

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA
CAMPUS DE PATOS**

DIEGO COSTA RODRIGUES

**CÂNCER DE LÍNGUA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO E
REVISÃO DE LITERATURA**

**Patos - PB
2023**

DIEGO COSTA RODRIGUES

**CÂNCER DE LÍNGUA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO E
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Leorik Pereira da Silva

**Patos – PB
2023**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado Bibliotecas – SISTEMOTECA/UFCG

R696c

Rodrigues, Diego Costa

Câncer de língua em mulher jovem: relato de caso clínico e revisão de literatura. / Diego Costa Rodrigues. – Patos, 2023.
50f.

Orientador: Leonik Pereira da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, Unidade Acadêmica de Odontologia.

1. Carcinoma espinocelular. 2. Língua. 3. Câncer de boca. I. Silva, Leonik Pereira da, *orient.* II. Título.

CDU 616.314

Bibliotecário-documentalista: Bárbara Costa – CRB 15/806

DIEGO COSTA RODRIGUES

**CÂNCER DE LÍNGUA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO E
REVISÃO DE LITERATURA**

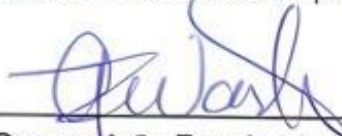
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia
da Universidade Federal de Campina
Grande (UFCG), como requisito
parcial para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 14/03/23

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Leqrik Pereira da Silva - Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof.ª Dr. George João Ferreira do Nascimento – 1º membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dra. Cyntia Helena Pereira Carvalho – 2º membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

AGRADECIMENTOS

-A **Deus** pela dádiva da vida e por ter me dado forças para suportar todas as adversidades e dificuldades até aqui. Gratidão é a palavra! Não sou uma pessoa religiosa, mas tenho muita fé e, como bem disse Rubem Alves. "A fé é um voo livre".

À minha família, minha maior riqueza, os amores da minha vida:

- **Valderez Rodrigues**, meu "painho", o melhor do mundo em tudo o que faz, meu maior exemplo de amor ao próximo, bondade, honestidade, integridade, entre outras mil qualidades que só quem convive com ele sabe. Que sorte a minha ser seu filho, minha admiração por voce não cabe em palavras

- A **Maria Lúcia**, minha "nega" "mainha", a melhor mãe do mundo, minha heroína, mulher guerreira, honesta, íntegra, um ser humano de luz que não mede esforços para ajudar o próximo. Sorte minha ser sua filha, obrigado por sempre acreditar em mim e ser meu alicerce em todos os momentos. Amo-te intinidamente, hoje e sempre.

- A **Luana Rodrigues**, minha irmã, se eu implico com você é porque te amo, me preocupo e quero o seu bem acima de tudo. Continue sendo mulher, amorosa e parceira. Tenho muito orgulho em poder te chamar de irmão!

- A alguns dos meus primos, **meus avós maternos e meu avós paternos (in memoriam)**, agradeço por todo o apoio e incentivo aos meus estudos, vocês foram indispensáveis nesta trajetória, obrigado!

- Um agradecimento especial à minha tia **Vilani**, por sempre ajudar minha mãe e por ter um coração tão bondoso que sempre me incentiva, gratidão por ser seu sobrinho, te amo essa vitória é nossa.

- As Minhas Outras tias **Auridene, Verônica, Auciene e Sterlina** por não medirem esforços para me ajudar, pelo apoio, incentivo e preocupação de sempre, vocês são um presente na minha vida. Não há palavras que consigam exprimir minha gratidão.

AGRADECIMENTOS

- À **Alicia Andrade**, por ser minha amiga/irmã mais que perfeita. Meu exemplo de amizade, companheirismo, afeto e carinho para literalmente todos os momentos, que eu amo acima de tudo. Muito obrigado por tudo que fez por mim, não sei o que teria sido da minha vida sem você. Há quem diga que nós somos a média das cinco pessoas com quem mais convivemos, ela está nesse grupo, e que sorte eu tenho em compartilhar momentos com você.

- A **Waldo Silva**, meu grande parceiro, o melhor de todos os tempos, a pessoa que mais conviveu comigo nesses últimos anos e que sorte eu tenho em poder te chamar de amigo. O sentimento é de gratidão por todos os momentos, por essa amizade que será eterna, aprendi muito com você sobre companheirismo, parceria e afeto. Você sabe que pode contar comigo para absolutamente tudo, obrigado em nome de toda minha família.

- À **Emily Bandeira**, Obrigado por cada momento ao seu lado, eu aprendi muito com você, muito obrigado por toda ajuda, não sei o que seria de mim em alguns momentos se não tivesse sido sua ajuda. Nem preciso dizer que você pode contar comigo para absolutamente qualquer coisa, mesmo com tudo eu estarei sempre aqui, gratidão.

- Aos meus outros amigos/família de Patos, especialmente a minha outra versão como pessoa **Marianna**, que é um ser de luz, sinônimo claro de amizade, bondade, companheirismo, com energia que contagia todos que estão em volta, obrigado por tudo, também aos meus grudes (**Camila Andrade, Camila Candilo, Arthur**, minha "panelinha", os de sempre para sempre, obrigado por me deixarem fazer parte dessa família. Sou muito grato por todos os momentos que passamos juntos e os que iremos passar, pelos conselhos, conversas e até pelos puxões de orelha. O que seria de mim sem vocês? Amo todas igualmente.

- A minha duplinha do meu coração **Maria Clara**, não poderia ter pessoa mais amorosa, inteligente, esforçada ao meu lado, aprendi muito com você, não só na UFCG mas também na vida, obrigado por tudo. A **Júlia Araújo**, por esta comigo desde p1 na qual confio de olhos fechados, pessoa de alma e coração mais puro, obrigado por existir, conte comigo pra sempre Juju.

AGRADECIMENTOS

- A **Gabriela Melo, Luiza, Alexandre, Luiz, Alicia Pontes, Moisés, Marcela, Ítalo, Bruno**, por serem grandes amigos de coração enorme, obrigado por serem exemplos de amizade, vocês deixarem tudo mais leve, espero ter vocês pra sempre na minha vida, levarei vocês para vida inteira.

- À **turma XX**. por serem os melhores sempre. tenho muito orgulho em fazer parte dessa turma que vai ficar pra história da UFCG. Serão mais de 30 profissionais de alto nível brilhando no mercado e elevando o nome da Odontologia. Amo vocês, obrigado por tanto!

- Ao meu orientador/professor/ **Leorik Pereira** por todo apoio, cuidado, paciência e dedicação. Seu amor pelo que faz é visível e isso contagia, é lindo de ser ver. Não tenho palavras para agradecer todas as oportunidades que me foram dadas na **LADO(Liga Acadêmica de diagnóstico oral)**, a primeira liga acadêmica que me acolheu, que Deus te preserve esse ser humano abençoado. Obrigado!

- Não poderia deixar de agradecer ao professor **George**, eu tive a honra de ser seu aluno. O senhor é um exemplo de profissional e ser humano, uma pai para todos os alunos, seu cuidado, dedicação e amor à profissão são notáveis. Muito obrigado por todos os ensinamentos dentro e fora da graduação.

- Agradecer a professora **Cyntia Pereira**, eu tive a honra de ser seu monitor na disciplina de propedêutica por 2 anos, e que experiência transformadora! A senhora é um exemplo de profissional e ser humano, Muito obrigado por todos os ensinamentos.

- Ao professor **Julierme Ferreira** por todos os ensinamentos (que sempre vão além do acadêmico), pela paciência, disponibilidade e oportunidade em fazer parte da **LAC (Liga Acadêmica de Cirurgia)**, minha família acadêmica, onde descobri meu amor pela cirurgia. Ser seu aluno é um privilégio inenarrável, você é um ser humano iluminado, que Deus continue te abençoando cada vez mais! Parabens por ser este profissional exemplar, obrigado por tanto.

- A todos os demais professores que fazem parte do corpo docente do curso de Odontologia (UFCG-CSTR). Os profissionais de excelência que a instituição forma são resultado do brilhante trabalho executado por vocês.

AGRADECIMENTOS

- Aos servidores da Clínica Escola de Odontologia e demais funcionários do campus profissionais exemplares e de alto nível, muitos dos quais me tornei amiga. Um agradecimento especial a Damião pelo zelo e carinho com todos os alunos. Sem o apoio diário de vocês UFCG não seria a mesma, obrigado por cada palavra de acalento, preocupação, cuidado e amor com os alunos.

- À Universidade Federal de Campina Grande (UFCG- CSTR), campus de Patos, minha segunda casa nesses últimos cinco anos. Sou imensamente grata pela oportunidade que me foi dada: a realização do meu sonho em uma instituição de alta qualidade e renome! Obrigado.

- Por fim, gostaria de agradecer a todos os pacientes que atendi e que confiaram sua saúde a mim. Foram muitos casos, cada história única, pacientes que se transformaram em amigos queridos, sempre pensando no bem estar, cuidado e no servir ao próximo. Meu muito obrigado!

*“Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece.”
“Porque para Deus nada será impossível.”*

Josué 1:9

RESUMO

As neoplasias malignas na cavidade oral representam um importante problema de saúde pública, sendo o carcinoma epidermoide oral (CEO) o tipo mais prevalente, relacionado principalmente, ao tabagismo e consumo de álcool. O CEO em região de língua é o tipo mais comum de câncer oral, quando diagnosticado seu local de maior predisposição é em borda de língua. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente jovem que apresentou uma lesão ulcerada com áreas eritroleucoplásicas na borda lateral de língua, que após de duas biópsias veio estabelecimento do diagnóstico de CEO. Paciente do sexo feminino, parda, 40 anos de idade, doméstica, foi encaminhada queixando-se de dor associada a uma ferida na língua, com três meses de evolução. Referiu que, ao aparecimento da dor, procurou atendimento da UFCG, visto que a mesma já teria tratado outra lesão em língua em 2019. As hipóteses diagnósticas formuladas foram de úlcera traumática ou ulceração aftosa recorrente maior, procedeu-se duas biópsias incisionais, uma convencional e outra com LASER cirúrgico, a segunda biópsia revelou na avaliação histopatológica se tratar de um CEO, sendo a neoplasia estadiada como T2N1M0 (estádio II), baseada no critério de classificação TNM de câncer de boca da UICC/AJC (American Joint Committee for Cancer Staging). A paciente recebeu como tratamento a glossectomia parcial e de áreas necróticas adjunto a 5 sessões de radioterapia 5 sessões de quimioterapia concomitantes, por período de quatro meses. Atualmente a paciente encontra-se livre da doença, acompanhamento de 4 e 4 meses e atendimento multidisciplinar por cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos, apresentando-se livre de doença após um ano do tratamento.

Palavras-chaves: Carcinoma Espinocelular, Língua, Câncer de boca.

ABSTRACT

Malignant neoplasms in the oral cavity represent an important public health problem, with oral squamous cell carcinoma (OSCC) being the most prevalent type, mainly due to smoking and alcohol consumption. CEO in the tongue region is the most common type of oral cancer, when its site of greatest predisposition is revealed on the edge of the tongue. The present study aims to report the case of a young patient who presented with an ulcerated lesion with erythroleukoplasic areas on the lateral border of the tongue, and after two biopsies the diagnosis of CEO was established. Female patient, mixed race, 40 years old, housewife, was referred complaining of pain associated with a sore on her tongue, which had been ongoing for three months. He stated that, when the pain appeared, he attended the UFCG, as it had already treated another lesion on the tongue in 2019. The diagnostic hypotheses formulated were traumatic ulcer or major recurrent aphthous ulceration, two incisional biopsies were performed, one conventional and another with surgical LASER, the second biopsy revealed in the histopathological evaluation that it was a DSC, being a neoplasm staged as T2N1M0 (stage II), based on the UICC/AJC (American Joint Committee for Cancer Staging). One patient received as treatment a partial glossectomy and necrotic areas combined with 5 radiotherapy sessions and 5 concurrent chemotherapy sessions, for a period of four months. Currently, the patient is free of the disease, following 4 months of follow-up and multidisciplinary care by dental surgeons, speech therapists, nutritionists and psychologists, and is free of the disease after one year of treatment.

Keywords: Squamous cell carcinoma, Tongue, Mouth cancer.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	15
2.2 LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS	17
REFERÊNCIAS	19
3 ARTIGO	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA	41
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas na cavidade oral representam um importante problema de saúde pública, sendo relacionados como uma das neoplasias malignas mais frequentes em todo o mundo, logo é a sexta causa mais frequente de morte por câncer no mundo (Liu W et al., 2017). Entre 2023 e 2025, estimam-se para o Brasil 15 mil novos casos de câncer bucal, sendo a maior parte em homens com 10.900 e mulheres 4.200 casos (Inca, 2023).

O carcinoma epidermoide oral (CEO), também conhecido como carcinoma espinocelular ou de células escamosas, é o tipo histológico mais frequente de câncer bucal, originando-se do epitélio de revestimento mucoso (CARVALHO et al., 2018). De modo infelizmente, embora a maioria dos casos de CEO originem-se de lesões benignas precursoras, a maioria é diagnosticada tardiamente, dificultando um resultado promissor no tratamento (Neville, 2018; Waal et al., 2016).

Tanto o CEO como suas lesões precursoras resultam da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos, tratando-se, portanto, de distúrbios multifatoriais, que afetam preferencialmente os homens, com mais de quarenta anos (Neville, 2018). No entanto, estudos recentes vêm mostrando que a incidência desse tipo de câncer em mulheres jovens, sem a exposição aos fatores de risco, vem crescendo a cada ano, indicando que sua incidência é responsável por 0,4 a 3,6% de todos os casos desta doença (Andrade et al., 2019).

Os principais fatores de risco do CEO relacionados a população mais jovem em geral incluem o tabagismo e consumo excessivo de álcool e infecções sistêmicas (Lambert et al., 2015). Para mulheres jovens, a literatura afirma que a causa é multifatorial, ou seja, existem associação de fatores como virais (Papiloma Vírus Humano), tipo de dieta, ambiente de trabalho, drogas imunossupressoras, predisposição genética e fatores hormonais (Grimm et al., 2018 ; Lambert et al., 2015).

O CEO em região de língua é um dos tipos mais comuns de câncer oral, quando diagnosticado seu local de maior predisposição é em borda de língua (Van et al., 2020). Devido as grandes incidências do uso do tabaco o índice de câncer de língua vem aumentando cada vez mais e a faixa etária mais acometida é entre 20 e 30 anos de idade (Van et al., 2020).

Outro fator importante a ser levado em consideração no exame de pacientes acometidos por CEO de língua em idade jovem é a possibilidade de algum tipo de predisposição genética (SIEGE et al., 2016). Alterações que afetam o reparo do DNA ou a regulação do crescimento celular podem determinar maior probabilidade de

desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço (NG JH et al., 2017). No entanto, é sempre importante notar a existência de suscetibilidade com os hábitos e alimentação inadequada para o crescimento dessas neoplasias malignas, mesmo na ausência de apresentações genéticas (NG JH et al., 2017; VAN et al., 2020).

O cirurgião-dentista tem a responsabilidade de reconhecer e diagnosticar o câncer oral e/ou suas lesões precursoras, sendo também de jurisdição odontológica acompanhar o paciente durante e após o tratamento oncológico (Sousa et al., 2017). Quando é feito o diagnóstico precoce, as chances de sobrevivência após tratamento do câncer passam de 32,2% para 55,7%, evidenciando a imagem do cirurgião-dentista como importante agente de combate às mortes de câncer de boca no mundo (Sousa et al., 2017; Sassi et al., 2020).

Dessa forma, tendo em vista a importância da detecção precoce do câncer bucal e a escassez de dados atualizados sobre CEO de língua, o objetivo desse trabalho é relatar um caso de CEO em mulher jovem com progressão rápida, mostrando como foi feito o diagnóstico e tratamento. Dessa forma, destacando a importância do diagnóstico precoce, diminuindo a progressão de mortes causadas pelo câncer oral nesta região, já que há uma escassez de pesquisas sobre esse assunto.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

De acordo com a literatura a ocorrência do câncer de boca ainda é predominante no sexo masculino, esse fato pode ser confirmado levando em consideração os fatores de riscos que estão mais presentes nos homens do que nas mulheres, como o tabagismo e o etilismo (Sousa et al., 2017). Quando ingeridos concomitantemente, esses fatores de risco podem aumentar em até 15 vezes a possibilidade de desenvolver lesões malignas (Santos et al., 2020).

O tabaco por sua vez é responsável por alterar as formas celulares e conseqüentemente os padrões de DNA, além de interferir no transporte celular, favorecendo a ação de outros fatores etiológicos. A associação entre o fumo e o álcool na etiologia do câncer de boca está relacionada com esse efeito de aumento da permeabilidade causado pelo álcool, que pode ocasionar um aumento da penetração dos carcinógenos presentes no tabaco (Santos et al., 2020; Pinheiro et al., 2020).

Quando relacionados diretamente a mulheres jovens, o HPV é um dos fatores mais frequentes relacionado ao câncer oral, no entanto não é um agente unicamente suficiente para induzir à transformação maligna (Hosnil et al., 2021). As células infectadas pelo HPV fazem aumentar a instabilidade genética e leva a alterações no ciclo celular de células saudáveis, gerando lesões epiteliais malignas (Hilly et al., 2016). Paralelo a isso, a associação entre o câncer de útero e a infecção por HPV de alto risco é bem estabelecida, com detecção viral em 99% das biópsias de carcinomas de colo uterino, sendo 70% dos casos positivos para DNA dos subtipos HPV-16 e HPV-18, além disso, o HPV-16 é apontado como o mais frequente em carcinomas orais em mulheres (Hilly et al., 2016; Hirota et al., 2018).

Em adição, a literatura mostra que deficiências nutricionais, podem modificar a forma das células epiteliais saudáveis orais deixando a mucosa bucal mais vulnerável aos agentes carcinogênicos (Freitas et al., 2016). Uma dieta rica em gorduras ou pobre em proteínas, vitaminas e alguns minerais, tais como cálcio, é considerada um importante fator de risco para o câncer oral da mãe e do feto, principalmente se for associado ao uso do álcool e do tabaco (Torres et al., 2015).

As mulheres estão pré-dispostas a sofrer alterações de vários hormônios, principalmente na gestação (Grimm et al., 2016). No que concerne a carcinogênese da cavidade oral, estudos mostraram que receptores hormonais, como o receptor de estrogênio e expressão do receptor de progesterona poderiam ser considerados fatores de predisposição biológica para o câncer ou surgimento de lesões potencialmente malignas (Grimm et al., 2016; Maciel et al., 2010).

Neoplasias malignas que alteram estruturas anatomofuncionais, na cavidade bucal, aumentam o risco de o paciente desenvolver dor orofacial, por conta do estágio do tumor ou do tratamento realizado para contenção ou cura da doença (Memon et al., 2021; Leoncini et al., 2014). A dor orofacial pode alterar as funções estomatognáticas e, uma vez comprometida uma ou mais funções, ocorre a falta de homeostasia em todo o sistema (Leoncini et al., 2014). Ademais, caso o indivíduo venha a cursar com dor em região orofacial, ela pode limitar a motricidade orofacial em funções como mastigação, deglutição e fala, além da higiene oral (Van et al., 2013). Salienta-se que, a depender do tipo e do impacto que desempenhe na região facial, a dor pode dificultar até mesmo o diagnóstico preciso (Rao Sd et al., 2016).

No diagnóstico e tratamento do câncer de Cabeça e Pescoço é de fundamental importância podermos contar com uma equipe multidisciplinar. Essa equipe deve incluir diversos profissionais, também os familiares e o próprio paciente, que deve participar ativamente das decisões sobre o seu tratamento (Salazar et al., 2018). Alguns profissionais, atuando em suas áreas específicas podem contribuir no tratamento do paciente com câncer de Cabeça e Pescoço, dentre eles podemos citar: Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologista, Fonoaudiólogo, Equipe de Enfermagem, Fisioterapeuta, Nutricionista, Cirurgião Dentista, Cirurgião Bucomaxilofacial, Patologista, Radiologista e Assistente Social para o tratamento eficaz (Vartanian et., 2017; Salazar et al., 2018).

Quando o tratamento de CEO, especialmente em língua é a partir de uma glossectomia parcial ou total seguido de quimioterapia e radioterapia, o cirurgião-dentista deve-se estar atento com o resultado funcional do paciente, prestando atenção na reabilitação dentária.(Galbiatti et al., 2019). Dessa forma, evita problemas comuns como xerostomia, hipossalivação, cárie por radiação, osteradionecrose e problema de dicção pós radioterapia, mostrando que a relação entre profissionais da área da saúde é absolutamente fundamental (Galbiatti et al., 2019).

Além disso, para o cirurgião-dentista, orientações e o tratamento dentário pré-operatório ou pós radioterápico é importante, possibilitando ao paciente uma higiene bucal apropriada, diminuindo focos de infecção e permitindo uma alimentação adequada por via oral, evitando dificuldades dentárias e outros problemas orais (Freitas et al., 2019).

2.2 LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alterou a nomenclatura das alterações orais pré-malignas, classificando-as como lesões ou desordens potencialmente malignas, dentre as quais temos a leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, queilite actínica, fibrose submucosa, líquen plano oral e atrofia por deficiência de ferro (Carvalho et al., 2018; Oms, 2005). Todas estas lesões apresentam maior ou menor potencial de transformação maligna, podendo levar anos para que isto ocorra, ou sequer tornarem-se de fato lesões cancerosas. (Lambert et al., 2015). Independentemente, todas são passíveis de diagnóstico e tratamento prévios à malignização (Waal et al., 2016); (Lambert et al., 2015).

Dentre as lesões potencialmente malignas mais encontradas, no estudo de Ferreira et al., 2016 e Maia et al., 2016 em mulheres jovens foram observadas uma maior ocorrência dos casos de leucoplasia oral, seguido pela eritroplasia (MEHTA et al., 2016; Ferreira et al., 2016). A leucoplasia é uma lesão difusa que ocupa extensas áreas da mucosa oral. Sua aparência clínica é muito heterogênea, podendo variar de áreas maculares suaves, levemente esbranquiçadas e translúcidas a placas esbranquiçadas espessas e heterogêneas (Mehta et al., 2016; Ferreira et al., 2016). Elas são brancas, altas, grossas, firmes, com uma superfície áspera e rachada, geralmente são assintomáticas, no entanto em alguns pacientes, podem ter uma leve sensação de queimação (Kumar et al., 2016).

Atualmente, são consideradas 2 formas clínicas de leucoplasias: homogêneas e não homogêneas. A distinção entre os dois é exclusivamente clínica, baseada na cor da lesão e nas suas características morfológicas relacionadas a sua evolução (Kumar et al., 2016). Assim, as formas homogêneas apresentam maior prevalência que não-homogêneas, em proporção variando de 2: 1 a 11: 1 (Escribano et al., 2019). Leucoplasias do tipo homogêneo são definidas como lesões brancas, uniformes, com

bordas bem definidas, superfície plana e lisa, com aparência que pode ter rachaduras ou recortes rasos, são predominantemente assintomáticos e são descobertos casualmente, o risco de transformação maligna a longo prazo é relativamente baixa (5,0%) (Napier et al., 2015; Escribano et al., 2019).

Por outro lado, as leucoplasias orais do tipo não homogêneas apresentam um componente associado eritematoso, nodular, erosivo, ulcerado ou verrugoso exófito. Seu risco de transformação maligna atinge 25,0%, portanto são consideradas lesões de alto risco (4-7 vezes maior em relação às leucoplasias homogêneas) (Napier et al., 2015; Chher et al., 2016). Alguns autores consideram que essas lesões potencialmente malignas em mulheres jovens são particularmente mais agressivas, apresentando pior prognóstico do que em pacientes mais idosos, concluindo, inclusive que mulheres jovens tendem a apresentar maior taxa de recorrência locorregional e menor sobrevida (Maciel et al., 2020).

O cirurgião-dentista tem a responsabilidade de reconhecer e diagnosticar o câncer oral e/ou suas lesões precursoras, sendo também de jurisdição odontológica acompanhar o paciente durante e após o tratamento oncológico. Quando é feito o diagnóstico precoce, as chances de sobrevida após tratamento do câncer passam de 32,2% para 55,7%, evidenciando a imagem do cirurgião-dentista como importante agente de combate às mortes de câncer de boca no mundo (Sousa et al., 2017; Sassi et al., 2020).

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, A.L.; PINTOS, J.; SCHLECHT, N.F.; OLIVEIRA, B.V.; FAVA, A.S.; CURADO, M.P.; KOWALSKI, L.P.; FRANCO, E.G. Predictive factors for diagnosis of advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. **Arch Otolaryngol Head and Neck Surg**, v.3, n.128, p. 313-318, 2018.
- CHHER, T.; HAK, S.; KALLARAKKAL, T.G.; DURWARD, C.; RAMANATHAN, A.; GHANI, W.M.N.; RAZAK, I.A.; HARUN, M.H.; ASHAR, N. A. M.; RAJANDRAM, R.K.; PRAK, P.; HUSSAINI, H. M.; ZAIN, R.B. Prevalence of oral cancer, oral potentially malignant disorders and other oral mucosal lesions in **Cambodia. Journal Ethnicity & Health**, v. 22, n. 6, p. 1-15, 2016.
- ESCRIBANO-BERMEJO, M.; BASCONES-MARTÍNEZ, A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. **Avances en Odontoestomatología**, v. 25, n. 2, p. 83-97, 2019.
- FERREIRA, AM; LUCENA, EES; OLIVEIRA, TC; SILVEIRA, ÉJD; OLIVEIRA, PT; LIMA, KC. Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers. **Oral Diseases**, v.2, n. 6, p. 536-542, 2016.
- FREITAS, R. M.; RODRIGUES, ALDENORA M. X.; MATOS A. A. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **RBAC**, v. 48, n. 1, p. 13-8, 2016.
- FREITAS, DANIEL ANTUNES ET AL. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista Cefac, São Paulo**, v. 13, n. 6, p.1103-1108, 2019.
- GALBIATTI, Ana Livia Silva et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p.239-247, 2019.
- GRIMM, MARTIN et al. Estrogen and Progesterone hormone receptor expression in oral cavity HILLY, Ohad et al. Distinctive pattern of let-7 family microRNAs in aggressive carcinoma of the cancer. *Medicina oral*, **Patologia oral y cirugia bucal**, v. 21, n. 5, p. 554, 2018.

HIROTA, SÍLVIO K. et al. Risk factors for oralsquamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients: a comparative analysis. **MEDICINA ORAL PATOLOGIA ORAL Y CIRUGIA BUCAL**, v. 13, n. 4, p. 227, 2018.

HOSNIL, E. S.; SALUM, F. G.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L. S.; FIGUEIREDO, M. A. Z. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 2, p. 295-299, 2021.

INCA. Estimativa do Câncer de boca. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2020/estimativa-2020.asp>>. Acesso em: 24 de abril de 2023.

KUMAR, Y.S.; ACHARYA, S.; PENTAPATI, K.C. Prevalence of oral potentially malignant disorders in workers of Udupi taluk. **South Asian J Cancer**, v. 4, n. 3, p. 130-133, 2016.

LAMBERT, R.; SAUVAGET, C.; CANCELA, M.C.; SANKARANARAYANAN, R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. **Eur J Gastroenterol Hepatol**, v.23, n.8, p. 633-641, 2015.

LEONCINI E, RICCIARDI W, CADONI G, ARZANI D, PETRELLI L, PALUDETTI G, ET AL. Adult height and head and neck cancer: a pooled analysis within the INHANCE Consortium. **Eur J Epidemiol**, v. 29, n. 1, p. 35-48, 2014.

LIU, W.; SHI, L.J.; WU, L.; FENG, J.Q.; YANG, X.; LI, J.; ZHOU, Z-Z.; ZHANG, C-P. Oral cancer development in patients with leukoplakia--clinicopathological factors affecting outcome. **PLoS One**, v.7, n. 4, p. 34773, 2017.

MACIEL, SHIRLEY S.V. ET AL. Cânceres da boca e faringe em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo descritivo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 4, p. 359-365, 2020.

MEHTA, FALI S., et al. Epidemiologic and histologic study of oral cancer and leukoplakia among 50,915 villagers in India. **Cancer**, v. 24, n. 4, p. 832-849, 2016.

MEMON AB, RAHMAN AAU, CHANNAR KA, ZAFAR MS, KUMAR N. Assessing the quality of life of oral submucous fibrosis patients: a cross-sectional study using the WHOQOL-BREF toll. **Int J Environ Res Public Health**, v.18, n.18, p.94-98, 2021.

NAPIER, S. S.; SPEIGHT, P. M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 37, n. 1, p. 1-10, 2015.

NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad. 4. Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2018.

NG JH, IYER NG, TAN MH. Changing the epidemiology of oral squamous cell carcinoma língua:um estudo global. *Pescoço*. V. 39, p. 297-304, 2017. oral tongue in young patients. **Oncology letters**, v. 12, n. 3, p. 1729-1736, 2016.

PINHEIRO, C. A. DA S.; DE CARVALHO, P. A. G. Câncer de boca em mulheres jovens: Estudo dos fatores de risco / Oral cancer in young women: Study of risk factors. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 65174–65181, 2020.

RAO SD, SALEH ZH, SETTON J, TAM M, MCBRIDE SM, RIAZ N, ET AL. Dosevolume factors correlating with trismus following chemoradiation for head and neck cancer. **Acta Oncol**, v. 55, n. 1, p. 99-104, 2016.

SANTOS, FABIANE D. ET AL. Expressão da P53 no tumor e no epitélio oral em pacientes com câncer de boca e faringe. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, p. 41-47, 2020.

SASSI, L.M.; DISSENHA, J.L.; SIMETTE, R.L.; STRAMANDINOLI, R.T.; PEDRUZZI, P.A.G.; ZANFERRARI, F.L.; RAMOS, G.H.A.; OLIVEIRA, B.V.; ORLANDI, D.; SILVA, R. C. A.; SCHUSSEL, J.L. **Prevenção em câncer bucal: 20 anos de campanha antitabaco no Estado do Paraná, Brasil. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, n. 39, p. 184-186, 2020.

SALAZAR, MARCIO ET AL. Efeitos e Tratamento da Radioterapia de Cabeça e Pescoço de Interesse ao Cirurgião Dentista Revisão da Literatura. **Odonto, São Bernardo do Campo**, v. 16, n. 31, p.62-68, 2018.

SIEGEL RL, MILLER KD, JEMAL A. Estatísticas do câncer. **CA Câncer J Clin**, v. 66, p. 7-30, 2016.

SOUSA, F.A.C.G.; ROSA, L.E.B. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade Odontologia de São José dos Campos – UNESP. **Cienc Odontol Bras**, v. 8, n. 4, p. 96-100, 2017.

TORRES, A.C. Viabilidade de fazer uma biópsia usando uma cureta de tecidos moles para o estudo de lesões clinicamente compatíveis com leucoplasia oral. **Tese (Doutorado), Universidade de Sevilha**, Sevilha, 2015.

VAN MONSJOU HS, WREESMANN VB, VAN DEN BREKEL MWM. Head and neck squamous cell carcinoma in young patients. **Oral Oncol**, v. 49, p. 1097-102, 2020.

VAN DER MOLEN L, HEEMSBERGEN WD, DE JONG R, VAN ROSSUM MA, SMEELE LE, RASCH CR, et al. Dysphagia and trismus after concomitant chemo-Intensity-Modulated Radiation Therapy (chemo-IMRT) in advanced head and neck cancer; dose-effect relationships for swallowing and mastication structures. **Radiother Oncol**, v.106, n. 3, p. 364-9, 2013.

VARTANIAN, JOSÉ GUILHERME; CARVALHO, ANDRÉ LOPES; FURIA, CRISTINA LEMOS BARBOSA; ET AL. Questionários para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, São Paulo**, v. 36, n. 2, p. 108-115, 2017.

WAAL, I. V. D. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncol**, v. 45, n. 4-5, p. 317-323, 2016.

3 ARTIGO

CÂNCER DE LÍNGUA EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO E REVISÃO DE LITERATURA

TONGUE CANCER IN YOUNG WOMEN: CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Diego Costa Rodrigues¹
George João Ferreira do Nascimento²
Cynthia Helena Pereira Carvalho²
Leorik Pereira da Silva²

1. Discente. Curso de Odontologia. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

2. Docentes. Curso de Odontologia. UFCG. *Correspondências: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba – Brasil.

E-mail do autor: leorik.pereira@professor.ufcg.edu.com

RESUMO

As neoplasias malignas na cavidade oral representam um importante problema de saúde pública, sendo o carcinoma epidermoide oral (CEO) o tipo mais prevalente, relacionado principalmente, ao tabagismo e consumo de álcool. O CEO em região de língua é o tipo mais comum de câncer oral, quando diagnosticado seu local de maior predisposição é em borda de língua. O presente estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente jovem que apresentou uma lesão ulcerada com áreas eritroleucoplásicas na borda lateral de língua, que após de duas biópsias veio estabelecimento do diagnóstico de CEO. Paciente do sexo feminino, parda, 40 anos de idade, doméstica, foi encaminhada queixando-se de dor associada a uma ferida na língua, com três meses de evolução. Referiu que, ao aparecimento da dor, procurou atendimento da UFCG, visto que a mesma já teria tratado outra lesão em língua em 2019. As hipóteses diagnósticas formuladas foram de úlcera traumática ou ulceração aftosa recorrente maior, procedeu-se duas biópsias incisionais, uma convencional e outra com LASER cirúrgico, a segunda biópsia revelou na avaliação histopatológica se tratar de um CEO, sendo a neoplasia

estadiada como T2N1M0 (estádio II), baseada no critério de classificação TNM de câncer de boca da UICC/AJC (American Joint Committee for Cancer Staging). A paciente recebeu como tratamento a glossectomia parcial e de áreas necróticas adjunto a 5 sessões de radioterapia 5 sessões de quimioterapia concomitantes, por período de quatro meses. Atualmente a paciente encontra-se livre da doença, acompanhamento de 4 e 4 meses e atendimento multidisciplinar por cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos, apresentando-se livre de doença após um ano do tratamento.

Palavras-chaves: Carcinoma Espinocelular, Língua, Câncer de boca

ABSTRACT

Malignant neoplasms in the oral cavity represent an important public health problem, with oral squamous cell carcinoma (OSCC) being the most prevalent type, mainly due to smoking and alcohol consumption. CEO in the tongue region is the most common type of oral cancer, when its site of greatest predisposition is revealed on the edge of the tongue. The present study aims to report the case of a young patient who presented with an ulcerated lesion with erythroleukoplasic areas on the lateral border of the tongue, and after two biopsies the diagnosis of CEO was established. Female patient, mixed race, 40 years old, housewife, was referred complaining of pain associated with a sore on her tongue, which had been ongoing for three months. He stated that, when the pain appeared, he attended the UFCG, as it had already treated another lesion on the tongue in 2019. The diagnostic hypotheses formulated were traumatic ulcer or major recurrent aphthous ulceration, two incisional biopsies were performed, one conventional and another with surgical LASER, the second biopsy revealed in the histopathological evaluation that it was a DSC, being a neoplasm staged as T2N1M0 (stage II), based on the UICC/AJC (American Joint Committee for Cancer Staging). One patient received as treatment a partial glossectomy and necrotic areas combined with 5 radiotherapy sessions and 5 concurrent chemotherapy sessions, for a period of four months. Currently, the patient is free of the disease, following 4 months of follow-up and multidisciplinary care by dental surgeons, speech therapists, nutritionists and psychologists, and is free of the disease after one year of treatment.

Keywords: Squamous cell carcinoma, Tongue, Mouth cancer.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas na cavidade oral representam um importante problema de saúde pública, sendo relacionados como uma das neoplasias malignas mais frequentes em todo o mundo, logo é a sexta causa mais frequente de morte por câncer no mundo (Liu W et al., 2017). Entre 2023 e 2025, estimam-se para o Brasil 15 mil novos casos de câncer bucal, sendo a maior parte em homens com 10.900 e mulheres 4.200 casos (Inca, 2023).

O carcinoma epidermoide oral (CEO), também conhecido como carcinoma espinocelular ou de células escamosas, é o tipo histológico mais frequente de câncer bucal, originando-se do epitélio de revestimento mucoso (CARVALHO et al., 2018). De modo infortuno, embora a maioria dos casos de CEO originem-se de lesões benignas precursoras, a maioria é diagnosticada tardiamente, dificultando um resultado promissor no tratamento (Neville, 2018; Waal et al., 2016).

Tanto o CEO como suas lesões precursoras resultam da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos, tratando-se, portanto, de distúrbios multifatoriais, que afetam preferencialmente os homens, com mais de quarenta anos (Neville, 2018). No entanto, estudos recentes vêm mostrando que a incidência desse tipo de câncer em mulheres jovens, sem a exposição aos fatores de risco, vem crescendo a cada ano, indicando que sua incidência é responsável por 0,4 a 3,6% de todos os casos desta doença (Andrade et al., 2019).

Os principais fatores de risco do CEO relacionados a população mais jovem em geral incluem o tabagismo e consumo excessivo de álcool e infecções sistêmicas (Lambert et al., 2015). Para mulheres jovens, a literatura afirma que a causa é multifatorial, ou seja, existem associação de fatores como virais (Papiloma Vírus Humano), tipo de dieta, ambiente de trabalho, drogas imunossupressoras, predisposição genética e fatores hormonais (Grimm et al., 2018 ; Lambert et al., 2015).

O CEO em região de língua é um dos tipos mais comuns de câncer oral, quando diagnosticado seu local de maior predisposição é em borda de língua (Van et al., 2020). Devido as grandes incidências do uso do tabaco o índice de câncer de língua vem aumentando cada vez mais e a faixa etária mais acometida é entre 20 e 30 anos de idade (Van et al., 2020).

Outro fator importante a ser levado em consideração no exame de pacientes acometidos por CEO de língua em idade jovem é a possibilidade de algum tipo de predisposição genética (Siege et al., 2016). Alterações que afetam o reparo do DNA ou a regulação do crescimento celular podem determinar maior probabilidade de desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço (Ng Jh et al., 2017). No entanto, é sempre importante notar a existência de suscetibilidade com os hábitos e alimentação inadequada para o crescimento dessas neoplasias malignas, mesmo na ausência de apresentações genéticas (Ng Jh et al., 2017; Van et al., 2020).

O cirurgião-dentista tem a responsabilidade de reconhecer e diagnosticar o câncer oral e/ou suas lesões precursoras, sendo também de jurisdição odontológica acompanhar o paciente durante e após o tratamento oncológico (Sousa et al., 2017). Quando é feito o diagnóstico precoce, as chances de sobrevivência após tratamento do câncer passam de 32,2% para 55,7%, evidenciando a imagem do cirurgião-dentista como importante agente de combate às mortes de câncer de boca no mundo (Sousa et al., 2017; Sassi et al., 2020).

Dessa forma, tendo em vista a importância da detecção precoce do câncer bucal e a escassez de dados atualizados sobre CEO de língua, o objetivo desse trabalho é relatar um caso de CEO em mulher jovem com progressão rápida, mostrando como foi feito o diagnóstico e tratamento. Dessa forma, destacando a importância do diagnóstico precoce, diminuindo a progressão de mortes causadas pelo câncer oral nesta região, já que há uma escassez de pesquisas sobre esse assunto.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, parda, 40 anos de idade, doméstica, natural e residente na cidade de Santa Luzia-PB, foi encaminhada para Liga de Diagnóstico Oral da Universidade Federal de Campina Grande – LADO em 26 de abril de 2019, queixando-se de lesão em borda lateral de língua direita, com três meses de evolução. A lesão apresentava aumento de volume, normocorada e de base pediculada, com margens e limites bem definidos, com evolução de 2 meses a hipótese diagnóstica foi de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória.

Referiu que, ao aparecimento da lesão, procurou serviço da rede hospitalar público (março 2019), onde, foi encaminhada ao serviço da UFCG, na Clínica De Propedêutica IV da UFCG foi realizado o exame clínico e coletado todas as informações e no dia 03/05/2019 a biópsia excisional da lesão em língua. Ao exame histopatológico constatou que se tratava de um processo inflamatório crônico inespecífico, e dessa forma feito as devidas orientações a paciente.

No entanto, em março de 2022 a paciente retornou relatando a UFCG relatando muita dor próximo ao local onde foi feito a biópsia de 2019, com a região apresentando uma grande ulceração. A lesão apresentava áreas ulceradas, com bordas leucoplásicas de contornos irregulares, com maior diâmetro de 2,0cm, circundada por área eritematosa atrófica, localizando-se em borda lateral direita da língua. A paciente referia morder (traumatizar) a região durante sono e involuntariamente durante o dia.

O histórico médico da paciente não mostrava ocorrência digna de nota, a paciente não era tabagista ou etilista e não possuía qualquer outro tipo de hábito nocivo em seu histórico. Sua história familiar registrava mãe diabética e avó materna falecida de tuberculose. Foram solicitados outros exames laboratoriais, como hemograma, coagulograma, glicemia de jejum e sorologia para HIV, havendo normalidade em todos e no dia 11/03/22 foi realizada a biópsia incisinal.

As hipóteses formuladas foram de carcinoma epidermóide oral. Ao exame histopatológico foi constatado que se tratava de um processo inflamatório crônico inespecífico, sendo prescrito analgésico e antifúngico (Fluconazol 150 mg), com retorno da paciente de 3 semanas para avaliar regressão da lesão.

Após 15 dias a paciente retornou a clinica com quadro de dor aguda e dificuldade de se alimentar com lesão sem cicatrização apresentado-se cada vez mais ulcerada, e assim foi realizada a segunda biópsia incisinal adentrando mais profundamente os tecidos linguais com laser de alta intensidade, com hipóteses

diagnósticas de CEO. O resultado anatomopatológico foi de carcinoma epidermóide oral, sendo a neoplasia classificada como T2N1M0 (estádio II), baseada no critério de classificação TNM de câncer de boca da UICC/AJC (American Joint Committee for Cancer Staging)

A paciente foi encaminhada ao Serviço de Oncologia do Hospital Geral de Campina Grande - FAP para o tratamento, a terapêutica instituída foi de cirurgia, sendo realizada a cirurgia de glossectomia parcial removendo o tumor com margens, após a cirurgia, o tratamento adjuvante foi realizado com 5 sessões de radioterapia e 5 sessões de quimioterapia concomitantes, por um período de quatro meses. Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento de 4 e 4 meses e atendimento multidisciplinar por dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e psicólogos.

Em agosto de 2023 a paciente retornou a UFCG com o tratamento finalizado após 5 sessões de quimioterapia, 5 sessões de radioterapia e a cirurgia de glossectomia parcial. A paciente relata ter um pouco de dificuldade de se alimentar e desconforto em região de ângulo mandibular após o tratamento radioterápico. Além disso, foi receitado para a mesma Spray Oral (Saliva Artificial) pela paciente relatar sensação de boca seca e feito exame clínico pós cirúrgico de 4 meses como mostra as figuras 5,6 e 7.



Figura 1 – Lesão intraoral.

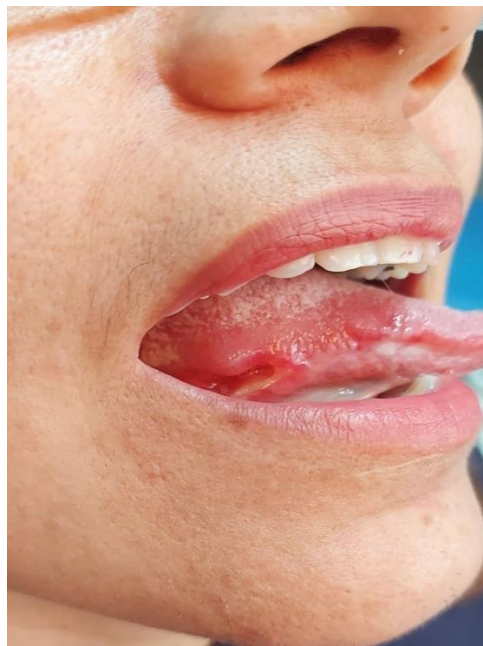


Figura 2 – Aspecto pós primeira biópsia.



Figura 3 – Aspecto não cicatricial pós primeira biópsia.



Figura 4 - Aspecto pós segunda biópsia com laser de alta potência.



Figura 5 – 4 meses após tratamento e cirurgia

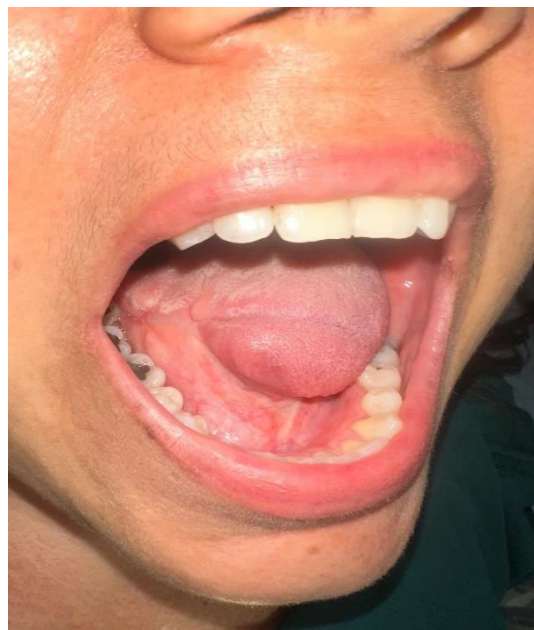


Figura 6- Visão extra oral com língua em repouso

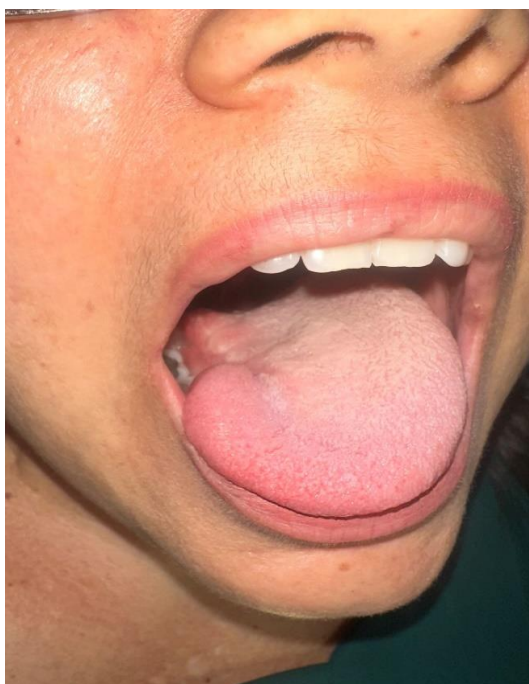


Figura 7- Visão extra oral com língua flexionada

DISCUSSÃO

De acordo com a literatura a ocorrência do câncer de boca ainda é predominante no sexo masculino, esse fato pode ser confirmado levando em consideração aos fatores de riscos que são mais persistentes nos homens do que nas mulheres, como o tabagismo e o etilismo (Sousa et al., 2017). Quando ingeridos concomitantemente, esses indicadores de risco podem aumentar em até 15 vezes a possibilidade de desenvolver lesões malignas (Santos et al., 2020).

O álcool por sua vez é responsável por alterar a forma dos citoplasmas celulares e conseqüentemente os padrões de DNA, além de interferir no transporte celular, favorecendo a ação de outros fatores etiológicos. A associação entre o fumo e o álcool na etiologia do câncer de boca está relacionada com esse efeito de aumento da permeabilidade causado pelo álcool, que pode ocasionar um aumento da absorção dos carcinógenos presentes no tabaco (Santos et al., 2020; Pinheiro et al., 2020).

Segundo o estudo de Hester et al., 2013, na qual comparou a idade dos pacientes em diferentes estágios de câncer em um hospital de referência, constatou que o CEO em pacientes jovens geralmente é diagnosticado em estágio inicial (Hester et al., 2013). É plausível que os pacientes de idades entre 20 e 50 anos de idade estejam mais atentos aos sinais incomuns e alarmantes na cavidade oral e possam solicitar consulta profissional mais cedo do que os pacientes mais velhos, associando a pesquisa ao relato de caso em si, na qual mostra o diagnóstico de CEO em uma paciente jovem de 50 anos de idade, que não possuía hábitos deletérios ou doenças sistêmicas (Hester et al., 2013)

Quando relacionados diretamente a mulheres jovens, o estudo de Carvalho et al., 2018 mostra que o HPV é um dos fatores mais frequentes relacionado ao câncer oral em mulheres, no entanto não é um agente unicamente suficiente para induzir à transformação maligna (Carvalho et al., 2018). As células infectadas pelo HPV aumentam a transformação de células saudáveis em células malignas (Carvalho et al., 2018; Pinheiro et al., 2020). Paralelo a isso, a associação entre o câncer de útero e a infecção por HPV é bem estabelecida, com detecção viral em 99% das biópsias de carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço e 70% dos casos positivos para DNA dos subtipos HPV-16 e HPV-18, sendo o HPV-16 apontado como o mais frequente em carcinomas orais em mulheres (Van et al., 2016).

Com relação aos diagnósticos diferenciais do CEO de cabeça e pescoço, as lesões potencialmente malignas mostram-se as mais prevalentes. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alterou a nomenclatura das alterações orais pré-malignas, classificando-as como lesões ou desordens potencialmente malignas, dentre

as quais temos a leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica (Carvalho et al., 2018). Todas estas lesões apresentam maior potencial de transformação maligna, podendo levar anos para que isto ocorra, ou sequer tornarem-se de fato lesões cancerosas. (Lambert et al., 2015; Oms, 2005).

No estudo de Lambert et al. 2015, comparando lesões potencialmente malignas associadas ao câncer de cabeça e pescoço mostrou que a leucoplasia e eritroplasia são as lesões mais passíveis de diagnóstico diferencial do CEO e prévias análises à malignização (Lambert et al., 2015). Atualmente, são consideradas 2 formas clínicas de leucoplasias: homogêneas e não homogêneas. A distinção entre os dois é exclusivamente clínica, baseada na cor da lesão e nas suas características morfológicas relacionadas a sua evolução (Lambert et al., 2016). Essa pesquisa fica associada ao relato de caso, pelo fato da paciente vir a apresentar placas leucoplásicas evoluindo para placas eritroleucoplásicas e posteriormente ulceradas sintomáticas tornando o CEO (Waal et al., 2016 ; Lambert et al., 2015).

Segundo o estudo de Moro et al., 2018, câncer de boca e orofaringe está enquadrado com altas prevalências com o passar dos tempos, ocasionando altas taxas de mortalidade e baixos índices de sobrevida (MORO et al., 2018). No estudo, foram avaliados a epidemiologia e a localização mais comum do câncer oral de mulheres jovens dos casos diagnosticados em um hospital de referência do Sudeste de 2006 a 2018 (Moro et al., 2018). Os resultados mostraram que no que se refere à sobrevida em relação a localização, esta obteve diferença estatística ($p=0,001$), mostrando que pacientes com câncer no lábio obtiveram uma melhor taxa de sobrevida ($p=0,04$) e pacientes com câncer na língua e orofaringe, pior sobrevida com taxas de morte maiores que 5% e evolução rápida, o que associa a pesquisa ao relato de caso pela paciente ser diagnosticada com um câncer de língua com evolução muito rápida de apenas 3 meses (Moro et al., 2018).

No estudo de Salazar et al., 2018, mostrou a importância de uma equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento do câncer de Cabeça e Pescoço, equipe essa incluída de diversos profissionais, também os familiares e o próprio paciente, que deve participar ativamente das decisões sobre o seu tratamento (Salazar et al., 2018). Estes profissionais devem estar habituados a tratar pacientes graves e conhecer bem a infra-estrutura da instituição na qual trabalha. Alguns profissionais, atuando em suas áreas específicas podem contribuir no tratamento do paciente com câncer de Cabeça e Pescoço, dentre eles podemos citar: Cirurgião de Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologista, Fonoaudiólogo, Equipe de Enfermagem, Fisioterapeuta, Nutricionista, Cirurgião Dentista, Cirurgião Bucocomaxilofacial, Patologista , Radiologista

e Assistente Social para o tratamento eficaz, mostrando associação da revisão ao relato de caso pela paciente vir a ser acompanhada de uma equipe multidisciplinar para efetividade do tratamento (Vartanian et., 2017; Salazar et al., 2018).

Quando o tratamento de CEO, especialmente em língua é a partir de uma glossectomia parcial ou total seguido de quimioterapia e radioterapia, o cirurgião-dentista deve-se estar atento com o resultado. Dessa forma, evita problemas comuns como xerostomia, hipossalivação, cárie por radiação, osteradionecrose e problema de dicção pós radioterapia, mostrando que a relação entre profissionais da área da saúde é absolutamente fundamental (Galbiatti et al., 2019). Além disso, para o cirurgião-dentista, orientações e o tratamento dentário pré operatório ou pós radioterápico é importante, possibilitando ao paciente uma higiene bucal apropriada, diminuindo focos de infecção e permitindo uma alimentação adequada por via oral, evitando dificuldades dentárias e outros problemas orais, no qual pode ser atrelado a paciente do relato de caso, na qual foi feito o acompanhamento bucal e dentário, com nenhuma lesão cariiosa ou de tecidos moles (Freitas et al., 2019).

De acordo com a pesquisa de Lal et al.. 2018, realizada em um estudo prospectivo, no período de agosto de 2009 a outubro de 2011, avaliando 20 pacientes com câncer de cabeça e pescoço estágio II e III. Os mesmos foram submetidos ao tratamento com radioterápico, combinado a quimioterapia, tendo sido avaliada a percepção de boca seca e viscosidade da saliva, objetivando avaliar a taxa de fluxo salivar, antes e após a radioterapia (Lal et al., 2018). Assim, dos 20 pacientes 19 apresentaram sensação de xerostomia e correlacionando a percepção subjetiva de secura da boca com mensurações objetivas de fluxo salivar, em até 12 meses após a conclusão do tratamento, sendo recomendado laserterapia de baixa intensidade e saliva artificial aos pacientes, igualando-se a paciente pela mesma vir a apresentar xerostomia pós radioterapia (Lal et al., 2018).

Paim et al., 2018, realizaram um ensaio clinico, no Hospital Santa Rita da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Brasil, na pesquisa foram incluídos 15 pacientes com queixa de xerostomia decorrente da radioterapia convencional, os mesmos foram submetidos à uma única aplicação de estimulação e sequencialmente a uma avaliação por meio da inspeção oral associado ao uso de saliva artificial, com o objetivo de verificar o efeito agudo da eletroestimulação no fluxo salivar nestes pacientes, o que iguala ao tratamento estabelecido ao relato de caso para a xerostomia da paciente pós radioterapia (Paim et al., 2018).

O cirurgião-dentista tem a responsabilidade de reconhecer e diagnosticar o câncer oral e/ou suas lesões precursoras, sendo também de jurisdição odontológica acompanhar o paciente durante e após o tratamento oncológico. Quando é feito o diagnóstico precoce, as chances de sobrevivência após tratamento do câncer passam de 32,2% para 55,7%, evidenciando a imagem do cirurgião-dentista como importante agente de combate às mortes de câncer de boca no mundo (Sousa et al., 2017; Sassi et al., 2020).

CONCLUSÃO

Através desse relato de caso, conclui-se que o diagnóstico precoce, somado a boas práticas odontológicas e uma criteriosa estudo sobre câncer oral, influencia positivamente no sucesso do tratamento e reabilitação oral. Evidenciando, portanto, que este resultado final mostra a importância da odontologia para com a saúde e vida dos pacientes.

O conhecimento das técnicas de diagnóstico individualizado e do manejo dos pacientes, por parte dos cirurgiões dentistas, é de grande importância, para que estes possam ofertar tratamentos precoces em prol da vida dos indivíduos, garantindo assim o conforto e resultados mais promissores dos tratamentos dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, A.L.; PINTOS, J.; SCHLECHT, N.F.; OLIVEIRA, B.V.; FAVA, A.S.; CURADO, M.P.; KOWALSKI, L.P.; FRANCO, E.G. Predictive factors for diagnosis of advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. **Arch Otolaryngol Head and Neck Surg**, v.3, n.128, p. 313-318, 2018.
- CHHER, T.; HAK, S.; KALLARAKKAL, T.G.; DURWARD, C.; RAMANATHAN, A.; GHANI, W.M.N.; RAZAK, I.A.; HARUN, M.H.; ASHAR, N. A. M.; RAJANDRAM, R.K.; PRAK, P.; HUSSAINI, H. M.; ZAIN, R.B. Prevalence of oral cancer, oral potentially malignant disorders and other oral mucosal lesions in **Cambodia. Journal Ethnicity & Health**, v. 22, n. 6, p. 1-15, 2016.
- ESCRIBANO-BERMEJO, M.; BASCONES-MARTÍNEZ, A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. **Avances en Odontoestomatología**, v. 25, n. 2, p. 83-97, 2019.
- FERREIRA, AM; LUCENA, EES; OLIVEIRA, TC; SILVEIRA, ÉJD; OLIVEIRA, PT; LIMA, KC. Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers. **Oral Diseases**, v.2, n. 6, p. 536-542, 2016.
- FREITAS, R. M.; RODRIGUES, ALDENORA M. X.; MATOS A. A. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **RBAC**, v. 48, n. 1, p. 13-8, 2016.
- FREITAS, DANIEL ANTUNES ET AL. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. **Revista Cefac, São Paulo**, v. 13, n. 6, p.1103-1108, 2019.
- GALBIATTI, Ana Livia Silva et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p.239-247, 2019.
- GRIMM, MARTIN et al. Estrogen and Progesterone hormone receptor expression in oral cavity HILLY, Ohad et al. Distinctive pattern of let-7 family microRNAs in aggressive carcinoma of the cancer. *Medicina oral*, **Patologia oral y cirugia bucal**, v. 21, n. 5, p. 554, 2018.

HIROTA, SÍLVIO K. et al. Risk factors for oralsquamous cell carcinoma in young and older Brazilian patients: a comparative analysis. **MEDICINA ORAL PATOLOGIA ORAL Y CIRUGIA BUCAL**, v. 13, n. 4, p. 227, 2018.

HOSNIL, E. S.; SALUM, F. G.; CHERUBINI, K.; YURGEL, L. S.; FIGUEIREDO, M. A. Z. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 75, n. 2, p. 295-299, 2021.

INCA. Estimativa do Câncer de boca. Disponível em:<<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2020/estimativa-2020.asp>>. Acesso em: 24 de abril de 2023.

KUMAR, Y.S.; ACHARYA, S.; PENTAPATI, K.C. Prevalence of oral potentially malignant disorders in workers of Udupi taluk. **South Asian J Cancer**, v. 4, n. 3, p. 130-133, 2016.

LAMBERT, R.; SAUVAGET, C.; CANCELA, M.C.; SANKARANARAYANAN, R. Epidemiology of cancer from the oral cavity and oropharynx. **Eur J Gastroenterol Hepatol**, v.23, n.8, p. 633-641, 2015.

LAL ET AL. Objective and subjective assessment of xerostomia in patients of locally advanced head-and-neck cancers treated by intensity-modulated radiotherapy. **J Can Res Ther, Dehradun**, v. 14, n. 6, p.1196-1201, 2018.

LIU, W.; SHI, L.J.; WU, L.; FENG, J.Q.; YANG, X.; LI, J.; ZHOU, Z-Z.; ZHANG, C-P. Oral cancer development in patients with leukoplakia--clinicopathological factors affecting outcome. **PLoS One**, v.7, n. 4, p. 34773, 2017.

MACIEL, SHIRLEY S.V. ET AL. Cânceres da boca e faringe em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo descritivo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 4, p. 359-365, 2020.

MEHTA, FALI S., et al. Epidemiologic and histologic study of oral cancer and leukoplakia among 50,915 villagers in India. **Cancer**, v. 24, n. 4, p. 832-849, 2016.

MORO JS, MARONEZE MC, ARDENGHI TM, BARINLM, DANESI CC. Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevivência. **einstein (São Paulo)**. v. 16, n. 2, p. 4248, 2018.

NAPIER, S. S.; SPEIGHT, P. M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 37, n. 1, p. 1-10, 2015.

NEVILLE, B.W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad. 4. Ed. Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2018.

NG JH, IYER NG, TAN MH. Changing the epidemiology of oral squamous cell carcinoma of the tongue: a global study. V. 39, p. 297-304, 2017. oral tongue in young patients. **Oncology letters**, v. 12, n. 3, p. 1729-1736, 2016.

PAIM, ÉMILLE DALBEM ET AL. Efeito agudo da Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS) sobre a hipossalivação induzida pela radioterapia na região de cabeça e pescoço: um estudo preliminar. **Codas**, v. 30, n. 3, p.758-764, 2018.

PINHEIRO, C. A. DA S.; DE CARVALHO, P. A. G. Câncer de boca em mulheres jovens: Estudo dos fatores de risco / Oral cancer in young women: Study of risk factors. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 65174–65181, 2020.

SANTOS, FABIANE D. ET AL. Expressão da P53 no tumor e no epitélio oral em pacientes com câncer de boca e faringe. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, p. 41-47, 2020.

SASSI, L.M.; DISSENHA, J.L.; SIMETTE, R.L.; STRAMANDINOLI, R.T.; PEDRUZZI, P.A.G.; ZANFERRARI, F.L.; RAMOS, G.H.A.; OLIVEIRA, B.V.; ORLANDI, D.; SILVA, R. C. A.; SCHUSSEL, J.L. **Prevenção em câncer bucal: 20 anos de campanha antitabaco no Estado do Paraná, Brasil. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, n. 39, p. 184-186, 2020

SALAZAR, MARCIO ET AL. Efeitos e Tratamento da Radioterapia de Cabeça e Pescoço de Interesse ao Cirurgião Dentista **Revisão da Literatura. Odonto, São Bernardo do Campo**, v. 16, n. 31, p.62-68, 2018.

SIEGEL RL, MILLER KD, JEMAL A. Estatísticas do câncer. **CA Câncer J Clin**, v. 66, p. 7-30, 2016.

SOUSA, F.A.C.G.; ROSA, L.E.B. Perfil epidemiológico dos casos de líquen plano oral pertencentes aos arquivos da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade Odontologia de São José dos Campos – UNESP. **Cienc Odontol Bras**, v. 8, n. 4, p. 96-100, 2017.

TORRES, A.C. Viabilidade de fazer uma biópsia usando uma cureta de tecidos moles para o estudo de lesões clinicamente compatíveis com leucoplasia oral. **Tese (Doutorado), Universidade de Sevilha**, Sevilha, 2015.

VAN MONSJOU HS, WREESMANN VB, VAN DEN BREKEL MWM. Head and neck squamous cell carcinoma in young patients. **Oral Oncol**, v. 49, p. 1097-102, 2020.

VARTANIAN, JOSÉ GUILHERME; CARVALHO, ANDRÉ LOPES; FURIA, CRISTINA LEMOS BARBOSA; ET AL. Questionários para a avaliação de qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, São Paulo**, v. 36, n. 2, p. 108-115, 2017.

WAAL, I. V. D. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. **Oral Oncol**, v. 45, n. 4-5, p. 317-323, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, o diagnóstico precoce é a ferramenta mais importante para o sucesso do tratamento do câncer oral, e deve se tornar uma prioridade dos cirurgiões-dentistas em dias atuais. Em suma, a precocidade mostrar-se promissor para o sucesso do tratamento das lesões, por permitir que as ações corretas sejam tomadas, a fim de reduzir o desenvolvimento e progressão das manifestações bucais, além de permitir o bem-estar do paciente, diminuindo os danos às estruturas bucais.

ANEXOS

ANEXO A - NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – FULL DENTISTRY IN SCIENCE

A Revista Full Dentistry in Science tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade odontológica, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, comunicações breves e atualidades. Não são aceitos artigos de assuntos regionais e nem revisões de literatura.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda

Rua Janiópolis, 245 – Cidade Jardim - CEP: 83035-100 – São José dos Pinhais/PR

Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao@editoraplena.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. **A Revista Full Dentistry in Science** reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve

determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. **A Revista Full Dentistry in Science** ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

O autor principal receberá um fascículo do número no qual seu trabalho for publicado. Exemplares adicionais, se solicitados, serão fornecidos, sendo os custos repassados de acordo com valores vigentes.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A Revista Full Dentistry in Science utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Para enviar artigos, acesse o site: www.editoraplena.com.br;
- Selecione a **Revista Full Dentistry in Science**, em seguida clique em “submissão online”.
- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo de duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão;
- Devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;

- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras;
- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- O envio das figuras deve ser feito em arquivos separados (ver tópico 4);
- Também inserir as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPEG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpis de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo;
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema;
- Todas as figuras devem ser citadas no texto;
- Número máximo de 45 imagens por artigo;

- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto;
- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.
- No caso de imagens que mostrem o rosto do paciente, é obrigatório o envio da autorização de uso de imagem assinada pelo mesmo.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto;
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto;
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo;
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original;
- Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável);
- Os traçados devem ser feitos digitalmente;

– Os gráficos devem ser enviados em formato de imagem e em alta resolução.

6. Comitês de Ética

– O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.

– A **Revista Full Dentistry in Science** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como “qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde. Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc.”

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. Alfanumérica:

- Um autor: Silva²³
- Dois autores: Silva;Carvalho²¹
- Três autores ou mais: Silva et al.¹³

7.2. Exemplos de citação:

1. – Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: “Nóbrega³ (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada”

2. – Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobrescrita:

Exemplo: “Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação¹”

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas;
- Todas as referências bibliográficas devem constar citadas no texto;
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas conforme as referências bibliográficas ao fim do artigo, que deverão ser

organizadas em ordem alfabética;

– As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.

– A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;

– As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html);

– Não deve ser ultrapassado o limite de 35 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Simplício AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthod. Sci. Pract. 2013; 6 (22):164-169.

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood – leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer.1996;73:1006-1012.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin.In: Driessens FCM, Wolgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p. 95-152.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

ARAGÃO, HDN, Solubilidade dos Ionômeros de Vidro Vidrion. Dissertação (Mestrado)

Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, SP; 1995
70p.

Formato eletrônico

Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de iniciação científica e X mostra de pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PIBIC2008?dd1=2306&dd99=view>

9. Provas digitais

- A prova digital será enviada ao autor correspondente do artigo por e-mail em formato PDF para aprovação final;
- O autor analisará todo o conteúdo, tais como: texto, tabelas, figuras e legendas, dispondo de um prazo de até 72 horas para a devolução do material devidamente corrigido, se necessário.
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor-Chefe considerará a presente versão como a final.
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

10. Carta de Submissão

Título do Artigo: _____

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submete(m) o trabalho intitulado acima à apreciação da **Full Dentistry in Science** para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da **Full Dentistry in Science** desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida

junto **Full Dentistry in Science**. No caso de o trabalho não ser aceito, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada, sendo feita a devolução do citado trabalho por parte da **Full Dentistry in Science**. Declaro(amos) ainda que é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer no formato impresso ou eletrônico. Concordo(amos) com os direitos autorais da revista sobre ele e com as normas acima descritas, com total responsabilidade quanto às informações contidas no artigo, assim como em relação às questões éticas.

Data: ___ / ___ / ___

Nome dos autores

Assinatura

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO E USO DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS PARA ENSINO/DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Eu, Elisângela Aldilene do Nascimento, (abaixo assinado) portador do RG: 2825853 dou pleno consentimento à UACB/CSTR/UFCG, para que, por intermédio de seus professores, técnicos/assistentes e alunos, execute diagnósticos, planejamentos e tratamentos odontológicos, de acordo com os protocolos vigentes respeitando os princípios éticos e científicos da odontologia. Estou ciente de que a Clínica Escola de Odontologia da UFCG, à qual me submeto para fins de diagnósticos ou tratamento, tem como principal objetivo o ensino e a pesquisa odontológica, estando de acordo com toda a orientação seguida. Concordo que todas as radiografias, modelos, desenhos, históricos, fotografias, resultados de exames clínicos e laboratoriais, bem como quaisquer outras informações a mim referentes, constituem propriedades compartilhadas com esta universidade, à qual dou pleno direito à retenção e uso, para fins de ensino e divulgação científica, desde que a minha identidade seja preservada e que se cumpra os princípios éticos.

Patos, 25 de Agosto de 2023

Assinatura do paciente ou responsável: Elisângela Aldilene do Nascimento

Assinatura e carimbo do profissional:

Prof. Dr. Leorik Pereira
Patologia Oral - Estomatologia
CSTR/UFCG-SIAPE: 1398173
CRO - PB 9053