

UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER BUCAL, DO DIAGNÓSTICO AO PÓS
TRATAMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO

KARLA GIOVANNA SOARES

MARINGÁ – PR

2021

Karla Giovanna Soares

**ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER BUCAL, DO DIAGNÓSTICO AO PÓS
TRATAMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fábio Vieira de Miranda.

MARINGÁ – PR

2021

KARLA GIOVANNA SOARES

**ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER BUCAL, DO DIAGNÓSTICO AO PÓS
TRATAMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fábio Vieira de Miranda.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Nome do professor – (Titulação, nome e Instituição)

Nome do professor - (Titulação, nome e Instituição)

Nome do professor - (Titulação, nome e Instituição)

ACOMPANHAMENTO DO CÂNCER BUCAL, DO DIAGNÓSTICO AO PÓS TRATAMENTO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Karla Giovanna Soares; Fábio Vieira de Miranda

RESUMO

O câncer bucal é uma doença de caráter maligno que acomete a mucosa da boca, podendo ser denominado carcinoma epidermóide ou espinocelular. As células iniciam um processo de divisão intensa e se tornam incontroláveis e agressivas, podendo atingir tecidos e órgãos a distância. Pode acometer mulheres e homens, porém é mais comum em homens com mais de 50 anos. O tabaco e o álcool podem ser considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença. As principais formas de tratar o carcinoma epidermóide são radioterapia, quimioterapia ou cirurgicamente, no entanto, o paciente pode desenvolver sequelas decorrentes da quimiorradioterapia. As mucosites orais são as mais comuns, as quais devem ser tratadas para que não prejudiquem as funções bucais do paciente. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de câncer bucal em um paciente de 54 anos, o qual foi acompanhado desde o diagnóstico até o pós-radioterapia, pois necessitou de tratamento para as sequelas advindas do tratamento antineoplásico. Nesse caso, a laserterapia foi a opção de tratamento escolhida. Para o desenvolvimento do estudo, foi consultado o prontuário do paciente, assim como dados na literatura sobre a patologia para tornar possível uma análise mais ampla do caso.

Palavras-chave: Câncer bucal. Quimiorradioterapia. Mucosite oral.

FOLLOW-UP IN ORAL CANCER, FROM DIAGNOSIS TO POST-TREATMENT: A CLINICAL CASE REPORT.

ABSTRACT

Oral cancer is a disease of malignant character which occurs in the oral mucosa and can be called epidermoid or squamous cell carcinoma. The cells begin a process of intense division and become uncontrollable and aggressive, then may spread to tissues and distant organs. It can affect men and women, but it is more common in men over age 50. Tobacco and alcohol may be considered the main risk factors in the development of the disease. The main treatment options for epidermoid carcinoma are radiotherapy, chemotherapy, or surgery. However, the patient may experience complications of chemoradiotherapy. The most common one is oral mucositis, which must be treated to avoid impairment of the patient's oral function. This study aims to report a case of oral cancer in a 54-year-old patient who was followed up from the diagnosis to the post-radiotherapy because he needed treatment for the side effects of the antineoplastic treatment. Laser therapy was the treatment of choice. For the development of this study, the patient's medical chart was consulted, and literature data of the pathology was collected so that the case could be more widely analyzed.

Keywords: Oral cancer; Chemoradiotherapy; Oral Mucositis.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome atribuído às doenças malignas que têm em comum a desordem no crescimento e divisão de células atípicas que não conseguem ser contidas pelo sistema imunológico, as quais podem invadir tecidos e órgãos a distância. Com a intensa divisão, as células se tornam agressivas e incontroláveis, formando tumores que podem se espalhar por outras regiões do corpo (INCA, 2020 & SANTOS, RA *et al.*, 2012). O câncer desenvolvido em tecidos epiteliais pode ser denominado carcinoma epidermóide (ou espinocelular) (INCA, 2020 & NEVILLE, *et al.*, 2016).

Não há uma causa definida para o desenvolvimento de câncer bucal, por isso sua causa é considerada multifatorial podendo apresentar fatores extrínsecos, como fumo, álcool, sífilis e a luz solar - associada somente em casos de câncer no vermelhão do lábio - e intrínsecos, como estado sistêmico ou generalizado de desnutrição e anemia por deficiência de ferro. Há doenças hereditárias, como disqueratose congênita e anemia de Fanconi, associadas ao desenvolvimento de carcinoma epidermóide, no entanto, a hereditariedade não é considerada um fator causal para a doença (NEVILLE, *et al.*, 2016).

A boca é o quinto local de maior incidência de câncer em homens e sétimo em mulheres, e o carcinoma de células escamosas é responsável por 95% das lesões malignas na região (BRENER, Sylvie *et al.* 2007). Um estudo comparativo apresentou o Brasil como o segundo país com maior taxa de incidência de câncer bucal no mundo, estando a Índia em primeiro lugar (HAMADA, GS *et al.* 1991).

A incidência anual de câncer bucal é de aproximadamente 263.000 a 275.000 novos casos no mundo, sendo o 10º mais frequente em homens, com incidência elevada no subcontinente indiano, Taiwan, Hungria, França, Brasil e partes da África Meridional, representando 3 a 5% das neoplasias malignas na maior parte dos países ocidentais, podendo atingir até 10% dos casos (NEVILLE, *et al.*, 2016 & TOMMASI, *et al.*, 2014). Em 2020 o Brasil apresentou uma estimativa de 15.190 novos casos, sendo 11.180 homens e 4.010 mulheres, e um total de 6.605 mortes, sendo 5.120 homens e 1.485 mulheres (INCA, 2020). A ocorrência tanto do câncer de boca quanto outros cânceres não é homogênea em todos os continentes devido às diferenças demográficas, genéticas, exposição e estilo de vida (TOMMASI, *et al.*, 2014).

Homens brancos na faixa etária de 50 a 70 anos de idade, que trabalham expostos ao sol, usuários crônicos de tabaco e/ou álcool, indivíduos que sofrem trauma crônico de prótese

são o perfil epidemiológico dos indivíduos mais acometidos pela doença (DOMINGOS, Patrícia Aleixo S, *et al.*, 2017).

O carcinoma epidermóide pode se desenvolver em mucosa de revestimento dos lábios, mucosa jugal, trígono retromolar, mucosas alveolares, dois terços anteriores da língua, assoalho de boca e palato duro, no entanto um estudo realizado em 2018 relatou que os locais de maior prevalência para o seu desenvolvimento foram língua, mucosa bucal, gengiva, palato e mucosa alveolar, respectivamente (TOMMASI *et al.*, 2014 & DHANUTHAI, K *et al.* 2018).

O câncer bucal deve ser considerado um problema de saúde pública devido ao número de tabagistas e etilistas no Brasil (FREITAS, Rivelilson M. *et al.* 2016). O tabaco possui mais de 70 substâncias que podem ser carcinogênicas, nitrosamina, arsênico, benzopireno e benzeno estão entre elas, para ex tabagistas que param de fumar, após 10 anos a incidência é similar à de quem nunca fumou. O álcool combinado com o tabaco é um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer oral, estudos epidemiológicos têm relatado um risco de 2 a 4 vezes maiores para câncer entre indivíduos que consomem mais de 4 bebidas alcoólicas ou 60g de álcool por dia, pois o etanol presente nas bebidas alcoólicas é metabolizado em acetaldeído, além de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, substâncias consideradas carcinogênicas. Além disso, o álcool pode auxiliar na solubilização de compostos carcinogênicos aumentando a permeabilidade da mucosa bucal (NEVILLE, *et al.*, 2016).

O aumento nos casos de câncer de boca e de faringe são proporcionais ao aumento no consumo de tabaco e bebida alcoólica (TOMMASI, *et al.*, 2014). O consumidor de tabaco ou derivados, como cigarro de palha, de Bali, cravo ou kreteks, fumo de rolo, tabaco mascado, charutos, cachimbos e narguilé tem risco maior de desenvolver câncer do que não fumantes, e o estímulo é dose dependente (INCA, 2020).

A manifestação clínica da doença depende da localização e extensão do tumor, no entanto os sinais e sintomas iniciais do carcinoma epidermóide oral são discretos com sensibilidade dolorosa mínima, levando a uma busca tardia por cuidado profissional (NEVILLE, *et al.*, 2016 e TOMMASI, *et al.*, 2014). Há outros sintomas comumente encontrados como dor de ouvido, sangramento, mobilidade nos dentes, dificuldade para respirar, dificuldade para deglutir e falar, trismo muscular e parestesia, em casos mais avançados da doença (BAGAN, Jose *et al.*, 2010).

O câncer de boca pode apresentar-se clinicamente de formas variadas, sendo elas: forma exofítica (aumento de volume; vegetante; papilífera, verruciforme), endofítica

(invasiva, escavada, ulcerada) leucoplásica (mancha branca), eritroplásica (mancha vermelha) e eritroleucoplásica (combinação de áreas vermelha e branca) (NEVILLE, *et al.*, 2016). A disseminação da doença ocorre por invasão de estruturas como musculatura profunda da língua, musculatura pterigoidea, mandíbula, maxila, laringe, hipofaringe, nasofaringe e por via linfática (TOMMASI, *et al.*, 2014). A metástase não é considerada um evento precoce em carcinoma de cavidade oral, porém com o diagnóstico tardio, aproximadamente 21% dos pacientes podem apresentar metástase (NEVILLE, *et al.*, 2016).

Há alguns fatores que podem impactar positivamente ou negativamente o prognóstico dos pacientes portadores do câncer bucal, os aspectos clínicos mais relevantes são idade do paciente, localização, espessura e o estadiamento da lesão. Uma correta anamnese e exame físico completo podem ser essenciais para guiar a conduta terapêutica buscando possibilidades para a cura do paciente. Para isso, o cirurgião dentista deve estar capacitado para observar os sinais iniciais que podem ser, muitas vezes, assintomáticos, considerando que o diagnóstico precoce melhora a qualidade de vida do paciente que terá maior possibilidade de cura (ALMEIDA, Fernanda Campos S *et al.*, 2011).

Profissionais de saúde treinados para inspecionar visualmente o câncer bucal podem rastrear pacientes com maior risco de desenvolver a doença, como tabagistas e etilistas crônicos e assim criar estratégias de rastreamento baseadas em risco, reduzindo assim a mortalidade por câncer oral (CHEUNG, Li C *et al.*, 2021). Alguns estudos observaram que a utilização de luz por profissionais com experiência e treinamento suficientes podem facilitar o diagnóstico de lesões malignas da cavidade oral de maneira não invasiva e simples, porém necessitam de mais estudos para estabelecer a imagem ótica como uma ferramenta eficaz no diagnóstico dessas doenças (NAGI, R *et al.*, 2016).

A citologia oral é um método diagnóstico considerado indolor, rápido, simples e consequentemente bem aceito pelo paciente. As amostras de células podem ser analisadas por técnicas mais sofisticadas, como citomorfometria, citometria de DNA e análises moleculares, coloração com azul de toluidina e biópsia com escova e aplicação de programas de computador, técnicas que tornaram a interpretação muito mais confiável do que era antes (MEHROTRA, Ravi *et al.*, 2006). No entanto, a realização de biópsia é fundamental e obrigatória para o diagnóstico definitivo de lesões malignas na cavidade oral (SEOANE, Juan *et al.*, 2013).

A biópsia é o meio mais rápido e simples de se obter um diagnóstico mais preciso, por isso, o manuseio cuidadoso do tecido e uma correta incisão é de suma importância para um diagnóstico histológico confiável, caso contrário o procedimento deverá ser refeito

causando desconforto ao paciente e ao profissional. Geralmente a biópsia é realizada de forma simples com anestesia local em nível ambulatorial e o material coletado é enviado para análise histopatológica (KUMARASWAMY, K L *et al.*, 2012 & INCA, 2018). Há casos em que exames de imagem auxiliam no diagnóstico para avaliar a extensão do tumor, a associação de exame clínico, biópsia e estudo da lesão por tomografia computadorizada facilitam na escolha do melhor tratamento (INCA, 2018).

Quanto à histologia da doença, é do epitélio displásico que se origina o carcinoma epidermóide. Histopatologicamente é representado por cordões de células epiteliais malignas, a invasão é caracterizada pela extensão irregular do epitélio neoplásico através da membrana basal em direção ao tecido conjuntivo, a neoplasia invade destruindo o tecido normal, podendo se estender para o tecido adiposo, músculo ou osso. As células neoplásicas podem mostrar citoplasma abundantemente eosinofílico com núcleos volumosos e hiper cromáticos e relação de núcleo com citoplasma aumentada, também pode ser observado pleomorfismo celular (NEVILLE, *et al.*, 2016).

A displasia epitelial oral na forma grave (carcinoma *in situ*) apresenta maturação anormal que se estende das células basais até toda espessura do epitélio, o estudo observou características arquitetônicas e apenas a rete em forma de gota, perda da polaridade basal e as mitoses superficiais anormais foram associadas. Mitoses atípicas, pleomorfismo nuclear e celular e nucléolos múltiplos foram características associadas a evolução clínica da doença (MÜLLER, 2018).

O estadiamento clínico TNM e a gradação histológica de malignidade têm uma correlação estatisticamente significativa (COSTA, Antônio *et. al.*, 2002). O estadiamento clínico orienta a escolha do melhor tratamento, podendo definir se a lesão está em processo inicial, ou avançado, o sistema de estadiamento mais comum a ser utilizado é o sistema tumor-linfonodos metástase (TNM), T (tamanho do tumor primário) N (envolvimento de linfonodos locais) e M (metástases à distância) como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Sistema de estadiamento tumor-linfonodos metástase (TNM) para o carcinoma oral
(continua)

Tamanho do tumor primário (T)	
TX	Nenhuma informação disponível sobre o tumor primário
T0	Nenhuma evidência do tumor primário
Tis	Somente carcinoma <i>in situ</i> no sítio primário
T1	Tumor de 2 cm ou menor em seu maior diâmetro
T2	Tumor maior que 2 cm e menor que 4 cm em seu maior diâmetro
T3	Tumor maior que 4 cm em seu maior diâmetro
T4a	(Lábio) Tumor invade nervo alveolar inferior, assoalho bucal, ou pele da face (ou

seja, queixo e nariz) através da cortical óssea, tumor passível de ressecção cirúrgica
 T4a (Cavidade oral) Tumor invade a musculatura profunda extrínseca da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), seio maxilar ou pele da face através da cortical óssea, tumor passível de ressecção cirúrgica

Tabela 2 - Sistema de estadiamento tumor-linfonodos metástase (TNM) para o carcinoma oral (conclusão)

Envolvimento de linfonodo regional (N)	
NX	Linfonodos que não foram avaliados
N0	Nenhuma metástase para linfonodos regionais
N1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, menor ou igual a 3 cm em seu maior diâmetro
N2	N2 Metástase em um único linfonodo ipsilateral, maior do que 3 cm, e menor do que 6 cm em seu maior diâmetro; múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum maior do que 6 cm em seu maior diâmetro; ou linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum maior do que 6 cm em seu maior diâmetro
N2a	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, maior do que 3 cm, porém menor que 6 cm em seu maior diâmetro
N2b	Metástase em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum maior do que 6 cm em seu maior diâmetro
N2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum maior do que 6 cm em seu maior diâmetro
N3	Metástase em um linfonodo maior do que 6 cm em seu maior diâmetro
Envolvimento por metástase a distância (M)	
M0	Sem evidência de metástase a distância
M1	Metástase à distância presente

Fonte: NEVILLE, 2016

O tratamento de câncer de boca é preferencialmente cirúrgico, no T3 e T4a da boca o tratamento indicado é a cirurgia seguido de radioterapia e, em casos selecionados, quimioterapia. A quimioterapia associada a radioterapia está indicada em casos de envolvimento linfonodal e extensão extracapsular ou na presença de margem cirúrgica comprometida (TOMMASI *et al.*, 2014). A radioterapia consiste em radiação ionizante para inibir o crescimento de células cancerosas que formam o tumor, podendo ser administrada de forma isolada ou concomitante à quimioterapia (ONCOGUIA, 2021). A cirurgia consiste na retirada de uma ou mais áreas da cavidade oral, podendo ser necessária a retirada dos linfonodos do pescoço. Quando a cirurgia tiver potencial para deixar sequelas funcionais no paciente indica-se radioterapia e quimioterapia. Em casos mais simples, a retirada da lesão com fechamento primário parece ser suficiente (INCA, 2018).

Existe também uma forma de tratamento denominada braquiterapia, mais frequentemente utilizada como combinação com a radioterapia externa em casos de câncer de

boca e lábio em estágio inicial, ao contrário da radio, a braquiterapia utiliza fontes de radiação de curta distância, o material radioativo é colocado próximo a lesão tumoral, e quando o tratamento termina, o material é retirado do corpo (ONCOGUIA, 2021). Foram observadas vantagens na terapia fotodinâmica como uma opção de um tratamento mais conservador em casos menos agressivos da doença, porém são necessários estudos para comprovar a real eficiência deste procedimento (LONGO, João Paulo F, *et al.* 2011).

Há alguns efeitos colaterais associados à radioterapia, como: alteração na pele, rouquidão, perda de paladar, vermelhidão, irritação da boca e da garganta e efeitos a longo prazo, como danos às glândulas salivares, danos ao osso maxilar, danos na glândula pituitária ou tireoide (ONCOGUIA, 2021). Segundo um estudo realizado por Vidal (*et. al* 2010) foi possível concluir que se pode obter excelentes resultados terapêuticos utilizando a radioterapia, no entanto o paciente tratado está passível de desenvolver complicações bucais, como mucosites, xerostomia, osteorradionecrose, cárie de irradiação. Por isso, o profissional deve estar apto a acompanhar o paciente no pós tratamento a fim de minimizar esses desconfortos. Para o controle da xerostomia, medidas locais podem ser utilizadas, como saliva artificial, lubrificantes e aplicação de flúor, a cárie deve ser prevenida antes do tratamento do câncer (POZZOBON, João Luiz *et al.*, 2011).

Pacientes oncológicos em tratamento quimio e radioterápico concomitantes podem apresentar mucosites grau 1 e 2 que se desenvolve entre a 3ª e a 6ª semana. A diabetes foi um fator que favoreceu o desenvolvimento de mucosite grave, por isso pacientes diabéticos em tratamento para câncer de boca devem ser tratados de maneira específica, com orientação e cuidados, tais como medição da glicemia e medicação adequada (SANTOS, Renata Cristina S. *et al*, 2011).

A mucosite oral está diretamente ligada ao tratamento antineoplásico e é uma das sequelas mais comuns em pacientes oncológicos, lesões que aparecem geralmente em mucosa não queratinizada e variam de um leve desconforto até úlceras graves, as quais costumam ser dolorosas e podem acarretar na diminuição das funções orais básicas como deglutição, fala e mastigação, se não tratada pode ser porta de entrada para microorganismos oportunistas aumentando os riscos de morbidade e mortalidade do paciente (CAMPOS, Luana *et. al*, 2013).

A terapia com laser tem se mostrado um método bastante eficiente no tratamento das mucosites pois acelera a cicatrização e diminui a dor (KELNER, Natalie *et al*, 2006). Por fim, é possível afirmar que a laserterapia é eficaz no controle da mucosite oral grau > 3 e fatores, como o comprimento da onda, a dose, a duração da irradiação, a potência do equipamento e o

número de sessões têm influência nos resultados (FIGUEIREDO, André Luiz Peixoto *et al.* 2013).

2 RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 54 anos, foi tabagista e etilista por anos, porém abandonou o hábito há 19 anos. Procurou atendimento por conta de uma afta que estava presente a 4 meses sem regressão, o profissional anterior havia prescrito cefalexina para o paciente e bochecho com bicarbonato sódico para controle da lesão, porém sem melhora significativa foi encaminhado ao estomatologista. Na consulta inicial apresentou pressão arterial 150x94 mmHg, já realizou cirurgias, mas nenhuma alteração sistêmica digna de nota. Clinicamente, o paciente apresentou lesão ulcerada de aproximadamente 3 cm no pilar amigdaliano no lado direito com bordas endurecidas, como mostra a figura 1.

Figura 1 - Lesão ulcerada com bordas endurecidas de aproximadamente 3 cm no pilar amigdaliano



Fonte: Arquivo pessoal

Frente a esta característica clínica e ao histórico do paciente, a principal hipótese diagnóstica foi de carcinoma espinocelular, e para um diagnóstico preciso optou-se por biópsia incisional como apresentado na figura 2.

Figura 2 - Biópsia incisional para diagnóstico da lesão



Fonte: Arquivo pessoal

A biópsia confirmou o diagnóstico para carcinoma espinocelular, sendo necessário um encaminhamento para o oncologista, iniciando o protocolo de radioterapia e quimioterapia, como escolha do próprio paciente que optou por não tratar a lesão cirurgicamente.

Após 4 meses da confirmação do diagnóstico, o paciente retornou à clínica com um quadro grave de mucosite oral (figuras 3, 4 e 5). Quinze sessões de radioterapia haviam sido realizadas, paciente estava há 3 semanas sob tratamento.

Figura 3 - Mucosite oral em região interna de comissura labial inferior



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 4 - Mucosite oral em região de comissura labial interna inferior e rebordo alveolar



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 5 - Mucosite oral em rebordo alveolar superior e palato duro



Fonte: Arquivo pessoal

Para o alívio da sintomatologia da mucosite oral foi prescrito para uso tópico Propianato de clobetasol 0,05%, Nistatina 1000.000 U.I/ml e água destilada para bochecho de 10ml 4 vezes ao dia por 30 dias e soro fisiológico 0,9% 500ml e bicarbonato de sódio (2 colheres) para bochecho, quando necessário, e saliva artificial em forma de gel oral para aplicação 4 vezes ao dia.

Foi proposto um protocolo de laserterapia e fotobiomodulação para que a cicatrização acontecesse de forma mais rápida, foram realizadas 11 sessões, uma a cada semana. Foi utilizado laser vermelho 2Joules por ponto, nas áreas afetadas, em caso de sintomatologia dolorosa associava-se laser infravermelho 2Joules por ponto. O tratamento com laserterapia perdurou por 2 semanas após o fim da radioterapia, quando o paciente começou apresentar melhora nas mucosites, diminuição da sintomatologia dolorosa e cicatrização como apresentado na figura 6 e 7.

Figura 6 - Rebordo alveolar inferior após término do tratamento com laserterapia apresentando significante melhora



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 7 - Rebordo alveolar superior após término do tratamento com laserterapia apresentando significante melhora



Fonte: Arquivo pessoal

3 DISCUSSÃO

Brener (Sylvie *et al.*, 2007) aponta que a boca é o quinto local de maior incidência de câncer em homens, assim como o paciente apresentado no relato. No entanto, Neville (*et al.*, 2016) apresentou o câncer bucal como sendo o 10º mais frequente em homens. Já Domingos (Patrícia Aleixo *et al.*, 2017) expôs em um estudo o perfil epidemiológico mais acometidos pela doença: homens brancos na faixa etária de 50 a 70 anos de idade, usuários crônicos de tabaco e álcool e que trabalham expostos ao sol, assim como o paciente relatado, homem branco, 54 anos, foi usuário de álcool e tabaco por muitos anos, mesmo tendo cessado o hábito há mais de 19 anos apresentou a doença, o que difere dos dados de Neville (*et al.*, 2016) que afirma que tabagistas que param de fumar por mais de 10 anos tem a incidência similar à de quem nunca fumou.

Um estudo de Dhanuthai (*et al.*, 2018) relatou que as regiões de maior prevalência para o desenvolvimento do carcinoma epidermóide foram a língua, mucosa bucal, gengiva, palato e mucosa alveolar, respectivamente, contudo, no paciente relatado o câncer se desenvolveu em região de pilar amigdaliano. O carcinoma espinocelular pode apresentar-se de formas variadas: forma exofítica, endofítica, leucoplásica, eritroplásica e eritroleucoplásica (NEVILLE, *et al.*, 2016), e neste paciente desenvolveu-se de forma endofítica, com lesão ulcerada, apresentando bordas elevadas e uma depressão na área central, de coloração avermelhada com áreas esbranquiçadas. Segundo os estudos de Seoane (*et al.*, 2013) a realização da biópsia é fundamental e obrigatória para o diagnóstico definitivo de lesões malignas da cavidade oral, para confirmar a malignidade da lesão apresentada no caso foi realizada biópsia incisional.

O sistema de estadiamento mais comum a ser utilizado é o sistema tumor-linfonodos-metástase (TNM) para cancer oral (NEVILLE, *et al.*, 2013) no caso clínico exposto o estadiamento da lesão é T2N0M0, o que significa uma lesão maior que 2 cm e menor que 4 cm em seu maior diâmetro, a lesão relatada era de aproximadamente 3 cm, sem evidência de metástase para linfonodos regionais e para metástase à distância.

O tratamento deste tipo de câncer é preferencialmente cirúrgico (TOMMASI *et al.*, 2014), porém o paciente optou por não realizar a cirurgia, mas somente a radioterapia, que consiste em uma radiação ionizante para inibir o crescimento das células cancerosas. Segundo a Oncoguia (2021), com a radioterapia é possível obter excelentes resultados terapêuticos, no entanto, o paciente tratado está passível a desenvolver complicações bucais como mucosites, xerostomia, osteorradionecrose e cárie de irradiação (VIDAL, Aurora K. L. *et al.*, 2010). De acordo com os estudos de Pozzobom (*et al.*, 2011), para casos de xerostomia pode ser utilizado saliva artificial, lubrificantes e aplicação de flúor. No caso clínico descrito, o profissional prescreveu saliva artificial em forma de gel para aplicação 4 vezes ao dia para o tratamento da xerostomia.

A mucosite oral está diretamente ligada ao tratamento antineoplásico, sendo uma das sequelas mais comuns em pacientes oncológicos e podem variar de um leve desconforto até úlceras graves, podendo afetar as funções orais básicas do paciente (CAMPOS, Luana *et al.*, 2013). O paciente apresentou casos graves de mucosites após o início do tratamento radioterápico, afetando sua capacidade funcional oral. Já Kelner (*et al.*, 2006) mostrou em seu estudo que a terapia com laser tem se mostrado um método eficiente no tratamento das mucosites, pois acelera a cicatrização e diminui a sintomatologia dolorosa. O protocolo proposto para o paciente do caso foi laserterapia e fotobiomodulação para que a cicatrização acontecesse de forma mais rápida. Em casos de sintomatologia dolorosa associava-se laser infravermelho 2Joules por ponto. O tratamento com laserterapia perdurou por 2 semanas após o fim da radioterapia, quando o paciente começou apresentar significante melhora nas mucosites, diminuição da sintomatologia dolorosa e cicatrização das úlceras.

5 CONCLUSÃO

É possível concluir que o câncer bucal é uma doença de cunho maligno sem uma causa específica, que se descoberta precocemente pode ser tratada de forma menos invasiva. O Brasil está entre os países de maior incidência da doença por conta do alto consumo de

álcool e tabaco. Os pacientes submetidos a tratamentos antineoplásicos estão passíveis a desenvolver complicações bucais e a mucosite está entre as lesões mais comuns. A laserterapia e a fotobiomodulação é eficaz para o tratamento dessas mucosites e é realizada por um cirurgião dentista, assim como a biópsia para confirmação da malignidade da lesão, por isso esses profissionais devem acompanhar o paciente oncológico desde o diagnóstico até o pós tratamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernanda Campos Sousa de *et al.* Fatores prognóstico no câncer de boca. **R bras ci Saúde**. 15(4):471-478, 2011.

BAGAN, Jose *et al.* Oral cancer: Clinical features. **Oral oconlogy**. v.46, edição 6 p. 414-417 jun. 2010.

BRENER, Sylvie *et al.* Carcinoma De Células Escamosas Bucal: Uma Revisão De Literatura Entre O Perfil Do Paciente, Estadiamento Clínico E Tratamento Proposto. **Revista Brasileira de cancerologia**. 2007; 53(1): 63-69.

CAMPOS, Luana *et al.* Laserterapia no tratamento da mucosite oral induzida por quimioterapia: relato de caso **Ver. Assoc. Paul. Cir. Dent.** vol.67 n.2 São Paulo, 2013.

CHEUNG, Li C *et al.* Risk-Based Selection of Individuals for Oral Cancer Screening. **Journal of Clinical Oconlogy** 39, n.6 p.663-674, 2021.

COSTA, Antonio de Lisboa Lopes *et al.* Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. **Pesquisa Odontológica Brasileira [online]**. v. 16, n. 3, 2002.

DHANUTHAI, K *et al.* **Oral cancer: A multicenter study**. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal vol. 23,1 e23-e29. 1 Jan. 2018.

DOMINGOS, Patricia Aleixo dos Santos; PASSALACQUA, Maria Livia da Costa; OLIVEIRA, Ana Luísa Botta Martins de. Câncer bucal: um problema de saúde pública. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 46 - 52, nov. 2017.

FIGUEIREDO, André Luiz Peixoto *et al.* Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. **Revista da Associação Médica Brasileira [online]**, v. 59, n. 5, pp. 467-474. 2013.

FREITAS, Rivelilson Mendes de *et. al.* Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do cancer bucal: uma revisão de literatura. **RBAC**. 2016;48(1):13-18.

HAMADA, GS, Bos AJ, Kasuga H, Hirayama T. **Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and in India.** Tokai J Exp Clin Med. 1991;16(1):63-72.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.
Estimativa 2020: incidência de câncer de boca no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 20.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Câncer de boca no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 20.

KELNER, Natalie *et al.*, Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 53(1): 19-33, 2007.

KUMARASWAMY, K L *et al.* Oral biopsy: oral pathologist's perspective. **J can Res Ther**;8: 192-8, 2012.

LONGO, João Paulo F, *et al.* **Câncer bucal e a terapia fotodinâmica como modalidade terapêutica.** RGO, Ver. Gaúch. Odontol. Vol.59 supl.1 Porto Alegre jan./jun. 2011.

MEHROTRA, Ravi *et al.* **Application of cytology and molecular biology in diagnosing premalignant or malignant oral lesions.** Molecular cancer vol. 5 11. 23 Mar. 2006.

MÜLLER, Susan. **Oral epitelial dysplasia, atypical verrucous lesions and oral potentially malignant disorders: focus on histopathology.** Oral and maxilofacial pathology. V.125 n.6 p. 591-602 Jun. 2018.

NAGI R. *et al.*, Efficacy of light based detection systems for early detection of oral cancer and oral potentially malignant disorders: Systematic review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** 2016 Jul 1;21(4):e447-55.

NEVILLE, W.B. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

ONCOGUIA, **Radioterapia interna,** 2021.

POZZOBON, João Luiz *et al.*, Complicações bucais dos tratamentos de câncer de cabeça e pescoço e de malignidades hematológicas. **RFO UPF** vol.16 no.3 Passo Fundo Set./Dez. 2011.

SANTOS, RA, *et al.* Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer no trato aerodigestivo superior: relevância dos fatores de risco álcool e tabaco. **Rev bras cancerol** jan-mar ;58(1):21-9, 2012.

SANTOS, Renat a Cristina S. *et al.* Mucosite em pacientes portadores de cancer de cabeça e pescoço submetidos a radioquimioterapia. **Rev Esc Enferm USP.**; 45(6): 1338-44, 2011.

SEOANE, Juan *et al.* **Simulation for training in oral cancer biopsy: a surgical model and feedback from GDPs.** Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal vol. 18,2 p.246-50. 1 Mar. 2013.

TOMMASI, Antonio Fernando. **Diagnostico em patologia bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VIDAL, Aurora Karla de Lacerda; REVOREDO, Eliane Cristina Viana. **Radioterapia em tumores de boca**. *Odontol. Clín.-Cient (Online)* vol.9 n.4 Recife Dez. 2010.