

Artigo Educacional

Alterações Oraís Potencialmente Malignas: conselhos sobre atuação nos cuidados primários

Katherine Eccles¹, Barbara Carey¹, Richard Cook², Michael Escudier², Marcio Diniz-Freitas³, Jacobo Limeres-Posse³, Luis Monteiro⁴, Luis Silva⁴, Jean-Cristophe Fricain⁵, Sylvain Catros⁵, Giovanni Lodi⁶, Niccolò Lombardi⁶, Vlaho Brailo⁷, Bozana Loncar Brzak⁷, Raj Ariyaratnam⁸, Rui Albuquerque^{1,2,*}

¹ Oral Medicine, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, United Kingdom

² Faculty of Dentistry, Oral & Craniofacial Sciences, King's College London, United Kingdom

³ School of Medicine and Dentistry, University Santiago de Compostela, Spain

⁴ Oral Pathology and Rehabilitation Research Unit UNIPRO, University Institute of Health (IUCS), CESPU, Gandra, Portugal

⁵ University of Bordeaux, France

⁶ Università degli Studi di Milano, Italy

⁷ Oral Medicine, School of Dental Medicine, University of Zagreb, Croatia

⁸ University of Manchester, United Kingdom

(Recebido: 17 May 2022, Aceite: 25 May 2022)

Palavras-chave:

alterações oraís
potencialmente
malignas / AOPM /
Lesões pré-malignas

Resumo - Introdução: O diagnóstico e os riscos associados às alterações oraís potencialmente malignas (AOPM) têm sido amplamente divulgados, mas pouco tem sido publicado sobre a atuação de AOPMs num ambiente de atendimento odontológico primário. Os serviços hospitalares enfrentam pressões contínuas devido ao acompanhamento de longo prazo, com necessidade de vigilância a ser realizada em conjunto com os médicos de saúde primária. Num ambiente de cuidados primários, a identificação e a vigilância de AOPMs podem ser desafiadoras, pois não existe orientação universal sobre os intervalos de recuperação recomendados. **Corpus:** Neste artigo é fornecida uma atualização sobre AOPMs e, com base nas práticas de seis unidades de Medicina Oral na Europa (Londres (Reino Unido), Milão (Itália), Bordéus (França), Porto (Portugal), Zagreb (Croácia) e Santiago de Compostela (Espanha)), com o objetivo de fornecer orientações sobre a monitorização em um ambiente de cuidados primários na Europa. **Conclusão:** Os clínicos de medicina oral podem fornecer orientações aos dentistas generalistas (DGs) sobre os intervalos de consulta recomendados. É importante que eles se sintam confiantes em monitorizar essas condições e, quando preocupados, providenciar o encaminhamento para um hospital ou especialista apropriado. Os DGs devem documentar as descrições das lesões e, se possível, tirar fotografias clínicas. Os pacientes devem ser aconselhados sobre fatores modificáveis do estilo de vida e direcionados aos sites da sociedade de medicina oral para consultar as informações do paciente.

Objetivos de Aprendizagem

- Rever a nomenclatura e classificação das alterações oraís potencialmente malignas (AOPMs).
- Aconselhar os Médicos Dentistas Generalistas sobre a gestão de AOPMs, com uma visão geral sobre o acompanhamento em um ambiente de atendimento dentário primário.

Introdução

O Workshop do Centro Colaborador da OMS para o Cancro Oral em 2020 definiu alterações oraís potencialmente malignas (AOPMs) como “qualquer alteração da mucosa oral associada a um risco estatisticamente acrescido de desenvolver cancro oral” [1], uma ligeira modificação na definição original do mesmo grupo em 2007 [2]. Em Março de 2020, o workshop reviu a terminologia e concordou que, embora houvesse algumas discrepâncias na literatura, os AOPMs continuavam a ser um termo bem reconhecido e compreendido, usado em centenas de publicações [1,3]. Além disso, a epidermólise bulhosa oral (EPO), candidíase hiperplásica crónica (CHC) e

* Correspondência: rui.albuquerque@gstt.nhs.uk

hiperplasia verrucosa exofítica foram removidos da classificação de AOPMs [1]. Com relação à terminologia, o grupo considerou que o uso dos termos “pré-malignos” ou “pré-canceroso” indicava uma transformação definitiva em malignidade [1].

A prevalência de AOPMs varia significativamente na literatura e foi estimada em 4,47%, variando de 0,11% em populações norte-americanas a 10,54% em populações asiáticas [4].

Com o surgimento da pandemia de COVID, houve redução da atividade clínica em ambientes hospitalares em toda a Europa com redistribuição de clínicos para outros serviços. No cenário dos cuidados primários, havia mais pressão para identificar e encaminhar com precisão as AOPMs [5]. O Royal College of Surgeons of England produziu recomendações para Dentistas Generalistas (DGs) para triagem e acompanhamento de pacientes durante a pandemia de COVID-19 [6].

Para DGs em cuidados de saúde oral primários, há literatura disponível sobre o reconhecimento e encaminhamento inicial de suspeitas de AOPMs ou suspeitas de lesões malignas. No entanto, existe pouca evidência sobre como rever os pacientes após o diagnóstico de AOPMs e, em particular, os que receberam alta da Medicina Oral ou unidades Oraís e Maxilofaciais. Dada a alta morbidade associada ao tratamento do carcinoma espinocelular oral (CEC), a vigilância regular por DGs para estabelecer um diagnóstico precoce e permitir o tratamento oportuno é vital [7]. Além disso, o leque da prática para AOPMs na Europa varia de país para país. Em países como Portugal, Espanha e Itália, é rotina que os DGs realizem procedimentos de biópsia de tecidos moles. No Reino Unido e na Croácia, isso tende a ser realizado em um ambiente especializado ou de cuidados diferenciados.

O objetivo deste trabalho é fornecer informação DGs sobre o tema AOPMs com uma visão geral da gestão na atenção primária, especialmente quando solicitar revisão urgente ou de rotina. As informações fornecidas representam um consenso geral entre os Médicos Dentistas de Medicina Oral de várias unidades na Europa, incluindo Guy's and St Thomas's NHS Foundation Trust/King's College London (Inglaterra), CESPU University (Portugal), University of Zagreb (Croácia), University of Bordeaux (França.), Universidade de Milão (Itália) e Universidade de Santiago de Compostela (Espanha). Este artigo fornecerá uma visão geral dos AOPMs e fornecerá recomendações sobre a gestão de AOPMs na atenção primária oral. Seguindo uma metodologia de mapeamento de consenso, a gestão geral de AOPMs na atenção primária foi proposto pela instituição Guy's e St Thomas Hospital e, em seguida, divulgado pelo autor principal para todos os outros autores. Princípios e ideias foram discutidos, desenvolvendo-se um consenso geral.

Leucoplasia

Definida em 2007 pelo Centro Colaborador da OMS, a leucoplasia é “uma placa predominantemente branca de risco questionável que excluiu (outras) doenças ou distúrbios conhecidos que não apresentam risco aumentado de cancro” [1]. O Centro Colaborador da OMS estabeleceu critérios ao estabelecer um diagnóstico de



Fig. 1. Leucoplasia homogênea envolvendo a língua dorsal/lateral esquerda (imagem fornecida por Guy e St Thomas).



Fig. 2. Leucoplasia nodular envolvendo a gengiva bucal LL6/7 (displasia moderada detetada na histopatologia) (imagem fornecida por Guy e St Thomas).

leucoplasia incluindo: homogeneidade, ausência de inflamação crônica, persistência se os fatores irritantes forem removidos e não puderem ser removidos [1]. A leucoplasia pode ser descrita como lesões brancas ou placas, o uso de “queratose” deve permanecer uma descrição histopatológica, a menos que seja usado para terminologia clinicamente aceita, como queratose friccional [1].

As leucoplasias homogêneas são uniformemente brancas, planas e lisas (Fig. 1) [1]. A leucoplasia não homogênea engloba três subtipos: nodular (lesões exofíticas arredondadas) (Fig. 2), verrucosa (superfície exofítica enrugada ou verrucosa) (Fig. 3) e eritroleucoplasia (lesões pontilhadas vermelhas e brancas mistas) [1]. A taxa de transformação maligna (MTR) foi relatada em 3% para lesões homogêneas e 14,5% para lesões não homogêneas [8].

A biópsia pode confirmar ou modificar um diagnóstico clínico de leucoplasia [1], com referência específica à presença e grau de displasia. A taxa de transformação maligna (MTR) das lesões displásicas é variável. Estudos relataram uma MTR geral de 2,6-12,1% [9,10]. Outros relataram 1,7-15,0% para leve, 0,0-32,1% para moderada e 0-50,0% para displasia grave [8-11]. Como as lesões displásicas moderadas e graves são frequentemente excisadas, as verdadeiras taxas de transformação são mais difíceis de estimar. O tempo de transformação também é variável [12,13]. Um sistema alternativo de dois níveis de risco foi proposto “baixo” para lesões de risco nulo/questionável ou risco “alto” para lesões de risco moderado/grave,



Fig. 3. Leucoplasia verrucosa extensa envolvendo o palato direito e áreas de leucoplasia envolvendo o palato esquerdo (imagem fornecida por Guy e St Thomas).



Fig. 4. Leucoplasia verrucosa proliferativa envolvendo a gengiva marginal da gengiva labial anterior inferior e sulco lingual inferior (imagem fornecida por Guy e St Thomas).

existindo a necessidade de mais estudos longitudinais [14]. Os pacientes devem ser alertados sobre o risco de transformação e a importância da modificação dos fatores de risco.

Aneuploidia é uma alteração do DNA normal ou do complemento cromossômico em uma célula e é avaliada pela detecção de ampliações ou deleções cromossômicas específicas ou não especificamente pela medição do conteúdo total de DNA da célula [15]. Uma meta-análise do valor preditivo da aneuploidia do DNA na transformação maligna de AOPMs verificou-se que a aneuploidia estava associada a um aumento de 3,12 vezes no risco de transformação maligna [16]. Foi demonstrado que o status diploide e tetraploide do DNA têm valores preditivos negativos [15]. A classificação da displasia, combinada com a análise de ploidia, fornece valores preditivos mais altos para transformação maligna em comparação com a classificação da displasia sozinha [15].

Além do grau de displasia e análise de ploidia, fatores de risco como tabagismo e consumo de álcool, aparência não homogênea, tamanho, localização em locais de alto risco influenciarão na frequência de consultas para vigilância de lesões [17].

Ao monitorar lesões na prática odontológica geral, os DGs devem seguir as orientações dos cuidados fornecidos pelo hospital em relação à frequência de revisão, com atenção especial à dor em uma lesão previamente assintomática, alteração na espessura ou tamanho da lesão, alterações de cor, ulceração ou endurecimento [17]. O grau de displasia e os resultados da análise de ploidia também são importantes na avaliação das lesões e na decisão de seguimento a longo prazo [15]. Nas lesões não displásicas, o seguimento tem sido proposto e varia entre 3 e 6 meses [18]. Os DGs também devem direcionar os pacientes a serviços apropriados de cessação do tabagismo e moderação do consumo de álcool.

Leucoplasia verrucosa proliferativa

A leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP) é definida como uma forma distinta de leucoplasia oral multifocal caracterizada por ter um desenvolvimento clínico progressivo, alterações clínicas e

características histopatológicas e está associado com a maior proporção de desenvolvimento de cancro da cavidade oral em comparação com outros AOPMs. A MTR é relatada como 49,5% [1,10].

A etiologia permanece desconhecida, embora uma morfologia liquenoide tenha sido associada à apresentação inicial da LVP [19,20]. A alta taxa de recorrência após a excisão e a alta MTR exigem um acompanhamento rigoroso dessas lesões.

Devido ao alto risco de transformação maligna, essas lesões devem ser monitoradas por um serviço especializado. Entre as consultas, os DGs devem documentar quaisquer alterações texturais (de uma lesão lisa a uma textura verrucosa ou verrucosa), extensão da lesão e mudança de cor (Figs. 3 e 4). As fotografias são importantes para comparação ao procurar mudanças sutis na LVP.

Eritroplasia

A eritroplasia é “uma mancha vermelha predominantemente ardente que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença definível” [1]. Sua natureza solitária pode ajudar a diferenciá-lo de outras condições [21]. Há variabilidade tanto no contorno (regular/irregular) quanto na textura (aveludada, granular) (Fig. 5) [17]. Os locais mais frequentemente afetados incluem o palato mole, soalho da boca, língua ventral e fauces tonsilares [22]. A prevalência média global relatada de eritroplasia oral foi relatada como 0,11% (variando de 0,01 a 0,21%) [22]. As taxas de transformação maligna da eritroplasia são altas, variando de 14% a 85% [23]. A detecção precoce e a excisão cirúrgica são recomendadas. As características histopatológicas da eritroplasia mostram pelo menos algum grau de displasia ou mesmo carcinoma in situ ou carcinoma invasivo [22]. Essas lesões são raramente monitorado em um ambiente de atenção primária.

Líquen plano

O líquen plano oral (LPO) é uma doença inflamatória crônica autoimune de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença de lesões reticulares brancas e/ou lesões erosivas e/ou atróficas [23]. Clinicamente, seis tipos foram identificados: reticular, tipo placa, papular, atrófico, ulcerativo e bolhoso (Fig.

6) [24]. O líquen plano é uma alteração



Fig. 5. Eritroplasia da mucosa bucal direita (imagem fomecida pela Universidade de Bordeaux).



Fig. 6. Lesões brancas(estrias) com eritema de fundo envolvendo a mucosa bucal esquerda consistente com líquen plano oral (displasia leve na histologia) (imagem fornecida por Guy e St Thomas).

dermatológica e pode ter manifestações extra-orais, com quase 15% dos pacientes com LPO desenvolvendo lesões cutâneas e 20% desenvolvendo lesões genitais [24,25].

A taxa de transformação maligna foi relatada como 1,14% para LPO [25]. O risco de transformação maligna é maior em lesões atróficas e/ou erosivas, sendo a língua o maior risco [25].

O tratamento do líquen plano oral visa reduzir os sintomas, curar áreas ulceradas e prolongar os períodos livres de sintomas [26]. No Reino Unido, os DGs nos cuidados primários têm uma prática clínica limitada prescrição de terapias tópicas para o manejo do LPO. Os DGs na Europa têm acesso a uma maior variedade de tratamentos tópicos. Anestésicos tópicos, como cloridrato de benzidamina (0,15%) ou gel de lidocaína, podem ser prescritos para alívio sintomático na atenção primária. Aconselhamento de estilo de vida é importante e inclui aconselhamento dietético para evitar temperos/alimentos ácidos que possam exacerbar os sintomas e o uso de cremes dentais sem SLS e manutenção de uma boa higiene bucal. O paciente deve ser encorajado a cessar os hábitos tabágicos e o consumo moderado de álcool.

O tratamento do líquen plano sintomático e erosivo é variável. Corticosteróides tópicos são usados como tratamento de primeira linha. Comumente prescritos para uso

como colutório incluem comprimidos solúveis de betametasona 500 mg, comprimidos solúveis de prednisolona 5 mg e fluticasona propionato 400 mg nasais [26,27] (uma vez misturado com água). Pomada de propionato de clobetasol (0,05%) com pasta Orabase, ou inalador de propionato de fluticasona também são frequentemente prescritos [26]. O acetonido de triancinolona pode ser injetado em lesões erosivas [26]. Em pacientes com diagnóstico adicional de displasia em um fundo de líquen plano, lesões displásicas moderadas e graves tendem a ser excisadas com clínicos especializados.

Os tratamentos sistêmicos incluem corticosteróides, hidroxicloroquina, azatioprina, micofenolato mofetil, ciclosporina, metotrexato e retinóides [24,28].

Pacientes que recebem alta para acompanhamento nos cuidados primários a devem estar cientes do potencial de desenvolvimento de manifestações extra-orais de líquen plano e aconselhados a entrar em contato com seu clínico geral em primeira instância. O risco aumentado de transformação maligna deve ser discutido. Folhetos informativos ao paciente podem ser fornecidos (por exemplo, <https://bisom.org.uk/clinical-care/patient-information/>). Os pacientes devem ser instruídos sobre como realizar a automonitorização da cavidade oral. Recomendamos que o líquen plano oral reticular, sem eritema ou ulceração, possa ser monitorado a cada 6 meses [29]. Sinais incluindo ulceração que não cicatriza, alterações na textura da superfície e endurecimento requerem encaminhamento urgente para cuidados secundários.

Lesões Liquenoides

As lesões liquenóides orais (OLs) têm características compatíveis, mas não típicas do LPO [1]. Lesões clínicas tendem a ser unilaterais. Existe geralmente um agente causador subjacente; restauração dentária [30,31], medicamentos (por exemplo, agentes hipoglicemiantes orais, anti-hipertensivos), após ingestão de substâncias alimentares ou em associação com doença crônica do enxerto contra o hospedeiro (DECH) [31]. O termo reação liquenóide oral (RLO) também é utilizado e na literatura refere-se a lesões causadas pelo contato direto com uma restauração dentária ou medicamentos. As lesões secundárias às restaurações dentárias localizam-se na área de contato com o material (Fig. 7) [32].

O teste de contato cutâneo pode ser realizado, o que pode ajudar a formular um plano de tratamento fornecendo recomendação relativamente 'a substituição da restauração. Taxas de teste de contato positivo de 24% [33] e 67,8% [32] foram relatadas naqueles com diagnóstico confirmado de RLO [32]. No entanto, o teste de contato positivo não foi capaz de prever a resolução de RLO quando uma restauração foi substituída. Foi relatada resolução parcial ou melhora considerável, particularmente para pacientes com restauração de amálgama adjacente ao RLO [32]. Os pacientes devem estar cientes de que as lesões podem não resolver completamente ao discutir a substituição das restaurações. A restauração da escolha fica a critério do PIB.

As apresentações das reações medicamentosas variam, com

predileção por serem erosivas e unilaterais [32]. A MTR foi relatada como 1,71% para RLOs, o que pode estar subestimado [26].



Fig. 7. Reação liquenóide oral: estrias liquenóides brancas com eritema de fundo na língua lateral direita opondo-se a uma restauração de amálgama (imagem fornecida pela Universidade de Bordeaux).



Fig. 8. Fibrose submucosa oral: Lesões pálidas com eritema de fundo e pigmentação envolvendo a mucosa bucal direita (imagem fornecida por Guy e St Thomas).

Fibrose submucosa oral

A fibrose submucosa oral (FSMO) é uma doença crônica que afeta a mucosa oral resultando em perda de fibroelasticidade da lâmina própria e, finalmente, fibrose da lâmina própria e da submucosa com atrofia epitelial [1]. Frequentemente, mas não exclusivamente, afeta a mucosa oral em populações do Sul Sudoeste Asiático [34,35]. A noz de areca (areca catechu) e a mastigação de quid de bétela desempenham um papel bem estabelecido no seu desenvolvimento [36]. Há evidências crescentes de suscetibilidade genética à condição [36]. O MTR foi relatado como 4,2% [37]. Os casos avançados podem apresentar palidez da mucosa, hipomobilidade da língua e do palato mole, xerostomia, perda da úvula e leucoplasia (Fig. 8) [35]. O paciente frequentemente relata uma sensação de queimadura. No atendimento odontológico primário, o tratamento odontológico de rotina em pacientes com FSMO com abertura bucal restrita pode ser difícil. A vigilância geralmente é realizada por clínicos especialistas. Quando os DGs são responsáveis pelo seguimento destes casos, aplicam-se os mesmos princípios relativamente à detecção precoce de características preocupantes.

Lúpus eritematoso oral

O lúpus eritematoso é uma condição autoimune crônica com formas sistêmica, discoide e induzida por medicação [1]. Aproximadamente 20% dos pacientes com lúpus sistêmico terão manifestações orais [1]. As lesões orais podem apresentar-se como ulceração e/ou como áreas com atrofia central e lesões brancas circundantes/estrias - semelhantes às observadas no líquen plano oral [38]. As lesões afetam o palato com mais frequência do que no líquen oral plano. Relatos de transformação maligna intraoral são raros, com a maioria dos casos surgindo no lábio [1,39].

Os DGs devem seguir os mesmos princípios descritos acima em relação à identificação precoce de características preocupantes. Pode haver uma sobreposição com a síndrome de Sjogren em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico [40].

Queilite actínica

Trata-se de inflamação crônica, resultante da exposição crônica à radiação UV (solar ou artificial) que atinge os lábios, mais frequentemente o lábio inferior. A prevalência varia de 0,45% a 2,4% [41]. As áreas agudas podem ser eritematosas ou ulcerativas. A aparência mais comum nos casos crônicos é a descamação e seca associada à descoloração esbranquiçada. A MTR para carcinoma de células escamosas foi de 3,07% [41]. Recomendações de segurança solar devem ser fornecidas aos pacientes, incluindo o uso diário de protetor solar de alto fator, evitando a exposição direta ao sol nos horários de pico e usar chapéus de abas largas.

Lesões palatinas em fumadores reversos

Fumar reverso é quando a ponta acesa de um cigarro é colocada dentro da boca e inalada. É um hábito raro no mundo ocidental e é visto principalmente em populações indígenas, ilhas do Caribe, América Latina e algumas ilhas do Pacífico [1]. As lesões são tipicamente vistas no palato aparecendo como branco, vermelho ou misto branco e vermelho [1].

Os DGs devem encorajar a cessação do hábito e fazer encaminhamentos ou direcionar os pacientes para serviços de cessação do tabagismo.

Disceratose congênita

Esta é uma síndrome rara de falência da medula óssea hereditária [42]. A leucoplasia é a apresentação mais comum desta condição, frequentemente envolvendo a língua ou mucosa bucal [43]. Lesões brancas orais na infância são raras. Uma vez excluída a infecção por *Cândida* ou trauma, essas lesões devem ser tratadas com suspeita e encaminhadas [42].

Doença do Enxerto contra o Hospedeiro Oral (DECH)

A doença do enxerto oral contra o hospedeiro (DECH) pode ocorrer após o transplante alogênico de células-tronco paça

malignidades hematológicas [44]. As lesões orais geralmente têm aspecto líquenóide com áreas de ulceração, eritema e/ou áreas atróficas, semelhantes ao líquen plano oral [1]. Mucocelos podem se desenvolver no palato. As glândulas salivares também podem estar envolvidas resultando em xerostomia. A DECH crônica multisistêmica tem sido relatada como um fator de risco para o desenvolvimento de CEC oral [17]. Um aumento de cinco vezes na incidência de cancro de cavidade oral foi relatado em populações imunossuprimidas [45]. A imunossupressão também está associada a piores resultados em relação à recorrência e mortalidade, destacando a necessidade de monitoramento próximo e intervenção precoce nesses pacientes [46, 47]. Pacientes com DECH oral ativa com aparência líquenóide geralmente são seguidos em meio hospitalar ou serviços especializados. Alguns pacientes com aparência de estrias brancas reticulares e sem características ativas ou preocupantes como destacado anteriormente, tendo recebido alta do departamento de Hematologia em relação à condição maligna geral da hematologia, podem potencialmente ser acompanhados na atenção primária com intervalo de 6 meses.

Recomendações gerais

Pacientes diagnosticados com AOPMs têm uma suscetibilidade aumentada para desenvolver cancro de cavidade oral durante a vida [1]. O papel da cândida em AOPMs permanece controverso [1,48].

Prever a transformação maligna é um desafio. Muitos fatores influenciam a transformação maligna; demografia do paciente e fatores de estilo de vida, o tipo de AOPM, aparência, tamanho, localização anatômica e presença/grau de displasia na histopatologia [49]. O grau de displasia, quando presente, e a análise de ploidia [16] fornecem informações valiosas ao decidir sobre intervenção ou monitoramento. Não existem protocolos universais de acompanhamento para o monitoramento dessas lesões. A frequência de tratamento e vigilância é determinada caso a caso. Os especialistas de medicina oral podem fornecer orientação aos DGs sobre os intervalos de consulta recomendados.

Os pacientes devem ser encorajados a monitorar as lesões e relatar quaisquer alterações na aparência das lesões ou alteração nos sintomas.

O papel do autoexame bucal é inconclusivo [50]. Uma revisão

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesse em relação a este artigo.

Consentimento informado

Os autores declaram que o consentimento informado não é necessário.

Cochrane de 2013 concluiu que não havia evidências suficientes para determinar a precisão do teste diagnóstico de autoexame como parte de um programa de triagem organizado [50].

Os DGs devem manter-se atualizado com as orientações sobre AOPMs. Os pacientes devem ser aconselhados sobre fatores de estilo de vida e direcionados aos sites da sociedade de medicina oral para rever folhetos informativos dos pacientes. Os DGs devem documentar as descrições de quaisquer lesões com cuidado e contemporaneidade. Fotografias clínicas são aconselhadas. Os pacientes devem ser tranquilizados quando as lesões não apresentam alterações na aparência.

A candidíase pode alterar a aparência das lesões e causar sintomas. Se houver suspeita de candidíase oral, o tratamento antifúngico deve ser prescrito e as lesões revisadas 2 semanas depois. O encaminhamento deve ser considerado para biópsia para excluir displasia ou malignidade.

O encaminhamento para a atenção secundária para pacientes que receberam alta, deve ser realizado quando houver novas lesões, ou se houver alteração na aparência das lesões atuais. Os critérios para encaminhamentos urgentes são amplamente divulgados na literatura [17]. Para pacientes sob cuidados conjuntos de ambientes de cuidados primários e secundários, as avaliações de acompanhamento devem ser espaçadas para garantir a vigilância regular por um profissional de saúde.

Conclusão

As informações estão cada vez mais amplamente disponíveis para a gestão de AOPMs. Continuará a influenciar a tomada de decisão clínica na determinação dos intervalos de seguimento e na vigilância de pacientes nos cuidados primários. É importante que os dentistas generalistas se sintam confiantes em monitorizar essas condições e, quando preocupados, providenciar o encaminhamento para um hospital ou especialista apropriado. Finalmente, os DGs estão numa posição chave para aconselhar os pacientes sobre hábitos de alto risco que podem aumentar o risco de malignidade. Os pacientes devem ser instruídos a automonitorizar as lesões e alertar o seu médico se forem detetadas quaisquer alterações.

Aprovação do comitê de ética

Os autores declaram que a aprovação ética não é necessária.

Contribuições de Autores

Katherine Eccles: redação - rascunho original, redação - revisão e edição, Barbara Carey: redação - rascunho original, redação - revisão e edição, Richard Cook: redação - revisão e edição, Michael

Escudier: redação - revisão e edição, Marcio Freitas: redação - revisão e edição, Jacobo Limeres: redação - revisão e edição, Luis Monteiro: redação - revisão e edição, Luis Silva: redação - revisão e edição, Jean-Cristophe Fricain: redação - revisão e edição, Giovanni Lodi: redação - revisão e edição, Niccolò Lombardi: redação - revisão e edição, Vlaho Brailo: redação - revisão e edição, Bozana Loncar Brzak: redação - revisão e edição, Raj Ariyaratnam: redação - revisão e edição, Rui Albuquerque: conceituação, redação - rascunho original, redação - revisão e edição.

Financiamento

Este projeto é cofinanciado pelo Erasmus da União Europeia +programa “Oral Potentially Malignant Disorders: Training of Healthcare Professionals”, subvenção n.º 2020-1-UK01-KA202-078917. A Comissão Europeia apoia a produção desta publicação, não constitui um endosso do conteúdo que reflete apenas as opiniões de os autores, e a Comissão não pode ser responsabilizada por qualquer uso que possa ser feito das informações nele contidas.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

References

- Warnakulasuriya S, Kujan O, Aguirre-Urizar JM, *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* 2020 (in press)
- Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa: potentially malignant disorders. *J Oral Pathol Med* 2007;36:575–580.
- Liu W, Wu L, Zhang Y, Shi L, Yang X. Bibliometric analysis of research trends and characteristics of oral potentially malignant disorders. *Clin Oral Investig* 2020;24:447–454.
- Mello FW, Miguel AFP, Dutra KL, *et al.* Prevalence of oral potentially malignant disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Pathol Med* 2018;47:633–640.
- Dziedzic A, Varoni EM. Challenges of oral medicine specialists at the time of COVID-19 pandemic. *Oral Dis* 2022;28:904–907.
- Royal College of Surgeons of England. COVID-19. Online information available at: <https://www.rcseng.ac.uk/dental-faculties/fds/coronavirus/> (accessed September 2021).
- Mehanna HM, Rattay T, Smith J, McConkey CC. Treatment and follow-up of oral dysplasia - a systematic review and meta-analysis: Treatment and Follow-Up of Oral Dysplasia. *Head Neck* 2009;31:1600–1609.
- Warnakulasuriya S, Ariyawardana A. Malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies. *J Oral Pathol Med* 2016;45:155–166.
- Warnakulasuriya S, Kovacevic T, Madden P, Coupland VH, Sperandio M, Odell E, *et al.* Factors predicting malignant transformation in oral potentially malignant disorders among patients accrued over a 10-year period in South East England: Malignant transformation in AOPM. *J Oral Pathol Med* 2011;40:677–683.
- Iocca O, Sollecito TP, Alawi F, *et al.* Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: a systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. *Head Neck* 2020;42:539–555.
- Reibel J, Gale N, Hille J, *et al.* Oral potentially malignant disorders and oral epithelial dysplasia. In: el-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ, *et al.*, editors. WHO classification of tumours of the head and neck. 4th ed. Lyon: IARC Press; 2017.
- Ho MW, Field EA, Field JK, *et al.* Outcomes of oral squamous cell carcinoma arising from oral epithelial dysplasia: rationale for monitoring premalignant oral lesions in a multidisciplinary clinic. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2013;51:594–599.
- Hankinson PM, Mohammed-Ali RI, Smith AT, Khurram SA. Malignant transformation in a cohort of patients with oral epithelial dysplasia. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2021 59: 1099–1101. doi: 10.1016/j.bjoms
- Warnakulasuriya S, Reibel J, Bouquot J, Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement: Oral epithelial dysplasia classification systems. *J Oral Pathol Med* 2008;37: 127–133. Odell EW. Aneuploidy and loss of heterozygosity as risk markers for malignant transformation in oral mucosa. *Oral Dis.* 2021;27: 1993–2007.
- Odell EW. Aneuploidy and loss of heterozygosity as risk markers for malignant transformation in oral mucosa. *Oral Dis.* 2021;27:1993–2007.
- Alaizari NA, Sperandio M, Odell EW, Peruzzo D, Al-Maweri SA. Meta-analysis of the predictive value of DNA aneuploidy in malignant transformation of oral potentially malignant disorders. *J Oral Pathol Med* 2017;47:97–103.
- Diniz Freitas M, Albuquerque R, Monteiro L, Fricain JC (eds). *Oral Cancer Prevention*. Birmingham: Clinical Photography & Design, Birmingham Dental Hospital; 2019.
- Brouns E, Baart J, Karagozoglu K, Aartman I, Bloemena E, van der Waal I. Malignant transformation of oral leukoplakia in a well-defined cohort of 144 patients. *Oral Disease.* 2013;20:e19–e24.
- Capella DL, Gonçalves JM, Abrantes AAA, Grandó LJ, Daniel FI. Proliferative verrucous leukoplakia: diagnosis, management and current advances. *Braz J Otorrinolaringol* 2017;83:585–593.
- Torrejón-Moya A, Jané-Salas E, López-López J. Clinical manifestations of oral proliferative verrucous leukoplakia: a systematic review. *J Oral Pathol Med* 2020;49:404–408.
- Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncol* 2010;46:423–425.
- Villa A, Villa C, Abati S. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians: Oral cancer and oral erythroplakia. *Aust Dent J* 2011;56:253–256.
- Kalavrezos N, Scully C. Mouth cancer for clinicians part 6: Potentially malignant disorders. *Dent Update* 2015;42:866–888, 871–874, 877.
- Eisen D. The clinical features, malignant potential, and systemic associations of oral lichen planus: A study of 723 patients. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:207–214.
- González-Moles MÁ, Ruiz-Ávila I, González-Ruiz L, Ayén Á, Gil-Montoya JA, Ramos-García P. Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Oncol* 2019;96:121–130.
- Rotaru D, Chisnoiu R, Picos AM, Picos A, Chisnoiu A. Treatment trends in oral lichen planus and oral lichenoid lesions (Review). *Exp Ther Med* 2020;20:198.
- Lucchese A, Dolci A, Minervini G, *et al.* Vulvovaginal gingival lichen planus: report of two cases and review of literature. *Oral Implantol (Rome)* 2016;9:54–60.
- Lodi G, Manfredi M, Mercadante V, Murphy R, Carrozzo M. Interventions for treating oral lichen planus: corticosteroid therapies. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;2:CD001168.

29. Kaplan I, Ventura-Sharabi Y, Gal G, Calderon S, Anavi Y. The Dynamics of Oral Lichen Planus: A Retrospective Clinicopathological Study. *Head and Neck Pathology* 2011;6:178–183.
30. McParland H, Warnakulasuriya S. Oral lichenoid contact lesions to mercury and dental amalgam - a review. *J Biomed Biotechnol* 2012;2012:589569.
31. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2018;125:582–590.
32. Suter VGA, Warnakulasuriya S. The RLOe of patch testing in the management of oral lichenoid reactions. *J Oral Pathol Med* 2016;45:48–57.
33. Montebugnoli L, Venturi M, Gissi DB, Cervellati F. Clinical and histologic healing of lichenoid oral lesions following amalgam removal: a prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;113:766–772.
34. Kerr AR, Warnakulasuriya S, Mighell AJ, *et al.* A systematic review of medical interventions for oral submucous fibrosis and future research opportunities: Oral submucous fibrosis, medical management. *Oral Dis* 2011;17:42–57.
35. Kujan O, Mello FW, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral submucous fibrosis: a systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2021;27:1936–1946.
36. Ray JG, Chatterjee R, Chaudhuri K. Oral submucous fibrosis: a global challenge. Rising incidence, risk factors, management, and research priorities. *Periodontology* 2000-2019;80:200–212.
37. Chourasia N, Borle R, Vastani A. Concomitant association of oral submucous fibrosis and oral squamous cell carcinoma and incidence of malignant transformation of oral submucous fibrosis in a population of central India: a retrospective study. *J Maxillofac Oral Surg* 2015;14:902–906.
38. Odell EW. *Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine*. 9th ed. Elsevier; 2017.
39. Arvanitidou I-E, Nikitakis NG, Georgaki M, Papadogeorgakis N, Tzioufas A, Sklavounou A. Multiple primary squamous cell carcinomas of the lower lip and tongue arising in discoid lupus erythematosus: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2018;125:e22–e30.
40. Fava A, Petri M. Systemic lupus erythematosus: diagnosis and clinical management. *J Autoimmun* 2019;96:1–13.
41. Dancyger A, Heard V, Huang B, Suley C, Tang D, Ariyawardana A. Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies. *J Investig Clin Dent* 2018;9:e12343.
42. Bongiorno M, Rivard S, Hammer D, Kentosh J. Malignant transformation of oral leukoplakia in a patient with dyskeratosis congenita. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2017;124: e239–e242.
43. Elad S, Zadik Y, Caton JG, Epstein JB. Oral mucosal changes associated with primary diseases in other body systems. *Periodontol* 2000-2019;80:28–48.
44. Atsuta Y, Suzuki R, Yamashita T, Fukuda T, Miyamura K, Taniguchi S, *et al.* Continuing increased risk of oral/esophageal cancer after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in adults in association with chronic graft-versus-host disease. *Ann Oncol* 2014;25:435–441.
45. Chang J, Sunwoo JB, Shah JL, Hara W, Hong J, Colevas AD, *et al.* Association between immunosuppression and outcomes in oral cavity squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2021;164:1044–1051.
46. Engels EA, Pfeiffer RM, Fraumeni JF Jr, *et al.* Spectrum of cancer risk among US solid organ transplant recipients. *JAMA* 2011;306:1891–1901.
47. Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: a comprehensive review on clinical aspects and management. *Oral Oncol* 2020;102:104550.
48. Sankari SL, Gayathri K, Balachander N, Malathi L. Candida in potentially malignant oral disorders. *J Pharm Bioallied Sci* 2015;7:s162–s164.
49. Vail M, Robinson S, Condon H. Recognition of oral potentially malignant disorders and transformation to oral cancer. *JAAPA* 2020;33:14–18.
50. Walsh T, Liu JLY, Brocklehurst P, Glennly A-M, Lingen M, Kerr AR, *et al.* Clinical assessment to screen for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; CD010173.

