

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

VITÓRIA ELEN OLIVEIRA CHAGAS

**DIAGNÓSTICO EM ESTÁGIO AVANÇADO DE CARCINOMA  
EPIDERMÓIDE BUCAL: UMA REFLEXÃO AOS ACADÊMICOS E  
PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA**

São Luís

2025

VITÓRIA ELEN OLIVEIRA CHAGAS

DIAGNÓSTICO EM ESTÁGIO AVANÇADO DE CARCINOMA  
EPIDERMÓIDE BUCAL: UMA REFLEXÃO AOS ACADÊMICOS E  
PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA

Trabalho de conclusão de curso (TCC)  
apresentado ao Curso de Odontologia, da  
Universidade Federal do Maranhão, como  
pré-requisito para obtenção do bacharel em  
Odontologia

**Orientadora:** Prof. Dr. Erika Martins Pereira Lima

São Luís

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Oliveira Chagas, Vitória Elen.

Diagnóstico em estágio avançado de carcinoma epidermóide bucal: uma reflexão aos acadêmicos e profissionais da odontologia / Vitória Elen Oliveira Chagas. - 2025.

31 p.

Orientador(a): Erika Martins Pereira Lima.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão - Ufma, 2025.

1. Carcinoma de Células Escamosas Bucal. 2. Detecção Precoce de Câncer. 3. Neoplasias Maxilomandibulares. I. Martins Pereira Lima, Erika. II. Título.

Chagas, VEO. **Diagnóstico em estágio avançado de Carcinoma epidemóide bucal: uma reflexão aos acadêmicos e profissionais da odontologia.** Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para obtenção do bacharel em odontologia.

**Monografia apresentada em: 29 / 07 / 2025**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Erika Martins Pereira Lima  
(Orientadora)

---

Profa. Dra. Melaine Mont'Alverne Lawall Silva  
(Titular)

---

Prof. Dr. Nuno Filipe D'Almeida  
(Titular)

---

Prof. Dr. José Ribamar Sabino Bezerra Júnior  
(Suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que me sustenta em todos os âmbitos da minha vida, especialmente o acadêmico, que sempre priorizei. Não teria alcançado nada sem as mãos dele;

À minha orientadora, professora Erika Pereira, que além de guia acadêmica, é uma inspiração de vida e só tenho a agradecer pelos ensinamentos e oportunidades;

Aos meus pais, Rosimary e Valdely, que me deram todo apoio durante a vida para que priorizasse meus objetivos e nada me faltasse. E parte da minha família que me concederam incentivo diário;

Ao meu amigo Guilherme que sempre me incentivou em todos os momentos da minha jornada acadêmica desde o ensino fundamental até o presente momento. Sou muito grata por todas as nossas experiências e vivências juntos.

Às inspirações que me instigaram a prosseguir a carreira: Cláudio Nogueira e Iluska Fontes;

Aos amigos/irmãos que adquiri durante a vida, que sempre me apoiaram e ajudaram em tudo. Foram meus sorrisos nos momentos de estresse e as palavras de ânimo quando precisei;

Aos professores que contribuíram de forma especial para minha formação ao longo do curso, como: Carmen Nogueira, Darlon Lima, Erika Thomaz, Luana Cantanhede e Paulo Rabelo.

A todos, meu sincero agradecimento.

*“O segredo, querida Alice, é cercar-se de pessoas que fazem seu coração sorrir. É então, somente então, que você estará no país das maravilhas.”*

(Carroll, Lewis; Alice no País das Maravilhas, 1865)

## SUMÁRIO

<b>Resumo.....</b>	<b>8</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>9</b>
<b>1. Referencial teórico.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Relato de caso.....</b>	<b>16</b>
<b>3. Discussão.....</b>	<b>22</b>
<b>4. Conclusão.....</b>	<b>24</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO A - TCLE.....</b>	<b>31</b>

## RESUMO

**Introdução:** o carcinoma de células escamosas bucal é a neoplasia maligna mais comum na cavidade bucal e o sexto câncer mais comum no mundo. Além disso, é o câncer de cabeça e pescoço com os maiores índices de mortalidade. Este câncer geralmente afeta homens de meia-idade e possui fatores de risco, como: álcool, tabaco, genética e outros. Apesar de sua alta incidência e mortalidade, o diagnóstico dessa doença é subestimado e constantemente equivocado, uma vez que o clínico nem sempre está preparado para estabelecer o diagnóstico correto e conduzir o caso. **Metodologia:** trata-se de um estudo tipo descritivo de caráter narrativo e reflexivo, que visa descrever uma situação/experiência. O prontuário odontológico realizado no local de estudo foi utilizado com as seguintes métricas: nome, idade, queixa principal, história odontológica, exame físico e exame intra e extrabucal. Também contou com as imagens fotográficas e relatos do paciente como fontes de informação. O paciente assinou o TCLE concordando com o trabalho. O estudo foi realizado no curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, localizada em São Luís. As pesquisas bibliográficas para o embasamento do trabalho foram realizadas nas seguintes bases de dados: Pubmed e Scielo com as palavras-chave “carcinoma de células escamosas”, “diagnóstico precoce de câncer” e em inglês “*squamous cell carcinoma*” e “*cancer early diagnosis*”. **Resultados:** o artigo relata o processo do diagnóstico de um carcinoma epidermóide bucal em estágio avançado. Com o relato de história clínica, observou-se diagnóstico equivocado e mutilação do paciente por falta de conhecimento dos dentistas, além de atraso no diagnóstico conclusivo. Seguiu-se com os exames intra e extrabucal, biópsia incisional, laudo histológico, protocolo SPIKES e encaminhamento para oncologista e médico de cabeça e pescoço. Demonstrando assim como os cirurgiões dentistas devem proceder para o diagnóstico e tratamento de lesões malignas de boca. **Conclusão:** um bom conhecimento sobre o exame clínico e sintomas intra e extrabucais para o diagnóstico de carcinoma epidermóide é crucial. Assim, o clínico deve ter compreensão das características do câncer bucal ou encaminhar o paciente para o especialista adequado no tempo mais curto possível.

**Palavras-chave:** Carcinoma de células escamosas bucal, detecção precoce de câncer, neoplasias maxilomandibulares

## ABSTRACT

**Introduction:** the oral squamous cell carcinoma is the malignant neoplasia most common in the oral cavity and the sixth most common among all cancers worldwide. Besides that, it is the head and neck cancer with the highest mortality numbers. This cancer usually affects middle-aged men and has risk factors, such as: alcohol, tobacco, genetics and so forth. Despite its high incidence and mortality, the diagnosis of this disease is underrated and constantly misled, since the clinician is not always prepared to establish the correct diagnosis and conduct the case. **Methods:** this is a descriptive study of a narrative and reflective nature, which aims to describe a situation/experience, so the dental record carried out at the study location was obtained with the use of the following metrics: name, age, main complaint, dental history, physical examination, intraoral and extraoral examination. Photographic images and reports from the patient were also used as information sources. Before writing the case, the patient signed the TCLE provided by the Dentistry course for the final project presentations. The study was conducted in the Dentistry course at the Federal University of Maranhão, located in São Luís. The bibliographic research for the foundation of the study was made in the following databases: Pubmed and Scielo, using the keywords "oral squamous cell carcinoma," "early cancer diagnosis" and in Portuguese "*carcinoma de células escamosas*" and "*diagnóstico precoce de câncer*". **Results:** this present article reports the diagnostic process of advanced stage oral squamous cell carcinoma. It reports the clinical history, intra- and extraoral examination, biopsy, histopathological report, spikes protocol, and referral to an oncologist and head and neck physician. **Conclusion:** a good knowledge regarding the clinic exam and intra and extra oral symptoms to diagnose the oral squamous cell carcinoma is crucial. Thus, the clinician must have understanding of the oral cancer characteristics or give a referral to the proper specialist.

**Keywords:** Oral squamous cell carcinoma, early detection of cancer, jaw neoplasms

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1. Conceito

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de boca é um dilema mundial e importante problema de saúde pública no Brasil. É uma das dez neoplasias com maior prevalência, e apresenta a maior taxa de mortalidade entre os cânceres que afetam a cabeça e pescoço. (Santos *et al.*, 2011). Estima-se que, para o triênio de 2023 a 2025, haja cerca de 15.100 novos casos por ano, logo, ocuparão a quinta posição de câncer mais comum no Brasil (INCA, 2024).

O carcinoma epidermóide, também conhecido como carcinoma espinocelular ou carcinoma de células escamosas (CEC), é a neoplasia maligna mais comum da cavidade bucal, possui etiologia multifatorial, pode afetar lábios, mucosa jugal, gengiva, assoalho, palato duro e mole, língua e região retromolar. Nos casos mais avançados, pode-se observar metástases para pulmão, esôfago, entre outros órgãos. A incidência do CEC em relação a localização na cavidade bucal é: língua, assoalho, palato mole, gengiva, mucosa jugal, mucosa labial e palato duro (Silva, L. A. B. da, *et al.*, 2021).

No ambiente bucal, essa é a neoplasia maligna mais recorrente, mais comum em pessoas do sexo masculino, a partir da quinta década de vida. Contudo, atualmente tem-se observado um crescimento de doenças carcinogênicas em jovens, visto que são 4-12% dos casos de câncer bucal. Esses jovens não são tabagistas ou possuem histórico de exposição a raios solares por longos períodos de tempo, esse fato sugere que haja fatores de predisposição genética e hábitos (Santos, Antunes dos *et al.*, 2024)

A etiologia dessa neoplasia ainda é multifocal, visto que foram analisados tanto fatores intrínsecos como extrínsecos. Dentre os intrínsecos observa-se anomalias genéticas, anemia, deficiência de vitamina A (sendo estes controversos na literatura ainda em investigação), entre outros. Já entre os extrínsecos estão: tabagismo, álcool, exposição exagerada aos raios solares, infecções por candidíase e sífilis, entre outras coisas (Melo, 2023).

### 1.2. História da doença e sinais clínicos

Primeiramente, antes do exame clínico, deve-se fazer uma boa anamnese e análise da história clínica do paciente para identificar fatores de risco, como: tabagismo e etilismo. Além disso, é importante atentar para histórico familiar de câncer (Assunção *et al.*, 2024).

Os sinais clínicos mais comuns do CEC são: lesões bucais que não cicatrizam há mais de 15 dias com ou sem sintomatologia dolorosa associada. Clinicamente apresentam-se como mancha ou placa exofítica (formando uma massa), endofítica (formando uma úlcera), leucoplásica (placa branca) e/ou

eritroplásica (placa vermelha) (Silva, L. A. B. da, *et al.*, 2021), em casos mais avançados possivelmente, nota-se cadeia ganglionar palpável, pétrea e dolorida. (Sousa *et al.*, 2023).

Geralmente o CEC apresenta características de lesões malignas como: crescimento rápido, limites imprecisos podendo envolver linfonodos cervicais e desenvolvimento de metástase à distância (Silva, L. A. B. da, *et al.*, 2021). Apesar de muitas vezes os casos de CEC apresentarem um aspecto clínico clássico, o diagnóstico das lesões iniciais pode ser desafiador, uma vez que nesse estágio as lesões são geralmente assintomáticas e apresentam características clínicas semelhantes às características de lesões benignas. Sendo assim, a partir do conhecimento das formas de apresentação da lesão, dados de exame clínico da cabeça e pescoço e exames complementares, que devem ser realizados pelos dentistas como as biópsias, pode-se fazer o devido manejo do caso e encaminhamento para o cirurgião de cabeça e pescoço e oncologistas.

As lesões potencialmente malignas (LPM) apresentam alterações clínicas e histopatológicas que podem evoluir para uma neoplasia maligna, embora possam permanecer inalteradas por um período prolongado. Estudos indicam que aproximadamente 80% dos casos de câncer bucal se originam a partir dessas lesões. Assim, reconhecer as LPM é essencial para prevenir o câncer de boca e não possibilitar o diagnóstico precoce do câncer de boca, favorecer um melhor prognóstico e aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes (Binda, N. C. *et al.*, 2025).

Existem quatro principais tipos de LPM: leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica e líquen plano oral (essa última ainda é controversa na literatura). A leucoplasia é a mais comum, e representa cerca de 85% dos casos, seu diagnóstico é feito por exclusão de outras condições com características semelhantes, como candidose, ceratose traumática e lesões causadas pelo tabaco, e confirmado por exame histopatológico. A eritroplasia, embora menos frequente, possui maior risco de transformação maligna, apresenta-se como uma mancha ou placa avermelhada e, assim como a leucoplasia, requer diagnóstico diferencial clínico e confirmação histopatológica (Binda, N. C. *et al.*, 2025).

A queilite actínica se desenvolve devido a exposição prolongada à radiação solar, afeta o vermelhão do lábio inferior e pode apresentar-se com descamação, crostas e ulcerações, seu diagnóstico é realizado pelo exame clínico e histórico do paciente. O líquen plano bucal é uma condição em que cerca de 2 a 3% das lesões podem progredir para câncer, especialmente quando associadas a fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool, uso de tabaco mascado e presença de candidose, apresenta-se como lesões brancas em forma de rede ou linhas, seu diagnóstico é feito com exame clínico

e análise histopatológica (Binda, N. C. *et al.*, 2025). Dessa forma, é de extrema importância que se identifique as lesões potencialmente malignas (Junior *et al.*, 2024; Assunção *et al.*, 2024).

### 1.3 Estágio TNM

O sistema TNM (Tumor, Node, Metastasis), desenvolvido por Pierre Denoix na década de 1940–50 e formalizado pelos sistemas de estadiamento UICC/AJCC, é amplamente utilizado para classificar a extensão anatômica de tumores. Seus três componentes principais são: T (tamanho e invasão local do tumor primário); N (extensão da doença em linfonodos regionais); M (presença ou ausência de metástases à distância) (Costa *et al.*, 2005).

Essa classificação é importante para planejar o tratamento, estimar riscos de recidiva e prever prognósticos. Entretanto, essa classificação considera a extensão anatômica da doença (Almangush A, 2020). De acordo com o estágio TNM União Internacional Contra o Câncer (UICC) (Hermaneck *et al.*, 1996; Neville *et al.*, 1998). Estágio I = T1 N0 M0, Estágio II = T2 N0 M0; Estágio III = T3N0M0, ou T1, T2 ou T3N1M0; Estágio IV = qualquer lesão T4, ou qualquer N2 ou N3, ou qualquer M1 (Costa, 2005).

Na 8ª edição de 2017 para tumores de orofaringe p16-positivos e carcinoma bucal, foram incluídos critérios como profundidade de invasão e extensão extranodal, com o fito de ter maior precisão de prognóstico (Lym *et al.*, 2018). Além de mostrar diferença estatística clara entre estágios II e III, e III e IV, o que não acontecia na 7ª edição na maioria dos estudos (Jawad *et al.*, 2020).

Críticas apontam limitações da 8ª edição para alguns tumores e discrepâncias populacionais, especialmente pela representatividade desigual de dados globais (Martilla *et al.*, 2020). A edição 9ª do TNM está em desenvolvimento global com comitês com foco de validar alterações que visam aprimoramento do prognóstico e padronização internacional (Rami-Porta *et al.*, 2021).

#### Estratégias de estadiamento na prática (TNM-8 para câncer de boca)

- T — Tamanho + profundidade de invasão (DOI - distância vertical em milímetros que se estende da membrana basal do tumor até o ponto mais profundo de invasão do tecido):

T1 ≤ 2 cm e DOI ≤ 5 mm; T2: ≤ 2 cm com DOI > 5 mm, ou > 2 cm e ≤ 4 cm com DOI ≥ 10 mm; T3: > 2 cm e ≤ 4 cm com DOI > 10 mm ou > 4 cm com DOI ≤ 10 mm; T4a: tumor > 4 cm com DOI > 10 mm ou com invasão em osso cortical, nervo alveolar, maxilar, pele facial; T4b: invasão de espaços pterigoideos, base de crânio ou envolvimento da carótida interna (Smitha *et al.*, 2018).

- N — Linfonodos + extensão extranodal (ENE):

N1–N2 conforme número, tamanho e unilateralidade bilateralidade dos linfonodos, sempre incluindo ENE negativo ou positivo; N3a: linfonodo > 6 cm sem ENE; N3b: qualquer linfonodo com ENE positivo, independentemente do tamanho (Nagesh *et al.*, 2023).

- M — Metástase distante

M0: ausência de metástase à distância; M1: presença de metástase à distância (não sofreu modificação entre as edições).

Estádio		Tumor	Linfonodo	Metástase
0		Tis	N0	M0
I	IA	T1*	N0	M0
	IB	T0	N1mic	M0
		T1	N1mic	M0
II	IIA	T0	N1	M0
		T1*	N1	M0
		T2	N0	M0
	IIB	T2	N1	M0
		T3	N0	M0
III	IIIA	T0	N2	M0
		T1*	N2	M0
		T2	N2	M0
		T3	N1	M0
		T3	N2	M0
	IIIB	T4	N0	M0
		T4	N1	M0
		T4	N2	M0
	IIIC	Qualquer T	N3	M0
IV		Qualquer T	Qualquer N	M1

\*T1 inclui T1mic (micrometástases)

---

**Quadro 1:** Estadiamento clínico de neoplasias

FONTE: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011, p. 28

**1.3. Passo-a-passo do diagnóstico**

O diagnóstico clínico se faz com uma boa anamnese e exame clínico. A dor não é um sintoma comum, mas quando presente, em 30-40% dos casos, está associada a estadiamento mais avançado, geralmente III ou IV, quanto maior a extensão, maiores as chances de possuir sensibilidade dolorosa. Dessa forma, lesões de carcinoma podem passar despercebidas pelos pacientes, pois em estágios iniciais são assintomáticas (Bagan J, 2010). Assim, mesmo sem o relato de dor, deve-se atentar para as lesões que não cicatrizam em 15 dias, localidades comuns e características clínicas do CEC para realizar um diagnóstico (Bagan J, 2010).

Atualmente, o exame bucal e o procedimento de biópsia são o padrão ouro de diagnóstico do CEC, sendo uma intervenção invasiva em que se retira uma amostra da lesão para análise histopatológica (Wang *et al.*, 2023). O exame histopatológico é o exame conclusivo para o correto diagnóstico. A ausência de preparo na realização do exame complementar e para realizar a entrega deste resultado aos pacientes, causa temor e ansiedade nos dentistas. Conseqüentemente, a prática da entrega desse tipo de diagnóstico é evitada por muitos profissionais, o que resulta em atraso no diagnóstico, encaminhamento e tratamento e em um pior prognóstico em muitos casos. (Mauceri *et al.*, 2022).

A entrega do laudo para pacientes com diagnóstico de câncer deve ser feita seguindo-se algum protocolo de comunicação de más notícias, entre eles o protocolo SPIKES, poderá ser utilizado. Trata-se de um protocolo para más notícias, que tem por definição “qualquer informação que afeta de forma séria e adversa a visão do indivíduo de seu futuro”. Esse protocolo contém seis passos: preparar o ambiente para o encontro com o paciente (*setting up*), perceber quais informações o paciente tem sobre a condição em que se encontra (*perception*), convidar o paciente para o diálogo (*invitation*), transmitir a informação para o paciente (*knowledge*), expressar emoções e dar apoio ao paciente (*emotions*) e resumir e elaborar estratégias (*summary and strategy*) (Baile *et al.*, 2000).

Essa forma de entregar más notícias ao paciente envolve mais do que um componente verbal, também exige outras habilidades, como: lidar com reações emocionais, tomadas de decisão por parte do paciente e família, estresse,

expectativas de cura, entre outras coisas. Assim, a má comunicação pode confundir o entendimento do paciente a respeito de expectativas e planejamento (Baile *et al.*, 2000).

Após realização do passo a passo do protocolo e orientação ao paciente assim como entrega do laudo, o paciente deve ser encaminhado para a equipe médica, geralmente um cirurgião de cabeça e pescoço e o oncologista, para seguir com o tratamento oncológico, a maioria exige tratamento extenso, que pode incluir cirurgia, radioterapia e quimioterapia, a depender a extensão da doença (Smyth *et al.*, 2017). Importante frisar que antes da etapa de tratamento oncológico, todos os pacientes devem passar por avaliações e tratamentos odontológicos para minimizar as possíveis complicações bucais relacionadas a essas terapias.

#### 1.4. Papel do cirurgião-dentista

É importante um diagnóstico precoce e um tratamento imediato da patologia, pois o atraso diminui as chances de um bom prognóstico e, conseqüentemente, aumentam as taxas de mortalidade. Sendo essa neoplasia diagnosticada precocemente, há 80% de chances de cura, considerando um tratamento realizado de forma eficaz (Sousa *et al.*, 2023).

Dessa forma, o correto diagnóstico por parte dos profissionais é imprescindível no processo. O conhecimento para fazer um exame clínico adequado por parte de clínicos gerais, considerando sintomas intra e extrabuciais, além de palpação das cadeias ganglionares, é essencial para o correto diagnóstico (Misra *et al.*, 2023). O exame clínico e inspeção são realizados para diagnosticar clinicamente lesões potencialmente malignas e outras patologias (Lima; Jiselly Silva Damasceno; Yamashita, 2022).

Visto que a taxa de sobrevivência é diretamente ligada ao diagnóstico precoce, e 50% dos carcinomas epidermóides são diagnosticados em estágio avançado, a educação e treinamento de profissionais se torna decisivo para evitar morbidades e mortalidades advindas dessa neoplasia (Mauceri *et al.*, 2022). A ausência de conhecimento adequado sobre o exame clínico e o encaminhamento apropriado dos pacientes pode contribuir para a progressão do câncer e, conseqüentemente, ao óbito.

**ARTIGO CIENTÍFICO DE ACORDO COM AS NORMAS DA REVISTA  
JOURNAL OF ORAL AND MAXILOFACIAL PATHOLOGY**

Diagnóstico em estágio avançado de carcinoma epidermóide bucal:  
Um relato de caso e reflexão aos acadêmicos e profissionais da  
odontologia

Vitória E. Chagas<sup>1</sup>, Erika M. Pereira<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Dentistry Student of the Federal University of Maranhão, <sup>2</sup>Dr and Oral  
Pathology Professor of the Dentistry Department of the Federal University of  
Maranhão

São Luís, Maranhão, Brazil

**Resumo:** O carcinoma de células escamosas bucal é a neoplasia maligna mais comum na cavidade bucal e o sexto câncer mais comum no mundo. Além disso, é o câncer de cabeça e pescoço com os maiores índices de mortalidade. Este câncer geralmente afeta homens de meia-idade e apresenta como fatores de risco para seu desenvolvimento, como: álcool, tabaco, genética e outros. Apesar de sua alta incidência e mortalidade, o diagnóstico dessa doença é subestimado e constantemente equivocado, uma vez que o clínico nem sempre está preparado para estabelecer o diagnóstico correto e conduzir o caso. Neste sentido, um bom conhecimento sobre o exame clínico, considerando os sintomas intra e extrabucais, é crucial. Logo, o clínico deve ter compreensão das características do câncer bucal ou encaminhar o paciente para o especialista adequado.

Palavras-chave: Carcinoma de células escamosas bucal, detecção precoce de câncer, sobrevida de câncer

## **INTRODUÇÃO**

O carcinoma de células escamosas bucal é a patologia maligna mais comum da cavidade bucal, possuindo etiologia multifatorial. Pode afetar a língua, o assoalho bucal e a área retromolar predominantemente, bem como metástases para o pulmão, esôfago, entre outros órgãos em casos mais avançados. Além disso, geralmente apresenta crescimento rápido e limites imprecisos, semelhante a outras neoplasias malignas. Essa doença é mais comum em homens, a partir da quinta década de vida. Os sinais clínicos mais comuns do

CEC são: manchas ou placas de cor vermelha/branco ou áreas ulceradas que não cicatrizam por mais de 15 dias que podem ou não apresentar sintomas dolorosos (a depender da extensão neural, ou seja avanço da lesão). Em casos mais avançados, podem ser notados gânglios linfáticos palpáveis, pétreos e dolorosos. Com um tratamento eficaz, essa neoplasia tem 80% de chance de cura se tratada precocemente.

## RELATO DE CASO

Homem de 62 anos, ex-fumante, apresentou-se à clínica do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão apresentando uma lesão bucal com dor em choque que não cicatrizava há 8 meses. O paciente mencionou que havia passado por quatro dentistas no último ano e que foi tratado com medicação tópica e realizada a exodontia de dentes que estariam causando a lesão por trauma. Nenhum dos tratamentos propostos resolveu ou auxiliou na cicatrização da lesão; portanto não houve diagnóstico ou tratamento adequados. Durante a anamnese o paciente relatou perda de 17 quilos de peso e dificuldade para se alimentar e falar devido ao crescimento da lesão. Durante o exame físico intrabucal, foi possível observar uma úlcera avermelhada com superfície irregular e limites imprecisos de superfície rugosa na borda lateral esquerda de língua. No exame extrabucal, havia um linfonodo solitário submandibular palpável que estava: móvel, com superfície lisa e consistência amolecida e leve dor.



**Figura 1:** lesão avermelhada e ulcerada na primeira consulta

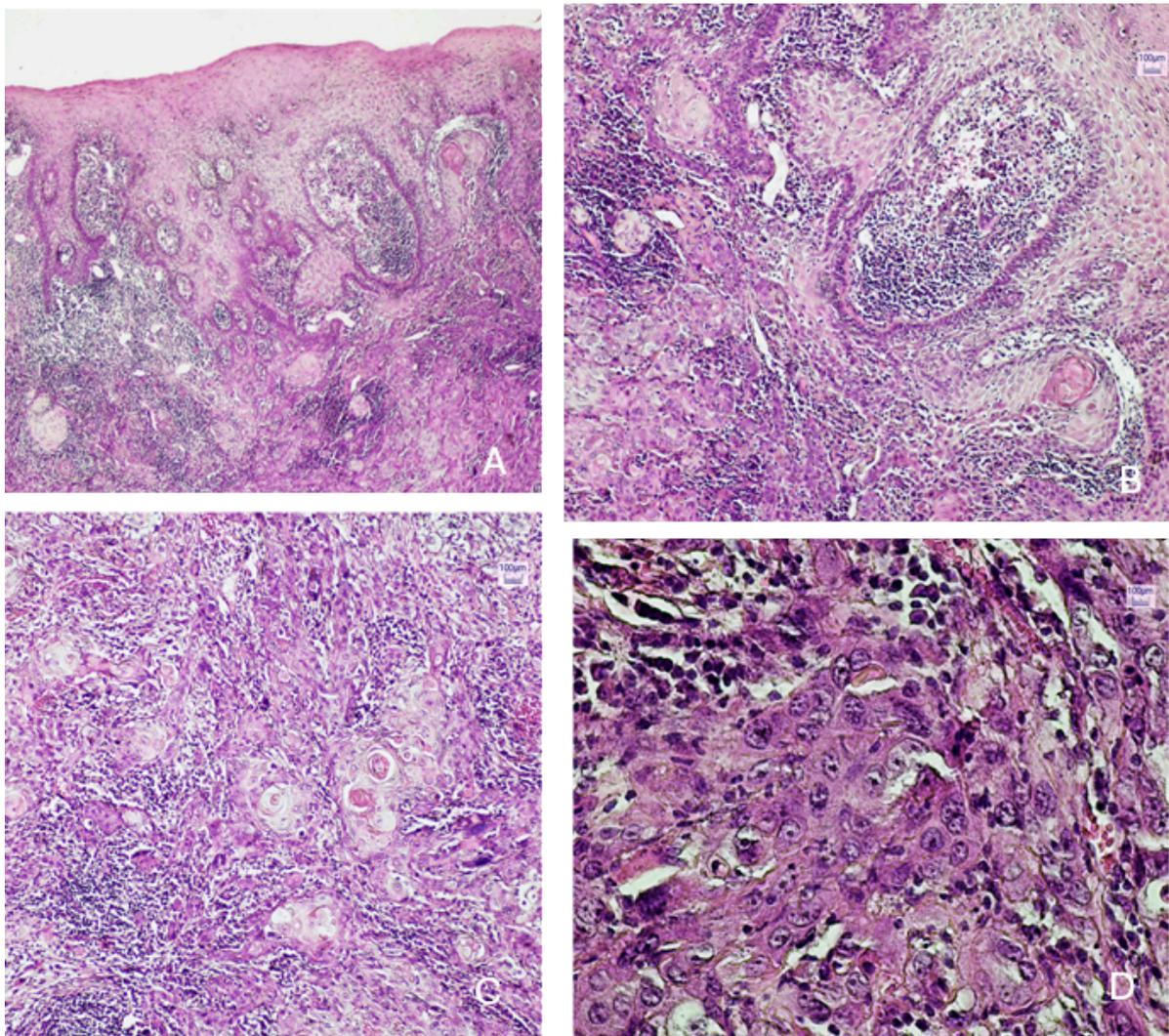
Na semana seguinte, foi realizada a biópsia incisional, e o paciente relatou dor durante o procedimento mesmo com anestesia local. Subsequentemente, a amostra foi enviada ao Laboratório de Patologia Bucal do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (MacroLab).



**Figura 2:** aspecto após biópsia com sutura

Ao exame macroscópico, a peça apresentou dois fragmentos de tecido mole de coloração branca com bordas avermelhadas, um medindo 07x04x04 mm e o outro, 09x06x05 mm, apresentando consistência fibroelástica e forma e superfície irregulares.

O exame histopatológico revelou fragmento de mucosa bucal revestida por epitélio pavimentoso estratificado que apresenta perda de estratificação, mitoses atípicas, pleomorfismo celular e nuclear e duplicação da camada basal. Subjacente, em meio ao tecido conjuntivo denso, observou-se proliferação de células atípicas neoplásicas distribuídas difusamente por todo tecido. Ilhas e cordões de epitélio neoplásico com pérolas de queratinas se estendendo em profundidade no conjuntivo também estavam presentes. Completando o quadro microscópico notou-se inúmeros vasos sanguíneos e áreas hemorrágicas.



**Figura 3:** (A): superfície da lesão, apresentando células atípicas invadindo o tecido conjuntivo; (B): proliferação de células atípicas epiteliais no meio do tecido conjuntivo; (C): pérolas de queratina; (D): pleomorfismo celular e nuclear das células neoplásicas.

Não foi possível fazer um diagnóstico precoce, uma vez que o paciente já apresentava lesão extensa ao chegar ao serviço no diagnóstico quando chegou ao Serviço de Patologia Bucal da Universidade Federal do Maranhão. O diagnóstico definitivo foi de Carcinoma Epidermóide de Células Escamosas. Uma semana após o procedimento de biópsia, os pontos foram removidos. No mesmo dia, o protocolo SPIKES foi utilizado para informar o paciente sobre o câncer. Primeiro: Preparando-se para o encontro – um ambiente confortável foi preparado para o paciente e a família. Percebendo o paciente – foi compreendido o que o paciente e a família sabiam sobre a situação. Convidando a um diálogo – foi obtido o consentimento do paciente para informar sobre a condição. Transmitindo as informações – o paciente e a família foram informados sobre a doença e as opções de cuidado de uma forma clara e compreensível. Expressando emoções – as emoções foram

levadas em consideração e empatia foi demonstrada. Por último: Resumindo e organizando estratégias – as informações foram resumidas e uma estratégia foi estabelecida sobre o que fazer a seguir.

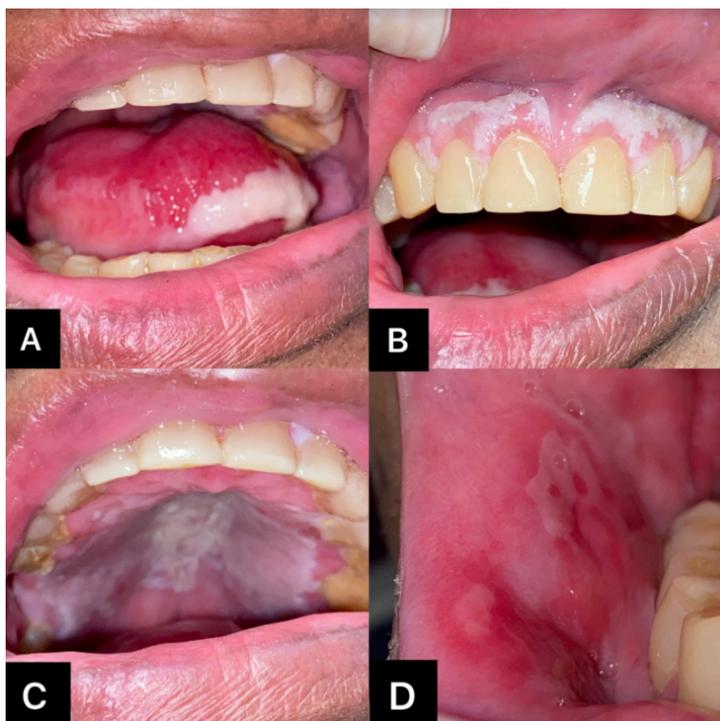
Depois disso, o paciente foi encaminhado ao Hospital Geral para ser avaliado pelo cirurgião bucomaxilofacial e pelo cirurgião de cabeça e pescoço. A remoção cirúrgica da lesão completa foi realizada dois meses depois. Em seguida, ele foi encaminhado para realizar 25 sessões de radioterapia e 6 sessões de quimioterapia.

O paciente retornou para reavaliação extra e intrabucal quatro meses após a entrega do laudo, com 6 sessões de radioterapia e 2 sessões de quimioterapia realizadas. Nesse momento o paciente apresentava quadro de náuseas e constipação, sem síndrome vasovagal durante a quimioterapia, utilizando um tubo nasogástrico para as sessões de quimioterapia.



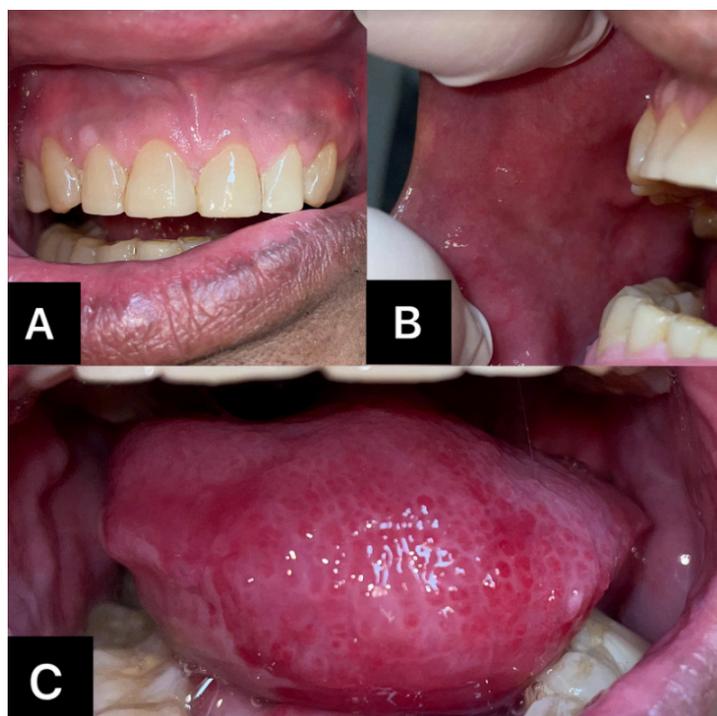
**Figure 4:** (A): extrabucal – paciente retorna após cirurgia com tubo nasogástrico; (B): intrabucal – língua após remoção da lesão inteira

Um mês após o acompanhamento e o término das sessões de rádio e quimioterapia, ele retornou relatando lesões na mucosa bucal que estavam causando dor e, conseqüentemente, levando a dificuldades na mastigação e disfagia. Após anamnese e exame intrabucal, o diagnóstico foi de mucosite oral. A decisão foi iniciar a laserterapia de baixa intensidade com protocolo L1 660 e L2 808nm. No mesmo dia, a laserterapia foi realizada seguindo protocolos descritos na literatura, com intuito de aliviar os sintomas de dor e remoção da infecção.



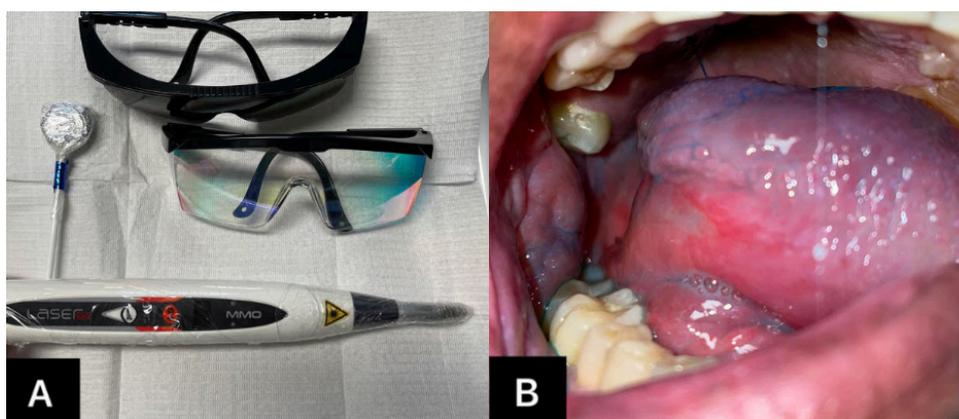
**Figura 5:** Lesões de mucosite oral após radioterapia. (A): língua; (B): gengiva; (C): palato; (D): mucosa jugal

Após 10 sessões, o paciente apresentava melhora do quadro conforme as imagens.



**Figura 6:** Cavidade bucal após 2 sessões de laserterapia. (A) gengiva; (B) mucosa jugal; (C): língua

Após 10 sessões de laserterapia, paciente começou a apresentar lesões sugestivas de candidose, com sintomas de ardência. Foi realizado então a terapia fotodinâmica antimicrobiana (aPDT) com o corante azul de metileno na forma de um pirulito, utilizado como fotossensibilizador na técnica aPDT com laser. O azul de metileno se liga às estruturas dos microrganismos e quando iluminado com luz de comprimento de onda compatível, entra em estado excitado e gera radicais livres e oxigênio singlete, que são altamente reativos (EROs). As EROs danificam as membranas, proteínas e DNA dos microrganismos, levando a sua morte, sem causar dano significativo aos tecidos saudáveis.



**Figura 7:** (A): aparelho de laser de baixa potência MMO, óculos de proteção (para o profissional e paciente) e pirulito de azul de metileno; (B): partes interessadas coloridas para direcionar a aplicação do laser

Então, dois meses após a 12<sup>a</sup> (última) sessão de laserterapia, o paciente retornou ao hospital para entregar os novos exames. O câncer havia desaparecido, mas, como efeito colateral da radioterapia, as glândulas salivares não tinham mais função adequada. A esse respeito, dez sessões de laserterapia de baixa intensidade para fotobiomodulação foram realizadas e saliva artificial foi prescrita, no intuito de auxiliar na qualidade de vida do paciente.

Após um ano de finalizado o tratamento, o paciente teve recidiva da lesão em base de língua, juntamente com metástase a distância diagnosticada. O paciente foi internado para nova cirurgia e sequência de tratamento. Infelizmente, ocorreu óbito após 2 meses do segundo procedimento cirúrgico.

## DISCUSSÃO

O carcinoma de células escamosas bucal (CEC) é a sexta neoplasia maligna mais prevalente no mundo<sup>[1]</sup>. O número estimado de incidências por ano é de 275.000<sup>[2]</sup>. Raramente, o CEC é diagnosticado em um estágio assintomático;

em vez disso, estudos têm mostrado que o diagnóstico ocorre em estágios avançados (T3 ou T4)<sup>[2,3]</sup>.

Este câncer tem uma variedade de fatores de risco, como: produtos de tabaco – fumantes têm 8,4 vezes mais risco do que não fumantes de desenvolver CEC, álcool – classificado como um carcinógeno do grupo 1 de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), vírus do papiloma humano – 2-8% dos CECs são causados pelo HPV, alterações genéticas – várias alterações cromossômicas estão relacionadas ao CEC, entre outros<sup>[4]</sup>. A apresentação principal é uma lesão ulcerada e dolorosa que não cicatriza, sendo essencial realizar um diagnóstico precoce e correto e iniciar o tratamento imediato para melhorar o prognóstico<sup>[5]</sup>.

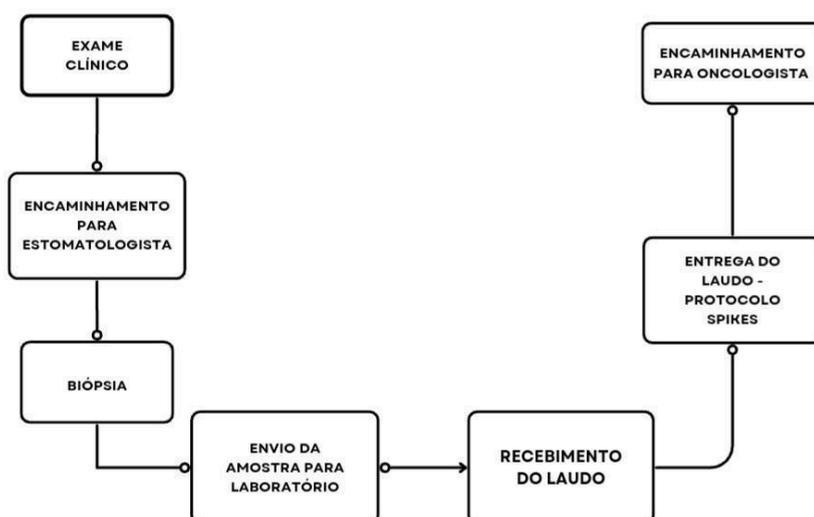
Em um estudo feito em Hamburgo, Alemanha, "Atraso no diagnóstico e padrões de encaminhamento de 646 pacientes com câncer bucal e maxilofacial" mostrou que o estágio do tumor após o diagnóstico geralmente é avançado; 192 pacientes foram diagnosticados no estágio IV (aproximadamente 29,72%), 97 no III (15%), 97 no I (15%) e 80 no II (aproximadamente 12,38%), sendo que o estágio não pôde ser determinado em 180 pacientes (aproximadamente 27,86%) devido ao primeiro tratamento em outra instituição ou dados incompletos<sup>[6]</sup>.

É bem conhecido que quanto mais cedo o câncer é diagnosticado, melhor é o prognóstico, conseqüentemente, pacientes nos estágios III e IV têm pior prognóstico. Se o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento é longo, espera-se o desenvolvimento progressivo da lesão, o que possivelmente resultará em mudança no plano de tratamento. Nesse aspecto, o tratamento deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico, no entanto, infelizmente, nem sempre é o caso<sup>[7,8]</sup>. As taxas de sobrevida para câncer em estágio avançado podem ser de 39%, enquanto para câncer em estágio inicial podem aumentar aproximadamente para 84%<sup>[9]</sup>.

O atraso no diagnóstico é a principal causa da taxa de mortalidade de pacientes com carcinoma de células escamosas bucal (CEC), dado que o câncer muitas vezes é diagnosticado em estágio avançado. O atraso no diagnóstico pode ocorrer por razões relacionadas ao paciente ou ao profissional. As razões relacionadas ao paciente envolvem medo do diagnóstico, medo de buscar ajuda como um mecanismo de defesa que pode gerar atraso no diagnóstico. Esse período de atraso é dividido em dois intervalos: intervalo de avaliação (percepção dos sinais) e intervalo de busca por ajuda (momento da percepção da necessidade de investigação). O atraso profissional pode decorrer de falhas no exame clínico e/ou no encaminhamento, investigação diagnóstica inadequada, limitação técnica para realização de biópsia, crença equivocada de que o procedimento é restrito a especialistas, ou ainda a coleta inadequada da amostra<sup>[10]</sup>. O que pode ter ocorrido no caso apresentado, uma

conduta equivocada de inúmeros profissionais. Portanto, o profissional deve refletir sobre seu conhecimento no processo de diagnóstico para evitar o atraso. E sempre buscar meios de capacitação para sua melhor conduta diagnóstica.

Sobre este assunto, concluímos a importância do conhecimento do profissional sobre estas etapas na seguinte ordem: anamnese detalhada, exame clínico cuidadoso, encaminhamento ao estomatologista - se o clínico geral não tiver o conhecimento ou a confiança para examinar e formular uma hipótese - , biópsia incisional – para evitar perda das margens da lesão - , envio da amostra para o laboratório de patologia, recebimento do relatório clínico e encaminhamento ao cirurgião de cabeça e pescoço e oncologista. A obtenção detalhada da história da doença constitui elemento chave na construção de uma hipótese diagnóstica precisa; portanto, o profissional deve estar ciente de todos os sinais e sintomas. O segundo passo é realizar um exame físico muito detalhado, de modo que, em caso de suspeita de malignidade, a extensão da doença possa ser delineada. O exame dos linfonodos pode ajudar a determinar o estágio com base em suas características. Terceiro, uma biópsia incisional deve ser realizada de forma que a amostra seja adequada para exame histológico. Após isso, a amostra é enviada ao laboratório de patologia e o laudo clínico é recebido. Quarto, o paciente deve ser encaminhado a um oncologista para receber o tratamento adequado<sup>[11]</sup>.



**Figura 8:** Fluxograma do diagnóstico ao encaminhamento de lesões malignas

Nesse sentido, recomenda-se que o início do tratamento cirúrgico seja feito nos primeiros 20 dias após a consulta a um especialista, devido à importância de um bom prognóstico. Dessa forma, os clínicos devem estar atentos aos sinais e

sintomas do paciente para realizar um diagnóstico precoce e correto, além de resultar em um início de tratamento o mais rápido possível<sup>[11,12]</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Assim, o processo de diagnóstico é crucial para o prognóstico da doença, já que as etapas desde o exame até o recebimento do laudo laboratorial devem ser realizadas sem falhas. Portanto, os clínicos devem ter conhecimento e boa gestão de todo o processo para um melhor resultado. É fundamental que os profissionais reflitam criticamente sobre sua autoconfiança e domínio do conhecimento durante o processo diagnóstico de doenças malignas, com o objetivo de minimizar atrasos decorrentes de falhas profissionais

### **Declaração do paciente**

Os autores certificam que obtiveram todos os formulários de consentimento apropriados do paciente. No formulário, o paciente deu seu consentimento para que suas imagens e outras informações clínicas fossem publicadas na revista. Os pacientes entendem que seus nomes e iniciais não serão publicados e que esforços adequados serão feitos para ocultar sua identidade, mas a anonimidade não pode ser garantida.

### **Apoio financeiro e patrocínio**

Nenhum.

### **Conflitos de interesse**

Não há conflitos de interesse.

## **REFERÊNCIAS**

1. Misra SR, Das R. Early Discovery, Early Recovery: The principle behind successful oral squamous cell carcinoma treatment! *Oral Oncol.* 2023 Oct;145:106511. doi: 10.1016/j.oraloncology.2023.106511. Epub 2023 Jul 19. PMID: 37478573.
2. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009 Apr-May;45(4-5):309-16. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.06.002. Epub 2008 Sep 18. PMID: 18804401.
3. van der Waal I, de Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 May 1;16(3):e300-5. doi: 10.4317/medoral.16.e300. PMID: 21441877.
4. Chamoli A, Gosavi AS, Shirwadkar UP, Wangdale KV, Behera SK, Kurrey NK, Kalia K, Mandoli A. Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: Risk factors, mechanisms, and diagnostics. *Oral Oncol.* 2021

- Oct;121:105451. doi: 10.1016/j.oraloncology.2021.105451. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34329869.
5. Gayathri PS, M B, Ramani P, J M, Jeyakumaran S, Raman P. Oral Squamous Cell Carcinoma of the Right Buccal Mucosa: A Case Report. *Cureus*. 2024 May 3;16(5):e59571. doi: 10.7759/cureus.59571. PMID: 38826907; PMCID: PMC11144300.
  6. Friedrich RE. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. *Anticancer Res*. 2010 May;30(5):1833-6. PMID: 20592388.
  7. Kowalski LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncol*. 2001 Jan;37(1):94-8. doi: 10.1016/s1368-8375(00)00066-x. PMID: 11120489.
  8. Felippu AW, Freire EC, Silva Rde A, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016 Mar-Apr;82(2):140-3. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.10.009. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26631328; PMCID: PMC9449064.
  9. Gigliotti J, Madathil S, Makhoul N. Delays in oral cavity cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019 Sep;48(9):1131-1137. doi: 10.1016/j.ijom.2019.02.015. Epub 2019 Mar 13. PMID: 30878273.
  10. Mauceri R, Bazzano M, Coppini M, Tozzo P, Panzarella V, Campisi G. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma and the fear of diagnosis: A scoping review. *Front Psychol*. 2022 Nov 3;13:1009080. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1009080. PMID: 36405204; PMCID: PMC9669962.
  11. Wilkinson AN. Cancer diagnosis in primary care: Six steps to reducing the diagnostic interval. *Can Fam Physician*. 2021 Apr;67(4):265-268. doi: 10.46747/cfp.6704265. PMID: 33853914; PMCID: PMC8324147.
  12. Metzger K, Moratin J, Horn D, Pilz M, Ristow O, Hoffmann J, Freier K, Engel M, Freudlsperger C. Treatment delay in early-stage oral squamous cell carcinoma and its relation to survival. *J Craniomaxillofac Surg*. 2021 Jun;49(6):462-467. doi: 10.1016/j.jcms.2021.02.007. Epub 2021 Feb 12. PMID: 33648813.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente relato de caso reforça a importância do diagnóstico precoce do carcinoma epidermóide bucal, uma vez que a detecção em estágios avançados, conforme o caso apresentado, está frequentemente associada a um mal prognóstico. Ressalta-se a importância do exame clínico minucioso, da anamnese direcionada e da familiaridade com os principais fatores de risco, como o tabagismo e o etilismo. As lesões bucais persistentes devem sempre ser consideradas suspeitas. O diagnóstico precoce é decisivo para o sucesso terapêutico, e a atuação dos cirurgiões-dentistas é essencial para o rastreamento efetivo e a intervenção precoce. Além disso, o caso destaca a necessidade de capacitação dos profissionais dentistas e acadêmicos de odontologia para reconhecer sinais clínicos precoces de malignidade bucal.

Portanto, este caso evidencia o processo clínico e diagnóstico enfrentados em casos avançados, visando à redução da incidência e mortalidade por câncer bucal e conclui que a atuação proativa do cirurgião-dentista é crucial na detecção precoce de lesões potencialmente malignas, principalmente em regiões de alta incidência, como língua e assoalho bucal e para encaminhamentos precoces e para o aumento das taxas de sobrevivência dos pacientes acometidos por neoplasias malignas bucais.

## REFERÊNCIAS

- ALMANGUSH, A. et al. Staging and grading of oral squamous cell carcinoma: An update. **Oral Oncology**, v. 107, p. 104799, 2020.
- ANTUNES DOS SANTOS, R. M. et al. Fatores associados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer bucal: revisão integrativa de literatura. **HU Revista**, v. 49, p. 1–11, 2024.
- ASSUNÇÃO, É. L. F. et al. Câncer Bucal e Saúde Pública. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 74-94, 2024.
- BAILE, W. F. et al. SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The Oncologist**, v. 5, n. 4, p. 302–311, 2000.
- BAGAN, J.; SARRION, G.; JIMENEZ, Y. Oral cancer: clinical features. **Oral Oncology**, v. 46, n. 6, p. 414-417, 2010.
- BINDA, N. C. et al. Potentially malignant lesions of the maxillofacial region. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e185101119452, 2021.
- CHAMOLI, A. et al. Overview of oral cavity squamous cell carcinoma: Risk factors, mechanisms, and diagnostics. **Oral Oncology**, v. 121, p. 105451, out. 2021.
- COSTA, A. de LL.; ARAÚJO JÚNIOR, R. F. de; RAMOS, C. C. F. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, p. 181-187, 2005.
- DA COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 283-289, 2001.
- FELIPPU, A. W. et al. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 82, n. 2, p. 140-143, mar./abr. 2016.
- FRIEDRICH, R. E. Delay in diagnosis and referral patterns of 646 patients with oral and maxillofacial cancer: a report from a single institution in Hamburg, Germany. **Anticancer Research**, v. 30, n. 5, p. 1833-1836, 2010.
- GAYATHRI, P. S. et al. Oral Squamous Cell Carcinoma of the Right Buccal Mucosa: A Case Report. **Cureus**, v. 16, n. 5, p. e59571, 3 maio 2024. DOI: 10.7759/cureus.59571.

GIGLIOTTI, J.; MADATHIL, S.; MAKHOUL, N. Delays in oral cavity cancer. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 48, n. 9, p. 1131-1137, set. 2019.

HERMANEK, P.; SOBIN, H. L.; FLEMING, D. I. What do we need beyond TNM? **Cancer**, v. 77, n. 5, p. 815-817, 1996.

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. [s.l.: s.n.], [s.d.].

JAWAD, H. et al. Prognostic performance of TNM8 staging rules in oral cavity squamous cell carcinoma. **Oral Oncology**, v. 111, p. 105021, 2020.

JUNIOR, C. et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 67, n. 3, p. 178–186, 2024.

KOWALSKI, L. P.; CARVALHO, A. L. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. **Oral Oncology**, v. 37, n. 1, p. 94-98, jan. 2001.

LIMA, N. F.; DAMASCENO, J. S.; YAMASHITA, R. K. Abordagem odontológica ao câncer bucal: valor do conhecimento para prevenção e diagnóstico precoce desta patologia - uma revisão de literatura. **Facit Business and Technology Journal**, v. 2, n. 36, 2022.

LIM, W. et al. The 8th lung cancer TNM classification and clinical staging system: review of the changes and clinical implications. **Quantitative Imaging in Medicine and Surgery**, v. 8, n. 7, p. 709, 2018.

MAUCERI, R. et al. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma and the fear of diagnosis: A scoping review. **Frontiers in Psychology**, v. 13, p. 1009080, 2022.

METZGER, K. et al. Treatment delay in early-stage oral squamous cell carcinoma and its relation to survival. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 6, p. 462-467, 2021.

MISRA, S. R.; DAS, R. Early Discovery, Early Recovery: The principle behind successful oral squamous cell carcinoma treatment! **Oral Oncology**, v. 145, p. 106511, 2023.

NAGESH, M. et al. Evolution of TNM Classification for Clinical Staging of Oral Cancer: The Past, Present and the Future. **Journal of Maxillofacial and Oral Surgery**, v. 22, n. 3, p. 710-719, 2023.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RAMI-PORTA, R. Future perspectives on the TNM staging for lung cancer. **Cancers**, v. 13, n. 8, p. 1940, 2021.

SANTOS, I. V. et al. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 10, n. 3, p. 207-210, 2011.

SILVA, L. A. B. da et al. Diagnosis and treatment of oral epidermoid carcinoma in a young patient-case report, 2021.

SMITHA, T.; DINAKARAN, A. Modifications and recent updates in the 8th edition of tumor node metastasis staging pertaining to oropharynx and oral cavity. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v. 22, n. 1, p. 6-8, 2018.

SMYTH, E. C. et al. Oesophageal cancer. **Nature Reviews. Disease Primers**, v. 3, p. 17048, 2017.

SOUSA, L. F. et al. Aspectos clínicos do carcinoma epidermóide oral: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11710-11726, 2023.

THULER, Luiz Claudio Santos; SANT'ANA, Denise Rangel; REZENDE, Magda Côrtes Rodrigues. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. In: **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2011. p. 127-127.

VAN DER WAAL, I. et al. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible? **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 16, n. 3, p. e300-e305, 1 maio 2011.

WANG, S. et al. Current advances in noninvasive methods for the diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a review. **European Journal of Medical Research**, v. 28, n. 1, p. 53, 2023.

WARNAKULASURIYA, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. **Oral Oncology**, v. 45, n. 4-5, p. 309-316, abr./maio 2009. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2008.06.002.

WILKINSON, A. N. Cancer diagnosis in primary care: Six steps to reducing the diagnostic interval. **Canadian Family Physician**, v. 67, n. 4, p. 265-268, abr. 2021.

## ANEXO A - TCLE

017/23

**TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

**Título da pesquisa:** Promoção de saúde bucal: atendimento de crianças, adolescentes e adultos.

**Local da coleta de dados:** Clínica de Semiologia, Clínica de Pediatria e Clínica de Periodontia do curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão

Prezado(a) Senhora(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

**Objetivo do projeto:** O projeto abrangerá crianças, adolescentes e adultos com necessidade de tratamento odontológico restaurador e de promoção de saúde bucal.

**Procedimentos:** Você será submetido a uma anamnese, um exame clínico bucal completo juntamente com os tratamentos bucais que serão indicados.

**Benefícios:** Em crianças e adolescentes será feita a promoção de saúde bucal por meio orientação de escovação e uso de fio dental, aplicação tópica de flúor profissional, distribuição de escovas de dente, dentífrico fluoretado e fio dental; além de realizar tratamento restaurador em todos os pacientes que apresentaram a doença cárie já instalada. Os adultos receberão o mesmo tratamento já citado, além de tratamento periodontal e Laserterapia se necessário. Todos os pacientes que apresentarem lesões bucais serão submetidos à biópsia e encaminhamento para tratamento adequado.

**Riscos:** A participação nesta pesquisa não apresentara risco de ordem física ou psicológica para você

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Para mais informações é possível entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, no telefone (98)87439985/981145478, no prédio de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão-Campus Bacanga.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li sobre os objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada sobre o assunto e de como procederá a pesquisa. Sei que qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício. Declaro que concordo em participar desse estudo voluntariamente. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler detalhadamente e de esclarecer as minhas dúvidas. Dessa forma, autorizo a participação na pesquisa e divulgação dos seus resultados

**Pesquisadores responsáveis:**  
Prof.ª. Dra. Erika Martins Pereira

São Luís, 25 de setembro de 2023

Nome do participante: José de Ribamar  
Chaves do Nascimento

Assinatura do participante

RG: 0 4 8 2 4 8 8 0 2 0 1 5 8

Endereço: