



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Dutra Gontijo MOURA, Mariela; Barreiros SENNA, Maria Inês; Alves MESQUITA, Ricardo
Tratamento da Leucoplasia Pilosa: Revisão da Literatura
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 10, núm. 1, enero-abril, 2010, pp.
121-126
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63712849020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tratamento da Leucoplasia Pilosa: Revisão da Literatura

Treatment of Oral Hairy Leukoplakia: A Literature Review

Mariela Dutra Gontijo MOURA¹, Maria Inês Barreiros SENNA², Ricardo Alves MESQUITA³

¹Doutoranda em Estomatologia do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

²Professora do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

³Professor Doutor do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

RESUMO

Introdução: Pacientes com imunossupressão pela infecção do HIV (Human Immunodeficiency Vírus) frequentemente desenvolvem lesões de boca como a leucoplasia pilosa (LP). LP é uma lesão quase que exclusivamente observada em indivíduos infectados pelo HIV que apresentam uma baixa contagem de linfócitos T CD4. LP é assintomática e aparece como placa branca na borda lateral da língua, de superfície plana, corrugada ou pilosa e não removível quando raspada. A etiologia da LP é relacionada ao vírus Epstein-Barr, que pode ser identificado através de técnicas de microscopia eletrônica, hibridização "in situ", imunoistoquímica e reação em cadeia da polimerase. A citologia esfoliativa é uma boa opção para o diagnóstico da LP, por ser um método simples, confiável, seguro, não invasivo e não traumático. O tratamento da LP é recomendado para eliminar as pilosidades, restaurar o conforto do paciente, re-estabelecer as características normais da língua e eliminar nichos de bactérias, vírus e fungos desencadeadores de outras doenças da boca. Os tratamentos propostos na literatura para LP incluem cirurgia, terapia antiviral sistêmica e a terapia tópica.

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre as opções de tratamento para a LP.

Conclusão: A terapia tópica tem sido a mais recomendada, por ser de fácil aplicação, pouco invasiva, de baixo custo, com poucos efeitos colaterais e, principalmente, para eliminar as pilosidades e EBV, para restabelecer as características normais da língua sem desenvolvimento de resistência aos vírus e para eliminar nichos bacterianos e fúngicos. Indicações clínicas para esse tratamento devem incluir sintomas associados à lesão ou um desejo do paciente, por razões estéticas de eliminar a lesão.

ABSTRACT

Introduction: Patients with immunosuppression caused by the human immunodeficiency virus (HIV) infection frequently develop oral lesions such as oral hairy leukoplakia (OHL). OHL is a lesion almost exclusively observed in HIV-infected individuals, who present low T CD4 lymphocyte count. OHL is asymptomatic and appears as a white plaque on the lateral border of the tongue, with flat, corrugated or hairy surface, which is not detachable when scraped. The etiology of OHL is related to Epstein-Barr virus, which may be detected by electron microscopy, in situ hybridization, immunohistochemistry, and polymerase chain reaction techniques. Exfoliative cytology is a good option for the diagnosis of OHL, for being a simple, reliable, safe, non-invasive and non-traumatic method. The treatment of OHL is recommended to eliminate the filiform structures on lesion surface, provide comfort to the patient, re-establish the normal characteristics of the tongue and eliminate possible niches for bacteria, viruses and fungi that may cause other oral diseases. The treatments proposed in the literature for OHL include surgery, antiviral systemic therapy and topical therapy.

Objective: This paper presents a literature review about the treatment options for OHL.

Conclusion: Topical therapy has been the most recommended because it is easy to apply, is a low-invasive and low-cost procedure, and has few side effects. It is mainly indicated for removing the filiform structures on lesion surface, eradicating the Epstein-Barr virus, reestablishing the normal characteristics of the tongue without developing resistance to the virus, and eliminating bacterial and fungal niches. Clinical indications for this treatment should include symptoms associated with the lesion or the patient's desire of eliminating the lesion for esthetic reasons.

DESCRIPTORES

AIDS; Infecção HIV; Leucoplasia pilosa.

KEYWORDS

AIDS; HIV infection; Hairy leukoplakia.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico das lesões de boca relacionadas à infecção pelo HIV (do inglês “Human Immunodeficiency Vírus”) tornou-se importante para o acompanhamento e estadiamento do paciente soropositivo para o HIV, e especial ênfase tem sido dada ao diagnóstico das lesões de leucoplasia pilosa (LP) por serem consideradas marcadores da progressão para a AIDS (do inglês “Acquired Immunodeficiency Syndrome”). A LP é uma lesão quase que exclusivamente observada em indivíduos infectados pelo HIV que possuem uma baixa contagem de linfócitos TCD4¹⁻⁴.

A LP foi descrita pela primeira vez em 1984¹ e tem sido considerada de grande valor no diagnóstico precoce e como indicador de prognóstico para a infecção pelo HIV^{2,5,6}. A etiopatogenia da LP está relacionada a uma infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV; do inglês “Epstein-Barr vírus”). A presença do EBV e a diminuição da quantidade de células de Langerhans e de células dendríticas nas lesões estão relacionadas com a etiopatogenia da LP. A LP é mantida por repetidas infecções dos queratinócitos pelo EBV e não por reativação do vírus latente. O EBV possui receptores na membrana plasmática dos queratinócitos da boca, assim como em células linfóides e nas células epiteliais da parótida^{2,5,6}.

Testes laboratoriais tem sido usados no estudo e diagnóstico da LP, tais como técnicas de microscopia eletrônica, hibridização “in situ”, imunoistoquímica e PCR (do inglês “Polymerase Chain Reaction”). A citologia esfoliativa é uma boa opção para o diagnóstico da LP, por ser um método simples, confiável, seguro, de custo reduzido, não invasivo e facilmente realizada pelo profissional de saúde⁷⁻¹⁰.

A partir de 1989 foram descritos casos de LP associados a outras situações clínicas de imunossupressão, como em pacientes transplantados. Frequentemente a LP é vista em indivíduos com a infecção HIV e menos frequentemente em outros indivíduos com imunossupressão e, em casos raros, pode aparecer até em pacientes imunocompetentes. A associação frequente desta lesão com a infecção pelo HIV e sua ocorrência rara em indivíduos imunocompetentes, normalmente motiva a procura de imunossupressão, particularmente secundário ao HIV, quando esta lesão é achada^{5,6}.

Na infecção pelo HIV, a LP acomete preferencialmente pacientes adultos, com uma prevalência de 28% dos homens homossexuais com evidência sorológica de infecção pelo HIV no início da epidemia em 1984¹. Essa mesma prevalência (28,8%) da LP foi encontrada em

Entretanto, é baixa a prevalência da LBP em criança, uma vez em crianças, não há exposição suficiente ao EBV para produzir essa lesão¹¹⁻¹⁴.

Clinicamente a LP aparece como uma lesão branca, localizada em borda lateral de língua, uni ou bilateral, de limites imprecisos, superfície plana, corrugada ou pilosa, não removível quando raspada, assintomática, variando em tamanho de milímetros a centímetros e de caráter benigno¹. Raramente atingem outras mucosas, como esôfago, laringe, ânus, vagina e pele^{1,5}.

Os tratamentos propostos para LP incluem cirurgia, terapia antiviral sistêmica e a terapia tópica⁶. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura através de pesquisas em bases de dados nacionais e internacionais (LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO) no período de 1984 a 2008 sobre essas opções de tratamento propostas para a LP.

REVISÃO DE LITERATURA

O tratamento da LP é recomendado para eliminar as pilosidades, restaurar o conforto do paciente, reestabelecer as características normais da língua e eliminar nichos de bactérias, vírus e fungos desencadeadores de outras patologias bucais^{6,15}. As opções de tratamento propostos na literatura incluem a terapia cirúrgica, o uso de terapia antiviral sistêmica e a terapia tópica^{6,15-25}. As opções de tratamento de acordo com autores da literatura podem ser visualizadas no Quadro 1.

Tratamento Cirúrgico

A remoção cirúrgica tem sido pouco sugerida pelos autores como forma de tratamento da LP^{6,19}.

Alguns pesquisadores¹⁹ fizeram a remoção cirúrgica da LP em 14 pacientes HIV positivos homossexuais, do sexo masculino, cuja lesão era sintomática, com presença de dor e queimação. Em quatro pacientes (28,5%) houve resolução completa da dor e não houve recorrência da LP. Novas áreas de LP, entretanto, apareceram em dez pacientes após três meses.

Tratamento com Antivirais Sistêmicos

Antivirais sistêmicos como o aciclovir e ganciclovir em altas doses frequentemente promovem remissão temporária das lesões de LP com efeitos adversos sistêmicos²⁰. A LP tende a recorrer sete a 20 dias da descontinuação desses antivirais e é possível o desenvolvimento de resistência ao vírus^{6,15,17,21,22}.

Os primeiros autores a preconizarem algum tipo de

antifúngica nos casos em que existisse uma infecção secundária por *Candida ssp*, e o tratamento com aciclovir (2 a 3 g; via oral diariamente, durante duas semanas), relatando que, interrompendo o tratamento, as lesões podiam reaparecer²³.

A literatura apresenta um caso de LP extensa na língua em um paciente HIV positivo que recebeu droga antiviral 9 - (1,3-dihydroxy-2-propoxymethyl) guanine (DHPG) para tratamento de rinite por citomegalovírus.

Ao final da primeira semana de tratamento, a LP tinha desaparecido, mas devido ao fato do DHPG ser relativamente tóxico, ele não deve ser usado como uma terapia de rotina. Além disso, tem um custo elevado²⁵.

Outros estudiosos relataram que dos 16 pacientes HIV positivos que apresentaram LP sintomática e receberam terapia sistêmica com aciclovir, 12 (75%) tiveram regressão clínica. Entretanto, todos (12) tiveram recorrência após três meses¹⁹.

Quadro 1. Opções de tratamento, resolução clínica e recidiva da leucoplasia pilosa descritos na literatura.				
Autor	Opções de Tratamento	Número de Pacientes	Resolução Clínica (Nº Pacientes)	Recidiva (Nº Pacientes)
Herbst et al. ¹⁹	Cirúrgica	14	Sim (14)	Sim (10)
Newman e Polk ²⁷	Sistêmica (DHPG)	1	Sim (1)	Não informado
Herbst et al. ¹⁹	Sistêmica (aciclovir)	16	Sim (12)	Sim (12)
Bhandarkar et al. ²⁵	Tópica (violeta genciana)	1	Sim (1)	Não informado
Lozada-Nur e Costa ¹⁷	Tópica (P)	9	Sim (9)	Não informado
Sanchez et al. ¹⁸	Tópica (P)	6	Sim (6)	Não informado
Gowdey et al. ¹⁵	Tópica (P)	10	Sim (10)	Não informado
Giovani ¹⁶	Tópica (P e AR)	36 (18:P e 18:AR)	Sim (36)	Sim (1:P e 2: AR)
Moura et al. ⁶	Tópica (P e PA)	46 (22:P e 24 PA)	Sim (18:P) / Sim (24:PA)	Sim (2:P) / Não (PA)

DHPG: 9 - (1,3-dihydroxy-2-propoxymethyl) guanine; P: solução alcoólica de podofilina a 25%; AR: ácido retinóico; PA: solução alcoólica de podofilina a 25% associada ao creme aciclovir a 5%.

Tratamento Tópico

O tratamento tópico para o tratamento da LP tem sido o mais recomendado. São aceitos na literatura o tratamento tópico com solução alcoólica de podofilina a 25%, ácido retinóico a 0,05%, solução alcoólica de podofilina a 25% associado ao aciclovir creme a 5%, violeta genciana a 2%^{6,15-18,24}. Poucos estudos estabeleceram comparações entre esses fármacos^{6,15,16}.

A literatura mostra o tratamento de paciente com LP por meio da aplicação de violeta genciana a 2%, revelando completa resolução clínica depois da realização de três aplicações de violeta genciana, ressaltando seu uso como método seguro e de baixo custo no tratamento da LP²⁴. A violeta genciana funciona como um inibidor potente de espécie reativa de oxigênio e a infecção do EBV na LP resulta nessa geração de oxigênio reativo, onde estas mudanças são mediadas em parte por oncogenes de EBV, tal como LMP-16,24.

A podofilina é um lipídio solúvel que facilmente atravessa a membrana das células e interfere na replicação celular, sendo comumente usada como agente quimioterápico tópico¹⁵. Adversidades e efeitos tóxicos sistêmicos tem ocorrido somente após a ingestão ou quando mais do que 100mg de podofilina são aplicadas e não removidas dentro de quatro horas. A dose da

esta que não tem sido associada com efeitos adversos sistêmicos²⁶.

Alguns autores¹⁷ obtiveram bons resultados com o tratamento tópico da LP com solução alcoólica de podofilina a 25% em nove pacientes, sendo que em cinco pacientes (55%) houve regressão da LP apenas com uma aplicação, após uma semana e nos quatro pacientes restantes (45%) a remissão da LP ocorreu na segunda semana, com apenas duas aplicações. A solução alcoólica de podofilina a 25% possui um gosto muito amargo e desagradável, mas após uma hora da aplicação o paladar retorna ao normal. Afirmaram ser vantajoso o uso desta terapia tópica para o tratamento da LP, devido ao baixo custo da solução alcoólica de podofilina a 25% e por sua facilidade de aplicação.

Os resultados do uso da solução alcoólica de podofilina a 25% foram significantes na primeira semana após o tratamento, e alguns efeitos colaterais presentes foram inferiores aos benefícios que o tratamento proporcionou, melhora na estética, fonação e eliminação dos nichos para a replicação do EBV^{17,18}.

Outro estudo¹⁸ tratou um grupo de seis pacientes com lesões de LP em bordas laterais de língua, com a aplicação tópica da solução alcoólica de podofilina a 25%, sendo que em breve espaço de tempo, as lesões

Um estudo avaliou dez pacientes infectados pelo HIV com LP bilateral em bordas laterais de língua, onde somente um lado da lesão foi tratado com solução alcoólica de podofilina a 25%¹⁵. Os pacientes foram avaliados no segundo, sétimo e trigésimo dias por um investigador que não tinha conhecimento do lado que tinha sido tratado. Notou-se significativa resolução da LP. Os pacientes relataram mínimo efeito colateral, que incluem sensação de queimação, paladar alterado, dor de média intensidade e de curta duração, sendo todos estes efeitos colaterais relatados imediatamente após a aplicação tópica. Tais resultados levaram os autores a concluir que a solução alcoólica de podofilina a 25% é eficaz, um regime tópico seguro e com mínimo efeito colateral quando monitorado e aplicado pelo dentista no consultório.

A literatura mostra recidiva da LP em 5,5% de 18 pacientes HIV positivos, em um período de 22 semanas após o tratamento com solução alcoólica de podofilina a 25%. Já a recidiva de 8,33% dos 18 pacientes HIV positivos que receberam tratamento da LP com ácido retinóico a 0,05%, ocorreu em um período médio de 29 semanas após o término do tratamento¹⁶.

O ácido retinóico é um agente desqueratinizante responsável pela modulação da presença de células de Langerhans no líquen plano oral e também deve agir como modulador das células de Langerhans dentro da LP. Contudo, as lesões de LP tendem a recorrer depois de poucos dias que o tratamento é descontinuado. É uma droga de custo elevado e, como efeito colateral decorrente do seu uso prolongado, observa-se a presença de uma sensação de queimação¹⁵.

Alguns pesquisadores recomendam o uso de agentes tópicos como o ácido retinóico a 0,05% e a solução alcoólica de podofilina a 25% como tratamento na resolução das lesões de LP²². O ácido retinóico a 0,05% é mais caro em relação à solução alcoólica de podofilina a 25%, mas ambos são efetivos apesar das recidivas²².

Outros, preconizaram o tratamento da LP em pacientes soropositivos para o HIV e elegeram o ácido retinóico a 0,025% ou a 0,05% como medicação de eleição²³. O ácido retinóico tem gosto mais agradável em relação à solução alcoólica de podofilina a 25% e ainda menor possibilidade de efeitos tóxicos²³.

Estudo anterior⁶ avaliou a eficiência do tratamento tópico em 46 LP com solução alcoólica de podofilina a 25% em 22 lesões e com a solução alcoólica de podofilina a 25% associada ao aciclovir creme a 5% (PA) em 24 lesões e demonstrou que ambos os tratamentos apresentaram um número médio semelhante de

grupo tratado com solução alcoólica de podofilina a 25%. O grupo tratado com PA apresentou resolução clínica da LP de 100% e uma diminuição contínua da LP no decorrer das aplicações semanais.

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que a terapia tópica tem sido a mais recomendada para o tratamento da LP, por ser de fácil aplicação, pouco invasiva, de baixo custo, com poucos efeitos colaterais e serve, principalmente, para eliminar as pilosidades e EBV, para restabelecer as características normais da língua sem desenvolvimento de resistência aos vírus e para eliminar nichos bacterianos e fúngicos. Indicações clínicas para o tratamento tópico da LP devem incluir sintomas associados à lesão ou um desejo do paciente, por razões estéticas de eliminar a LP.

Há somente dois ensaios clínicos randomizados para o tratamento tópico da LP^{6,15}. A ausência de mais estudos pode ser explicada pela dificuldade em obter novas lesões de LP uma vez que sua prevalência foi reduzida após o advento da terapia antiviral altamente ativa⁶. Também, é necessária a colaboração dos pacientes no decorrer do tratamento, que muitas vezes necessitam de várias aplicações até a resolução clínica da LP⁶.

O tratamento atual para LP e mais freqüentemente descrito em literatura é o uso da solução alcoólica de podofilina a 25%. A solução alcoólica de podofilina a 25% é universalmente eficiente para LP, porque facilmente passa pelas membranas de célula e interfere na replicação celular^{6,15}. As vantagens da solução alcoólica de podofilina a 25% são baixo custo, simplicidade de aplicação, eficácia sobre um período mais longo de tempo e falta de efeitos colaterais sistêmicos. Os efeitos colaterais decorrentes do uso da solução alcoólica de podofilina a 25% são locais e, por isso, relatados imediatamente após a aplicação tópica. Incluem sensação de queimação, paladar alterado, dor de intensidade média e de curta duração^{6,15,17,18}. Como a solução alcoólica de podofilina a 25% é aplicada pelo dentista no consultório e os efeitos colaterais são mínimos, faz com que esse regime tópico seja seguro e eficaz^{6,15}.

No entanto, há outros tratamentos para LP, tais como aplicação de violeta genciana a 2% e ácido retinóico a 0,05%, também satisfatoriamente aceitáveis^{16,24}. Apesar da aplicação de violeta genciana a 2% ter sido aprovada para uso em humanos, somente um caso foi tratado²⁴. São necessários ensaios clínicos randomizados para testar a eficiência desse fármaco na LP. Já o ácido retinóico,

custo mais elevado em relação à solução alcoólica de podofilina^{16,22,23}.

Apenas um estudo estabeleceu comparações entre a solução alcoólica de podofilina a 25% e PA e encontrou uma eficiência semelhante do tratamento da LP com solução alcoólica de podofilina a 25% e PA, mas observou-se recorrência nos pacientes tratados com solução alcoólica de podofilina a 25%. O fato da resolução clínica da LP ter sido encontrada em 100% dos casos de PA reforça a relação existente entre EBV e LP, uma vez que a associação da solução alcoólica de podofilina a 25% a antivirais tópicos, como o aciclovir creme a 5% apresentou, neste estudo, um sinergismo e uma terapia melhor e mais eficiente para o tratamento da LP⁶.

O tratamento cirúrgico não tem sido utilizado como forma de tratamento da LP, pois a remoção cirúrgica representa um procedimento, que apesar de apresentar resolução imediata, causa edema por um período de 24 a 48 horas e possibilidade de recidivas da lesão^{6,19}.

O tratamento com antivirais sistêmicos apresenta custo elevado, favorece efeitos colaterais sistêmicos e é possível o desenvolvimento de resistência ao vírus por serem utilizadas altas doses^{6,15,17,20-22}. Além disso, a recorrência é freqüente após a suspensão do tratamento sistêmico^{6,15,17,19,21-23}. Assim, a terapia sistêmica com drogas antivirais, tais como o aciclovir, não deve ser autorizada para tratamento somente da LP, pois tem sido relatada resistência ao aciclovir em pacientes HIV positivos, além da presença de efeitos colaterais sistêmicos, tais como náuseas, vômitos, diarreia e cefaléias^{21,22}. Agentes antivirais sistêmicos devem ser preservados para o tratamento e controle de infecções virais de caráter clínico mais sério¹⁵.

CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que a terapia tópica tem sido a mais recomendada, por ser de fácil aplicação, pouco invasiva, de baixo custo, com poucos efeitos colaterais e, principalmente, para eliminar as pilosidades e EBV, para restabelecer as características normais da língua sem desenvolvimento de resistência aos vírus e para eliminar nichos bacterianos e fúngicos. Indicações clínicas para esse tratamento devem incluir sintomas associados à lesão ou um desejo do paciente, por razões estéticas de eliminar a lesão.

AGRADECIMENTOS

(301490/2007-4) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

REFERÊNCIAS

1. Greenspan D, Greenspan JS, Conant M, Petersen V, Silverman JRS, Souza Y. Oral hairy leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papilloma virus and a herpes-group virus. *Lancet* 1984; 2(8407):831-4.
2. Moura MDG, Grossmann SMC, Fonseca LMS, Senna MIB, Mesquita RA. Risk factors for oral hairy leukoplakia in HIV-infected adults of Brazil. *J Oral Pathol Med* 2006; 35(6):321-6.
3. Chattopadhyay A, Patton LL. Risk indicators for HIV-associated jointly occurring oral candidiasis and oral hairy leukoplakia. *AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(11):825-32.
4. Sroussi HY, Epstein JB. Changes in the pattern of oral lesions associated with HIV infection: implications for dentists. *J Can Dent Assoc* 2007; 73(10):949-52.
5. Greenspan D, Greenspan JS. Significance of oral hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73(2):151-4.
6. Moura MDG, Guimarães TRM, Fonseca LMS, Pordeus IA, Mesquita RA. 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* 2007; 103(1):64-71.
7. Milagres A, Dias EP, Tavares DS, Cavalcante RM, Dantas VA, Oliveira SP, Leite JPG. Prevalence of oral hairy leukoplakia and epithelial infection by Epstein-Barr virus in pregnant women and diabetes mellitus patients: cytopathologic and molecular study. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2007; 102(2):159-64.
8. Migliorati CA, Jones AC, Baughman PA. Use of exfoliative cytology in the diagnosis of oral hairy leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76(6):704-10.
9. Bertazzoli R, Jaeger MMM, Araújo NS. Método auxiliar no diagnóstico de leucoplasia pilosa em pacientes HIV positivos. *Revista APCD* 1997; 51(4):339-42.
10. Kratochvil FJ, Riordan P, Auclair PL, Huber MA, Kragel PJ. Diagnosis of oral hairy leukoplakia by ultrastructural examination of exfoliative cytologic specimens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1990; 70(5):613-8.
11. Laskaris G, Laskaris M, Theodoridou M. Oral hairy leukoplakia in a child with AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 79(5):570-1.
12. Katz MH, Mastrucci MT, Leggott PJ, Wetenhouse J, Greenspan JS, Scott GB. Prognostic significance of oral lesions in children with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. *Am J Dis Child* 1993; 147(1):45-8.
13. Magalhães MG, Bueno DF, Serra E, Gonçalves R. Oral manifestations of HIV positive children. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 25(2):103-6.
14. Dias EP, Israel MS, Silva-Junior A, Maciel VA, Gagliardi JP, Oliveira RH. Prevalence of oral hairy leukoplakia in 120 pediatric patients infected with HIV-1. *Braz Oral Res* 2006; 20(2):103-7.
15. Gowdey G, Lee MRK, Carpenter WM. Treatment of HIV-related hairy leukoplakia with podophyllum resin 25% solution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1995; 79(1):64-7.
16. Giovani EM. Estudo comparativo entre o uso de ácido retinóico a 0,05% e o da solução alcoólica de podofilina a 25% no tratamento da leucoplasia pilosa oral em pacientes HIV positivos. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de São Paulo; 2000.
17. Louzada-Nur F, Costa C. Retrospective findings of the clinical

-
18. Sanchez M, Spielman T, Epstein W. Treatment of oral hairy leukoplakia with podophyllin. *Arch Dermatol* 1992; 128(12):1659.
 19. Hersbst JS, Morgan J, Raab-Traub N, Resnick L. Comparison of the efficacy of surgery and acyclovir therapy in oral hairy leukoplakia. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21(4):753-6.
 20. Greenspan JS, Greenspan D, Palesfky JM. Oral hairy leukoplakia after a decade. *Epstein-Barr Virus Report* 1995; 2 (6):123-8.
 21. Arndt K. Adverse reactions to acyclovir: topical, oral, and intravenous. *J Am Acad Dermatol* 1988; 18(1):188-90.
 22. Triantos D, Porter SR, Scully C, Teo CG. Oral hairy leukoplakia: clinicopathologic features, pathogenesis, diagnostic, and clinical significance. *Clin Infect Dis* 1997; 25(6):1392-6.
 23. Greenspan JS, Greenspan D. Oral hairy leukoplakia: diagnosis and management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67(4):396-403.
 24. Bhandarkar SS, MacKelfresh J, Fried L, Arbiser JL. Targeted therapy of oral hairy leukoplakia with gentian violet. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58(4):711-2.
 25. Newman C, Polk F. Resolution of Oral Hairy Leukoplakia during therapy with 9-(1,3-dihydroxy-2-propoxymethyl) guanine (DHPG). *Annals of Internal Medicine* 1987; 107(3):348-50.
 26. Boyd A. Condylomata acuminata in the pediatric population. *Am J Dis Children* 1990; 144(7):817-24.

Recebido/Received: 17/12/08
Revisado/Reviewed: 18/08/09
Aprovado/Approved: 05/10/09

Correspondência:

Prof. Dr. Ricardo Alves Mesquita
Faculdade de Odontologia da UFMG
Disciplina de Patologia Bucal, sala 3202-D
Av. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
Belo Horizonte/MG CEP: 31270-901
Telefones: (31) 3409-2499; (31) 3409-2479
Fax: (31) 3409-2430
E-mail: ramesquita@ufmg.br