



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE CARCINOMAS ESPINOCELULARES ORAIS: SÉRIE DE CASOS

Rafael de Sousa Santos

2018

RAFAEL DE SOUSA SANTOS

**ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE CARCINOMAS
ESPINOCELULARES ORAIS: SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia, da Universidade Federal de
Juiz de Fora, Campus Governador
Valadares, como parte dos requisitos
para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Sibebe Nascimento de Aquino

Governador Valadares

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Rafael de Sousa.

Aspectos clínicos e histopatológicos de carcinomas espinocelulares orais: Série de casos. / Rafael de Sousa Santos. -- 2018.

37 f. : il.

Orientadora: Sibebe Nascimento de Aquino

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2018.

1. Neoplasias bucais. 2. Carcinoma espinocelular. 3. Cavidade oral. I. Aquino, Sibebe Nascimento de, orient. II. Título.

RAFAEL DE SOUSA SANTOS

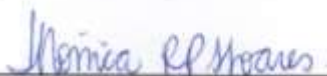
ASPECTOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS DE
CARCINOMAS ESPINOCELULARES ORAIS: SÉRIE DE CASOS

Aprovada em 04 de dezembro de 2018, por:

Banca Examinadora



Profª. Drª. Sibeles Nascimento de Aquino
Orientadora – UFJF/GV



Profª. Drª. Mônica Regina Pereira Senra Soares
Examinadora – UFJF/GV



Prof. Dr. Maurício Augusto Aquino de Castro
Examinador – UFJF/GV

AGRADECIMENTOS

Sou grato ao universo, em todas suas formas divinas, por todas as oportunidades de vivência e experiência que até aqui me foram oferecidas. Agradeço a todas as pessoas que participaram em todo e qualquer grau do meu aprendizado, crescimento pessoal e que tornou esse momento realidade.

Aos meus pais e familiares que sempre depositaram confiança em meus sonhos e mesmo com todos os obstáculos enfrentados se mantiveram firmes ao meu lado e tornando minha caminhada mais leve, sendo meus maiores exemplos de fé na vida.

Agradeço imensamente minha orientadora Sibebe Nascimento de Aquino, que de uma forma totalmente profissional surgiu como um anjo na minha vida acadêmica. Muitas vezes a graduação pareceu ser um fardo pesado que eu não fosse suportar, mas foram pessoas assim que me deram forças pra chegar até aqui. Meus sinceros agradecimentos por sua dedicação e empenho em transmitir seus ensinamentos, por todo carinho, atenção e preocupação no decorrer desses anos. Gratidão!

Aos meus amigos Willy e Ranam por toda prestatividade, por terem me dado todo apoio, pela parceria, paciência e dedicação nesse trabalho. Vocês foram incríveis e serei eternamente grato.

As minhas colaboradoras de iniciação científica e amigas Rebeca, Larisse e Natália, que juntos descobrimos a importância do trabalho em equipe para que um bom resultado possa se tornar excelente.

Aos meus amigos da odonto III, odonto V e a todos que conviveram comigo durante minha trajetória na Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares. Desejo que esse seja o início de uma jornada cheia de desafios, conquistas, colheitas e aprendizados para todos nós. Meu muito obrigado!

*“Só se pode alcançar um grande êxito
quando nos mantemos fieis a nós mesmos.”*

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Introdução: O câncer bucal é a 5ª neoplasia maligna mais frequente em homens e a 12ª em mulheres, com expressivo número de casos anualmente no Brasil, posicionando o país em 1º lugar em incidência na América Latina. O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas/espinoelular (CEC), sendo o lábio inferior, as bordas laterais e base de língua e o assoalho bucal as localizações mais comuns para o seu desenvolvimento. **Objetivo:** Avaliar os aspectos clínicos e histopatológicos de casos de carcinoma espinoelular oral. **Metodologia:** Trata-se do estudo descritivo de 12 casos de CEC oral diagnosticados pela subárea de Patologia Oral da UFJF Campus Governador Valadares, entre os períodos de janeiro de 2017 a junho de 2018. **Resultados:** A idade mínima observada foi de 47 anos e a máxima de 75 anos, com idade média de 61,41 anos. A maioria dos pacientes era do gênero masculino e tabagista. Os 12 pacientes foram diagnosticados a partir de biópsia incisiva. A lesão fundamental observada predominantemente foi úlcera crônica. A localização principal foi a língua. Quanto aos aspectos histopatológicos, constatou-se ilhas epiteliais neoplásicas invadindo o tecido conjuntivo como principal característica. **Conclusão:** Dentre todos os casos descritos neste estudo, a maioria deles apresentaram aspectos clínicos e epidemiológicos clássicos dessa neoplasia maligna como lesão ulcerada, maior incidência no gênero masculino e tabagista. Destacaram-se as características histopatológicas que definem o diagnóstico da doença e enfatiza a importância do cirurgião dentista no diagnóstico.

Palavras-chave: Neoplasias bucais, Carcinoma espinoelular, Cavidade oral.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is the fifth most frequent malignant neoplasm in men and the twelfth in women, with an expressive number of cases annually in Brazil, positioning the country in the first place in incidence in Latin America. The most common histological type is squamous cells carcinoma / spinocellular carcinoma (SCC), with the lower lip, lateral borders and base of tongue and buccal floor being the most common sites for its development. Objective: To evaluate the clinical and histopathological aspects of cases of oral squamous cells carcinoma.

Methodology: This is a descriptive study of 12 cases of oral squamous cells carcinoma diagnosed by the Oral Pathology subarea of the UFJF Campus Governador Valadares between January 2017 and June 2018. **Results:** The minimum age observed was 47 years and the maximum of 75 years, with a mean age of 61.41 years. Most of the patients were male and smokers. All 12 patients were diagnosed from incisional biopsy. The predominant primary lesion was chronic ulcer. The main location was the tongue. As for the histopathological aspects, we observed epithelial neoplastic islets invading the connective tissue as the main characteristic. **Conclusion:** Among all the cases described in this study, most of them presented classic clinical and epidemiological aspects of this malignant neoplasm as ulcerated lesion, with a higher incidence in the male gender and smoker. It highlights the histopathological characteristics that define the diagnosis of the disease and emphasizes the importance of the dentist in the diagnosis.

Keywords: Oral neoplasms, Spinocellular carcinoma, Oral cavity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 MATERIAIS E MÉTODOS OU RELATO DE CASO CLÍNICO.....	04
3 RESULTADOS	05
4 DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXOS.....	24

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2018)¹ estimou-se incidência de 11.200 novos casos por ano de câncer bucal. Apresenta-se como a quinta neoplasia maligna em homens e a décima segunda em mulheres, possuindo a maior incidência de câncer bucal entre os países da América Latina.¹

Correspondendo a mais de 90% dos casos, o tipo histológico mais comum de câncer bucal é o carcinoma de células escamosas/epinocelular (CEC)², que acomete mais comumente o lábio inferior, as bordas laterais e base de língua e o assoalho bucal.³ Entre os pacientes afetados pelo CEC intraoral a maioria é composta por homens, entre a sexta e sétima década de vida, fumantes e etilistas por muitos anos⁴. Nos casos em que o lábio inferior é afetado, a exposição crônica à radiação ultravioleta é o principal fator associado.^{5,6}

Para se obter o diagnóstico clínico da lesão, deve-se coletar os dados da anamnese e do exame físico do paciente e na suspeita de algum tipo de neoplasia, deverá ser realizada a biópsia incisional para confirmação pelo exame histopatológico.⁷ A lesão mais comumente encontrada no momento do exame diagnóstico é uma lesão ulcerada assintomática, crônica com bordas elevadas e áreas de necrose central, contudo, podem ocorrer apresentações clínicas variadas, que inclui a exofítica (formação de aumento de volume, papilar, verruciforme); endofítica (escavada, ulcerada); leucoplásica (mancha branca); eritroplásica (mancha vermelha) e eritroleucoplásica (áreas vermelhas e brancas).⁸

Dentre os aspectos histopatológicos, destaca-se classicamente o padrão de crescimento invasivo, para tecido conjuntivo.⁹ A ceratinização individual de células epiteliais escamosas (disqueratose) com a formação variável de “pérolas” de ceratina são características frequentemente notadas entre casos de CEC da região intraoral e labial. Os tumores bem diferenciados apresentam grandes ceratinócitos que lembram o epitélio escamoso normal e produzem abundante ceratina, pouca atipia celular e escassa atividade mitótica. Os

tumores moderadamente diferenciados geralmente apresentam menos ceratinização e distinto pleomorfismo nuclear com maior atividade mitótica e mitoses aberrantes e, por fim, os pobremente diferenciados apresentam predominantemente células imaturas com numerosas mitoses aberrantes e mínima ceratinização.⁸

O CEC oral bem diferenciado a moderadamente estão associados a melhores prognósticos. Em contrapartida, o padrão de crescimento infiltrativo do CEC oral pobremente diferenciado, caracterizado por pequenos e dispersos cordões ou células tumorais com margens irregulares e pobremente definidas estão associados com um curso clínico mais agressivo e piores prognósticos.¹⁰ Brandwein-Gensler e colaboradores (2005)¹¹ propuseram um sistema de gradação para o CEC que leva em consideração outros aspectos histológicos como o padrão de invasão tumoral e a presença de invasão perineural e infiltrado linfocítico para classificar os tumores em três categorias de risco (baixo, intermediário ou alto grau) relacionadas com recidiva local, sobrevida global e indicação para tratamentos adjuvantes.¹² Outros sistemas de gradação para o CEC têm sido avaliados com finalidade de predição de prognóstico.¹³

A localização anatômica da lesão, as características histopatológicas, o estágio clínico da doença e a saúde geral estão relacionadas à sobrevida dos pacientes com CEC.⁸ A sua abordagem terapêutica é por equipe multidisciplinar e além da total excisão cirúrgica, podem fazer parte do tratamento a quimioterapia, a radioterapia, ou ambas em conjunto^{8,20}

A maioria das lesões se apresenta com tamanho de 30 a 60mm, em estado avançado da doença, o que pode estar relacionado ao fato da mesma ser assintomática em sua fase inicial.^{14,15} Além do desconhecimento das pessoas sobre a gravidade da doença, há a limitação nos diagnósticos pela precariedade no atendimento em saúde que corrobora com o atraso no diagnóstico em algumas regiões do país.¹⁶ Entretanto, o diagnóstico precoce relaciona-se com o melhor prognóstico da doença bem como tratamento cirúrgico menos invasivo e maior taxa de sobrevida.^{8,17-19}

As consequências do CEC oral podem ser devastadoras, principalmente por interferirem na qualidade de vida dos pacientes, tendo em vista as alterações funcionais e estéticas devido ao comprometimento pós-cirúrgico dos tecidos orais bem como dor local, além de respiração, deglutição e fala prejudicadas.^{16,19}

Considerando a importância de se conhecer essa neoplasia maligna bem como a correta abordagem clínica e análise histológica para diagnóstico final, esse estudo visa avaliar uma série de doze casos clínicos de carcinomas de células escamosas oral.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer # 1.821.102).

2.2 Tipo e local de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de série de casos realizado a partir de biópsias de CECs orais diagnosticados pela subárea de Patologia Oral da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, entre os períodos de janeiro de 2017 a junho de 2018.

2.3 Casos de carcinoma espinocelular

Foram avaliadas as informações clínicas e imagens fotográficas dos 12 casos de CEC oral. Por razões estruturais, o material foi processado no laboratório Alvarenga, localizado em Governador Valadares – MG, em parceria com o serviço de patologia médica do laboratório e analisado no laboratório de Patologia Oral da UFJF GV. Os dados sociodemográficos tais como idade, gênero, localização e características clínicas foram obtidos a partir dos dados das requisições anatomopatológicas enviadas junto às peças.

Após processamento do material, foram estudadas as características histopatológicas das lesões. A análise histopatológica ocorreu em material cortado a partir de bloco parafinado, disposto em lâmina de vidro e corado pela coloração de hematoxilina e eosina (HE). A análise histológica foi realizada em microscopia de luz por meio de microscópio binocular (Nikon E100, Shanghai, China).

3 RESULTADOS

No presente estudo, a idade mínima observada foi de 47 anos e a máxima de 75 anos, com idade média de 61,41 anos e predomínio de pacientes entre 50 e 67 anos. Dentre os doze casos, oito deles eram do gênero masculino e quatro do feminino. Quatro eram leucodermas, um era feoderma, cinco eram melanodermas e dois sem informação (Tabela 1). Dos doze casos, apenas um não era fumante ou etilista.

Os aspectos clínicos das lesões são observados nas figuras 1A a 5ª e 7A a 12A. Os tipos de lesão fundamentais encontradas foram úlcera (9 casos, 75%), placa (1 caso, 8,3%), mancha (1 caso, 8,3%) e nódulo (1 caso, 8,3%). Com relação a consistência da lesão, sete apresentaram consistência firme, uma endurecida, uma amolecida, uma fibrosa e dois casos sem informação. A coloração normocrômica foi apresentada por apenas um dos casos, enquanto em outro deles esbranquiçada, seis eritematosas e dois casos apresentando coloração esbranquiçada e eritematosa simultaneamente.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos casos de CEC oral.

Dados	n (12)	%
Idade mínima	47	-
Idade máxima	75	-
Média de idade	61,41	-
Masculino	8	66,6%
Feminino	4	33,3%
Trabalhador Urbano	2	16,6%
Trabalhador Rural	5	41,6%
Sem informação	5	41,6%
Casado	3	25%

Viúvo	3	25%
Solteiro	3	25%
Sem informação	3	25%
Leucoderma	4	33,3%
Feoderma	1	8,3%
Melanoderma	5	41,6%
Sem informação	2	16,6%

Fonte: Aquino SN, Santos RS (2018).

A localização principal foi em língua (5 casos). Palato mole, mucosa jugal, palato duro, assoalho bucal, vermelhão de lábio inferior e orofaringe também foram afetados (Tabela 2). Quanto ao método de diagnóstico, os 12 pacientes foram diagnosticados a partir de biópsia incisional.

Tabela 2 – Aspecto clínico e localização dos casos de CEC oral.

Dados clínicos	n (20)	%
Aspecto clínico		
Úlcera	9	75%
Placa	1	8,3%
Mancha	1	8,3%
Nódulo	1	8,3%
Local da lesão		
Língua	5	41,6%
Palato Mole	2	16,6%
Mucosa jugal	1	8,3%
Palato duro	1	8,3%
Assoalho buccal	1	8,3%
Vermelhão do Lábio inferior	1	8,3%
Orofaringe	1	8,3%

Fonte: Aquino SN, Santos RS (2018).

Foi observada concordância do diagnóstico com a 1ª hipótese em sete casos (58,3%), dois concordaram com a segunda hipótese (16,6%), outros dois com a 3ª hipótese (16,6%) e um com a 4ª hipóteses (8,3%).

Tabela 3 – Hipóteses diagnósticas

Nº do caso	Hipóteses diagnósticas	Diagnóstico	Concordância
1	Hiperplasia fibrosa	CEC	2ª Hipótese
	CEC		
2	Carcinoma verrucoso	CEC	3ª Hipótese
	Eritroplasia		
	Ceratose		
	CEC		
3	Queilite actínica	CEC	4ª Hipótese
	Leucoplasia		
	Eritroplasia		
	CEC		
4	Líquen plano	CEC	1ª Hipótese
	CEC		
5	Paracoccidioidomicose	CEC	1ª Hipótese
6	CEC	CEC	1ª Hipótese
	CEC		
	Leishmaniose		
7	Leucoplasia	CEC	1ª Hipótese
	CEC		
	Paracoccidioidomicose		
8	Leucoplasia	CEC	1ª Hipótese
	CEC		
9	CEC	CEC	1ª Hipótese
	Úlcera traumática		

	Úlcera traumática		
10	CEC	CEC	2ª Hipótese
	Lesão sífilítica		
11	Lesão tuberculínea	CEC	3ª Hipótese
	CEC		
	CEC		
	Leishmaniose	CEC	1ª Hipótese
12	Leucoplasia		

Fonte: Aquino SN, Santos RS (2018).

Quanto aos aspectos histopatológicos (Figuras 1B a 12B), constatou-se ilhas epiteliais neoplásicas invadindo o tecido conjuntivo como principal característica. A presença de pérolas de ceratina e mitoses atípicas foram observadas em muitos casos. Infiltrado linfoplasmocitário também foi frequente entremeando as ilhas epiteliais neoplásicas. O pleomorfismo celular e disqueratose também foram observadas. Invasão neural e muscular foram observadas em quatro casos. Elastose solar foi observada no caso de lesão em lábio inferior. Com relação ao grau de diferenciação, dois casos se apresentaram como moderadamente diferenciados, os demais possuíam características típicas do CEC bem diferenciado, sendo classicamente demonstrado pela presença de numerosas pérolas de ceratina.

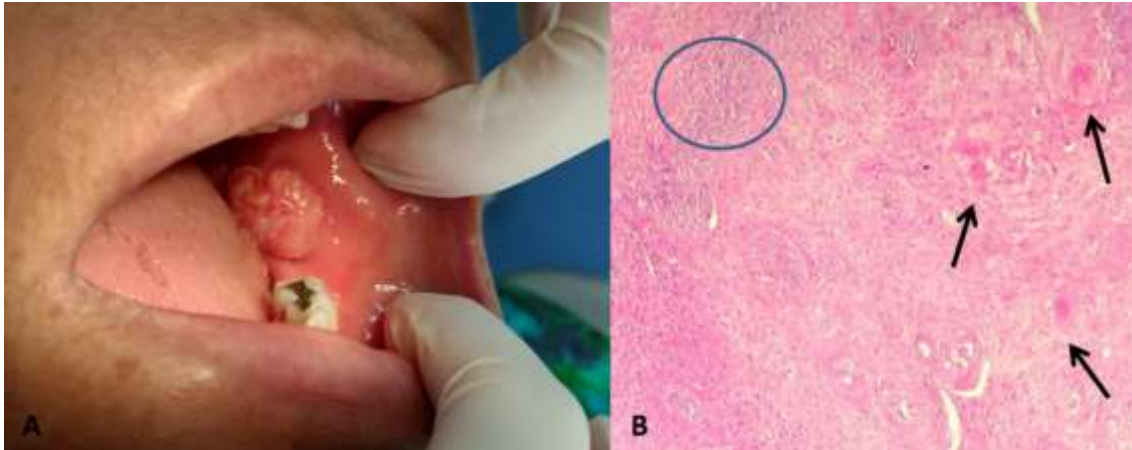


Figura 1 – Paciente B03/2017. Feminino, 47 anos, não tabagista, assintomática. **A- Fotografia intra-bucal:** Nódulo sésil de superfície verrucosa, com áreas eritematosas e esbranquiçadas medindo aproximadamente 1,5 cm, localizada em região de mucosa jugal do lado esquerdo. **B- Fotomicrografia:** Presença de pérolas de ceratina (setas pretas) e infiltrado inflamatório (círculo azul). HE, 10x.

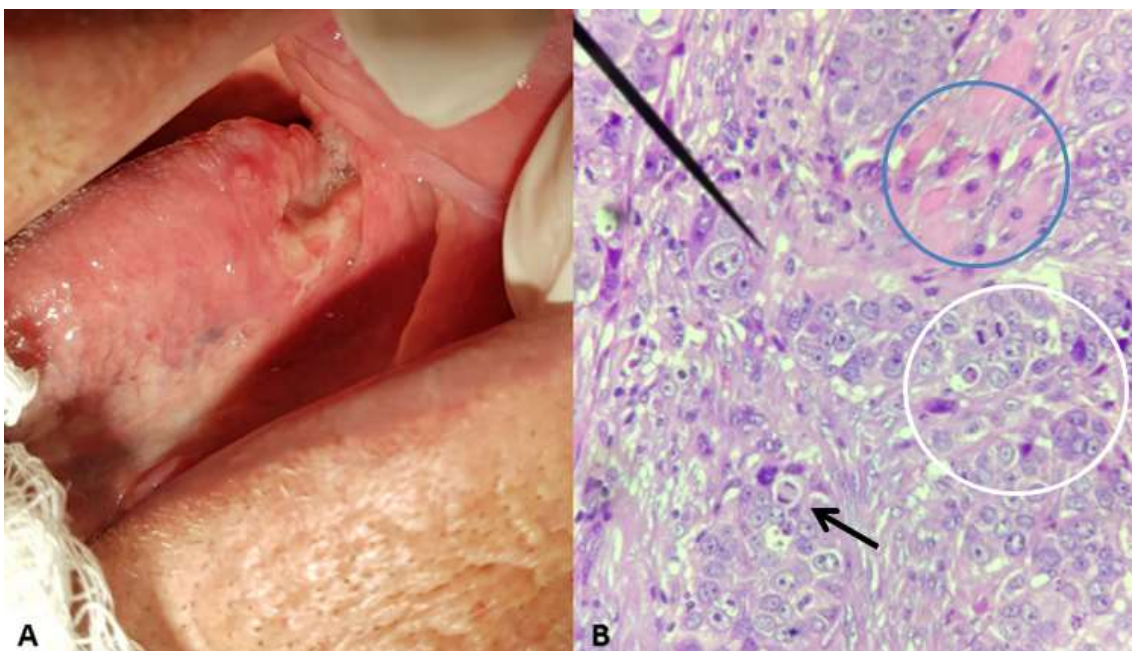


Figura 2 – Paciente B3A/2017. Gênero masculino, 75 anos, tabagista, sintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Lesão ulcerada, com áreas adjacentes eritroplásicas, bordas elevadas, consistência firme e medindo aproximadamente 2 cm em borda lateral de língua do lado esquerdo. **B- Fotomicrografia:** Presença de pleomorfismo celular (círculo branco), mitose típica (seta preta) e invasão muscular (círculo azul). HE, 40x.

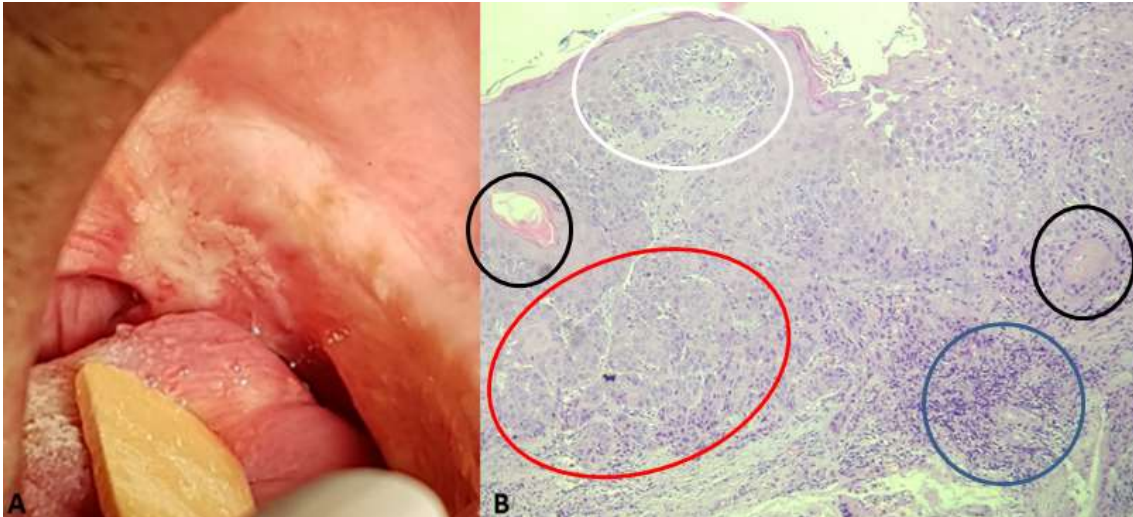


Figura 3 – Paciente B34/2017. Gênero masculino, 74 anos, tabagista, assintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Placa leucoeritroplásica, de superfície irregular, consistência firme e medindo aproximadamente 1,5 cm em região de orofaringe do lado esquerdo. **B- Fotomicrografia:** Presença de ilhas epiteliais neoplásicas (círculo vermelho), pérolas de ceratina (círculos pretos) e intenso infiltrado inflamatório (círculo azul) e epitélio displásico (círculo branco). HE, 10x.

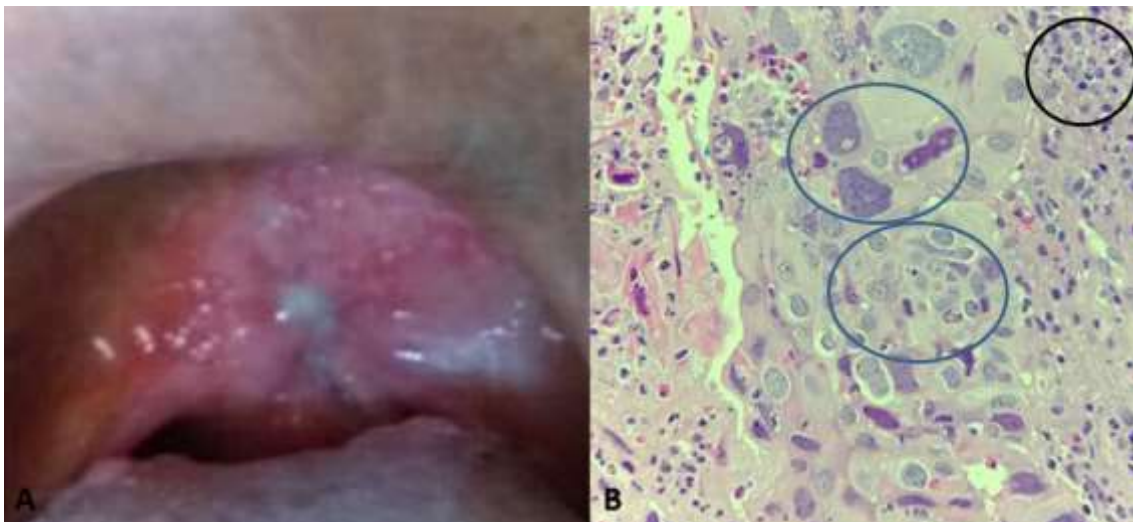


Figura 4 – Paciente B35/2017. Gênero feminino, 71 anos, tabagista, sintomática. **A- Fotografia intra-bucal:** Úlcera de coloração eritroplásica, superfície rugosa, centro necrótico, consistência firme e medindo aproximadamente 2 cm em região central do palato mole estendendo para orofaringe. **B- Fotomicrografia:** Presença de células aberrantes e pleomórficas (círculos azuis), além da presença de infiltrado inflamatório crônico (círculo preto). HE, 40x.

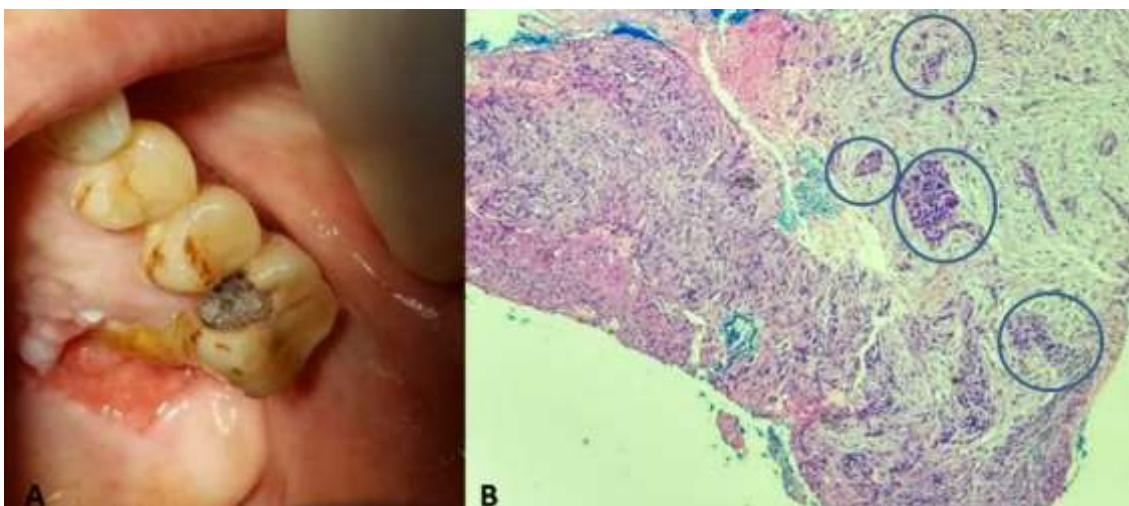


Figura 5 – Paciente B45/2017. Gênero feminino, 63 anos, tabagista, assintomática. **A- Fotografia intra-bucal:** Úlcera em região de palato duro esquerdo, de aproximadamente 2 cm. **B- Fotomicrografia:** Ilhas epiteliais neoplásicas em meio a tecido conjuntivo fibroso (círculos azuis) e infiltrado inflamatório. HE, 10x.

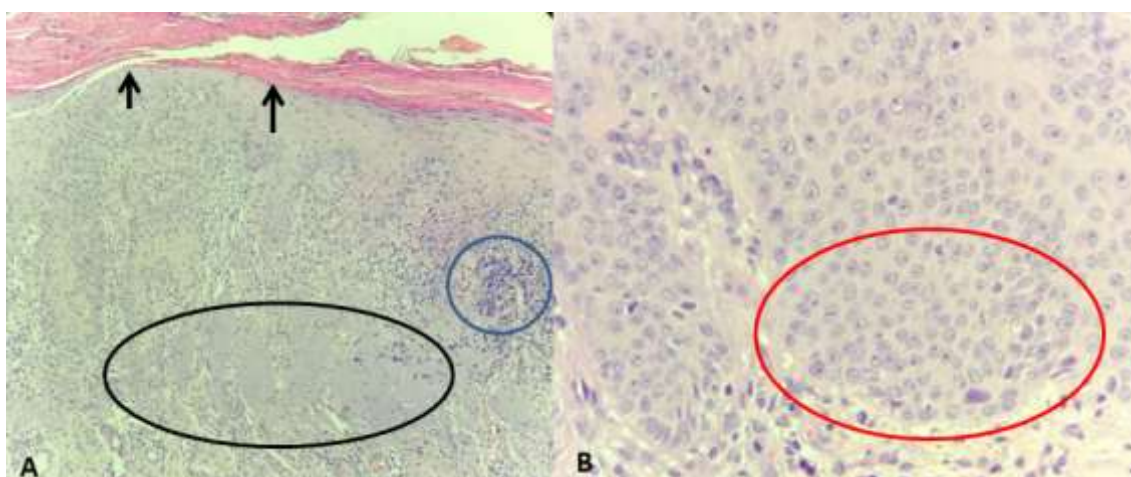


Figura 6 – Aspectos histopatológicos de CEC. Caso B36/2017. Paciente do gênero masculino, 47 anos, profissão gari. Lesão ulcerada em lábio, crostosa, assintomático. Biópsia de lesão ulcerada em região de lábio inferior **A- Fotomicrografia:** Se observa revestimento epitelial ceratinizado (setas pretas), com epitélio displásico e invasão inicial em tecido conjuntivo, infiltrado inflamatório crônico (círculo azul). Elastose solar (círculo preto) característica de lesões com exposição crônica a luz ultravioleta. HE, 10x. **B- Fotomicrografia:** Presença de epitélio hiperplásico, com células pleomórficas e hiper cromáticas (círculo vermelho). HE, 40x.

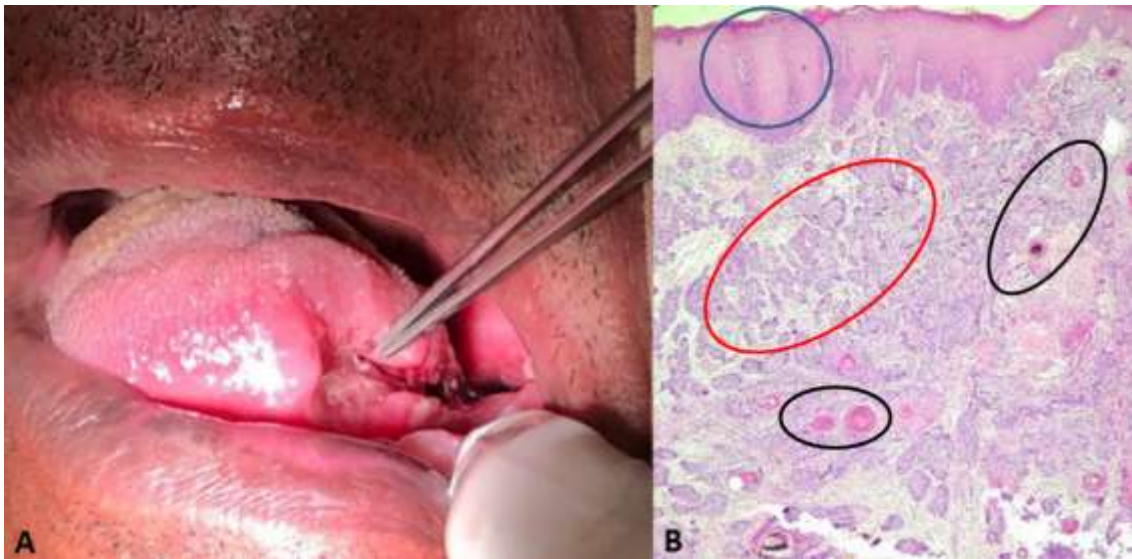


Figura 7 – Paciente B59/2018. Gênero masculino, 50 anos, tabagista, sintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Úlcera de coloração eritroplásica de consistência firme, localizada em região de borda lateral de língua, medindo aproximadamente 7 cm. **B- Fotomicrografia:** Epitélio escamoso estratificado em superfície (círculo azul). Em tecido conjuntivo, observa-se diversas ilhas epiteliais neoplásicas (círculo vermelho), com formação de pérolas de ceratina (círculos pretos). HE, 10x.

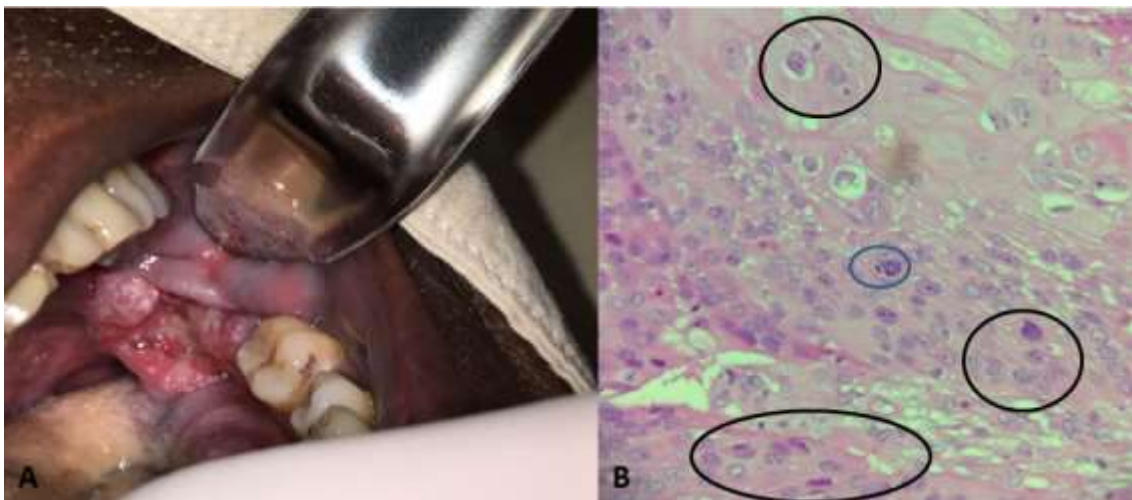


Figura 8 – Paciente B67/2018. Gênero masculino, 60 anos, tabagista, sintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Úlcera, de coloração leucoeritroplásica, superfície rugosa em região de borda lateral da língua, invadindo orofaringe e rebordo no lado esquerdo. **B- Fotomicrografia:** Nota-se presença de mitose atípica (círculo azul) e atipias celulares (círculos pretos). HE, 40x.

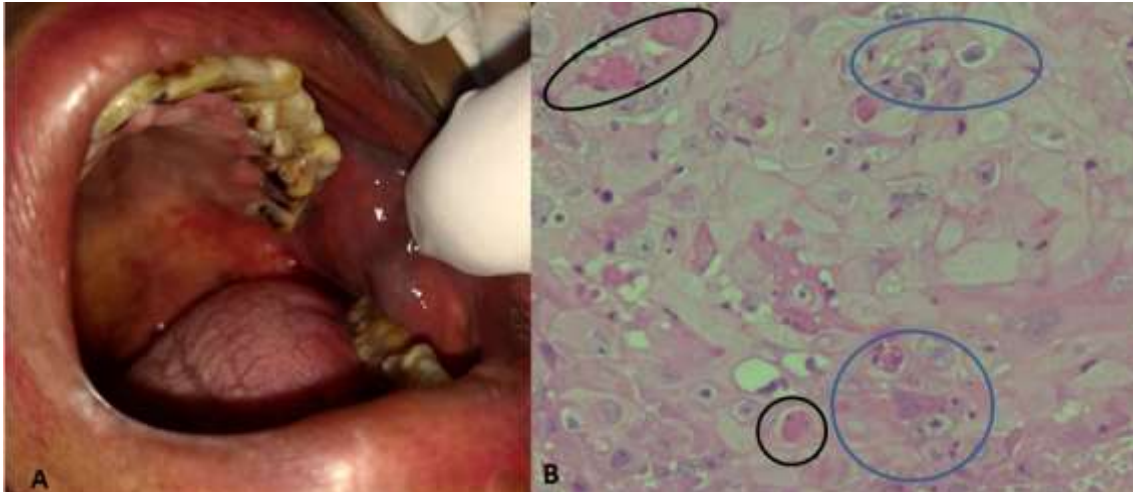


Figura 9 – Paciente B69/2018. Gênero feminino, 60 anos, tabagista, sintomática. **A- Fotografia intra-bucal:** Lesão eritroplásica, medindo aproximadamente 3 cm, em região de palato mole esquerdo com extensão para orofaringe. **B- Fotomicrografia:** Presença de ilhas epiteliais em tecido conjuntivo. Células de tamanhos e formatos variados (círculos azuis) e disceratose (círculos pretos). HE, 40x.

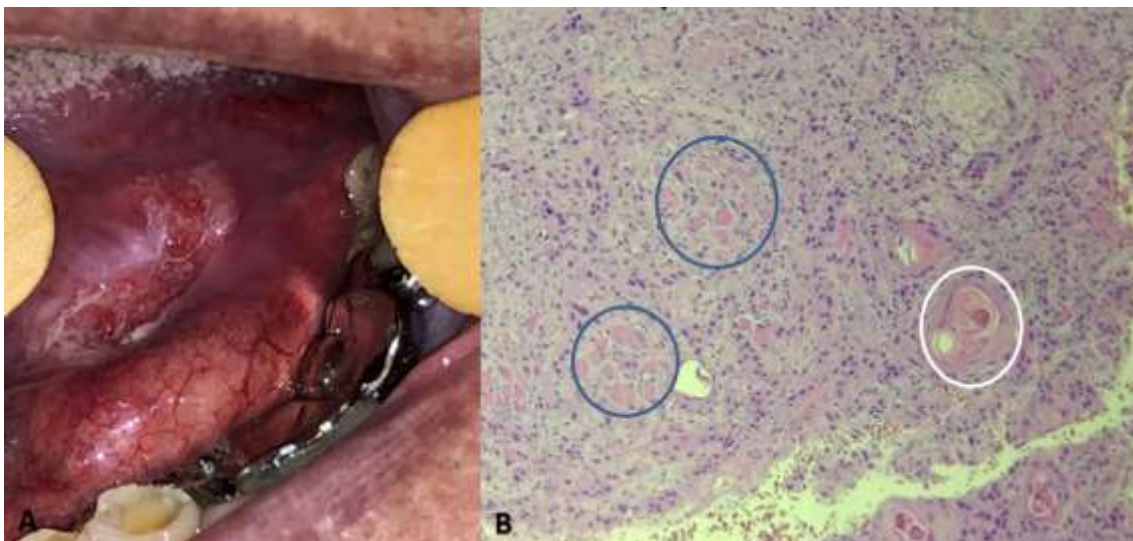


Figura 10 – Paciente B79/2018. Gênero masculino, 67 anos, tabagista e sintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Nódulo séssil, de superfície lisa com aspecto leucoeritroplásico, consistência endurecida, medindo aproximadamente 3 cm e localizada em região de ventre lingual do lado esquerdo. **B- Fotomicrografia:** Células epiteliais neoplásicas formando pérolas de ceratina (círculo branco). Observa-se invasão e desorganização muscular (círculo azul). HE, 10x.

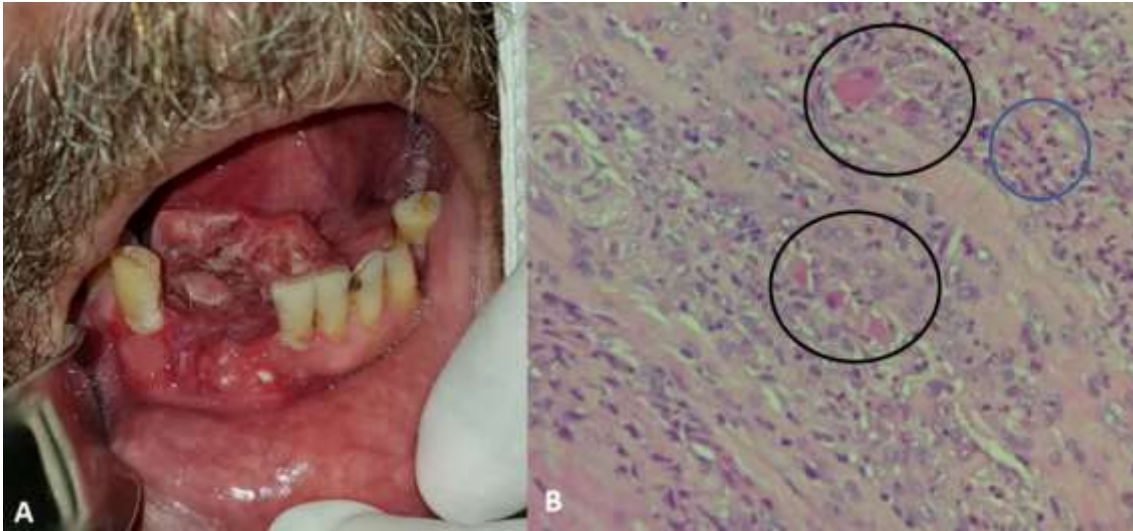


Figura 11 – Paciente B94/2018, do gênero masculino, 60 anos, tabagista e sintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Lesão ulcerada, superfície irregular, consistência endurecida com áreas leucoplásicas e eritematosas, medindo aproximadamente 3 cm em região de assoalho de boca do lado direito. **B- Fotomicrografia:** Desorganização e invasão muscular por células epiteliais neoplásicas (círculos pretos) e infiltrado inflamatório (círculo azul). HE, 10x.

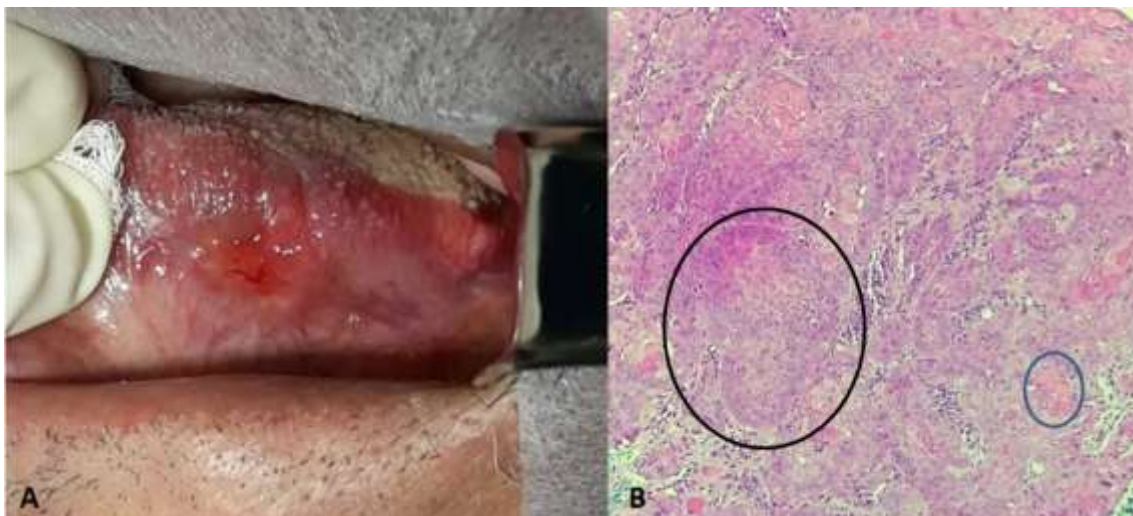


Figura 12 – Paciente B95/2018. Gênero masculino, 62 anos, tabagista, sintomático. **A- Fotografia intra-bucal:** Úlcera, coloração eritematosa, medindo aproximadamente 1,5 cm em borda lateral de língua. **B- Fotomicrografia:** Presença de ilhas epiteliais neoplásicas (círculo preto) em tecido conjuntivo, com formação de pérolas de ceratina (círculos azuis). HE, 10x.

4 DISCUSSÃO

Dentre as neoplasias malignas que acometem a região de cabeça e pescoço, o CEC que atinge o trato aerodigestivo superior é responsável pela 3ª causa mais comum de óbito por câncer no mundo.²¹ Embora os cânceres de cabeça e pescoço envolvam vários tipos de neoplasias, 90 a 95% deles são representados pelo CEC, o que os levam, por diversas vezes, a serem considerados como sinônimos.²² O CEC de lábio inferior também assume um lugar de destaque, uma vez que ele representa de 25 a 30% de todos os casos de CEC em cavidade oral, sendo, assim, considerado uma das malignidades mais comuns em região de cabeça e pescoço.²³

O presente estudo, em concordância com o descrito na literatura para CEC oral, revela o gênero masculino como mais frequentemente relatado em associação a essa neoplasia. Pires e colaboradores (2013)²⁴ revelaram em sua revisão literária uma proporção de valor 6:1 a 2:1. Entretanto, Casati e colaboradores (2012)²⁵ acredita que esse quadro tem propensão a sofrer alterações devido às mulheres estarem assumindo novos estilos de vida, levando a uma maior exposição a agentes cancerígenos, como tabaco e consumo de álcool. Em concordância com a literatura, no presente estudo, dos 12 pacientes, apenas um não fazia consumo de tabaco.

Pode-se observar também que mais da metade dos pacientes se concentrou entre 50 e 67 anos de idade, sendo que a menor idade observada foi de 47 anos e a mais avançada 75, com média de 61,4 anos. Pires e colaboradores (2013)²⁴ apontaram a ocorrência do diagnóstico de CEC em adultos com idade média entre cinquenta a setenta anos na amostra abordada em seu estudo. Acredita-se que tais aspectos possuam relação direta com a exposição contínua aos agentes cancerígenos, que são fatores fortemente relacionados à carcinogênese.^{24,25}

O aspecto clínico do CEC oral pode variar desde lesões endofíticas a lesões exofíticas²⁶, no entanto, a sua manifestação clínica mais clássica é representada por uma lesão ulcerada (endofítica) com área central necrótica, podendo ou não ter por bordas elevadas. A presença de sintomatologia dolorosa

depende do envolvimento subjacente de tecidos neurais,^{8,26} sendo essa responsável por 2/3 da representação do CEC de língua.²⁷ Nesse sentido, Alves e colaboradores (2017) e Francio e colaboradores (2011)^{28,29} também relataram encontrar respectivamente o aspecto ulcerado em 75,68% e 69,90% dos casos, assemelhando-se com os casos apresentados nesse estudo, em que 75% dos casos apresentavam-se clinicamente como úlceras.

Os registros referentes à coloração das lesões demonstram que 50% dos casos tinham aspectos eritroplásicos, enquanto 33,3% leucoeritroplásicos e apenas 8,3% leucoplásicos, houve também um prontuário no qual essa informação não foi notificada. Em contraste, a literatura apresenta que a leucoplasia é a coloração mais prevalente entre as neoplasias malignas e potencialmente malignas,^{8,30,31} entretanto, nesse estudo as mais frequentes foram as lesões eritroplásicas, por se tratar de lesões ulceradas e malignas.

Quanto às localizações, a língua foi determinada como o sítio anatômico de maior acometimento do CEC oral convergindo assim, com dados encontrados na pesquisa desenvolvida por Deusdedit e colaboradores (2016)³². Losi-Guembarovski e colaboradores (2009)³³ ressaltam a importância do sítio anatômico no prognóstico da doença e sugeriram a língua como um dos locais de piores prognósticos, devido sua proximidade com linfonodos cervicais e sua alta ocorrência de metástases.

Na odontologia é muito comum concluir o diagnóstico de algumas lesões em mucosa a partir do exame físico minucioso associado à anamnese criteriosa, entretanto, em outros casos surge a necessidade da realização de exames complementares, a fim de determinar o diagnóstico.³⁴ Portanto, caso haja suspeita de neoplasia, a biópsia se torna essencial para definição do caso, através da análise das características histopatológicas.⁷ Os tipos de biópsias existentes se dividem em incisional e excisional, sendo que a escolha é determinada a partir do aspecto clínico da condição patológica. A biópsia incisional se caracteriza pela remoção de um pequeno fragmento da lesão, sem removê-la completamente e é indicada quando há suspeita de neoplasias malignas. Em contrapartida, a biópsia excisional é caracterizada pela remoção completa da alteração patológica para análise anatomopatológica e é relatada

na literatura como a mais utilizada entre os cirurgiões-dentistas, muitas vezes até como método de tratamento definitivo, em casos de lesões pequenas e bem delimitadas.³⁵⁻³⁷ Nesse sentido, os dados obtidos nesse estudo mostram que o método diagnóstico unânime entre os 12 casos foi a biópsia incisional, concordando portanto, com outros relatos de caso presentes na literatura³⁸⁻⁴⁰ e com Silverman e colaboradores (2010)⁴¹ que considera a manobra como padrão-ouro no diagnóstico, principalmente em lesões extensas, de difícil acesso cujo plano de tratamento precisa ser elaborado.^{42,43}

A partir dos laudos histopatológicos, foi possível avaliar a frequência de concordância diagnóstica dos casos, pôde-se observar que a maioria deles (58,3%) obteve a primeira hipótese clínica concordando com o diagnóstico histopatológico, semelhante aos resultados encontrados por Aquino e colaboradores (2010)³⁶ que em 57% das lesões bucais estudadas, houve concordância entre a primeira hipótese elaborada e o diagnóstico final. Além disso, o mesmo pode ser observado nos estudos de Silva (2011), Vier (2004) e Marin (1998)^{7,44,45}. Outro dado interessante também é que os outros 41,6% da amostra se distribuíram entre as segundas (16,6%), terceiras (16,6%) e quarta (8,3%) hipóteses clínicas, o que sugere um grau razoável de conhecimento desses cirurgiões-dentistas que avaliaram as lesões inicialmente, em relação à ampla variedade de lesões que podem acometer o complexo maxilofacial.⁴⁶ Porém, o exame histopatológico é uma ferramenta conclusiva na condução dessa doença, podendo evitar eventuais abordagens imprecisas, auxiliar no diagnóstico precoce e promover tratamento eficaz.^{34,47}

Ao abordar as características histopatológicas do CEC, é notável a proliferação desordenada de células do epitélio de revestimento, sendo que tais células podem apresentar variados graus de semelhança com o tecido de origem.⁴⁸ Dessa forma, podemos subdividir estas lesões em três categorias, de acordo com a classificação estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo elas: bem diferenciadas, moderadamente e pouco diferenciadas. As bem diferenciadas ocorrem quando a arquitetura tecidual é semelhante ao padrão normal de epitélio escamoso. Porém, quando é possível observar certo grau de pleomorfismo nuclear, atividade mitótica e pouca ceratinização, estes

CECs são considerados moderadamente diferenciados. Os poucos diferenciados, por sua vez, são caracterizados pelo predomínio de células imaturas, numerosas mitoses típicas e atípicas, bem como mínima ceratinização.⁹ Entretanto, o papel de outras características histopatológicas demonstra grande relevância no comportamento biológico do CEC.⁴⁹ A maior parte das lesões do presente estudo se apresentavam como bem diferenciadas, sendo apenas uma moderadamente diferenciada.

Outros aspectos histopatológicos relevantes que foram encontrados nos casos avaliados, além da característica formação de ilhas epiteliais invadindo o tecido conjuntivo, incluem a presença de mitoses atípicas, pérolas ceratina e pleomorfismo celular em concordância com Batista (2010)⁴⁸ que também apresentou em seus estudos tais características. Notou-se também que a invasão neural e muscular foram observadas em quatro casos. Ogbureke e colaboradores (2007)⁵⁰ relataram frequente invasão perineural em casos de CEC. A presença de infiltrado linfoplasmocitário e disqueratose também foram observadas nesse estudo e descritas na literatura.⁵¹

5 CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível concluir que o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes associado ao CEC nesse estudo é representado pelo gênero masculino, entre 50 e 60 anos. O sítio anatômico de maior acometimento foi a língua e o aspecto clínico mais comum foi o de lesão ulcerada. A biópsia incisional foi o método de diagnóstico mais aplicado.

Quanto aos aspectos histopatológicos, observou-se a alta frequência e intensidade de invasão tecidual por epitélio neoplásico, mitoses atípicas, presença de pérolas de ceratina, bem como invasão muscular entre os casos estudados.

REFERÊNCIAS

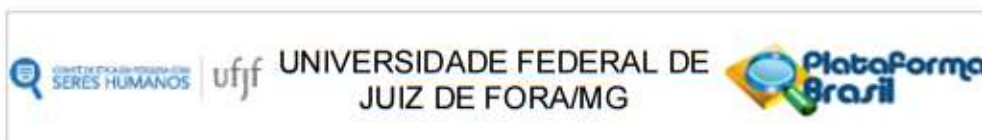
1. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde (INCA). Estimativa 2018. Incidência de câncer no Brasil. Brasil: 2018.
2. Beenken SW, Urist MM. Head and Neck Tumors. Current surgery diagnosis and treatment. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003.
3. Dragomir LP, Simionescu C, Mărgăritescu C, Stepan A, Dragomir IM, Popescu MR. P53, p16 and Ki67 immunoexpression in oral squamous carcinomas. Rom J Morphol Embryol. 2012; 53(1): 89-93.
4. Vargas-Ferreira F, Nedel F, Etges A, Gomes AP, Furuse C, Tarquinio SB. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. Braz Dent J. 2012; 23(5): 586-90.
5. Abreu MAMM, Pimentel DRN, Silva OMP, Blachman IT, Michalany NS, Hirata CH, et al. Carcinoma espinocelular do lábio: avaliação de fatores prognósticos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004;70(6):765-70.
6. Vieira RA, Minicucci EM, Marques ME, Marques SA. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. An Bras Dermatol. 2012; 87(1): 105-14.
7. Silva TFA, Souza RB, Rocha DR, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das Biópsias realizadas no serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Revista de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial 2011 abr/jun;11(2): 91-100.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
9. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. Pathology and Genetics-Head and Neck Tumours. World Health Organization Classification of Tumours. IARC Press, Lyon, 2005.
10. Cardesa A, Nadal A. Carcinoma of the head and neck in the HPV era. Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat. 2011; 20(3): 161-73.
11. Brandwein-Gensler M, Teixeira MS, Lewis CM, Lee B, Rolnitzky L, Hille JJ et al. Oral squamous cell carcinoma: histologic risk assessment, but not margin status, is strongly predictive of local disease-free and overall survival. Am J Surg Pathol. 2005; 29(2): 167-78.
12. Genden EM, Ferlito A, Silver CE, Takes RP, Suárez C, Owen RP et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2010; 267(7): 1001-17.
13. Rodrigues PC, Miguel MC, Bagordakis E, Fonseca FP, de Aquino SN, Santos-Silva AR, Lopes MA, Graner E, Salo T, Kowalski LP, Coletta RD. Clinicopathological prognostic factors of oral tongue squamous cell carcinoma: a retrospective study of 202 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2014; 43(7):795-801.

14. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol.* 2007; 53(1):63-69.
15. Adeyemi BF, Adekunle LV, Kolude BM, Akang EEU, Lawoyin JO. Head and neck cancer—a clinicopathological study in a tertiary care centre. *J Natl Med Assoc.* 2008; 100(6):690-7
16. Melo Filho MR, Rocha BA, Pires MBO, Fonseca EF, Freitas EM, Martelli Junior H et al. Quality of life of patients with head and neck câncer. *Brazilian Journal Otorhinolaryngology.* v.79, n. 1, p. 82-84, 2013.
17. Sassi LM, Dissenha JL, Simette RL, Stramandinoli RT, Pedruzzi PAG, Zanferrari FL, et al. Prevenção em câncer bucal: 20 anos de campanha antitabaco no Estado do Paraná, Brasil. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 2010; 39:184-6
18. Souto MLS, Piva MR, Martins-Filho PRS, Takeshita WM. Lesões maxilofaciais: um levantamento de 762 casos da Universidade Federal de Sergipe, Brasil. *Revista Odontologia UNESP.* v. 43, n. 3, p. 185-190, Mai/Jun. 2014.
19. Momares DB, Contreras CG, Martínez RB, Ávalos JN, Carmona RL. Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. *Rev Chil Cir [Internet].* 2014 Dic [citado 2018 Nov 22]; 66(6): 568-576.
20. Ávila MF, Jara MD, Rondanelli BM. Carcinoma espinocelular de lengua: estudio de sobrevida a 5 años. *Revista Clinica Periodoncia Implantologia Rehabilitacion Oral.* n.1, p.74-78, 2016.
21. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino EC, Goloni-Bertollo EM. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. *Braz. j. otorhinolaryngol. [Internet].* 2013 Apr [cited 2018 Nov 07]; 79 (2): 239-247.
22. Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerol* 2009; 55(3): 229-36.
23. Biasoli ÉR, Valente VB, Mantovan B, Collado FU, Neto SC, Sundefeld ML et al. Lip cancer: A clinicopathological study and treatment outcomes in a 25-year experience. *J Oral Maxillofac Surg.* 74:1360-7, 2016. doi: 10.1016/j.joms.2016.01.041.
24. Pires FR, Ramos AB, Oliveira JB, Tavares AS, Luz PS, Santos TC. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single oral pathology service during an 8-year period. *J Appl Oral Sci.* 2013; 21(5): 460-7.
25. Casati MFM, Altieri JV, Verghnanini GS, Contreiro PF, Bedenko TG, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2012; 41:186-91.

26. Farah CS, McCullough MJ. Oral cancer awareness for the general practitioner: new approaches to patient care. *Australian Dental Journal*, v. 53, p. 2 – 10, 2008.
27. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Patologia oral: correlações clinicopatológicas*. 5. ed. Rio de Janeiro (RJ): ELSEVIER, 2008. xvi,75,417p. ISBN 9788535229806.
28. Alves AM, Correa MB, Silva KD, Araújo LMA, Vasconcelos ACU, Gomes APN, et al. Demographic and Clinical Profile of Oral Squamous Cell Carcinoma from a Service-Based Population. *Braz. Dent. J.* 2017.
29. Francio FF, Salum FG, Cherubini K, Soares LY, Figueredo MAZ. Perfil epidemiológico de portadores de carcinoma bucal do Serviço de Estomatologia HSL-PUCRS. *ROBRAC* 2012 maio; 20 (55).
30. Van Der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, v. 45, n. 4-5, p. 317-323, Apr.-May. 2009.
31. Amagasa T, Yamashiro M, Uzawa N. (2011). Oral premalignant lesions: from a clinical perspective. *International Journal of Clinical Oncology*, 16(1), 5–14.
32. Deusdedit MB, Telles PJ, Aline Fernanda Cruz AF, Lacerda JCT, Resende RG. Analysis of the prevalence of squamous cell carcinoma of the oral cavity in the Stomatology Service of Hospital Metropolitano Odilon Behrens in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Arq Odontol, Belo Horizonte*, 52(4): 182-187, out/dez 2016.
33. Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Polisei F, Chaves VN, Kausni H, Leichsiming A, et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (2): 393-400.
34. Martins JC, Essvein G, Vargas-Ferreira F, Silva AD, Neves M. Prevalence of oral lesions diagnosed at the ULBRA Canoas of Dental Diagnosis Service. *Stomatos [Internet]*. 2017; 23 (44): 24-32.
35. Brazão-Silva MT, Il AJAV, Cabral LN. Fundamentos do diagnóstico bucal e biópsias. In: Recchioni C. *Prática em Cirurgia Bucomaxilofacial*. Belo Horizonte: Nativa Editoração, 2017, p. 315-336.
36. Aquino SN, Martelli DRB, Borges SP, Bonan PRF, Martelli Junior H. Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. *Rev Gaucha Odontol* 2010 jul/set; 58(3): 345-9.
37. Passarelli, DHC, Prado BN, Trevisa S. Estudo epidemiológico das lesões bucais no período de 5 anos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 25-29, jan./abr. 2010.
38. Gaetti-Jardim EC, Rossi AC, Santiago-Junior JF, Shinohara EH, Castro AL, Miyahara GI, et. al. Carcinoma espinocelular: A importância do diagnóstico precoce. *REVISTA UNINGÁ, [S.l.]*, v. 24, n. 1, nov. 2017. ISSN 2318-0579.
39. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G, et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol*, 7 (1): 105-9, março, 2010.

40. Passarelli DHC, Gobbo SR, Campos M, Oliveira PC. A interdisciplinaridade no diagnóstico de carcinoma epidermóide. *Rev odontol Univ Cid São Paulo (Online)* 2011 set-dez; 23 (3): 273-7.
41. Silverman Jr. S, Rankin KV. Oral and pharyngeal cancer control through continuing education. *J Cancer Educ* 2010; 25:277-8.
42. Genovesi FS; *Semiologia Clínica*. 2. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1994.
43. Zargarán M. A Review of Biopsy in Dentistry: Principles, Techniques and Considerations. *J Dent Mater Tech*. 2014; 3(2): 47-54.
44. Vier FV, Rockenbach MIB, Yurgel LS, Gabriel JG, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Diagnósticos histopatológicos do Laboratório de Patologia do Serviço de Estomatologia da PUCRS, nos anos de 2000 a 2002 e sua relação com o diagnóstico clínico. *Rev Odonto Ciênc*. 2004;19(46):382-8.
45. Marin HJI. Estudo epidemiológico das lesões buco-maxilo-faciais diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco de 1991 a 1998. Recife, 1998 [Dissertação de Mestrado]. Recife: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco; 1998.
46. Vaz DA, Valença DL, Lopes RBM, Silva AVC, Pereira JRD. Concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos do Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *RPG, Rev. pós-grad. [periódico na Internet]*. 2011 Dez [citado 2018 Nov 22]; 18(4): 236-243.
47. Liu W, Shi LJ, Wu L, Feng JQ, Yang X, Li J, et al. Oral cancer development in patients with leukoplakia - clinicopathological factors affecting outcome. *PLOS ONE*, v. 7, n. 4, p. e34773, Apr. 2012.
48. Batista AC, Costa NL, Oton-Leite AF, Mendonça EF, Alencar RC, Silva TA. Distinctive clinical and microscopic features of squamous cell carcinoma of oral cavity and lip. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v. 109, n. 3, p. e74-79, 2010.
49. Yazdi I, Khalili M. Grading of oral cancer: comparison of different systems with respect to lymph node metastasis in tongue SCC. *Arch Iran Med*. 1999;2(2):xx-xx.
50. Ogbureke KU, Nikitakis NG, Warburton G, Ord RA, Sauk JJ, Warler JL et al. Up-regulation of SIBLING proteins and correlation with cognate MMP expression in oral cancer. *Oral Oncol.*, v. 43, n. 9, p. 920-932, 2007.
51. Costa ALL, Araújo Júnior RF, Ramos CCF. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(2):181-7.

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação histopatológica de lesões do complexo maxilofacial em serviço de patologia médica em Governador Valadares, Minas Gerais - Brasil

Pesquisador: Sibeles Nascimento de Aquino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60628316.3.0000.5147

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.821.102

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico, com dados retrospectivos, sendo estudadas lâminas histopatológicas obtidas a partir de blocos parafinados de lesões do complexo maxilofacial arquivados em serviço de patologia médica em Governador Valadares. Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os aspectos histopatológicos de lesões da região maxilofacial em serviço de patologia médica de Governador Valadares, MG.

Objetivo Secundário: 1. Analisar os dados quanto às variáveis: sexo, raça, idade e localização anatômica das lesões; 2. Agrupar as lesões observadas em não neoplásicas, neoplásicas e em subgrupos de origem epitelial, mesenquimal, pigmentada, glandular, odontogênica e granulomatosas. 3. Avaliar as lesões com relação aos aspectos histopatológicos predominantes em cada grupo de lesão; 4. Realizar análise imunohistoquímica para ampliação das análises histológicas, definições e elucidaciones de diagnósticos descritivos. 5. Integrar o serviço de patologia bucal ao serviço de patologia médica, privada em Governador Valadares. 6. Desenvolver o serviço de patologia bucal na região. O

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.821.102

Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na etapa de coleta de dados a partir dos dados dos blocos arquivados, os participantes estão expostos à identificação pela equipe da pesquisa, devido às informações coletadas, entretanto será garantido o sigilo sobre a identificação e as informações referentes ao participante com técnicas de anonimato no início da coleta, em que apenas as iniciais dos nomes serão coletadas, as quais serão convertidas em número durante a análise de dados. Essa pesquisa apresenta benefício indireto. O estudo dos aspectos histopatológicos e imunohistoquímicos das lesões da região maxilofacial propiciam dados relevantes os quais interferem diretamente no manejo/condução clínica dessas lesões quando da sua identificação. Assim, este projeto poderá fornecer dados epidemiológicos importantes de diversos grupos de lesões, indicando as características histopatológicas mais frequentes bem como os achados imunohistoquímicos que podem permitir melhor direcionamento diagnóstico e as relações entre as diferentes análises obtidas. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.821.102

CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3,3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_802844.pdf	05/11/2016 19:53:33		Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	05/11/2016 19:51:46	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoLabMedCepNovembro.pdf	05/11/2016 19:48:10	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito
Outros	ColetaDeDados.pdf	30/09/2016 17:23:43	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DispensadoTCLE.PDF	30/09/2016 17:22:24	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoDeSigilo.pdf	30/09/2016 17:21:38	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InfraestruturaESalvaguada.PDF	30/09/2016 17:20:46	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/09/2016	Sibele Nascimento	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 1.821.102

Cronograma	Cronograma.pdf	17:20:34	de Aquino	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.PDF	30/09/2016 17:18:28	Sibele Nascimento de Aquino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 16 de Novembro de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br