

Do diagnóstico a cura: O papel do Cirurgião-Dentista no tratamento do câncer de boca

From diagnosis to cure: The role of the Dentist in the treatment of oral cancer

Del diagnóstico a la curación: El papel del Odontólogo en el tratamiento del cáncer bucal

Recebido: 28/05/2021 | Revisado: 06/06/2021 | Aceito: 09/06/2021 | Publicado: 23/06/2021

Katlyn Djéssi Silva Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1479-0624>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: katlynandrade.04@gmail.com

Carlos Aragão Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5746-3629>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: juniorcarn97@hotmail.com

Renan Ribeiro Benevides

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7441-9937>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: renanbenevidess@gmail.com

Ariana Vasconcelos Aragão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8714-8002>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: arianaaragao4@hotmail.com

Denise Hélen Imaculada Pereira de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6020-2374>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: denisehelen2011@hotmail.com

Filipe Nobre Chaves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6345-8156>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: filipenobrechaves@hotmail.com

Larissa Pereira de Ponte Amadei

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2680-589X>
Setor de Radioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Brasil
E-mail: Larissa.amadei@uol.com.br

Marcelo Bonifácio da Silva Sampieri

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7942-6642>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: mar_sampieri@hotmail.com

Resumo

O carcinoma de células escamosas (CEC) é uma neoplasia maligna de origem epitelial que pode acometer toda as vias áreas e digestivas superiores, desde a cavidade oral até o final da região orofaríngea. O cirurgião-dentista exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e ao realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas. Objetivo: relatar um caso de carcinoma de células escamosas, destacando o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce da lesão e durante o tratamento oncológico. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, melanoderma, 64 anos, compareceu ao ambulatório de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará Campus Sobral, com a queixa principal de incomodo da prótese. O exame clínico intraoral revelou uma lesão nodular, coloração eritroleucoplásica, consistência fibrosa, localizada no palato mole, medindo cerca de 3 cm em seu diâmetro. Considerações finais: o diagnóstico precoce do câncer de boca pode nortear um manejo terapêutico adequado e, conseqüentemente, promover um prognóstico favorável.

Palavras-chave: Câncer bucal; Câncer oral; Neoplasia bucal.

Abstract

Squamous cell carcinoma (SCC) is a malignant neoplasm of epithelial origin that can affect the entire upper digestive and airways, from the oral cavity to the end of the oropharyngeal region. The dentist plays a major role in preventing oral cancer, especially when acting at the levels of primary and secondary prevention, by proposing actions that facilitate the recognition of individuals belonging to the risk group and by performing practices that seek to diagnose

injuries early suspicions. Objective: Report a case of squamous cell carcinoma, highlighting the role of the dentist in the early diagnosis of the lesion and during cancer treatment. Case report: A 64-year-old female patient, melanoderma, attended to the Dentistry Clinic of the Federal University of Ceará - Campus Sobral, with the main complaint of discomfort caused by prosthesis. The intraoral clinical examination revealed a nodular lesion with erythroleucoplasic color and fibrous consistency, located on the soft palate, measuring about 3 cm in diameter. Final considerations: The early diagnosis of oral cancer can provide an adequate therapeutic management and, consequently, a better prognosis.

Keywords: Oral cancer; Cancer of mouth; Mouth neoplasm.

Resumen

El carcinoma escamocelular (CEC) es una neoplasia maligna de origen epitelial que puede afectar a todo el aparato digestivo superior y las vías respiratorias, desde la cavidad bucal hasta el final de la región orofaríngea. El odontólogo juega un papel primordial en la prevención del cáncer bucal, especialmente cuando actúa en los niveles de prevención primaria y secundaria, proponiendo acciones que faciliten el reconocimiento de las personas pertenecientes al grupo de riesgo y realizando prácticas que buscan diagnosticar las lesiones en estadio precoz. Objetivo: reportar un caso de CEC, destacando el papel del odontólogo en el diagnóstico precoz de la lesión y durante el tratamiento del cáncer. Caso clínico: Paciente de sexo femenino, melanoderma, 64 años, que acudió al ambulatorio de la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Ceará Campus Sobral, con el principal síntoma de malestar de la prótesis. El examen clínico intraoral reveló una lesión nodular, de color eritroleucoplásica, de consistencia fibrosa, localizada en el paladar blando, de unos 3 cm de diámetro. Consideraciones finales: el diagnóstico precoz del cáncer bucal puede orientar un adecuado manejo terapéutico y, en consecuencia, promover un pronóstico favorable.

Palabras clave: Cáncer bucal; Cáncer oral; Neoplasia bucal.

1. Introdução

O carcinoma de células escamosas (CEC) é uma neoplasia maligna de origem epitelial que pode acometer toda as vias áreas e digestivas superiores, desde a cavidade oral até o final da região orofaríngea (Franco et al., 1989). O surgimento dessas lesões são, geralmente, correlacionadas com a ingestão do álcool e do tabaco juntamente com a predisposição genética do paciente. Além disso, a radiação solar pode ser um grande potencializador dessas neofomações malignas no caso do câncer de lábio, tal como hábitos alimentares deletérios (Marchioni, 2003). Ademais, a literatura vem demonstrando que o risco de desenvolvimento do carcinoma de celular escamosas tem forte relação com a presença do papiloma vírus humano (HPV) nos casos de lesões em orofaringe (Wolff, Follmann & Nast, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi implementada em 2004 no Brasil e a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal são prioridades nesta política (Pucca, Gabriel, Araujo & Almeida, 2015). Em 2018, no Brasil, a prevalência do câncer oral e orofaríngeo foi de 3,5% entre todos os tipos de câncer registrados no país, acometendo 10,86 a cada 100.000 homens e 3,28 a cada 100.000 mulheres (INCA, 2017). Sugere-se que, com a implementação dos centros especializados em odontologia houve um aumento no diagnóstico de câncer bucal que pode impactar positivamente não apenas no acesso ao diagnóstico precoce, mas também no tratamento do câncer em hospitais, uma vez que os dentistas especialistas são responsáveis pelos encaminhamentos para o tratamento oncológico (Almeida, et al., 2012; Torres, Angelim, Melo, Lemos & Oliveira, 2012).

Os cânceres de cavidade oral podem ser tratados com radiação, cirurgia ou terapia combinada. Ademais, a quimioterapia também é utilizada concomitantemente com a radioterapia, sendo mais indicada em estágios mais avançados (III e IV) (Cooper, et al., 2004). A terapia com uma única modalidade é geralmente para os estágios iniciais (I e II) e nos demais estágios adequados (III) e a terapia combinada é para tumores mais avançados (Cunha, Prass & Hugo, 2019). Tumores esses que são distinguidos pela classificação TNM, onde “T” é o tamanho do tumor, “N” é o envolvimento de linfonodos e “M” metástases à distância. E de acordo com a classificação TNM são alocados em estágios, sendo estágio I tumor restrito a uma parte do corpo sem envolvimento linfático; II como tumor localmente avançado com envolvimento linfático; III tumor localmente avançado, espalhado por mais de um tecido e causando comprometimento linfático e IV tumor com metástase à

distância espalhado para outros órgãos ou todo o corpo (Huang & O'Sullivan,2017). A radioterapia vem se demonstrando igualmente eficaz no tratamento precoce ou inicial de doenças em comparação à cirurgia. A escolha do tipo de tratamento deve ser baseada e ponderada por meio de fatores como: a preferência do paciente, a qualidade de vida, custo, conveniência e adesão do paciente (Genden, et al.,2010).

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de carcinoma de células escamosas em região de palato mole bem como debater acerca da importância do diagnóstico precoce e discutir sobre o melhor manejo para o tratamento do paciente acometido por uma neoplasia maligna em região oral.

2. Metodologia

Este artigo trata-se de um estudo intervencional com observação do paciente pré, trans e pós tratamento oncológico. O estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mesmo sendo um relato de caso. Os preceitos éticos estabelecidos, segue-se os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Para tanto, o paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido dando a sua anuência para realização do tratamento e publicação dos resultados. Os autores comprometem-se manter os dados do paciente em sigilo.

3. Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 64 anos, agricultora, natural e residente em Pacujá - Ceará, compareceu ao ambulatório da Clínica Integrada I da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Ceará Campus Sobral (UFC) em fevereiro de 2019, com a queixa principal de desconforto da prótese. Durante anamnese a paciente relatou ser ex-fumante. O exame físico intraoral revelou uma lesão nodular, de coloração eritroleucoplásica, consistência fibrosa, localizado no palato mole, medindo cerca de 3cm em seu diâmetro (Figure 1). Considerando a aparência clínica e o histórico do paciente, chegou-se a uma hipótese diagnóstica de carcinoma de células escamosas. Uma biópsia incisiva foi realizada sob anestesia local. Através do exame histopatológico, observaram-se fragmentos de neoplasia maligna de origem epitelial, caracterizada por proliferação de células atípicas dispostas em lençóis e ninhos de tamanhos variados, que invadem o tecido conjuntivo subjacente.

O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado (Figures 2 e 3).

A paciente foi encaminhada ao serviço de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. A neoplasia classificada como T3N0M0 (estágio III), baseada no critério de classificação *TNM* de câncer de boca da American Joint Committee for Cancer Staging (UICC/AJC). A terapêutica instituída foi de radioterapia e quimioterapia concomitantemente. O tratamento radioterápico foi hiperfracionado em 35 sessões, com uma dose diária de 2Gy, totalizando 70Gy ao final do tratamento. Na quimioterapia foi submetido a ciclos de cisplatina 42mg em 1000ml SF 0,9% EV e manitol 20% 100ml EV em Y semanal.

A paciente foi acompanhada durante todo o tratamento oncológico, pelo setor de estomatologia da Universidade Federal do Ceará. Nesse decorrer de tempo, a paciente apresentou mucosite grau 3 (Figure 4), baseado na classificação da OMS. Com o objetivo de acelerar a cicatrização e diminuir a dor causada pela lesão foi realizada a laserterapia de baixa intensidade semanalmente até a cicatrização total das lesões.

Seguindo o protocolo da faculdade foi aplicado o laser de baixa potência da marca DMC Therapy XT (São Carlos/SP, Brazil) utilizando a tecnologia vermelha para prevenção das lesões, com comprimento de onda de 660nm +/- 10nm, diâmetro da fibra 600µm, spot 0,0028cm², dose de irradiação de 1J/cm², potência de 100mW, tempo de aplicação de 10s por ponto em toda a cavidade oral, exceto onde se encontra o tumor primário. Com aplicação semanal de 24 pontos, sendo 3 pontos na

maxila, 3 na mandíbula, 6 na mucosa jugal (bilateral), 4 no dorso da língua, 2 no assoalho da boca e 6 em lábio superior e inferior (fig.5). E para cicatrização da mucosite já instalada utilizou-se a tecnologia infravermelha, com comprimento de onda de 808nm +/- 10nm com a dose de irradiação de 4J/cm² sobre as lesões.

Além da mucosite, a paciente desenvolveu candidíase pseudomembranosa na mucosa jugal bilateral, língua, palato (fig. 6) e quelite angular, o qual foi tratado com nistatina na concentração de 1:100.000, 10ml de 6 em 6 horas por duas semanas.

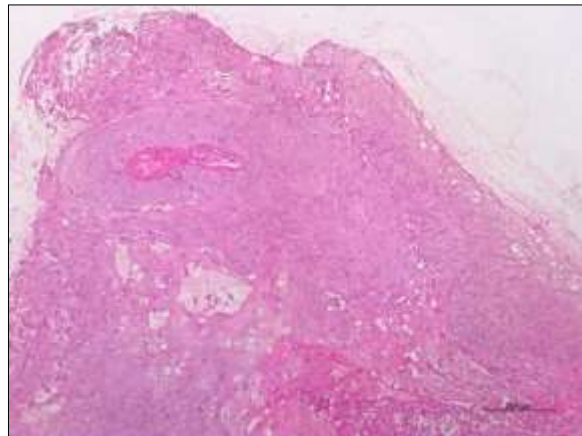
Com a prevenção e o tratamento das lesões decorrentes da radioterapia e quimioterapia, a paciente prosseguiu com seu tratamento oncológico, até a remissão total da lesão (Figure 7), sem dor na cavidade oral, se alimentando normalmente, resultando em um evidente aumento da sua qualidade de vida.

Figura 1: Aspecto clínico da lesão no palato mole.



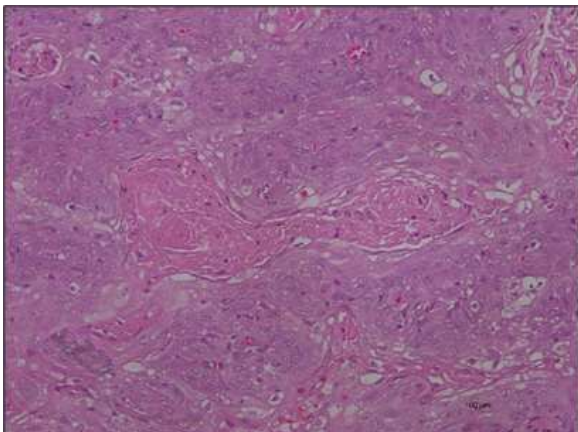
Fonte: Autores.

Figura 2: Aspecto histopatológico da lesão maligna moderadamente diferenciada (HE, 10X1).



Fonte: Autores.

Figura 3: Ninho de células tumorais com região central de perola de ceratina (HE, 20X3).



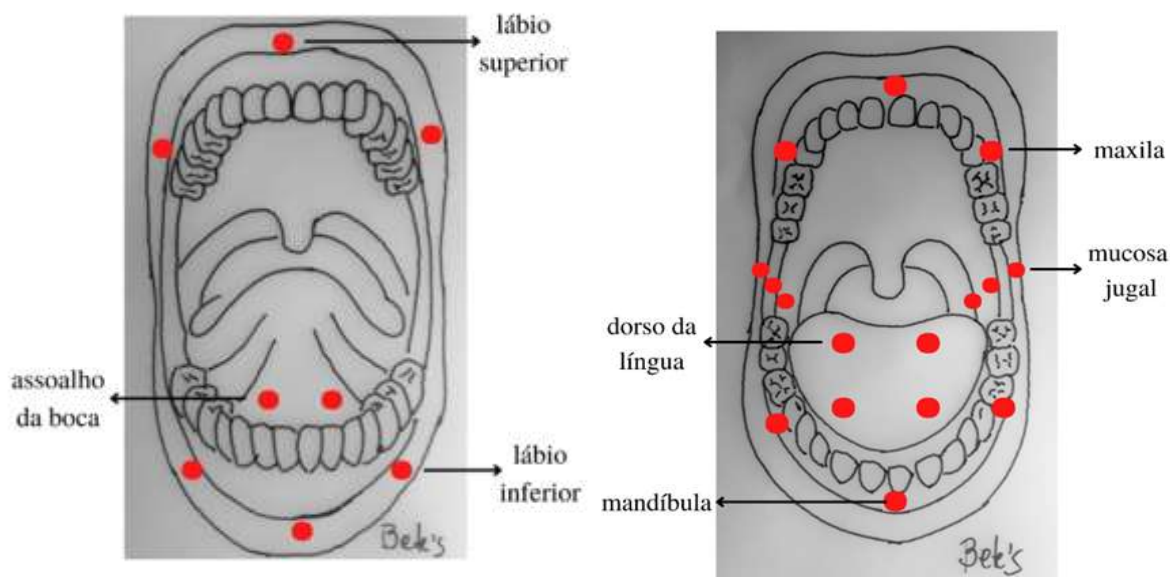
Fonte: Autores.

Figura 4: Mucosite grau 3 na mucosa jugal e palato.



Fonte: Autores.

Figura 5: Ilustração dos pontos da aplicação do laser vermelho.



Fonte: Autores.

Figura 6: Candidíase pseudomembranosa na língua.



Fonte: Autores.

Figura 7: Pós operatório de 1 ano e meio com a remissão total da lesão.



Fonte: Autores.

4. Discussão

A base do tratamento para o CEC geralmente é a cirurgia, já a radioterapia com ou sem quimioterapia, geralmente, é empregada em três situações: a) adjuvante à cirurgia primária para melhorar o controle loco-regional para casos com características patológicas desfavoráveis, b) tratamento primário para casos incapazes de tolerar ou inadequados para cirurgia, e c) tratamento de resgate no cenário de doença persistente ou recorrente (Bessell, et al.,2011). No presente relato a paciente foi tratada, com quimioterapia e radioterapia, poupando-a, assim, de uma mutilação decorrente do procedimento cirúrgico no palato, visto também que as lesões malignas necessitam de uma margem de segurança durante sua remoção (Neville, 2016).

De acordo com o relatório atualizado da Meta-Análise de Quimioterapia em Câncer de Cabeça e Pescoço, publicado em 2009, o uso de quimioterapia em adição à terapia local definitiva (neste caso, radiação) melhorou a sobrevida com um benefício absoluto de 6,5% na sobrevida de cinco anos (Pignon, le Maître, Maillard, Bourhis & MACH-NC, 2009). No paciente estudado foram realizadas 35 sessões de radioterapia associado à quimioterapia sendo, este, um protocolo efetivo ao paciente a ponto de observar-se a regressão completa da lesão.

Segundo as normas do CFO (Art. 48) o cirurgião dentista não tem a competência de tratar as neoplasias malignas, cabendo ao médico oncologista tratá-las, no entanto, isto não impede o cirurgião dentista de realizar o seu diagnóstico, acompanhar e tratar os efeitos colaterais que envolvam o sistema estomatognático do paciente, principalmente os efeitos radioterápicos, tão impertinentes aos acometidos (CFO, 2005). Justamente este artigo traz tal acompanhamento, desde o diagnóstico da lesão, passando pelo tratamento oncológico (radioterapia e quimioterapia) até a sua remissão. Todas estas etapas foram acompanhadas no ambulatório de estomatologia da UFC-Sobral.

No caso apresentado, a paciente possuía uma neoplasia classificada como T3N0M0 (estágio III), onde o T significa o tamanho da lesão (neste caso estamos diante de um tumor com mais de quatro centímetros de extensão), a letra “N” por sua vez, compreende o acometimento dos linfonodos, “N0” (significa que não há metástase à linfonodos regionais), já a letra “M” indica a presença de metástase à distância (no caso a graduação zero, representa a sua ausência) (Patel & Shah, 2005). O prognóstico para este tipo de estadiamento foi favorável visto que não houve disseminação da lesão aos linfonodos próximos, assim como não houve metástase em outra parte do corpo. No que diz respeito à avaliação global da previsão para o câncer, pode-se resumir em três categorias de crescimento e gravidade: 'localizada', 'regional' e 'metástase'. Os tumores em um estágio localizado (T1 ou T2, N0, M0) têm um prognóstico relativamente bom com uma sobrevida de cinco anos de 72,2% em 115 casos (Lambert, Sauvaget, de Camargo & Sankaranarayanan, 2011).

Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia no tratamento de neoplasias malignas podem ser desencadeadores de complicações que devem ser atentadas no paciente (Specht, 2002; Bensadoun, Magné, Marcy & Demard, 2001). O acompanhamento multidisciplinar do paciente deve ocorrer antes, durante e depois do tratamento oncológico. Em relação à odontologia todos os focos infecciosos em boca devem ser tratados antes de começar o tratamento antineoplásico, seja uma cárie, uma doença periodontal ou um dente necrosado.

Um problema muito comum é a mucosite. Seu início ocorre durante a primeira e segunda semana de tratamento, decorrente de um dano celular direto da radiação ionizante (SPECHT, 2002). Em relação a classificação são cinco graus de acordo com o sistema de graduação da Organização Mundial da Saúde: grau 0 indica ausência de mucosite; grau I presença de úlcera indolor, eritema ou sensibilidade leve; grau II presença de eritema doloroso, edema, ou úlceras que não interferem na habilidade do paciente em alimentar-se; grau III úlceras confluentes que interferem na capacidade do paciente em ingerir alimentos sólidos; e grau IV sintomas tão severos que o paciente requer suporte enteral ou parenteral (Bensadoun, Magné, Marcy & Demard, 2001). Neste sentido a paciente do caso relatado enquadra-se na mucosite grau III (Figura 4). Uma das modalidades de tratamento para a mucosite induzida tanto pelo tratamento antineoplásico é a utilização do laser de baixa potência (He, Zhang, Shen, Wu & Sun, 2017; Bensadoun & Nair, 2012). Segundo a literatura, a efetividade do laser de baixa potência sobre a mucosite está relacionada com a biomodulação tecidual, resultando em uma diminuição de danos, reparação e efeitos analgésicos (He, Zhang, Shen, Wu & Sun, 2017; Bensadoun & Nair, 2012).

Este problema veio a surgir no presente caso, visto a associação do tratamento quimioterápico e radioterápico ter grande chance de induzir a mucosite. Estima-se que a mucosite quimioinduzida varia de 40 a 76% para pacientes tratados com quimioterapia padrão e de alta dose, respectivamente, entre os pacientes que recebem radioterapia na região de cabeça e pescoço, praticamente todos (entre 90 e 97%) desenvolverão algum grau de mucosite (Bjordal, et al., 2011; Parulekar,

Mackenzie, Bjarnason & Jordan, 1998). É sabido a eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite, visto evidências científicas comprovando o efeito benéfico da utilização do laser de baixa intensidade para tratamento da mucosite oral, segundo a literatura, como efeitos primários, possui um estímulo aos tecidos através de efeitos bioquímicos fotoinduzidos que geram ATP, estimulam a angiogênese, vasodilatação, drenagem linfática, diminuem o estresse oxidativo, alteram o limiar de dor, diminuem o edema e podem influenciar o processo de cura. Além disso, efeitos secundários podem diminuir a quantidade de citocinas pró-inflamatórias como COX-2, IL-1b e IL-6, estimular a síntese de endorfinas endógenas (B-endorfina) e consequentemente reduzindo a inflamação, resposta imune e dor (Choung, et al., 2019; Sierra, et al., 2015).

Baseando-se nestas evidências o laboratório de estomatologia da UFC-Sobral elaborou um protocolo de aplicação preventiva e curativa utilizando o laser que foi seguido no presente caso relatado, consiste na aplicação do laser de baixa potência da marca DMC Therapy XT (São Carlos/SP, Brazil) utilizando a tecnologia vermelho para prevenção das lesões, com comprimento de onda de 660nm +/- 10nm, diâmetro da fibra 600µm, spot 0,0028 cm², dose de irradiação de 1J/cm², potência de 100mW e tempo de aplicação de 10s por ponto em toda a cavidade oral, exceto onde se encontra o tumor primário. Com aplicação semanal de 24 pontos, sendo 3 pontos na maxila, 3 na mandíbula, 6 na mucosa jugal (bilateral), 4 no dorso da língua, 2 no assoalho da boca e 6 em lábio superior e inferior. E para cicatrização da mucosite já instalada utilizou-se a tecnologia infravermelha, com comprimento de onda de 808nm +/- 10nm com dose de irradiação de 4J/cm² sobre as lesões. Estes métodos comprovaram-se efetivos, conseguindo-se assim rápida remissão da mucosite grau III (Figure 4) para a mucosite grau I (fig. 6).

Na literatura trabalhos foram desenvolvidos, assim como este, com acompanhamento, desde a descoberta, até a completa remissão da lesão (Nakahara, Kitamura & Shirasuna, 1995; Bhullar, et al., 2012; Hirota, Migliari & Sugaya, 2021). Esta metodologia de tratamento permite uma melhor sobrevida do paciente e uma redução de incomodo certamente gerado decorrente do tratamento oncológico, no que se refere a mucosite. A xerostomia, foi mais um dos efeitos colaterais do tratamento oncológico encontrado no presente caso. A utilização de saliva artificial como medida auxiliar para problemas de xerostomia é confirmada em uma revisão sistemática publicada em 2019 (Assery, 2019). Este tratamento foi usado no presente caso com bom resultado.

Na radioterapia ocorre a transposição das glândulas salivares pela radiação ionizante, afetando a qualidade e a quantidade do fluxo salivar (para essa condição é usado o termo xerostomia, que significa sensação subjetiva de boca seca - é um sintoma associado, ou não, à baixa ou nenhuma produção de saliva pelas glândulas salivares) (Assery, 2019). Além da xerostomia, foram encontrados ainda, sintomas e sinais decorrentes da mesma tais como, lábios secos, sensação de ardência na língua, presença de placa bacteriana na língua, mau hálito, irritação na garganta, dificuldade para falar e deglutir. Estudos comprovam que o efeito paliativo de soluções artificiais similares à saliva apresenta efeitos benéficos para xerostomia, mesmo sem tratar a causa da hipofunção salivar. As funções salivares de umidificar e lubrificar podem ser imitadas, trazendo benefícios aos pacientes (Pinna, Campus, Cumbo, Mura & Milia, 2015). Assim, o tratamento foi feito à base de saliva artificial bochechada três vezes ao dia, antes das refeições, pois se comprova efetiva na redução dos sinais e sintomas da xerostomia (Pinna, Campus, Cumbo, Mura & Milia, 2015). Além disso, é importante recomendar a ingestão de 2 litros de água por dia, melhorar a higiene oral, evitar o consumo de bebidas alcoólicas e alimentos condimentados.

Um microorganismo comum na cavidade oral é a *C. albicans*, é um agente comensal na flora oral de indivíduos saudáveis. O desenvolvimento da candidíase oral surge como resultado de um desequilíbrio entre a virulência fúngica e fatores de defesas do hospedeiro. Fatores coadjuvantes para desenvolvimento desta condição são boca seca, usuários de tabaco, pacientes que fazem uso sistêmico e local de esteroides e antibióticos e pacientes submetidos a tratamento com a utilização de radioterapia em região de cabeça e pescoço (Bensadoun, Patton, Lalla & Epstein, 2011). A paciente relatada veio a desenvolver

o quadro de candidíase oral. Visto isso, e tendo como medicamento comprovadamente eficaz contra lesões de caráter fúngico a Nistatina (Fang, Huang & Ding, 2019), o tratamento foi baseado na prescrição de um frasco de Nistatina aplicado 2 vezes ao dia durante 15 dias nas regiões de comissura labial, observando, assim, a regressão a proliferação fúngica.

Pessoas acometidas com câncer de cabeça e pescoço podem apresentar uma alteração da função de deglutição identificada nesse grupo de pacientes chamada de disfagia mecânica. Alguns sintomas resultam diretamente do câncer e, portanto, podem estar presentes antes do início do tratamento³³. Segundo a literatura, a utilização de soluções contendo substâncias com certo poder anestésico é benéfica para estes pacientes, visto reduzir os sintomas dolorosos e auxiliar, por exemplo, no incômodo que é a deglutição (Dedivitis & Arakawa, 2017). Neste caso, em relação ao incômodo da dor ao engolir foi prescrito Flugoral Spray com a indicação de aplicar ao se alimentar ou em momentos de dor espontânea³³. Foi prescrito também, dipirona sódica na intenção de reduzir os sintomas dolorosos.

5. Considerações Finais

O câncer de boca constitui um problema de saúde pública mundial. O cirurgião-dentista exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco, ao realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas e fornecendo suporte durante o tratamento oncológico, melhorando a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Portanto, o diagnóstico precoce assim como o acompanhamento integral do paciente pode nortear um manejo terapêutico adequado e, conseqüentemente, promover um prognóstico favorável.

Mais trabalhos mostrando a importância do cirurgião-dentista durante o tratamento oncológico são necessários.

Referências

- Almeida, F. C. S. D., Cazal, C., Pucca Júnior, G. A., Silva, D. P. D., Frias, A. C., & Araújo, M. E. D. (2012). Reorganization of secondary and tertiary health care levels: impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil. *Brazilian dental journal*, 23(3), 241-245. 10.1590/s0103-64402012000300010.
- Assery M. (2019). Efficacy of Artificial Salivary Substitutes in Treatment of Xerostomia: A Systematic Review. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 11(Suppl 1), S1-S12. 10.4103/jpbs.JPBS_220_18.
- Bensadoun, R. J., Magné, N., Marcy, P. Y., & Demard, F. (2001). Chemotherapy-and radiotherapy-induced mucositis in head and neck cancer patients: new trends in pathophysiology, prevention and treatment. *European archives of oto-rhino-laryngology*, 258(9), 481-487. 10.1007/s004050100368.
- Bensadoun, R. J., & Nair, R. G. (2012). Low-level laser therapy in the prevention and treatment of cancer therapy-induced mucositis: 2012 state of the art based on literature review and meta-analysis. *Current opinion in oncology*, 24(4), 363-370. 10.1097/CCO.0b013e328352eaa3.
- Bensadoun, R. J., Patton, L. L., Lalla, R. V., & Epstein, J. B. (2011). Oropharyngeal candidiasis in head and neck cancer patients treated with radiation: update 2011. *Supportive Care in Cancer*, 19(6), 737-744. 10.1007/s00520-011-1154-4.
- Bessell, A., Glenny, A. M., Furness, S., Clarkson, J. E., Oliver, R., Conway, D. I., Macluskey, M., Pavitt, S., Sloan, P., & Worthington, H. V. (2011). Interventions for the treatment of oral and oropharyngeal cancers: surgical treatment. *The Cochrane database of systematic reviews*, (9), CD006205. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006205.pub3>.
- Bjordal, J. M., Bensadoun, R. J., Tunèr, J., Frigo, L., Gjerde, K., & Lopes-Martins, R. A. (2011). A systematic review with meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLL) in cancer therapy-induced oral mucositis. *Supportive Care in Cancer*, 19(8), 1069-1077. 10.1007/s00520-011-1202-0.
- Bhullar, R. P. K., Bhullar, A., Vanaki, S. S., Puranik, R. S., Sudhakara, M., & Kamat, M. S. (2012). Primary melanoma of oral mucosa: A case report and review of literature. *Dental research journal*, 9(3), 353-356.
- Choung, H. W., Lee, S. H., Ham, A. R., Lee, N. R., Kim, B., Pang, K. M., ... & Lee, J. H. (2019). Effectiveness of low-level laser therapy with a 915 nm wavelength diode laser on the healing of intraoral mucosal wound: an animal study and a double-blind randomized clinical trial. *Medicina*, 55(8), 405. Doi:10.3390/medicina55080405.
- Conselho Federal de Odontologia, Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia (2005).
- Cooper, J. S., Pajak, T. F., Forastiere, A. A., Jacobs, J., Campbell, B. H., Saxman, S. B., & Fu, K. K. (2004). Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*, 350(19), 1937-1944. 10.1056/NEJMoa032646.

- Cunha, A. R. D., Prass, T. S., & Hugo, F. N. (2019). Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy. *Cadernos de saude publica*, 35, e00014319. 10.1590/0102-311X00014319.
- DA SILVA, L. F., & AS, B. (2017). Ministério Da Saúde Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva.
- Dedivitis, R. A., Santoro, P. P., & Arakawa-Sugueno, L. (2017). *Manual prático de disfagia*. Thieme Revinter Publicações LTDA.
- Fang, J., Huang, B., & Ding, Z. (2021). Efficacy of antifungal drugs in the treatment of oral candidiasis: A Bayesian network meta-analysis. *The Journal of prosthetic dentistry*, 125(2), 257–265. Doi.org/10.1016/j.prosdent.2019.12.025.
- Franco, E. L., Kowalski, L. P., Oliveira, B. V., Curado, M. P., Pereira, R. N., Silva, M. E., & Torloni, H. (1989). Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *International journal of cancer*, 43(6), 992-1000. 10.1002/ijc.2910430607.
- Genden, E. M., Ferlito, A., Silver, C. E., Takes, R. P., Suárez, C., Owen, R. P., & Rinaldo, A. (2010). Contemporary management of cancer of the oral cavity. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 267(7), 1001-1017. 10.1007 / s00405-010- 1206-2.
- He, M., Zhang, B., Shen, N., Wu, N., & Sun, J. (2018). A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. *European journal of pediatrics*, 177(1), 7-17. 10.1007/s00431-017-3043-4.
- Hirota, S. K., Migliari, D. A., & Sugaya, N. N. (2006). Carcinoma epidermóide oral em paciente jovem: relato de caso e revisão da literatura. *Anais brasileiros de dermatologia*, 81(3), 251-254. Doi:10.1590/S0365-05962006000300007.
- Huang, S. H., & O'Sullivan, B. (2017). Overview of the 8th edition TNM classification for head and neck cancer. *Current treatment options in oncology*, 18(7), 1-13. 10.1007/s11864-017-0484-y.
- Lambert, R., Sauvaget, C., de Camargo Cancela, M., & Sankaranarayanan, R. (2011). Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 23(8), 633-641. 10.1097/MEG.0b013e3283484795.
- Marchioni, D. M. L. (2003). *Fatores dietéticos e câncer oral: um estudo caso controle na região metropolitana de São Paulo* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo). 10.11606/T.6.2016.tde-21072016-155342.
- Nakahara, H., Kitamura, R., & Shirasuna, K. (1995). Simultaneous malignant melanoma and squamous cell carcinoma of the oral cavity: a case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 53(12), 1455-1457. 10.1016/0278-2391(95)90676-2.
- Neville, B. (2016). *Patologia oral e maxilofacial* (4a ed.). Elsevier Brasil.
- Parulekar, W., Mackenzie, R., Bjarnason, G., & Jordan, R. C. K. (1998). Scoring oral mucositis. *Oral oncology*, 34(1), 63-71. 10.1016 / s1368-8375 (97) 00065-1.
- Patel, S. G., & Shah, J. P. (2005). TNM staging of cancers of the head and neck: striving for uniformity among diversity. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(4), 242-258. 10.3322/canjclin.55.4.242.
- Pignon, J. P., Le Maitre, A., Maillard, E., Bourhis, J., & Mach-Nc Collaborative Group. (2009). Meta-analysis of chemotherapy in head and neck cancer (MACH-NC): an update on 93 randomised trials and 17,346 patients. *Radiotherapy and oncology*, 92(1), 4-14. 10.1016/j.radonc.2009.04.014.
- Pinna, R., Campus, G., Cumbo, E., Mura, I., & Milia, E. (2015). Xerostomia induced by radiotherapy: an overview of the physiopathology, clinical evidence, and management of the oral damage. *Therapeutics and clinical risk management*, 11, 171–188. 10.2147/TCRM.S70652.
- Pucca Jr, G. A., Gabriel, M., De Araujo, M. E., & De Almeida, F. C. S. (2015). Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *Journal of dental research*, 94(10), 1333-1337. 10.1177/0022034515599979.
- Sierra, S. O., Deana, A. M., Bussadori, S. K., da Mota, A. C. C., Motta, L. J., Ferrari, R. A. M., ... & Fernandes, K. P. S. (2015). Effect of low-intensity laser treatment on pain after extraction of impacted mandibular third molars: a randomised, controlled, clinical trial. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 53(10), 996-1000. Doi:10.1016/j.bjoms.2015.09.006.
- Specht, L. (2002). Oral complications in the head and neck radiation patient. *Supportive care in cancer*, 10(1), 36-39. 10.1007/s005200100283.
- Torres-Pereira, C. C., Angelim-Dias, A., Melo, N. S., Lemos Jr, C. A., & Oliveira, E. M. F. D. (2012). Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s30-s39. 10.1590/S0102-311X2012001300005.
- Wolff, K. D., Follmann, M., & Nast, A. (2012). The diagnosis and treatment of oral cavity cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(48), 829. 10.3238 / arztebl.2012.0829.