

Levantamento epidemiológico de lesões orais potencialmente malignas em um centro de referência na Bahia

Epidemiological survey of potentially malignant oral injuries in a reference center in Bahia

Katherine Lordêlo Leal^{1*}; Magali Teresópolis Reis Amaral²; Marcio Campos Oliveira³

¹Mestre em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS. ²Mestre em Biometria e Estatística (UFRPE), Professora Assistente – DEXA/UEFS ³Doutor em Patologia Oral. Professor Titular – UEFS. Professor do Mestrado em Saúde Coletiva

Resumo

Introdução: O câncer bucal é extremamente agressivo, sendo imperativo reconhecer as suas lesões precursoras, as “lesões potencialmente malignas” – a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica e o líquen plano – no intento de prevenir a sua progressão. **Objetivo:** Estimar a prevalência e as possíveis associações das lesões orais potencialmente malignas diagnosticadas no Centro de Referência de Lesões Bucais da Universidade Estadual de Feira de Santana, entre os anos de 1996 a 2012. **Metodologia:** Estudo descritivo, seccional e de base ambulatorial sobre os 512 casos de lesões orais com poder de malignização, em 409 pacientes. Foram apresentadas as distribuições absolutas e percentuais de todas as variáveis, caracterizando o perfil populacional. **Resultados:** A leucoplasia foi a lesão mais prevalente (43,6%). Observou-se predominância do gênero feminino (64,8%), da faixa etária de 40 a 59 anos (44,3%) e das cores de pele feoderma (33,0%) e melanoderma (33,3%), como também maior frequência de todas as lesões no estado civil casado (50,1%) e nível de escolaridade 1º grau (45,7%). A leucoplasia prevaleceu tanto nos pacientes com hábitos sinérgicos (34,8%) quanto naqueles que consumiam apenas o tabaco (32,9%) e a eritroplasia, queilite actínica e líquen plano, naqueles que não faziam uso de nenhum dos fatores, com 53,8%, 50,6% e 51,1% dos casos, respectivamente. **Conclusões:** Os resultados reforçam quanto à extrema relevância e necessidade de uma atenção efetiva e imperiosa a essas lesões com poder de malignização, como também da obrigação de um acompanhamento contínuo e rigoroso dos indivíduos acometidos.

Palavras-Chave: Leucoplasia. Eritroplasia. Queilite. Líquen Plano Bucal. Neoplasias Bucais.

Abstract

Background: Mouth cancer is extremely aggressive, what makes it mandatory to recognize its precedent wounds, the so-called “potentially malignant injuries” – leukoplakia, cheilitis, erythroplakia and oral lichen planus – with the aim of preventing its progression. **Aim:** to estimate the prevailing and possible association of potentially malignant lesions diagnosed at the Centro de Referência de Lesões Bucais of Universidade Estadual de Feira de Santana, from 1996 to 2012. **Methodology:** Descriptive study, sectional and outpatient basis of the 512 cases of mouth lesions enabled to become malignant, in 409 patients. The absolute distributions and percents of all variables were displayed, characterizing the population’s profile. **Results:** Leukoplakia was the most prevalent injury (43,6%). A predominance was observed of the female gender (64,8%) from the line age from 40 to 59 (44,3%) and from the races/skin colors feoderma (33,0%) and melanoderm (33,3%), as well as a greater frequency of all injuries in the married marital status (50,1%) and 1st degree scholarship (45,7%). The leukoplakia prevaleid in the patients with synergic habits (34,8%) as those who consumed only to tobacco (32,9%) and the erythroplakia, actinic cheilitis and oral lichen planus on those who were not use to none of the factors, with percentages of 53,8%, 50,6% and 51,1% of all cases, respectively. **Conclusions:** The outputs enhance the huge importance and need of an effective and mandatory attention to be given to such injuries, which are capable of becoming a malignant tumor, as well as the obligation of a continuous and rigorous accompaniment of the individuals affected by such condition.

Keywords: Leukoplakia. Erythroplasia. Cheilitis. Lichen Planus, Oral. Mouth Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer oral é uma doença extremamente agressiva, incapacitante e letal¹, vista como um sério e grave problema de saúde pública no Brasil e em muitos países, estando, entretanto, entre os principais agravantes na elevação das taxas de morbimortalidade². Cerca de 60% a 80% dos casos são diagnosticados em estágios avançados,

reduzindo em 62% a chance de sobrevivida dos pacientes^{2,3}. Portanto, torna-se imprescindível a detecção precoce das suas lesões precursoras, as chamadas “lesões orais potencialmente malignas”, definidas pela classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005, como sendo a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica e o líquen plano oral⁴.

A leucoplasia oral é uma lesão predominantemente branca, não removível à raspagem, e não caracterizada clínica ou patologicamente como outra doença^{5,6}, porém, que pode estar associada a uma eritroplasia adjacente⁷

Correspondente / Corresponding: *Katherine Lordêlo Leal, Rua Artêmia Pires de Freitas nº 10.201 – Cond. Terra Nova – casa 198 – SIM – Feira de Santana, BA, CEP: 44.052-634. E-mail: k.lordelo@bol.com.br

– *leucoeritroplasia* ou *leucoplasia salpicada*⁸ – mostrando-se com áreas vermelhas e brancas ou pontos granulares esbranquiçados sobrepostos à região vermelha. Divide-se em tipos displásico e não displásico⁹ e apresenta-se com uma taxa de transformação maligna de 0% a 36%⁶.

Já a eritroplasia oral é uma lesão vermelha que clínica e patologicamente não pode ser qualificada como outra condição⁵, exibindo-se plana ou como uma leve depressão na mucosa com superfície lisa ou levemente granular¹⁰, sendo possuidora de alto poder de transformação maligna⁸, de 14% a 50%⁷.

A queilite actínica é vista como uma lesão cancerizável ou uma forma incipiente e superficial do CEC do lábio¹¹, com uma taxa de transformação maligna de 10% a 20%¹², sendo este potencial contribuído, em especial, pela exposição crônica à radiação ultravioleta solar^{13,14}, como também pelo álcool e o fumo¹⁴. Pode manifestar-se por ressecamento, erosões e até perda do limite do lábio inferior¹⁵, com aspecto atrófico, pálido¹⁶, fissurado^{13,16} e com estrias¹³, ou ainda, ulcerado^{13,15} e com crostas, nas cores branca, vermelha ou branca com áreas vermelhas, podendo sangrar¹³, ocorrendo quase que exclusivamente em indivíduos de pele clara¹⁷.

O líquen plano oral é uma desordem inflamatória crônica mucocutânea de etiologia ainda um tanto desconhecida¹⁸, apesar de alguns fatores estarem relacionados à sua patogênese, como as doenças autoimunes, ansiedade¹⁹, estresse, altos graus de depressão²⁰ e distúrbios mentais, sobretudo na forma erosiva²¹. Possui 6 tipos clínicos orais: reticular, papular, erosivo ou ulcerado, atrófico, tipo placa ou queratótico e bolhoso¹⁹. Mostra-se com uma percentagem de transformação maligna oscilante de 0% a 10%¹⁸, sendo os tipos atrófico e erosivo os com maior progressão¹⁹, e este último, o mais suscetível¹⁸.

Com base no exposto, objetiva-se nesse estudo estimar a prevalência das lesões orais com potencial para malignidade, diagnosticadas no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) entre os anos de 1996 a 2012, assim como suas possíveis associações com as demais variáveis investigadas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, seccional e de base ambulatorial a partir de dados secundários baseado nos 512 casos de lesões orais com potencial de malignização arquivados no Serviço de Estomatologia do CRLB/UEFS, do total de 409 pacientes atendidos entre junho de 1996 a junho de 2012. Os dados clínicos concernentes a tais condições foram colhidos a partir dos prontuários desses indivíduos, contendo as fichas de anamnese, exame clínico e consultas realizadas, além de exames hematológicos e laudos histopatológicos dos referidos casos.

Um formulário específico foi previamente elaborado com fins à coleta de todas as variáveis necessárias e imperiosas ao contexto desse estudo, contendo dados relacionados ao paciente, como gênero, idade, cor da pele, grau de escolaridade, ocupação e estado civil, aos fatores de risco extrínsecos: exposição ao sol e consumo de álcool e tabaco: tipo, quantidade e frequência de uso e tempo de exposição e de abandono dos mesmos, e aos dirigidos às lesões em estudo: sítio de localização, duração (tempo de aparecimento), superfície, profundidade, cor, tamanho, forma, lesão fundamental, consistência, desenvolvimento, diagnóstico clínico, realização ou não de biópsia e o tipo, suspeita clínica e diagnóstico histopatológico.

Para a construção do banco e posterior análise de dados, foi necessária ainda a categorização de algumas variáveis, como por exemplo: a idade; o nível de escolaridade; o estado civil; o tipo, quantidade e frequência de uso, tempo de exposição e de abandono do álcool e tabaco; e a lesão, conforme descritas nas tabelas a seguir.

Os dados coletados foram digitados, processados e classificados com o aplicativo do programa SPSS 10.0 for Windows – *Statistical Package for Social Science* 2000 – tendo sido validados através do *Software Validate Epidata*, com apresentação das distribuições absolutas e percentuais. Após numeração, tabulação e digitação dos formulários, foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis descritas anteriormente, com o objetivo de caracterizar a população do estudo. Em seguida, os dados registrados foram apresentados em tabelas e gráficos com o auxílio do Programa Excel da Microsoft Corporation 2003, seguindo-se a sequência e distribuição das variáveis do estudo, para apresentação das informações obtidas.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e aprovada sob o Parecer (nº 53/2012), devido a ter feito uso de dados secundários obtidos dos prontuários desses pacientes, população do estudo.

RESULTADOS

Conforme os critérios mencionados, de um total de 409 pacientes portadores de lesões orais com potencial maligno, consultados entre os anos 1996 a 2012, no Serviço de Estomatologia do CRLB da UEFS, foram registrados 512 casos distribuídos entre as lesões de leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano oral.

Tratando-se do perfil desta população alvo (Tabela 1), a maior parte era do sexo feminino (64,8%), com idades variando entre 14 a 93 anos, porém com maior número a partir dos 40 anos de idade (78,5%). Quanto à cor da pele, houve equivalência entre a melanoderma e feoderma, ambas com percentual em torno de 33,0%. Os grupos predominantes foram os casados, com 50,1%, e o com nível de escolaridade 1º grau (45,7%), dentre os quais, 86,1% referentes ao grau incompleto.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero, idade, cor da pele, estado civil e nível de escolaridade

	Frequência (n = 409)	Porcentagem (100%)
Gênero		
Feminino	265	64,8
Masculino	144	35,2
Idade		
Até 19 anos	5	1,2
de 20 a 39 anos	83	20,3
de 40 a 59 anos	181	44,3
Acima de 60 anos	140	34,2
Cor da pele		
Feoderma	135	33,0
Leucoderma	98	24,0
Melanoderma	136	33,3
Não informado	40	9,7
Estado Civil		
Solteiro(a)	110	26,9
Casado(a)	205	50,1
Divorciado(a)/ Separado(a)	15	3,7
Viúvo(a)	65	15,9
Não informado	14	3,4
Escolaridade		
Analfabeto	69	17,0
1º Grau ¹	187	45,7
2º Grau ²	86	21,0
Nível Superior ³	19	4,6
Não informado	48	11,7

^{1,2} incompleto e completo.³ incompleto, completo e pós-graduação.

No tocante aos possíveis fatores de risco extrínsecos álcool e tabaco, 46 pacientes eram apenas etilistas, 92 apenas tabagistas, 142 apresentavam o hábito sinérgico e 128 não consumiam nenhum dos dois, com apenas 1 único caso não informado, dentre a população total. Quanto à exposição solar, dos 102 que afirmaram exposição frequente, 33,3% apresentaram queilite actínica, dentre os quais, 82,4% relacionavam-se às atividades de intensa exposição, a exemplo, trabalhadores rurais (76,5%), operários da construção civil (2,9%) e vendedores ambulantes (2,9%).

No total de tabagistas, 234 pessoas, 56,0% eram mulheres, com maior prevalência a partir dos 40 anos de idade, sem predominância entre as faixas etárias de 40 a 59 anos (42,3%) e acima de 60 anos (42,7%), e sem nenhum registro na faixa etária de até 19 anos. Houve maior frequência no grupo dos casados (47,4%), pertencentes ao nível de escolaridade 1º grau (41,0%) e nas cores de pele melanoderma (39,7%) e feoderma (30,8%). Na classe dos etilistas, 188 indivíduos, 53,7% eram homens, com predominância na faixa etária de 40 a 59 anos (43,6%), nas cores de pele melanoderma (39,9%) e feoderma (33,0%), no estado civil casado (52,1%), no 1º grau de escolaridade (42,0%), apesar de 11,2% dos usuários não terem revelado o nível de instrução.

Quanto às características do hábito do fumo (Tabela 2), apesar de 30,7% dos tabagistas não terem dito qual o tipo que consumiam, ainda assim, 29,1% informaram que faziam o uso de cigarro industrializado. Dos que relataram a frequência de uso diário de consumo, a categoria que fumava até 20 unidades foi a mais prevalente (48,7%). Mesmo que 35,0% deles tenham declarado que já fumavam até 20 anos, 54,3% assumiram não ter mais o hábito, dentre os quais, 65,3% com até 10 anos de abandono.

Tabela 2 – Prevalência dos fatores de risco extrínsecos tabaco e álcool, de acordo com suas apresentações e modos de consumo

	Frequência (n = 234)	Porcentagem (100%)		Frequência (n = 188)	Porcentagem (100%)
FUMO			ÁLCOOL		
Tipo¹			Tipo²		
Cachimbo	25	10,7	Bebidas ferms.	61	32,4
Cig. artesanal	34	14,5	Bebidas dests.	45	24,0
Cig. industrializado	68	29,1	Bebidas comp.	4	2,1
Categ. s/ fumaça	2	0,9	Bebe + de 1 tipo	29	15,4
Fuma + de 1 tipo	33	14,1	Não informado	49	26,1
Não informado	72	30,7			
Frequência de uso			Consumo		
Até 20/dia	114	48,7	Até 1 litro	43	22,9
Mais que 20/dia	11	4,7	Mais de 1 litro	27	14,4
Não informado	109	46,6	Não informado	118	62,7
			Frequência de uso		

		Frequência (n = 234)	Porcentagem (100%)			Frequência (n = 188)	Porcentagem (100%)
FUMO				ÁLCOOL			
				Esporadicamente	34	18,1	
				Semanalmente	33	17,6	
				Diariamente	32	17,0	
				Não informado	89	47,3	
Tempo de uso				Tempo de uso			
Até 20 anos	82	35,0	Até 20 anos	41	21,8		
De 20 a 40 anos	49	20,9	De 20 a 40 anos	65	34,6		
Acima de 40 anos	68	29,1	Acima de 40 anos	13	6,9		
Não informado	35	15,0	Não informado	69	36,7		
Abandono do uso				Abandono do uso			
Sim	127	54,3	Sim	90	47,9		
Não	102	43,6	Não	92	48,9		
Não informado	5	2,1	Não informado	6	3,2		
Tempo de abandono				Tempo de abandono			
Até 10 anos	83	65,3	Até 10 anos	51	56,7		
Acima de 10 anos	41	32,3	Acima de 10 anos	35	38,9		
Não informado	3	2,4	Não informado	4	4,4		
Total	127	100,0	Total	90	100,0		

¹ cachimbo, charuto, cigarro artesanal (cigarro de palha, fumo de corda e tabaco), cigarro industrializado, categoria sem fumaça (mascado e rapé) e quem usa mais de 1 tipo.

² bebidas fermentadas (cerveja, vinho e champagne), bebidas destiladas (cachaça, conhaque, uísque e vodka), bebidas compostas (licor, Martini e batidas) e quem bebe mais de um tipo.

Relacionado ao etilismo, ainda na Tabela 2, foi relatado o consumo de bebidas fermentadas por 32,4% dos usuários e de bebidas destiladas por 24,0%. Quanto à quantidade de consumo, percebeu-se predomínio naqueles que bebiam até 1 litro (22,9%), porém independente da frequência de uso, na qual ocorreu similaridade de casos. Houve maior prevalência em 34,6% de indivíduos com consumo num período de tempo de 20 a 40 anos, tendo ocorrido também equivalência na ocorrência de abandono do hábito. Dos que abandonaram o hábito, 56,7% informaram ter deixado o hábito num período de até 10 anos.

Dentre os 409 pacientes, 173 (40,3%) tinham leucoplasia, dos quais, 8 (4,6%) apresentavam o subtipo

leucoeritroplasia, 96 (23,5%) portavam o líquen plano, 85 (20,8%), a queilite actínica e 55 (13,4%), a eritroplasia.

A respeito das 512 lesões, a leucoplasia foi a de maior destaque, 223 (43,6%) casos, seguido do líquen com 128 (25,0%), a queilite com 91 (17,8%) e por fim, a eritroplasia com 70 (13,7%), tendo sido ainda encontrado dentro das leucoplasias, 11 (2,1%) casos de leucoeritroplasia.

Na Tabela 3, com exceção do sítio, houve um quantitativo de dados não informados dentro da totalidade de cada lesão, levando-se assim, a uma demonstração parcial desses registros, como demonstrado adiante.

Tabela 3 – Números absolutos e percentuais válidos quanto às características clínicas de cada lesão oral potencialmente maligna

	Leucop.		Eritrop.		Queilite Actínica		Líquén Plano	
	Freq. (n=223)	Valid. Porcent.	Freq. (n=70)	Valid. Porcent.	Freq. (n=91)	Valid. Porcent.	Freq. (n=128)	Valid. Porcent.
Sítio ¹								
área retro.	14	6,3	1	1,4	–	–	3	2,3
gingiva	10	4,5	3	4,3	–	–	2	1,6
lábio	13	5,8	–	–	91	100,0	9	7,0
língua	24	10,8	6	8,6	–	–	45	35,2
muc. jugal	52	23,3	2	2,9	–	–	63	49,2

	Leucop.		Eritrop.		Queilite Actínica		Líquen Plano	
	Freq. (n=223)	Valid. Porcent.	Freq. (n=70)	Valid. Porcent.	Freq. (n=91)	Valid. Porcent.	Freq. (n=128)	Valid. Porcent.
Sítio ¹								
palato	55	24,7	42	60,0	–	–	1	0,8
reb. alveolar	37	16,6	10	4,3	–	–	1	0,8
soalho bucal	7	3,1	2	2,9	–	–	1	0,8
outros	11	4,9	4	5,6	–	–	3	2,3
Duração	(78/223)		(21/70)		(60/91)		(88/128)	
até 1 ano	48	61,5	9	42,9	26	43,3	73	83,0
> 1 ano	30	38,5	12	57,1	34	56,7	15	17,0
Superfície	(168/223)		(40/70)		(68/91)		(102/128)	
lisa	62	36,9	27	67,5	34	50,0	64	62,7
rugosa	106	63,1	13	32,5	34	50,0	38	37,3
Espessura	(94/223)		(21/70)		(36/91)		(59/128)	
submucosa	3	3,2	2	9,5	4	11,1	5	8,5
superficial	91	96,8	19	90,5	32	88,9	54	91,5
Cor	(202/223)		(59/70)		(81/91)		(123/128)	
branca	182	90,0	–	–	43	53,1	94	76,4
vermelha	7	3,5	59	100,0	23	28,4	25	20,3
branc./verm.	6	3,0	–	–	–	–	–	–
outras ²	7	3,5	–	–	15	18,5	4	3,3
Tamanho	(167/223)		(38/70)		(69/91)		(95/128)	
até 10mm	85	50,9	25	65,8	33	47,8	50	52,6
> 10mm	82	49,1	13	34,2	36	52,2	45	47,4
Forma ³	(170/223)		(35/70)		(68/91)		(108/128)	
circular	33	19,4	20	57,1	18	26,4	37	34,3
elíptica	10	5,9	1	2,9	4	5,9	4	3,7
irregular	103	60,6	11	31,4	38	55,9	36	33,3
linear	5	2,9	1	2,9	4	5,9	2	1,9
outras	19	11,2	2	5,7	4	5,9	29	26,8
Tipo	(171/223)		(34/70)		(61/91)		(101/128)	
mácula	8	4,7	6	17,6	7	11,5	7	6,9
mancha	33	19,3	13	38,2	19	31,2	26	25,7
placa	120	70,2	7	20,6	18	29,5	52	51,5
úlceras	5	2,9	4	11,8	11	18,0	15	14,9
outras ⁴	5	2,9	4	11,8	6	9,8	1	1,0
Consist.	(122/223)		(25/70)		(47/91)		(59/128)	
dura	8	6,6	1	4,0	–	–	1	1,7
mole	43	35,2	6	24,0	22	46,8	25	42,4
fibrosa	70	57,4	18	72,0	17	36,2	31	52,5
borrachóide	1	0,8	–	–	–	–	2	3,4
Desenv.	(114/223)		(29/70)		(55/91)		(74/128)	
lento	95	83,3	29	100,0	44	80,0	46	62,2
rápido	19	16,7	–	–	11	20,0	28	37,8

¹ área retromolar, gengiva, lábio (superior, inferior e comissura labial), língua (ventre, dorso, ápice e borda lateral), mucosa jugal, palato (mole, duro e rafe palatina), rebordo alveolar, soalho de boca e outros (amígdala, freio labial, fundo de sulco, mucosa alveolar e orofaringe). ² amarela, azul, negra, rósea, violácea, acastanhada, acinzentada e amarronzada. ³ circular (arredondada e oval), elíptica, irregular (difusa, indefinida e disforme), linear e demais formas. ⁴ bolha, nódulo, pápula, tumor e vesícula.

A leucoplasia foi localizada em maior quantidade tanto no palato (24,7%) quanto na mucosa jugal (23,3%), a eritroplasia no palato (60,0%), a queilite no lábio inferior (84,6%) e o líquen na mucosa jugal (49,2%), seguida da língua, com 35,2%. Quanto à duração da lesão, a maior

quantidade de leucoplasias e líquen tinham até um ano de duração, em relação à data do diagnóstico clínico, em contrapartida à eritroplasia e à queilite, que registraram maior frequência acima desse tempo. A leucoplasia (63,1%) foi mais notada com superfície rugosa e a eritroplasia (67,5%)

e líquen (62,7%) com lisa, tendo a queilite apresentado paridade de ambas. Tanto a leucoplasia quanto a queilite e o líquen foram mais prevalentes na cor branca, porém sem predominância de casos em relação ao tamanho, ao contrário da eritroplasia, que foi mais encontrada medindo até 10 mm (65,8%) e apenas na cor vermelha.

Tratando-se da forma da lesão, a leucoplasia (60,6%) e a queilite (55,9%) predominaram na forma irregular, a eritroplasia na circular (57,1%) e o líquen com quase paridade de casos nas duas formas. A leucoplasia (70,2%) e o líquen (51,5%) apresentaram-se clinicamente em maior quantidade como placa, a eritroplasia como mancha (38,2%), restando a queilite com ocorrência de casos equiparados também nesses dois tipos. A maioria dos casos de leucoplasia, eritroplasia e líquen possuíam consistência fibrosa, porém a do tipo mole preponderou na queilite, com 46,8%. Todas as lesões apresentaram maior predominância tanto na profundidade do tipo superficial quanto no desenvolvimento lento.

Sobre as leucoeritroplasias, 45,5% foram encontradas no palato, 72,7% apresentou-se com um tempo de aparecimento de até 1 ano de duração, exibindo superfície rugosa, tamanho acima de 10 mm e forma irregular, 54,5% predominou na cor branca e vermelha e 36,4% e 27,3% dos casos mostraram-se como mancha e mácula, respectivamente. Levando-se em conta apenas os 8 casos que

informaram a consistência e o desenvolvimento, 75,0% apontou consistência mole e 100,0%, desenvolvimento lento. Da totalidade, apenas um caso (9,1%) informou a profundidade, o tipo superficial.

Conforme demonstra a Tabela 4, ocorreu maior predominância da leucoplasia, eritroplasia e líquen no sexo feminino e nas cores de pele melanoderma, feoderma e melanoderma, e feoderma, respectivamente, enquanto que a queilite foi equivalente em ambas as variáveis. No tocante à idade, a eritroplasia (52,8%) e o líquen (45,8%) ocorreram mais na faixa etária de 40 a 59 anos; já a leucoplasia (45,7%) e a queilite (42,4%), na acima de 60 anos. Todas as lesões foram mais frequentes no estado civil casado e no nível escolar 1º grau incompleto.

A leucoeritroplasia, analisada isoladamente, foi mais prevalente no gênero masculino (62,5%) e no nível escolar analfabeto (37,5%), porém com 50,0% dos casos na cor de pele feoderma e no estado civil casado e igualdade de ocorrência entre as faixas etárias de 40 a 59 anos e acima de 60 anos.

Para associar as lesões ao consumo dos possíveis fatores de risco álcool e tabaco, consideraram-se como grupos de risco apenas os indivíduos que ainda mantinham o hábito e aqueles que já o abandonaram dentro do período de até 10 anos.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis gênero, cor da pele, idade, estado civil e nível de escolaridade entre as lesões orais potencialmente malignas

		LESÃO				Total (n = 409)
		Leucoplasia (n = 173)	Eritroplasia (n = 55)	Queilite actínica (n = 85)	Líquén Plano (n = 96)	
GÊNERO	Feminino	108 (62,4%)	49 (89,1%)	40 (47,1%)	68 (70,8%)	265
	Masculino	65 (37,6%)	6 (10,9%)	45 (52,9%)	28 (29,2%)	144
COR DA PELE	Feoderma	50 (29,0%)	21 (38,2%)	29 (34,1%)	35 (36,5%)	135
	Leucoderma	36 (20,8%)	10 (18,2%)	33 (38,8%)	19 (19,8%)	98
	Melanoderma	71 (41,0%)	19 (34,5%)	17 (20,0%)	29 (30,2%)	136
	Não informado	16 (9,2%)	5 (9,1%)	6 (7,1%)	13 (13,5%)	40
IDADE	Até 19 anos	-	2 (3,6%)	1 (1,1%)	2 (2,1%)	5
	20 a 39 anos	20 (11,5%)	16 (29,1%)	14 (16,5%)	33 (34,4%)	83
	40 a 59 anos	74 (42,8%)	29 (52,8%)	34 (40,0%)	44 (45,8%)	181
	≥ 60 anos	79 (45,7%)	8 (14,5%)	36 (42,4%)	17 (17,7%)	140
ESTADO CIVIL	Solteiro(a)	42 (24,3%)	20 (36,4%)	19 (22,4%)	29 (30,2%)	110
	Casado (a)	84 (48,6%)	30 (54,6%)	44 (51,8%)	47 (49,0%)	205
	Divorciado(a)	3 (1,7%)	2 (3,6%)	4 (4,7%)	6 (6,3%)	15
	Viúvo(a)	38 (22,0%)	2 (3,6%)	16 (18,8%)	9 (9,4%)	65
	Não informado	6 (3,4%)	1 (1,8%)	2 (2,3%)	5 (5,1%)	14

		LESÃO				Total (n = 409)
		Leucoplasia (n = 173)	Eritroplasia (n = 55)	Queilite actínica (n = 85)	Líquen Plano (n = 96)	
ESCOLARIDADE	Analfabeto	43 (24,9%)	5 (9,1%)	12 (14,1%)	9 (9,4%)	69
	1º Grau ¹	72 (41,6%)	23 (41,9%)	53 (62,4%)	39 (40,6%)	187
	2º Grau ²	23 (13,3%)	18 (32,7%)	12 (14,1%)	33 (34,4%)	86
	Superior ³	9 (5,2%)	1 (1,8%)	-	9 (9,4%)	19
	Não informado	26 (15,0%)	8 (14,5%)	8 (9,4%)	6 (6,2%)	48

^{1,2} Incompleto e completo.

³ Incompleto, completo e pós-graduação.

De acordo com a Figura 1, houve maior prevalência da leucoplasia, com quase similaridade de casos, tanto nos pacientes com hábitos sinérgicos (34,8%) quanto naqueles que usavam apenas o tabaco (32,9%), enquanto que da eritroplasia, queilite actínica e líquen plano naqueles que não consumiam nenhum dos fatores, com 53,8%, 50,6% e 51,1% dos casos, respectivamente.

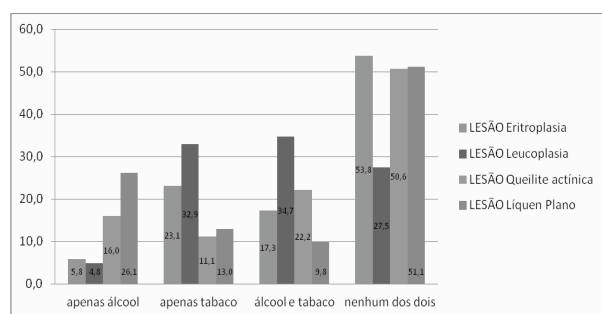


Figura 1 – Distribuição de frequência dos pacientes quanto às lesões orais potencialmente malignas por consumo dos possíveis fatores de risco álcool e tabaco

DISCUSSÃO

Foram encontrados dados referentes à prevalência dessas quatro lesões estudadas em indivíduos etilistas no estudo de Fernandes et al.²², os quais se mostraram em conformidade com o presente estudo quanto ao gênero, porém em divergência em relação à cor de pele, a qual aqui mostra-se mais frequente na melanoderma, seguida da feoderma. Também indicou semelhança aos dados aqui encontrados quando referiu baixa frequência das mesmas em pacientes que usavam apenas álcool, com prevalência aumentada quando na presença de outros fatores de risco associados, em especial, o tabaco. Esse relato confirma o que é de conhecimento geral na literatura, que o uso simultâneo desses dois fatores aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento dessas lesões, como também delas se transformarem em um câncer, devido ao efeito sinérgico e da relação dose-dependente dos mesmos²².

A ação carcinogênica do álcool na mucosa oral comumente se dá quando a ingestão diária de etanol é superior a 45 ml²³, a qual depende da concentração,

duração, frequência e associação com outros agentes carcinogênicos²². No presente estudo, é demonstrado maior quantidade de etilistas consumindo bebidas fermentadas e com consumo de até 1 litro, independente da frequência de uso, confrontando com o estudo de Fernandes et al.²², que evidenciou maior parte no uso de bebidas destiladas e com consumo de 10 a 20 litros/ano. Porém, independente da quantidade total de álcool consumida, o uso de bebidas com teor alcoólico mais elevado é um importante fator de risco para o câncer oral.

Nos achados, também foi identificada maior prevalência de todas as lesões no estado civil casado e no nível de escolaridade 1º grau, em especial no incompleto, induzindo a pensar que as mesmas estão associadas à posição social, já que esta está diretamente associada ao grau de instrução.

A leucoplasia é a lesão precursora de câncer mais prevalente da boca^{9,25}, fato confirmado no presente estudo e no de Silveira et al.⁷. Sua maior frequência no gênero feminino corrobora com Silveira et al.⁷ e Liu et al.²⁵, contudo, discorda com outros achados, como o de Liu et al.²⁶ e Silva et al.²⁷. Quanto à cor de pele, a melanoderma foi a mais frequente, discordando com os autores Silveira et al.⁷ e Fernandes e Crivelini²⁸, que evidenciaram maior predominância na raça/cor branca. Observou-se também maior número de casos a partir dos 40 anos de idade, assim como observado por Silveira et al.⁷, Liu et al.^{25,26}, Silva et al.²⁷ e Fernandes e Crivelini²⁸.

Em conformidade às citações de Amagasa⁵ e Neville e Day⁶, a leucoplasia predominou na cor branca e nos tipos fundamentais placa e mancha, também os mais encontrados por Fernandes e Crivelini²⁸. Ocorreu mais no palato e na mucosa jugal, como visto nos estudos de Silva et al.²⁷ e Fernandes e Crivelini²⁸, apesar deste primeiro, ter sinalizado também a comissura labial, inclusive com similar predominância à mucosa jugal. Todavia, esses resultados se opuseram aos das pesquisas de Liu et al.^{25,26}, que indicaram a língua como o local de maior ocorrência e ainda, de acordo com seu estudo em 2012²⁵, o palato, como o de menor.

Quanto aos seus prováveis agentes etiológicos, o tabaco e o álcool são tidos como sendo fatores de risco

independentes⁹. Observou-se maior prevalência dessa lesão, com equivalência de casos, nos pacientes com hábitos sinérgicos e naqueles que usavam apenas o tabaco, enquanto que Van Der Waal⁹, Liu et al.²⁶ e Silva et al.²⁷ evidenciaram maior quantidade em fumantes.

A eritroplasia oral é tida como uma condição clínica rara^{7,8} e bem menos comum que a leucoplasia⁷, fato observado nos resultados, os quais a mostraram com a menor frequência entre as demais lesões estudadas, 13,7% dos casos, apesar de nos anos de 1997 e 1998 ter apontado uma ocorrência alta de casos comparada com a das demais lesões, denotando possível erro de diagnóstico clínico, uma vez que como a maioria desses casos aconteceu no palato, possivelmente esse equívoco se deu com a candidose eritematosa atrófica crônica ou estomatite protética.

É uma lesão de tamanho aproximado de 15mm de diâmetro²⁹, podendo variar de extensão^{8,10}, conforme aqui encontrada medindo até 10mm na maioria dos casos. Teve maior frequência no gênero feminino, assim como nas pesquisas de Silveira et al.⁷ e Moret et al.²⁹, porém em discordância com as de Hosni et al.⁸, Van Der Waal⁹ e Alfaya et al.¹⁰, tendo esta última relatado ausência de predileção por sexo. A faixa etária mais acometida foi a de 40 a 59 anos, abarcando as idades apontadas pelos autores Hosni et al.⁸, Van Der Waal⁹, Alfaya et al.¹⁰ e Estrada Pereira et al.³⁰, apesar de Van Der Waal⁹ e Alfaya et al.¹⁰, também mencionarem a fase idosa, a qual evidenciou-se aqui com baixo número de casos. De forma adversa, também foi assinalado por Moret et al.²⁹, os quais mostraram não haver predominância da eritroplasia por idade ou faixa etária.

Tratando-se da cor de pele, a feoderma e melano-derma foram as de maior ocorrência, em contrapartida à Silveira et al.⁷, que citaram a raça/cor branca. Este resultado se justifica por ser a Bahia o segundo Estado da Federação com maior número total da soma de negros e pardos (76,3%), de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³¹.

O palato foi o seu local de maior prevalência, assim como nos estudos de Hosni et al.⁸, Moret et al.²⁹ e Estrada Pereira et al.³⁰, enquanto que Alfaya et al.¹⁰ citaram a língua e o soalho de boca, como também Martins et al.³², a área retromolar. Igualmente ao encontrado na literatura, confirmou ser uma lesão de cor vermelha (100,0%). Apresentou-se mais como mancha, seguida como placa e mácula, com equivalência do número de casos, coerente às definições citadas por Hosni et al.⁸ e Alfaya et al.¹⁰, apesar também de ser aludida como uma leve depressão na mucosa¹⁰, representada neste estudo pela úlcera, que indicou 11,8% dos avaliados. Pode também apresentar-se com superfície lisa ou levemente granular¹⁰ e que evolui por período de tempo amplo³⁰, contemplando nesta pesquisa a maioria na modalidade lisa e com desenvolvimento lento na totalidade dos casos.

Ainda que o álcool e o fumo estejam como seus prováveis fatores preditores⁹ e presentes na maioria dos casos²⁹, a eritroplasia foi observada nos achados com

maior frequência no grupo dos que não faziam uso de nenhum deles. Assim como foi explicitada com maior número de casos em fumantes com até 20 anos de consumo (66,7%)³⁰, foi evidenciada no presente estudo com 42,9% dos casos.

A queilite actínica é uma lesão motivada, especialmente, pela exposição crônica ao sol^{13,14}, inclusive com atividades profissionais de exposição por longos períodos¹⁷, como por exemplo, trabalhadores rurais, operários da construção civil e vendedores ambulantes^{13,14}, fatos estes confirmados nos resultados, levando-se em conta que dos 100,0% dos pacientes, 40,0% afirmaram essa exposição e os demais 60,0% não informaram. Quanto aos seus outros fatores de risco álcool e fumo¹⁴, houve controvérsia mostrando aqui maior frequência no grupo de quem não consumia nenhum dos dois.

Mostrou-se como a terceira lesão mais prevalente dentre as demais, e concordando com Silveira et al.⁷ e Bertini et al.¹⁷, mais frequente em pacientes de pele clara – leucodermas e feodermas. Apresentou-se predominante na faixa etária acima de 60, estando inserida nas idades citadas por Bertini et al.¹⁷ entre 40 a 80 anos, apesar desses autores mencionarem a possibilidade de ocorrer em pessoas de idade mais precoce, fato este também aqui observado na categoria de até 19 anos de idade. Esta maior prevalência na fase idosa dá-se ao fato de ser uma lesão de progressão lenta¹⁷, como visualizado também aqui nos resultados.

Ainda que essa lesão tenha se apresentado com número a mais de casos no gênero masculino, conforme Silva et al.¹³ e Martins et al.¹⁴, que afirmaram este ser mais prevalente 8 a 10 vezes a mais que o feminino, ainda assim percebeu-se com ocorrência próxima de casos no gênero oposto. A esta situação, conjectura-se que esse crescimento da prevalência da queilite nas mulheres deve-se a sua inserção no mercado de trabalho, em todas as áreas.

Conhecida como “ceratose actínica do lábio”¹⁵ por acometer exclusivamente essa região, como os resultados obtidos, tendo ainda Silva et al.¹³ apontado totalidade dos casos no lábio inferior, indicado aqui em 84,6% dos registros, isto devido a esta localização anatômica específica estar mais vulnerável, por receber diretamente a incidência dos raios solares. Apesar de ser uma lesão que se manifesta nas cores branca, vermelha ou branca com áreas vermelhas¹³, nesta pesquisa não houve nenhum caso com as duas cores simultaneamente. Quanto a possibilidade de manifestar-se com aspecto erosivo/ulcerado^{13,15}, concordou aqui em 18% dos casos neste tipo.

Tratando-se do líquen plano oral, este é citado com maior frequência no gênero feminino e na faixa etária de meia idade^{19,21}, como foi observado nos resultados, ajuizando-se esta associação às atribuições que a vida moderna tem imposto às pessoas, e em especial à vida da mulher, tornando-a mais predisposta às doenças de natureza autoimune e suscetível ao estresse emocional. Apresentou-se como a segunda lesão mais prevalente do estudo, até porque é uma doença de grandes chances de

persistência e sem prognóstico de cura, por estar atrelada à vulnerabilidade do indivíduo em ver-se exposto a esses distúrbios emocionais e psicológicos, como também a hábitos nocivos à saúde, como por exemplo, os do fumo e do álcool, apesar dos achados terem mostrado maior frequência nos indivíduos que não faziam uso de nenhum dos dois.

Apontado como uma lesão de maior ocorrência nas mucosas jugal e labial, no vermelhão do lábio inferior, na língua e gengiva^{19,21}, nesta pesquisa apresentou-se com maior número de casos na mucosa jugal, seguida da língua. Apesar de ser apontado como quase que exclusivo da raça/cor branca²¹, inclusive com um risco 5 vezes maior de apresentar a lesão¹⁸, nos achados, indicou maior frequência nas cores de pele feoderma e melanoderma. Desse modo, pode-se levar em consideração a miscigenação racial ocorrida no Brasil desde o princípio da sua colonização, com destaque ao estado da Bahia, situação essa contrária aos países europeus, onde há predominância da raça branca.

Mostrou-se clinicamente mais como placa, seguida dos tipos mancha e úlcera, opondo-se a Lanfranchi-Tizeira et al.³³ que apontou o erosivo (ulcerado) com maior frequência, apesar de seguidamente ter citado a tipo placa.

Ao tratar-se de um perfil populacional composto ao mesmo tempo por essas quatro lesões, no tocante as variáveis sociodemográficas, à exposição aos seus possíveis fatores de risco e às características clínicas dessas lesões, foi percebido uma insuficiência de achados na literatura que possibilite um confronto com outros autores. Do mesmo modo, levantamentos sobre esses prováveis fatores, de acordo com suas apresentações e modos de consumo, são poucos na literatura, inclusive em estudos que os mesmos estejam relacionados a essas lesões orais. Ainda, como limitações, percebeu-se que as condutas e percepções estomatológicas, quanto ao cuidado e atenção no preenchimento das fichas clínicas, em especial, a esses dados citados, mostraram-se não tanto satisfatórias, visto que a grande maioria dos prontuários clínicos se apresentaram cheios de lacunas, proporcionando imprecisões ao alcance do objeto alvo aqui desejado.

Todavia, os resultados reforçam quanto à extrema relevância e necessidade de uma atenção efetiva e impenhorável a essas lesões, como também de um acompanhamento contínuo e rigoroso dos indivíduos acometidos, haja vista o poder de malignização dessas lesões e o direito que todo o ser humano tem de viver com qualidade de vida.

CONCLUSÃO

É importante enfatizar a íntima relação entre essas lesões abordadas e o nível de atenção recebida pelas mesmas, quando da atuação dos cirurgiões-dentistas nas consultas iniciais, no cumprimento de um exame clínico metódico e eficaz, perpassando desde as recomendações e orientações quanto aos cuidados e manutenção de uma boa saúde oral, até ao seu reconhecimento clínico

precoce, tratamento e acompanhamento oportunos e em longo prazo.

Conhecer suas particularidades e indicadores de risco, certamente, contribui no alcance da sua prevenção para o bloqueio à malignidade e no planejamento do cuidado coletivo quanto à prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral e orofaringe, permitindo assim rastrear os possíveis grupos de risco e intensificar a vigilância em saúde sobre os mesmos.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. (INCA). **Tipos de câncer:** boca. Rio de Janeiro, c1996-2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2013.
2. FALCÃO, M. M. L. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 27-33, jan./mar. 2010.
3. MIYACHI, Shozo et al. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. **Rev. Bras. Cir. Implant.**, Curitiba, v. 9, n. 33, p. 80-85, jan./mar. 2002.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours:** Classification of Tumours. Lyon: IARC Press, 2005.p. 283-327.
5. AMAGASA, T. Oral premalignant lesions. **Int. J. Clin. Oncol.**, Japan, v. 16, n. 1, p. 1-4, feb. 2011.
6. NEVILLE, B. W.; DAY, Terry A. Oral cancer and precancerous lesions. **CA Cancer J. Clin.**, New York, v. 52, n. 4, p. 195-215, jul./aug. 2002.
7. SILVEIRA, É. J. D. da et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 233-238, jun. 2009.
8. HOSNI, E. S. et al. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. **Rev. Bras. Otorrinol.**, São Paulo, v. 75, n. 2, p. 295-299, mar./abr. 2009.
9. VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. **Oral Oncol.**, Amsterdam, v. 46, n. 6, p. 423-425, jun. 2010.
10. ALFAYA, T. A. et al. Eritroplasia bucal: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Espírito Santo, v. 14, n. 1, p. 94-97, 2012.
11. MARQUES, K. P. et al. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. **Clinics**, São Paulo, v. 65, n. 4, p. 363-367, abr. 2010.
12. MARKOPOULOS, A; ALBANIDOU-FARMAKI, E; KAYAVIS, I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Dis.**, Houndmills, v. 10, n. 4, p. 212-216, jul. 2004.
13. SILVA, U. H. da; ARAUJO, D. L. de; SANTANA, E. B. de. Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru – PE. **Odontol. Clín. Cient.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2011.
14. MARTINS, M. D. et al. Queilite actínica: relato de caso clínico. **Cons-cientiae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110, 2007.
15. ROSSOE, E. W. T. et al. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 65-73, jan./feb. 2011.
16. REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia Bucal:** correlações Clínicopatológicas. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 417 p.

17. BERTINI, F. et al. Histological analysis of the actinic cheilitis: an interobserver approach. **IJD – Int. J. Dent.**, Recife, v. 9, n. 1, p. 6-10, jan./mar. 2010.
18. FRAGA, Humberto Fernandes et al. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 27-30, jan./mar. 2011.
19. CANTO, Alan Motta do et al. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 5, p. 669-675, set./out. 2010.
20. CRUZ, M. C. F. N.da et al. Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 49, n. 1. p. 8-11, jan./abr. 2008.
21. AGUADO GIL, J. M.; RUBIO FLORES, D. Apoptosis y líquen plano oral. Situación actual. **Av. Odontostomatol.**, Madrid, v. 25, n. 1, p. 11-18, ene./feb. 2009.
22. FERNANDES, J. P.; BRANDÃO, V. S. G.; LIMA, A. A. S. de. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. **Rev. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 239-244, jul./set. 2008.
23. REIS, S. R. de A. et al. Cytologic alterations in the oral mucosa after chronic exposure to ethanol. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 97-102, Apr./jun. 2006.
24. HUANG, Wen-Yi et al. Alcohol Concentration and Risk of Oral Cancer in Puerto Rico. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 157, n. 10, p. 881-887, May 2003.
25. LIU, W. et al. Oral cancer development in patients with leukoplakia – clinicopathological factors affecting outcome. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 7, n. 4, p. 1, p. e34773 – e34773 apr. 2012.
26. LIU, W. et al. Malignant transformation of oral leukoplakia: a retrospective cohort study of 218 chinese patients. **BMC Cancer**, London, v. 10, [s. n.], p. 2-6, Dec. 2010.
27. SILVA, I. O. da et al. Leucoplasia: uma revisão de literatura. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 287-289, jul./set. 2007.
28. FERNANDES, L. A.; CRIVELINI, M. M. Presença de candida sp em leucoplasias da mucosa bucal. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, Piracicaba, v. 16, n. 2, p. 25-32, jul./dez. 2004.
29. MORET, Y.; RIVERA, H.; GONZÁLEZ, J. M. Correlación clínica – patológica de la eritroplasia bucal com diagnóstico histopatológico de displasia epitelial en una muestra de la población venezolana. **Acta Odontol. Venez.**, Caracas, v. 46, n. 2, p. 1-7, jun. 2008.
30. ESTRADA PEREIRA, Gladys Aída et al. Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. **Medisan.**, Santiago de Cuba, v. 14, n. 4, p. 433-438, may /jun. 2010.
31. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2013.
32. MARTINS, R. B.; GIOVANI, É. M.; VILLALBA, H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 467-476, out./dez. 2008.
33. LANFRANCHI-TIZEIRA, H. E.; AGUAS, S. C.; SANO, S. M.. Malignant transformation of atypical oral lichen planus: a review of 32 cases. **Med. Oral**, Madrid, v. 8, n. 1, p. 2-9, jan./feb. 2003.

Submetido em: 08.08.2014

Aceito em: 13.11.2014