

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ  
ANA JULIA PORTO DE CASTRO  
JULIA DA COSTA LIMA**

**LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE CANCERIZÁVEIS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

**TAUBATÉ - SP  
2020**

**ANA JULIA PORTO DE CASTRO  
JULIA DA COSTA LIMA**

**LESÕES ORAIS POTENCIALMENTE CANCERIZÁVEIS:  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.  
Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo

**TAUBATÉ – SP  
2020**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI  
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI  
Universidade de Taubaté – UNITAU**

C355I

Castro, Ana Julia Porto de

Lesões orais potencialmente cancerizáveis : revisão de literatura / Ana Julia Porto de Castro , Julia da Costa Lima. -- 2020.

48 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de Odontologia, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo, Departamento de Odontologia.

1. Câncer bucal. 2. Carcinoma. 3. Etiologia. 4. Lesões cancerizáveis orais. I. Lima, Julia da Costa. II. Universidade de Taubaté. Departamento de Odontologia. III. Título.

CDD – 616.994

Autoras: **ANA JULIA PORTO DE CASTRO**  
**JULIA DA COSTA LIMA**

Título: **LESÕES ORAIS**  
**POTENCIALMENTE CANCERIZÁVEIS:**  
**REVISÃO DE LITERATURA**

TG apresentado para obtenção do  
Certificado de Graduação pelo Curso  
Odontologia do Departamento de  
Odontologia da Universidade de Taubaté.

Data: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Cardoso

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a nossa família, que tanto nos apoiou ao longo destes quatro anos de faculdade nos proporcionando o melhor, aos nossos queridos professores e amigos que fizeram parte dessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos primeiramente a Deus pela oportunidade de fazer este curso.

Ao nosso orientador Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo por sua paciência e orientação na realização deste trabalho.

Ao Professor Marcelo Gonçalves Cardoso e Alexandre Cursino que durante a Disciplina e Liga de Diagnóstico Oral Maxilofacial nos fizeram nos apaixonar por Patologia e Diagnóstico Bucal e nos motivaram a fazer este trabalho.

Aos nossos pais, avós e familiares por todo apoio, carinho, amor e dedicação em nos proporcionar o melhor para que pudéssemos concluir nosso curso.

A todos nossos amigos e aqueles que nos ajudaram direta e indiretamente a concluir este trabalho.

Nosso muito obrigada!

*“Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele tudo fará.” Salmos 37*

## RESUMO

O câncer de boca corresponde a aproximadamente 3% de todas as malignidades diagnosticadas no mundo. Muitas neoplasias, tais como o carcinoma de células escamosas, desenvolvem-se a partir de lesões potencialmente cancerizáveis. Essas lesões podem ser precursoras e assumir o caráter de um tumor maligno, no entanto podem permanecer estáveis por um determinado tempo na cavidade oral. Em virtude da importância do conhecimento dessas lesões por parte dos cirurgiões-dentistas e também dos estudantes e pacientes para evitar um diagnóstico tardio e aumentar o diagnóstico inicial, o objetivo desse trabalho foi estudar por meio de revisão de literatura, as lesões orais potencialmente cancerizáveis, abordando as características clínicas, histopatológicas e etiológicas. Todos os autores concordam que a leucoplasia é a lesão mais encontrada, tendo como fatores de risco o tabaco e o álcool e sua associação potencializa para a probabilidade de transformação maligna. A queilite actínica também foi muito encontrada nos artigos, sendo frequente em lábio inferior e em homens que trabalham com excesso de exposição à radiação solar. A eritroplasia apresenta-se como uma lesão vermelha com alto potencial de malignização, que acomete região de cabeça e pescoço, pode-se apresentar sobre forma homogênea, associada ou granular e apresenta como etiologia o tabaco e álcool. A eritroleucoplasia é a associação entre zonas brancas e zonas eritematosas, de superfície lisa e plana que aparecem em qualquer região da mucosa oral, com maior incidência em homens e dentre seus fatores etiológicos destaca-se o tabaco. O líquen plano oral não possui etiologia definida, mas suas características são: estrias brancas (estrias de Wickham), na superfície da mucosa ou placas de cor branca, lesões atróficas, atróficas-erosivas ou vesiculares. Apesar das controvérsias existentes, a forma erosiva do líquen plano oral tem sido considerada como potencialmente cancerizável. A biópsia tem sido a conduta mais utilizada para identificação dessas lesões. É importante que o cirurgião-dentista saiba identificar e conhecer os tratamentos e condutas a serem tomadas diante dessas lesões.

**Palavras-chave:** Lesões. Câncer. Etiologia. Cancerizáveis. Carcinoma. Tabaco. Álcool. Leucoplasia. Eritroplasia. Eritroleucoplasia. Líquen plano. Queilite actínica.



## ABSTRACT

Mouth cancer corresponds to approximately 3% of all malignancies diagnosed in the world. Many neoplasms, such as squamous cell carcinoma, develop from potentially cancerous lesions. These lesions can be precursors and assume the character of a malignant tumor, in the however, they can remain stable for a certain time in the oral cavity. Due to the importance of the knowledge of these injuries on the part of dentists and also of students and patients to avoid a late diagnosis and increase the initial diagnosis, the objective of this work was to analyze through literature review, which during these years the articles concluded about potentially cancerable oral lesions, addressing the clinical, histopathological and etiological characteristics. All authors agree that leukoplakia is the most commonly found lesion, with tobacco and alcohol as risk factors and their association increases the likelihood of malignant transformation. Actinic cheilitis was also found in articles, being frequent in the lower lip and in men who work with excessive exposure to solar radiation. Erythroplasia presents as a red lesion with a high potential for malignancy, which affects the head and neck region, can be presented in a homogeneous, associated or granular form and has tobacco and alcohol as its etiology. Erythroleukoplakia is the association between white areas and erythematous areas, with a smooth and flat surface that appear in any region of the oral mucosa, with a higher incidence in men and tobacco is the most important etiological factor. Oral lichen planus has no defined etiology, but its characteristics are: white streaks (Wickham streaks), on the mucosal surface or white plaques, atrophic, atrophic-erosive or vesicular lesions. Despite the existing controversies, the erosive form of oral lichen planus has been considered as potentially cancerable. The biopsy has been the most used procedure to identify these injuries. It is important that the dentist knows how to identify and know the treatments and procedures to be taken in the face of these injuries.

**Keywords:** Injuries. Cancer. Etiology. Cancerizable. Carcinoma. Tobacco. Alcohol. Leukoplakia. Erythroplasia. Erythroleucoplasia. Lichen planus. Actinic cheilitis.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRATC .....	8
INTRODUÇÃO .....	10
PROPOSIÇÃO .....	13
REVISÃO DE LITERATURA .....	14
DISCUSSÃO .....	40
CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

## INTRODUÇÃO

O câncer oral é atualmente o sexto câncer mais comum no mundo, sendo o 12º câncer mais encontrado em mulheres e o 6º em homens, atingindo muitos pacientes anualmente de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA). Está entre os dez tumores mais comuns do Brasil, e estima-se para 2020, 15190 novos casos, sendo 11180 homens e 4010 mulheres (INCA, 2020). É mais comum em homens acima de 40 anos, mais constatado em negros do que em brancos. Sendo um tumor maligno, este câncer pode acometer a mucosa jugal, assoalho bucal, lábios, palato e língua. Os principais sinais e sintomas são: placa/ manchas brancas ou vermelhas, feridas na cavidade oral que não cicatrizam por mais de 15 dias, nódulos no pescoço e nos casos mais graves pode apresentar dificuldade na fala, e em movimentar a língua. Sua etiologia é multifatorial destacando tabagismo, consumo regular de bebidas alcoólicas, exposição solar e deficiências nutricionais, além da má higienização oral. Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) estima-se que a prevenção desses fatores pode ajudar a reduzir a incidência de câncer em até 25% em 2025.

Grande parte das lesões de câncer bucal são decorrentes de lesões orais potencialmente cancerizáveis, que permanecem por um longo período na cavidade oral, sendo um dos fatores o desconhecimento da população, tanto pela escassez de informações sobre os fatores etiológicos a elas associados, quanto pela falta de informação vinda do cirurgião-dentista.

Este trabalho foi realizado com o objetivo de analisar por meio de livros, revistas, artigos e trabalhos acadêmicos publicados no período entre 2000 a 2019, lesões orais potencialmente cancerizáveis, com o intuito de demonstrar a importância do conhecimento das lesões e do diagnóstico precoce e correto, para um melhor prognóstico por meio da classe acadêmica e dos cirurgiões-dentistas.

Dentre as lesões orais potencialmente cancerizáveis que mais aparecem na literatura destacam-se a leucoplasia, líquen plano oral, eritroplasia, eritroleucoplasia e a queilite actínica, neste trabalho foram apresentados a etiologia, prevalência, características clínicas e histológicas.

A leucoplasia é uma lesão que pode ser definida como placa branca ou área branca na mucosa, não removível a raspagem que não se caracteriza como nenhuma doença específica. Dentre as lesões potencialmente cancerizáveis da cavidade oral, a leucoplasia é a mais comum, acometendo preferencialmente homens acima dos 40 anos de idade. Seu local mais acometido é a mucosa jugal, palato, assoalho da boca e língua (SILVA e REZENDE, 2016).

A queilite actínica é uma alteração crônica, pré-maligna, resultante da exposição solar frequente e prolongada. Afeta principalmente o lábio inferior de pessoas idosas, do sexo masculino e de pele clara. A exposição prolongada à luz solar representa um fator de risco importante tanto para o desenvolvimento de câncer de lábio, como à queilite actínica, e a presença desta em áreas de carcinoma escamocelular (CEC) indica forte associação entre as duas lesões.

O termo eritroplasia oral é empregada para descrever lesão bucal macular ou em placa, de coloração vermelha, para a qual não pode ser estabelecido um diagnóstico clínico específico. Conhecida como uma lesão rara, sua taxa de transformação maligna é considerada a mais elevada entre todas as lesões cancerizáveis da mucosa bucal, pois em mais de 90% dos casos já existe displasia, carcinoma *in situ*, ou carcinoma invasivo (HOSNI et al., 2009).

A associação entre áreas vermelhas e brancas ou pontos granulares esbranquiçados sobrepostos à região vermelha é chamada eritroleucoplasia, leucoeritroplasia ou leucoplasia salpicada. Com predileção por palato mole, e faixa etária entre a 6ª e 8ª décadas. Seus fatores de risco para o carcinoma oral são consumo de álcool ou tabaco, dietas pobres em antioxidantes, como as vitaminas C e betacarotenos, exposição ocupacional a carcinógenos, infecções virais, além de fatores genéticos e hereditários, que podem influenciar no estabelecimento e comportamento das lesões cancerizáveis. Possui grau de displasia epitelial em todas as áreas vermelhas. O diagnóstico histopatológico pode variar entre displasia a carcinoma espinocelular invasivo (BSOUL, HUBER e TEREZHALMY, 2008).

O líquen plano é uma doença auto-imune, sendo a mais comum das anomalias dermatológicas com manifestações bucais. Há vários tipos de líquen plano que foram descritos na cavidade bucal, o mais comum é a forma reticular, O aspecto característico do líquen plano reticular é a presença de delgadas linhas brancas (estrias de Wickham) que se entrelaçam em um padrão anelar ou rendilhado, envolvendo comumente a mucosa jugal (MARTINS et al., 2008).

Com isso, vemos a importância e o dever do cirurgião-dentista em realizar um exame criterioso em seus pacientes, identificando as lesões potencialmente cancerizáveis, sabendo da importância do seu diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

## **PROPOSIÇÃO**

Este trabalho tem o objetivo de abordar por meio de revisão de literatura as lesões orais potencialmente cancerizáveis, apresentando características clínicas, histopatológicas e etiológicas.

## REVISÃO DE LITERATURA

Rodrigues et al. (2000) ao considerarem uma lesão cancerizável, com potencial de malignização, estudaram leucoplasias bucais e sua relação clínico-histopatológica. Foram avaliados 28 pacientes adultos que ao exame clínico apresentavam leucoplasias bucais. No processo de diagnóstico clínico, foi dividida a lesão em dois tipos: homogênea e não-homogênea, com a classificação baseada por Axéll et al. (1996), no qual define leucoplasia homogênea como lesão predominantemente branca, fina, podendo apresentar fendas superficiais com seu aspecto liso, enrugado, corrugado, e sua textura consistente. Já a leucoplasia não-homogênea como lesão predominantemente branca ou com branco-avermelhado, superfície irregular, nodular ou exofítica. Todas as lesões foram submetidas à biópsia excisional, sendo que o material foi processado laboratorialmente e corado com a técnica de hematoxilina-eosina. Depois foram levadas para exame histopatológico, que foi realizado por um único patologista. Histologicamente as lesões foram classificadas em seis grupos, sendo eles: hiperqueratose com ausência de displasia epitelial, displasia epitelial leve, displasia epitelial moderada, displasia epitelial severa, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. Para classificação dos casos de displasia foi usado o critério proposto por Bánòczy e Csiba (1976), utilizando parâmetro histológico: estratificação epitelial irregular, hiperplasia da camada basal, processo reticular em forma de gota, aumento do número de figuras mitóticas, perda da polaridade das células basais, aumento da razão núcleo-citoplasma, polimorfismo nuclear, hiperchromatismo nuclear, aumento do tamanho dos nucléolos, ceratinização de células isoladas ou em grupos na camada celular espinhosa e redução da aderência intercelular. As classificações dos casos de hiperqueratose foi com base na espessura da camada de ceratina, quando a mesma excedia a normalmente encontrada na área considerada. E para as classificações dos casos de carcinoma *in situ*, foi necessário que a espessura toda do epitélio apresentasse as características celulares, sem invasão no tecido conjuntivo subjacente, e o carcinoma invasivo, sua classificação era determinada se todas as células exibiam as características celulares e estivessem arranjadas em lençóis, ninhos, cordões e isoladamente invadindo o tecido conjuntivo subjacente. Resultados obtidos quanto ao aspecto clínico, obtiveram maior ocorrência de leucoplasia homogêneas (78,6%)

do que as não-homogêneas (21,4%). O resultado histopatológico mostrou que 32,2% dos casos apresentaram hiperqueratose com ausência de displasia epitelial. Nos casos de displasia, 39,3% foram displasia leve, 7,1% displasia moderada e 7,1% displasia severa, e os 14,3% restantes foram diagnosticados como carcinoma invasivo, não sendo evidenciado nenhum caso de carcinoma *in situ*. Sendo assim, 53,5% das lesões pesquisadas apresentaram displasia epitelial. A presença de displasia epitelial representa em termos evolutivos um quadro intermediário entre a hiperqueratose sem displasia e o carcinoma *in situ* ou carcinoma invasivo. Com isso enfatizaram a ocorrência dessa alteração, sendo um dado importante na avaliação do prognóstico da leucoplasia, pois hiperqueratose e displasia epitelial tem comportamentos biológicos diferentes. Correlacionando o aspecto clínico destas lesões e seu grau de diferenciação celular, dos 22 casos de lesões do tipo homogênea, 9 apresentaram hiperqueratose com ausência de displasia epitelial, 11 evidenciaram displasia leve, 2 displasias moderada. Já os casos de leucoplasias não-homogêneas apresentaram alterações histológicas mais severa, de 6 casos de lesões não-homogêneas, 2 revelaram displasia epitelial severa e 4 evidenciaram carcinoma invasivo. Estes resultados mostram que existem uma relação entre o aspecto clínico da lesão e seu grau de diferenciação celular, pois as leucoplasias homogêneas tiveram quadros histológicos menos severos, caracterizados principalmente por displasia epitelial leve, enquanto os encontrados nas lesões não-homogêneas foram fundamentalmente de grau severo ou propriamente maligno. Apesar das leucoplasias apresentarem aparência clínica inofensiva, histologicamente pode revelar características de malignidade. Nos resultados obtidos no estudo, concluíram que existe uma relação entre o aspecto clínico e as alterações histológicas das leucoplasias bucais. Deve-se ter um maior cuidado no diagnóstico e controle das leucoplasias, pois há possibilidades de malignização.

Warnakulasuriya, Johnson e Waal (2007) discutiram em um workshop sobre 'Nomenclatura e classificação de distúrbios potencialmente malignos da mucosa oral', com conceitos atuais, terminologia, classificações, história natural, patologia e marcadores moleculares e analisaram a evolução do conhecimento e dos diagnósticos das lesões e condições pré-cancerosas da mucosa oral. O trabalho foi feito por um grupo de especialistas em campos de epidemiologia, medicina e patologia oral e biologia molecular, tendo interesse em biologia, câncer bucal e pré-câncer. Avaliando criticamente todas as definições e terminologias, com relatórios e



tabelas para definição das doenças entre lesões e condições pré-cancerosas pela OMS. Para denominação de lesões ou distúrbios da mucosa oral como pré-câncer basearam-se na evidência de alterações malignas durante o acompanhamento, sendo que algumas alterações cromossômicas, genômicas e moleculares são detectadas nas fases pré-cancerosas. Em estudos, as descrições clínicas foram sendo adicionadas nas lesões cancerizáveis e pré-cancerizáveis, auxiliando na caracterização da leucoplasia oral, como descrição etiológica, descrição do local dando subsítio anatômico na boca ou na orofaringe, tamanho ou extensão das lesões. Concluíram que pelas terminações e classificações que foram propostas pelo workshop reforçou-se o que já é conhecido e que é desnecessário mudar as classificações que são amplamente usadas. O estudo feito com leucoplasia oral evita de que outras doenças orais brancas sejam classificadas incorretamente.

Fernandes et al. (2008) publicaram sobre prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo, investigando por meio de exame clínico intrabucal um grupo de indivíduos alcoólatras no total de 277 participantes em tratamento de desintoxicação para o alcoolismo, do sexo masculino e com idade média de 38,4 anos. Foram utilizados para o estudo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o diagnóstico de lesões bucais, dentre elas as lesões consideradas cancerizáveis foram: leucoplasia bucal, queilite actínica, fibrose submucosa e leucoplasia verrucosa proliferativa. Do total de participantes, a maioria tinha cor de pele branca, sendo o tipo de vício relatado predominante a associação de álcool e cigarro (179 indivíduos), 17 exclusivamente álcool, e 81 associavam álcool e drogas ilícitas tais como maconha, cocaína e crack, sendo que destes apenas 9 não eram fumantes. Os indivíduos que apresentaram lesões e alterações relacionadas ao uso de álcool foram 65, porém quando consideradas somente as lesões cancerizáveis observou-se 3 casos com queilite actínica, nos quais todos eram agricultores e trabalhavam expostos ao sol, 3 casos de leucoplasia bucal visto que sua ocorrência foi predominante em indivíduos fumantes, 2 de eritroleucoplasia que condiz com a literatura, pois em usuários de drogas há a prevalência desta condição e 1 de líquen plano em um indivíduo branco que consumia cigarros industrializados e álcool, no entanto nenhum caso de fibrose submucosa e leucoplasia verrucosa proliferativa foi diagnosticado. Todos os resultados obtidos foram de indivíduos alcoólatras e que na maioria das vezes fumavam ou usavam drogas ilícitas. Sendo assim foi difícil afirmar que todas as lesões cancerizáveis eram

diretamente causadas ou relacionadas ao alcoolismo, pois somente 9 consumiam apenas bebidas alcoólicas e não apresentaram nenhuma lesão. Sendo assim o estudo reforça que o alcoolismo em si, mesmo sendo um dos maiores fatores de risco para o câncer oral, quando ingerido de forma crônica nunca mostrou-se mais carcinogênico que quando associado a outros fatores de risco, principalmente o tabagismo. Todos esses fatos reforçam a necessidade de mais pesquisas a respeito do consumo de álcool e seus fatores associados que podem desencadear uma lesão pré-cancerizável.

Cerero-Lapiedra (2008) publicou sobre a malignização do líquen plano oral, analisando 27 casos de artigos publicados no período entre 1968 a 2007. A média de casos que progrediram para malignização foi de 1,5% do total de 9837 pacientes presentes nos artigos. A diferença de resultado entre os artigos está relacionada aos critérios utilizados para a seleção, identificação e acompanhamento dos pacientes. Em um dos critérios o diagnóstico foi realizado somente por análise clínica, enquanto outros por exame histopatológico também. Em poucos foi encontrada a relação de transformação média anual. A respeito dos critérios de inclusão, incluem os que têm o hábito do tabaco/etilismo, que têm ou não enfermidades sistêmicas e com lesões com tempo de evolução variáveis e tratadas de maneiras distintas. E a respeito dos dados de localização, em muitos casos que sofreram malignização não aparecem os dados de localização. Alguns autores afirmam que a grande variedade de casos que se transformaram em malignos deve-se a um diagnóstico errôneo de líquen plano oral. A displasia liquenoide é descrita como uma lesão pré-cancerosa. Estudos demonstram um aumento do percentual de malignização diante de lesões de líquen plano. Por este motivo propõem-se um protocolo a seguir com pacientes: visita ao dentista 3 vezes ao ano; controle de fatores que predispõem a doença, tais como tabaco e álcool; examinar cuidadosamente a cavidade oral a cada visita; em áreas atróficas e erosivas sintomáticas, abordar tratamento precoce para diferenciar de outras entidades; já em áreas assintomáticas observar a homogeneidade da lesão e presença de estrias ou qualquer sinal que possa ser ou não líquen plano oral. Por fim é importante que se tenha um consenso para definir as características para um diagnóstico correto e verificar se há a presença de displasia epitelial. São necessários estudos homogêneos para avaliar a capacidade de transformação maligna desta lesão e ressalta-se a importância de se estabelecer um protocolo para o acompanhamento dessas lesões.

Martins et al. (2008) estudaram um caso clínico de líquen plano na Faculdade de São Lucas em Porto Velho (RO). Uma paciente mulher, 43 anos, chegou à faculdade relatando ardência na língua e mucosa jugal e manchas brancas na boca. Fez anamnese, exame físico extrabucal, mas não apresentou nenhuma alteração; já no exame intrabucal observaram estrias brancas com aspectos reticulares, encontrados na mucosa jugal bilateralmente, sendo que essas estrias foram compatíveis clinicamente com as estrias de Wickham. Com isso o diagnóstico foi de Líquen Plano Reticular, sendo confirmado histologicamente por biópsia incisional e exame microscópico, onde foi encontrada hiperqueratose focal, com áreas de atrofia e acantose epitelial, houve perda de nitidez e degeneração na camada basal e um intenso infiltrado linfocítico. É fundamental a importância do cirurgião-dentista (CD) ter o reconhecimento dos principais aspectos relacionados ao Líquen Plano, pois o comprometimento da mucosa bucal geralmente começa antes das lesões cutâneas. O diagnóstico correto das lesões pelo CD nas fases iniciais da doença favorece o tratamento adequado para conseguir controlar essas lesões.

Silveira et al. (2009) produziram e publicaram um artigo com o tema: Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. Para a realização desta pesquisa foram analisados dados clínicos no período de 37 anos (janeiro de 1970 a janeiro de 2007) a partir de fichas clínicas e laudos histopatológicos, baseados nos casos com potencial de malignização que foram arquivados no Serviço de Anatomia Patológica do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Com o objetivo de se obter informações clínicas, foi elaborada uma ficha para anotação de dados como sexo, raça e idade, além de localização anatômica, e diagnóstico clínico e histopatológico. Com todos os dados coletados foi construída uma planilha no Excel e posteriormente foi transferida para outro software o SPSS 13.0., tendo sido utilizado o teste do qui-quadrado, a fim de identificar a associação das informações sobre os pacientes; também foi utilizada a análise de variância, para analisar a diferença entre a variável independente dos tipos de lesões pré-malignas e idade. Dos 7725 casos analisados, 205 tinham diagnóstico clínico de lesões com potencial de malignização, ou seja 2,6%, sendo que a mais prevalente foi a leucoplasia (145 casos), seguida da queilite actínica, eritroplasia e eritroleucoplasia. Analisando por meio do teste qui-quadrado as variáveis, unindo os casos de eritroleucoplasia aos de eritroplasia, observaram uma associação significativa entre as lesões e o sexo, que

demonstrou predileção para a leucoplasia e eritroplasia pelo sexo feminino, e para o sexo masculino a queilite actínica, porém para eritroleucoplasia houve uma equivalência de casos para ambos os sexos. Na questão da idade, não houve uma significativa diferença comparando com as lesões pré-malignas; a média de idade para os pacientes com eritroplasia foi de 60 a 63 anos. Ao analisar a relação entre o diagnóstico histopatológico e o diagnóstico clínico, alguns não estavam compatíveis e foram incluídos na categoria não compatível, como as eritroplasias; porém nas leucoplasias e queilites actínicas o diagnóstico foi compatível. Avaliando a associação entre o potencial de transformação maligna e as lesões pré-malignas, a eritroplasia apresentou taxa de transformação mais alta (20%) que a leucoplasia (2,1%), enquanto para queilite actínica e a eritroleucoplasia as taxas foram menores. Os autores concluíram que a raça branca foi a mais acometida em todas as lesões observadas, o rebordo alveolar foi o que mais prevaleceu quanto à localização anatômica na leucoplasia; na eritroleucoplasia e eritroplasia foi o palato. Além disso, houve grande semelhança da prevalência das lesões orais com potencial de malignização, mesmo que com algumas diferenças nas variáveis, tal como o perfil epidemiológico. Assim, as entidades apresentadas merecem uma atenção especial por parte dos clínicos, especialmente as eritroplasias, visto que apresentam grande percentual de malignização.

Hosni et al. (2009) publicaram o artigo: Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. Nele foram analisadas características clinicopatológicas de pacientes atendidos em um serviço especializado em estomatologia e diagnóstico histopatológico. Para o estudo utilizaram registros de biópsia e características histopatológicas e clínicas tais como: sexo, idade e associação com os fatores de risco das lesões, coletadas entre os anos de 1978 e 2006. As lesões demonstraram predileção por pacientes do sexo masculino, com faixa etária média de 57 anos, sendo o palato mole o local mais acometido, e em alguns casos a lesão se estendia para palato duro ou pilar amigdaliano. O diâmetro das lesões teve em média 2,58 cm. Em relação à sintomatologia foi relatado por mais da metade dos pacientes, e o restante apresentaram-se assintomáticos. Dos treze casos, 69% dos pacientes eram tabagistas, sendo os demais com histórico tabagismo. O consumo de álcool foi constatado por 46% dos pacientes. Algumas lesões apresentaram associação entre áreas brancas e vermelhas, sendo nestas observado algum grau de displasia epitelial. As leucoplasias salpicadas

demonstraram displasia epitelial em 3 casos, carcinoma *in situ* em 2 e carcinoma invasivo em 6 casos. Para a eritroplasia homogênea, o diagnóstico dos dois casos apresentou displasia epitelial. Apesar da baixa incidência, as alterações histopatológicas apresentadas nessas lesões justificam sua inclusão entre as lesões com maior potencial de malignização, ressaltando a importância do acompanhamento e suspensão dos fatores de risco para as mesmas.

Canto et al., escreveram e publicaram em 2010 um artigo sobre Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar, apresentando a etiopatogenia, diagnóstico clínico, exames complementares e complicações desta lesão por meio de revisão de literatura. A etiologia dessa doença é desconhecida, no entanto vários fatores causais têm sido citados, tais como diabetes, ansiedade, doenças autoimunes e intestinais, drogas, estresse, hipertensão, infecções, materiais dentários, predisposição genética, neoplasias. O diagnóstico pode ser feito por exames clínicos e histopatológicos, sendo possível realizá-lo com base na aparência clínica, que pode apresentar estrias brancas chamadas de estrias de Wickham, na superfície da mucosa, pápulas ou placas de cor branca, lesões atróficas, atrófico-erosivas ou vesiculares. Lesões clássicas (estrias bilaterais em mucosa jugal) possibilitam a realização do diagnóstico com base na aparência clínica. Alguns casos podem apresentar lesões concomitantes na pele, região genital, couro cabeludo, unhas, mucosa esofágica, laringe e nas conjuntivas. Seis apresentações clínicas podem se manifestar como LPO: reticular, erosiva, atrófica, tipo placa, papular e bolhosa. A gengivite escamativa que acomete 10% dos pacientes se caracterizando como uma área eritematosa, ou ulcerada localizada em gengiva inserida associada a pequenas áreas esbranquiçadas.

Silva et al. (2010) publicaram sobre carcinoma espinocelular da língua – fatores de risco e importância do reconhecimento de lesões pré-malignas, por meio de revisão de literatura a fim de apresentar os fatores de risco e enfatizar a importância de uma observação atenta para um diagnóstico precoce de lesões pré-malignas. O local que é preferencialmente afetado por esta neoplasia é a língua, representando cerca de 50% dos carcinomas orais, sendo frequente em indivíduos na faixa etária entre 45-50 anos e sexta década de vida, porém há documentos de casos em indivíduos mais jovens. Há um visível aumento de casos para o sexo feminino a partir do final da década de 80, visto que a doença tem maior incidência no sexo masculino, isto pode ser justificado pelo fato das mulheres passarem a

associar com mais frequência os hábitos etílicos com tabágicos. Como fatores de risco se destacam o tabaco, cujo o risco de desenvolvimento de carcinoma é de 5 a 9 vezes maior do que os não fumantes. A associação de álcool e tabaco causa um risco 100 vezes superior de apresentarem lesões suspeitas quando comparado com os que não têm estes hábitos. No entanto, pode haver outros fatores em conjugação, tais como: deficiência de ferro, casos de imunossupressão, traumatismos (próteses ou cúspides traumatizantes), uso crônico de Betel, infecções virais como HPV, líquen plano oral e alimentos a temperaturas extremas. O carcinoma espinocelular geralmente é precedido por alterações na mucosa oral. As lesões pré-malignas apresentam-se grande parte como leucoplasia, eritroplasia e eritroleucoplasia. O carcinoma espinocelular da língua é frequente em bordo lateral da língua. Esta localização juntamente com o pavimento da boca corresponde aos locais com maior risco de carcinogênese. Justifica-se pois o agente carcinogênico se mistura com a saliva que é depositada no pavimento da boca e fica em contato constante com a língua, além de que são cobertas por uma mucosa fina e não queratinizada, tendo ausente a barreira protetora que é a queratina. Clinicamente apresenta sob forma de uma mancha sutil de cor branca, vermelha ou conjugação de ambas, inicialmente é assintomático e aparece como uma úlcera que não cura, no entanto em uma fase avançada tem presença de dor, hemorragia, perda dentária, disfagia, odinofagia, invasão óssea e desenvolvimento de gânglios palpáveis. Contudo a demora da identificação e reconhecimento das lesões pré-malignas contribuem para estágios avançados e mais agressivos, por isso destaca-se a necessidade de um diagnóstico precoce e um reconhecimento das patologias por parte do cirurgião-dentista para a orientação dos pacientes.

Pereira et al. (2010) realizaram um estudo, no Hospital Provincial de Ensino "Santurnino Lora" em Santiago de Cuba, no período entre junho de 2003 até junho de 2007, com o objetivo de diagnosticar clinicamente e histologicamente eritroplasia oral, relacionando o diagnóstico ao tabagismo e sintomas subjetivos. Um estudo descritivo e transversal de 15 pacientes com eritroplasia oral, todos maiores de 19 anos, por meio de exame completo da cavidade oral e biópsia do local. Essas amostras obtidas foram colocadas em uma garrafa de vidro com formaldeído 10% e transferidos para o Departamento de Patologia, onde foram fixadas com formalina 5% e processadas por meio da técnica clássica de inclusão em parafina, depois coradas com hematoxilina-eosina, sendo as lâminas observadas com microscópio

de luz convencional. Com isso, foram observados graus de displasia. Usaram também informações como: idade, sexo, diagnóstico clínico e histopatológico, hábitos de fumar, tempo de uso do tabaco, localização anatômica e magnitude da displasia. Verificaram que 60% dos pacientes não apresentaram sintomas. Quando relacionaram a magnitude da displasia com o tempo de uso do tabaco, observaram que a displasia epitelial moderada teve uma incidência maior, junto ao consumo de cigarros/tabaco. O sexo masculino foi o que mais prevaleceu, pelo fato dos homens serem mais expostos a hábitos nocivos como o tabagismo, e por isso, constituiu a principal causa de eritroplasia oral. O sítio anatômico mais suscetível correspondia ao palato duro, com predomínio de displasia epitelial moderada em viciado em fumar há muito tempo. Concluíram que a eritroplasia oral está localizada nas regiões mais anatômicas expostas aos danos de irritação, e se não for interrompido em seu desenvolvimento, pode se tornar uma lesão maligna. E que os cirurgiões-dentistas devem fazer uma avaliação criteriosa de seus pacientes com suspeita de lesões malignas, devendo apresentar uma conduta a respeito.

Nico et al. (2011) publicaram um artigo sobre líquen plano oral (LPO), com o objetivo de revisar a etiopatogenia, formas clínicas, diagnóstico diferencial e laboratorial, prognóstico e tratamento do líquen plano oral, e mencionar a experiência dos autores com esta enfermidade. No período entre 2003 e 2010, foram atendidos no Ambulatório de Estomatologia da Divisão de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 103 doentes com LPO, sendo que 70 eram do sexo feminino e 33 masculinos. Como etiopatogenia, acredita-se que seja uma doença autoimune, mediada por células T, mas sua causa permanece desconhecida. Em relação às manifestações clínicas, a lesão pode se manifestar como uma pápula opalina, esbranquiçada e queratósica, não removível com a espátula, ou com arranjos arboriformes ou estriados, sendo quase sempre bilaterais e simétricas, e os locais mais acometidos são a mucosa jugal, gengiva, dorso da língua, mucosa labial, vermelhão do lábio, e a mucosa da gengiva, que se manifesta com frequência em forma de “gengivite descamativa crônica”, também podendo aparecer em locais de traumatismos. Dos 103 casos, 3 apresentavam lesões de carcinoma epidermoide associadas ao LPO. O diagnóstico é clínico e histopatológico apresentando áreas atróficas e epitélio acantoso. O diagnóstico diferencial depende da morfologia de cada lesão, o líquen plano erosivo por exemplo deve ser diferenciado de afta, pênfigo vulgar, penfigoide das

membranas mucosas, reações medicamentosas; e as lesões pápulo-reticuladas devem ser diferenciadas de lúpus eritematoso discoide, candidose e carcinoma epidermoide incipiente. No tratamento deve-se considerar a extensão da lesão e a gravidade dos sintomas, consistindo em avaliar os sintomas e minimizar o impacto funcional da doença, visto que não existe um tratamento eficaz para todos os casos, no entanto é importante que haja instrução de cuidados de higiene oral, principalmente os periodontais que podem agravar estimulando a inflamação no local e exacerbar a atividade da doença. Em alguns casos os corticosteroides potentes por via tópica são indicados sendo a utilização reduzida à medida que os sintomas e quadro clínico melhoram.

Alfaya et al. (2012) publicaram sobre eritroplasia e seus aspectos que são de interesse do cirurgião-dentista, apresentando características clínicas e histopatológicas, diagnóstico diferencial e seu tratamento. Sendo a eritroplasia definida como placa vermelha não diagnosticada clinicamente ou patologicamente como outra lesão, a mesma tem potencial de malignização elevado assim como leucoplasia e a queilite actínica, com seus fatores associados ao estilo de vida, como tabaco e etilismo, consumo de alimentos em temperatura elevadas e próteses mal adaptadas. Os principais sítios acometidos são as regiões bucal e genital acometendo com maior frequência pessoas do sexo masculino entre a sexta e sétima décadas, no entanto é considerada uma lesão atípica na cavidade bucal, sendo definida pela exclusão quando relacionado seus aspectos com outras lesões vermelhas e por exame histopatológico. Como característica apresenta superfície plana, ou leve depressão na mucosa. Na cavidade oral é frequente em assoalho bucal, língua, palato duro e mole, podendo ser: homogênea, quando se apresenta vermelha, plana e com bordas bem definidas; associada, quando há presença adicional de áreas leucoplásicas, sendo chamada de eritroleucoplasia; e granular, quando for ligeiramente elevada, apresentando bordas irregulares e pontos leucoplásicos. Como diagnóstico diferencial, deve incluir o fato de que é uma lesão assintomática e única, pois lesões semelhantes tais como líquen plano erosivo se manifestam bilateralmente. O tratamento depende do resultado histopatológico da biópsia. Quando há displasia moderada ou significativa, a intervenção é a remoção completa da lesão. As informações coletadas no artigo confirmam o que há na literatura, e enfatizam a necessidade de uma boa anamnese e um meticuloso exame físico para um melhor prognóstico, enfatizando aos cirurgiões-dentistas a



importância da detecção precoce, prevenção e orientação aos pacientes sobre os fatores de risco para o aparecimento de lesões tais como a eritroplasia.

Araújo et al., publicaram um artigo com o tema Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos, em 2012, com objetivo de analisar uma série de 35 casos de queilite actínica diagnosticados no laboratório de Patologia Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA). Foram obtidos dados clínicos contidos nas fichas, tais como: aspectos sobre idade, sexo, cor da pele e diagnóstico clínico. Também foi feita uma análise morfológica a partir de cortes histológicos do material fixado no formol e incluído em parafina, sendo as lâminas coradas e analisadas pela técnica da hematoxilina e eosina por microscopia de luz. O sexo masculino representou a maior parte dos casos sendo eles 21, a faixa etária teve idade média de 54,6 anos e a etnia predominante foi a leucoderma. Em relação aos aspectos morfológicos as lesões caracterizavam-se por epitélio pavimentoso estratificado, com graus variáveis de queratinização, sendo os revestimentos epiteliais ortoqueratinizados e hiperparaqueratinizado predominantes. Também exibia granulose e hipergranulose, áreas de acantose e atrofia. Dentre os casos de displasia, 17 apresentavam displasia discreta, 13 moderada e 5 severa. Esta patologia parece ser mais frequente no Nordeste do Brasil quando associado seu aparecimento aos seus fatores de risco. Por apresentar grande capacidade de transformação maligna, é importante o diagnóstico precoce e tratamento adequado.

Paiva et al. (2012) estudaram a associação entre displasia e inflamação em queilite actínica, um tema que traz debates sobre a conexão de componentes inflamatórios que participam do progresso de malignização da lesão. Com o potencial de transformação maligna da queilite actínica, sua etiologia e a frequente ocorrência de inflamação crônica, foi feito o estudo para avaliar histologicamente a lesão, analisando o grau de displasia, intensidade do infiltrado inflamatório e a possível correlação entre eles. Diagnosticadas lesões clínicas e histopatológicas no período de 2005 a 2007, no hospital público de referência do câncer em João Pessoa-PB, selecionaram blocos parafinados referentes ao diagnóstico da lesão. O espécime deveria estar em bom estado de conservação e em condições para o novo corte para revisão histopatológica, realizando estudo retrospectivo, transversal, com amostra de 45 blocos selecionados e recortados. Em relação à atipia celular e ao grau displasia epitelial, foram padronizados utilizando os critérios feitos para

Organização Mundial da Saúde (OMS), com inflamação e displasia classificadas em leve, moderada e grave. Na avaliação para saber o grau do processo inflamatório das lesões, utilizaram ocular de microscópio óptico OLYMPUS, com ampliação de 100x. Com um total de 45 blocos parafinados com a lesão queilite actínica, 55,6% eram do sexo masculino e 44,4% sexo feminino; com a idade entre 27 a 92 anos; todos os pacientes eram brancos; 66,7% deles eram agricultores; e todas as lesões foram localizadas nos lábios inferiores. Em relação à displasia, essa foi encontrada em 59,5% dos casos, sendo 40% leve; moderada em 11,1% e grave em 8,4%. O processo inflamatório das lesões estudadas por eles era composto predominantemente por linfócitos, plasmócitos e macrófagos, infiltrado leve 48,9%, moderado 20% e intenso 31,1%. Os resultados indicaram que há uma estreita relação entre a intensidade no processo inflamatório e o grau de displasia epitelial na lesão estudada; o aumento da intensidade do infiltrado na queilite actínica pode interferir na desorganização da arquitetura epitelial, característica da displasia, contribuindo para o agravamento da lesão.

Pereira et al. (2012) avaliaram 20 pessoas maiores de 19 anos, fumantes, atendidas em consulta no hospital provincial docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, em um período entre setembro de 2007 a setembro de 2010, com o objetivo de avaliar o diagnóstico clínico e histopatológico a partir do exame clínico e da biópsia realizada. Os participantes do estudo responderam a uma enquete com dados tais como: sexo, diagnóstico clínico e histopatológico, tempo do hábito de fumar, localização anatômica e grau de displasia. Os dados coletados demonstraram maior incidência em homens, com faixa etária de 50-59 anos em ambos os sexos; mais da metade dos afetados expressaram serem assintomáticos e uma mínima porcentagem apresentou ardência na mucosa oral, sendo 40% fumantes por tempo de 1-5 anos. Como resultado histopatológico comprovaram maior incidência de hiperqueratose e infiltrado inflamatório subepitelial, e o sítio mais afetado a mucosa jugal, seguido do lábio inferior. Todos os resultados da pesquisa confirmaram o que a literatura aborda sobre a eritroleucoplasia, visto que do total de participantes a maioria eram fumantes e possuíam o hábito de alcoolismo durante anos e não apresentaram sintomas clínicos. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce e o conhecimento clínico desta lesão, assim como dos fatores de risco para um melhor prognóstico e orientação aos pacientes.

Liu et al. (2012) abordaram no artigo - “Desenvolvimento de câncer oral em pacientes com leucoplasia - fatores clinicopatológicos que afetam os resultados” - os fatores clínico-histopatológicos que aparecem em grande escala em pacientes com leucoplasia oral e reportam a experiência da detecção precoce de eventos malignos. Para o estudo no período entre 1990 a 2010, um total de 320 casos de pacientes com a doença comprovada em biópsia foram revisados a partir dos arquivos do Departamento de Doenças da Mucosa Oral e Patologia Oral, do Shanghai Ninth People’s Hospital. Como acompanhamento foram feitos intervalos de 6 meses ou menos, utilizando dados sobre idade, gênero, local e tipo de lesão, histórico de tabagismo e etilismo, sendo a lesão subdividida entre tipo homogêneo (plano, uniforme e fino) e não homogêneo (salpicado, verrucoso ou nodular). Os tratamentos foram agrupados por medicamentos (vitamina A e erva chinesa) e cirurgia. No exame histológico, observou-se displasia oral, e reclassificaram os casos como displasia de baixo grau baseada em menos de 5 alterações citológicas/ 4 mudanças arquitetônicas e alto grau com pelo menos 5 alterações citológicas e 4 mudanças arquitetônicas. Foram identificados em estágio inicial de carcinoma de células escamosas 57 pacientes, com um intervalo médio de 4,5 anos, sendo 27 casos com presença de displasia de baixo grau e 30 com alto grau. O estudo foi composto por 175 mulheres e 145 homens com média de idade de 54,1 anos, com o local mais acometido a língua lateral/ventral seguido da mucosa bucal, língua dorsal, gengiva e palato. O risco de transformação maligna da leucoplasia em região lateral e ventral de língua e leucoplasia não homogênea foi maior em comparação a outros locais e leucoplasia homogênea. O tabagismo e alcoolismo foram fatores importantes no desenvolvimento de leucoplasia oral, mas as funções que desencadeiam as transformações malignas ainda permanecem controversas. Sabe-se também que a idade é um fator de risco, visto que o risco de transformação foi maior em pacientes idosos. Destacaram a importância da utilização de biópsias e exames histológicos para confirmar o quadro clínico quando há suspeita dessas lesões para uma possível transformação maligna.

Coimbra et al., publicaram em 2013 sobre a correlação entre diagnóstico clínico e patológico das lesões brancas da cavidade oral, com a finalidade de certificar os índices de discrepância (ID) dessa correlação (diagnóstico clínico e histológico) em portadores de lesões brancas no período entre 2000 a 2010, utilizando sessenta e quatro relatórios histológicos de lesões brancas que foram

submetidas à biópsia na Clínica da Faculdade de Medicina Dentária do Porto de Portugal. Informações sobre sexo, idade, local de colheita das peças e diagnóstico clínico foram registradas das lesões de líquen plano, leucoplasia idiopática, papiloma, lesão branca traumática, eritroleucoplasia, carcinoma epidermoide e candidose oral. Para obter a não correspondência utilizaram a fórmula: Índice de discrepância =  $N^{\circ}$  de diagnósticos incompatíveis  $\times$  100/ $N^{\circ}$  de casos. Como resultado o ID dos 26 pacientes que tinham líquen plano foi de 7,7% com 2 leucoplasias idiopáticas, 14 leucoplasias obtiveram o resultado de 14,4% com 2 diagnósticos laboratoriais de líquen plano, as 5 lesões brancas por trauma obtiveram diagnósticos na maioria incompatíveis com ID de 60% com uma hiperplasia inflamatória, uma leucoplasia e um carcinoma e dos 2 carcinomas um era leucoplasia, contudo a candidose era um líquen dando a porcentagem de 100% de ID. O grande número de alterações bucais que possuem embranquecimento da superfície pode levar os cirurgiões-dentistas e médicos a equívocos com relação ao diagnóstico correto. Observado o elevado número de diagnósticos clínicos falsos sobre lesões brancas, é aconselhado que biópsia e exames histopatológicos sejam realizados por rotina em lesões brancas, que podem progredir para carcinoma ou lesões clínicas brancas que possuem diagnóstico duvidoso.

Mortazavi, Baharvan e Mehdipour (2014) publicaram um artigo sobre transtornos orais potencialmente malignos: uma visão geral de mais de 20 entidades, analisando dados presentes em artigos e revistas publicados, e especialmente as classificações de lesões potencialmente malignas segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), que as classificou em dois subgrupos : a) lesão pré-cancerosa, lesão benigna com tecido morfológicamente alterado, com risco maior que o normal de se transformar em malignidade; b) condição pré-cancerosa, uma doença ou hábito do paciente que não altera necessariamente a aparência clínica dos tecidos locais, mas associada a um risco maior que o normal de lesão pré-cancerosa ou desenvolvimento de câncer nesse tecido. Os dois subgrupos segundo a OMS foram verificados e observaram maior incidência de malignização em 5 lesões pré-malignas, tais como a leucoplasia, eritroplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, queratose palatal associado ao tabagismo reverso e hiperplasia verrucosa. A respeito dessas lesões e risco de malignização, destaca-se as leucoplasias, que são caracterizadas por uma placa branca não removível à raspagem que acomete lábios, mucosa oral e gengivas, afetam mais homens, e seu

risco de malignidade varia de acordo com suas classificações: fino, homogêneo, verruciforme e salpicado, no entanto a leucoplasia verrucosa proliferativa apresentou maior risco de malignização diante de todas as lesões, cerca de 63,5 – 100%, cujo o local mais acometido é a gengiva e se caracteriza por placa ou placa branca multifocal e projeções de superfície rugosa. Seguida desta lesão a queratose palatal associado ao tabagismo reverso teve uma incidência de risco de 83,3 %, a seguir a hiperplasia verrucosa com 68% de displasia e a eritroplasia com 51%, demonstrando dentre todas as lesões pré-malignas a frequência de lesões de placa branca como maiores riscos de malignização. É de extrema importância o diagnóstico precoce dessas lesões, que podem ser evitadas quando há condições pré-malignas, porém por falta de conhecimento dessas condições e lesões muitas vezes o diagnóstico é tardio, sendo essencial a melhoria do nível de conhecimento, a fim de salvar a vida de muitos pacientes.

Arnaud et al. (2014) estudaram 44 casos com aspectos clínicos e histopatológicos da queilite actínica em um estudo transversal retrospectivo de casos registrados no arquivo histopatológico do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Napoleão Laureano, Paraíba, no período de 2000 a 2007. A queilite actínica clinicamente pode parecer de duas formas: aguda e crônica. A aguda pode ocorrer quando há uma exposição solar excessiva em um curto espaço de tempo, com características de edema, eritema brando, fissuras e úlceras graves; o aspecto clínico crônico tem características como lábios ressecados, fissuras, aumento de volume discreto e difuso, perda do limite entre a semimucosa labial e a pele, pápulas e manchas leucoplásicas, e pode ocorrer quando há uma exposição solar prolongada e acumulativa, o que pode haver alterações epiteliais irreversíveis. Histologicamente a queilite actínica pode apresentar alterações epiteliais que incluem atrofia e diminuição da produção de queratina, e no tecido conjuntivo podemos encontrar infiltrado inflamatório, elastose solar, caracterizada pela degeneração das fibras colágenas, e então começam a mostrar basofilia e aspecto amorfo. Os blocos foram recortados e corados com hematoxilina e eosina (HE), sendo os mesmos posteriormente avaliados por dois examinadores (MSMS e CCL) independentes, previamente calibrados, através de microscopia óptica. A presença de infiltrado inflamatório e a seleção de uma área do infiltrado foram determinadas utilizando o método visual subjetivo, desconsiderando as regiões de ulcerações. A avaliação objetiva da intensidade do infiltrado inflamatório foi realizada por

porcentagem de células. Além das alterações histopatológicas, foram coletadas nas fichas clínicas das lâminas histológicas selecionadas, os aspectos clínicos epidemiológicos da queilite actínica, como idade, sexo e localização. Os dados obtidos foram processados em Pacote estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows versão 13.0, pelo qual se realizou análise estatística descritiva. Como resultado, foi observado 52,2% dos casos em homens e 47,7% em mulheres; pacientes de 27 a 92 anos, com a média de 59 anos; 81,8% eram acima de 40 anos. Todas as lesões de queilite actínica foram encontradas nos lábios inferiores. Histologicamente, a avaliação apresentou 68,2% dos casos com algum grau de displasia epitelial, sendo 36,3% displasia leve, 20,4% displasia moderada e 11,3% displasia severa. Em 15,9% ocorreu CCE, sendo 4,5% de carcinoma *in situ* e 11,3% de carcinoma invasivo. Os resultados das amostras histologicamente revelaram que a atipia celular, infiltrado inflamatório e a presença de elastose solar são comuns na queilite actínica, observando presença de CCE em 15,5% dos casos com necessidade de biópsia. Pôde-se concluir que a maioria dos casos de queilite actínica acometeu lábio inferior de homens acima de 40 anos.

Queiroz et al. (2014) realizaram uma avaliação clínica e histopatológica e pesquisaram os hábitos associados ao surgimento de leucoplasia oral e eritroplasia. A eritroplasia mesmo sendo a menos frequente, tem seu alto potencial de transformação maligna; quando associada à leucoplasia, pode ser chamada de eritroleucoplasia oral. Observaram que o tabaco e o álcool são os fatores mais evidenciados na literatura. O estudo foi feito em um serviço de referência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), utilizando registros médicos arquivados de Janeiro de 2000 a junho de 2012. Utilizaram formulários de coleta, com informações como nome, número de registro, idade, sexo, cor, datas de serviço, hábitos, local da lesão, sintomas, diagnóstico clínico e histopatológico. Com esses dados foram realizadas análises estatísticas, associadas ao teste Chisquared e ao teste exato da Fisher. Utilizaram um total de 6560 registros médicos, com 88 casos clinicamente identificados, 54 foram confirmados por histopatologia (com 43 leucoplasias e 11 eritroplasias), com taxas de prevalência de 0,65% e 0,16% para cada lesão. Histologicamente obtiveram casos de eritroplasia, com uma maior associação com diagnóstico de displasia severa e moderada. A idade média das pessoas que estavam nos registros médicos era de 56,9 anos, sendo 44,4% do sexo masculino e 55,65% do sexo feminino, cor da pele branca e negra, representando

juntas mais de 80% dos casos. Em relação aos sintomas, 54,5% de eritroplasia e 90,7% de leucoplasia eram assintomáticas. A lesão mais frequente foi de leucoplasia, afetando principalmente a mucosa do lábio inferior, e em seguida a mucosa bucal. Em relação aos hábitos de fumar, não houve uma significativa diferença entre as lesões, porém 72,15% dos casos eram em pessoas usuárias de tabaco. Pôde-se concluir que a lesão mais frequente foi a leucoplasia, e a maioria das lesões eram assintomáticas. Com isso, o exame clínico criterioso pelo cirurgião-dentista em seus pacientes é de extrema importância para um diagnóstico precoce dessas lesões, que apresentavam potencial de transformação maligna, determinando um prognóstico e estabelecendo uma conduta em relação ao caso.

Ricardo et al. (2014) realizaram um estudo descritivo para avaliar o programa de detecção precoce do câncer bucal, no período de janeiro de 2012 a outubro de 2013. Foram reunidos 35 pacientes para fazer biópsia no programa, onde foram coletados registros e dados como: sexo, idade, hábitos tóxicos e dietéticos, uso de prótese ou não. Os resultados foram apresentados em tabelas, processados no formulário, sendo obtidas estatísticas informatizadas e descritivas expressas em porcentagem. As variáveis utilizadas foram: idade, sexo, fatores de risco como o tabagismo, alcoolismo, ingestão de café, higiene, prótese mal adaptada, alimentos quentes ou picantes. Tipos de lesões: leucoplasia, eritroplasia, carcinoma, hemangioma, papiloma, lipoma, fibroma e nevo. E as localizações anatômicas mais frequentes foram: lábios superiores, lábios inferiores, bochechas, sulcos vestibulares, gengivais, crista alveolar, palato duro e mole, língua móvel e fixa, assoalho da boca e orofaringe. Utilizaram também níveis de conhecimento dos pacientes como: bom, regular e ruim. Revisão bibliográfica através de buscas na internet foi realizada na Universidade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba, e buscas na biblioteca da Clínica Ensino Provincial, e o Hospital Oncológico Conrado Benitez García. Os dados foram obtidos em consultas de estomatologia da clínica, com histórico médico individual, preenchimento de formulários e exames clínicos. Para ser feito o estudo, foi aplicado aos pacientes um formulário que consistia em quatro questões que coletavam dados sobre o nível de conhecimento do paciente sobre o Programa de Detecção de Câncer Oral, autoexame, hábitos prejudiciais e frequência no estomatologista. Pacientes com lesões apresentaram de 19 a 59 anos de idade, o que representou 74,3% das amostras, sendo que o sexo feminino predominou com 54% dos casos. Considerando os pacientes com lesão em relação

ao sexo, na leucoplasia (48,6%), o mais afetado foi o sexo masculino com 68,3%, em segundo lugar o nevo (17,1%) da mesma forma para ambos os sexos. Resultados em relação ao local mais acometido foi a cavidade oral com 68,6%, especificamente a mucosa da bochecha com 34,3%, região da língua com 14,3% e lábio inferior com 17,1%. Em relação aos fatores de risco, o principal hábito nocivo foi o fumo com um percentual de 45,7%, já a ingestão de café e próteses mal adaptadas, apresentaram-se ambas com 11,1%. Os principais diagnósticos não coincidentes foram leucoplasia e líquen plano. Pode-se concluir que o Programa de Detecção de Câncer Oral deve continuar com sua funcionalidade na área da saúde, com médicos e estomatologistas aumentando seus cuidados e seus exames em seus pacientes de risco e até mesmo nos que não são de risco. Deve-se enfatizar o autoexame oral, por meio fácil de comunicação, seja em consultas e palestras educativas. Com esses dados, verificou-se o quão importante é saber o nível de conhecimento da população para poder ajudá-la da melhor forma.

Villa e Gohel (2014) realizaram um estudo para uma estimativa da prevalência do potencial das doenças malignas em uma grande população de pacientes entre 18 a 97 anos, que estavam sendo atendidas na Clínica de Diagnóstico Oral e Clínicas de Medicina Oral na Escola de Medicina Dentária Henry M em Boston, Estados Unidos. Goldman, entre 8 de julho de 2013 até 8 de março de 2014. Os pacientes tiveram seus dados coletados como: idade, sexo, autorrelato, histórico médico, se houve um histórico familiar de câncer, tabaco e consumo de álcool, altura, peso. Foram feitos exames visuais completos de tecido oral mole. Os critérios de diagnóstico foram: eritroplasia, leucoplasia, líquen plano oral, fibrose submucosa e diagnóstico clínico sem uma definição. Utilizaram modelos de regressão logística para estimar as probabilidades e intervalos de confiança de 95%. As análises foram realizadas utilizando STATA, versão 9.2 (Stata Corp LP, College Station, TX, EUA), e para todas as análises, um valor P de  $< 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Como resultado, um total de 3142 pacientes receberam um exame completo da cavidade oral, com a idade média de 43 anos, sendo que 75,8% desses pacientes tinham o hábito de fumar, e 63,9% com o uso de álcool; 142 pacientes (4,5%) foram identificados com uma lesão na mucosa oral, sendo 78 lesões brancas, 30 lesões ulcerativas, 34 lesões mistas e entre esses indivíduos, 37 tinham suspeita de prevalência de lesão maligna e assim recebeu uma biópsia para um diagnóstico definitivo. Resultados obtidos foram: 27 casos de prevalência de lesão maligna, 1



caso de fibrose submucosa, 3 casos de leucoplasia e 9 com diagnóstico de líquen plano. Pacientes do sexo masculino foram associados a maiores chances de ter prevalência de lesão maligna, e os indivíduos usuários de tabaco tem duas vezes mais chances de ter uma prevalência de lesão maligna do que os indivíduos não fumantes. Não foi observada uma associação significativa para doenças sistêmicas e o consumo de álcool não aumenta o risco da prevalência da lesão maligna. Concluíram que os cirurgiões-dentistas e os alunos de Odontologia devem avaliar se seus pacientes apresentam ou não sinais de potencial malignização, fazendo um exame criterioso em seus pacientes, aconselhando-os sobre os fatores de risco para câncer bucal.

Maia et al. (2016) verificaram a incidência das lesões orais potencialmente malignas, avaliando e correlacionando os aspectos clínico-patológicos. Foram usadas amostras de leucoplasia oral, eritroplasia oral, eritroleucoplasia, queilite actínica e líquen plano oral. Essas lesões pré-cancerosas são definidas como um tecido morfológicamente alterado, apresentando prevalências diferentes na população, associadas ao ambiente e fatores etiológicos. Dentre as lesões orais pré-cancerosas, podem ser citadas como mais comuns a leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e o líquen plano oral; todas carregam um risco de transformação maligna a considerar. São necessários estudos que verifiquem sua prevalência na população e reconhecimento correto pelo profissional de saúde. Os autores fizeram estudos retrospectivos do tipo transversal de pacientes que tinham o prontuário com suspeita de lesão oral potencialmente maligna, coletando dados em uma ficha própria para a pesquisa, com nome, idade, fatores etiológicos (fumar, beber, trabalho exposto ao sol), dados da lesão, características clínicas, diagnóstico clínico e histopatológico. As informações coletadas das fichas clínicas foram correlacionadas com o objetivo de verificar a existência de possíveis associações entre elas. Os resultados foram organizados em um banco de dados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 20.0. Entre os indivíduos com lesões orais potencialmente malignas, a faixa etária mais frequente foi de 51 a 60 anos, com a média de 56,09 anos. Em relação aos locais acometidos, 60 lesões (49,6%) em lábio inferior, 16 (13,2%) em mucosa jugal, 13 (10,7%) em língua, 11 (9,1%) em rebordo alveolar, 7 (5,8%) em palato mole, 6 (5%) em palato duro, 4 (3,3%) em trígono retromolar, 2 (1,7%) em lábio superior e 2 (1,7%) em assoalho bucal, sendo que em alguns casos as lesões se estendem para

2 ou mais localizações. Dentre esses pacientes, em relação aos fatores de risco, 48 relataram ser fumantes ou ex-fumantes, 35 relataram consumo de álcool e 34 relataram trabalhar com exposição ao sol. O objetivo principal de identificar as lesões orais potencialmente cancerizáveis é impedir sua transformação maligna, realizando a intervenção adequada. Com isso, os autores concluíram que fica implícita a responsabilidade do cirurgião-dentista em diagnosticar precocemente as lesões orais potencialmente malignas e realizar o acompanhamento e o tratamento ideal indicado para a lesão.

Silva e Rezende (2016) realizaram uma revisão de literatura sobre as lesões potencialmente malignas da cavidade oral, com o objetivo de apresentar as lesões mais comuns, descrevendo características clínicas e suas formas de avaliação. Para o estudo foram utilizados dados por meio dos sites Lilacs, Medline e Bireme, por meio de palavras chaves como câncer bucal, lesões cancerizáveis e estomatologia, incluindo 12 publicações no período entre 2000 a 2015. A leucoplasia é clinicamente definida como placa ou área branca na mucosa bucal, não removível a raspagem, sendo a lesão potencialmente maligna da cavidade oral mais comum em homens acima de 40 anos com fatores etiológicos como tabaco, álcool, diabetes, radiação solar e infecção da cavidade oral, sendo classificada em homogênea e não-homogênea, podendo acometer qualquer área da boca. No entanto é necessária maior atenção em lesões em língua e assoalho da boca, pois possuem maior incidência de casos de câncer, sendo obrigatória a biópsia, a partir da qual define-se o tratamento, sendo ele em casos mais leves onde não há presença de displasia ou a forma leve, adoção de acompanhamento clínico e reavaliação a cada seis meses; já em casos mais graves a excisão cirúrgica é indicada. A leucoplasia também apresenta a forma verrucosa proliferativa, apresentando-se como placa branca, verrucosa, exofítica e de crescimento lento, porém mais agressiva e com maior risco de malignização que as leucoplasias comuns, com predomínio em mulheres com mais de 60 anos, sendo os locais mais acometidos a gengiva e mucosa alveolar, sendo também não removível à raspagem. A eritroplasia é mais rara que a leucoplasia, porém possui alto índice de malignização, podendo ser considerada como a lesão potencialmente maligna com maior índice de evolução para carcinoma, sendo definida como placa ou mancha vermelha, assintomática de textura macia, com localização frequente em assoalho bucal, que não pode ser raspada e nem caracterizada como outra doença clinicamente e

histopatologicamente, apresentando altos graus de atipia e geralmente apresenta carcinoma *in situ* associado. Por esse motivo é obrigatória a biópsia, sendo o seu tratamento dependente do resultado do exame, podendo ser tratada com acompanhamento, em casos que não há displasia, ou cirurgia. A fibrose submucosa é crônica, caracterizada como uma reação inflamatória subepitelial e uma mudança no tecido fibroelástico submucoso, ocorrendo principalmente em habitantes do sul da Ásia e taxa de malignização entre 2,3 e 7,6%, sendo que seu mecanismo ainda é indefinido. Porém alguns autores associam ao hábito de mascar Betel. Definida como lesão potencialmente maligna de natureza inflamatória, a queilite actínica acomete frequentemente o lábio inferior, tendo como principal fator a exposição solar, afetando homens de pele clara, apresentando-se como manchas brancas ou avermelhadas, podendo apresentar áreas ulceradas ou descamativas, sendo necessária a biópsia. Os pacientes também devem ser orientados ao uso de protetor solar, diminuição da exposição solar e eliminação do tabagismo. Seu tratamento é o uso de corticoides tópicos ou remoção cirúrgica. O líquen plano caracteriza-se como placas ou estrias brancas simétricas e bilaterais. Seus tipos são: reticular e papular, placoide, atrófico, erosivo e bolhoso, com causa desconhecida. Seu diagnóstico é feito por biópsia e avaliação das lesões cutâneas associadas; sua natureza é predominante benigna, exceto se houver fatores de risco como etilismo, tabagismo e câncer bucal. A anemia por deficiência de ferro manifesta-se como mucosa vermelha e lisa e geralmente sintomática. Concluíram que o conhecimento e o estudo dessas lesões são de suma importância para o seu diagnóstico precoce e um melhor prognóstico dos pacientes.

Ramos et al. publicaram um artigo em 2017, revisando a literatura sobre os conceitos atuais e repercussões clínicas da leucoplasia oral. Utilizaram 30 artigos científicos, publicados em bancos de dados, no período entre 2010 e 2016, utilizando-se palavras-chave, tais como leucoplasia e lesões potencialmente malignas. Define-se a leucoplasia, segundo a classificação mais recente escrita por Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I em 2007, como “placas brancas de malignização possível, excluindo outras doenças ou desordens conhecidas que não demonstrem um risco aumentado para o câncer, correlacionando a leucoplasia oral com o risco de transformação maligna”. O câncer de célula escamosa tem tido associação ou sendo precedido por uma lesão pré-cancerosa, especialmente a leucoplasia, justificando a importância do conhecimento a respeito da leucoplasia

por sua alta propensão à transformação maligna em comparação a outras lesões orais. Mesmo sabendo que sua etiologia é multifatorial, o fator mais envolvido é o tabaco. Uma grande proporção de leucoplasias tornam-se menores após um ano quando o hábito é cessado. Além desse fator, quando o álcool é associado ao tabaco há um efeito sinérgico no desenvolvimento tanto do câncer oral, quanto da leucoplasia. Em relação à aparência clínica, seu tamanho pode variar, surgindo como uma placa branca, translúcida ou acinzentada, fina e um pouco elevada; também apresenta como características ser plana e suave e às vezes enrugada ou fissurada, apresentando bordas bem demarcadas, podendo misturar-se com a mucosa e transformar-se em mais espessa e extensa lateralmente com coloração mais esbranquiçada com o tempo. O estudo ressalta que o conhecimento da etiologia e do diagnóstico precoce é de extrema importância, visto que a literatura reconhece as leucoplasias orais com maior potencial de malignização.

Silva et al. (2018) publicaram uma pesquisa sobre lesões orais malignas e potencialmente malignas, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas do serviço público e privado, e graduandos do curso de Odontologia do último ano da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) de Natal, em relação à detecção precoce e fatores de risco das lesões orais com potencial de malignização e do câncer oral. Para este estudo utilizaram um estudo descritivo e de caráter exploratório com 292 pessoas, sendo 200 cirurgiões-dentistas e 92 graduandos no ano de 2014. Foi-lhes aplicado um questionário com perguntas sobre o diagnóstico das lesões com potencial de malignização e câncer oral, que continha 5 blocos de pontuação, totalizando 10 pontos, e foi dividido a partir deste total com a classificação de: ótimo, bom, regular e insatisfatório. Como resultado, 11% obtiveram o conceito de ótimo e a maioria como bom. Quando perguntado se sabiam que na maioria dos casos o câncer oral é diagnosticado em estágio avançado, quase metade dos participantes não sabiam; em relação ao conhecimento de qual câncer oral é o mais frequente, mais da metade afirmou, comprovando com a literatura, que é o carcinoma de células escamosas, que pode surgir a partir de lesões como a leucoplasia; no entanto, alguns participantes não sabiam deste tipo de lesão e responderam que a candidose pode predispor ao câncer oral. Sobre os fatores de risco, quase todos referiram tabaco, álcool e exposição solar, o que também confere com a literatura e a artigos publicados, porém muitas pessoas responderam que o trauma protético pode desenvolver câncer oral, o que é errôneo, pois ele pode

mascarar uma lesão maligna ou favorecer o seu crescimento mas não causá-la. A partir de todas as questões analisadas, os autores concluíram que existe um baixo nível de conhecimento quanto à conduta diante de lesões orais potencialmente malignas e o câncer oral por parte dos profissionais já formados, visto que apenas metade confirmou que realiza uma anamnese bem detalhada. No entanto, os estudantes e graduandos com menos tempo de formados apresentaram melhor conceito sobre todas as questões abordadas, sendo claro que isto se justifica pela mudança na grade curricular do curso de odontologia atualmente que possui matérias como patologia e diagnóstico.

Lombardo et al. (2018) realizaram uma revisão de literatura a respeito dos tratamentos disponíveis e do prognóstico da leucoplasia bucal, com artigos selecionados na base de dados do PUBMED, com período de publicação de 2000 a 2013. Selecionaram 42 artigos com leitura seletiva dos títulos e uma análise dos resumos. O tratamento da leucoplasia pode ser classificado em cirúrgicos, que envolvem a remoção da lesão por meio de excisão convencional, com a utilização de bisturi, laser de CO<sup>2</sup> ou nitrogênio líquido; e há também o não-cirúrgico, onde são utilizados fármacos, sendo indicado algumas vezes quando o paciente tem estado de saúde geral desfavorável. Segundo o prognóstico, as lesões que não são totalmente removidas podem permanecer estáveis, diminuir ou aumentar de tamanho ao longo dos anos. Independente da remoção total ou parcial, novas lesões podem surgir, com isso, o prognóstico da leucoplasia continua em discussão. Concluíram que não há uma evidência de que realmente há um tratamento, cirúrgico ou não, que possa prevenir o desenvolvimento de carcinoma espinocelular ou recorrências ao longo do tempo. O tratamento não-cirúrgico parece ter menor eficácia, na medida em que estão relacionados à recorrência após a sua suspensão. Dessa forma, a excisão cirúrgica convencional permanece sendo o tratamento de escolha dos pacientes, porque com ele é possível um material para exame histológico.

Brito et al. (2019) realizaram um estudo sobre as características clínicas e histopatológicas da queilite actínica, avaliando a associação entre seus aspectos. As lesões clinicamente podem ser caracterizadas como aguda ou crônica. No caso da aguda, são caracterizadas por lábios eritematosos, inchaço, formação de bolhas seguidas de crostas, e só havendo regressão da lesão quando o agente for interrompido. A lesão crônica é clinicamente caracterizada pela atrofia da parte

inferior vermelha do lábio, perdendo sua elasticidade e presença de placas rugosas, escamosas, queratóticas, que se sobrepõem desigualmente às áreas eritematosas. Como há uma associação entre queilite actínica e carcinoma de células escamosas, deve ser realizada uma biópsia da lesão para um diagnóstico mais preciso. Histopatologicamente, as alterações teciduais podem variar de leves a severas em relação a componentes epiteliais e conjuntivos. No tecido epitelial, as mudanças incluem o espessamento do epitélio e da camada queratinizada, úlceras, acantoses e displasias que podem variar de leve a grave. Já o tecido conjuntivo pode apresentar elastose solar, vasodilatação e um infiltrado inflamatório mononuclear que varia de moderado a intenso. Usaram como método, estudos observacionais, transversais e descritivos, com base nos dados retrospectivos. Todos os diagnósticos foram feitos na Universidade Estadual da Paraíba, tratados na Liga Interdisciplinar contra o Câncer Oral, de outubro de 2008 a agosto de 2012. As amostras foram compostas por 40 casos, sendo coletados dados como sexo, idade, cor da pele, ocupação, fumo, exposição ao sol, sintomas e aspectos clínicos das lesões. Para a avaliação histopatológica das lesões, um único examinador calibrado, usando microscopia de luz (Leica DM 500, Leica Microsystems Vertrieb GmbH, Wetzlar). Os resultados foram submetidos a análises estatísticas descritivas e inferencial usando o pacote estatístico para as ciências sociais (versão 17.0, IBM SPSS Inc., Armonk, NY, EUA), aplicando testes de hipótese Qui-quadrado de Pearson. Em relação aos relatos das amostras, observaram que 82,5% dos pacientes eram homens, 75% eram leucodermas, 37,5% eram agricultores e 25% eram fumantes. Idade média de 54,5 anos, 85% das amostras relataram exposição solar crônica e 50% de relato de uso de protetor solar. Nas análises clínicas apresentaram aspectos de leucoplasia, eritroplasia e aspecto misto, sendo que 32,5% das amostras foram sintomáticas. Também observaram demarcação borrada da borda do vermelhão dos lábios, eritema, atrofia, queratose, erosão, crostas e fissuras. Em todos os casos foram afetados os lábios inferiores. Já nas análises histopatológicas houve características típicas como, hiperplasia da camada epitelial do vermelhão do lábio, maturação desordenada, atipia celular, graus variáveis de atividade mitótica e hiper-queratinização. Houve degeneração basófila das fibras de colágeno no tecido conjuntivo (elastose solar), comum em queilite actínica. Também observaram presença predominantemente de infiltrado inflamatório mononuclear. As amostras foram classificadas de acordo com o diagnóstico histopatológico como

hiperqueratose, displasia leve, moderada e grave. O aspecto não-ulcerado da leucoplasia esteve presente em 10 casos de hiperqueratose, enquanto a eritroplasia não ulcerada e aspectos mistos estavam presentes em 5 casos cada um, com a mesma frequência de displasia leve. A displasia moderada estava presente em 5 lesões com aspecto clínico da leucoplasia não-ulcerada. Apenas 1 lesão com aspecto clínico misto e 1 com erosão/ulceração foram classificadas histopatologicamente como displasia grave. Naquele estudo não estabeleceram uma correlação estatisticamente significativa entre os aspectos clínicos e as classificações histopatológicas da queilite actínica. Os autores concluíram que os aspectos clínicos de uma lesão podem mascarar mudanças de tecido em vários estágios, mesmo incluindo os mais avançados e de com maior risco para o paciente. Sendo assim, é muito importante o conhecimento do cirurgião-dentista sobre a queilite actínica para fazer um correto diagnóstico.

Anta et al. (2019) realizaram uma pesquisa com o objetivo de avaliar os fatores associados com a malignização do líquen plano oral, com características clínicas e a incidência de lesões que podem acabar desenvolvendo carcinoma oral de células escamosas. O material usado para a pesquisa foi do bando de dados medline Pubmed do ano de 2013 à 2018, utilizando-se as palavras-chave como “transformação maligna do líquen plano oral” e “célula escamosa oral” em estudos com revisões sistemáticas, revisões de literatura, estudos humanos, sendo que a declaração PRISMA foi aplicada na apresentação (Preferred Reporting Item for Systematic reviews and Meta-Analyses). Segundo os resultados obtidos nos artigos lidos, houve fatores de risco relacionados ao líquen plano oral, sendo exemplos os problemas de hipertensão e hábitos tóxicos. No total de 3578 pacientes, 1174 eram homens, 2001 eram mulheres, e 303 não foram identificados; 3430 pacientes diagnosticados com líquen plano oral. Identificaram 54 pacientes do número total que desenvolveram carcinoma oral de células escamosas em lesões de líquen plano oral, com uma taxa de malignidade de 1,5%, com maior incidência em pacientes do sexo feminino. São necessários estudos baseados em critérios diagnósticos coincidentes que investiguem a incidência de transformação maligna, assim como o efeito do álcool, tabaco e outros fatores.

Blanco et al. (2019) realizaram um estudo transversal multicêntrico sobre a queilite actínica na Galiza, noroeste da Espanha, onde oito Departamentos de Dermatologia participaram, com dados de pacientes coletados a partir do dia 12 de

janeiro de 2016 a 31 de janeiro de 2017. Pacientes com idade de aproximadamente 45 anos frequentaram uma clínica ambulatorial de Dermatologia Geral, sendo recrutados 1 vez por semana, quando era feito um exame físico em cada um dos pacientes com e sem lupa. As características foram classificadas como: descamação persistente, eritema persistente, aparência manchada (eritema e manchas brancas), placa (lesão sólida, elevada, plana maior que 1cm), erosão e ulceração. Pacientes com lesão ulcerada incerta foram submetidos à biópsia. Foi também realizada uma análise logística de regressão binária para determinar as associações significativas com cada forma clínica de queilite actínica e análises uni variadas e multivariadas das diferentes variáveis relacionadas a outros marcadores de danos actínicos. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o Software estatístico SPSS 22.0 para Windows. Pesquisa feita com um total de 1.239 participantes, onde responderam formulários de triagem. Desse total, 410 foram diagnosticados com queilite actínica. A prevalência de queilite actínica na população dos estudos era de 31,3%. Em relação às manifestações clínicas, 47,3% dos pacientes tinham apenas uma manifestação clínica de queilite actínica, 40,2% com 2 manifestações, 12,3% tinha 3 manifestações e 0,2% com 4 manifestações clínicas. As aparências mais frequentes foram: mancha com 73,8%, descamação com 53,7%, eritema 30,1%, placa com 4,2% e erosão-ulceração com 3,7%. Em relação à presença de descamação, essa foi associada à alta ingestão de álcool e mais de 25 anos trabalhando ao ar livre, sendo o sexo masculino um fator de proteção para esta manifestação clínica. O eritema também foi associado à alta ingestão de álcool e trabalho ao ar livre mais de 25 anos, e ser fumante e ex-fumante foi um fator de proteção para esta manifestação clínica. Não encontraram associação estatisticamente significativa, encontraram manifestações clínicas menos prevalentes como placa branca e erosão-ulceração. Concluíram que se deve enfatizar um exame clínico dos lábios, o qual deve ser realizado nos pacientes com dados actínicos, enfatizando a foto proteção labial.



## DISCUSSÃO

Os cânceres da cavidade oral representam um importante problema de saúde pública, representando uma das neoplasias malignas mais frequentes em todo o mundo. A maioria dessas neoplasias são consequentes do desconhecimento da população a respeito das lesões potencialmente cancerizáveis e dos fatores etiológicos a elas associados (MAIA et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as lesões orais potencialmente cancerizáveis são: a leucoplasia, eritroplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, queilite actínica, fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro. No entanto, as mais comuns são: a leucoplasia, queilite actínica e eritroplasia. Além da população, pesquisas revelam o desconhecimento por parte dos cirurgiões-dentistas em relação ao diagnóstico oral dessas lesões, o que gera uma influência negativa nos dados epidemiológicos em relação à cura da doença e um diagnóstico tardio em estágios avançados, o que dificulta um melhor prognóstico (SILVA et al., 2018).

Silveira et al. (2009) avaliaram 205 casos de lesões orais e constataram que a lesão potencialmente cancerizável mais prevalente foi a leucoplasia, seguida da queilite actínica, eritroplasia e eritroleucoplasia, o que concorda com os dados obtidos por Silva e Rezende (2016), que afirmam que a leucoplasia é a mais comum das lesões. No entanto apresentam também a leucoplasia verrucosa proliferativa, que possui um comportamento mais agressivo, com maior risco de malignização que leucoplasias comuns, seguida da eritroplasia, fibrose submucosa, queilite actínica, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro. Maia et al., em 2016, observaram que a lesão mais frequente foi a queilite actínica, o que se justifica pelo local em que o estudo foi realizado (Rio Grande do Norte), onde há muita exposição à radiação solar. Segundo os autores pesquisados a leucoplasia é a que mais acomete a cavidade oral, porém pode haver divergências nos resultados das pesquisas dependendo do local onde for realizado o estudo.

Rodrigues et al. (2000) e Ramos et al. (2017) confirmam que a leucoplasia é uma lesão branca, não removível por raspagem, sendo a lesão cancerizável mais frequente da cavidade bucal, que se desenvolve geralmente em mucosa jugal, lábio inferior e língua. Sua etiologia está relacionada, em muitos casos, a hábitos como

tabagismo, e outras vezes é considerada idiopática. Sua ocorrência se dá principalmente em pacientes de meia idade, do sexo masculino (RODRIGUES et al., 2000). Essa lesão é subdividida entre homogênea (plana, uniforme e fina) e não homogênea (salpicada, verrucosa ou nodular). Seu tratamento é a interrupção dos fatores de risco ou excisão cirúrgica em casos raros.

Os autores pesquisados afirmavam que a queilite actínica clinicamente aparece de duas formas: aguda, quando há exposição solar excessiva em um curto espaço de tempo com presença de edema e eritema brandos, fissuras e úlceras graves, e crônica quando apresenta características como lábios ressecados, fissuras, aumento de volume discreto e difuso, perda do limite semimucosa labial e pele, pápulas e manchas leucoplásicas. É uma lesão pré-maligna e seu potencial de malignização aumenta quando há associação entre fatores carcinogênicos, como álcool e fumo. Arnaud et al. (2014) e Araújo et al. (2012) afirmam que esta lesão é mais comum no lábio inferior, acometendo em maior incidência o sexo masculino acima de 40 anos, leucodermas e que são expostos em excesso à radiação solar. Como tratamento existem dois tipos, cirúrgico que inclui excisão, criocirurgia, curetagem e cirurgia a laser, e os não cirúrgicos que são: quimioterapia tópica, esfoliação e dermoabrasão.

Segundo os autores estudados, confirmou-se que geralmente a eritroplasia é uma lesão assintomática com maior incidência no sexo masculino, entre a sexta e sétima décadas de vida. No entanto, Pereira et al. (2010) em seu estudo observaram que a faixa etária mais acometida foi entre 40 a 60 anos, Pereira et al. (2010) e Alfaya et al. (2012) destacaram como fator etiológico principal o fumo. Sobre sua localização, aparece preferencialmente em assoalho bucal, língua, palato duro e mole, apresentando-se plana, lisa, granular ou como uma leve depressão na mucosa. Os autores concordaram que o tratamento indicado será direcionado após o resultado da biópsia, sendo muitas vezes em casos mais graves, a remoção cirúrgica. A respeito do percentual de malignização, pode se considerar alto, apresentando displasia epitelial grave, assim como afirmou Neville et al. (2009).

A respeito da eritroleucoplasia, poucos artigos abordam sobre seus fatores, pois é rara, no entanto seu grau de malignização é alto. Sua predileção por um sexo específico não foi estatisticamente significativa, porém é mais frequente em mulheres, com idade média de 56,9 anos, pois pacientes nesta faixa etária estão

mais expostos a hábitos carcinogênicos (tabaco e álcool), sendo essas suas principais causas etiológicas (PEREIRA et al., 2012; QUEIROZ et al., 2014).

Segundo os autores estudados, a etiologia do líquen plano ainda permanece desconhecida, porém aparenta ser complexa e multifatorial. Há evidências de que a degeneração das células da camada basal da mucosa oral acontece por meio de um mecanismo imune, mediados por células T. Esta lesão pode se apresentar sob várias formas clínicas: reticular, atrófica, papulosa, erosiva, bolhosa e eritematosa. Para (CANTO et al., 2010), a questão do potencial de malignidade do líquen plano ainda não está resolvida, sendo necessário um estudo com acompanhamento a longo prazo. O assunto ainda permanece controverso, mas os estudos que apresentaram desenvolvimento do carcinoma de células escamosas em lesões de líquen plano oral parecem ter resultados bastante uniformes. O acometimento mais típico do líquen plano oral é no sexo feminino e na oitava década de vida. Segundo ANTA et al., (2019), 55,9% dos casos de líquen plano oral são ocorridos em mulheres. Seu tratamento empregado é baseado principalmente na administração de corticoides.

## CONCLUSÃO

Segundo os dados obtidos por meio dos trabalhos revisados sobre as lesões orais potencialmente cancerizáveis, conclui-se que:

- A leucoplasia foi a lesão mais encontrada, destacando-se na mucosa jugal e língua, possuindo maior potencial de malignização quando há associação de dois fatores etiológicos: tabaco e o álcool.

- A queilite actínica foi a segunda lesão mais identificada, com o lábio inferior sendo o local mais frequente, ocorrendo principalmente em homens expostos à radiação solar, sem proteção à mesma.

- A eritroplasia é uma lesão com alto índice de malignização, caracterizando-se como uma lesão vermelha, podendo se apresentar sobre forma homogênea, associada ou granular, apresentando como etiologia o tabaco e o álcool.

- A eritroleucoplasia é a lesão mais rara, porém possui um grande índice de malignização, tem associação entre zonas brancas e zonas eritematosas, de superfície lisa e plana que aparecem em qualquer região da mucosa oral, e assim como outras lesões têm como fator etiológico o álcool e o tabaco.

- O líquen plano é uma lesão potencialmente cancerizável quando apresenta displasia. Seu aspecto característico mais comum é a forma reticular com presença de delgadas linhas brancas (estrias de Wickham) que se entrelaçam em um padrão anular ou rendilhado, envolvendo comumente a mucosa jugal. Porém, a forma erosiva do líquen plano oral é que tem sido considerada como potencialmente cancerizável, apesar das controvérsias existentes.

- Em relação aos fatores de risco para lesões orais potencialmente cancerizáveis, destacam-se como fatores carcinogênicos, principalmente o tabaco, o álcool e sua associação, bem como a radiação solar.

- O diagnóstico dessas lesões pode ser feito através de exame clínico e histopatológico. Para se obter um diagnóstico preciso e correto é essencial que seja feita a biópsia, para se investigar se há presença de displasia.

- É de extrema importância que o cirurgião-dentista saiba identificar os tipos de lesões e suas formas de tratamento, para que haja uma melhor conduta e diagnóstico precoce, além da orientação aos pacientes em relação aos fatores de risco e autoexame.

## REFERÊNCIAS

Instituto Nacional de Câncer. Câncer de boca [Internet]. [Lugar desconhecido]. INCA; 2020 [Atualizado 2020; 04 de fevereiro]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>.

Ministério da Saúde. Câncer de boca: o que é, sintomas, causas, tratamento, diagnóstico e prevenção [Internet]. [Lugar desconhecido]: Ministério da Saúde; 2013/2020 [Atualizado em 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-boca>.

Silva AT, Rezende SE. Lesões potencialmente malignas da cavidade oral: revisão de literatura. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2016; 45(2): 67-71.

Araújo CP, Vidal MTA, Gurgel CAS, Ramos EAG, Barbosa Junior AA, Ramalho LMP, Santos JN. Queilite actínica: um estudo morfológico de 35 casos com destaque para aspectos morfológicos. RPG Rev Pós Grad. 2012; 19(1):21-7.

Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. Braz J Otorhinolaryngol. 2009; 75(2): 295-9.

Bsoul SA, Huber MA e Terezhalmay GT. Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tissues: A Comprehensive Review for Oral Healthcare Providers. Oral-B® at dentalcare.com Continuing Education Course. 2008; 1-23.

Martins HPR, Souza GA, Neto ER, Castro RFM. Líquen plano bucal. RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia [Internet]. 2008; 5(2): 64-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153013590009>.

Rodrigues TLC, Costa LJ, Sampaio MCC, Rodrigues FG, Costa A LL. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. Pesqui Odontol Bras. 2000; 14 (4): 357-61.

Axéll T, Pindborg J. J, Smith C. J, Van der wall, I. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21, 1994. *J Oral Pathol Med.* 1996; 25 (2): 49-54.

Bánóczy J. C, Siba A. Occurrence of epithelial dysplasia in oral leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 42 (6): 766-774.

Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral Omucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007; 36: 576-80.

Fernandes JP, Brandão VSG, Lima AAS. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2008; 54(3): 239-244.

Cerero-Lapiedra R. Malignización del liquen plano oral. *Av. Odontoestomatol:* 2008; 24 (1): 97-103.

Silveira RJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab.* 2009; 45(3): 233-8.

Canto AM, Müller H, Freitas RR, da Silva Santos PS. Líquen plano oral (LPO) diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol.* 2010; 85(5): 669-75.

Silva CC, Amaral B, Bulhosa JF. Carcinoma Espinocelular da Língua – Factores de Risco e Importância do Reconhecimento de Lesões Pré-Malignas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2010; 51(1): 49-55.

Pereira GAEP, Simón OPZ, Heredia EGH, Alonso CGA, Sierra GCS. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *Medisan.* 2010; 14(4): 433 - 8.

Nico MMSN, Fernandes JD, Lourenço SV. Líquen plano oral. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2011; 56(4): 633- 43.

Alfaya TA, Tannure PN, Barcelos R, Carnasciali MCG, Gouvêa CVD. Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2012; 14(1): 94 - 97.

Paiva MAF et al. Associação entre displasia e inflamação em queilite actínica. J Bras Patol Med Lab. 2012; 48 (6): 455-8.

Pereira GAEP, Filiú MM, Heredia EG. Incidencia de la eritroleucoplasia em la cavidade bucal. Medisan. 2012; 16(11): 1712 -17.

Liu W, Shi LJ, Wu L, Feng JQ, Yang XI, Li Jiang, Zhou ZT, Zhang P. Oral Cancer Development in patients with leukoplakia clinicopathological factors affecting outcome. Plos one. 2012; 7(4): e34773. doi:10.1371/journal.pone.0034773.

Coimbra F, Nunes I, Lopes OP, Felino A. Correlação entre diagnóstico clínico e patológico das lesões brancas da cavidade oral. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013; 4(3):156-160.

Mortazavi H, Baharvand M, Mehdipour M. Oral Potentially Malignant Disorders: An Overview of than 20 entities. Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects. 2014; 8 (1): 6-14.

Arnaud RR, Soares MSM, Paiva MAF, Figueiredo CRLV, Santos MGC, Lira CC. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. Revista de Odontologia UNESP. 2014 nov.-dec; 43(6): 384-9.

Queiroz SIML, Medeiros AMC, Silva JSP, Silveira EJD. Clinical and histopathological evaluation and habits associated with the onset of oral leukoplakia and erythroplakia. J Bras Patol Med Lab. 2014; 50(2): 144-9.

Ricardo ER, Fernández KA, González, Ferrales YR, Gómez MJJ, Peillón KQ. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. Rev. Arch Med Camagüey. 2014; 18(6) 642-655.

Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. J Appl Oral Sci. 2014; 22(6): 473-6.

Maia HCM, Pinto NAS, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD, Miguel MCC. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. Eisten. 2016; 14(1): 35-40.

Ramos RT et al. Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. Revista Brasileira Odontologia. 2017; 74(1): 51-5.

Silva LGD et al. Lesões orais malignas e potencialmente malignas: percepção de cirurgiões – dentistas e graduandos de Odontologia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2018; 64(1): 35-43.

Lombardo EM, Gonçalves MR, Martins MAT, Só MVR, Carrard VC. Leucoplasia Bucal: Considerações a respeito do tratamento e do prognóstico. Rev Odontol. 2018; 59(1): 34-41.

Brito LNS, Bonfim ACEA, Gomes DQC, Alves PM, Nonaka CFW, Godoy GP. Clinical and histopathological study of actinic cheilitis. Rev Odontol UNESP. 2019; 48:e20190005. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.00519>.

Anta EA, Martínez SS, Gómez KI, Salas EJ, Debesa AE, López JL. Factores asociados a la malignización del liquen plano oral revisión de la literatura. Avances em odontoestomatologia. 2019; 35(3): 131-7.

Blanco IR et al. Actinic Cheilitis: Analysis of Clinical Subtypes, Risk Factors and Associated Signs of Actinic Damage. Acta Derm Venereol. 2019; 99: 931–2.

Neville et al. Patología Oral e Maxilofacial. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.



Autorizamos a reprodução e divulgação total ou parcial dessa obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

Ana Julia Porto de Castro

Julia da Costa Lima

Taubaté, novembro de 2020