

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**JULIANE SANTOS DE SOUZA
RHAYANY LINDENBLATT RIBEIRO**

**ABORDAGEM CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DAS LESÕES
POTENCIALMENTE MALIGNAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER
DE BOCA**

Rio de Janeiro

2020

ABORDAGEM CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DAS LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O CÂNCER DE BOCA

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL APPROACH OF POTENTIALLY MALIGNANT INJURIES AND THEIR ASSOCIATION WITH MOUTH CANCER

Juliane Santos de Souza

Acadêmica do Curso de Odontologia da UNISJ

Rhayany Lindenblatt Ribeiro

Doutora e Mestre em Patologia Bucal

Estomatologista

Professora de Estomatologia e Patologia Bucal do Centro Universitário São José

RESUMO

As lesões potencialmente malignas podem anteceder o câncer de boca e o seu desenvolvimento está diretamente ligado ao diagnóstico precoce. Esse tumor é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo. É passível de ser detectado pelo paciente, através do autoexame, como pelo profissional, através do exame clínico, assim o diagnóstico precoce e o tratamento ocorrem com o mínimo de sequelas. Dentre os fatores de risco para o câncer de boca destaca-se o tabagismo e etilismo, idade superior a 60 anos, gênero masculino e exposição ao sol sem proteção, para os tumores localizados no lábio. Destaca-se que as lesões orais potencialmente malignas podem preceder o aparecimento do tumor se presentes por um longo período de tempo na cavidade oral, sem diagnóstico e tratamento adequado. O diagnóstico precoce contribui efetivamente na prevenção do câncer de boca, minimizando o risco da sua evolução e auxiliando na manutenção da saúde do paciente. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi elaborar, a partir de uma revisão de literatura, uma proposta de realização de diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas, através de suas características clínicas e histopatológicas, por publicações datadas no período de 2000 a 2020. De acordo com os dados utilizados neste estudo, concluiu-se que as lesões potencialmente malignas podem se transformar em câncer de boca e a sua prevenção está diretamente ligada ao diagnóstico precoce, sendo de extrema importância a atuação do CD, para que seja evitado o diagnóstico de câncer de boca em estágios avançados, contribuindo para a manutenção da vida do paciente.

Palavras-chave: Leucoplasia, diagnóstico precoce, câncer de boca.

ABSTRACT

Potentially malignant lesions can precede mouth cancer and its development is directly linked to early diagnosis. This tumor is the sixth most common cancer in the world. It is likely to be detected by the patient, through self-examination, as well as by the professional, through clinical examination, so early diagnosis and treatment occur with minimal sequelae. Among the risk factors for oral cancer, smoking and alcoholism,

age over 60 years, male and unprotected sun exposure, for tumors located on the lip stand out. It is noteworthy that potentially malignant oral lesions can precede the appearance of the tumor if present for a long period of time in the oral cavity, without proper diagnosis and treatment. Early diagnosis effectively contributes to the prevention of oral cancer, minimizing the risk of its evolution and helping to maintain the patient's health. In this sense, the objective of this work was to elaborate, based on a literature review, a proposal for an early diagnosis of potentially malignant lesions, through their clinical and histopathological characteristics, by publications dated from 2000 to 2020. According to with the data used in this study, it was concluded that potentially malignant lesions can turn into oral cancer and its prevention is directly linked to early diagnosis, the performance of the DC being extremely important, in order to avoid cancer diagnosis mouth in advanced stages, contributing to the maintenance of the patient's life.

Key-words: Leukoplakia, early diagnosis, mouth cancer.

INTRODUÇÃO:

O Instituto Nacional do Câncer apontou a estimativa de 15.190 casos de câncer de boca, sendo 11.180 homens e 4.010 mulheres. Tendo em vista o número de óbitos de 5.989 sendo 4.672 homens e 1.226 mulheres (INCA, 2020).

A Odontologia está avançando cada vez mais na prevenção e no diagnóstico do câncer de boca, através de biópsias, diagnóstico clínico das lesões, e conhecimento das suas variações.

O câncer de boca é o sexto tipo de câncer mais comum no mundo. Este tumor é passível de ser detectado pelo paciente, através do autoexame, como pelo profissional, através do exame clínico, assim o diagnóstico precoce e o tratamento ocorrem com o mínimo de sequelas (KIGNEL, 2013).

Dentre os fatores de risco para o câncer de boca, destaca-se o tabagismo e etilismo, idade superior a 60 anos, gênero masculino e exposição ao sol sem proteção (INCA, 2020).

O principal sinal desta doença, são lesões na boca que não cicatrizam em até 15 dias podendo apresentar sangramentos e crescimento. Também podem se apresentar em forma de manchas, placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, céu da boca, gengivas ou bochechas, podendo haver rouquidão e linfadenopatia (INCA, 2020).

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca se baseia especialmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, com atuação integrada à promoção da saúde visando reduzir vários outros agravos. O diagnóstico precoce depende do profissional ou do autoexame realizado pelo paciente, que podem

identificar uma lesão ou sintomas suspeitos enquanto ainda se encontra em estágio precoce (MAIA et al., 2013).

As lesões potencialmente malignas podem anteceder o câncer de boca e o seu desenvolvimento está diretamente ligado ao diagnóstico precoce. Quanto mais cedo estas lesões forem diagnosticadas e tratadas adequadamente, menor será o risco de transformação maligna e menos traumático será o tratamento para o paciente. O diagnóstico precoce contribui efetivamente na prevenção do câncer de boca, minimizando o risco da sua evolução e auxiliando na manutenção da saúde do paciente.

É importante que o cirurgião-dentista esteja apto para orientar, prevenir e diagnosticar lesões potencialmente malignas. O profissional deve ter a responsabilidade de realizar um diagnóstico clínico bem detalhado, biópsias quando necessário, e investigar o histórico de saúde geral do paciente, uma vez que possam estar relacionadas com fator hereditário.

Nesse sentido, este presente trabalho visa descrever clínica e microscopicamente as lesões bucais potencialmente malignas observadas na cavidade bucal, cujo diagnóstico precoce permite a prevenção e o estabelecimento do câncer de boca.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os cânceres da cavidade oral são um problema de saúde pública, sendo relacionados como uma das neoplasias malignas mais frequentes no mundo. A maioria dessas neoplasias é derivada de lesões orais potencialmente malignas que estão por um longo período de tempo na cavidade oral, em parte por conta do desconhecimento da população sobre essas lesões e os fatores etiológicos que estão associados (MAIA et al., 2016).

Estas lesões são definidas como alterações teciduais que podem se transformar em malignas a qualquer momento, mas também podem permanecer no estágio não maligno por tempo indefinido ou até mesmo não sofrer transformação, principalmente se forem evitados hábitos nocivos sobre os tecidos já afetados (KIGNEL, 2013).

O diagnóstico precoce é essencial no prognóstico das neoplasias, e, para que isto aconteça, é preciso que se tenta indivíduos capacitados a procurar assistência odontológica no momento em que apresentem feridas na boca e/ou alterações de forma e cor que não regrida espontaneamente em dez dias. A população também deve ter acesso a serviços odontológicos com profissionais orientados para realizar este exame (NETO; SCHLINDWEIN; SOUZA, 2014).

Para entender como o Cirurgião-Dentista deve atuar na abordagem de pacientes que podem apresentar sinais clínicos de pré-câncer, é importante que o profissional se familiarize com os distúrbios que estas lesões apresentam (GOLDEMBERG, 2019).

Leucoplasia e eritroplasia são lesões orais potencialmente malignas associados à presença de displasia epitelial oral na primeira biópsia. A literatura sobre displasia epitelial oral se concentra na hiperplasia epitelial como um precedente importante da displasia. Entretanto, a atrofia epitelial com hiperqueratose ou paraqueratose é uma característica comum da displasia epitelial (WOO, 2019).

A queilite actínica é uma lesão de natureza inflamatória e potencialmente maligna. Acomete o lábio inferior, provocada pela exposição prolongada e crônica aos raios solares. As lesões geralmente são assintomáticas, podendo ser vermelhas, brancas, brancas com áreas vermelhas e também ulceradas (SILVEIRA et al., 2009).

2.1. LEUCOPLASIA

A Leucoplasia é a lesão pré maligna mais comum. De acordo com a OMS, é definida como uma placa branca que não pode ser caracterizada de forma clínica ou patológica como qualquer outra doença (KIGNEL, 2013).

As leucoplasias se apresentam clinicamente como placas brancas, homogêneas (78.6%) ou heterogênicas (21.4%), podendo acometer qualquer área da mucosa oral atingindo, principalmente, a língua, a mucosa jugal, o palato duro e o mole. Esta lesão apresenta dimensões variadas, desde poucos milímetros até atingir grandes extensões na cavidade oral (NETO; SCHLINDWEIN; SOUZA, 2014).

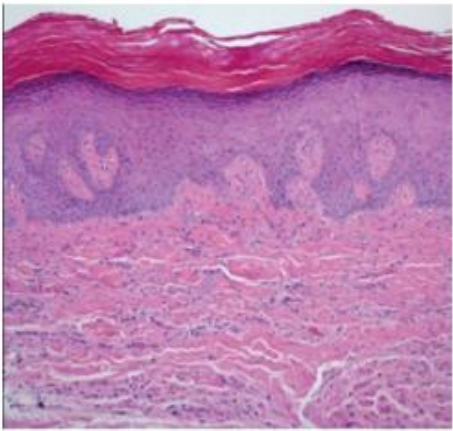
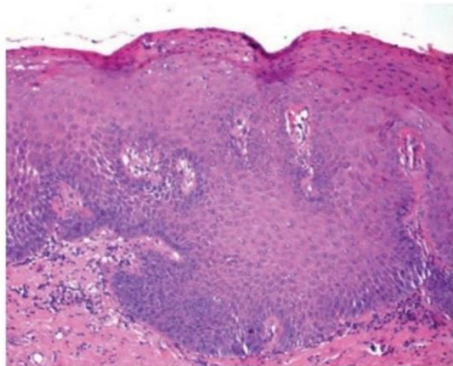
Em muitos casos, o tabaco está relacionado com a etiologia desta lesão e outras vezes sua etiologia é idiopática. Seu aparecimento geralmente ocorre em pacientes de meia idade, do sexo masculino. No entanto, SILVERMAN et al. (1976) destaca que este fato provavelmente ocorre por conta da associação com o tabagismo, que é praticado com maior frequência por homens, do que propriamente uma diferença sexual biológica (RODRIGUES et al., 2000).

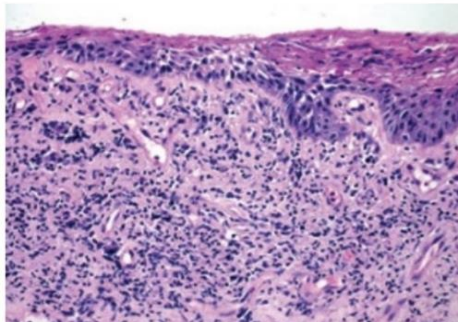
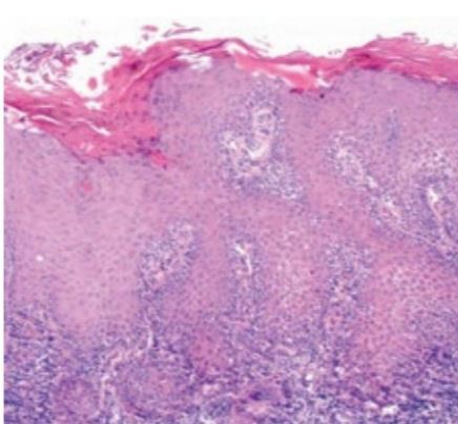
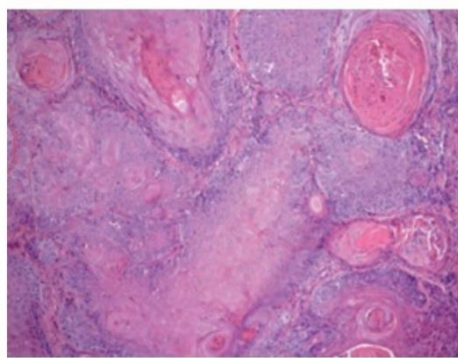
O histopatológico da leucoplasia pode apresentar um padrão variável, desde hiperkeratose sem displasia epitelial, até displasia grave com fenômenos de atrofia epitelial ou hiperplasia. Considerando a presença de displasia como um achado fundamental, se distinguem dois tipos de leucoplasia: displásica e não displásica. Leucoplasia com displasia comumente correspondem as formas clínicas não homogêneas e podem ser superinfetadas por *Candida albicans*. O termo displasia concerne ao crescimento desordenado do epitélio (ESCRIBANO; MARTÍNEZ, 2009).

As alterações displásicas se classificam como displasia leve, moderado ou grave. Na displasia leve, as alterações displásicas são mínimas e vão se limitar ao terço inferior do epitélio. A displasia moderada se limita aos dois terços inferiores do epitélio e na displasia severa estas alterações ocupam mais de dois terços, mas não toda espessura epitelial. De acordo com a literatura científica, a porcentagem de leucoplasia com displasia pode variar muito (ESCRIBANO; MARTÍNEZ, 2009).

Sabe-se que sua taxa de malignização esteja entorno de 1% para todos os tipos de leucoplasias existentes e a presença de displasia epitelial no exame histopatológico é um fator de risco essencial para que seja realizada a avaliação do seu potencial de malignização (LEMO JUNIOR, 2013).

Segundo Neville et al., (2009) como a leucoplasia é um termo clínico, seu tratamento constitui primeiramente em chegar a um diagnóstico histopatológico definitivo. A realização da biópsia é essencial para guiar o tratamento. Em casos onde houver incidência de lesões múltiplas ou extensas, podem ser necessárias várias biópsias.

POTENCIAL BIOLÓGICO DE TRANSFORMAÇÃO MALIGNA DAS LEUCOPLASIAS	
	Hiperqueratose e acantose.
	Hiperqueratose, acantose e displasia epitelial leve.

	Hiperqueratose, acantose e displasia epitelial moderada.
	Hiperqueratose, epitélio atrófico e com displasia epitelial intensa.
	Hiperqueratose na superfície do corte e áreas de carcinoma microinvasivo na parte inferior.
	Ilhas de células epiteliais com pérolas de queratina, caracterizando CEC invasivo bem diferenciado.

(Tabela 1) Fonte: Almeida, (2016) p. 82

Placa leucoplásica localizada em borda lateral de língua do lado direito. (Figura 1)



Foto cedida por Rhayany Lindenblatt Ribeiro

Placa leucoplásica localizada em mucosa aoveolar do lado esquerdo. (Figura 2)



Foto cedida por Rhayany Lindenblatt Ribeiro

2.2. ERITROPLASIA

A eritroplasia oral é caracterizada por uma placa ou mancha vermelha que não

pode ser diagnosticada clinicamente como qualquer outra lesão (SILVEIRA et al., 2009).

Os locais de maior predileção são assoalho bucal, língua e palato mole e lesões múltiplas podem estar presentes. É uma lesão frequentemente assintomática que pode se associar a uma leucoplasia adjacente, sendo chamada eritroleucoplasia (NEVILLE et al., 2009).

A eritroplasia oral é uma doença predominante em pacientes de meia-idade, não havendo predileção por gênero. Sua etiologia está relacionada à exposição dos agentes carcinogênicos, principalmente o tabaco e álcool que potencializam a lesão (BRAGA et al., 2018).

É uma lesão menos comum, porém com maior taxa de malignização dentre as lesões potencialmente malignas da mucosa oral. Estudos mostram que em mais de 90% dos casos de eritroplasia, há um quadro histológico de displasia (leve ou moderada), carcinoma in situ ou carcinoma invasivo (OLIVEIRA, 2011).

Segundo Scully (2002), o desenvolvimento de carcinomas é 17 vezes mais frequente a partir de eritroplasias que nas leucoplasias. Reichart & Philipsen (2005), relataram em estudo que histopatologicamente, 51% de eritroplasias do tipo homogêneo apresentaram carcinoma invasivo, 40% carcinoma in situ e 9% displasia leve ou moderada.

No exame histopatológico observa-se ausência de produção de ceratina no epitélio que geralmente é atrófico, podendo se apresentar hiperplásico. A coloração vermelha se dá pela falta de ceratinização, principalmente quando combinada ao adelgaçamento do epitélio, permitindo uma microvascularização. Frequentemente, o tecido conjuntivo adjacente apresenta inflamação crônica (NEVILLE et al., 2009).

Até o momento, não há evidência de um tratamento totalmente eficaz para que se evite a transformação maligna da lesão. Contudo, a ressecção cirúrgica seguida de avaliação histopatológica é o tratamento de primeira escolha para as eritroplasias orais (ALMEIDA, 2016).

A característica principal da eritroplasia é a mudança de cor na mucosa, podendo ser observada pelo paciente através do autoexame. Porém esse exame não deve ser a única opção do paciente, já que, muitas vezes, não são capazes de identificar essas alterações na mucosa oral, necessitando de uma intervenção do cirurgião-dentista (ALFAYA et al., 2012).

É de extrema importância a avaliação do cirurgião-dentista para que seja realizado o diagnóstico e tratamento da eritroplasia. Uma anamnese bem detalhada é necessária, pois o profissional pode ser o primeiro a diagnosticar lesões eritematosas na cavidade oral. Quanto mais precoce for o diagnóstico, melhor o prognóstico que o paciente irá apresentar. O diagnóstico correto deve ser realizado através de exames histopatológicos, com o objetivo de não confundir a lesão com alguma outra patologia (BRAGA et al., 2018).

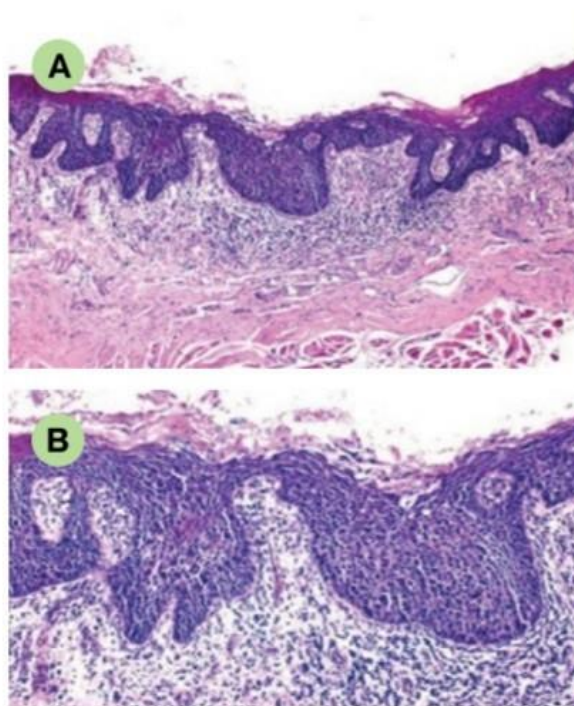
É fundamental que esses profissionais estejam atentos para as características clínicas das lesões vermelhas, intervindo precocemente para evitar a malignização e estabelecimento do câncer de boca (ALFAYA et al., 2012).

Eritroplasia. Lesão macular eritematosa observada na região de soalho de boca do lado direito sem associação com leucoplasia. A biópsia revelou a presença de um carcinoma de células escamosas inicialmente invasivo. (Figura 3)



Fonte: Neville et al., (2009) p. 399

(A) Imagem microscópica demonstrando carcinoma in situ diagnosticado a partir da biópsia de lesão clinicamente compatível com eritroplasia em borda lateral de língua. (B) Maior aumento do mesmo caso. (Figura 4)



Fonte: Almeida, (2016) p. 85

2.3. QUEILITE ACTÍNICA

Queilite actínica é uma lesão que se caracteriza por áreas esbranquiçadas, avermelhadas, erosivas ou atróficas em vermelhão do lábio inferior. Embora não seja comum, também pode afetar o lábio superior (KIGNEL, 2013).

Clinicamente esta lesão apresenta-se de duas formas: aguda e crônica. A forma aguda se caracteriza por edema e eritema moderado, fissuras e úlceras graves. Ocorre quando há exposição em excesso aos raios ultravioletas do sol em um espaço de tempo

curto. Já a forma crônica ocorre quando há exposição prolongada aos raios ultravioletas, tendo alterações epiteliais irreversíveis (ARNAUD et al., 2014).

Segundo Arnaud et al., (2014) a QA é uma doença que afeta principalmente o lábio inferior de homens acima de 60 anos de idade, de pele clara, que se expõem de forma crônica e excessiva aos raios solares.

No Brasil, a QA destaca-se por ser um país tropical e possuir parte da economia baseada em trabalhadores rurais que ficam expostos de forma prolongada ao sol. “Altas prevalências de QA já foram descritas em diversas populações brasileiras consideradas vulneráveis ao desenvolvimento desta doença, como trabalhadores rurais (40%), fazendeiros (17%) e trabalhadores em áreas de praia (15%).” (Almeida, 2016, p. 85).

Segundo Warnakulasuriya (2018), pessoas com uma pele mais clara apresentam um risco aumentado e podem estar predispostos à QA, e homens possuem uma predisposição maior à QA quando comparado as mulheres.

Os indivíduos de pele branca têm maior predisposição do que os de pele negra, por conta da melanina que atua como um fator de proteção (VILELA, 2011).

A predileção dessa lesão pelo sexo masculino se deve ao fato de que muitos homens trabalham por longos períodos expostos à radiação solar, sendo o lábio inferior o mais afetado por motivo de sua anatomia. As mulheres, ao usarem protetor labial, protegem seus lábios contra os raios solares, sendo esse um fator que evita a doença (MARTINS et al., 2007).

Warnakulasuriya (2018), relata que a progressão da QA para CCE pode ser atenuada através do uso de um filtro solar apropriado quando estiver ao ar livre.

Histologicamente, o epitélio pode exibir diferentes graus de displasia. Normalmente há ocorrência de hiperqueratose e o epitélio pode ser atrófico ou acantótico. O tecido conjuntivo inalteradamente apresenta uma faixa acelular amorfa, basofílica que é conhecida como elastose solar, uma alteração do colágeno e fibras elásticas induzida

pela luz UV. Também podem estar presentes infiltrado inflamatório crônico e vasos sanguíneos dilatados (NEVILLE et al., 2016).

A queilite actínica possui grande importância clínica por ser uma lesão com reconhecido potencial de malignização, que pode chegar a 17% dos casos, ocasionando carcinoma, que se desenvolve lentamente, produzindo metástases de forma tardia. Elevados números de carcinomas de células escamosas (CCE) de lábio estão relacionados a uma lesão prévia de QA (ARNAUD et al., 2014).

Segundo Arnaud et al., (2014) o processo maligno pode não ser clinicamente visível no momento do exame, contudo, alterações displásicas do epitélio no tecido examinado podem prenunciar uma transformação maligna.

A relação existente entre câncer de lábio e a exposição solar foi descrita em 1923 por Ayres. Para o desenvolvimento do câncer de boca, o tempo estimado é de 20 a 30 anos, contudo, em alguns pacientes este tempo é menor. O perfil do paciente de risco para que se desenvolva o câncer de lábio é idade superior a 50 anos, pele clara, fumante, com exposição solar prolongada (ROSSOE et al., 2011)

Segundo Araújo et al., (2012) a prolongada exposição à luz solar representa um fator de risco tanto para o desenvolvimento de câncer de lábio quanto para a queilite actínica. Estudos evidenciam que 60% dos CCE se iniciam de queilites e há evidência histológica da continuidade de queilite em 97% de lesões de câncer.

O diagnóstico definitivo da QA só pode ser confirmado através do exame clínico minucioso e biópsia incisinal (MARTINS et al., 2007).

Queilose actínica. Lesões crostosas e ulceradas no vermelhão do lábio inferior. (Figura 5)



Fonte: Neville et al., (2009) p. 407

Queilite actínica. Particularmente, neste caso, observa-se o apagamento da interface entre a mucosa do vermelhão e a pele do lábio. (Figura 6)



Fonte: Neville et al., (2009) p. 407

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância que o CD se preocupe com o diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas e atue de forma eficiente para que sejam evitados diagnósticos de câncer de boca.

Primeiramente é necessário que se conheça os fatores de riscos, como o tabagismo e etilismo, que podem levar o aparecimento dessas lesões, para que o CD possa atuar na prevenção precoce, promovendo uma correta orientação e conscientizando o paciente sobre os riscos o qual ele está sendo submetido.

REFERÊNCIAS

ALFAYA, T.A. et al. Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 94-97, 2012

ALMEIDA, Oslei Paes de. **Patologia Oral**. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

ARAÚJO, C.P. et al. Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. **RPG, Rev. pós-grad.**, São Paulo, v.19, n.1, p. 21-27, jan-mar, 2012.

ARNAUD, R. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. **Rev Odontol UNESP**, v.43, n.6, p. 384-389, nov-dec, 2014.

BRAGA, L.L.A. et al. **ERITROPLASIA NA CAVIDADE BUCAL: UMA PATOLOGIA RARA, MAS DE GRANDE MALIGNIDADE**. 2018. Disponível em:

<http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/issue/view/vol4supl1>

Acesso em: 27out. 2020.

ESCRIBANO-BERMEJO M, BASCONES-MARTÍNEZ A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. **Av. Odontoestomatol**, v. 25, n. 2, p. 83-97, set-out, 2009.

GOLDEMBERG, Daniel Cohen. THE ROLE OF DENTAL SURGEONS ON PATIENT CARE WITH REGARDS TO POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS AND ORAL CANCER. **Revista Científica do CRO-RJ**. Rio de Janeiro, v.4, n.3, sep-dec. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. **Câncer de Boca**. 2020. Disponível em:< <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>> Acesso em : 25abr. 2020

KIGNEL, Sergio. **Estomatologia-Bases do Diagnóstico para o Clínico Geral**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2015.

LEMONS JUNIOR, CA. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.67, n.3, p. 178-186, jul, 2013.

MAIA, A.M.O. et al. **Diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas em dois municípios do Estado de Pernambuco**. 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882013000100011> Acesso em : 17jun. 2020.

MAIA, H. et al. **Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas**. 2016. Disponível em: <https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082016000100035/1679-4508-eins-S1679-45082016000100035-pt.x57660.pdf> Acesso em: 15out. 2020.

MARTINS, M.D. et al. Queilite actínica: relato de caso clínico. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110, 2007.

MEDRADO, A. et al. **Você sabe quais são as lesões potencialmente malignas da boca?** 2019. Disponível em:< <https://www.isaude.com.br/noticias/detalhe/noticia/voce-sabe-quais-sao-as-lesoes-potencialmente-malignas-da-boca/>> Acesso em: 21mai. 2020.

NETO, C.; SCHLINDWEIN, L.; SOUZA, A. **LESÕES CANCERIZÁVEIS: PREVENÇÃO E TRATAMENTO LEUCOPLASIA**. 2014. Disponível em: <

http://www.faculdadeanchieta.edu.br/wpcontent/uploads/revista_cientifica_faesp_09.pdf#page=238> Acesso em: 15out. 2020.

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

OLIVEIRA, R.M. **Eritroplasia oral: uma revisão de literatura**. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-94QQN8>> Acesso em: 28out. 2020.

REICHART, P.; PHILIPSEN, H. Eritroplasia oral – uma revisão. **Oncologia Oral**., v. 41, n. 6, p. 551-561, julh. 2005.

RODRIGUES, T. et al. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v. 14, n. 4, p. 357-361, out-dez. 2000.

ROSSOE, E.W.T. et al. 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-fev, 2011.

SCULLY, C. et al. Progress in determining the malignant potential of oral lesions. **J Oral Pathol Med**, 32: 251- 256, 2003.

SILVEIRA, E. J.D. et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p. 233-238, jun, 2009.

VILELA, G.R. **QUEILITE ACTÍNICA– REVISÃO DE LITYERATURA**. 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6349.pdf>> Acesso em: 30out. 2020.

WARNAKULASURIYA, Saman. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. **Elsevier Inc.**, UK, 21mar, 2018

WOO, Sook-Bin. **Oral Epithelial Dysplasia and Premalignancy**. 2019. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6684678/>> Acesso em: 19mai. 2020

