CANDIDÍASE CRÔNICA HIPERPLÁSICA: RELATO DE CASO

CHRONIC HYPERPLASTIC CANDIDIASIS: CASE REPORT

LARISSA SANTOS **PEREIRA**[1], LUANNA RODRIGUES DE **ALMEIDA**[1], RAÍSSA SOARES DOS **ANJOS**[2*]

1. Discente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Favip Wyden; **2.** Docente da disciplica de estomatologia do curso de graduação em Odontologia da Universidade Favip Wyden, Graduada em Odotologia pela Universidade de Pernambuco, Pós-graduada em Odontologia Hospitar pela Universidade de Pernambuco e Ortodontia pela faculdade Sete Lagoas, Mestra em Hebiatria e Doutoranda em clínicas médicas com ênfase em estomatologia e patologia oral na Universidade de Pernambuco.

*Rua Napolão Galvão, 530, Heliopolis, Garanhus, Pernambuco, Brasil. CEP: 55296-010. luannar843@gmail.com

Recebido em 20/09/2024. **Aceito** para publicação em 26/09/2024

RESUMO

A candidíase crônica hiperplásica é um tipo incomum de candidíase. Normalmente as lesões estão localizadas na mucosa vestibular anterior e não podem ser diferenciadas clinicamente de uma leucoplasia. Assim a biópsia incisional é indicada para diagnóstico. O tratamento preconizado é o uso de antifúngicos tópicos e sistêmicos. Este trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso de candidíase crônica hiperplásica em paciente tabagista. Paciente do sexo masculino, 67 anos, tabagista. Compareceu a clínica odontológica queixando-se de lesões em cavidade oral presentes há 5 anos. Relatou que houve progressão destas há5 meses. No exame físico foram observadas múltiplas lesões em mucosa oral e comissura labial sendo bilaterais, exofíticas, variando de 1 a 2 centímetros, superfície irregulare coloração branca/avermelhada. Uma biópsia incisional foirealizada e a histopatologia demonstrou epitélio exibindo acantose e exocitose em hematoxilina e eosina. Na coloração especial PAS foi possível observar a presença de hifas confirmando o diagnóstico de candidíase crônica hiperplásica. Assim foram prescritos antifúngicos (miconazol creme 20 mg/g e nistania suspensão oral 100.000UI) quatro vezes ao dia sendo notado regressão do quadro clínico em 1 mês. O paciente segue em acompanhamento sem recidiva.

PALAVRAS-CHAVE: candidíase hiperplásica; manifestações orais; tratamento.

ABSTRACT

Chronic hyperplastic candidiasis is an uncommon type of candidiasis. The lesions are typically located on the anterior vestibular mucosa and cannot be clinically distinguished from leukoplakia. Thus, an incisional biopsy is recommended for diagnosis. The recommended treatment is the use of topical and systemic antifungals. This study aims to present a case report of chronic hyperplastic candidiasis in a smoker patient. The patientis a 67 years old male, smoker. He attended the dental clinic complaining of oral cavity lesions that had been present for 5 years, with progression noted over the past 5months. On physical examination, multiple lesions were observed on the oral mucosa and commissure, being bilateral and exophytic, ranging from 1 to 2 centimeters, irregular surface andwhite/reddish color. An incisional biopsy was performed, and histopathology revealed epithelium exhibiting acanthosis and hematoxylin and eosin exocytosis. In the special PAS staining, antifungals were prescribed (miconazole cream 20 mg/g and nistania oral, it was possible to observe the presence of hyphae, confirming the diagnosis of chronic hyperplastic candidiasis. Therefore, suspension 100,000 IU) four times a day, with clinicalregression noted within 1 month. The patient remains under follow- up without recurrence.

KEYWORDS: hyperplastic candidiasis; oral manifestations; drug therapy.

1. INTRODUÇÃO

De candidíase oral (CO) é uma infecção de maior frequência no meio bucal, é produzida por fungos do gênero *Candida spp*, que na forma de levedura é normalmente encontrada na microbiota oral de indivíduos saudáveis. Devido a fatores sistêmicos e locais, a *Candida spp* pode assumir um comportamento patogênico em indivíduos com o sistema imunológico comprometido[1].

A espécie de candida mais ordinariamente encontrada é a *Candida albicans* devido às suas características de aderência e alto nível nocivo, é uma levedura dimórfica, que pode existir tanto na forma de hifa quanto de levedura[6]. Na cavidade oral, diferentes formas clínicas de candidíase estão associadas a alterações clínicas na mucosa. Essas formas podem ser categorizadas da seguinte forma: pseudomembranosa aguda, eritematosa, diversas variantes de eritematosa, mucocutânea e hiperplásica[2].

A candidíase crônica hiperplásica (CCH) é um subtipo raro de CO. É descrita como uma infecção crônica oportunista da cavidade oral que é caracterizada pela hiperplasia epitelial do hospedeiro. Aenfermidade é mais comum em indivíduos entre 31 e 81 anos, sendo a grande maioria diagnosticada acima de 50 anos de idade. No que se refere ao sexo, há uma certa predileção para o sexo masculino[3,4,5].

Alguns fatores parecem induzir ou potencializar a CCH, como o tabaco, a hipossalivação,a má adaptação de prótesese a higiene oral deficiente. Como geralmente os homens se preocupam menos comos cuidados com a saúde bucal, isso pode justificar o maior acometimento da doença entre homens[4,5,6].

A CCH manifesta-se por placas brancas não removíveis à raspagem, levemente elevadas e bem circunscritas, geralmente na mucosa bucal, que podem

se estender até àscomissuras labiais. Não apresentam sintomatologia e podem apresentar-se de formas nodulares ou manchadas[1]. O diagnóstico da CCH é complexo, pois as características clínicas descritas são semelhantes à das leucoplasias, incluindo a hiperplasia e lesões epiteliais malignas ou pré-malignas[7].

Dessa forma, além do exame clínico adequado se deverealizar exames complementares, sendo primordial a realização de biópsia incisional e examehistopatológico. A análise laboratorial guia o diagnóstico definido, pois são observadas paraqueratinização, epitelização ampla e bulbosa cristas, exocitose de leucócitos polimorfonucleares levando à formação de microabscessos e a presença de hifas na paraqueratinização. Essas hifas determinam o diagnósticode CCH já que as demais doenças quefazem diagnóstico diferencial não apresentam essa característica histológica[6,8].

O tratamento do CCH consiste principalmente em terapia antifúngica e identificação de fatores predisponentes[9]. Vale salientar que os fatores predisponentes devem ser sempre ponderados, pois é comum que a terapia antifúngica não seja efetiva devidoa persistência destes[10]. No entanto, se a lesão não responder aotratamento antifúngico, o profissional deve considerar os diagnósticos diferenciais, inclusive a chance da alteração ser uma desordem oral potencialmente maligna[9].

Portanto, a CCH afeta o bem-estar dos acometidos, pois pode causar desconforto e trauma, o que gera dor e dificultando em realizar atividades funcionais, como comer e falar. Além disso, tem havido um aumento notável na sua prevalência, enfatizando a necessidade de melhorar a compreensão dos mecanismos subjacentes e conceber estratégias terapêuticas mais eficientes[10].

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever um relato de caso sobre candidíase crônica hiperplásica em um paciente tabagista e discutir os aspectos clínico-patológicos da doença. Além disso, discernir sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 67 anos de idade, tabagista, compareceu ao consultório odontológico privado apresentando a queixa principal de “lesões em boca”. O paciente relatou a presença dessas lesões há cinco anos, onde houve um crescimento expressivo nos últimos cinco meses.

No exame físico extraoral nada digno de nota. Já no intraoral, observou-se higiene oral deficiente e reabilitação oral insatisfatória do tipo prótese protocolo (superior e inferior). Além disso, múltiplas lesões assintomáticas na mucosa jugal e comissura labial, bilaterais, exofíticas, variando de um a dois centímetros em seu maior diâmetro, superfície irregular e coloração branco/avermelhada (Figura 1 A, B, C e D).

Diante do exposto, as hipóteses diagnósticas foram desordem oral potencialmente maligna ou doença infecciosa. Assim uma biópsia incisional foi realizada e o espécime encaminhado para o exame histopatológico.

Figura 1. A. Múltiplas lesões exofíticas de coloração semelhante a mucosa adjacente em mucosa jugal direita. B. Lesão exofítica de coloração avermelhada em comissura labial direita. C. Múltiplas lesões exofíticas de coloração ora branca ora avermelhada em mucosa jugal esquerda. D. Lesão exofítica de coloração avermelhada em comissura labial esquerda. **Fonte:** os autores.

Os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina evidenciaram tecido epitelial exibindo acantose e exocitose. No tecido conjuntivo, a presença de microabcessos neutrofílicos e inflamação subjacente. Tais achados sugeriram uma doença infecciosa, e por isso, o exame histoquímico foi solicitado. No PAS foi possível observar apresença de hifas e o diagnóstico de CCH (Figura 2: A e B;Figura 3).

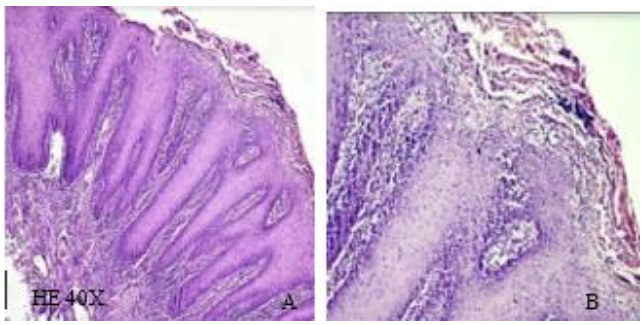

Figura 2. A e B. Presença de epitélio exibindo acantose, presença de microabcessos neutrofílicos e inflamação no tecido conjuntivo subjacente. **Fonte:** os autores.

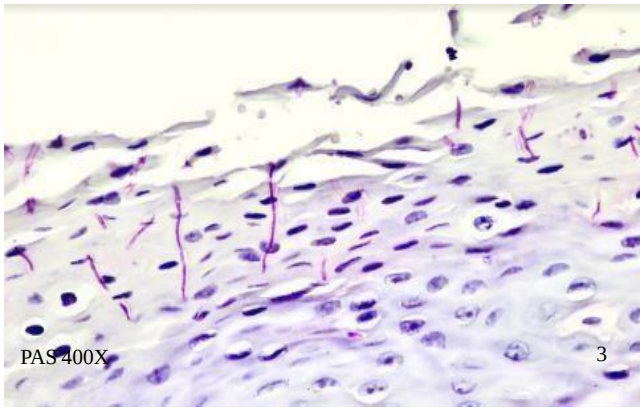

Figura 3. Presença de hifas de *Candida*. **Fonte:** os autores.

A terapia antifúngica foi iniciada com a prescrição

de Miconazol 20 mg/g e Nistatina 100.000UI quatro vezes ao dia, remoção das próteses mal adaptadas e orientação de higiene oral. O paciente seguiu as recomendações descritas sendo notado regressão do quadro clínico em um mês. O indivíduo segue em acompanhamento odontológico trimestral sem recidiva há 12 meses (Figura 4 A, B, C e D).

Figura 4. Após 3 meses. A. Significativa regressão de múltiplas lesões em mucosa jugal direita. B. Regressão completa de lesão em comissura labial direita. C. Significativa regressão de múltiplas lesões em mucosa jugal esquerda. D. Regressão completa de lesão em comissura labial esquerda. **Fonte:** os autores.

3. DISCUSSÃO

A CCH é uma derivação da candidíase oral causada por uma infecção através do gênero *candida*. Sua nocividade pode ser induzida ou potencializada por fatores locais e sistêmicos do hospedeiro. Conforme falado na literatura e também visto nesse caso, o fumo e próteses mal adaptadas são agentes de risco muitos associados à CCH. Além disso, o constante fluxo de saliva da cavidade oral favorece a resistência do microorganismo[6]. Tais achados corroboram como o relato de caso exposto, tendo em vista que o paciente estava em uso de uma prótese mal adaptada e apresentava higiene oral deficiente. Além disso, trata-se de um idoso e normalmente nessa faixa etária a produção de saliva é menor.

Embora o fungo do gênero *candida* seja mais encontrado em ambos os sexos, a CCH é mais frequente em homens como ocorreu nesse relato. Segundo estudos realizados por Barret et al. (1998)[5], ao serem analisadas

30 biópsias com pacientes diagnosticados CCH, 21 desses pacientes eram do sexo masculino e apenas nove do sexo feminino. A respeito da faixa etária, a literatura mostra que a prevalência varia dos 31 aos 81 anos de idade[6,8], sendo compatível o paciente aqui apresentado.

A maioria das lesões homogêneas são assintomáticas, contudo as lesões nodulares podem causar dores ou desconfortos[6]. Nesse estudo, o paciente em questão relatou não possuir sintomas dolorosos. Além disso, as lesões descritas na literatura, como bilaterais, bem delimitadas, ligeiramente elevadas e variando de pequenas áreas esbranquiçadas a grandes placas opacas[1], encontram correspondência no relato de caso.

Neste, são observadas lesões na mucosa jugal e comissura labial, também bilaterais e exofíticas, com dimensões de até dois centímetros e coloração branco/avermelhada. A presença de tais características em ambos os contextos evidencia a consistência dos achados clínicos típicos da CCH. Porém se deve realizar mais exames para obter o diagnóstico definitivo, reforçando a importância de excluir diagnósticos diferenciais e conduzir adequadamente o tratamento.

Por isso, os exames histopatológicos sãodecisivos para confirmar a alteração morfológica das espécies de *candida*,de leveduras para hifas, visto que vão indicar a patogenia da doença, além de realizar o diagnóstico diferencial e o seu monitoramento e acompanhamento. Isso é importante para diferenciar o diagnóstico de CCH de uma desordem oral potencialmente maligna ou maligna[7]. Segundo Pina et al. (2021)[11], é necessário realizar exames histopatológicos para confirmar a presença de fungos e excluir atipias celulares no diagnóstico diferencial da CCH, utilizando culturas, testes laboratoriais específicos e técnicas histoquímicas como o PAS.

No presente caso, foi realizada uma biópsia incisional, e os cortes histológicos corados com HE mostraram acantose e exocitose no tecido epitelial, juntamente com microabscessos neutrofílicos e inflamação subjacente no tecido conjuntivo. Essas descobertas apontaram para uma possível doença infecciosa, onde só foi possível a confirmação através do exame histoquímico PAS, com a visualização da presença de hifas de *Candida*, comprovado o diagnóstico de CCH.

O tratamento preconizado para o paciente, seguiu as diretrizes da literatura, utilizando a associação de antifúngicos tópicos, como o miconazol e nistatina, juntamente com medidas de higiene oral[12]. Dessa forma, obteve-se uma resposta satisfatória ao tratamento e uma regressão completa das lesões, no período de um mês. Essa estratégia terapêutica, em consonância com a literatura, mostrou-se eficaz no controle da infecção, com remissão completa das lesões em curto prazo. E o acompanhamento a longo prazo do paciente reforça a importância do tratamento adequado e da manutenção de uma boa higiene oral para prevenir recidivas.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que diante os estudos avaliados a CCH é um tipo raro quando comparada aos outros tiposde candidíase oral. Uma das principais preocupações com a CCH é em relação a sua semelhança com desordens orais potencialmente malignas. Para se obter um diagnóstico definitivo, é necessário uma criteriosa

avaliação clínica e a realização de exame histopatológico. O tratamento é baseado na eliminação dos fatores predisponentes como a presença de prótesesmal adaptadas e cessar o tabagismo. Além disso,prescrever antifúngicos tópicos, e com isso, a remissão das lesões em curto período de tempo é observada. O acompanhamento a longo prazo é fundamental para prevenir recidivas. Dessa forma, o cirurgião-dentistadeve estar apto a identificar, diagnosticar e acompanhara CCH para proporcionar melhor qualidade de prognóstico ao paciente.

5. REFERÊNCIAS

[1] Millsop JW, Fazel N. Oral candidiasis. Clin Dermatol. 2016; 34(4):487-94.

[2] Miguel AB. Manifestação clínicas e formas de candidíase oral. Rev Odontol Bras. 2022; 35(1):45-52.

[3] Samaranayake LP. Oral mycoses in HIV infection. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003; 96(2):229-38.

[4] Cawson RA, Lehner T. Chronic hyperplastic candidiasis – Candida leukoplakia. Br J Dermatol. 1968;80(1):9-13.

[5] Barrett AW, Kearns GJ, Scully C. The histopathology of oral chronic hyperplastic candidosis. J Oral Pathol Med. 1998; 27(6):236-40.

[6] Sitheeque MA, Samaranayake LP. Chronic hyperplastic candidosis/candidiasis (candidal leukoplakia). Crit Rev Oral Biol Med. 2003; 14(4):253-67.

[7] Shibata T, Itabe K, Nakano H. Clinical and histopathological study of oral chronic hyperplastic candidiasis. Oral Sci Int. 2010; 7(1):5-10.

[8] Ali M, Richardson MD, Wilson GE. Chronichyperplastic candidiasis: a review of diagnostic criteria and treatment options. J Med Microbiol. 2008; 57(4):475-9.

[9] Arruda JA, Silva FS, Oliveira MG. Tratamento da candidíase oral em pacientes imunocomprometidos. Rev Bras Odontol. 2016; 75(2):100-5.

[10] Saramago CL. Candidíase crônica hiperplásica: diagnóstico e tratamento. J Bras Med Oral. 2014; 30(3):321-6.

[11] Pina PSS. Caracterização clínico-patológica e aspectos diagnósticos da candidíase crônica hiperplásica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2018.

[12] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial**.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.