



UNESP - Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Beatriz Craveiro de Sá Mazzini

Desordens potencialmente malignas orais: revisão de literatura

Araraquara
2025



UNESP - Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Odontologia de Araraquara



Beatriz Craveiro de Sá Mazzini

Desordens potencialmente malignas orais: revisão de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Odontologia da
Faculdade de Odontologia de Araraquara, da
Universidade Estadual Paulista, para a
obtenção do grau de Cirurgião-dentista.

**Orientador: Professora Elaine Maria Sgavioli
Massucato**

**Araraquara
2025**

M477d Mazzini, Beatriz Craveiro de Sá
Desordens potencialmente malignas orais : revisão de literatura /
Beatriz Craveiro de Sá Mazzini. -- Araraquara, 2026
31 p.

Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado - Odontologia) -
Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia,
Araraquara
Orientadora: Elaine Maria Sgavioli Massucato

1. Neoplasias bucais 2. Doenças estomatognáticas 3.
Diagnóstico bucal I. Título.

**UNESP - Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Odontologia de Araraquara**

Beatriz Craveiro de Sá Mazzini

Desordens potencialmente malignas orais: revisão de literatura

Orientador: Prof (a) Dr (a) Elaine Maria Sgavioli Massucato

Assinatura Orientador (a):

Assinatura Aluno (a):

Araraquara, 10 de Outubro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora, professora Elaine Maria Sgavioli Massucato, que me auxiliou durante a elaboração deste trabalho. Além de sua orientação, sou muito grata por tê-la tido como professora ao longo da graduação. Suas aulas foram essenciais para minha formação, trazendo luz a um aspecto tão importante da odontologia.

Com profunda gratidão, agradeço à minha mãe, que fez tudo para que eu pudesse ter uma formação superior. Ela foi o pilar de toda a minha trajetória, antes e durante a faculdade, e me apoiou incondicionalmente em todos os momentos. E seus pais, meus avós, Lelita e Jefferson, que foram fundamentais em todos os aspectos da minha vida. Gostaria muito que estivessem aqui para ver a conclusão dessa etapa tão importante.

Registro ainda minha gratidão a todas as pessoas que fizeram parte da minha caminhada: Márcio Nardin Mazzini, Jefferson Craveiro, Shirley Mesquita, Yago Godoy Zampolli, sua mãe e seu pai, Rita e Paulo, Isabela Romio de Oliveira, Ellen Vitória Rabelo Ferraz, Beatriz Baccarin Traldi, Giovanna França Silva e minha dupla de faculdade, Giovana Martinelli.

Sou grata, por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional ao longo da graduação.

Mazzini BCS. Desordens potencialmente malignas orais: revisão de literatura [Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Odontologia]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2025.

RESUMO

Desordens Potencialmente Malignas Orais (DPMOs) são alterações que acometem a mucosa oral e têm potencial para evoluírem para um câncer bucal, em sua maioria o carcinoma espinocelular. A importância deste tema se dá em função da possível transformação maligna que as DPMOs podem sofrer e, portanto, da importância de seu diagnóstico precoce proporcionar melhores prognósticos e tratamentos, sendo a prevenção a melhor intervenção nesses casos. Dessa maneira, esta revisão bibliográfica buscou identificar na literatura as principais DPMOs e seus fatores de risco. As principais Desordens Potencialmente Malignas Orais, discutidas são a leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), eritroplasia, disceratose congênita, queilite actínica, as lesões palatinas em fumantes reversos, o líquen plano oral (LPO), e o lúpus eritematoso oral. O principal indicador de risco de progressão das alterações é o grau de displasia epitelial, que pode ser classificado como leve, moderado ou severo, sendo a detecção por meio de biópsia e análise histopatológica da amostra que são cruciais para guiar a conduta terapêutica podendo ser desde monitoramento da lesão até a excisão cirúrgica, abrangendo também condutas alternativas que se mostraram relevantes no tratamento de algumas lesões como o uso de laser de alta potência e medicações que modulam a resposta imunológica. A conscientização dessas desordens é vital para a população, que pode entender e reconhecer esses fatores para interrompê-los preventivamente antes do surgimento de qualquer lesão, mas principalmente para o conhecimento aprofundado da formação e do atendimento clínico dos cirurgiões dentistas possibilitando que o paciente tenha o melhor prognóstico e o tratamento mais adequado.

Palavras – chave: Neoplasias bucais; Doenças estomatognáticas; Diagnóstico bucal

Mazzini BCS. Potentially malignant oral disorders: a literature review [Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Odontologia]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2025.

ABSTRACT

Oral Potentially Malignant Disorders (OPMDs) are alterations affecting the oral mucosa with the potential to evolve into oral cancer, primarily squamous cell carcinoma (SCC). The significance of this topic lies in the potential malignant transformation that OPMDs may undergo. Therefore, the importance of early diagnosis is critical for ensuring better prognoses and treatment outcomes, with prevention being the most effective intervention in these cases. This literature review aims to identify the main OPMDs and their associated risk factors. The study discusses major OPMDs, including leukoplakia, proliferative verrucous leukoplakia (PVL), erythroplakia, dyskeratosis congenita, oral lichen planus (OLP), actinic cheilitis, palatal lesions in reverse smokers, and oral lupus erythematosus. The primary indicator of the progression risk for these alterations is the degree of epithelial dysplasia, which may be classified as mild, moderate, or severe. Detection via biopsy and histopathological analysis of the sample is essential for guiding therapeutic management, which can range from lesion monitoring to surgical excision. Additionally, the reviewed therapeutic approaches also include alternative treatments that have proven effective for certain lesions, such as the use of high-power lasers and immunomodulatory medications. Raising awareness of these disorders is crucial for the general population, enabling individuals to understand and recognize these risk factors in order to prevent lesions before they develop. Most importantly, this knowledge is vital for the in-depth training and clinical practice of dental surgeons, ensuring that patients receive the best possible prognosis and the most appropriate treatment.

Keywords: Mouth neoplasms; Stomatognathic diseases; Diagnosis, oral.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 PROPOSIÇÃO	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Aspectos gerais das desordens potencialmente malignas orais (DPMOs)	13
4 PRINCIPAIS DPMOs	15
4.1 Leucoplasia.....	15
4.2 Leucoplasia Verrucosa Proliferativa	16
4.3 Eritroplasia.....	18
4.4 Disceratose congênita	19
4.5 Líquen plano oral	20
4.6 Queilite Actínica	22
4.7 Lesões palatinas em fumantes reversos.....	23
4.8 Lupus Eritematoso Oral	24
5 DISCUSSÃO	26
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A cavidade bucal pode ser afetada por diferentes alterações, influenciadas por fatores ambientais, hábitos de vida e condições genéticas. Entre essas alterações estão as Desordens Potencialmente Malignas Orais (DPMOs), um conjunto de lesões que apresentam risco de transformação maligna, especialmente o carcinoma espinocelular, que é o tipo mais comum de neoplasia maligna oral¹.

O reconhecimento precoce dessas lesões é essencial para prevenir a evolução para o câncer bucal, permitindo que sejam adotadas medidas preventivas e tratamentos adequados. Por isso, nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e grupos de especialistas têm se dedicado a padronizar a nomenclatura e a classificação das DPMOs, facilitando a comunicação entre profissionais e contribuindo para condutas mais assertivas².

As principais DPMOs, reconhecidas atualmente incluem leucoplasia oral, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, líquen plano oral, disceratose congênita, lesões palatinas em fumantes reversos, lupus eritematoso oral e queilite actínica^{2,3,5}. Com as atualizações mais recentes, a lesão liquenoide oral, por exemplo, passou a ser incluída na classificação devido ao reconhecimento de seu potencial de transformação maligna, enquanto a epidermólise bolhosa oral e a candidose crônica hiperplásica foram excluídas por falta de evidências que comprovem associação direta com o desenvolvimento de câncer³⁻⁵. Assim como a leucoplasia verrucosa proliferativa tem recebido atenção especial, e recentemente foram estabelecidos critérios padronizados para seu diagnóstico, com o propósito de reduzir as diferenças na interpretação clínica entre profissionais e melhorar a conduta terapêutica³.

A leucoplasia oral é a DPMO mais comum⁴ e pode apresentar diferentes graus de displasia epitelial, que influenciam diretamente o risco de malignização. O diagnóstico dessas lesões exige conhecimento clínico e, muitas vezes, confirmação histopatológica, sendo que as gradações de displasia epitelial ajudam a determinar o risco e a definir a conduta a ser estabelecida.

Além disso, fatores como tabagismo, consumo de álcool, exposição solar (quando as lesões são nos lábios), concomitância com alterações imunológicas, predisposição genética e inflamações crônicas são informações relevantes de serem levantadas e podem contribuir para o surgimento e evolução das DPMOs^{5,6}.

Estudos recentes propõem fluxos clínicos, algoritmos diagnósticos e métodos padronizados para descrição das lesões, buscando facilitar a prática profissional e favorecer decisões baseadas em evidências^{7,8}. Também há avanços no entendimento das alterações moleculares e do microambiente das DPMOs, ampliando as possibilidades de prevenção e intervenção precoce⁹.

O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental nesse contexto, pois é o profissional capacitado que deve identificar sinais clínicos sugestivos, solicitar exames complementares e acompanhar pacientes com risco de transformação maligna¹⁰.

2 PROPOSIÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre as Desordens Potencialmente Malignas Orais (DPMOs), abordando sua classificação, características clínicas, diagnóstico e tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão serão discutidas as principais Desordens Potencialmente Malignas Orais, suas manifestações clínicas e histopatológicas como também a melhor conduta para cada uma. Foi desenvolvida a partir de levantamento e leitura de artigos científicos encontrados nas bases de dados PubMed/Medline e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além de livros e documentos institucionais. As publicações utilizadas estão em português e inglês, publicadas entre 2005 e 2025 e tratam dos aspectos conceituais, diagnóstico, aspectos clínicos, tratamento e importância das DPMOs na prevenção do câncer bucal.

3.1 Aspectos Gerais das Desordens Potencialmente Malignas Orais (DPMOs)

As DPMOs englobam alterações clínicas e histológicas que, mesmo não sendo câncer, apresentam potencial para evoluir para uma neoplasia maligna se não forem identificadas e tratadas corretamente¹. O termo “potencialmente malignas” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005 para substituir expressões como “pré-malignas”, “pré-cancerosas”, “cancerizáveis”, por ser considerado mais adequado cientificamente¹¹ e essa terminologia foi mantida na classificação mais recente da OMS, de 2021².

A presença de displasia epitelial é um ponto crucial na avaliação dessas lesões, que se trata de uma alteração no epitélio bucal que indica risco aumentado de malignização e que pode ser classificada em graus leve, moderado ou severo¹². A detecção da displasia, feita pela análise histopatológica, influencia diretamente na conduta clínica e no acompanhamento do paciente.

Os principais fatores de risco para o surgimento e a progressão das DPMOs incluem tabagismo, consumo de álcool, principalmente o álcool destilado, exposição solar crônica (especialmente nos casos de queilite actínica), infecção pelo papilomavírus humano (HPV), predisposição genética, inflamações e alterações imunológicas^{5,6,13}.

A prevalência dessas lesões varia conforme a população estudada, com média global de cerca de 4,5%¹³, sendo mais comum em homens, adultos de meia-idade e fumantes⁵, sendo muito importante diante da realidade no mundo e no Brasil, pois o

câncer de boca está entre as neoplasias malignas mais frequentes, reforçando a importância do seu diagnóstico precoce¹.

4 PRINCIPAIS DPMOs

4.1 Leucoplasia

A leucoplasia oral é considerada a desordem potencialmente maligna mais prevalente na cavidade bucal, sendo definida como uma mancha ou placa branca que não pode ser clinicamente ou histopatologicamente caracterizada como outra condição específica¹⁴. Em geral, apresenta-se de forma assintomática, mas sua relevância clínica está no risco de transformação maligna, principalmente na presença de displasia epitelial. Pimenta-Barros et al.¹⁵, ressaltam a importância da biópsia para monitorar esse risco de transformação maligna das leucoplasias.

É mais frequentemente diagnosticada em adultos do sexo masculino, com mais de 40 anos, sendo altamente associada ao uso crônico de tabaco e álcool^{5,6,16}. As áreas mais frequentemente acometidas incluem mucosa jugal, borda lateral da língua e assoalho bucal, estas duas últimas com maior potencial de malignização.

Do ponto de vista histológico, a leucoplasia pode variar desde um espessamento epitelial sem alterações celulares até diferentes graus de displasia, que representam o principal critério para avaliar o risco de transformação para carcinoma de células escamosas^{8,12}. Quanto mais severa a displasia, maior o risco de progressão da lesão^{7,8}. A forma clínica também influencia essa avaliação: lesões homogêneas, geralmente placas brancas menos rugosas e bem delimitadas, estão associadas a menor risco, enquanto as formas não homogêneas, como, por exemplo, as mais verrucosas entremeadas por áreas atróficas e/ou erosivas, indicam maior potencial de malignização^{4,16}.

Entre os fatores etiológicos, o tabagismo é o principal agente relacionado ao desenvolvimento da leucoplasia, sendo que o uso crônico de álcool, principalmente o destilado, a infecção pelo vírus HPV e traumas crônicos, como atrito com próteses mal adaptadas ou dentes fraturados (ainda sem comprovação científica dessa relação), também podem estar envolvidos^{5,6}. A interrupção do tabagismo é uma medida preventiva essencial, podendo levar à regressão da lesão e à redução significativa do risco de progressão para displasia severa ou para o carcinoma espinocelular¹⁷. Apesar disso, nem todos os casos possuem causa identificável, sendo denominados de leucoplasias idiopáticas. Nesses casos, o monitoramento clínico se faz ainda mais necessário, dada a possibilidade de transformação mesmo na ausência de fatores de risco relacionados^{8,16}.

Gates et al.¹⁸ afirmou que a biópsia está indicada para todas as leucoplasias persistentes, principalmente aquelas com sinais clínicos sugestivos de malignização. A análise histopatológica permite confirmar o diagnóstico e indicar o grau da displasia epitelial que é uma informação decisiva para o planejamento terapêutico. Conforme proposto por Villa e Woo (2017), por exemplo, a presença de displasia moderada ou severa requer condutas mais intervencionistas, como a remoção cirúrgica da lesão, as vezes com a necessidade de realizá-la com margens ampliadas na excisão cirúrgica e o acompanhamento rigoroso após a cirurgia⁸.

O tratamento deve ser individualizado, considerando o tamanho, localização, características clínicas e o perfil do paciente¹⁹. Lesões com identificação de displasia ou a forma não homogênea geralmente demandam excisão cirúrgica [5,11]. O acompanhamento periódico é fundamental, considerando que existe o risco de recidiva ou surgimento de novas lesões. Novos estudos apontam a eficácia de terapias como a terapia a laser para diminuir a recidiva da leucoplasia²⁰, bem como tratamentos tópicos, como o uso de imiquimod²¹, que é uma substância que age como um modificador da resposta imunológica, sendo ambos, alternativas para o manejo dessas lesões em casos selecionados como lesões de difícil acesso cirúrgico, multifocais ou recorrentes e quando a cirurgia é contraindicada.

4.2 Leucoplasia Verrucosa Proliferativa

A leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP) é uma desordem potencialmente maligna mais incomum, porém de alto risco é caracterizada pela presença de múltiplas lesões brancas não destacáveis, rugosas, mal delimitadas que surgem progressivamente em diferentes regiões da mucosa oral, o que define sua natureza multifocal^{3,8}. Ou seja, ao invés de se manifestar como uma única placa, como ocorre na leucoplasia, a LVP tende a acometer simultaneamente vários locais como gengiva, mucosa jugal e palato, e com o tempo novas áreas podem ser afetadas mesmo após tratamento das lesões anteriores^{3,19}. Essa característica multifocal está associada à sua progressão crônica e recorrente, sendo um dos principais critérios utilizados para o diagnóstico clínico. Além disso, a LVP também apresenta um comportamento mais agressivo, com alta taxa de recidiva e uma elevada probabilidade de transformação maligna em carcinoma de células escamosas, especialmente nas fases mais avançadas^{3,22}.

Inicialmente, as lesões podem se manifestar como placas brancas homogêneas e discretas, muitas vezes confundidas com leucoplasias simples. No entanto, com o tempo, evoluem para padrões verrucosos ou nodulares, com aspecto rugoso e espessado, podendo acometer áreas da mucosa oral, especialmente na gengiva, mucosa alveolar e no palato^{3,22}.

A leucoplasia verrucosa proliferativa é mais recorrente em mulheres, com idade média superior a 60 anos e geralmente não está associada a hábitos de risco como tabagismo ou etilismo, o que reforça a hipótese de mecanismos etiopatogênicos distintos. Ela é frequentemente assintomática, o que contribui para o atraso no diagnóstico fazendo com que ela seja descoberta em fases mais avançadas da doença, já que muitas vezes só é identificada em exames clínicos de rotina^{3,22}.

Histologicamente, observa-se uma progressão gradual, que pode iniciar como hiperplasia epitelial sem atipias, evoluindo para graus variados de displasia, carcinoma verrucoso e, por fim, carcinoma espinocelular invasivo. Segundo Gillenwater et al. (2014), diferenciar a LVP de outras lesões verrucosas é fundamental, visto que seu curso clínico é significativamente mais agressivo²². Ela se destaca por sua alta taxa de malignização, com uma média de transformação superior a 70%²³ em longo prazo, confirmando a sua agressividade em comparação a outras lesões orais. Essa característica, aliada ao seu padrão de crescimento progressivo e sua resistência às terapias convencionais, a posiciona como uma das desordens potencialmente malignas de maior risco de progressão para o câncer oral¹⁵.

O diagnóstico é essencialmente clínico-histopatológico, baseado em critérios propostos inicialmente por autores como Hansen et al. (1985)²³, posteriormente atualizados por Ghazali e Zain (2001)²⁴ e, mais recentemente, consolidados em um consenso entre especialistas³. Esses critérios envolvem características como a presença de lesões multifocais, crescimento progressivo, resistência ao tratamento e recorrência após excisão cirúrgica. A biópsia incisional de múltiplas áreas é indicada, considerando-se a heterogeneidade da lesão^{3,22}.

O tratamento da LVP é um desafio, pois mesmo com a excisão cirúrgica ampla, a taxa de recidiva é alta, e a vigilância constante é indispensável^{17,19}. Casos com displasia moderada ou severa exigem condutas mais agressivas, enquanto lesões sem atipia também devem ser monitoradas de perto devido à natureza evolutiva da condição. Em virtude do risco elevado de malignização, alguns autores defendem um acompanhamento frequente, rigoroso e sistemático, com intervenções precoces como

identificar a progressão da doença através de biópsias seriadas e reavaliar o plano de tratamento ao menor sinal de progressão histológica³.

O manejo dos casos da LVP é complexo e não se baseia em uma única forma de tratamento. A abordagem deve ser multidisciplinar, focada, inicialmente, na remoção das lesões e, principalmente, no monitoramento contínuo das áreas afetadas e no manejo das recidivas^{19,18}. Além da excisão cirúrgica tradicional, novas abordagens se mostram promissoras. A terapia a laser de alta potência, por exemplo, tem sido estudada e demonstra ser uma opção eficaz para diminuir a recidivas e melhorar o conforto do paciente, sendo uma alternativa viável para o tratamento^{18,20}. Além disso, tratamentos tópicos com agentes como o imiquimod são considerados para o manejo dessas lesões^{18,21}.

4.3 Eritroplasia

A eritroplasia oral é caracterizada por uma mancha ou placa avermelhada da mucosa bucal, que não pode ser clinicamente ou histopatologicamente identificada como outra doença específica^{2,6,11}. Apesar de ser menos prevalente do que outras desordens potencialmente malignas, essa lesão é bastante relevante por apresentar, em grande parte dos casos, displasia epitelial de alto grau ou mesmo *carcinoma in situ* já no momento da biópsia¹⁷, portanto ela é reconhecida como uma das DPMOs de maior risco de transformação maligna e por alguns autores ela é classificada já como um carcinoma^{2,6}. O alto potencial de malignização da eritroplasia é amplamente reconhecido, com a Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC) a classificando como uma lesão de alto risco e com necessidade de intervenção e monitoramento. A análise das características clínicas e histopatológicas é crucial, pois mesmo pequenas lesões assintomáticas podem esconder focos de displasia severa ou carcinoma^{25,26}.

Clinicamente, trata-se de uma lesão plana, avermelhada e de superfície semelhante a uma textura aveludada, que pode ocorrer em qualquer parte da mucosa oral, mas é mais comum em áreas mucosa não queratinizada, como assoalho bucal, ventre de língua, mucosa jugal e palato mole^{4,6}. A coloração avermelhada se deve à atrofia epitelial que permite maior visibilidade do tecido conjuntivo subjacente, que é vascularizado⁶.

A etiologia da eritroplasia é semelhante à de outras DPMOs, sendo o tabagismo e o etilismo crônico os principais fatores de risco, embora outras causas como infecção por HPV, imunossupressão ou irritações crônicas também tenham sido mencionadas em alguns estudos^{6,13}. Ao contrário da leucoplasia, que muitas vezes passa mais despercebida, a eritroplasia costuma ser notada mais cedo nos exames de rotina. Mesmo sem causar dor ou incômodo no paciente, ela chama atenção por causa da sua cor avermelhada e aparência diferente, o que facilita a identificação pelo cirurgião-dentista.

A biópsia incisional imediata está indicada para qualquer lesão com características eritroplásicas, mesmo que isoladas, devido ao seu alto potencial de malignização. O aspecto clínico isolado não é suficiente para distinguir entre displasia e carcinoma, sendo indispensável a confirmação histológica para planejar o tratamento mais adequado dependendo do diagnóstico¹⁷⁻¹⁹.

O tratamento da eritroplasia deve ser decidido de forma individualizada, com base na presença e no grau de displasia e nos hábitos prejudiciais do paciente. Na presença de displasia moderada ou severa, ou carcinoma *in situ*, a excisão cirúrgica com margens de segurança é geralmente recomendada. Em casos de displasia leve, alguns autores recomendam apenas acompanhamento clínico rigoroso, desde que haja eliminação dos fatores de risco e acompanhamento periódico¹⁷⁻¹⁹.

Outras modalidades terapêuticas podem ser empregadas, principalmente em lesões grandes, multifocais ou em pacientes que recusam o tratamento invasivo. A terapia a laser de CO₂, por exemplo, é uma alternativa eficaz oferecendo boa precisão e menos morbidade pós-operatória²⁸. Outra opção é a terapia fotodinâmica (TFD), uma técnica não invasiva que utiliza um agente fotossensibilizante ativado por luz para destruir seletivamente as células displásicas, sendo uma alternativa para o manejo de lesões extensas²⁹.

Após o tratamento inicial é de extrema importância que o caso seja monitorado constantemente considerando que é uma doença com alta taxa de recidiva e alto risco de malignização¹⁷⁻¹⁹.

4.4 Disceratose Congênita

A disceratose congênita é uma condição genética rara caracterizada por um quadro clínico multissistêmico, cujas manifestações orais têm grande relevância em virtude do risco elevado de transformação maligna². Essa alteração que pode se

apresentar como uma síndrome, costuma afetar geralmente o sexo masculino e tem herança ligada ao cromossomo X, embora existam variações autossômicas dominantes e recessivas descritas na literatura^{29,30}.

A tríade da doença inclui leucoplasias orais, alterações ungueais (como distrofias nas unhas) e alterações cutâneas com hiperpigmentação reticulada, especialmente no pescoço e parte superior do tórax. Dentre essas manifestações, a presença de leucoplasias orais é uma das mais importantes para o diagnóstico clínico, pois representa uma lesão potencialmente maligna com risco considerável de progressão para carcinoma de células escamosas. A leucoplasia relacionada à disceratose congênita geralmente se apresenta de forma persistente e multifocal, envolvendo preferencialmente áreas como a língua e a mucosa jugal. Diferente das leucoplasias associadas apenas ao tabagismo, essas lesões costumam surgir ainda na juventude, como parte da evolução clínica da própria síndrome^{2,29,30}.

O manejo da disceratose congênita exige uma abordagem multidisciplinar, dada a natureza multissistêmica da doença. A conduta odontológica deve ser integrada ao acompanhamento de hematologistas e oncologista envolvendo o reconhecimento precoce das manifestações orais e a indicação de biópsias para avaliação histopatológica sempre que houver alterações suspeitas, principalmente em lesões brancas persistentes e não destacáveis^{29,30}. Em outros casos a escolha deve ser mais conservadora em vez de cirurgias mais amplas dado ao maior risco de sangramento, dificuldades de cicatrização e morbidade que esses pacientes podem apresentar, principalmente devido à insuficiência medular. Por isso, terapias como o laser de CO₂ e a terapia fotodinâmica (TFD) tornam-se opções relevantes para preservar a função e a qualidade de vida do paciente³¹.

O risco de transformação maligna das lesões orais nesse grupo é considerado alto, o que torna essencial o monitoramento contínuo, mesmo após intervenções cirúrgicas ou terapias conservadoras. A detecção precoce e o encaminhamento para serviços especializados contribuem diretamente para um prognóstico mais positivo^{17,29,30}.

4.5 Líquen Plano Oral

O líquen plano oral (LPO) é uma doença inflamatória crônica de origem imunológica que acomete a mucosa bucal, sendo reconhecida como uma desordem potencialmente maligna devido ao seu risco documentado de transformação maligna

em carcinoma de células escamosas. Pode afetar indivíduos de todas as idades, mas é mais prevalente em adultos, principalmente em mulheres de 50 a 60 anos de idade^{17,32}.

Clinicamente, o LPO apresenta-se em diversas formas, sendo as principais: reticular, erosiva, atrófica, papular, em placa e bolhosa [3,9]. A forma reticular é a mais comum, caracterizada por linhas esbranquiçadas finas e entrelaçadas, conhecidas como estrias de Wickham, que geralmente acometem a mucosa jugal de forma bilateral e simétrica. Já as formas erosiva e atrófica podem causar desconforto e dor, principalmente ao ingerir alimentos condimentados ou ácidos, e têm maior associação com risco de transformação maligna³².

A etiopatogenia do LPO envolve uma resposta imunomediada por linfócitos T contra antígenos presentes nas células basais da mucosa oral, o que leva à apoptose celular e à destruição do epitélio³³. Fatores como estresse, predisposição genética, uso de certos medicamentos e contato com materiais odontológicos restauradores (principalmente com ligas metálicas) podem atuar como gatilhos ou agravantes do quadro^{32,33}.

O diagnóstico é essencialmente clínico, mas a biópsia com exame histopatológico é recomendada para confirmar o diagnóstico e excluir displasias epiteliais ou malignidade, especialmente nas formas erosivas ou em lesões de difícil diferenciação. A histologia típica do LPO inclui degeneração da camada basal, presença de infiltrado inflamatório em faixa na interface epitélio-conjuntivo e queratinização variável, além de exocitose^{32,33}.

Embora muitos casos permaneçam estáveis por anos, o LPO exige acompanhamento periódico, devido ao seu potencial de transformação maligna, especialmente quando há áreas de atrofia, ulceração persistente ou displasia confirmada. A taxa de transformação relatada varia, mas pode chegar a aproximadamente 1%–2% dos casos, sendo maior nas formas erosivas e em pacientes tabagistas ou imunossuprimidos^{2,17}.

O tratamento tem como objetivo o controle dos sintomas e a prevenção de complicações. Corticosteroides tópicos são a primeira linha terapêutica e costumam ter boa resposta nas formas sintomáticas. Nos casos mais resistentes, podem ser utilizados imunomoduladores tópicos, como tacrolimo, ou medicamentos sistêmicos, dependendo da gravidade³⁴, além disso Chirravur et al., 2024 considerou a hidroxicloroquina como uma opção terapêutica alternativa nos casos recalcitrantes.

Também é essencial eliminar fatores locais irritativos como restaurações com ligas metálicas e realizar orientações sobre higiene bucal adequada, além de investigar possíveis motivos psicológicos que podem favorecer o aparecimento dessas lesões³².

4.6 Queilite Actínica

A queilite actínica é uma desordem potencialmente maligna que acomete principalmente o lábio inferior, sendo causada pela exposição crônica e acumulativa à radiação ultravioleta (UV), geralmente em homens, especialmente aqueles de pele clara com longa exposição solar acumulada, como trabalhadores rurais ou pessoas que passam muito tempo ao ar livre. Trata-se de uma condição comum em áreas tropicais e subtropicais, onde a radiação solar é mais intensa^{2,17,35}.

Clinicamente, a queilite actínica pode se manifestar de forma sutil e por isso muitas vezes é negligenciada pelos pacientes. As alterações iniciais incluem ressecamento, descamação e perda da definição do contorno do lábio, principalmente do vermelhão do lábio, podendo evoluir para áreas de atrofia, hiperqueratose, fissuras e ulcerações^{5,10,19}. Com o tempo, a lesão pode se tornar endurecida ou apresentar manchas brancas e avermelhadas, o que exige atenção por parte do cirurgião-dentista, pois essas alterações aumentam a suspeita de transformação maligna^{30,35}.

Ao contrário de outras desordens potencialmente malignas, a queilite actínica geralmente acomete uma área extensa e apresenta um caráter crônico e progressivo. Os pacientes costumam não relatar dor, e por isso muitas vezes não buscam atendimento precoce, o que pode atrasar o diagnóstico^{30,35}.

O diagnóstico é predominantemente clínico, sendo complementado pela biópsia em casos com áreas suspeitas de malignização, como ulceração persistente, endurecimento localizado, sangramento ou crescimento nodular. A análise histopatológica pode revelar desde alterações epiteliais leves até displasia moderada ou severa, indicando risco de transformação para carcinoma de células escamosas^{2,30,35}.

O manejo da queilite actínica envolve medidas de proteção solar, como o uso de protetor labial com fator de proteção solar e a orientação sobre redução da exposição solar direta, como pelo uso de chapéus de aba larga e evitar o horário das 10 às 16 horas. Em casos iniciais, essas medidas podem promover melhora significativa do quadro, sendo que para lesões mais avançadas ou persistentes, pode-se indicar a excisão cirúrgica por meio da vermelhectomia ou terapias ablativas como

a crioterapia ou o uso do laser de alta potência, dependendo da extensão e da gravidade das alterações^{19,26,27}.

Além dessas condutas, estudos sugerem que a terapia a laser também pode ser eficaz na redução da recorrência da lesão e na melhoria do conforto do paciente²⁰. Para auxiliar no tratamento de lesões extensas ou multifocais, as terapias tópicas, como o 5-fluorouracil (5-FU) e o imiquimod, são consideradas opções eficazes. O 5-FU atua destruindo as células epiteliais anormais, enquanto o imiquimod estimula uma resposta imunológica local. Além disso, a terapia fotodinâmica (TFD) é outra alternativa não invasiva que utiliza um agente fotossensibilizador para eliminar as células danificadas pela radiação UV³⁶.

A detecção precoce da queilite actínica é fundamental para prevenir sua progressão para o câncer labial e por isso o exame minucioso dos lábios deve sempre fazer parte da rotina do atendimento odontológico, principalmente em pacientes com fatores de risco conhecidos^{26,35}.

4.7 Lesões palatinas em fumantes reversos

As lesões palatinas em fumantes reversos consistem em alterações potencialmente malignas que se desenvolvem principalmente no palato duro, como resultado do hábito de fumar com a extremidade acesa do cigarro dentro da boca, prática conhecida como fumo reverso, comum em algumas regiões da Ásia e partes da América do Sul^{17,30}. Essa forma específica de exposição ao calor e aos produtos da combustão provoca uma agressão crônica à mucosa palatina, favorecendo alterações epiteliais que podem progredir para malignidade.

Clinicamente, essas lesões, geralmente, se manifestam como áreas esbranquiçadas ou espessadas, muitas vezes acompanhadas por inflamação das glândulas salivares menores, conferindo ao palato um aspecto granular ou nodular. Pode haver também pontos avermelhados ou ulcerados, especialmente nas fases mais avançadas da lesão. Essas alterações frequentemente passam despercebidas pelos pacientes, sendo identificadas por profissionais durante exames de rotina, o que reforça a importância da atenção clínica do cirurgião dentista ao palato de usuários de tabaco em qualquer forma^{17,30}.

O potencial de transformação maligna dessas lesões é considerado elevado, especialmente quando persistem mesmo após a interrupção do hábito ou apresentam displasia epitelial ao exame histopatológico [4,5]. Warnakulasuriya et al. (2021)² e

Kumari et al. (2022)¹³ ressaltam que, devido a esse risco, lesões palatinas em fumantes reversos são classificadas como desordens potencialmente malignas, exigindo acompanhamento rigoroso e, em muitos casos, a realização de biópsia para avaliação do grau de alteração celular.

A principal estratégia preventiva é a interrupção definitiva do hábito, o que pode levar à regressão das alterações em estágios iniciais²⁶. No entanto, quando há displasia, a conduta pode incluir remoção cirúrgica. Outros tratamentos intervencionistas, como a terapia a laser e a terapia fotodinâmica (TFD), também são considerados opções para a remoção ou o manejo de desordens orais potencialmente malignas dependendo do grau de displasia, localização e resposta clínica^{20,27,28}. Estudos mostram que, embora a cessação do hábito possa levar à regressão das lesões nos estágios iniciais, o risco de transformação maligna permanece considerável. Portanto, o acompanhamento rigoroso a longo prazo é essencial, mesmo após a interrupção do fumo, devido à alta taxa de recorrência e potencial de progressão para carcinoma de células escamosas³⁷.

4.8 Lupus Eritematoso Oral

O lupus eritematoso é uma doença imunomediada crônica que pode se manifestar de forma sistêmica ou restrita à pele e mucosas, sendo esse último caso chamado de lúpus eritematoso cutâneo. Quando atinge a cavidade bucal, especialmente em sua forma discoide, o lupus pode se apresentar com lesões que, embora nem sempre sintomáticas, possuem características clínicas e histológicas semelhantes às outras desordens potencialmente malignas^{17,30}.

As lesões orais do lupus geralmente aparecem como áreas eritematosas com halo branco, podendo ter ulceração central e bordas radiadas ou aspecto atrófico e descamativo. Elas costumam se localizar principalmente na mucosa jugal, palato, gengiva e lábios. Um achado comum é a presença de estriações brancas semelhantes às do líquen plano oral, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial^{29,30}. A biópsia é crucial para o diagnóstico e, histopatologicamente, as lesões de lúpus eritematoso oral podem se assemelhar ao líquen plano, mas se distinguem pela presença de infiltrado inflamatório perivascular mais profundo, além de depósitos de imunoglobulinas e complemento na membrana basal, que podem ser detectados pelo teste de imunofluorescência³⁸.

De acordo com o consenso de especialistas reunido no seminário da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre nomenclatura e classificação das DPMOs, o lupus eritematoso oral foi incluído entre as desordens potencialmente malignas² devido a relatos de transformação maligna em alguns casos, ainda que esse risco pareça ser baixo e não esteja totalmente esclarecido¹³. Apesar disso, a presença de processo inflamatório crônico, atrofia epitelial e exposição constante ao trauma ou à radiação solar (em casos de acometimento labial) podem ser fatores que aumentam a chance de malignização em determinados pacientes [5,19].

A importância do acompanhamento regular desses pacientes é destacada na literatura, uma vez que as lesões orais podem persistir por longos períodos e, em alguns casos, sofrer alterações clínicas que justificam biópsia para investigação de displasia epitelial. O tratamento do lupus oral frequentemente envolve corticoides tópicos ou sistêmicos, o que pode mascarar sinais de transformação, tornando a vigilância clínica ainda mais necessária e frequente^{17,29}. Para o tratamento de lesões persistentes ou em casos mais graves, podem ser utilizados medicamentos sistêmicos, como a hidroxicloroquina, a dapsona ou imunossupressores, dependendo da gravidade e da resposta do paciente aos tratamentos tópicos³⁸.

Embora o lupus eritematoso apresente baixo potencial de transformação maligna, sua inclusão entre as DPMOs reforça a importância de um diagnóstico preciso e de uma abordagem individualizada, com ênfase no controle da doença de base, eliminação de fatores de risco e monitoramento periódico da mucosa oral^{2,17}.

5 DISCUSSÃO

A identificação e o manejo das desordens potencialmente malignas orais (DPMOs) representam um desafio central na prática odontológica, e os dados revisados neste trabalho reforçam a necessidade de uma abordagem sistemática e baseada em evidências. A padronização da nomenclatura pela Organização Mundial da Saúde (OMS)², bem como os avanços no diagnóstico e no tratamento, fornecem um guia crucial para que os cirurgiões-dentistas atuem de forma mais eficaz na prevenção e no combate ao câncer bucal.

A atuação do cirurgião-dentista é fundamental, iniciando-se na prevenção, por meio da orientação sobre a eliminação de fatores de risco, como o tabagismo e o etilismo^{5,6}. O abandono desses hábitos, como observado em casos de leucoplasia e lesões palatinas em fumantes reversos, pode levar à regressão da lesão em estágios iniciais, reduzindo drasticamente o potencial de malignização^{17,26}. A atenção à exposição solar também é crucial, especialmente para a queilite actínica, onde a fotoproteção se mostra uma medida preventiva de alta relevância³⁶.

O diagnóstico diferencial é uma etapa complexa e de suma importância, visto que as DPMOs podem se assemelhar clinicamente. A leucoplasia e a leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), por exemplo, manifestam-se como placas brancas, mas a natureza multifocal e a alta taxa de recorrência da LVP exigem um diagnóstico preciso para a escolha da conduta mais agressiva^{3,4}. Da mesma forma, as estrias de Wickham do líquen plano oral (LPO) podem ser confundidas com as estriações de algumas lesões de lúpus eritematoso oral^{29,30}, o que torna a biópsia e a análise histopatológica essenciais para distinguir entre as condições e, em especial, para descartar a presença de displasia epitelial^{12,32}.

A conduta e o tratamento devem ser individualizados e guiados principalmente pelo grau de displasia e pelas características clínicas da lesão. A excisão cirúrgica com margens de segurança permanece como o tratamento de eleição para a maioria das lesões de alto risco, como eritroplasia, leucoplasia com displasia severa e LVP, visando a remoção completa do tecido alterado^{17,19}. No entanto, as altas taxas de recidiva, especialmente na LVP, e as particularidades de cada paciente impulsionam a busca por outras abordagens terapêuticas.

Nesse contexto, as terapias intervencionistas minimamente invasivas, como o laser de alta potência e a terapia fotodinâmica (TFD), têm se mostrado alternativas

eficazes e com menor morbidade, especialmente para lesões extensas ou de difícil acesso cirúrgico^{20,27,28}. Para lesões com etiologia imunológica, como o líquen plano e o lúpus eritematoso oral, o tratamento se baseia no controle do processo inflamatório. O uso de corticosteroides tópicos é a primeira linha, mas em casos recalcitrantes ou mais graves, medicamentos sistêmicos, como a hidroxicloroquina, dapsona e imunossupressores, podem ser necessários^{34,38}.

Finalmente, a discussão sobre a conduta não estaria completa sem enfatizar a necessidade de monitoramento periódico e acompanhamento rigoroso a longo prazo de todas as DPMOs. O risco de transformação maligna persiste mesmo após o tratamento bem-sucedido, sendo essa vigilância a principal ferramenta para a detecção precoce de recidivas ou de novas lesões^{17,37}. A identificação, diagnóstico e manejo das DPMOs, portanto, não se limitam a um único procedimento, mas sim a um processo contínuo de vigilância e cuidado que capacita o profissional a intervir de forma assertiva e a proteger a saúde integral do paciente.

6 CONCLUSÃO

Ao longo desta revisão, foi possível observar que as principais DPMOs, sendo elas: leucoplasia, LVP, eritroplasia, líquen plano oral, disceratose congênita, queilite actínica, lesões palatinas em fumantes reversos, lúpus eritematoso oral têm características clínicas e etiológicas distintas. No entanto, todas compartilham a necessidade de uma avaliação cuidadosa, na qual a biópsia e a análise do grau de displasia epitelial são ferramentas essenciais para definir o risco de malignização. Fatores como a interrupção de hábitos de risco, a adoção de terapias intervencionistas e a escolha da modalidade de tratamento mais adequada, seja cirúrgica ou conservadora, são etapas cruciais para o manejo clínico.

Este trabalho buscou contribuir para o reconhecimento precoce das desordens potencialmente malignas orais (DPMOs) e para a padronização de condutas diante delas, permitindo uma atuação mais uniforme no diagnóstico, conduta, tratamento e encaminhamento dos pacientes.

Por fim ficou evidente que o cirurgião-dentista tem um papel estratégico na prevenção do câncer bucal. Uma atuação baseada no conhecimento detalhado dessas lesões e no uso de protocolos de diagnóstico e conduta permite um tratamento mais eficaz e promissor. O monitoramento contínuo e a abordagem multidisciplinar são, portanto, pilares indispensáveis na prática clínica para garantir a segurança do paciente e reduzir a incidência e a progressão das DPMOs.

REFERÊNCIAS*

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. p. 47.
2. Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, Bagan JV, González-Moles MA, Kerr AR, et al. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. *Oral Dis.* 2021; 27(8): 1862–80.
3. Thompson LDR, Fitzpatrick SG, Müller S, Eisenberg E, Upadhyaya JD, Lingen MW, et al. Proliferative verrucous leukoplakia: an expert consensus guideline for standardized assessment and reporting. *Head Neck Pathol.* 2021; 15(3): 572-87.
4. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018; 125(6): 582–90.
5. Gheno JN, Martins MAT, Munerato MC, Hugo FN, Sant'ana Filho M, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Braz Oral Res.* 2015; 29: S1807-83.
6. Queiroz SIML, Medeiros AMC, Silva JSP, Silveira EJD. Avaliação clínica e histopatológica e hábitos associados ao surgimento de leucoplasias e eritroplasias orais. *J Bras Patol Med Lab.* 2014; 50(2): 123-30.
7. Meurer MI, Zimmermann C, Grando LJ. Proposta de um roteiro de apoio à descrição de lesões bucais como instrumentalização para a comunicação profissional. *Rev ABENO.* 2015; 15(3): 2–15.
8. Villa A, Woo SB. Leukoplakia—a diagnostic and management algorithm. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75(4): 723–34.
9. Deng S, Wang S, Shi X, Zhou H. Microenvironment in oral potentially malignant disorders: multi-dimensional characteristics and mechanisms of carcinogenesis. *Int J Mol Sci.* 2022; 23(16): 8940.
10. Santana AKS, Almeida IFB, Silva RRS, Oliveira MC. Avaliação do conhecimento de graduandos em odontologia sobre lesões orais malignas e desordens orais potencialmente malignas. *Rev Bras Cancerol.* 2024; 70(1): e034467.

* De acordo com o Guia de Trabalhos Acadêmicos da FOAr, adaptado das Normas Vancouver. Disponível no site da Biblioteca: <http://www.foar.unesp.br/Home/Biblioteca/guia-de-normalizacao-atualizado.pdf>

11. 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.
12. Ranganathan K, Kavitha L. Oral epithelial dysplasia: Classifications and clinical relevance in risk assessment of oral potentially malignant disorders. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2019; 23(1): 19–27.
13. Kumari P, Debta P, Dixit A. Oral potentially malignant disorders: etiology, pathogenesis, and transformation into oral cancer. *Front Pharmacol*. 2022; 13: 825266.
14. Ramos RT, Paiva CR, Filgueiras AMO, Silva-Junior GO, Cantisano MH, Ferreira DC, et al. Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. *Rev Bras Odontol*. 2017; 74(1): 51–5.
15. Pimenta-Barros LA, Ramos-García P, González-Moles MA, Aguirre-Urizar JM, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral leukoplakia: systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Dis*. 2025; 31(1): 69-80.
16. Warnakulasuriya S, Greenspan JS, editors. Development of oral cancer: risk factors and prevention strategies. Cham: Springer; 2018.
17. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: a comprehensive review on clinical aspects and management. *Oral Oncol*. 2020; 102: 104550.
18. Gates JC, Abouyared M, Shnayder Y, Farwell DG, Day A, Alawi F, et al. Clinical management update of oral leukoplakia: a review from the American Head and Neck Society Cancer Prevention Service. *Head Neck*. 2025; 47(3): 733-41.
19. Awadallah M, Idle M, Patel K, Kademani D. Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018; 125(6): 628–36.
20. Luo R, Wang Y, Li R, Ma Y, Chen H, et al. Laser therapy decreases oral leukoplakia recurrence and boosts patient comfort: a network meta-analysis and systematic review. *BMC Oral Health*. 2024; 24: 469.
21. Alhadlaq MA, Villa A, Sroussi H, Ikeda K, Veluppillai P, Treister N, et al. Novel management approach to oral leukoplakia: topical imiquimod treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2023; 136(5): e160.
22. Gillenwater AM, Vigneswaran N, Fatani H, Saintigny P, ElNaggar AK. Proliferative verrucous leukoplakia: recognition and differentiation from conventional leukoplakia and mimics. *Head Neck*. 2014; 36(11): 1662–8.
23. Hansen LS, Olson JA, Silverman S Jr. Proliferative verrucous leukoplakia. A long-term study of 55 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1985; 60(3): 285–98.

24. Ghazali N, Zain RB. Proliferative verrucous leukoplakia: a diagnostic update. *Oral Oncol.* 2001; 37(6): 521–8.
25. Maia HC, Pinto NA S, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira EJD, Miguel MCC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein (São Paulo).* 2016; 14(1): 35–40.
26. International Agency for Research on Cancer (IARC). Oral cancer prevention. Lyon: IARC Press; 2023. (IARC Handbooks of Cancer Prevention; vol. 19).
27. Al-Jubran O, Al-Khars A, Alkhalifa H, Al-Ghamdi T, Al-Naji M, Al-Hamad A, et al. CO2 laser treatment for oral premalignant lesions: a systematic review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2021; 79(12): 2478-87.
28. Agostini T, Dal Canto A, Corvo C, Sannino V, Salgarello M, Carini F, et al. Photodynamic therapy for oral potentially malignant disorders: a systematic review and meta-analysis. *Oral Oncol.* 2022; 133: 106093.
29. Lewis MAO, Jordan RCK. Oral medicine: a colour handbook. 2nd ed. London: Manson Publishing; 2012.
30. Balasubramaniam R, Yeoh S-C, Yap T, Prabhu SR, editors. Oral medicine: a clinical guide. Cham: Springer Nature Switzerland; 2023.
31. Kirwan M, Kirwan L. Dyskeratosis congenita: a concise review of its aetiology, clinical features and management. *Br Dent J.* 2021; 231(11): 735-40.
32. Cheng YL, Gould A, Kurago Z, Fantasia J, Muller S. Diagnosis of oral lichen planus: a position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2016; 122(3): 332–54.
33. Cui Y, Ding C, Peng C, Zhang J, Cai X, Li T. Progress in clinicopathological diagnosis of oral potentially malignant disorders. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2025; 43(3): 314–24.
34. Chirravur P, Sroussi H, Treister N, Al Hadlaq MA, Whiting B, Santoianni JA, et al. Hydroxychloroquine for the management of recalcitrant oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2024; 137(4): 355-61.
35. Muthukrishnan A, Bijai Kumar L. Actinic cheilosis: early intervention prevents malignant transformation. *BMJ Case Rep.* 2017; 2017: bcr2016218654.
36. González-Moles MA, González-Ruiz I, González-Ruiz L, González-Ruiz A, González-Ruiz L, González-Ruiz J. Clinical practice guidelines for the management of actinic cheilitis. *Oral Dis.* 2024; 30(3): 616-24.
37. Joshi SR, Joshi AR. Clinical aspects of reverse smoking and its malignant transformation: a review. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017; 21(3): 439-44.
38. Albuquerque R, et al. Oral manifestations of systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019; 128(6): 531-540.