



UNIVERSIDADE  
FERNANDO  
PESSOA

## Lesões brancas na cavidade oral - a propósito de um caso clínico

[White lesions in the oral cavity - about a clinical case]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Vasile Stratu

Orientadora:

Professora Doutora Carolina dos Santos Venda Nova

Setembro/2024



# **Lesões brancas na cavidade oral - a propósito de um caso clínico**

[White lesions in the oral cavity - about a clinical case]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Vasile Stratu

Orientadora:

Professora Doutora Carolina dos Santos Venda Nova

Setembro/2024



Agradeço a minha família por toda a confiança depositada em mim e pelo apoio incondicional, aos meus amigos e colegas por estarem sempre presentes ao meu lado e a todos os docentes que transmitiram sempre toda a sua sabedoria.



## AGRADECIMENTOS

Gostaria de demonstrar a minha mais sincera gratidão a minha orientadora, Carolina dos Santos Venda Nova, pela sua calma, orientação e pelo seu infinito conhecimento que foram essenciais para que este projeto pudesse ser concluído com sucesso. Agradeço não apenas pelas suas contribuições académicas, mas também pelo apoio incondicional e pela confiança depositada em mim ao longo desta jornada que chegará em breve ao fim. É de salientar não somente o seu modo de agir como profissional, mas também a sua bondade como indivíduo que levarei eternamente como uma fonte de inspiração.

Quero agradecer aos meus pais por todo o apoio, carinho incondicional e empenho que dedicaram a mim ao longo desta jornada. Foram vocês que me mostraram a importância da dedicação, da sinceridade e da resiliência. Esta conquista também pertence a vocês.

Agradeço à minha companheira, que esteve sempre presente em todos os momentos desafiadores e que me apoiou com toda a sua força e garra. Ter-te ao meu lado sempre foi e sempre será uma fonte de ânimo e motivação.

Os meus mais sinceros agradecimentos a minha binómia, Marta Silva, por estar ao meu lado nesta jornada desde o início, pela alegria e energia positiva que me reconfortou em muitos dias. Sem ti esta jornada teria sido sem dúvida muito mais difícil, a ti os meus sinceros agradecimentos por todo o apoio e ajuda.

Por último, mas de forma alguma menos importante, gostaria de expressar a minha gratidão aos meus colegas de turma que realmente se transformaram em amigos que eu espero levar para a vida, obrigado por todos os momentos passados a estudar e por todas as gargalhadas. Cada um de vocês teve um papel fundamental para conseguir conquistar este objetivo que todos nós temos nas nossas vidas, por isso sou-vos extremamente grato.

Agradeço a todos de coração.





## RESUMO

O presente trabalho apresenta um caso clínico e uma revisão narrativa das lesões brancas da cavidade oral, com foco na diversidade das suas etiologias e nas adversidades diagnósticas e terapêuticas associados. As lesões brancas orais, que incluem condições como a leucoplasia, o líquen plano e a candidíase, manifestam-se de forma usual como áreas esbranquiçadas na mucosa oral. Estas podem ser causadas por fatores genéticos, irritativos físicos, mecânicos e químicos, ou até ter origens microbianas. Em virtude da semelhança entre estas e lesões malignas, o diagnóstico objetivo é desafiador e, muitas vezes, implica não somente uma avaliação clínica em detalhe, como também a realização de biópsias e exames complementares.

Este estudo também discorre sobre a importância do reconhecimento atempado destas lesões pelos profissionais da saúde, remetendo para a imprescindibilidade, de uma estratégia diagnóstica rigorosa para evitar tratamentos inapropriados e consequências possivelmente graves. Neste trabalho é apresentado um caso clínico, o qual ilustra as dificuldades do diagnóstico e tratamento das lesões brancas orais. Conclui-se que é necessário uma avaliação bem realizada e uma gestão clínica informada. Com isto, o estudo reitera a importância de uma formação contínua para os profissionais de saúde oral no reconhecimento e no tratamento apropriado destas patologias, substancial para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas eficientes e a melhoria dos prognósticos dos doentes.

**Palavras-chave:** *Lesões brancas; cavidade oral; mucosa oral.*



## **ABSTRACT**

This paper presents a clinical case and a narrative review of white lesions in the oral cavity, focusing on the diversity of their etiologies and the associated diagnostic and therapeutic challenges. Oral white lesions, which include conditions such as leukoplakia, lichen planus, and candidiasis, typically manifest as whitish areas on the oral mucosa. These lesions can be caused by genetic factors, physical, mechanical, and chemical irritants, or even have microbial origins. Due to the similarity between these and malignant lesions, objective diagnosis is challenging and often requires not only a detailed clinical evaluation but also biopsies and additional tests.

This study also discusses the importance of timely recognition of these lesions by healthcare professionals, emphasizing the necessity of a rigorous diagnostic strategy to avoid inappropriate treatments and potentially serious consequences. A clinical case is presented in this paper, illustrating the difficulties in diagnosing and treating oral white lesions. It concludes that a well-conducted evaluation and informed clinical management are necessary. Furthermore, the study reiterates the importance of continuous training for oral health professionals in the recognition and appropriate treatment of these pathologies, which is essential for the development of effective therapeutic interventions and the improvement of patient prognoses.

**Keywords:** White lesions; oral cavity; oral mucosa.



## ÍNDICE GERAL

<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>xv</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>xvii</b>
<b>ÍNDICE DE ANEXOS .....</b>	<b>xix</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SÍMBOLOS OU ACRÓNIMOS .....</b>	<b>xxi</b>
<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1. Contextualização do tema .....	1
2. Lesões brancas da cavidade oral .....	2
3. OBJETIVOS .....	4
<b>II. DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>5</b>
1. MATERIAIS E MÉTODOS .....	5
2. TIPO DE ESTUDO .....	5
3. PESQUISA.....	5
4. LESÕES BRANCAS UNILATERAIS.....	5
4.1 ORIGEM INFLAMATÓRIA .....	5
i. Lesão liquenoide .....	5
ii. Lúpus eritematoso discoide.....	8
4.2 ORIGEM VÍRICA.....	10
i. Leucoplasia Oral Pilosa.....	10
4.3 Origem fúngica .....	13
i. Candidíase hiperplásica crónica .....	13
4.4 Origem iatrogénicas .....	15
i. Tabagismo .....	15
ii. Trauma .....	18
ii.i. Químico.....	18
ii.ii Mecânico.....	19
ii.iii Térmico .....	19
4.5 Leucoplasia .....	19
4.6 Origem Neoplásica .....	21
i. Carcinoma células escamosas .....	21
5. CASO CLÍNICO.....	23
5.1 Abordagem do paciente .....	23
5.2 História e exame clínico .....	24
5.3 Diagnósticos diferenciais (fluxograma).....	26
5.4 Plano de tratamento.....	28
i. Explicação dos achados clínicos .....	28
ii. Registo fotográfico.....	30
iii. Antifúngico .....	30
iv. Discussão sobre importância da biópsia.....	33
v. Consultas de follow-up .....	35
vi. Resolução da lesão e monitorização do paciente a longo prazo .....	35

<b>III. CONCLUSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>1. Importância do nosso caso .....</b>	<b>36</b>
<b>2. Importância de não esperar mais de 2 semanas para biópsia.....</b>	<b>38</b>
<b>3. Relação das lesões brancas unilaterais com cancro oral.....</b>	<b>39</b>
<b>4. Importância do diagnóstico rápido de cancro oral para melhoria do     prognóstico .....</b>	<b>41</b>
<b>5. Importância de educar os pacientes para examinarem a cavidade oral .....</b>	<b>42</b>
<b>IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>46</b>
<b>V. ANEXOS .....</b>	<b>60</b>
<b>1. Consentimento informado.....</b>	<b>60</b>
<b>2. Parecer favorável da comissão de ética .....</b>	<b>61</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> <i>Padrões clínicos LLO</i> .....	7
<b>Figura 2.</b> <i>Erosão no lábio inferior</i> .....	9
<b>Figura 3.</b> <i>Lesão típica da LOP</i> .....	11
<b>Figura 4.</b> <i>CHC predominantemente localizada na língua</i> .....	14
<b>Figura 5.</b> <i>Imagem clínica de leucoplasia num utilizador de tabaco</i> .....	17
<b>Figura 6.</b> <i>Caso de CCE</i> .....	22
<b>Figura 7.</b> <i>Placa branca heterogénea no bordo lateral esquerdo da língua</i> .....	25
<b>Figura 8.</b> <i>Fluxograma utilizado para raciocínio clínico para o diagnóstico</i> .....	26
<b>Figura 9.</b> <i>Lesão na língua sem alterações no dia 21 de novembro de 2023</i> .....	29
<b>Figura 10.</b> <i>Língua com ausência de lesão no dia 12 de dezembro de 2023</i> .....	29



## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1.** *Fatores envolvidos na patogênese das LLO* .....6

**Tabela 2.** *Tabela de avaliação de lesão suspeita da mucosa oral*.....27



## **ÍNDICE DE ANEXOS**

1. Consentimento informado.....	60
2. Parecer favorável da comissão de ética.....	61



## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS, SIMBOLOS OU ACRONIMOS**

**ATM** - Articulação Temporomandibular

**DECH** - Doença do Enxerto Contra Hospedeiro

**LED** - Lúpus Eritematoso Discoide

**LES** - Lúpus Eritematoso Sistémico

**LO** - Leucoplasia Oral

**LOP** - Leucoplasia Oral Pilosa

**CHC** - Candidíase Hiperplásica Crónica

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**DPMO** - Desordens Potencialmente Malignas Oraais

**VEB** - *Vírus Epstein-Barr*

**CCE** - Carcinoma de Células Escamosas

**APA** - *American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia)



# I. INTRODUÇÃO

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

As lesões brancas da cavidade oral representam um grupo variado de condições clínicas, manifestando-se comumente como áreas esbranquiçadas na mucosa oral. Estas lesões possuem várias causas, que podem induzir a diagnósticos imprecisos e tratamentos inadequados (Conceição, 2013). Dentre elas, destacam-se a leucoplasia, o líquen plano e a candidíase, cada uma com as suas especificidades (da Cruz et al., 2010). Algumas têm origem genética, ao passo que outras originam-se da exposição a irritantes mecânicos, físicos, químicos ou microbianos. Há casos em que a etiologia parece ser psicogénica, e outros em que permanece duvidosa ou completamente desconhecida (da Cruz et al., 2010).

Determinados fatores influenciam consideravelmente o processo de diagnóstico, nomeadamente a cor, a distribuição, a duração e a localização das lesões. Não obstante, devido às similaridades clínicas entre diversas lesões brancas, o diagnóstico definitivo frequentemente transcende a avaliação clínica, sendo necessário biópsias e, em dados casos, exames complementares para confirmar a natureza da lesão e encaminhar o tratamento apropriado (Dias et al., 2021). É imprescindível que os dentistas estejam alerta e devidamente capacitados para identificar estas lesões, uma vez que a frequência do seu aparecimento é relativamente elevada (Conceição, 2013). Segundo Binda et al. (2021), é crucial que os profissionais de saúde estejam bem informados sobre estas manifestações, distinguindo-as das lesões malignas que também atingem a cavidade oral, para assegurar o tratamento correto de acordo com cada caso.

Assim sendo, este trabalho tem como objetivo primordial apresentar uma revisão narrativa integrativa sobre as lesões brancas da cavidade oral, incluindo a descrição de um caso clínico que põe em evidência os elementos envolvidos no diagnóstico e tratamento destas lesões.

O documento apresentado organiza-se de forma a englobar informações sobre as lesões brancas da cavidade oral, seguindo as normas da APA (*American Psychological Association*) 7<sup>a</sup> edição e o Novo Acordo Ortográfico para asseverar o rigor e a clareza académica. Inicia com uma introdução, onde se contextualiza o tema, destacando a importância da deteção de lesões brancas na cavidade oral e a sua associação com o

cancro oral. Prossegue com uma discussão sobre as lesões brancas unilaterais, abordando os diagnósticos específicos, os fatores de risco, a prevalência e a sua ligação com neoplasias, subdividindo-se em categorias como lesões inflamatórias, de origem viral, fúngica, iatrogénicas como o tabagismo e o trauma, além da leucoplasia e a neoplasia, especificamente o carcinoma de células escamosas.

Segue-se com os objetivos do estudo, a descrição dos materiais e métodos utilizados, incluindo o tipo de estudo—caso clínico e revisão da literatura—e a metodologia de pesquisa utilizada. O relato do caso clínico descreve desde a abordagem inicial do paciente, a necessidade de registo fotográfico e a justificativa do uso destas fotografias, até ao consentimento informado e a aprovação ética obtida.

A análise do caso clínico descreve a história e o exame clínico do paciente, explorando os diagnósticos diferenciais através de um fluxograma, e delinea o plano de tratamento, incluindo a discussão sobre a importância da biópsia e o acompanhamento do paciente. Detalha-se igualmente a resposta ao tratamento e o acompanhamento a longo prazo.

Na seção da discussão, é sublinhada a importância do caso em estudo, a relevância de não adiar a biópsia mais do que duas semanas, a relação das lesões brancas unilaterais com o cancro oral, a crucialidade de um diagnóstico rápido para a melhoria do prognóstico e a necessidade de educar os pacientes para analisarem a cavidade oral e consultarem periodicamente o médico dentista.

A conclusão consubstancia os principais resultados e implicações do estudo, e a bibliografia enumera todas as fontes consultadas. Os anexos incluem o consentimento informado (Anexo 1) e o parecer favorável da comissão de ética (Anexo 2), servindo como suporte documental para as práticas adotadas durante o estudo.

## **2. LESÕES BRANCAS DA CAVIDADE ORAL**

As lesões brancas da cavidade oral constituem um grupo diversificado de alterações, com etiologias variadas, podendo ir desde lesões de carácter irritativo até a lesões com potencial maligno, exigindo, por conseguinte, uma avaliação criteriosa (Dias et al., 2023). Segundo Binda et al. (2021), estas lesões apresentam uma alta recorrência e manifestam-se principalmente através de áreas esbranquiçadas na boca.

As lesões brancas podem ser classificadas em congénitas e adquiridas, subdividindo-se ainda em lesões removíveis ou não por raspagem e lesões com padrões específicos ou não. Entre as lesões adquiridas com padrões específicos incluem-se as reações liquenoides orais e o lúpus eritematoso, abrangendo variantes como reações de contacto liquenoides e reações induzidas por medicamentos (Manfredini et al., 2021).

Embora a maioria das lesões brancas sejam benignas, como queratoses resultantes de mordeduras nas bochechas ou fricção, é essencial excluir outras condições, como infeções (candidíase, sífilis), dermatoses (líquen plano) e distúrbios neoplásicos (leucoplasias, carcinomas), geralmente através de biópsia (Scully, 2000).

A deteção atempada destas lesões é crucial devido ao seu potencial maligno. Lesões como a leucoplasia e o líquen plano oral (LPO) podem transformar-se em cancro. No caso da leucoplasia, esta tem uma taxa de transformação maligna que pode variar de 0,5% a 100%, dependendo da natureza da lesão. No caso do LPO, esta condição apresenta uma taxa de 0,2% ao ano (Mortazavi et al., 2019).

Portanto, é essencial realizar uma anamnese completa e, se necessário, exames complementares para excluir malignidade e garantir uma intervenção terapêutica eficaz (Dias et al., 2023). Além disso, o cancro oral é uma das neoplasias mais comuns mundialmente, com fatores de risco importantes como o uso de tabaco e a infeção por HPV (Passos et al., 2019; Ghantous & Elnaaj, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o cancro oral é uma das condições orais significativas e prevalentes a nível global. Este tipo de cancro é classificado como o 13º mais comum no mundo. Em 2020, a incidência global foi calculada em 377.713 novos casos, com 177.757 mortes associadas (OMS, 2023).

Estudos indicam que infeções crónicas por *Candida albicans* podem estar associadas à transformação maligna de lesões brancas da mucosa oral, devido à inflamação crónica e à produção de acetaldeído, um carcinógeno conhecido (Bakri et al., 2010). Em fumadores, as lesões brancas como a leucoplasia são comuns e frequentemente não removíveis por raspagem, apresentando um risco de 1 a 20% de transformação maligna, o que torna a cessação do tabagismo uma medida preventiva essencial (Gupta et al., 2016). De acordo com Speight et al. (2018), as lesões orais potencialmente malignas, como a leucoplasia, apresentam um risco variável de progressão para cancro. Especificamente, o risco de transformação maligna de leucoplasias varia amplamente dependendo de fatores como o tipo de lesão e a presença de displasia. De forma geral, estes autores apontam que as

leucoplasias homogêneas têm uma taxa de transformação maligna de cerca de 3%, enquanto as leucoplasias não homogêneas apresentam uma taxa significativamente maior, de aproximadamente 14,5%. As lesões com displasia epitelial severa podem ter um risco de transformação maligna entre 12% e 50% (Speight et al., 2018).

A importância da detecção precoce destas lesões é sublinhada pela baixa concordância entre diagnósticos clínicos e histopatológicos, sendo a avaliação histopatológica essencial para a identificação de lesões possivelmente malignas (Simi et al., 2013). O uso de uma árvore de decisão diagnóstica pode ajudar os clínicos na identificação e gestão adequadas das lesões brancas na cavidade oral, facilitando o diagnóstico passo a passo (Mortazavi et al., 2019).

Em resumo, a detecção precoce e o tratamento adequado das lesões brancas da cavidade oral são fundamentais não só para a saúde bucal do indivíduo, como também como medida preventiva contra o desenvolvimento do cancro oral. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem estar preparados para diferenciar entre lesões benignas e malignas e implementar estratégias preventivas eficazes. Neste trabalho, o foco da revisão bibliográfica será sobre lesões brancas unilaterais, uma vez que o caso clínico descreve uma lesão branca unilateral no bordo da língua.

### **3. OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo é realizar uma revisão narrativa integrativa da literatura sobre as lesões brancas na cavidade oral. Será apresentado um caso clínico de um paciente anteriormente tratado que apresentava lesões brancas na cavidade oral, detalhando o tratamento utilizado. Este caso servirá para ilustrar as aplicações práticas das descobertas da revisão narrativa no contexto clínico real.

## **II. DESENVOLVIMENTO**

### **1. MATERIAIS E MÉTODOS**

Tal como anteriormente mencionado, foi efetuada uma revisão narrativa da literatura. Este tipo de revisão serve para sintetizar conhecimentos a partir de uma tradição de pesquisa ampla, oferecendo um panorama geral sobre o tema abordado. Ao contrário das revisões sistemáticas, que se centram em questões específicas e seguem métodos pré-definidos para a síntese de estudos semelhantes, as revisões narrativas integrativas permitem a inclusão de uma variedade mais ampla de estudos e proporcionam um resumo detalhado que inclui interpretações e críticas. (Sukhera, 2022).

### **2. TIPO DE ESTUDO**

Caso clínico e revisão de literatura.

### **3. PESQUISA**

Serão usadas bases de dados como a PubMed, a Science Direct, a Cochrane Library, e a Dentistry & Oral Sciences Source (DOSS). Estas bases foram escolhidas devido à sua abrangência e relevância na área da medicina dentária, além de fornecerem acesso a uma vasta gama de publicações *peer-reviewed* (revista por pares) que são fundamentais para a realização de uma revisão de literatura abrangente.

### **4. LESÕES BRANCAS UNILATERAIS**

#### **4.1 ORIGEM INFLAMATÓRIA**

##### **i. Lesão liquenoide**

As lesões liquenoides orais (LLO) são inflamações crônicas da mucosa oral que podem ocorrer devido a reações imunológicas a materiais dentários, uso de determinados

medicamentos, ou em pacientes com doença do enxerto contra hospedeiro, também conhecida como DECH ou GVHD (do inglês *graft- versus -host disease*), entre outras causas (Grossmann et al., 2015).

Na Tabela 1, apresentam-se os fatores envolvidos na patogénese das lesões liquenoides orais. Estes incluem uma variedade de medicamentos, materiais restaurativos dentários, a doença do enxerto contra hospedeiro (GVHD), e outros fatores associados. A variedade de fatores que causam as LLO torna este problema complexo. Por conseguinte, é necessário que diferentes tipos de profissionais trabalhem juntos para diagnosticar e tratar estas lesões de forma eficiente (Kamath et al., 2015).

**Tabela 1.**

*Fatores envolvidos na patogénese das LLO*

<b>Fatores</b>	<b>Exemplos</b>
Medicamentos	Anti-hipertensivos, antimaláricos, antimicrobianos, AINEs, hipoglicemiantes ou antidiabéticos, penicilamina, inibidores da enzima de conversão da angiotensina (ECA), imunossupressores seletivos de tirocina cinase
Materiais Restaurativos Dentários	Metais (amálgama dentária, cobalto, paládio, cromo, cobre, ouro, níquel), não-metais (resinas epóxi, restaurações compostas)
Doença do Enxerto Contra Hospedeiro (GVHD)	Observada tanto na GVHD aguda como crónica
Outros Fatores Associados	Tártaro dentário, respiração oral, hipossialia, placa bacteriana

Nota. Na tabela 1 observa-se os fatores envolvidos na patogénese das lesões liquenoides orais e alguns exemplos mais específicos de cada fator. Adaptado de “Oral Lichenoid Lesions - A Review and Update”, de V. Kamath, K. Setlur e K. Yerlaguda, 2015, 60(1): 102, p. 102 ([10.4103/0019-5154.147830](https://doi.org/10.4103/0019-5154.147830)).

As lesões manifestam-se principalmente na mucosa bucal, bordo lateral da língua e mucosa dos lábios, especialmente quando relacionadas a restaurações compostas. Estas lesões são, geralmente, unilaterais e de tamanho reduzido. Clinicamente, podem aparecer como estrias brancas, placas, eritema, úlceras ou bolhas, frequentemente sem sintomas. Os pacientes podem queixar-se de sensibilidade a alimentos picantes ou sensação de ardor (Grossmann et al., 2015). A Figura 1 apresenta os padrões clínicos das lesões liquenoides orais (LLO).

### **Figura 1.**

#### *Padrões clínicos LLO*



Nota. Na figura 1 observa-se uma lesão erosiva, caracterizada por uma área avermelhada, ulcerada e muitas vezes dolorosa. Adaptado de “Oral lichenoid lesions: distinguishing the benign from the deadly”, de S.Müller, 2017, 30(s1):S54-S67, p. 55 ([10.1038/modpathol.2016.121](https://doi.org/10.1038/modpathol.2016.121)). Copyright 2017 dos autores.

A evolução das lesões liquenoides é prolongada, com exacerbações recorrentes, por vezes dolorosas e difíceis de tratar, afetando significativamente a qualidade de vida dos pacientes (Rotaru et al., 2020).

O diagnóstico do líquen plano oral pode ser complexo devido à semelhança com outras condições clínicas e histológicas. A terminologia, classificação e diagnóstico destas lesões têm sido objeto de debate e análise durante décadas, com diversos termos utilizados na literatura, o que contribui para a confusão e dificulta o desenvolvimento de estratégias eficazes para diagnóstico e tratamento. O diagnóstico diferencial inclui outras doenças imunomediadas e condições inflamatórias e reativas (Müller, 2017).

Conforme referido por Binnie et al. (2024), os dentistas devem estar atentos ao risco de transformação maligna associado ao líquen plano oral, acompanhando os pacientes e alertando os serviços especializados para quaisquer alterações clinicamente

significativas. Devido a taxa de transformação maligna das lesões liquenoides, a biópsia é indicada. Segundo o artigo de Speight et al. (2018), as lesões liquenoides, incluindo o líquen plano oral (LPO), apresentam um risco reconhecido, embora baixo, de transformação maligna. Os autores apontam que a taxa de transformação maligna das lesões liquenoides varia, com uma taxa de aproximadamente 0,9% a 1,1% para o líquen plano oral (Speight et al et al., 2018).

O diagnóstico é confirmado por características histopatológicas, como projeções em forma de serra do epitélio e corpos de Civatte. A imunofluorescência direta é utilizada para excluir outras doenças autoimunes (Scully & Carrozzo, 2008). Biomarcadores específicos de miRNA em exossomas salivares têm sido identificados como possíveis ferramentas diagnósticas, com destaque para o miR-4484, significativamente aumentado em pacientes com LPO (Byun et al., 2015).

O tratamento das lesões liquenoides incide principalmente no alívio dos sintomas, com corticosteroides tópicos como a primeira opção. Outros tratamentos incluem retinoides, tacrolimus (Eisen et al., 2005). A doença apresenta remissões e exacerbações, sendo necessário um acompanhamento regular devido ao risco de transformação maligna (Kalmar, 2007).

Em suma, as lesões liquenoides orais representam uma condição crónica e complexa que pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico atempado e o tratamento adequado são essenciais para gerir os sintomas e prevenir possíveis transformações malignas. A colaboração entre dentistas e especialistas é crucial para garantir uma gestão eficaz destas lesões.

## **ii. Lúpus eritematoso discoide**

O lúpus eritematoso discoide (LED) é uma doença crónica que afeta principalmente a pele do rosto e outras áreas expostas ao sol, sendo rara na cavidade oral (Gagari et al., 2011). O lúpus eritematoso é uma doença autoimune do tecido conjuntivo que se apresenta em duas formas principais: lúpus eritematoso discoide (LED) e lúpus eritematoso sistémico (LES). Ambas as formas podem apresentar-se de forma semelhante ao líquen plano oral. As lesões mucocutâneas do LED são clinicamente indistinguíveis

das do LES, afetando principalmente pessoas entre 20 e 50 anos, com uma predominância maior em mulheres (Kranti et al., 2012).

As lesões do LED na cavidade oral aparecem como manchas avermelhadas telangiectásicas na membrana mucosa, rodeadas por manchas brancas e, por vezes, com padrões radiais papilares brancos espessos ou delicados. Estas lesões podem ser difíceis de distinguir do LPO ou da leucoplasia devido às suas características clínicas (Bhoweer & Ranpise, 2018). Embora possam estar envolvidas áreas como a mucosa bucal, gengiva, mucosa labial e mucosa palatina, um relatório histopatológico pode não ser suficiente para confirmar o diagnóstico, sendo por vezes necessária a utilização de testes de imunofluorescência (Bhoweer & Ranpise, 2018).

Segundo Naik e Prakash (2018), o LED pode apresentar-se com sintomas como feridas e sensação de queimadura no lábio inferior, com início gradual e intermitente, agravado por alimentos picantes e exposição ao sol, mas aliviado espontaneamente.

**Figura 2.**

*Erosão no lábio inferior*



Nota. Na Figura 2 observa-se uma erosão do lábio inferior devido ao lúpus eritematoso discoide. Adaptado de “Oral Discoid Lupus Erythematosus: A Case Effectively Managed and Differentiated with other Overlapping Diseases”, de V. Naik e S. Prakash, 2018, 9(4): 221-225, p. 222 (10.5866/2017.9.10221). Copyright 2018 dos autores

A Figura 2 mostra uma erosão no lábio inferior que se estende desde 1 mm da comissura esquerda da boca até à linha média, e verticalmente desde a zona do vermelhão até 2 mm acima da linha do lábio inferior.

O diagnóstico inicial do LED baseia-se normalmente em observações clínicas, confirmadas por biópsias histopatológicas das lesões orais, que mostram uma dermatose inflamatória na interface (Brown et al., 1994; Schiødt, 1984). As técnicas de imunofluorescência, como a direta (DIF) e indireta (IIF), são utilizadas para identificar autoanticorpos e depósitos de imunoglobulinas na camada basal da mucosa oral (Serpico et al., 2007).

É crucial distinguir o LED de outras condições, como o LPO, que podem ter manifestações clínicas e histopatológicas semelhantes (Wang et al., 2022). O tratamento pode incluir: o uso de esteroides tópicos potentes, como o propionato de clobetasol, que tem mostrado eficácia no alívio do desconforto oral (Brown et al., 1994); em casos mais graves, são utilizados tratamentos sistémicos como antimaláricos (hidroxicloroquina), corticosteroides orais, e imunossuppressores como azatioprina, ciclosporina e metotrexato, para controlar lesões refratárias aos tratamentos convencionais (Panjwani, 2009; Tenti et al., 2018); o laser de CO<sub>2</sub>, que pode ser eficaz para lesões orais persistentes, proporcionando resolução das lesões e alívio duradouro dos sintomas (Zoccali et al., 2014); e as terapias alternativas como a homeopatia, que têm sido relatadas como benéficas em alguns casos, embora sejam necessárias mais investigações para confirmar a sua eficácia (Sarangi, 2017).

## **4.2 ORIGEM VÍRICA**

### **i. Leucoplasia Oral Pilosa**

A Leucoplasia Oral (LO) é atualmente reconhecida como uma doença potencialmente maligna, sendo a mais comum entre as lesões que podem evoluir para cancro na cavidade oral (Ramos et al., 2017). O termo "leucoplasia" deriva do Grego, combinando as palavras λευχο (leuko – branco) e πλακος (plakos – placa). Nos últimos anos, foram propostas diversas definições de leucoplasia oral, com a mais recente aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005. De acordo com van der Waal (2015), a definição de leucoplasia é uma mancha ou placa predominantemente branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outro distúrbio; a leucoplasia oral apresenta um risco aumentado de desenvolvimento de cancro na área da leucoplasia, nas proximidades ou em outra parte da cavidade oral ou da região da cabeça e pescoço,

A leucoplasia oral pilosa (LOP) é uma lesão associada ao vírus Epstein-Barr (EBV), também conhecido como herpesvírus humano 4 (HHV4). Este vírus de DNA de cadeia dupla pertence à família Herpesviridae e é um dos mais comuns em humanos, infectando mais de 90% da população adulta mundial, e sendo transmitido principalmente pela saliva (Rosseto et al., 2023; Khammissa et al., 2016).

A LOP está associada principalmente ao vírus Epstein-Barr (EBV) e ocorre frequentemente em pacientes imunossuprimidos, especialmente aqueles com HIV, com baixa contagem de linfócitos CD4, ou que passaram por transplantes de órgãos. Homens HIV-positivos que fumam também estão em maior risco. A LOP é geralmente assintomática, mas pode indicar progressão para SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em pacientes HIV-positivos. Indivíduos imunocompetentes que usam corticosteroides por um longo prazo também podem desenvolver esta doença (Rathee & Jain, 2020).

A LOP caracteriza-se por uma mancha branca assintomática, com superfície rugosa ou corrugada que não pode ser removida por raspagem. Estas lesões aparecem tipicamente na borda lateral da língua, podendo ser unilaterais ou bilaterais. Em casos raros, podem afetar a mucosa bucal, o palato mole, a faringe ou o esófago (Alramadhan et al., 2021). A Figura 3 apresenta uma lesão branca espessa e rugosa na borda lateral esquerda da língua, típica da LOP.

### **Figura 3.**

#### *Lesão típica da LOP*



Nota. Na Figura 3 é possível observar uma lesão típica da leucoplasia oral pilosa no bordo lateral esquerdo da língua. Adaptado de “Oral Hairy Leukoplakia in Immunocompetent Patients Revisited with Literature Review”, de A. Alramadhan, I. Bhattacharyya, M. Cochen e N. Islam, 2021, 15(3):989-993, p. 990 ([10.1007/s12105-021-01287-8](https://doi.org/10.1007/s12105-021-01287-8)). Copyright 2021 dos autores.

O exame histológico da LOP revela um epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado acantótico com projeções em forma de dedos, conferindo uma aparência clinicamente rugosa ou "peluda". A camada espinhosa superior contém coilócitos, células epiteliais vacuoladas com núcleos picnóticos e halos perinucleares, resultantes da degeneração balonizante das células epiteliais (Agustina et al., 2016).

O diagnóstico clínico das leucoplasias pode ser complexo devido à semelhança com outras lesões de placas brancas. Geralmente, o diagnóstico de LOP é estabelecido clinicamente, mas a confirmação definitiva requer um exame histológico e a demonstração de DNA, RNA ou proteínas do vírus Epstein-Barr nas células epiteliais. Para este propósito, existem vários *kits* comerciais disponíveis. Técnicas como reação em cadeia da polimerase, microscopia eletrônica, imunohistoquímica e hibridização *in situ* podem ser utilizadas para detetar o EBV, sendo a hibridização *in situ* considerada o padrão-ouro. A biópsia de tecido é indicada apenas se a lesão apresentar uma aparência incomum ou estiver ulcerada, sugerindo cancro (Rathee & Jain, 2020).

Os diagnósticos diferenciais de LOP incluem:

- Candidíase
- Leucoplasia oral
- Nevo branco esponjoso
- Queratose por fricção oral
- Queratose de fumador
- Leucoplasia verrucosa proliferativa
- Líquen plano
- Reações liquenoides
- Condiloma acuminado (Rathee & Jain, 2020).

A LOP é uma condição benigna com baixa taxa de morbidade e tendência a resolver-se espontaneamente. Nem todos os casos requerem tratamento específico. O tratamento é geralmente administrado para aliviar os sintomas ou por razões estéticas, conforme solicitado pelo paciente. As opções de tratamento incluem medicamentos antirretrovirais. A terapia antirretroviral altamente ativa costuma reduzir a LOP, embora a condição possa voltar a aparecer quando a dosagem do medicamento é reduzida (Rathee & Jain, 2020).

### **4.3 ORIGEM FÚNGICA**

#### **i. Candidíase hiperplásica crónica**

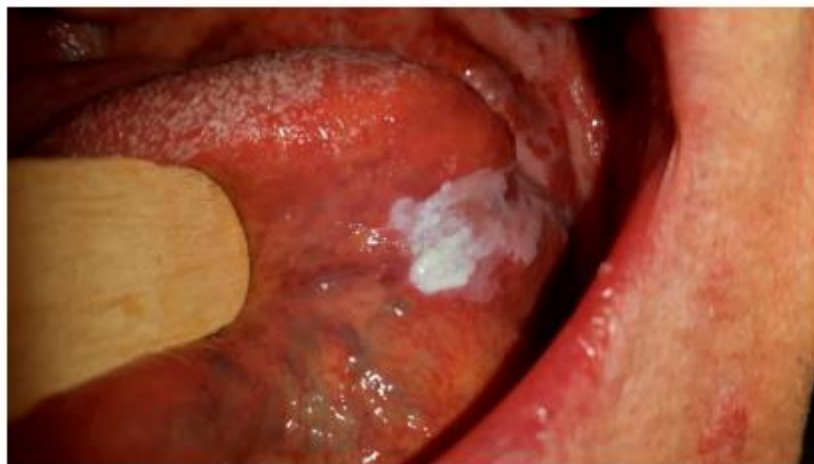
A candidíase oral é uma infeção fúngica comum causada pelo crescimento excessivo de espécies do género *Candida*, principalmente a *C. albicans* (Plas, 2016). Estas leveduras são eucarióticas e diploides, frequentemente encontradas na microbiota oral de indivíduos saudáveis, com uma prevalência entre 35% e 80% (Lorenzo-Pouso et al., 2022).

Embora a candidíase oral seja bem conhecida, as suas manifestações clínicas são variadas (Plas, 2016). As apresentações clínicas dividem-se em candidíase oral primária e secundária. A candidíase oral primária inclui três variantes principais: pseudomembranosa, eritematosa e hiperplásica, sendo esta última a menos comum (Zhang et al., 2021; Plas, 2016).

As lesões da candidíase hiperplásica crónica (CHC) aparecem principalmente na mucosa bucal, língua e mucosa retro-angular, sendo a mucosa bucal a área mais afetada (Hussain & Al-Drobie, 2022). Os sintomas incluem sensação de ardor, dor, sensação de inchaço na língua e secura na boca. Estes sintomas geralmente melhoram significativamente com a terapia antifúngica adequada (Krikheli et al., 2021).

**Figura 4.**

*CHC predominantemente localizada na língua*



Nota. Na figura 4 observa-se uma lesão esbranquiçada localizada predominantemente localizada no bordo lateral esquerdo da língua provocada por candidíase hiperplástica crônica. Adaptado de “Predicting Chronic Hyperplastic Candidiasis Retro-Angular Mucosa Using Machine Learning”, de O. Moztaarzadeh, J. Liska, V. Liskova, A. Skalova, O. Topolcan, A. Jamshidi e L. Hauer, 2023, 13(6):1335-1351, p. 13 ([10.3390/clinpract13060120](https://doi.org/10.3390/clinpract13060120)). Copyright 2023 dos autores

A figura 4 ilustra a CHC, que é predominantemente encontrada na língua devido à sua superfície cheia de papilas, as quais retêm detritos e microrganismos, criando um ambiente propício para a formação de biofilmes de *Candida*. As condições de umidade e calor da língua, somadas às suas fissuras e fendas, promovem ainda mais o crescimento excessivo e a persistência da *Candida* (Moztaarzadeh et al., 2023).

A CHC é comum em pacientes imunossuprimidos, como aqueles com cancro de cabeça e pescoço que recebem radioterapia. A presença de *Candida* spp. na boca é um forte indicador de desenvolvimento precoce de mucosite oral grave (Rupe et al., 2022). Pacientes diabéticos têm uma maior prevalência de lesões na mucosa oral e infecções por *Candida*, especialmente quando são fumadores (Jhugroo et al., 2019).

Pacientes submetidos a quimioterapia, particularmente com 5-fluorouracil ou doxorubicina, têm maior risco de desenvolver candidíase oral. Fatores como tabagismo, quantidade de placa dentária, baixa diversidade bacteriana e do microbioma são preditores de candidíase durante o tratamento quimioterápico (Diaz et al., 2019). Próteses mal ajustadas são uma causa comum de CHC devido à capacidade da *Candida albicans* de aderir e formar biofilmes na mucosa oral e nas superfícies das próteses (Jamdade et al.,

2021). Condições como anemia, avitaminose e deficiências imunológicas também podem contribuir para o desenvolvimento da CHC (Lorenzo-Pouso et al., 2022).

O diagnóstico da CHC é muitas vezes complicado e demorado, uma vez que as suas manifestações clínicas podem ser semelhantes às de outras doenças mais comuns, como líquen plano oral e eritroleucoplasia (Lorenzo-Pouso et al., 2022). Para confirmar o diagnóstico, além das manifestações clínicas, é necessário recorrer a exames histopatológicos, pois a sensibilidade de testes laboratoriais como citologia esfoliativa e cultura fúngica é relativamente baixa (Zhang et al., 2021).

As estratégias de prevenção para a CHC incluem melhorias na higiene oral, controlo de doenças sistémicas como diabetes, ajustes na dosagem de medicamentos imunossupressores e mudanças nos hábitos de vida, como a cessação do tabagismo e a redução do consumo de álcool. Para garantir a resolução da CHC, são necessários exames regulares após cada sessão de tratamento. Os pacientes devem ser instruídos sobre medidas preventivas, como manter uma boa saúde oral e gerir adequadamente os seus problemas de saúde existentes (Moztarzadeh et al., 2023). Os tratamentos incluem uma boa higiene oral, terapias tópicas e sistémicas (Plas, 2016).

#### **4.4 ORIGEM IATROGÉNICAS**

Lesões iatrogénicas na cavidade oral podem resultar de danos causados por procedimentos odontológicos, como eletrocirurgia, aparelhos ortodônticos e materiais químicos usados em tratamentos dentários. Estas lesões podem manifestar-se como queimaduras, úlceras ou retração gengival e variam em função da gravidade do envolvimento dos tecidos periodontais (Ozcelik et al., 2005).

##### **i. Tabagismo**

Entre as diversas lesões brancas que podem surgir na cavidade oral, algumas estão relacionadas ao uso do tabaco, como a queratose tabágica apresentando uma incidência e um potencial de transformação maligna consideravelmente elevados, com risco de progressão para cancro oral.

O tabagismo e o fator de risco mais associado ao desenvolvimento de lesões orais potencialmente malignas e malignas na cavidade oral, incluindo leucoplasia, eritroplasia e carcinoma de células escamosas (Gajdhar et al., 2021). A prevalência destas lesões é significativamente maior em utilizadores de tabaco, principalmente homens (Behura et al., 2015), em comparação com não fumadores (Joshi et al., 2019; Ramasamy & Sivapathasundharam, 2021). Os cigarros contêm mais de 4.000 químicos e radicais livres, como nicotina, amónia, acroleína, fenóis, acetaldeído, benzopireno, óxidos de azoto, monóxido de carbono, polónio, rádio e tório, que podem causar danos celulares (Gajdhar et al., 2021). O tabagismo também é responsável por várias lesões orais não pré-cancerosas que, se não forem reconhecidas, podem causar fobia ao cancro (Mishra et al., 2017). Além disso, o tabagismo é um fator de risco significativo para a doença periodontal (Šutej et al., 2021; Zhang et al., 2019).

A mastigação de folhas de tabaco ou o uso de rapé leva ao desenvolvimento de uma lesão mucosa branca na área de contacto com o tabaco, geralmente denominada queratose de tabaco sem fumo, queratose de rapé ou queratose de tabaco em bolsa. Embora estas lesões sejam consideradas pré-cancerosas, são significativamente diferentes da verdadeira leucoplasia e apresentam um risco muito menor de transformação maligna (Mishra et al., 2017). A literatura indica que, nalguns casos, cerca de 5% a 10% destas lesões podem progredir para cancro, como o carcinoma de células escamosas, especialmente em locais onde o tabaco sem fumo é mantido em contacto prolongado com a mucosa oral (Winn et al., 1981).

A estomatite nicotínica é uma lesão papular esbranquiçada vista no palato duro e mole, frequentemente causada pelo fumo de cachimbo, charuto ou cigarro. O calor, mais do que os materiais tóxicos, é considerado o principal causador destas lesões (Aktaş, 2019). O tabaco sem fumo, também conhecido como tabaco de mascar, tabaco de cuspir, *dip*, *plug* ou *chew*, é um dos agentes bem assinalados que causam lesões brancas. O uso de tabaco sem fumo está associado a várias lesões na cavidade oral, incluindo cárie dentária, doença periodontal, perda dentária, leucoplasia, queratose, e cancros orais como carcinoma *in situ*, carcinoma verrucoso e carcinoma espinocelular invasivo. A prevalência e a gravidade das lesões estão relacionadas à dose (Buendia et al., 2020).

Os sinais e sintomas do cancro oral podem ser divididos em apresentações precoces e tardias. Os sintomas precoces incluem manchas vermelhas ou brancas persistentes, úlcera que não cicatriza, inchaço progressivo, mobilidade dentária súbita, hemorragia invulgar,

epistaxe e rouquidão prolongada. As apresentações tardias incluem áreas endurecidas, parestesia, distensão da língua ou lábios, obstrução das vias respiratórias, dor de ouvido crónica, trismo, disfagia, linfadenopatia cervical e dor persistente (Mishra et al., 2017).

A Figura 5 mostra uma imagem clínica de leucoplasia num utilizador de tabaco.

**Figura 5.**

*Imagem clínica de leucoplasia num utilizador de tabaco*



Nota. Na figura 5 observa-se uma lesão leucoplásica na mucosa do lado direito da cavidade oral num utilizador de tabaco. Adaptado de “A study on oral mucosal changes among tobacco users”, de J. Ramasamy E B. Sivapathasundharam, 2021, 25(3):470-477, p. 474 ([10.4103/jomfp.jomfp\\_105\\_21](https://doi.org/10.4103/jomfp.jomfp_105_21)). Copyright 2021 dos autores.

É crucial reconhecer que nem todas as lesões brancas na cavidade oral, particularmente aquelas ligadas ao consumo de tabaco, têm potencial para se tornarem malignas. Somente aquelas que exibem mudanças genéticas substanciais apresentam um risco elevado de evoluir para malignidade (Müller, 2019; Conceição, 2013). Uma lesão oral potencialmente maligna é caracterizada por alterações celulares que apresentam um risco acima do normal de transformação em cancro. Normalmente, as lesões orais potencialmente malignas orais são eficazmente avaliadas e geridas como parte dos cuidados de saúde oral habituais, apesar de existirem controvérsias (Mishra et al., 2017). A progressão para malignidade de lesões orais é influenciada por mutações genéticas específicas. Por exemplo, polimorfismos genéticos como TLR 9(-1486T/C) e TLR 4(+896A/G) podem significativamente aumentar o risco de transformação maligna em pacientes com co-infecção por HPV/EBV e hábitos de consumo de tabaco (Sharma et al., 2019). A maioria das lesões brancas identificadas não são malignas, incluindo condições

benignas como úlceras aftosas e língua geográfica, que possuem um baixo risco de malignização, especialmente na ausência de alterações genéticas significativas (Patel et al., 2021). O plano de tratamento deve incidir no aconselhamento para a cessação do tabagismo e na eliminação de fatores irritativos e traumáticos, como o consumo simultâneo de álcool.

## **ii. Trauma**

As lesões orais decorrentes de trauma são relativamente comuns na prática odontológica e podem comprometer significativamente as funções orais normais, causando dor ao comer, mastigar e falar (Koray & Tosun, 2019).

Existe uma ampla variedade de distúrbios da mucosa oral provocados por traumas, tanto agudos como crônicos. Estes manifestam-se como úlceras, lesões brancas ou vermelhas, mucosite e hiperplasia reativa, podendo inclusive resultar em exposição óssea com sequestro. Tais lesões também podem afetar de forma significativa as funções orais e apresentar desafios diagnósticos, especialmente as crônicas. Contudo, um diagnóstico atempado e a eliminação do fator causal são cruciais para a cura. As lesões orais podem ser resultado de trauma químico, mecânico ou térmico, variando a apresentação clínica das lesões traumáticas (Phore & Panchal, 2018).

### **ii.i. Químico**

As lesões químicas na mucosa oral são habitualmente causadas por substâncias como ácidos ou bases, ou por produtos de higiene oral agressivos. Um exemplo disso é a lesão autoinfligida por álcool, que pode causar dor intensa e sensação de queimação, prejudicando a capacidade de comer e falar (Dilsiz, 2010). As lesões autoinfligidas por medicação inadequada, como aspirina, bisfosfonatos e alendronato, também são comuns e podem causar queimaduras orais devido ao baixo pH (Guerrieri et al., 2019). A estratégia mais eficaz para tratar lesões químicas na cavidade oral é a prevenção. As queimaduras superficiais podem cicatrizar rapidamente devido à alta taxa de renovação da mucosa oral. Em casos raros, são necessários intervenção cirúrgica e antibióticos (Koray & Tosun, 2019).

Alguns dentifrícios e elixires podem causar lesões brancas que resultam da descamação do epitélio.

## **ii.ii Mecânico**

Os traumas mecânicos incluem lesões causadas por mordida acidental, alimentos duros, bordas afiadas de dentes ou uso excessivo de escova dentária. Estas lesões podem causar ulceração e dor significativa, afetando a função oral. Uma manifestação comum é a queratose por fricção, que resulta do contacto repetido e prolongado com objetos como próteses dentárias ou aparelhos dentários (Müller, 2019). O diagnóstico é geralmente clínico, baseado em características como a linha alba, uma formação filamentosa e esbranquiçada que aparece paralela ao nível oclusal dos dentes, principalmente nas áreas com dentes (Koray & Tosun, 2019).

## **ii.iii Térmico**

As lesões térmicas podem ocorrer pelo consumo de alimentos ou bebidas muito quentes, originando queimaduras na mucosa oral. Estas lesões podem causar ulcerações e, em situações graves, predispor a infeções secundárias. Substâncias extremamente frias também podem causar lesões por necrose dos tecidos após vasoconstricção induzida pelo frio (Guerrieri et al., 2019). Clinicamente, as lesões térmicas apresentam-se como eritema doloroso, vermelho ou branco, que pode descamar e formar erosões. Em casos de danos leves, as lesões geralmente cicatrizam espontaneamente numa semana. Os tratamentos são raramente necessários, exceto em lesões profundas, onde os cuidados durante a cicatrização são importantes para evitar a contaminação (Koray & Tosun, 2019).

Na traumatologia oral, é crucial não subestimar a importância destas lesões. Compreender as diferenças mais pertinentes entre estas é essencial, na medida em que estas podem resultar em manifestações clínicas e respostas muito diversas. Um conhecimento profundo nesta área permite ao dentista identificar e escolher o plano de tratamento mais adequado, com vista a alcançar os melhores resultados possíveis e assegurar a saúde do paciente (Guerrieri et al., 2019).

## **4.5 LEUCOPLASIA**

A leucoplasia oral é categorizada, de acordo com a aparência macroscópica, em subtipos homogéneos e não homogéneos. Esta distinção, puramente clínica, baseia-se na cor da superfície e nas características morfológicas como a espessura. As placas homogéneas são predominantemente brancas, uniformes, finas e podem apresentar fissuras superficiais de queratina, exibindo uma superfície lisa, enrugada ou ondulada com uma

textura consistente. O risco de transformação maligna destas lesões pode variar amplamente, numa faixa de 1,5% a 34%, dependendo dos fatores clínicos e histológicos específicos da lesão (Carvalho, 2014). Este risco é difícil de prever com precisão e depende de uma série de fatores, incluindo o tipo de lesão, localização, presença de displasia epitelial, entre outros. Isto torna o diagnóstico histológico e o tratamento precoce fundamentais para prevenir o desenvolvimento de cancro oral (Carvalho, 2014).

As variedades de placas não homogêneas incluem:

- Manchadas: mistura de branco e vermelho (eritroleucoplasia), mas maioritariamente brancas.
- Nodulares: pequenos crescimentos polipoides, excrescências arredondadas vermelhas ou brancas.
- Verrucosas: superfície enrugada ou ondulada.
- Leucoplasia Verrucosa Proliferativa (LVP): um subtipo da leucoplasia verrucosa que envolve múltiplas áreas da mucosa com características exofíticas e proliferativas, conhecido pela sua evolução agressiva, resistência ao tratamento e alta taxa de transformação maligna (Deliverska & Petkova, 2017).

As lesões não homogêneas apresentam um risco maior de transformação maligna de 41% ao longo de 5 anos (Deliverska & Petkova, 2017).

A causa da leucoplasia oral é multifatorial, incluindo o uso de tabaco, próteses mal ajustadas, infeções bacterianas, vírus Epstein-Barr (EBV), espécies de *Candida* e alguns extratos de plantas herbais. Deficiências nutricionais de vitaminas e minerais essenciais podem também ser fatores de risco para o aparecimento de leucoplasia (Erugula et al., 2020).

O diagnóstico diferencial de leucoplasia oral inclui condições como candidíase, líquen plano, carcinoma de células escamosas e outras lesões brancas orais. A biópsia é crucial para excluir outras condições e confirmar a presença de displasia ou malignidade (Evren et al., 2021).

O tratamento da leucoplasia pode variar dependendo do tipo de lesão:

- Cirurgia a Laser: As vantagens incluem melhor controlo de hemorragia, boa cicatrização e menor dano aos tecidos adjacentes. As desvantagens incluem atraso na regeneração do epitélio e dificuldades na realização de biópsias.
- Cirurgia Convencional: Frequentemente utilizada, apresenta baixa taxa de recorrência, mas pode ser desafiadora se as lesões forem extensas ou de difícil acesso.
- Criocirurgia: É efetiva especialmente em lesões múltiplas e superficiais, mas pode causar cicatrizes e contração dos tecidos, dificultando a avaliação de recorrências.
- Terapia Fotodinâmica: Minimamente invasiva, mostra bons resultados especialmente quando utilizada com laser de argon (Carvalho, 2014).

A cessação do tabagismo é crucial, visto que é um fator etiológico importante (van der Waal, 2023)

#### **4.6 ORIGEM NEOPLÁSICA**

##### **i. Carcinoma células escamosas**

O carcinoma de células escamosas (CCE), também conhecido como carcinoma espinocelular, é a neoplasia maligna mais prevalente da cavidade oral, representando mais de 90% de todos os casos de cancro oral (Givony, 2020). Esta neoplasia é classificada em três graus, do bem diferenciado (Grau I) ao pouco diferenciado (Grau III) (Elaiwy et al., 2020) e é uma das neoplasias orais mais comuns globalmente, com mais de 500.000 novos casos por ano (Givony, 2020), afetando significativamente a aparência, a fala, a deglutição e a perceção do sabor (Tan et al., 2023).

Frequentemente, esta doença é precedida por alterações visíveis na mucosa oral, tais como manchas brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia); úlceras com bordos endurecidos ou tumefações irregulares. Estas lesões são tipicamente assintomáticas, mas alguns pacientes podem apresentar sinais suspeitos de malignidade, como eritema, dor, sensação de formigueiro ou ulceração, podendo evoluir para neoplasia invasiva (Tan et al., 2023; Bewley & Farwell, 2017).

**Figura 6.**

*Caso de carcinoma células escamosas*



Nota. Na figura 6 observa-se um caso de carcinoma de células escamosas no bordo lateral direito da língua. Adaptado de “Oral Squamous Cell Carcinoma: Diagnosis and Treatment Planning”, de V. Deshmukh e K. Shekar, 2021, pp 1853–1867, p. 1858 ([10.1007/978-981-15-1346-6\\_81](https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_81)). Copyright 2021 dos autores.

O CCE oral tem uma etiologia multifatorial. Os irritantes locais desempenham um papel importante na conversão de um processo pré-maligno em carcinoma invasivo. Danos à camada epitelial e à submucosa, seguidos de fibrose da membrana mucosa, são frequentemente causados por lesões químicas e mecânicas (Deshmukh & Shekar, 2021).

Os principais fatores etiológicos incluem:

- Tabaco: Todas as formas de tabaco têm potencial carcinogénico.
- Álcool: O álcool está causalmente associado ao cancro oral, e o seu consumo excessivo, muitas vezes combinado com tabagismo, exibe um efeito sinérgico significativo.
- Deficiências Nutricionais: Deficiências em vitaminas como A, folato, riboflavina, iodo e ferro aumentam o risco de cancro. Dietas ricas em fibras e vitaminas C, E e A, bem como selénio, oferecem proteção.
- Má Higiene Oral e Lesões Traumáticas: A má higiene oral muitas vezes leva a infeções gengivoperiodontais, que, juntamente com lesões dentárias traumáticas, podem ter um efeito carcinogénico. (Deshmukh & Shekar, 2021).

Outros fatores de risco incluem vírus do papiloma humano (HPV), radiação ultravioleta (relacionada principalmente ao cancro do lábio). (Givony, 2020).

O diagnóstico de lesões suspeitas geralmente começa com um exame oral convencional, que inclui a avaliação clínica e a palpação da mucosa oral. Os métodos de deteção incluem: coloração vital, deteção baseada em luz, métodos histológicos e citológicos, e métodos de diagnóstico por imagem (Givony, 2020). No entanto, o diagnóstico definitivo é realizado através de exame histopatológico (Guedes et al., 2021).

O tratamento do CCE envolve a excisão cirúrgica das lesões malignas, com radioterapia ou quimioterapia sendo necessárias conforme o caso. O acompanhamento regular é crucial para detetar recorrências ou novas lesões (Kamala et al., 2015). O objetivo dos métodos de tratamento do CCE é tratar o tumor inicial e preservar ao máximo a forma e função, com a devida restauração (Givony, 2020).

Para reduzir a mortalidade do CCE entre a população geral, é crucial promover mudanças no estilo de vida e incluir avaliações clínicas como parte de um programa de diagnóstico abrangente. Além disso, programas educacionais sobre o CCE devem ser implementados na população, ao mesmo tempo que conhecimentos diagnósticos e patológicos frequentes devem ser facilitados aos profissionais de saúde. Continuar a investigação sobre os fatores etiológicos e biomarcadores da doença é igualmente essencial (Givony, 2020).

## **5. CASO CLÍNICO**

### **5.1 ABORDAGEM DO PACIENTE**

Um paciente do sexo masculino de 86 anos, foi visto nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária no dia 7 novembro de 2023. O paciente compareceu para uma consulta de rotina.

Anamnese:

A história médica incluía hipertensão, níveis elevados de colesterol e hiperplasia benigna da próstata. A sua medicação incluía perindopril, sinvasatina, tamsulosina e omeprazol.

O paciente encontrava-se em lista de espera para uma cirurgia à próstata.

O paciente não tinha alergias conhecidas e o mesmo não fumava nem consumia álcool.

## 5.2 HISTÓRIA E EXAME CLÍNICO

No exame extraoral o paciente não apresentava dores à palpação muscular, não havia adenopatias cervicais ou mandibulares palpáveis ou dolorosas, e não havia ruídos ou estalidos na articulação temporomandibular (ATM). A dimensão vertical de oclusão (DVO) estava diminuída, a simetria facial estava preservada, a abertura máxima da boca era de quatro dedos, e não havia lesões visíveis na área exo bucal. No exame intraoral, foi observada a presença de prótese dentária bem ajustada, ligeira inflamação gengival, recessão gengival. O palato apresentava-se em forma de U.

Foi identificada uma placa branca heterogénea no bordo lateral esquerdo da língua (Figura 7). Esta placa não era possível de remover com compressas, media aproximadamente 4mm e encontrava-se endurecida. Esta área apresentava algum desconforto para o paciente, mas somente ao toque não interferindo com a sua função mastigatória. O paciente não tinha conhecimento desta lesão.

A prótese inferior encontrava-se bem ajustada e as cúspides dos dentes inferiores não estavam em contacto direto com esta lesão. Adicionalmente, não era possível identificar nenhuma restauração com amaágama em contacto direto com esta lesão.

**Figura 7.**

*Placa branca heterogénea no bordo lateral esquerdo da língua*



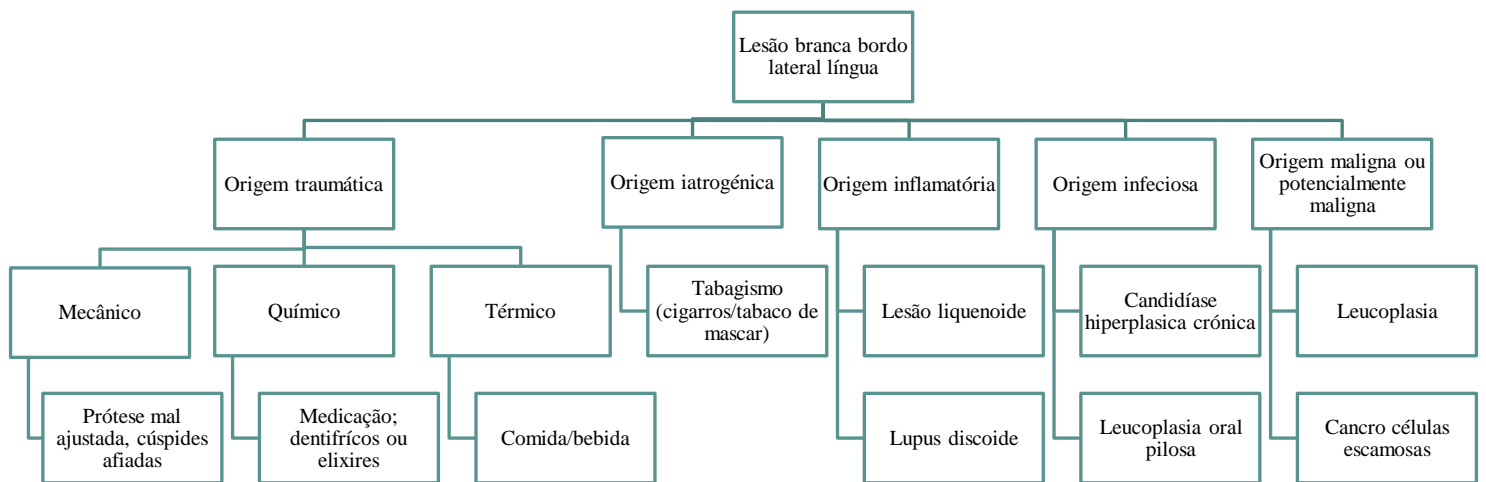
Nota. Na figura 7 observa-se uma placa branca heterogénea no bordo lateral esquerdo da língua do paciente observado nas Clínicas Pedagógicas da Universidade Fernando Pessoa no dia 7 de novembro de 2023.

Após a identificação desta lesão, foram feitas perguntas mais específicas ao paciente para ser possível chegar a um diagnóstico clínico mais facilmente. O raciocínio clínico é ilustrado pelo fluxograma – Figura 8.

### 5.3 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS (FLUXOGRAMA)

**Figura 8.**

*Fluxograma utilizado para raciocínio clínico para o diagnóstico*



Nota. Na figura 8 observa-se o fluxograma criado para o raciocínio clínico de modo a chegar ao diagnóstico clínico.

De acordo com Williams et al. (2008), a metodologia estruturada para a avaliação de uma lesão suspeita na mucosa oral pode ser organizada da seguinte forma (Tabela 2):

**Tabela 2.***Tabela de avaliação de lesão suspeita da mucosa oral*

<b>Etapa</b>	<b>Descrição</b>
<b>1. Histórico da doença atual</b>	Início, localização, intensidade, frequência, duração, fatores que pioram ou aliviam, evolução ao longo do tempo (melhorou, inalterada ou piorou).
<b>2. Histórico médico e de consumo</b>	Averiguar condições médicas, medicamentos e alergias, uso de tabaco e álcool (tipo, frequência, duração).
<b>3. Exame clínico</b>	Exame extraoral, exame intraoral, inspeção da lesão
<b>4. Diagnóstico diferencial</b>	Efetuar o diagnóstico diferencial com algumas condições é importante (p. ex.: LPO, candidíase oral, etc.)
<b>5. Testes diagnósticos</b>	Encaminhamento para biópsia.
<b>6. Diagnóstico definitivo</b>	O diagnóstico definitivo é formulado com base na análise histológica completa. Este diagnóstico permite identificar se a lesão é benigna, potencialmente maligna ou maligna, possibilitando desta forma determinar o curso de ação mais adequado.
<b>7. Gestão/tratamento sugerido</b>	O tratamento sugerido varia em função do diagnóstico. No caso de lesões benignas ou lesões orais potencialmente malignas, pode-se optar pelo acompanhamento contínuo com revisões regulares para identificar quaisquer mudanças na lesão. Podem ser recomendadas intervenções cirúrgicas para a remoção de lesões orais potencialmente malignas, ou malignas de forma total e evitar progressão. Em casos de cancro confirmado, o tratamento pode incluir uma combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dependendo do estágio e localização do tumor. A gestão destes casos também inclui apoio nutricional, gestão da dor e cuidados paliativos quando necessário.

Nota. Na tabela 2 observa-se a metodologia para a avaliação de uma lesão suspeita na mucosa oral observando-se todas as etapas e o que observar em cada uma delas. Adaptado de "Evaluation of a Suspicious Oral Mucosal Lesion", de M. Williams, F. Poh, J. Hovan, S. Ng e P. Rosin, 208, Vol. 74, No. 3, p. 276 ([www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-3/275.html](http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-3/275.html)).

O paciente negou ter a prótese mal ajustada ou sentir que esta o magoava. Também negou o hábito de morder ou trincar a língua. Em relação aos seus hábitos sociais, o paciente não fuma e nunca fumou e também nunca mascou tabaco. Não tem por hábito ingerir alimentos ou bebidas quentes e não mudou recentemente de dentifrício nem de elixir bucal.

O paciente não se recorda de ter tido nenhuma doença cutânea ou genital inflamatória e para além do referido acima na sua história médica, não toma outra medicação nem sofre de nenhuma patologia que o torne mais suscetível a infeções virais.

Tendo seguido este raciocínio clínico, o diagnóstico diferencial incluía candidíase hiperplástica crónica e leucoplasia.

## **5.4 PLANO DE TRATAMENTO**

### **i. Explicação dos achados clínicos**

Ao paciente foi explicado o diagnóstico diferencial e a importância de uma biópsia.

Por motivos económicos o paciente optou por não realizar uma biópsia no próprio dia e pediu para regressar após duas semanas. Foi decidido prescrever um tratamento antifúngico que consistiu em nistatina 100000 UI/mL suspensão oral para usar 4 vezes por dia durante duas semanas e miconazol gel, para aplicar na placa branca duas vezes ao dia por duas semanas.

No dia 21 de novembro de 2023, a lesão branca na língua manteve-se sem alteração (Figura 9). Foi aconselhada a realização de uma biópsia, mas o paciente pediu que esta fosse efetuada no Serviço Nacional de Saúde. Foi escrita uma carta para o Médico de Família (MGF) a pedir que o paciente fosse encaminhado para o hospital local pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Entretanto, o paciente foi aconselhado a regressar em Janeiro de 2024 para uma consulta de follow-up. O paciente compreendeu o que lhe foi explicado e concordou com o plano de tratamento.

**Figura 9.**

*Lesão na língua sem alterações no dia 21 de novembro de 2023*



Nota. Na figura 9 observa-se a lesão no bordo lateral esquerdo da língua sem alterações no dia 21 de novembro de 2023, duas semanas após a primeira consulta na qual foi detetada a lesão.

No dia 12 de Dezembro de 2023, o paciente marcou uma consulta de reavaliação, mas a lesão branca havia desaparecido (Figura 10).

**Figura 10.**

*Língua com ausência de lesão no dia 12 de dezembro de 2023*



Nota. Na figura 10 observa-se a ausência da lesão no dia 12 de dezembro de 2023

Manteve-se uma consulta de follow-up para Maio de 2024 e ao paciente foram dadas instruções de higiene oral e higiene da prótese.

O paciente não pode comparecer a sua consulta de follow-up devido a um período de convalescença após cirurgia à próstata. Está planeada nova consulta de follow-up em Outubro de 2024.

## **ii. Registo fotográfico**

Foi explicado ao paciente a importância de documentar fotograficamente a lesão branca para monitorização clínica e foi obtido consentimento nesse sentido.

## **iii. Antifúngico**

A escolha do antifúngico para o tratamento da lesão branca na língua do paciente baseou-se na suspeita de uma infeção fúngica, comumente causada por *Candida albicans*, que pode se manifestar como uma placa branca queratótica na cavidade oral. A *Candida* é um componente habitual da flora presente na pele, boca, vagina e intestinos. Funciona tanto como colonizador como patógeno e está igualmente presente no meio ambiente, especialmente em folhas, flores, água e solo. Existem aproximadamente 154 espécies dentro do género *Candida*, das quais seis são mais recorrentemente encontradas em infeções humanas (Bhateja, 2018).

Esse tipo de infeção é frequente em pacientes idosos, designadamente naqueles que utilizam próteses dentárias, devido à diminuição das defesas imunológicas e à alteração da microbiota oral (Hato et al., 2022; Kim & Ahn, 2021; Akpan & Morgan, 2002).

De acordo com da Conceição (2018), diversos fatores como a complexidade sistémica dos pacientes idosos, alterações metabólicas, fatores nutricionais, uso de próteses, e o consumo de álcool e tabaco podem contribuir para o surgimento de determinados fenómenos clínicos. Desta forma, é importante que o médico dentista, devido às particularidades associadas ao paciente mais velho, esteja apto para prevenir, diagnosticar e, se necessário, tratar um vasto leque de lesões orais brancas, mormente aquelas com potencial de se tornarem malignas (da Conceição, 2018).

Nesta faixa etária, é habitual o diagnóstico de múltiplas patologias orais, tanto na cavidade oral de forma global como nas mucosas; e vários fatores são responsáveis por isto. O

envelhecimento e os problemas sistémicos relacionados surgem como fatores preponderantes. A diminuição da capacidade de regeneração celular, característica desta etapa da vida, aumenta a suscetibilidade a patologias neurodegenerativas, entre muitas outras doenças, impactando a capacidade de manter uma higiene oral adequada e a atenção a mudanças dentárias ou mucosas. A redução na regeneração celular na população mais velha prejudica de forma negativa a capacidade de proteção do epitélio e da conjuntiva oral, contribuindo para o desequilíbrio da homeostase e amplificando a vulnerabilidade a estímulos externos, incluindo na cavidade oral (da Conceição, 2018).

Outro aspeto pertinente na avaliação de patologias orais em idosos é o impacto do uso de próteses removíveis. É irrefutável que uma parte substancial da população idosa nas sociedades industrializadas, inclusive na Europa, não possui dentes naturais. Também é importante ter em consideração que muitos idosos precisam de medicação ininterrupta para tratar doenças crónicas, o que pode provocar uma série de efeitos adversos e reações negativas na cavidade oral devido às patologias implícitas e aos medicamentos utilizados (da Conceição, 2018).

O tratamento com fármacos antifúngicos tem demonstrado eficácia no controlo da candidíase oral (Fang et al., 2021; Quindos et al., 2019). É considerado o tratamento de eleição para casos simples de candidíase oral e deve ser mantido mesmo quando há necessidade de tratamento sistémico. Normalmente, a combinação da terapia antifúngica tópica com boas práticas de higiene oral é suficiente para tratar eficazmente formas leves de candidíase oral (Taylor et al., 2023). No caso deste paciente, um dos diagnósticos diferenciais era uma candidíase hiperplásica crónica, e nesse sentido, optou-se por fazer o tratamento antifúngico.

A escolha do tratamento farmacológico para a candidíase oral deve ser singularizada, levando em consideração o estado de saúde e a severidade da infeção do paciente. Existem várias formas de agentes antifúngicos disponíveis, tais como géis, pomadas, cremes, suspensões, pastilhas e comprimidos, cabendo ao dentista decidir qual é a mais conveniente ao prescrever o tratamento (Bhateja, 2018).

A *nistatina* foi prescrita ao paciente porque é um antifúngico tópico eficaz contra a *Candida albicans*, o que tem sido comprovado por vários estudos científicos (Aljaffary et al., 2023; Alomeir et al., 2023; de Aguiar et al., 2023; Lyu et al., 2016). A *nistatina* é um macrolídeo polieno, produzido por estirpes de *Streptomyces noursei*, que atua sobre a membrana celular. Este medicamento é o antifúngico tópico mais comum prescrito por

dentistas e pode ser encontrado em diversas formas, incluindo cremes tópicos, pastilhas orais e suspensões orais. Quando administrada por via oral, a *nistatina* não é absorvida pelo trato gastrointestinal, o que evita efeitos adversos sistémicos (Rai, 2022). Assim, a *nistatina* é usualmente bem tolerada, sendo pouco comuns efeitos secundários como náuseas, vômitos e outros efeitos gastrointestinais (Garcia-Cuesta et al., 2014).

A *nistatina* é habitualmente utilizada em forma de suspensão oral, sendo aplicada diretamente sobre a lesão, o que garante uma ação local intensa (Aljaffary et al., 2023). No caso do paciente., a *nistatina* foi indicada para ser usada quatro vezes ao dia durante 14 dias, o que permite uma exposição constante do agente antifúngico à área afetada, aumentando as chances de erradicação da infeção (Lyu et al., 2016).

O *miconazol* foi adicionado ao regime terapêutico devido ao seu amplo espectro de ação antifúngica (Van Cutsem & Thienpont, 1972). O *miconazol* atua ao nível da membrana celular, interrompendo a síntese de ergosterol, essencial para a célula fúngica, através da inibição da enzima citocromo P450 14 $\alpha$ -desmetilase. Este fármaco também interfere na produção de triglicéridos e ácidos graxos, além de inibir enzimas oxidativas e peroxidativas. Tal como outros antifúngicos da classe dos triazólicos, o *miconazol* demonstra há muito tempo uma atividade eficaz *in vitro* contra várias espécies de *Candida*, incluindo *C. albicans*, *C. glabrata* e *C. krusei* (Collins et al., 2011). Este fármaco, geralmente, apresenta poucos efeitos colaterais. Os mais incomuns incluem sensação de queimação, irritação, náuseas e diarreia (Garcia-Cuesta et al., 2014).

A aplicação tópica ao deitar viabiliza uma ação prolongada durante a noite, quando a produção de saliva é menor e, conseqüentemente, a retenção do medicamento na mucosa oral é maior.

Portanto, a administração destes antifúngicos foi baseada na necessidade de tratar a possível candidíase oral, uma doença que pode se manifestar como placas brancas na mucosa oral, muitas vezes confundidas com outras lesões brancas. A confirmação de uma infeção fúngica e a resposta ao tratamento antifúngico ajudariam a excluir outras causas mais sérias e eventualmente malignas de lesões brancas na cavidade oral. Além disso, foi também considerada a possibilidade de a lesão ser traumática. Contudo, a persistência da lesão após o tratamento antifúngico inicial justificaria a realização de uma biópsia para descartar neoplasias ou displasias. Em sùmula, a escolha dos antifúngicos *nistatina* e *miconazol* para o tratamento do paciente foi justificada pela suspeita clínica de candidíase

oral, a eficácia destes medicamentos contra infeções fúngicas comuns na cavidade oral e a necessidade de tratar uma doença potencialmente subjacente.

#### **iv. Discussão sobre importância da biópsia**

A biópsia foi considerada essencial caso a lesão não respondesse ao tratamento antifúngico, uma vez que as lesões brancas na língua podem ser indicativas de condições potencialmente malignas. As leucoplasias localizadas nos bordos laterais da língua ou no pavimento da boca tem uma taxa de transformação maligna mais elevada do que leucoplasias noutras áreas da mucosa oral (Speight et al., 2018).

A realização da biópsia neste caso era primordial.

A biópsia é um procedimento que envolve a remoção de tecido de um indivíduo vivo para análise microscópica, com vista a confirmar ou determinar o diagnóstico de uma condição médica, bem como para a elaboração de um plano de tratamento adequado (Antelo, 2020; Vyas, 2018).

Sempre que houver suspeita de malignidade, como no caso de uma tumefação, ulceração crónica, endurecimento ao toque ou persistência de alterações na mucosa por mais de duas semanas, mesmo após a remoção de irritantes locais e sem resposta ao tratamento, a biópsia é crucial (Shetty & Britto, 2017).

Há lesões orais cujo diagnóstico pode ser estabelecido através de informações obtidas durante a anamnese e o exame físico. Não obstante, existem casos em que são necessários estudos histopatológicos para confirmar o diagnóstico clínico presumido (Saini et al., 2010). Quando há incertezas após avaliações visuais ou radiológicas, a biópsia apresenta o meio mais direto para se atingir um diagnóstico (Antelo, 2020).

A biópsia oral é recomendada em várias situações, nomeadamente: lesões que persistem por mais de duas semanas sem causa aparente; lesões inflamatórias que não melhoram com tratamento local após 10 a 14 dias; alterações hiperqueratósicas persistentes nos tecidos superficiais; tumefações persistentes, visíveis ou palpáveis sob tecidos normais; alterações inflamatórias de origem desconhecida que se prolongam; lesões que interferem na função local, como fibromas; lesões ósseas não identificadas clara ou radiograficamente; e lesões com características de malignidade, incluindo eritroplasia (lesão vermelha ou com aparência manchada de vermelho e branco), ulceração,

persistência por mais de duas semanas, crescimento rápido, sangramento ao toque suave, endurecimento do tecido ao redor, e fixação a estruturas adjacentes. A biópsia também é útil para estabelecer a natureza de lesões que não respondem a tratamentos simples e conservadores (Vyas, 2018).

Existem vários tipos de biópsias empregues para diagnosticar lesões e condições médicas, cada um adequado para diferentes situações:

- **Biópsia Incisional:** Esta técnica consiste na remoção de uma amostra representativa da lesão sem a retirar totalmente, normalmente aplicada em lesões extensas ou quando o diagnóstico visual é impreciso, necessitando de confirmação para estipular o tratamento apropriado.
- **Biópsia Excisional:** Neste caso, a lesão é completamente removida e enviada para análise histopatológica. É recomendada para lesões mais pequenas com suspeita de serem benignas.
- **Biópsia com Punch:** Utiliza um instrumento cilíndrico cortante para retirar uma amostra, podendo servir quer para biópsias incisionais como para excisionais de lesões menores. É geralmente usada em áreas como as laterais da língua e mucosa bucal.
- **Biópsia Aspirativa:** Usada principalmente para tumores odontogénicos, lesões intraósseas e tumores de glândulas salivares, esta técnica é raramente usada, mas possibilita uma recuperação pós-operatória com menos dano tecidual, menor risco de infeção e mais conforto para o doente.
- **Citologia Esfoliativa:** Consiste na raspagem de células da área lesionada com uma espátula. Apesar de recolher células de diferentes camadas do epitélio, não é o método mais adequado para confirmar lesões malignas em virtude do seu alto risco de resultados falsos negativos.
- **Biópsia com LASER (CO2 e Díodo):** Proporciona menor desconforto pós-operatório em comparação com a biópsia excisional convencional, apesar de os equipamentos necessários serem mais dispendiosos (Antelo, 2020).

Em suma, a biópsia é uma técnica imprescindível para o diagnóstico definitivo de situações orais anormais. Deve ser realizada de forma rigorosa, uma vez que qualquer erro pode levar a uma identificação errada da lesão a nível histopatológico. Este cuidado

é de suma importância para um diagnóstico exato, assim como para o planeamento adequado do tratamento (Zargarán, 2014).

#### **v. Consultas de follow-up**

O plano de *follow-up* incluiu a reavaliação da lesão após duas semanas do início do tratamento antifúngico. A persistência da lesão levou à recomendação de biópsia e a continuidade do acompanhamento regular.

É de suma importância realizar avaliações regulares da lesão para detetar quaisquer alterações que possam sugerir uma possível malignidade. Não raras vezes, os pacientes não notam os sinais iniciais, o que faz com que o diagnóstico seja tardio. Por norma, as lesões em estágios avançados necessitam de cirurgias mais complexas, que podem conduzir a perdas de função e qualidade de vida; isto, por sua vez, pode causar alterações permanentes na aparência, na função oral e na capacidade de comunicação dos doentes. Uma vez que os sintomas mais evidentes normalmente só aparecem em fases tardias da doença, a maioria dos cancros orais é diagnosticada num estágio relativamente avançado (Allen & Farah, 2021). A esse respeito também Panat et al. (2011) destacaram que é crucial controlar qualquer lesão branca na mucosa oral, devido ao risco de estas poderem evoluir para doenças potencialmente malignas.

#### **vi. Resolução da lesão e monitorização do paciente a longo prazo**

A lesão desapareceu completamente na avaliação de 12 de dezembro de 2023. O diagnóstico mais provável, após resolução da lesão, será queratose por trauma. Contudo, é crucial continuar o controlo regular do paciente para averiguar recidiva ou desenvolvimento de novas lesões, sobretudo devido ao histórico de fatores de risco como o uso de próteses dentárias e a idade avançada do paciente.

O paciente consentiu que as suas fotografias clínicas fossem usadas para o desenvolvimento deste trabalho e a cópia do consentimento e do parecer favorável da Comissão de Ética da UFP encontram-se nos Anexos 1 e 2 respetivamente.

### III. CONCLUSÃO

#### 1. IMPORTÂNCIA DO NOSSO CASO

As lesões brancas da cavidade oral são frequentes e apresentam várias causas, incluindo associações com doenças dermatológicas. Apesar de grande parte destas lesões intraorais ser benigna, algumas podem ser lesões orais potencialmente malignas, ou mesmo malignas no momento do diagnóstico clínico, fazendo com que uma identificação correta e a gestão cuidadosa sejam fundamentais (Dias et al., 2023; Jones & Jordan, 2015).

O caso clínico apresentado revela-se extremamente pertinente neste contexto, uma vez que retrata o processo diagnóstico e terapêutico de uma lesão branca oral num paciente idoso, um grupo que apresenta mais fatores de risco devido à idade avançada, ao uso de próteses dentárias (Radwan-Oczko et al., 2022; Rohini et al., 2020).

De acordo com a literatura, as lesões brancas na cavidade oral podem ser divididas em congénitas e adquiridas, sendo que algumas podem ser removidas por raspagem, ao passo que outras não. Dentro das adquiridas encontram-se as reações liquenoides orais e o lúpus eritematoso, que precisam de atenção especial devido ao risco de se tornarem malignas (Manfredini et al., 2021).

No caso do paciente, foi identificada uma placa branca queratótica no bordo esquerdo da língua, uma área comum para lesões traumáticas e infecciosas. Segundo Mortazavi et al. (2019), é extremamente importante detetar atempadamente a intervir de forma adequada nas lesões brancas, de forma a evitar que estas se transformem em malignas, como a leucoplasia e o líquen plano, condições que podem evoluir para cancro com uma probabilidade de 0,5% a 1% (leucoplasia) e 0,2% (LPO) (Mortazavi et al., 2019). Também as infeções crónicas por *Candida albicans* podem estar relacionadas à transformação maligna de lesões brancas na mucosa oral, nomeadamente a candidíase hiperplásica crónica. Este fenómeno sucede devido à inflamação crónica e à produção de acetaldeído, uma substância reconhecida como carcinogénica (Bakri et al., 2010).

A candidíase oral é uma infeção fúngica comum causada pelo crescimento excessivo de espécies do género *Candida*, principalmente a *C. albicans*. Apesar de ser uma condição bem conhecida, as suas manifestações clínicas são diversificadas (Plas, 2016). A

candidíase oral é comum em pacientes imunossuprimidos (Rupe et al., 2022), diabéticos (Jhugroo et al., 2019), utilizadores de próteses dentárias (Jamdade et al., 2021), com deficiências nutricionais (Lorenzo-Pouso et al., 2022) e com idade avançada (Sakaguchi, 2017). Estes últimos tendem a apresentar episódios recorrentes desta condição (Sakaguchi, 2017).

No caso discutido, a intervenção englobou a utilização de antifúngicos devido à suspeita de candidíase oral. O uso de antifúngicos para o tratamento desta patologia tem-se revelado eficaz (Fang et al.; 2021; Quindos et al. (2019). Os medicamentos mais usados neste âmbito incluem a *nistatina*, que tem mostrado resultados bastante satisfatórios (Aljaffary et al.; 2023; Alomeir et al.; 2023; de Aguiar et al. 2023), com poucos efeitos colaterais (Garcia-Cuesta et al., 2014). Além deste, foi incorporado ao regime terapêutico o *miconazol*, um antifúngico que também se tem revelado eficaz contra a candidíase oral, além de apresentar efeitos colaterais geralmente bem tolerados (Collins et al., 2011; Van Cutsem & Thienpont, 1972).

Para além disso, também é importante a utilização de uma árvore de decisão diagnóstica para uma correta identificação e gestão de qualquer lesão branca, bem como a avaliação histopatológica, de forma a distinguir entre lesões benignas e malignas. Isto porque, não raras vezes, a discrepância entre diagnósticos clínicos e histopatológicos pode levar a erros diagnósticos e atrasar a implementação do tratamento apropriado (Simi et al., 2013).

Resumindo, neste caso clínico é evidenciada a importância da identificação e do tratamento atempado das lesões brancas na cavidade oral. É fundamental seguir determinados passos, nomeadamente: registos cuidadosos, utilizar um tratamento que se tenha revelado eficaz, considerar a necessidade de biópsia e fazer um acompanhamento regular. De forma a preservar a saúde oral do paciente e prevenir o aparecimento de doenças mais severas, é de suma importância que o profissional siga estes passos. Na prática, este caso reflete bem a aplicação dos princípios teóricos discutidos, pondo em relevo a importância de uma estratégia sistemática e cuidadosa no tratamento de lesões brancas da cavidade oral.

## **2. IMPORTÂNCIA DE NÃO ESPERAR MAIS DE 2 SEMANAS PARA BIÓPSIA**

Para um diagnóstico correto e um tratamento efetivo, é extremamente importante optar pela decisão de realizar uma biópsia numa lesão oral, sobretudo se esta persiste por mais de duas semanas, dado que o potencial maligno não pode ser negligenciado (Jenzer & Pepper, 2023). Partindo-se do pressuposto de que as lesões que não evidenciam sinais de regressão ou que mudam de aparência num curto espaço de tempo têm maior chance de serem patológicas ou, potencialmente malignas, esta prática é justificada e extremamente válida (Mortazavi et al., 2014; Farah et al., 2014).

De acordo com Conceição (2013), caso a lesão desapareça após a eliminação de todos os fatores desencadeantes, pode não ser necessária uma biópsia, marcando-se uma nova avaliação para alguns meses mais tarde. No entanto, se a lesão se mantiver ou evoluir, pode ser classificada como leucoplasia, sendo potencialmente considerada como potencialmente maligna.

Existem diversos riscos associados à demora na biópsia. Determinadas lesões têm uma probabilidade conhecida de se transformar em cancro oral, como é o caso da leucoplasia, podendo progredir para estágios mais avançados e menos tratáveis caso não sejam identificadas e tratadas de forma rápida (Silva et al., 2024; Chaturvedi et al., 2020). Além disso, devido à demora na realização das biópsias, as lesões evoluem para um estágio mais avançado, podendo tornar o tratamento mais difícil (Lima et al., 2021).

A demora na confirmação histopatológica pode levar a tratamentos fundamentados em suposições diagnósticas que podem não ser apropriadas para a situação real do paciente; o que é especialmente crítico em lesões que apresentam uma aparência clínica que pode assemelhar-se tanto a condições benignas como a condições malignas. Assim, a biópsia é, frequentemente, o único método confiável para diagnosticar com exatidão lesões e doenças orais (Evren et al., 2021; Khadse et al., 2013).

Conforme destacado por Zargarán (2014), a biópsia constitui uma ferramenta essencial na prática de medicina dentária, quer para a identificação e diagnóstico das lesões orais como para algumas doenças sistémicas. O número de ações legais relacionadas a diagnósticos tardios ou a erros no diagnóstico, pode ser significativamente reduzido através do uso generalizado da biópsia por dentistas. A biópsia, ao viabilizar um diagnóstico acurado, diminui complicações para os doentes, melhorando, igualmente, a credibilidade profissional dos dentistas. Ao garantir que os tratamentos se baseiam em

informações diagnósticas concretas e fundamentadas, este procedimento revela-se fulcral para a saúde do paciente, bem como uma medida de segurança profissional (Zargarán, 2014).

Além disso, a biópsia oral é um procedimento que os pacientes toleram bem geralmente, com complicações mínimas após a sua realização. Este método pode contribuir bastante para tranquilizar o paciente e melhorar as futuras intervenções terapêuticas, mesmo estando associada a algum desconforto, dor e ansiedade durante a sua realização (Emperumal et al., 2024).

Em síntese, a literatura e as práticas clínicas estabelecidas mostram que é importante não esperar mais de duas semanas para a realização de uma biópsia em lesões orais que não respondem ao tratamento. Um diagnóstico e uma intervenção ágeis, podem levar a melhores resultados clínicos, além de contribuírem substancialmente para a redução do risco de complicações sérias. Sendo assim, a adoção por parte dos profissionais de uma atitude proativa ao nível do diagnóstico e do tratamento de lesões orais, com a garantia de que intervenções fundamentais como a biópsia não sejam adiadas, é um aspeto contundente.

Neste contexto, o paciente em análise foi aconselhado a realizar uma biópsia após se verificar que a lesão não apresentou melhoria ao longo de duas semanas. Este passo foi considerado primordial uma vez que, face à ausência de resposta ao tratamento e a persistência da lesão, aumenta a necessidade de um diagnóstico preciso, conforme apoiado pela literatura.

### **3. RELAÇÃO DAS LESÕES BRANCAS UNILATERAIS COM CANCRO ORAL**

No caso em análise do paciente a presença de uma lesão branca queratótica unilateral de 4mm no bordo esquerdo da língua, que persistiu sem melhoria após duas semanas de tratamento com agentes antifúngicos, retrata perfeitamente a importância de uma vigilância cuidadosa e da consideração do potencial maligno de tais lesões.

As Desordens Potencialmente Malignas Orais (DPMO) englobam qualquer anormalidade da mucosa oral relacionada a um risco estatisticamente aumentado de desenvolver cancro oral (Contreras et al., 2023). O cancro oral é uma das principais preocupações associadas às lesões brancas unilaterais. A leucoplasia, por exemplo, tem uma elevada propensão para se transformar em malignidade, sobretudo se os fatores de risco não foram

eliminados (Masthan et al., 2015). Segundo Mortazavi et al. (2019), as lesões como a leucoplasia e o líquen plano podem evoluir para cancro com uma probabilidade de 0,5% a 1% no caso da leucoplasia e 0,2% ao ano no caso do líquen plano. No entanto, a mais comum entre as lesões que podem evoluir para cancro oral é a leucoplasia (Ramos et al., 2017), sendo esta mais frequentemente encontrada em homens com mais de 40 anos e manifestando-se geralmente como placas brancas na mucosa oral, podendo apresentar-se ainda de forma homogénea ou não homogénea (Contreras et al., 2023). Importa salientar que, apesar de a leucoplasia ser a mais frequente, a elitroplastia é a que tem maior risco de transformação maligna (em aproximadamente 90% dos casos) (Speight et al., 2018).

As lesões unilaterais, especialmente aquelas que não respondem a tratamentos ou que apresentam mudanças na sua aparência ao longo do tempo, são particularmente suscetíveis a uma avaliação rigorosa para descartar a possibilidade de cancro (Contreras et al., 2023).

Os fatores de risco para a transformação maligna de lesões brancas orais, como a leucoplasia, segundo Pereira (2020), envolvem uma interação complexa de características individuais do paciente e atributos específicos da lesão, que podem ser divididos em: 1. fatores do paciente (sexo, hábitos de vida, idade e duração da lesão), 2. características da lesão (tamanho da lesão, tipo e textura da lesão, localização na cavidade oral) e 4. outros fatores (infecção por *Candida albicans* e infecção por HPV). No que diz respeito aos fatores do paciente, a leucoplasia é mais comum em homens, apesar de a transformação maligna ser maior em mulheres; o tabagismo e o consumo são os fatores etiológicos mais importantes para o desenvolvimento de leucoplasia e outras OPMD; curiosamente, as lesões que surgem sem estes fatores de risco identificáveis tendem a ter taxas mais elevadas de transformação maligna, sugerindo uma predisposição genética. Ainda dentro dos fatores do paciente, destaca-se a idade, sendo o risco maior quanto maior for a idade da pessoa; assim como a duração da lesão, que tende a ter um risco particularmente alto nos primeiros anos após o diagnóstico. No que concerne às características da lesão, destacam-se: o tamanho da lesão (lesões maiores que 2mm<sup>2</sup> são consideradas com maior risco de transformação maligna, apesar de o tamanho por si só não ser um indicador definitivo do potencial de malignidade, pois lesões menores também podem transformar-se); o tipo e a textura da lesão (lesões não-homogéneas, que podem apresentar uma mistura de zonas brancas e vermelhas ou terem aspeto nodular, granular ou verrugoso, são associadas a um risco mais elevado de malignidade); e a localização na cavidade oral

(áreas como o bordo lateral da língua e o pavimento da boca estão associadas a um maior risco de transformação maligna, especialmente em contextos onde o tabagismo e o consumo de álcool são prevalentes). No que diz respeito aos fatores histológicos, destaca-se a displasia epitelial, ou seja, o grau de displasia, que pode ser leve, moderada ou severa, é um importante indicativo do risco de malignidade. As lesões com maior grau de displasia têm um risco mais elevado de progressão para cancro. Por fim, no que concerne a outros fatores importantes, é de destacar a presença de infeção por *Candida albicans*, a qual pode aumentar o risco de transformação maligna devido à sua capacidade de produzir nitrosaminas carcinogénicas e de promover inflamação crónica; e a infeção por tipos de HPV de alto risco, que pode estar relacionada com o desenvolvimento de lesões orais malignas, apesar de a evidência ainda ser limitada (Pereira, 2020).

Tendo em conta o exposto, a relação entre lesões brancas e cancro é evidente. Por conseguinte, para um diagnóstico adequado destas lesões, é necessária uma avaliação cuidadosa e, em determinados casos, podem ser necessários procedimentos complementares, tais como biópsias ou exames microbiológicos, de forma a formular o tratamento mais apropriado. A identificação prévia das lesões brancas unilaterais irá permitir uma gestão proveitosa do problema em questão, que deverá incluir o acompanhamento continuado e a implementação de terapêutica necessária. Importa salientar que, na compreensão e tratamento destas condições, é importante uma cooperação frequente entre dentista e paciente, constituindo esta uma parceria decisiva para manter a saúde oral e fomentar o bem-estar geral do indivíduo (Majeric, 2023).

#### **4. IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CANCRO ORAL PARA MELHORIA DO PROGNÓSTICO**

O diagnóstico do cancro oral inicia-se muitas vezes com a identificação de uma lesão por parte do paciente ou do profissional de saúde, a qual pode manifestar-se com dor ou desconforto (Craveiro, 2019). O diagnóstico de tumores na cavidade oral pode ser especialmente complicado, sendo imperativo reconhecer e não desconsiderar qualquer lesão para evitar tratamentos mais invasivos necessários em estágios avançados da doença, como salientado por Silva et al. (2023).

A deteção prévia das malignidades na cavidade oral, como o carcinoma espinocelular oral responsável por cerca de 90% das malignidades orais e com uma taxa de mortalidade de

cinco anos em média de 50% é fundamental para reduzir a mortalidade e morbidade associadas a esta doença (González-Moles et al., 2022). Craveiro (2019) enfatiza que o estágio do cancro no momento do diagnóstico é um fator decisivo para o prognóstico e a escolha do tratamento adequado.

Segundo Silva et al. (2023), o diagnóstico precoce é o principal fator prognóstico para o cancro oral, podendo levar a taxas de sobrevivência de até 80% quando tratado em estágios iniciais. Porém, este diagnóstico precoce é muitas vezes obstaculizado pela diversidade de apresentações clínicas do cancro oral, bem como pela falta de conhecimentos sobre os sinais iniciais da doença, o que frequentemente leva a um diagnóstico em estágio avançado. González-Moles et al. (2022) realçam que, sendo a cavidade oral facilmente acessível para exame por dentistas e médicos, o diagnóstico precoce deve correlacionar-se com uma melhor sobrevida.

Estudos como os de Padilla-Ruiz et al. (2022) e González-Moles et al. (2022) revelaram que o diagnóstico tardio está muitas vezes associado à presença de tumores avançados. Fatores demográficos e sociais, como a idade avançada, o isolamento social, o tabagismo e o consumo excessivo de álcool também estão associados a estágios avançados da doença no momento do diagnóstico (Groome et al., 2011; Neves et al., 2015).

A realização infrequente de biópsias, tanto nos cuidados de saúde primários como nos serviços de medicina dentária, contribui para o prolongamento do tempo até ao diagnóstico (González-Ruiz et al., 2023). No sentido de combater esta demora, é importante que os governos intensifiquem os esforços para informar a população sobre a importância do cancro oral e implementem programas de rastreio eficazes, melhorando desta forma os resultados para os pacientes (González-Ruiz et al., 2023). Assim sendo, a redução no atraso do diagnóstico é um passo crítico para melhorar a vida dos doentes afetados por esta grave doença.

## **5. IMPORTÂNCIA DE EDUCAR OS PACIENTES PARA EXAMINAREM A CAVIDADE ORAL**

Na medicina dentária, a educação dos pacientes no que diz respeito a como examinar a própria cavidade oral, é de suma importância, sobretudo para a prevenção e gestão de doenças crónicas e condições orais. De acordo com Albano et al. (2019), ao permitir que os pacientes compreendam melhor as suas condições e tratamentos, a educação para o

autocuidado traz benefícios clínicos, cognitivos, psicológicos e económicos, melhorando assim os seus comportamentos de saúde e técnicas de autocuidado.

Segundo Bardal et al. (2011), os profissionais de saúde, incluindo os médicos dentistas, têm a responsabilidade de promover a prevenção de doenças, minimizar riscos e criar condições favoráveis. Estas condições devem possibilitar aos doentes alcançar e manter a saúde oral. Na opinião de Mozarzadeh et al. (2023) é importante que os pacientes façam autoexames regulares e sejam educados sobre medidas preventivas, tais como manter uma boa saúde oral e gerir de forma adequada os seus problemas de saúde existentes.

No que diz respeito aos doentes com próteses dentárias, Taylor et al. (2023) sugerem que estes sejam instruídos a limpar e a desinfetar as suas próteses diariamente, removendo-as por pelo menos 6 horas todas as noites, o que pode ajudar a reduzir a colonização por *Candida*. Assim, os pacientes devem embeber estas próteses (que podem atuar como um reservatório de infeção), em soluções desinfetantes, e em casos de candidíase crónica, devem usar antifúngicos tópicos para evitar a proliferação do fungo (Taylor et al., 2023).

Cordero (2022) destaca a importância da autoavaliação como uma técnica preventiva, que ajuda a envolver o paciente na manutenção da própria saúde oral e reduz o risco de que doenças mais graves se tornem avançadas antes de serem identificadas e tratadas.

A autora elaborou um manual de simples utilização, que permite aos pacientes identificar rapidamente quaisquer sinais de doença, fomentando o diagnóstico precoce e a prevenção de doenças orais. Neste manual, é sugerido que os pacientes realizem a autoavaliação num local bem iluminado, com o uso de um espelho e com as mãos limpas, examinando cuidadosamente todas as áreas da cavidade oral, incluindo lábios, mucosa interna dos lábios e bochechas, língua, soalho da boca, palato e gengiva. Qualquer alteração detetada (p. ex.: inflamação, descoloração, ferida ou outra irregularidade), deve constituir motivo para uma consulta com um profissional de medicina dentária (Cordero, 2022).

O registo fotográfico servirá para acompanhar a evolução clínica e garantir a eficácia das intervenções planeadas. As fotografias clínicas serão utilizadas para a monitorização do tratamento, permitindo o acompanhamento visual da situação oral ao longo do tempo e ajustes necessários nas intervenções terapêuticas; para a documentação clínica, mantendo um registo pormenorizado e atualizado na ficha do paciente e facilitando a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no tratamento; e para educação e

investigação, com o consentimento do paciente, as imagens poderão ser usadas para fins educativos e de pesquisa, contribuindo para a evolução, compreensão e gestão de casos similares na medicina dentária. O paciente foi informado sobre a confidencialidade das imagens e o seu uso restrito aos propósitos mencionados, e consentiu com a captura e utilização das fotografias para estes fins.

O estudo aqui apresentado teve como principal objetivo realizar uma revisão narrativa integrativa sobre as lesões brancas unilaterais na cavidade oral, apresentando uma análise abrangente a partir de um caso clínico de um paciente que foi tratado por mostrar estas lesões. Este caso reflete a aplicabilidade prática das descobertas da revisão narrativa e serve, de igual modo, como uma ferramenta educativa e um guia para diagnósticos futuros e planos de tratamento. De forma resumida, o caso clínico em questão envolve um paciente que apresenta uma placa branca queratótica no bordo esquerdo da língua, uma manifestação usual de lesões brancas que podem ser benignas, lesões orais potencialmente malignas, ou indicativas de uma doença maligna. A partir da análise deste caso, é possível notar que um diagnóstico rigoroso é extremamente importante, o qual deve ser feito através do histórico médico e hábitos de consumo, da inspeção da lesão, do diagnóstico diferencial e do encaminhamento para biópsia e outros exames complementares em caso de dúvidas. Em todas as fases de acompanhamento, o paciente deve ser devidamente informado, sendo que o profissional deve garantir que este compreendeu todas as informações que lhe foram prestadas. Este caso chama a atenção da relevância de intervenções rápidas e precisas, entrando aqui a essencialidade da biópsia, quando a lesão não revela melhorias depois do tratamento inicial (neste caso, com agentes antifúngicos), conforme recomendado pelas melhores práticas clínicas.

Em suma, as principais conclusões deste trabalho são as seguintes:

- Para um tratamento adequado, é primordial conseguir identificar prontamente as lesões brancas, assim como diferenciá-las de acordo com as possíveis etiologias, nomeadamente em virtude do potencial de malignidade de determinadas lesões que podem evoluir para carcinoma (p. ex.: leucoplasias).
- Por diversas razões fundamentais, a biópsia não deve ser descartada em nenhum momento do processo diagnóstico e do tratamento de lesões brancas na cavidade oral. Através da biópsia é possível obter uma confirmação diagnóstica de lesões suspeitas,

determinar o tratamento apropriado, evitar tratamentos desnecessários ou inadequados, e reduzir a incerteza/ansiedade do paciente. De forma geral, a biópsia vai possibilitar um diagnóstico preciso e um tratamento adequado ao problema específico, evitando assim o risco de complicações posteriores e melhorando os resultados para o paciente.

- Educar os pacientes para o autoexame e ajudá-los a compreender os sinais alarmantes de lesões com potencial maligno é muito pertinente. Como profissionais de saúde, os médicos dentistas devem ter esta responsabilidade.

- Para que os pacientes recebam os cuidados mais seguros e eficazes disponíveis, com melhorias nos seus resultados clínicos e menos riscos de evolução para doenças mais graves, é importante que os profissionais orientem a sua prática em diretrizes baseadas em evidências.

- De forma a oferecer um tratamento integral e centrado no doente, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento das lesões brancas, é importante haver uma gestão integrada e multidisciplinar, isto é, o tratamento deve incluir diversos profissionais (dentistas, oncologistas, patologistas, entre outros), os quais devem trabalhar em conjunto.

- É essencial, de forma a garantir que as alterações na condição dos pacientes sejam logo identificadas e tratadas, o acompanhamento regular e a reavaliação contínua das lesões, conforme ilustrado neste caso clínico. Isto revela-se essencialmente importante para evitar a progressão de lesões orais potencialmente malignas para malignas.

Este estudo pode ajudar futuros médicos dentistas na abordagem de lesões brancas unilaterais.

#### IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, E., Sharma, S., & Naseem, A. A. (2021). Epidemiology of Non-Malignant Oral Lesions in a Rural Population Attending a Tertiary Care Centre in Lucknow, U.P., India. *International Journal of Research and Review*, 8(6), 1–7. <https://doi.org/10.52403/ijrr.20210601>
- Agustina, Y., Wardhany, I., Wimardhani, Y., Krisnuhoni, E., & Iamaroon, A. (2016). Oral Hairy Leukoplakia: Clinical Indicator of an Immunosuppressive Condition and Challenges in Patient Management. *Journal of Dentistry Indonesia*, 23(2), 54–58. <https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=jdi>
- Akpan, A., & Morgan, R. (2002). Oral candidiasis. *Postgraduate Medical Journal*, 78(922), 455–459. <https://doi.org/10.1136/pmj.78.922.455>
- Aktas, H. (2019). Nicotine stomatitis in a heavy smoker man with chronic psychosis. *Mucosa*, 2(2), 57–58. <https://doi.org/10.33204/mucosa.573345>
- Albano, M. G., d'Ivernois, J. F., de Andrade, V., & Levy, G. (2019). Patient education in dental medicine: A review of the literature. *European Journal of Dental Education*, 23(2), 110–118. <https://doi.org/10.1111/eje.12409>
- Aljaffary, M., Jang, H., Alomeir, N., Zeng, Y., Alkhars, N., Vasani, S., Almulhim, A., Wu, T. T., Quataert, S., Bruno, J., Lee, A., & Xiao, J. (2023). Effects of Nystatin oral rinse on oral *Candida* species and *Streptococcus mutans* among healthy adults. *Clinical Oral Investigations*, 27(7), 3557–3568. <https://doi.org/10.1007/s00784-023-04969-5>
- Allen, K., & Farah, C. (2015). Patient perspectives of diagnostic delay for suspicious oral mucosal lesions. *Australian Dental Journal*, 60(3), 397–403. <https://doi.org/10.1111/adj.12246>
- Alomeir, N., Zeng, Y., Fadaak, A., Wu, T. T., Malmstrom, H., & Xiao, J. (2023). Effect of Nystatin on *Candida albicans* - *Streptococcus mutans* duo-species biofilms. *Archives of Oral Biology*, 145(105582), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2022.105582>
- Alramadhan, S. A., Bhattacharyya, I., Cohen, D. M., & Islam, M. N. (2021). Oral Hairy Leukoplakia in Immunocompetent Patients Revisited with Literature Review. *Head and Neck Pathology*, 15(3), 989–993. <https://doi.org/10.1007/s12105-021-01287-8>
- Antelo, M. M. (2020). *Biópsias: diferentes abordagens cirúrgicas* [Dissertação de mestrado integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/130072>
- Axéll, T. (1987). Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20 333 adult Swedish people. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 15(1), 46–51. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1987.tb00479.x>

- Bardal, P. A. P., Olympio, K. P. K., Bastos, J. R. de M., Henriques, J. F. C., & Buzalaf, M. A. R. (2011). Education and motivation in oral health: Preventing disease and promoting health in patients undergoing orthodontic treatment. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 16(3), 95-10.
- Behura, S. S. (2015). Oral Mucosal Lesions Associated with Smokers and Chewers – A Case-Control Study in Chennai Population. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 17–22. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/14008.6169>
- Bewley, A. F., & Farwell, D. G. (2017). Oral leukoplakia and oral cavity squamous cell carcinoma. *Clinics in Dermatology*, 35(5), 461–467. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.06.008>
- Bhateja, S. (2018). Candidiasis- The Most Common Fungal Infection of Oral Cavity. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 8(3), 6487–6491. <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2018.08.001649>
- Bhattacharyya, I., & Chehal, H. K. (2011). White Lesions. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 44(1), 109–131. <https://doi.org/10.1016/j.otc.2010.09.009>
- Bhoweer, A., & Ranpise, S. (2018). Discoid lupus erythematosus. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 30(3), 302–305. [https://doi.org/10.4103/jiaomr.jiaomr\\_107\\_18](https://doi.org/10.4103/jiaomr.jiaomr_107_18)
- Binda, N. C., Sá, A. C. S. F. de, Borba, T. O. da S., Franco, A. G., Reis, J. L., Girard, B. P., Fernandes, N. D. L., Fernandes, J. D. L., Silva, J. V. L., Galvão, M. V. de A., Sales Junior, R. de O., Costa, J. M., Lima, T. M. S. S., Moreira, T. P. C., & Binda, A. L. C. (2021). Lesões brancas benignas da mucosa oral: apresentação clínica, diagnóstico e tratamento. *Research, Society and Development*, 10(13), 1–12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21526>
- Binnie, R., Dobson, M. L., Chrystal, A., & Hijazi, K. (2024). Oral lichen planus and lichenoid lesions - challenges and pitfalls for the general dental practitioner. *British Dental Journal*, 236(4), 285–292. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-7063-y>
- Brener, S., Jeunon, F., Barbosa, A., & Grandinetti, H. (2007). Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(1), 63–69. <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1831/1111>
- Brown, R., Flaitz, C., & Trejo, P. (1994). The diagnosis and treatment of discoid lupus erythematosus with oral manifestations only: a case report. *Compendium*, 15(6), 726–728.
- Buendía, A., Ying, Y., & Kau, C. (2020). Incidental finding of oral white lesions due to tobacco chewing - A case report. *Annals of Maxillofacial Surgery*, 10(488), 1–3. [https://doi.org/10.4103/ams.ams\\_114\\_20](https://doi.org/10.4103/ams.ams_114_20)

- Byun, J., Hong, S., Choi, J., Jung, J., & Lee, H. (2015). Diagnostic profiling of salivary exosomal micro RNA s in oral lichen planus patients. *Oral Diseases*, 21(8), 987–993. <https://doi.org/10.1111/odi.12374>
- Cabral, S., & Mendes, R. (2015). Leucoplasia: caso clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 56, 1–36. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-330-pdf-S1646289015001582>
- Carvalho, S. (2014). *Leucoplasia oral e índices de recorrência - revisão sistemática* [Dissertação de mestrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/75718>
- Chaturvedi, A. K., Udaltsova, N., Engels, E. A., Katznel, J. A., Yanik, E. L., Katki, H. A., Lingen, M. W., & Silverberg, M. J. (2020). Oral Leukoplakia and Risk of Progression to Oral Cancer: A Population-Based Cohort Study. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 112(10), 1047–1054. <https://doi.org/10.1093/jnci/djz238>
- Collins, C., Cookinham, & Smith. (2011). Management of oropharyngeal candidiasis with localized oral miconazole therapy: efficacy, safety, and patient acceptability. *Patient Preference and Adherence*, 369–374. <https://doi.org/10.2147/PPA.S14047>
- Conceição, V. (2013). *Lesões brancas da cavidade oral associadas ao tabagismo – Abordagem em medicina dentária* [Dissertação de mestrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Sigarra. [https://sigarra.up.pt/fmdup/en/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=158065](https://sigarra.up.pt/fmdup/en/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=158065)
- Contreras, A., Mahmood, M., Montilla, H., Enciso, R., Han, P. P., & Suarez-Durall, P. (2023). Oral potentially malignant disorders in older adults: A review. *Dentistry Review*, 3, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.dentre.2023.100071>
- Cordero, M. (2022). *Manual de técnica de auto-avaliação intra-oral e extra-oral de pacientes adultos em medicina dentária: revisão narrativa* [Dissertação de mestrado integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/11861>
- Coronado-Castellote, L., & Jimenez-Soriano, Y. (2013). Clinical and microbiological diagnosis of oral candidiasis. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 5(5), 279–286. <https://doi.org/10.4317/jced.51242>
- Craveiro, I. (2019). *Cancro oral: diagnóstico numa clínica universitária portuguesa nos últimos 25 anos* [Dissertação de mestrado integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentário da Universidade de Lisboa]. Repositório da UL. <http://hdl.handle.net/10451/41336>

- da Conceição, P.A. (2018). *Prevalência e caracterização de lesões orais brancas na população idosa institucionalizada* [Dissertação de mestrado em Medicina Dentária, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/26115>
- da Cruz, M. C., Farah Garcia, J. G., Athayde Silva Braga, V., Ferreira Lopes, F., & Amaral Pereira, A. L. (2009). Lesões brancas da cavidade oral - uma abordagem estomatológica. *Revista Da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 50(1), 5–8. <https://doi.org/10.22456/2177-0018.2451>
- da Silva, R., Barbieri, L., Portilho, C., Prado, M., & Daruge-Júnior, E. (2010). Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor. *RSBO- Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 7(4), 481–487.
- de Aguiar, M. M. G. B., Martinez, R. M., Baby, A. R., & Serra, C. H. dos R. (2023). Considerations of Nystatin Roll in Oral Candidiasis Scenario and the COVID-19 Pandemic—A Review. *Future Pharmacology*, 3(4), 834–845. <https://doi.org/10.3390/futurepharmacol3040050>
- Deliverska, E. G., & Petkova, M. (2017). Management of oral leukoplakia – Analysis of the literature. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*, 23(1), 1495–1504. <https://doi.org/10.5272/jimab.2017231.1495>
- Deshmukh, V., & Shekar, K. (2021). Oral Squamous Cell Carcinoma: Diagnosis and Treatment Planning. In *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician* (pp. 1853–1867). Springer Nature Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6\\_81](https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_81)
- Dhanuthai, K., Rojanawatsirivej, S., Thosaporn, W., Kintarak, S., Subarnbhesaj, A., Darling, M., Kryshtalskyj, E., Chiang, C., Shin, H., Choi, S., Lee, S., & Shakib, P. (2017). Oral cancer: A multicenter study. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 0–0. <https://doi.org/10.4317/medoral.21999>
- Dias, B. A. S., Menezes, I. L., Vasconcelos, M. G., & Vasconcelos, R. G. (2021). Principais Lesões Brancas que acometem a Cavidade Oral. *Archives of Health Investigation*, 12(1), 111–119. <https://doi.org/10.21270/archi.v12i1.5366>
- Diaz, P., Hong, B.-Y., Dupuy, A., Choquette, L., Thompson, A., Salner, A., Schauer, P., Hegde, U., Burlison, J., Strausbaugh, L., Peterson, D., & Dongari-Bagtzoglou, A. (2019). Integrated Analysis of Clinical and Microbiome Risk Factors Associated with the Development of Oral Candidiasis during Cancer Chemotherapy. *Journal of Fungi*, 5(49), 1–21. <https://doi.org/10.3390/jof5020049>
- Dilsiz, A. (2010). Self-inflicted oral soft-tissue burn due to local behavior and treatment. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 2, 51–54. <https://doi.org/10.4317/jced.2.e51>

- Eisen, D., Carrozzo, M., Bagan Sebastian, J., & Thongprasom, K. (2005). *Number V Oral lichen planus: clinical features and management. Oral Diseases, 11(6)*, 338–349. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2005.01142.x>
- Elaiwy, O., el Ansari, W., AlKhalil, M., & Ammar, A. (2020). Epidemiology and pathology of oral squamous cell carcinoma in a multi-ethnic population: Retrospective study of 154 cases over 7 years in Qatar. *Annals of Medicine and Surgery, 60*, 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.10.029>
- Emperumal, C. P., Veluppillai, S., & Villa, A. (2024). Pain, anxiety and fear related to oral biopsies: a pilot study. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, 0(0)*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2024.05.006>
- Erugula, S., Farooq, M., Jahagirdar, D., Srija, C., Meruva, S., & Pratap, G. (2020). Oral Leukoplakia Etiology, Risk Factors, Molecular Pathogenesis, Prevention and Treatment: A Review. *International Journal of Contemporary Medical Research, 7(11)*, 1–5. [https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr\\_3275\\_v2.pdf](https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_3275_v2.pdf)
- Evren, I., Brouns, E. R., Poell, J. B., Wils, L. J., Brakenhoff, R. H., Bloemena, E., & de Visscher, J. G. A. M. (2023). Associations between clinical and histopathological characteristics in oral leukoplakia. *Oral Diseases, 29(2)*, 696–706. <https://doi.org/10.1111/odi.14038>
- Fang, J., Huang, B., & Ding, Z. (2021). Efficacy of antifungal drugs in the treatment of oral candidiasis: A Bayesian network meta-analysis. *The Journal of Prosthetic Dentistry, 125(2)*, 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2019.12.025>
- Farah, C. S., Woo, S., Zain, R. B., Sklavounou, A., McCullough, M. J., & Lingen, M. (2014). Oral Cancer and Oral Potentially Malignant Disorders. *International Journal of Dentistry, 2014*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2014/853479>
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing, 24(4)*, 230–235. <https://doi.org/10.1179/2047480615Z.000000000329>
- Finkelstein, M., Lanzel, E., & Hellstein, J. (2023). *A guide to clinical differential diagnosis or oral mucosal lesions* (pp. 1–46). Dentalcare.ca Continuing Education. <https://assets.ctfassets.net/nglyjmvvpp62/78XdWWzSRvvWBIAocvuJKL/b232c1ed3b75f84bdd6654e3669100/ce110.pdf>
- Freire, A. V. de S., Silva Júnior, J. P. da, Cavalcante, B. M. da S., Silva, F. L. do A., Belém, L. C., & Soares, A. (2023). Clinical resolution in diagnosis of leukoplakic lesion associated with oral dysplasia: case report. *Research, Society and Development, 12(2)*, 1–9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40105>
- Gagari, E., Georgakopoyloy, T., & Danciu, T. (2011). Discoid Lupus Erythematosus in the Oral Cavity: Clinical Characteristics and Treatment. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 111(1)*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.09.082>

- Gajdhar, S., Altaf, K., Aljahdali, R., Gajdhar, S., Wali, O., Vanka, S., & Mukhit, S. (2021). Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Smokers and Nonsmokers: A Cross-Sectional Study in Jeddah, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 10(2), 38–42. <https://www.ijmrhs.com/medical-research/prevalence-of-oral-mucosal-lesions-in-smokers-and-nonsmokers-a-crosssectional-study-in-jeddah-saudi-arabia.pdf>
- Garcia-Cuesta, C., Sarrion-Perez, MG., & Bagan, JV. (2014). Current treatment of oral candidiasis: A literature review. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 6(5), 576–582. <https://doi.org/10.4317/jced.51798>
- Giuliani, M., Troiano, G., Cordaro, M., Corsalini, M., Gioco, G., lo Muzio, L., Pignatelli, P., & Lajolo, C. (2019). Rate of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. *Oral Diseases*, 25(3), 693–709. <https://doi.org/10.1111/odi.12885>
- Givony, S. (2020). Oral squamous cell carcinoma (OSCC) an overview. *Medical Sciences*, 8(13), 67–74. <https://medicsciences.com/f/2020/ORAL-SQUAMOUS-CELL-CARCINOMA-OSCC-AN-OVERVIEW-shahaf-givony-2020.pdf>
- González-Moles, M. Á., Aguilar-Ruiz, M., & Ramos-García, P. (2022). Challenges in the Early Diagnosis of Oral Cancer, Evidence Gaps and Strategies for Improvement: A Scoping Review of Systematic Reviews. *Cancers*, 14(19), 1–30. <https://doi.org/10.3390/cancers14194967>
- González-Ruiz, I., Ramos-García, P., Ruiz-Ávila, I., & González-Moles, M. Á. (2023). Early Diagnosis of Oral Cancer: A Complex Polyhedral Problem with a Difficult Solution. *Cancers*, 15(3270), 1–24. <https://doi.org/10.3390/cancers15133270>
- Groome, P. A., Rohland, S. L., Hall, S. F., Irish, J., Mackillop, W. J., & O’Sullivan, B. (2011). A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral Oncology*, 47(7), 642–647. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.04.018>
- Grossmann, S. de M. C. (2015). Oral lichenoid lesion: A review of the literature. *World Journal of Stomatology*, 4(2), 103–107. <https://doi.org/10.5321/wjs.v4.i2.103>
- Guedes, C., Santana, R., & Leles, A. (2021). Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura. *Scientia Generalis*, 2(2), 165–176. <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/175/139>
- Guerrieri, P., Oliveira, A., Arosio, F., Vigano, L., & Cazu, C. (2019). Chemical, Thermal and Electrical Lesions in the Oral Cavity. *Current Analysis on Dentistry*, 2, 1–3.
- Gupta, N., Gupta, R., Acharya, A. K., Patthi, B., Goud, V., Reddy, S., Garg, A., & Singla, A. (2016). Changing Trends in oral cancer – a global scenario. *Nepal Journal of Epidemiology*, 6(4), 613–619. <https://doi.org/10.3126/nje.v6i4.17255>
- Hato, H., Sakata, K., Sato, J., Hasebe, A., Yamazaki, Y., & Kitagawa, Y. (2022). Factor associated with oral candidiasis caused by co-infection of *Candida albicans* and

- Candida glabrata: A retrospective study. *Journal of Dental Sciences*, 17(3), 1458–1461. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2021.10.020>
- Hogewind, W. F. C., van der Waal, I., van der Kwast, W. A. M., & Snow, G. B. (1989). The association of white lesions with oral squamous cell carcinoma. A retrospective study of 212 patients. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 18(3), 163–164. [https://doi.org/10.1016/S0901-5027\(89\)80117-1](https://doi.org/10.1016/S0901-5027(89)80117-1)
- Hussain, H. S., & Al-Drobie, B. F. (2022). Clinicopathological assessment of chronic hyperplastic candidiasis. *Journal of Baghdad College of Dentistry*, 34(4), 28–33. <https://doi.org/10.26477/jbcd.v34i4.3274>
- Jamdade, A., Yadav, S., Debbarma, S., & Yadav, N. K. (2021). Chronic Hyperplastic and Erythematous Candidiasis Induced by Ill-fitting Complete Denture: A Case Report. *Journal of Mahatma Gandhi University of Medical Sciences and Technology*, 5(1), 31–33. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10057-0122>
- Jeng, P.-Y., Chang, M.-C., Chiang, C.-P., Lee, C.-F., Chen, C.-F., & Jeng, J.-H. (2024). Oral soft tissue biopsy surgery: Current principles and key tissue stabilization techniques. *Journal of Dental Sciences*, 19(1), 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.09.015>
- Jenzer, A., & Pepper, T. (2023). *Oral Surgery, Biopsies*. StatPearls [Internet].
- Jhugroo, C., Divakar, D. D., Jhugroo, P., Al-Amri, S. A. S., Alahmari, A. D., Vijaykumar, S., & Parine, N. R. (2019). Characterization of oral mucosa lesions and prevalence of yeasts in diabetic patients: A comparative study. *Microbial Pathogenesis*, 126, 363–367. <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2018.11.028>
- Jones, K., & Jordan, R. (2015). White lesions in the oral cavity: clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 34(4), 161–170. <https://doi.org/10.12788/j.sder.2015.0180>
- Joshi, A., Jani, C., Jain, K., Bala, D. v., Jetpariya, D., & Jadav, H. (2019). Association of oral pre-malignant lesions with the consumption of tobacco. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 6(8), 3625–3629. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20193123>
- Kalmar, J. R. (2007). Diagnosis and Management of Oral Lichen Planus. *Journal of the California Dental Association*, 35(6), 405–411. <https://doi.org/10.1080/19424396.2007.12221242>
- Kamala, K., Sankethguddad, S., & Sujith, S. (2015). Verrucous Carcinoma of Oral Cavity - A Case Report with Review of Literature. *International Journal of Health Sciences and Research*, 5(1), 330–334. [https://www.ijhsr.org/IJHSR\\_Vol.5\\_Issue.1\\_Jan2015/47.pdf](https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.5_Issue.1_Jan2015/47.pdf)

- Kamath, V., Setlur, K., & Yerlagudda, K. (2015). Oral lichenoid lesions - A review and update. *Indian Journal of Dermatology*, 60(1), 102. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.147830>
- Khadse, S. V., Aggarwal, A., SM, M., Bailwad, S. A., Pawar, A. P., SK, B., & Singh, S. (2013). Biopsy as a diagnostic tool: A review. *Online Journal of BioSciences and Informatics*, 5(3), 501-506.
- Khammissa, R. A. G., Fourie, J., Chandran, R., Lemmer, J., & Feller, L. (2016). Epstein-Barr Virus and Its Association with Oral Hairy Leukoplakia: A Short Review. *International Journal of Dentistry*, 2016, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2016/4941783>
- Kim, J. H., & Ahn, J.-M. (2021). Clinical Characteristics of Patients with Oral Candidiasis. *Journal of Oral Medicine and Pain*, 46(2), 33–40. <https://doi.org/10.14476/jomp.2021.46.2.33>
- Koray, M., & Tosun, T. (2019). Oral Mucosal Trauma and Injuries. In *Trauma in Dentistry*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.81201>
- Kranti, K., Seshan, H., & Juliet, J. (2012). Discoid lupus erythematosus involving gingiva. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 16(1), 126. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.94621>
- Krikheli, N. I., Pozdnyakova, T. I., Pustovoit, E. V., Arakelyan, I. R., & Zhuravleva, E. G. (2021). Clinic and treatment of the oral candidiasis. *Stomatologiya*, 100(6), 43–47. <https://doi.org/10.17116/stomat202110006243>
- Leite, A. C., Assay, N. T., Ito, F. A., Lima, H. G. de, & Takahama Junior, A. (2019). Descoberta de carcinoma de células escamosas em lesão previamente diagnosticada como líquen plano oral: malignização ou erro de diagnóstico inicial? *Archives of Health Investigation*, 8(4), 178–181. <https://doi.org/10.21270/archi.v8i4.3296>
- Lima, AM., Meira, IA., Soares, MS., Bonan, PR., Mélo, CB., & Piagge, CS. (2021). Delay in diagnosis of oral cancer: a systematic review. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 26(6), 815–824. <https://doi.org/10.4317/medoral.24808>
- Lorenzo-Pouso, A. I., Pérez-Jardón, A., Caponio, V. C. A., Spirito, F., Chamorro-Petronacci, C. M., Álvarez-Calderón-Iglesias, Ó., Gándara-Vila, P., lo Muzio, L., & Pérez-Sayáns, M. (2022). Oral Chronic Hyperplastic Candidiasis and Its Potential Risk of Malignant Transformation: A Systematic Review and Prevalence Meta-Analysis. *Journal of Fungi*, 8(1093), 1–16. <https://doi.org/10.3390/jof8101093>
- Lyu, X., Zhao, C., Hua, H., & Yan, Z. (2016). Efficacy of nystatin for the treatment of oral candidiasis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Design, Development and Therapy*, 10, 1161–1171. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S100795>

- Majeric, L. (2023). *Diagnóstico diferencial de lesões brancas na cavidade oral: abordagem histopatológica – revisão narrativa* [Dissertação de mestrado integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/12082>
- Manfredini, M., Pedroni, G., Bigi, L., Apponi, R., Murri dello Iago, A., Dattola, A., Farnetani, F., & Pellacani, G. (2021). Acquired White Oral Lesions with Specific Patterns: Oral Lichen Planus and Lupus Erythematosus. *Dermatology Practical & Conceptual*, 2021074. <https://doi.org/10.5826/dpc.1103a74>
- Masthan, K. M. K., Babu, Na., Sankari, Sl., & Priyadharsini, C. (2015). Leukoplakia: A short review on malignant potential. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*, 7(5), 165–166. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.155890>
- Mirzaee, A., & Hashemipour, M. A. (2023). The prevalence of oral white lesions in patients referring to the Kerman (2006-2022). *Journal of Oral Health and Oral Epidemiology*, 12(3), 105–111. <https://doi.org/10.34172/johoe.2023.18>
- Mishra, M., Shrivardhan, K., Rai, J., & Awasthi, N. (2017). Tobacco Related Lesions of Oral Cavity- A Review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*, 2(1), 25–28. [https://www.ijcmsr.com/uploads/1/0/2/7/102704056/ijcmsr\\_6\\_feb\\_17.pdf](https://www.ijcmsr.com/uploads/1/0/2/7/102704056/ijcmsr_6_feb_17.pdf)
- Mohd Bakri, M., Mohd Hussaini, H., Rachel Holmes, A., David Cannon, R., & Mary Rich, A. (2010). Revisiting the association between candidal infection and carcinoma, particularly oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Microbiology*, 2(1), 1–6. <https://doi.org/10.3402/jom.v2i0.5780>
- Mortazavi, H., Baharvand, M., & Mehdipour, M. (2014). Oral Potentially Malignant Disorders: An Overview of More than 20 Entities . *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 8(1), 6–14.
- Mortazavi, H., Safi, Y., Baharvand, M., Jafari, S., Anbari, F., & Rahmani, S. (2019). Oral White Lesions: An Updated Clinical Diagnostic Decision Tree. *Dentistry Journal*, 7(15), 1–24. <https://doi.org/10.3390/dj7010015>
- Moztarzadeh, O., Liska, J., Liskova, V., Skalova, A., Topolcan, O., Jamshidi, A., & Hauer, L. (2023). Predicting Chronic Hyperplastic Candidiasis Retro-Angular Mucosa Using Machine Learning. *Clinics and Practice*, 13(6), 1335–1351. <https://doi.org/10.3390/clinpract13060120>
- Müller, S. (2017). Oral lichenoid lesions: distinguishing the benign from the deadly. *Modern Pathology*, 30, S54–S67. <https://doi.org/10.1038/modpathol.2016.121>
- Müller, S. (2019). Frictional Keratosis, Contact Keratosis and Smokeless Tobacco Keratosis: Features of Reactive White Lesions of the Oral Mucosa. *Head and Neck Pathology*, 13(1), 16–24. <https://doi.org/10.1007/s12105-018-0986-3>

- Naik, V., & Prakash, S. (2018). Oral Discoid Lupus Erythematosus: A Case Effectively Managed and Differentiated with other Overlapping Diseases. *Indian Journal of Dental Advancements*, 9(4), 221–225. <https://doi.org/10.5866/2017.9.10221>
- Natarajan, S., Shreedhar, B., Kamboj, M., Riaz, A., & Sharma, D. (2012). Oral squamous cell carcinoma of tongue. *Journal of Pearlident*, 3, 38–40.
- Neves, J. C. das, Toledano, L. S., Silveira, F. M. da M., & Góes, P. S. A. de. (2015). Factors Associated with Late Diagnosis of Oral Cancer. *International Journal of Clinical Medicine*, 06(02), 105–111. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2015.62015>
- Organização Mundial de Saúde (2023, 14 de março). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Ozcelik, O., Haytac, M. C., & Akkaya, M. (2005). Iatrogenic Trauma to Oral Tissues. *Journal of Periodontology*, 76(10), 1793–1797. <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.10.1793>
- Padilla-Ruiz, M., Morales-Suárez-Varela, M., Rivas-Ruiz, F., Alcaide, J., Varela-Moreno, E., Zarcos-Pedrinaci, I., Téllez, T., Fernández-de Larrea-Baz, N., Baré, M., Bilbao, A., Sarasqueta, C., Aguirre-Larracochea, U., Quintana, J. M., & Redondo, M. (2022). Influence of Diagnostic Delay on Survival Rates for Patients with Colorectal Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063626>
- Panat, S., Yadav, N., Sangamesh, N., & Aggarwal, A. (2011). White Lesions of the Oral Mucosa-A Diagnostic Dilemma. *Journal of Dental Sciences & Oral Rehabilitation*, 1(2), 8–10.
- Panjwani, S. (2009). Early Diagnosis and Treatment of Discoid Lupus Erythematosus. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 22(2), 206–213. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.02.080075>
- Passos, K. K. M., Leonel, A. C. L. da S., Bonan, P. R. F., de Castro, J. F. L., Pontual, A. dos A., Ramos-Perez, F. M. de M., & da Cruz Perez, D. E. (2019). Information on oral cancer available on the internet: Is it reliable? *Oral Diseases*, 25(7), 1832–1833. <https://doi.org/10.1111/odi.13150>
- Patel, K., Bhat, F. A., Patil, S., Routray, S., Mohanty, N., Nair, B., Sidransky, D., Ganesh, M. S., Ray, J. G., Gowda, H., & Chatterjee, A. (2021). Whole-Exome Sequencing Analysis of Oral Squamous Cell Carcinoma Delineated by Tobacco Usage Habits. *Frontiers in Oncology*, 11, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fonc.2021.660696>
- Pereira, A. (2020). *Placas brancas localizadas no bordo da língua com potencial de malignização*. *Protocolos Clínicos* [Dissertação de mestrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto]. [https://sigarra.up.pt/fmdup/en/pub\\_geral.pub\\_pesquisa?pn\\_num\\_pagina=1&pv\\_cod\\_autor=201303297&pv\\_tipo\\_pesquisa=autor](https://sigarra.up.pt/fmdup/en/pub_geral.pub_pesquisa?pn_num_pagina=1&pv_cod_autor=201303297&pv_tipo_pesquisa=autor)

- Phore, S., & Panchal, R. (2018). Traumatic Oral Lesions Pictorial Essay. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth*, 11(2), 94–98.
- Plas, R. (2016). *Candidíase oral: manifestações clínicas e tratamento* [Dissertação de mestrado em Medicina Dentária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/5783>
- Quindos, G., Gil-Alonso, S., Marcos-Arias, C., Sevillano, E., Mateo, E., Jauregizar, N., & Eraso, E. (2019). Therapeutic tools for oral candidiasis: Current and new antifungal drugs. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*, 172–180. <https://doi.org/10.4317/medoral.22978>
- Radwan-Oczko, M., Badosz, K., Rojek, Z., & Owczarek-Drabińska, J. E. (2022). Clinical Study of Oral Mucosal Lesions in the Elderly—Prevalence and Distribution. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2853), 1–10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052853>
- Rai, A., Misra, S. R., Panda, S., Sokolowski, G., Mishra, L., Das, R., & Lapinska, B. (2022). Nystatin Effectiveness in Oral Candidiasis Treatment: A Systematic Review & Meta-Analysis of Clinical Trials. *Life*, 12(1677), 1–16. <https://doi.org/10.3390/life12111677>
- Ramasamy, J., & Sivapathasundharam, B. (2021). A study on oral mucosal changes among tobacco users. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 25(3), 470–477. [https://doi.org/10.4103/jomfp.jomfp\\_105\\_21](https://doi.org/10.4103/jomfp.jomfp_105_21)
- Ramos, R. T., Paiva, C. R., Filgueiras, A. M. D. O., Silva-Junior, G. O., Cantisano, M. H., Ferreira, D. D. C., & Ribeiro, M. (2017). Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. *Revista Brasileira de Odontologia*, 74(1), 51–55. <https://doi.org/10.18363/rbo.v74n1.p.51>
- Rathee, M., & Jain, P. (2020). *Hairy Leukoplakia*. StatPearls Publishing.
- Rohini, S., Sherlin, H. J., & Jayaraj, G. (2020). Prevalence of oral mucosal lesions among elderly population in Chennai: a survey. *Journal of Oral Medicine and Oral Surgery*, 26(1), 1–5. <https://doi.org/10.1051/mbcb/2020003>
- Rosseto, J. H. F., Tenório, J. R., Mamana, A. C., Tozetto-Mendoza, T. R., Andrade, N. S., Braz-Silva, P. H., & Ortega, K. L. (2023). Epstein–Barr virus oral shedding and viremia and their association with oral hairy leukoplakia in HIV+ individuals. *Oral Diseases*, 29(2), 796–802. <https://doi.org/10.1111/odi.14001>
- Rotaru, D., Chisnoiu, R., Picos, A., Picos, A., & Chisnoiu, A. (2020). Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 20(6), 1–1. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.9328>
- Rupe, C., Gioco, G., Almadori, G., Galli, J., Micciché, F., Olivieri, M., Cordaro, M., & Lajolo, C. (2022). Oral Candida spp. Colonisation Is a Risk Factor for Severe Oral Mucositis in Patients Undergoing Radiotherapy for Head & Neck Cancer:

- Results from a Multidisciplinary Mono-Institutional Prospective Observational Study. *Cancers*, 14(4746), 1–15. <https://doi.org/10.3390/cancers14194746>
- Saini, R., Saini, S., & Sharma, S. (2010). Oral biopsy: A dental gawk. *Journal of Surgical Technique and Case Report*, 2(2), 93. <https://doi.org/10.4103/2006-8808.73627>
- Sakaguchi, H. (2017). Treatment and Prevention of Oral Candidiasis in Elderly Patients. *Medical Mycology Journal*, 58(2), 43–49. <https://doi.org/10.3314/mmj.17.004>
- Santos Júnior, J. C. C. dos, Silva, S. K. C. da, Soares, C. S., Pires, A. L. P. V., & Freitas, V. S. (2019). Os Desafios do Diagnóstico e Manejo Clínico da Leucoplasia Oral: Um Estudo Bibliométrico. *Revista Saúde Em Foco*, 6(1), 68–84. <https://doi.org/10.12819/rsf.2019.6.1.5>
- Sarangi, M. (2017). A Case of Discoid Lupus Erythematosus treated with homoeopathic medication. *International Journal of Scientific Research.*, 6(6), 41–42. [https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-\(IJSR\)/fileview.php?val=June\\_2017\\_1498310156\\_\\_144.pdf](https://www.worldwidejournals.com/international-journal-of-scientific-research-(IJSR)/fileview.php?val=June_2017_1498310156__144.pdf)
- Schiødt, M. (1984). Oral discoid lupus erythematosus. II. Skin lesions and systemic lupus erythematosus in sixty-six patients with 6-year follow-up. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 57(2), 177–180. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(84\)90208-1](https://doi.org/10.1016/0030-4220(84)90208-1)
- Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. (2012). *Oral Health Assessment and Review Dental Clinical Guidance Version 1.0*. Dundee Dental Education Center. <https://www.sdcep.org.uk/media/sy2ldxp2/sdcep-ohar-version-1-0.pdf>
- Scully, C. (2000). ABC of oral health: Swellings and red, white, and pigmented lesions. *BMJ*, 321(7255), 225–228. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7255.225>
- Scully, C., & Carrozzo, M. (2008). Oral mucosal disease: Lichen planus. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 46(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2007.07.199>
- Serpico, R., Pannone, G., Santoro, A., Mezza, E., Piccolo, S., Esposito, V., Busciolano, M., Ciavarella, D., Muzio, L. lo, & Bufo, P. (2007). Report of a Case of Discoid Lupus Erythematosus Localised to the Oral Cavity: Immunofluorescence Findings. *International Journal of Immunopathology and Pharmacology*, 20(3), 651–653. <https://doi.org/10.1177/039463200702000325>
- Sharma, U., Singhal, P., Bandil, K., Patle, R., kumar, A., Neyaz, K., Bose, S., Kumar Dewan, A., Mehrotra, R., Sharma, V., & Bharadwaj, M. (2019). Genetic variations of TLRs and their association with HPV/EBV, co-infection along with nicotine exposure in the development of premalignant/malignant lesions of the oral cavity in Indian population. *Cancer Epidemiology*, 61, 38–49. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.05.003>
- Shetty, V. R., & Britto, F. P. (2017). Biopsy: An overview. *World Journal of Pharmaceutical and Life Sciences*, 3(10), 37-39.

- Silva, D. N. M., Béda, N. S., Gramacho, Y. D. S., & Lima, S. L. G. de. (2024). Potencial de malignização da leucoplasia oral: relato de caso clínico e revisão integrativa da literatura. *Contribuições Para as Ciências Sociais*, 17(4), 1–18. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-158>
- Silva, L. C., Faustino, I. S. P., Ramos, J. C., Colafemina, A. C. E., di Pauli-Paglioni, M., Leite, A. A., Santos-Silva, A. R., Lopes, M. A., & Vargas, P. A. (2023). The importance of early treatment of oral squamous cell carcinoma: Case report. *Oral Oncology*, 144, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2023.106442>
- Simi, S., Nandakumar, G., & Anish, T. (2013). White lesions in the oral cavity: A clinicopathological study from a tertiary care dermatology centre in Kerala, India. *Indian Journal of Dermatology*, 58(4), 269–274. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.113933>
- Speight, P. M., Khurram, S. A., & Kujan, O. (2018). Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 125(6), 612–627. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.12.011>
- Sukhera, J. (2022). Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>
- Šutej, I., Božić, D., Peroš, K., & Plančak, D. (2021). Cigarette smoking and its consequences on periodontal health in teenagers: a cross-sectional study. *Central European Journal of Public Health*, 29(4), 311–316. <https://doi.org/10.21101/cejph.a6671>
- Svistun, E., Alizadeh-Naderi, R., El-Naggar, A., Jacob, R., Gillenwater, A., & Richards-Kortum, R. (2004). Vision enhancement system for detection of oral cavity neoplasia based on autofluorescence. *Head & Neck*, 26(3), 205–215. <https://doi.org/10.1002/hed.10381>
- Tan, Y., Wang, Z., Xu, M., Li, B., Huang, Z., Qin, S., Nice, E. C., Tang, J., & Huang, C. (2023). Oral squamous cell carcinomas: state of the field and emerging directions. *International Journal of Oral Science*, 15(1), 1–23. <https://doi.org/10.1038/s41368-023-00249-w>
- Taylor, M., Brizuela, M., & Raja, A. (2023). *Oral Candidiasis*. StatPearls [Internet].
- Tenti, S., Fabbroni, M., Mancini, V., Russo, F., Galeazzi, M., & Fioravanti, A. (2018). Intravenous Immunoglobulins as a new opportunity to treat discoid lupus erythematosus. *Autoimmunity Reviews*, 17(8), 791–795. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2018.02.010>
- van Cutsem, J. M., & Thienpont, D. (1972). Miconazole, a Broad-Spectrum Antimycotic Agent with Antibacterial Activity. *Chemotherapy*, 17(6), 392–404. <https://doi.org/10.1159/000220875>

- van der Waal, I. (2015). Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal*, 685–692. <https://doi.org/10.4317/medoral.21007>
- van der Waal, I. (2023). Oral Leukoplakia: Diagnosis And Management Revisited. *Journal of Dentistry Indonesia*, 30(2), 73–80. <https://doi.org/10.14693/jdi.v30i2.1507>
- Vijay, S., & Srivastava, S. (2019). Oral Hairy Leukoplakia -A Comprehensive Review. *International Journal of Drug Research and Dental Science*, 1(2), 1–12.
- Villa, A., & Sonis, S. (2018). Oral leukoplakia remains a challenging condition. *Oral Diseases*, 24(1–2), 179–183. <https://doi.org/10.1111/odi.12781>
- Vyas, T. (2018). Biopsy of Oral Lesion -A Review Article. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 6(1), 27–35.
- Wang, R., Zhang, X., & Wang, S. (2022). Differential genotypes of TNF- $\alpha$  and IL-10 for immunological diagnosis in discoid lupus erythematosus and oral lichen planus: A narrative review. *Frontiers in Immunology*, 13, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.967281>
- Williams, M., Hovan, H., & Rosin, M. (2008). Evaluation of a Suspicious Oral Mucosal Lesion. *Journal of the Canadian Dental Association*, 74(3), 275–280. <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-3/275.pdf>
- Winn, D., Winn, D., Winn, D., Blot, W., Blot, W., Blot, W., Shy, C., Shy, C., Shy, C., Pickle, L., Toledo, A., Toledo, A., Toledo, A., Fraumeni, J., Fraumeni, J., & Fraumeni, J. (1981). Snuff dipping and oral cancer among women in the southern United States.. *The New England Journal of Medicine*, 304(13), 745-9 . <https://doi.org/10.1056/NEJM198103263041301>.
- Zargarán. (2014). A Review of Biopsy in Dentistry: Principles, Techniques, and Considerations. *Journal of Dental Materials and Techniques*, 3(2), 47–54. [https://jdmt.mums.ac.ir/article\\_2374\\_7e1d7b68450e6af288d07e1754f750c1.pdf](https://jdmt.mums.ac.ir/article_2374_7e1d7b68450e6af288d07e1754f750c1.pdf)
- Zhang, W., Wu, S., Wang, X., Gao, Y., & Yan, Z. (2021). Malignant Transformation and Treatment Recommendations of Chronic Hyperplastic Candidiasis—A Six-year Retrospective Cohort Study. *Mycoses*, 64(11), 1422–1428. <https://doi.org/10.1111/myc.13371>
- Zhang, Y., He, J., He, B., Huang, R., & Li, M. (2019). Effect of tobacco on periodontal disease and oral cancer. *Tobacco Induced Diseases*, 17, 1–15. <https://doi.org/10.18332/tid/106187>
- Zoccali, G., Orsini, G., Cifone, M., & Giuliani, M. (2014). Oral lupus erythematosus successfully treated with CO<sub>2</sub> laser: a case report. *Lupus*, 23(8), 848–849. <https://doi.org/10.1177/0961203314528554>

## V. ANEXOS

### 1. CONSENTIMENTO INFORMADO

#### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Designação do Estudo (em português):*

LESÕES BRANCAS NA CAVIDADE ORAL - A  
PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo) JOSE  
AFONSO SERRÃO HENRIQUES

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: 12 / Dezembro / 2023

Assinatura do participante no projecto:

Jose Afonso Serrão Henriques

O Investigador responsável:

Nome: CAROLINA DOS SANTOS VENDA NOVA

Assinatura:

Carolina dos Santos Venda Nova

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

## 2. PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Sandra Gavinha  
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/IMMED – 566/24-2	9 de Maio de 2024

Exma. Senhora Professora Doutora,

A Comissão de Ética apreciou a resubmissão do projeto de investigação apresentado por Vasile Stratu, intitulado "Lesões brancas na cavidade oral – a propósito de um caso clínico", a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

O objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico de uma lesão branca no bordo lateral esquerdo da língua articulando o raciocínio sobre possíveis diagnósticos diferenciais com base nas lesões brancas mais comuns descritas na literatura científica atualizada, salientando semelhanças e diferenças entre elas. Pretende-se ainda descrever o plano de tratamento elaborado, que tem por base a literatura científica atual, e o percurso do paciente, em consultas de controlo, até à resolução da lesão.

A Comissão de Ética considera o estudo pertinente para a área de Medicina Dentária e não haver questões éticas sobre o projeto apresentado.

O solicitado foi entregue.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

  
Inês Lopes Cardoso



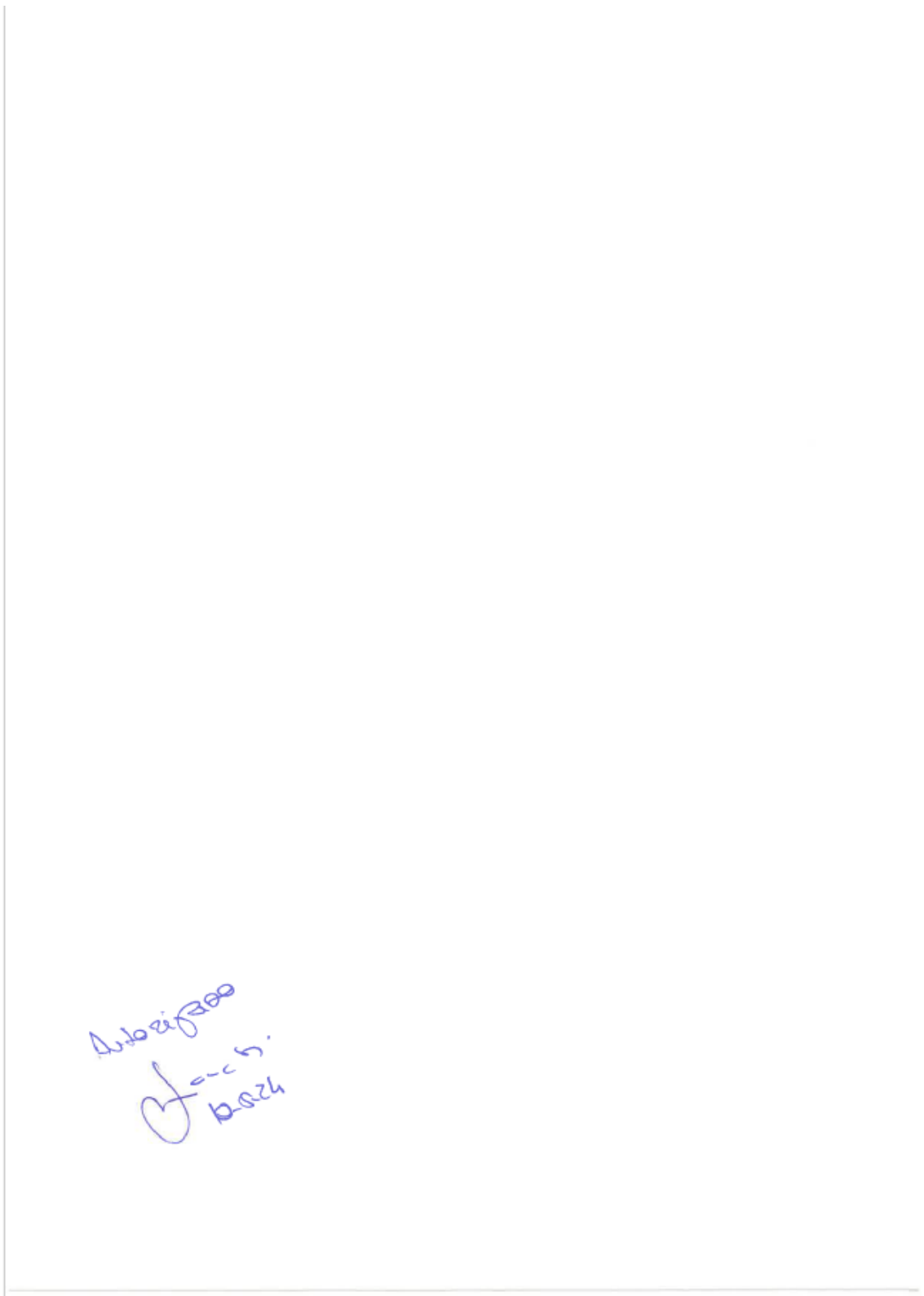
FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"  
NPC. 502 057 602 • Reg. Comércio nº 24 Cceserventória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal  
T. +351 22 507 1300\* • <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Rua Carlos da Maia, 296 • 4200-150 Porto • Portugal  
T. +351 22 507 4630\* • <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
Praça 9 de Abril, 349 • 4249-004 Porto • Portugal  
T. +351 22 507 1300\* • <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

\* (chamada para a rede fixa nacional)



Autógrafa  
J. S. S.  
2024

