



**AS DESORDENS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS (DOPMS):
LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA, QUEILITE ACTINICA E LÍQUEN
PLANO ORAL. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO**

**ORAL POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS (OPMDS):
LEUKOPLAKIA, ERYTHROPLAKIA, ACTINIC CHEILITIS, AND ORAL
LICHEN PLANUS. CLINICAL DIAGNOSIS AND TREATMENT**

Deysemara Santana da SILVA¹

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: mara_2126@Hotmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-8564-1724>

Jamylla Silva de CARVALHO¹

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: Jamyllacarvalho90@Gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-7777-3229>

Marcelo Bressan CORRÊA¹

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: Mbcodo@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-0669-326X>

RESUMO

Introdução: As desordens orais potencialmente malignas (DOPMs) são patologias que tem risco aumentado para o desenvolvimento do câncer na cavidade oral, os fatores predisponentes são o consumo de álcool, tabaco e também a radiação solar. Sendo sua etiologia multifatorial, deixando o hospedeiro susceptível a essas anormalidades orais. **Objetivo:** Orientar e aumentar o conhecimento do acadêmico de odontologia no ensino superior, deixando o aluno apto para a rotina clínica, focando o aprendizado no diagnóstico clínico, preventivo e no tratamento das lesões orais. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma coleta de artigos científicos em bancos de dados como Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde no período de 2007 a 2025, utilizando os nomes “câncer bucal”, “leucoplasia”, “eritroplasia”, “desordem potencialmente malignas”, nos idiomas inglês e português. **Conclusão:** Este artigo

¹ Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos – UNITPAC, Araguaína/TO, Brasil. E-mail: mara_2126@hotmail.com; jamyllacarvalho90@Gmail.com; Mbcodo@gmail.com.

busca enfatizar as quatro principais lesões com potencial para se tornar câncer bucal, as mais preocupantes são leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano. O diagnóstico precoce e a conduta adequada do cirurgião-dentista são de suma importância para a diminuição e o controle da progressão da lesão em fase inicial, e com isso é possível oferece o tratamento mais eficaz para o paciente.

Palavras-chave: Câncer de boca. Lesões bucais. Neoplasias Malignas. Diagnóstico de câncer. Tratamento oncológico.

ABSTRACT

Introduction: Potentially malignant oral disorders (POMDs) are pathologies that have an increased risk of developing cancer in the oral cavity. The predisposing factors are alcohol consumption, tobacco consumption, and also solar radiation. Its etiology is multifactorial, leaving the host susceptible to these oral abnormalities.

Objective: To guide and increase the knowledge of dentistry students in higher education, making them capable of working in clinical routines, focusing their learning on clinical diagnosis, prevention, and treatment of oral lesions. **Materials**

and Methods: A collection of scientific articles was carried out in databases such as Scielo and the Virtual Health Library, covering the period from 2007 to 2025, using the terms "oral cancer," "leukoplakia," "erythroplakia," and "potentially malignant disorders," in English and Portuguese. **Conclusion:** This article aims to highlight the four main lesions with the potential to become oral cancer; the most concerning are leukoplakia, erythroplakia, actinic cheilitis, and lichen planus. Early diagnosis and appropriate management by the dentist are of paramount importance for reducing and controlling the progression of the lesion in its initial phase, thus allowing for the most effective treatment for the patient.

Keywords: Oral cancer. Oral lesions. Malignant neoplasms. Cancer diagnosis. Oncological treatments.

INTRODUÇÃO

AS DESORDENS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS (DOPMS): LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA, QUEILITE ACTÍNICA E LÍQUEN PLANO ORAL. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO. Deysemara Santana da SILVA; Janylla Silva de CARVALHO; Marcelo Bressan CORRÊA. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS A2. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2026 - MÊS DE JANEIRO - Ed. 70. VOL. 01. Págs. 256-275 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

A classificação dos termos “pré-câncer”, “lesões precursoras”, “pré-maligna”, “neoplasia intraepitelial” e “potencialmente maligno” são amplamente usados na literatura para indicar as manifestações clínicas, que podem apresentar potencial de transformação para o câncer bucal. Esses modelos refletem a ideia de que o câncer se desenvolve em etapas, mas inicialmente, observa-se que o comportamento das lesões e das células podem variar entre os casos [1].

As Desordens Oraís Potencialmente Malignas (DOPMs), termo adotado pela (OMS) Organização Mundial da Saúde em 2007, são alterações na cavidade oral que não garantem a progressão para câncer, mas aumentam significativamente esse risco (de 5 a 100 vezes). O diagnóstico precoce melhora as chances de tratamento eficaz, enquanto diagnósticos tardios exigem terapias mais agressivas, com maior risco de sequelas e menor taxa de cura e sobrevida[2].

Ainda são necessárias ações voltadas à prevenção, detecção precoce e controle das lesões. Essas patologias na cavidade oral são geralmente identificadas por cirurgiões-dentistas durante as consultas de rotina, e o conhecimento das manifestações dessas lesões é essencial para o diagnóstico clínico e preventivo.

As Desordens Potencialmente Malignas Oraís (DPMOs) incluem diversas condições, como leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica, líquen plano oral, entre outras, algumas inclusive hereditárias como disceratose congênita [3,4,5].

A etiologia do câncer bucal é de ordem multifatorial, não há um agente ou fator específico, mas podem ser de origem extrínsecos e intrínsecos ao organismo humano que estão interligados a origem dessas patologias. O tabaco e o álcool são um dos principais fatores de risco, a combinação dessas duas drogas, pode aumentar em até 35% as chances de desenvolvimento para o câncer bucal [5]. Outros fatores contribuintes para essas alterações celulares são a exposição excessiva ao sol sem proteção, alimentação pobre em frutas e legumes, portadores de Papilomavírus Humano (HPV) e genéticos [5,6].

Entre 2023 e 2025, o Brasil deve registrar cerca de 15.100 novos casos de câncer bucal, sendo mais acometido em homens. Esse tipo de câncer é o quinto mais comum, nas regiões Nordeste, Centro-oeste e Norte do país. Os principais responsáveis pela alta prevalência do câncer de boca no Brasil é o consumo de tabaco,

presente em aproximadamente 9,3% da população adulta brasileira, e o álcool, que é um fator de risco para 24,7% dos homens e 11,2% das mulheres [6,7,16].

Tabela 1: Apresentações clínicas e diagnóstico diferencial das principais DOPMs.

Desordem	Apresentação Clínica	Diagnóstico diferencial
Leucoplasia	Leucoplasia homogênea: uniformemente branca, com superfície lisa ou pode exibir rachaduras superficiais. Leucoplasia não homogênea: nodular: pequenas excrescências polipóides, vermelhas ou brancas; verrucosa: a superfície é elevada, exofítico, enrugado ou ondulado; salpicado: misto de lesões vermelhas e brancas.	Ceratose friccional; Lesões químicas; Candidíase pseudomembranosa; Leucoplasia pilosa; Leucoedema; Linha alba; <i>Morsicatum</i> ; Nevo branco esponjoso; LPO não reticular; Estomatite nicotínica
Eritroplasia	Uma mancha ou placa vermelha de superfície lisa, localizada com margens bem definidas.	Candidíase eritematosa; Estomatite associada à dentadura; Gengivite descamativa; Lúpus discóide; Líquen plano erosivo; Penfigóide
Queilite Actínica	Placa branca persistente comumente lábio inferior; borramento da borda vermelha entre região de lábio e área cutânea; a placa pode se tornar endurecida, escamosa e ulcerada conforme a lesão progride.	Carcinoma escamocelular; Melanoma; Carcinoma basocelular; Ceratoacantoma; Herpes labial; Lupus eritematoso discóide
Líquen Plano Oral	Reticular: estrias brancas Placa: placa branca com estrias nas margens Atrófico: lesão vermelha envolvida por estrias brancas Erosivo: vermelho e francamente ulcerado. Bolhoso: vesicular	Lesões líquenóides orais; Lúpus eritematoso

Fonte: adaptado de Pires et al (2023) [8]

REFERENCIAL TEÓRICO

Leucoplasia

Define-se o termo de “leucoplasia” (leuco = branco; plakia = mancha) deve ser utilizado para descrever placas ou manchas brancas de risco duvidoso, após a exclusão de outras doenças ou que não estejam associados a um risco aumentado de desenvolvimento de neoplasias malignas ou câncer. [1,8,17,25,32].

A leucoplasia é considerada a DOPMs que surge com mais frequência na cavidade bucal com prevalência de 85% dos casos, sua predileção é pelo sexo masculino (70%), e geralmente a partir da quarta década de vida [9,10,17].

Essas lesões de mancha ou placa branca não pode ser confundida clínica ou patologicamente com qualquer outra doença, não removível a raspagem, a placa não se destaca do local [7,10,12,15,17,25].

Sua etiologia é multifatorial e está fortemente associada ao uso de tabaco, fatores irritantes como os cigarros eletrônicos, charutos ou tabacos de mascar, alcoolismo, traumas mecânicos e infecções virais como o HPV Papilomavírus Humano, podendo surgir de formar idiopática. Esses fatores estão ligados ao potencial para evolução do carcinoma espinocelular [4,7,10,12,17,18]. Na cavidade bucal, a leucoplasia pode ser assintomática apresentando aparência clínica semelhante a distúrbios reativos ou inflamatórios como a ceratose friccional, e os locais mais comuns para essa ocorrência são: a borda lateral de língua; assoalho da boca; mucosa jugal; palato duro e mole e mucosa gengival/alveolar. A dois subtipos clínicos: a *leucoplasia oral homogênea* (LOH) e *leucoplasia oral não homogênea* (LONH) [7,8,10,12,17,25,27].

O protocolo mais atual para detectar essa lesão, é uma avaliação clínica criteriosa associado a biopsia incisional, a fim de identificar uma lesão com potencial de malignização, e tratá-la adequadamente e precocemente, e excluir uma possível evolução para o câncer de boca [9,25]. O seu diagnóstico diferencial é, ceratose traumática, lesão por tabaco, candidíase pseudomembranosa, ceratose friccional, nevo branco esponjoso, papiloma e leucoplasia pilosa, leucoedema, que é confirmado através de exames histopatológicos [4,7,10,17].

O tratamento tem caráter cirúrgico, envolvendo a remoção (exérese total) completa da lesão, sendo esta mais comum, mesmo aquelas sem displasia epitelial apresentam potencial de evoluir para o câncer bucal [9,10,17,25]. Além do uso de substâncias como betacaroteno, licopeno, vitamina C (ácido ascórbico), vitamina E (α -tocoferol), vitamina A na forma de ácido retinóico tópico e sistêmico, bleomicina de uso tópico e também a cirurgia com o auxílio de laser terapia CO₂ [10,13,14,17].

A remoção de possíveis fatores causadores, ao longo de um período de 15 a 30 dias, geralmente leva à regressão clínica da lesão. Lesões localizadas na face dorsal ou nas bordas laterais da língua devem ser avaliadas levando-se em consideração diagnósticos diferenciais [17]. Caso a lesão não possa ser removida por raspagem e não se encaixe em nenhum diagnóstico clínico específico, deve-se considerar a possibilidade de leucoplasia, sendo indicada a realização de uma biópsia [13,25,27].

As lesões não totalmente removidas podem permanecer estáveis, regredir ou aumentar, e mesmo após a remoção completa, podem ressurgir, as taxas de recorrência variam entre 0% e 38%. Por isso, recomenda-se o uso de antifúngicos antes da biópsia para evitar supervalorização das alterações morfológicas [8,14].

Tabela 2: Sistema de Classificação de Leucoplasia de acordo com Diagnóstico Clínico.

L = Extensão da Lesão	I = Histopatológico	Sendo
L ₀ = Sem evidência de Lesão	I ₀ = Sem displasia	
L ₁ = Lesões únicas ou múltiplas juntas ≤ 2 cm	I ₁ = Displasia leve	Estágio I = L ₁ I ₀
L ₂ = Lesões únicas ou múltiplas juntas medindo entre 2 à 4cm	I ₂ = Displasia moderada	Estágio II = L ₂ I ₀
L ₃ = Lesões únicas ou múltiplas juntas ≥ 4 cm	I ₃ = Displasia grave/severa	Estágio III = L ₃ I ₀ ou L ₁ L ₂ I ₁
L _x = Lesões com extensão não especificada	I _x = Não especificado	Estágio IV = L ₃ I ₁

Fonte: Adaptado de Binda et al (2021) [9]

Figuras 1, 2 e 3: Leucoplasia oral homogênea – 1 leucoplasia localizada na borda lateral e ventre de língua. 2 leucoplasia localizada em assoalho da cavidade oral. 3 leucoplasia localizada na mucosa jugal direita.



Fonte: Bastista (2024)



Fonte: Ramos (2017)



Fonte: Ramos (2017)

Figuras 4 e 5: Leucoplasia oral não homogênea – 4 localizada na mucosa jugal direita. 5 localizada no ventre de língua.



Fonte: Ramos (2017)



Fonte: Naglaa (2023)

Eritroplasia

O termo eritroplasia é análogo a leucoplasia que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente com qualquer outra doença [8,9,17,21,32]. A condição descrita pela OMS é uma lesão eritematosa sem causa definida, que afeta principalmente adultos de meia-idade ou idosos, sem preferência por gênero [8,9,17,32]. Clinicamente, aparece como uma mácula ou placa de superfície lisa ou avermelhada aveludada bem delimitada, de textura macia, e geralmente assintomática [4,7,8,12,21,32].

A “Leucoeritroplasia, Eritroleucoplasia” são os termos mais apropriados para descrever lesões orais que apresentam tanto áreas esbranquiçadas (leucoplásicas)

quanto avermelhadas (eritroplásicas) [4,15,16,21,26]. É uma lesão oral menos comum que a leucoplasia, mas com alta taxa de transformação maligna (14% a 50%), pois em 90% dos casos já apresentam displasia moderada ou severa [7,8,12,15,21,26].

Na cavidade bucal, está localizada na mucosa jugal, língua, assoalho de boca, palato duro e mole e apresenta tamanho variado, sendo raro na língua [7,12,17,21,32]. A etiologia da eritroplasia oral ainda não está totalmente esclarecida, podendo estar associada à exposição a agentes carcinogênicos, como o tabaco e o álcool, que favorece as manifestações clínicas de lesões nessa região, embora também possa surgir de forma idiopática [4,7,17,18].

O diagnóstico e o tratamento consistem em acompanhar a lesão por 14 dias para verificar se há remissão. Caso contrário, deve-se realizar uma biópsia, especialmente se for usada as técnicas de criocirurgia ou eletrocirurgia, pois essas técnicas dificultam a análise histopatológica. As características clínicas do diagnóstico diferencial são Candidíase eritematosa, estomatite palatina associada a prótese dentária, eritema migratório, líquen plano erosivo e má-formação vasculares [4,7,8,11,13,17,21,26].

O tratamento preferencial e a forma mais eficaz são a cirurgia com ressecção completa da lesão, respeitando as margens de segurança indicadas pelo exame histopatológico, por técnica conhecida como cirurgia de Mohs. Nos casos com displasia ou carcinoma in situ, recomenda-se a remoção total da lesão com margens amplas, considerando a natureza superficial da lesão e a possibilidade de displasia nas bordas [13,17,21,26].

Outras opções terapêuticas para a eritroplasia incluem o uso tópico de ácido retinóico combinado com betacaroteno sistêmico, terapia fotodinâmica com metil aminolevulinato, criocirurgia e vaporização com laser de CO₂, sempre acompanhadas da eliminação dos fatores de risco [17,21,26].

Nos casos em que há progressão para carcinoma, os tratamentos mais utilizados são cirurgia (com ou sem radioterapia), e quimioterapia. Recidivas e o comprometimento multifocal da mucosa oral são frequentes, tornando essencial o acompanhamento clínico de longo prazo desses pacientes [8,13,17,26].

Figuras 6, 7 e 8: Eritroplasia – 6 localizada na mucosa jugal direita. 7 localizada em borda lateral e ventre de língua. 8 localizada em gengiva inserida com superfície erodida.



Fonte: Cardoso (2025)



Fonte: Batista (2024)

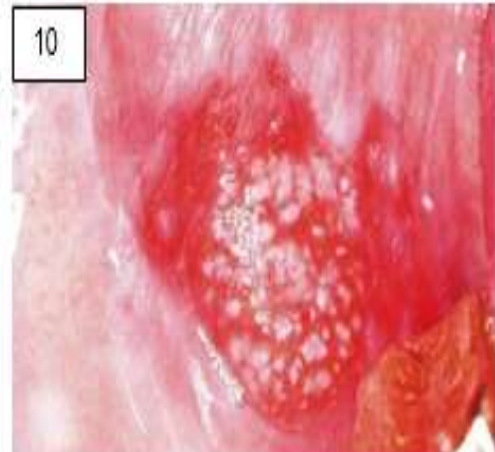


Fonte: Batista (2024)

Figuras 9 e 10: Eritroleucoplasia – 9 localizada em ventre de língua. 10 localizada na região de mucosa jugal.



Fonte: Cardoso (2025)



Fonte: Naglaa (2023)

Queilite Actínica

A queilite actínica (QA) também conhecida como ceratose actínica, é uma inflamação crônica, causada pela exposição excessiva à radiação ultravioleta solar (UV) [8,10,13,15,23,24]. Pode resultar em lesões vermelhas na região de lábio inferior com sinais de sangramento, ressecamento e queimação no local da lesão. Pessoas de pele clara têm maior risco de desenvolver carcinoma espinocelular (CCE), e os homens de 60 anos de idade são mais afetados que as mulheres [3,4,7,8,9,24,32].

AS DESORDENS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNAS (DOPMS): LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA, QUEILITE ACTINICA E LÍQUEN PLANO ORAL. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO. Deysemara Santana da SILVA; Jamylla Silva de CARVALHO; Marcelo Bressan CORRÊA. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS A2. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2026 - MÊS DE JANEIRO - Ed. 70. VOL. 01. Págs. 256-275 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Entre os principais fatores etiológicos extrínsecos associados às lesões orais estão o tabagismo, o consumo de álcool e a exposição solar. O uso de tabaco, seja fumado ou mascado, pode atuar de forma isolada ou em combinação com o álcool, aumentando o risco de lesões, especialmente quando há uso prolongado, em grandes quantidades e de forma simultânea [4,7,9,15,24]. Nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, onde os níveis de radiação solar são naturalmente elevados, os riscos para os trabalhadores rurais e urbanos expostos ao sol, tornam-se maiores. [4,15,18,22,23].

A lesão pode ser classificada como aguda ou crônica. A forma aguda da lesão ocorre logo após exposição excessiva à radiação UV, especialmente no verão, sendo mais comum em jovens. É caracterizada por inchaço, vermelhidão, vesículas que se rompem, fissuras e ulcerações, causando desconforto ao falar e se alimentar. Ocorre por uma reação fototóxica e aumento da temperatura local, levando à vasodilatação, edema, eritema e descamação. Em casos leves, o lábio apresenta apenas vermelhidão, inchaço e descamação [4,19,22].

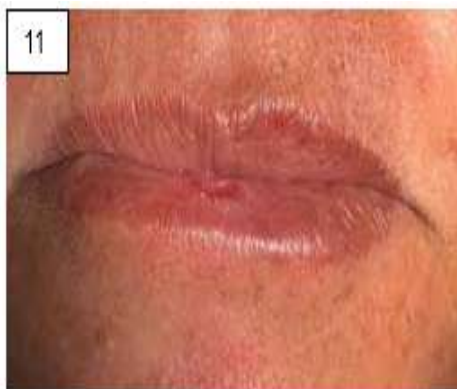
A forma crônica é causada por exposição solar acumulativa e leva a alterações irreversíveis no epitélio labial, levando a perda dos limites entre as semi-mucosas lábias e a pele [4,8,9,19,23]. Que se torna ressecado, atrófico, com áreas descoloridas, placas esbranquiçadas ou acinzentadas e erosões recorrentes. Embora geralmente assintomática, pode haver dormência, dor ou queimação em alguns casos [22,23].

A queilite actínica (QA) está fortemente associada ao desenvolvimento de carcinomas orais. Estima-se que aproximadamente 95% dos carcinomas de lábio tenham origem em lesões de QA, e cerca de 17% dos casos de QA podem evoluir para carcinoma, especialmente o carcinoma de células escamosas oral (CCEO) [7,12,20,23,32]. A biópsia para a confirmação é indicada em todos os casos de suspeita de QA. Seus aspectos histopatológicos podem variar o grau de displasia epitelial, sendo de leve, moderada ou severa, chegando a apresentar maior risco de metástase [7,14,22].

Em lesões graves sem transformação maligna, pode ser indicada a cirurgia por técnica shave labial (vermelhectomia) é o tratamento de primeira escolha [10,13,24]. O diagnóstico diferencial da queilite actínica abrange diversas condições, como queilite angular, queilite alérgica, queilite descamativa, líquen plano, carcinoma espinocelular, herpes labial e dermatite de contato [7].

Uma boa forma de prevenção dessa lesão, é indicar aos pacientes o uso de chapéus e protetor labial ao se expor ao sol [19]. Tratamentos alternativos incluem criocirurgia, laserterapia de CO₂, eletrodissecção, 5-fluorouracil tópico, imiquimod, terapia fotodinâmica e quimioexfoliação com ácido tricloroacético. O acompanhamento prolongado é essencial [8,10,13,19,24].

Figuras 11, 12 e 13: Queilite Actínica – todas as lesões em sítio de lábio inferior. 11 leve. 12 moderada.



Fonte: Carvalho (2020)



Fonte: Miranda (2011)



Fonte: Naglaa (2023)

Líquen Plano

O líquen plano oral (LPO) é uma doença inflamatória autoimune, crônica e benigna, que afeta principalmente a mucosa oral, mas também pode atingir pele, mucosa genital, couro cabeludo e unhas [4,10,12,13]. É mais comum em mulheres brancas etilista (alcoólatra). Acomete cerca de 1 a 2% da população geral, com baixo risco de transformação maligna em 2 a 5% dos casos [4,8,9,10,28,29,30].

A etiologia do líquen plano oral (LPO) é desconhecida, mas a doença é marcada pelo acúmulo de linfócitos T na região subepitelial, promovendo o aumento da diferenciação do epitélio escamoso e resultando em manifestações como hiperqueratose, eritema e ulceração [1,7,28,29,30]. As áreas mais afetadas são a mucosa jugal de forma bilateral, bordas e dorso da língua, e gengiva, enquanto palato, lábios e assoalho da boca são menos acometidos [10,17,32].

Embora diversos fatores sejam apontados como possíveis desencadeadores do líquen plano oral, destacam-se fatores genéticos, psicológicos (como o estresse

emocional), traumas locais, associação a doenças sistêmicas (diabetes mellitus, hepatite C, hipertensão) uso de materiais dentários e medicamentos sistêmicos, além de surgir na cavidade oral, pode ter também manifestações cutâneas [11,17,30]. Um estudo mostrou uma prevalência de depressão 27% e ansiedade 28%, nos casos de pacientes com LPO [8,29].

A Academia Americana de Patologia Bucomaxilofacial (AAOMP), descreveu o LPO como uma lesão branca ou vermelha, de padrão multifocal e distribuição simétrica na mucosa oral, as lesões intraorais possuem seis características clínicas clássicas amplamente usada na literatura sendo elas: reticular, erosiva, atrófica, tipo placa, papular e bolhosa [7,8,10]. A forma mais ligada ao carcinoma espinocelular é o tipo erosiva, causando destruição do epitélio oral [10,28,30].

A forma **reticular**, é o mais comum, caracterizada por estrias brancas entrelaçadas conhecidas como estrias de Wickham. As lesões são geralmente assintomáticas, apresentam o padrão bilateral e simétrico na mucosa jugal, e podem variar em intensidade ao longo do tempo [7,8,17,29,31].

A forma **erosiva**, do líquen plano oral é clinicamente mais relevante por ser sintomática, apresentando ulcerações centrais irregulares, com ou sem cobertura de fibrina ou pseudomembrana, geralmente rodeadas por finas estrias brancas queratinizadas [8,10,13,29,30,31].

Forma **atrófica**, do (LPO) caracteriza-se por lesões avermelhadas difusas, que podem se assemelhar a uma combinação de diferentes formas clínicas. Frequentemente, observam-se estrias esbranquiçadas típicas do tipo reticular, circundadas por áreas eritematosas [8,29,30].

Forma **Tipo em placa**, caracteriza-se por áreas esbranquiçadas, homogêneas e irregulares, que lembram clinicamente a leucoplasia. Essas lesões ocorrem principalmente no dorso da língua e na mucosa jugal. Podem ser multifocais e apresentar variações de aparência ao longo do tempo, tornando-se de superfície elevadas ou rugosas, especialmente em indivíduos tabagistas [8,29,30].

Forma **papular**, raramente observada isoladamente, essa variante geralmente está associada a outros subtipos clínicos do líquen plano oral. Caracteriza-se por pequenas pápulas brancas, medindo entre 0,5 mm e 1,0 mm de diâmetro,

frequentemente acompanhadas por estriações finas ao redor de sua periferia [8,29,30,31].

Forma ***bolhosa***, trata-se da forma clínica mais rara, caracterizada pela presença de bolhas que aumentam progressivamente de tamanho e tendem a se romper, originando áreas ulceradas e dolorosas. As lesões costumam apresentar estrias finas e queratinizadas em sua periferia [8,10,29,30].

O diagnóstico LPO deve ser estabelecido por meio de avaliação clínica criteriosa e biópsia, sendo confirmado por exame histopatológico, com o objetivo de excluir outras condições que apresentam manifestações clínicas semelhantes [4,9,17,28,29,30]. O diagnóstico diferencial do LPO, deve ser excluído de outras lesões como lúpus eritematosos discóide ou a estomatite ulcerativa crônica, reações liquenóides a materiais dentários, como é o caso do amálgama, eritroplasia oral, a leucoplasia oral, a candidíase eritematosa e atrófica, a sífilis secundária [1,7,8,17,29,30].

A forma reticular, em geral, não requer tratamento específico. Por outro lado, a forma erosiva e bolhosa demandam abordagem terapêutica com o uso de corticosteroides tópicos, que possuem menos efeitos adversos como a triancinolona, fluocinolona e o Clobetasol, outra alternativa é o laser terapia CO₂. A preservação anual deve ser mantida nos casos diagnosticados com o LPO [9,10,12,17,28]. O tratamento inicial para lesões sintomáticas consiste em injeção sublesional única de betametasona ou triancinolona, repetível semanalmente. Se não houver melhora, recomenda-se o uso tópico de propionato de clobetasol (0,025 a 0,05%), aplicado 2-3 vezes ao dia por até 3 semanas, com uso máximo de 6 meses. Em casos persistentes, indica-se prednisona sistêmica (1 mg/kg). Outra alternativa, pode-se utilizar laser de diodo (633-890 nm), em 10-12 sessões, 2-3 vezes por semana [8].

Figuras 14, 15 e 16: Líquen Plano Oral – 14 aspecto reticular em lábio inferior e mucosa jugal. 15 líquen plano erosivo - lesão ulcerada em dorso de língua circundada por estrias reticulares. 16 placas ou lesões eritematosas localizadas em mucosa joga e no dorso de língua.



Fonte: Canto (2010)



Fonte: Canto (2010)



Fonte: Batista (2024)

METODOLOGIA

Este artigo traz uma revisão de literatura narrativa, descritiva, qualitativa e quantitativa, na qual foi utilizado as plataformas de busca como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), no período de 2007 a 2025, nos idiomas de Português e Inglês, usando como descritores: leucoplasia, carcinoma de células escamosas, desordens potencialmente malignas, lesões pré-malignas, Líquen Plano Oral, Eritroplasia. Aqui serão discutidas algumas das (DPM), sendo elas: Leucoplasia, Eritroplasia, Queilite Actínica, Líquen Plano. Sabemos que a literatura fala sobre várias outras classificações das (DPM), mas iremos abordar somente as citadas acima.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa identificam as quatro lesões com maior potencial de transformação maligna leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano oral, localizados na região bucomaxilofacial. Atualmente, o diagnóstico baseia-se principalmente na avaliação clínica e no exame histopatológico, sendo atribuído ao cirurgião-dentista a hipótese de diagnóstico inicial e confirmado pelo exame histopatológico. No entanto, apesar dos avanços terapêuticos, a maioria dos tumores ainda é diagnosticada em estágios avançados, o que compromete o prognóstico e reduz significativamente as taxas de sobrevida [3,4,5,9,19].

O câncer de boca é uma doença de origem epitelial, multifatorial, associada a fatores genéticos, habituais (sol/cigarro/álcool) e microbianos. Uma série de alterações histopatológicas foram documentadas na mucosa normalmente durante a progressão do câncer oral. Essas alterações incluem hiperplasia, displasia, carcinoma in situ e, por fim, câncer bucal [4,11,32].

A leucoplasia é uma placa ou mancha branca na mucosa oral, com causas variadas como tabagismo, álcool, irritações mecânicas, sendo classificada como lesão potencialmente maligna com risco aumentado de transformação em câncer, e na cavidade bucal está localizada na borda lateral de língua, assoalho bucal e mucosa jugal [4,13]. E deve ser diferenciada da leucoplasia proliferativa verrucosa (LPV). É fundamental excluir outras lesões brancas e vermelhas que fazem parte do diagnóstico diferencial, como a eritroplasia e outras condições de aparência semelhante [4,7,8,10].

Ao contrário da leucoplasia, a eritroplasia oral (EO) é uma lesão rara da mucosa bucal, porém apresenta as mais altas taxas de transformação maligna entre as lesões potencialmente cancerizáveis. Estudos indicam que mais de 90% dos casos já apresentam displasia, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo no momento do diagnóstico [15,21,26].

Os locais mais acometidos são bordal lateral de língua, o assoalho da boca e a mucosa bucal, e geralmente as lesões são assintomáticas, alguns pacientes podem relatar uma sensação de queimação no local da lesão [7,12,32]. A etiologia da eritroplasia oral é incerta, podendo estar relacionada à exposição a carcinógenos como tabaco e álcool, ou ocorrer de forma idiopática. Há também uma possível associação com infecções por *Candida albicans*, embora essa relação ainda não esteja totalmente esclarecida. [4,17,18]

A queilite actínica (QA) é uma lesão inflamatória pré-maligna, de evolução lenta, causada principalmente pela exposição crônica ao sol, afetando principalmente o lábio inferior [10,13,23]. É mais comum em homens de pele clara, com mais de 40 anos de idade [10,14,15]. Pode se apresentar de forma aguda (com edema, eritema, fissuras e úlceras) ou crônica (com ressecamento, fissuras, perda do contorno labial e manchas leucoplásicas). Os tratamentos incluem criocirurgia, laserterapia, uso de pomadas

com corticosteroides ou ácido retinoico, e em casos mais graves fazer vermelhectomia [10,12,23].

O líquen plano está relacionado com a baixa imunidade, fatores emocionais e habituais do indivíduo, sendo de ordem crônica inflamatória e classificada como benigna, pode se manifestar na forma de estrias brancas (estrias de Wickham) na mucosa jugal, sendo bilateral. [13,30]. Se apresentando de seis formas clínicas com variações de duração e intensidade, que podem ocorrer simultaneamente em um mesmo paciente, podendo ser: papular, em placa (lesões brancas), atrófico, ulcerativo, bolhoso (raro, com lesões vermelhas) e reticular [13].

A biópsia é indicada quando há suspeita de doenças que possam apresentar alterações morfológicas nos tecidos afetados. Ela deve ser considerada nos casos em que a lesão não responde ao tratamento local após 10 dias, apresentando alterações hiperkeratóticas persistentes, com tumefações visíveis ou palpáveis sob tecido aparentemente normal, ou inflamações de origem desconhecida que perduram por longos períodos. Além disso, a biópsia auxilia na definição do tratamento mais adequado, que pode incluir cirurgia, radioterapia ou quimioterapia [16,26]

O cirurgião-dentista deve ser capacitado e estar sempre atualizado, para identificar precocemente o câncer de boca. A falta de conhecimento e receio fazem com que muitos pacientes adiem a ida ao cirurgião-dentista, o que agrava a doença e reduz a expectativa de vida [13].

CONCLUSÃO

Este estudo é essencial para conduzir o acadêmico em uma análise aprofundada das características clínicas, histopatológicas e etiológicas das desordens orais potencialmente malignas como leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano oral, a fim de assegurar um diagnóstico preciso e precoce, com isso, sendo a leucoplasia é a condição mais comum na prática clínica. Quando suspeita de DOPMs, o cirurgião-dentista deve realizar a biópsia ou encaminhar o paciente a um especialista em oncologia bucal.

O acadêmico também ajuda a manter a população consciente dos fatores de risco como tabaco e álcool, são essenciais para reduzir os casos de câncer bucal, aumentando a sobrevivência dos pacientes e melhorando sua qualidade de vida. O

diagnóstico precoce e a intervenção imediata em distúrbios orais potencialmente malignos são cruciais para evitar sua progressão para o câncer, e a atuação conjunta de profissionais de diversas áreas da saúde, é determinante para o sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS

- [1] Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(10):575-80. doi:10.1111/j.1600-0714.2007.00582.x.
- [2] Gonçalves Pizziolo P, Faria Pizzi J, Batista Clemente V, Pavan de Deus L, Gonçalves Leite IC, Drumond de Abreu Guimarães L, et al. Avaliação do conhecimento e da percepção de cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia acerca de distúrbios potencialmente malignos. *HU Rev.* 2023;49:1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/39166>.
- [3] Silva Souza JG, Anjos Soares L, Moreira G. Frequência de patologias bucais instaladas em clínica odontológica universitária. *Rev Cubana Estomatol.* 2014;51(1):43-54. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378661947009>.
- [4] Raymundo VG. Distúrbios potencialmente malignos orais: revisão narrativa de literatura [monografia]. Araraquara: Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP; 2023. Disponível em: <https://hdl.handle.net/11449/253461>.
- [5] Silva LMAC, Diniz MHF, Moura JMBO, Almeida GCM, Pessoa DMV. Câncer de boca: conhecimento e atitudes de acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde. *Braz J Dev.* 2021;7(9):94028-43. doi:10.34117/bjdv7n9-526
- [6] Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>.
- [7] Batista JA, Mohr YA, Ferreira WG, Oliveira LK, Warnavin SVSC. Diagnóstico de afecções orais potencialmente malignas e suas correlações clínico-patológicas: manual clínico. *Res Soc Dev.* 2024;13(11):e121131147485. doi:10.33448/rsd-v13i11.47485.
- [8] Pires ALPV, Couto GR, Lins-Kusterer L, Ribeiro PML, Sarmento VA, Gonzalez TFLO. Distúrbios orais potencialmente malignos: o que o cirurgião-dentista precisa saber? *Rev Cienc Med Biol.* 2023;22(1):137-45. doi:10.9771/cmbio.v22i1.47788.

AS DISTÚRBIOS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNOS (DOPMS): LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA, QUEILITE ACTÍNICA E LÍQUEN PLANO ORAL. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CLÍNICO. Deysemara Santana da SILVA; Janylla Silva de CARVALHO; Marcelo Bressan CORRÊA. *JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS A2. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2026 - MÊS DE JANEIRO - Ed. 70. VOL. 01. Págs. 256-275* <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

- [9] Binda NC, Binda ALC, Pinho RA, Oliveira MA, Leão GC, Girard BP, et al. Lesões potencialmente malignas da região maxilofacial. *Res Soc Dev*. 2021;10(11):e185101119452. doi:10.33448/rsd-v10i11.19452.
- [10] Binda NC, Sá ACSF, Borba TDS, Franco AG, Reis JL, Girard BP, et al. Lesões brancas benignas da mucosa oral: apresentação clínica, diagnóstico e tratamento. *Res Soc Dev*. 2021;13:e534101321526. doi:10.33448/rsd-v10i13.21526.
- [11] Kamal NM. Potentially malignant oral disorders and cancer transformation. *Ahram Can Dent J*. 2023;2(2):16-23. doi:10.21608/ACDJ.2023.297923.
- [12] Santana Vinhais ALIC, Nascimento Macedo LET. Estudo das características clínicas, diagnóstico, tratamento e prognóstico de desordens potencialmente malignas em jovens, adultos e idosos [trabalho acadêmico]. Uberaba: Universidade de Uberaba; 2019. Disponível em: <http://dspace.uniube.br:8080/jspui/handle/123456789/975>.
- [13] Straub SJ, Gottardo VD. A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce das lesões cancerizáveis e/ou de câncer na cavidade oral. *Rev Uningá*. 2018;Suppl 3:153-71. doi:10.46311/2318-0579.55.eUJ86.
- [14] Lombardo EM, Gonçalves MR, Só MVR, Martins MAT, Carrard VC. Leucoplasia bucal: considerações a respeito do tratamento e do prognóstico. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2018;59(1):34-41. doi:10.22456/2177-0018.44770.
- [15] Ferreira AM, Marinho GS, Lucena RL, Silveira EJD, Lima KC. Combinação de fumo, álcool e exposição aos raios solares e ocorrência de lesões orais potencialmente malignas e malignas. *Soc Territ*. 2013;25(2):42-54. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/sociedadeeterritorio/article/view/3531>.
- [16] Andreiv I, Moreira GB, Cortati JG, Duran N, Oliveira RV. Diagnóstico tardio de carcinoma espinocelular oral: relato de caso. *Rev Contemp*. 2024;4(10):e6065. doi:10.56083/RCV4N10-064.
- [17] Silvestre SN. Alterações potencialmente malignas da mucosa oral [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/35129>.
- [18] Castro Silva JRT, Soledade KR, Borges-Paluch LR. Protocolo de identificação de lesões de tecidos moles bucais para atendimento de indivíduos que cultivam e/ou consomem o tabaco. *Rev Univ Vale Rio Verde*. 2021;19(1). doi:10.5892/ruvrd.v19i1.6401.
- [19] Carvalho GA, Souza JRD, Câmara JVF, Ribeiro AOP, Pierote JJA. Aspectos clínicos, histopatológicos e tratamento de pacientes com diagnóstico de queilite actínica: revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2020;9(7):e557974407. doi:10.33448/rsd-v9i7.4407.

- [20] Azevedo M. Queilite actínica. *Rev Cathedral*. 2020;2(1):1-6. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/38>.
- [21] Oliveira RM. Eritroplasia oral: uma revisão de literatura [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-94QQN8>.
- [22] Miranda AMO, Ferrari TM, Calandro TLL. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. *Saude Pesq*. 2011;4(1). Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1748>.
- [23] Arnaud RR, et al. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. *Rev Odontol UNESP*. 2014;43:384-9. doi:10.1590/1807-2577.1038.
- [24] Roscoe EWT, et al. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. *An Bras Dermatol*. 2011;86:65-73. doi:10.1590/S0365-05962011000100008.
- [25] Gomes JRH, Gama SBF, Santos LCO, Malta BFM, Silva AMC, Marques MP, et al. Oral leukoplakia: a potentially malignant oral lesion. *Res Soc Dev*. 2023;12(12):e149121244054. doi:10.33448/rsd-v12i12.44054.
- [26] Hosni ES, et al. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2009;75:295-9. doi:10.1590/S0034-72992009000200022.
- [27] Ramos RT, Paiva CR, Filgueiras AMO, Silva Junior GO, Cantisano MH, Ferreira DC, Ribeiro M. Leucoplasia oral: conceitos e repercussões clínicas. *Rev Bras Odontol*. 2017;74(1):51. doi:10.18363/rbo.v74n1.p.51.
- [28] Dutra MCDC, Miranda MS, Barbieri S. Líquen plano oral e seu potencial de malignização. *Rev Fac Odontol UPF*. 2023;28(1). doi:10.5335/rfo.v28i1.15173.
- [29] Ferreira GA, Pinto BMG, Paula CCD. Diagnóstico de líquen plano oral. *Res Soc Dev*. 2023;12(7):e18312742698. doi:10.33448/rsd-v12i7.42698.
- [30] Canto AMD, Müller H, Freitas RRD, Santos PSD. Líquen plano oral: diagnóstico clínico e complementar. *An Bras Dermatol*. 2010;85:669-75. doi:10.1590/S0365-05962010000500010.
- [31] Sousa FACG, Rosa LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008;74:284-92. doi:10.1590/S0034-72992008000200021.

[32] Cardoso LIS, Pinto PA, Silva CGV, Oliveira CDM, Conceição TS. Desordens orais potencialmente malignas: uma revisão atualizada da literatura. Cad Pedag. 2025;22(3):e13448. doi:10.54033/cadpedv22n3-011.