



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA



**CARCINOMA ESPINOCELULAR BUCAL E A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO
PRECOCE: RELATO DE CASO**

ELY MOACYR DE SOUZA PORTELA

Manaus - AM
2019

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**CARCINOMA ESPINOCELULAR BUCAL E A IMPORTÂNCIA DE UM DIAGNÓSTICO
PRECOCE: RELATO DE CASO**

ELY MOACYR DE SOUZA PORTELA

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de Relato de Caso Clínico, apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Cirurgião Dentista.

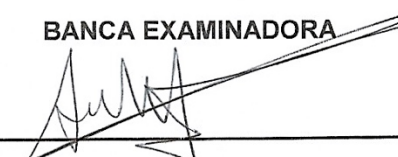
Orientador: Prof. MsC. Antonio Jorge Araújo de Vasconcelos II

Manaus – AM
2019

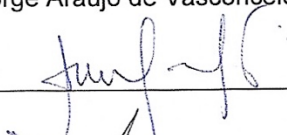
TERMO DE APROVAÇÃO

O Ac. **Ely Moacyr de Souza Portela** foi aprovado mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: ***Carcinoma espinocelular bucal e a importância de um diagnóstico precoce: relato de caso***, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

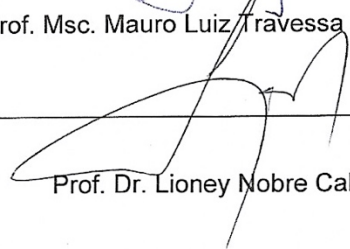
BANCA EXAMINADORA



Prof. Esp. Antonio Jorge Araújo de Vasconcelos II (**Orientador**)

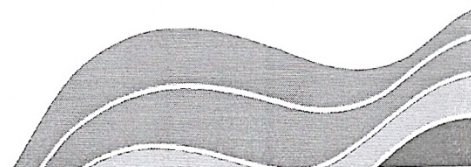


Prof. Msc. Mauro Luiz Trávessa de Barros



Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral

Manaus, 10 de junho de 2019



Dedico este trabalho aos meus pais, irmão e toda minha família que, com muito amor e esforço, foram meu alicerce diante dessa longa caminhada. Obrigado por sempre lutarem por uma educação digna para que eu pudesse chegar nessa etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por sua dádiva em me inspirar, defender, dirigir e governar todos os caminhos para que eu conseguisse chegar até aqui. Além disso, agradeço-o por ter me escolhido para cursar Odontologia.

Aos meus pais, José Estevam Portela e Elisangela de Souza Portela, os quais nunca mediram esforços para me ver crescer na vida e sempre estiveram ao meu lado, quando mais necessitei.

Em especial, meu pai José Estevam Portela, o qual visto um dia ter a perspicácia, a grandiosidade e o reconhecimento do belo Cirurgião-Dentista que é. Agradeço por ter, diretamente, me ajudado em diversas situações e por, indiretamente, ter participado em toda minha graduação, diante das piores situações, em que eu lembrava como sua sagacidade de profissionalismo o tirava de situações que somente o senhor tem a capacidade de desfazê-las.

Não menos especial, minha mãe Elisangela de Souza Portela, a qual um dia visto ter a insistência e a bravura de sempre pensar positivo; de pensar que sempre haverá solução para tudo. Agradeço por todos os momentos em que a senhora rezou por minha segurança; insistiu em meu estudo; ficou orgulhosa dos meus feitos; pediu ao Espírito Santo que me iluminasse nas provas curriculares... Além de sempre lembrar de me alimentar todas as manhãs com seus maravilhosos sanduíches, biscoitos, café e suco. Agradeço, ao meu irmão, Yan Matheus de Souza Portela, por sempre me transmitir alegria e amor, durante essa caminhada e por ter disposição em me ajudar, quando havia trabalhos de prótese, envolvendo cera e lamparina.

A minha namorada, Erika Akiko Moura Shiota, a qual revolucionou minha percepção de carinho, afeto e amor ao próximo. Minha companheira, minha dupla de atendimento e, não raro, minha amiga de graduação, em que pude confessar todas as

minhas alegrias e tristezas, conquistas e feitos. Muito obrigado por sempre ter ficado ao meu lado, meu amor.

Ao grupo de amigas, em que pude aprender que o amor de uma amizade move o mundo e que nada irá apagar momentos ótimos que passamos juntos... Meus eternos agradecimentos por participarem ativamente e diariamente da minha vida ao Pepitas ou podemos dizer os Keroles? Desejo sucesso e um belo futuro a vocês!!

Ao grupo de amigas, em que pouco tempo de união mostrou ter um enorme significado em minha vida. Houve viagens, festas e muita comida para contar história. Meus agradecimentos a vocês, Grupo do Pastel.

Em geral, agradeço a todos os meus amigos que participaram dessa bela caminhada até aqui e, também, aos que não puderam, por algum motivo, de estar desfrutando dessa dádiva, mas que participaram efetivamente do meu processo de formação.

Agradeço, veementemente, ao meu ilustríssimo orientador Professor Antonio Jorge Araújo de Vasconcelos II por me guiar em todos os parâmetros e elucidar minha trajetória. Muito obrigado por ser um enorme colaborador na conclusão deste belo trabalho. Não menos importante, aos Professores Lioney Nobre Cabral, Tiago Novaes Pinheiro e Renato da Silva Repilla por terem dedicado tempo, atenção e transmissão de conhecimentos para que se pudesse finalizar tal ofício.

Em geral, agradeço a todos os educadores, em que passaram por essa longa trajetória de 5 anos. Meus eternos agradecimentos a vocês, professores, formadores de profissionais.

Meus agradecimentos à famosa Dona Elaine, funcionária da Policlínica Odontológica da UEA, a qual dividiu comigo a história e a vivência do seguinte relato de caso.

Por fim, meu recanto de estudo, meu centro de informação e minha segunda/primeira casa; agradeço à Universidade do Estado do Amazonas por me proporcionar os ensinamentos e o caminho certo para o sucesso pessoal e comunitário.

*“Eu ainda sou bem moço pra tanta tristeza,
E deixemos de coisa, cuidemos da vida,
pois se não chega a morte ou coisa parecida,
E nos arrasta, moço, sem ter visto a vida”*

Fagner

RESUMO

O carcinoma espinocelular bucal (CEC) é uma neoplasia maligna de etiologia e características histopatológicas variadas. É uma doença que surge em epitélio, a qual reveste a cavidade oral e incluem tumores encontrados em língua, lábio, área gengival, palato, assoalho bucal e mucosa. Fatores genéticos, ambientais e comportamentais são considerados como possíveis causas de tal doença. O objetivo principal deste trabalho foi relatar um caso clínico, relacionado ao diagnóstico de CEC e seu prognóstico. Paciente compareceu ao serviço do curso de Capacitação em Estomatologia e Patologia Bucal da Universidade do Estado do Amazonas com queixa principal de “ferida que começou na língua e aumenta”. O exame intraoral revelou extensa úlcera na região retromolar, língua, face lingual dos dentes adjacentes e tonsila direita. O exame extraoral apresentou tumefação de consistência firme e com queixa algica. O exame histopatológico mostrou epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico, que fazia transição à área ulcerada por região displásica e infiltrativa com células, as quais apresentavam hiperchromatismo acentuado, bizarro, pleomorfismo, mitoses atípicas, perda de organização da estratificação, perda de aderência intercelular e áreas de disqueratose. O diagnóstico de carcinoma espinocelular bucal com caráter bem diferenciado foi evidenciado e o paciente foi encaminhado à Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas para que houvesse tratamento imediato da doença instalada. Seguente trabalho serve de alerta aos Cirurgiões-Dentistas sobre a necessidade de conhecer e ser capacitado para suspeitar das lesões pré-cancerosas/cancerosas ainda no estado inicial; responsabilidade do diagnóstico precoce e sua efetividade; e promover o mais favorável prognóstico.

Palavras-chave: CEC; lesões pré-cancerosas/cancerosas; diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is a malignant neoplasm of etiology and histopathological characteristics varied. It's a disease that arises in the epithelium, which coats the oral cavity and includes tumors found in tongue, lip, gingival area, palate, buccal floor and mucosa. Genetic, environmental and behavioral factors are considered as possible causes of such disease. The main objective of this study was to report a clinical case, related to the diagnosis of OSCC and its prognosis. Patient attended the service of the Training Course in Stomatology and Oral Pathology of the State University of Amazonas with main complaint of "wound that began in the tongue and increases". Intraoral examination revealed extensive ulcer in the retromolar region, tongue, lingual face of adjacent teeth and right tonsil. The extraoral examination presented swelling of firm consistency and painful complaint. The histopathological examination revealed hyperplastic parakeratinized squamous epithelium, which transitioned to the ulcerated area by dysplastic and infiltrative region with cells, which showed marked hyperchromatism, bizarreism, pleomorphism, atypical mitoses, loss of organization of stratification, loss of intercellular adhesion, and areas of dyskeratosis. The diagnosis of buccal squamous cell carcinoma with a well differentiated character was evidenced and the patient was referred to the Oncology Control Center Foundation of the State of Amazonas for immediate treatment of the disease. Next work serves as an alert to the dentists on the need to know and be able to suspect precancerous / cancerous lesions still in the initial state; responsibility for early diagnosis and its effectiveness; and promote the most favorable prognosis.

Keywords: OSCC; precancerous / cancerous lesions; early diagnosis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fístula em região mandibular extra-oral.....	21
Figura 2. Análise de assimetria facial.....	22
Figura 3. Aumento de linfonodo mandibular (sinal de linfadenopatia).	22
Figura 4. Região de úlcera na região retromolar e língua.....	23
Figura 5. Estado geral da cavidade bucal.	23
Figura 6. Biópsia incisional na região retromolar.....	24
Figura 7. Macroscopia da biópsia incisional.....	25
Figura 8. Imagem histopatológica da biópsia com região displásica e células anormais.	26
Figura 9. Imagem histopatológica da biópsia com presença de pérolas córneas.....	26
Figura 10. Tomografia computadorizada da lesão em plano oblíquo. Fonte: FCECON.....	29
Figura 11. Tomografia computadorizada da lesão em plano sagital. Fonte: FCECON.....	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	RELATO DE CASO CLÍNICO.....	20
5	DISCUSSÃO	32
6	CONCLUSÃO	37
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
	ANEXO.....	42

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular bucal (CEC), também chamado carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular, carcinoma de células escamosas ou, simplesmente, câncer bucal, é uma neoplasia maligna de etiologia e características histopatológicas variadas. Não obstante, é o tumor mais comum na cavidade oral¹.

Acomete pessoas acima de 40 anos, tendo seu maior alcance em indivíduos de 60 anos ou mais, não raro, casos fora dessa faixa etária podem ser encontrados². É uma malignidade que surge em epitélio, a qual reveste a cavidade oral e incluem tumores encontrados em língua, lábio, área gengival, palato, assoalho bucal e mucosa³.

Em pleno século XXI, sua origem multifatorial ainda é discutida. Sendo que, autores renomados abordam fatores genéticos, ambientais e comportamentais como possíveis causas de tal doença. No entanto, os fatores clássicos de risco são o tabagismo e o etilismo^{3,4}.

Esta neoplasia representa um problema de saúde pública mundial, devido sua alta incidência no globo, além de baixa sobrevida, após diagnóstico concluído. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer bucal corresponde a 11º neoplasia mais comum no mundo⁵.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), estimam-se 11.200 casos novos de câncer bucal em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Além disso, este tumor tem estimativa de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição entre cânceres masculinos; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres femininos⁶.

Um exame clínico minucioso, uma anamnese detalhada e um diagnóstico precoce são, imensuravelmente, importantes para melhorar a sobrevida e os resultados de tratamento, já que os estágios iniciais do câncer permitem um tratamento menos agressivo, sendo eficaz na redução da mortalidade e morbidade do câncer⁷.

Em virtude de tais dados e informações, a abordagem desse tema se torna complexa, por haver falta de recursos usuais e práticos, em que haja um alerta informativo, baseado em conhecimento, à população e aos profissionais de saúde sobre um diagnóstico precoce, tratamento e prognóstico favorável.

Logo, o objetivo do presente trabalho é relatar caso de um paciente acometido pela lesão em questão, além de buscar esclarecimentos, para que haja um melhor entendimento de como diagnosticar precocemente uma das doenças que mais afetam a população mundial, concomitantemente, a explanação desses conhecimentos aos profissionais de saúde e à população, em geral.

Por isso, a busca por novas formas de diagnóstico precoce é de grande importância e relevância no contexto social e científico. O reconhecimento da lesão e suas diversas formas de apresentação devem ser elucidados para fechar um diagnóstico concreto.

A partir do cenário atual, faz-se necessário a busca de conhecimentos acerca dessa neoplasia, abordando problemas e resoluções; relatos e ações, as quais implicam melhores condições à população e aos profissionais para se ter um diagnóstico precoce e/ou uma prevenção adequada.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar um caso clínico, relacionado ao diagnóstico de carcinoma espinocelular bucal (CEC) e seu prognóstico.

2.2 Objetivos Específicos

- Relacionar exame clínico e exames complementares para diagnóstico da lesão.
- Realizar uma revisão de literatura sobre o carcinoma espinocelular bucal, em busca de um diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O termo câncer de boca engloba um conjunto de neoplasias que acometem a cavidade bucal em diversas formas. O carcinoma espinocelular bucal (CEC) corresponde entre 90% a 95% dos casos de câncer na boca⁸.

No Brasil, a incidência de câncer bucal é considerada uma das mais altas do mundo, sendo o quinto tipo de câncer mais comum que acomete o sexo masculino e o décimo segundo mais recorrente no sexo feminino⁶.

Os fatores de risco para o desenvolvimento do CEC incluem consumo de álcool, tabaco e infecção por vírus (HPV), os quais causam mutação em genes, tornando-os oncogênicos^{1,9}. O tumor pode invadir profundamente em tecidos adjacentes da língua, lábios e assoalho bucal³.

Com as mudanças de hábitos alimentares e comportamentais do século XXI, existe uma tendência de aumento da ocorrência de câncer bucal em jovens, com idade inferior a 45 anos, que representam 3 a 6% dos casos^{10,11}. Antes, pacientes com menor faixa etária não tinha porcentagem de destaque nas pesquisas epidemiológicas, e conseqüentemente, não eram os mais citados em estudos¹⁰.

A maioria dos jovens acometidos com o CEC, não relata história familiar de oncologia oral, contribuindo para um comportamento mais agressivo, com incidência maior de metástases linfonodais e pior prognóstico^{11,12}.

Com base em pesquisas, revelou-se que para aumentar o risco de CEC em jovens, há necessidade de mais de 21 anos de exposição ao álcool e ao cigarro¹⁰. E em outro estudo com 264 pacientes portadores da doença, com idade inferior a 35 anos, observou-se o hábito de fumar em apenas 59,4%, fazendo refletir sobre fatores etiológicos ainda obscuros¹³.

A origem genética do CEC independe da idade de aparecimento da doença. Os agentes virais, principalmente o HPV, podem ter papel importante na carcinogênese em pacientes jovens, porém não há evidências suficientes que confirmem essa hipótese¹².

As taxas de incidência e mortalidade do CEC variam de acordo com a região, estado e país⁵. Essas variações ocorrem, principalmente, pelas diferenças de hábitos, características socioeconômicas, expectativa de vida, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade da assistência médica nas diversas regiões⁴.

Possuir um parâmetro e analisar o perfil dos pacientes portadores de CEC é muito importante para auxiliar o direcionamento das campanhas de prevenção, especialmente em populações com características socioeconômicas e culturais distintas^{3,4}.

Atualmente, ainda não há um agente carcinogênico isolado, o qual configure a etiologia do câncer bucal. Porém, há uma somatória de agentes associada à predisponência do indivíduo¹⁴. Também não há um estudo comprovando que o álcool seja etiologia da doença, porém o etanol associado aos compostos carcinogênicos do cigarro (alcatrão e a nicotina) eleva em 141 vezes a possibilidade de desenvolver câncer¹⁵.

Podem ser considerados outros fatores relacionados à etiopatogenia, como: radiação; problemas nutricionais (deficiência de ferro na Síndrome de Paterson-Kelly) e avitaminoses A, B e C; exposição à luz ultravioleta; presença de oncogenes e a inibição dos genes supressores de tumor como o p53¹⁴.

Há evidências clínicas que auxiliam no diagnóstico do CEC. Exemplo disso são lesões que não cicatrizam espontaneamente em 15 dias, de base cartonada, lesões ulceradas de bordas evertidas e endurecidas, com ausência de halo eritematoso e indolores no início¹⁴.

O Sistema de Estadiamento Clínico de Tumores (TNM) tem sido a classificação adotada para caracterizar os tumores, propor a terapia mais adequada e estimar a sobrevida dos pacientes. As informações obtidas através dos exames clínico e de imagem

são utilizadas para estabelecer o estágio clínico (cTNM) e, caso o paciente seja submetido à cirurgia, determina-se o estágio patológico (pTNM) mediante o exame histopatológico do tumor e dos linfonodos regionais¹⁶.

Assim, classificações histopatológicas para esses carcinomas de cavidade oral surgiram na tentativa de explicar o comportamento biológico discrepante dos tumores¹⁷. Protocolos, como este relatado, são de grande importância para a prevenção, controle e preservação de pacientes diagnosticados com tal doença.

Um diagnóstico precoce é ideal, para estados iniciais da neoplasia, permitindo um tratamento menos agressivo e, por conseguinte, diminuindo a morbidade⁷. Além disso, a triagem periódica ao dentista pode reduzir em 32% a mortalidade por CEC¹⁸. Triagem esta, a qual consiste em inspecionar e palpar de maneira sequencial os tecidos moles da cavidade oral e gânglios de cabeça e pescoço, prestando especial atenção em lesões eritematosas; brancas; endurecidas e ulceradas, tendo em mente a biópsia de tecido suspeito, padrão ouro para o diagnóstico¹⁹.

Apesar da melhor compreensão dos mecanismos responsável pela progressão do câncer nos últimos anos, a sobrevida em cinco anos dos pacientes com câncer bucal permanece menor que 50% em todo o mundo²⁰. Com base nisso, estudos moleculares representam uma ferramenta útil para avaliar o papel de certas proteínas na agressividade de malignidades humanas²¹.

Alguns estudos reconheceram que o antígeno associado à proliferação da Ki-67 é um dos preditores mais conhecidos de sobrevida em pacientes com várias doenças malignas, como câncer de pulmão, câncer de mama e câncer de próstata²². No entanto, muitos relatos comprovam que o Ki-67 pode não ser o mais adequado marcador de proliferação para uso no câncer colorretal e carcinoma de células escamosas²³.

Trabalhos recentes mostraram que cerca de 99,7% das mulheres afetadas pelo câncer de colo do útero, o qual apresenta células carcinogênicas escamosas, foram

expostas ao papiloma vírus humano (HPV) uma vez em suas vidas²⁴. Com esses dados, vírus são também estudados como base de etiologia do CEC. No entanto, a relação entre o câncer de colo do útero e a infecção pelo HPV ser bem estabelecida, o papel real deste vírus na carcinogênese oral permanece controversa, embora vários estudos tenham demonstrado presença do HPV⁹. Na maioria dos casos de CEC relacionado ao HPV, citomegalovírus e herpes vírus os pacientes são expostos a fatores etiológicos fortemente associada à carcinogênese oral, como o tabagismo e o etilismo^{9,24}.

Não raro, a apoptose é um aspecto fundamental na patogênese do câncer, e na resposta de células neoplásicas para terapia sistêmica. Por isso, a comparação do tecido normal e/ou epitélio displásico com carcinoma é importante para estabelecer marcadores biológicos da doença²⁵.

Vários estudos relataram o uso potencial de caspase-3 ativada como um biomarcador para prever respostas a tumores em tratamentos e em associação com outras variáveis prognósticas (por exemplo, invasão vascular, metástase linfonodal, estágio clínico avançado e tamanho do tumor), sugerindo que a caspase-3 clivada poderia ser usada como um fator potencial para prever progressão tumoral e seu prognóstico em vários tipos de câncer²⁵.

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha para o CEC, sendo que a modalidade varia de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença; de acordo com uma excisão local ou até uma remoção mais ampla⁴.

A radioterapia deve ser a modalidade terapêutica de escolha para o CEC, quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou não aceitar os possíveis defeitos que esta pode deixar⁴.

A quimioterapia adjuvante ou paliativa para lesões primárias de CEC, quando estas se apresentam muito grandes ou irrissecáveis, tem sido indicada, porém sem que se tenha verificado redução na taxa de mortalidade ou melhora no prognóstico⁴.

Estudos epidemiológicos indicam que dietas ricas em vegetais do gênero *Brassica* (por exemplo, brócolis, repolho, couve-flor) estão associadas à redução do risco de cânceres²⁶. Visto que, extratos de brócolis induzem potentemente enzimas citoprotetoras que promovem a desintoxicação de carcinogênicos químicos, incluindo benzeno, aldeídos e policíclicos hidrocarbonetos aromáticos encontrados na fumaça do tabaco²⁶.

4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, melanoderma, 23 anos, procedente da cidade de Manaus/AM, ocupação de soldador naval, compareceu ao serviço do curso de Capacitação em Estomatologia e Patologia Bucal da Universidade do Estado do Amazonas – UEA no dia 18 de Julho de 2016, encaminhado para avaliação por um Cirurgião-Dentista (CD) da Unidade Básica de Saúde (UBS), com queixa principal de “ferida que começou na língua e aumenta”.

Negou alergias, traumas ou quaisquer alterações sistêmicas dignas de nota. Todavia, em história atual da doença, relatou não ter tido problemas com álcool e fumo; em história familiar, apresentou o avô materno com histórico de câncer. Observou-se no exame extraoral, também, uma fistula na região submandibular (Figura 1) apresentando exsudato fibrinoso na localidade, o qual paciente dizia ter sido medicado com antibióticos por CD anteriores ao da UBS, além de assimetria facial devido a um aumento de volume na região mandibular (Figura 2). Durante a palpação, foi observada tumefação de consistência firme, porém indolor, do lado direito, em região de linfonodo mandibular, sendo identificado linfadenopatia cervical (Figura 3). Não raro, deixando evidenciados sinais de linfadenopatia instalada.

O exame intraoral revelou extensa úlcera na região retromolar, base da língua, face lingual dos dentes adjacentes e tonsila direita. Na borda lateral da língua do lado direito havia uma úlcera com bordas elevadas, extremamente friável ao toque, na região de língua e mucosa circundante (Figura 4), assim como, alteração da coloração do tecido, sendo esta diferente dos tecidos vizinhos (Figura 5). A palpação constatou-se tumefação de consistência firme e com queixa álgica. O paciente relatou sensibilidade dolorosa na região posterior da língua, localizado na borda lateral do lado direito.

O paciente relatou perda de peso abrupta, devido à dificuldade de mastigar, respirar e falar.



1

Figura 1. Fístula em região mandibular extra-oral.



2

Figura 2. Análise de assimetria facial.



3

Figura 3. Aumento de linfonodo mandibular (sinal de linfadenopatia).



4

Figura 4. Região de úlcera na região retromolar e língua.



5

Figura 5. Estado geral da cavidade bucal.

Com devidas informações, decidiu-se realizar uma biópsia incisional intrabucal, na região retromolar, em que houve remoção parcial de tecido mole, na localidade da úlcera

instalada, em forma quadrangular, para devida análise em microscópio da região (Figura 6). Optou-se por essa forma geométrica para que houvesse uma melhor análise histopatológica da região, devido à área central do foco possuir características de necrose, sendo assim, necessária uma inspeção mais criteriosa na região das bordas, em que há desenvolvimento celular responsável pela progressão da lesão.



Figura 6. Biópsia incisional na região retromolar.

Ao final da cirurgia, obteve-se dois fragmentos de tecido mole, forma e superfície irregular, de coloração branco acastanhado e de tamanho 1,7 x 1,2 x 0,5 cm (Figura 7), e, por conseguinte, encaminhado ao Laboratório de Patologia da Universidade do Estado do Amazonas, em recipiente contendo formol a 10%, para conservação da peça.

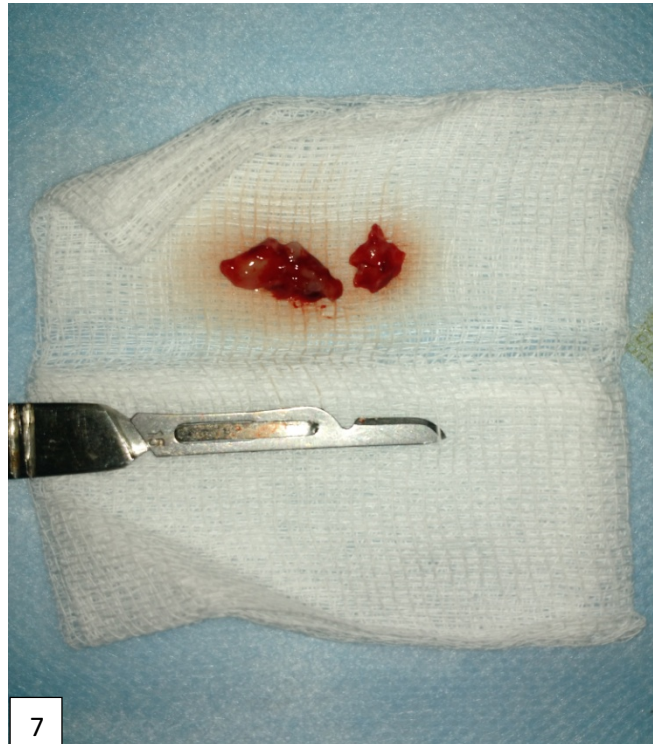
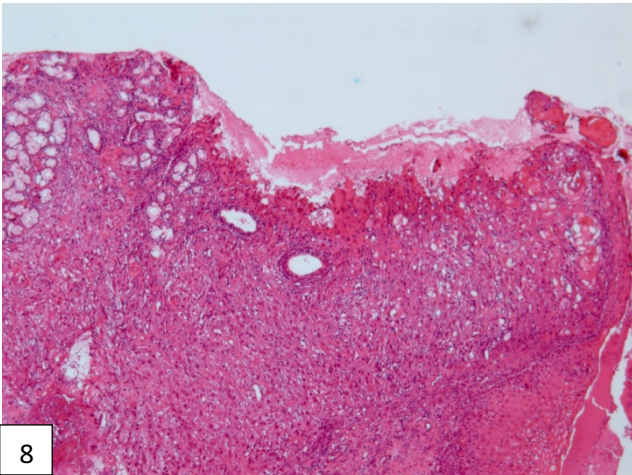


Figura 7. Macroscopia da biópsia incisional.

Após 2 dias, devido ao caráter emergencial, o laudo histopatológico realizado constatou, em microscopia, fragmento de mucosa bucal revestido por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico, que fazia transição à área ulcerada por região displásica e infiltrativa com células, as quais apresentavam hiper cromatismo acentuado, bizarrrismo, pleomorfismo, mitoses atípicas, perda de organização da estratificação, perda de aderência intercelular e áreas de disqueratose (Figura 8).

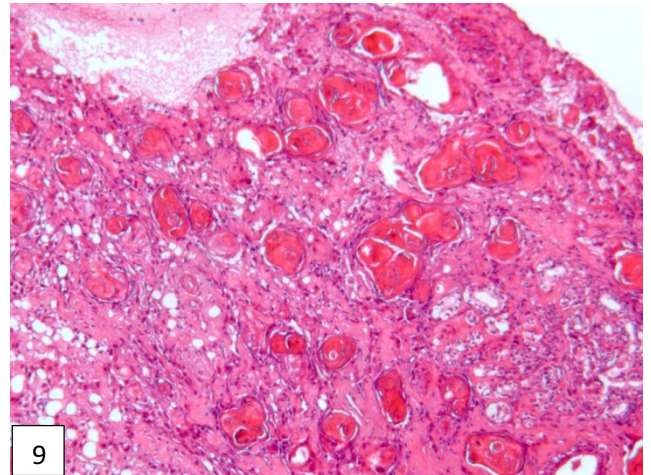
O tecido conjuntivo subjacente apresentava-se desorganizado pela invasão neoplásica do tecido epitelial. Havia invasão perineural, perivascular e periglandular; e rico em pérolas córneas (Figura 9). Foi visualizado, também, que as margens estavam comprometidas em todas as regiões periféricas dos cortes examinados.

O diagnóstico de Carcinoma Espinocelular com caráter bem diferenciado foi evidenciado pelo patologista bucal avaliador. Logo, decidiu-se encaminhar o devido paciente à Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON para que houvesse tratamento imediato da doença instalada.



8

Figura 8. Imagem histopatológica da biópsia com região displásica e células anormais.



9

Figura 9. Imagem histopatológica da biópsia com presença de pérolas córneas.

Após 9 dias do recebimento do laudo histopatológico do Laboratório de Patologia Bucal da UEA, o paciente realizou uma triagem para avaliação do caso na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, em que foi encaminhado a um médico especialista cabeça e pescoço. Houve uma nova anamnese, a qual era contraditória com a realizada primariamente, em que o paciente relatou ser ex usuário de tabaco e ex usuário de álcool, sem deixar explícito por quanto tempo tinha sido o uso de tais drogas.

Com base nos dados recolhidos, foi estabelecida pelo médico especialista o retorno do paciente para realizar um “check list” de documentos e exames para realização do tratamento cirúrgico da lesão. Logo, houve uma identificação correta do caso e do paciente. Em que foram realizados exames pré-operatórios como Eletrocardiograma – ECG e Índice de Risco Cardíaco de Goldman, os quais não apresentaram cardiopatia conhecida; no entanto, ao exame clínico, foi evidenciado perda ponderal de peso, desidratação corporal e estado geral não satisfatório. Foi solicitado um coagulograma e hemograma completo para complementação. Os quais apresentaram valores deficitários

na quantidade de hemácias, hemoglobina e hematócrito (eritrograma) e superávit na quantidade de leucócitos, neutrófilos, monócitos, eosinófilos, basófilos e segmentados, de acordo com os valores de referência estabelecidos. Exames mostraram, também, déficit nos elementos sódio, cálcio, potássio, cloreto, magnésio e fósforo, tendo a comprovação do exame clínico, em que foi constatado o estado debilitado do paciente (hipertensão arterial sistêmica – HAS não presente). Todavia, composições como glicose, uréia e creatinina estavam normais (diabetes Mellitus – DM não presente). Análises todas de acordo com os valores de referência estabelecido.

O laudo para Autorização de Internação Hospitalar – AIH foi realizado, após esses exames, para agilizar o procedimento cirúrgico. Para internação foi analisado diversos parâmetros, como: principais sinais e sintomas; condições que justificam a internação; principais resultados de provas diagnósticas; diagnóstico inicial; e CID principal.

Ao final, foi descrito pelo médico avaliador a determinação do procedimento de pelviglossomandibulectomia (PGM), a qual consiste em realizar ressecção do assoalho da boca, da língua e da mandíbula.

Após a decisão de tratamento e documentação AIH, o paciente foi internado e, no mesmo dia, a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, da unidade de internação do FCECON, realizou o protocolo de abordagem fisioterapêutica pré-operatória, através de avaliações e orientações.

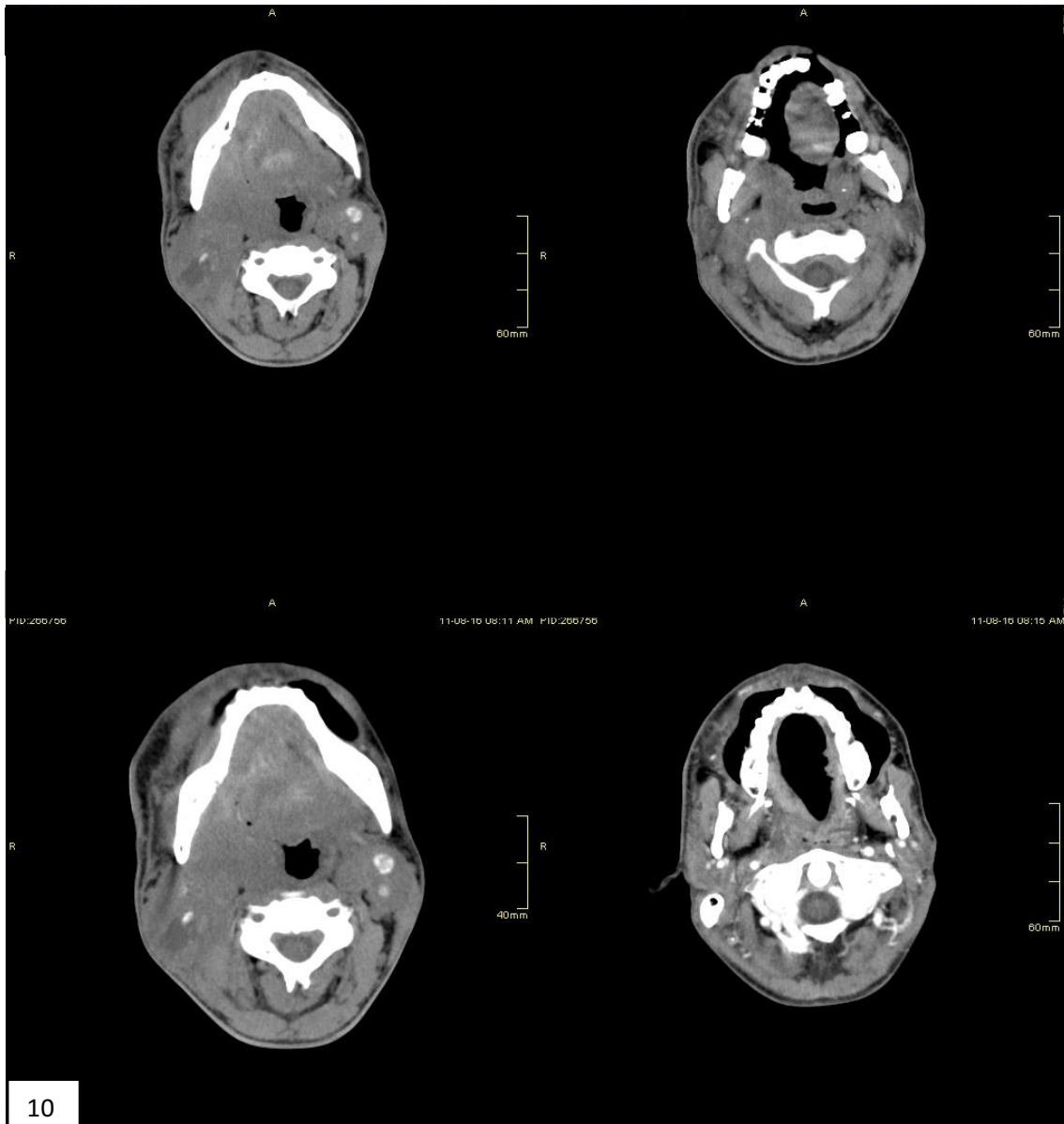
Paciente ficou uma semana internado, para avaliação diária dos seguintes critérios: eliminações (urinárias e intestinais), motilidade (movimentação, MMSS e MMII), sono e repouso (qualidade), exames neurológicos (nível de consciência), cabeça e pescoço (couro cabeludo, olhos, pupilas, narinas, orofaringe e pescoço), oxigenação (murmúrio vesicular, ruídos adventícios, frequência, suporte de O₂, tórax e expansibilidade), circulação (ausculta, padrão cardíaco, pulso periférico, rede vascular periférica e acesso venoso), integridade cutâneo-mucosa (mucosas, lesões, curativos, drenos, drenagem e

úlceras por pressão – UPP) e nutrição (estado nutricional, perda ponderal, via de alimentação, alimenta-se sozinho, aceitação da dieta, sinais e sintomas, abdômen, ruídos hidroaéreos e palpação).

Durante esses dias de internação, foram feitas anotações diurnas e noturnas, por técnicos de enfermagem. Em que foi explicitado a condição do paciente: calmo, lúcido, consciente, orientado, afebril, perda de peso ponderal, eupneico, presença de curativo oclusivo, hidratação venosa e sem queixas. Além disso, foi administrado dipirona sódica – solução injetável 1g – endovenoso – 6/6 h; metoclopramida, cloridrato – solução injetável 10 mg – endovenoso – 8/8 h; tramadol, cloridrato – solução injetável 50 mg/ml – endovenoso; enoxaparina sódica – solução injetável 40mg/0,4 ml – subcutânea; cloreto de potássio 6% (xarope) – via oral 10 ml – 8/8h e hidratação por glicose – solução injetável 50%/50 ml – endovenoso.

Uma tomografia computadorizada também foi realizada, durante a internação, para especificar região de face e pescoço com contraste venoso. Dados clínicos pré-exame evidenciaram CEC de língua e linfonodomegalia cervical com presença de 2 linfonodos infartados em região posterior do pescoço, próximo ao ângulo da mandíbula, de contornos regulares, aderentes, consistência pétreas e presença de fístula de aproximadamente 3-4 cm X 2 cm em região submandibular direita com secreção hialina viscosa.

Após esse período de internação e resultados de exames, o Boletim de Internação e Alta – BIA foi expedido. Diante desse documento, paciente estava apto para realização do tratamento cirúrgico, o qual foi modificado para glossectomia parcial na região direita com complemento radioterápico. Logo, foi feito um novo laudo para solicitação/autorização de mudança de procedimento especial.



10

Figura 10. Tomografia computadorizada da lesão em plano oblíquo. Fonte: FCECON.

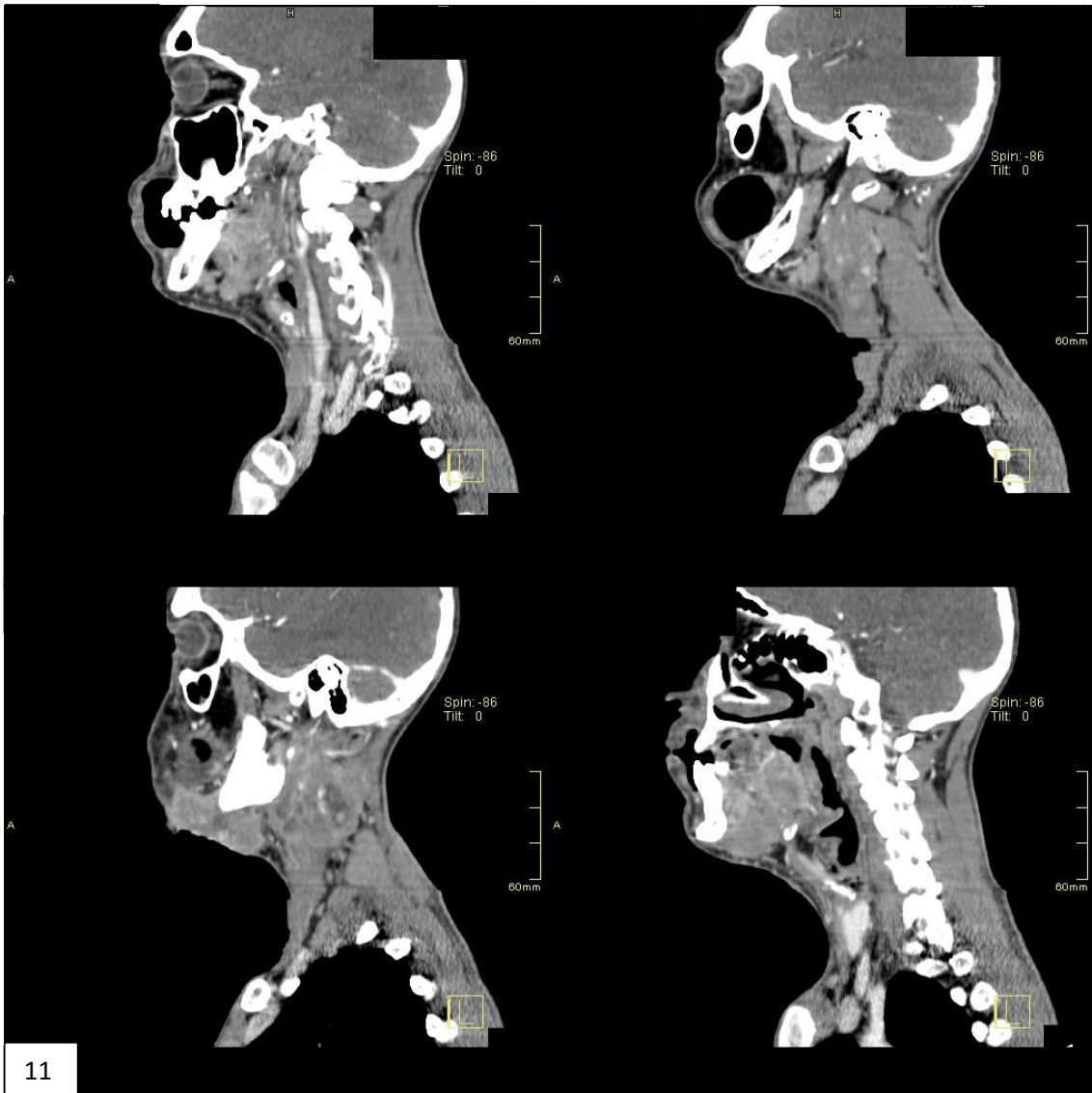


Figura 11. Tomografia computadorizada da lesão em plano sagital. Fonte: FCECON.

Contudo, ao final de todo processo, foi decidido pela parte familiar e do paciente em realizar um tratamento mais brando e com menos consequências traumáticas. Um termo de responsabilidade foi assinado por um responsável legal, alegando responsabilidade pela retirada do paciente do ambiente hospitalar, assumindo todas as consequências jurídicas e/ou legais que tal ato venha a requerer.

Em seguida, o serviço de radioterapia– FCECON iniciou o processo por meio da identificação do paciente e história clínica (história da doença atual, exame físico, exames de imagem e laboratoriais, anatomopatológico, diagnóstico, estadiamento, conduta). Houve a constatação de que o CEC já não tinha mais possibilidade de remoção cirúrgica, pelo médico radio-oncologista e médico residente de cirurgia geral em plantão.

Logo, iniciou-se o tratamento radioterápico emergencial (tipo de feixe externo), em diversas localizações anatômicas com doses e aplicações definidas. Em região de fáscia superficial central (região do pescoço) foi planejado dose diária de 200 gray (sistema internacional de unidades – SI - de dose absorvida) em 25 aplicações, totalizando 5000 gray; região lateral esquerda foi planejado dose diária de 180 gray em 25 aplicações, totalizando 4500 gray; região lateral direita foi dividida em 3 fases, sendo que a 1° fase foi determinado 180 gray diário em 25 aplicações, totalizando 4500 gray, 2° fase 180 gray diário em 8 aplicações, totalizando 1440 gray e 3° fase 180 gray diário em 5 aplicações, totalizando 900 gray.

No entanto, passado 23 dias do início do tratamento radioterápico, foi solicitado fechamento de APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais) devido ao óbito do paciente em questão. O aviso foi emitido ao FCECON, conforme informações da mãe do paciente e da declaração de óbito emitida.

5 DISCUSSÃO

A incidência de câncer oral no Brasil representa uma das mais elevadas do mundo, sendo ele o 5º câncer com mais novos casos (11.220/ 5,2% dos diagnosticados em 2018) e o 8º câncer de maior mortalidade conforme a localização primária do tumor (4.672/ 3,5% dos notificados em 2015), ambos no sexo masculino^{5,6,15}. Diante de tais dados, foi essencial a realização da anamnese e exame físico feito com o paciente em questão, concomitante a um diagnóstico concreto para que haja uma amostra com fidelidade para pesquisas epidemiológicas, as quais nos dão guia para analisar o CEC no contexto geral e científico.

Além disso, mais de 90% de todos os diagnósticos de neoplasias da cavidade oral são CEC ou uma variante de carcinoma de células escamosas^{4,8,16,27,29}. Logo, a indagação feita pelo paciente a diversos cirurgiões-dentistas (CD), aos quais ele procurou uma elucidação, poderia ser sanada, de acordo com os expressivos dados estatísticos de neoplasias orais, os quais dariam conhecimento para sugerir hipóteses de diagnóstico; aliado ao procedimento de exame clínico, biópsia e exames complementares básicos, como: exame histopatológico, os quais foram feitos com o paciente e confirmado o diagnóstico de CEC com caráter bem diferenciado.

Na literatura, há diversos fatores de risco para o CEC, tais como: o tabaco, o álcool, a herança genética, exposição prolongada à radiação, deficiência nutricional e entre outros^{2,10,12,21,22,23,25,27}. Assim, pode se analisar que o relato do paciente, na anamnese, foi determinante para perceber similaridades de fatores de risco, apresentados no contexto científico, como: a explanação do paciente em dizer que era ex-tabagista e ex-etilista; presença de histórico familiar de câncer e deficiência nutricional, averiguada com exames realizados, com o mesmo, no FCECON.

Há também estudos sobre a *Cannabis* (maconha) e o papilomavírus humano como sendo possíveis agentes carcinogênicos, contudo sem muito conhecimento dos reais

mecanismos de ação^{9,24,28}. No entanto, não podendo ser descartado os seguintes fatores de risco, pois hábitos e vícios não foram relatados pelo paciente durante sua anamnese.

Seguindo dados da literatura vigente, o câncer bucal afeta, predominantemente, em homens, acima dos 50 anos, com baixa escolaridade e com tumores em diagnóstico avançado^{6,8,33,34}. O paciente, o qual teve seu diagnóstico realizado, possui fatores de risco similares ao da literatura, é homem, porém, o que mais indaga para uma explicação mais concreta é sua idade de 23 anos, a qual distorce do padrão de normalidade de muitos estudos. Análises estatísticas feitas no Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, Paraná, entre os anos de 1990 e 2004, obtiveram dados de 1.343 casos novos de CEC, sendo 22,4% em pacientes com idade inferior a 45 anos³⁵. Outra pesquisa, em que foram analisados 587 casos de câncer bucal no norte da Tailândia, citam uma porcentagem ainda menor da doença em pessoas com menos de 45 anos, a qual é aproximadamente 6 a 10% dos casos¹¹. Embora o paciente tenha tido hábitos de fumo e etilismo no passado recente, o diagnóstico de CEC em período jovial, seu avanço agressivo e sua discrepância do perfil de idade de risco é algo raro na literatura^{10,12,13}.

Logo, uma anamnese minuciosa e bastante ampla junto a um exame clínico com sua devida cautela das estruturas orais não deve ser negligenciada pelo profissional, uma vez que, na maioria das vezes, este irá apresentar as primeiras evidências da existência de algum tipo de anormalidade^{4,8,14,19,29}. No entanto, durante a anamnese do paciente, em questão, foi relatado a procura do próprio paciente por um diagnóstico da lesão, durante seis meses e todas sem sucesso. Isso, devido ao CEC apresentar várias apresentações clínicas atrelada à submissão de conhecimentos mais específicos de tal patologia para se chegar em um diagnóstico precoce do CEC.

Em estudos realizados sobre conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre câncer oral, em uma dissertação de mestrado em saúde coletiva, 78,9% dos dentistas relataram a realização de exames dos tecidos moles³⁰. Comparado ao caso relatado pelo paciente,

houve a prática de manobras semiotécnicas na região da lesão, de acordo com tal dissertação, contudo, os profissionais evidenciaram apenas uma falsa lesão de origem dentária e, por conseguinte, administravam-no somente antibióticos.

Não obstante, Yellowitz e colaboradores, observaram, em seus estudos, a deficiência de conhecimentos dos CD em relação às localizações mais frequentes do câncer bucal, a aparência das lesões cancerígenas e quais as lesões estariam mais relacionadas à transformação maligna³¹. Sendo que nesse trabalho aliado ao anterior, demonstra a importância do CD em realizar exames com os tecidos moles, porém há extrema necessidade, também, do discernimento nas regiões, expressões e das patologias bases que iniciam um CEC.

Por isso, cabe ao profissional realizar o exame completo, abrangendo estruturas dentárias e tecidos moles orais do paciente, independente da queixa que este refira no momento do exame^{19,29,32}. Como foi feito no curso de Capacitação em Estomatologia e Patologia Bucal da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, em que se pode fazer exames clínicos, físicos e complementares com o paciente para diagnosticar precisamente e seguir o protocolo de encaminhamento a instituições de tratamento oncológico (FCECON).

Atualmente, diversos estudos demonstram a eficácia do conjunto biópsia-histopatologia para o diagnóstico de condições cancerizáveis orais e CEC; afirmam, também, que a citopatologia oral é uma ferramenta de diagnóstico confiável para o encaminhamento de pacientes para tratamento imediato^{16,36,37,38}. Por isso, seguindo as diretrizes acadêmicas, decidiu-se realizar uma biópsia incisional, para que houvesse concomitantemente ao laudo histopatológico, um embasamento concreto e verídico da situação do paciente e seu futuro tratamento oncológico.

Sinais e sintomas de impacto nutricional e anemia são alterações fisiológicas, normalmente, observadas em pacientes oncológicos antes do diagnóstico e durante o

tratamento da radioterapia e quimioterapia podendo interferir na condição geral do paciente e na incidência da caquexia do câncer^{4,8,42}. Exames realizados, durante anamnese do paciente relatado, evidenciaram valores deficitários na quantidade de hemácias, hemoglobina e glóbulos vermelhos, os quais evidenciam anemia presente, concordando com estudos que comprovam uma relação de caquexia com o câncer. Bem como, a presença de déficit nos elementos sódio, cálcio, potássio, cloreto, magnésio e fósforo, constataram o estado debilitado do paciente e visível perda de peso ponderal.

A Tomografia Computadorizada é um método de exame complementar, a qual proporciona além de ser imprescindível para o diagnóstico, guia de tratamento e planejamento cirúrgico^{43,44}. Não raro, pode-se observar no relato de caso, diante do seguinte exame complementar, sua extrema notoriedade para elucidar/confirmar um diagnóstico concreto e traçar um guia de tratamento; por conseguinte, foi essencial para avaliar o comprometimento metastático regional e delinear seu plano de tratamento cirúrgico.

Apesar dos avanços cirúrgicos, a glossectomia total ainda é opção de tratamento padrão-ouro no câncer extenso de língua e adjacências, além de ser o único procedimento de resgate com possibilidades curativas em pacientes com doença residual ou recorrente, após tratamento radio/quimioterápico^{45,46}. No entanto, esse tipo de cirurgia, apesar de ser, uma das possibilidades de tratamento para pacientes com câncer de cavidade bucal e orofaringe, em estágio avançado; é um procedimento controverso, pois, embora seja tecnicamente viável, apresenta alta morbidade. Por seguinte fato, optou-se discordar da cirurgia padrão-ouro estabelecida pela literatura, para que houvesse uma menor morbidade do paciente em questão.

Fujita et al. criou um modelo de língua especificamente para a simulação de uma glossectomia parcial⁴⁷. Logo após, Van Alphen et al. também criou um modelo para mostrar os efeitos das deficiências no movimento da língua⁴⁸. Sendo que ambos

produziram resultados promissores para previsão de pós-operatório, perda funcional e agravos após glossectomia parcial. Logo, concordando com a literatura, a glossectomia parcial na região direita foi escolhida, com o viés de promover um prognóstico mais favorável diante de um CEC com estadiamento avançado; menos traumático e menos invasivo do que a pelviglossomandibulectomia/glossectomia total escolhida anteriormente, utilizando de procedimentos complementares como: radio/quimioterapia. Não obstante, a família do paciente relatado decidiu não aceitar tal tratamento, optando por apenas o tratamento complementar de radio/quimioterapia, assim, não tendo evoluções favorecedoras no prognóstico.

A taxa de sobrevida global para pacientes que tem como diagnóstico CEC, em cinco anos, foi de apenas 24%^{15,49}. No entanto, em outros estudos as lesões linguais tiveram as piores taxas de sobrevida, concomitante, a maior discrepância com relação à incidência de metástases regionais em comparação com outros trabalhos^{50,51}. Segundo Okada et al., mesmo nas lesões primárias T1 e T2 do carcinoma epidermóide oral podem ocorrer metástases regionais em linfonodos, evidenciando a ocorrência de gânglios cervicais patologicamente positivos em pacientes sem evidências clínicas da doença⁵². Com isso, os baixos índices de sobrevida expostos, refletem a necessidade de maior atenção ao CEC. No caso relatado, o paciente não apresentou um estadiamento preciso, por falta de um documento médico, porém com os exames clínicos e complementares, pode se estimar, de acordo com o sistema TNM, um estadiamento T4bN2c (T4b: o tumor cresceu através de estruturas próximas e em áreas ou tecidos mais profundos; N2c: o tumor se espalhou para 1 ou mais linfonodos em ambos os lados do pescoço ou no lado oposto do tumor primário, mas nenhum é maior do que 6 cm). Logo, relacionando a literatura com o caso, pode-se apresentar uma relação de proporção de que quanto maior o estadiamento, menor a sobrevida do paciente, devido a maior gravidade e agressividade do câncer.

6 CONCLUSÃO

- Extrema importância a realização de exames clínicos e complementares, como: histopatológico e tomografia computadorizada para um diagnóstico precoce do CEC, com intuito de aumentar sobrevida e diminuir número de óbitos.
- Alerta a profissionais de saúde sobre a necessidade de ser capacitado para reconhecer lesões pré-cancerosas/cancerosas ainda no estado inicial; responsabilidade do diagnóstico precoce e sua efetividade; e promover o mais favorável prognóstico.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma – an update. *Ca Cancer J Clin*. 2015, 65(5): 401-21.
2. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC et al. Interaction between tobacco and alcohol use and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009, 18: 541-50.
3. Rodini CO, Lopes NM, Lara VS et al. Oral cancer stem cells - properties and consequences. *Journal Of Applied Oral Science*. 2017, 25(6): 708-15.
4. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol*. 2007, 53: 63-9.
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015, 136: 359-86.
6. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. CONPREV/INCA (NCI). [Internet]. 2017 jan [10/04/2018]; 1: p39-40. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>.
7. Epstein JB, Scully C. Assessing the patient at risk for oral squamous cell carcinoma. *Spec Care Dent*, 1997, 17: 120-28.
8. Dedivitis RA, França CM, Guimarães FT et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004, 70(1): 35-40.
9. Simonato LE, Tomo S, Garcia JF et al. HPV detection in floor of mouth squamous cell carcinoma by PCR amplification. *J Bras Patol Med Lab*. 2016, 52(1): 43-49.
10. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people: a comprehensive literature review. *Oral Oncol*. 2001, 37: 401-18.
11. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayasadok S, Jittidecharaks S et al. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004, 33: 84-8.
12. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PA et al. Squamous cell carcinoma of the mouth in a young patient: case report and evaluation of risk factors. *Revista Sul-brasileira de Odontologia*. 2009, 1: 105-09.
13. Lype EM, Pandey M, Mathew A, Thomas G, Sebastian P, Nair MK. Oral cancer among patients under the age of 35 years. *J Postgrad Med*. 2001, 47(3): 171-6.

14. Gaetti-Jardim E, Pereira CC, Guastaldi FP et al. Carcinoma de células escamosas de grandes dimensões. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2010, 31(2): 9-13.
15. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*. 2006, 42: 385-92.
16. Costa AL, Araújo Júnior RF, Ramos CC. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005, 71: 181-7.
17. Scanavini RC, JR; Martins AS; Tincani AJ. Fatores prognósticos do carcinoma de células escamosas cutâneo de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2007, 36: 226 -9.
18. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara ., Mathew B et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a clusterrandomised controlled trial. *The Lancet*. 2005, 365(9475): 1927-1933.
19. British Columbia Oral Cancer Prevention Program, BC Cancer Agency. Guideline for the Early Detection of Oral Cancer in British Columbia 2008. College of Dental Surgeons of British Columbia. [Internet]. 2008 mar [10/04/2018]; 1: p1-8. Disponível em: <https://www.cdsbc.org/CDSBCPublicLibrary/Oral-Cancer-Clinical-Practice-Guideline>.
20. Monteiro Lopes VK , Jesus AS, Souza LL et al. Ki-67 protein predicts survival in oral squamous carcinoma cells: an immunohistochemical study. *Braz. Oral Res*. 2017, 6(31): 1-9.
21. Li Y, Li B, Xu B, Han B, Xia H, Chen QM et al. Expression of p53, p21(CIP1/WAF1) and eIF4E in the adjacent tissues of oral squamous cell carcinoma: establishing the molecular boundary and a cancer progression model. *Int J Oral Sci*. 2015, 7(3): 161-8.
22. Yang XQ, Wang FB, Chen C, Peng CW, Zhang JF, Li Y. High Ki-67 expression is a poor prognostic indicator of 5-year recurrence free survival in patients with invasive breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011, 12(11): 3101-5.
23. Martins SF, Amorim R, Mota SC, Costa L, Pardal F, Rodrigues M et al. Ki-67 expression in CRC lymph node metastasis does not predict survival. *BioMed Res Int*. 2015, 1: 1-14.
24. Wittenkindt C, Wagner S, Mayer CS et al. Basics of tumor development and importance of human papilloma virus (HPV) for head and neck cancer. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2012; 11: 1-29.
25. Leite AF, Bernardo VG, Buexm LA et al. Immunoexpression of cleaved caspase-3 shows lower apoptotic area indices in lip carcinomas than in intraoral cancer. *J Appl Oral Sci*. 2016, 12(5): 54-60.

26. Bauman JE, Zang Y, Sen M et al. Prevention of Carcinogen-Induced Oral Cancer by Sulforaphane. 2017, 9(7): 547–557.
27. Das BR, Nagpal JK. Understanding the biology of oral câncer. *Med Sci Monit.* 2002, 8: 258-267.
28. Zhang ZF, Morgenstern H, Spitz MR, Yu GP, Marschall JR, Hsu TC et al. Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer Epidemiol Biomarkers.* 1999, 8(12):1.071-1.078.
29. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Oral Cancer Knowledge and Diagnosis among Dentists from the City of Jequié, Bahia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2010, 56(2): 195-205.
30. Falcão MML. Conhecimentos dos cirurgiões-dentistas sobre câncer bucal [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006. 143 p. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
31. Yellowitz J, Horowitz AM, Goodman HS et al. Knowledge, opinions and practices of general dentists: regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc.* 1998, 129: 579-83.
32. Cruz GD, Ostroff JS, Kumar JV et al. Preventing and detecting oral câncer: Oral health care providers readiness to provide health behavior counseling and oral cancer examinations. *J Am Dent Assoc.* 2005, 136: 594-601.
33. Brad WN, Terry AD. Oral Cancer and Precancerous Lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002, 52: 195- 215.
34. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2005, 1: 396-403.
35. Erasto Gaertner. Registro hospitalar de câncer: duas décadas de coleta de dados. [acesso]. Curitiba; 2011. Disponível em: https://erastogaertner.com.br/arquivos/rhc/DuasDecadas_RHC_HEG_1990a2009.pdf
36. Fontes KB, Milagres A, Piragibe MMM, Silva LE, Dias EP. Contribution of cytopathology to the diagnosis of oral squamous cells carcinoma. *J Bras Patol Med Lab.* 2008, 44(1):17-24.
37. Fontes KBF, Cunha KSG, Rodrigues FR et al. Concordance between cytopathology and incisional biopsy in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Braz Oral Res.* 2013, 27(2): 122-7
38. Navone R. Cytology of the oral cavity: a re-evaluation. *Pathologica.* 2009, 101(1): 6-8.
39. Rübben A, Araujo A. Cancer heterogeneity: Converting a limitation into a source of biologic information. *J Transl Med.* 2017, 15: 190.

40. Siravegna G, Marsoni S, Siena S et al. Integrating liquid biopsies into the management of cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. 2017, 14: 531-548.
41. De Sá Junior PL, Câmara DAD, Porcacchia AS, Fonseca, PMM, Jorge SD Araldi RP, Ferreira AK. The roles of ROS in cancer heterogeneity and therapy. *Oxid Med Cell Longev*. 2017, 2017: 1-12.
42. Farhangfar A, Makarewicz M, Ghosh S, Jha N, Scrimger R, Gramlich L, et al. Nutrition impact symptoms in a population cohort of head and neck cancer patients: Multivariate regression analysis of symptoms on oral intake , weight loss and survival. *Oral Oncol*. 2014, 50(9): 877-883.
43. Dos Santos VML. O uso da tomografia computadorizada no diagnóstico de lesões malignas. [Monografia]. São Paulo: universidade estadual de Campinas-UNICAMP; 2003. 52 p. Especialização em Imaginologia Dento-Maxilo-Facial.
44. Figueiredo PTS. Contribuição da tomografia computadorizada no estadiamento e acompanhamento de pacientes com carcinoma espinocelular de lábio, boca e orofaringe. [Dissertação]. Brasília: universidade de Brasília – UNB; 2007. 126 p. Pós-graduação em Ciências da Saúde.
45. Quinsan ICM, Costa GC, Priante AVM et al. Functional outcomes and survival of patients with oraland oropharyngeal cancer after total glossectomy. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2019, 765: 1-7
46. Lierop ACV, Basson O, Fagan JJ. Is total glossectomy for advanced carcinoma of the tongue justified?. *S Afr J Surg*. 2008, 46: 22-25.
47. van Dijk S, van Alphen MJA, Jacobi I, Smeele LE, van der Heijden F, Balm A. A new accurate 3d measurement tool to assess the range of motion of the tongue in oral cancer patients: A standardized model. *Dysphagia*. 2016, 31(1): 97–103.
48. Fujita S, Dang J, Suzuki N et al. A Computational tongue model and its clinical application. *Oral Sci. Int*. 2007, 4(2): 97–109.
49. Moore RJ, Doherty DA, Do KA et al. Racial disparity in survival of patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity and pharynx. *Ethn Health*. 2001, 6 (3): 165-177.
50. Carvalho AL, Singh B, Spiro RH et al. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck*. 2004, 26(1): 31-38.
51. Woolgar JA. Histological distribution of cervical lymph node metastases from intraoral/oropharyngeal squamous cell carcinomas. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1999, 37(3): 175- 180.
52. Okada Y, Mataga I, Katagiri M et al. An analysis of cervical lymph nodes metastasis in oral squamous cell carcinoma: relationship between grade of histopathological malignancy and lymph nodes metastasis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003, 32(3): 284-88.

ANEXO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA UEA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente: Elton da Silva Teixeira

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, 28 de Julho de 2015.

Elton da Silva Teixeira
Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL

AV. CARVALHO LEAL, 1777, CACHOEIRINHA
Cep: 69085-001 MANAUS-AM



LAUDO HISTOPATOLÓGICO

115-2016	Entrada: 19/07/2016		Qualidade da Peça: Tecido: Mole		
Paciente:	Amanda da Silva Trindade				
Gênero:	Masculino	Nascimento:	04/03/1993	Cor da pele:	Melanoderma
Est. Civil:	Solteiro	Profissão:		Nacionalidade:	Brasileiro
Fone:	51 3121-0777	Celular:			
Endereço:	Rua Apolinário Mascos, Bairro Santa Eulália.				
Procedência:	Policlínica UEA	Clinico Remetente:	Dra. Ana Carla Pinheiro		
Cidade:	MANAUS	UF:	AM	CEP:	
				Fone:	

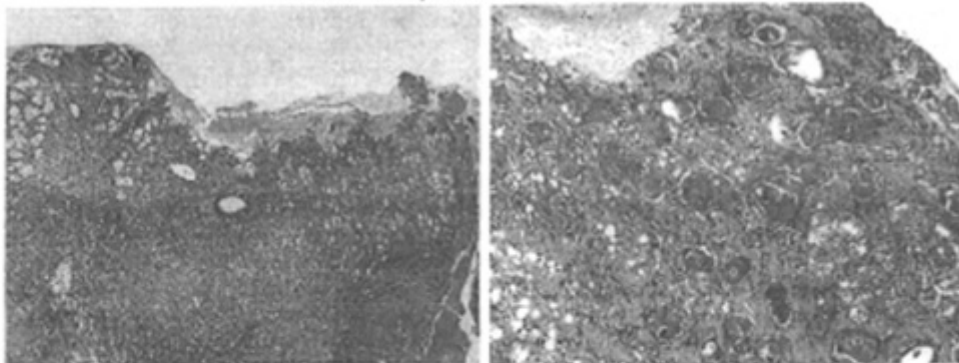
RESUMO CLÍNICO: Paciente relata que em março do ano de 2015 notou uma ferida na região posterior da língua do lado direito da borda lateral. Desde então essa ferida foi crescendo estendendo-se para região de trigano, base da língua, face lingual dos dentes adjacentes e tonsila direita. Paciente relata ainda sintomatologia dolorosa e dois episódios de febre e perda de peso abrupta e dificuldade de mastigação, respiração e fala. Ao exame extra-oral foram identificados linfonodos infartados na região cervical principalmente e um edema próximo ao queixo, sugestivo de celulite. À palpação, a região encontrava-se endurecida com secreção através de uma parulide. Ao exame intra-oral, notou-se tecido endurecido ao redor de uma ulcera com bordas elevadas. Extremamente friável ao toque e doloroso, o centro da ulcera de coloração esbranquiçada com algumas áreas sugestivas de inflamação. HD: Carcinoma Espinocelular/ Linfoma

MACROSCOPIA: Dois fragmentos de tecido mole, forma e superfície irregular, coloração branco acastanhado, medindo 1,7x 1,2 x 0,5 cm.

MICROSCOPIA: Os cortes microscópicos revelam fragmento de mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico que faz transição para área ulcerada por região displásica, infiltrativa com células apresentando hiper cromatismo acentuado, bizarrismo, pleomorfismo, mitoses atípicas, perda de organização da estratificação, perda de aderência intercelular, áreas de disqueratose. O tecido conjuntivo subjacente apresenta-se desorganizado pela invasão neoplásica do tecido epitelial com as características descritas, apresentando invasão perineural, perivascular, periglandular rica em pérolas córneas e do plano muscular adjacente. As margens estão comprometidas em todas as regiões periféricas dos cortes examinados.

DIAGNÓSTICO: C/C CARCINOMA ESPINOCELULAR BEM DIFERENCIADO

Manaus - AM, 20 de Julho de 2016.



	 JACO NOVAES PINHEIRO Patologista Bucal CRO - AM: 3600 CFO: 1760/2008	Fotomicrografia da Lesão
--	---	--------------------------