

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

JOÃO MARCOS ANGELO CATHARINI

**APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA DE CARCINOMA
ESPINOCELULAR EM LÁBIO INFERIOR**

BAURU
2018

JOÃO MARCOS ANGELO CATHARINI

**APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA DE CARCINOMA
ESPINOCELULAR EM LÁBIO INFERIOR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação da Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso.

BAURU
2018

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

C361a Catharini, João Marcos Angelo
Apresentação clínica atípica de carcinoma espinocelular em
lábio / João Marcos Angelo Catharini. -- 2018.
24f. : il.
Orientadora: Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP
1. Carcinoma espinocelular. 2. HIV. 3. Lesões malignas. 4.
Lábios. 5. Excisão cirúrgica. I. Cardoso, Camila Lopes. II. Título.

JOAO MARCOS ANGELO CATHARINI

**APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA DE CARCINOMA
ESPINOCELULAR EM LÁBIO INFERIOR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação da Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso.

Bauru, 27 de novembro de 2018.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Camila Lopes Cardoso
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Flora Freitas Tavora
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dr. Valdey Suedam
Universidade do Sagrado Coração

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida e por ter me proporcionado chegar até aqui. A minha mãe Valeria, meu pai Jodemar e minhas irmãs Tatiane e Paula por toda a dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos, pois sei que foram anos de sacrifício para todos nós.

Agradeço meus amigos por fazerem essa etapa da minha vida uma das mais prazerosas, proporcionando risadas, momentos tensos e prazerosos de estudos e principalmente por através desses quatro eu conseguir ter conquistado amizades realmente verdadeiras. Eduardo yamauchi, Giovanni Eoi, Vinicius Scudeler, Matheus Santos, Thiago Ballalai, Matheus carvalho, Luis Fernando Brisola em especial, recebam meu abraço e meu muito obrigado. A minha Namorada Rafaela Bartolomeu, quero agradecer por sempre me cobrar, me desejar o melhor sempre, sempre me apoiar e me dar forças.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a ajudar e contribuir para um melhor aprendizado, de uma maneira muito carinhosa e especial a minha professora e orientadora professora doutora Camila Lopes Cardoso que sempre foi uma profissional de extrema qualidade e com muita dedicação, paciência e amor me ajudou em muitas oportunidades durante a graduação. Obrigado professora, pode apostar que sempre terá uma lembrança e um carinho enorme por você. Agradeço também a minha instituição por ter me dado a chance e todas as ferramentas que permitiram chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

RESUMO

O carcinoma espinocelular (CEC) ou também chamado de carcinoma de células escamosas é uma neoplasia maligna fatal que mais acomete a cavidade bucal. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso com apresentação clínica atípica de CEC em lábio inferior num paciente HIV positivo. O paciente era do gênero masculino, leucoderma, 59 anos, portador do vírus HIV, compareceu ao ambulatório de estomatopatologia com a queixa de ardência no lábio inferior. Na história pregressa, relatou ter sido submetido à biópsia incisional do lábio inferior com o diagnóstico de displasia epitelial leve. Ao exame físico intraoral apresentava o lábio inferior com um quadro compatível de queilite actínica. Na sua região central, onde se queixava de formigamento e dor do tipo “fisgada”. Após duas semanas de acompanhamento, o paciente relatou piora na dor. Considerando um diagnóstico sugestivo de queilite actínica crônica, a condição sistêmica do paciente, bem como a sua queixa sintomática, foi feita uma biópsia incisional da região afetada. O exame anatomopatológico foi compatível com Carcinoma espinocelular (CEC). O paciente foi encaminhado para a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço e foi feita uma vermelhenectomia do lábio inferior. Após quatro meses, o paciente se encontrou bem, com ótima cicatrização do lábio inferior e seguindo um acompanhamento trimestral com a equipe de Estomatologia. Pacientes HIV positivos podem apresentar maior predisposição à neoplasias malignas, diante do seu quadro de imunossupressão. O presente caso enfatiza a atenção ao exame de boca de pacientes portadores do vírus HIV, bem como valoriza a queixa do paciente, a qual já revelava alterações sensoriais da região afetada. Vale ressaltar que os aspectos clínicos de um CEC geralmente é de uma úlcera assintomática, tendo o presente caso uma apresentação clínica atípica.

Palavras-chave: Carcinoma espinocelular. HIV. Neoplasia maligna. Lábios.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma (SCC) or also called squamous cell carcinoma is a fatal malignant neoplasm that affects an oral cavity. The objective of this study was to present atypical case clinical presentation in the SCC in lower lip in an HIV positive patient. A 59 years old male patient, with HIV virus, had complaint of burning in the lower lip. In the previous history, he reported having undergone incisional biopsy of the lower lip with the diagnosis of mild epithelial dysplasia. The intraoral examination showed the lower lip with a compatible of actinic cheilitis. In his central region, where he complained of tingling and pain of the "hooked" type. After two weeks of follow-up, the patient reported pain worsening. Considering a diagnosis suggestive of chronic actinic cheilitis, the patient's systemic condition, as well as his symptomatic complaint, an incisional biopsy of the affected region was performed. Anatomopathological examination was compatible with SCC. The patient was referred to the head and neck surgery team and a vermillionectomy of the lower lip was performed. After four months, the patient was well, with excellent healing of the lower lip and following a quarterly follow-up with the stomatology team. HIV-positive patients may be more predisposed to malignant neoplasias, given their immunosuppression status. The present case emphasizes attention to the oral examination of patients with HIV virus, as well as values the patient's complaint, which already revealed sensory alterations of the affected region. It is worth mentioning that the clinical aspects of CPB are usually asymptomatic, with the present case presenting an atypical clinical presentation.

Keywords: Squamous cell carcinoma. HIV. malignant lesions. lips.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3	PROPOSIÇÃO	13
4	METODOLOGIA.....	14
5	RELATO DE CASO.....	15
6	DISCUSSÃO	19
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) ou também chamado de carcinoma de células escamosas é uma neoplasia maligna fatal que mais acomete a cavidade bucal. A cada ano, 300.000 casos novos de CEC bucal surgem e cada vez mais acometendo pacientes jovens (THOMSON, 2018). Embora os métodos de diagnóstico e campanhas de prevenção tenham aumentado, 50% dos pacientes com CEC acabam morrendo em 5 anos, principalmente quando o diagnóstico se dá tardiamente (THOMSON, 2018).

No Brasil, cerca de 14.700 novos casos de câncer bucal são estimados em 2018, sendo 11.200 do gênero masculino (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2018), por isso a importância do cirurgião-dentista no exame físico minucioso do paciente. Infelizmente, a maioria dos casos recebem um diagnóstico numa fase avançada, resultando em sequelas do tratamento, pois o envolvimento é maior, reduzindo a sobrevivência do paciente.

Considerando a cavidade bucal, os sítios anatômicos mais acometidos pelo CEC são: região lateral da língua, soalho de boca. O lábio inferior também é um local bastante comum, pois sofre a ação da radiação solar. Muitos casos de queilite actínica, desordem com potencial de malignização (VAN DER WAAL, 2010), evoluem para CEC. O perfil destes pacientes são: homens, de faixa etária acima dos 50 anos de idade, com história de trabalhar exposto ao Sol e ter a pele clara.

O câncer é uma doença genética, porém recebe uma influência ambiental muito significativa na sua etiopatogenia. Além da radiação solar, o álcool e tabaco são considerados agentes etiológicos importantes na carcinogênese. Alguns tipos virais como o papilomavírus humano (HPV) tipo 16 e 18, são considerados oncogênicos também. Além desses contribuintes locais, fatores sistêmicos também atuam na carcinogênese como: dieta pobre em vitaminas e rica em gordura animal, síndromes e doenças imunossupressoras.

Pacientes com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) desenvolvem neoplasias malignas mais comumente quando comparados a pacientes saudáveis, principalmente quando já estão com a Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (LEÃO, 2009). As neoplasias malignas mais comuns no paciente com AIDS é

o sarcoma de Kaposi (relacionado ao Herpes vírus tipo 8) e Linfoma não-Hodking (relacionado ao vírus Epstein-Barr) (EPSTEIN; CABAY; GLICK, 2005).

A relação do CEC e pacientes HIV positivos ainda não é totalmente evidenciada. Estudos consideram que o CEC é uma manifestação não usual em infecções por HIV (VAN DER WAAL, 2007), quando comparadas às demais neoplasias malignas supracitadas. Considerando este contexto, o objetivo deste trabalho foi apresentar um caso com apresentação clínica atípica de CEC em lábio inferior num paciente HIV positivo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O paciente com AIDS apresenta uma incidência maior de serem acometidos por determinadas neoplasias malignas como: carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas, câncer cervical, linfoma de Hodgkin, linfoma não-Hodgkin, seminoma, leiomioma e leiomiossarcoma pediátrico (EPSTEIN; CABAY; GLICK, 2005).

Um estudo longitudinal comparando 19.609 pacientes HIV+ em comparação com 7.957 pacientes HIV-, encontrou um aumento estatisticamente significativo do risco de câncer hepatocelular e tumores de glândula salivar em pacientes infectados do gênero masculino (SERRAINO, 2000). Indivíduos HIV+ tiveram um aumento total de duas vezes no risco de doença maligna. O Sarcoma de Kaposi está altamente associado à transmissão sexual e está incluído nos critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para o diagnóstico da AIDS. Outras malignidades orais, como o Linfoma não-Hodgkin e o CEC, foram classificadas como "vistas em pacientes com infecção pelo HIV" (VAN DER WAAL, 1997).

Abreu et al. (2004), realizaram um estudo de caso no qual avaliaram os fatores de prognósticos do carcinoma espinocelular de lábio. Nessa análise foi constatado que o carcinoma espinocelular de lábio acomete entre 90% a 95% da região inferior. Além disso, foram relacionadas características clínicas para esse prognóstico como metástase a distância, tamanho do tumor e propagação aos gânglios linfáticos regionais, mas esses padrões foram estabelecidos para lesões a partir de 2cm, o que para carcinoma espinocelular de lábio é um tamanho incomum. Os resultados do estudo mostram que metástases e recidivas não dependem da idade ou do sexo dos pacientes e que há independência entre a localização do tumor, no lábio superior ou inferior, e a incidência de metástases e recidiva. Houve uma relação entre o tamanho da lesão a partir de 0,5cm e a ocorrência de metástases e recidiva. Verificou-se que o tamanho da lesão determina a invasão em outros tecidos. O infiltrado inflamatório verificado em todas as lesões era linfoplasmocitário e, em algumas, associado com eosinófilos sem relação com o tamanho do tumor.

Teixeira et al. (2009), realizou um estudo epidemiológico em fortaleza, na casa de misericórdia onde o objetivo foi identificar o perfil epidemiológico dos

pacientes portadores de CEC bucal. Foram analisados 225 casos onde foram analisados: idade, sexo, procedência do paciente, estadiamento clínico e patológico, localização anatômica e tratamento. Nos resultados obtidos observaram que 69,2% dos casos prevalecem em homens com a faixa etária variando de 26 a 98 anos. Foi observado também que os lugares mais acometidos foram soalho de boca com 22,7%, e língua com 21,8%. 52,4% dos pacientes se apresentaram em estagio avançado, sendo 40% constatado metástase regional. Foi relatado que o tratamento mais utilizado foi cirurgia associada a radioterapia. O resultados obtidos pela pesquisa realizada constatam a necessidade de uma consciência de prevenção e controle do câncer bucal no Ceará, visando reduzir o numero de novos pacientes com este tipo de lesão.

Vargas-Ferreira et al. (2012) constatou que, dos pacientes portadores de câncer bucal, 15% a 20% não obtiveram esse tipo lesão através dos fatores etiológicos mais comuns que são o álcool e o tabagismo. Observado pelos autores em sua pesquisa, foi notado que desses pacientes que não se encaixam no grupo dos usuários de álcool e tabaco, pode ter uma relação direta com o vírus papiloma humano (HPV). Em virtude disso, o trabalho foi desenvolvido com a intenção de revisar as características dadas a esse grupo de pacientes. Além disso é importante avaliar pacientes não só através dos fatores de risco, mas sim de uma maneira geral, uma vez que o conhecimento pode auxiliar na análise de outras características associadas com a ocorrência de carcinoma, possibilitando e ocasionando uma melhora no manejo clínico e proervação.

Segundo Neville et al. (2009), o CEC bucal afeta mais de 94% da população, sendo ela predominante do sexo masculino, com exposição à luz solar por um longo tempo. Sobre o CEC em lábio foi um pouco diferente, pois essa lesão provém de uma patologia igual à patologia de células escamosas da pele que sofreu exposição à luz do sol. Esse tipo de carcinoma é encontrado mais em pessoas brancas do que pardos e negros devido ao seu principal fator etiológico que é a luz solar ou também pode surgir da queilite actínica, exatamente no local onde o homem apoio o cigarro, charuto e a palha do cigarro. Já suas características clínicas são ulcerações firmes a palpação, ausente de sintomatologia dolorosa, com leve secreção de exudato, na qual possui menos de 1cm na sua maior apresentação.a sua taxa de crescimento é lenta e os pacientes relatam perceber algumas mudanças no local em 1 ou 2 anos.

Outro fator pode estar associado ao CEC é o fator da imunossupressão. Ela pode ser responsável pela aquietamento e progressão de algumas malignidades, pois um imunossuprimido não consegue conhecer esse tipo de lesão no começo do seu desenvolvimento. O indivíduo portador de AIDS tem uma maior chance de apresentar CEC do que indivíduos não portadores, ainda mais quando esses fazem o uso indivíduo de álcool e tabaco.

Leão et al. (2009), relatou em seu estudo sobre complicações orais da doença do HIV que, os sinais da infecção do HIV costumam aparecer primeiramente na boca, permitindo assim que haja possibilidade de detecção da doença em um estágio inicial, permitindo seu tratamento e diminuindo sua chance de progressão. Na cavidade bucal, o autor relata algumas situações clínicas onde pacientes com HIV apresentavam alterações da normalidade como xerostomia, lesões em glândulas salivares, doenças gengivais e periodontais, infecções virais como herpes, infecção fúngica como candidíase. Os autores relatam em sua conclusão que não tem como o cirurgião-dentista ter a certeza de que um paciente tem o vírus do HIV, ou que esse vírus está relacionado a alguma lesão bucal, porém é de extrema importância que o cirurgião-dentista se aperfeiçoe cada vez mais em sua anamnese, fazendo ela de forma mais atenta e detalhada.

Um estudo realizado por Porro et al. (2000), sobre Manifestações dermatológicas da infecção pelo HIV, relatou que esse tipo de doença afeta de maneira mais acentuada a pele e que problemas relacionado a pele em pacientes portadores do HIV pode chegar a 92%.

Situações e doenças também podem estar associadas à pessoa que possui a doença do HIV. Infecções virais por exemplo pode ser uma delas podendo apresentar, depois de duas a quatro semanas a exposição, sinais e sintomas como por exemplo febre, linfadenopatia, faringite, fadiga e sudorese noturna. Úlceras orais ou anogenitais podem acompanhar esse tipo de doença em até 36% dos casos. Outra doença frequente é a leucoplasia pilosa oral causada pelo vírus Epstein-Barr. Descrita por Greenspan (1984) a leucoplasia pilosa é considerada marcador de progressão da infecção pelo HIV. Há relatos de leucoplasia pilosa oral em outros grupos de pacientes com imunossupressão e de uma maneira mais rara, em imunocompetentes. Clinicamente pode apresentar através de placas brancas, irregulares, com aspecto de cerdas de escova, assintomáticas, em geral nas bordas

laterais da língua, uni ou bilateralmente. Pode também ocorrer no dorso da língua, mucosa jugal e palato. É rara em crianças portadoras do HIV. O diagnóstico é clínico, devendo ser feita a confirmação através do encontro do vírus Epstein-Barr por citologia esfoliativa e hibridização in situ ou PCR. O principal diagnóstico diferencial é a candidíase. O tratamento geralmente não é necessário, uma vez que o quadro é assintomático, mas pode ser instituído por razões estéticas. Entre as opções terapêuticas estão aplicação tópica de podofilina, retinóides tópicos e aciclovir sistêmico, mas as recidivas são frequentes.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi reportar um caso com apresentação clínica atípica de CEC em lábio inferior num paciente HIV positivo.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado baseado no prontuário odontológico, documentação fotográfica e laudo histopatológico do paciente, que autorizou a divulgação científica.

5 RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 59 anos, compareceu na clínica de Estomatologia com a queixa principal de "ardência no lábio inferior". Na história da doença atual apresentava um quadro de queilite actínica crônica e relatou a ter sido submetido a biópsia incisional do lábio inferior há mais de anos com o diagnóstico de displasia epitelial leve. Na história médica, relatou ser portador do vírus HIV, em acompanhamento há anos, e com a carga viral quase zerada. No exame físico ele apresentava o lábio inferior levemente ressecado, com pequenas placas finas esbranquiçadas ora com áreas de erosão (Figura 1). Foi observado o hábito de umedecer o lábio com a língua a cada segundo. Inicialmente foi acompanhado após prescrição com Omcilon AM e uso de protetor solar.

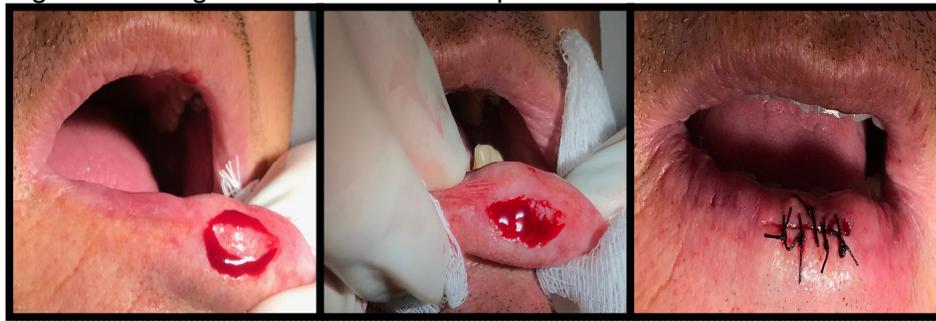
Figura 1 - Aspecto inicial do lábio inferior do paciente.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Considerando a manutenção da queixa de fisgadas e ardência no lábio, em região apontada pelo paciente, foi realizada uma biópsia incisional (Figura 2).

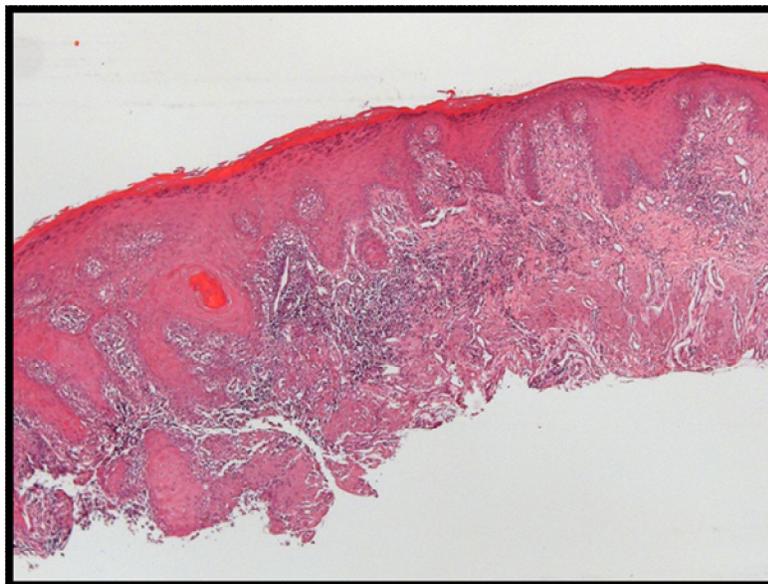
Figura 2 - Imagens ilustrativas da biópsia incisional



Fonte: Elaborada pelo autor

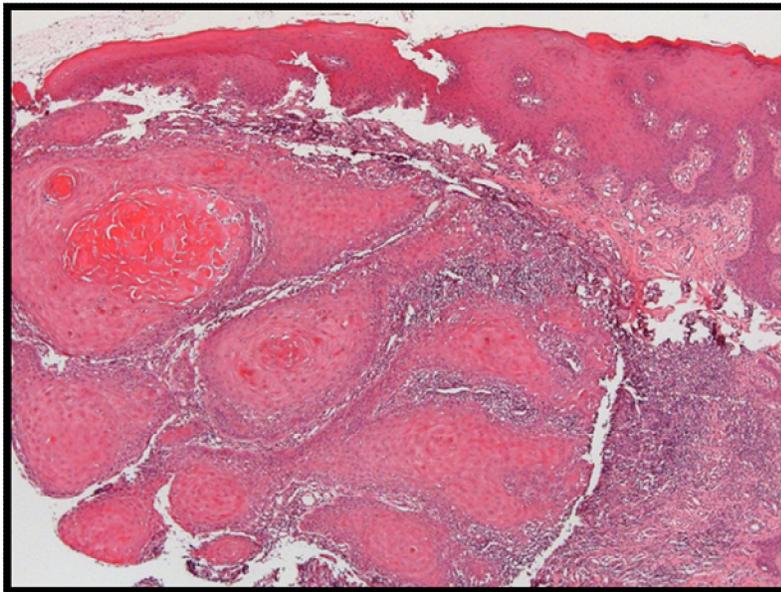
O exame anatomopatológico revelou epitélio estratificado pavimentoso hiperortokeratinizado com displasia epitelial moderada, ilhotas epiteliais neoplásicas com pleomorfismo, disqueratose, pérolas córneas invadindo a submucosa e intenso infiltrado inflamatório mononuclear (Figura 3 e 4). Diante destes achados o diagnóstico final foi de Carcinoma espinocelular (CEC) com margens comprometidas.

Figura 3- Fotomicrografia em menor aumento da peça biopsiada. HE, 5X.



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 4 - Detalhe das ilhotas neoplásicas infiltrando o tecido conjuntivo com expressivo infiltrado inflamatório crônico. HE, 10x.



Fonte: elaborada pelo autor

O paciente foi encaminhado para a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço e foi feita uma vermelhenectomia do lábio inferior (Figura 5). Após quatro meses, o paciente se encontrou bem, com ótima cicatrização do lábio inferior e seguindo um acompanhamento trimestral com a equipe de Estomatologia (Figura 6).

Figura 5 - Imagem ilustrativa do paciente após a



vermelhenectomia.

Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 6 - Controle do paciente após 4 meses.



Fonte: elaborado pelo autor.

6 DISCUSSÃO

A ocorrência do câncer de boca no mundo e, particularmente no Brasil, tem sido associada à um atraso no diagnóstico, pois a maior parte dos casos são identificados num estadiamento avançado.

O presente trabalho ilustra um caso bem interessante sob o aspecto clínico, pois o CEC geralmente se manifesta como uma lesão ulcerada assintomática, que não cicatriza, e considerando o aspecto inicial do lábio inferior do paciente, se não houvesse queixa de alterações sensoriais como a ardência e fisgadas, não seria indicada a biópsia naquele momento. Na história odontológica prévia, o paciente já havia sido submetido à biópsia no mesmo local meses atrás, entretanto o laudo revelou se tratar uma displasia epitelial leve. Talvez, pelo fato de ter sido também incisional, a região eleita não foi representativa no CEC naquele momento, por isso a importância do acompanhamento de queilite actínica com displasia epitelial.

O CEC tem sido relatado em pacientes com HIV, embora evidências epidemiológicas documentando o aumento do risco de CEC ainda não tenham sido convincentes (THOMSON, 2018). O paciente deste trabalho tinha história de infecção pelo vírus HIV anos atrás, com cumprimento do tratamento com drogas antivirais e relatou estar com a carga viral muito baixa, considerada quase indetectável. Além disso, apresentava um bom estado geral. Apesar disso, pode se considerar a infecção pelo HIV como mais um fator na etiopatogenia do CEC encontrado.

Atualmente, após o avanço da terapia antirretroviral para o vírus HIV, os pacientes infectados apresentam uma vida muito próxima de um paciente saudável, pois se cumprir corretamente a terapia, muitas vezes a carga viral passa a ser indetectável, diminuindo os efeitos da doença, como doenças oportunistas e então melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Autores observaram uma significativa redução de lesões bucais após a terapia antirretroviral (NASTI et al., 2003). Por outro lado, outros autores observaram que as verrugas e papilomas causados pelo vírus HPV estão aumentando a sua ocorrência (GREESPAN et al., 2001; BIRBAUM et al., 2002).

Autores acreditam que da mesma forma que o paciente se infectou pelo vírus HIV, ele também se infectou ao longo da vida com outros vírus que podem contribuir

para o surgimento das neoplasias malignas, como o Sarcoma de Kaposi por exemplo e outras herpesvíroses (CESARMAN et al., 1995). Ainda, as malignidades bucais podem ser subestimadas; por exemplo, uma avaliação post-mortem de alterações da língua em 20 pacientes com AIDS revelou 1 paciente com Linfoma não-Hodking e Sarcoma de Kaposi (LEONARD et al., 1997).

O tratamento das neoplasias malignas é feito por médico, geralmente tumores da cavidade bucal são operados pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço e, o paciente pode ser acompanhado por um oncologista para estadiar a doença e receber o protocolo mais adequado de tratamento.

No presente caso foi feita a vermelhenectomia, a qual é a remoção cirúrgica do vermelhão do lábio. Considerando que a lesão apresentava margens comprometidas e o cirurgião não tinha parâmetros do sítio exato da neoplasia, foi feita com ampla margem, embora não tenha deixado grande deformidade.

O CEC de lábio não possui o mesmo prognóstico do câncer de pele ou CEC intraoral. Quando comparado com o câncer intraoral, apresenta menor chance de sofrer metástase (LAWS et. al., 2000). Entretanto, é fundamental o paciente entender a importância do uso de protetor solar, chapéu de aba larga, melhora dos hábitos, excluindo tabaco, álcool e dieta pobre em vitamina.

O acompanhamento do paciente deve ser em curtos intervalos de tempo no início e sempre pedindo para o paciente retornar antes do tempo caso tenha alguma queixa ou alteração observada clinicamente. O lábio é uma região mais fácil para ser observada pelo paciente quando comparada ao interior da cavidade bucal. Em casos de regiões suspeitas como ulcerações ou eritroplasia, esta novamente deve ser biospsiada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente caso enfatiza a atenção ao exame da cavidade bucal, especialmente em pacientes portadores do vírus HIV, os quais podem ser mais suscetíveis à neoplasias malignas. Além disso, é importante sempre valorizar a queixa do paciente, pois no presente caso o CEC não apresentava os sinais clássicos já descritos.

REFERÊNCIAS

- 1 - ASCHER MS, SHEPPARD HW. AIDS as immune system activation: a model for pathogenesis. **Clinical and experimental immunology**, August 1988, Vol.73(2), pp.165-7. Disponível em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1541594/>). Acesso em: 14, 09, 2018.
- 2 - BIRNBAUN W, HODGSON TA, REICHART PA, et al., Prognostic significance of HIV-associated oral lesions and their relation to therapy. **Oral Dis** 2002;8(Suppl 2):S110-4. Disponível em (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1601-0825.2002.00021.x>). acesso em 14, 09, 2018.
- 3 - CARVALHO MB, et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. **Rev Assoc Med Bras** 2001 jul./set.; 47(3). Disponível em (<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v47n3/6544.pdf>). Acesso em: 14, 09, 2018.
- 4 - CESARMAN E, CHANG Y, MOORE PS, et al., Kaposi's sarcoma-associated herpes virus-like DNA sequences in AIDS-related body-cavity-based lymphomas. **N Engl J Med** 1995;332:1186-91. Disponível em: (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199505043321802>). Acesso em: 20, 09, 2018.
- 5 - DEVITIS RA, et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol** 2004 jan/fev. 70(1): 35-40. Disponível em: (<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n1/a06v70n1>). Acesso em: 20, 09, 2018.
- 6 - FELIX DH, WATRET K, WRAY D, et al., Hairy leukoplakia in an HIV-negative, nonimmunosuppressed patient. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992;74:563-6. Disponível em: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/003042209290344P>). acesso em: 23, 09, 2018.
- 7 - FREZZINI C, LEO JC, PORTER S. current trends of HIV disease of the mouth. **J Oral Pathol Med**. 2005;34:513-31. Disponível em (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0714.2005.00337.x>). acesso em: 29, 09, 2018.
- 8 - GARCIA-GARCIA V, BASCONES MARTINES A. Cáncer oral: puesta al día. **Avances en Odontostomatología** 2009;25:239-48. Disponível em: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 23, 09, 2018.
- 9 - GLICK M, MUZYKA BC, LURIE D, et al., Oral manifestations associated with HIV-related disease as markers for immune suppression and MDS. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1994;77:344-9. Disponível em: ([https://www.oooojournal.net/article/0030-4220\(94\)90195-3/fulltext](https://www.oooojournal.net/article/0030-4220(94)90195-3/fulltext)). Acesso em: 23, 09, 2018.
- 10 - GREENSPAN D, CANCHOLA AJ, MACPHAIL LA, et al., Effect of highly active antiretroviral therapy on frequency of oral warts. **Lancet** 2001;357:1411-2. Disponível em: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673600045785>). Acesso em: 23, 09, 2018.

- 11 - GREENSPAN D, GREENSPAN JS, CONANT M, et al., Oral hairy leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpesgroup virus. **Lancet** 1984;2:831-4. Disponível em: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673684908729>). Acesso em: 30 Set. 2018.
- 12 - RAMPHOMA KJ, NAIDOO S. KNOWLEDGE, attitudes and practices of oral health care workers in Lesotho regarding the management of patients with oral manifestations of HIV/AIDS. **SADJ**. 2014 Nov;69(10):446, 448-53. Disponível em: (http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-85162014001000005). acesso em: 30 set. 2018.
- 13 - GREENSPAN D, GREENSPAN JS. Significance of oral hairy leukoplakia. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol** 1992;73:151-4. Disponível em: ([https://www.oooojournal.net/article/0030-4220\(92\)90187-U/abstract](https://www.oooojournal.net/article/0030-4220(92)90187-U/abstract)). Acesso em: 30 set. 2018.
- 14 - GUERRA MR, GALLO CVM, MENDONÇA GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista brasileira de cancerologia** 2005; 51(3): 227-34. Disponível em: (<http://files.rachelmarins.webnode.com.br/2000000203c6b73d65a/Risco%20de%20C%C3%A2ncer%20no%20Brasil%20%20estudos%20epidemiol%C3%B3gicos,%202005.pdf>). Acesso em: 2 out. 2018.
- 15 - HJORTDAL O, NAESS A, BERNER A. Squamous cell carcinomas of the lower lip. **J Craniomaxillofac Surg** 1995; 23:34-7. Disponível em: (<http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/2273>). Acesso em: 2 out. 2018.
- 16 - JOVANOVIČ A, SCHULTEN EAJM, KOSTENSE PJ, et al. Squamous cell carcinoma of the lip and oral cavity in the Netherlands; an epidemiological study of 740 patients. **J Craniomaxillofac Surg** 1993; 21:149-52. Disponível em: ([https://www.jcmfs.com/article/S1010-5182\(05\)80103-9/abstract](https://www.jcmfs.com/article/S1010-5182(05)80103-9/abstract)). Acesso em: 2 out. 2018
- 17 - KAHN, James O.; WALKER, et al.. Acute Human Immunodeficiency Virus Type 1 Infection. **New England Journal Of Medicine**, [s.l.], v. 339, n. 1, p.33-39, 2 jul. 1998. New England Journal of Medicine (NEJM/MMS). Disponível em: (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199807023390107>). Acesso em: 2 out. 2018.
- 18 - LEONARD, N. et al. Autopsy findings in the tongues of 20 patients with AIDS. **Journal Of Oral Pathology And Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 5, p.244-247, maio 1997. Wiley. Disponível em (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.1997.tb01231.x>). acesso em: 2 out. 2018.
- 19 - LUCE, Edward A.. Carcinoma of the lower Lip. **Surgical Clinics Of North America**, [s.l.], v. 66, n. 1, p.3-11, fev. 1986. Elsevier BV. Disponível em: ([http://dx.doi.org/10.1016/s0039-6109\(16\)43826-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0039-6109(16)43826-0)). Acesso em: 4 out. 2018.

- 20 - NASTI, Guglielmo et al. Impact of highly active antiretroviral therapy on the presenting features and outcome of patients with acquired immunodeficiency syndrome-related Kaposi sarcoma. **Cancer**, [s.l.], v. 98, n. 11, p.2440-2446, 17 nov. 2003. Wiley. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.1002/cncr.11816>). Acesso em: 4 out. 2018.
- 21 - PATTON LL. Oral lesions associated with human immunodeficiency virus disease. **Dent Clin North Am**. 2013 Oct;57(4):673-98. doi: 10.1016/j.cden.2013.07.005. Epub 2013 Aug 15. Review. prevalence among injecting drug users in England and Wales. CDR.
- 22 - RAMOS-GOMEZ, F.j. et al. Oral manifestations and dental status in paediatric HIV infection. **International Journal Of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.3-11, 25 dez. 2001. Wiley. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-263x.2000.00170.x>). acesso em: 15 out. 2018.
- 23 - RIERA P, Martínez B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. **Rev Med Chile** 2005;133:555-63. Disponível em: (https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005000500007&script=sci_arttext). Acesso em: 15 out. 2018
- 24 - SPEICHER, Dj et al. Viral infections associated with oral cancers and diseases in the context of HIV: a workshop report. **Oral Diseases**, [s.l.], v. 22, p.181-192, abr. 2016. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.1111/odi.12418>). Acesso em: 15 out. 2018.
- 25 - THOMSON, P. J.. Perspectives on oral squamous cell carcinoma prevention-proliferation, position, progression and prediction. **Journal Of Oral Pathology & Medicine**, [s.l.], v. 47, n. 9, p.803-807, 27 maio 2018. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.1111/jop.12733>). Acesso em: 17 out. 2018.
- 26 - VALLECILLO M, Romero MN, Olmedo MV, et al. Factors related to survival from oral cancer in an Andalusian population sample (Spain). **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2007;12:E518-23. Disponível em: (http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1698-69462007000700009&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em: 17 out. 2018.
- 27 - WAAL, Isaïc van Der. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncology**, [s.l.], v. 45, n. 4-5, p.317-323, abr. 2009. Elsevier BV. Disponível em: (<http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.016>). Acesso em: 10 nov. 2018.
- 28 - VAN DER WAAL I. Some unusual oral lesions in HIV infection: comments on the current classification. **Oral Dis** 1997; 3(Suppl 1):S197-9. 25. Disponível em: (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-0825.1997.tb00360.x>). acesso em: 10 nov. 2018.
- 29 - ZALLA, Mark J.; SU, W.p. Daniel; FRANSWAY, Anthony F.. Dermatologic Manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection. **Mayo Clinic Proceedings**, [s.l.], v. 67, n. 11, p.1089-1108, nov. 1992. Elsevier BV. Disponível em: ([http://dx.doi.org/10.1016/s0025-6196\(12\)61126-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-6196(12)61126-4)). Acesso em: 10 nov. 2018.

TERMO DE ESCLARECIMENTO/INFORMAÇÕES E RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA DAS PARTES SOBRE A EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por meio deste termo de esclarecimento e informações sobre o tratamento odontológico a ser realizado em Vila Rica, RJ, Rua da Liberdade, 160, Hospitalar do Rio de Janeiro e inscrito no CPF sob nº 12.439.007-01 prestador US, e

como objeto que tenho a responsabilidade compartilhada com o USC - Universidade Sagrado Coração sobre o plano. Este termo que deverá seguir rigorosamente algumas regras para o bom andamento, finalização e preservação do tratamento caberá:

- 1- Comparar a todas as cópias agendadas em todas as especialidades envolvidas no tratamento;
- 2- Anotar com 48 horas de antecedência o responsável pelo agendamento do atendimento caso não possa comparecer. Caso uma situação de emergência ocorra durante as 48 horas que antecedem o atendimento, deverá justificar através de e-mail e documento que revelen o real motivo de falta;
- 3- Zelar pela regularidade dos pagamentos odontológicos. Passar os meses, planas de mensadas, aparelhos ortodônticos que valha a fazer uso, não quebrando ou danificando quaisquer aparelhos;
- 4- Seguir todas as orientações de cuidados pós-atendimentos cirúrgicos, restauradores e próteses fornecidos pela equipe responsável pelo tratamento;
- 5- Seguir as orientações dadas sobre a manutenção diária de higiene dos tecidos buco-dentais;
- 6- Comparar as consultas de controle após o término do tratamento;
- 7- Quando tratamento for de prótese sobre implante, prótese fixa, prótese removível e prótese total, cabe ao paciente a obrigação de não, reutilizando a função que foi perdida com a perda dos dentes.

Declaro sob as penas da lei, que:

- sou plenamente consciente e em condições de análise biomédica, na qual foram prestadas e esclarecidas possíveis futuras sistêmicas que possam comprometer ou contra indicar o tratamento proposto, bem como oferecer riscos à minha saúde para;
- sou plenamente informado de que não existem garantias absolutas de que o sucesso do presente tratamento dependa de uma manutenção regular;
- tenho pleno conhecimento de que terei meu tratamento automaticamente cancelado, seja em qual fase for, caso não comparecer às regras aqui estabelecidas, assumindo todos os riscos e responsabilidades por minha negligência e imprudência;
- concordo com plano de tratamento apresentado, documento de particularidades inerentes ao meu caso;

Scanned with CamScanner

- autoriza que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, históricos de atendimento, familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e qualquer outra informação, comentários ao planejamento e tratamento que compile meu prontuário, sejam retidas e utilizadas para fins de ensino e divulgação em todo e qualquer meio de comunicação/publicação científica nacional e internacional, respeitado o Código de Ética Institucional e do profissional;

- recebi informações sobre os possíveis riscos e complicações decorrentes da cirurgia, medicamentos e anestesia. Tais complicações incluem dor, edema (inchado), infecções, hemorragias das estruturas bucais (mucosas) e também possíveis danos a estruturas ósseas, patologias sistêmicas (stomatite), atraso na cicatrização, reações alérgicas às drogas e aos medicamentos utilizados, até à possível perda do tratamento proposto, sendo que na eventualidade disso acontecer, deverá assumir os eventuais custos para um novo tratamento.

Declaro ainda que efetivarei a leitura de toda esta publicação e aceito seus termos

Bauri, 03 de fevereiro de 2015

 Assinatura paciente/responsável

 Assinatura Cirurgião dentista responsável

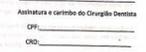
RG: 1016727 CPF: _____

CP: 12.439.007-01 CID: _____

Declaração do Cirurgião Dentista responsável

O procedimento executado, incluindo todos os riscos e complicações foi por mim esclarecido ao paciente e seu responsável, antes que o Termo de Responsabilidade fosse assinado por ele.

Bauri, de _____ de _____ de 20__

 Assinatura e carimbo do Cirurgião Dentista

CPF: _____

CID: _____

Nota: Para posterior retorno de todos e originais e autenticação da Responsabilidade por este

f

Scanned with CamScanner

Anexo 1