

Trabalho de Conclusão de Curso

Levantamento dos casos de lesões cancerizáveis diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina

Janaina Simiano de Souza



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

JANAINA SIMIANO DE SOUZA

Levantamento dos casos de lesões cancerizáveis diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina

Trabalho apresentado ao Curso de graduação em Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do grau de cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof^ª Dra. Elena Riet Correa Rivero.

Florianópolis

2015

JANAINA SIMIANO DE SOUZA

**Levantamento dos Casos de Lesões Cancerizáveis Diagnosticados pelo Laboratório
de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título de cirurgiã-dentista, no curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 28 de maio de 2015.

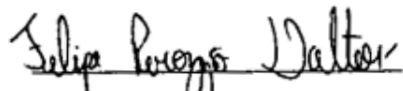
Banca Examinadora:



Prof.ª Dra. Elena Riet Correa Rivero

Orientadora

Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Felipe Perozzo Daltoé

Membro

Universidade Federal de Santa Catarina



Ms. Diogo Lenzi Capella

Membro

Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico esta, bem como minhas demais conquistas aos meus pais, Jakson e Marli, e ao meu namorado Rafael por não medirem esforços para que eu chegasse a esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora **Prof^a Dr^a Elena Riet Correa Rivero**, por todos os ensinamentos passados, pela paciência e sabedoria em me orientar. Muito obrigada pela confiança, apoio e dedicação, e principalmente por ter tornado este passo da minha vida acadêmica muito interessante com o tema aprovado para este trabalho, superando as minhas expectativas, e lançando as luzes do meu saber muito além do que eu poderia imaginar.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, por todas as oportunidades, estágios, projetos de extensão e aulas extraclasse que contribuíram para a minha formação pessoal e profissional.

A todos os **Professores de Patologia Geral e Bucal**, e também aos **mestrandos e doutorandos em Diagnóstico Bucal**, por muitas vezes sanarem minhas dúvidas, muitas vezes feitas as pressas nos corredores da universidade a respeito deste trabalho.

Aos **bolsistas e estagiários do LPB**, em especial à **Ana Cristina e ao Lunardo**, pela amizade construída neste último ano, pelos conselhos, ajudas e por aguentarem sempre meus desabafos, meu muito obrigada.

À minha dupla e amiga **Aline**, por ser uma companheira de anos. Obrigada por toda a paciência, compreensão, sincronia e amizade como dupla nas clínicas, e nas situações da vida e das peças que ela nos prega. Por ter estado comigo nos piores momentos, e ter me aconselhado em muitos deles, e é claro, pelos bons e inesquecíveis que renderam grandes histórias para contar. Meu sincero muito obrigada.

Às minhas amigas, **Cristiane e Roberta** por participarem, em etapas diferentes, da minha graduação e sempre serem prestativas em tudo. Pela companhia, conselhos, fofocas e amizade nestes anos. Vou sempre tê-las em meu coração.

Aos meus pais, **Marli e Jakson**, por todo amor e incentivo que me deram. Que comemoraram comigo nos momentos de alegria e vitória, e me consolaram nos momentos de tristeza e dúvidas. Sempre me incentivaram em tudo, e nunca me deixaram desistir dos meus sonhos. Obrigada, eu amo vocês.

Ao meu namorado **Rafael**, que é um verdadeiro companheiro e parceiro desta jornada, por ter me acompanhado e ter me dado o suporte necessário para a confecção deste trabalho e de todas as provas que encontrei no caminho. Obrigada pelo companheirismo, cumplicidade, amor e carinho, eu amo você.

Aos **amigos** que eu trago de tempos, que souberam entender minha ausência e muitas vezes conseguiram me distrair e tornar essa jornada acadêmica mais leve. Obrigada, vocês foram fundamentais.

“Seja como os pássaros que, ao pousarem um instante sobre ramos muito leves, sentem-nos ceder, mas cantam! Eles sabem que possuem asas.”

(Victor Hugo)

RESUMO

Objetivos: O objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento de lesões cancerizáveis diagnosticadas pelo Laboratório de Patologia Bucal da UFSC. **Materiais e métodos:** Os dados clínicos e histológicos referentes a tais lesões foram obtidos a partir das fichas clínicas e dos laudos histopatológicos, respectivamente. **Resultados:** Dos 230 casos analisados, a lesão mais prevalente foi a leucoplasia (73,48%), seguida da queilite actínica (15,65%), leucoeritroplasia (6,52%) e eritroplasia (4,35%). Verificou-se uma associação significativa entre o sexo e as lesões, sendo o sexo masculino mais afetado em todos os tipos de lesões, especialmente a queilite actínica. A raça leucoderma foi a mais acometida em todas as lesões. Quanto à faixa etária, houve uma maior prevalência de todas as lesões entre a 4^a e 7^a década de vida. Com relação à localização anatômica, o vermelhão de lábio inferior foi a mais acometida (23,17%). Considerando apenas as lesões intra-orais, as localizações mais frequentes foram mucosa jugal e rebordo alveolar, 14,23% e 12,60% respectivamente. O diagnóstico mais encontrado para leucoplasia foi de displasia leve (33,73%), enquanto o de eritroplasia foi de displasia epitelial severa (30%). De toda a nossa amostra, o diagnóstico histológico mais frequente foi de displasia epitelial leve (35,29%). **Conclusão:** As lesões cancerizáveis são frequentes na prática clínica e de acordo com os resultados deste estudo a maioria das lesões são diagnosticadas como leucoplasia, lesão cancerizável mais prevalente, já apresentam algum grau de displasia epitelial. Os resultados demonstram a importância no diagnóstico precoce e remoção cirúrgica de lesões cancerizáveis a fim de evitar que o paciente venha a ter uma lesão maligna futuramente.

Palavras chaves: Lesões Cancerizáveis; Lesões Pré Malignas Oraais; Leucoplasia; Eritroplasia Oral; Queilite Actínica.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to investigate the incidence of precancerous lesion diagnosed by the Oral Pathology Laboratory at UFSC. **Materials and methods:** Clinical and histological data related to these lesions were obtained from clinical and histopathological records, respectively. **Results:** Out of 230 cases, the most prevalent lesion was oral leukoplakia (73.48%), followed by actinic cheilitis (15.65%), leukoerythroplakia (6.52%) and erythroplakia (4.35%). There was a significant association between the lesions and sex, male was the most affected in all types of lesion, especially actinic cheilitis. Caucasians were mostly affected for all conditions. There was a higher prevalence of all lesions between 4th and 7th decades of life. Concerning to anatomical location, the under lip was the most affected (23.17%). For intra oral lesions, there were more cases at jugal mucosa and alveolar ridge, 14.23% and 12.60% respectively. The most common diagnosis for leukoplakia was mild dysplasia (33.73%), while the erythroplakia was severe epithelial dysplasia (30.00 %). Of our entire sample, the most common histological diagnosis was mild epithelial dysplasia (35.29%). **Conclusion:** The precancerous lesions are frequent in clinical practice and according with this study the majority of lesions are diagnosed as leukoplakia, most prevalent precancerous lesion, presenting some degree of epithelial dysplasia. It shows the early diagnosis importance, as well as the surgical removal of precancerous lesions, to avoid the oral cancer progression.

Key word: Oral Precancerous; Oral Pre Malignant; Leukoplakia, Erythroplakia; Actinic Cheilitis

LISTA DE TABELAS

Tabela 2 - Diagnóstico histológico das lesões que não obtiveram diagnóstico clínico ou este não era compatível com lesão cancerizável.....	34
Tabela 3 – Hábitos nocivos combinados em pacientes com lesões intra-orais	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Classificação segundo o diagnóstico clínico das lesões cancerizáveis.	31
Gráfico 2 – Comparação entre o diagnóstico clínico e histológico.....	33
Gráfico 3 - Diagnóstico histológico das lesões cancerizáveis que possuíam diagnóstico histopatológico compatível.	35
Gráfico 5 – Etnia dos pacientes com lesões intra-orais.....	36
Gráfico 6 – Classificação segundo a faixa etária dos pacientes com lesões intra-orais	37
Gráfico 7 – Localização das lesões cancerizáveis intra-orais.....	37
Gráfico 8 – Hábitos nocivos em pacientes com lesões intra-orais	38
Gráfico 9 – Etnia dos pacientes com lesão em lábio	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

LPB – Laboratório de Patologia Bucal.

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina.

SUS – Sistema Único de Saúde

HU – Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.

CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	24
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral	28
2.2	Objetivos específicos	28
3	MATERIAIS E MÉTODOS	29
3.1	Delineamento do estudo.....	29
3.2	Seleção da amostra.....	29
3.3	Análise de casos	29
3.4	Levantamento dos dados histopatológicos	29
3.5	Levantamento dos dados clínicos	30
4	RESULTADOS	31
4.1	Levantamento dos casos diagnosticados clinicamente como lesão cancerizável	31
4.2	Levantamento dos diagnósticos histológicos das lesões diagnosticadas clinicamente como lesões cancerizáveis	31
4.3	Levantamento dos casos de displasia epitelial, carcinoma <i>in situ</i> ou carcinoma microinvasivo sem diagnóstico clínico de lesão cancerizável	33
4.4	Cruzamento do diagnóstico clínico de lesão cancerizável com o diagnóstico histopatológico compatível	34
4.5	Análise dos dados clínicos	35
4.6	Análise dos dados clínicos de lesões intra-orais	36
4.7	Análise dos dados clínicos das lesões de lábio	38
4.8	Levantamento dos casos de carcinoma	39
5	DISCUSSÃO.....	40
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	ANEXO	46

1 INTRODUÇÃO

O Carcinoma Epidermóide de boca é a principal neoplasia maligna que pode afetar a cavidade bucal, ele também é conhecido como carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular. De acordo com o Instituto Nacional De Câncer (INCA), o câncer bucal é o 5º de maior incidência entre os homens e o 8º entre as mulheres, com mais de 14.000 casos novos estimados por ano. O sexo masculino não é um fator predisponente para o desenvolvimento da lesão, e sim os hábitos que estes possuem ¹. Portanto a detecção precoce dos fatores de risco do câncer bucal é crucial para a melhora da taxa de sobrevivência do paciente ².

Aproximadamente 90% das pessoas diagnosticadas com câncer intra-oral são tabagistas, tornando este um fator de risco para o desenvolvimento da lesão. O álcool e a radiação também desempenham importante papel no desenvolvimento do câncer bucal ¹. 70% dos diagnósticos são feitos em fase avançada, portanto o papel do cirurgião-dentista é fundamental na detecção deste câncer que mata quase 5.000 pessoas por ano ¹.

Na maioria das vezes, o cirurgião-dentista é o primeiro profissional a suspeitar e diagnosticar o câncer bucal, no entanto poucos cirurgiões-dentistas atuam na sua prevenção ². As lesões cancerizáveis, são caracterizadas como lesões com risco de crescimento celular descontrolado e transformação em câncer, seguida pela perda do funcionamento normal dos tecidos ⁵. As alterações teciduais presentes nessas lesões podem evoluir para um tumor maligno, como também permanecer estáveis por um considerável período de tempo ^{1,5}.

A leucoplasia se constitui da lesão cancerizável mais frequente na mucosa bucal e é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde, como uma mancha ou placa branca, não removível à raspagem e que não pode ser classificada clínica ou patologicamente como outra enfermidade ⁶, ou seja, o seu diagnóstico é feito por exclusão. A leucoplasia é a lesão oral cancerizável mais comum, representando 85% de tais lesões ⁴. Existem varias hipóteses para a sua etiologia, como o tabaco e suas diferentes formas de uso, pois mais de 80% dos pacientes com leucoplasia são tabagistas ⁴.

Ainda é incerto afirmar que o álcool isoladamente é um fator predisponente para o desenvolvimento de lesões malignas na cavidade oral, porém sabe-se que quando associado ao tabaco se torna um fator de risco ainda maior ⁴.

As leucoplasias orais são mais comuns no gênero masculino, provavelmente devido à associação com o tabagismo praticado com maior frequência pelos homens do que propriamente uma diferença sexual biológica de gênero ⁶. A maior prevalência se dá entre a

quarta e a sexta décadas de vida, no vermelhão de lábio inferior, mucosa jugal e gengiva, porém pode acometer qualquer região da mucosa oral ⁶.

Segundo Neville ⁴ as leucoplasias podem se classificar em quatro tipos: Fina, espessa, nodular e verrucosa. A leucoplasia fina raramente demonstra displasia e pode desaparecer. A leucoplasia espessa é a sucessão da leucoplasia fina onde a mucosa afetada pode assumir uma consistência de couro à palpação. Nos casos de leucoplasias espessa que não obtiveram regressão e se tornaram mais intensas e com irregularidades maiores na superfície acabam sendo denominadas de leucoplasia nodular. Algumas lesões apresentam projeções agudas ou embotadas, sendo assim denominadas de leucoplasia verruciforme.

Algumas leucoplasias ao final do seu processo demonstram manchas disseminadas de coloração avermelhada, sendo assim denominadas leucoeritroplasias ⁴. Um componente vermelho em uma lesão clinicamente branca aumenta as possibilidades de displasia e carcinoma ⁵.

O quadro histológico da leucoplasia apresenta duas características que são consideradas importantes: a hiperqueratose e a displasia epitelial em vários graus de severidade⁷. Microscopicamente, a leucoplasia possui uma camada ceratinizada mais espessa no epitélio de superfície (hiperqueratose), podendo consistir de ortoceratina, paraceratina ou ambas, com ou sem camada espinhosa espessada (acantose) ⁴. De todas as lesões, a displasia epitelial é encontrada em apenas 5% a 25% dos casos, porém esta pode já apresentar um carcinoma *in situ* ou invasivo na análise histológica ⁴.

Como as leucoplasias podem variar de maneira histopatológica de uma hiperqueratose a um carcinoma de células escamosas, uma biopsia é obrigatória para que seja estabelecido o diagnóstico definitivo ⁸.

As alterações displásicas presentes são semelhantes às encontradas no carcinoma de células escamosas: cristas epiteliais em formato de gota; perda da polarização das células da camada basal; pérolas de ceratina; perda da coesão entre as células epiteliais; células e núcleos aumentados; nucléolos grandes e proeminentes; relação núcleo citoplasma aumentada; hiperchromatismo nuclear; pleomorfismo celular e nuclear, disqueratose; atividade mitótica aumentada e atípica ^{4, 8}.

Quando as alterações displásicas estão presentes, o seu grau é designado como leve, moderada ou severa ⁸. A displasia epitelial leve caracteriza-se pelo envolvimento apenas da camada basal e parabasal. Na displasia epitelial moderada há o envolvimento também da porção espinhosa. Já na displasia epitelial severa há alterações desde a camada basal até um nível acima da porção média do epitélio ⁴. Quando toda a espessura do epitélio foi acometida

é usado o termo carcinoma *in situ*, onde há células epiteliais displásicas da camada basal à superfície da mucosa, porém ele se diferencia do carcinoma espinocelular devido ao fato de não haver invasão para o tecido conjuntivo ⁴.

Uma forma especial de leucoplasia é a leucoplasia verrucosa proliferativa que se caracteriza pelo desenvolvimento de múltiplas placas ceratóticas com projeções de superfície ásperas ⁴. Este grupo de lesões possui um alto risco de malignização, aproximadamente 86.7% se tornam carcinomas espinocelular em uma média de seis anos ⁹. Estas lesões se apresentam inicialmente como hiperkeratoses simples e planas, não se distinguindo de leucoplasias comuns, porém posteriormente ela exibe um crescimento persistente ao final do processo torna-se de natureza exofítica e verrucosa, sendo indistinguível de um carcinoma verrucoso ⁴.

Outra lesão com potencial para malignização é a eritroplasia, onde se caracteriza como uma mancha avermelhada que não pode ser clínica ou patologicamente diagnosticada como qualquer outra lesão ⁴. Ela não pode ser removida a raspagem, e nem atribuída uma causa específica, e requer uma biopsia para análise precisa ¹⁰. A etiologia da eritroplasia ainda é desconhecida, mas presume-se que sejam similares as da leucoplasia e do CEB. Segundo Reibel ¹¹, o cigarro está fortemente associado, pois a lesão apresenta-se mais em fumantes do que em não fumantes. Afeta predominantemente adultos de meia idade a idosos, geralmente é assintomática e pode estar associada a uma leucoplasia adjacente (eritroleucoplasia) ⁴.

Geralmente a eritroplasia é mais rara que a leucoplasia, acometendo indivíduos entre a 5ª e 7ª década de vida ⁸. Clinicamente ela se apresenta como uma área avermelhada de margens bem definidas, podendo possuir focos esbranquiçados que se caracterizam como ceratoses ⁸. Possui textura macia e aveludada, caso a lesão seja de caráter invasivo, esta pode se apresentar endurecida ^{4, 8}. As regiões acometidas com maior frequência são: assoalho bucal, língua, mucosa retromolar e palato mole ⁸.

Histopatologicamente a eritroplasia se apresenta com uma ausência da produção de ceratina no epitélio, que frequentemente é atrófico ⁴. Esta ausência de ceratina, explica a coloração avermelhada da lesão, pois esta permite que a microvasculatura seja evidenciada ⁴. Praticamente todas as eritroplasias possuem displasia epitelial severa, carcinoma *in situ* ou carcinoma espinocelular invasivo ⁴. Segundo um estudo feito por Silveira ¹² 20% das eritroplasias já eram carcinomas.

A queilite actínica é outra condição clínica que afeta principalmente o lábio inferior, e é causada por exposição excessiva dos lábios à radiação ultravioleta da luz solar ^{8, 4, 14, 15, 16}. É considerada uma lesão cancerizável comum, que afeta quase que exclusivamente leucodermas, especialmente aquelas de pele mais clara ^{4, 8}. Ocupações profissionais com

exposição ao ar livre claramente estão associadas à queilite actínica ⁴. O estudo feito por Silveira ¹² mostra que de todos os casos de queilite actínica, 84,8% são do gênero masculino, predominantemente na quinta década de vida. O baixo número de mulheres acometidas talvez se explique pelo uso de batom com filtro solar ¹⁶.

Clinicamente a lesão se apresenta com atrofia do vermelhão do lábio, possuindo assim uma superfície lisa e focos esbranquiçados ⁴. Em casos mais avançados a margem entre a porção cutânea e o vermelhão do lábio pode estar irregular ou apagada ⁸. Pode ser observado também descamação, rachaduras, erosão, ulcerações e crostas ⁸.

Microscopicamente a queilose actínica, como também é conhecida, apresenta epitélio atrófico, com muita produção de ceratina, a displasia epitelial pode estar presente em vários graus ⁴. Observa-se um leve infiltrado inflamatório adjacente à camada epitelial ⁴. No tecido conjuntivo há uma degeneração basofílica do colágeno, conhecida como elastose solar ⁴.

Por ser uma lesão com crescimento lento, geralmente o paciente não nota a presença dela, o que pode aumentar a morbidade da doença, onde 6% a 10% dos casos ao longo do tempo desenvolve um carcinoma espinocelular ⁴.

O Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC) encontra-se em funcionamento desde setembro de 2006, tendo mais de dois mil casos diagnosticados, até dezembro de 2014. O LPB recebe para análise histológica material de biopsia de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidos nas Clínicas dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, nos Ambulatórios relacionados à Odontologia Hospitalar do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) – Ambulatório de Estomatologia e Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e de outros Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) do Estado (Florianópolis, Curitiba, São José, Imbituba, Rio do Sul e Ibirama).

Este presente estudo tem como objetivo contabilizar as lesões cancerizáveis diagnosticadas pelo LPB-UFSC, e definir a casuística dessas principais lesões para contribuir na orientação dos cirurgiões-dentistas sobre a sua detecção precoce e consecutivamente na prevenção do câncer bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar um levantamento epidemiológico das lesões cancerizáveis diagnosticadas pelo LPB-UFSC entre os períodos de setembro de 2006 a dezembro de 2014.

2.2 Objetivos específicos

- Levantar as lesões cancerizáveis diagnosticadas pelo LPB
- Realizar um levantamento dos dados clínicos dos pacientes com lesões cancerizáveis obtidos nas fichas de biopsia arquivadas no LPB-UFSC.
- Avaliar os hábitos nocivos dos pacientes que possam ter causado a lesão cancerizável, por meio de informações presentes nas fichas de biopsia.
- Fazer o levantamento das lesões pelos laudos histológicos selecionando as mesmas em cinco grupos:

I – Hiperkeratose e acantose

II – Com displasia epitelial leve

III – Com displasia epitelial moderada

IV – Com displasia epitelial severa

V – Carcinoma *in situ*

VI – Carcinoma Microinvasivo

- Levantar os casos de carcinoma epidermóide diagnosticados clinicamente a fim de verificar se algum dos casos diagnosticados como lesão cancerizável apresentou evolução para carcinoma.
- Analisar os dados encontrados na literatura a respeito das lesões cancerizáveis e compará-los com os encontrados no presente estudo.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo é do tipo observacional descritivo, retrospectivo.

3.2 Seleção da amostra

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (ANEXO 1).

A seleção da amostra foi feita com base nas fichas de biopsia e laudos histopatológicos, de lesões com diagnóstico clínico de leucoplasia, leucoeritroplasia, eritroplasia, queilite actínica e carcinoma epidermóide do LPB-UFSC, associado ao diagnóstico histológico de acantose e/ou hiperqueratose sem displasia epitelial, displasia epitelial, carcinoma *in situ*, carcinoma microinvasivo, carcinoma verrucoso e carcinoma epidermóide.

3.3 Análise de casos

Primeiramente foi realizado um levantamento baseado no diagnóstico clínico (leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia e queilite actínica) mencionado nas fichas de biopsia. Posteriormente foi realizado o levantamento dos laudos histopatológicos desses mesmos casos. Também foi realizado um rastreamento dos laudos, com diagnóstico de displasias epiteliais, carcinoma *in situ* e carcinoma microinvasivo, a fim de verificar se havia algum caso de lesão cancerizável que não tivesse recebido o diagnóstico clínico compatível.

Foi levantado também os casos de carcinoma epidermóide, diagnosticados clinicamente e/ou histologicamente, a fim de verificar se houve algum caso de lesão cancerizável que evoluiu para um carcinoma epidermóide.

3.4 Levantamento dos dados histopatológicos

Após todo o levantamento dos casos por meio das fichas de biopsia e laudos histopatológicos foi feito o cruzamento entre as lesões que possuíam o diagnóstico clínico de lesão cancerizável com os laudos que apresentavam hiperqueratose e/ou acantose sem displasia

epitelial, displasia epitelial (leve, moderada ou severa), carcinoma *in situ*, carcinoma microinvasivo, carcinoma verrucoso e carcinoma epidermóide para obtenção do número total de casos diagnosticados como lesão precursora do carcinoma epidermóide.

3.5 Levantamento dos dados clínicos

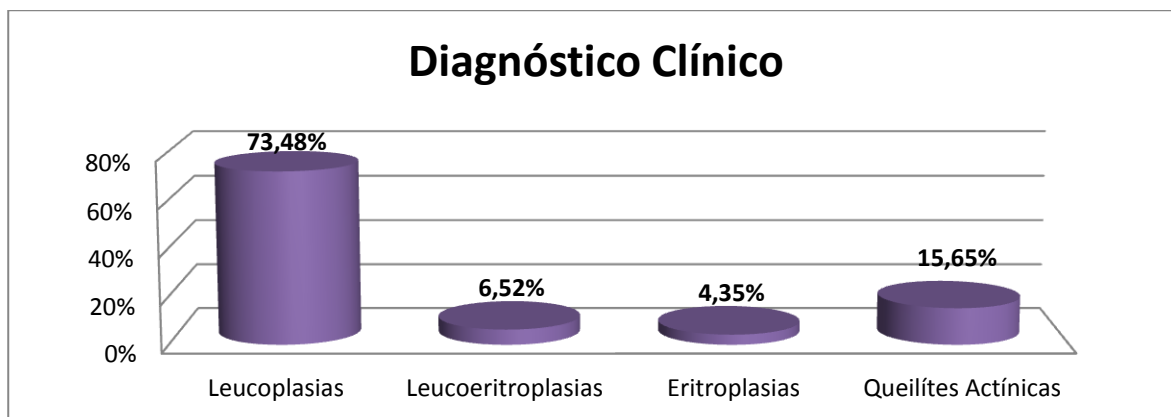
A partir do estabelecimento das lesões precursoras, com diagnóstico clínico compatível de lesão cancerizável e confirmação pelo laudo histopatológico, foram levantadas os dados referentes aos pacientes: gênero, idade, etnia e profissão; as características clínicas das lesões: localização, forma e coloração da lesão; e a presença de hábitos nocivos: exposição solar (para os casos localizados em vermelhão de lábio) e o consumo de fumo e álcool (para as lesões intra-orais). Esses dados foram coletados a partir das informações presentes nas fichas de biopsia do LPB-UFSC.

4 RESULTADOS

4.1 Levantamento dos casos diagnosticados clinicamente como lesão cancerizável

A partir das fichas de biopsia foram constatados 230 casos de lesões diagnosticadas clinicamente como lesão cancerizável, sendo estas: 169 casos de leucoplasia, 10 casos de eritroplasias, 15 casos de leucoeritroplasias, e 36 casos de queilítes actínicas (Gráfico 1).

Gráfico 1– Classificação segundo o diagnóstico clínico das lesões cancerizáveis.



4.2 Levantamento dos diagnósticos histológicos das lesões diagnosticadas clinicamente como lesões cancerizáveis

Na tabela 1 podemos verificar os diagnósticos histológicos das lesões diagnosticadas clinicamente como lesões cancerizáveis. A maioria das lesões foram diagnosticadas histologicamente como acantose e/ou hiperqueratose sem displasia epitelial, displasia epitelial leve, moderada ou severa. Porém houveram 22 casos em que o diagnóstico histológico não é compatível com lesão cancerizável, sendo pertencentes a outras lesões semelhantes clinicamente.

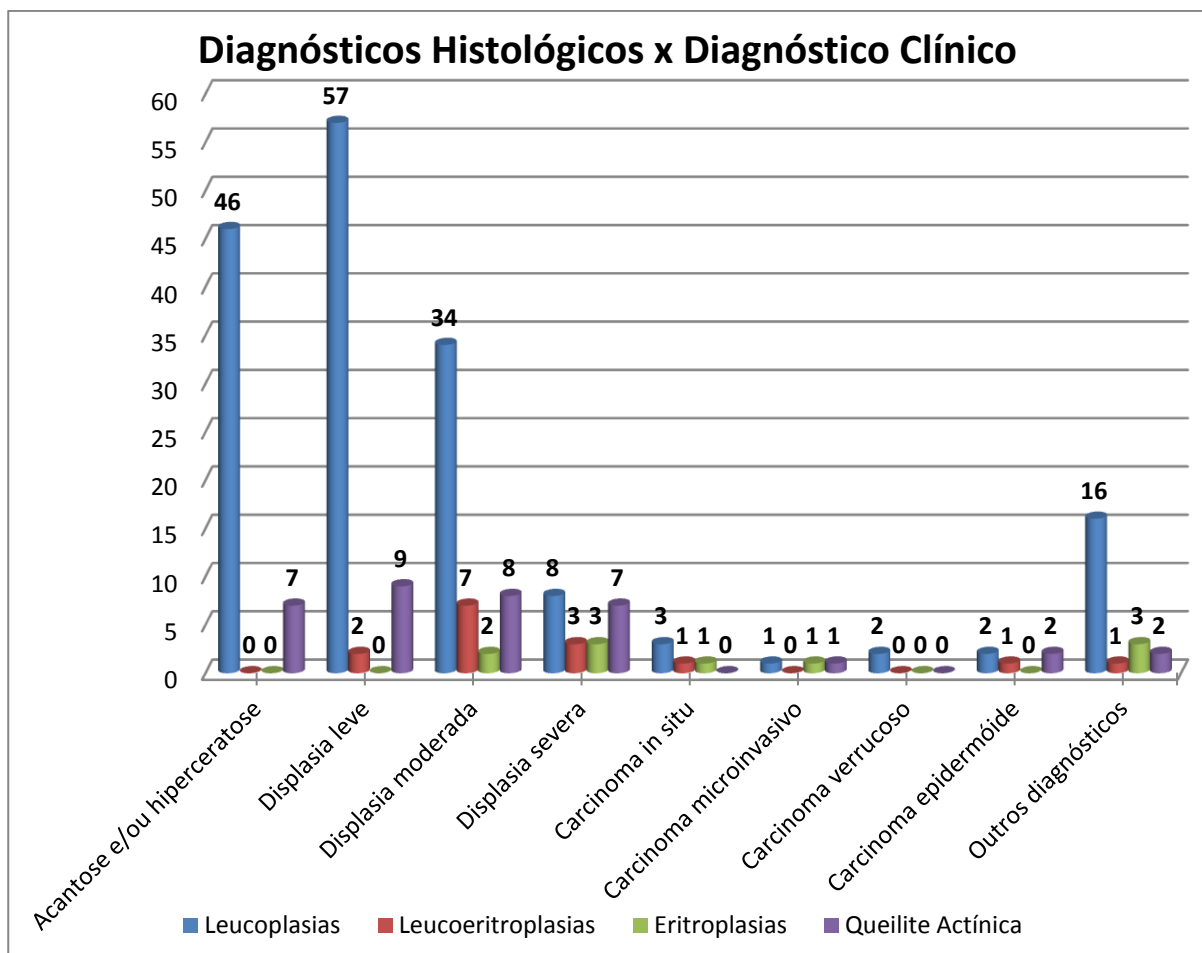
Tabela 1 - Classificação das lesões cancerizáveis segundo o laudo histológico

Classificação Histológica	Nº	%
Acantose e/ou hiperqueratose sem displasia epitelial	53	23,04%
Displasia epitelial leve	68	29,57%
Displasia epitelial moderada	51	22,17%
Displasia epitelial severa	21	9,13%
Carcinoma <i>in situ</i>	5	2,17%
Carcinoma microinvasivo	3	1,30%
Carcinoma verrucoso	2	0,87%
Carcinoma epidermóide	5	2,17%
Outras lesões	22	9,57%
Total	230	100%

Das leucoplasias diagnosticadas clinicamente, a maioria obteve como diagnóstico histológico displasia epitelial leve (37,25%), das leucoeritroplasias a maioria apresentou displasia epitelial moderada (50%), e das eritroplasias a maior parte dos casos revelou ser displasia epitelial severa (42,86%). Dos casos de queilite actínica a maior parte revelou possuir displasia epitelial leve (26,47%). Porém, houve alguns casos em que foi encontrado apenas hiperqueratose e/ou acantose sem displasia epitelial (20,59%), (Gráfico 2).

Houveram 22 casos em que o cirurgião-dentista classificou uma lesão como cancerizável, porém em análise histopatológica foi concluído se tratar de outra lesão (Gráfico 2). Estas, que foram confundidas com lesões cancerizáveis, obtiveram o diagnóstico histológico de: líquen plano, mucosite crônica de interface, eritema migratório, incontinência pigmentar, fibroma de células gigantes, grânulos de Fordyce, mácula melanótica e papiloma escamoso oral.

Gráfico 2 – Comparação entre o diagnóstico clínico e histológico



4.3 Levantamento dos casos de displasia epitelial, carcinoma *in situ* ou carcinoma microinvasivo sem diagnóstico clínico de lesão cancerizável

Dentre as lesões que não tiveram hipótese clínica de lesão cancerizável, mas que o exame histopatológico mostraram alterações epiteliais compatíveis com lesão potencialmente maligna, o diagnóstico clínico mais frequente foi de líquen plano. Cabe salientar também que em alguns casos não havia sido colocada a hipótese diagnóstica na ficha de biopsia, e histologicamente revelaram possuir displasia epitelial, carcinoma *in situ* ou carcinoma epidermóide microinvasivo. (Tabela 2)

Tabela 2 - Diagnóstico histológico das lesões que não obtiveram diagnóstico clínico ou este não era compatível com lesão cancerizável

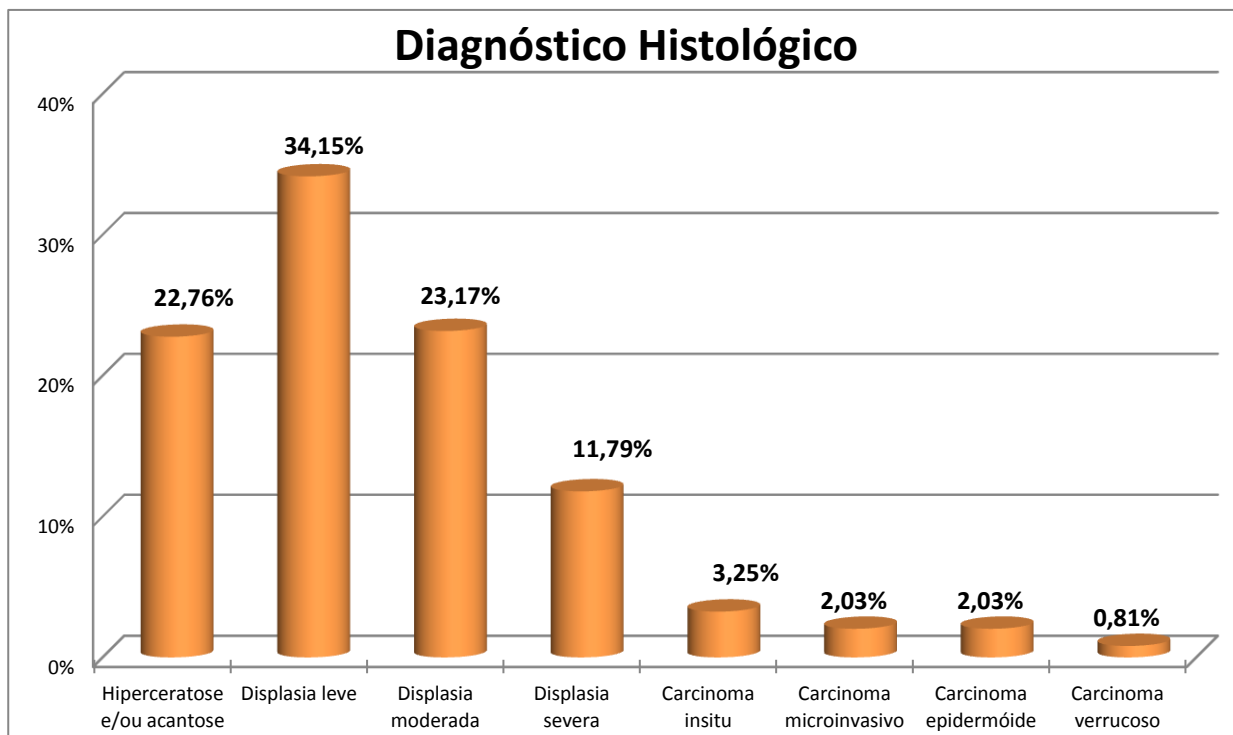
Diagnóstico Histológico	No	%
Displasia epitelial leve	18	47,37%
Displasia epitelial moderada	6	15,79%
Displasia epitelial severa	6	15,79%
Carcinoma <i>in situ</i>	3	7,89%
Carcinoma microinvasivo	2	5,26%
Queilite Actínica	3	7,89%
Total	38	100%

4.4 Cruzamento do diagnóstico clínico de lesão cancerizável com o diagnóstico histopatológico compatível

Correlacionando os dados clínicos com os histológicos se chegou à concordância diagnóstica em 246 casos. Estes pertencem à lesões que foram diagnosticadas clinicamente como leucoplasias, leucoeritroplasias, eritroplasias e queilítes actínicas e possuíam diagnóstico histológico compatível com a doença. Também foram incluídos na casuística final os casos em que o diagnóstico clínico não foi de lesão cancerizável, mas que no entanto o diagnóstico histológico foi de displasia epitelial (leve, moderada ou severa), carcinoma *in situ*, carcinoma microinvasivo e queilite actínica. (Gráfico 3).

Para esses 246 casos, foi realizado o levantamento dos dados em relação aos pacientes, características clínicas das lesões e presença de hábitos nocivos.

Gráfico 3 - Diagnóstico histológico das lesões cancerizáveis que possuíam diagnóstico histopatológico compatível.

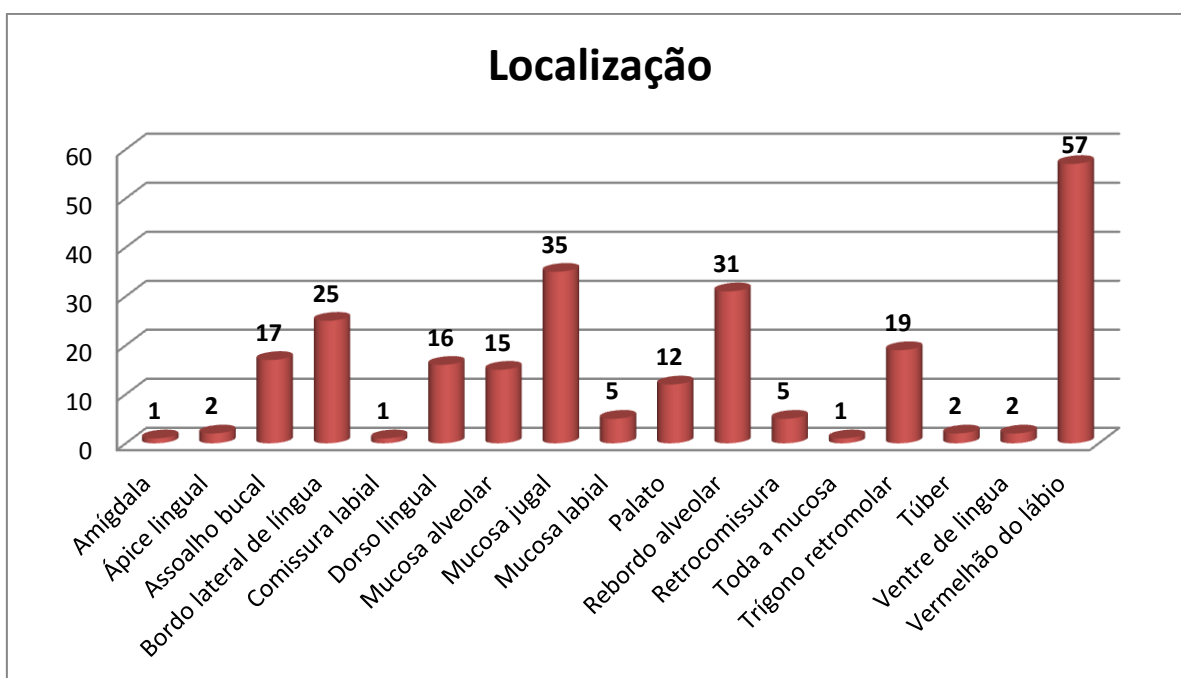


4.5 Análise dos dados clínicos

De todas estas lesões diagnosticadas (n=246), a prevalência foi maior em homens (56,10%), entre a 6ª e 7ª década de vida (44,31%) e leucodermas (73,17%). A respeito da característica das lesões, a grande maioria se deu em forma de placa (46,34%) e na coloração branca (70,33%). Houve também lesões em formato de úlceras e máculas, e na coloração avermelhada e mosqueada.

As localizações das lesões, conforme descrito no gráfico 4, foram: vermelhão do lábio inferior (23,17%), mucosa jugal (14,23%), rebordo alveolar (12,60%), bordo lateral de língua (10,16%), trígono retromolar (7,72%), assoalho bucal (6,91%), dorso lingual (6,50%), mucosa alveolar (6,10%), palato (4,88%), mucosa labial (2,03%), retrocomissura (2,03%) ápice lingual (0,81%), túber (0,81%), ventre de língua (0,81%), amígdala (0,41%), comissura labial (0,41%) e toda a mucosa (0,41%).

Gráfico 4 – Localização das lesões cancerizáveis



4.6 Análise dos dados clínicos de lesões intra-orais

Em relação aos pacientes acometidos, nos casos intra-orais (n=189), excluindo as lesões em vermelhão de lábio, houve uma prevalência em homens (51,32%), leucodermas (70,37%) (gráfico 5), entre a 6ª e 7ª década de vida (47,62%) (gráfico 6). A localização predominante foi na mucosa jugal (18,52%) (gráfico 7).

Gráfico 5 – Etnia dos pacientes com lesões intra-orais

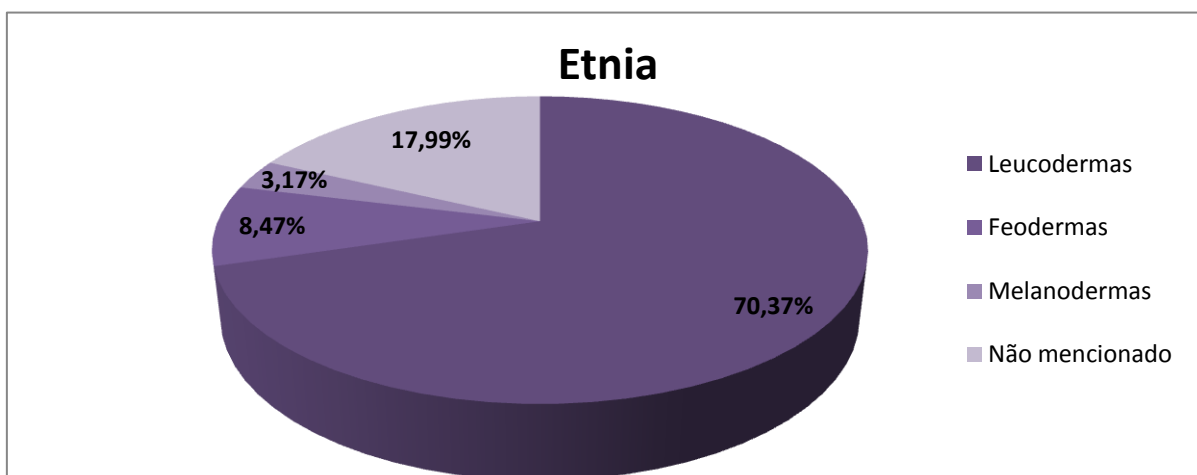


Gráfico 6 – Classificação segundo a faixa etária dos pacientes com lesões intra-orais

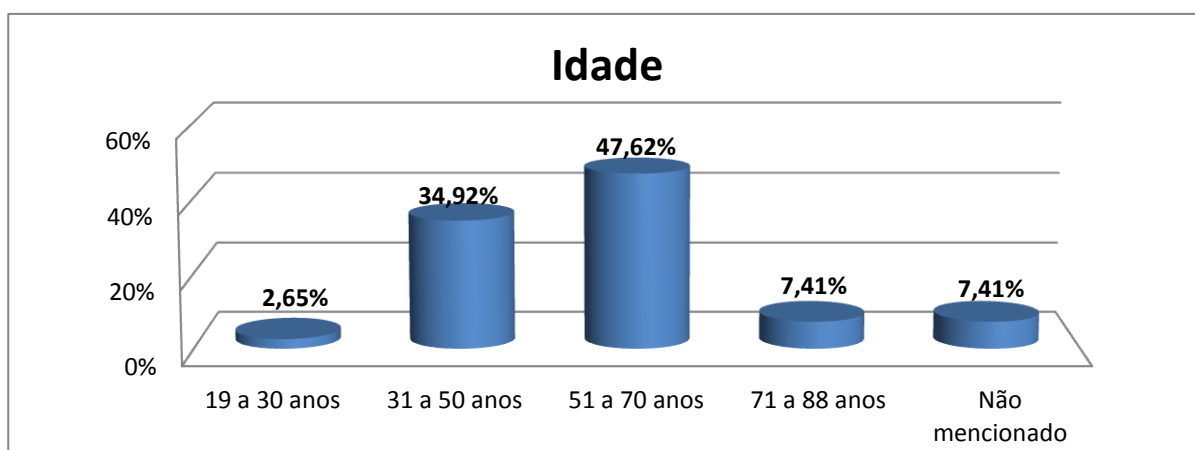
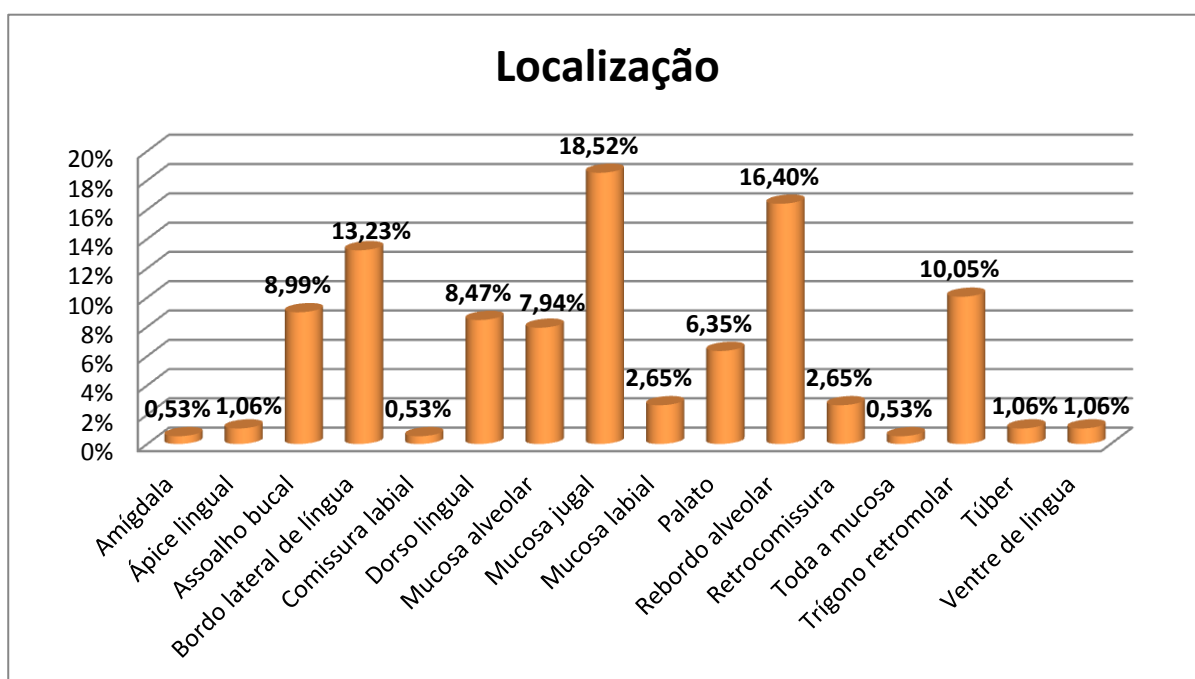
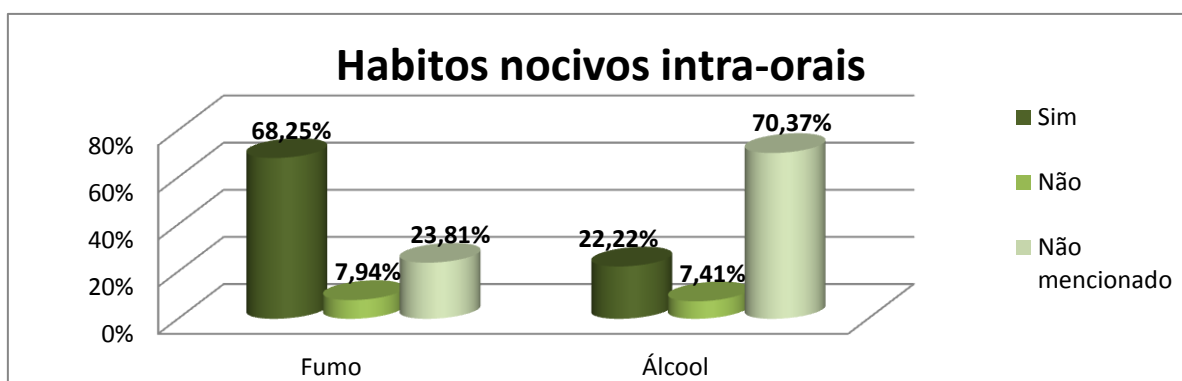


Gráfico 7 – Localização das lesões cancerizáveis intra-orais



O fumo e o álcool foram hábitos nocivos associados com o desenvolvimento de lesões cancerizáveis. Na amostra 68,25% dos pacientes eram fumantes (gráfico 8). Segundo as fichas de biopsia, a maioria das lesões pertencia a fumantes pesados, que consumiam mais de 20 cigarros por dia. Porém em 23,81% dos casos o cirurgião-dentista não informou se o paciente é fumante ou não. O número de etilistas da amostra foi baixo (22,22%), e isto talvez se explique pelo número alto de casos onde o clínico não informou se o paciente ingere álcool.

Gráfico 8 – Hábitos nocivos em pacientes com lesões intra-orais



Foi analisado também os dois hábitos combinados, e chegou-se ao resultado de que 20,63% dos pacientes da amostra que faz o uso combinado de tabaco com álcool (tabela 3).

Tabela 3 – Hábitos nocivos combinados em pacientes com lesões intra-orais

HÁBITOS INTRA-ORAIS	N ^o	%
Apenas tabagista	6	3,17%
Apenas etilista	3	1,59%
Etilista e tabagista	38	20,63%
Não etilistas e não fumantes	8	4,23%
Não mencionado*	129	70,37%
Total	184	100%

*na ficha de biopsia só havia relato de um hábito ou não havia menção sobre hábitos nocivos

4.7 Análise dos dados clínicos das lesões de lábio

Para as lesões presentes em vermelhão de lábio (n=57) houve uma predominância em homens (71,93%), leucodermas (82,46%) (gráfico 9), entre a 4^a e 5^a década de vida (47,37%) (gráfico 10).

Gráfico 9 – Etnia dos pacientes com lesão em lábio

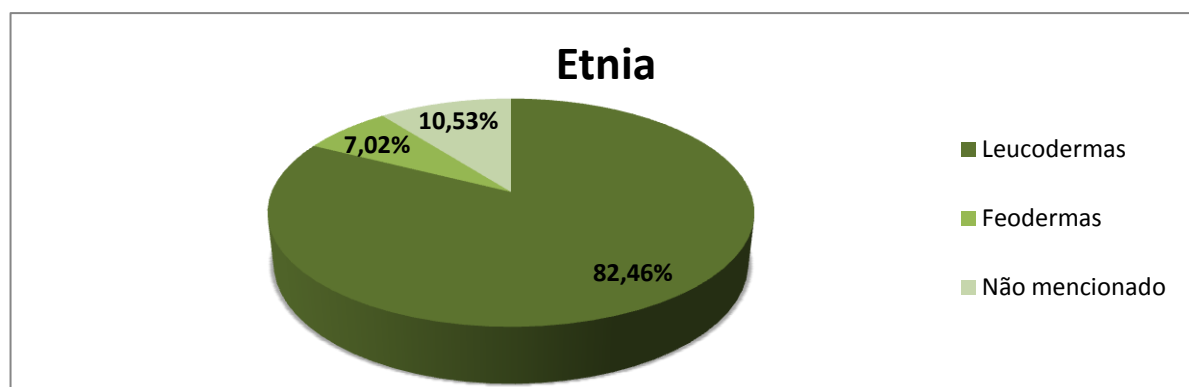
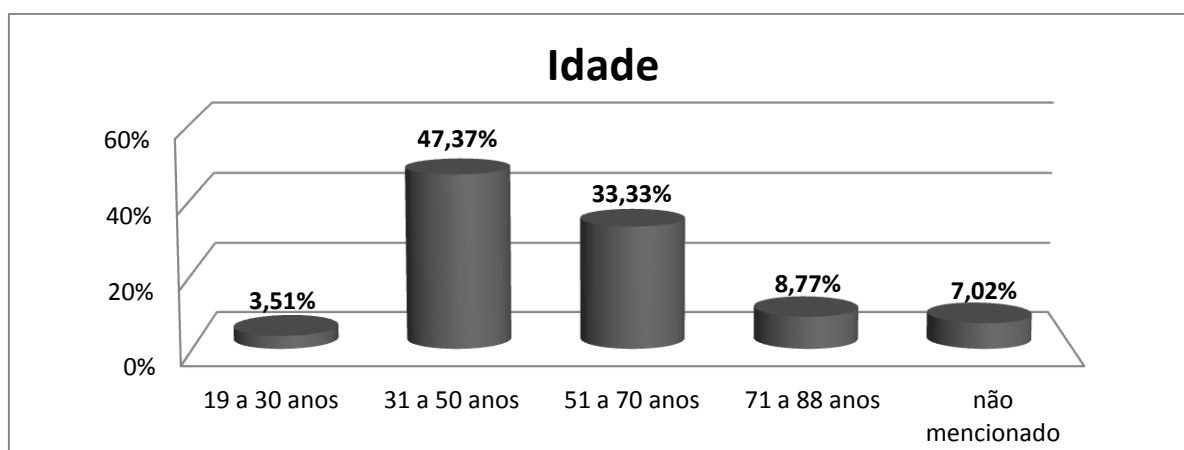


Gráfico 10 – Classificação segundo a idade dos pacientes com lesão em lábio



As lesões presentes em vermelhão de lábio inferior obtiveram uma maior prevalência em pacientes com profissões com exposição ao sol, como agricultores, pedreiros, policiais, jardineiros, pescadores, etc. Nas fichas de biópsia destes pacientes 54,39% relatavam longa exposição solar, e no restante dos casos não foi informado.

4.8 Levantamento dos casos de carcinoma

Foram levantados também 96 casos onde o diagnóstico clínico era de carcinoma epidermóide a fim de observar se algum caso de lesão cancerizável evoluiu para carcinoma. Foi encontrado dois casos em que inicialmente o diagnóstico clínico era uma lesão cancerizável e em uma segunda biópsia o diagnóstico clínico foi de carcinoma epidermóide, porém em diagnóstico histológico esses casos ainda não apresentavam invasão para o tecido conjuntivo caracterizando uma doença maligna.

Destes 96 casos, 72,16% eram realmente carcinomas epidermóides, e 14,58% deveriam ter sido classificados como lesões cancerizáveis.

Em 3 casos onde o diagnóstico histológico inicial foi de hiperqueratose, acantose e displasia leve, foi verificada evolução para carcinoma a partir de uma segunda biópsia na mesma localização. As localizações destas lesões foram: assoalho de boca, palato e rebordo alveolar.

5 DISCUSSÃO

Na classificação quanto ao diagnóstico clínico ficou clara a maior ocorrência da leucoplasia comparada com as outras lesões cancerizáveis (73,48%), e isso condiz com o estudo feito por Silveira et al.¹². Neville et al.⁴ e Scully¹⁷, relatam que a displasia epitelial ou o carcinoma invasivo são encontrados em apenas 5 a 25% das espécies de leucoplasia. No presente estudo 69,93% dos casos diagnosticados clinicamente como leucoplasia apresentavam algum grau de displasia epitelial na análise histológica.

De acordo com Neville et al.⁴ as leucoeritroplasias representam um padrão de leucoplasia que frequentemente revela displasia avançada, isso condiz com o nosso estudo uma vez que os todos os casos de leucoeritroplasia apresentaram displasia epitelial, sendo classificada como moderada em 50% dos casos e severa em 21,43%. Este mesmo autor⁴ relata que a eritroplasia oral é muito menos comum que a leucoplasia, concordando com os resultados desta pesquisa, que mostram uma prevalência de 4,35% entre a população analisada. Histologicamente este autor afirma que esta lesão em 90% dos casos apresenta displasia severa ou carcinoma *in situ*, e isto se aproxima dos nossos resultados, nos quais 71,43% das eritroplasias apresentavam na análise histológica displasia severa ou já eram um carcinoma.

Neville et al.⁴ afirma que geralmente as lesões displásicas tendem a malignizar após o diagnóstico inicial de displasia epitelial. No presente levantamento apenas 3 casos tiveram evolução para carcinoma, no entanto, é importante ressaltar que no Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da UFSC, local de origem da maioria dos casos da nossa amostra, é preconizado, para pacientes com lesões cancerizáveis, a remoção completa da lesão, para evitar que ocorra essa progressão para o câncer.

No presente estudo 56,10% dos casos das lesões cancerizáveis ocorreram em homens, o que condiz com a maior parte dos estudos presentes na literatura^{4, 17, 18}. Porém Regezzi et al.⁸, destaca a quantidade de mulheres afetadas, a respeito das lesões intra-orais, devido aos hábitos característicos desta doença não serem mais exclusivos ao sexo masculino, e isto é bem notável em nosso estudo, pois obtivemos o resultado de 48,68% de mulheres com lesões intra-orais.

Concordando com diversos trabalhos^{3, 4, 8, 12, 17}, a etnia leucoderma foi a mais prevalente neste estudo (73,17%), sendo que nos casos de lesões presentes em vermelhão de lábio, não houve nenhum caso em pacientes melanoderma. Porém, estes números também podem estar relacionados com as características da população local, já que segundo o censo

demográfico de 2010, no estado de Santa Catarina, a proporção de pessoas que se declaravam de cor ou raça branca era de 84%, a maior proporção de leucodermas no país ¹⁹.

As faixas etárias mais frequentes das lesões intra-orais, foram a sexta e sétima década de vida (47,62%), dados semelhantes encontrados por outros autores que relatam que esta doença afeta em sua grande maioria idosos e adultos acima de 50 anos ^{4, 17, 18}. Já nas lesões extra orais, a incidência foi maior em pacientes relativamente mais jovens, entre a quarta e quinta década de vida, 47,37%, concordando com alguns autores ^{8, 12}.

Sabe-se que o uso de tabaco é um dos fatores etiológicos mais conhecidos para o aparecimento de lesões cancerizáveis e câncer de boca ^{4, 8, 17, 18}. No presente estudo o uso do tabaco foi relatado em 68,25% dos pacientes e esse hábito esteve combinado ao uso de álcool em 20,63% dos casos.

As localizações mais frequentes para as lesões cancerizáveis foram vermelhão do lábio inferior, seguido de mucosa jugal e rebordo alveolar, informação também mencionada por diversos autores ^{4, 8, 18}. Neville et al. ⁴ relata que a localização mais frequente do carcinoma epidermóide intra oral, é o bordo lateral de língua, no presente estudo essa foi uma localização frequente para as lesões cancerizáveis (13,23%).

Em relação aos casos de lesões em lábio inferior, alguns autores relataram maior prevalência em homens ^{4, 15, 16, 17}, o que condiz com o nosso estudo, no qual 71,93% dos pacientes com lesão em lábio eram do sexo masculino, este baixo índice talvez se explique pelo fato das mulheres usarem batons conforme descrito por Orozco ¹⁶, e também pelo fato de que as profissões com longa exposição solar, como pedreiros e pescadores, geralmente é exercida por homens. Regezzi et al. ⁸ afirmam que a etnia mais exposta é a leucoderma, o que também condiz com os nossos resultados (82,46%), porém neste caso deve-se levar em conta, também, a maior prevalência de leucodermas (84%) em relação às outras etnias em Santa Catarina ¹⁹.

É conhecido que a queilite actínica, bem como outras lesões cancerizáveis presentes em lábio inferior, estão fortemente associadas á exposição solar prolongada, como descreveram Orozco et al. ¹⁶. Esta exposição pode estar ligada ao tipo de profissão que o paciente exerce. No presente estudo 54,39% dos pacientes com lesão em lábio exerciam algum tipo de profissão relacionada com a exposição solar crônica como por exemplo: pedreiros, agricultores, pescadores, jardineiros, policiais, entre outros.

Em nosso estudo, foram preocupantes os resultados em relação à concordância entre o diagnóstico clínico e o histológico, pois, em alguns casos diagnosticados histologicamente como lesões cancerizáveis, o diagnóstico clínico não era compatível. Portanto, isto deve

chamar a atenção dos cirurgiões-dentistas para maiores cuidados no estabelecimento das suspeitas clínicas e conseqüentemente do diagnóstico.

Ressalta-se ainda que o clínico deve denotar maior atenção ao preenchimento das fichas de biopsia, informando as hipóteses diagnósticas, localizações, características e hábitos do paciente, colaborando assim para o diagnóstico histológico correto.

6 CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo, verificou-se que as lesões cancerizáveis são mais frequentes na forma de leucoplasias. Essas lesões afetam preferencialmente pessoas do sexo masculino, leucodermas, entre a sexta e sétima década de vida, sendo as localizações mais frequentes vermelhão do lábio inferior, seguido de mucosa jugal e rebordo alveolar. Foi verificado uma alta porcentagem de epitélio displásico entre as leucoplasias, tornando estas lesões com maior probabilidade de malignização do que descreve a literatura.

REFERÊNCIAS

- [1] INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Câncer de boca. [Acesso em 08 de abril de 2015]. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca+/definicao>.
- [2] MENDES Sarah Freygang, RAMOS Grasieli de Oliveira, RIVERO Elena Riet Correa, MODOLO Filipe, GRANDO Liliane Janete, MEURER Maria Inês. Techniques for Precancerous Lesion Diagnosis. *Journal of Oncology*. 2010 Dez; 2011, Article ID 326094, 5 pages
- [3] PRADO Bruno Nissofi, PASSARELLI Dulce Helena Cabelho. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2009 jan-abr; 21(1): 79-85.
- [4] NEVILLE Brad W., DAMM Douglas D., ALLEN Carl M., BOUQUOT Jerry E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- [5] SILVERMAN Sol. Jr., EVERSOLE L. Roy, TRUELOVE Edmond L. *Fundamentos de medicina oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- [6] SILVA Ivana Conceição Oliveira da, CARVALHO Aline Tathila Damasceno de, SILVA Lucivana Bárbara Oliveira da, NAGAHAMA Maria do Carmo Vasquez Fernandes Bastos. Leucoplasia: uma revisão de literatura. *Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre*. 2007 jul/set; 55(3): 287-289.
- [7] RODRIGUES Tânia Lemos Coelho, COSTA Lino João da, SAMPAIO Maria Carmeli Correia, RODRIGUES Fabiano Gonzaga, COSTA Antônio de Lisboa Lopes. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. *Pesqui. Odontol. Bras*. 2000 Dez; 14(4): 357-361.
- [8] REGEZI, Joseph A., CIUBBA James J., JORDAN Richard C. K. *Patologia oral: Correlações clinicopatológicas*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
- [9] SILVERMAN Sol Jr, GORSKY Meir, Proliferative verrucous leukoplakia: A follow-up study of 54 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1997 Aug; 84(2):154-157.
- [10] KADEMANI Deepak. Oral cancer. *Mayo Clin Proceedings* 2007 Jul; 82(7):878-887.
- [11] REIBEL Jesper. Prognosis of oral pre-malignant lesions: significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine* 2003 Jan; 14(1):47-62.
- [12] SILVEIRA Éricka Janine Dantas da, LOPES Maria Fernanda Fernandes, SILVA Leonardo Miguel Madeira, RIBEIRO Betania Fachetti, LIMA Kenio Costa, QUEIROZ Lélia Maria Guedes. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J. Bras. Patol. Med. Lab*. 2009 Jun; 45(3): 233-238.

- [13] REICHART Peter A., PHILIPSEN Hans Peter. Oral Erythroplakia – A review. Oral Oncology. 2004 Dez; 41: 551-561.
- [14] MARKOPOULOS A., ALBANIDOU-FARMAKI E., KAYAVIS I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases Oral Diseases 2004 Jan; 10(4): 212-216.
- [15] OCHSENIUS R Germán, ORMEÑO Q Andrea, GODOY R Luis, ROJAS René. Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer de labio en pacientes chilenos: Correlación clínico-histológica. Rev. méd. Chile. 2003 Jan; 131(1): 60-66.
- [16] OROZCO P, VÁSQUEZ S, VENEGAS B, RIVERA C. Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2013 Dez; 6(3): 127-129.
- [17] SCULLY, Crispian. Medicina Oral e Maxilofacial: Bases do Diagnóstico e Tratamento. 2ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- [18] GREENBERG Martin S., GLICK Michael. Medicina Oral de Burket. São Paulo: GEN, 2008
- [19] INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados de Santa Catarina. [Acesso em 3 de maio de 2015]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf

ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel do estroma no desenvolvimento e progressão do câncer de boca

Pesquisador: Elena Riet Correa Rivero

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42976715.3.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Patologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.005.587

Data da Relatoria: 30/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto vinculado à linha de pesquisa "Etiologia, Diagnóstico, Prevenção e Terapias aplicadas à Odontologia", do Programa de Pós-graduação em Odontologia da UFSC. A professora coordenadora faz parte do grupo de Pesquisa em Diagnóstico Bucal da UFSC. O projeto desdobrar-se-á em uma tese de doutorado e um Trabalho de Conclusão de Curso. Como amostra positiva de neoplasia invasiva serão incluídos casos de carcinoma epidermóide de boca (CEB) e como amostra de tecido não neoplásico serão incluídos casos de HFI (hiperplasia fibrosa inflamatória). A seleção dos casos será feita com base no diagnóstico histopatológico e na análise das lâminas coradas em H&E. Com base na casuística desse Serviço de Diagnóstico espera-se no final ao menos 25 casos de DEBM; 25 casos de DEBM, 20 casos de carcinoma epidermóides de boca e 20 casos de HFI.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- O objetivo principal deste projeto é contribuir com o entendimento sobre o processo de invasão do CEB (carcinoma epidermóide de boca), por meio do estudo das interações parênquima/estroma nos mecanismos de crescimento e invasão tumoral.

Objetivo Secundário:

1- Promover um levantamento dos laudos histopatológicos de lesões diagnosticadas como displasias epiteliais, CEB e hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI), presentes nos arquivos do

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R. Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.005.587

Laboratório de Patologia Bucal (LPB) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC);

- 2- Proceder a avaliação histológica dos casos selecionados e Classificar as displasias epiteliais segundo o sistema binário, em displasias de alto risco de malignização (DEAM) e baixo risco de malignização (DEBM);
- 3- Investigar a presença de fibroblastos senescentes, por meio de marcadores de senescência celular (p16 e beta galactosidase), assim como por meio de marcadores de FAC (podoplanina), na lâmina própria de DEBM, DEAM e HFI, assim como no estroma de CEB.
- 4- Investigar a expressão de caveolina-1, osteopontina e MMP-2 na lâmina própria de DEBM, DEAM e HFI, e no CEB.
- 5- Estabelecer o índice de proliferação epitelial, por meio da marcação do antígeno Ki-67, em DEBM, DEAM, HFI e CEB;
- 6- Comparar a expressão das proteínas em estudo nos casos de DEBM, DEAM, HFI e CEB;
- 7- Comparar a expressão das proteínas em estudo nos casos de displasias epiteliais que evoluíram para carcinoma epidermóide;
- 8- Fazer a correlação das proteínas em estudo nos casos de DEBM, DEAM, HFI e CEB.
- 9- Correlacionar os achados deste estudo com os já existentes na literatura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos da pesquisa, os pesquisadores esclarecem que "Durante a pesquisa será apenas utilizado o material resultante de biópsia da lesão, previamente realizada, o qual encontra-se armazenado nos arquivos do LPB, sem causar qualquer tipo de desconforto aos pacientes. Como haverá acesso aos dados presentes nas fichas de biópsia e laudos histopatológicos, há um risco de perda de sigilo dessas informações, mas os pesquisadores garantem que tomarão todos os cuidados para evitar que isso ocorra".

No que se refere aos benefícios do estudo, observa-se que "envolvem a produção de conhecimento científico podendo servir de base para outros estudos, e possivelmente tentar ajudar os próximos pacientes que tenham a mesma doença no futuro, facilitando o seu diagnóstico".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.005.587

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e de acordo com a legislação vigente: folha de rosto; projeto de pesquisa; informações detalhadas sobre o projeto, incluindo cronograma e orçamento; e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) a ser apresentado aos participantes da pesquisa.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "O papel do estroma no desenvolvimento e progressão do câncer de boca" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 30 de Março de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Predio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br