento para LO incluem acompanhamento clínico, excisão cirúrgica convencional ou a laser e quimioprevenção. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente do sexo feminino, 54 anos, não fumante e não etilista apresentando leucoplasia oral em borda lateral de língua, com 5 anos de evolução, submetida, inicialmente, à biópsia incisional, seguida de excisão cirúrgica total da lesão. Ao exame histopatológico, foi estabelecido o diagnóstico de Displasia epitelial leve. A paciente encontra-se há 30 dias sem sinais de recidiva da lesão e permanecerá em acompanhamento clínico por tempo indeterminado

Descritores: Leucoplasia; mucosa bucal; patologia clínica; terapêutica.

ABSTRACT

Oral leukoplakia is the most common potentially malignant oral disorder, predominantly affecting men over 40 years of age who smoke and consume alcohol. According to its clinical appearance, it is traditionally classified as homogeneous or non-homogeneous, and factors such as advanced age, female sex, lesion area greater than 200 mm², non-homogeneous type, and higher degrees of epithelial dysplasia increase the risk of malignant transformation into oral squamous cell carcinoma. Treatment options for OL include clinical follow-up, conventional or laser surgical excision, and chemoprevention. The aim of this study is to report the case of a 54-year-old female patient, non-smoker and non-alcoholic, presenting oral leukoplakia on the lateral border of the tongue, with a 5-year history, initially submitted to an incisional biopsy followed by complete surgical excision of the lesion. Histopathological examination established the diagnosis of mild epithelial dysplasia. The patient has been free of signs of recurrence for 30 days and will remain under clinical follow-up for an indefinite period.

Descriptors: leukoplakia; oral mucosa; clinical pathology; therapeutics.

INTRODUÇÃO

A leucoplasia oral (LO) é a desordem oral potencialmente maligna (DOPM) mais frequente, afetando cerca de 4% da população global e apresentando uma taxa de malignização para carcinoma de células escamosas oral (CCEO) de 9,7% (Martins-Chaves et al., 2025).

Os fatores de risco da LO estão bem documentados. Determinantes comportamentais, incluindo consumo de tabaco e álcool são os agentes etiológicos mais frequentemente associados ao desenvolvimento da doença. Outros fatores de risco não modificáveis envolvidos no seu desenvolvimento incluem idade avançada, imunossupressão e condições hereditárias, como disqueratose congênita (Gates et al., 2024). Do ponto de vista epidemiológico, a LO é mais frequentemente diagnosticada após a quarta década de vida, sendo mais prevalente em homens (Rubert et al., 2020).

De acordo com o aspecto clínico, a LO é classificada como homogênea e não homogênea. O padrão não-homogêneo é ainda subdividido em eritroleucoplasia, leucoplasia nodular e leucoplasia verrucosa. As leucoplasias homogêneas tem a menor taxa geral de transformação maligna para CCEO ao longo da vida (Rubert et al., 2020; Gates et al., 2024).

Do ponto de vista histopatológico, o sistema de classificação proposto pela Organização mundial da saúde (OMS), que apoia uma classificação em três níveis de displasia (leve, moderada e severa), para auxiliar na avaliação do risco de transformação maligna da LO, continua sendo o mais usado. Além dos graus de displasias previamente citados, hiperqueratose, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo podem ser observados, microscopicamente, em um espécime removido de uma área de LO (Carrad, Van der Waal, 2017, El-Naggar et al. 2017; Gates et al., 2024).

Quando consideradas às LO que passam pelo processo de transformação maligna, idade avançada, sexo feminino, área da lesão superior a 200 mm², tipo não homogêneo e graus mais elevados de displasia epitelial foram relatados como fatores de risco (Yang et al., 2021).

As opções de tratamento para LO incluem acompanhamento clínico, excisão cirúrgica convencional ou a laser e quimioprevenção. Muitas vezes, o tratamento depende do tamanho e das características da lesão. Entretanto, o primeiro passo no gerenciamento dos casos deve envolver aconselhamento e tratamento para cessação do consumo de tabaco e álcool e outros possíveis fatores de risco para a doença (Bhattarai et al., 2024).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 54 anos, não tabagista e não etilista, compareceu a um serviço de Estomatologia com queixa de lesão branca na língua, assintomática, com evolução de, aproximadamente, 5 anos. Ao exame físico intraoral, notou-se a presença de placa branca homogênea, de formato irregular, bem delimitada, localizada em borda lateral esquerda da língua, medindo cerca de 3,5 cm, não removida à raspagem (Figura 1). A lesão era restrita a um único sítio anatômico, a paciente negou hábitos parafuncionais e não foram observados outros fatores traumáticos associados. Diante do aspecto observado, e excluindo-se outras condições clínicas, levantou-se a hipótese de diagnóstico de LO.

Optou-se pela realização de uma biópsia incisional, seguida do envio do espécime removido ao laboratório de Anatomia patológica. A análise histopatológica revelou a presença de Displasia epitelial leve. Diante do resultado, foi proposta a remoção total da lesão, realizada 2 meses após a biópsia incisional (Figuras 2 e 3). Após 15 dias, a paciente retornou para remoção da sutura, sendo observado bom estado do reparo tecidual (Figura 4)

Os cortes histológicos do espécime completo da lesão removida evidenciaram mucosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso com hiperkeratose e discreta hiperplasia. Observaram-se atipias nucleares de ceratinócitos suprabasais e nucléolos proeminentes, além de leve desorganização da maturação epitelial. Notou-se ainda um escasso infiltrado inflamatório crônico na lâmina própria de tecido conjuntivo subjacente. Diante destes achados, foi estabelecido o diagnóstico de Displasia epitelial

leve (baixo risco), repetindo, desta forma, o diagnóstico obtido a partir da biópsia incisional (Figura 5-AB)

Após quinze dias da total remoção da lesão, o reparo tecidual encontrava-se satisfatório e, após 30 dias, não foram notadas evidências de recidiva da lesão (Figura 6). A paciente encontra-se e permanecerá em acompanhamento clínico por tempo indeterminado.



Figura 1: Aspecto clínico inicial



Figura 2: Pós-operatório imediato da remoção total da lesão.

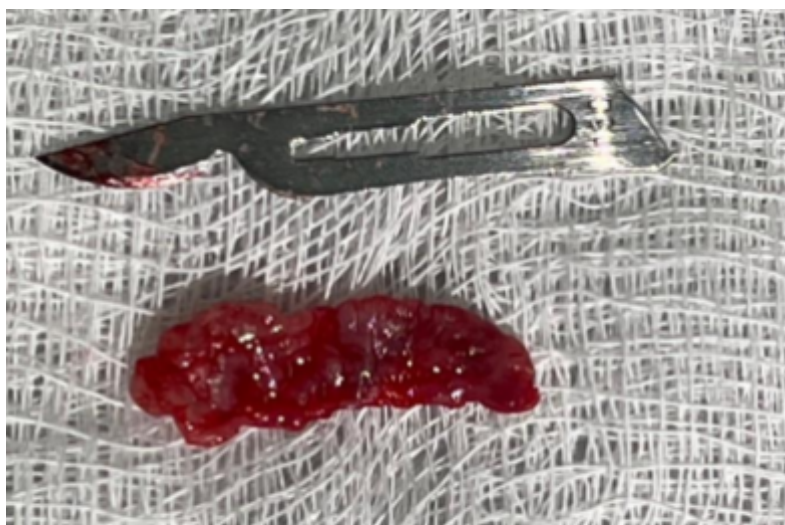


Figura 3: Espécime removido e dimensionado



Figura 4: Pós-operatório de 15 dias da biópsia excisional

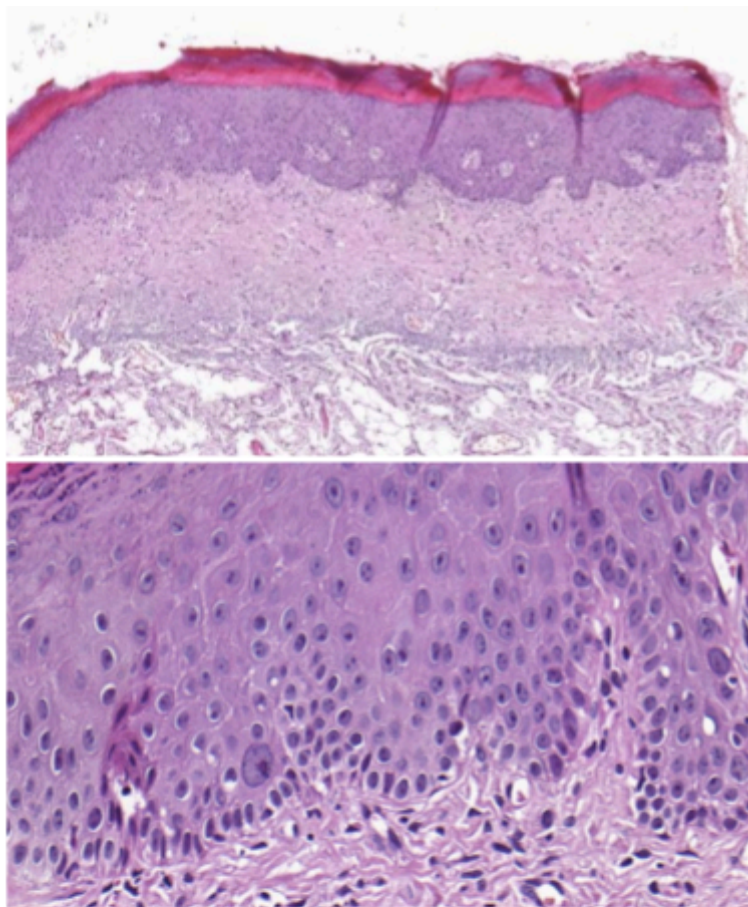


Figura 5: Aspecto histopatológico. **A.** Hiperceratose evidenciada na superfície do revestimento epitelial. **B.** Atipias nucleares de ceratinócitos suprabasais e nucléolos proeminentes além de leve desorganização da maturação epitelial



Figura 6: Proservação de 30 dias.

DISCUSSÃO

As DOPM foram anteriormente referidas como “condições/lesões pré-cancerosas” e, no ano de 2005, redefinidas pela OMS como qualquer anormalidade na cavidade oral associada a um maior risco de desenvolvimento de CCEO. Leucoplasia, fibrose submucosa oral, eritroplasia, queilite actínica e alguns subtipos de líquen plano são as DOPM-mais comuns (Yang et al., 2021; Meci et al., 2025).

Dentre as DOPM, destaca-se a Leucoplasia que é um termo clínico usado para descrever placas brancas com risco de transformação maligna questionável, após a exclusão de outras condições conhecidas (El-Naggar et al. 2017).

De acordo com Mello et al. (2018), a maioria das DOPM ocorre em homens, e a diferença na distribuição entre os sexos pode ser explicada por hábitos culturais, especialmente o consumo de tabaco. Neste trabalho, o perfil do paciente não corrobora os achados mais prevalentes da literatura, uma vez que é relatado um caso de LO diagnosticada em uma paciente do sexo feminino, com 54 anos, mas que relatou o surgimento da lesão há cerca de 5 anos, ou seja, aos 49 anos. Curiosamente, a literatura enfatiza que as mulheres, apesar de serem menos afetadas, exibem um risco maior de transformação maligna de LOs, com uma taxa geral de 13,1% (Speight, Khurram, Kujan, 2018). No entanto, não está claro o motivo que faz com que as mulheres sejam mais predispostas à transformação maligna em comparação com os homens.

Além disso, alguns estudos já indicaram que mulheres não fumantes têm um risco adicional de transformação maligna, o que pode ser explicado por alterações genômicas ainda não totalmente esclarecidas (Speight, Khurram, Kujan, 2018). Portanto, pacientes do sexo feminino, jovens, não fumantes e não etilistas com LO, assim como. A paciente aqui relatada, possivelmente, serão o grupo com o aumento crescente do número de casos CCEO e a compreensão clínica e biológica que explica tal fenômeno permanece mínima (Ferreira et al, 2022). Esses dados ainda pouco

esclarecidos sugerem a necessidade de estudos futuros para explorar o possível papel de fatores genéticos em pacientes jovens com LO e CCEO.

Ainda nesse contexto, Yang et al. (2021), ao realizarem um estudo de coorte retrospectivo de LO em pacientes do sexo feminino, observaram que embora a incidência em mulheres não tenha sido tão grande quanto nos homens, a recorrência pós-operatória e o desenvolvimento de transformação maligna de LO em pacientes do sexo feminino podem ser tão graves quanto em pacientes do sexo masculino. Portanto, de acordo com estes autores, o sexo feminino, tem sido considerado um fator de risco para a transformação maligna da LO.

Tradicionalmente, dois tipos clínicos principais de LO são reconhecidos, sendo o tipo homogêneo e o tipo não-homogêneo, respectivamente. O significado dessa classificação é a suposição de que existe uma correlação entre o tipo clínico e o risco de transformação maligna. O tipo homogêneo é caracterizado por uma aparência esbranquiçada fina, plana e homogênea. O tipo não-homogêneo é subdividido em uma variedade de subtipos, como salpicado ou eritematoso (alterações brancas e vermelhas), também referida como eritroleucoplasia, nodular e verrucosa. Ainda pode ser citada a leucoplasia verrucosa proliferativa, no caso de uma lesão de apresentação generalizada, como piora ao longo do tempo e elevado risco de transformação maligna (Van der Waal, 2015; Carrad, Van der Waal, 2017). Neste relato, a LO apresentada pela paciente apresentava todos os critérios necessários para classificá-la como homogênea.

Certas alterações moleculares, como aberrações cromossômicas e a inativação de genes supressores de tumor, têm sido associadas à progressão do LO para o CCEO. No entanto, os fatores de risco mais reconhecidos para transformação maligna incluem lesões encontradas em mulheres não fumantes, particularmente na língua e no assoalho da boca, juntamente com uma aparência clinicamente não homogênea e displasia epitelial oral de alto grau ou diferenciada (Martins-Chaves et al., 2025). O presente trabalho é baseado no relato de uma LO em uma paciente do sexo feminino, não fumante, em borda lateral de língua. Em contrapartida, a lesão apresentava aspecto homogêneo e do ponto de vista histopatológico foi classificada com displasia

leve. Portanto, apesar de não terem sido preenchidos todos os critérios mencionados como determinantes para o aumento do risco de transformação maligna, destacamos a necessidade de acompanhamento da paciente a longo prazo.

O manejo de pacientes com LO apresenta desafios significativos, desde o diagnóstico até o acompanhamento, devido às características sobrepostas com outras lesões orais que se apresentam como uma placa branca e à falta de biomarcadores preditivos para a transformação maligna. No diagnóstico diferencial da LO devem ser incluídas condições como candidose, líquen plano oral, queimaduras químicas, morsicatio buccarum, nevo branco esponjoso, hiperqueratose reacional, dentre outras (Van der Waal, 2015). Diante do aspecto clínico da lesão apresentada pela paciente e da falta dos fatores de risco mais fortemente associados à LO (tabagismo e etilismo), foram investigadas a possibilidade de hiperqueratose reacional, descartada diante da ausência de fatores traumáticos na região, e de candidose, eliminada pelo fato da lesão não ser destacada à raspagem com gaze seca.

Embora muitas estratégias de tratamento tenham sido propostas, não há consenso sobre a melhor opção de gerenciamento para LO. Nenhum tratamento é concretamente estabelecido como forma para prevenir efetivamente recorrências ou o possível desenvolvimento futuro de um CCEO. Entretanto, a remoção cirúrgica (convencional ou baseada em laser) das lesões é amplamente aconselhada, com rigoroso acompanhamento subsequente (Rubert et al 2021). Neste relato, optou-se pela remoção cirúrgica convencional, com preservação do espécime cirúrgico e envio para análise histopatológica.

Do ponto de vista histopatológico, para diagnósticos de displasia leve, como no presente caso, ou hiperqueratose, os pacientes retornam para acompanhamento a cada 6-12 meses e para displasia moderada e severa, a cada 3 meses para exame. Além disso, é aconselhada a realização de novas biópsias em casos de recidivas. Para todas essas condições, a preservação ativa deve ser de pelo menos 5 anos de duração (Gates et al., 2024). A paciente aqui apresentada permanecerá, a princípio, em acompanhamento a cada 3 meses, por tempo indeterminado.

Embora biomarcadores moleculares da LO ainda não estejam clinicamente disponíveis, estão sendo desenvolvidas pesquisas integradas multicêntricas, incluindo grande bancos de dados e acompanhamentos de longo prazo dos pacientes, para permitir que a medicina de precisão gerencie de forma mais assertiva estes indivíduos, com o intuito de prever com maior precisão o risco de transformação maligna desta doença (Cai et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a DOPM mais prevalente e diante do risco de transformação maligna da LO, destaca-se a importância da prevenção, diagnóstico precoce e abordagem assertiva desta condição. Mesmo não sendo o perfil de paciente mais acometido por esta doença, é essencial a inclusão da LO como hipótese de diagnóstica de lesões brancas em mulheres, especialmente jovens, não fumantes e não etilistas.

Ainda diante do risco de transformação maligna, destaca-se que em caso de uma suspeita clínica de LO, o Cirurgião-Dentista é aconselhado a encaminhar o paciente a um especialista para confirmação ou exclusão do diagnóstico, tratamento e preservação do paciente.

REFERÊNCIAS

1. BHATTARAI, B. P. et al. Recurrence in oral leukoplakia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, v. 103, n. 11, p. 1066-1075, out. 2024. DOI: 10.1177/00220345241266519.
2. CAI, X. et al. Biomarkers of malignant transformation in oral leukoplakia: from bench to bedside. *Journal of Zhejiang University Science B*, v. 24, n. 10, p. 868-882, 2023. DOI: 10.1631/jzus.B2200589.
3. CARRARD, V. C.; VAN DER WAAL, I. A clinical diagnosis of oral leukoplakia: a guide for dentists. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 23, n. 1, p. e59-e64, 2018. DOI: 10.4317/medoral.22292.
4. EL-NAGGAR, A. K. et al. (orgs.). *WHO classification of head and neck tumours*. 4. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2017.
5. FERREIRA-COSTA, R. E. et al. Oral squamous cell carcinoma frequency in young patients from referral centers around the world. *Head and Neck Pathology*, v. 16, n. 3, p. 755-762, 2022. DOI: 10.1007/s12105-022-01441-w.
6. GATES, J. C. et al. Clinical management update of oral leukoplakia: a review from the American Head and Neck Society Cancer Prevention Service. *Head & Neck*, v. 47, n. 2, p. 733-741, 2025. DOI: 10.1002/hed.28013.
7. MARTINS-CHAVES, R. R. et al. Malignant transformed and non-transformed oral leukoplakias are metabolically different. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 26, n. 5, p. 1802, 2025. DOI: 10.3390/ijms26051802.
8. MECI, A.; GOYAL, N.; GOLDENBERG, D. Malignant transformation rate of oral premalignant disorders: a large database analysis. *Laryngoscope*, v. 135, n. 10, p. 3654-3659, out. 2025. DOI: 10.1002/lary.32236.
9. MELLO, F. W. et al. Prevalence of oral potentially malignant disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 47, n. 7, p. 633-640, 2018. DOI: 10.1111/jop.12726.
10. RUBERT, A.; BAGÁN, L.; BAGÁN, J. V. Retraction: Oral leukoplakia, a clinical-histopathological study in 412 patients. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, v. 13, n. 5, p. e426-e432, 2021. DOI: 10.4317/jced.532746.
11. SPEIGHT, P. M.; KHURRAM, S. A.; KUJAN, O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, v. 125, n. 6, p. 612-627, 2018. DOI: 10.1016/j.oooo.2017.12.011.
12. VAN DER WAAL, I. Oral leukoplakia: the ongoing discussion on definition and terminology. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, v. 20, n. 6, p. e685-e692, 2015. DOI: 10.4317/medoral.21007.
13. YANG, S. W. et al. A retrospective cohort study of oral leukoplakia in female patients: analysis of risk factors related to treatment outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 16, p. 8319, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18168319.