



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DAVID CÂMARA GURGEL DO AMARAL**

**LEUCOPLASIA PILOSA ORAL POSSIVELMENTE ASSOCIADA AO USO DE  
CORTICOSTEROIDES EM PACIENTE HIV-NEGATIVO: RELATO DE CASO**

**MANAUS**

**2023**

DAVID CÂMARA GURGEL DO AMARAL

LEUCOPLASIA PILOSA ORAL POSSIVELMENTE ASSOCIADA AO USO DE  
CORTICOSTEROIDES EM PACIENTE HIV-NEGATIVO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à banca avaliadora, da  
Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal do Amazonas, como  
requisito para obtenção do grau de  
bacharel em odontologia.

.  
Orientador: Prof. Dr. Thyago Leite  
Campos de Araújo

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Naíza Menezes  
Medeiros Abraham

MANAUS

2023

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

A485I Amaral, David Câmara Gurgel do  
Leucoplasia pilosa oral possivelmente associada ao uso de  
corticoides em paciente HIV negativo: relato de caso / David  
Câmara Gurgel do Amaral . 2023  
28 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Thyago Leite Campos de Araújo  
Coorientadora: Naíza Menezes Medeiros Abraham  
TCC de Graduação (Odontologia) - Universidade Federal do  
Amazonas.

1. Leucoplasia pilosa oral. 2. Epstein-Barr. 3. Corticoides. 4.  
Relato de caso. I. Araújo, Thyago Leite Campos de. II. Universidade  
Federal do Amazonas III. Título


DAVID CÂMARA GURGEL DO AMARAL

LEUCOPLASIA PILOSA ORAL POSSIVELMENTE ASSOCIADA AO USO DE  
CORTICOSTEROIDES EM PACIENTE HIV-NEGATIVO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à banca avaliadora, da  
Faculdade de Odontologia da  
Universidade Federal do Amazonas, como  
requisito para obtenção do grau de  
bacharel em odontologia.

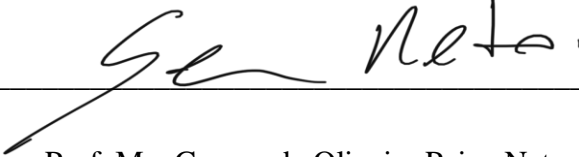
Aprovado em: 03/07/2023

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente  
 THYAGO LEITE CAMPOS DE ARAUJO  
Data: 07/07/2023 12:05:43-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Prof. Dr. Thyago Leite Campos de Araújo  
Orientador  
UFAM



---

Prof. Me. Gerson de Oliveira Paiva Neto

Membro  
UFAM



---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tatiana Nayara Libório Kimura

Membro  
UFAM

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus, porque sem Ele a minha existência nesse mundo não seria possível. Deus me deu a força, coragem e resiliência durante toda a minha graduação, e por isso sou eternamente grato.

Quero agradecer também a minha mãe Rosana, e meu pai Vicente, pois vocês são a razão de eu ser a pessoa que eu sou hoje em dia. Mesmo com todas as dificuldades, que não foram poucas, sempre estiveram comigo, me motivando a ser a melhor versão de mim mesmo. Ver o amor e a renúncia que vocês fizeram pra me oferecer o melhor, só traz gratidão para o meu coração. Irei honrar o compromisso que vocês colocaram em minhas mãos.

Também gostaria de agradecer ao meu namorado Andrews, que me deu tanto amor e força desde o meu 5º período, me motivando sempre, e até mesmo cedendo seu computador para meus estudos, obrigado por ser um porto seguro pra mim em momentos de fraqueza.

Gostaria de agradecer a vários professores que me fizeram amar ainda mais a odontologia: prof. Bruno, profª. Grazyelle, profª. Flávia, profª Nikeila, profª Luciana, profª Patrícia, prof. Emílio, profª Naíza, profª Tatiana, prof. Gustavo, profª Adriana, profª Janete, profª Ana Paula, prof. Matheus, prof. Leandro, prof. Eudes, profª Andrezza, prof. Giorge, profª Simone, profª Aida, prof. Thyago, prof. Yan... obrigado por cada ensinamento, cada aprendizado, cada motivação em dias difíceis, vocês fazem parte do futuro profissional que serei. Um agradecimento também aos mestrados Jardel e Lara, por me ensinarem tanto em tão pouco tempo.

Aos meus amigos Carla Gabriela, Lorryne, Ana Beatriz, Ana Csasznik, Maria de Lourdes, e a minha dupla Ricardo Diaz, que foram meus parceiros nessa longa caminhada. Eu não poderia pedir melhores pessoas pra compartilhar minhas clínicas, aulas e vivências e nesses 6 anos de faculdade. Obrigado a cada um de vocês.

Por último e não menos importante, agradeço também ao preceptor da minha UBS, dr. Sávio Albuquerque, por ser um exemplo de profissional na saúde pública e uma inspiração a seguir. Além disso, quero dar um agradecimento especial ao mestre Gerson Paiva Neto, que me auxiliou nesse projeto de TCC, e foi o responsável para que eu obtivesse o melhor resultado possível.

## RESUMO

A leucoplasia pilosa oral (LPO) apresenta-se como uma placa branca não removível através de raspagem, localizada geralmente em região de borda lateral do dorso de língua. A lesão pode se apresentar clinicamente como uma placa, corrugada ou pilosa não destacável. Sua etiologia é diretamente ligada ao vírus Epstein-Barr (EBV), e a ocorrência da lesão é um indicativo de comprometimento do sistema imunológico do indivíduo. Tal comprometimento é multifatorial, que varia desde doenças autoimunes, pacientes transplantados, pessoas que vivem com HIV (PVHIV), outras síndromes, e terapia medicamentosa, em especial pacientes que fazem uso de drogas imunossupressoras e anti-inflamatórios esteroidais a longo prazo. O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de paciente com LPO associada ao uso de corticoides a longo prazo. Paciente leucoderma, de 19 anos, sexo masculino, relatou que identificou uma lesão esbranquiçada na borda lateral esquerda do dorso da língua, que inicialmente relatou episódio de queimação e ardência no início do desenvolvimento da lesão, negando sintomatologia álgica. Posteriormente, foi realizado no paciente a citologia exfoliativa, além de testes moleculares específicos para os vírus EBV e HPV e exame de sorologia para o vírus HIV. A provável relação causal com o uso de corticoides foi evidenciada juntamente com a identificação do EBV mediante os testes realizados que obtiveram resultados positivos tanto para PCR quanto para sorologia, fechando o diagnóstico de LPO. Após a regressão da lesão, o paciente permaneceu em proervação. Diante do exposto, concluiu-se que a LPO não deve ser apresentada como sinal patognomônico para a infecção por HIV, haja vista as múltiplas possíveis causas de aparecimento da lesão, assim como a utilização de corticoides a longo prazo. Além disso, vale ressaltar que nesses casos a diminuição da exposição a medicação ou até sua suspensão tende a promover a regressão da lesão, fato observado no presente trabalho.

**Palavras-chave:** Leucoplasia pilosa oral; Epstein-Barr; Corticoides; Relato de caso

## ABSTRACT

The oral hairy leukoplakia (OHL) presents as a white patch, non-scrapable, usually located in the border sides of the tongue. The lesion can present clinical findings such as a patch, corrugated or hairy, not removable. The etiology of the lesion is directly associated to the Epstein-Barr virus (EBV), and its occurrence is an indicator of individual's systemic impairment. Its development is multifactorial, observed in autoimmune diseases, transplanted patients, people living with HIV (PLHIV), syndromes, and drug therapy, especially on patients taking immunosuppressive drugs and steroids in a long term. This study aims to describe a clinical case report of a patient with OHL associated to long-term use of topic corticosteroids. Patient is a white 19-year-old male, complaining of a white lesion, in the left border side of the tongue, initially reporting burning and stinging episodes in lesion's early stages, denying any pain symptoms. Subsequently, the patient underwent exfoliative cytology, followed by specific molecular tests for EBV and HPV, and also a serology test for HIV. The probable cause associated with corticosteroids drug therapy was observed together with the EBV'S identification measured by the test, that showed positive results for both PCR and serology tests, closing the outcome of OHL. After the lesion's remission, the patient remained in follow up. As conclusions, it was observed that OHL should not be thought as a pathognomonic lesion for HIV infection, due to the multiple possible causes of lesion's emergence, such as long-term steroid therapy. Added to that, it must be emphasized that in these cases, reducing the exposure or even suspending the drug therapy might lead to the lesion remission, like it was observed in the present study.

**Key words:** Oral hairy leukoplakia; Epstein-Barr; Corticosteroids; Case report

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

- FIGURA 1** - Aspecto inicial da lesão, em borda lateral esquerda de língua. Notar aspecto de placa branca com estriações verticais. 15
- FIGURA 2** - Citologia exfoliativa do sítio lesional, apresentando indícios de efeito citopático viral do EBV, como células em aspecto de vidro despolido. 16
- FIGURA 3** – Citologia esfoliativa das células apresentando marginação da cromatina, conferindo o aspecto de “colar de pérolas” ou “colar de contas” 16
- FIGURA 4** – Células apresentando a marginação da cromatina, identificadas através da citologia esfoliativa. 17
- FIGURA 5** – Células apresentando a marginação da cromatina, identificadas através da citologia esfoliativa. 17
- FIGURA 6** – Células apresentando a marginação da cromatina, identificadas através da citologia esfoliativa. 17
- FIGURA 7** – Células com alteração celular denominada inclusão tipo Cowdry A, identificada através da citologia esfoliativa. 18
- FIGURA 8** – Aspecto da lesão 3 semanas após a realização da citologia esfoliativa. Observar a remissão da lesão quando comparada ao aspecto inicial observado. 20
- FIGURA 9** – Proservação de 3 meses, evidenciando remissão completa da lesão 20

## LISTA DE TABELAS

### TABELAS

- TABELA 1** - Resultados de exames sorológicos e moleculares provenientes do esfregaço da lesão, demonstrando positividade para EBV em ambos os métodos e negatividade para HIV 19
- TABELA 2** – Comparação dos casos observados na literatura e sua correlação com o presente caso 22

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

LPO - Leucoplasia pilosa oral

EBV - Epstein-Barr vírus

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

HPV - Papilomavírus humano

CMV – Citomegalovírus

FM - Faculdade de Medicina

PVHIV - Pessoa vivendo com HIV

TARV - Terapia antirretroviral

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DPML - Departamento de Patologia e Medicina Legal

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS .....	9
2.1 Objetivo geral .....	9
2.2 Objetivos específicos .....	9
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	10
4. RELATO DE CASO .....	14
5. DISCUSSÃO .....	21
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	24
7. REFERÊNCIAS .....	25
8. ANEXO A .....	28

## 1 INTRODUÇÃO

A leucoplasia pilosa oral (LPO) é conceituada como uma infecção viral manifestada na cavidade oral como uma mancha ou placa branca, não destacável, situada preferencialmente em borda de língua, acompanhando as estriações verticais. É um indicador diagnóstico e marcador prognóstico da infecção por HIV. (NEVILLE *et al.*, 2016; GREENSPAN, GREENSPAN, WEBSTER-CYRIAQUE, 2016). A maioria dos casos ocorre em pessoas que vivem com o vírus HIV (PVHIV). Porém, a LPO pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes, e o diagnóstico da lesão neste grupo de pacientes exige uma avaliação física e anamnese detalhada e completa (NEVILLE *et al.*, 2016).

A etiologia da LPO está associada à presença do vírus Epstein-Barr (EBV). É considerada uma infecção permissiva, em que o vírus pode estar presente na saliva ou nas células adjacentes infectadas, manifestando lesão clinicamente identificável caso haja baixa nas defesas do organismo (DIAS *et al.*, 2001). Também, a LPO tem uma prevalência considerável em PVHIV, sendo considerada uma entidade reconhecida a partir do surgimento da infecção pelo HIV. Tal lesão pode ser um indicador precoce da infecção pelo HIV e é um importante marcador do desenvolvimento e progressão da AIDS, ainda que não seja uma lesão definidora de AIDS. (MILAGRES *et al.*, 2004; SIOU *et al.*, 2017).

Quanto a seus aspectos clínicos, é comumente observada uma placa branca, não removível através de raspagem, preferencialmente localizada nas bordas laterais da língua, podendo ser uni ou bilateral. A superfície pode apresentar-se plana, corrugada ou pilosa, sendo seus aspectos clínicos característicos da lesão, porém não patognomônicos, dada a vasta a quantidade de lesões brancas que podem estar presentes na cavidade bucal (DIAS *et al.*, 2001; ALVES *et al.*, 2021).

O aspecto histopatológico é caracterizado por hiperqueratose; paraceratose; acantose; papilomatose, presença de células balonizadas com alterações nucleares na camada espinhosa, como a marginação da cromatina, conferindo aspecto “em colar de pérolas” ao núcleo; discreto infiltrado inflamatório intra-epitelial e no tecido conjuntivo subjacente que, frequentemente, está associado à presença de candidíase (DIAS *et al.*, 2001; KHAMISSA *et al.*, 2016; SHANAHAN *et al.*, 2018).

Na maioria dos casos, a LPO é assintomática e regride espontaneamente ou não apresenta sintomatologia relevante que cause incômodo para o paciente. Já em outros casos em que o

paciente queixa-se de sintomatologia dolorosa ou ardência, pode-se lançar mão da terapêutica, que inclui antivirais tópicos como aciclovir, desciclovir, zidoviudine, ganciclovir e podofilina. Em alguns casos, sugere-se também o uso de podofilina tópica, excisão cirúrgica e crioterapia (MILAGRES *et. al.*, 2004; PRASAD, BILODEAU, 2014; GREENSPAN, 2016).

Apesar de ser um evento raro, a LPO ocorre em pacientes não imunossuprimidos e pessoas que não vivem com HIV. Não se deve considerar a LPO patognomônica para o HIV, haja vista o fato de que a LPO pode ocorrer em indivíduos com uma imunossupressão desencadeada por outros fatores, como por exemplo pacientes transplantados, que possuem doenças auto-imunes ou que fazem uso de corticosteroides locais ou sistêmicos. Porém, tais casos não são tão abordados na literatura em comparação com os casos de PVHIV (PIPERI *et al.*, 2010; PRASAD, BILODEAU, 2014; COSTA *et al.*, 2020).

A LPO associada ao uso de corticosteroides locais não é tão observada na literatura, porém pode-se afirmar que a utilização de tais medicamentos a longo prazo leva a uma alteração no quadro imunológico do paciente, deixando-o mais susceptível a infecções, tais como a LPO (SHANAHAN *et. al.*, 2018, VIGARIOS *et. al.*, 2015).

Levando isso em consideração, o presente trabalho tem por finalidade descrever um caso de LPO em paciente HIV negativo com possível associação a utilização de corticoides locais inalatórios.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Relatar o caso de paciente portador de leucoplasia pilosa oral, porém negativo para o HIV, fazendo uso de corticoide local inalatório.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Informar sobre a existência da leucoplasia pilosa oral e sua importância para a saúde bucal e sistêmica, mesmo em pacientes imunocompetentes com imunossupressão temporária.
- b) Avaliar os outros fatores que podem desencadear a leucoplasia pilosa oral que não estão associados com o HIV, em especial o uso de anti-inflamatórios esteroidais, visto no presente estudo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A leucoplasia pilosa oral (LPO) é uma lesão infecciosa benigna localizada na cavidade oral, de coloração esbranquiçada e não removível a raspagem, localizada preferencialmente em borda lateral de língua. Tal lesão é relacionada principalmente com quadros de imunossupressão evidente, como por exemplo, pessoas que vivem com HIV (PVHIV), que apresentam em seu organismo uma baixa contagem de linfócitos T-CD4 (NEVILLE *et al.*, 2009; VARGO, BILODEAU, 2017). Porém, a LPO também pode ocorrer em pacientes que não vivem com o vírus HIV, sendo a imunossupressão causada por outros fatores (DARLING *et al.*, 2018; ALMAZYAD *et al.*, 2021).

Essa lesão tem sua etiologia relacionada com o vírus Epstein-Barr (EBV), da família *Herpesviridae* (HHV-4), e apresenta 2 genótipos: EBV-1 (mais frequente na Europa e América do Norte) e EBV-2 (África e Oceania). É um dos vírus mais comuns encontrados, pois acomete aproximadamente 90% da população adulta, de forma geral. A respeito do EBV-1, a literatura afirma que tem um maior potencial oncogênico quando comparado com o EBV-2, porém evidências sobre o potencial patogênico a respeito da LPO de forma mais exata, ainda são escassas (ROBAINA *et al.*, 2008). Sua transmissão se dá pelo contato direto com a saliva do hospedeiro (DUNMIRE, BERGHESI, BALFOUR JR, 2018). Acredita-se que o EBV possui um papel principal no desenvolvimento da leucoplasia pilosa oral, visto que em grande parte dos achados e exames da lesão, o DNA do vírus é encontrado, além de proteínas genéticas codificadas presentes em células afetadas pela lesão. Essa associação LPO-EBV é bem descrita na literatura, com o primeiro caso denotando essa relação publicado em 1985, sendo esse o principal vírus que teve o DNA identificado e observado na lesão, que são identificados por exames de imunohistoquímica e hibridização “*in situ*” (GREENSPAN *et al.*, 1985; KHAMISSA *et al.*, 2016; BRAZ-SILVA *et al.*, 2008; PETTAS *et al.*, 2022; ROBAINA *et al.*, 2008).

A lesão ocorre devido a infecção do EBV, que tem como células-alvo para seu ataque os linfócitos B e queratinócitos da cavidade oral. O indivíduo que contrai o vírus, passa pela infecção primária, a qual cede espontaneamente, seguindo posteriormente com o mesmo de forma assintomática, em 90% dos casos, permanecendo com o vírus de forma latente armazenado nos linfócitos B e células epiteliais do estrato escamoso, até que uma reativação da infecção por EBV ocorre e a infecção produtiva ocorre de fato (LERNIA, MANSOURI, 2013). Seu mecanismo de ação ocorre por deposição: o vírus segue e faz a deposição de

partículas virais (vírions) nos queratinócitos totalmente diferenciados, percorrendo pelos estratos granuloso e espinhoso da epiderme, no momento de descamação epitelial, que ocorre de forma fisiológica. Essa infecção contínua, faz o despejamento de vírions na microbiota oral, deixando os vírus disponíveis no fluido bucal e desencadeando a LPO, em que ocorre a desregulação desse ciclo de diferenciação dos queratinócitos, caracterizando a infecção produtiva, levando a uma série de alterações celulares características. Isso é influenciado pela resposta imune do indivíduo, seus fatores ambientais e locais associados, e o perfil de expressão genética do EBV (KHAMISSA *et al.*, 2016).

A LPO apresenta características clínicas e histopatológicas bem definidas e sedimentadas na literatura. Clinicamente, apresenta-se como placas de coloração branca, podendo ser uni ou bilaterais, assintomáticas, não removíveis através de raspagem, localizadas principalmente em região de borda lateral de língua, podendo também ocorrer no palato e assoalho bucal, e a superfície das lesões pode ser plana, corrugada ou pilosa (DIAS *et al.*, 2001; ALMAZYAD *et al.*, 2021; COSTA *et al.*, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2020).

A lesão apresenta um padrão histopatológico definido por: hiperplasia epitelial, acantose, hiperparaceratose, presença de células balonizadas, presença de células claras, alterações nucleares, tais como inclusão tipo Cowdry A, núcleo picnótico, núcleo com aspecto de “vidro fosco”, e núcleo com aspecto de “colar de pérolas”, com pouco ou nenhum infiltrado inflamatório na lâmina própria subjacente (GREENSPAN, GREENSPAN, WEBSTER-CYRIAQUE, 2016; KHAMISSA *et al.*, 2016).

A lesão pode regredir espontaneamente, especialmente quando há reestruturação do sistema imune do paciente, porém, se o paciente se queixa de alguma sintomatologia dolorosa ou ardência na região, utiliza-se medicamentos antivirais tópicos como aciclovir, valaciclovir, zidovudine, ganciclovir, e também a podofilina. Em casos mais severos, faz-se uso de podofilina tópica, excisão cirúrgica da lesão e crioterapia. Em PVHIV, é necessária a instauração da terapia antiretroviral (TARV), de modo a reestabelecer o sistema imune do paciente para que haja o controle da lesão (GRABOYES *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2020).

A leucoplasia pilosa oral foi descrita pela primeira vez em 1984, e a sua ocorrência foi vista em homossexuais masculinos, PVHIV, na clínica de medicina oral da Universidade de São Francisco. As lesões apresentaram os mesmos padrões mencionados anteriormente: não foram removíveis por raspagem, apresentavam corrugações em sua superfície, e os

profissionais suspeitaram do envolvimento da lesão com candidíase, porém mesmo com terapia antifúngica 50% das lesões não regrediram. Sendo assim, foi denominada a lesão de leucoplasia pilosa oral, devido a coloração e ao aspecto peludo que a lesão apresenta, na maioria dos casos observados (GREENSPAN *et al.*, 1984).

Num contexto global, a LPO pode acometer vários grupos populacionais, e a lesão tem uma predileção por indivíduos do sexo masculino, com idade média de 55 anos, afetando pacientes em todo o mundo, a exemplo de países como Estados Unidos, Inglaterra e França, (ALRAMADHAN *et al.*, 2021; VIGARIOS *et al.*, 2015; EYESON *et al.*, 2002). A LPO é observada nos PVHIV, afetando aproximadamente 53% por cento dos indivíduos infectados pelo vírus (SHANAHAN *et al.*, 2018).

O primeiro caso documentado a respeito de LPO em um paciente não infectado pelo vírus HIV foi feito em 1988. O paciente era do sexo masculino, 58 anos de idade e realizou um transplante renal, e estava fazendo uso de drogas imunossupressoras. Foi identificada a lesão em borda lateral esquerda de língua, seguindo os padrões clínicos e histopatológicos da LPO. Além disso, uma série de testes foram realizados, incluindo biópsia, hibridização *in situ* e sorologia para EBV confirmando o diagnóstico da lesão (ITIN *et al.*, 1988).

No Brasil, a literatura apresenta um estudo avaliando crianças infectadas pelo HIV no Rio de Janeiro, no qual a leucoplasia pilosa oral foi diagnosticada em 1,3 dos casos. Os dados epidemiológicos referentes a prevalência da LPO tanto em PVHIV quanto em pessoas não vivendo com o vírus HIV são escassos, e há uma necessidade de estudos que visam o levantamento de dados sobre a prevalência da LPO, o que torna este relato de caso e revisão de literatura importantes para servir de ponto de partida para futuras pesquisas (SANTOS *et al.*, 2001).

Historicamente, desde o primeiro caso publicado da LPO em 1984 em indivíduos do sexo masculino, homossexuais, acreditava-se que a lesão era um sinal exclusivo da infecção por HIV e AIDS. Na última década, esse pensamento tem sido visto de outra forma, com o advento de alguns casos na literatura em que o vírus HIV não é a causa principal da lesão em questão, e sim outros fatores imunossupressores, como: receptores de transplante, pacientes idosos, em virtude da imunosenescência; e como efeito adverso da administração de corticosteroides tópicos ou inalatórios (CHAMBERS *et al.*, 2015, SHANAHAN *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2020; ; PIPERI *et al.*, 2010).

Sabe-se que a existência da leucoplasia denota um declive na imunidade geral ou local do paciente, e além do vírus HIV, tal imunossupressão pode ser causada por outros fatores predisponentes que acometem diretamente a imunidade: transplante de órgãos ou células-tronco hematopoiéticas, hemopatias malignas, diabetes mellitus, doenças autoimunes (líquen plano, artrite reumatoide), síndromes (síndrome de Behçet, por exemplo), e terapia medicamentosa, especialmente através dos anti-inflamatórios do tipo esteroidais, mais conhecidos como corticoides. Vale ressaltar que a LPO causada por imunossupressão geral em pessoas que não vivem com HIV é relativamente rara na literatura, não sendo tão vista em comparação com os casos em PVHIV (GRABOYES *et al.*, 2013; LEE, POLONOWYTA, 2007; ALRAMADHAN *et al.*, 2021; PETTAS *et al.*, 2022).

O uso dos anti-inflamatórios esteroidais a longo prazo pode desencadear alterações imunológicas que sujeitam o indivíduo a infecções oportunistas, sendo uma das possíveis causas da LPO em pacientes imunocompetentes (COSTA *et al.*, 2020; CHAMBERS *et al.*, 2015; DARLING *et al.*, 2018; SHANAHAN *et al.*, 2018, VIGARIOS *et al.*, 2015). Na maioria dos casos observados, os pacientes faziam uso de tais medicamentos a longo prazo, com administração nasal inalatória, para tratar doenças do trato respiratório, destacando as doenças pulmonares. As lesões descritas em pacientes imunocompetentes seguem os mesmos padrões da LPO: prevalência maior no sexo masculino, com média de idade de 55 anos, localizada em borda lateral de língua, na maioria dos pacientes (ALRAMADHAN *et al.*, 2021). Nos casos em que a causa está diretamente associada ao uso de tais medicamentos, a mudança no regime terapêutico ou a suspensão da medicação a critério médico tende a levar a lesão a sua remissão, melhorando o estado imunológico do paciente.

Visto que historicamente, a LPO foi bastante associada ao HIV faz-se importante o relato do seguinte caso, uma vez que provou-se que a lesão de LPO em nada tinha ligação com a presença do vírus HIV no organismo. É uma vez que tais relatos são escassos na literatura, é importante sua difusão no meio acadêmico e científico, de modo a afastar a associação direta do vírus HIV com esta lesão, uma vez que como no caso, ela pode estar associada a outros casos de imunossupressão, tanto local quanto geral (DARLING *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2020, VIGARIOS *et al.*, 2015).

#### 4 RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, 19 anos de idade, sexo masculino, residente da cidade de Manaus (AM), procurou o serviço de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFAM, não alegando doenças sistêmicas. O paciente apresentou queixa principal de lesão na língua, além de relatar episódios de ardência e queimação no início do desenvolvimento da lesão, negando sintomatologia álgica. Inicialmente, o paciente foi informado. Ao exame clínico, observou-se lesão branca assintomática, formada por uma placa esbranquiçada, não removível por raspagem, de 1 a 2 mm, de superfície rugosa e localizada na borda lateral esquerda do dorso da língua. O paciente não apresentou sintomatologia dolorosa durante a manipulação. Com base nas características clínicas, a hipótese diagnóstica foi de leucoplasia pilosa oral. O histórico médico do paciente incluía um teste negativo para o HIV, realizado há um ano. Quanto aos aspectos éticos, o paciente assinou o TCLE com as devidas orientações e o projeto foi submetido ao CEP-UFAM e aprovado, com CAAE número 66709123.0.0000.5020, para responsabilidade do relato de caso perante os órgãos competentes.

**Figura 1** - Aspecto inicial da lesão, em borda lateral esquerda de língua. Notar aspecto de placa branca com estriações verticais.

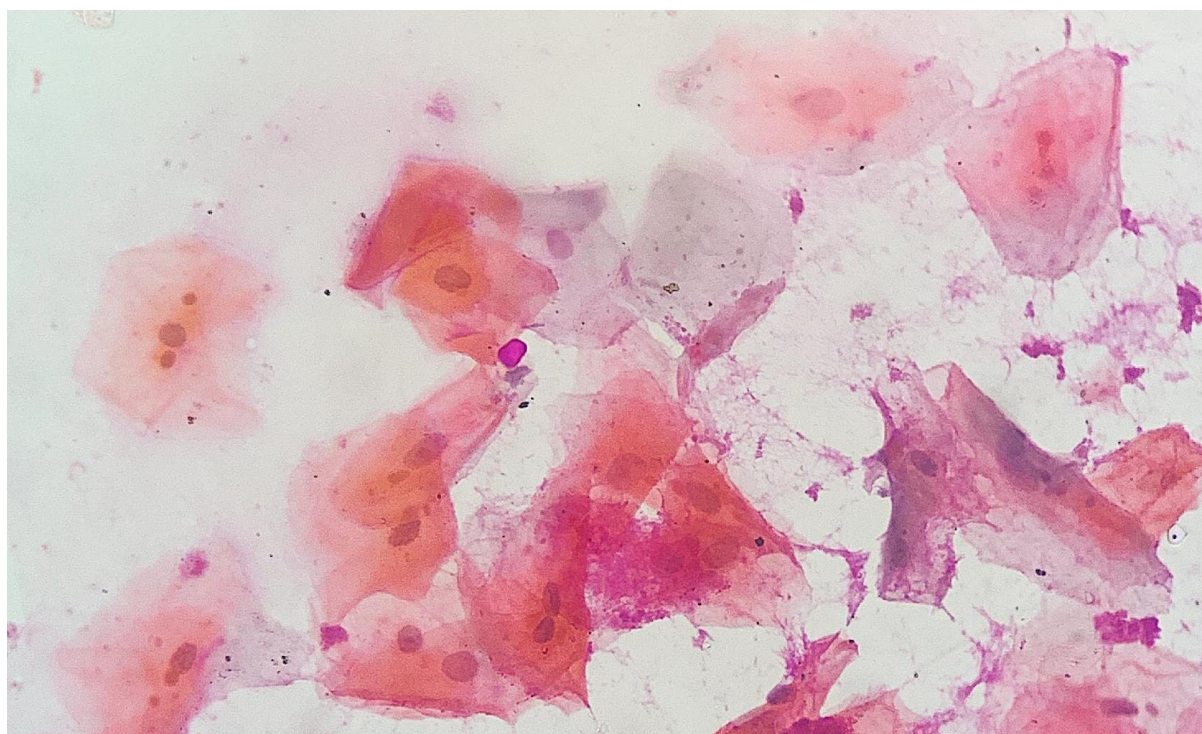


Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto

No serviço de patologia (DPML-UFAM), foi realizada a raspagem da lesão em borda lateral esquerda de língua, para a confecção do esfregaço, utilizando escova e lâmina de vidro, o qual foi fixado em frasco contendo álcool a 96%. A partir da coleta das células bucais no laboratório DPML-UFAM foi-se realizado o diagnóstico citológico, obtido através da observação da morfologia das células, buscando efeito citopático viral da infecção por EBV. Além disso, com o sobrenadante contido no álcool para fixação das lâminas, o material foi enviado para o laboratório do Departamento de Patologia da UFF, em Niterói, Rio de Janeiro, e foram realizados testes moleculares por *polimerase chain reaction* (PCR), para os vírus EBV e HPV, . Além disso, o paciente foi encaminhado para exame de sorologia para o vírus HIV.

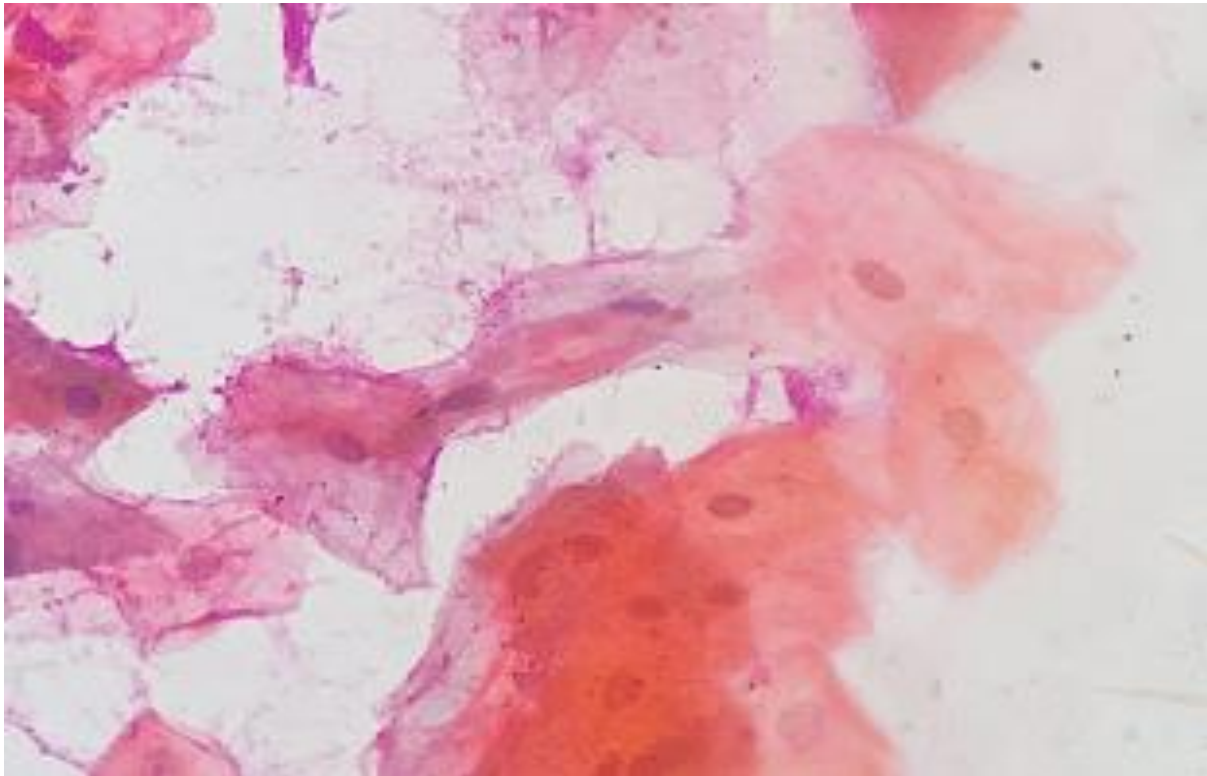
No exame de citologia esfoliativa, a amostra revelou o efeito citopático viral das células infectadas pelo EBV: células epiteliais com edema intracelular, e núcleos exibindo marginação da cromatina, assumindo forma em “colar de pérolas”, alguns apresentando inclusões do tipo Cowdry A e aspecto de vidro fosco (Fig. 2 a 7). O diagnóstico citológico foi de leucoplasia pilosa.

**Figura 2** - Citologia esfoliativa do sítio lesional, apresentando indícios de efeito citopático viral do EBV, como células em aspecto de vidro despolido (setas).



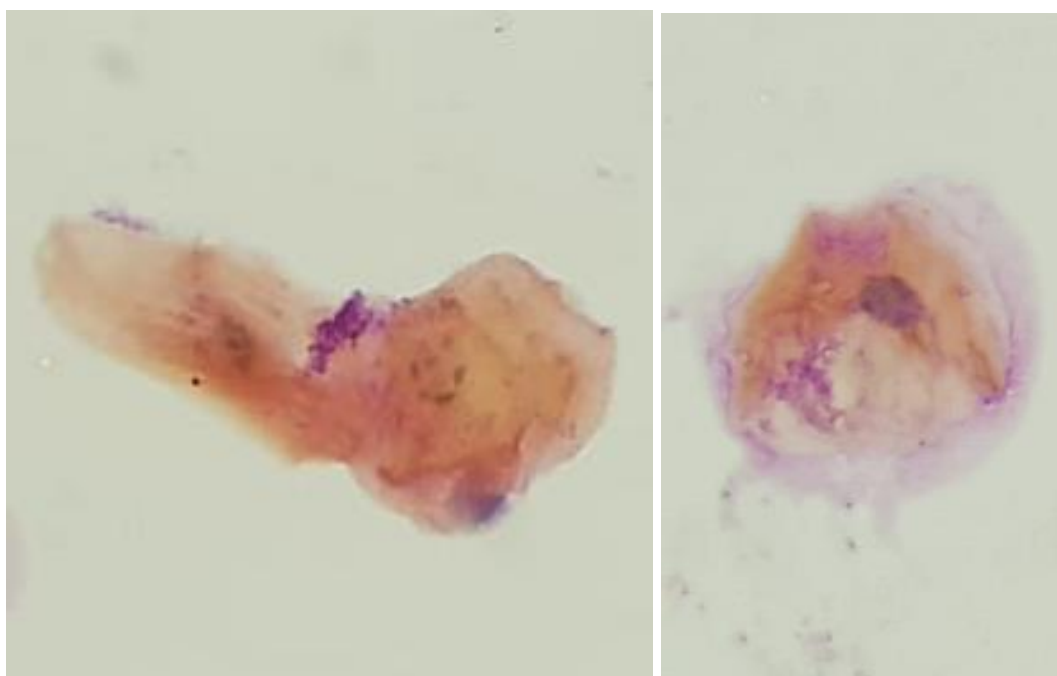
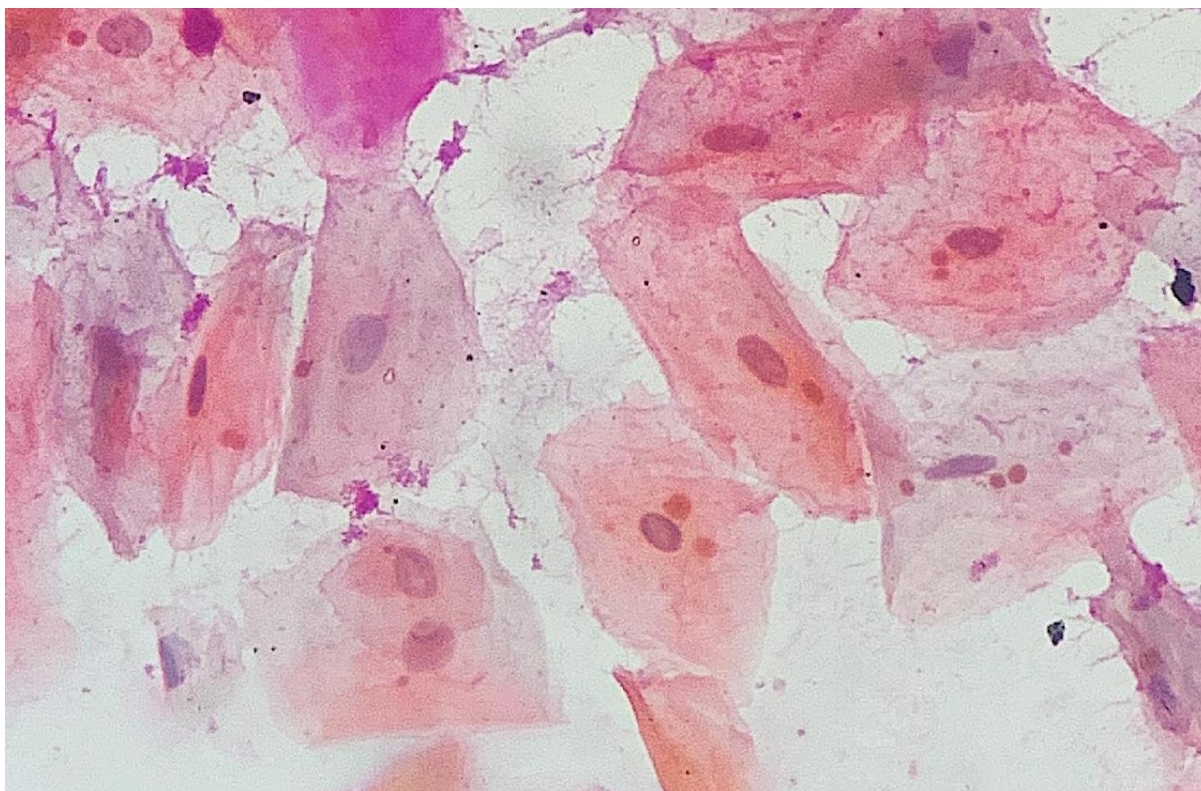
Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto (DPML - UFAM)

**Figura 3** - Citologia esfoliativa das células apresentando marginação periférica da cromatina, que é o que confere a célula o aspecto de “colar de pérolas” ou “colar de contas” (setas).



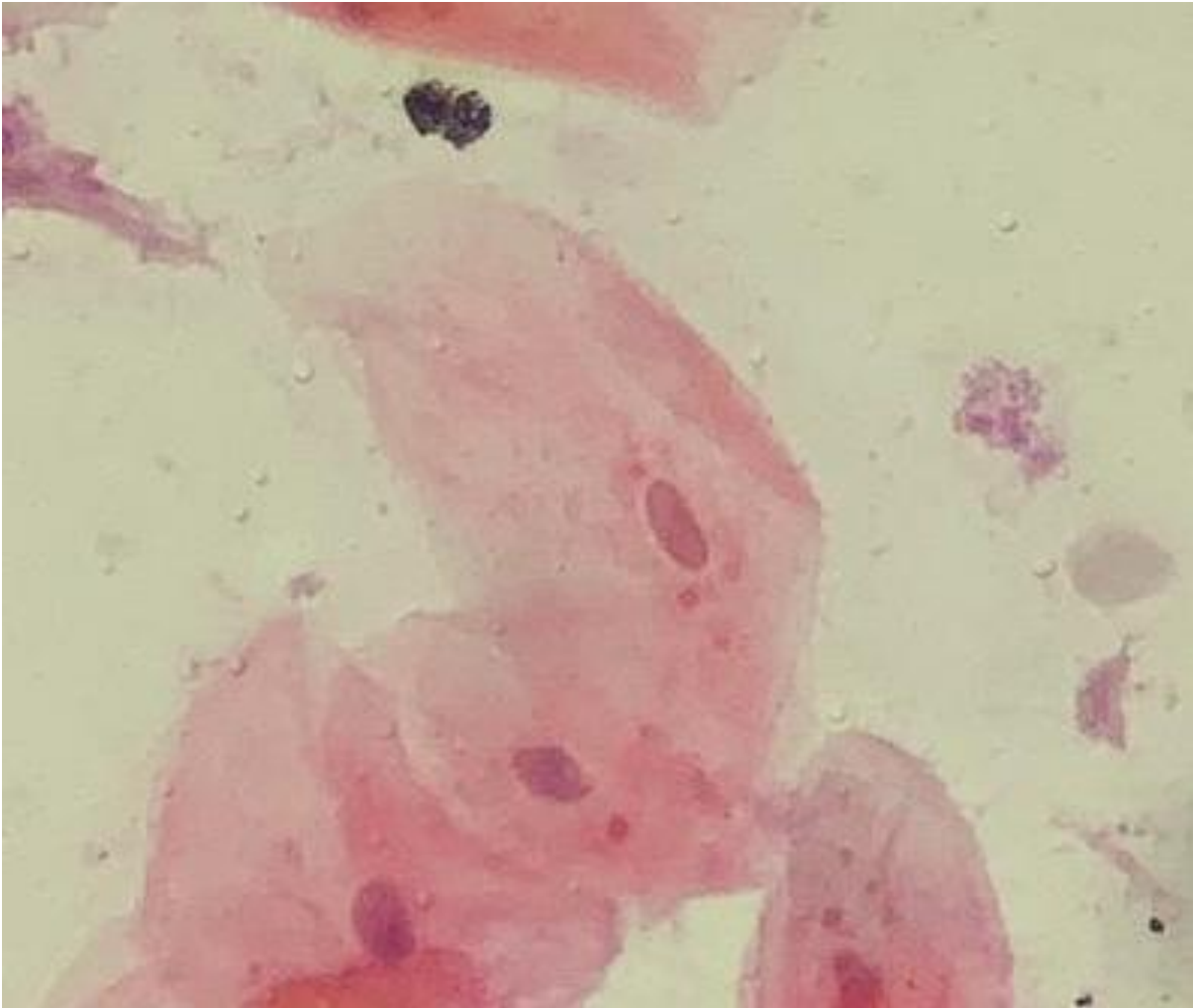
Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto (DPML-UFAM)

**Figura 4, 5 e 6** - Células apresentando a marginação da cromatina, identificadas através da citologia esfoliativa (setas amarelas).



Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto (DPML-UFAM)

**Figura 7** - Células com alteração celular denominada inclusão do tipo Cowdry A, identificada através da citologia esfoliativa (seta azul).



Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto (DPML-UFAM)

A partir da citologia oral, foram realizados testes moleculares por PCR para os vírus EBV e HPV, os quais também foram positivos. O paciente foi encaminhado para exame de sorologia para o vírus CMV pela metodologia ELISA, o qual apresentou resultados positivos para IgG e negativos para IgM. Somado a esse exame, também foram requisitados exames de sorologia para os vírus EBV e HIV pela metodologia ELISA, sendo os resultados para EBV positivos (IgG e IgM) e negativos para HIV. Além disso, foi realizado o exame VDRL para sífilis, o qual também foi negativo. Os valores expressos nos exames sorológicos do paciente, bem como valores de referência estão na tabela 1.

Tabela 1: Resultados de exames sorológicos e moleculares provenientes do esfregaço da lesão, demonstrando positividade para EBV em ambos os métodos e negatividade para HIV.

EXAMES	+	-
HIV I e II -		x
VDRL - Soro		x
CMV – IgG Soro	81,9 AU/mL (Positivo $\geq$ 6,0AU/mL)	
CMV – IgM Soro		0,69AU/mL (Positivo $\geq$ 1,0AU/mL)
EBV – IgG Soro	37.87 AU/mL (Positivo $\geq$ 1.0AU/mL)	
EBV – IgM Soro	2.05 AU/mL (Positivo $\geq$ 0.99AU/mL)	
HPV – PCR Citologia	x	
EBV – PCR Citologia	x	

+ : positivo; - : negativo

De posse dos resultados negativos, o paciente voltou para rever as informações relatadas na anamnese. Nesse momento, foi observado um histórico médico de rinite e sinusite crônicas, com episódios de epistaxe recorrente, e para os momentos de crises, viu-se que o paciente fez uso de medicamentos corticoides inalatórios, em especial o spray nasal budesonida 32mcg, de forma contínua, por um período de 6 meses. Com base na informação, foi estabelecida a provável relação causal com a lesão presente. Em virtude do fato que a lesão geralmente regride espontaneamente, a prioridade em relação ao paciente foi a proervação, sem uso de medicamentos como aciclovir e derivados. O paciente apresentou melhora considerável nos primeiros 2 meses, após a suspensão da medicação a critério médico, não havendo a recidiva da lesão.

**Figura 8** - Aspecto da lesão cerca de 3 semanas após a realização da citologia esfoliativa. Observar a remissão da lesão quando comparada ao aspecto inicial observado.



Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto

**Figura 9** - Proservação de 3 meses, evidenciando remissão completa da lesão.



Fonte: Acervo Pessoal - Prof. Msc. Gerson Paiva Neto

## 5 DISCUSSÃO

A leucoplasia pilosa oral é uma lesão infecciosa da cavidade oral associada com o vírus Epstein-Barr, e é encontrada principalmente em indivíduos imunossuprimidos, como PVHIV, por exemplo. Geralmente, as lesões encontradas nesses indivíduos são placas de coloração branca, não removíveis por raspagem, localizadas principalmente na borda lateral de língua. Somado a isso, as lesões apresentam-se assintomáticas, e sua superfície pode ser plana, corrugada ou pilosa (GREENSPAN *et al.*, 1984; ALVES *et al.*, 2021).

A lesão apresenta uma relação direta com o vírus Epstein-Barr, que é descrita na literatura, sendo o principal vírus observado na lesão em seus genótipos EBV-1 e EBV-2. (KHAMISSA *et al.*, 2016). No Brasil, a leucoplasia pilosa oral apresenta prevalência no sexo masculino (GREENSPAN *et al.*, 1987; SHIBOSKI *et al.*, 1997; ORTEGA, 2000; DUNMIRE, VERGHESE, BALFOUR, 2018; ALRAMADHAN *et al.*, 2021).

A descrição da ocorrência de LPO em pacientes que não estão vivendo com HIV ainda é relativamente recente, sendo o primeiro caso publicado em 1988. O paciente possuía transplante renal e fazia uso de drogas imunossupressoras. A LPO foi confirmada através de biópsia e hibridização *in situ* (ITIN *et al.*, 1988). A lesão possui um padrão de crescimento variável, e depende do status imunológico do paciente para o seu desenvolvimento (KHAMISSA *et al.*, 2016).

A citologia esfoliativa é uma boa opção para o diagnóstico da LPO, por ser um método simples, confiável, seguro, não invasivo e não traumático. Além disso, demonstra ser um método facilmente utilizado na prática clínica. Para um aperfeiçoamento do diagnóstico, pode-se lançar mão de técnicas como a imunocitoquímica, ou até mesmo técnicas de biologia molecular (WEISS, CHEN, 2013; GRABOYES *et al.*, 2013).

A LPO é uma lesão que não requer uma intervenção de modo geral. Porém, avaliando a questão estética do paciente, deve haver uma preocupação a sua queixa. Há uma variedade de tratamentos descritos na literatura, tais como podofilina, aciclovir, desciclovir, valaciclovir, e excisão cirúrgica. Entretanto, quando os PVHIV entram no regime de terapia antirretroviral altamente ativa (TARV), e há a reestruturação do sistema imune, a lesão tende a desaparecer

(GOWDEY, 1995; LOZADA-NUR, 1992; MOURA, 2007; GRABOYES *et al.*, 2013; PRASAD J., BILODEAU E., 2014).

Nos casos de pacientes em que o fator desencadeante da LPO é o uso de corticoides locais ou sistêmicos, a mudança no regime terapêutico ou suspensão da medicação a critério médico tende a levar a lesão a sua remissão, como observado no presente caso, corroborando para o fato de que a ocorrência da leucoplasia pilosa oral não é patognomônica para definição da infecção por HIV, e pode ocorrer também em pacientes que não o possuem, inclusive com indivíduos imunocompetentes (DARLING *et al.*, 2018; PRASAD; BILODEAU, 2014; COSTA *et al.*, 2020).

A recidiva da lesão depende do status imunológico geral do paciente PVHIV ou imunocompetente, da carga viral indetectável, e da quantidade de linfócitos CD4+ em circulação (COSTA *et al.*, 2020, KHAMISSA *et al.*, 2016).

Em virtude de tais fatos, conclui-se que a leucoplasia pilosa oral é uma lesão associada a imunodepressão de graus médios a severos, e sua relação com o EBV é confirmada de acordo com a literatura. A presença da lesão em pacientes imunocompetentes com imunossupressão temporária é rara, porém possível e associada geralmente com um fator desencadeador local ou sistêmico, como o uso de corticoides locais ou sistêmicos (TABELA 2). O cirurgião-dentista deve expandir seus horizontes clínicos, para avaliar a LPO em um parâmetro abrangendo pacientes PVHIV, e também pacientes que possuem alguma imunodepressão, não necessariamente associada a infecção pelo vírus HIV. É necessário que ocorra mais estudos clínicos elucidando os casos de imunocompetência associada a LPO.

Tabela 2 – Comparação dos casos observados na literatura e sua correlação com o presente caso.

Autores	Número de pacientes	Sexo	Idade (ou média)	Tipo de Análise	Testes Moleculares	Condições subjacentes	Principais achados
Chambers et al., 2015	35	M (n=25) F (n=10)	61 (idade entre 33-86)	Biópsia incisional	Hibridização in situ positiva para EBV - RNA (EBER1) (n=35)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condições respiratórias (Asma, DPOC) (n=28)</li> <li>Doenças autoimunes (n=4)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes (n=4)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A maioria dos pacientes foi submetida a terapia inalatória com corticoides;               <ul style="list-style-type: none"> <li>Atualmente a LPO não deve ser considerada patognomônica para infecção pelo HIV nem para imunossupressão significativa</li> </ul> </li> <li>Os testes laboratoriais realizados apresentaram-se normais;</li> <li>A ocorrência de LPO em crianças é incomum;</li> <li>A terapia nasal com corticoides pode causar imunossupressão local, levando a LPO.</li> </ul>
Costa et al., 2020	1	F	9	Biópsia incisional	Hibridização in situ positiva para EBV-RNA	Uso de fluticasona nasal por via inalatória (50cmg/dia) por um período de 4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes não estavam fazendo uso de nenhuma droga imunossupressora</li> <li>Diabetes, quando não controladas, podem aumentar o risco da LPO, apesar de que os três pacientes apresentados com diabetes estavam com a doença controlada.</li> </ul>
Darling et al., 2018	7	M (n=7)	59 (idade entre 26-69)	Primeirament e biópsia incisional	Hibridização in situ positiva para EBV (EBER) RNA / Imunofluorescência (n=7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes tipo III (n=3)</li> <li>Hipertensão arterial (n=3)</li> <li>Hiperlipidemia (n=4)</li> <li>Osteoartrite (n=4)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Gota (n=1)</li> </ul> </li> <li>Nenhuma alteração (n=3)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes passando por tratamento para condições autoimunes parecem ter um maior risco de desenvolver LPO.</li> <li>Para pacientes HIV negativos, existem algumas opções de tratamento como: observação da lesão, corticosteroides tópicos e remoção cirúrgica.</li> </ul>
Graboyes et al., 2013	1	F	31	Punção de 4mm	Hibridização in situ fortemente positiva para EBV- RNA codificado (EBER)	Paciente teve lúpus eritematoso sistêmico, sendo tratada com prednisona (20mg/dia), ácido micofenólico (750 mg/ 2 vezes ao dia) e hidroxicloiquina (200mg/ 2 vezes ao dia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos e patologistas deveriam estar alertas ao fato de que a LPO não é sempre um indicativo de infecção por HIV</li> <li>Pacientes que estão sob terapia esteroidal são mais propensos a desenvolver tal condição.</li> </ul>
Piperi et al., 2008	10	M (n=5) F (n=5)	61(idade entre 32-79)	Biópsia incisional	Positive in situ hybridization for EBV-encoded RNA (EBER) Hibridização in situ positiva para EBV- RNA codificado (EBER)	Os pacientes estavam sob tratamento com terapia inalatória e/ou corticosteroides sistêmicos para as seguintes condições: DPOC (n=8) Tratamento para (n = 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>LPO pode ser encontrada em pacientes com várias condições médicas, assim como em pacientes saudáveis</li> <li>Tem uma forte correlação entre drogas imunossupressoras e o desenvolvimento da LPO</li> </ul>
Prasad et al., 2014	2	M (n=1) F (n=1)	67 e 53	Biópsia incisional	Ambos os pacientes mostraram hibridização in situ positiva para EBV - RNA codificado (EBER)	Ambos os pacientes reportaram uso de corticosteroides inalatórios, como fluticasona e mometasona, entre outras medicações.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos devem considerar a LPO como diagnóstico diferencial de lesões brancas em língua, especialmente quando os pacientes estão sob terapia corticosteroide.</li> </ul>
Shanahan et al., 2018	4	M (n=3) F (n=1)	35,5 (idade de 18-67)	Biópsia incisional (n=4)	Todos os pacientes mostraram hibridização in situ positiva para EBV - RNA codificado (EBER)	<ul style="list-style-type: none"> <li>3 pacientes ingeriram pelo menos 8 unidades de álcool/semana</li> <li>2 pacientes estavam sob terapia corticosteroide (dipropionato de beclometasona - 200mcg/ 2 vezes ao dia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Foi-se visto que há uma associação significativa de uso de corticosteroides com o desenvolvimento da LPO.</li> </ul>
Vigarios, 2015	1	F	81	Biópsia incisional	Hibridização in situ positiva para EBV - RNA codificado (EBER)	Paciente teve líquen plano e candidíase oral associados Foi submetida a terapia corticosteroideal (valerato de betametasona 0,1mg/dia)	
Presente Caso, 2022	1	M	19 22	Citologia exfoliativa	Hibridização in situ positiva para EBV - RNA codificado (EBER) e Imunohistoquímica	Condições respiratórias (sinusite e rinite alérgica) Foi submetido a terapia corticosteroide por 3 anos (budesonida 32mcg/dia)	

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A leucoplasia pilosa oral é uma lesão associada diretamente ao vírus Epstein-Barr, e embora seja vista na maioria dos casos em PVHIV, não deve ser considerada patognomônica para tal vírus, haja vista as múltiplas condições em que a lesão pode estar envolvida. O comprometimento do sistema imunológico do indivíduo pode-o deixar mais suscetível a infecções oportunistas, tais como a LPO. Em pacientes imunocompetentes, o uso de corticoides inalatórios a longo prazo apresenta-se como possível causa para o desencadeamento da LPO, haja vista o fato de que o uso de corticoides a longo prazo pode ter o efeito imunodepressor para o organismo, assim como foi observado no presente relato.

Com base no exposto, conclui-se que o uso de corticoides inalatórios foi identificado como possível fator causal para a ocorrência da LPO, e em tais casos a mudança do regime terapêutico ou a suspensão da medicação a critério médico tendem a levar a lesão a sua remissão, trazendo saúde e melhor qualidade de vida para o paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALRAMADHAN, S. *et al.* Oral Hairy Leukoplakia in Immunocompetent Patients Revisited with Literature Review. **Head Neck Pathol**, v. 15, n. 3, p. 989-993, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8384929/#>. DOI: <https://doi.org/10.1007%2Fs12105-021-01287-8> Acesso em: 16 jan. 2023.
- CHAMBERS A. *et al.*, 2015. Twenty-first-century oral hairy leukoplakia—a non-HIV-associated entity, **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 119, n. 3, p. 326-332, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440314013960>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2014.11.012>. Acesso em: 16 jan. 2023
- COSTA *et al.* Oral hairy leukoplakia in a child using a corticosteroid nasal spray. **Pediatr Dermatol**. v. 0, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pde.14194>. Acesso em: 18 nov. 2022.
- DARLING M. *et al.* Oral Hairy Leukoplakia in Patients With No Evidence of Immunosuppression: A Case Series and Review of the Literature. **J Can Dent Assoc.**, v. 84, n. 4, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31199724/>. Acesso em: 16 nov. 2022.
- DIAS, E. *et al.* Leucoplasia pilosa oral: aspectos histopatológicos da fase subclínica. **Pesqui. Odontol Bras**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 104-111, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-74912001000200005>
- DUNMIRE S., VERGHESE P., BALFOUR H. Primary Epstein-Barr virus infection. **J Clin Virol**, v. 102, p. 84-92, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29525635/>. Acesso em: 16 nov. 2022.
- GOWDEY G.; LEE R.; CARPENTER W. Treatment of HIV-related hairy leukoplakia with podophyllum resin 25% solution. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 79, n. 1, p.64-67, 1995.
- GRABOYES *et al.* Oral Hairy Leukoplakia in an HIV-Negative Patient. **Ear, Nose & Throat Journal**, v. 92, n. 6, p. 12-15, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014556131309200614>. Acesso em: 17 nov. 2022.
- GREENSPAN J., GREENSPAN D, WEBSTER-CYRIAQUE J. Hairy leukoplakia; lessons learned: 30-plus years. **Oral Dis**, v. 22, n. 1, p. 120-127, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27109280/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

GREENSPAN, D. *et al.* Oral hairy leucoplakia in male homosexuals: Evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. **The Lancet**, v. 324, n. 8407, p. 831-834, 1984. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673684908729>. Acesso em: 8 nov. 2022.

GREENSPAN, D. *et al.* Relation of oral hairy leukoplakia to infection with the human immunodeficiency virus and the risk of developing AIDS. **J Infect Dis**, v. 155, n. 3, p. 475-581, 1987.

GREENSPAN, J. *et al.* Comparison of cytopathic changes in oral hairy leukoplakia with in situ hybridization for EBV-DNA. **Oral Dis**, v. 4, n. 2, p. 95-99, 1998.

ITIN, P. *et al.* Oral hairy leukoplakia in a HIV-negative renal transplant patient: a marker for immunosuppression? **Dermatologica**. v. 177, n. 2, p. 126-128, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2844612/>. Acesso em: 8 nov. 2022.

KHAMISSA R. *et al.* Epstein-Barr Virus and Its Association with Oral Hairy Leukoplakia: A Short Review. **Int J Dent**, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27047546/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

LOZADA-NUR F.; COSTA C. Retrospective findings of the clinical benefits of podophyllum resin 25% sol on hairy leukoplakia. Clinical results in nine patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 73, n. 5, p. 555-558, 1992.

MILAGRES, A. *et al.* Leucoplasia Pilosa Oral em paciente hiv positivo: revisão da literatura e relato de caso. **DST: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 58-62, 2004.

MOURA M. *et al.* A random clinical trial study to assess the efficiency of topical applications of podophyllin resin (25%) versus podophyllin resin (25%) together with acyclovir cream (5%) in the treatment of oral hairy leukoplakia. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 103, n. 1, p. 64-71, 2007.

NEVILLE, B. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**, 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; P. 511, 2016.

ORTEGA, K. Aspectos demográficos, clínicos e odontológicos de 1200 pacientes HIV positivos do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais (CAPE-FOUSP). Tese (doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2000. 146p.

PIPERI, E. *et al.* Oral hairy leukoplakia in HIV-negative patients: report of 10 cases. **Int J Surg Pathol**, v. 18, n. 3, p. 177-183, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19033322/>. Acesso em: 08 nov. 2022.

PRASAD J., BILODEAU E. Oral hairy leukoplakia in patients without HIV: presentation of 2 new cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.**, v. 118, n. 5, p. 151-160, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25096885/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SHANAHAN D. *et al.* Oral hairy leukoplakia in healthy immunocompetent patients: a small case series. **Oral Maxillofac Surg**, v. 22, n. 3, p. 335-339, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30079439>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SHIBOSKI C. Epidemiology of HIV-related oral manifestations in women: a review. **Oral Dis**, v. 3, n. 1, p. 18-27, 1997.

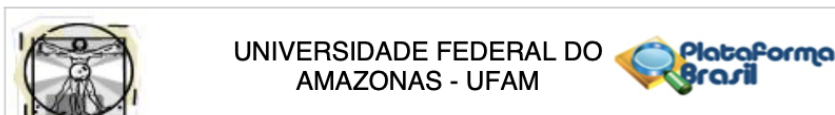
SIOU K. *et al.* A growing need - HIV education in long-term care. **Geriatr Nurs**, v. 38, n. 3, p. 199-206, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28169038/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

VIGARIOS E. *et al.* Leucoplasie orale chevelue induite par une corticothérapie locale, **Annales de Dermatologie et de Vénérologie**, v. 142, n. 10, p. 527-576, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963815004846>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.annder.2015.08.002>. Acesso em: 16 jan. 2023.

WEISS L., CHEN Y. EBER in situ hybridization for Epstein-Barr virus. **Methods Mol Biol**, v. 999, p. 223-230, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23666702/>. Acesso em: 17 nov. 2022.

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) - UFAM



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Leucoplasia pilosa oral (LPO) em paciente HIV-negativo: Relato de caso

**Pesquisador:** Gerson de Oliveira Paiva Neto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66709123.0.0000.5020

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde e Biotecnologia - ISB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.005.087

## Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) responsável no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2074465.pdf 07/03/2023 14:58:34

A leucoplasia pilosa oral (LPO) é uma condição ligada à infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) que está fortemente associada a condições de imunossupressão moderada a grave, tais como as vistas em pacientes vivendo com HIV sem tratamento, porém não sendo exclusivamente encontrada neste grupo de pacientes. O seguinte é o relato de um caso de LPO vista em um paciente do sexo masculino, de 22 anos de idade, localizada em borda lateral de língua, a qual foi confirmada pelo exame clínico associado à realização de citologia esfoliativa e exames moleculares para a detecção de EBV na amostra. Foi realizado teste sorológico para a detecção de HIV I e II pelo método ELISA, o qual foi negativo. O paciente alegou, à anamnese, utilizar budesonida 32mcg para o tratamento de rinite alérgica, o que foi apontado como possível causa para a lesão. Após a suspensão da medicação a critério médico, a lesão regrediu completamente em um período de dois meses. O paciente encontra-se em preservação há dois anos, sem sinais de recidiva.

Hipótese: Pacientes que são soronegativos para HIV podem apresentar LPO, sendo sua patogênese explicada por outras formas de imunossupressão

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**CEP:** 69.057-070

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 6.005.087

Ausência	TCLE_Ajustado.pdf	07/03/2023 14:57:37	Gerson de Oliveira Paiva Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Ajustada.pdf	07/03/2023 14:57:27	Gerson de Oliveira Paiva Neto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_nova.pdf	07/03/2023 14:57:04	Gerson de Oliveira Paiva Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/01/2023 16:16:06	Gerson de Oliveira Paiva Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	10/01/2023 21:07:10	Gerson de Oliveira Paiva Neto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 16 de Abril de 2023

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Teresina, 4950  
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
UF: AM Município: MANAUS  
Telefone: (92)3305-1181 E-mail: cep.ufam@gmail.com