

Papiloma escamoso do palato, infantil

Inês Vaz Silva¹, Rosário Malheiro², Ana Fernandes³, Jorge Pinheiro³, Teresa Corrales⁴, Rafaela Vaz¹

¹ Interna de Formação Específica em Estomatologia, Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho; ² Estomatologista, Assistente Graduada Sênior, Unidade de Estomatologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia; ³ Estomatologista, Assistente Graduado Hospitalar, Unidade de Estomatologia Pediátrica, Hospital de Dona Estefânia; ⁴ Estomatologista, Assistente Hospitalar, Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.

Introdução

O papiloma escamoso é uma **proliferação benigna do epitélio estratificado**, que resulta num aumento de volume papilar ou verruciforme. Atinge, mais frequentemente, a língua, os lábios e o palato mole.^{1,2,3}

Existe uma relação clara entre o papiloma escamoso e o HPV, sobretudo com os serotipos 6 e 11.^{1,2,3}

A infeção por HPV é a **infeção sexualmente transmissível mais comum**,⁴ estimando-se que **80% da população mundial** tenha um episódio ao longo da vida.⁵

Caso Clínico



Fig. 1 – Lesão verrucosa do palato duro.

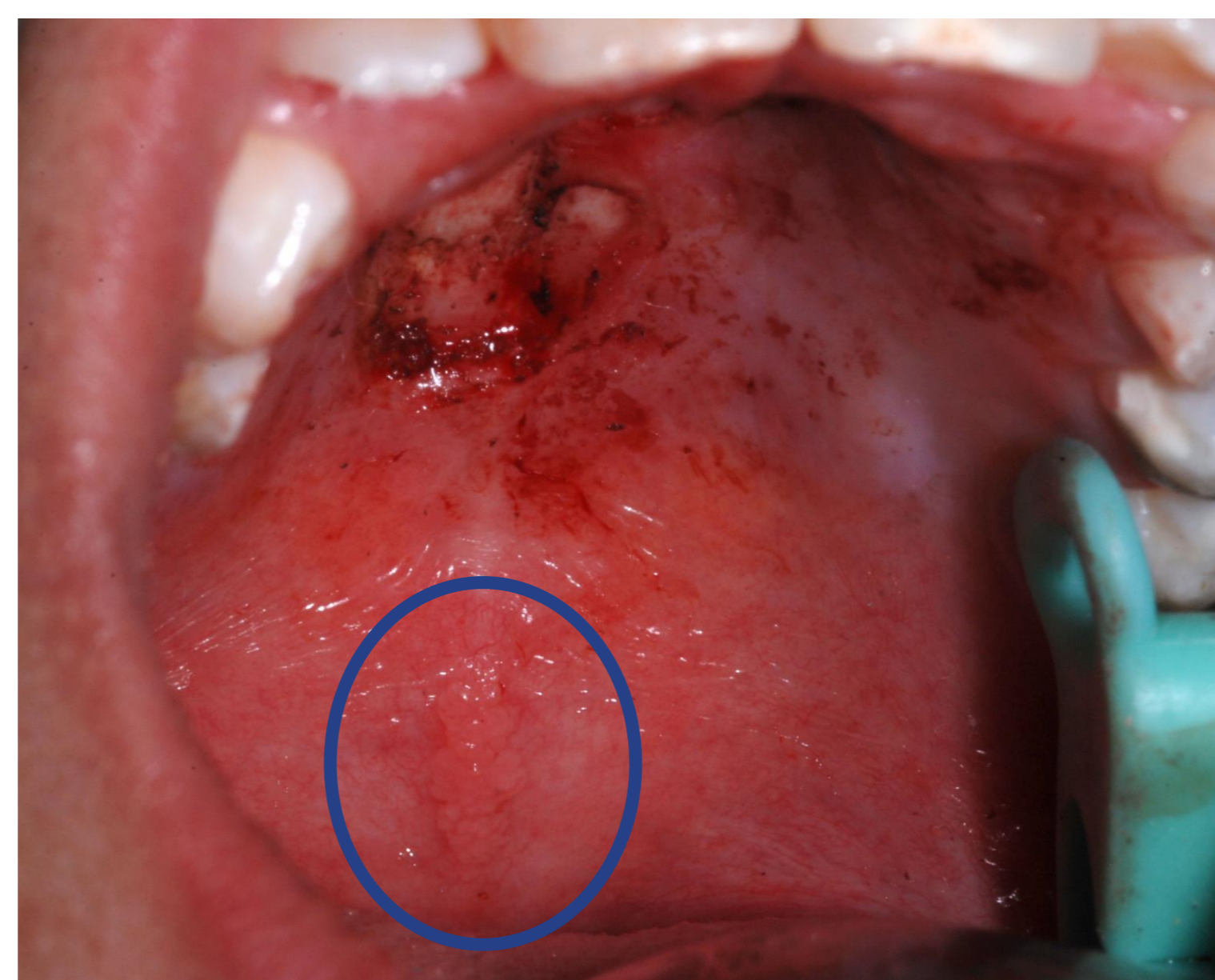


Fig. 2 – Lesão verrucosa do palato mole.

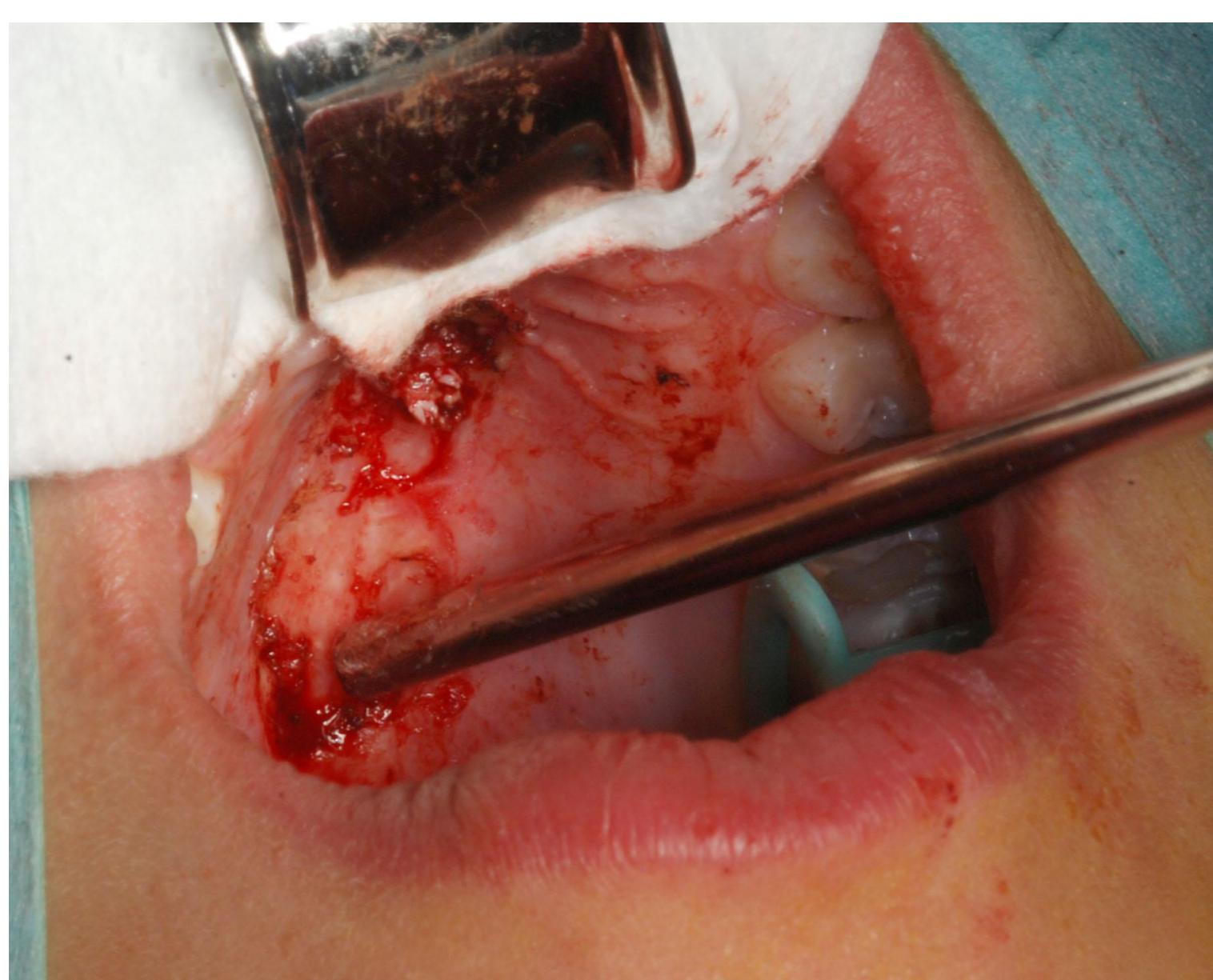


Fig. 3 – Eletrocauterização.



Fig. 4 – Aspeto no terminus da eletrocauterização.

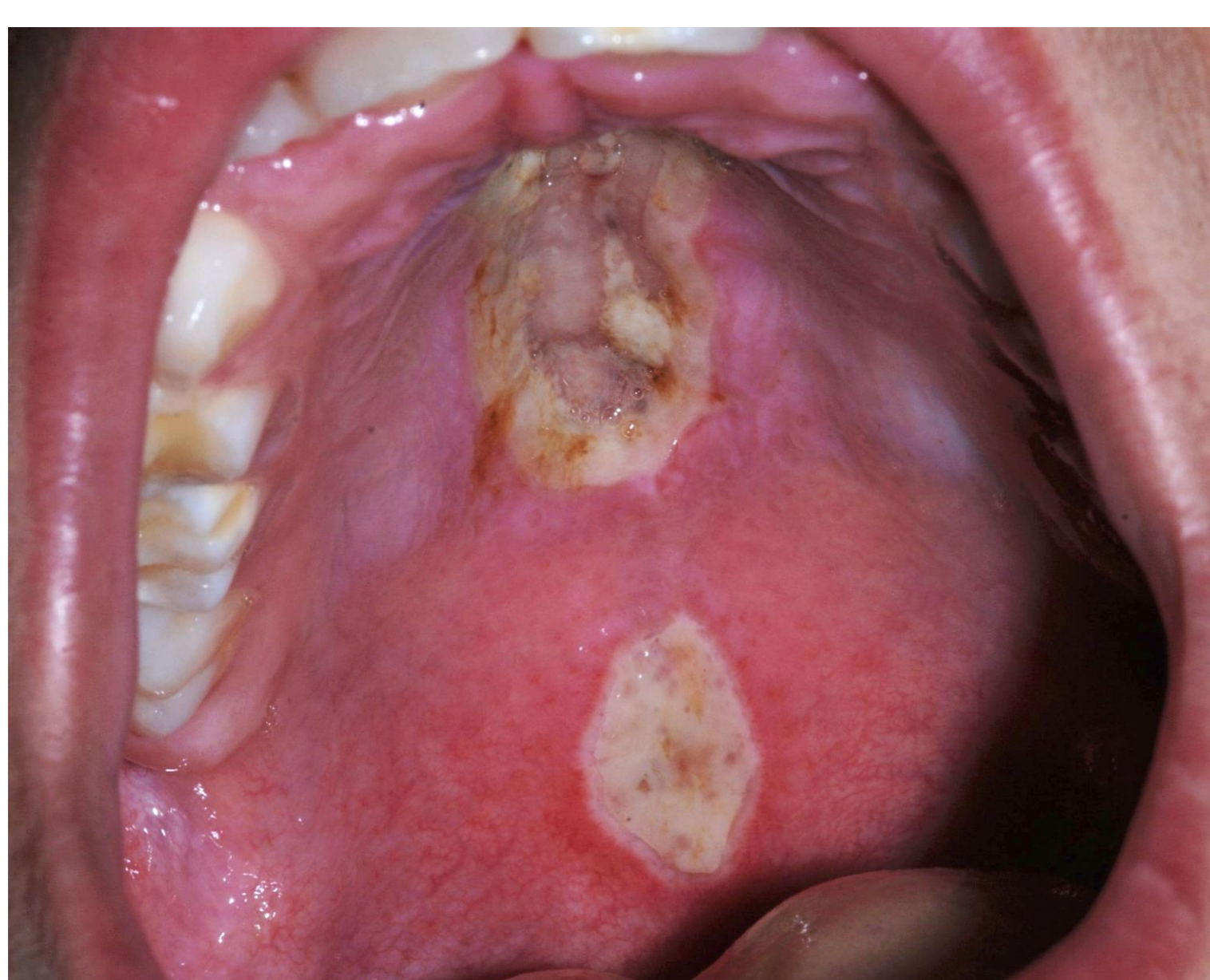


Fig. 5 – Aspeto aos 3 dias de pós-operatório.



Fig. 6 – Aspeto aos 2 meses de pós-operatório.

Sexo masculino, 9 anos.

Lesões do palato (fig. 1 e 2):

- * Um ano de evolução;
- * Indolores, não hemorrágicas;
- * Ao longo do rafe mediano até ao palato mole, inclusive;
- * Sem compromisso de outras áreas;
- * Diagnóstico histológico prévio de papiloma escamoso.

Sob anestesia geral:

Colheita de 2 fragmentos

- * Um acondicionado em soro fisiológico para pesquisa de HPV por PCR;
 - * Outro acondicionado em formol para estudo histológico;
- Eletrocauterização da lesão remanescente (fig. 3 e 4).

Pós-operatório sem intercorrências.

Observação aos 2 meses: cicatrização completa (fig. 5 e 6).

Resultado do estudo histológico: Papiloma escamoso.

Papilas com eixos fibrovasculares finos e contornos arredondados; nas grandes ampliações, não se verifica coilocitose, nem atipia, nem mitoses fora da camada basal (fig. 7).

Resultado da pesquisa de HPV por PCR: negativo.

Foram pesquisados serotipos de alto risco (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 82, 85) e de baixo risco (6, 11, 32, 40, 42, 44, 54, 55, 61, 62, 64, 71, 72, 74, 81, 83, 84, 87, 89, 91).

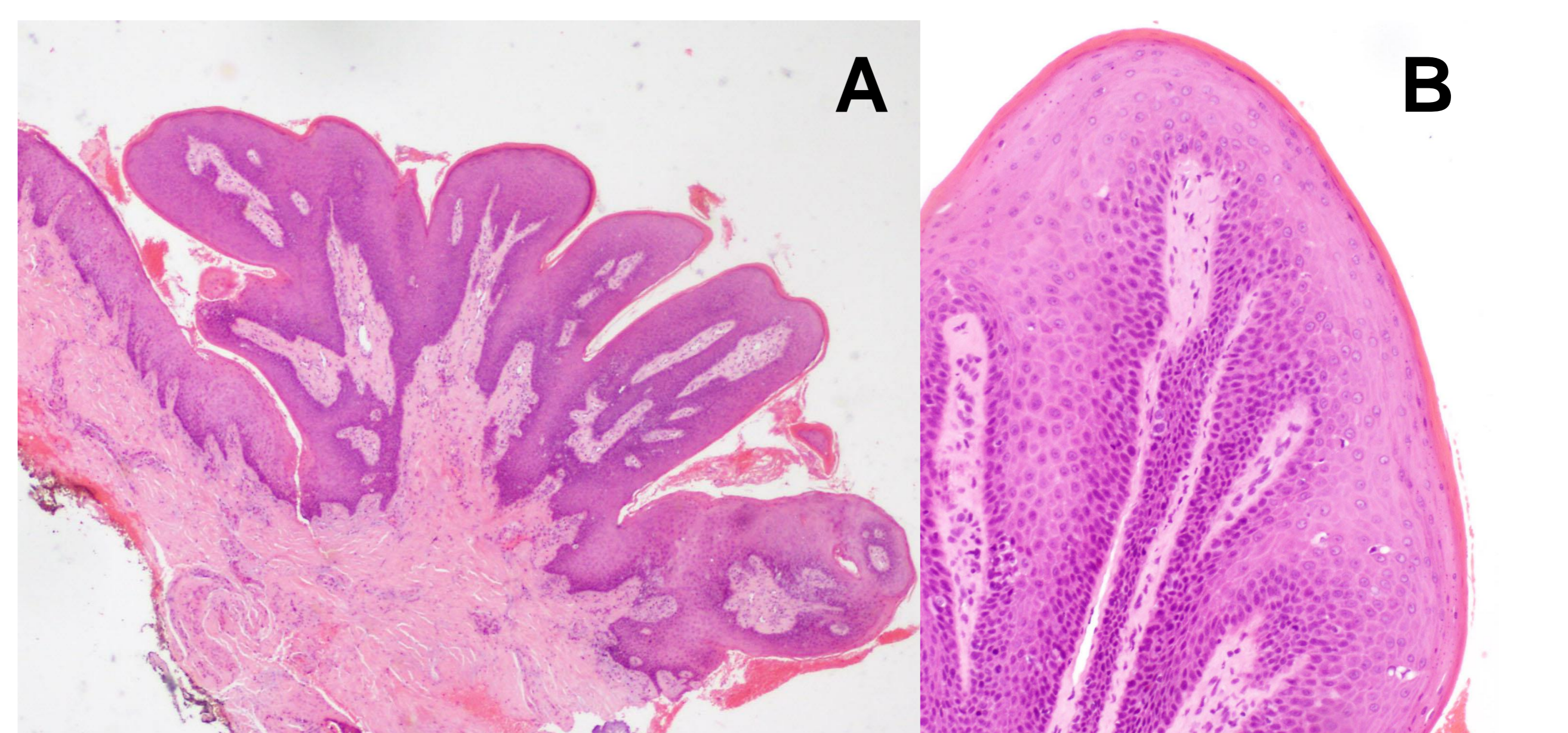


Fig. 7 – (A) Papiloma escamoso (imagem microscópica da lesão). (B) Grande ampliação.

Discussão e Conclusões

Apesar de existir uma clara relação etiopatogénica entre o HPV e o papiloma escamoso, a literatura sugere que **a presença do vírus pode ser um achado meramente incidental** e permanece a dúvida de que todos os papilomas orais sejam de etiologia vírica.^{1,2,3}

Desde 2017, o PNV prevê a vacina “HPV 9”, contra 9 serotipos (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58), aos 10 anos de idade, mas apenas para o sexo feminino.⁶ Esta vacina foi aprovada pela FDA para o sexo feminino (dos 9 aos 26 anos) e para o sexo masculino (dos 9 aos 15 anos).⁷

A carga de doença pelo HPV, no sexo masculino, é relevante e **a forma de reduzir o risco, individualmente, passa pela vacinação**. Quando a taxa de cobertura nas raparigas é muito elevada (como acontece em Portugal), os homens beneficiam de imunidade de grupo, mas, numa era de globalização, a circulação entre países pode colocar em risco os não vacinados. Por outro lado, os homens que têm contacto sexual com outros homens não beneficiam significativamente da imunidade de grupo. Assim, atualmente, **é recomendada a vacinação dos adolescentes do sexo masculino**.⁵

Nos doentes com infeção prévia pelo HPV, parece continuar a haver interesse na vacinação, por ser protetora contra a infeção por outros serotipos.⁸