

LESÕES PRÉ-CANCERIZÁVEIS DA CAVIDADE BUCAL E O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NO DIAGNÓSTICO E EM SEU TRATAMENTO

Pre-malignant lesions of the oral cavity and the role of the surgeon dentist in the diagnosis and treatment

Manuela Cândido Ávila Silva¹; Celso O. De Souza²

¹ Acadêmica do 5º ano do curso de odontologia do UNIFESO; ² Especialista em Estratégia Saúde da Família pela UERJ, Especialista em Periodontia pela ABO e mestre em Periodontia pela UFRJ.

Resumo:

As lesões pré-cancerizáveis da cavidade bucal, são consideradas alterações presentes em um tecido benigno, que possuem uma maior capacidade de transformação maligna daquela região. São lesões de muita importância, devido ao grande potencial de antecederem um câncer bucal. Sendo as principais: leucoplasia – caracterizada por lesão branca não removível à raspagem e não classificada como outro tipo de lesão; a eritroplasia; caracterizada por lesão vermelha que não se associa clínica ou patologicamente com nenhuma outra lesão; a queilite actínica; que ocorre pela exposição prolongada e contínua à radiação UV, manifestando principalmente como lesão em lábio inferior, tornando-se ressecado, esbranquiçado; líquen plano – considerado como doença autoimune e manifestando-se clinicamente em cinco tipos, reticular, placa, atrófico, erosivo e bolhoso, contudo, apenas a forma erosiva é descrita com potencial de transformação maligna. Este trabalho teve como objetivo, o estudo das principais lesões pré-cancerizáveis, chamando a atenção para a grande importância do cirurgião dentista, no diagnóstico precoce e tratamento dessas lesões, como também, na identificação dos principais fatores de risco associados a evolução dessas lesões, alertando os pacientes sobre a importância de uma vida saudável, incluindo uma boa higiene oral. Todas essas medidas e condutas buscam oferecer uma cura e qualidade de sobrevivência, para pacientes que apresentam manifestações de lesões pré-cancerizáveis. Conclui-se a importância da representatividade dessas lesões para o dia-a-dia dos cirurgiões dentistas. Sendo eles o principal elo na detecção dessas lesões, pois é de sua responsabilidade o exame detalhado de toda cavidade bucal, tendo em mente o correto diagnóstico e tratamento. Quando necessário fazer o encaminhamento para o especialista,

orientando o paciente quanto a importância das visitas regulares ao dentista e ao incentivo por uma vida com hábitos mais saudáveis, seja a alimentação, cessação de vícios (álcool, tabagismo) e uma higiene bucal satisfatória. Com todas essas medidas, poder proporcionar uma qualidade de vida aos pacientes portadores de lesões pré-cancerizáveis.

Palavras-chave: Neoplasias bucais; Leucoplasia bucal, dentista, prevenção, eritroplasia, Queilite; Líquen plano.

Abstract:

The Potentially malignant disorders of the buccal cavity are considered alterations present in a benign tissue, which have a greater malignant transformation capacity of that region. They are lesions of great importance, due to the great potential of precursors to oral cancer. Being the main ones: Leukoplakia – characterized by removable white lesion to scraping and not classified as another type of lesion; The Erythroplasia – characterized by a red lesion that does not associate clinically or pathologically with any other lesions; The Cheilitis Actinic – which occurs by prolonged and continuous exposure to UV radiation, manifesting mainly as a lower lip lesion, becoming desiccated, whitish; Líquen plan – considered as autoimmune disease and manifesting itself clinically in four types, reticular, plaque, Atrophicus and erosive, however, only the erosive form is described with malignant transformation potential. This work aims at the study of the main lesions Pré-cancerizáveis, calling the attention for the great importance of the dentist surgeon, in the early diagnosis and treatment of these lesions, as also, in the identification of the main factors of Risk associated with the evolution of these injuries, alerting patients about the importance of a healthy life, including good oral hygiene. All these measures and conducts seek to offer a cure and

quality of life, for patients presenting manifestations of pre-cancerizable lesions. Conclude the importance of the representativeness of these lesions to the day-to-day of the Dental Surgeons is concluded. They are the main link in the detection of these lesions, since it is their responsibility to carry out a detailed examination of the whole oral cavity, keeping in mind the correct diagnosis and treatment. When necessary refer to the specialist, advising the patient about the importance of regular visits to the dentist and the incentive for a life with healthier habits, be it food, cessation of addictions (alcohol, cigarette) and a satisfactory oral hygiene. With all these measures, we can provide a quality of life for patients with pre-cancerous lesions.

Keywords: Oral neoplasms, oral Leukoplakia, dentist, prevention, eritoplasia, cheilitis, lichen planus

INTRODUÇÃO

O câncer bucal é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade bucal (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbidade, uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença (MARTINS; GIOVANI e VILLALBA, 2008). De acordo com os autores, o câncer bucal pode ser facilmente detectado através de exames relativamente simples, e o prognóstico da doença está ligado à fase em que ela é detectada.

Neste sentido, a Odontologia atual, vem desempenhando um papel muito importante na prevenção e diagnóstico precoce e, não somente, no tratamento curativo das doenças bucais. Dentre essas doenças, podemos destacar lesões que podem anteceder o câncer bucal, denominadas como lesões pré-cancerizáveis ou pré-malignas (SANTOS et al., 2011).

As lesões pré-cancerizáveis são consideradas alterações presentes em um tecido benigno, fazendo com que o mesmo se modifique morfológicamente, apresentando maior risco de transformação maligna daquela região (GOMES, 2015).

Estas lesões podem, mas não necessariamente anteceder o câncer bucal, porém, são manifestações de grande importância devido à possibilidade de diagnóstico precoce de câncer e de todas as suas implicações (MARTINS, 2008 apud GOMES, 2015).

Apresentam-se como lesões potencialmente malignas, as que a partir de hábitos inadequados, podem evoluir para um quadro de malignidade, sendo elas: Leucoplasia, Eritroplasia, Queilite Actínica e Líquen Plano (JUNIOR, 2009; SILVEIRA et al., 2009)

Com relação as lesões potencialmente malignas, apresenta-se a leucoplasia, como sendo uma das lesões mais prevalentes da cavidade bucal. Sua prevalência está em torno dos 2%. Precedido da eritroplasia, que tem sua maior incidência nos países Asiáticos (PATRICIO, 2011).

Patrício (2011) classifica que o perfil dos pacientes com Queilite Actínica (QA) concentram-se em indivíduos do sexo masculino, com idade superior aos 50 anos, fumantes e com exposição excessiva ao sol.

O cirurgião-dentista é o elo inicial na detecção de lesões orais, uma vez que é de sua competência o exame minucioso da cavidade bucal. Tem como papel fundamental, atuar na identificação destas lesões ainda no estágio inicial, contribuindo para a cura e qualidade da sobrevivência dos pacientes com risco de câncer (MARTINS; GIOVANI e VILLALBA, 2008). Este trabalho teve como objetivo, a revisão de literatura dissertando as principais lesões pré-cancerizáveis, e a conduta do cirurgião dentista na prevenção, diagnóstico e o tratamento destas lesões. Os objetivos específicos foram: realizar um levantamento acerca da prevalência das principais lesões pré-cancerizáveis; identificar os principais fatores de risco associados a evolução das lesões pré-cancerizáveis; apresentar os métodos diagnósticos das lesões, seu tratamento e prevenção.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com dados do INCA (2018) o câncer de boca, são tumores malignos que acometem a boca e parte da garganta. Pode se desenvolver nos lábios, língua, palato duro, gengiva, amígdala e glândulas salivares, pode se manifestar sob a forma de feridas na boca ou no lábio, que não cicatrizam, podem apresentar aumento de volume da região, edema, áreas de dormência, sangramentos sem causa conhecida, dor na garganta que não melhora e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na parte interna da boca ou lábio. Nas fases mais evoluídas, o câncer de boca provoca mau hálito, dificuldade em falar e engolir, caroço no pescoço e perda de peso. Dados apontam que em 70% dos casos acontecem em indivíduos com idade superior aos 50 anos e do sexo masculino, emergindo deste fato a necessidade de adoção de medidas preventivas e indicação do tratamento adequado (INCA, 2018).

As lesões pré-cancerizáveis, promovem alterações que se manifestam em um tecido benéfico, alterando sua forma original, apresentando um maior risco de transformação maligna daquela região. Aliado a isso, o paciente pode apresentar uma condição pré-cancerosa, que é um hábito que este possui, o que algumas vezes não altera a aparência clínica do tecido, mas está associada a um risco maior de desenvolvimento de câncer, potencializando a sua condição inicial e acelerando o processo de malignização (SILVEIRA et al., 2009).

Em relação às lesões cancerizáveis destacam-se a leucoplasia e a eritoplasia, além da queilite actínica e líquem plano. A representatividade destas lesões como evidência clínica do processo de carcinogênese e direcionar o reconhecimento dos cirurgiões dentistas e profissionais da saúde para o diagnóstico e tratamento, contribuindo para a prevenção, cura e qualidade de sobrevivência dos pacientes com risco de câncer (MARTINS; GIOVANI e VILLALBA, 2008).

1. Principais lesões, com suas definições e características específicas, que auxiliam em seu diagnóstico:

1.1 Leucoplasia

A leucoplasia bucal pode ser definida, como uma mancha branca ou placa que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença, com possível potencial maligno, excluindo outras doenças ou distúrbios que não demonstrem um risco aumentado para o

câncer (LIU et al., 2012; OMS,1975 apud FARINELLI; VILARDI, 2015).

Sendo a mais comum das lesões com potencial de malignização que podem ocorrer na cavidade bucal, ocorrem com maior frequência em homens com mais de 40 anos de idade e se localizam preferencialmente no vermelhão do lábio, mucosa bucal e gengiva. As manifestações dessa lesão, presente em língua, vermelhão do lábio e assoalho de boca, apresentam maiores chances de transformação maligna. Possui características clínicas básicas que a definem ser uma placa aderente à mucosa que não pode ser removida por raspagem, e são, geralmente, indolores (NEVILLE et al., 2016).

Neville et al. (2016) classificam as leucoplasias em dois tipos: homogênea e não-homogênea. O tipo homogêneo (ilustrado na figura 1) é caracterizado pela presença de lesão predominantemente, de superfície plana, fina, que pode exibir fendas superficiais com aspecto liso, enrugado ou corrugado, e textura consistente, quando detectada, deve-se afastar, sempre que possível, os fatores que possam tê-la provocado (irritantes crônicos da mucosa). Já o tipo não-homogêneo (ilustrado na figura 2), as lesões são de coloração variada, podendo apresentar-se leve ou intensamente mosqueadas (intercaladas com pontilhado ou áreas vermelhas, também conhecida como eritroleucoplasia ou leucoplasia mosqueada), podem ainda mostrar, aumento de irregularidades em sua superfície (leucoplasia granular ou nodular), áreas da lesão com aspecto verrucoso ou projeções afiadas (leucoplasia verrucosa ou verrucosa proliferativa) e têm maior potencial de malignização do que a da forma homogênea.

Figura 1- Leucoplasia homogênea



Fonte: Neville et al. (2016)

Figura 2- Leucoplasia não-homogênea



Fonte: Neville et al. (2016)

De uma forma prematura a Leucoplasia pode se manifestar como uma placa branca fraca e com um aumento de volume da região, porém pode progredir para uma lesão mais espessa de com uma coloração mais branca, capaz de desenvolver uma aparência de couro ou superfície fissurada (LEE; POLONOWITA, 2009). Apesar de desconhecida sua etiologia, alguns fatores estão relacionados à sua patogenia, pode ser idiopática, associada ao tabagismo, etilismo, cândida e papiloma vírus (HPV), fatores modificadores irritativos crônicos locais (próteses ou dentes mal posicionados resultando em trauma) e radiação ultravioleta. Contudo, o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, são os fatores de risco mais significativos. Em relação a cândida, existe a probabilidade de ser uma infecção sobreposta às lesões brancas. O HPV não aponta indicativos consistentes que o ligue diretamente com a leucoplasia. A radiação, é reconhecida como um causa da leucoplasia de vermelhão de lábio inferior, tendo uma maior ligação com à queilite actínica (FARINELLI; VILARDI, 2015; RAMOS et al., 2017).

1.2 Queilite Actínica

Foi descrita pela primeira vez, em 1923, como uma condição de potencial maligno, de natureza inflamatória, que acometem principalmente o vermelhão dos lábios, tendo como o principal fator estiológico, a exposição à luz ultravioleta (PIÑERA- MARQUES et al., 2010).

É comprovado que a grande maioria dos casos de cânceres de lábio, são originados através da queilite actínica. O câncer de células escamosas

(CCE) é um deles, é a neoplasia que mais acomete a cavidade bucal, sendo a sua região preferencial os lábios, tem também como seu principal fator etiológico a radiação solar. Estudos tem demonstrado, que a queilose actínica representa um estágio clínico inicial de lesões que podem evoluir para o carcinoma de células escamosas (CAVALCANTE; ANBINDER e CARVALHO, 2008; SARMENTO et al., 2014; SILVA; REZENDE, 2016).

Sendo o lábio inferior mais afetado devido a sua posição anatômica, além disso o lábio apresenta uma barreira de proteção, menos eficaz do que a da pele, visto que, o epitélio é fino, não apresentando a camada de queratina densa que a pele possui. Atinge principalmente homens, entre a quinta e sexta década de vida, tem predileção por pacientes caucasianos (NEVILLE et al., 2016).

O predomínio dessa lesão pelo sexo masculino, se deve ao fato de que muitos homens trabalham, por longos períodos, sob exposição solar (por exemplo os pescadores), sem proteção dos lábios. Outros fatores podem elevar a probabilidade de malignização, como o álcool e o fumo (PIÑERA-MARQUES et al., 2010).

Clinicamente essas lesões caracterizam-se pela elevação do lábio inferior até a comissura, por alterações na cor e perda de elasticidade, dependendo do caso, pode haver erosões, como também outras alterações, sendo elas, eritema, hiperqueratose, crostas a área de atrofia, perda do limite entre o vermelhão do lábio e a pele. Áreas elevadas, endurecidas, as úlceras que não cicatrizam e a presença de placa branca, merecem uma atenção especial, pois tem grandes chances de transformação maligna (PATRÍCIO, 2011; ROSSOE, 2011). Lesão ilustrada nas figuras 3 e 4.

Figura 3- Queilite Actínica, com úlceras.



Fonte: Google

Figura 4- Queilite Actínica, com crosta.



Fonte: Google

1.3 Eritroplasia

Do mesmo modo que à Leucoplasia, a Eritroplasia não pode ser determinada, clínica ou

patologicamente como qualquer outra condição, também pode se apresentar associadamente com a leucoplasia, sendo classificada, como, eritroleucoplasia, porém a mesma se apresenta como mancha ou placa vermelha (WOO, 2013).

É uma lesão rara, porém suas taxas de transformação maligna são consideradas as mais elevadas entre todas as lesões cancerizáveis da mucosa bucal, em exame histopatológico possui altos graus de displasia epitelial intensa, com isso, apresenta um maior índice de carcinoma in situ. Também pode se apresentar associadamente com a leucoplasia, sendo classificada, como, leucoplasia salpicada (HOSNI et al., 2009; SILVA; REZENDE, 2016).

Figura 5- Eritroplasia em palato.



Fonte: Woo, (2013)

A causa da Eritroplasia é multifatorial, nenhum agente ou fator etiológico único tem sido definido ou aceito, porém, o tabaco e o álcool são considerados importantes fatores de risco (ALFAYA et al., 2012; JUNIOR et al., 2013).

1.4 Líquen Plano

É uma condição inflamatória crônica mucocutânea, imunologicamente mediada e relativamente comum, acomete normalmente, a mucosa oral, mas pode ocorrer na pele, nas unhas e na mucosa genital. Com etiologia desconhecida, o líquen plano oral (LPO) é caracterizado por um distúrbio primariamente imunológico mediada por células T, precipitada por fatores endógenos ou exógenos, resultando em uma resposta alterada contra os antígenos no epitélio da mucosa e/ou pele, embora outras possíveis causas incluam irritação devida ao contato com restaurações dentais e a ingestão de certos medicamentos (como drogas anti-inflamatórias não-esteróides e agentes anti- hipertensivos), influência genética. Alguns estudos também ressaltam a relação do LPO com a hepatite C e distúrbios de ordem emocional (ansiedade e estresse), porém varia conforme os autores, havendo controvérsia, que liguem esses fatores no aparecimento dessas lesões (NICO; FERNANDES e LOURENÇO, 2011; WOO, 2013).

É uma lesão que tem prevalência em indivíduos de meia-idade, entre 65-74 anos de idade, sem predileção por gênero. Se apresenta como uma placa de textura macia e aveludada, eritematosa, normalmente assintomática, para a qual não pode ser estabelecido um diagnóstico clínico específico. As regiões mais acometidas pela lesão, são: o assoalho da boca, a língua e o palato mole e lesões múltiplas podem estar presentes (NEVILLE et al., 2016). Lesão ilustrada nas figuras 5 e 6.

Figura 6- Eritroleucoplasia em língua.



Fonte: Neville et al. (2016)

Normalmente acomete indivíduos adultos de meia-idade, é menos comum em crianças e tem predileção pelo sexo feminino. Na pele são normalmente encontradas na parte interna dos pulsos, pernas, genitais, coçam muito, ocorrem em lesões únicas ou múltiplas, podem ser cobertos por finas listras brancas (chamados de estrias de Wickham) e têm aparência brilhante e escamosa (NEVILLE et al., 2016).

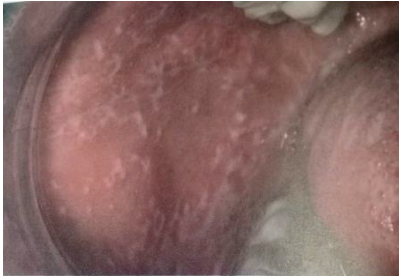
O Líquen plano oral pode ser classificado em diversas variantes: reticular, erosivo/ulcerativa (lesão com maior potencial de transformação maligna), atrófico, em placa e bolhoso. Didaticamente, são considerados dois subtipos mais importantes, que por vezes engloba todas as outras variantes, são esses: Líquen plano reticular e erosivo (GONÇALVES; JÚNIOR e CRUZ, 2010).

O líquen plano oral reticular (ilustrado na figura 7) é a forma mais comum da condição, sendo caracterizado pela presença de estrias entrelaçadas (denominadas de Estrias de Wickham) bilaterais de coloração esbranquiçada, assintomática e que normalmente acomete a mucosa jugal, outros locais como os lábios, gengiva e língua também podem estar envolvidos. Por sua vez o tipo erosivo (ilustrado na figura 8) é menos comum do que os padrões reticulares, porém, são mais significativos para o paciente, pois causam sintomatologia dolorosa, as localizações mais comuns são a língua, a gengiva e a mucosa jugal, onde podemos observar uma lesão

central ulcerada ou atrófica, frequentemente circundadas por finas estrias brancas radiantes, ou por uma ulceração coberta por uma placa de fibrina ou pseudomembranosa, quando a área

atrófica e ulcerada estão localizadas na gengiva é denominado de gengivite descamativa (ilustrado na figura 9) (CANTO et al., 2010; NEVILLE et al., 2016).

Figura 7- Línquen Plano reticular.



Fonte: Neville et al. (2016)

Figura 8- Línquen Plano erosivo.



Fonte: Neville et al. (2016)

Figura 9- Línquen Plano erosivo, denominada gengiva: descamativa.



Fonte: Neville et al. (2016)

O grande problema de estudar o potencial maligno de LPO é a falta de critérios objetivos e universalmente aceitos para o seu diagnóstico. Existem estudos que baseiam-se no diagnóstico, apenas em características clínicas, outros no histopatológico e alguns em ambos. Os tipos atrófico, ulcerado e erosivo apresentam-se com maior incidência de transformação maligna. Evidências mais consistentes de potencial maligno são observadas, apenas em estudos de acompanhamento a longo prazo e incidência retrospectiva dos pacientes, mantendo o assunto controverso (CANTO et al., 2010; WOO, 2013; NEVILLE et al., 2016).

Porém, durante os últimos anos, muitos estudos indicam que pacientes com líquen plano oral, apresentam um maior risco, de desenvolverem um câncer de boca, fazendo com que Organização Mundial da Saúde classificasse esta doença como condição pré-maligna (SOUSA; ROSA, 2008).

2. Métodos diagnóstica e tratamento

O exame preciso de toda cavidade bucal (tecidos moles/tecidos duros), juntamente com à palpação de linfonodos da região de cabeça e pescoço, é de muita importância no reconhecimento de lesões que podem acometer a boca ou até mesmo detectar evidências da presença de câncer bucal. Quanto mais rápido as lesões forem diagnosticadas, melhores serão as chances de sucesso no tratamento. O cirurgião dentista tem um papel fundamental no diagnóstico precoce e correto encaminhamento (PINHEIRO; CARDOSO e PRADO, 2010).

Em seguida, as lesões pré-cancerizáveis serão apresentadas com os seus diagnósticos e respectivos tratamentos:

2.1 Leucoplasia

Ao avaliar clinicamente uma lesão ou placa branca, deve-se fazer a avaliação de toda cavidade bucal, identificar e afastar os fatores que possam estar relacionados com a mesma. Esses fatores

devem ser eliminados, e estabelecer um determinado tempo (de 15 a 30 dias), com o propósito de constatar uma regressão da lesão. O diagnóstico diferencial também deve ser realizado com queimaduras químicas, candidíase (pseudomembranosa e hiperplásica), liquen plano oral, lúpus, trauma crônico, carcinoma espinocelular e verrucoso, morsicatio, leucoedema, nevo branco (BRASIL, 2008; CARVALHO, 2014; CAVALCANTE et al., 2016).

Após ser feita toda a avaliação clínica, diagnóstico diferencial, a indentificação e exclusão dos fatores irritacionais que possam ou não estar relacionados com a leucoplasia, outros métodos diagnósticos podem ser realizados, como a citologia esfoliativa (consiste no exame microscópico do material que é raspado da superfície da lesão da mucosa bucal, com um instrumental variado, à opção do profissional) e a biópsia (é dada pelo exame histopatológico de material obtido por biópsia) podendo ser incisional ou excisional, sendo este, o mais confiável método para avaliar as lesões leucoplásicas da boca. O azul de toluidina é um importante método de orientação para a realização das biópsias, esse líquido é uma espécie de corante, tem afinidade por material nuclear com alto conteúdo de DNA e RNA, áreas que apresentam estas alterações tem a capacidade de reter maior quantidade do corante, mostrando a região da lesão com maior potencial de malignidade (FARENZENA et al., 2012; MAIA et al., 2013; RAMOS et al., 2017).

Conforme o laudo histopatológico da biópsia, o tratamento irá ser definido de acordo com a displasia presente no tecido, ou seja, o grau de malignidade que a lesão apresenta e a sua localização anatômica. Os tratamentos de escolha podem ser cirúrgicos, com a remoção completa da lesão (excisão cirúrgica, cirurgia a laser de dióxido de carbono e crioterapia) e não cirúrgicos que consiste na utilização de agentes farmacológicos (denominada quimioprevenção) administração de derivados retinóides e a terapia fotodinâmica. Atualmente o tratamento de escolha para as leucoplasias, é a cirurgia com laser de dióxido de carbono, devido a sua hemostasia durante a cirurgia, diminui a probabilidade de infecção e proporciona uma melhor visibilidade do campo operatório. Mesmo depois da remoção da lesão, o paciente deve ter acompanhamento do cirurgião dentista com intervalos de 3 a 6 meses, pois as chances de recidiva são altas. Mostrar ao paciente a importância de incluir uma mudança em seus hábitos, no que diz respeito ao uso de cigarro e álcool, ajudam no prognóstico do tratamento, diminuindo a recidiva e o surgimento de novas

lesões (CARVALHO, 2014; FARINELLI; VILARDI, 2015; COELHO, 2016).

2.2 Queilite actínica

Na prática clínica, o diagnóstico da queilite actínica é feito por meio de observação, através da realização de um exame clínico apurado, história médica (exposição acumulativa aos raios ultravioleta), com a indispensável realização da biópsia incisional ou excisional para analisar o grau de modificação presente no tecido, para determinar seu potencial maligno (OROZCO et al., 2013; CINTRA et al., 2013).

O tratamento deverá ser escolhido, de acordo com o grau de comprometimento epitelial definido pela biópsia, ou seja, a partir do seu resultado histopatológico. Quando a atipia epitelial se apresentar de forma leve, pode-se optar por um tratamento conservador, onde deverão ser instuúidas medidas preventivas, como: diminuição da exposição ao sol, uso de chapéu de abas largas (proteção dos lábios e do rosto), utilização de fator de proteção solar labial (FPS), batons com FPS, afim de minimizar os efeitos nocivos da radiação solar, sobre a região labial afetada pela lesão, e a eliminação do tabagismo, que também não deixa de ser um fator etiológico importante, devido as suas substâncias tóxicas e ao calor que é produzido e liberado nos lábios, tudo isso, associados a consultas de controle clínico periódico (PATRÍCIO, 2011; CINTRA et., 2013; GOMES, 2015;).

As lesões que apresentam alterações epitelias moderadas ou severas, faz-se necessária a escolha por tratamentos cirúrgicos ou aplicação tópica, afim de remover o epitélio alterado dessas lesões. O tratamento cirúrgico consiste em: vermelhectomia, criocirurgia, cirurgia a laser de CO², terapia fotodinâmica. Entre todas as técnicas cirúrgicas, a vermelhectomia é a mais indicada, consiste na remoção da porção vermelha do lábio e uma porção da mucosa labial intraoral é puxada em direção à ferida, dependendo da quantidade de tecido removido, a cicatrização pode ser por segunda intenção, comparada com as outras, é de fácil execução, com um tempo cicatricial relativamente curto, oferece resultado estéticos satisfatórios, é de baixo custo e o mais importante, permite que o tecido removido possa ser exanimado histopatologicamente. A aplicação tópica é feita com agente antineoplásico 5-fluoracilo ou imiquimode, porém, nessa modalidade de tratamento, o tecido não está disponível para o exame histopatológico. Independente do tratamento de escolha para a queilite actínica, as visitas periódicas ao cirurgião

dentista e o acompanhamento clínico são indispensáveis, assim como a orientação aos pacientes portadores dessa lesão, quanto aos cuidados que devem tomar com a pele e com os lábios em relação a exposição excessiva a radiação UVA (CAVALCANTE; ANBINDER e CARVALHO, 2008; GOMES, 2015; MIRANDA; FERRARI e CALANDRO, 2011; ROSSOE, 2011).

2.3 Eritroplasia

Na eritroplasia, o diagnóstico consiste no provisório e definitivo. No provisório é feito o exame clínico, e a partir dele é realizado a exclusão de outras lesões vermelhas, ou seja, a lesão não pode ser diagnosticada como qualquer outra patologia da mucosa oral com aspecto vermelho. O definitivo faz-se através da confirmação clínica (resultado de indentificação) e com a realização do exame histopatológico, também deve-se retirar os fatores possivelmente etiológicos, como: o álcool, tabaco e cândida (OLIVEIRA, 2011; ALFAYA et al., 2012).

O diagnóstico de eritroplasia oral é feito por exclusão de outras lesões. Portanto, do ponto de vista clínico, algumas doenças da mucosa oral com característica eritematosa devem ser consideradas como diagnóstico diferencial, sendo elas: candidíase oral, estomatite por prótese, lúpus eritematoso, sarcoma de kaposi (OLIVEIRA, 2011; PATRÍCIO, 2011). De acordo com Van Der Wall (2009), geralmente a eritroplasia apresenta-se como uma lesão única, característica importante para o diagnóstico diferencial, pois lesões clinicamente semelhantes, como o líquen plano erosivo, lúpus eritematoso e candidíase eritematosa, se manifestam bilateralmente, sendo essas lesões, de grande importância clínica no diagnóstico diferencial.

O tratamento da eritroplasia é guiado pelo diagnóstico definitivo obtido por biópsia. As lesões exibindo grande potencial de malignização (displasia epitelial severa ou carcinoma in situ) o tratamento mais adequado, é a sua completa remoção, através da excisão cirúrgica, criocirurgia e cirurgia a laser de CO², outras opções terapêuticas também estão disponíveis, sendo elas, a terapia fotodinâmica, uso tópico de retinóides e uso sistêmico de betacarotenos. Lesões que apresentam displasia epitelial leve ou moderada, é realizado o acompanhamento através de visitas regulares. Poucos estudos sobre a reincidência da eritroplasia oral estão disponíveis, porém, existe a probabilidade de recidiva. E independente do diagnóstico histopatológico e tratamento de escolha, o acompanhamento periódico e a eliminação de possíveis fatores de

risco, são ações imprescindíveis nesses casos (HOSNI et al., 2009; PATRÍCIO, 2011).

2.4 Líquen Plano

O diagnóstico do líquen plano oral é baseado: na história da doença, realizando uma anamnese cuidadosa abordando possíveis fatores desencadeantes ou predisponentes como estresse, medicamentos em uso, hepatite C, tabagismo e alcoolismo; características clínicas, buscando aspectos característicos da doença, que são, em grande parte dos casos, suficientes para o diagnóstico; exame histopatológico, indicado em casos que não possuem a forma clássica da doença (estrias brancas bilaterais na mucosa jugal) e para qualquer caso em que paira a dúvida sobre o diagnóstico, o exame histopatológico é obrigatório. Entre os exames complementares, o mais importante é a imunofluorescência (direta/indireta), indicada em casos histopatologicamente inconclusivos, auxiliando no diagnóstico diferencial do líquen plano com outras condições que podem apresentar características histopatológicas semelhantes, sendo elas: reações liquenóides, lúpus eritematoso, leucoplasia, eritroleucoplasia e leucoplasia verrucosa proliferativa (SOUZA; ROSA, 2008; DANIELLI et al., 2010).

Segundo Canto et al. (2010) e Nico, Lourenço e Fernandes (2010), a gengivite descamativa, é uma forma peculiar, que pode ocorrer isoladamente ou associada a lesões em outras áreas, quando se apresenta de forma isolada, pode apresentar dificuldades em seu diagnóstico clínico, penfigoide das membranas mucosas, pênfigo vulgar e Líquen plano oral podem manifestar-se como gengivite descamativa de aspecto clínico muito semelhante, sendo, então, fundamental a realização do exame histopatológico e de imunofluorescência direta para o adequado diagnóstico.

Moraes et al. (2010) afirmam que a escolha do tratamento depende da gravidade e do desconforto. Infelizmente, não existe um tratamento para resolver de forma permanente as lesões. Lesões reticulares assintomáticas geralmente exigem apenas acompanhamento, enquanto as formas atrófica e ulcerada, que apresentam sintomatologia, o tratamento é destinado ao alívio dos sintomas e eliminação das úlceras com intenção de reduzir o risco de transformação maligna. A primeira etapa do tratamento consiste na manutenção de uma boa higiene oral, contribuindo positivamente ao tratamento, diminuindo os sintomas, e fatores irritacionais (restos radiculares, grampos de

próteses, restaurações deficientes, arestas cortantes e próteses mal adaptadas) que exacerbam devem ser minimizados ou eliminados.

Os fármacos mais frequentemente indicados são os corticosteroides por via tópica, em bochechos e pomadas, o que se deve a sua capacidade de modular a resposta inflamatória e imunológica, pela facilidade de aplicação e maior custo-benefício, o propionato de clobetasol, acetato de fluocinolona e fluocinonida, constituem a primeira linha de tratamento para as lesões que apresentam sintomatologia, possuem efeitos colaterais reduzidos. Os corticóides de uso sistêmico, como o prednisona, são a primeira opção na terapia de lesões mais intensas, em que se apresentaram resistentes ao tratamento tópico ou quando o líquen plano se manifesta em outros sítios mucocutâneos (DANIELLI et al., 2010).

De acordo com Danielli et al. (2010) outros agentes podem ser empregados no tratamento do líquen plano oral como retinóides e agentes imunossupressores. Os retinóides são utilizados como terapia coadjuvante ou em lesões que se apresentem de forma reticular ou hiperqueratótica, possuem mais efeitos adversos do que os de uso tópico e são proibidos em gestantes, devido o seu efeito teratogênico. Imunossupressores, são utilizados em casos em que o líquen plano oral, não responderam de forma significativa ao tratamento com os corticóides, nesses casos o medicamento mais indicado é o tacrolimus, utilizado de forma tópica, estudos apresentam resultados positivos (melhora da sintomatologia, eliminação completa ou parcial) no tratamento dessas lesões, porém seu uso deve ser de forma limitada e em pouca quantidade, pois seu uso prolongado pode acelerar a carcinogênese ou recidiva dessas lesões, após a suspensão do medicamento. O acompanhamento desses pacientes com exames clínicos e histopatológicos periodicamente, faz-se necessária, tornando-se uma conduta sensata.

DISCUSSÃO

Martins, Giovanni e Villalba (2008) e Silveira et al. (2009), afirmam que as lesões que têm potencial de malignização, são consideradas alterações teciduais, morfológicamente modificadas, que apresentam um maior risco de transformação maligna daquela região. Quando associadas a fatores de risco, como o consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, agentes infecciosos e imunológicos, podem potencializar sua condição inicial e se tornarem malignas quando não diagnosticadas e tratadas precocemente. Sendo

elas: Leucoplasia, Eritroplasia, Queilite Actínica e Líquen Plano.

Os autores concordam que na maioria das vezes estas lesões se manifestam de forma assintomáticas. São corretamente avaliadas de forma clínica (avaliação de toda a cavidade bucal) e através de exame histopatológico (biópsia incisional ou excisional) para determinar se existe alteração tecidual associada, ou seja, presença de displasia. A conduta a ser seguida em sua maior parte depende dos achados ao exame histopatológico (SOUZA; ROSA, 2008; ALFAYA et al., 2012; OROZCO et al., 2013; CARVALHO, 2014).

Os autores entendem que a Leucoplasia, Eritroplasia, Queilite Actínica e Líquen Plano, são lesões que tem grande representatividade como evidência clínica no processo de carcinogênese. Estas manifestações podem, mas não necessariamente anteceder um câncer bucal, ou seja, apresentam a possibilidade de diagnóstico precoce de câncer e todas as suas implicações (MARTINS; GIOVANNI e VILLALBA, 2008; GOMES, 2015).

Pode-se afirmar que o tratamento deverá ser escolhido, de acordo com o grau de comprometimento epitelial definido pela biópsia, ou seja, a partir do seu resultado histopatológico. Podendo optar desde um tratamento conservador, através de medidas preventivas (ter hábitos de vida mais saudáveis), acompanhamento através de visitas regulares, uso de fármacos de forma tópica ou sistêmica, ou, optar por tratamentos que necessitam de intervenção cirúrgica, nesses casos, o resultado histopatológico apresenta um elevado grau de atipia epitelial, ou seja, grandes chances daquele tecido ou determinada região se transformar em uma neoplasia maligna. As visitas periódicas ao cirurgião dentista, com o acompanhamento clínico são de muita importância, independente do tratamento de escolha (CAVALCANTE; ANBIDER e CARVALHO, 2008; HOSNI et al., 2009; DANIELLI et al., 2010. FARINELLI; VILARDI, 2015).

Brasil (2008), Santos et al. (2011), e Silva e Rezende (2016), reconhecem que o cirurgião dentista tem papel fundamental no diagnóstico e prevenção das lesões bucais, pela realização de exames clínicos adequados com ênfase em todas as estruturas e não apenas no elemento dental em si. É importante ressaltar que esses profissionais devem atentar para as características destas lesões e intervir antes que ocorra a malignização, sempre orientando os pacientes quanto a importância da mudança de hábitos, que estão associados ao desenvolvimento das lesões potencialmente

malignas, como álcool, tabaco e exposição solar. O diagnóstico deve ser precoce, objetivando bom prognóstico e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Por meio deste trabalho, podemos concluir, que a Leucoplasia, Eritroplasia, Queilite Actínica e Líquen Plano, são consideradas as principais lesões com potencial de malignidade da cavidade bucal, podendo evoluir para um câncer bucal.

O álcool, cigarro, e a exposição excessiva a radiação solar, são os fatores de risco mais significativos para a evolução destas lesões. Sendo a radiação solar mais associada ao desenvolvimento da Queilite Actínica. O líquen Plano em particular, é uma doença autoimune, que pode estar associada a distúrbios emocionais (ansiedade e estresse), ingestão de certos medicamentos e influência genética. Outras possíveis causas podem estar associadas também, como fatores modificadores irritativos crônicos locais (próteses ou dentes mal posicionados, resultando em trauma e restaurações deficientes). Estas lesões ocorrem com maior frequência em adultos de meia-idade, com mais de 40 anos.

O diagnóstico destas lesões consiste em um conjunto de ações, se iniciando a partir de um exame clínico bem feito, onde todas as estruturas da cavidade bucal (tecidos moles/tecidos duros) devem ser avaliadas, sendo realizado junto com a palpação de linfonodos da região de cabeça e pescoço, quando necessário, devemos realizar o exame histopatológico (biópsia) de determinada região, para se concluir um diagnóstico.

O tratamento das lesões pré-cancerizáveis, depende do seu resultado histopatológico, podendo ser tratadas de maneira conservadora ou utilizando métodos cirúrgicos.

Este trabalho, também chama a atenção para a importância da representatividade dessas lesões para o dia-a-dia dos cirurgiões dentistas. Sendo eles o principal elo na detecção dessas lesões, pois é de sua responsabilidade o exame detalhado de toda cavidade bucal, tendo em mente o correto diagnóstico e tratamento.

Quando necessário fazer o encaminhamento para o especialista, orientando o paciente quanto a importância das visitas regulares ao Dentista e ao incentivo por uma vida com hábitos mais saudáveis, seja a alimentação, cessação de vícios (álcool, cigarro) e uma higiene bucal satisfatória. Com todas essas medidas,

poder proporcionar uma qualidade de vida aos pacientes portadores de lesões pré-cancerizáveis.

REFERÊNCIAS

1. ALFAYA, A. T. et al. Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.*, v. 14, n. 1, p. 94-97, 2012.
2. ALVARENGA, L. M. et al. Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas quanto ao câncer bucal. *RFO.*, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 31-35, jan./abr. 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Atenção Básica. *Manual de Especialidades em Saúde Bucal*. Brasília, 2008. 122 p.
4. CANTO, M. A. et al. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol.*, v. 85, n. 5, p. 669-75, 2010.
5. CARVALHO, S. P. S. Leucoplasia oral e índices de recorrência – Revisão Sistemática. 2014. 26 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Portugal.
6. CAVALCANTE, S. A; ANBINDER, L. A; CARVALHO, L. Y. Actinic cheilitis: clinical and histological features. *J Oral Maxillofac Surg.*, v. 66, n. 3, p. 498-503, Mar. 2008.
7. CAVALCANTE, P. B. A. et al. Estudo de prevalência de lesões orais malignas ou com potencial de malignização, como estratégia de prevenção do câncer oral: uma revisão da literatura. *RSC online.*, v. 5, n. 2, p. 111-127, 2016.
8. CINTRA, S. J. et al. Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia – SP. *Rev. Assoc. Paul. Ciur. Dent.*, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 118-21, 2013.
9. COELHO, B. F. D. *Cirurgia Convencional VS Cirurgia com Laser CO2 no Tratamento da Leucoplasia*. 2016. 28 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Universidade de Gandra, Portugal.

10. DANIELLI, J. et al. Protocolo de Atendimento e Acompanhamento do Paciente com Líquen Plano Oral (LPO). *Rev Odontol Bras Central.*, v. 19, n. 50, p. 233-238, 2010.
11. FARENZENA, P. K. et al. Leucoplasia bucal – levantamento epidemiológico dos casos encontrados no Serviço de Diagnóstico Histopatológico do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de Passo Fundo. *Revista Odonto*, v. 20, n. 40, p. 57-66, 2012.
12. FARINELLI, L.; VILARDI, R. M. B. Leucoplasia oral: qual a melhor conduta clínica?. *Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep • FOL*, v. 25, n. 1, p. 85-86, jan./jun. 2015.
13. GOMES, V. F. Lesões pré-cancerizáveis da boca: *Revista de Literatura. Revista da ACBO*, v. 4, n. 2, p. 1-13, jul. 2015.
14. GONÇALVES, M. L.; JÚNIOR, B. S. R. J.; CRUZ, N. F. C. M. Avaliação clínica das lesões orais associadas a doenças dermatológicas. *An Bras Dermatol*, v. 84, n. 6, p. 585-92, 2009.
15. HOSNI, S. E. et al. Oral erythroplakia and speckled leukoplakia: retrospective analysis of 13 cases. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, São Paulo, v. 75, n. 2, p. 295-9, Mar./April. 2009.
16. INCA: Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>> Acesso em: 09 de nov. 2018.
17. JUNIOR, H. L. O. Definição do grupo de risco para leucoplasias bucais: estudo retrospectivo entre os anos de 1999 e 2009. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade De Odontologia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
18. JUNIOR, L. A. C. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. *Rev assoc paul cir dent*, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 178-86, 2013.
19. LEE, H. K.; POLONOWITA, D. A. Oral white lesions: pitfalls of diagnosis. *MJA*, v. 190, n. 5, p. 274-277, Mar. 2009.
20. LIU, W. et al. Oral cancer development in patients with leukoplakia- clinicopathological factors affecting outcome. *Journal Plos One*, Germany, v.7, n.4, Apr. 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0034773>> Acesso em: 25 de jun. 2018.
21. MAIA, O. M. A. et al. Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do Estado de Pernambuco. *Odontol. Clín.-Cient*, Recife, v. 12, n. 1, p. 47-51, jan./mar. 2013.
22. MARTINS, B. R.; GIOVANI, M. E.; VILLALBA, H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde*, v. 26, n. 4, p. 467-76, 2008.
23. MIRANDA, O. M. A.; FERRARI, M. T.; CALANDRO, L. L. T.; Queilite actínica: aspectos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 4, n. 1, p. 67-72, jan./abr. 2011.
24. MORAES, M. et al. Oral lichen planus: two case reports in male patients. *Rev. odonto ciênc*, v. 25, n. 2, p. 208-212, 2010.
25. NEVILLE, W. B. et al. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4. ed. Rio de Janeiro: 2016.
26. NICO, S. M. M.; FERNANDES, D. J.; LOURENÇO, V. S. *An Bras Dermatol*, v. 86, n. 4, p. 633-43, 2011.
27. OLIVEIRA, R. M. Eritroplasia Oral: Uma Revisão de Literatura. 2011. 46 f. Dissertação (Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.
28. OROZCO, P. et al. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*. v. 6, n. 3, p. 127-129, 2013.
29. PATRÍCIO, C. F. J. Evolução das lesões pré-malignas orais: Orientações para os médicos dentistas. 2011. 71 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto.
30. PIÑERA-MARQUES, K. et al. Actinic lesions in fishermen`s lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. *Clinics*, São Paulo, v. 65, n. 4, p. 363- 367, 2010.
31. PINHEIRO, S. M. S.; CARDOSO, P. J.; PRADO, O. F. Conhecimentos e Diagnóstico em Câncer Bucal entre Profissionais de

Odontologia de Jequié, Bahia. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 56, n. 2, p. 195-205, 2010.

32. RAMOS, T. R. et al. Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. Rev. Bras. Odontol, Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 51-5, jan./mar. 2017.

33. ROSSOE, T. W. E. Actinic cheilitis: aesthetic and functional comparative evaluation of vermilionectomy using the classic and W-plasty techniques. An. Bras. Dermatol, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 65-73, jan./feb. 2011.

34. SANTOS, V. I. et al. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. Odontol. Clín.-Cient, Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul/set. 2011.

35. SARMENTO, S. et al. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. Int J Dermatol, v. 53, n. 4, p. 466-72, Apr. 2014.

36. SILVA, T. R.; REZENDE, E. D. Lesões potencialmente malignas da cavidade oral: revisão da literatura. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 45, n. 2, p. 67-71, Abr./Mai./Jun. 2016.

37. SILVEIRA, D. J. E. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. Bras Patol Med Lab, v. 45, n.3, p. 233-238, jun. 2009.

38. SOUSA, F. A. C. G.; ROSA, L. E. B. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. Rev. Bras. Otorrinolaringol, v. 74, n. 2, p. 284-292, 2008.

39. WOO, B. S. Atlas de Patologia Oral. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

40. VAN DER WALL I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa - terminology, classification and present concepts of management. Oral Oncology, v. 45, p. 317-323, apr./may. 2009.