
Xantoma verruciforme em paciente melanoderma, características clínicas e histopatológicas e conduta clínica cirúrgica: relato de caso

Verruciform xanthoma in a melanoderm patient: clinical and histopathological characteristics and surgical clinical management: a case report

William Ananias Mansor Fernandes¹, Júlia Cândido Pestana¹, Kelly Cristine Tarquínio Marinho², Hélio de Jesus Kiyochi Júnior², Levy Anderson Cesar Alves², Halbert Villalba³, Ricardo Salgado De Souza⁴

¹Curso de Odontologia da Universidade Paulista, *Campus* Indianópolis, São Paulo-SP, Brasil; ²Disciplina de Cirurgia do curso de Odontologia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil; ³Disciplina de Patologia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil; ⁴Disciplina de Estomatologia do curso de Odontologia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil

Resumo

Descrever um caso clínico de xantoma verruciforme apresentando suas principais características clínicas e histopatológicas e tratado com excisão cirúrgica. Para realização desse artigo foi realizada uma revisão de literatura, por meio de seleção de artigos sobre o tema, e acompanhamento do caso clínico. Paciente dirigiu-se a clínica de Odontologia Interdisciplinar da UNIP Indianópolis (São Paulo – SP) queixando-se da estética de seus dentes. Durante a anamnese, negou distúrbios, patologias de base e alergias. Ao exame intraoral foi identificado gengiva muito inflamada, algumas coroas destruídas pela doença cárie e lesão sésil com aspecto papilar de coloração amarelada, com aproximadamente 3mm em região gengival, abaixo do elemento 42, que apresentava edema. Paciente nega sintomatologia na região. Não foram encontradas alterações radiográficas na lesão. Após três meses, paciente retornou à clínica para realizar exodontias de raízes residuais. Nessa ocasião, foi realizada também a biópsia excisional da lesão, que foi coletada e enviada para análise histopatológica, retornando com compatibilidade para xantoma verruciforme. Pode-se concluir que o xantoma verruciforme é uma lesão rara, sendo necessária a biópsia excisional, com bom prognóstico, sem recidiva e sem transformação maligna. Deve ser removida para que tenha um correto diagnóstico..

Descritores: Epitélio; Hiperplasia; Xantoma

Abstract

To describe a clinical case of verruciform xanthoma, presenting its main clinical and histopathological characteristics, treated with surgical excision. For the execution of this article, a literature review was conducted by selecting relevant articles on the subject and following the clinical case. The patient visited the Interdisciplinary Dentistry Clinic of UNIP Indianópolis (São Paulo - SP), complaining about the aesthetics of their teeth. During the anamnesis, the patient denied any underlying disorders, pathologies, or allergies. Upon intraoral examination, highly inflamed gums, some crowns destroyed by dental caries, and a sessile lesion with papillary appearance and yellowish coloration, approximately 3mm in size, were identified in the gingival region below tooth 42, accompanied by edema. The patient reported no symptoms in the region. No radiographic alterations were detected in the lesion. After three months, the patient returned to the clinic for residual root extractions. On this occasion, an excisional biopsy of the lesion was also performed, with the collected sample sent for histopathological analysis, confirming compatibility with verruciform xanthoma. It can be concluded that verruciform xanthoma is a rare lesion that requires excisional biopsy for accurate diagnosis. The prognosis is favorable, with no recurrence or malignant transformation observed. Removal is recommended for proper diagnosis..

Descriptors: Epithelium; Hyperplasia; Xanthoma

Introdução

O xantoma verruciforme oral é uma lesão hiperplásica benigna rara que ocorre na cavidade oral¹. Sua classificação como uma lesão hiperplásica benigna é acompanhada da busca contínua por compreender a etiologia subjacente. Acredita-se que esta condição seja uma resposta incomum a danos, traumas ou inflamações no epitélio oral, muitas vezes associada a estados de pré-disposição epitelial alterada, tais como líquen plano, lúpen eritematoso e outras condições^{1,2}.

Dentro da cavidade oral, o xantoma verruciforme se apresenta clinicamente como um nódulo levemente elevado, de consistência amolecida, frequentemente confundido com outras lesões orais devido à sua aparência superficial¹. Normalmente não há sintomatologia, o que dificulta o diagnóstico, uma vez que os pacientes podem não notar a presença da lesão. Sua

coloração pode variar entre branco, cinza, amarelo-esbranquiçado, vermelho ou rosa. A singularidade da lesão é frequentemente observada, embora a ocorrência de múltiplas lesões não seja incomum^{1,2,3,4}. A presença de tais características clínicas requer um diagnóstico diferencial preciso para assegurar um tratamento adequado.

O diagnóstico do xantoma verruciforme oral é em grande parte confirmado por meio da análise histopatológica, que revela células de xantoma – macrófagos carregados de citoplasma espumoso – no tecido conjuntivo subjacente. Essa característica histológica é crucial para a distinção precisa de outras condições que possam apresentar características clínicas semelhantes. A identificação dessas células, juntamente com a observação de acantose e papilomatose no epitélio, contribui para a confirmação do diagnóstico¹⁻⁹.

No âmbito clínico, o tratamento do xantoma verruciforme oral geralmente envolve a remoção cirúrgica da lesão. Dada a sua raridade e as possíveis complicações decorrentes do diagnóstico equivocado, a excisão cirúrgica busca garantir a remoção completa da lesão. Além disso, a abordagem clínica pode incluir um acompanhamento cuidadoso para monitorar a recorrência, embora esta seja relativamente incomum após o tratamento adequado^{1,3,4}.

O objetivo do presente trabalho é descrever um caso clínico de xantoma verruciforme, apresentando suas principais características clínicas e histopatológicas, tratado com excisão cirúrgica, bem como revisão breve da literatura sobre o assunto. Por meio desta descrição, busca-se enriquecer o entendimento sobre esta condição rara na cavidade oral, ressaltando a importância da identificação precisa, do diagnóstico diferencial adequado e da abordagem terapêutica eficaz.

Revisão da literatura

O xantoma verruciforme oral é uma lesão hiperplásica benigna na cavidade oral que acomete principalmente área de gengiva e mucosa alveolar^{1,10}. Estudos apontam que se trata de uma lesão rara, com pequena predileção para homens caucasianos na quinta ou sexta década de vida, com incidência de 0,025%-0,05%, muitas vezes mal diagnosticada como papiloma^{3,5,6,7,10,11}. Foi identificada pela primeira vez em 1971, por Shafer⁵ e, desde então tem sido discutida e analisada a sua possível etiologia. A hipótese mais provável é que seja uma reação incomum a um dano, um trauma ou uma inflamação no epitélio, sendo uma lesão associada a casos em que o indivíduo apresentava epitélio alterado, como líquen plano, lúpus eritematoso, epidermólise bolhosa, displasia epitelial, carcinoma epidermoide, pêfigo vulgar e doença do enxerto contra o hospedeiro^{1,2,9}.

Embora sua origem ainda seja objeto de investigação, estudos apontam que essa condição pode ser atribuída a uma reação singular do epitélio oral a vários estímulos agressores^{3,7}. Entre as principais teorias, destaca-se a possibilidade de que o xantoma verruciforme oral seja uma resposta incomum a danos físicos, como traumas repetidos ou irritações crônicas na mucosa oral^{3,4,7}. Além disso, a associação com condições dermatológicas, incluindo líquen plano e lúpus eritematoso, sugere uma conexão entre a inflamação crônica e o desenvolvimento do xantoma verruciforme^{1,2,7}. A presença de células de xantoma, ricas em lipídios, também sugere um possível papel da lipogênese na sua patogênese^{3,4,6,7}.

Clinicamente, o xantoma verruciforme se apresenta assintomático, como um nódulo levemente elevado, séssil, bem delimitado, com consistência amolecida. Costuma ser uma lesão única, porém casos com múltiplas lesões já foram notificados¹⁻⁴. Pode manifestar-

se também extraoral, principalmente na pele e em regiões genitais¹⁻⁴. A cor da lesão pode variar em branca, cinza, amarelo-esbranquiçada, vermelha ou rosa, pode medir entre 2mm e 2cm, não sendo encontrado lesões maiores que 4cm¹⁻⁴.

A conduta clínica engloba um correto diagnóstico, acompanhamento e a remoção cirúrgica da lesão, com o objetivo de eliminação completa e prevenção de recorrências. O acompanhamento clínico após a intervenção cirúrgica é crucial para detectar eventuais recidivas e ajustar o plano de tratamento conforme necessário.

Histologicamente, as lesões são muito semelhantes a xantomas dérmicos, entretanto não há associação direta entre diabetes e hiperlipidemia nos casos¹. Apresentam epitélio com acantose e papilífero recoberto com camada de paraqueratina, bem como cristas epiteliais alongadas e profundas. Em coloração hematoxilina e eosina (HE), a queratina exhibe coloração laranja. Para realizar o diagnóstico, a característica que observamos é o acúmulo de macrófagos grandes com citoplasma espumoso, as chamadas células de xantoma, em tecido conjuntivo¹⁻⁸.

Relato de caso

R.F.J., melanoderma, sexo masculino, 37 anos, ex-morador de rua, autônomo, dirigiu-se a clínica da disciplina de Odontologia Interdisciplinar da UNIP Indianópolis (São Paulo – SP) queixando-se da estética de seus dentes. Durante a anamnese, negou distúrbios, patologias de base e alergias. Ao exame extraoral, não foi identificada nenhuma anormalidade, paciente sem assimetrias e linfonodos dentro dos parâmetros normais. Ao exame intraoral, foi identificado uso de prótese parcial removível com muito acúmulo de biofilme e totalmente desadaptada por conta de perda de elementos dentários que davam apoio e suporte a prótese. A higiene bucal geral foi identificada como extremamente precária, com muito acúmulo de biofilme, gengiva muito inflamada e algumas coroas destruídas pela doença cárie. Foi também identificada lesão séssil com aspecto papilar de coloração amarelada, com aproximadamente 3mm em região gengival, abaixo do elemento 42, que apresentava edema (Fig. 1). Paciente nega sintomatologia na região. Foi realizado também exame radiográfico com a finalidade de verificar se havia alguma alteração radiográfica da lesão. Na radiografia intraoral periapical, foram apenas identificados cálculos subgengivais (Fig. 2).

Devido à má higiene e nível de inserção clínica de aproximadamente 6-7mm nos dentes anteriores inferiores (31, 32, 41 e 42), foi necessário realizar terapia básica e inicial periodontal, antes de realizar a biópsia da lesão, realizando, portanto, instrução de higiene, raspagem supragengival e subgengival (Fig. 3). Após três meses, paciente retornou à clínica para



Figura 1. Dentes anteriores inferiores com presença de lesão próxima ao elemento 42.



Figura 2. Radiografia periapical da região anterior inferior.



Figura 3. Estado bucal após terapia inicial periodontal.



Figura 4. Excisão cirúrgica.



Figura 5. Região após excisão e hemostasia.



Figura 6. Lesão excisionada ao lado de bisturi.



Figura 7. Amostra em formol 10%.

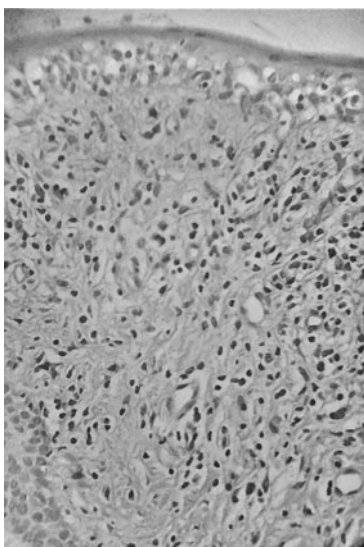


Figura 8. Coloração hematoxilina-eosina (H&E) 100x de aumento.

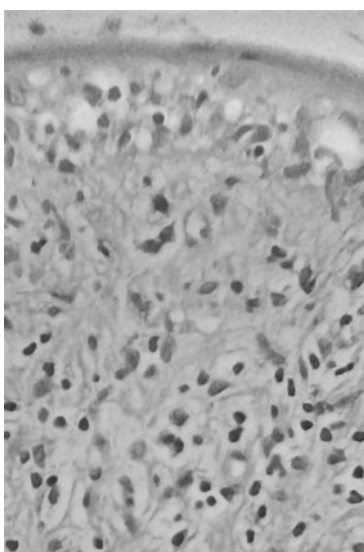


Figura 9. Coloração hematoxilina-eosina (H&E) 400x de aumento.

realizar exodontias das raízes residuais que apresentava. Nessa ocasião, foi realizada também a biópsia excisional da lesão.

Após as exodontias de raízes residuais dos elementos 46 e 47, com bloqueio do nervo alveolar inferior, lingual e bucal do lado direito, com dois tubetes de anestésico Lidostesim® 3% (DLA Pharma, Catanduva, SP), a anestesia foi complementada com a técnica infiltrativa com finalidade hemostática, utilizando 1/3 do tubete do mesmo anestésico na região da lesão. Com uma lâmina de bisturi nº 15, foi realizada a excisão em cunha de toda a lesão (Fig. 4), realizando compressão para hemostasia com gaze estéril (Fig. 5). A lesão excisionada (Fig.6) foi acondicionada em formol 10% (Fig.7) e encaminhada para exame histopatológico do Serviço de Histopatologia da Faculdade de Odontologia de Sorocaba da Universidade Paulista – UNIP, com hipóteses diagnósticas para: papiloma, verruga vulgar e xantoma verruciforme.

O laudo retornou como lesão compatível com xantoma verruciforme. No exame histopatológico, foi observada proliferação do epitélio bucal de revestimento, com papilomatose discreta, alongamento das cristas epiteliais e discreta paraqueratose (Fig. 8 e Fig. 9). Na lâmina própria, células xantomatosas com citoplasma claro e vacuolado foram observadas.

Discussão

Os achados clínicos e histológicos do caso estão em conformidade com estudos já publicados na literatura, colaborando com o diagnóstico de xantoma verruciforme oral.

Como se trata de uma lesão rara (com prevalência de 0,025%¹¹), tendo predileção maior em homens leucodermas entre a quinta a sétima década de vida^{2,10}, o presente caso se destaca, uma vez que se trata de um homem melanoderma com 37 anos. Quanto a duração da lesão, o paciente não se recorda quando houve o surgimento. A falta de sintomatologia e o baixo nível de higiene bucal dificultam a identificação da lesão por parte do paciente, assim só foi possível verificá-la por conta do exame clínico realizado.

Assim como descrito pela literatura^{1,10} quanto a localização de predileção na cavidade oral, a lesão foi encontrada em gengiva inserida próxima do dente 42. Como a lesão se apresentava como lesão séssil com aspecto papilar de coloração amarelada, as hipóteses diagnósticas foram papiloma, verruga vulgar e xantoma verruciforme. Para todas essas lesões há indicação de excisão cirúrgica, assim foi realizado o procedimento para envio da amostra para análise histopatológica.

Histologicamente, foi observada proliferação do epitélio bucal de revestimento, com papilomatose discreta, alongamento das cristas epiteliais e discreta paraqueratose, com células xantomatosas com citoplasma claro e vacuolado na lâmina própria. Houve

então uma compatibilidade com o descritivo histológico presente na literatura especializada¹⁻⁸.

A grande questão da etiologia da lesão continua ainda em aberto. Como alguns autores apontam, a mais provável etiologia é uma irritação local como fator inicial para o desenvolvimento da doença³⁻¹². Isso é relevante para o presente caso, uma vez que o paciente apresentava doença periodontal com presença de bolsas periodontais verdadeiras, cálculos, biofilme e matéria alba na região, o que poderia favorecer ao desenvolvimento da lesão, devido a grande quantidade de células T no tecido, por conta da doença periodontal¹³. Essa hipótese é corroborada por estudos que mostram que o xantoma verruciforme pode ser uma desordem imunológica mediada pelas células T¹⁴. Embora essas teorias ofereçam hipóteses valiosas, é importante reconhecer que a etiologia do xantoma verruciforme oral permanece um território de exploração e questionamento, com a necessidade contínua de investigações rigorosas para esclarecer completamente seus mecanismos subjacentes.

Conclusão

O xantoma verruciforme oral é uma lesão rara, sendo necessária a biópsia excisional, com bom prognóstico, sem recidiva e sem transformação maligna. Deve ser removida para que tenha um correto diagnóstico, evitando possível diagnóstico incorreto com outras lesões papilares. Sua etiologia ainda é desconhecida, mas parte da literatura acredita que se trata de uma resposta do sistema imune. Sendo assim, são necessários estudos histoquímicos e moleculares para descobrir a real causa da doença.

Referências

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia Oral e Maxilofacial. 4a ed. Rio de Janeiro: GEN I Grupo Editorial Nacional; 2021
2. Tamiolakis P, Theofilou V, Tosios K, Sklavounou-Andrikopoulou A. Oral verruciform xanthoma: Report of 13 new cases and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018. 23(4): e 429 - e 35. DOI: 10.4317/medoral.22342.
3. Harris L, Staines K, Pring M. Oral verruciform xanthoma. *BMJ Case Rep*. 2015;2015(mar27 1):bcr2014209216-6. DOI: 10.1136/bcr-2014-209216.
4. Belknap AN, Islam MN, Bhattacharyya I, Cohen DM, Fitzpatrick SG. Oral Verruciform Xanthoma: A Series of 212 Cases and Review of the Literature. *Head Neck Pathol*. 2020;14(3): 742-8. DOI: 10.1007/s12105-019-01123-0.
5. Shafer WG. Verruciform xanthoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1971;31(6):784-9. DOI: 10.1016/0030-4220(71)90134-4.
6. Andrade BAB, Agostini M, Pires FR, Rumayor A, Carlos R, Almeida OP, et al. Oral verruciform xanthoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 20 cases. *J Cutan Pathol*. 2015;42(7):489-95. DOI: 10.1111/cup.12500.
7. Baig FAH, Luqman M, Vij H, Ibrahim M. Oral Verruciform Xanthoma of lateral border of tongue – a sheep in wolf’s clothing. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg*. 2019;120(5):480-2. DOI: 10.1016/j.jormas.2018.12.002.
8. Hwang Ming-Jay, Yu-Fong Chang Julia, Chiang Chun-Pin. Oral verruciform xanthoma: case report. *J Dent Sci*. 2023; 18(2):936-8. DOI: 10.1016/j.jds.2023.01.010.
9. Monteiro MCLJ, Furuse C, Cê LC, Santana AF, Araújo VC. Verruciform xanthoma: case report. *RGO, Rev Gaúch. Odontol*. 2016;64(1):79-82.
10. Philipsen HP, Reichart PA, Takata T, Ogawa I. Verruciform xanthoma—biological profile of 282 oral lesions based on a literature survey with nine new cases from Japan. *Oral Oncol*. 2003;39(4):325-36. DOI: 10.1016/s1368-8375(02)00088-x.
11. Buchner A. Verruciform Xanthoma of the Oral Mucosa. *Arch. Dermatol*. 1981;117(9):563-5.
12. Zegarelli DJ, Zegarelli-Schmidt EC, Zegarelli EV. Verruciform xanthoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1975; 40(2):246-52.
13. Luan X, Zhou X, Naqvi A, Francis M, Foyle D, Nares S, MicroRNAs and immunity in periodontal health and disease. *Int. J. Oral Sci*. 2018;10(3).
14. Mostafa KA, Takata T, Ogawa I, Ijuhin N, Nikai H. Verruciform xanthoma of the oral mucosa: a clinicopathological study with immunohistochemical findings relating to pathogenesis. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol*. 1993;423(4):243-8. DOI: 10.1007/BF01606886.

Endereço para correspondência:

William Ananias Mansor Fernandes
Alameda dos Tupiniquins, 168 – apto. 141
Planalto Paulista, São Paulo-SP, CEP 04077-901
Brasil

E-mail: william.mansor@gmail.com

Recebido em 28 de setembro de 2023
Aceito em 1 de novembro de 2023