



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



**A RELEVÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ADEQUAÇÃO DO MEIO  
BUCAL DE UM PACIENTE COM CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE  
CASO CLÍNICO**

NOÉLIA COSTA RODRIGUES

Manaus – AM

2017

**A RELEVÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ADEQUAÇÃO DO MEIO  
BUCAL EM UM PACIENTE COM CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE  
CASO CLÍNICO**

NOÉLIA COSTA RODRIGUES

Trabalho de conclusão de curso para na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gimol Benchimol de Resende Prestes

Manaus – AM

2017



**Universidade do Estado do Amazonas**  
**Escola Superior de Ciências da Saúde**  
**Curso de Odontologia**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

A ac. **Noélia Costa Rodrigues** será aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **A Relevância do Cirurgião Dentista da Adequação do Meio Bucal em um Paciente com Carcinoma Espinocelular: *Relato de caso***, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Drª Gimol Benchimol de Resende Prestes (Orientadora)**

---

**2º Membro da banca**

---

**3º Membro da banca**

**Manaus, de Junho de 2017.**



## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a minha família em especial a minha mãe, por todo amor, dedicação e paciência e suporte ao longo da minha vida. E a todos os professores e doutores que fizeram parte de minha educação pelo incentivo e formação profissional.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me concedido a dádiva da vida, e por ter me ajudado em todo o meu caminho, sempre. Para que a concretização deste sonho se efetivasse agradeço às inúmeras pessoas que foram incentivadoras neste processo e seus ensinamentos serão a partir de agora essenciais em minha caminhada pessoal e profissional.

Um agradecimento especial à minha Mãe Maria das Graças Costa que com tanto esforço e amor me ajudou a cada dia, sem ela jamais teria conseguido, ele é responsável por tudo o que eu sou hoje e por tudo que serei amanhã. À minha família em geral, e as minhas irmãs, Nereide, Noé, Daniele, Elissandra e Neuma que me apoiaram e ajudaram por todos esses anos.

Queria agradecer. Então, por estes extraordinários exemplos, expresso meus reais agradecimentos. À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Gimol Benchimol, pela sua paciência e inteligência, que soube orientar e valorizar esta pesquisa. À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Conceição, que com sua capacidade e conhecimento me ajudou com as normas e correções. Aos professores mestres e doutores que repassaram seus conhecimentos, fazendo que meu desenvolvimento fosse o melhor possível, transformando suas aulas em futuros profissionais.

Aos meus colegas e amigos de trabalho, que não mediram esforços me ajudando de forma que pudesse vim para aula. Aos meus colegas de curso que tanto me ajudaram em todas as etapas, ao que compartilharam comigo seus conhecimentos, e levarão minha amizade para o resto da vida, em especial ao Calil Telles, Roberlange e Larissa Loren. E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram ou torceram pela concretização desta pesquisa.

Essas pessoas foram essenciais para o meu desenvolvimento no decorrer da minha vida pessoal e acadêmica. Agradeço pela paciência e compreensão, pelas as vezes que tive ausente nas datas importante de nossas vidas. Muito obrigada a todos.

**“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.**

**Paulo Freire**

## RESUMO

A incidência de câncer bucal vem aumentando, sendo a estimativa para 2016 de cerca de 11.140 novos casos em homens e 4.350 em mulheres. Sendo o fumo e o etilista os principais fatores etiológicos. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de um paciente que necessitou de tratamento odontológico para adequação do meio bucal prévio a terapia cirúrgica. Paciente do sexo masculino, 52 anos de idade, foi atendido no curso de especialização em odontologia para pacientes com necessidades especiais na Universidade do estado do Amazonas. Na anamnese relatou como queixa principal de dor no dente, o mesmo era tabagista há anos. No exame físico, intraoral observou-se restos radiculares e elementos condenados, e detectou-se uma lesão de tecido com bordas irregulares, eritematosa, forma sesséis com ulcerações com envolvimento da mandíbula na região anterior associada ao biofilme bacteriano. Foi realizada uma biopsia incisiva que apontou diagnóstico de carcinoma espinocelular de assoalho de boca. Foram realizadas as exodontia dos dentes condenados, e em seguida foi encaminhado para Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas- FCECON, onde foi realizada a cirurgia de ressecção (pelveglossomandibulectomia), associada com esvaziamento cervical bilateral. O presente caso relata que o diagnóstico do CEC detectado em fase avançada, observou-se estadiamento T=4, o que influenciou para um prognóstico desfavorável levando o paciente a óbito. Diante disso, sugerimos que pesquisas sejam voltadas para divulgar a incidência do câncer no Amazonas, bem como a necessidade de implantação de políticas públicas na prevenção e controle de câncer.

**Palavras chaves:** Câncer Bucal, Carcinoma Espinocelular, Adequação do Meio Bucal.

## ABSTRACT

The incidence of oral cancer has been increasing, with an estimated 2016, about 11,140 new cases in men and 4,350 in women. Smokers and stylists are the main etiological factors. This paper aims to report a clinical case of a patient who required dental treatment for the adequacy of the buccal environment. A 52-year-old male patient was attended in the specialization course in dentistry for patients with special needs at the University of the State of Amazonas with a major complaint of tooth pain during the anamnesis, he was also reported to be a smoker. In the intraoral examination, root rests and condemned elements were observe an erythematous, erythematous, erythematous-shaped tissue lesion was detected with ulcerations with involvement of the mandible in the anterior region associated with the bacterial biofilm. An incisional biopsy was performed that indicated the diagnosis of squamous cell carcinoma of the floor of the mouth. Exodontia of the condemned teeth was performed, and then sent to the Foundation of Oncology Control Center of Amazonas-FCECON, where resection surgery (pelveglossomandibulectomy) was performed, associated with bilateral neck dissection. The present case reports that the diagnosis of CPB detected in advanced stage, was observed staging T = 4, which influenced to an unfavorable prognosis leading the patient to death. In view of this, we suggest that research be geared towards publicizing the incidence of cancer in the Amazon, as well as the need to implement public policies in the prevention and control of cancer.

**Key Words:** Oral Cancer, Squamous Cell Carcinoma, Adequacy of the buccal environment

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Exame clínico intraoral da arcada superior .....	30
<b>Figura 2 -</b> Exame clínico intraoral da lesão, arcada inferior .....	30
<b>Figura 3-</b> Laudo histopatológico.....	31
<b>Figura 4-</b> Exodontia dos elementos condenados .....	32

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	13
<b>2.1-Objetivo Geral</b> .....	13
<b>2.2- Objetivos Específicos</b> .....	13
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
<b>3.1. Câncer bucal</b> .....	14
<b>3.2. Carcinoma Espinocelular</b> .....	18
<b>3.3 Adequação do meio bucal e Tratamento oncológico</b> .....	22
<b>4. RELATO DE CASO</b> .....	29
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
<b>ANEXOS</b> .....	48
<b>Termo de consentimento livre e esclarecido</b> .....	48
<b>Tipo de operação</b> .....	49
<b>Alta na UTI</b> .....	50

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cânceres da região de cabeça e pescoço são responsáveis por 10% dos tumores malignos, sendo que 5% destes tumores estão localizados na cavidade oral. O carcinoma espinocelular (CEC), tem sido o câncer de boca mais prevalente, apresentando uma frequência de 90 a 96% dos casos diagnosticados. Os fatores de risco para a doença estão relacionados à hereditariedade, fatores ambientais e comportamentais (tabagismo, etilismo, exposição ao sol). Há uma maior frequência da doença em homens, 40 anos ou mais e baixa escolaridade (CERA et al., 2013).

No Brasil, a incidência de câncer bucal é considerada uma das mais altas, estando entre os dez tipos de neoplasia que acomete a cavidade oral. O carcinoma espinocelular é a neoplasia maligna mais prevalente de cavidade oral e estruturas adjacentes. Apresenta maior incidência no gênero masculino, acima de 50 anos, com menor frequência em mulheres e tem como principais fatores etiológicos os usos de tabaco e o etilismo (OLIVEIRA; 2013).

Os locais mais acometidos são língua, lábio inferior e assoalho bucal. Porém, um dos aspectos mais importantes acerca desse carcinoma é o diagnóstico precoce, que deve ser realizado por meio de biópsia seguida de exame histopatológico. O exame clínico de boca para detecção precoce e prevenção de câncer, além da facilidade de realizar o autoexame de boca por parte da população. O seu tratamento pode ser realizado através de quimioterapia, radioterapia e cirúrgica (JÉSSICA, 2015).

Várias são as opções de tratamento, porém a eleição da prioridade surge produto da identificação do tipo histológico do tumor, tamanho, estadiamento clínico e localização

topográfica. As modalidades terapêuticas podem ser: procedimento cirúrgico, radioterapia e quimioterapia. Estes podem ser combinadas, dependendo do local de origem do carcinoma espinocelular e da sua extensão (ALMEIDA et al, 2013).

Geralmente os pacientes em estágio inicial são tratados por radioterapia ou cirurgia. Já os pacientes que possuem uma maior extensão desta neoplasia, são tratados com a combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia adjuvante. A radioterapia, quase sempre, é escolhida como proposta terapêutica consequência da proximidade anatômica das varias estruturas que compõe essa região do corpo, visto que permite que as células sejam destruídas in loco antes que atinjam outros órgãos, evitando assim a metástase (JÉSSICA, 2015). A importância desse trabalho é conscientizar a população alvo que o fumo e o álcool são o fator predisponente para o carcinoma espinocelular.

Esse relato de caso tem como objetivo relatar um caso clínico de um paciente que apresentou um diagnóstico para carcinoma espinocelular que necessitou de tratamento odontológico para realizar extrações dentarias para eventual tratamento oncológico.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1-Objetivo Geral**

Relatar a relevância da adequação do meio bucal prévio ao tratamento de um paciente com carcinoma espinocelular na cavidade oral, relato de caso.

### **2.2- Objetivos Específicos**

Ressaltar a importância do cirurgião dentista em manter o meio bucal adequado prévio ao tratamento oncológico.

Identificar o estadiamento clínico no momento do diagnóstico bem como o tratamento indicado.

Revisar levantamentos de dados na literatura sobre o câncer bucal.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1. Câncer bucal

Câncer é uma palavra genérica que serve para designar neoplasia maligna (SOARES, 2005). A neoplasia é como um crescimento novo, independente e desordenado de tecido, não coordenado aos tecidos normais, sem ter um propósito fisiológico e que, potencialmente, é capaz de proliferação ilimitada e que não regride depois de removido o estímulo que produziu a lesão. Esta capacidade de se dividir de forma autônoma e se libertar dos controles de crescimento é a principal característica das células neoplásicas malignas. Essas células, à medida que crescem, produzem massas que deformam, comprimem ou destroem o órgão do qual se originam (OLIVEIRA, 2013).

O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva, estimou, para o Brasil, no ano de 2014, 11.280 novos casos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres. Tais valores retribuem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente nas regiões Sudeste (15,48/ 100 mil) e Nordeste (7,16/ 100 mil). Na região Centro-Oeste, é o quinto (8,18/ 100 mil). Nas regiões Sul (15,21/ 100 mil) e Norte (3,21/ 100 mil), o sexto. Para as mulheres, é o nono mais comum nas regiões Sudeste (4,88/ 100 mil) e Nordeste (3,72/ 100 mil). Na região Norte (1,60/ 100 mil), ocupa a 11ª posição. Na região Centro-Oeste (3,30/ 100 mil), é o 12º mais comum e, na região Sul (3,09/ 100 mil), o 15º (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O número de casos novos de câncer da cavidade oral estimado para o Brasil em 2016 é de 11.140 casos em homens e de 4.350 em mulheres. Sem considerar os tumores de pele melanoma, o câncer de cavidade oral em homens é o quarto mais frequentes na

região Sudeste. Nas regiões nordeste e Centro Oeste ocupa o quinto na posição. Na região Sul ocupa a sexta posição, e na região Norte é o sétimo mais frequente. Para as mulheres é o nono mais frequente na região Nordeste. Na região Sudeste ocupa a 10ª posição. Nas regiões Norte e Centro-Oeste são o 12º mais frequentes, e na região Sul ocupa a 15ª posição (INCA 2016).

O câncer de cavidade oral é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. A última avaliação mundial apontou que ocorreriam cerca de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos, para o ano de 2012, por câncer de boca e lábio (C00-08) (INCA2014).

Os principais fatores etiológicos são fumo, álcool, radiação solar, dieta, microrganismo, radiação solar, prótese dentaria e deficiência imunológica. Caso a doença não seja diagnosticada precocemente, ela resultará na invasão das estruturas vizinhas, e na formação de metástase, evoluindo com óbito do paciente (LIMA et al., 2005).

Uma denominação que inclui dentro do câncer de boca, são os canceres de lábios e de cavidade oral (mucosa bucal, gengiva, palato duro, língua oral e assoalho da boca). Os principais sintomas do câncer é o aparecimento de ferida que não cicatrizam em uma semana. Dificuldade de falar, mastigar e engolir, além do emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical, é os sinais de boca em estágios mais avançados. A prevenção primaria do câncer esta embasada nos fatores etiológicos e nas alterações de estilo de vida para prevenir o desenvolvimento da doença. Isso e particularmente importante, pois a boca é facilmente acessível ao exame clinico, a biopsia e ao tratamento, tornando a prevenção possível em muitos casos. No entanto o câncer bucal é considerado como um dos problemas de saúde publica, porque a detecção do câncer e considerada tardia (ALMEIDA et al.,2011).

Em nossa experiência, os tumores de língua e soalho, por exemplo, merecem atenção e tratamento usualmente agressivo. A língua é uma estrutura muscular complexa, constituída de vasos calibrosos e que se anastomosam possibilitando a disseminação bilateral da lesão. Também as vias de drenagem linfática, por vezes cruzam a linha média, de modo que em lesões que aparentemente respeitem a linha mediana, a disseminação para os linfonodos contralaterais do pescoço pode ser observada. O soalho bucal, no entanto, localiza-se próximo a planos musculares, assim como à mandíbula (ALMEIDA, et al., 2011).

Apesar da facilidade do exame intrabucal, a maioria dos indivíduos acometidos pelo câncer de boca é diagnosticada tardiamente, quando a lesão se encontra em estágio avançado, acompanhada de alta morbidade, e chances de cura e sobrevida reduzidas, além do aumento no custo do tratamento e também das complicações geradas pelo tratamento. Diante desta realidade, as taxas de mortalidade pelo câncer de boca vêm se mostrando cada vez mais altas nos últimos 20 anos (PANZARELLA et al., 2014).

O atraso no diagnóstico do câncer de boca pode resultar no aumento da morbidade enfrentada pelos pacientes afetados, além de reduzir as chances de cura e sobrevida dos mesmos, logo, torna-se de grande importância a obtenção do diagnóstico precocemente, quando a lesão se encontra em estágio inicial (AKBULUT et al., 2011). No entanto, uma das principais dificuldades em se obter o diagnóstico precocemente, é a demora dos pacientes em procurarem atendimento profissional ao identificarem uma lesão suspeita. Essa demora na procura por atendimento é resultante da falta de conhecimento pelos pacientes a respeito do câncer bucal, um bom conhecimento dos sinais e sintomas do câncer de boca pode ajudar as pessoas a reconhecerem lesões suspeitas precocemente e assim não tardarem a procurar por atendimento (SIMON et al., 2010).

Realizaram uma avaliação epidemiológica dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um Hospital Universitário do noroeste do Estado de São Paulo. Foram analisados os dados de 427 pacientes atendidos no período entre 2000 a 2005. Houve predomínio de homens (86%), cor branca (90%), tabagistas (83,37%), etilistas (65,80%) com idade média de 61 anos, sendo que 24,25% dos homens realizavam atividades rurais. O sítio primário de tumor mais frequente foi à cavidade oral, com o tipo histopatológico espinocelular. E já foram observados 164 óbitos (ALVARENGA et al., 2008).

Em uma revisão da literatura, avaliaram os pacientes portadores de carcinoma de células escamosas. Analisando 75 artigos relacionados ao carcinoma de célula escamosa. Com a análise 12 do trabalho perceberam que o perfil do paciente portador de carcinoma de célula escamosa ainda é de maioria do gênero masculino, com proporção de 2,95 homens para cada mulher. Em relação à raça, a observa-se o predomínio de brancos. A idade estimada para o diagnóstico do câncer foi cinquenta e setenta anos em média. Em relação ao momento do diagnóstico, grande parte dos pacientes já se encontrava em estágio avançado. Os pacientes como maior incidência da lesão, foram aqueles que faziam uso de álcool, tabaco e eram expostos à radiação solar (BRENER et al., 2007).

Em uma revisão minuciosa da literatura mundial sobre o câncer de boca, demonstraram que os dados obtidos pelas pesquisas são compatíveis com os dados encontrados no Brasil. Nas regiões do Baixo da França, sul da Índia, América Central, Latina e Europa Oriental foram confirmados a prevalência do câncer bucal em homens, em média com sessenta anos de vida, com a localização principalmente em língua e o carcinoma espinocelular foi o mais encontrado. Com este estudo podemos afirmar que o

perfil do paciente portador de câncer é o mesmo para grande parte da população mundial (BITTAR et al., 2010).

Os dados atualmente encontrados na literatura nos permitem obter um conhecimento amplo sobre o câncer de boca, no que diz que respeito aos fatores de risco, apresentações clínicas, prevalência, achados histopatológicos e patogenia (PIRES et al., 2013). E estas informações podem exercer um papel importante na prevenção do câncer de boca, uma vez que elas tornam possível o estabelecimento de grupos de risco para o desenvolvimento da doença (SOUZA et al., 2012). No entanto, de acordo com alguns estudos esse conhecimento encontra-se restrito apenas pequeno grupo de profissionais da área (ANDRADE et al, 2014).

Ações para controlar os fatores de risco, bem como o exame clínico feito por profissional de saúde capacitado, são consideradas as melhores formas de diminuir a incidência e a mortalidade da doença. A identificação de lesões precursoras ou do câncer em estágios iniciais possibilita um melhor tratamento, com menos agressividade e, conseqüentemente, uma melhor sobrevida (INCA 2016).

### **3.2. Carcinoma Espinocelular**

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os cânceres da região de cabeça e pescoço são responsáveis por 10% dos tumores malignos, sendo que 5% destes tumores estão localizados na cavidade oral. O carcinoma espinocelular (CEC), tem sido o câncer de boca mais prevalente, apresentando uma frequência de 90 a 96% dos casos diagnosticados. Os fatores de risco para a doença estão relacionados à hereditariedade, fatores ambientais e comportamentais (tabagismo, etilismo, exposição ao sol) (BITTAR et al., 2010).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o câncer constitui a segunda principal causa de morte no mundo. Na boca, o carcinoma espinocelular representa 90% dos tipos histológicos de neoplasias malignas. Mundialmente, 400.000 novos casos de câncer bucal são diagnosticados por ano, sendo que 50% dos pacientes morrem antes de cinco anos após o diagnóstico inicial (MARTINS et al., 2008).

O carcinoma espinocelular é responsável por 90 das lesões malignas na cavidade bucal, sendo observada principalmente em regiões de lábios, língua, e assoalho de boca, orofaringe e gengiva (MARACCHIO, 2010). A organização nacional de saúde (OMS) estimou o carcinoma espinocelular oral sendo o oitavo tipo de câncer mais comum em todo mundo em 2014. Anualmente mais de 500.000 casos de câncer de cabeça e pescoço são diagnosticados, sendo 50.000 apenas nos Estados Unidos, sendo o sexto mais comum nesse país em 2013. Dados do instituto nacional do câncer estimam mais de 15.290 novos casos de câncer de boca (11.280 em homens e 4.010 em mulheres) no Brasil. E apresenta uma taxa de sobrevivência de apenas 50% em 05 anos (INCA 2014).

No estado do Amazonas a taxa estimada em 2016, é de 3,75 casos para 100 mil homens e em mulheres a taxa estimada é de 1,44 casos para cada 100 mulheres. No estado de São Paulo a taxa estimada é de 15,09 casos para cada 100 mil homens enquanto para as mulheres a estimativa é de 5,25 casos (INCA 2016).

Os carcinomas podem se desenvolver diretamente de células epiteliais normais ou a partir das desordens potencialmente malignas, as quais envolvem a hiperplasia e as displasias. As razões que levam ao desenvolvimento dessas lesões são multifatoriais e envolve fenômenos químicos, físicos e ou biológicos os quais ocasionam inicialmente alterações proliferativas e tardiamente alterações invasivas. Um grande número de casos

de carcinoma espinocelular oral esta associado ao consumo de álcool e fumo onde esses dois possuem um efeito sinérgico. Visto que o álcool atua como agente permeabilizador da mucosa oral permitindo a penetração de carcinógenos contido no cigarro, aumentando em até 07 vezes o risco recorrente (HILLBERTZ, 2012).

O cirurgião dentista tem como obrigação orientar seus pacientes do mal provocado pelo tabagismo no organismo, explicando como ele atua na boca, podendo dar início ao câncer bucal e atua diretamente nos processos de inibição da ação oxidantes da saliva, na cicatrização dos tecidos orais, e aumentando a queratina na mucosa, mascarando algumas doenças periodontais, tornando-se o mais importante fator de risco para o câncer bucal. Devido à boca esta diretamente em contato com o tabaco. Os subprodutos liberados pelo tabaco são em torno de cinco mil elementos químicos, 43 são cancerígenos, desidrata e causa ressecamento na mucosa oral, provocando um aumento na camada de queratina, que facilita a ação de outros elementos carcinogênicos, causando um traumatismo térmico mecânico, fazendo com que as células epiteliais se dividam e se diferencie e com aumentado o risco de desenvolver câncer bucal (PRADO, PASSARELLI, 2009).

O quadro clínico do CEC parece não apresentar características distintas, qualquer que seja a idade do paciente. O sinal mais clássico é uma lesão ulcerada persistente, normalmente com endurecimento e infiltração periférica, podendo estar ou não associada a manchas avermelhadas ou esbranquiçadas e a vegetações. Tais lesões ocorrem com maior frequência na língua, mais comumente na borda posterior (SASSI et al; 2010).

O carcinoma espinocelular apresenta se como lesão e esbranquiçada com pontos avermelhados, bordas endurecidas e invertidas com limites indefinidos (SILVA et al., 2015).O exame da cavidade oral pode ser efetuado por profissionais de saúde e pelo

indivíduo em si, no entanto as estatísticas demonstram que o diagnóstico tardio continua a prevalecer perante o diagnóstico precoce (SANTOS et al., 2011).

Cirurgiões dentistas e outros profissionais de saúde têm um importante papel na detecção precoce do câncer bucal e das lesões potencialmente malignas, bem como na prevenção do desenvolvimento destas lesões, além de promover um melhor prognóstico para os pacientes diagnosticados com câncer bucal (PULINO, 2011).

O cirurgião dentista tem um papel importante na detecção de lesões cancerígenas na cavidade bucal, através da anamnese e exame clínico bucal minuciosa. Um dos principais objetivos no exame intraoral é detectar lesões de câncer na cavidade oral. Porém, é necessário que o cirurgião dentista tenha conhecimentos das estruturas anatômicas normais e saber reconhecer as alterações para encaminhar a um especialista e fazer exames histopatológicos e se obtenha um diagnóstico correto para um eventual tratamento (MARTINS, 2008).

A lesão maligna mais comum na cavidade bucal é o carcinoma espinocelular (CEC), que se origina a partir das células do epitélio de revestimento, e demonstra certa predileção por pacientes do gênero masculino acima dos 40 anos de idade. O sítio anatômico mais comumente afetado pelo carcinoma espinocelular de boca é a borda lateral da língua, e sua apresentação clínica mais frequente é uma úlcera indolor que não apresenta sinal de cicatrização ao longo do tempo. Sendo uma neoplasia de caráter maligno, o carcinoma espinocelular de boca é capaz de gerar metástases à distância, sendo a metástase por via linfática amplamente mais comum, levando os linfonodos regionais a apresentarem aspecto aumentado, consistentes, indolores e podendo apresentar algum grau de mobilidade ou não, dependendo do grau de infiltração da

metástase, no entanto metástases por via hematogênica também são encontradas em casos mais avançados da doença (PIRES et al., 2013).

O exame minucioso das estruturas orais não deve ser negligenciado pelo cirurgião dentista, pois é onde se detectam as primeiras evidências de anormalidades. Por ser uma lesão de característica indolor, o câncer bucal nos estágios iniciais pode passar despercebido pelo paciente e ser motivo de queixa durante a consulta. Neste estudo 73,7% dos dentistas afirmaram realizar o exame dos tecidos moles orais rotineiramente (FALCÃO et al. 2010).

A detecção do câncer na cavidade bucal não deveria oferecer dificuldades, tendo em vista a facilidade de inspeção e simplicidade na realização do exame bucal. O cirurgião dentista deve estar sempre preparado para detectar lesões malignas por meio de do exame clínico bem como ser capaz de avaliar possíveis fatores de riscos relacionados à doença (SANTOS et al., 2011).

O número de casos em condições avançadas pode ter várias justificativas: o medo por parte do paciente de descobrir que é portador de câncer e por esse motivo, a protelação na busca por serviços; as dificuldades de diagnóstico das lesões por parte dos profissionais de saúde; a ausência de campanhas de esclarecimento eficientes capazes de sensibilizar a população e a deficiência no acesso e na qualidade dos serviços que são oferecidos à população (SANTOS, 2009).

### **3.3 Adequação do meio bucal e Tratamento oncológico**

A presença do biofilme bacteriana pode influenciar as terapêuticas medicas, devido aos fatores de virulência dos microrganismos que nela se encontram, os quais podem ser

agravados os quais podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões de mucosas (neoplasia malignas ou benignas), dentes fraturados e condenados, trauma provocados por próteses fixas ou moveis. Condições serem adequadamente tratadas faz-se necessária a presença de um cirurgião dentista como suporte no diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na terapêutica medica; ou seja, na atuação em procedimentos preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, e procedimento curativos e restauradores na adequação do meio bucal e maior conforto ao paciente. Isso reduzira focos primários de infecção na boca, pois as complicações sistêmicas (RABELO, QUEIROZ, SANTOS, 2010).

Dessa forma, o objetivo do tratamento odontológico prévio ao tratamento oncológico é eliminar ou estabilizar as condições bucais para minimizar a infecção local e sistêmica, durante e após o tratamento do câncer, conseqüentemente, aumentar a qualidade de vida do paciente. Um profundo conhecimento do processo de diagnóstico, do estadiamento do câncer e do planejamento da oncoterapia, além de minuciosa avaliação dentária é necessário para ajudar o cirurgião-dentista a planejar o tratamento odontológico de forma adequada. Os pacientes devem ser avaliados antes do tratamento oncológico e nesse momento todos os dentes não restauráveis e/ou dentes com problemas periodontais avançados devem ser extraídos para reduzir a possibilidade de sequelas (VIEIRA, 2012).

A abordagem inicial deve incluir a análise das condições dentárias, deve instituir a adequação do meio e eliminar as condições infecciosas pré-existentes. As condições propícias ao aparecimento de infecções são a má higiene bucal, presença de restos radiculares e quadros patológicos periapicais e periodontais. O exame radiográfico inicial é essencial para avaliar a presença de focos infecciosos, a presença e/ou extensão da

doença periodontal e principalmente a determinação da existência de doença metastática (VIEIRA, 2012).

Corroborando a necessidade urgente de inspeção do cirurgião dentista na adequação previamente ao tratamento oncológico, devido às manifestações orais serem graves podendo interferir na terapia cirúrgica, podendo levar a comprometimentos sistêmicos gravíssimos. É por isso a necessidade de adequação do meio bucal antes da cirurgia do câncer oral. É necessário o preparo de boca que inclui remoção das lesões de caries, restaurações extensas, tratamentos da doença periodontal e exodontias. Portanto, os pacientes devem ser orientados e motivados para uma higienização oral adequada com objetivo de amenizar as complicações que se instalarem com a terapia. Porém, a adequação do meio bucal, sempre que possível não deve interferir no tratamento oncológico e sim contribuir e se adequar em cada caso (SILVA, 2015).

A presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar é de fundamental importância na prevenção das complicações do tratamento oncológico, realizando o exame físico extra e intrabucal, removendo focos de infecções, realizando intervenções odontológicas antes do início do tratamento e no controle dos efeitos colaterais bucais agudos químicos e da radioterapia. É importante também que o profissional tenha conhecimento do protocolo de tratamento que será utilizado pela equipe médica, a fim de avaliar o risco de alterações na cavidade bucal e as condutas propostas para o atendimento odontológico, já que ele será individualizado (ALBUQUERQUE 2007).

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha para o carcinoma espinocelular bucal, sendo que a modalidade varia de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença na apresentação, variando de uma excisão local até uma remoção mais ampla. A Radioterapia (RT) deve ser a modalidade terapêutica de escolha para o

carcinoma espinocelular bucal, quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou não aceitar os possíveis defeitos que esta pode deixar. A Quimioterapia adjuvante ou paliativa para lesões primárias de câncer de células escamosas bucais, quando estas se apresentam muito grandes ou irreversíveis, tem sido indicada sem que se tenha verificado redução na taxa de mortalidade ou melhora no prognóstico (COSTA et al., 2002).

Existem várias opções de tratamento do câncer oral que incluem: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e as modalidades de tratamento combinado. Dentre eles, a principal é a ressecção cirúrgica, seguida ou não de radioterapia. No presente estudo, destaca-se a pelviglossomandibulectomia, um procedimento que envolve a ressecção associada do assoalho de boca, da língua e da mandíbula (PAKIN, 2005). A prevenção dessa doença está intimamente relacionada ao diagnóstico precoce e a mudanças de hábitos do paciente (FALCÃO et al., 2010).

A importância do estudo de fatores prognóstico reside no fato de se estabelecer o comportamento biológico de uma lesão cancerável ou neoplásica. O primeiro critério de avaliação prognóstica é o clínico e classificação usa-se o sistema TNM. Este sistema é mundialmente aceito na classificação dos tumores malignos, sendo que o T mensura a extensão primária, o N avalia o comprometimento de linfonodos regionais e o M a presença de metástases à distância. A avaliação de prognostica pelo TNM é limitada por avaliar o tumor em duas dimensões, não levando em conta as características histopatológicas do tumor e nem a relação imunológica entre o tumor e hospedeiro. Desde sua criação muitos estudos objetivaram revisar o sistema e tratando-se de carcinomas orais tentaram incluir a espessura do tumor no sistema, porem esse parâmetro não foi incorporado, mesmo tendo um importante valor no prognóstico (BETTENDORF, 2002).

Diagnóstico de lesões malignas da cavidade bucal e da possibilidade de tratamento destas lesões, o diagnóstico precoce e o pronto tratamento da lesão é ainda a melhor forma de aumentar a sobrevida de cinco anos e diminuir a morbidade e a mortalidade. Quando uma lesão maligna é diagnosticada em sua fase inicial, ou seja, menor que 2 cm de extensão e sem comprometimento linfonodo (T1, N0, M0), o tratamento cirúrgico local será provavelmente suficiente para curar o paciente. Entretanto, se o diagnóstico não é feito no início, a extensão local certamente ocorrerá, podendo então haver invasão dos linfonodos regionais. Isto altera o estadiamento do câncer (T2, T3, e T4) e o tratamento deverá incluir radioterapia e, em alguns casos, quimioterapia. Estas formas de tratamento oncológico são acompanhadas de complicações severas, tanto para a boca como para o resto do organismo, sendo que algumas delas são definitivas, como a xerostomia e o risco para osteoradionecrose. Além do mais, uma lesão maligna que poderia ter sido curada passa a ser tratada com menores chances de cura, mudando totalmente o prognóstico para o paciente (COSTA, 2001).

Dependendo do local, da extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, o tratamento do câncer bucal pode ser cirúrgico, radioterápico ou uma combinação de ambos, e de quimioterapia (INCA 2016).

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha para o carcinoma espinocelular bucal, sendo que a modalidade varia de acordo com extensão clínica ou estadiamento da doença na apresentação, variando de uma excisão local até uma remoção mais ampla. Relata-se a ocorrência de metástase cervical oculta em 10% a 26% dos pacientes, justificando a indicação do tratamento efetivo do pescoço (BRENER et al., 2007).

A cirurgia para ressecção dos tumores primários deve incluir sempre toda lesão tumoral e margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões (mínimo de 1,0cm de margem), sempre confirmada no ato cirúrgico por exame de congelação (INCA 2016).

O tratamento de escolha do câncer de boca geralmente é cirurgia radical e mutiladora, associada ou não á radioterapia. A ressecção cirúrgica do tumor com ampla margem de segurança é o tratamento inicial, podendo ser limitada pela extensão anatômica e por fatores relacionados a comprometimento sistêmico do paciente. Embora a cirurgia seja o tratamento de escolha deste tipo de neoplasia maligna é a modalidade de tratamento que deixa mutilação ao paciente, principalmente quando esse tumor tem envolvimento ósseo (mandíbula ou maxila) requerem a ressecção do mesmo, aumentando dessa forma, as sequelas estéticas e funcionais, tais como dificuldades mastigatórias, fonação, deglutição, disfonia, digeusia (perda do paladar) e trismo (SCULLY, BAGAN, 2009).

O tratamento preferencial é cirúrgico, o qual corresponderá ressecção de lesão com margens de pelo menos 1,0cm. Em casos de lesões localizadas na língua, deve-se associar, ao tratamento do tumor primário, o esvaziamento cervical supra-omohióideo, em virtude do alto índice de metástase cervical oculta. Nos casos de lesões em assoalho de boca, a indicação de esvaziamento cervical eletivo vai depender do caráter infiltrativo da lesão (estádio 1, 2, 3 e 4) (INCA 2016).

Em pacientes com metástase cervical, deve-se associar, ao tratamento do tumor primário, o esvaziamento cervical radical modificado quando houver apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de um linfonodo metastático ou extravasamento capsular, realiza-se o esvaziamento cervical radical (INCA 2016).

O esvaziamento cervical em pescoço negativo do tipo supra-omohióideo está indicado em pacientes com tumores T3 ou T4, tumores agressivos (carcinomas indiferenciados), tumores recidivados e, dependendo do caso, tumores da comissura labial e do lábio superior, onde a chance de metástase cervical oculta é maior. No caso onde a mandíbula poderá ser preservada parcialmente faz-se apenas uma mandibulectomia marginal, onde a invasão óssea é mínima ou de acometimento apenas do periósteo. Caso contrário, com invasão óssea grosseira, proceder à mandibulectomia segmentar ou hemimandibulectomia. Nos casos de lesões em assoalhos de boca à indicação de esvaziamento cervical eletivo supraomohióide isso vai depender do caráter infiltrativo da lesão (INCA 2016).

A radioterapia (RT) é importante modalidade terapêutica para a cura e controle do câncer bucal, pois permite a erradicação do tumor preservando a função dos tecidos normais da região afetada. É adotada nos tratamentos primários nos estágios iniciais da doença, porém, é geralmente associado à quimioterapia. As células não neoplásicas incluídas ou adjacentes aos campos de irradiação durante a RT também sofre consequências (GONNELLI et al., 2016).

A quimioterapia e a radioterapia ambas atuam pela destruição ou pela inibição do crescimento das células desordenado que se multiplicam rapidamente, não diferenciados as células neoplásicas das células normais. Conseqüentemente, essas duas terapias produzem vários efeitos colaterais que irão se manifestar também na cavidade bucal. Os principais efeitos colaterais da quimioterapia são mucosite (inflamação e ulceração da mucosa causando dor, queimação), xerostomia temporária (inflamação transitória das glândulas salivares, onde a saliva fica espessa e viscosa, prejudicando a mastigação, a fala e o paladar) e imunodepressão, possibilitando infecções dentárias ou oportunistas (KROETZ, CZLUSNIAK, 2003).

#### 4. RELATO DE CASO

Paciente A. J. C. L., gênero masculino, casado, 52 anos, melanoderma, agricultor, compareceu a clínica de Especialização em Pacientes Especiais na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), com queixa principal de dor no dente. Foram realizados anamnese, exame físico e exame clínico. A anamnese foi positiva para o fumo. Após o consentimento do paciente, mediante a assinatura do TCLE (Anexo).

No exame clínico intraoral, observou-se lesão ulceradas indolores em assoalho de boca na região anterior da mandíbula. A lesão apresentava áreas esbranquiçadas e avermelhadas, com base endurecida à palpação, com suas margens elevadas e áreas de necrose com regiões escurecidas e amareladas. E sua higiene oral insatisfatória, com presença de biofilme oral, e sua dentição em péssimo estado com restos radiculares e dentes comprometidos.

No exame clínico detectou-se lesão em tecido mole, com bordas irregulares, eritematosa, a lesão apresentava-se de forma séssil com sinais de ulcerações e envolvimento de osso adjacente na região anterior da mandíbula associado ao biofilme bacteriano. Observaram-se ainda placas brancas e outras escurecidas indicando contexto de infecção e necrose tecidual (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Exame clínico intraoral da arcada superior.



Figura 2. Exame clínico intraoral da lesão arcada inferior.

Foi coletado material da lesão através de uma biópsia incisional, e colocado na lâmina de vidro e fixado com fixador HE e HD, em seguida realizado dois esfregaços esfoliativos. Esse material foi enviado para o Serviço de Patologia Bucal e Anatomia Patológica (SEPAT), da Universidade Estadual do Amazonas.

Na análise do histopatológico, dois esfregaços com material granular transparente foram analisados em microscopia, onde se observou células epiteliais descamativas superficiais de epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado, apresentando hiperchromatismo, mitoses atípicas, perda da proporção do núcleo e presença de infiltrado inflamatório. Que apontou diagnóstico de um Carcinoma Espinocelular de assoalho de boca invasivo (Figura 3).

www.vivo.com.br/mesuvivo

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

**LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL**  
AV. CARVALHO LEAL, 1777, CACHOEIRINHA  
Cep: 69065-001 MANAUS-AM

**LAUDO HISTOPATOLÓGICO**

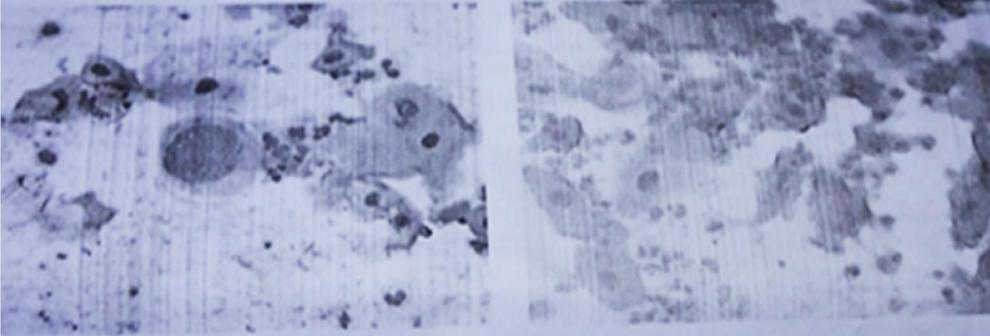
233/2015	Entrada	17/11/2015	Qualidade da Peça:	Tecido:	Citologia
Paciente: Aldemir José Costa Lopes					
Gênero:	Masculino	Nascimento:	14/06/1963	Cor da pele:	Melanoderma
Est. Civil:	Casado	Profissão:	Agricultor	Nacionalidade:	Brasileira
Fone:	Não Informado	Celular:	9177-8440		
Endereço:	Travessa 9, Nº 06, Bairro Santa Etelvina				
Procedência:	Policlínica da UEA		Clinico Remetente:	Prof. Dr. Tiago N. Pinheiro	
Cidade:	MANAUS	UF:	AM	CEP:	

**RESUMO CLÍNICO:** Lesão em tecido mole, com bordas irregulares, eritematosa. Lesão apresentava-se de forma sésil com sinais de ulceração e envolvimento ósseo adjacente na região anterior da mandíbula. Observou-se ainda placas brancas e outras escurecidas indicando contexto de infecção e necrose tecidual. Foram feitos dois esfregaços esfoliativo, para realização de coloração Papanicolau e He. HD: Carcinoma Espinocelular.

**MACROSCOPIA:** Dois esfregaços contendo material granular transparente.

**MICROSCOPIA:** esfregaços revelam células epiteliais descamativas superficiais de epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado apresentando hiper Cromatismo, mitoses atípicas, perda da proporção núcleo-citoplasma. Observa-se ainda infiltrado inflamatório misto por vezes associado a biofilme microbiano.

**DIAGNÓSTICO: C/C CARCINOMA ESPINOCELULAR INVASIVO**



Manaus - AM, 18 de novembro de 2015.

*Tiago Novais Pinheiro*

TIAGO NOVAIS PINHEIRO Patologista Bucal CRO - AM 3690		Fotomicrografia da Lesão
---	--	--------------------------

Figura 3. Laudo histopatológico.

Foi solicitado ao paciente o risco cirúrgico, exames complementares como hemograma completo, glicemia em jejum, coagulograma, ureia e creatinina.

Foram realizadas as exodontias dos elementos 13, 14, 15, 17, 23, 26, 27, 35, 36, 43 e 44, deixando o meio bucal adequado para eventual tratamento oncológico (Figura 4).



Figura 4. Exodontia dos elementos condenados.

O paciente foi encaminhado para Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON) com laudo de carcinoma espinocelular invasivo para tratamento oncológico.

Para o pré-operatório o paciente foi novamente submetido à biopsia e exames de risco cirúrgico.

No diagnóstico pré-operatório de carcinoma espinocelular de assoalho de boca, o estadiamento encontrado foi T=4, N=2 e M=0. Na classificação internacional TNM, onde T mensura o tamanho do tumor primário, N avalia se há presença ou ausência de comprometimentos de linfonodos e M se há presença ou ausência de metástase a distância. O resultado aponta T4 que o tumor primário já estava em estagio avançado e bastante grande, T2 com envolvimento de linfonodos regionais e M0, porém não houve metástase à distância. Por esse motivo o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico de ressecção (Anexo).

O tratamento cirúrgico de ressecção cirúrgica constituiu em uma Pelveglossomandibulectomia onde foi retirado arco central mandibular juntamente com assoalho bucal e dois terços anteriores da língua com margens de segurança de 2 cm, como houve comprometimentos dos linfonodos foi associada com esvaziamento cervical bilateral. O mesmo ficou com sequelas estéticas e funcionais (Anexo).

No pós-operatório paciente ficou na UTI em observação e apresentava o seu quadro instável (Anexo).

Devido o diagnóstico de CEC ter sido detectado tardiamente e em fase avançada, com a detecção de um estadiamento T4, tornou o prognóstico do caso bastante desfavorável. Em virtude da cirurgia de ressecção que deixou deformidades, resultou no agravamento do quadro de saúde, evoluindo para o óbito do paciente em consequência do carcinoma espinocelular.

## 5. DISCUSSÃO

O câncer de cavidade oral é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, o número de casos novos de câncer oral estimado para o Brasil em 2016 é de 11.140 casos em homens e de 4.350 em mulheres. No Amazonas a taxa estimada para 2016 é de 3,75 casos para cada 100 mil homens e mulheres a taxa estimada e de 1,44 casos para cada 100mil mulheres. (INCA 2016).

Teixeira et al., avaliaram, em um estudo transversal, o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de Carcinoma Espinocelular atendidos na Santa Casa de Misericórdia, no município de Fortaleza, no período de 1999 a 2005. Os autores analisaram maior prevalência no sexo masculino. Os dados do estudo também mostraram que os sítios mais acometidos foram o assoalho de boca (22,7%) e a língua (21,8%). Também foi verificado que 52,4% dos indivíduos pesquisados estavam em estágios avançados, o que afeta a sobrevivência dos pacientes, já que o prognóstico de sobrevivência depende do estágio do tumor.

Alvarenga et al. fizeram uma avaliação epidemiológica dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um Hospital Universitário do noroeste do Estado de São Paulo. Foram analisados os dados de 427 pacientes atendidos no período entre 2000 a 2005. Houve predomínio de homens (86%), cor branca (90%), tabagistas (83,37%), etilistas (65,80%) com idade média de 61 anos, sendo que 24,25% dos homens realizavam atividades rurais. O sítio primário de tumor mais frequente foi à cavidade oral, com o tipo histopatológico espinocelular. E já foram observados 164 óbitos. No que se refere ao sexo, há uma maior incidência no sexo masculino, assim como descrito anteriormente por outros autores, onde prevalece o fumo como fator etiológico, exceto a cor branca, que no caso clínico em questão o paciente era da raça negra.

A descrição do relato do caso presente foi de carcinoma espinocelular invasivo de assoalho de boca tem como objetivo alertar a população dos riscos do câncer de boca, e chamar atenção para o autoexame e observação da lesão que não cicatriza após 10 dias. De acordo com estudos realizados por BITTAR et al.; em uma revisão de literatura o Carcinoma espinocelular é um dos tipos de neoplasia mais comum que acomete a cavidade oral, sendo os fatores etiológicos o fumo alcoolismo e fatores genéticos. E as regiões topográficas acometidas são língua, lábio inferior e assoalho bucal.

Segundo Sassi et al.; 2009, os principais fatores de risco para carcinoma espinocelular de boca são o álcool e o tabaco. Porém, estudos recentes sugerem a associação desta neoplasia com o uso de maconha. Segundo tais pesquisas, a maconha contém substâncias químicas carcinogênicas, como o alcatrão, consideradas como fator de risco para câncer de boca. Além disso, a fumaça da maconha acarreta a inalação três vezes maior de partículas e a retenção 33% maior delas no trato respiratório, em relação à fumaça do cigarro. Ainda nesta pesquisa, os autores pontuam que a maioria dos jovens com câncer de boca não relata história familiar de carcinoma espinocelular

O relato de caso presente apontou um resultado positivo de carcinoma espinocelular, de ocorrência no assoalho de boca, o que corrobora com outros trabalhos na literatura, que aponta como o segundo lugar mais acometido. Também, verificados que o fumo foi o fator predisponente, Logo o grupo de risco é composto por indivíduos do sexo masculinos, a partir da 5ª e 6ª década de vida. FALCÃO et al.; SANTOS et al.; PULINO, O cirurgião dentista tem um papel importante no diagnóstico precoce da lesão. Porém por se tratar de uma lesão silenciosa com ausência de sintomatologia da doença nos estágios iniciais muitas das vezes passa despercebida tanto pelo profissional como pelo paciente. Por isso é competência do cirurgião dentista analisar de forma geral estruturas dentárias, tecidos moles e duros. Essa inspeção é uma conduta seguida na graduação e deve ter

continuidade após a formação do profissional rotineiramente, devido o sucesso de o tratamento depender de um diagnóstico precoce.

O carcinoma espinocelular, no Brasil, apresenta uma maior prevalência na raça branca, gênero masculino e na faixa etária de 50 a 60 anos. Outro fator interessante associado a esse tipo de tumor é a incidência relacionada à sua localização, que geralmente ocorre na língua e assoalho bucal. Além disso, o carcinoma espinocelular está frequentemente associado com os fatores de risco do tabagismo ou consumo de álcool, tendo tais atividades, uma frequência mais elevada entre pacientes do sexo masculino e acima de 50 anos.

O estudo realizado por CROSSMAN et al., 2015, demonstra a importância da interação entre o indivíduo com tumor de boca e o cirurgião-dentista. Mais de 80% das lesões foram primeiramente identificadas, sem a intervenção de profissional da saúde, pelo próprio paciente. Profissionais formados em odontologia diagnosticaram 75% das lesões do tipo T1 ou T2, assim como encaminharam 72,72% dos indivíduos à unidade de referência. O cirurgião-dentista apresenta um papel importante na detecção precoce do câncer de boca por ser o profissional responsável pela avaliação das condições da cavidade oral, sendo capaz de identificar lesões com suspeita de malignidade e realizar biópsias com fins de diagnóstico. Em contrapartida BOWER et al., 2010 em virtude da clara associação entre diagnóstico tardio, severidade da doença, combinação de modalidades terapêuticas e comprometimento da qualidade de vida, estratégias de diagnóstico precoce do câncer devem ser planejadas e executadas.

Em um estudo epidemiológico realizado por Texeira et al., os resultados mostraram que a maioria dos portadores de carcinoma espinocelular de boca procuram tratamento quando o estadiamento avançado, sendo submetidos a tratamentos mais agressivos, como cirurgia e radioterapia (57,2%), sem a devida reabilitação, comprometendo, assim, a

sobrevida e qualidade de vida desses pacientes. Andrade et al., em São Paulo, realizando um estudo sobre a avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer bucal, observaram que os pacientes com o tumor T3 ou T4 e que foram submetidos à cirurgia e à radioterapia apresentaram pior qualidade de vida durante a pesquisa.

Os dados descritos são preocupantes, tendo em vista que exame clínico intraoral para detecção precoce e prevenção do câncer de boca não oferece grandes dificuldades, devendo ser realizado pelo cirurgião dentista nas unidades de básicas de saúde, além da facilidade de realizar o autoexame por parte da população.

LIZI, 1999, em estudo sobre pacientes com câncer de boca, verificou que 68% deles necessitavam de tratamento odontológico, e que apenas 11% dos que reportaram visitas regulares ao cirurgião-dentista antes do diagnóstico de câncer bucal estabelecido estavam com condições orais ideais para o início da radioterapia. Foram observadas grandes necessidades odontológicas em nossos pacientes, em que 78% necessitaram de tratamento, não se encontrando adequados para o início do tratamento oncológico. Em um estudo realizado por ROSS et al., com 99 pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço, que iriam se submeter à tratamento oncológico, foi analisado que apenas 25% dos pacientes dentados não necessitavam de exodontias e, ainda, que 41% desses pacientes dentados necessitaram de extrações de todos os elementos dentais antes do início da terapia.

Foi de suma importância o acompanhamento do cirurgião dentista no diagnosticado tumor e na adequação do meio bucal, pois o paciente necessitou de procedimentos odontológicos como exodontia dos elementos condenados.

A literatura relata que adequação do meio bucal é fundamental em pacientes acometidos pelo CA, para minimizar os riscos que podem comprometer a integridade de saúde geral desses pacientes, por isso se faz necessário o tratamento odontológico,

manejo e prevenção das complicações bucais antes de qualquer terapia cirúrgica. Podendo ser a causa de complicações e rompimento da terapia oncológica. Sendo indispensável à remoção de todos os focos infecciosos, isso reduzira agravos durante e após cirurgia.

Segundo MONTORO et al., 2008 em seu estudo avaliou o comprometimento de linfonodos regionais (N) é um importante fator de franco impacto prognóstico. Enquanto DURAZZO et al., 2001, aponta que os serviços de cirurgia de cabeça e pescoço apontam uma incidência de metástases cervicais que varia de 25 a 65%. Estudos revelam que cerca de 60% dos doentes são N0. A sobrevida global para pacientes N positivos cai de 60-70% para 30-50% em relação aos pacientes N0 (MONTORO et al). Entretanto, a presença ou não de linfonodo comprometido não é o único fator que deve ser observado. A invasão extracapsular, por exemplo, tem sido apontada como importante fator prognóstico. A literatura relata um decréscimo na sobrevida desses doentes de cerca de 10% e múltiplos linfonodos comprometidos também diminuem a sobrevida em cerca de 50% em relação aos pacientes com apenas um linfonodo afetado. No que refere à localização da metástase regional, aparentemente esta tem importância, ainda que menor.

Quanto ao estadiamento do tumor do estudo do caso, já se encontrava em estágio em grau invasivo. No diagnóstico pré-operatório de carcinoma espinocelular de assoalho de boca, o estadiamento encontrado foi T=4, N=2 e M=0, (sistema TNM). O resultado aponta que o tumor primário já estava bastante grande e em estágio avançado, com envolvimento de linfonodos regionais, porém não houve metástase à distância. Por esse motivo o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico de ressecção. A justificativa para tal resultado foi à demora em procurar atendimento de saúde, e o diagnóstico do estadiamento corroborou com outros autores que descreveram em seus estudos que esse

tipo de diagnóstico resulta em óbito do paciente. Sabe-se que o paciente era agricultor e foi ao dentista por está sentindo dor nos dentes e desconhecia sua real situação.

PANZARELLA et al.; em uma revisão literária aponta que o câncer bucal vem aumentando com o passar dos anos, e que a taxa de sobrevida é de 05 anos. SIMON ET AL.; isso inclui vários fatores como o falta de conhecimentos de muitos profissionais, a falta de informação e divulgação para população por parte de autoridade competente, e negligencia por parte do paciente.

PULINO, em seu estudo relata que cirurgião dentista desempenha um papel primordial na prevenção do câncer bucal, devendo conhecer, está atento para as lesões potencialmente malignas, no que diz respeito ao diagnóstico precoce, sendo diferencial na promoção de saúde, gerando um prognóstico favorável.

Por isso a importância do diagnóstico precoce é de suma importância para o diagnóstico e tratamento do carcinoma espinocelular, porque do plano de tratamento que é feito avaliação da doença é qual tipo de tratamento vai ser propício para o caso. E assim aumentando as chances de sucesso no resultado do prognóstico do paciente.

A possibilidade de redução de incidência do câncer de boca está relacionada ao conhecimento e controle de fatores que considerados de risco para o desenvolvimento da doença.

Segundo INCA a melhor forma de reduzir a incidência de câncer bucal é controlar os fatores de riscos (fumo e etilismo). Para reduzir a taxa de mortalidade, é necessário que se tenha um diagnóstico precoce, através de exames clínicos dos tecidos bucais. Assim como mudanças de hábitos, a dieta tem um papel fundamental na prevenção de câncer como carcinoma espinocelular, cabem à população alvo a adotar esse novos hábitos. A exemplos disso o paciente tem que parar de fumar e beber bebidas alcoólicas, recomenda-se a ingestão de frutas, vegetais e a praticas de exercícios físicos. Essas

medidas contribuirão para diminuir os riscos de desenvolvimento do câncer bucal. Porém é necessário que o paciente tenha força de vontade de deixar esses hábitos nocivos, mas sabe-se que muitos deles não deixam mesmo sabendo que estão acometidos pela patologia.

Porém, existem medidas que podem ser adotadas pelos profissionais e pelo poder público, criar campanhas políticas de prevenção que esclareçam a população em geral sobre o câncer bucal, fatores de riscos, sinais e sintomas e o autoexame. Isso possibilitará a adoção de estratégias de redução da morbimortalidade da doença.

Esse caso clínico, é o espelho da realidade de muitos pacientes que tem essa neoplasia. E não procuram tratamento adequado por desconhecer a situação ou por ter medo do diagnóstico. Não existem artigos científicos que divulgue os casos de câncer bucal na região norte, e por isso é importante que profissionais da área estejam voltados para pesquisas científicas, para que outros pesquisadores tenha o conhecimento da real situação despertando cada vez mais interesse em divulgar trabalhos científicos do câncer bucal.

Como futura profissional tenho consciência da importância de se realizar uma boa anamneses e exame clínico. Isso vem sendo orientado desde o início da formação acadêmica e deve ser seguido no dia a dia. Acabando com o mito que dentista só trata de dentes. É dever de todo profissional reconhecer lesões nas estruturas orais, a fim de encaminhar o paciente ao centro de oncologia para iniciar o tratamento o mais rápido possível.

O paciente do relato de caso infelizmente veio a óbito, por isso a importância de se ter um diagnóstico precoce, devido o carcinoma espinocelular em estágios avançados ser potencialmente maligno, causou danos irreversíveis a esse paciente.

## 6. CONCLUSÃO

O câncer bucal é um problema de saúde pública no mundo e sua incidência vem aumentando. Destaca-se a importância do cirurgião dentista realizando um detalhado exame clínico e com isso diagnóstico precoce, visando à diminuição de complicações sistêmicas, minimizando a sintomatologia álgica e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Mediante laudo patológico, o paciente foi encaminhado para a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas – FCECON com o diagnóstico de carcinoma espinocelular invasivo para dar seguimento ao tratamento oncológico. No entanto o câncer foi diagnosticado em fase avançada e isso interferiu no resultado final e no sucesso do tratamento, onde a cirurgia de pelveglossomandibulectomia com esvaziamento cervical foi realizada de acordo com que foi planejado, porém o paciente foi a óbito.

Por isso, é imprescindível ressaltar a importância do cirurgião dentista em realizar um exame clínico bem detalhado, bem como o diagnóstico precoce destas lesões malignas, favorecendo um bom prognóstico ao paciente. Todavia não foi possível obter resultado positivo com o caso descrito devido o carcinoma espinocelular de assoalho de boca já estava em estágio avançado.

Vale salientar a importância de investimentos em políticas públicas voltadas para campanhas preventivas do câncer bucal. Essa ampliação tem como objetivo abranger toda a população adotando estratégias como, hábitos de vida saudáveis e alerta sobre os fatores etiológicos e a busca por tratamento precoce.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque RA, Moraes VLL, Sobral APV. Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos – revisão da literatura. Revista de Odontologia da UNESP. 2007; (3): 275-280.

Andrade FP, Antunes JL, Durazzo MD. Evaluation of the quality of patients with oral câncer in Brazil. Braz Oral ver. 2006; 20 (4).

Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, Chaves ALF, Ribeiro RIMA. Câncer de boca: avaliação do Conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. Ver Bras Odonto. 2014; 71: 42- 47.

Almeida FCS, Cazal LC, Nunes FD, Araújo ME, Dias RB, Silva DP. Fatores prognósticos no câncer de boca. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2011; 15(4): 471-478.

Alvarenga LM, Ruiz MT, Bertelli ECP, Ruback MJC, Maniglia JC, Bertollo EMG. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev. Bras Otorrinolaringol. 2008; 74(1): 68-73.

Akbulut N, Oztas B, Kursun S, Evirgen S. Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. J Med Case Rep. 2011; 5: 1-4.

Bittar TO, Paranhos RL, Fornazar IDH, Pereira AC. Epidemiological features of oral cancer – a world public health matter. RFO. 2010; 15(1): 87-93.

Bower WF, Vlantis AC, Chung TML, Hasselt CAV. Mode of treatment affects quality of life in head and neck cancer survivors: Implications for holistic care. Acta Oto-Laryngologica. 2016; 130: 1185–1192.

Brener S, Jeumon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinomas de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estacionamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Oncologia*. 2007; 53 (1): 63-69.

Cera FF, Travessos DC, Fernandes D, Andrade RC, Massucato EMS. Carcinoma espinocelular bem diferenciado de mucosa oral: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2013; 4 (Especial): 210-347.

Costa ALL, Pereira JC, Nunes AF, Arruda MLS. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. *Pesq Odontol Bras*. 2002; 16(3): 216-220.

Costa EDG; Migliorati CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. *Rev. Bras. Cancerol*, 2001; 47(3): 283-289.

Crossman T, Warburton, F, Richards MA, Smith H, Ramirez, A, Forbes LJL. Role of general practice in the diagnosis of oral cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2015.

Durazzo MD, Tavares MR, Araujo CEN, Brandão NJS, Matsunaga P, Potenza AS. Perfil dos portadores de câncer da cavidade oral operados de 1994 a 1998: predomínio de doença local avançada e aumento da incidência de mulheres. *Rev Bras Cir Cab Pes*. 2001; 25(1): 7-10.

Falcão MML, Alves TDB, Freitas VS, Coelho TCB. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas em relação ao câncer bucal. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2010, 58 (1): 27-33.

Gonnelli FAZ, Palma LF, Giordani AJ, Dias RS, Segredo RA, Segredo HRC. Laser de baixa potência para prevenção de hipofluxo salivar em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço após radioterapia. *Radiol. Bras*. 2016 Mar/Abr; 49 (2): 86-91.

Hillbertz NS. Viral and Molecular Aspects of Oral Cancer. *Anticancer Research*. 2012, V. 32 (10): 4201-4212.

INCA. Instituto nacional de câncer. Estimativa 2012: Estimativa de Câncer no Brasil. Rio Grande do Sul: INCA Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012>.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2014: Estimativa de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/mapa>.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: Estimativa de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/mapa.asp?ID=9>

Jessica NCP, Quantidade de Casos Diagnosticados com Câncer de Cabeça e Pescoço, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da Fap, em 2013, Campina Grande. 2015; 51 p.

Kroetz FM, Czulniak GD. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infanto-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa. 2003 jun;9 (2): 41-48

Martins RB, Giovani EM, Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. Revista do Instituto de Ciências da Saúde. 2008 out-dez; 26(4): 467- 476.

Marocchio, LS. Oral Squamous Cell Carcinoma: An Analysis of 1.564 Cases Showing Advances in early Detection Journal of Science. 2010, 52: 267-273.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. 2014 p. 41- 70.

Montoro JRMC, Hicz HA, Souza L, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the oral cavity. Braz J Otorhinolaryngol. 2008 74(6):861-866.

Lima AAS, França BH, Ignácio AS, Baioni CS. Conhecimentos de alunos universitários sobre o câncer bucal. Rev. Bras CANCEROL 2005; 51 (4): 283-288.

Lizi EC. A case for a dental surgeon at regional radiotherapy centres. Br Dent J. 1992;173(1):24-26.

Oliveira, KC de. Estudo retrospectivo da prevalência de câncer bucal no planalto médio gaúcho. 2013:12-66.

Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P: Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005, 55(2):74-108

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

Pires FR, Ramos AB, Oliveira JBC, Tavares AS, Luz PSR, Santos TCRB. Oral squamouscell carcinoma: clinic pathological features from 346 cases from a single Oral Pathology service during an 8-year period. J Appl Oral Sci. 2013; 21: 460- 467.

Prado BR, Passarelli DAC. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2009 jan-abr; 21(1): 79-85.

Pulino BFB. Oral cancer: potentially malignant lesions and statistics of diagnosed cases in the municipality of Santo André-SP. J Health Sci Inst. 2011; 29(4): 2312-234.

Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico em unidade de terapia intensiva. Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010; 55(2): 67-70.

Ross DE, Dische S, Saunders MI. The dental problems of patients with head and neck cancer treated with chart. Eur J Cancer B Oral Oncol. 1996; 32B(3): 176-181.

Santos EC. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. *Braz. J Otorhinolaryngol.* 2009; 75(4): 524-529.

Santos IV, Daltro T, Alves B, Miranda M, Falcão L, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca The paper of the dentist in relation to the oral cancer. 2011; 10(3): 207–210.

Santos BDB, Bernabé GD, Callestini R, Biasoli ER, Ferreira LL. A importância do preparo do cirurgião dentista no diagnóstico do carcinoma espinocelular de boca: relato de caso. *Archives of health investigation.* 2015; 4(10): 25- 380.

Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG.; Ramo GHA, Stramandinoli T, Gugelmin G. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010, 7(1):105-109.

Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. *Oral oncology.* 2009; 45(5): 301-308.

Silva CR, Bernabet DG, Myahara GI, Biasoli ER, Tjioe KC. Dor e dificuldade de mobilidade da língua. *Archives of health investigation.* 2015; 4(1): 25- 380.

Simon AE, Waller J, Robb K, Wardle J. Patient delay in presentation of possible cancer symptoms: the contribution of knowledge and attitudes in a population sample from the United Kingdom. 2010; 19: 2272-2277.

Souza LRB, Ferraz KD, Pereira NS, Martins MV. Conhecimento acerca do Câncer Bucal e Atitudes frente à sua Etiologia e Prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI). *Rev. Bras Câncer.* 2012; 58: 31-39.

Texeira AKM, Almeida MEL, Holanda MED, Souza FB, Almeida PCD. Carcinoma Espinocelular da cavidade Bucal: Um Estudo Epidemiológico na Santa de Misericórdia de Fortaleza. Rev. Bras. de Cancerologia. 2009; 55(3): 229-236.

Vieira DL, Leite AF, Melo NS, Figueiredo PTS. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. Oral Sci. 2012; 4 (2): 37-42.

## ANEXOS

## Termo de consentimento livre e esclarecido

28026

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

**EPEA**  
Equipe de Pacientes Especiais do Amazonas

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UEA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOLGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Paciente: ALDEMUS JOSE COSTA LOPES

Eu, CIARA PIONEIRO DA COSTA  
por este instrumento de autorização, na qualidade de paciente ou responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_

declaro que fui esclarecido(a) sobre os seguintes itens:

- **Tratamento:** realização dos atos necessários para o diagnóstico e/ou tratamento odontológico, a ser realizado no(a) paciente em questão, por intermédio dos integrantes do corpo docente e discente desse referido curso de especialização, ficando claro que serão realizados de acordo com as necessidades específicas do paciente com finalidade didática em função do aprendizado da matéria, dentro dos princípios éticos e científicos.
- **Fotografias, gravações e publicações:** concessão à Universidade do Estado do Amazonas (UEA) dos direitos de retenção e uso sobre radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultado de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outros documentos e informações decorrentes do diagnóstico e/ou tratamento odontológico realizado, para fins de ensino, pesquisa e realização de trabalhos científicos para publicação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais, com a devida preservação do segredo profissional.
- **Contenção física:** este método está indicado para pacientes que necessitem de diagnóstico e/ou tratamento odontológico e são incapazes de cooperar pela falta de maturidade, problemas físicos ou mentais, ou ainda, quando outras técnicas de controle de comportamento falharem. A imobilização parcial ou completa do(a) paciente às vezes se faz necessária para proteger o(a) paciente e/ou equipe de trabalho. Seu objetivo é evitar ou reduzir a ocorrência de movimentos bruscos do(a) paciente, podendo ser executada pelo cirurgião-dentista, auxiliares e/ou responsáveis, com ou sem o auxílio de acessórios apropriados à técnica. A contenção física será utilizada apenas em casos estritamente necessários.

Manaus, 11 de 12 ~~2015~~ de 2015.

CIARA PIONEIRO DA COSTA  
Assinatura do paciente (maior de idade e capaz) ou do responsável (paciente menor de idade e/ou incapaz).

Nome: ALDEMUS JOSE COSTA LOPES  
RG: 1830939-2 CPF: 287.509.699-06  
Endereço: SANTA EULÁDIA, n: 26  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: MANAUS Estado: PARANÁ  
Telefone: 94181456

**Tipo de operação**



# FCECON

Fundação Centro de Controle de  
Oncologia do Estado do Amazonas



Rua Francisco Orellana nº 215 - Planalto - CGC nº 34.570.820/0001-30 - Fone (92) 656-1211 - Fax (92) 656-4840  
Manaus - Amazonas - Brasil

NOME DO PACIENTE: <u>Aldemir Jose Costa Lopes</u>		Nº PRONTUÁRIO: <u>259210</u>
DATA DA OPERAÇÃO: <u>12-04-16</u>		
OPERADOR	ENFERMARIA	LEITO: <u>806-Bº</u>
2º. AUXILIAR	1º. AUXILIAR	
ANESTESIA	3º. AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>CEC G1 de Assolho de boca</u>		TIPO DE ANESTESIA: <u>T4A N2B MO</u>
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>Pele glosso máx. bilaterais (arco cervic.) + esvz. 2 máx. + cervic. radical bilaterais, tipo III (C), tipo II (D)</u>		
DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: <u>o mesmo</u>		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA: <u>NB0</u>		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: <u>XI (D)</u>		
<b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPÉCTO - VÍSCERAS		
<ol style="list-style-type: none"> <li>① DBH sob AGB ② AA + copim + PAM + SVB + AVP em M3D</li> <li>③ Cervicotomia bilaterais + traqueostomia</li> <li>④ Esvz. 2 máx. cervic. bilaterais radical mod. tipo III (C) e tipo II (D)</li> <li>⑤ Excisão de tumoração em tracheobronco e esvz. 2 máx. e traqueia a 2cm da origem de ligam. (2/3 anteriores) e máx. bilaterais (2 máx)</li> <li>⑥ Retração da traqueia posterior mediante fio de aço (C) pl. hepar</li> <li>⑦ TQT sem comunicação do espaço cervic.</li> <li>⑧ SNE sob visão direta + visão base</li> <li>⑨ Revisão de hemostasia + drenos sucatos</li> <li>⑩ Sutura por platis</li> <li>⑪ Curatela + viscos + curatela de TQT + UTI</li> </ol>		
Dr. Eduardo Antonio B. de Andrade Residente de Cabeça e Pescoço Conselho Geral CRM-AM 7746		
13 ABR 2016		

### Alta na UTI


Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas


**SUS** Sistema Único de Saúde

**Alta da UTI**

**Nome:** Aldemir Jose Costa Lopes **Prontuário:** 259210  
**Sexo:** Masculino 14/06/1963  
**Data de Nascimento:** 52  
**Profissional Responsável:** Nilza Pereira da Costa **Idade:**  
**Nome da Mãe:** **Cartão Nacional de Saúde (CNS):** 708902748168714  
**Nome do Pai:** **Clinica e Leito:** 2º - UTI - Leito 201  
**Data e hora:** 14/04/2016 09:58

---

**Diagnostico**

2º pos de pelveglossomandibulectomia + esvaziamento cervical radical por cec de assoalho de boca

---

**Evoluções e Complicações**

-Paciente estável hemodinamicamente, sem febre, diurese 2500ml em 24h. bh: -154,3ml, drenos cervical esq: 260ml/cervical d:330ml/dreno torácico esq: 165ml SNC: lúcido e contatante e sem déficits motores ar; sem ra acv; ror, 2t bnf pa: 127/66mmhg fc: 68bpm sato2: 97% em AA abdome: rha +, sem dor MMII: sem edemas panturrilhas livres

---

**Historia Clínica**

- descrita no prontuário

---

**Condições de Alta**

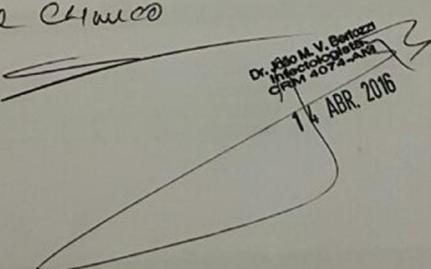
- melhorado sob condições de vigiar a drenagem e observar aspecto dos drenos suctores - coordenação ciente do quadro.

---

**Diagnóstico Definitivo:**

Data/Hora	Diagnóstico	Identificado por	Situação
11/04/2016 17:21	C048 - Lesão invasiva do assoalho da boca	Nilceia Mota Marques	Ativo
13/04/2016 11:15	Neoplasia de Língua	CESAR AUGUSTO FLORES PEREZ	Ativo

*Alta definitiva ao plano clínico*



**Dr. João M. V. Barreto**  
 Infectologista  
 CRM 4074-AM  
 14 ABR. 2016