

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

NATALIA TIERI MINETTO

CARCINOMA ESPINOCELULAR NA CAVIDADE BUCAL – IMPORTÂNCIA DO
DIAGNÓSTICO PRECOCE

BAURU
2019

NATALIA TIERI MINETTO

CARCINOMA ESPINOCELULAR NA CAVIDADE BUCAL – IMPORTÂNCIA DO
DIAGNÓSTICO PRECOCE

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
bacharel em Odontologia – Universidade
do Sagrado Coração.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes
Cardoso.

BAURU
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de
acordo com ISBD

| | |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M664c | <p>Minetto, Natalia Tieri</p> <p>Carcinoma espinocelular na cavidade bucal - importância do diagnóstico precoce / Natalia Tieri Minetto. -- 2019. 28f. : il.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP</p> <p>1. Eritroplasia. 2. Carcinoma espinocelular. 3. Câncer bucal. 4. Diagnóstico precoce. I. Cardoso, Camila Lopes. II. Título.</p> |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

NATALIA TIERI MINETTO

CARCINOMA ESPINOCELULAR NA CAVIDADE BUCAL – IMPORTÂNCIA DO
DIAGNÓSTICO PRECOCE

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
bacharel em Odontologia - Universidade
do Sagrado Coração.

Bauru, ____ de _____ de 2019.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Guilherme Ferreira da Silva
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dra. Danieli Colaço Ribeiro Siqueira
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dr. Joel Ferreira Santiago Junior
Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus por ter me permitido sonhar e, acima de tudo, realizar este sonho; por ter me dado saúde e sabedoria para que passasse por essa etapa da minha vida com muita perfeição; e força para superar todos os momentos difíceis a que me deparei ao longo da minha graduação.

À minha família, meus pais **Tais Dulce Tieri Minetto** e **José Marcos Minetto**, meus maiores exemplos, que foram as peças essenciais para que eu concluísse este ciclo tão importante. Com muita garra e determinação, mesmo nos momentos de dificuldade, nunca mediram esforços para que eu chegasse até aqui e concluísse essa etapa tão sonhada. A eles, que sempre foram meu porto seguro e, que através de muito amor e incentivos me fizeram chegar tão longe, dedico esta grande vitória.

Agradeço aos amigos que conquistei durante estes quatro anos, meus colegas de classe, que dividiram comigo as alegrias e tristezas percorridas durante este trajeto, com certeza, guardarei cada um em meu coração, grata por todos os momentos inesquecíveis que vivemos juntos durante estes longos anos.

A minha querida orientadora **Prof. Dra. Camila Lopes Cardoso**, agradeço por todo apoio e paciência ao longo da elaboração do meu projeto final e pelos conhecimentos adquiridos ao longo destes quatro anos. Conhecimentos estes, que foram transmitidos sempre com muita paciência e dedicação.

Aos demais professores, queridos mestres com quem tive o prazer de aprender durante a graduação, que sempre me proporcionaram sabedoria e infinitos recursos para que eu evoluísse a cada dia, me inspirando a me tornar uma profissional capacitada, meu muito obrigada.

Agradeço à **Professora Dra. Danieli Colaço Ribeiro** e **Prof. Dr. Joel Ferreira Santiago Junior** por aceitarem o convite para compor minha banca, avaliando este trabalho e todas correções realizadas.

RESUMO

Um dos problemas de saúde pública do Brasil é o atraso no reconhecimento de lesões malignas na cavidade bucal, principalmente por serem assintomáticas, resultando num pior prognóstico quando detectados e aumentando o índice de óbitos. Paciente do sexo masculino, 61 anos de idade, foi encaminhado à clínica de Estomatologia para avaliar uma alteração na região posterior da língua. Na anamnese, relatou ser trabalhador da zona rural, diabético tipo 2 e ter o vício de fumar cigarros de palha há 50 anos. No exame físico intrabucal, apresentava lesão eritroleucoplásica ora erosiva, de 2,0 cm de extensão, na região posterior lateral da língua, do lado direito, sem bordas endurecidas, assintomática, detectada há 6 meses atrás. As hipóteses de diagnóstico foram desordem com potencial de malignização ou carcinoma espinocelular. Após a constatação da normalidade dos exames complementares pré-operatórios solicitados (hemograma, coagulograma e glicemia), foi realizada uma biópsia incisional atingindo área eritroplásica e erosiva com pequena margem de tecido clinicamente normal. O exame anatomopatológico revelou displasia epitelial. Considerando o laudo microscópico, difícil acesso cirúrgico, anatomia da região e a movimentação da língua, indicou-se a excisão segura da lesão sob anestesia geral. O paciente foi encaminhado com urgência para um serviço que pudesse atender ao tratamento indicado. Após 3 meses, foi realizada a excisão total da alteração, incluindo esvaziamento ganglionar do lado direito, com o diagnóstico final de carcinoma espinocelular, sem metástase regional. O paciente seguiu em acompanhamento médico e odontológico com a nossa equipe e, após 6 meses de cirurgia, ele se encontra satisfeito, sem comprometimento estético e funcional. O presente caso ilustra a importância de biopsiar as alterações na cavidade bucal, principalmente suspeitas de desordens com potencial de malignização, para que possam ser devidamente tratadas precocemente.

Palavras-chave: Eritroplasia. Carcinoma espinocelular. Câncer bucal. Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

One of the public health problems in Brazil is the delay in recognizing malignant lesions in the oral cavity, mainly because they are asymptomatic, resulting in a worse prognosis when detected and increasing the death rate. A 61-year-old male patient was referred to the stomatology clinic to evaluate a lesion in the posterior region of the tongue. In the anamnesis, he reported being a rural worker, type 2 diabetic and having the habit of smoking straw cigarettes for 50 years. On intrabuccal physical examination, the patient presented an erosive erythroleukoplakic lesion, 2.0 cm long, in the posterior lateral region of the tongue, on the right side, without hardened edges, asymptomatic, detected 6 months ago. The diagnostic hypotheses were a disorder with potential for malignancy or squamous cell carcinoma. After finding the normality of the requested preoperative complementary exams (blood count, coagulogram and glycemia), an incisional biopsy was performed, reaching an erythroplastic and erosive area with a small margin of clinically normal tissue. Pathological examination revealed epithelial dysplasia. Considering the microscopic report, difficult surgical access, anatomy of the region and tongue movement, the safe excision of the lesion under general anesthesia was indicated. The patient was referred urgently to a service that could attend the indicated treatment. After 3 months, total change excision was performed, including right-sided ganglion dissection, with the final diagnosis of squamous cell carcinoma without regional metastasis. The patient followed medical and dental follow-up with our team and, after 6 months of surgery, he is satisfied, without aesthetic and functional impairment. The present case illustrates the importance of biopsying the changes in the oral cavity, especially suspected disorders with potential for malignancy, so that they can be properly treated early.

Keywords: Erythroplasia. Squamous cell carcinoma. Oral cancer. Early diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Imagem ilustrativo do fumo trazido..... | 18 |
| Figura 2 - Lesão eritroleucoplásica em região..... | 18 |
| Figura 3 - Biópsia incisional atingindo área..... | 19 |
| Figura 4 - Imagem da área operada após sutura..... | 19 |
| Figura 5 - Fotomicrografia mostrando o..... | 20 |
| Figura 6 - Detalhe da camada basal exibindo..... | 20 |
| Figura 7 - Imagem clínica após 6 meses de..... | 21 |
| Figura 8 – Imagem da região de pescoço..... | 22 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVO | 11 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 3.1 | EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE BOCA | 12 |
| 3.2 | DIAGNÓSTICO TARDIO..... | 14 |
| 3.3 | DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO..... | 14 |
| 3.4 | TRATAMENTO DO CÂNCER | 16 |
| 4 | RELATO DE CASO | 18 |
| 5 | DISCUSSÃO | 23 |
| 6 | CONCLUSÃO | 26 |
| | REFERÊNCIAS | 27 |
| | ANEXO A – Termo de Consentimento | Erro! Indicador não definido. |

1 INTRODUÇÃO

O Câncer representa um grupo amplo de doenças que tem como característica o crescimento desordenado de células. É uma doença genética que na maioria das vezes tende a ser muito agressiva e incontrolável. Em estágios avançados espalham-se para outras regiões do corpo, infiltrando tecidos e órgãos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

Estima-se que no Brasil no biênio 2018-2019 hajam 600 mil novos casos de câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018). Os Registros de Câncer e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS), registrou em 2018 as localidades primárias mais frequentes de câncer que acometem ambos os sexos, sendo que em homens prevalece o câncer de próstata (68.220 casos) e nas mulheres o câncer de mama (59.700 casos) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

No Brasil, o câncer de boca também é um problema de saúde pública, e está em quinto lugar dentre os cânceres mais acometidos pelo sexo masculino e pouco mais do décimo sítio anatômico mais frequente nas mulheres, dependendo da região do país. Pode acometer qualquer região da cavidade bucal, porém o lábio inferior, a língua e o soalho de boca são as mais acometidas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019).

A maioria dos casos de câncer bucal tem sido diagnosticado em estágios mais avançados, o que favorece para que o Brasil possua um alto índice de mortalidade decorrentes da malignidade da doença (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2019). O carcinoma de células escamosas é o tipo de neoplasia maligna que mais se desenvolve na cavidade bucal e apresenta um comportamento agressivo. Outras neoplasias malignas podem afetar a cavidade bucal menos comumente como: neoplasias de glândulas salivares, carcinomas intraósseos odontogênicos, sarcomas e linfomas (NEVILLE *et al.*, 2009).

A carcinogênese é o processo responsável pelo desenvolvimento da neoplasia maligna, na qual possui influência genética e ambiental, sendo este último um fator muito decisivo. Os principais fatores externos envolvidos são: tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, vírus e radiação solar. Os fatores internos incluem

estados sistêmicos imunodeprimidos e comprometidos por anemias (NEVILLE *et al.*, 2009; SOARES, 2002).

O aspecto típico do carcinoma espinocelular é de uma úlcera assintomática, com bordas elevadas, base firme à palpação, leito granuloso e infiltrativo. Uma variação clínica é uma lesão exofítica com superfície irregular, vegetante, papilar ou verruciforme (NEVILLE *et al.*, 2009).

O diagnóstico tardio do câncer bucal reflete num estágio mais avançado da doença com disseminação metastática, resultando num prognóstico desfavorável da condição do paciente. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de uma eritroleucoplasia em base posterior de língua que após a biópsia incisional foi constatada uma displasia epitelial, e após realizada sua excisão total, revelou-se um carcinoma espinocelular. Desordens com potencial de malignização como leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica são indolores e podem representar diversos graus de displasia ou já ser um carcinoma *in situ*, daí a importância da avaliação bucal a cada seis meses (NEVILLE *et al.*, 2009).

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico ilustrativo de um Carcinoma espinocelular na cavidade bucal, enfatizando a importância do diagnóstico precoce através da avaliação bucal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo tem como propósito apresentar os principais trabalhos científicos sobre a situação do carcinoma espinocelular em boca, dando embasamento para a justificativa deste trabalho.

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE BOCA

Em uma revisão de literatura, Leite, Guerra e Melo (2005), abordaram os fatores de risco mais importantes para o aparecimento do câncer bucal. Os autores concluíram que, o desenvolvimento do câncer bucal possui várias etiologias, como o consumo de álcool e tabaco, hábitos alimentares, doenças viróticas, locais de origem, aspectos bucais e propensão genética.

No Brasil, o perfil epidemiológico de indivíduos diagnosticados com câncer bucal, segundo Domingos, Passalacqua e Oliveira (2014), é caracterizado por homens, de pele branca, com idade entre 50 e 70 anos, usuários de tabaco e álcool, ou com associação dos dois, e por trabalhadores expostos constantemente ao sol. Indivíduos que apresentem trauma crônico em consequência do uso de prótese, possuem grande risco de desenvolvimento da lesão maligna, na qual a principal localização anatômica se encontra na borda lateral da língua, soalho de boca e lábio inferior.

Em um estudo, Borges *et al.* (2008) analisaram o índice de casos de câncer de boca, identificados no serviço público de patologia bucal do Estado de Mato Grosso. Para isso, realizaram uma pesquisa epidemiológica, documental e transversal no banco de dados do laboratório público de Mato Grosso. Os dados foram recolhidos por meio de análise de laudos histopatológicos. Foram pesquisados um total de 1.324 laudos lançados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2006. Foram coletados o predomínio e a porcentagem do câncer de boca, no âmbito de todas as lesões bucais, assim como as características físicas dos pacientes, como sexo, idade, tipo histológico e local de origem dos mesmos. O registro do câncer de boca no laboratório de Mato Grosso aumentou em 266% entre 2005 e 2006. Os homens que possuíam idade para trabalhar foram os mais

acometidos pelo câncer de boca e a maioria dos pacientes residiam no interior do estado.

Andrade, Santos e Oliveira (2015) promoveram um estudo de caso controle, no qual avaliaram a associação de características fenotípicas, hábitos pessoais, local de origem, nível de escolaridade e estado civil, com o câncer de boca de uma cidade do Nordeste do Brasil entre 2002 e 2012. Foi avaliado um grupo composto por 127 pessoas com diagnóstico histopatológico de carcinoma de células escamosas (CEC) de boca, atendidas pelo Centro de Referência de Lesões Bucais de Feira Santana (UEFS). A pesquisa foi realizada através de dados colhidos dos prontuários pertencentes aos pacientes participantes. O grupo controle foi formado por 254 indivíduos, escolhidos entre pacientes do mesmo centro de referência. Este estudo demonstrou que o câncer de células escamosas de boca predominou em pacientes na faixa igual ou acima de 50 anos de idade, do gênero masculino, de cor de pele parda/preta, com baixo nível de formação e sem conjugue. A área mais acometida pelo CEC foi a língua, precedido pelo assoalho de boca. Os maiores fatores de risco relacionados com o câncer de boca foi o etilismo e o tabagismo. Aspectos socioeconômicos não revelaram ligação com o câncer de boca.

Melo *et al.* (2010), realizaram um estudo sobre o perfil epidemiológico de um grupo de pacientes com confirmação de neoplasia de boca e faringe de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia nível II, no município de Juiz de Fora, nos anos de 2005 e 2007. A pesquisa foi feita através de uma revisão de 101 prontuários médicos. O estudo demonstrou que a idade média dos pacientes eram de 56,5 anos de idade, com predomínio do sexo masculino, nos quais cerca de 60% relataram uma ingestão diária de álcool, na maioria em forma de bebida destilada. De todos os indivíduos, 67,1% se apresentaram como tabagistas, sendo 26% ex-tabagistas, e com um predomínio quanto ao nível de escolaridade, concentrada no Ensino Fundamental. O local anatômico mais afetado foi a língua, seguida da orofaringe e soalho de boca. O diagnóstico das lesões foi tardio em 39,4% dos casos, que contribuiu para um prognóstico negativo.

O Instituto Nacional de Câncer (2018) realizou uma estimativa das taxas brutas e ajustadas de incidência de novos casos de câncer no Brasil por 100 mil habitantes. Essa estimativa mostrou que o câncer bucal é o 7º tipo mais comum, somando o total de 14.700 novos casos, acometendo 3.500 mulheres e 11.200 homens, sendo o 4º mais comum neste último. Os estados mais acometidos são,

São Paulo (3.990 casos), seguido de Rio de Janeiro (1.700 casos), Minas Gerais (1.440 casos) e Rio Grande do Sul (1.100 casos).

3.2 DIAGNÓSTICO TARDIO

De acordo com Santos *et al.* (2011), o diagnóstico tardio do câncer bucal é uma situação que nos dias atuais ainda acomete a maioria dos casos. O atraso no diagnóstico do câncer bucal contribui para elevados índices de mortalidade, razão pela qual, caracteriza-se em um grande problema de saúde pública mundial. Este cenário atual é ocasionado através de múltiplos fatores, dentre os quais estão a ausência de informações sobre as características do câncer bucal pela população, a inexistência de sintomatologia na fase inicial da doença, e a falta de preparo do cirurgião-dentista. Para um favorável prognóstico da neoplasia, a confirmação da mesma em estágio inicial é extremamente importante, sendo responsabilidade do cirurgião-dentista executar ações de prevenção primária e secundária.

Lombardo *et al.* (2013), realizaram uma pesquisa, através de um estudo qualitativo, que tinha por finalidade apurar na percepção dos cirurgiões dentistas quais os possíveis motivos no atraso da entrada do paciente com câncer bucal na atenção em saúde de maior complexidade. O presente estudo tinha como público alvo cirurgiões-dentistas atuantes em Atenção Primária em Saúde (APS) em Porto Alegre (RS). As informações sobre os profissionais foram coletadas utilizando grupo focal e aplicação de questionário estruturado. O resultado da análise demonstrou a falta de olhar clínico minucioso por parte do profissional, fazendo com que o mesmo priorize as queixas sintomáticas em detrimento das assintomáticas. A pesquisa também demonstrou a falta de trabalho multidisciplinar e a falha do repasse das informações sobre educação em saúde por parte dos profissionais nos diferentes níveis de atenção.

3.3 DESORDENS COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO

Van der Waal, I (2009), considera como desordens com potencial de malignização, a leucoplasia, eritroplasia, líquen plano, fibrose mucosa oral, queilite actínica e pacientes imunodeficientes.

A Queilite actínica é caracterizada por uma ceratose pré-maligna crônica, mais comumente localizada no lábio inferior devido a uma alta exposição a irradiação solar. O sexo mais acometido é o masculino na quarta à oitava década de vida (SCULLY, 2009). O diagnóstico é obtido mediante um exame histopatológico, no qual pode apresentar uma hiperkeratose com ou sem displasia epitelial, ou apresentar um carcinoma espinocelular precoce. O tratamento da queilite actínica consiste na excisão cirúrgica (VAN DER WAAL, 2009).

A eritroplasia é definida como uma placa vermelha aveludada, que contém áreas de displasia, localizadas mais comumente em palato mole, soalho de boca e mucosa jugal, sendo esse tipo de lesão a que mais possui predileção ao câncer bucal. É uma alteração rara, que acomete em sua maioria homens idosos e indivíduos de meia idade (SCULLY, 2009). O álcool e o tabaco são grandes fatores etiológicos da eritroplasia. O diagnóstico é clínico, por exclusão de outras patologias, deve ser sempre submetida à biópsia para exame histopatológico, no qual o resultado geralmente apresenta um certo grau de displasia ou mais frequentemente um carcinoma *in situ* (VAN DER WAAL, 2009).

A Leucoplasia, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença” (NEVILLE *et al.*, 2009). Em sua forma clínica apresentam grandes variações, através da leucoplasia homogênea, que são caracterizadas por placas brancas e uniformes, localizadas mais comumente na mucosa jugal, que apresentam um baixo potencial maligno. E podem também se apresentar em forma de leucoplasia heterogênea, que são lesões nodulares, verrugosas e mosqueadas, geralmente com erosão da mucosa com localização em palato mole, porção ventrolateral da língua e soalho de boca. A leucoplasia ocorre em sua maioria em homens de meia idade e idosos (SCULLY, 2009). O consumo de álcool é um fator de risco para o aparecimento da leucoplasia, assim como o tabaco. Pessoas que possuem o hábito de fumar têm um risco 6 vezes maior do que as que não fumam. Biópsia é recomendada em casos de leucoplasia (VAN DER WAAL, 2009).

De acordo com uma pesquisa realizada por Maia *et al.* (2016), notaram-se uma relação entre os diagnósticos clínico com o histopatológico de eritroleucoplasia, eritroplasia e leucoplasia com o uso do fumo e a queilite actínica com a exposição a luz solar. O presente estudo foi realizado através da análise dos casos

diagnosticados com leucoplasia bucal, eritroleucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano, no período entre maio de 2012 e julho de 2013. Dos 340 pacientes examinados, 106 apresentaram lesões bucais pré-malignas, destas 61 biópsias foram realizadas. Como resultado, a lesão mais frequente constatada foi queilite actínica, na maioria em lábio inferior. Destes 106 pacientes com lesões com potencial de malignização, 48 pacientes relataram uso de nicotina, 35 pacientes ingeriam bebidas alcoólicas e 34 pacientes trabalhavam expostos ao sol. Neste estudo, a eritroleucoplasia foi a que demonstrou um maior grau de malignização.

3.4 TRATAMENTO DO CÂNCER

A metástase não é um evento precoce para os carcinomas da cavidade bucal, mas sim, uma consequência do atraso no diagnóstico. A disseminação metastática do carcinoma de células escamosas da boca ocorre preferencialmente através dos vasos linfáticos para os linfonodos cervicais ipsilaterais. Um linfonodo cervical que contenha um depósito metastático de carcinoma geralmente tem uma consistência firme a pétreo, é indolor e mostra-se aumentado. O diagnóstico do carcinoma de células escamosas que quase sempre é feito pela microscopia óptica de rotina (NEVILLE, 2009).

Em casos de diagnósticos confirmados de câncer de boca, o cirurgião de Cabeça e Pescoço é o profissional responsável pelo tratamento do paciente. Na maioria das vezes o método mais aplicado é o cirúrgico, tanto para tumores pequenos, como para tumores maiores, com a realização de alguma reconstrução se necessário. Quando o tratamento cirúrgico for inviável a quimioterapia e a radioterapia estão indicadas (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018).

De acordo com Scully (2009), o tratamento deve ser planejado, considerando o tempo de sobrevivência do paciente e a qualidade de vida remanescente. O tratamento, de acordo com o sistema TNM são:

- a) Tumores T1 são na maioria das vezes tratados com cirurgia;
- b) tumores T2 são normalmente tratados através cirurgia. No entanto, tumores de borda de língua podem ser tratados com radioterapia externa com adição de implantes radioativos de irídio. Para certos pacientes o tratamento de linfonodos cervicais é realizado através do

esvaziamento cervical total por meio cirúrgico com associação de radioterapia;

- c) tumores T3 Tratamento indicado é o cirúrgico, com excisão do tumor com esvaziamento de linfonodos cervical radical, em associação com radioterapia;
- d) tumores T4, recebem tratamento com quimioterapia e radioterapia associadas.

O tamanho e a extensão da proliferação metastática do carcinoma de células escamosas bucal são os melhores indicadores do prognóstico do paciente. Embora alguns pacientes morram em consequência da doença em um período mais prolongado, após o tratamento inicial, a maioria das mortes ocorrem dentro dos primeiros 5 anos (NEVILLE, 2009).

4 RELATO DE CASO

Paciente, gênero masculino, 61 anos de idade, foi encaminhado à clínica de Extensão em Estomatopatologia da Unisagrado, para avaliação de uma alteração na região posterior da língua. Na anamnese, relatou ser trabalhador da zona rural, diabético tipo 2 e ter o vício de fumar cigarros de palha há 50 anos (figura 1).

Figura 1 - Imagem ilustrativo do fumo trazido pelo paciente



Fonte: Elaborada pela autora.

No exame físico intrabucal, apresentava uma lesão eritroleucoplásica ora erosiva, de 2,0 cm de extensão, na região posterior lateral da língua, do lado direito, sem bordas endurecidas, assintomática, detectada há 6 meses atrás (figura 2).

Figura 2 - Lesão eritroleucoplásica em região posterior de língua



Fonte: Elaborada pela autora.

Diante dos aspectos clínicos e história do vício de fumar, as hipóteses de diagnóstico foram: eritroleucoplasia com displasia epitelial e carcinoma espinocelular in situ. Após a constatação da normalidade dos exames complementares pré-operatórios solicitados (hemograma, coagulograma e glicemia), foi realizada uma biópsia incisional atingindo área eritroplásica e erosiva com pequena margem de tecido clinicamente normal (figura 3 e 4).

Figura 3 - Biópsia incisional atingindo área



Fonte: Elaborada pela autora.

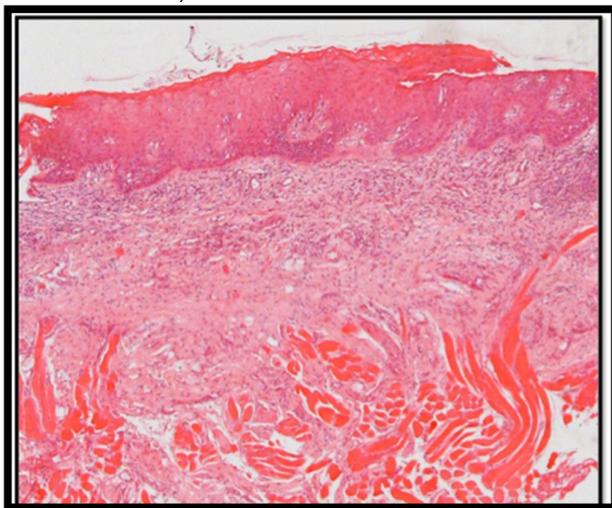
Figura 4 - Imagem da área operada após sutura com vycril 4.0



Fonte: Elaborada pela autora.

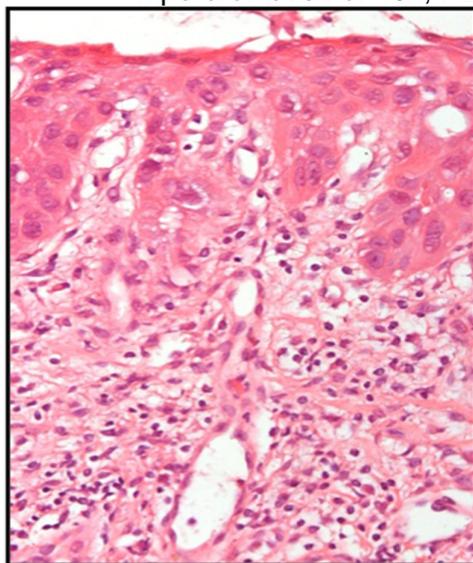
O exame anatomopatológico revelou a presença de displasia epitelial (Figura 5 e 6).

Figura 5 - Fotomicrografia mostrando o epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado com tecido conjuntivo subjacente contendo infiltrado inflamatório mononuclear. 4x, HE



Fonte: elaborada pela autora.

Figura 6 - Detalhe da camada basal exibindo discreto pleomorfismo e hiper cromatismo. 40x, HE

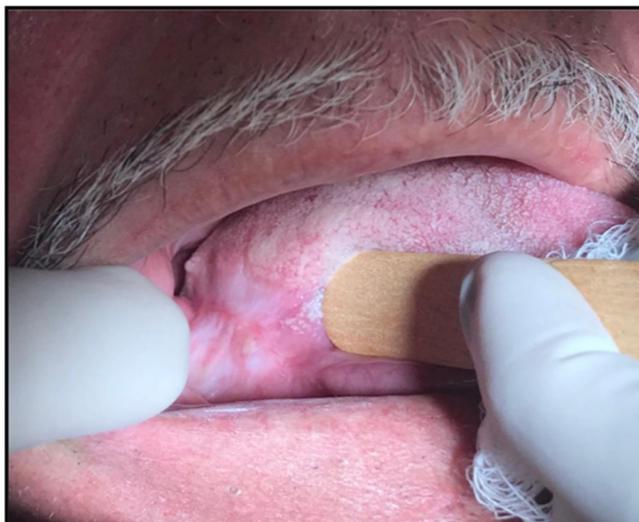


Fonte: elaborada pela autora

Considerando a localização desfavorável, tamanho, movimentação da língua e região muito vascularizada, o tratamento mais seguro seria a excisão total sob anestesia geral. O paciente foi encaminhado com urgência para um serviço que pudesse atender ao tratamento indicado. Após 3 meses, foi realizada a excisão total da alteração, incluindo esvaziamento ganglionar do lado direito, com o diagnóstico final de carcinoma espinocelular, sem metástase regional, no Hospital das Clínicas, UNESP, Botucatu.

O paciente segue em acompanhamento médico e odontológico com a nossa equipe e, após 6 meses de cirurgia, ele se encontra satisfeito, sem comprometimento estético e funcional (Figuras 7 e 8).

Figura 7 - Imagem clínica após 6 meses de acompanhamento revelando ausência de recidiva na região



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 8 – Imagem da região de pescoço ilustrando a cicatriz após o esvaziamento ganglionar do lado direito



Fonte: elaborada pela autora.

5 DISCUSSÃO

Quando há uma confirmação diagnóstica de câncer bucal, o prognóstico do paciente irá depender da fase de desenvolvimento em que o tumor está, uma vez que, o tamanho e a extensão da disseminação metastática são os melhores indicadores do prognóstico do paciente (NEVILLE *et al.*, 2009). De acordo com os estudos abordados, o diagnóstico precoce das lesões malignas, bem como das desordens com potencial de malignização, é decisivo no prognóstico do paciente.

Nem toda a população brasileira possui acesso fácil a informações sobre os maus hábitos ou vícios que predis põem o aparecimento de lesões cancerosas e, muito menos apresentam acesso ao tratamento odontológico. Segundo o IBGE (2018), no ano de 2018, o Brasil apresenta 6,8% da população com mais de 15 anos analfabeta. De acordo com, Andrade, Santos e Oliveira (2010); Melo *et al.*, (2015); Nemoto *et al.* (2015), dentre os pacientes acometidos pelo câncer bucal, o baixo nível de escolaridade representa a característica socioeconômica dessas pessoas. O baixo nível socioeconômico está correlacionado a um menor acesso médico por parte desses grupos, sendo que no Brasil, é ainda mais preocupante, pois a maioria da população de risco ao câncer de boca possui baixa escolaridade (NEMOTO *et al.*, 2015).

A população da zona rural apresenta um grande índice de risco para o desenvolvimento do câncer bucal, pois de acordo com Irineu e Caprara (2008), estas pessoas possuem o vício do fumo muito forte em sua cultura, seguindo influências familiares. Essa prática, segundo o mesmo estudo está relacionada à fatores emocionais como companhia, conforto, amenização de dores e da própria fome. Além do vício ser comum, o preparo do fumo não inclui filtro, resultando numa toxicidade maior e conseqüentemente maior risco de desenvolvimento de câncer. Um ponto que também favorece o atraso no diagnóstico das neoplasias por parte desta população, é a grande distância que mesma vive dos principais postos de saúde. No presente caso clínico, o paciente atendido era morador da zona rural, analfabeto e possuía o vício de fazer o próprio fumo consumido há aproximadamente 50 anos. Ocasionalmente, numa das idas à cidade, passou por uma campanha de prevenção de câncer bucal em praça pública, onde foi observada a alteração e encaminhado ao nosso serviço, daí a importância do governo incentivar as campanhas de prevenção de saúde.

O profissional especializado na cavidade bucal é o cirurgião-dentista, portanto, é de inteira responsabilidade do mesmo o reconhecimento das condições anatômicas na normalidade da cavidade bucal, pois na presença de alterações, ele deve suspeitar e encaminhar para algum especialista que possa biopsiar e conduzir o caso da forma correta. Segundo Santos *et al.* (2011); Segundo Santos *et al.* (2011); foi demonstrado em sua pesquisa que o atraso no diagnóstico do câncer de boca acontece em decorrência da falta de preparo ou atenção durante o exame físico intrabucal realizado pelo cirurgião-dentista. Lombardo *et al.* (2013), conclui que também há a falta de olhar clínico por parte do cirurgião-dentista em diagnosticar lesões malignas, priorizando muitas vezes as queixas sintomáticas do que as assintomáticas.

É de grande importância que o cirurgião-dentista geral ou especialista, saiba as principais características clínicas de uma lesão maligna, que se apresentam na maioria das vezes por uma úlcera assintomática, com bordas elevadas, base firme à palpação, leito granuloso e infiltrativo (NEVILLE *et al.*, 2009).

Dentre as desordens com potencial de malignização, a leucoplasia é a mais frequente e a taxa de malignização é em torno de 5 a 10%, portanto lesões brancas não raspáveis sem origem conhecida merecem atenção especial e requerem biópsia até o estabelecimento do diagnóstico. As eritroplasias, por outro lado, são mais raras, mas possuem um alto potencial maligno, e se caracterizam por placas vermelhas aveludadas, que contém áreas de displasia, mais comumente localizadas em palato mole, soalho de boca e mucosa jugal (SCULLY, 2009). Para ambas as lesões, o álcool e o tabaco são grandes fatores etiológicos (VAN DER WAAL, 2009).

No presente caso a alteração se tratava de uma lesão eritroleucoplásica em região lateral posterior, de base de língua, sendo assim a área eleita para ser investigada microscopicamente atingiu principalmente a região eritroplásica. Durante o transoperatório, a biópsia incisional sob anestesia local em ambiente ambulatorial foi bastante trabalhosa, pois o acesso, a característica de vascularização da região e a movimentação da língua dificultaram muito o procedimento, mesmo assim a quantidade de tecido foi suficiente para avaliação microscópica.

Nos casos de eritroleucoplasia, se indica realizar uma biópsia incisional, pois muitas vezes a alteração pode se tratar de uma alteração maligna a qual é importante permanecer no seu local para ser tratada posteriormente de forma segura por um cirurgião de cabeça e pescoço. O resultado da biópsia incisional

revelou se tratar de uma alteração com displasia epitelial. Na literatura, há muito debate sobre os graus de displasia, entretanto o mais importante é a sua presença já ser suficiente na indicação de exérese total. No presente caso, assim que o laudo de displasia foi emitido, considerando que a lesão poderia ter alguma região já de malignidade, pois 90% ou mais dos casos das eritroplasias já são carcinomas, e também levando em conta o difícil acesso cirúrgico, o paciente foi encaminhado com urgência para o tratamento da lesão sob anestesia geral pelo SUS.

O diagnóstico do câncer bucal é feito pelo cirurgião-dentista, entretanto o seu tratamento é conduzido por um cirurgião de cabeça e pescoço. Antes da exérese da lesão, o paciente é estadiado para se estabelecer as formas de tratamento que o mesmo receberá e como será o seu prognóstico. O tratamento do câncer bucal envolve outras especialidades sendo considerado multidisciplinar. No caso do dentista, ele participa do preparo prévio, suporte durante os tratamentos rádio e quimioterápico e na reabilitação pós tratamento, quando se ficam sequelas que comprometem a função e estética.

Como no presente caso, quando a lesão maligna não desenvolveu processo de metástase regional o tratamento consistiu na remoção cirúrgica do tumor com extensão de margem de segurança em tecido sadio, podendo receber radioterapia em alguns casos. Quando o tumor já desenvolveu processo de metástase para as estruturas adjacentes, o tratamento consiste em quimioterapia para regressão do tumor. É importante acompanhar o paciente e conscientizar o mesmo sobre a relação causal do fumo, como foi feita no presente caso. Somando ao acompanhamento médico, o paciente necessita realizar uma consulta com o cirurgião dentista, que deverá ser feita a cada 6 meses ou antes no aparecimento de algum sinal ou sintoma.

6 CONCLUSÃO

O presente caso ilustra a importância do exame físico intrabucal minucioso do paciente e reconhecimento precoce das alterações na cavidade bucal. Somando a isto, mostra o quão necessário é a existência de campanhas sobre a prevenção do câncer bucal atingindo uma população mais carente socioeconomicamente. Na identificação de alterações sem causas reconhecidas, suspeitas de lesões com potencial de malignização ou câncer é fundamental biopsiar as mesmas para que possam ser devidamente tratadas precocemente.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. S.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n 4, p. 894-905, out./dez. 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400894.
- BORGES, F.T. *et al.* Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1977-1982, set. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900003. Acesso em: 10 jul. 2019.
- CRISPIAN SCULLY. **Medicina Oral e Maxilofacial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2008.
Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/AOR?dd1=54&dd99=view>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- DOMINGOS, P. A. S.; PASSALACQUA, M. L. C.; OLIVEIRA, A. L. B. M. Câncer bucal: um problema de saúde pública. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 46-52, jan./abr. 2014. Disponível em:
<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/285>. Acesso em: 16 jul. 2019
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Educação. *In: ibge.gov.br.*, [Brasília, DF], Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de boca. *In: inca.gov.*, [Brasília, DF], 19 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estatísticas de câncer. *In: inca.gov.*, [Brasília, DF], 01 ago. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf> . Acesso em: 12 jun. 2019.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. O que é câncer?. *In: inca.gov.*, [Brasília, DF], 03 abr. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 12 ago. 2019.
- IRINEU, R. A.; CAPRARA, A. Histórias de pacientes com câncer de boca e práticas de fumo em áreas rurais do nordeste brasileiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 500-507, setem. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

81452008000300016&lang=en Acesso em: 26 jul. 2019

LEITE, A. C. E.; GUERRA, E. N. S.; MELO, N. S. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão. **Archives of Oral Research**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 31-36, jan./mar. 2005.

LOMBARDO, E.M. *et al.* Atrasos nos encaminhamentos de pacientes com câncer bucal: avaliação qualitativa da percepção dos cirurgiões-dentistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n 4, p. 1223-1232, Abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401223&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 8 jul. 2019

LUCK, H. **Liderança em gestão escolar**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MAIA, H.C.M. *et al.* Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 35-40, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082016000100035&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 jul. 2019

MELO, L.C. *et al.* Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 351-355, jul./set. 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-86372010000300012&lng=en&nrm=isoT&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2019

NEMOTO, R. P. *et al.* Campanha de prevenção do câncer de boca: estamos atingindo o verdadeiro público-alvo? **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 81, n. 3, p. 44-49, feb. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-86942015000100044&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 16 jul. 2019

NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009.

SANTOS, I.V. *et al.* O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 10, n. 3, p. 207-210, jul./Set. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882011000300003. Acesso em: 15 jul. 2019.

SOARES, H. A. **Manual de câncer bucal**. [S.l.: s.n.], 2002.

VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, Amsterdam, v. 45 n. 4-5, p. 317–323, Apr.-May. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18674954>. Acesso em: 10 jul. 2019