

Thays Almeida Alfaya¹
Patricia Niveloni Tannure²
Roberta Barcelos³
Maria Carolina Gonçalves Carnasciali⁴
Cresus Vinicius Depes Gouvêa⁵

Oral erythroplasia: aspects of interest to dentists

Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista

ABSTRACT | *Introduction: Erythroplasia is a red lesion with high malignant potential which can attack the regions of the head and neck. Objectives: To prepare a literary review on erythroplasia and the points of specific interest for dental surgeons relating to the clinical and histopathological characteristics, differential diagnosis and treatment, highlighting the importance of early diagnosis. Discussion: Clinically, it appears as a flat erythematous alteration or as a light depression in the mucous, with a smooth surface or slightly granular. The histopathologic exam may show from light dysplasia to carcinoma, in situ. The most frequently associated etiologic factors are tobacco and alcohol, and should be considered when making the diagnosis. The differential diagnosis includes dermatitis, inflammation due to local infection, stomatitis due to the presence of a dental prosthesis, Kaposi's sarcoma, severe atrophic candidosis, erosive lichen planus, chronic, discoid and systemic lupus erythematosus. The treatment consists of the complete removal of the lesion and periodic follow-ups. Self-examination should be recognized but the professional routine exam is the best option for early diagnoses. Conclusion: Anamnesis and a meticulous physical exam should be routine at all odontological visits, since the dental surgeon could be the first professional to notice the appearance of erythematous lesions in the oral cavity.*

Keywords | *Erythroplasia; Oral manifestations; Early diagnosis.*

RESUMO | *Introdução: A eritroplasia é uma lesão vermelha com alto potencial de malignização que pode acometer a região de cabeça e pescoço. Objetivos: Elaborar revisão da literatura sobre a eritroplasia e os aspectos de interesse dos cirurgiões-dentistas relacionados com as características clínicas, histopatológicas, diagnóstico diferencial e tratamento, ressaltando a importância do diagnóstico precoce. Discussão: Clinicamente, apresenta-se como alteração eritematosa plana ou com leve depressão na mucosa, de superfície lisa ou levemente granular. Ao exame histopatológico, observa-se desde displasia leve até carcinoma *in situ*. Os fatores etiológicos mais frequentemente associados são tabagismo e etilismo e devem ser considerados na determinação do diagnóstico. O diagnóstico diferencial inclui dermatoses, condições inflamatórias por infecção local, estomatite pela presença de próteses dentárias, sarcoma de Kaposi, candidose aguda atrófica, líquen plano erosivo, lúpus eritematoso crônico, discoide e sistêmico. O tratamento consiste na remoção completa da lesão e acompanhamento periódico. O autoexame oral deve ser preconizado, mas o exame profissional de rotina ainda é a melhor opção para o diagnóstico precoce. Conclusão: Anamnese e exame físico meticulosos devem ser rotina em todos os atendimentos odontológicos, pois o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a observar o aparecimento de lesões eritematosas na cavidade oral.*

Palavras-chave | *Eritroplasia; Manifestações bucais; Diagnóstico precoce.*

¹Especialista em Estomatologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

²Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora auxiliar da disciplina Odontopediatria da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

³Doutora em Odontologia (Odontopediatria) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professora adjunta da Faculdade de Odontologia do Polo Universitário de Nova Friburgo, da Universidade Federal Fluminense (UFF).

⁴Especialista em Estomatologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

⁵Doutor em Prótese Dentária pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professor titular da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal Fluminense (FOUFF/Niterói).

INTRODUÇÃO

A eritroplasia é definida como “[...] uma placa vermelha que não pode ser diagnosticada clínica ou patologicamente como qualquer outra condição”¹³. Essa lesão merece destaque, dentre aquelas com potencial de malignização, como a leucoplasia e a queilite actínica, por apresentar elevado percentual de transformação maligna¹. Os principais sítios acometidos são as regiões bucal e genital. Independentemente da localização, apresentam semelhanças clínicas e histopatológicas^{13,18}. Sua prevalência na população é de 1:2.500¹³, atingindo, principalmente, o sexo masculino entre a sexta e a sétima décadas de vida^{2,17}.

Na cavidade bucal, resulta no aparecimento do carcinoma de células escamosas, que corresponde a cerca de 95% dos tumores malignos dessa região¹¹ e é considerado um importante agravo em saúde pública²². Considerando o potencial de malignização das lesões eritroplásicas e o seu impacto na qualidade de vida, este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre essa lesão indicando os aspectos de interesse dos cirurgiões-dentistas relacionados com as características clínicas, histopatológicas, diagnóstico diferencial e tratamento, ressaltando a importância do diagnóstico precoce.

REVISÃO DE LITERATURA |

As lesões com potencial de malignização estão associadas principalmente ao estilo de vida, como hábitos viciosos, consumo de alimentos em temperaturas elevadas e próteses mal-adaptadas¹³. A eritroplasia possui etiologia considerada controversa, podendo apresentar-se relacionada com a exposição a agentes carcinogênicos, como o tabaco e o álcool^{1,3,4,7}, ou ocorrer de forma idiopática¹. Sua associação com a *Candida albicans* ainda é pouco esclarecida²¹. É considerada uma lesão incomum da cavidade bucal⁶ e seu diagnóstico é definido pela exclusão de outras lesões vermelhas e confirmado pelo exame histopatológico.

A eritroplasia constitui-se clinicamente como uma alteração eritematosa¹, que pode apresentar-se plana ou como uma leve depressão na mucosa com superfície lisa ou levemente granular²⁰. Localiza-se preferencialmente em assoalho bucal, língua, palato duro e mole^{1,13} e apresenta tamanho variado⁷. As lesões eritroplásicas podem ser classificadas em¹:

homogênea – quando se apresenta vermelha, plana e com bordas bem definidas;

associada – lesão clinicamente semelhante à anterior, porém associada a áreas leucoplásicas. Essa forma também é conhecida como eritroleucoplasia²¹;

granular – lesão vermelha, ligeiramente elevada, com bordas irregulares entremeadas por pontos leucoplásicos.

Geralmente são assintomáticas^{2,13}, porém há relatos pouco frequentes de pacientes que apresentam ardência e queimação local².

O diagnóstico diferencial deve incluir as dermatoses, condições inflamatórias por infecção local e a estomatite pela presença de próteses dentárias². Outras patologias menos comuns devem ser excluídas durante o diagnóstico, entre elas, o sarcoma de Kaposi, candidose aguda atrófica, líquen plano erosivo, lúpus eritematoso crônico discoide e lúpus sistêmico^{1,2}. Geralmente apresenta-se como uma lesão única²⁰, característica importante para o diagnóstico diferencial, pois lesões clinicamente semelhantes, como o líquen plano erosivo e candidíase eritematosa, se manifestam bilateralmente²⁰.

Ao exame histopatológico, as lesões caracterizam-se por atipia celular, variando de displasia leve a carcinoma *in situ*¹⁸. A forma displásica encontrada com maior prevalência é a moderada ou severa²⁰. O epitélio apresenta-se geralmente atrófico e com ausência de produção de queratina. Frequentemente há inflamação crônica no tecido conjuntivo subjacente¹³.

O tratamento é direcionado pelo resultado do exame histopatológico após a biópsia^{2,6}. Nos casos em que se observa displasia moderada ou significativa, recomenda-se a subsequente remoção completa da lesão, de forma cirúrgica, eletrocautério, criocirurgia ou ablação por laser¹³.

Acompanhamento periódico deve ser realizado e a suspensão de possíveis fatores etiológicos⁷ devido à probabilidade de recidivas¹³.

DISCUSSÃO |

A eritroplasia caracteriza-se por alterações morfológicas no epitélio com alta propensão de malignização⁸ e, por esse motivo, tem recebido grande atenção dentre as lesões bucais². O percentual de transformação varia em torno de 75 a 90%¹⁷, tornando o diagnóstico da lesão um alerta para a possibilidade do desenvolvimento do câncer bucal⁹.

Essa lesão vermelha, histopatologicamente, pode apresentar graus diferentes de displasia. Neville e colaboradores (2004) referem que 90% das eritroplasias apresentam displasia epitelial grave¹³. Outro estudo clinicopatológico apontou uma prevalência de 50% para displasias moderadas nas lesões eritroplásicas¹². É importante ressaltar que pode

não haver relação entre as características observadas clinicamente e as características histopatológicas¹⁸, dificultando, dessa maneira, o diagnóstico da lesão. Um estudo apontou que 55,5% das eritroplasias que se apresentavam como máculas vermelhas em portadores de próteses dentárias tiveram diagnóstico de carcinoma e poderiam ter sido confundidas com candidíase¹⁴ ou outras lesões. Dessa maneira, a biópsia torna-se fundamental para confirmação do diagnóstico, pois diversas lesões podem ter comportamento clínico similar.

A relação entre o consumo de tabaco e o desenvolvimento da eritroplasia já foi descrita na literatura^{1,13}. Um estudo apresentou o perfil epidemiológico de 15 pacientes tabagistas com diagnóstico de eritroplasia¹⁵. Dentre os pacientes analisados, 33,3% relataram o uso do tabaco há menos de cinco anos e apresentaram quadro de displasia leve. Apesar de as alterações histopatológicas observadas serem consideradas leves, ressalta-se o tempo de realização do hábito, relativamente pequeno, com aparecimento de lesão pré-maligna, que, quando não diagnosticada precocemente, pode evoluir para um carcinoma *in situ*. A displasia moderada foi a mais prevalente (46,7%) e esteve associada à ocorrência do tabagismo por um período superior há cinco anos. A alta prevalência de lesões moderadas é preocupante, principalmente ao se observar que 60% das lesões eram assintomáticas, o que poderia retardar a procura de um profissional que pudesse fazer o diagnóstico precoce.

A principal característica da eritroplasia é a alteração de cor na mucosa e pode ser observada pelo próprio paciente em um autoexame, que deve ser realizado em local iluminado e com o auxílio de espelho, para poder observar e apalpar as estruturas bucais. Esse exame não deve ser a única opção do paciente, pois, muitas vezes, eles não conseguem identificar as alterações na mucosa bucal, postergando a intervenção profissional. Assim, deve ser ressaltada a importância de exames odontológicos periódicos, não apenas para prevenção dos agravos bucais mais prevalentes, como as doenças cárie e periodontal, mas também das demais patologias.

O cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico das lesões orais, pela realização de exames clínicos adequados com ênfase em todas as estruturas¹⁰ e não apenas no elemento dental em si. É importante ressaltar que esses profissionais devem atentar para as características das lesões vermelhas¹⁹ e intervir antes que ocorra a malignização⁵. O diagnóstico deve ser precoce, objetivando bom prognóstico¹⁶ e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

CONCLUSÕES |

Enfatiza-se a realização de uma anamnese meticulosa e de cuidadoso exame físico em todos os atendimentos odontológicos, pois o cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional a observar o aparecimento de lesões eritematosas na cavidade bucal, que apresentam alto potencial de malignização. O exame profissional é fundamental para o diagnóstico de lesões eritroplásicas que podem comprometer a vida dos pacientes. O diagnóstico deve ser confirmado pelo histopatológico, pois são alterações que podem apresentar-se clinicamente de forma semelhante a outras patologias.

O atendimento odontológico deve fazer parte da rotina da população, com ênfase na detecção precoce, bem como na prevenção, por meio de orientações sobre os fatores de risco.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Birman EG, Marcucci G, Weinfeld I. Alterações de cor da mucosa bucal e dos dentes. In: Marcucci G, editor. Fundamentos de odontologia: estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 87-106.
- 2 - Capistrano HM, Leal RM. Diagnóstico diferencial e lesões pré-malignas. In: Salles JMP, editor. Câncer de boca: uma visão multidisciplinar. Belo Horizonte: Coopmed; 2007. p. 43-55.
- 3 - Fernandes JP, Brandão VSG, Lima AAS. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. Rev Bras Cancerol 2008;54:239-44.
- 4 - Hashibe M, Mathew B, Kuruvilla B, Thomas G, Sankaranarayanan R, Parkin DM et al. Chewing tobacco, alcohol, and the risk of erythroplakia. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2000;9:639-45.
- 5 - Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Oral premalignant lesions: is a biopsy reliable? J Oral Pathol Med 2007;36:262-6.
- 6 - Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MA. Oral erythroplakia and speckled leukoplakia: retrospective analysis of 13 cases. Braz J Otorhinolaryngol 2009;75:295-9.
- 7 - Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. Rev Bras Otorrinolaringol 2009;75:295-9.
- 8 - Mallo PL, Rodríguez BG, Lafuente UP. Lesiones orales

precancerosas en los ancianos. Situación en España RCOE. 2002;7:153-62.

9 - Mashberg A. Erythroplasia: the earliest sign of asymptomatic oral cancer. J Am Dent Assoc 1978;96:615-20.

10 - Melo AUC, Rosa MRD, Agripino GG, Ribeiro CF. Informação e comportamento de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju a respeito de câncer bucal. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço 2008;37:114-9.

11 - Moraes GM, Muniz LV. Epidemiologia. In: Salles JMP, editor. Câncer de boca: uma visão multidisciplinar. Belo Horizonte Coopmed; 2007. p. 7-14.

12 - Moret Y, Rivera H, Gonzalez JM. Correlación clínica: patológica de la eritroplasia bucal con diagnóstico histopatológico de displasia epitelial en una muestra de la población venezolana. Acta Odontol Venez 2008;46:139-43.

13 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia oral & maxilofacial. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

14 - Oliveira BV, Ramos GHA, Sampaio-Junior LA, Biasi LJ. Uso do colposcópico (estomatoscópico) para exame de lesões da cavidade oral. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço 2007;36:83-6.

15 - Pereira GAE, Simón OP, Heredia EG, Alonso CZ, Sierra GC. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. Medisan 2010;14:433-8.

16 - Scully C, Porter S. ABC of oral health. Oral Cancer. BMJ 2000;321:97-100.

17 - Scully C, Porter S. ABC of oral health. Swellings and red, white, and pigmented lesions. BMJ 2000;321:225-8.

18 - Shafer WG, Waldron CA. Erythroplakia of the oral cavity. Cancer 1975;36:1021-8.

19 - Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMGV. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. J Bras Patol Med Lab 2009;45:233-8.

20 - van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: present concepts of management. Oral Oncol 2010;46:423-5.

21 - van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and present concepts of management. Oral Oncol 2009;45:317-23.

22 - Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol 2009;45:309-16.

Correspondência para/ Reprint request to:

Roberta Barcelos

Rua Silvio Henrique Braune, n° 22

Centro - Nova Friburgo - RJ

CEP: 28625-650

e-mail: rbarcelos@id.uff.br

Recebido em: 7-10-2011

Aceito em: 13-03-2012