CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BOCA: A importância do diagnóstico precoce e da abordagem psicológica do paciente

SPINOCELLULAR CARCINOMA OF THE MOUTH: The importance of early diagnosis and psychological approach to the patient

André França Vanini*

Andressa Siedler de Oliveira*

Beatriz Marcon Giraldelli Miranda*

Esther Machado Martins*

Giovana Luvisotto Vieira*

Mariane Michels**

Resumo: A neoplasia maligna mais prevalente na cavidade bucal é o carcinoma espinocelular, sendo mais frequente em homens a partir da quinta década de vida. Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento são o etilismo, tabagismo, a associação entre ambos, exposição solar e infecção pelo papiloma vírus humano. Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as características clínicas iniciais do carcinoma espinocelular para guiar e auxiliar o cirurgião-dentista no diagnóstico precoce, bem como proseguir com a comunicação ao paciente e nos procedimentos necessários para o tratamento, como encaminhamento ao oncologista ou cirurgião de cabeça e pescoço. O diagnóstico do carcinoma espinocelular, quando feito nos estágios iniciais da doença, apresenta um prognóstico mais favorável e uma possibilidade de um tratamento menos agressivo. Entretanto, na maioria das vezes, este diagnóstico é realizado tardiamente, prejudicando o prognóstico e muitas vezes resultando em óbito do paciente. Sendo assim, conhecer os fatores de risco que predispõem ao desenvolvimento do carcinoma espinocelular, suas características iniciais e a correta abordagem psicológica do paciente e seus familiares no momento do diagnóstico, é um ponto chave para uma melhor aceitação da doença e do tratamento tanto para o paciente como para os seus familiares, devendo o profissional conhecer a correta conduta durante todo o processo. É de suma importância que o cirurgião-dentista transmita segurança ao paciente, tenha empatia e seja humanizado em todas as situações.

Palavras-chave: Carcinoma espinocelular. Diagnóstico. Manobra psicológica.

Abstract: The most prevalent malignant neoplasm in the oral cavity is squamous cell carcinoma, being more frequent in men from the fifth decade of life. The main risk factors for its development are alcoholism, smoking, association between both, sun exposure and human papillomavirus infection. The objective of this study was to review

* Aluno(a) do 9º período do Curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba.

** Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba. mariane.michels@prof.uniso.br

the literature on the initial clinical characteristics of squamous cell carcinoma in order to guide the auxiliary dentist or not early diagnosis, as well as to continue with the communication to the patient and the necessary procedures for the treatment, such as referral oncologist or head and fish surgery. The diagnosis of squamous cell carcinoma, when at an early stage of the disease, has a more favorable prognosis and the possibility of less aggressive treatment. However, in most cases, this diagnosis is made late, impairing the prognosis and often resulting in the death of the patient. In addition, knowing the risk factors that predispose to the development of squamous cell carcinoma, its initial characteristics and a correct psychological approach to the patient and their families at the time of diagnosis, is a fundamental point for a better treatment and care for both the patient and the patient. . As for your family members, I must or professionally know correct conduct throughout the process. It is of paramount importance that the dentist transmits safety to the patient, has empathy and is human in all situations.

Keyword: Carcinoma, Squamous Cell. Diagnosis. Handling, Psychological.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estão previstos 625 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2020-2022, onde são esperados 15.210 somente de câncer bucal (sendo 11.200 em homens e 4.010 em mulheres), representando o 5º mais frequente no sexo masculino e o 13º mais frequente no sexo feminino (INCA, 2021). Cânceres da cavidade oral, que podem acometer língua, lábios, assoalho de boca, palato duro e gengiva, representam cerca de 30% de todos os tumores de cabeça e pescoço (CAMPANA; GOIATO, 2013 *apud* SARAIVA SANTOS e*t al.,* 2021). Sua incidência está relacionada a pessoas acima de 50 anos de idade e há predileção pelo sexo masculino (SARAIVA SANTOS *et al.*, 2021). Alguns estudos indicam um maior envolvimento em pacientes de raça branca (TOMMASI; TOMMASI, 2013).

Segundo Saraiva Santos *et al*. (2021), cerca de 90% dos tumores malignos que acometem a cavidade oral são carcinomas espinocelulares (CEC), enquanto 10% dos demais representam malignidades raras. Na cavidade bucal, os locais mais comumente afetados são a borda lateral da língua, assoalho bucal e lábios; no entanto, mucosa julgal, gengiva e palato também podem ser acometidos. (TOMMASI; TOMMASI 2013).

A suspeita da presença do CEC pode ocorrer por meio do exame clínico da mucosa oral de todo e qualquer indivíduo, entretanto, há pessoas que possuem fatores de risco para o desenvolvimento da doença e estas, devem ser avaliadas frequentemente. Os principais fatores de risco são o consumo de tabaco, álcool, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) e histórico de exposição solar prolongada. Para o diagnóstico definitivo deve ser realizada a biópsia incisional seguida da análise histopatológica. (TOMMASI; TOMMASI, 2013).

O diagnóstico precoce leva a um melhor prognóstico, bem como a possibilidade de tratamentos menos invasivos. Porém, em virtude da falta de informação da população e do despreparo de muitos profissionais, seu diagnóstico, na maioria das

vezes, ocorre em um estágio avançado da doença. (SANT'ANA, 2021; TOMMASI; TOMMASI, 2013). Para o diagnóstico precoce, saber identificar as características clínicas das lesões potencialmente malignas é de suma importância, pois o CEC pode se desenvolver a partir delas. Inicialmente o paciente não sente dor e, com o desenvolvimento da doença, o paciente pode passar a apresentar sintomas dolorosos. (NEVILLE *et al*., 2016). Neste momento, fixação da língua, disfonia e sangramento espontâneo também podem ocorrer. (CARVALHO; DUQUE, 2021; FEITOSA *et al*., 2019).

Sendo assim, o cirurgião-dentista (CD) tem papel fundamental nesse processo, desde o momento da identificação da lesão até o resultado do exame histopatológico e confirmação do diagnóstico, pois compete a ele identificar quaisquer alterações da cavidade bucal. Ademais, o profissional deve realizar os exames complementares necessários para auxílio no diagnóstico. Caso o resultado seja positivo para o CEC, o paciente deve ser orientado e encaminhado para o tratamento, o CD deve desde o primeiro contato com o paciente até a informação sobre o seu diagnóstico, apresentar uma adequada postura profissional para um digno manejo psicológico próprio ao transmitir a notícia a seu paciente, buscando sempre ser empático e seguro para um melhor aceitamento da doença por parte do paciente. (SAVEDRA, 2021).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivos (1) realizar uma revisão de literatura sobre as características clínicas iniciais do CEC para a realização de um diagnóstico precoce e (2) compreender quais são as características psicológicas necessárias ao CD para que ele possa transmitir a notícia com tranquilidade e segurança ao paciente.

2 DESENVOLVIMENTO

Segundo, Santos *et al*. (2011), o câncer ou neoplasia maligna é definido(a) como um crescimento desordenado de células defeituosas ou atípicas, que não são combatidas pelo sistema imunológico. O CEC tem uma etiologia multifatorial e esses fatores podem ser classificados como (1) extrínsecos, que incluem agentes externos como fumo, álcool, algumas infecções bacterianas e virais e luz solar, e (2) intrínsecos, na qual incluem estados sistêmicos ou generalizados, como desnutrição geral, imunossupressão ou anemia por deficiência de ferro. (NEVILLE *et al.,* 2016).

Ao realizar o exame clínico no paciente, o profissional deve estar atento às lesões orais potencialmente malignas, que são descritas como um conjunto de alterações teciduais com maior potencial de transformação em neoplasias malignas. (DANTAS DA SILVA *et al*., 2018). Em ordem decrescente de potencial de transformação maligna, são relatadas as seguintes lesões na mucosa bucal, faringeana e laringeana: leucoplasia verrucosa proliferativa, palato nicotínico em tabagistas invertidos, eritroplasia, fibrose submucosa oral, eritroleucoplasia, leucoplasia granular, queratose laríngea, queilite actínica, leucoplasia espessa, língua vermelha e lisa da síndrome de Plummer-Vinson, queratose do tabaco sem fumaça, líquen plano (formas erosivas), e leucoplasia delgada/ lisa. (NEVILLE *et al.,* 2016).

Dada a sua alta mortalidade, o diagnóstico precoce é de extrema importância. A prevenção e a antecipação do diagnóstico começam com a identificação de lesões

orais potencialmente malignas da mucosa oral e com as condições locais que promovam inflamação crônica. Portanto, tais lesões devem ser reconhecidas e tratadas adequadamente. O reconhecimento clínico e a avaliação das lesões da mucosa oral podem detectar até 99% dos cânceres bucais. (ABATI *et al*., 2020).

2.1 LESÕES POTENCIALMENTE CANCERIZÁVEIS

As principais lesões orais potencialmente malignas que podem ser encontradas na cavidade bucal são: leucoplasia verrucosa proliferativa, palato nicotínico em tabagistas invertidos, eritroplasia e fibrose submucosa oral. Algumas outras desordens consideradas potencialmente malignas como a eritroleucoplasia; leucoplasia granular; queilite actínica; leucoplasia espessa; língua vermelha e lisa da síndrome de Plummer-Vinson; queratose do tabaco sem fumaça; líquen plano (formas erosivas), e leucoplasia delgada/ lisa são condições de mais baixa prevalência. (NEVILLE *et al*., 2016).

De acordo com o último relatório do Centro Colaborador da OMS de 2020 sobre nomenclatura e classificação para o câncer bucal, a lesão liquenóide oral e o enxerto oral versus doença do hospedeiro foram incluídos nas lesões orais consideradas potencialmente malignas. (WARNAKULASURIYA *et al*., 2020).

Segundo Pindborg (1997 *apud* RUIZ, 2016), a leucoplasia é definida pela OMS como uma lesão predominantemente branca da mucosa bucal que não pode ser descrita como qualquer outra lesão definida. De acordo com Lemos Junior (2013), é caracterizada como uma placa branca com um risco aumentado de malignização. A leucoplasia é mais comum em fumantes, e, o álcool, é considerado um fator de risco independente. A leucoplasia verrucosa proliferativa, considerada um dos principais tipos de leucoplasia que tem o potencial de transformação maligna, pode ser definida como uma alteração progressiva, persistente e irreversível, caracterizada pela presença de leucoplasia múltipla que frequentemente se torna verrucosa. (WHO Collaborating Centre, 2020 *apud* WARNAKULASURIYA *et al*., 2020).

O Palato nicotínico em tabagistas invertidos apresenta-se, clinicamente, como manchas brancas e/ou vermelhas presentes no palato duro de fumantes invertidos, frequentemente coradas com nicotina. (WHO Collaborating Centre, 2020 apud WARNAKULASURIYA *et al*., 2020).

Segundo Pindborg (1997 *apud* RUIZ, 2016), a eritroplasia é definida pela OMS como uma placa vermelha ardente que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença que possa ser definida. Lemos Junior (2013) a define como uma mancha vermelha e que possui risco aumentado de malignização. No geral, se apresenta como uma lesão única. Esta condição ocorre mais raramente do que as leucoplasias, podendo variar de 0,02% a 0,83%, porém, seu risco de magnilização é mais alto.

A fibrose submucosa oral é uma doença crônica e insidiosa que afeta a mucosa oral, resultando inicialmente em perda da fibroelasticidade da lâmina própria e, à medida que a doença avança, resulta em fibrose da lâmina própria e da submucosa da cavidade oral juntamente com atrofia do epitélio acometido. (ORAL MEDICINE V.; KERR *et al*., 2011 *apud* WARNAKULASURIYA *et al*., 2020).

Por último, de acordo com Silva (2019), a quelite actínica (QA) ocorre pela exposição à luz solar por prolongado período de tempo e acomete, principalmente, o vermelhão do lábio inferior. Seus sinais clínicos podem ser caracterizados por ressecamentos dos lábios, presença de fissuras, edema, eritema, úlcera, áreas atróficas e leucoplásicas e perda dos limites da borda do lábio afetado.

Para o diagnóstico definitivo de todas estas lesões, deve-se realizar uma biópsia que pode ser incisional ou excisional, dependendo da localização e extensão da lesão e em seguida, o material deve ser analisado histopatologicamente. Em determinados casos deve ser feito um acompanhamento destas lesões por toda a vida. (MARTINS; GIOVANI; VILLALBA, 2008; VAN DE WAAL, 2010).

2.2 NEOPLASIAS MALIGNAS NA CAVIDADE ORAL

De acordo com um estudo realizado por Siciliani e Silva (2012), o CEC representa 95,6% de todos os cânceres encontrados na cavidade bucal. As demais lesões eram o carcinoma adenoide cístico, carcinoma mucoepidermóide, melanoma e linfoma. O estudo de Kignel (2020), corrobora com o estudo de Siciliani e Silva (2012), pois também afirma que o CEC é a neoplasia mais predominante na cavidade oral quando comparado com as demais lesões malignas. Além disso, os autores relataram que os sarcomas, melanomas, neoplasias malignas das glândulas salivares, dos seios maxilares e dos ossos do complexo maxilomandibular também podem ocorrer, porém de forma rara.

2.3 CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BOCA

2.3.1 Definição do CEC

O carcinoma espinocelular (CEC), também conhecido como carcinoma epidermóide, carcinoma escamocelular e carcinoma de células escamosas, trata-se da neoplasia maligna mais frequente na cavidade oral. Esta condição ocorre pela multiplicação atípica de células espinhosas do tecido epitelial e pode surgir em qualquer sítio do tegumento. (DID *et al*., 1994 *apud* MENDONÇA, 2019).

De acordo com Montenegro, Veloso e Cunha (2015), a borda lateral da língua e as tonsilas são as regiões mais afetadas. O CEC é relatado em 32% dos casos em pacientes com HPV, este vírus possui uma classificação de baixo e alto risco. Quando se fala sobre a relação do HPV com CEC, estudos apontam que os sítios da cavidade bucal mais acometidos são as tonsilas palatinas, base e borda lateral da língua. (MONTENEGRO, VELOSO E CUNHA, 2015).

Segundo Neville *et al.* (2016), nota-se que a localização anatômica da lesão, as características histopatológicas, o estadiamento clínico da doença e a saúde geral do paciente estão intimamente relacionadas à sua sobrevida. A depender do grau de diferenciação do tumor, da localização e do seu tempo de evolução, o CEC pode estar

em diferentes estágios, como: carcinoma in situ, microinvasivo ou invasivo. (KIGNEL 2020).

2.3.2 Etiologia e fatores de risco do CEC

A etiologia do CEC é multifatorial, entretanto, alguns fatores de risco para o desenvolvimento da doença devem ser observados, podendo ser um fator de origem ambiental ou hereditário. Fatores ambientais são os mais associados aos casos de câncer de boca, apresentando entre 80% a 90% de associação. O uso de cigarros, bebidas alcoólicas, radiação solar e infecção por alguns vírus são exemplos destes. Raramente os fatores hereditários são fatores etiológicos exclusivos do câncer. O envelhecimento do indivíduo pode também aumentar a suscetibilidade celular às transformações malignas devido à redução da imunidade do indivíduo, possibilitando, assim, a formação de células cancerígenas. (INCA, 2011; LEWIS *et al.,* 2015).

Desta forma, como foi citado, os fatores de risco mais evidentes são o o hábito de fumar, consumir bebidas alcoólicas, exposição ocupacional e poluentes ambientais, tais como ácido fenoxiacético e metais pesados como níquel, cromo e arsênio. Ademais, exposição à radiação solar, deficiências de vitaminas e minerais, infecções por determinadas bactérias, fungos e vírus, imunossupressão, presença de oncogenes e inativação ou mutação de genes supressores de tumor. (FERREIRA ANTUNES *et al.,* 2013; MAASLAND *et al.,* 2014; NEVILLE *et al.,* 2016). Vale ressaltar que, para Neville *et al* (2016) o risco relativo de desenvolvimento do CEC é de 15 vezes ou mais entre os usuários crônicos de fumo e álcool. Já para o risco relativo, nesses casos, é 30 vezes maior. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2021)

Comumente o tabagismo um grande fator de risco aumenta em ate 20x o risco de desenvolver a doença em comparação aos não fumantes (GUEDES; SANTANA; LELES, 2021). Segundo a American Cancer Society (2021), alguns estudos apontam que pessoas expostas indiretamente por longos períodos ao fumo também podem ter mais chances de desenvolver o câncer. A bebida também representa outro grande fator de risco que aumenta as chances de desenvolvimento da doença.

O papiloma vírus humano (HPV) tem sido correlacionado com alguns casos de CEC em boca e, em especial, na região de orofaringe. São encontrados mais frequentemente em pacientes com menos de 50 anos de idade, tem aumentado em pessoas mais jovens e que apresentam vários parceiros sexuais, independente do uso de álcool e fumo. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2021). Embora o HPV seja reconhecido há algum tempo como uma importante causa de câncer anogenital, apenas após alguns anos que foi reconhecido como causa etiológica para um subconjunto de carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço. Existem mais de 100 tipos diferentes de HPV e mais de 15 tipos possuem potencial oncogênico. No entanto, a maioria dos CECs relacionados ao HPV (mais de 90%) são causados por um único tipo de HPV, HPV-16. (MARUR *et al.,* 2010).

2.3.3 Epidemiologia do CEC

O Carcinoma espinocelular é um problema de saúde pública, e de acordo com o INCA (2021), existe uma estimativa para novos casos de câncer de boca esperados para cada ano, entre 2020 a 2022, sendo destes, 11.180 casos em homens e 4.010 casos novos em mulheres. Por isso se faz necessário que o CD saiba identificar e agir diante de uma possível lesão para evitar o diagnostico tardio e também conheça sua epidemiologia.

São diagnosticadas com CEC pessoas com uma idade média de 63 anos, sendo que cerca de ¼ dos casos acometem pessoas com idade inferior a 55 anos. O CEC é duas vezes mais comum em homens do que em mulheres e, além disso, é mais frequente em pessoas brancas. (ONCOGUIA, 2021).

Sua incidência depende de aspectos como idade, hábitos, ocupação, grupos étnicos e localização. Mesmo podendo ocorrer em qualquer área da cavidade oral, algumas áreas são mais acometidas do que outras como por exemplo, lábio inferior que representa de 25% e 40% dos CECs e assoalho de bucal, que representa cerca de 15% a 20% dos casos. (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008; ABREU *et al*., 2004).

2.4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DO CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BOCA

O CEC possui uma apresentação clínica variada e, durante a sua fase inicial, a sensibilidade dolorosa é mínima, porém o seu crescimento é acelerado. Nesta fase inicial, pode se apresentar como uma mancha branca (leucoplásica) ou vermelha (eritroplásica). Um padrão eritroleucoplásico, ou seja, uma combinação de ambas, também pode ocorrer. Nessas situações, a lesão ainda não apresenta aumento de volume ou ulceração. Em fases mais avançadas, o CEC pode se apresentar como uma lesão exofítica com ulceração central e bordos elevados, consistência endurecida à palpação ou endofítica (invasiva). Caso a lesão atinja o osso, uma radiolucidez com aspecto de “ruído de traça” com margens mal definidas poderá ser visualizada nas imagens radiográficas. (CARVALHO; DUQUE 2021; FEITOSA *et al*., 2019; MATEO-SIDRÓN ANTÓN; SOMACARRERA PÉREZ, 2015; NEVILLE *et al,* 2016).

Mateo-Sidrón Antón e Somacarrera Pérez (2015) observaram que a borda lateral e superfície ventral da língua, seguida do assoalho da boca, são os locais mais frequentes. Nos seus estágios mais avançados, alguns sintomas são sangramento, perda de dentes, dificuldade ou dor ao engolir, ao usar dentaduras, nódulos no pescoço e úlcera que não cicatriza.

Entretanto, quando se trata das suas características clínicas iniciais, as lesões de CEC podem ser facilmente confundidas com lesões benignas, podendo levar a um diagnóstico incorreto e ao retardo do início do tratamento. (LEMOS JUNIOR, 2013).

Segundo Sassi (2010 *apud* NASCIMENTO *et al.,* 2019), as lesões de CEC encontradas na boca são classificadas como ulceradas, nodulares e vegetativas. As lesões ulceradas podem se apresentar de três maneiras: (1) superficial, quando está apenas paralela ao epitélio, (2) infiltrante, quando a lesão invade os tecidos subjacentes e (3) infiltrante destrutiva, na qual, além da infiltração, há perda do tecido

e a lesão se aprofunda formando uma lesão endofítica. As lesões nodulares não expõem o epitélio, pois não são recobertas por mucosa normal. As lesões vegetativas se exteriorizam, sendo, portanto, consideradas exofíticas.

Ocasionalmente, nos estágios mais avançados, as lesões do CEC podem apresentar dor irradiante e espontânea, bem como nódulos com bordas mal delimitadas e firmementes aderidos aos tecidos subjacentes, sendo assim, sua aparência nesses casos se tornam bastante caraterísticas, facilitando o seu diagnóstico. (LEMOS JUNIOR, 2013).

2.5 DIAGNÓSTICO DO CARCINOMA ESPINOCELULAR

Carvalho e Duque (2021) afirmam que o diagnóstico precoce possui extrema importância, pois nos estágios iniciais do CEC, 90% dos casos apresentam índices de cura, e, portanto, um prognóstico favorável.

De acordo com Kignel (2020), alguns exames que auxiliam o diagnóstico do CEC são a citologia esfoliativa, teste com azul de toluidina, a biópsia que é o mais indicado e, caso a lesão tenha acometido o tecido ósseo, o principal exame complementar é a tomografia computadorizada, que irá auxiliar a visualização da extensão da lesão.

2.5.1 Biópsia como método auxiliar para o diagnóstico

A biópsia incisional é um método cirúrgico utilizado para realizar o diagnóstico do CEC e continua sendo o padrão ouro. Este procedimento consiste na remoção de um fragmento tecidual para estudo histológico. É indicada para a confirmação do diagnóstico clínico e deve ser realizada sempre que a lesão estiver presente por mais de dez dias sem sinais de regressão. Em todos os casos de suspeita de malignidade, a biópsia incisional é o método de escolha. (TOMMASI; TOMMASI, 2013).

Outras indicações para a realização de biópsia incisional são: lesões grandes (maiores do que 1 centímetros) e lesões localizadas em áreas de risco, como as próximas às estruturas nobres. A biópsia deve conter parte do tecido saudável e parte do tecido alterado a ser estudado. Ademais, deve seguir os princípios cirúrgicos passando pela anestesia local com, pelo menos, 1 centímetro de distância entre a injeção do sal anestésico e a lesão, estabilização do tecido, hemostasia, incisão e fechamento da ferida cirúrgica. O tecido retirado deve ser fixado em formol a 10% contendo 20 vezes o volume do fragmento. Vale ressaltar que uma incisão estreita e profunda é preferível em relação à incisão rasa e larga. (HUPP; ELIS III; TUCKER, 2015).

Segundo Kignel (2020), a análise histopatológica permitirá a identificação do grau de diferenciação celular do tumor e o tipo histológico, parâmetros estes que irão guiar ao plano de tratamento e o prognóstico da lesão.

O diagnóstico das lesões malignas deve contar com o sistema de estadiamento clínico e, no caso do CEC, o mais utilizado é o "TNM", sendo o "T" referente a extensão do tumor primário, “N”, presença ou ausência e a extensão de metástase em linfonodos regionais e o “M", presença ou ausência de metástase à distância. Essa maneira de dividir os casos de câncer por grupos auxilia no prognóstico e na taxa de sobrevida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL; SECRETARIA DE ATENÇÃO Á SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004)

2.5.2 Exame histopatológico

O exame histopatológico tem a finalidade de analisar microscopicamente o tecido removido para detectar o tipo de lesão presente a partir de detalhes celulares e de suas características. No caso do CEC, nota-se invasão das células epiteliais escamosas malignas no interior do tecido conjuntivo adjacente. Essa invasão é representada por uma extensão irregular do epitélio lesionado através da membrana basal para o interior do tecido conjuntivo subepitelial (NEVILLE *et al*., 2016).

A OMS (2005 *apud* LOURENÇO *et al*., 2007) classifica os tumores malignos em três tipos, de acordo com o grau de diferenciação celular, sendo (1) bem diferenciado na qual apresenta células que se assemelham com o seu padrão normal, indicando um crescimento lento e um melhor prognóstico, (2) moderadamente diferenciado, que apresenta um grau intermediário de diferenciação celular, indicando maior possibilidade de invasão das células epiteliais no tecido conjuntivo subjacente e crescimento mais acelerado, e (3) pouco diferenciado, sendo o tipo mais invasivo, pois apresenta células indiferenciadas que são imaturas e anormais e apresentam uma taxa de progressão bem mais rápida, desfavorecendo o prognóstico.

2.6 ABORDAGEM PSICOLÓGICA

De acordo com Silva e Zago (2005), na maioria das vezes, o diagnóstico de câncer está relacionado com dor, sofrimento e morte. Por isso, o momento da revelação ao paciente é delicado, devendo ser feita de forma adequada. Graner (2013) cita que além do temor da morte, o tratamento para esse tipo de lesão pode afetar funções como a fonação/ comunicação, a mastigação, a deglutição, a respiração e a interação social, gerando questões psicológicas importantes tanto para o paciente e seus familiares.

Quando o diagnóstico é dado como positivo, muitos pacientes podem sentir como se a vida estivesse chegando ao fim, e é comum que surjam mitos e fantasias no entorno do paciente sobre a sua doença e tratamento, podendo abalar não só o paciente como toda a estrutura familiar. (MELLO FILHO, 2002 *apud* FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013).

Lloyd e Bor (1996 *apud* GRANER, 2013), discorrem sobre alguns obstáculos que poderão ser encontrados pelo profissional no momento de comunicar aos

pacientes o seu diagnóstico de lesão maligna, sendo eles: sentir-se e temer ser responsabilizado; não saber como se comunicar; ficar constrangido devido às experiências anteriores; desconhecer os recursos e limitações do paciente, além de não o conhecer o suficiente; sentir-se inseguro pelas consequências que a doença poderá propiciar ao paciente; incerteza sobre o futuro e sobre o seu papel como profissional nesse momento.

2.7 ENCAMINHAMENTO E TRATAMENTO

O cirurgião-dentista, após concluir o diagnóstico, deverá encaminhar o paciente para o tratamento médico adequado, juntamente com um relatório contendo dados importantes do paciente e da lesão, tais como o estadiamento clínico da lesão, os exames de imagens realizados e o resultado da análise anatomopatológica. (KIGNEL, 2020).

A abordagem terapêutica para o CEC de boca deve ser planejada e executada por uma equipe multidisciplinar. O tratamento depende da localização do tumor e do seu estadiamento clínico. Diversas opções podem ser consideradas, tais como a excisão cirúrgica completa, quimioterapia, radioterapia ou até mesmo combinação de ambas. (NEVILLE *et.al,* 2016; SILVA, 2012).

O tratamento mais comum para esse tipo de lesão é a cirurgia e a quimioterapia, entretanto, irá depender das características da lesão e da tolerância do paciente em relação ao tratamento. Para lesões mais avançadas, é feita a associação da quimioterapia com a radioterapia e a cirurgia. No entanto, este tipo de tratamento pode diminuir significativamente a qualidade de vida do paciente devido aos seus efeitos colaterais. (MATEO-SIDRÓN ANTÓN, SOMACARRERA PÉREZ, 2015).

Segundo Guedes, Santana e Leles (2021), a detecção precoce do câncer é um fator decisivo para que haja um melhor prognóstico. Destaca-se, portanto, que os serviços de atenção primária devem fortalecer a intervenção das equipes multidisciplinares de saúde e recursos deste setor, além de identificar e organizar as necessidades de atenção à saúde em outros níveis, agilizando o tratamento para os pacientes.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se portanto, que, para realizar o diagnóstico precoce do CEC, é de suma importância que o cirurgião-dentista saiba identificar as características das lesões orais potencialmente malignas, pois estas, geralmente precedem o desenvolvimento do câncer. Uma vez identificadas estas lesões, o profissional deve realizar o tratamento ou o acompanhamento no caso das lesões que não possam ser completamente removidas. A avaliação histológica periódica, nesses casos, será necessária para avaliar o grau de displasia presente nestas lesões. Ademais, ao informar o paciente sobre o seu diagnóstico, o cirurgião-dentista deve ser cuidadoso e empático, visto que a palavra "câncer" pode assustar o paciente por estar relacionada à morte ou ao sofrimento. Além disso, o profissional deve transmitir

segurança ao paciente, saber encaminhá-lo corretamente e dar suporte ao mesmo durante toda a trajetória de tratamento.

REFERÊNCIAS

ABATI, S.; BRAMATI, C.; BONDI, S.; LISSONI, A.; TRIMARCH, M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. **Int J Environ Res Saúde Pública**, [s. l.], 8 dez. 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7764090/. Acesso em: 19 maio 2022.

ABREU, M. A. M. M.; PIMENTEL, D. R. N.; SILVA, O. M. P.; BLACHMAN, I. T.; MICHALANY, N. S.; HIRATA, C. H. **Squamous cell carcinoma of the lip:** assessment of prognostic factors. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(6):765-70. Disponível em https://www.scielo.br/j/rboto/a/4kNTFkm3wRzQMp9SwDzVJxR/?format=html&lang=en. Acesso em: 31 abr. 2022

AMERICAN CANCER SOCIETY. Risk Factors for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers. Atlanta, Ga: **American Cancer Society**; 2020. Disponível em https://www.cancer.org/cancer/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer/causes-risks prevention/risk-factors.html. Acesso em 31 abr. 2022.

CARVALHO, J. C.; DUQUE A. C. R. O papel do Cirurgião-Dentista no diagnóstico precoce do Carcinoma Espinocelular bucal. Vicosa: **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.5, p.19555-19560, 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/36151. Acesso em: 3 abr. 2022

DANTAS DA SILVA, L. G.; LIMA ALVES, M.; BATISTA SEVERO, M. L.; DUARTE DE MEDEIROS, W. K.; MIRANDA FERREIRA, A.; COSTA MIGUEL, M. C.; DANTAS DA SILVEIRA, E. J. Lesões Orais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 64, n. 1, p. 35–43, 2018. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.113. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/113. Acesso em: 29 abr. 2022. 12

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; DELLAZZANA- ZANON, L. L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, [S.l.], v.17, n.2, p. 111-129, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a09.pdf. Acesso em: 05 mai. 2022

FEITOSA, T. F. S.; SANTOS, W. B.; SARMENTO, P. B. R.; GUSMÃO, V. C. A.; PEIXOTO; F. B.; FERREIRA, S. M. S. Carcinoma espinocelular localizado em palato: Relato de caso. **RvACBO,** [s. l.] v.8, n. 3, p. 142-145, 2019. Disponível em:

http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/460. Acesso em: 31 mar. 2022

FERREIRA ANTUNES, J. L.; TOPORCOV, T. N.; BIAZEVIC, M. G. H.; BOING, A. F.; SCULLY, C.; PETTI, S. Joint and independente effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral câncer: a large case-control study. **PLoS One**, v. 8, n.7, 2013. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707956/. Acesso em: 3 de abr. 2022

GRANER, K. M**. Pacientes em processo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço:** aspectos psicológicos, percepções e expectativas. 2013. Dissertação (pós-graduação em saúde pública) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2013. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108529/000750710.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 30 set. 2021.

GUEDES, C. C. F. V.; SANTANA, R. C.; LELES, A. C. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura, **Scientia Generalis**, Patos de Minas, v. 2, n. 2, p. 166-176, 2021. Disponível em https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/175. Acesso em 30 abr. 2022.

HUPP, J. R.; ELIS III, E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea.** 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer/Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, INCA, 2011. Disponível em: (http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf). Acesso em: 30 abr.2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (BRASIL). **Câncer de boca** – versão para profissionais da saúde. Rio de Janeiro, INCA, 2021. Disponível em https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca/profissional-de-saude. Acesso em: 31 abr. 2022.

KIGNEL S. **Estomatologia**: bases do diagnóstico para o clínico geral. 3 ed. Rio de Janeiro: Santos. 2020

LEMOS JUNIOR, C. A.; ALVES, F. A.; TORRES-PEREIRA, C. C.; BIAZEVIC, M. G. H.; PINTO JUNIOR, D. S.; NUNES, F. D. Câncer de boca baseado em evidências científicas. **Rev assoc paul cir dent,** [S. l.], p. 178-185, 25 jul. 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n3/a02v67n3.pdf. Acesso em: 3 abr. 2022

LEWIS, A.; KANG, R.; LEVINE, A.; MAGHAMI, E. **The new face of head and neck câncer:** the HPV epidemic. J. Oncology, v. 29, n.9, p.616-626, 2015. Disponível em https://www.cancernetwork.com/view/new-face-head-and-neck-cancer-hpv-epidemic Acesso em: 26 mar. 2022

LOURENÇO, S. Q. C.; LEITE, A. F.; CAMISASCA, D. R.; LINDENBLATT, R. C.; BERNARDO, V. C. Classificações Histopatológicas para o Carcinoma de Células Escamosas da Cavidade Oral. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], 11/2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/285764819_Classificacoes_Histopatologicas_para_o_Carcinoma_de_Celulas_Escamosas_da_Cavidade_Oral_Revisao_de_Sistemas_Propostos. Acesso em: 30 abr. 2022.

MAASLAND, D. H.; BRANDT, P. A. V. D.; KREMER, B.; GOLDBOHM, R. A.; SCHOUTEN, L. J. Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of subtypes of head-neck câncer: results from the Netherlands Cohort Study. **BMC Cancer**, v.14, p. 187, 2014. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4004328/. Acesso em: 30 abr. 2022.

MARTINS, R. B.; GIOVANI, E. M.; VILLALBA, H. **Lesões cancerizáveis na cavidade bucal.** Revista do instituto de ciências da saúde, São Paulo,v. 26, n. 4, p. 467-476, 2008. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1748.pdf. Acesso em: 15 abr. 2022.

MARUR, S.; D'SOUZA, G.; WESTRA, W. H.; FORASTIERE, A. A. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. **Lancet Oncol**, London UK, v. 8, n. 11, p. 781-789, ago. 2010. ISSN 1470-2045 online. DOI 10.1016/S1470-2045(10)70017-6. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5242182/pdf/nihms841866.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

MATEO- SIDRÓN ANTÓN, M. C.; SOMACARRERA PÉREZ, M. L. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revición de la literatura. **Avances en odontoestomatología**, [S. l], v. 31, n. 4, p. 247-249, 2015. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original1.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.

MENDONÇA, D. W. R.; CONCEIÇÃO, H. C.; LIMA, G. G.; ARAÚJO, M. F.; CABRAL, L. N.; PINHEIRO, T. N. Carcinoma espinocelular em assoalho bucal: relato de caso. **Arch Health Invest**, [s. l.], 4 jun. 2020. DOI https://doi.org/10.21270/archi.v8i11.4375. Disponível em: https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4375. Acesso em: 21 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL; SECRETARIA DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **TNM**: classificação de tumors malignos. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 6 ed. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf. Acesso em: 27 abr. 2022.

MONTENEGRO, L.; VELOSO, H.; CUNHA, P. Papiloma vírus humano como fator carcinogênico e co-carcinogenico do câncer oral e da orofaringe. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v.23, n. 67, p. 217-225, out./nov. 2015. Disponível em:

http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/834/764. Acesso em: 04 abr 2022.

NASCIMENTO, C. G.; LÉU, E.; GAMA, M. N.; MARCHI, L. F. M. **Carcinoma espinocelular de boca:** Relato de caso e avaliação dos fatores de risco. [S. l.] [s. n.] [ca. 2019]. E-book. Disponível em: https://www.conicsemesp.org.br/anais/files/2019/1000003013.pdf. Acesso em: 23 mar. 2022.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J. E**. Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ed. p. 303-372, Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

ONCOGUIA. **Estatísticas para o câncer de boca e orofaringe**. ONCOGUIA, 2021. Disponível em http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estatistica-para-cancer-de-boca e-orofaringe/7427/278/. Acesso em: 31 abr. 2022

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia oral:** correlações clinico patológicas. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier;2008.

RUIZ, F. V. R.; NAI, G. A. Leucoplasia bucal – que lesão é esta?. **Revistas Unoeste,** Presidente Prudente, v. 8, n. 2, p. 37-45, maio./ago. 2016. Disponível em: https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1327/1709. Acesso em: 27 abr. 2022.

SANTOS, I. V.; ALVES, T. D. B.; FALCÃO, M. M. L.; FREITAS, V. S. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. **Odontol. Clín.-Cient**., [s. l.], 22 fev. 2011. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882011000300003. Acesso em: 3 abr. 2022.

SANT”ANA, L. G.; RIBEIRO, A. B.; FORTES, C. V.; BARBOSA DE LACERDA, A.; RIBEIRO, A. B. A Importância do Conhecimento dos Fatores de Risco e do Diagnóstico Precoce na Prevenção do Desenvolvimento do Câncer Bucal: Uma Revisão de Literatura.**JNT- FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL. QUALIS B1**. 2021. Ed. 25. V. 1. Págs. 123-142. Disponível em: https://jnt1.websiteseguro.com/index.php/JNT/article/view/956. Acesso em: 29 abr 2022

SARAIVA SANTOS, J. C.; ROCHA, C. E. M. C.; COSTA, R. E. A. R.; PINTO, E. S. S.; ALMEIDA, A. L. R. B.; TELES, J. B. M.; NOGUEIRA, L. T.; SOARES PINTO, L. S. Avaliação Clínico-epidemiológica de Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas Oral. **Revista Brasileira de Cancerologia,** [s. l.], 15 fev. 2022. DOI doi: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1584. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1584. Acesso em: 13 abr. 2022.

SAVEDRA, T. L. **Cuidado do paciente com câncer bucal no ensino odontológico:** Contribuições para o ensino e a aprendizagem de competências de

humanização. UFRGS: Lume repositório digital. [s. l.], 2021. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/231625. Acesso em: 13/03/2021

SICILIANI, C. C.; SILVA, D. E. M. Neoplasias malignas da cavidade bucal: levantamento dos pacientes diagnosticados ou tratados em um hospital de referência de Porto Alegre- RS. **Revista da graduação**, Porto Alegre, v.5, n.2, 2012. Disponivel em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/iberoamericana/N%C3%83%C6%92O%20https:/www.scimagojr.com/index.php/graduacao/article/view/12438. Acesso em: 27 abr. 2022.

SILVA, L. V. O. **Queilite actínica e carcinoma de células escamosas de lábio:** um estudo multicêntrico. 2019. Dissertação (Programa de Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/31144. Acesso em: 2 abr. 2022.

SILVA, M. F. A. **Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço após radioterapia**. Campina Grande: UEPB; 2012. Disponivel em: https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/2203. Acesso em: 23 fev 2022.

SILVA, V. C. E.; ZAGO, M. M.F. A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes**. Revista Brasileira de Enfermagem**. E-book. 2005, v. 58, n.4, p. 476-480. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/9rLpJV6ksPffgXgc9DKzrGh/?lang=pt#. Acesso em: 01 out. 2021.

TOMMASI, A. F.; TOMMASI M. H. M**. Diagnóstico em Patologia bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders oh the oral and oropharyngeal mucos; terminology, classification and presente concepts of management. **Oral Oncol** 2010; 46(6): 423-5.

WARNAKULASURIYA, S.; OMAR KUJAN, O.; M AGUIRRE-URIZAR, J.; V BAGAN, J.; GONZÁLEZ-MOLES, M. Á.; R KERR, A.; LODI, G.; WEBER MELLO, F.; MONTEIRO, L.; OGDEN, G. R.; SLOAN, P.; W. JOHNSON, N. Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer. **Oral diseases**, [s. l.], 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13704#. Acesso em: 19 mai 2022.