

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ALINE TEODORO OLIVEIRA**

**FATORES DE ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO  
CÂNCER DE BOCA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**PATOS DE MINAS  
2018**

**ALINE TEODORO OLIVEIRA**

**FATORES DE ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO  
CÂNCER DE BOCA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.<sup>a</sup>.Dra. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes

**PATOS DE MINAS  
2018**

FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
Curso de Bacharelado em Odontologia

**ALINE TEODORO OLIVEIRA**

**FATORES DE ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA:  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 31 de  
Outubro de 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída  
pelos professores:

Orientador: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.<sup>a</sup>. Esp. Lilian de Barros  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof. Esp. ou Me. ou Dr. José Jorge Vianna Júnior  
Faculdade Patos de Minas

**FATORES DE ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE  
BOCA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**LATE FACTORS IN THE DIAGNOSIS OF THE MOUTH CANCER:  
CLINICAL CASE REPORT**

Aline Teodoro Oliveira<sup>1</sup>:

<sup>1</sup>Aluna de graduação em Odontologia, Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/MG, Brasil. Email: aline\_teodorojp@hotmail.com.

Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes<sup>2</sup>:

<sup>2</sup>Professora Doutora, Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/MG, Brasil.  
Email: cizelene@hotmail.com.

Lilian de Barros<sup>3</sup>:

<sup>2</sup>Professora Especialista, Faculdade Patos de Minas, Patos de Minas/MG, Brasil. Email: lilidebarros@hotmail.com.

Nome do autor para correspondência: Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes.

Faculdade Patos de Minas

E-mail: cizelene@hotmail.com

Telefone: (34) 999925009

# FATORES DE ATRASO NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE BOCA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Aline Teodoro Oliveira\*  
Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes\*\*

## RESUMO

O carcinoma de células escamosas de boca é uma neoplasia bastante frequente na população brasileira e está associada principalmente ao hábito do tabagismo e do etilismo, além da incidência dos raios ultra-violetas, relacionado ao câncer de lábio e o vírus do HPV, relacionado ao câncer de orofaringe. O diagnóstico precoce do câncer bucal e o papel do cirurgião-dentista no auxílio terapêutico deste tipo de câncer é extremamente importante, sendo responsável pela melhora da qualidade de vida dos pacientes. São vários os fatores que influenciam no atraso do diagnóstico podendo estar relacionado ao paciente, ao profissional ou ao sistema ou associação de todos. O trabalho visa analisar os aspectos gerais sobre o câncer bucal, apresentando um caso clínico sobre as manifestações e diagnóstico do câncer e através da revisão de literatura, identificar a colaboração e suporte do cirurgião dentista no tratamento do câncer e os fatores que podem influenciar negativamente no prognóstico do paciente.

**Palavras-chaves:** carcinoma células escamosas, câncer oral, atraso diagnóstico.

# LATE FACTORS IN THE DIAGNOSIS OF THE MOUTH CANCER: CLINICAL CASE REPORT

Aline Teodoro Oliveira\*  
Cizelene do Carmo Faleiros Veloso Guedes\*\*

## ABSTRACT

Squamous cell carcinoma of the mouth is a very frequent neoplasm in the Brazilian population and is associated mainly with the habit of smoking and alcoholism, as well as the incidence of ultraviolet rays, related to cancer of the lip and the HPV virus, related to cancer of oropharynx. Early diagnosis of oral cancer and the role of the dentist in the therapeutic assistance of this type of cancer is extremely important and is responsible for improving the quality of life of patients. There are several factors that influence the delay of the diagnosis, being related to the patient, the professional or to the system or association of all. The aim of this study is to analyze the general aspects of oral cancer, presenting a clinical case about the manifestations and diagnosis of cancer and through literature review, identify the collaboration and support of the dentist surgeon in the treatment of cancer and factors that may negatively influence the prognosis of the patient..

**Key Words:** squamous cells carcinoma, oral cancer, delay diagnosis.

## INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma doença que apresenta caráter degenerativo, com potencial invasivo em tecidos adjacentes ou metástase à distância, através do crescimento anormal e incontrolado de células, causando transtornos funcionais aos órgãos afetados (1).

A incidência de câncer no mundo tem aumentado nos últimos anos (1-2) e o câncer de boca tem se destacado entre as outras neoplasias, sendo considerado um obstáculo à saúde da população global (3, 5-7, 33, 48, 49). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estimam-se para o biênio de 2018/2019, 14.700 novos casos desta neoplasia (8).

O tipo histológico mais prevalente é o carcinoma de células escamosas, uma neoplasia maligna que se origina no epitélio de revestimento da boca e é responsável por mais de 90% das lesões malignas nesta região (3, 9-13, 19, 34-35, 48), sendo também denominado de carcinoma epidermóide ou carcinoma espinocelular (14-16, 34, 47).

A maioria dos pacientes acometidos pelo câncer de boca são homens, leucodermas, de meia idade e essa neoplasia apresenta vários fatores de risco associados ao seu desenvolvimento. O grupo de indivíduos afetados está intimamente ligado aos fatores de risco que têm como principal agente causal o hábito do tabagismo (cigarro, charuto, cachimbo, a prática de mascar tabaco), associado ao etilismo. O álcool sozinho, não se associa à fase iniciadora do câncer bucal, mas atua de forma sinérgica com o tabaco, potencializando a sua

ação. Os raios ultravioletas estão relacionados com o câncer do vermelhão do lábio que se origina de uma lesão potencialmente maligna denominada queilite actínica e a exposição contínua ao sol sem proteção, aumenta o potencial de malignização para carcinoma de células escamosas. O vírus do HPV tipo 16 e 18 também estão associados ao carcinoma de células escamosas na região da orofaringe (3-7, 9-13, 16-23, 31, 34, 36, 47, 48, 49).

Estudos sugerem que a irritação mecânica, causada por próteses mal adaptadas, dentes afiados e quebrados, restaurações defeituosas, também estão associados ao câncer bucal. O trauma por si só não é agente promotor da doença e não pode iniciar uma mutação genética, porém inibe a reparação tecidual, agindo como promotor de agressão e acelerador do processo carcinogênico (25).

O câncer bucal pode apresentar-se clinicamente como uma mancha leucoplásica ou eritroplásica ou leucoeritroplásica, podendo também apresentar-se na forma de nódulo, ou na forma de úlceras que não cicatrizam, tendo suas bordas endurecidas e elevadas. Pode ter crescimento endofítico ou exofítico (4, 7, 16, 23). Em estágios iniciais, pode apresentar uma aparência inofensiva, assintomática, podendo ser confundido com lesões comuns da cavidade bucal, como por exemplo, aftas, passando despercebido pelo cirurgião dentista e pelo paciente, tornando um desafio o seu diagnóstico (3, 5, 14, 24,34, 47).

Radiograficamente, havendo comprometimento ósseo adjacente, observa-se imagem como "roído por traças" com áreas radiolúcidas, pouca definição marginal e bordas irregulares, semelhante à osteomielite (23).



O câncer bucal pode acometer qualquer região da cavidade bucal, mas os locais de maior ocorrência são a língua, principalmente a borda lateral em região mais posterior; assoalho bucal e lábios, geralmente o inferior (4, 7, 9, 19-20, 35, 48). É de grande importância avaliar o local onde a neoplasia está instalada, uma vez que o tumor pode apresentar comportamentos diferentes em cada região (4 26).

Após avaliação clínica, o diagnóstico é confirmado mediante realização de biopsia incisional, sendo “padrão ouro” para o reconhecimento da doença, na qual parte da lesão é retirada e analisada histopatologicamente. Nesta cirurgia, obtêm-se uma amostra representativa e em profundidade, apresentando tecido normal (margem de segurança) e tecido neoplásico, epitélio e conjuntivo; estruturas necessárias para avaliação do patologista (3, 14, 35):

O tratamento de primeira escolha que será feito pelo oncologista ou cirurgião de cabeça e pescoço é a ressecção cirúrgica e, se necessário, terapia complementar com radioterapia e/ou quimioterapia. Porém, em muitos casos, a modalidade terapêutica é escolhida de acordo com as condições sistêmicas do paciente e estágio do tumor e o paciente também tem direito de escolha das opções terapêuticas propostas pelo médico (22 26-27).

Infelizmente, a maioria dos casos diagnosticados encontra-se em estágio avançado da doença, o que prejudica o bom êxito do tratamento e o prognóstico. Os fatores de atraso no diagnóstico do câncer bucal podem estar relacionados com o atraso por parte dos profissionais, dos pacientes ou dos

órgãos de saúde e até mesmo de todos esses fatores associados (21, 31, 34, 40, 47, 48).

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico e fazer uma revisão de literatura sobre o câncer bucal, mostrar os fatores que contribuem para o atraso no diagnóstico, além de apresentar a importância do dentista no diagnóstico precoce e acompanhamento dos pacientes durante o tratamento oncológico.

## **RELATO DO CASO CLÍNICO**

O presente trabalho teve aprovação do CEP (Comitê de ética em pesquisa) para seres humanos sob número 2.867.480 e a paciente assinou um termo de consentimento livre e esclarecido.

Paciente, sexo feminino, 55 anos, feoderma compareceu à clínica de Estomatologia da Faculdade Patos de Minas (FPM), encaminhada pelo cirurgião dentista do posto de saúde da cidade em que reside para avaliação de lesão em língua. A queixa principal foi de “ferida na língua” e dor do lado direito, com evolução de um ano e relatou que só buscou atendimento odontológico após a lesão apresentar sintomatologia dolorosa.

Durante a anamnese, constatou-se que a paciente não apresentava nenhuma outra comorbidade e não fazia uso de nenhuma medicação.

A mesma afirmou ser tabagista há 30 anos, fazendo uso em média, de um maço de cigarros por dia (cerca de 20 cigarros), além de ser etilista.

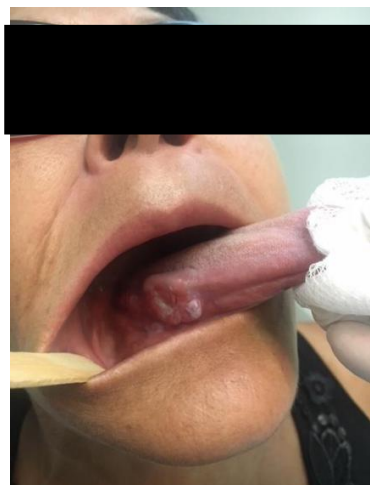
Ao exame clínico extrabucal, não foi notado nenhuma alteração na face e nem detectado nenhuma linfadenopatia cervical durante a palpação (Fig. 1).

Figura 1. Exame clínico extrabucal



Ao exame clínico intrabucal, a paciente era edêntula total e fazia uso de próteses totais removíveis e foi observada uma lesão em borda lateral posterior direita da língua, com crescimento exofítico, áreas de ulceração e fissuras, bordas elevadas e endurecidas à palpação, de coloração leucoeritroplásica, com limites indefinidos e superfície irregular, apresentando sintomatologia dolorosa e medindo mais de quatro centímetros (Fig. 2).

Figura 2. Exame clínico intrabucal



Diante das características clínicas apresentadas, associadas à história prévia relatada pela paciente, a hipótese diagnóstica foi de carcinoma de células escamosas.

Após paramentação, assepsia, antissepsia e montagem de campo cirúrgico, a paciente foi submetida ao procedimento de biópsia incisional, sob anestesia local com solução de anestésico (Lidocaína 1:100.000 - DFL) aplicando cerca de 1mm ao redor da lesão. Com auxílio de pinça Dietrich e bisturi, a incisão de parte da lesão foi realizada, a área lavada abundantemente com soro fisiológico estéril e realização de sutura com fio (Procure). (Fig. 3)

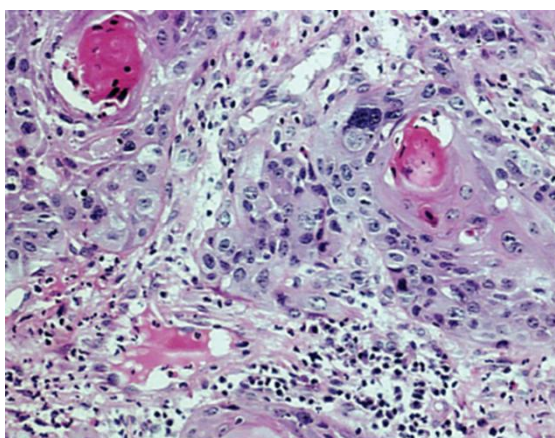
O fragmento removido foi fixado em recipiente com formol a 10% e encaminhado para análise histopatológica.

Figura 3. Sutura realizada após biópsia incisional



No exame histopatológico, observou-se invasão de ninhos ou cordões de células epiteliais no tecido conjuntivo, presença de pérolas de ceratina, infiltrado inflamatório crônico, relação núcleo-citoplasma aumentada, hiperchromatismo, pleomorfismo celular; o que confirmou o diagnóstico de carcinoma de células escamosas.

Figura 4. Exame histopatológico confirmando o diagnóstico de carcinoma de células escamosas



Diante do diagnóstico, a paciente foi encaminhada para tratamento oncológico no Hospital do Câncer/Hospital de Clínicas de Uberlândia- UFU, apresentando estadiamento clínico T3N0M0 e foi submetida à ressecção cirúrgica da lesão pela equipe de cirurgia de cabeça e pescoço, não sendo necessária a realização de tratamento complementar com radioterapia e/ou quimioterapia, fazendo apenas consultas de controle e seguindo em acompanhamento.

## **DISCUSSÃO**

A presente pesquisa buscou averiguar de forma concreta e direta um caso verídico para fins de associação às causas de incidência do câncer bucal bem como a importância do diagnóstico precoce. Nesse sentido, o caso clínico apresentado vem de encontro às buscas e soluções dos fatores de atraso do diagnóstico do câncer bucal.

É extremamente importante salientarmos que o diagnóstico precoce é fator determinante para a sobrevivência do paciente e ele se refere ao período entre o primeiro sinal e sintoma ao diagnóstico definitivo da doença (5, 14, 24, 28-30, 34-36, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 51). É necessário, porém, uma análise do atraso para a abordagem terapêutica no indivíduo, que pode ser classificada como “atraso profissional”, “atraso paciente” e “atraso do sistema” ou de todos (26, 34, 36, 50).

No que se refere ao atraso por parte dos profissionais, que é o tempo em que o paciente está em tratamento odontológico e o tempo do tratamento

do câncer propriamente dito, observou-se na revisão de literatura, que é imprescindível o conhecimento e a preparação necessária por parte do cirurgião dentista para lidar com a análise das manifestações clínicas e o diagnóstico do câncer, além de acompanhar o paciente durante o tratamento oncológico, dando todo suporte necessário através da terapia odontológica nos períodos pré, trans e pós-tratamento, O que diminuirá os focos de infecção, além de minimizar os efeitos provenientes da radio e/ou quimioterapia, principalmente na região de cabeça e pescoço (31 45).

O principal papel dos cirurgiões dentistas não é diagnosticar o óbvio, quando o câncer já está em fase avançada na cavidade oral do indivíduo, mas estar atento à lesão em sua fase inicial, quando ela ainda está restrita apenas ao epitélio (*“in situ”*), a fim de proporcionar ao paciente uma maior taxa de sobrevida (3, 14, 19, 24, 26, 28, 30, 34). Para isso, o conhecimento das lesões potencialmente malignas (3, 21) e, sobretudo a diferenciação de um tecido normal para um tecido anormal são uma condição significativa que permite a diminuição do atraso no diagnóstico do câncer e de outras lesões que podem manifestar-se na cavidade oral, contribuindo para o sucesso do tratamento (3, 7, 14, 19, 21, 30, 35, 47).

Em muitos casos, o profissional não apresenta conhecimento suficiente nem mesmo de seus fatores de risco (11, 34, 48). Vários casos de diagnóstico tardio devido ao atraso do dentista mostram pobre prática de exame clínico minucioso do paciente pelo conhecimento insuficiente sobre o tema (21, 24, 32, 38, 47, 51).

A ação do cirurgião dentista como profissional da área da saúde é proporcionar o bem estar e a qualidade de vida ao indivíduo. O Código de Ética odontológico em seu Art. 9º que trata dos deveres fundamentais do profissional aborda em seus incisos “VI - manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional; VII - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente” (32).

Para isso, a melhor conduta é realizar exames preventivos de rotina, examinar clinicamente toda a cavidade oral do indivíduo de forma cuidadosa sob luz adequada, principalmente aqueles locais de maior incidência e não somente dentes e estruturas associadas. Este é um procedimento rápido e barato que pode contribuir positivamente para o paciente. Além disso, o dentista deve capacitar-se melhor, através de estudos atualizados para o diagnóstico de lesões e em caso de incapacidade para a realização da biópsia, encaminhar o paciente para um especialista (13, 14, 24,39, 49).

Em contrapartida, outra questão tem corroborado para o atraso no diagnóstico do câncer bucal: o atraso do paciente, que se trata do tempo em que o mesmo percebe os primeiros sinais e procura atendimento. Este fato é responsável por maior parte dos atrasos de diagnóstico para o câncer bucal (24, 30, 36, 51).

Muitas vezes o indivíduo não consegue aderir à conduta preventiva relacionada à detecção do câncer que é o autoexame (5). Mas esta conduta de nada vale se além do autoexame, não houver a plena conscientização do



indivíduo sobre a importância do autocuidado e a necessidade de procurar atendimento e tratamento dessas lesões (47, 48, 51).

Segundo Hadzicet *al.*, 2017, existe uma fase denominada “fase da negação” e que tem a ver com o contexto em que o paciente está inserido. Nesta fase em que o paciente ignora os sinais e sintomas da doença, se automedica, associa a lesão a traumas que podem ter ocorrido, e está relacionada com as barreiras do medo, ansiedade ou falta de consciência, que o paciente apresenta, fazendo com que o mesmo procure tratamento apenas em caso de dor, sangramento, ou “massa” no pescoço; sinais esses que denotam um estágio mais avançado da doença; por analisarem o câncer como uma sentença de morte já declarada. (12-13, 21,24,36,39,41, 46, 47, 48).

Estas questões estão intimamente ligadas com o atraso do sistema, que se referem a instituições, listas de espera, diagnósticos errados e tratamentos inadequados e, que vai desde a procura do paciente para o atendimento até o momento em que ele recebe o diagnóstico e tratamento definitivos. A educação pública e apoio social devem adotar atitudes frente à importância de alertar a população sobre os fatores de risco, tratamento odontológico e da realização do autoexame com o intuito de superar as barreiras entre a população e a abordagem terapêutica e preventiva do câncer (5, 29, 39, 41, 48, 49).

Cabe aos órgãos governamentais, proporcionar à população a melhoria e a garantia da qualidade de vida, na relação médico-paciente, mediante políticas públicas que incentivem a procura ao diagnóstico e tratamento, através de centros de referências hospitalares(46).

Outros fatores físicos, que incluem local da lesão, tamanho, displasia, diferenciação do tumor, o envolvimento de linfonodos regionais ou presença de metástase, a contínua exposição aos fatores de risco também influenciam para o atraso diagnóstico e do tratamento (28).

Associando a análise da revisão de literatura com o caso clínico exposto, detectamos o atraso do paciente como sendo o responsável pela demora do diagnóstico do câncer bucal, onde a paciente buscou ajuda profissional somente após um ano do aparecimento da lesão quando começou apresentar sintomatologia dolorosa. Felizmente, a mesma teve um bom prognóstico e realizou ressecção cirúrgica da lesão, não necessitando de radio ou quimioterapia complementar. Mas nem todos os casos possuem a mesma contingência.

O processo de estadiamento TNM é utilizado para seleção do tratamento a ser realizado, avaliação do prognóstico e resultados; porém, muitos casos de câncer bucal com o mesmo estadiamento apresentam comportamentos biológicos diferentes e têm prognósticos distintos (37). Assim sendo, o diagnóstico precoce contribui consideravelmente para um melhor curso da doença. Todavia, apenas o diagnóstico clínico e histopatológico não resolve a situação do paciente. O tratamento deve começar o mais rápido possível (15).

Quando há atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, atraso no tratamento do indivíduo e a doença encontra-se em estágio avançado, tem-se uma menor sobrevida para o paciente em comparação ao diagnóstico da doença em estágio inicial. O reconhecimento tardio da neoplasia, somado à agressividade do tumor, expõe o paciente a um tratamento mais extenso,

agressivo, caro e complexo piorando sua qualidade de vida e o prognóstico (30, 39, 51).

Para evitar um atraso ainda maior, logo após a biópsia da lesão na região de cabeça e pescoço, o paciente deve ser encaminhado rapidamente para tratamento odontológico, a fim de que procedimentos dentários necessários sejam realizados tanto quanto antes. Procedimentos simples e rápidos para que o tempo de espera até o tratamento não ocasione em um atraso indevido para o paciente. Restaurações ou procedimentos para diminuição de cúspides afiadas, restaurações quebradas ou próteses mal adaptadas devem ser instituídos para minimizar os efeitos traumáticos e tratamentos invasivos como, por exemplo, extrações devem ser realizadas previamente e só após o período de no mínimo 14 dias, quando a cicatrização estiver completa, o paciente ser encaminhado para o tratamento radioterápico, devido ao risco de osteorradição (42-44).

Durante o tratamento antineoplásico, o cirurgião dentista tem o dever de auxiliar na minimização dos efeitos decorrentes da radiação, que podem ou não serem evitados. Dentre eles, destacam-se, segundo Beech, *et al.*, 2014, “a xerostomia decorrente do dano às glândulas salivares, disgeusia que é a perda do paladar, mucosite, causando eritema e ulcerações na mucosa, alterações na flora bucal, cárie relacionada à radiação, trismo e a osteorradição da mandíbula”. Instruções de higiene oral e uma criteriosa avaliação constante da cavidade oral do paciente também devem ser levadas em consideração (43, 45).

Algumas doenças podem aproveitar da situação oral do indivíduo e se instalarem, como a candidíase. A aplicação de antifúngicos como nistatina e fluconazol é de grande importância para manutenção da flora microbiana normal da boca (43).

A xerostomia, advinda do efeito da radiação em glândulas salivares, torna-se também uma dificuldade para o paciente oncológico com tumor de cabeça e pescoço, pois, além da hipossalivação, pode dificultar a identificação de sabores, a deglutição e até mesmo a adaptação de próteses removíveis. Do mesmo modo, torna a cavidade oral do indivíduo mais propensa à infecções, como a candidíase e o aparecimento de cáries relacionadas à radiação. Para isso, aplicam-se salivas artificiais, pilocarpina para estimular a salivação, e outros para aliviar os sintomas. A constante higiene oral também é muito importante neste caso e a aplicação de flúor de uso contínuo nos dentes (43-44).

Por fim, o cirurgião dentista deve acompanhar o paciente, com consultas de rotina, possibilitando avaliação de sua higiene oral e dos efeitos causados pelo tratamento antineoplásico (43).

Em alguns casos, cirurgias mais invasivas, tratamento radioterápico muitas vezes associado à quimioterapia, levam o paciente a deformidades físicas e funcionais (22, 27, 39). Fora as mudanças sociais causadas pelo câncer e as alterações fisiológicas e funcionais que causam impactos na qualidade de vida do paciente, e que comprometem sua condição sistêmica e psicológica (44).

Portanto, é imprescindível a abordagem pública com campanhas contra os fatores de risco, proporcionando conjuntamente à população o acesso a exames clínicos em centros especializados. No entanto, isso ainda se constitui um desafio, pois a maioria dos pacientes que se incluem como grupo de risco não busca o diagnóstico ou o tratamento adequado inicialmente, apenas quando o câncer já está instalado (39).

O diagnóstico precoce é a melhor solução para um bom prognóstico e tratamento, aumentando a taxa de sobrevivência e qualidade de vida do paciente, torna-se impreterível que haja uma abordagem enfática a esse respeito (40). Diante disso, há a necessidade do avanço na prevenção do câncer bucal e de terapias sistêmicas inovadoras (22).

## CONCLUSÕES

O atraso no diagnóstico do câncer oral piora a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, necessitando de associação de modalidades terapêuticas que podem deixar sequelas físicas, psicológicas e sociais, que afetam não somente o indivíduo, mas a família e o meio onde o mesmo encontra-se inserido.

Assim, deve ter de forma contínua campanhas de prevenção ao câncer bucal, sobretudo abordando pacientes com baixos níveis socioeconômicos e que fazem parte do grupo de risco com o intuito de conscientizar a população da importância do autoexame e da procura por centros especializados para diagnósticos e/ou consultas de rotina.

E o papel do cirurgião dentista também é extremamente importante para a prevenção e diagnóstico do câncer bucal, encaminhamento para tratamento e acompanhamento do paciente no pré, trans e pós tratamento a fim de prevenir ou amenizar os efeitos decorrentes do tratamento antineoplásico.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Cizelene do Carmo, pela paciência e prontidão para realização do trabalho, à professora Lílian de Barros pela oportunidade de realizar em conjunto o caso clínico e à Liga Acadêmica de Estomatologia da Faculdade Patos de Minas pela contribuição nos estudos.

## REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). Cancer. What is cancer? [Internet]. Geneva: WHO. 2018 [cited 2016 Oct 24]. Disponível em; <http://www.who.int/cancer/en>. Acesso em: 02 de Jul. de 2018.
- 2 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA 2018; Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>. Acesso em: 23 de Jun. de 2018.
- 3 Torras CC, Escoda CG. Techniques for early diagnosis of oral squamous cell carcinoma: Systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015;20(3):305-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25662554>. Acesso em: 20 de Jun. 2018.
- 4 Angela CC, Terry DMDA, Day MD, Brad W, Neville DDS. Oral Cavity and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma—An Update. Ca Cancer J Clin. 2015; 65 (5):401–21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26215712>. Acesso em: 10 de Mai. 2018.

- 5 Jornet PL, Garcia FJG, Berdugo ML, Perez FP, Lopez APF. Mouth self-examination in a population at risk of oral câncer. *Australian Dental Journal*. 2015;60:59–64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25721279>. Acesso em: 22 de Mai. 2018.
- 6 Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J ClinExpPathol* 2015;8(9):11884-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26617944>. Acesso em: 20 de Jun. 2018.
- 7 Ganesh D, Sreenivasan P, Öhman J, Wallström M, Silva PHB, Giglio D, et al. Potentially Malignant Oral Disorders and Cancer Transformation. *Anti Res*. 2018; 10(12): 3223-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29848669>. Acesso em: 02 de Jul. 2018.
- 8 Instituto Nacional de Câncer José Gomes da Silva (INCA). Câncer de Boca: estimativa 2018 [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definicao>. Acesso em: 23 de Jun. de 2018
- 9 Rikardsen OG, Bjerkli IH, Hansen Lu, Olsen EH, Steigen SE. Clinicopathological characteristics of oral squamous cell carcinoma in Northern Norway: a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2014; 14(103): 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25135120>. Acesso em: 02 de Jul. 2018.
- 10 Hema KN, Smitha T, Sheethal HS, Mirnalini SA. Epigenetics in oral squamous cell carcinoma. *Jourl of Oral and Max Pat*. 2018; 191(53):252-9. Disponível em:



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5596676/>. Acesso em: 22 de Mai. 2018.

11 Alaizari NA, Al-Maweri AS. Oral Cancer: Knowledge, Practices and Opinions of Dentists in Yemen. *AsianPac J Cancer Prev.* 2014; 15(14): 5627-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25081677>. Acesso em 02 de Jul. 2018.

12 Leite AA, Leonel ACLS, Castro JFL, Amorim EJC, Vargas PA, Kowalski LP, et al. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study on 194 cases in northeastern Brazil: a cross-sectional retrospective study. *Sao Paulo Med J.* 2018;136(2):165-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-31802018005003102&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-31802018005003102&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 de Jul. 2018.

13 Sousa FB, Silva MRF, Fernandes CP, Silva PGB, Alves APN. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. *Braz Oral Res.* 2014;28(1):1-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24964281>. Acesso em 23 de Mai. 2018.

14 Reddy GS, Rao KE, Kumar KK, Sekhar PC, Chandra KLP, Reddy BVR. Diagnosis of oral cancer: The past and present. *Jour of OrofScien.* 2014; 6(1): 10-6. Disponível em: <http://www.jofs.in/article.asp?issn=0975-8844;year=2014;volume=6;issue=1;spage=10;epage=16;aulast=Reddy>. Acesso em 22 de Mai. 2018.

15 Murphy CT, Galloway TJ, Handorf EA, Egleston BL, Wang LS, Mehra R, et al. Survival Impact of Increasing Time to Treatment Initiation for Patients With Head and Neck Cancer in the United States. 2016; 34(2): 169-78.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26628469>. Acesso em: 23 de Jun. 2018.

16 Valle CN, Passos RMM, Gonçalves JTCL, Gomes C, Bastos AMTN, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. Rev Pat Tocantins. 2016; 3(4): 82-102. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/2868>. Acesso em: 17 de Mai. 2018.

17 Taghavi N, Yazdi I. Prognostic Factors of Survival Rate in Oral Squamous Cell Carcinoma: Clinical, Histologic, Genetic and Molecular Concepts. Arch Iran Med. 2015; 18(5): 314 – 319. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25959914>. Acesso em: 16 de Jul. 2018.

18 Candotto V, Lauritano D, Nardone M, Baggi L, Arcuri C, Gatto R, et al. HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. Oral and Implant. 2017; 10(3): 209-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735384/>. Acesso em: 16 de Jul. 2018.

19 Dhanuthai K, Rojanawatsirivej S, Thosaporn W, Kintarak S, Subarnbhesaj A, Darling M, et al. Oral cancer: A multicenter study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018; 1;(23):23-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29274153>. Acesso em: 16 de Jul. 2018

20 Kadashetti V, Shivakumar KM, Chaudhary M, Patil S, Gawande M, Hande A. Influence of risk factors on patients suffering from potentially malignant disorders and oral cancer: a case-control study. J Oral Maxillofac Pathol. 2017;21:455-6. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763876/>. Acesso em: 22 de Mai. 2018.

21 Hadzic S, Gojkov-Vukelic M, Pasic E, Dervisevic A. Importance of Early Detection of Potentially Malignant Lesions in the Prevention of Oral Cancer. *Mater Sociomed.* 2017; 29(2): 129-133. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5544450/>. Acesso em: 20 de Jun. 2018.

22 Maihoefer C, Schüttrumpf L, Macht C, Pflugradt U, Hess J, Schneider L, et al. Postoperative (chemo) radiation in patients with squamous cell cancers of the head and neck – clinical results from the cohort of the clinical cooperation group “Personalized Radiotherapy in Head and Neck Cancer”. *RadOncol.* 2018; (13)123: 1-13. Disponível em: <https://ro-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13014-018-1067-1>. Acesso em: 23 de Jun. 2018.

23 Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot, JE. *Patologia Oral e Maxilo Facial.* 3º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

24 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 Jour of Oral Sc.* 2014; 6: 39–45. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24287962>. Acesso em 02 de Jul. 2018.

25 Lazos JP, Piemonte ED, Lanfranchi HE, Brunotto MN. Characterization of Chronic Mechanical Irritation in Oral Cancer. *Intern Journl of Dent.* 2017: 1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5911359/>. Acesso em: 16 de Mai. 2018.

- 26 Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação ao câncer bucal. RGO 2010; 58(1): 27-33. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1981-86372010000100006&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1981-86372010000100006&script=sci_arttext&tIng=es). Acesso em: 23 de Jun. 2018.
- 27 d'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, Kulcsar MAV, Cernea CR, Brandão LG, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81(3):248-54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942015000300248](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000300248). Acesso em: 23 de Jun. 2018.
- 28 Esmaelbeigi F, Hadji M, Harirchi I, Omranipour R, Rajabpour M, Zendehtdel K. Factors Affecting Professional Delay in Diagnosis and Treatment of Oral Cancer in Iran. Arch Iran Med. 2014; 17(4): 253 – 57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724601>. Acesso em 10 de Jul. 2018.
- 29 Jafari A, Najafi SH, Moradi F, Kharazifard MJ, Khami MR. Delay in the Diagnosis and Treatment of Oral Cancer. J Dent Shiraz Univ Med Sci. 2013; 14(3): 146-150. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724136>. Acesso em: 10 de Jul. 2018.
- 30 Wang KH, Song BH, Gilde JE, Darbinian JA, Weintraub MLR, Wu TJ, et al. Diagnostic Pathway of Oral Cavity Cancer in an Integrated Health Care System. Perm J 2018;22(17): 1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29616906>. Acesso em: 13 de Jun. 2018.
- 31 Naseer R, Naz I, Mahmood MK. Frequency of Delayed Diagnosis of Oral Squamous Cell Carcinoma in Pakistan. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17 (11):

5037-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28032736>.

Acesso em: 23 de Jul. 2018.

32 Brasil. Código de Ética Odontológico, 2003. CFO-42 de 20 de Maio de 2003. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/codigos/>. Acesso em 24 de Jul. 2018.

33 Agarwal P, Kumar S, Rai KK. Trismus in oral cancer patients undergoing surgery and radiotherapy. *Jourof Oral BioandCranioRes*. 2016; 6:9–13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27900243>. Acesso em: 10 de Jun, 2018

34 Le Campion ACOV, Santos KCB. CarmoES, da Silva Júnior FF, Peixoto FB, Ribeiro CMB. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. *Cad. Saúde Colet*. 2016;24 (2): 178-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000200178&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000200178&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 de Jun. 2018.

35 Waall,Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16 (3):300-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21441877>. Acesso em: 10 de Jun. 2018.

36 Chiou SJ, Lin W, Hsieh CJ. Assessment of duration until initial treatment and its determining factors among newly diagnosed oral cancer patients: a population-based retrospective cohort study. *Med*.2016;95(50): 2-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5268053/>. Acesso em: 17 de Jun. 2018.

- 37 Tirellia G, Gatto A, Nata FB, Bussani R, Piccinato A, Tofanelli AVMM. Science Direct Prognosis of oral cancer: a comparison of the staging systems given in the 7th and 8th editions of the American Joint Committee on Cancer Staging Manual. *Brit Jour of Oral and Max Surg.* 2018; 56: 8–13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29198482>. Acesso em: 02 de Jul. 2018.
- 38 Akbari N, Raeesi V, Khazaei T, Ramezanzadeh T, Ebrahimipour S. Evaluation of General Dentists' and Dental Specialists' Knowledge about Oral Cancer in South Khorasan-Iran. *AsianPac J Cancer Prev.* 2015; 16 (16): 6987-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26514479>. Acesso em: 22 de Jul. 2018.
- 39 Nemoto RP, Victorino AA, Pessoa GB, Cunha LLG, Silva JAR, Kanda JL, et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target? *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(1):44-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942015000100044](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000100044). Acesso em: 22 de Jun. 2018.
- 40 Romero JMS, Mahía IV, Seoane J, Centelles PV, Tomás I, Cedrún JLL. Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *MedOral Patol Oral Cir Bucal.* 2012;17 (1):35-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21743390>. Acesso em: 22 de Jun. 2018
- 41 Shepperd JA, Emanuel AS, Howell JL, Logan HL. Predicting Scheduling and Attending for an Oral Cancer Examination. *Ann Behav Med.* 2015; 49(6): 828–38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636473/>. Acesso em: 17 de Mai. 2018.

- 42 Niewald M, Mang K, Barbie O, Fleckenstein J, Holtmann H, Spitzer WJ et al. Dental status, dental treatment procedures and radiotherapy as risk factors for infected osteoradionecrosis (IORN) in patients with oral cancer – a comparison of two 10 years' observation periods. *Sp Plus*. 2014; 3 (263): 1-12. Disponível em: <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/2193-1801-3-263>. Acesso em: 17 de Mai. 2018.
- 43 Beech N, Robinson S, Porceddu S, Batstone M. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Aust Dental Journal*. 2014; 59: 20–28. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24495127>. Acesso em: 23 de Jun.
- 44 Pereira LJ, Caputo JB, Castelo PM, Andrade EF, Marques LS, Paiva SM, et al. Oral physiology and quality of life in cancer patients. *Nutr Hosp*. 2015;31(5):2161-66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929388>. Acesso em: 20 de Jul. 2018.
- 45 Aguilar JN, López LGO, Olavarría AF, Lagares DT, Figallo MAS, Corrales AG, et al. Influence of dental treatment in place on quality of life in oral cancer patients undergoing chemoradiotherapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018 Jul;23 (4):498-505. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29924760>. Acesso em 02 de Jul. 2018.
- 46 Chiou SJ, Lin W, Hsieh CJ. Assessment of duration until initial treatment and its determining factors among newly diagnosed oral cancer patients: a population-based retrospective cohort study. *Med*. 2016; 95 (50): 1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27977607>. Acesso em: 19 de Set. 2018.

47 Allen K, Farah CS. Patient perspectives of diagnostic delay for suspicious oral mucosal lesions. *Australian Dental Journal*. 2015; 60: 397–403. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25345336>. Acesso em: 19 de Set. 2018.

48 Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. *Bras J Otor*. 2010; 76(4): 416-22. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1808869415303347?via%3Dihub>. Acesso em: 20 de Set. 2018.

49 Souza LM, Crosato EM, Biazevic MGH, Antunes JLF. Scheduling delay in suspected cases of oral cancer. *Rev Bras Epid*. 2011; 14(4): 642-50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2011000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 19 de Set. 2018.

50 Cleveland JL, Evans GT. Total Diagnostic Delay in Oral Cancer may be Related to advanced Disease Stage at Diagnosis. *J Evid Based Dent Pract*. 2012 June; 12(2): 84–86. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4620699/>. Acesso em: 17 de Set. 2018.

51 Joshi P, Nair S, Chartuvedi P, Nair D, Agarwal JP, D’Cruz AK. Delay in seeking specialized care for oral cancer: experience from a tertiary cancer center. *Ind Jour of Canc*. 2014; 51(2): 95-97. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25104185>. Acesso em: 17 de Set. 2018.





## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Nome do Orientando

---

Nome do Orientador

## DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA PÚBLICA

Eu \_\_\_\_\_,  
matriculado sob o número \_\_\_\_\_ da FPM, DECLARO que  
efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de  
Defesa Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas  
Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão  
gramatical exigida no Curso de Graduação em  
\_\_\_\_\_ da Faculdade Patos de  
Minas.

---

**Assinatura do Aluno Orientando**

**Graduando Concluinte do Curso**

**DECLARO**, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

**AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

---

**Professor(a) Orientador(a)**