



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

JARMSON DE PÁDUA FERREIRA ARAÚJO

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CARCINOMA DE CÉLULAS
ESCAMOSAS ORAL: UM RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

JARMSON DE PÁDUA FERREIRA ARAÚJO

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CARCINOMA DE CÉLULAS
ESCAMOSAS ORAL: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento a exigência
para obtenção do Grau de Bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jozinete Vieira Pereira

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A659i Araújo, Jarmson de Pádua Ferreira.
A influência do diagnóstico precoce no Carcinoma de células escamosas oral [manuscrito] : um relato de caso / Jarmson de Padua Ferreira Araujo. - 2019.
28 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Jozinete Vieira Pereira , Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Carcinoma de células escamosas. 2. Neoplasia oral. 3. Diagnóstico precoce. 4. Tabaco. I. Título
21. ed. CDD 616.994 31

JARMSON DE PÁDUA FERREIRA ARAÚJO

**A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CARCINOMA DE CÉLULAS
ESCAMOSAS ORAL: UM RELATO DE CASO**

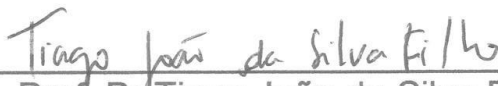
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento a exigência
para obtenção do Grau de Bacharel em
Odontologia.

Aprovada em: 25 / 11 / 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Jozinete Vieira Pereira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Tiago João da Silva Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Waleska Ohana de Souza Melo.
Centro Universitário Unifacisa

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmãs, sobrinhos, cunhado e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida e por acreditarem em mim.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1. Apresentação da lesão no sentido antêro-posterior. Estendendo-se do rebordo alveolar ao palato duro (Lado direito). 11
- Figura 2. Aspecto clínico intraoral da lesão, vista por vestibular. 11
- Figura 3. Plano panorâmico da Tomografia Computadorizada 12
- Figura 4. Corte sagita da Tomografia Computadorizada, evidenciando que a lesão se estende do rebordo alveolar para região do assoalho da cavidade nasal, promovendo um rompimento do assoalho da cavidade nasal (LD). Observa-se ainda destruição e rompimento das corticais ósseas vestibular e palatina 12
- Figura 5. Tomografia Computadorizada, corte axial, evidenciando imagem hipodensa na região anterior da maxila e rompimento do assoalho da cavidade nasal 13
- Figura 6. Corte axial de Tomografia Computadorizada com contraste. Evidencia-se presença de imagem osteolítica, permeativa, comprometendo o aspecto anteromedial direito do palato duro, com rotura da cortical e componente de partes moles adjacentes, destacando-se aspecto inferior do palato, medindo aproximadamente 3,5 x 3,0 cm 14
- Figura 7. Fotomicrografia evidenciando proliferação de células epiteliais malignas dispostas em grandes lençóis, ilhas, cordões e pequenos ninhos, invadindo o tecido conjuntivo subjacente.....20
- Figura 8. Fotomicrografia de cortes histológicos em maior aumento evidenciando pérolas de ceratina, tecido conjuntivo fibroso com a presença de intenso infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear (HE 100X). 21
- Figura 9. Fotomicrografia de cortes histológicos em maior aumento onde observa-se um pleomorfismo e hiper cromatismo celular, além de alterações na relação núcleo/citoplasma e figuras de mitoses típicas e atípicas (HE 400X).21

LISTA DE ABREVIATURAS

CCE - Carcinoma de células escamosas

CCEO - Carcinoma de células escamosas oral

DNA - Ácido desoxirribonucleico

HPV - Vírus do papiloma humano

INCA - Instituto Nacional do Câncer

LD - Lado direito

OMS - Organização Mundial da Saúde

SIP - Segundo informações do paciente

TC - Tomografia computadorizada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 RELATO DE CASO	10
3 DISCUSSÃO.....	25
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS	18
ANEXOS.....	20

A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL: UM RELATO DE CASO

RESUMO

O Carcinoma de Células Escamosas (CEC) é a neoplasia maligna mais prevalente na cavidade oral, representando cerca de 90 a 95% dos casos de malignidade desta região, estando sua etiopatogenia associada ao consumo do tabaco e do álcool, embora outros fatores como hereditariedade e alterações hormonais possam estar relacionados. Este trabalho teve como objetivo evidenciar a importância do diagnóstico precoce e sua influência nos casos de carcinoma de células escamosas oral. Paciente sexo feminino, 68 anos, feoderma, usuária de prótese total superior e inferior, procurou atendimento com Cirurgião-Dentista, com queixa principal de “prótese fazendo um calo no céu da boca e na gengiva”. Ao exame físico intraoral, observou-se duas lesões: a primeira era ulcerada, localizada em palato e rebordo alveolar superior direito; e a segunda era um nódulo localizado em região vestibular anterior e rebordo alveolar superior. Após biópsia incisional e análise histopatológica estabeleceu o diagnóstico final de carcinoma de células escamosas oral. A paciente submeteu-se a maxilectomia e radioterapia adjuvante. O tratamento de escolha gerou um comprometimento funcional acarretando problemas na fala e impossibilidade de alimentação pela cavidade oral, sendo a dieta ofertada por sonda nasointestinal. É possível observar a importância que o diagnóstico precoce frente a um diagnóstico de carcinoma de células escamosas oral, pois este refletirá na escolha do tratamento, optando-se por cirurgias menos mutiladoras e maior controle das complicações agudas decorrentes do tratamento antineoplásico; além de minimizar a morbidade e mortalidade geradas por esta doença, a qual requer um tratamento que pode vir a gerar sequelas para o paciente, tanto funcionais, quanto estéticas. O diagnóstico quando estabelecido ainda na fase inicial, o prognóstico tende a ser mais favorável e conseqüentemente refletirá na qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Diagnóstico precoce. Neoplasia oral. Tabaco. Carcinoma de células escamosas.

ABSTRACT

Squamous Cell Carcinoma (SCC) is the most prevalent malignant neoplasm in the oral cavity, representing about 90 to 95% of cases of malignancy in this region, and its etiopathogenesis is associated with tobacco and alcohol consumption, although other factors such as heredity and hormonal changes may be related. This study aimed to highlight the importance of early diagnosis and its influence on cases of oral squamous cell carcinoma. Female patient, 68 years old, feoderma, user of upper and lower total prosthesis, sought care from the dental surgeon, with the main complaint of “prosthesis making a callus on the roof of the mouth and gum”. At intraoral examination, two lesions were observed: the first was ulcerated, located on the palate and right superior alveolar ridge; and the second was a nodule located in the

anterior vestibular region and upper alveolar ridge. After incisional biopsy and histopathological analysis established the final diagnosis of oral squamous cell carcinoma. The patient underwent maxillectomy and adjuvant radiotherapy. The treatment of choice generated a functional impairment leading to speech problems and impossibility of feeding through the oral cavity, being the diet offered by nasoenteral tube. It is possible to observe the importance that the early diagnosis in face of a diagnosis of oral squamous cell carcinoma, as this will reflect in the choice of treatment, choosing less mutilating surgeries and greater control of acute complications resulting from antineoplastic treatment; It also minimizes the morbidity and mortality generated by this disease, which requires treatment that may lead to both functional and aesthetic sequelae for the patient. When the diagnosis is established at an early stage, the prognosis tends to be more favorable and consequently will reflect on the patient's quality of life.

Keywords: Early diagnosis. Oral neoplasia. Tobacco. Squamous cell carcinoma.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de boca é considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. Para o biênio 2014-2015 estimou-se 15.290 casos de câncer oral, onde a incidência foi maior para o sexo masculino, totalizando 11.280 casos em homens, e 4.010 mulheres (INCA, 2014). Para o biênio 2016-2017 houve um aumento de 1,3% na estimativa, quando comparado ao biênio anterior, onde o maior número de casos acomete o sexo masculino com 71,9%, já o número estimado em mulheres atinge os 28% (INCA, 2016). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estimou-se para o país no biênio 2018-2019, 14.700 novos casos por ano de câncer na cavidade oral, sendo 11.200 no sexo masculino e 3.500 no sexo feminino. Tais valores correspondem a um risco estimado de 10,86 a cada 100 mil homens, e de 3,28 a cada 100 mil mulheres. Destaca-se ainda que o câncer de boca é o 12^a mais frequentes entre todos os casos de neoplasia malignas (INCA, 2018).

As estimativas de novos casos no Nordeste para o biênio 2018-2019 segundo o INCA totalizam 2.810 novos casos, o que corresponde a 19,11% quando comparado a incidência no Brasil, enquanto na Paraíba estima-se um total de 240 novos casos para o referido biênio, sendo a maior incidência para o sexo masculino com 140 novos casos, enquanto para o sexo feminino estima-se 100 novos casos (INCA, 2018).

Dentre todos os cânceres que acometem a região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade oral, destes, o carcinoma de células escamosas oral (CCEO) tem se apresentado com maior frequência entre as demais neoplasias que acometem essa região (OLIVEIRA, 2013; WANG, 2013). Segundo Gaetti-Jardim (2010), este tipo de carcinoma apresenta-se com maior frequência em homens, raça branca e de faixa etária entre 50 e 60 anos. Geralmente os sítios mais acometidos são assoalho bucal e língua região ventral e dorsal. Onde destaca-se que destes 95% dos casos recebem o diagnóstico de carcinoma de células escamosas.

A etiologia do CCEO é multifatorial e fatores intrínsecos e extrínsecos estão associados à sua patogenia. Fatores sociais, ambientais e comportamentais podem determinar se um indivíduo desenvolverá algum tipo de neoplasia (SOUZA, 2017).

Os fatores de riscos mais conhecidos para o desenvolvimento do câncer de boca são o tabaco e o álcool; os quais podem ser modificados e atuarem como agentes sinérgicos no aumento de risco (TORRES-PEREIRA, 2012). O tabaco é um fator causal bem conhecido, o qual durante sua combustão libera componentes que podem gerar mutações no DNA resultando em mutagênese e em alteração do ciclo celular, conseqüentemente acarretando mutações no DNA podendo levar o aparecimento de neoplasias (BERSCH; PÉRICO; POZZOBON, 2014). O tabaco é considerado um agente iniciador, atuando nas três etapas da carcinogênese; iniciação, promoção e progressão (FREITAS, 2016). Outros fatores ainda podem estar associados ao desenvolvimento desse tipo de neoplasia, como agentes fenólicos e algumas infecções como HPV (vírus do papiloma humano), radiação, etilismo e deficiência nutricional (SARAIYA *et al.*, 2015; FREITAS, 2016; TANAKA; ALAWI, 2018).

Clinicamente, o Carcinoma de células esamosas oral (CCEO) pode apresentar-se com aspecto clínico clássico de úlcera que pode ser superficial, endofítica com bordas elevadas ou exofítica, com aspecto endurecido à palpação e infiltração periférica, podendo ou não estar associada a manchas eritoplásicas ou leucoplásicas (SASSI, *et al.*, 2010). Quanto à localização anatômica, o CCEO pode ocorrer em qualquer lugar da cavidade oral, sendo os sítios anatômicos mais acometidos a língua, o lábio inferior e o assoalho bucal (DE CARLI, 2009; GAETTI-JARDIM, 2010).

A modalidade do tratamento do CCEO é determinada de acordo com o estágio da doença, tamanho do tumor, localização e condições clínicas do paciente. Como opções de tratamento tem-se a cirurgia, radioterapia e quimioterapia, podendo se fazer necessário utilizar métodos de tratamentos associados (VOLPATO *et al.*, 2014; VÉRAS *et al.*, 2019). A cirurgia é a primeira escolha de tratamento em estágios iniciais, entretanto alguns fatores influenciam na sua escolha como idade do paciente, condições médicas e extensão da lesão, fatores estes que podem vir a comprometer a estética e função do paciente (BONFANTE *et al.*, 2014). Outra modalidade de tratamento é a radioterapia, que pode ser realizada antes da cirurgia, objetivando a redução do tumor, ou pode ser aplicada como tratamento coadjuvante após o procedimento cirúrgico, visando eliminar as células residuais. Já a quimioterapia é administrada em casos de lesões extensas ou inoperáveis; dentre as opções de tratamento, as duas últimas modalidades apresentam complicações no sistema estomatognático como hipossalivação, xerostomia, mucosite oral, disgeusia radiosteonecrose, radiodermite e trismo (HINO *et al.*, 2011; BONFANTE *et al.*, 2014).

Segundo Gaetti-Jardim *et al.* (2010) o diagnóstico precoce influencia diretamente no prognóstico e sobrevida do paciente. Durante a fase inicial, o CCEO pode apresentar-se assintomático, fato esse que contribui para que o paciente busque ajuda profissional tardiamente, agravando assim seu quadro clínico e afetando negativamente o seu prognóstico e sobrevida (TORRES-PEREIRA *et al.*, 2012; BONFANTE *et al.*, 2014; DOMINGOS *et al.*, 2017; BANDEIRA *et al.*, 2017).

Segundo França *et al.* (2010) a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer oral são meios de minimizar a morbidade e mortalidade geradas por esta doença, a qual requer um tratamento que pode vir a gerar sequelas para o paciente. Para Casotti *et al.* (2016), o diagnóstico precoce de neoplasias orais e o imediato encaminhamento para o serviço de referência são fatores que influenciam na morbidade e mortalidade causada pela doença.

Quando o diagnóstico é estabelecido ainda na fase inicial, as perspectivas de chance de cura são mais favoráveis, podendo atingir cerca de 70%, o que torna

clara a importância do diagnóstico precoce em casos de neoplasias na cavidade oral, o qual repercute diretamente em um melhor prognóstico para o paciente (BULGARELI *et al.*, 2013). Além disso, de acordo com Casotti *et al.* (2016), quando o diagnóstico é estabelecido precocemente as complicações do tratamento podem ser minimizadas e as intervenções podem ser menos mutiladoras, acarretando um resultado estético e funcional mais satisfatório.

No que diz respeito ao prognóstico, o mesmo continua sendo controverso, em especial quando o paciente recebe diagnóstico tardio, visto que o prognóstico depende diretamente da localização anatômica e estadiamento do tumor no momento do diagnóstico (GENZ *et al.*, 2016). Lesões em base de língua e assoalho bucal se localizam em uma região muito vascularizada, o que pode facilitar a disseminação metastática, influenciando assim diretamente no prognóstico (BONFANTE *et al.*, 2014).

Segundo a literatura a sobrevida de pacientes portadores de neoplasia maligna da cavidade oral é baixa, quando o tumor é diagnosticado tardiamente (AFFONSO *et al.*, 2015; BONFANTE *et al.*, 2014). Affonso *et al.* (2015) em seu estudo evidencia que a taxa de sobrevida com frequência é de 45% a 50% dos casos estudados, que tiveram uma sobrevida de até cinco anos. BONFANTE *et al.* (2014) observaram que, a proporção atinge 74% de pacientes não vivos em cinco anos.

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo de relatar um caso clínico e evidenciar a importância do diagnóstico precoce e sua influência nos casos de CCEO.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 68 anos, feoderma, usuária de prótese total superior e inferior, procurou atendimento com Cirurgião-Dentista após indicação do protético, com queixa principal de “prótese fazendo um calo no céu da boca e na gengiva” (SIP), relatando uso prévio de nistatina e bochechos com preparo de solução fitoterápica, por aproximadamente três meses.

A referida paciente permitiu a divulgação do seu caso clínico, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Anexo 1).

Na anamnese, a paciente afirma ser tabagista por mais de 30 anos e ex-tabagista há seis meses, fazia uso de cigarro com filtro, com consumo médio diário de cinco cigarros por dia. Relatou como comorbidade Hipertensão Arterial Sistêmica controlada, negando outras doenças sistêmicas.

Ao exame físico intraoral, observou-se duas lesões: a primeira era ulcerada, com base séssil, crescimento endofítico, consistência endurecida, contorno irregular, com limites indefinidos e bordas elevadas, coloração branco amarelada, apresentando áreas de necrose em região central, localizada no palato duro e rebordo alveolar anterior, lado direito (LD), medindo aproximadamente 3,5 x 3,0 cm de diâmetro (Figura 1). A segunda lesão, nodular, base séssil, crescimento exofítico, consistência endurecida, bem delimitada, contorno regular, coloração esbranquiçada, localizada em região vestibular anterior e rebordo alveolar superior (LD), medindo aproximadamente 1,0 x 1,0 cm de diâmetro (Figura 2).



Figura 1 - Apresentação da lesão no sentido antêro-posterior. Estendendo-se do rebordo alveolar ao palato duro (Lado direito).



Figura 2 - Aspecto clínico intraoral da lesão, vista por vestibular.

Após exame clínico, foram solicitados exames de imagem (Tomografia computadorizada e radiografia panorâmica), além de exames microbiológicos da

lesão. Foram evidenciados, ao exame microbiológico, *Streptococcus viridans* e *Candida* sp.

O plano panorâmico da tomografia computadorizada (TC) mostra uma área hipodensa de limites imprecisos, situada na região anterior da maxila, além de uma opacificação em forma de cúpula no seio maxilar direito, sugerindo fenômeno de retenção de muco (Figura 3).

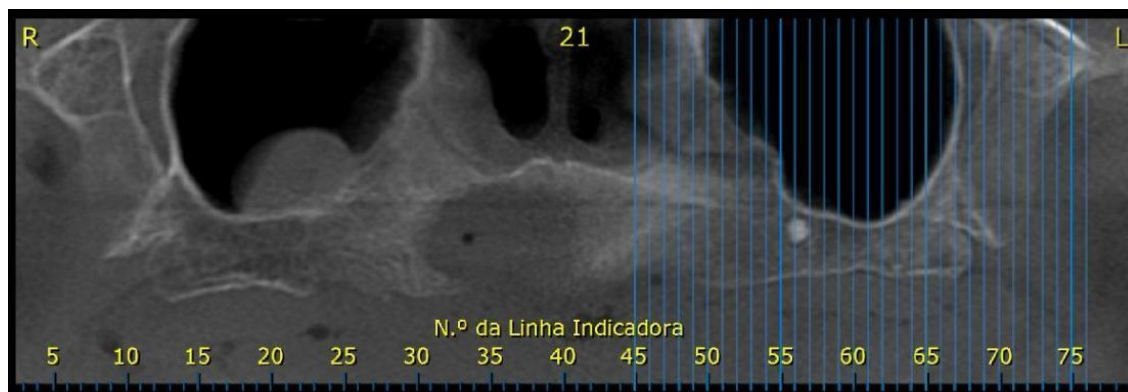


Figura 3 – Plano panorâmico da tomografia computadorizada.

Em um corte sagital da TC (figura 4), observa-se a dimensão da lesão, onde no sentido superior-inferior a lesão se estende do rebordo alveolar para região do assoalho da cavidade nasal, promovendo um rompimento do assoalho da cavidade nasal (LD). Observa-se também a destruição e rompimento das corticais ósseas vestibular e palatina, em cortes B e L respectivamente (Figura 4).

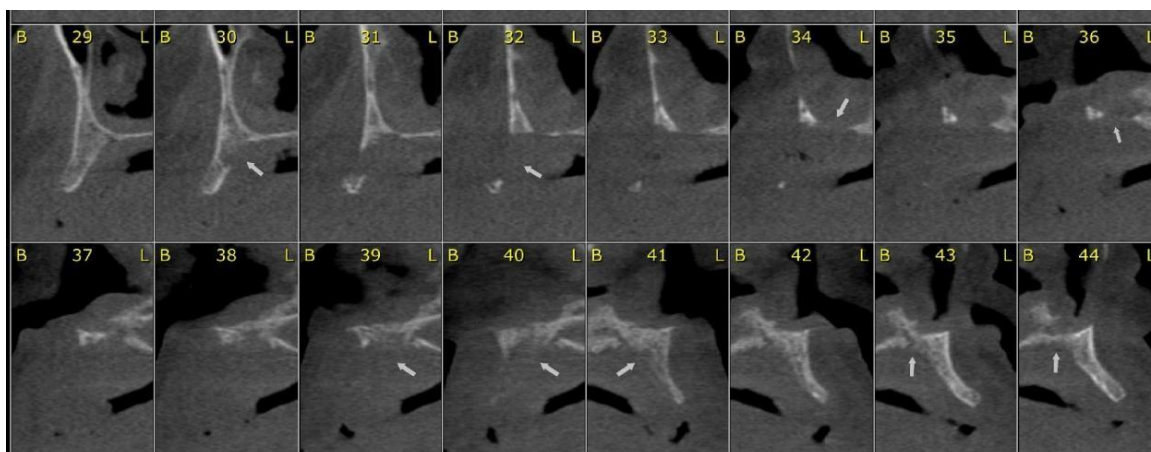


Figura 4 - Corte sagital da TC, evidenciando extensão da lesão, rompimento do assoalho da cavidade nasal e destruição das corticais ósseas vestibular e palatina.

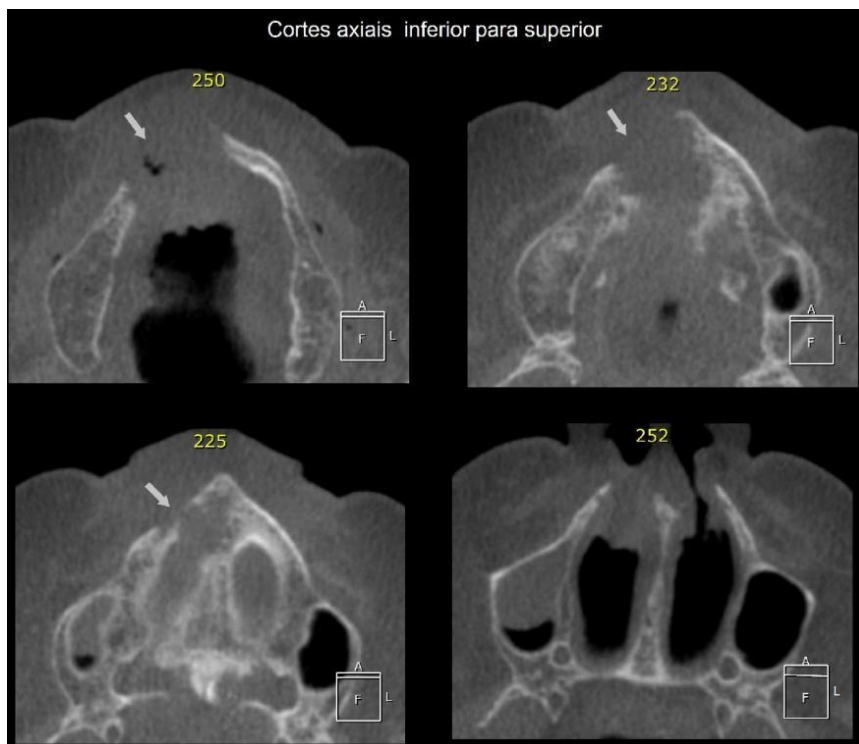


Figura 5 - Tomografia computadorizada, corte axial, evidenciando imagem hipodensa na região anterior da maxila e rompimento do assoalho da cavidade nasal.

A TC (figura 5), em corte axial, demonstra uma imagem hipodensa (seta), com limites imprecisos, situada na região anterior da maxila. No sentido ântero-posterior se estende da região de canino superior direito para a região de incisivo lateral superior esquerdo. No sentido superior inferior a lesão se estende do rebordo alveolar para a região de assoalho de cavidade nasal, promovendo rompimento do assoalho da cavidade nasal do lado direito.

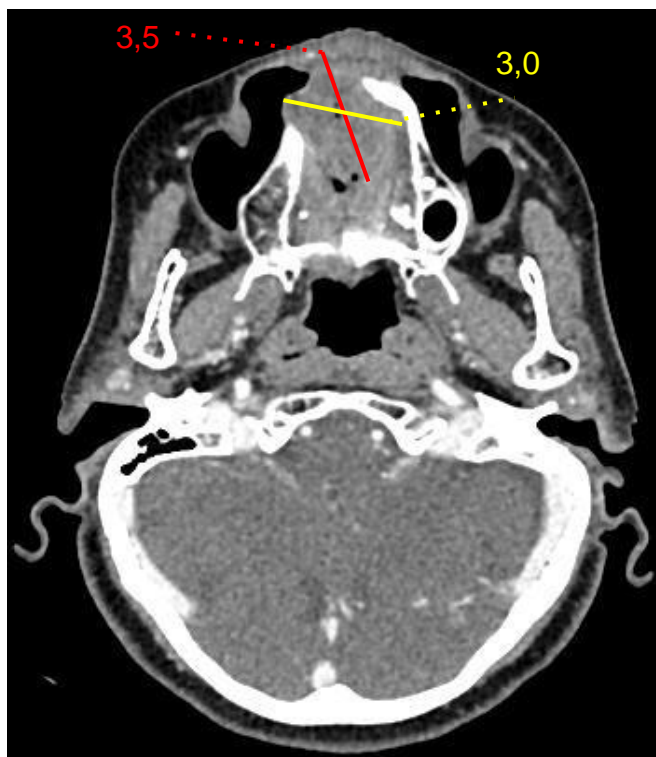


Figura 6 - Corte axial de tomografia computadorizada com contraste, exibindo imagem osteolítica, permeativa em palato em seu maior diâmetro.

A TC com contraste evidencia a presença de imagem osteolítica, permeativa, comprometendo o aspecto anteromedial direito do palato duro, com rotura da cortical e componente de partes moles adjacentes, destacando-se aspecto inferior do palato, medindo aproximadamente 3,5 x 3,0 cm em seu maior diâmetro.

Em posse dos resultados dos exames complementares e do que foi observado no exame clínico, optou-se pela realização de biópsia incisional da lesão em palato, sendo a peça cirúrgica encaminhada para o Laboratório de Histopatologia Oral da Universidade Estadual da Paraíba.

Os cortes histológicos obtidos a partir dos espécimens de biópsia foram corados em hematoxilina e eosina e examinados sob microscopia de luz. Ao exame, foram evidenciados fragmentos de neoplasia maligna de origem epitelial caracterizada pela proliferação de células epiteliais malignas dispostas em grandes lençóis, ilhas, cordões e pequenos ninhos, invadindo o tecido conjuntivo subjacente e, por vezes, crescendo como entidades independentes (FIGURA 7 - 40x). Foi identificada a perda da estratificação habitual do epitélio, além de pérolas de ceratina e, de permeio, um tecido conjuntivo fibroso com a presença de um intenso infiltrado inflamatório, predominantemente mononuclear (FIGURA 8 - 100x). Individualmente, as células neoplásicas apresentavam-se ora ovoides, ora arredondadas, pleomórficas, hiper Cromáticas, exibindo núcleos volumosos, alteração na relação núcleo/ citoplasma e nucléolos evidentes, além de figuras de mitose típicas e atípicas (FIGURA 9 - 400x). Com esses achados foi estabelecido o diagnóstico histopatológico de CCEO.

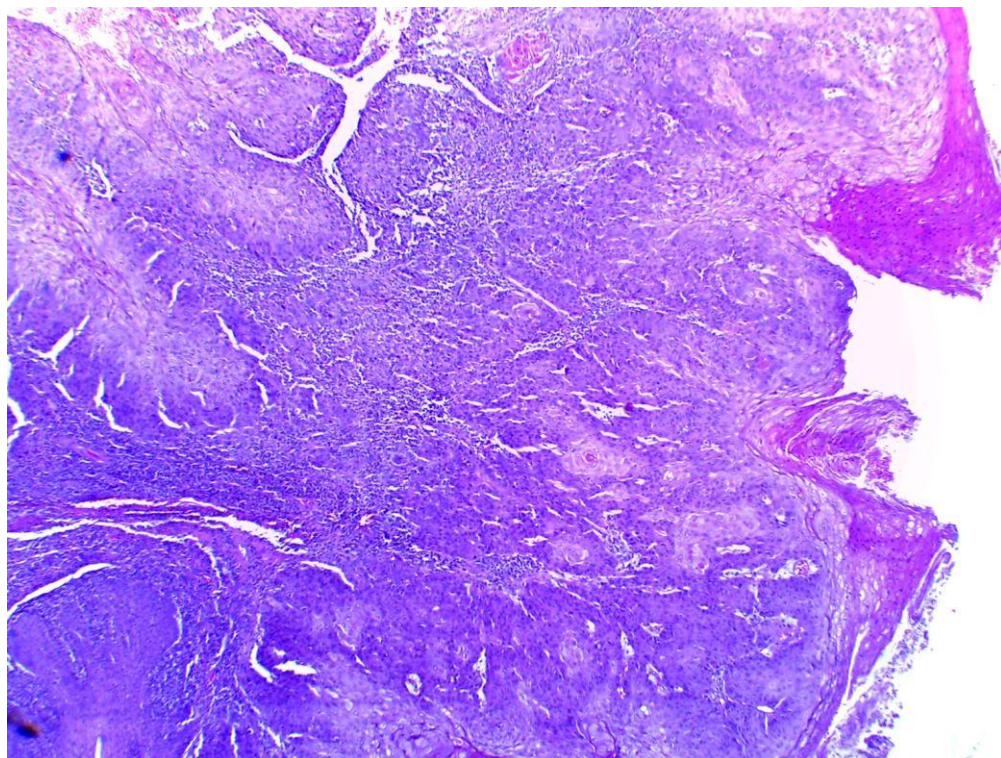


Figura 7 – Fotomicrografia evidenciando proliferação de células epiteliais malignas dispostas em grandes lençóis, ilhas, cordões e pequenos ninhos, invadindo o tecido conjuntivo subjacente (HE 40X).

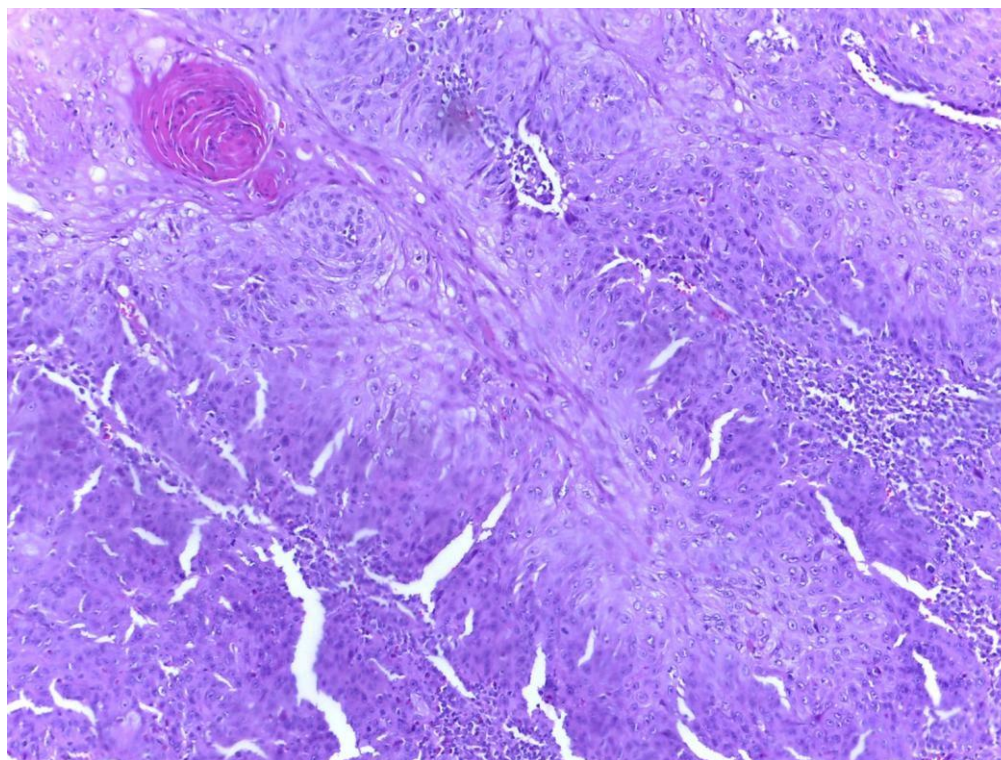


Figura 8 - Fotomicrografia de cortes histológicos em maior aumento evidenciando pérolas de ceratina e tecido conjuntivo fibroso com a presença de intenso infiltrado inflamatório predominantemente mononuclear (HE 100X).

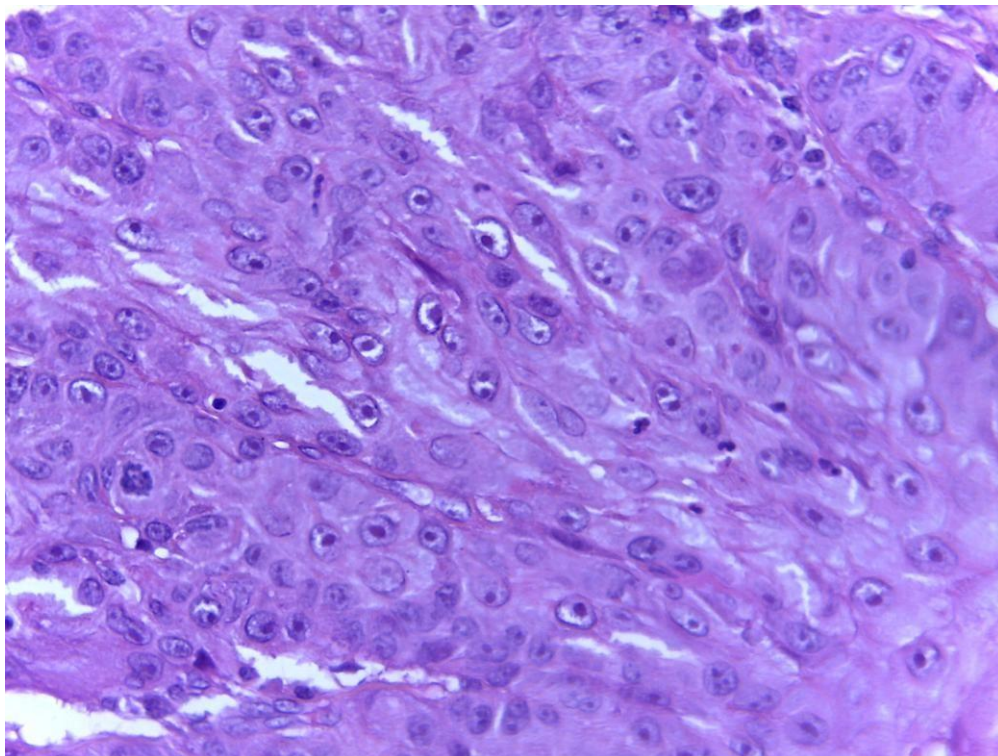


Figura 9 - Fotomicrografia de cortes histológicos em maior aumento onde observa-se um pleomorfismo e hiperchromatismo celular, além de alterações na relação núcleo/citoplasma e figuras de mitoses típicas e atípicas (HE 400X).

Após resultado do exame anatomopatológico, o cirurgião buco-maxilo-facial encaminhou a paciente para o Serviço de Cabeça e Pescoço de um hospital de referência, no município de Campina Grande-PB. A paciente foi atendida pelo cirurgião de cabeça e pescoço e oncologista, o qual solicitou tomografia computadorizada com contraste de região cervical e exames pré-operatórios. A conduta escolhida para o tratamento foi a cirurgia, maxilectomia total, seguida de radioterapia. As ressecções totais da maxila acarretam grandes deformidades na boca e na face, sendo de extrema importância funcional, psicológica e estética, a reabilitação protética pós maxilectomia, por esse fato torna-se imprescindível que o diagnóstico dessas neoplasias seja estabelecido ainda na fase inicial, ocasionando assim, menores danos para o paciente.

No decorrer da radioterapia a paciente apresentou complicações agudas na cavidade oral como hipossalivação, xerostomia e disgeusia; além de radiodermite, em decorrência da radiação na região de cabeça e pescoço.

Após 11 meses do tratamento cirúrgico e radioterápico, a paciente do presente caso relatado não apresenta recidiva da lesão e permanece em acompanhamento pela equipe médica e odontológica.

3 DISCUSSÃO

Segundo o INCA, observa-se um crescente número de casos de neoplasia, em especial nos biênios 2014-2015 e 2016-2017, com uma discreta redução nos números de casos para o atual biênio 2018-2019. Em todos os períodos analisados, observou-se que ocorre predominância de neoplasia da cavidade oral no sexo masculino, onde mesmo havendo uma diminuição de novos casos, estes dados ainda permanecem com números alarmantes (INCA, 2014; INCA, 2016; INCA, 2018).

Gaetti-Jardim *et al.* (2010) e Wolff *et al.* (2012) afirmam que o CCEO apresenta maior prevalência em pessoas com idade entre 50 e 60 anos, sexo masculino, feoderma, e os sítios mais acometidos são assoalho bucal e língua em região dorsal e ventral. Em contrapartida, observa-se uma situação atípica, com os dados apresentados na literatura, haja vista que ocorreu em uma paciente do sexo feminino, onde o sítio de acometimento foi o rebordo alveolar e palato duro.

A apresentação clínica do CCEO mostra-se como forma clássica de ulceração que pode ser superficial ou profunda, de crescimento exófitico ou endófitico, consistência endurecida à palpação, com bordas elevadas podendo ou não estar associado à lesões com potencial de malignidade, sendo estas representadas por manchas eritoplásticas e/ou leucoplásticas, tipo de crescimento endófitico e consistência endurecida (GAETTI-JARDIM *et al.*, 2010; SASSI *et al.*, 2010), neste sentido, o aspecto da lesão apresentado no caso clínico em estudo, corrobora com a descrição clínica estabelecida na literatura.

No que tange os fatores de risco, segundo Torres-Pereira *et al.* (2012), são bem estabelecidos que o álcool e o tabaco, onde a combinação destes dois fatores potencializa o desenvolvimento de neoplasia da cavidade oral. Dessa forma, o presente caso corrobora com a literatura, haja vista que a paciente manteve o hábito tabagista por cerca de 30 anos, onde relatou ser ex-tabagista há seis meses no momento da primeira consulta.

A literatura demonstra que cirurgia, radioterapia e quimioterapia são as opções de tratamento para o CCEO isoladas ou associadas, sendo determinada de acordo com localização, tamanho e quadro clínico do paciente, podendo a radioterapia gerar complicações orais como hipossalivação, xerostomia, mucosite, disgeusia, disfagia, osteorradionecrose e trismo (VOLPATO *et al.*, 2014; VÉRAS *et al.*, 2019). Em concordância com o que é observado na literatura, no presente caso clínico, a lesão foi tratada pela associação da cirurgia, através da maxilectomia total, e radioterapia, a qual gerou complicações como xerostomia, disgeusia, hipossalivação e radiodermite.

O diagnóstico precoce influencia diretamente na sobrevida do paciente. A história pregressa e hábitos nocivos devem nortear o cirurgião-dentista a diagnosticar os pacientes propensos a desenvolverem lesões com potencial de malignização. Um dos fatores que dificulta o diagnóstico precoce é falta de identificação da lesão na cavidade oral por meio do paciente, já que na fase inicial essas lesões podem apresentar-se de forma indolor; bem como a dificuldade de acesso a profissionais qualificados que saibam identificar estas lesões (BANDEIRA *et al.*, 2017). Como relatado no caso clínico a paciente desconhecia a apresentação clínica da lesão, buscando inicialmente o protético para ajuste da prótese; e posteriormente um profissional de saúde apto a realizar o diagnóstico da lesão, traçando o melhor plano de tratamento.

Akbulut (2011) destaca a importância do diagnóstico precoce, ressaltando que quando estabelecido o diagnóstico de CCEO tardiamente, este terá um tratamento mais agressivo, de alto custo, reduzindo as chances de cura e sobrevida do paciente. No presente caso, a paciente demorou bastante para buscar ajuda profissional, o que refletiu diretamente na modalidade de tratamento escolhida, sendo esta a maxilectomia total, o que a impossibilitou de alimentar-se pela cavidade oral, fazendo uso de uma sonda nasoenteral para este fim; ocasionando ainda dificuldade na fala e danos à estética o que repercute diretamente na qualidade de vida e autoestima da paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce do CCEO é de suma importância na evolução da doença e também na escolha do tratamento, tendo em vista que, as neoplasias orais em fase inicial, apesar de facilmente identificadas por simples inspeção, podem apresentar-se assintomáticas, fato este que influencia no tempo em que o paciente leva para buscar ajuda profissional, acarretando em prognósticos mais desfavoráveis.

Tendo em vista que esta doença tem etiologia multifatorial cabe investir mais em políticas de educação em saúde, de modo a conscientizar a população a evitar exposição aos principais fatores etiológicos, ao passo que para os profissionais de saúde sejam ofertados mais cursos e capacitações para diagnosticar precocemente essas lesões, refletindo assim na maior possibilidade de cura, prognóstico e melhor sobrevida para o paciente.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, V. R., *et al.* Peritumoral infiltrate in the prognosis of epidermoid carcinoma of the oral cavity. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 4, p. 416–421, 2015.
- AKBULUT, N.; OZTAS, B.; KURSUN, S. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. **Journal of Medical Case Reports**, v. 5, p. 291, 2011.
- BANDEIRA, C. M., *et al.* Como melhorar o diagnóstico precoce do câncer bucal? **Brazilian Dental Science**, p. 25–31, 2017.
- BERSCH, B. R.; PÉRICO, E.; POZZOBON, A. Verificação de dano no dna de células sanguíneas em adultos jovens consumidores de tabaco. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 11, n. 1, 2014.
- BONFANTE, G. M. S., *et al.* Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, p. 983–997, 2014.
- BULGARELI, J. V. *et al.* Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3461–3473, 2013.
- CASOTTI, E., *et al.* Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de distúrbios com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1573–1582, 2016.
- DE CARLI, M. L., *et al.* Clinical, Epidemiological and Microscopic Features of Oral Cancer as Diagnosed at the University of Alfenas. p. 7.
- FREITAS, R. M; RODRIGUES, A. M. X. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 48, n.1, 2016.
- DOMINGOS, P A.S; *et al.* Câncer bucal: um problema de saúde pública. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 26, n. 1, p. 46, 2017.
- FRANÇA, D. C. C; *et al.* Programa de diagnóstico e prevenção de câncer de boca: Uma estratégia simples e eficaz. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 19, n. 49, 2010.
- GAETTI-JARDIM, E *et al.* Carcinoma de células escamosas de grandes dimensões. **Revista Odontológica de Araçatuba**. v. 31, n. 2, 2010.

GENZ, N. *et al.* Estadiamento e grau de resiliência do sobrevivente ao câncer de mama Staging and resilience degree in breast cancer survivors. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 4935–4941, 2016.

HINO, S. *et al.* Effects of a concurrent chemoradiotherapy with S-1 for locally advanced oral cancer. **Oncology Letters**, v. 2, n. 5, p. 839–843, 2011.

INCA: **Estimativa 2014**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; Inca, 2014.115p.

INCA: **Estimativa 2016**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; Inca, 2016.124p.

INCA: **Estimativa 2018**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; Inca, 2017.128p.

OLIVEIRA, J. M. B. *et al.* Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, p. 211-218, 2013.

SASSI, L. M. *et al.* Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**. v. 7, p. 109 -115. n.1. 2010

SARAIYA, M. *et al.* US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 107, n. 6, 2015.

SOUZA, A. L; CARVALHO, C. H. P. Nível de conhecimento da população e dos odontólogos no sertão paraibano sobre o câncer oral. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 6, n. 1, p. 5-19, 2017.

TANAKA, T. I; ALAWI, F. Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer. **Dental Clinics**, v. 62, n. 1, p. 111–120, 2018.

TORRES-PEREIRA, C. C. *et al.* Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. suppl, p. 30-39, 2012.

VÉRAS, I. D. *et al.* Alterações orais e ingestão alimentar em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento antineoplásico. **Diversitas Journal**, v. 4, n. 2, p. 566-579, 2019.

VOLPATO, S. *et al.* **Oncologia e tratamento odontológico: uma revisão**. XI Semana Acadêmica de Odontologia, 2014.

WANG, B.; ZHANG, S; YUE, K; *et al.* The recurrence and survival of oral squamous cell carcinoma: a report of 275 cases. **Chinese Journal of Cancer**, v. 32, n. 11, p. 614–618, 2013.

WOLFF, K ; FOLLMANN, M; NAST, A. The Diagnosis and Treatment of Oral Cavity Cancer. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 109, n. 48, p. 829–835, 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização de exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimentos sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda concedo o direito da utilização do meu histórico e antecedentes familiar e pessoal, bem como a retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas em prontuários médicos-odontológicos, referentes inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (83) 9 9334-0688 com Jarmson de Pádua Ferreira Araújo e ter suas dúvidas esclarecidas e liberdade de conversar com os pesquisadores a qualquer momento do estudo. Se houver dúvidas em relação aos aspectos éticos ou denúncias o Sr(a) poderá consultar o CEP/UEPB no endereço: Rua das Baraúnas, 351- Complexo Administrativo da Reitoria, 2º andar, sala 229; Bairro do Bodocongó - Campina Grande-PB nos seguintes dias: Segunda, terça, Quinta e Sexta-feira das 07h00 às 13h00.


Declaro ainda que concordo com a não finalização do meu tratamento e subsequente substituição da minha pessoa, enquanto paciente, por outro indivíduo, que se encontre na lista de espera, para atendimento, mediante a ocorrência de duas faltas, consecutivas ou não, sem justificativa e aviso prévio.

Campina Grande, 13 de fevereiro de 2019.



Assinatura do paciente

RG: _____



Testemunha

RG: _____

ANEXO 2 – RESULTADO DE EXAME MICROBIOLÓGICO



PROMÉDICA
Laboratório Clínico - Anatomia Patológica - Citologia

www.promedicasaude.com.br

Dr. Luiz Magno Almeida - CRM 1718 PB
Dr.ª Tania Pinto Almeida - CRM 1937 PB
Dr. Walber Almeida - CRM 4495 PB

Exame: 0000716538

Emissão : 04/10/2018 09:19 - Página 2 de 2

Nome: IV [REDACTED]

RG: 1227278 CPF: 99176742415

Requisitante: RAFAEL GROTTA GREMPEL

DIGNA

Data do protocolo: 19-09-2018 17:47

Idade: 68 anos

NATUREZA DO EXAME: BACTERIOLOGIA

01 - SANTA CLARA

CULTURA

[DATA DA COLETA: 19/09/2018 17:47]

MATERIAL..... Secreção de úlcera (palato duro)

MICROORGANISMO(S) ISOLADOS(S).. Streptococcus viridans

OBSERVAÇÃO..... Quando da coleta do material, o paciente não deve estar usando antibiótico.

Livia Almeida
Dr.ª Livia Almeida
CRM-PB 9021

Lais Almeida
Dr.ª Lais Almeida
CRM-PB 6486

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CA7F-A63E-8704-E709-3AD9-64C5-8421-33F4

Campa Grande (PB) - Av. Firmino Pessoa, 867 - Fone: (83) 3182.2000 | Rua Rodrigues Alves, 689 - Prata - Fone: (83) 3182.2900 | Clínica Santa Clara - Prata - Fone: (83) 3182.2929 | Av. Firmino Pessoa, 1644-A - Contenda - Fone: (83) 3405.5413
João Pessoa (PB) - Av. Presidente Getúlio Vargas, 301 - Centro - (83) 3034.4618 - 322.3003 | Centro Prata - Rua Grande Cruz, 498 - Moura - (81) 330.1907
Centuar - Av. Júlia Freire, 1255 - Torre - (83) 3344.8388 | Campy Médico Sul - Rua Espiridão João Rodrigues Alves, 103 - Bonitópolis (83) 3229.1111

* A AVALIAÇÃO DO RESULTADO DESTES EXAMES E A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA DEVEM SER FEITAS PELO MÉDICO, DEPENDENDO DE DADOS CLÍNICOS E OUTROS EXAMES DO PACIENTE *

ANEXO 3 – RESULTADO DE EXAME MICROBIOLÓGICO



Dr. Luiz Magno Almeida - CRM 1718 PB
 Dr.ª Tania Pinto Almeida - CRM 1937 PB
 Dr. Walber Almeida - CRM 4495 PB



Exame: 0000716538

Emissão : 04/10/2018 09:19 - Página 1 de 1

Nome: [REDACTED]

RG: 1227278

CPF: 99176742415

Requisitante: RAFAEL GROTTA GREMPEL

DIGNA

Data do protocolo: 19-09-2018 17:47

Idade: 68 anos

NATUREZA DO EXAME: BACTERIOLOGIA

01 - SANTA CLARA

CULTURA PARA FUNGOS

[DATA DA COLETA: 19/09/2018 17:37]

MATERIAL..... úlcera em palato duro

MICROORGANISMO(S) ISOLADOS(S).. Candida sp


Livia Almeida
 Dr.ª Livia Almeida
 CRM-PB 9021

Lais Almeida
 Dr.ª Lais Almeida
 CRM-PB 6486

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: CAYF-A63E-8704-E709-3AD9-64C5-8421-33F4

"A AVALIAÇÃO DO RESULTADO DESTES EXAMES E A CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA DEVEM SER FEITAS PELO MÉDICO, DEPENDENDO DE DADOS CLÍNICOS E OUTROS EXAMES DO PACIENTE"

ANEXO 4 – LAUDO HISTOPATOLÓGICO

**UEPB**
Universidade
Estadual da Paraíba
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 18-371

REQUISITADO POR: Dr. Rafael Gempel

NOME DO PACIENTE [REDACTED]

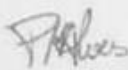
DIAGNÓSTICO CLÍNICO-CIRÚRGICO: CEC / Processo infeccioso fúngico

EXAME MACROSCÓPICO:
O material recebido para exame consta de 04 fragmentos de tecido mole das regiões de palato e mucosa vestibular. Os fragmentos de tecido mole exibem coloração branco-amarelada, consistência friável a fibrosa, formato e superfície irregulares, medindo, em conjunto, 1,0 x 0,6 x 0,5 cm.

EXAME MICROSCÓPICO:
Os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina, e observados em microscopia de luz, evidenciaram fragmentos de neoplasia maligna de origem epitelial caracterizada pela proliferação celular em padrões variados, como ninhos, ilhas, cordões e células dissociadas. Individualmente, as células neoplásicas apresentam-se ora ovoides, ora arredondadas, exibindo núcleos volumosos, nucléolos proeminentes, intenso pleomorfismo e hiperchromatismo nuclear. Numerosas figuras de mitose atípicas e pérolas córneas também são observadas. Em perleio a essa proliferação neoplásica, observa-se um estroma constituído por tecido conjuntivo fibroso denso exibindo intenso infiltrado inflamatório, predominantemente mononuclear. Em áreas próximas a ulceração, diversas células polimorfonucleares, como neutrófilos e eosinófilos, também são observadas. Intensa vascularização, com vasos sanguíneos de tamanhos variados, estando a maioria destes congestionados, é encontrada. Mais superficialmente, evidencia-se epitélio de revestimento de mucosa oral do tipo pavimentoso estratificado parakeratinizado exibindo graus variados de displasia e exocitose. Ácinos mucosas, ductos salivares, células adiposas e fibras musculares completam o quadro microscópico avallado.

DIAGNÓSTICO: Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado

Campina Grande, 26 de Setembro de 2018.


Prof. Dra. Pollianna Muniz Alves
Patologista Bucal

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior Mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais, Josirene e Antônio, por todo amor, dedicação, carinho e incentivo, pela paciência para comigo, frente ao estresse do trabalho e da Universidade.

As minhas irmãs, Janaina e Jackeline, que sempre me apoiaram, estimulando-me e incentivando-me a não desistir dos meus objetivos.

Aos meus sobrinhos Maria Eduarda, Adalberto Neto e João Emanuel, agradeço pelos momentos de descontração.

A minha dupla de clínica, Kamila Cibele, pela parceria onde sempre mostrou o lado positivo das coisas, e tornou-se obvio o nosso crescimento profissional e pessoal. Obrigado por tantas palavras de carinho e incentivo.

Agradeço por fim aos meus amigos e colegas que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desse sonho.

A Profa. Jozinete Vieira, a qual durante a graduação me orientou e me incentivou a aprimorar meus conhecimentos; onde contribuiu de forma direta para meu crescimento profissional e despertou o lado mais humano, em especial durante as atividades do SBonco e LINCCO. Meus sinceros agradecimentos.

A Profa. Waleska Ohana, por sua inestimável contribuição na orientação e conclusão desse trabalho e pela vivência agradável durante as clínicas e na LINCCO.

A todos os professores do Departamento de Odontologia, em especial a **Criselda Barros, Amaro Lafayette, Ana Flávia Granvile, Denise Nóbrega, Daliana Queiroga, Rebeca Cecília, Igor Pereira, Robeci Macêdo, Rosa Coury, Tiago João, Jossaria Sousa, Edja Maria, Alexandre Durval, Francineide Guimarães, Raquel Gomes, Cassiano Nonaka, Polliana Muniz, Waldenia Freire, Andreza Targino, Betânia Lins, Julherme Andrade**, por todos os ensinamentos e contribuição no processo de formação acadêmica.

Agradeço ainda a Professora Dra. Renata Almeida Barros por ter cedido as amagens (radiografia panorâmica e tomografia), além do Professor Dr. Rafael Gempel e Dr. Tito Lívio por ter permitido acompanhar a cirurgia e pós-operatório.

Agradeço à Universidade Estadual da Paraíba, que me proporcionou a chance de expandir os meus horizontes. Sou grato não só aos professores, mas também à direção, ao pessoal do administrativo, da limpeza e demais colaboradores

da instituição. Em especial à **Josefa (Pequena), Ângela, Thiago, Christopher, Vanilton, Ana Luiza, Dalvaline, Dione, Clécia e Mariana**, por toda atenção e disponibilidade.

Agradeço à Universidade Estadual da Paraíba, que me proporcionou a chance de expandir os meus horizontes. Sou grato não só aos professores, mas também à direção, ao pessoal do administrativo, da limpeza e demais colaboradores da instituição.