



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

ISABELLE GUIMARÃES SILVA

**IMPORTÂNCIA DO PREPARO DE BOCA PRÉVIO À TERAPIA
ANTINEOPLÁSICA: RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE - PB
2019**

ISABELLE GUIMARÃES SILVA

**IMPORTÂNCIA DO PREPARO DE BOCA PRÉVIO À TERAPIA
ANTINEOPLÁSICA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a/ao Coordenação/
Departamento do Curso de Odontologia a
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

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

Coorientador: Prof. Dr. Thiago João da Silva Filho

**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.

S586i Silva, Isabelle Guimarães.
Importância do preparo de boca prévio à terapia antineoplásica [manuscrito] : Relato de caso / Isabelle Guimaraes Silva. - 2019.
44 p.
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 , Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
"Coorientação: Prof. Dr. Thiago João da Silva Filho , Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Carcinoma de células escamosas. 2. Cirurgião-Dentista.
3. Mucosa oral. 4. Radioterapia. 5. Quimioterapia. I. Título
21. ed. CDD 616.99431

ISABELLE GUIMARÃES SILVA

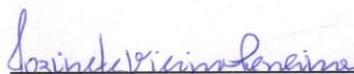
**IMPORTÂNCIA DO PREPARO DE BOCA PRÉVIO À TERAPIA
ANTINEOPLÁSICA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Odontologia
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Odontologia.

Área de concentração: Estomatologia.

Aprovada em: 25 / 11 / 2019.

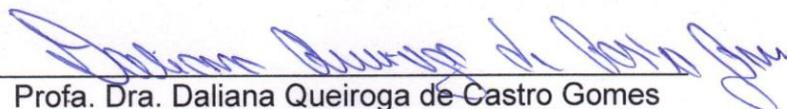
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Jozinete Vieira Pereira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. MS. Waleska Ohaña de Souza Melo
UNIFACISA



Profa. Dra. Daliana Queiroga de Castro Gomes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

DEDICATÓRIA

À Deus, por me abençoar durante esta jornada e permitir a realização deste sonho, aos meus pais por todo o esforço, dedicação e por todo o suporte na caminhada da vida. Às minhas irmãs e ao meu namorado.

Agradecimentos

Agradecer primeiramente á Deus pela oportunidade que me foi concedida de cursar Odontologia, pelo dom do aprendizado e da sabedoria, por me conceder saúde para trilhar esta caminhada.

Agradeço à minha família, em especial ao meu pai e a minha mãe, por todo o apoio, pela força e pelas inúmeras renúncias para que eu pudesse estudar a arte da Odontologia e realizar meu sonho. Sem tamanho esforço e suor, nada seria possível.

Agradeço a minha tia Sônia, que mesmo distante se fez presente em inúmeros momentos durante minha graduação, por todos os conselhos, por me incentivar a estudar e a buscar o caminho do conhecimento, por me ajudar durante os momentos de dificuldade e por torcer pela minha vitória .

Agradeço a minha família de EJC, os iluminados em Cristo, que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, sempre me dando forças através de orações.

Agradeço aos meus amigos de curso, em especial a Ohanna Raíza, Kamila Cibelle, Luan Ximenes, Georgia Truta e Anny Tavares que me proporcionaram dias inesquecíveis, tornaram meus dias mais leves, por compartilharem o aprendizado, por ensinar e aprender comigo e por me mostrar que a universidade pode ser uma segunda casa.

Agradeço à minhas amigas: Blenda Queiroz, Daniely Farias, Nathália Nóbrega e Maíra Valença por todo o apoio e incentivo ao longo da minha graduação.

Agradeço ao meu namorado, Wemerson Roberto, que sempre me incentivou a estudar e a buscar o conhecimento, que esteve ao meu lado nos dias mais difíceis e comemorou as minhas vitórias.

Agradeço à Universidade Estadual da Paraíba, por ser fonte de conhecimento e aprendizado, por disponibilizar de um ambiente acadêmico com estrutura e produção científica que ampliaram meu olhar para a grande importância da ciência.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Jozinete Vieira Pereira, que me ajudou em dias difíceis, me escutou e me mostrou que a docência é muito mais que compartilhar conhecimento. Agradeço pela maravilhosa orientação em meu trabalho de conclusão de curso.

Agradeço ao meu co-orientador, professor Dr. Thiago João da Siva Filho pelo auxílio na elaboração deste trabalho de conclusão de curso, contribuindo para uma produção de qualidade.

Agradeço as funcionárias Clécia, Rejane, Marta, Edna e ao técnico de prótese, Cristhofer, por todo o apoio prestado ao longo destes cinco anos e meio, por me

ajudar em diversas situações e por me mostrar que amizades verdadeiras podem surgir no âmbito do trabalho.

“Nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas”.

(Cora Carolina)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Lesão ulcerada em borda lateral posterior de língua, medindo aproximadamente 2,0 cm.....	26
Figura 2. Fotomicrografia demonstrando a proliferação de células epiteliais displásicas dispostas em grandes lencóis que invadem o tecido conjuntivo subjacente (HE - 100x).	27
Figura 3. Fotomicrografia em maior aumento demonstrando células epiteliais malignas com pleomorfismo celular e nuclear, hiper cromatismo, alteração na relação núcleo / citoplasma e nucléolos evidentes. Evidencia-se também a presença de vasos sanguíneos congestos.	27
Figura 4. Radiografia panorâmica da paciente.	28
Figura 5. Presença de cálculos supra e sub gengivais no terço cervical de todos os dentes inferiores da paciente.	29
Figura 6. Cálculos supra gengivais observados no terço cervical de todos os dentes inferiores.	29
Figura 7A. Preparo de boca realizado na paciente (Vizualizado por vestibular)	30
Figura 7.B. Preparo de boca realizado na paciente (Vizualizado por lingual)	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CA	Câncer
CCEO	Carcinoma de Células Escamosas Oral
CD	Cirurgião Dentista
Gy	Grey
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MO	Mucosite Oral
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
TA	Terapia Antineoplásica
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
UICC	União Internacional Contra o Câncer

RESUMO

O carcinoma de células escamosas representa a neoplasia maligna mais frequente da cavidade oral. Caracterizado por ser uma neoplasia epitelial invasiva com variados graus de diferenciação escamosa e com tendência à metástases linfonodais precoces. As opções de tratamento para esta neoplasia correspondem a cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. É comum em pacientes oncológicos submetidos à terapia antineoplásica, radioterapia e/ou quimioterapia, o desenvolvimento de complicações orais agudas ou tardias. O preparo de boca prévio ao tratamento oncológico consiste em eliminar ou estabilizar as condições orais minimizando a infecção local e/ou sistêmica, durante e após o tratamento antineoplásico, e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida do paciente. Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de carcinoma de células escamosas na cavidade oral, bem como mostrar a importância do preparo de boca frente às terapias antineoplásicas. Paciente, sexo feminino, 57 anos, leucoderma, agricultora, apresentou-se na LINCCO da Clínica Escola de Odontologia da UEPB, queixando-se de “dor ao mastigar e ao engolir, bem como sentindo algo crescendo na língua” (SIP). Durante a anamnese a paciente negou tabagismo, alcoolismo e comorbidades, afirmando antecedentes oncológicos. Apresentou queixa de dor na língua e disfagia, com duração de aproximadamente três meses. Ao exame físico intraoral, observou-se uma lesão ulcerada, de crescimento endofítico, com evolução lenta de aproximadamente 15 meses, coloração semelhante à mucosa, consistência amolecida, limites indefinidos, com bordas elevadas e irregulares, localizada em borda lateral posterior de língua (LD), medindo aproximadamente 2,0 cm de diâmetro. Após biópsia incisiva e análise histopatológica estabeleceu-se o diagnóstico final de carcinoma de células escamosas oral. Durante o exame físico intraoral, observou-se que a paciente apresentava higiene oral ruim, fazia uso de prótese dentária total superior, apresentando edentulismo parcial inferior sem reabilitação. Diante disso, houve a necessidade do preparo de boca previamente à terapia antineoplásica. A paciente foi encaminhada ao centro de referência, Serviço de Cabeça e Pescoço de um hospital, no município de Campina Grande-PB. Instituiu-se como terapia antineoplásica a radioterapia. Com a finalidade de diminuir e/ou amenizar os efeitos adversos decorrentes da radioterapia, a paciente realizou o preparo de boca e recebeu orientações sobre a importância e o cuidado com a higiene oral antes, durante e após à terapia.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas, Cirurgião – Dentista, Mucosa Oral, Radioterapia, Quimioterapia.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma represents the most frequent malignant neoplasm of the oral cavity. Characterized by being an invasive epithelial neoplasia with varying degrees of squamous differentiation and prone to early lymph node metastases. . It is common in cancer patients undergoing antineoplastic therapy, radiotherapy and / or chemotherapy, the development of acute or late oral complications. Mouth preparation prior to cancer treatment consists in eliminating or stabilizing oral conditions, minimizing local and / or systemic infection during and after antineoplastic treatment, and consequently improving the patient's quality of life. This study aims to report a clinical case of squamous cell carcinoma in the oral cavity, as well as to show the importance of mouth preparation against antineoplastic therapies. Female patient, 57 years old, leucoderma, farmer, presented at LINCCO of the Clinical School of Dentistry of UEPB, complaining of "pain while chewing and swallowing, as well as feeling something growing in the tongue" (SIP). During the anamnesis, the patient denied smoking, alcoholism and comorbidities, stating oncological antecedents. He complained of tongue pain and dysphagia, lasting approximately three months. At intraoral examination, an ulcerated lesion of endophytic growth was observed, with slow evolution of approximately 15 months, mucosal-like color, soft consistency, undefined borders, with raised and irregular edges, located on the posterior lateral border of the tongue (LD) measuring approximately 2.0 cm in diameter. After incisional biopsy and histopathological analysis, the final diagnosis of oral squamous cell carcinoma was established. During the intraoral physical examination, it was observed that the patient had poor oral hygiene, was using a superior total dental prosthesis, presenting inferior partial edentulism without rehabilitation. Given this, there was a need for oral preparation prior to antineoplastic therapy. The patient was referred to the referral center, Head and Neck Service of a hospital, in the city of Campina Grande-PB. Radiotherapy was instituted as antineoplastic therapy. In order to reduce and / or mitigate the adverse effects of radiotherapy, the patient underwent oral preparation and received guidance on the importance and care of oral hygiene before, during and after therapy.

Keywords: Oral squamous cell carcinoma, Dentists, Radiotherapy, Chemotherapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 Considerações sobre o câncer oral	13
2.2 Terapias antineoplásicas: radioterapia e quimioterapia	15
2.3 Efeitos adversos da radioterapia e quimioterapia	17
2.3.1 Outras complicações decorrentes da terapia antineoplásica	20
2.4 Importância do preparo de boca.....	22
3 METODOLOGIA	24
4 RELATO DE CASO.....	25
5 DISCUSSÃO.....	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	38
Anexo A - Documentos Comprobatórios.	
Anexo B – Laudo Histopatológico.	
Anexo C – Laudo Imaginológico.	

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço é definido por bases anatômico-topográfica para descrever os tumores malignos do trato aerodigestivo superior. Esta região anatômica engloba a cavidade oral, faringe e laringe. Uma divisão maior dos carcinomas de cabeça e pescoço é mencionada como “câncer oral” originando-se nas mucosas da boca e abrangendo as respectivas áreas: lábios, base da língua, língua, assoalho bucal, palato duro e faringe, integrando a orofaringe, a hipofaringe e a nasofaringe (DOBROSSY, 2005; ALVARENGA *et al.*, 2008).

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2020, ocorrerão 16 milhões de novos casos de câncer de um modo geral, sendo que 60% destes devem ocorrer em países menos desenvolvidos, como o Brasil (BRASIL, 2017; FALCÃO *et al.*, 2010). O câncer oral representa um grande desafio para a saúde pública em por causa da sua elevada taxa de incidência, que se contrasta às suas possibilidades de prevenção (BRASIL, 2011).

Dentre todos os cânceres que incidem na região de cabeça e pescoço, 40% ocorrem na cavidade oral, e destes aproximadamente 95% estão representados pelo carcinoma de células escamosas (DOMINGOS; PASSALACQUA; OLIVEIRA, 2014; CARVALHO, 2017; INCA, 2019).

A etiologia do câncer oral apresenta múltiplos fatores, de forma que estes são classificados em fatores extrínsecos e intrínsecos, e, podem estar atuando no processo da carcinogênese (NEVILE *et al.*, 2016; SILVA, 2018). Os fatores extrínsecos que favorecem a formação desta neoplasia, como por exemplo o uso do tabaco nas suas diversas formas, álcool, exposição aos fenóis e o consumo de mate. Os fatores intrínsecos correspondem a desnutrição, anemia por deficiência de ferro, a deficiência de vitamina A e suscetibilidade genética (FREITAS *et al.*, 2016; NEVILLE *et al.*, 2016).

O carcinoma de células escamosas oral (CCEO) é mais comum no sexo masculino logo após a quinta década de vida (MONTEIRO; PATEL, 2015). Clinicamente, em seu estágio inicial é comum o aparecimento de lesão ulcerada persistente, podendo ou não estar acompanhada de mancha branca, vermelha ou eritematosa, com bordas irregulares e que sangra com facilidade (MAMANI *et al.*, 2017; SILVA; DIAS, 2017). Vale ressaltar que, o mesmo pode acometer qualquer

região da cavidade oral, sendo mais comum na região de língua, lábio inferior e assoalho bucal.

O tratamento antineoplásico (TA) utilizado para a eliminação de células cancerígenas, é basicamente dividido em cirurgia, radioterapia (RT), e quimioterapia (QT), associadas ou não, de forma que, dentre estas opções, somente a cirurgia é específica para o tecido. Atualmente, não existe uma TA capaz de destruir apenas células malignas sem causar alguma deformidade ou alterações às estruturas normais. A RT e os agentes quimioterápicos atingem principalmente os tecidos capazes de se renovarem com rapidez, como, por exemplo, o epitélio oral. Sendo assim, a boca é um dos locais mais afetados pelas reações adversas (MATIAS, 2018; SILVA, 2016).

Dentre estas complicações relacionadas às terapias, especificamente a RT, a xerostomia, disgeusia, disfagia, candidose, mucosite oral, cáries de irradiação e osteorradionecrose são as mais prevalentes. As reações adversas mais prevalentes e comumente encontradas da quimioterapia são: a xerostomia, a mucosite oral e as infecções microbianas, que comprometem, em inúmeros casos, o estado geral do paciente e a sua qualidade de vida no decorrer do tratamento.

Partindo deste ponto, o cuidado com a saúde oral do paciente oncológico é de extrema importância, da mesma forma que, as orientações de higiene oral antes, durante e após à terapia antineoplásica. O preparo de boca corresponde a um passo fundamental que deve ser realizado antes do início da terapia antineoplásica, com o objetivo de sanar as necessidades odontológicas do paciente, tornando o mesmo apto para a realização do tratamento antineoplásico.

Desta forma, é indispensável a avaliação e o acompanhamento do cirurgião-dentista ao paciente oncológico. Tendo em vista que, a partir das necessidades observadas no ato da sua avaliação odontológica, o cirurgião-dentista (CD) poderá fazer um plano de tratamento de acordo com as necessidades do mesmo, com o objetivo de minimizar a quantidade e a severidade das complicações orais derivadas da T.A (RAGGHIANI, 2002; SANTOS *et al.*, 2010).

Diante do exposto, este estudo apresentou o objetivo de relatar um caso clínico de CCEO, bem como mostrar a importância do preparo de boca prévio às terapias antineoplásicas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações sobre o câncer oral

Câncer (CA) é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se em alta velocidade, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, resultando na formação de tumores, que podem se disseminar para outras partes do corpo (BRASIL, 2019).

Estimaram-se para o Brasil no biênio 2018-2019, 18.480 novos casos de CA da cavidade oral, sendo 13.970 no sexo masculino e 4.510 no sexo feminino. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 a cada 100 mil homens, e de 3,28 a cada 100 mil mulheres. Vale ressaltar que este tipo de neoplasia ocupa a 12^a mais frequente em todos os casos de neoplasias. As estimativas de novos casos no Nordeste para o biênio 2018-2019 segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) totalizam 3.560 novos casos, acometendo 2.420 homens e 1.140 mulheres, enquanto na Paraíba estima-se um total de 290 novos casos para o referido biênio, sendo a maior prevalência para o sexo masculino com 170 novos casos, já para o sexo feminino estima-se 120 novos casos (BRASIL, 2018).

A carcinogênese é um processo que envolve três etapas: a iniciação, a promoção e a progressão tumoral. A iniciação tumoral está relacionada com danos ao Ácido Desoxirribonucleico/DNA, que são resultado de mutações causadas por carcinógenos. As células iniciadas podem sofrer ação de agentes promotores, que estimulam sua proliferação, podendo provocar o desenvolvimento do CA. O processo que resulta na formação das neoplasias é consequência de uma abundante quantidade de mutações nos genes que controlam o crescimento, a diferenciação e a morte celular (NEVILE et al., 2016).

O tabagismo, o etilismo, a exposição excessiva ao sol e a ocorrência anterior de câncer em algum local e, região de cabeça e pescoço e a condição socioeconômica geralmente estão associados a ocorrência de câncer nas regiões de lábio e cavidade oral, sendo esta a mais atingida pelo CCEO (RIBEIRO, 2015).

Andrade, Santos e Oliveira (2015) consideraram que:

As variáveis que participam do processo saúde-doença do câncer de boca definiram que fatores comportamentais devem ser classificados como proximais, enquanto que as condições sociais do paciente que, muitas vezes, são ignoradas na cadeia causal do câncer de boca, devem ser incluídas como determinantes distais no processo saúde-doença.

A principal característica do CCEO corresponde ao fato que este corresponde a uma neoplasia epitelial invasiva com variados graus de diferenciação escamosa e com tendência á metástases linfonoidais precoces (MAMANI *et al.*, 2017; SILVA; DIAS, 2017).

As células escamosas individuais e as ilhas ou os cordões de células são observados como se tornando entidades independentes no interior do tecido conjuntivo, sem adesão ao epitélio da superfície. As células e os aumentos de volume celulares em invasão podem estender-se profundamente no interior do tecido adiposo, músculo e osso subjacentes, destruindo o tecido original à medida que progridem. As células lesionais podem circundar e destruir vasos sanguíneos e podem invadir o interior da luz de veias e vasos linfáticos (NEVILLE *et al.*, 2016).

Frequentemente, existe uma forte resposta inflamatória ou imune celular ao epitélio em invasão e áreas focais de necrose podem estar presentes. O epitélio lesional é capaz de induzir a formação de novos e pequenos vasos sanguíneos (angiogênese) e, ocasionalmente, a formação de fibrose densa (desmoplasia ou alteração cirrótica) (NEVILLE *et al.*, 2016).

A partir de 2003, a Organização Mundial de Saúde realizou a classificação da displasia epitelial oral em quatro tipos: leve, moderada, severa e carcinoma *in situ.*, conforme a presença e severidade da atipia celular e da espessura da camada displásica, quando comparada á espessura total do epitélio normal. O acúmulo de evidências comprova que esta desordem é um provável marcador de malignidade, de forma que, o potencial de malignização das displasias moderadas ou severas é notavelmente maior que o da displasia epitelial leve ou hiperplasia. (BARNES *et al.* 2005, SUBDO *et al.*, 2001; SUBDO & REITH, 2005; CARINCI *et al.*, 2005; FELICIANO, 2011).

Na prática clínica, o plano de tratamento e o prognóstico do carcinoma oral são baseados principalmente de acordo com o sistema TNM, no qual “T” significa

extensão do tumor; “N”, presença de nódulos linfáticos; “M”, presença ou ausência de metástases distantes. O sistema de estadiamento TNM foi criado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) com o objetivo de auxiliar no planejamento, assistir à evolução, facilitar a troca de informações e apontar o prognóstico no tratamento das neoplasias (COROACY *et al.*, 2008).

2.2 Terapias antineoplásicas: radioterapia e quimioterapia

O estadiamento clínico da doença guia o tratamento do CCEO. Os principais tratamentos disponíveis para o controle dessas neoplasias são a cirurgia de cabeça e pescoço, a RT e a QT, sendo escolhido observando-se a localização, tipo histológico da neoplasia, estadiamento clínico e condições físicas do paciente. Frequentemente, a cirurgia é o tratamento de escolha, podendo ou não ser associada à RT, sendo a QT, na maioria das vezes, utilizada de forma paliativa nos casos mais avançados e complexos (SILVA; PAULINELLI; MEIRA, 2004; ALMEIDA; VACCAREZZA; CAZAL, 2004; CARDOSO *et al.*, 2008; DELANELI; JACOB; BARTON, 2005; VIERA; LOPES, 2006; SALAZAR *et al.*, 2008; RUBACK *et al.*, 2012; SANTOS, 2014).

A indicação da RT acontece para os tumores não ressecáveis ou sem morbidade grave e para aqueles que apresentam uma tendência de disseminação para locais contíguos presumíveis (JHAM; FREIRE, 2006). Outras indicações para a RT incluem a presença de bordas cirúrgicas pequenas ou comprometidas, metástase regional, com características histopatológicas de alto grau e proliferação perineural ou angiolinfática (NEVILLE *et al.*, 2016).

A prevalência e a intensidade das complicações orais ocasionadas durante o tratamento radioterápico vão depender da dose aplicada e do campo de incidência da radiação. Arisawa *et al.* (2005) definiram que:

As complicações orais decorrentes do tratamento antineoplásico ocorrem em aproximadamente 90% dos pacientes portadores de neoplasias malignas de cabeça e pescoço apresentam relação, entre outros fatores, com as doses e poder de penetração das radiações, além de respostas individuais de cada paciente.

O agente terapêutico da RT é a radiação ionizante, capaz de interagir com as células, inativando mecanismos vitais, incapacitando-as de se reproduzirem ou levando à morte das células neoplásicas. (SILVA *et al.*, 2014). Esta apresenta

relação com alguns efeitos adversos, porque realizam a interação com o oxigênio molecular, proporcionando a formação de superóxidos, peróxidos de hidrogênio ou radicais hidroxila que danificam ou quebram o DNA molecular, ou através do emprego de radiação de transferência de alta energia linear, que é resultante dos aceleradores de partícula prótons ou elétrons e causam um dano direto a estrutura do DNA (MENDONÇA *et al.*, 2005; JHAM; FREIRE, 2006; SANTOS *et al.*, 2010; SANTOS; 2016). Freitas *et al.* (2011) afirmaram que:

A maioria dos pacientes são tratados com a dose total curativa entre 50 e 70 Gy, sendo fracionada num período de 5- 7 semanas, cinco dias por semana, uma vez ao dia, sendo 2Gy por fração. A radiação fracionada permite um efeito preservador, dando uma resposta tardia, no entanto a resposta precoce responde melhor ao tumor, permite a repopulação de tecido entre as frações, reduzindo efeitos precoces, permite também a reoxigenação dos tumores hipóxicos radio-resistentes entre frações, permitindo uma maior porcentagem de células radio sensíveis oxigenadas.

Durante o tratamento com a RT, o aparecimento de sequelas transitórias ou permanentes é comum e muito difícil de evitar, de forma que, os pacientes oncológicos frequentemente desenvolvem toxicidade aguda ou tardia causada pela TA (VIEIRA, LOPES, 2006; PAIVA *et al.*, 2007; SASSI; MACHADO, 2009; SANTOS, 2014).

Os efeitos clássicos observados nos pacientes submetidos a RT cérvico-facial são, por exemplo, a mucosite oral, xerostomia, hipossalivação, mudanças na microbiota oral, disgeusia, edema, trismo muscular, osteorradionecrose e cárie por radiação (CARDOSO *et al.*, 2005; TOLENTINO *et al.*, 2011).

O tratamento quimioterápico, que é utilizado para as neoplasias malignas, embora apresente vários benefícios frente à doença, pode acarretar alterações adversas em vários níveis de severidade à cavidade bucal, o que corresponde a um comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. Isso acontece em decorrência da falta de seletividade desse método terapêutico para com as células malignas, onde as células saudáveis são também afetadas, principalmente as de frequente renovação como as da cavidade oral (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

A QT algumas vezes pode provocar respostas de diferentes graus de toxicidade na mucosa, sendo divididas em toxicidade direta e indireta. A toxicidade

direta apresenta uma relação com as alterações causadas pelo dano à replicação das células da mucosa ou glândulas salivares, como a mucosite oral, xerostomia, disgeusia. Já a toxicidade indireta corresponde às consequências associadas ao dano às células da medula óssea, que comprometem a capacidade imunológica e hemostasia colaborando para o aparecimento de infecções oportunistas, como por exemplo, a candidose e a herpes, bem como, o surgimento de sangramento na cavidade oral (FREITAS, 2011; GALBIATTI, 2012; PAIVA *et al.*, 2010).

A TA pode causar modificações na micromorfologia dos tecidos dentários, como esmalte e dentina. Quando a cárie de radiação está presente, a região cervical é a mais acometida. Essa afirmação foi comprovada em um estudo de caso controle realizado por Quispe *et al.* (2018), que avaliaram os dentes de pacientes irradiados com 50 Gy a 70 Gy. Os dentes foram avaliados nas áreas de cúspides, na face oclusal e cervical por meio de um microscópio de polarização. Foi comprovado que a área cervical do esmalte apresentava-se alterada, mostrando áreas escuras, bem como um maior espaço interprismático. A dentina também pode sofrer mudanças, como obturação dos túbulos dentinários e desidratação, aumentando a chances de cárie nesta região.

Entre as duas opções de terapias antineoplásicas apresentadas anteriormente, a RT afeta mais as estruturas dentárias e os tecidos periodontais. Quispe, em 2018, afirmou que altas doses de radiação correspondem a um fator predisponente para efeitos adversos maiores se manifestarem nesses tecidos. Ainda, a radioterapia tem efeitos crônicos, que, muitas vezes, podem ser irreversíveis.

Sobretudo, ainda não existe o melhor tratamento e nem um específico para o câncer de cavidade oral (DANIEL *et al.*, 2006; REGEZI *et al.*, 2008; VALLE *et al.*, 2016; SOARES, 2019).

2.3 Efeitos adversos da radioterapia e quimioterapia

A TA causa efeitos adversos como por exemplo o desconforto e dor bucal e podem acarretar o aumento dos custos da terapia, tendo em vista que este fato pode fazer com que o paciente permaneça por mais dias no hospital, pelo fato de existir o risco de infecções sistêmicas. Além disso, tem um impacto determinante na qualidade de vida do indivíduo, podendo, inclusive, de acordo com o quadro clínico do

paciente, ocorrer a interrupção do tratamento (SASSI; MACHADO, 2009; PEREIRA *et al.*, 2016)

Um importante efeito adverso da TA é a mucosite oral, observada em pacientes oncológicos submetidos ao tratamento com QT e/ou RT para cabeça e pescoço (TRUCCI *et al.*, 2009; SONIS, 2007; SONIS *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018). Esta doença manifesta-se clinicamente como lesões erosivas e/ou ulcerativas, que podem causar dor leve a grave (VERA-LLONCH *et al.*, 2007; SONIS, 2007; SONIS *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Estas lesões frequentemente podem levar à redução significativa da qualidade de vida do paciente, tendo em vista que podem prolongar o tempo de internação hospitalar, influenciar no estado nutricional do paciente, aumentar o risco de infecções e aumentar a prescrição de opioides (ELTING *et al.*, 2003; EDUARDO *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A mucosite oral (MO) é uma inflamação da mucosa, que causa desconforto ao paciente por ser extremamente dolorosa e debilitante, além disto, aumenta o risco de infecções locais e sistêmicas decorrentes da formação de úlceras que representam uma porta de entrada para bactérias e fungos, podendo comprometer ainda mais a saúde do paciente (MILER, 2012). A mucosite oral pode gerar uma sintomatologia desconfortante para o paciente como dor, ardência e sangramento (TOLENTINO *et al.*, 2011; MALLIC; BENSON; RATH, 2016; PEREIRA *et al.*, 2016).

Existem diversos fatores de risco individual que contribuem para o desenvolvimento da M.O, como por exemplo, o defeito enzimático, mecanismos de reparação do DNA, deficiência do ácido fólico, o nível de higiene oral antes e durante a terapia, a baixa idade, hábito de respirar pela boca, mau estado nutricional, exposição ao álcool e tabaco (irritação crônica da mucosa), próteses mal ajustadas, alimentos quentes, ácidos ou condimentos e emprego de drogas que causam a xerostomia. Em pacientes imunocompetentes, em geral, em três semanas após o término da radioterapia não se verifica a presença da M.O (GOLÇALVES, 2001; CARDOSO *et al.*, 2005; ALBURQUERQUE; CAMARGO, 2007; SANTOS, 2014).

Um dos efeitos colaterais mais comuns da RT é a hipossalivação, definida como a sensação subjetiva de boca seca e ardência bucal, sendo esta consequente da redução da produção de saliva, apresentando-se como queixa frequente dos pacientes submetidos a essas terapias (GAETTI *et al.*, 2015). A redução do fluxo

salivar pode acarretar prejuízos nas funções orais básicas e aumentar o risco de cárie, doença periodontal e infecções oportunistas, apresentando influencia direta na qualidade de vida dos pacientes (GONELLI *et al.*, 2016).

Essa complicação, muito comum da RT, é consequência da inclusão das glândulas salivares no campo da radiação. Estas estruturas, por serem radiosensíveis, sofrem prejuízo na sua função secretora por atrofia dos ácinos serosos, o que torna a saliva mais espessa e viscosa como também causa prejuízo a sua ação bactericida. Este ato favorece o crescimento da microbiota cariogênica e conseqüentemente a formação da cárie secundária. Além disso, os pacientes se queixam da dificuldade de deglutição, provavelmente causada pela redução da lubrificação oral (LOBO; MARTINS, 2009; SANTOS, 2014).

Apesar de ser uma alteração frequente e extremamente desagradável, o controle da xerostomia bem como, da hipossalivação, consiste principalmente, em tratamentos paliativos, incluindo aplicação de substitutos e estimulantes salivares, laserterapia de baixa potência e prescrição de medicamentos (GHAZZAOUI *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2018).

A radioterapia causa uma alteração seletiva na microbiota oral, aumentando a colonização por *Candida* durante o tratamento (RAMIRES *et al.*, 1997; PAIVA *et al.*, 2010). Também ocorre uma contribuição da quimioterapia com drogas citotóxicas e imunossupressivas (SONYA *et al.*, 2004; PAIVA *et al.*, 2010). Pereira *et al.* (2016) afirmaram que:

A candidose bucal atinge principalmente a língua, o palato e a comissura labial, aparecendo em três formas: pseudomembranosa, quelite angular e eritematosa/atrófica. Esta última pode apresentar um difícil diagnóstico, tendo em vista que pode ser confundida com a MO decorrente da irradiação. Os sintomas podem estar ausentes ou incluem ardência e dor, dificuldade de deglutição, disgeusia e halitose. Os tratamentos locais são recomendados como terapia de primeira escolha para as formas mais leves, e os sistêmicos para as lesões mais graves e disseminadas.

O processo de interrupção do equilíbrio no ecossistema bucal do paciente irradiado é capaz de provocar uma evidente alteração na microbiota oral normal do indivíduo, fazendo com que ocorra um aumento na população de *Candida albicans*. Esse desequilíbrio é responsável pela colonização oportunista do tecido conjuntivo exposto pelas ulcerações decorrentes da mucosite, que favorece a adesão dos fungos, causando um aumento considerável na sintomatologia e a tornando mais

resistente aos tratamentos convencionais (CENTURION *et al.*, 2012; NOGUEIRA 2017). Santos (2014) afirmou que:

Os pacientes irradiados apresentam uma maior tendência ao desenvolvimento de infecções orais causadas por fungos e bactérias. A candidose oral é uma infecção comum em pacientes sob o tratamento de neoplasias malignas das vias digestivas aerossuperiores. A colonização da mucosa oral pode ser encontrada até 93% desses pacientes, enquanto infecção por *Candida* pode ser vista em 17% a 29% dos indivíduos submetidos a radioterapia.

Muitos casos de óbito em pacientes com câncer são resultado de septicemia fúngica, sendo 60% dos casos associados a infecções que já existiam antes da terapia antineoplásica (HESPANHOL *et al.*, 2010; SANTOS, 2014). Além disso, uma possível explicação para a maior predisposição dos pacientes irradiados à candidose é uma atividade fagocítica reduzida dos granulócitos salivares contra estes microrganismos (UETA; OSAKI; YAMAMOTO, 1993; JHAM; FREIRE, 2006; JONES; RAKING, 2012).

No tratamento das infecções fúngicas utiliza-se antifúngicos sistêmicos para os casos mais graves, como por exemplo, o fluconazol e a anfotericina B. Recomenda-se também bochechos com solução oral de Nistatina (COSTA *et al.*, 1999; PAIVA *et al.*, 2010).

2.3.1 Outras complicações decorrentes da terapia antineoplásica

O Trismo muscular é uma complicação que se desenvolve quando os músculos do sistema mastigatório estão incluídos nos campos de radiação e sofrem fibrose (DIB; CURI, 2002; PAIVA *et al.*, 2010). É mais comum no tratamento de lesões na nasofaringe, seio maxilar e palato. Esse efeito, tipicamente, torna-se evidente três a seis meses após o tratamento radioterápico. O trismo causa limitação de abertura bucal o que determina interferência na manutenção da higiene oral, na fonação e na nutrição, dificultando a reabilitação oral (PAIVA *et al.*, 2010).

O trismo radioinduzido pode ser prevenido ou minimizado com orientação adequada e fisioterapia diária, através de exercícios mecânicos para abertura de boca. É de suma importância incluir a fisioterapia mastigatória logo no início da terapia para a prevenção ou atenuação desses casos (PAIVA *et al.*, 2010). Atualmente, a laserterapia vem sendo aplicada como uma terapia alternativa e

complementar aos tratamentos convencionais, apresentando resultados satisfatórios.

A osteorradionecrose pode ser observada clinicamente como osso exposto e desvitalizado, sem cicatrização da pele ou mucosa, trata-se de um dano tardio causado pela radiação. A radiação reduz a vascularização dos tecidos, causa hipóxia, diminui a atividade celular, a formação de colágeno e dificulta a cicatrização das feridas. O tratamento da osteorradionecrose acontece de forma conservadora ou da cirurgia (FIDELIS; BELTRAN, 2019). Paiva em 2010, através de um estudo, afirmou que:

A causa predominante para o seu desenvolvimento é a danificação da circulação óssea e dos tecidos circunjacentes reduzindo os osteócitos e osteoblastos. O sítio de maior frequência é a mandíbula, podendo também se desenvolver na maxila. Essa complicação tardia pode ter um curso demorado e sofrível, interferindo diretamente sobre a qualidade de vida do paciente oncológico.

A cárie por radiação é um tipo agressivo de cárie que se desenvolve em pacientes irradiados em cabeça e pescoço, como resultado da disfunção das glândulas salivares, declínio do pH e aumento de bactérias cariogênicas causado pela radioterapia (WHITMYER; WASKOWSKI; IFFLAND, 1997; COPPES et al., 2003; PAIVA *et al.*, 2010).

Ela apresenta início com o acúmulo de biofilme na região cervical dos dentes, resultando em placas e áreas de dentina exposta, circundando o dente. A progressão desta pode levar à perda da coroa dentária em semanas ou meses, apresentando, portanto, uma progressão agressiva quanto a sua extensão e curso rápido. A sintomatologia dolorosa não é bastante intensa, pois, muitas vezes, a polpa já foi comprometida pela radiação (WHITMYER; WASKOWSKI; IFFLAND, 1997; PAIVA *et al.*, 2010).

Tem sido recomendado para prevenção e controle da cárie por radiação, uma rigorosa higiene oral, bochecho diário com flúor 0,05%, e a diminuição da ingestão de alimentos cariogênicos, bem como o bochecho de soluções ou preparações artificiais de saliva para estimular a remineralização (KIELBASSA *et al.*, 2006; FILHO *et al.*, 2017). No preparo de boca realizado durante o tratamento, recomenda-se o uso de cimento ionômero de vidro nas restaurações provisórias (BEECH et al., 2014; FILHO *et al.*, 2017).

2.4 Importância do preparo de boca

É consenso em estudos e pesquisas que a realização do preparo de boca que constitui o tratamento odontológico prévio ao início da radioterapia e/ou quimioterapia otimiza o tratamento antineoplásico. Nessa fase, ocorre a eliminação de raízes residuais, troca de restaurações insatisfatórias, tratamento de dentes com comprometimento endodôntico, como também a realização de procedimentos preventivos e curativos que tem o objetivo de melhorar as condições orais dos pacientes a serem irradiados e/ou submetidos a QT, evitando ou reduzindo as complicações orais que são resultado destas terapias (RAGGHIANI, 2002; SANTOS *et al.*, 2010).

As condições favoráveis ao surgimento de infecções correspondem a má higiene oral, presença de raízes residuais e quadros patológicos periapicais e periodontais. O exame radiográfico (panorâmico e periapical) inicial é de suma importância para avaliar a presença de focos infecciosos, a presença e/ou extensão da doença periodontal e principalmente a determinação da existência de doença metastática (VIEIRA *et al.*, 2012). No exame clínico inicial, o CD deve incluir a análise das condições dentárias, deve iniciar o processo de adequação do meio e eliminar as condições infecciosas pré-existentes. De acordo com Machado (2018):

O tratamento prévio está baseado em remoção de focos infecciosos ativos, identificação e remoção de possíveis fatores de risco à complicações bucais durante o tratamento como por exemplo, dentes com infecções endodônticas e/ou periodontais que possam exacerbar.

Através das informações coletadas durante a avaliação odontológica inicial, o CD, pode realizar o planejamento do tratamento do paciente de acordo com as necessidades observadas clinicamente. Este, tem uma grande responsabilidade na erradicação dos fatores locais traumáticos, no reconhecimento de desordens com potencial de malignidade, na orientação para a redução à exposição de fatores carcinogênicos ambientais e no diagnóstico precoce das neoplasias da boca, no tratamento e na preservação do paciente, fazendo assim com que este apresente uma melhor qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2013).

O objetivo do preparo de boca prévio ao tratamento oncológico é eliminar ou estabilizar as condições orais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e

após o tratamento antineoplásico, e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida do paciente (VIEIRA *et al.*, 2012).

3 METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se em um relato de caso clínico, com abordagem qualitativa. A paciente foi atendida na Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral/LINCCO na Clínica Escola da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB (Campus I) do Departamento de Odontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Foi realizada a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a paciente (Anexo A), o qual autoriza a divulgação de seus dados em eventos e revistas científicas.

4 RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 57 anos, leucoderma, agricultora, apresentou-se na LINCCO da Clínica Escola de Odontologia da UEPB, queixando-se de “dor ao mastigar e ao engolir, bem como sentindo algo crescendo na língua” (SIP).

A paciente havia sido atendida anteriormente em uma ação realizada pela LINCCO no município de Lagoa Seca-PB, em outubro de 2018. Durante a anamnese, a paciente negou tabagismo, alcoolismo e comorbidades, afirmando antecedentes oncológicos para regiões anatômicas diferente da cavidade oral. Ao exame físico intraoral, foi observada uma placa de coloração esbranquiçada, localizada em borda lateral posterior de língua do lado direito.

Clinicamente, foram emitidos diagnósticos sugestivos de hiperqueratose e leucoplasia. Em seguida, foi realizada biópsia incisional, cujo diagnóstico final foi confirmado por exame histopatológico evidenciando displasia leve.

Um ano após a primeira consulta, a paciente foi encaminhada à clínica escola da UEPB, com queixa de dor na língua e disfagia, com duração de aproximadamente três meses. Evidencia-se aqui a importância da preservação a cada três meses, tendo em vista que a displasia já se apresentava com aspecto diferenciado se comparada a lesão observada no exame clínico. Ao exame físico intraoral, observou-se uma lesão ulcerada, de crescimento endofítico, estadiamento clínico T₁ N₀ M₀ com localização semelhante a primeira lesão, com evolução lenta de aproximadamente 15 meses, coloração semelhante à mucosa, consistência amolecida, com bordas elevadas e irregulares, limites indefinidos, localizada em borda lateral posterior de língua (LD), medindo aproximadamente 2,0 cm de diâmetro. Foi realizada biópsia incisional da lesão (Figura 1).



Figura 1. Lesão ulcerada em borda lateral posterior de língua, medindo aproximadamente 2,0 cm.

Ao exame histopatológico foram observados fragmentos de neoplasia de origem epitelial, caracterizados por intensa proliferação de células epiteliais displásicas invadindo o tecido conjuntivo subjacente na forma de grandes lençóis e pequenos ninhos (Figura 2). As células apresentavam considerável pleomorfismo celular e nuclear, hipercromatismo, alteração na relação núcleo/citoplasma, nucléolos evidentes, vacuolização citoplasmática, perda de coesividade habitual e figuras de mitose, sendo algumas delas atípicas. Áreas focais de hiperqueratinização com formação de pérolas de ceratina foram observadas. O estroma de sustentação era composto de tecido conjuntivo fibroso, de densidade variada, apresentando um infiltrado inflamatório (mais intenso em áreas adjacentes à proliferação epitelial), além de vasos sanguíneos, de calibres variados, por vezes congestionados por hemácias. Feixes de fibras musculares, fascículos nervosos e extravasamento de hemácias completaram o quadro histopatológico (Figura 3). Diante do observado, o diagnóstico final correspondeu a carcinoma de células escamosa oral (Anexo B).

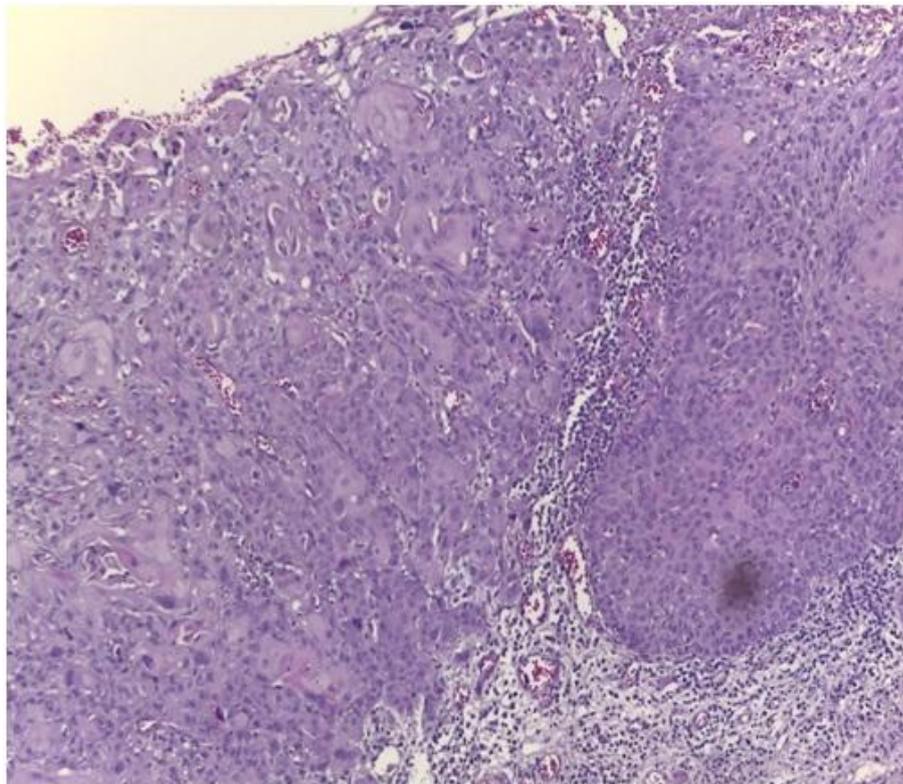


Figura 2. Fotomicrografia demonstrando a proliferação de células epiteliais displásicas dispostas em grandes lençóis que invadem o tecido conjuntivo subjacente (HE - 100x).

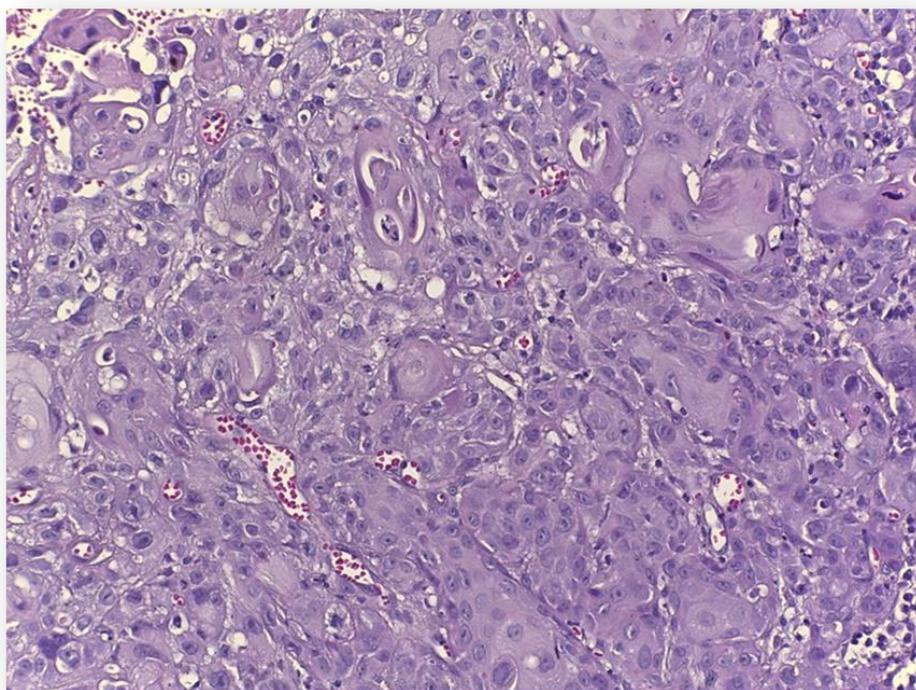


Figura 3. Fotomicrografia em maior aumento demonstrando células epiteliais malignas com pleomorfismo celular e nuclear, hiperchromatismo, alteração na relação núcleo / citoplasma e nucléolos evidentes. Evidencia-se também a presença de vasos sanguíneos congestionados (HE - 400x).

Foi solicitada radiografia panorâmica dos maxilares na primeira consulta. Não foram observadas alterações dignas de nota (Figura 4) (Anexo C).



Figura 4. Radiografia panorâmica da paciente. Nenhuma alteração digna de nota.

Durante o exame físico intraoral, observou-se que a paciente apresentava higiene oral ruim, fazia uso de prótese dentária total superior e apresentava edentulismo parcial inferior sem reabilitação. Além disso, verificaram-se acúmulos de biofilme, cálculos nas superfícies dentárias e lesões cariosas (Figura 5 e Figura 6).



Figura 5. Presença de cálculos supra e sub gengivais no terço cervical de todos os dentes inferiores da paciente.



Figura 6. Cálculos supra gengivais observados no terço cervical de todos os dentes inferiores.

Logo, houve a necessidade do preparo de boca previamente à terapia antineoplásica. Realizou-se, portanto, a adequação do meio oral através de profilaxia, raspagem corono-radicular supra e subgengival, e alisamento coronário. Ademais, foram realizadas restaurações em dentes inferiores (35 e 44).



Figura 7.A. Preparo de boca realizado na paciente.(Visualização pela vestibular)



Figura 7.B. Preparo de boca realizado na paciente.(Visualização por lingual)

De posse do laudo histopatológico, a paciente foi encaminhada ao Serviço de Cabeça e Pescoço da Fundação Assistencial da Paraíba/FAP, no município de Campina Grande-PB. A mesma foi atendida por um cirurgião de cabeça e pescoço, o qual instituiu a cirurgia radical e, como terapia antineoplásica, a RT.

Com a finalidade de diminuir e/ou amenizar os efeitos adversos decorrentes da radioterapia, a paciente recebeu orientações sobre a importância e o cuidado com a higiene oral antes, durante e após a terapia.

5 DISCUSSÃO

A prevenção primária do CCE está embasada no controle dos fatores etiológicos e no estilo de vida. O diagnóstico precoce também é essencial é para evitar o agravamento e melhorar o prognóstico do paciente, no entanto o câncer oral é encarado como um dos maiores problemas de saúde pública, pois a detecção dessa neoplasia maligna geralmente ocorre tardiamente (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O CCEO representa a neoplasia maligna mais frequente da cavidade oral, com prevalência em homens tabagistas com ou sem associação ao álcool; e com idade acima de 50 anos (MONTEIRO; PATEL, 2015), localização na língua, sítio de maior acometimento citado na literatura. No presente estudo, estes dados se contrapõem com os encontrados na literatura, no qual a paciente era do sexo feminino, com idade de 57 anos e negava exposição aos fatores de risco, tabagismo e etilismo. Atualmente, percebe-se um crescente aumento do número de casos de CCEO em mulheres. Essa prevalência pode está relacionada a fatores genéticos, hormonal e a exposição aos fatores de risco (BARNABÉ *et al.*, 2017).

Apesar dos avanços no conhecimento acerca do câncer oral, ainda não foi possível apresentar um controle dos fatores de risco do ponto de vista da prevenção, havendo a necessidade de estudos que contemplem maiores volumes populacionais acometidos com tal patologia, bem como avaliem o comportamento dos potenciais fatores de risco/proteção de maneira conjunta (RIBEIRO, 2015).

Clinicamente, no estágio inicial do CCEO, é frequente o surgimento de uma lesão ulcerada persistente, de crescimento exofítico ou endofítico, que pode ou não estar acompanhada de mancha branca, vermelha ou eritematosa, com bordas irregulares e que sangra com facilidade (MAMANI *et al.*, 2017; SILVA; DIAS, 2017). No caso clínico relatado foi observada uma lesão ulcerada, coloração semelhante à mucosa, de consistência amolecida com bordas elevadas e irregulares. Estes dados são condizentes com a literatura pesquisada, exceto em relação à consistência, pois geralmente no CCEO apresenta-se endurecida.

Os indivíduos que são acometidos por câncer oral, procuram tardiamente os profissionais, pelo fato do quadro algico não ser de grande relevância e com isso a busca por tratamento ocorre geralmente quando a lesão já se encontra em estágio clínico avançado (CURADO *et al.*, 2016). No presente estudo, a paciente apresentou

uma lesão em borda lateral da língua (LD). No momento realizou-se a biópsia incisional, em que foi estabelecido por meio do exame o histopatológico, o diagnóstico de displasia leve. A preservação da paciente não foi realizada, e em aproximadamente 15 meses após a excisão da primeira lesão, desenvolveu-se no mesmo local o CCEO.

Baixas taxas de sobrevivência, 50% após cinco anos, estão diretamente associadas à falha no diagnóstico precoce. O diagnóstico tardio apresenta um grande impacto na qualidade de vida do paciente devido à agressividade das múltiplas intervenções, maioritariamente cirúrgicas, que se tornam então necessárias (ACS, 2016).

O Cirurgião-dentista possui um papel fundamental junto ao paciente com CCEO, contribuindo no diagnóstico, adequação do meio bucal e acompanhamento durante o tratamento proposto com o objetivo de evitar complicações orais que podem contribuir para uma piora na qualidade de vida do paciente (MENDONÇA et al., 2015; VALLE *et al.*, 2016).

O diagnóstico precoce e a mudança de hábitos são essenciais para a obtenção de melhores prognósticos para os pacientes portadores de câncer de boca. Um grande problema descrito nas pesquisas é que embora as desordens com potencial de malignização possam ser percebidas e detectadas precocemente, o estadiamento no momento do diagnóstico apresenta-se geralmente avançado, devido a razões socioeconômicas e regionais, o que faz com que as possibilidades de cura tornem-se bastante reduzidas (MOMARES; PAIVA, 2015; VILLANUEVA-SANCHEZ; REVYAHUERTA; GAITÁN-CEPEDEA, 2016).

A atuação do cirurgião-dentista é de grande importância na equipe multidisciplinar de oncologia, tanto nas fases iniciais do diagnóstico quanto durante a terapia antineoplásica instituída, realizando avaliações estomatológicas e promovendo condições ao paciente de ser submetido às modalidades terapêuticas com as melhores taxas de cura e de qualidade de vida, prevenindo ou diminuindo os seus efeitos colaterais. Deste modo, neste estudo, o preparo de boca da paciente teve o objetivo de prevenir e minimizar as complicações agudas ou tardias provenientes dos efeitos adversos da RT. De fato, face aos resultados observados, a adequação oral da paciente, previamente realizada ao início da radioterapia, diminuiu a ocorrência de alterações estomatológicas, propiciando uma melhor qualidade de vida.

Apesar da facilidade do exame intrabucal grande parte dos indivíduos acometidos pelo câncer de boca é diagnosticado tardiamente, quando a lesão se encontra em estágio avançado, acompanhada de alta morbidade, e chances de cura e sobrevida reduzidas, além do aumento no custo do tratamento e também das complicações geradas por este. Diante deste quadro, as taxas de mortalidade pelo câncer de boca vêm se mostrando cada vez mais

Por isso, é fundamental ressaltar a importância do CD em realizar um exame clínico bem detalhado, bem como o diagnóstico precoce destas lesões malignas, favorecendo um bom prognóstico ao paciente. Vale ressaltar a importância de investimentos em políticas públicas voltadas para campanhas preventivas do câncer oral. Estas, por sua vez, têm como objetivo abranger toda a população, através da formulação de estratégias como, por exemplo, hábitos de vida saudáveis e alerta sobre os fatores etiológicos e a busca por tratamento precoce (RODRIGUES, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a importância do preparo de boca consiste em evitar os agravos e/ou diminuir os efeitos adversos da TA, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida do paciente e otimizar o tempo do tratamento oncológico, tendo em vista que possíveis complicações podem acarretar a interrupção deste, agravando o quadro clínico do paciente. O preparo de boca deve ser realizado de forma minuciosa, realizando todo o protocolo exigido e citado anteriormente para restaurar a saúde bucal do paciente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R.; ESTEVES, R.; LÓPEZ-LÓPEZ, J. DEVESA, A. E. E.; KÜSTNER, C. Carcinoma Escamoso do Bordo Lingual: Caso Clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.**, V. 49, n. 3, 2008.

ALVARENGA LM; RUIZ MT; BERTELLI ECP; RUBACK MJC; MANIGLIA JC; BERTOLLO EMG. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo.** Rev. Bras Otorrinolaringol. 2008; 74(1):68-73.

American Cancer Society - **Taxas de sobrevivência do câncer de cavidade oral e orofaringe por estágio.** (2016). Recuperado em 4 de agosto de 2016, disponível em:<http://www.cancer.org/cancer/oralcavityandoropharyngealcancer/detailedguide/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer-survival-rates>.

ANDRADE, F. C. S.; LOPES, S. M. P.; COLETTA, R. D.; VARGAS, P. A.; LOPES, M. A. **Radioterapia em cabeça e pescoço: efeitos colaterais agudos e crônicos bucais.** Rev Bras Patol Oral. v. 3, p. 62-9, 2004.

ARISWA EAL, SILVA CMOM, CARDOSO CAC, LEMOS NRP, PINTO MC. **Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à quimio e à radioterapia.** Revista Biociências 2005;11: 55-61.

BARNABÉ, L. É. G.; PAZ, A. R.; GOMES, D. Q. C.; PEREIRA, J. V.; WEEGE, C. F.; NONAKA, P. M. A. **Oral squamous cell carcinoma involving a blue cell nevus in the palate.** Journal of Oral Diagnosis, v. 124, n. 2, p. 1-5, 2017.

BARNES L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D, editors. **World Health Organization classification of tumors.** Pathology an genetics of tumors of the head and neck. Lyon: IARC Press;2005.

BEECH, N. **Dental management of patients irradiated for head and neck cancer.** Australian Dental Journal, v. 59, p. 20-28, 2014.

CALDAS, J. A.; BARBOSA, A.; TETI, I. M. **Alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico de câncer na rede pública de Recife-PE.** Ciências Biológicas e da Saúde; v. 2, n. 2, p. 37-46, 2015.

CALEFFI, C. S. **Comprometimento da mobilidade mandibular em pacientes oncológicos submetidos à radioterapia.** Dissertação (Mestrado em Odontologia): Universidade de São Paulo – USP, São Paulo.

CARINCI F, Lo Muzio L, Piattelli A, Rubini C, Palmieri A, Stabellini G, et al. **Genetic portrait of mild and severa lingual dysplasia.** Oral Oncol. 2005; 41:365-374.

CARDOSO, M.F.A et al. **Prevenção e controle das doenças bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço.** Radiol Bras, São Paulo, v.38, n.2, apr., 2005.

CARVALHO, S. H. G.; SOARES, M. S. M.; FIGUEIREDO, R. L. Q. **Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil.** Pesqui Bras Odontoped Clín Integr, João Pessoa, v. 12, n. 1, 47-51, jan./mar., 2012

CENTURION, B. S. **Avaliação clínica e tratamento das complicações bucais pós quimioterapia e radioterapia.** Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas, v. 66, n. 2, p. 136-141, 2017.

Costa LJ, Birman EG, Alves SH, Cury AE. **Antifungal susceptibility of Candida albicans isolated from oral mucosa of patients with cancer.** Rev Odontol Univ São Paulo. 1999;13:219-223

COROACY et al. **Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, vol. 44, núm. 1, fevereiro, 2008, p.31-35.

COSTA, K C.; BARBIERI, T.; GUERRA, L. F. C. **Alternativas atuais na prevenção e tratamento da xerostomia decorrente dos tratamentos antineoplásicos.** Visão Universitária, v, n.1, p. 61-86, 2018.

COSTA, V. B. B. **Investigação da amplificação do egfr em carcinoma de células escamosas de boca em pacientes jovens.** 2016. Dissertação (Mestrado em Odontologia): Universidade Estadual Paulista, São José dos Campos.

CURADO, M. P. et al. **Oral and oropharynx cancer in South America: incidence, mortality trends and gaps in public databases as presented to the Global Oral Cancer Forum.** Research Oral Oncol ; v.1, p. 1-7, 2016.

DANIEL, F. I.; GRANATO, R.; GRANDO, L. J. **Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte.** J Bras Patol Med Lab, v. 42, n. 4, p. 279-283, 2006.

DIB, L. L.; CURI, M. M. **Complicações orais na Oncologia: atuação odontológica na Oncologia.** In: KOWALSKI, L. P. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia. 2ed. São Paulo: Âmbito Ed; 2002.

DOMINGOS, P. A. S.; PASSALACQUA, M. L. C.; OLIVEIRA, A. L. B. M. **Câncer bucal: um problema de saúde pública.** Rev. Odontol., São Paulo, v. 26, n. 1, p.46-52, abr. 2014.

EDUARDO, F. P. **The influence of dental care associated with laser therapy on oral mucositis during allogeneic hematopoietic cell transplant: retrospective study.** Einstein, V.9, n.2, p.201-6, 2011.

ELTING, L. S. Cancer. **The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes.** American Cancer Society, v. 198, n. 7, p.1531-9, 2003.

Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. **Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal.** RGO. 2010; 58:27-33

Feliciano, Luciana Maria. **Alterações citogenéticas em portadores de desordens potencialmente malignas e carcinoma oral.** Dissertação (mestrado) – Instituto de Biociências de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

FIDELIS, C.; BELTRAN, P. **Osteorradionecrose: formas de tratamentos.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia): Universidade de Taubaté: Taubaté –SP.

FILHO, M. R. M.; FREITAS, E. M.; PINTO, M. Q. C.; PEIXOTO, H. V. S.; SILVA, L. M.; BARBOSA, L. N. G.; XAVIER, R. K. F.; ROCHA, B. A. **Tratamento de cárie por radiação na clínica de adequação do meio: relato de caso.** Revista Intercâmbio, v. X, p. 229-238, 2017.

FREITAS, D. A.; CABALLERO, A. D.; PEREIRA, M. M.; OLIVEIRA, S. K. M.; PINHO, S. G.; Hernández, C. I. V. **Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço.** Rev. CEFAC, v.13, n.6, p.1103-1108, 2011.

FREITAS, R. M.; RODRIGUES, A. M.; MATOS, J. A. F.; OLIVEIRA, G. A. **Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura.** RBAC. v. 48, n. 1, p.13-8, 2016.

GAETTI JARDIM JÚNIOR E, SOUZA FRN, DIAS N, JESUS KG, SCHWEITZER CM. **Xerostomia em pacientes irradiados.** Rev. Visão Universitária. 2015;3(1):31-54

GALBIATTI, A. L. S.; PADOVANI-JUNIOR, J. A.; MANÍGLIA, J. V.; RODRIGUES, C. D. S.; PAVARINO, E. C.; GOLONI-BERTOLLO, E. M. **Head and neck cancer: causes, prevention and treatment.** Braz J Otorhinolaryngol. v. 79, n. 2, p. 239-47, 2013.

GHAZZAOUI, S. F.; ROMANO, L. T. C.; GONNELLI, F. A. S.; PALMA, L. F. **Acupuntura para xerostomia e hipofluxo salivar: revisão de literatura.** Rev. bras. Odontol., v. 73, n. 4, p. 340-343, 2016.

GONÇALVES,R.C.C.**Estudo dos fatores de risco, prevenção e controle da mucosite oral radioinduzida.**2001.92p.Dissertação (Doutorado em Odontologia)-São Paulo: Fundação Antônio Prudente.2001

GONNELLI, F. A. S.; PALMA, L. F.; GIORDANI, A. J.; DEBONI, A. L. S.; DIAS, R. S.; SEGRETO, R. A.; SEGRETO, H. R. C. **Laser de baixa potência para prevenção de hipofluxo salivar em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço após radioterapia e quimioterapia.** Radiol Bras. V. 49, n. 2, p. 86–9186, 2016.

HESPANHOL, F. L. et al. **Manifestações bucais em pacientes submetidos a quimioterapia.** Ciência e Saúde Coletiva, 15 (Sulp.1):1085-1094, 2010.

Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa do Câncer 2018/2019.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em Agosto de 2019.

JHAM, B. C.; FREIRE, A. R. S. **Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço.** Rev Bras Otorrinolaringol., v. 72, n.5, p. 704-8, 2006.

JONES, D.; RANKIN, K. **Manejo das sequelas orais da terapia do câncer.** Tex Dent J., v. 129, n.5, p. 461-468, 2012.

JÚNIOR, A. C.; BARBOSA, A.; TETI, I. M.; FRANÇA, M. L. M. S.; PAEGLE, A. C. R. O.; MICHELLY, C. **Alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico de câncer na rede pública de Recife-PE.** Ciências biológicas e da saúde, v. 2, n. 2, p. 37-46, 2015.

JÚNIOR, E. G. J.; SOUZA, F. R. N.; DIAS, N.; JESUS, K. G.; SCHWEITZER, C. M. **Xerostomia em pacientes irradiados.** Visão Universitária, v.3, p. 31 -54, 2015.
KIELBASSA, A. M. Radiation-related damage to dentition. Lancet Oncol., v. 7, p. 326-335, 2006.

LÔBO, A. L.; MARTINS, G. B. **Consequências da Radioterapia na região de Cabeça e Pescoço.** Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v.50, n.4, 2009.

MACHADO, Karine Maia. **A caracterização dos hábitos de higiene oral e sua influência no tratamento de radioterapia-uma pesquisa de campo no HGP/TO. 2018.** 27 f. 55. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2018.

MALLIC, S.; BENSON, R.; RATH, G. K. Artigo: **Radiation induced oral mucositis: a review of current literature on prevention and management.** Eur Arch Otorhinolaryngol., v. 273, n.9, p.2285-93, 2016.

MAMANI MP, CALDANA ML, BASTOS RS, et al. **Neoplasias bucais em indivíduos idosos no Brasil: Revisão integrativa.** Revista Rede de Cuidados em Saúde, 2017; 10(1): 1-18

MELO, A. L.; MARIANGELA, T. R.; PAVARINO-BERTELLI, É. C.; CABRAL, J. R.; M.; MANIGLIA, J. Vi.; GOLONI-BERTOLLO, E. M. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo.** Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 74, n. 1, pp. 68-73, 2008.

MENDONÇA, J. C. G.; MELO, R. L.; BARROS, R. M. G. **Carcinoma epidermóide lingual com esvaziamento cervical unilateral supra-omohioideo: relato de caso.** Revista Arquivos de Investigação em Saúde, v. 4, n. 6, 2015.

MOMARES, B.; CONTRERAS, G.; MARTÍNEZ, B. **Sobrevida em carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes.** Revista Chilena de Cirurgia, v. 66, n. 6, 2014.

MONTEIRO, S. D.; SHERBINO, J.; PATEL, A.; MAZZETTI, I. G. R. N.; HOWEY, E. **Reflecting on Diagnostic Errors: Taking a Second Look is Not Enough.** J Gen Intern Med, v. 30, n. 9, p. 1270–4, 2017.

NASCIMENTO, A. C. C.; LIMA, N. N. M.; CAMPOS, R. S.; SILVA, T. W. S.; BARBOSA, I. S.; FILHO, J. L. F. **Efeitos colaterais bucais da radioterapia nas regiões de cabeça e pescoço e a atuação do cirurgião-dentista: revisão de literatura.** Jornada odontológica dos acadêmicos da católica – JOAC, v. 2, n. 2, p. 1-5, 2016.

NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

OLIVEIRA, E. L.; CABRAL, G. M. P.; GALVÃO, A. K. F. C.; PEDRINE, J. A. G. D.; SILVA, M. C. V. S.; DANTAS, M. A. P. D. **Mucosite - uma revisão sistemática.** Revista Campo do Saber, v. 4, N. 5, p. 16-34, 2018.

PAIVA, M. D. E. B.; BIASE, R. C. C. G.; MORAES, J. J. C.; ÂNGELO, A. R.; HONORATO, M. C. T. M. **Complicações orais decorrentes da terapia antineoplásica.** Arquivos em Odontologia, v. 46, n. 1, 2010.

Panzarella V, Pizzo G, Calvino F, Compilato D, Colella G, Campisi G. **Diagnostic delay in oral squamous cell carcinoma: the role of cognitive and psychological variables.** Int J Oral Sci. 2014; 6:39-45

QUISPE, R. A.; CREMONESI, A. L.; GONÇALVES, J. K.; RUBIRA, C. M. S.; SANTOS, P. S. **Estudo caso-controle de índices de doenças bucais em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço após terapia antineoplásica.** Einstein, v.16, n. 3, p.1-6, 2018.

RAGGHIANI, M. S.; GREGHI, S. L. A.; CAPELLOZA, A. L. A.; RESENDE, D. R. B. **Tratamento radioterápico: Parte 2 - Estratégias de atendimento clínico.** Revista Salusvita, v. 21, n. 1, p. 87-95, 2002.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia Oral: correlações clinicopatológicas.** 5nd ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008; 48p.

RIBEIRO, I. L. A.; MEDEIROS, J. J.; RODRIGUES, L. V.; VALENÇA, A. M. G.; NETO, E. A. L. **Factors associated with lip and oral cavity cancer.** Rev. bras. epidemiol. v.18, n.3, 2015.

ROCHA, B. A.; FREITAS, E. M.; RAMOS, G. V.; FRANCA, M. G. C.; CASTILHO, N. L.; FILHO, M. R. M. **Protocolo para controle de infecções orais em pacientes sob tratamento de câncer: uma visão clínica.** Revista Intercâmbio, v. 10, p. 72-90, 2017.

RODRIGUES, N. C. **A relevância do cirurgião dentista na adequação do meio bucal de um paciente com carcinoma espinocelular: relato de caso clínico.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia): Universidade do Estado do Amazonas – UEA, Manaus.

SALAZAR, M. **Efeitos e tratamento da radioterapia de cabeça e pescoço de interesse ao cirurgião dentista Revisão de Literatura.** Revista Odonto., v. 16, n. 31, p. 62-68, 2008.

SANTOS, M. G. C. **Efetividade do gel de *púnica granatum* Linn. na prevenção da candidose oral em pacientes submetidos à radioterapia na região da cabeça e do pescoço.** 2013. Dissertação (Mestrado em Odontologia): Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande – PB.

SANTOS, M. G.; SILVA, L. C. F.; LINS, C. A.; PASSOS, D. D.; NETO, J. N. O.; SANTOS, T. S. **Fatores de risco em radioterapia de cabeça e pescoço.** RGO - Rev Gaúcha Odontol., v. 58, n. 2, p. 191-196, 2010.

SASSI, L. M.; MACHADO, R. A. **Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço.** Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 38, n 3, p. 208 - 210, 2009.

SILVA, L. C. F.; PAULINELLI, M. N.; Regis Almeida MEIRA. **Avaliação dos fatores de risco dentais e de malignidade em radioterapia da cabeça e do pescoço.** Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial v.4, n.3, p. 187 - 195, 2004.

SILVA, M. B. L. **Perfil clínico e epidemiológico de pessoas diagnosticadas com carcinoma de células escamosas bucal no estado da Bahia.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia): Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira – BA.

SILVA, R. D.; DIAS, M. A. I. **Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer.** REFACS, v. 5, n.2, p.228-234, 2017.

SOARES, T. R. A.; MAMEDES, I. F.; FRANCO, A. V. M.; PEIXOTO, F. B.; FERREIRA, S. M. S. **Carcinoma epidermóide causando grande destruição em mandíbula: relato de caso.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 18, p. 1-9, 2019.

SONIS, S. T. **Pathobiology of oral mucositis: novel insights and opportunities.** J Support Oncol., v.5, p.3-11, 2007.

SUBDO J, Reith A. **The evolution of predictive oncology and molecular-based therapy for oral cancer prevention.** Int J Cancer. 2005;115:339-45.

SUBDO J, Bryne M, Johannessen AC, Kildal W, Danielsen HE, Reith A. **Comparison of histological grading and large-scale genomic status (DNA ploidy) as prognostic tools in oral dysplasia.** J Pathol. 2001;194:303-10

TOLENTINO, E. S.; CENTURION, B. S.; FERREIRA, L. H. C.; SOUZA, A. P.; DAMANTE, J. H.; RUBIRA-BULLEN, I. R. F. **Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients.** J Appl Oral Sci., v. 19, n. 5, p.448-54, 2011.

TRUCCI, V. M. **Current strategies for the management of oral.** Rev Odonto Cienc. V.24, n. 3, p.309-314, 2009.

UETA, E.; OSAKI, T.; YONEDA, K.; YAMAMOTO, T. **Prevalence of diabetes mellitus in odontogenic infections and oral candidosis.** J Oral Pathol Med., v. 22, n. 168-74, 1993.

VALLE, C. N.; PASSOS, R. M. M.; GONÇALVES, J. T. C. L.; GOMES, C. **Carcinoma Espinocelular Oral: um panorama atual.** Revista de Patologia do Tocantins, v. 3, n.4, 2016.

VELOSO, C. A. E.; FERREIRA, L. F.; FONTOURA, N. C. M. C.; GUIMARÃES, B. E. **Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 44, n. 1, pp. 31-35, 2008.

VERA-LLONCH, M. **Oral mucositis and outcomes of autologous hematopoietic stem-cell transplantation following high-dose melphalan conditioning for multiple myeloma.** J Support Oncol., v. 5, n.5, p.231-5, 2007.

VIEIRA R, MINICUCCI EM, MARQUES MEA, et al. **Acnitic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects.** Revista Anais Brasileiros de Dermatologia, 2012; 87(1): 105-114.

VILLANUEVA-SANCHEZ, F. G.; LEVYA-HUERTA, E. R.; GAITÁN-CEPEDEA, L. A. **Análisis clínico e histopatológico de carcinoma de células escamosas de La cavidad bucal en pacientes jóvenes. Un estudio descriptivo y comparativo em México.** Revista de Odontoestomatología. v. 18, n. 27, 2016.

VISSINKA, B. F. R.; SPIJKERVET, F. K. L.; JANSMA, J.; COPPES, R. P. **Prevention and treatment of the consequences of head and neck radiotherapy.** Crit Rev Oral Biol Med., v. 98, n.7, p.1531-9, 2003.

WHITMYER, C.C.; Waskowski, J.C.; Iffland, H. **A. Radiotherapy and oral sequelae: preventive and management protocols.** J Dent Hyg., v. 71, n. 23, p. 9, 1997.

Anexo A – Documentos Comprobatórios

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
ESTOMATOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, eu Maria Inaci Souza Silva,
dou pleno consentimento para realização dos exames necessários ao diagnóstico e tratamento das patologias bucais. Declaro que recebi esclarecimento 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 de antecedentes pessoal e familiar, bem como da retenção e do uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas neste prontuário, 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.

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, 02 de setembro de 2019.

Maria Inaci Souza Silva
Assinatura do paciente
RG: _____

Assinatura do Responsável
RG: _____

Testemunha 1
RG: _____

Testemunha 2
RG: _____

Digital

Anexo B – 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: 19/445

REQUISITADO POR: Jarmson de Pádua/ Antares Silveira/ Tiago João

NOME DO PACIENTE: Maria Irací Souza Silva

LOCALIZAÇÃO DA LESÃO: borda lateral de língua posterior

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-CIRÚRGICO: CCE

EXAME MACROSCÓPICO:
O material recebido para exame consta de 01 fragmento de tecido mole, de coloração enegrecida, consistência fíácida, forma irregular e superfície rugosa, medindo 1,4 x 1,3 x 0,3 cm.

EXAME MICROSCÓPICO:
Os cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina, e observados em microscopia de luz, revelam fragmentos de neoplasia maligna de origem epitelial caracterizada por intensa proliferação de células epiteliais displásicas, que invadem o tecido conjuntivo subjacente na forma de grandes lençóis e pequenos ninhos que, por vezes, crescem como entidades independentes do epitélio de revestimento da mucosa oral. Essas células apresentam considerável pleomorfismo celular e nuclear, hiperromatismo, alteração na relação núcleo / citoplasma, nucléolos evidentes, vacuolização citoplasmática, perda da coesividade habitual e figuras de mitose, sendo algumas delas atípicas. Áreas focais de hiperqueratinização com formação de pérolas de ceratina são observadas. O estroma de sustentação é de tecido conjuntivo fibroso, de densidade variada, que apresenta um moderado infiltrado inflamatório (mais intenso em áreas adjacentes à proliferação epitelial), além de vasos sanguíneos, de calibres variados, por vezes congestionados por hemácias. Feixes de fibras musculares, fascículos nervosos e extravasamento de hemácias completam o quadro histopatológico analisado.

DIAGNÓSTICO: carcinoma epidermoide oral.

Campina Grande, 11 de setembro 2019.



Prof. Dr. Tiago João da Silva Filho
Patologista Bucal

Anexo C – Laudo Imaginológico

(83) 3063-1100

Orofacial
Laboratório de Imagem

Laudo imaginológico descritivo

Paciente: Maria Iraci Souza Silva
 Nasc. [Idade]: 24/04/1962 [57 anos e 1 meses]
 Sexo: Feminino

Data: 04/06/2019
 Doutor(a): Claudio P.Santos

Radiografia panorâmica

Dentição permanente - Desdentado superior, além de outros (8) Elementos ausentes : 38, 37, 36, 34, 45, 46, 47 e 48.

Maxila

Observar radiodensidade reduzida e projetada nas regiões alveolares correlativas aos dentes ausentes 13 e 23, nesta incidência. Sugere-se complementar com radiografia(s) periapical(is) para elucidação.

Reabsorção alveolar fisiológica por desuso nas região(ões) edêntula(s).

Mandíbula

Dente 35 : Inclinação mesial.

Dentes 35 [M D] e 44 [D] : Imagem radiolúcida na(s) coroa(s) sugestiva de lesão cariiosa/abrasão.

Dente 31 : Observar radiodensidade reduzida e projetada no(s) ápice(s) radicular(es), nesta incidência. Sugere-se complementar com radiografia(s) periapical(is) para elucidação.

Perda óssea horizontal leve/moderada.

Cálculo dentário generalizado.

Dentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43 : Desgaste incisal sugestivo de atrição.

Reabsorção alveolar fisiológica por desuso nas região(ões) edêntula(s).

Densidade reduzida no ramo direito e esquerdo compatível com espaço aéreo orofaríngeo interposto.

Achados adicionais

Redução da radiotransparência do seio maxilar direito e esquerdo, nesta incidência. Se necessário, complementar com radiografia de Waters para maiores esclarecimentos.

Cabeças da mandíbula simétricas.

Mineralização do ligamento estilo-hioideo bilateralmente.

Este exame é suplementar e não conclusivo, faz-se necessário conforme o caso e a critério clínico, correlacioná-lo com dados clínicos, laboratoriais e/ou outros exames de imagem prévios e/ou subsequentes para elucidação diagnóstica.

Agradecemos por referenciar este paciente.

Orofacial