



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



CÂNCER DE CAVIDADE ORAL



Natália Falcão

Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

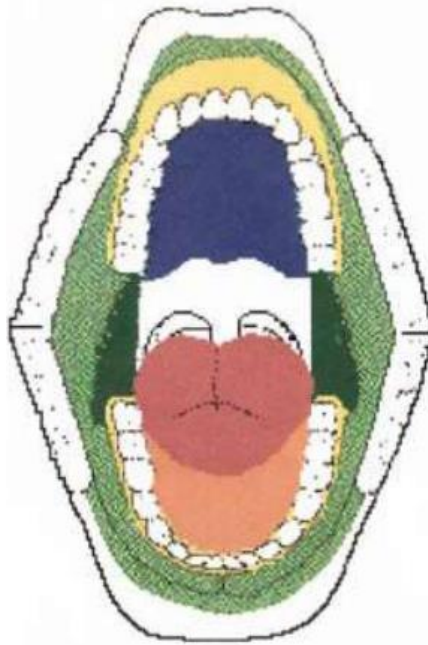
Abril de 2014

Câncer de Cavidade Oral

- Objetivos

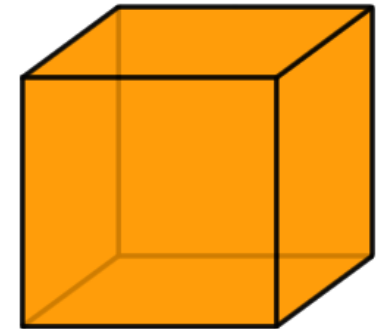
- ① Citar as principais estruturas da **anatomia da cavidade oral**;
- ① Apontar os principais **aspectos epidemiológicos** do câncer de cavidade oral;
- ① Elucidar características histopatológicas das **lesões pré-cancerosas** e seu mecanismo de transformação maligna;
- ① Caracterizar histopatologicamente o **carcinoma espinocelular** e suas variantes;
- ① Abordar os principais aspectos do **Quadro Clínico, Diagnóstico e Estadiamento** do câncer de cavidade oral;
- ① Discutir as melhores formas de **tratamento** do câncer de cavidade oral.

Anatomia cirúrgica da cavidade oral



-  Lip
-  Tongue
-  Floor of Mouth
-  Gingiva
-  Buccal Mucosa
-  Retromolar Trigone
-  Hard Palate

-  Vestíbulo
-  Cavidade oral propriamente dita



Superior → Palato duro

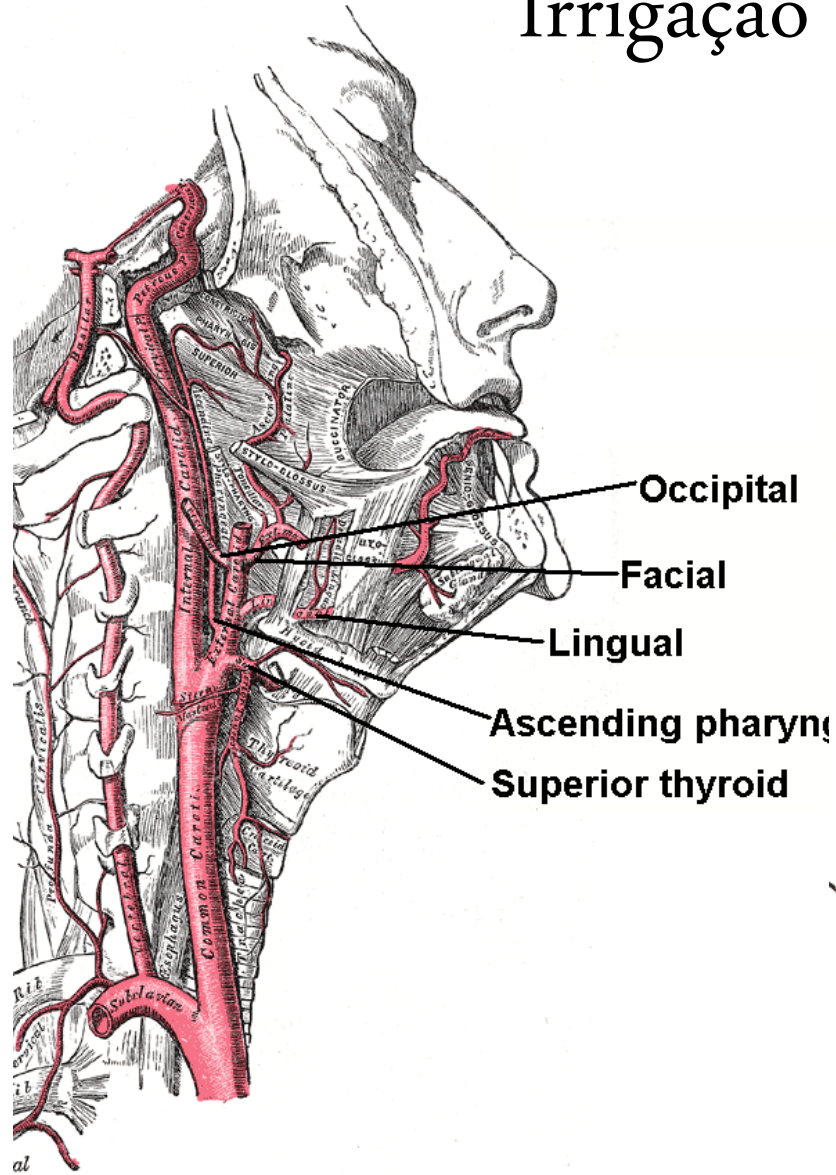
Inferior → Assoalho e Língua

Lateral → Bochechas

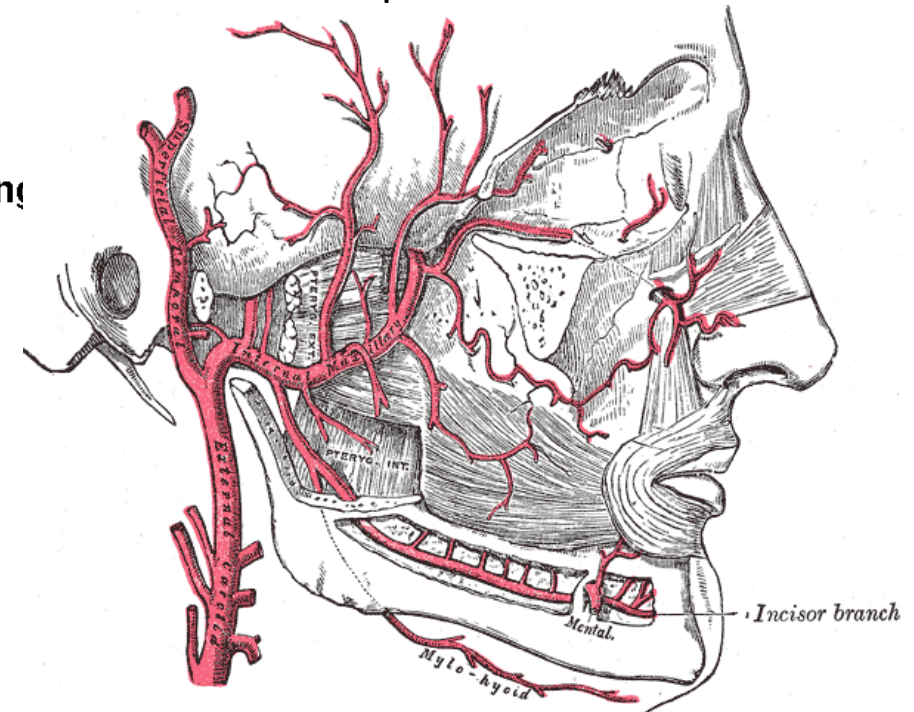
Posterior → Palato mole e Istmo das Fauces

Anterior → Lábios

Irrigação



- Suprimento da cavidade oral
 - Ramos da carótida externa
- Lábio
 - aa. Labiais – Ramos aa. faciais
- Mucosa bucal
 - a. Facial
- Língua
 - a. lingual
- Palato duro
 - a. palatina



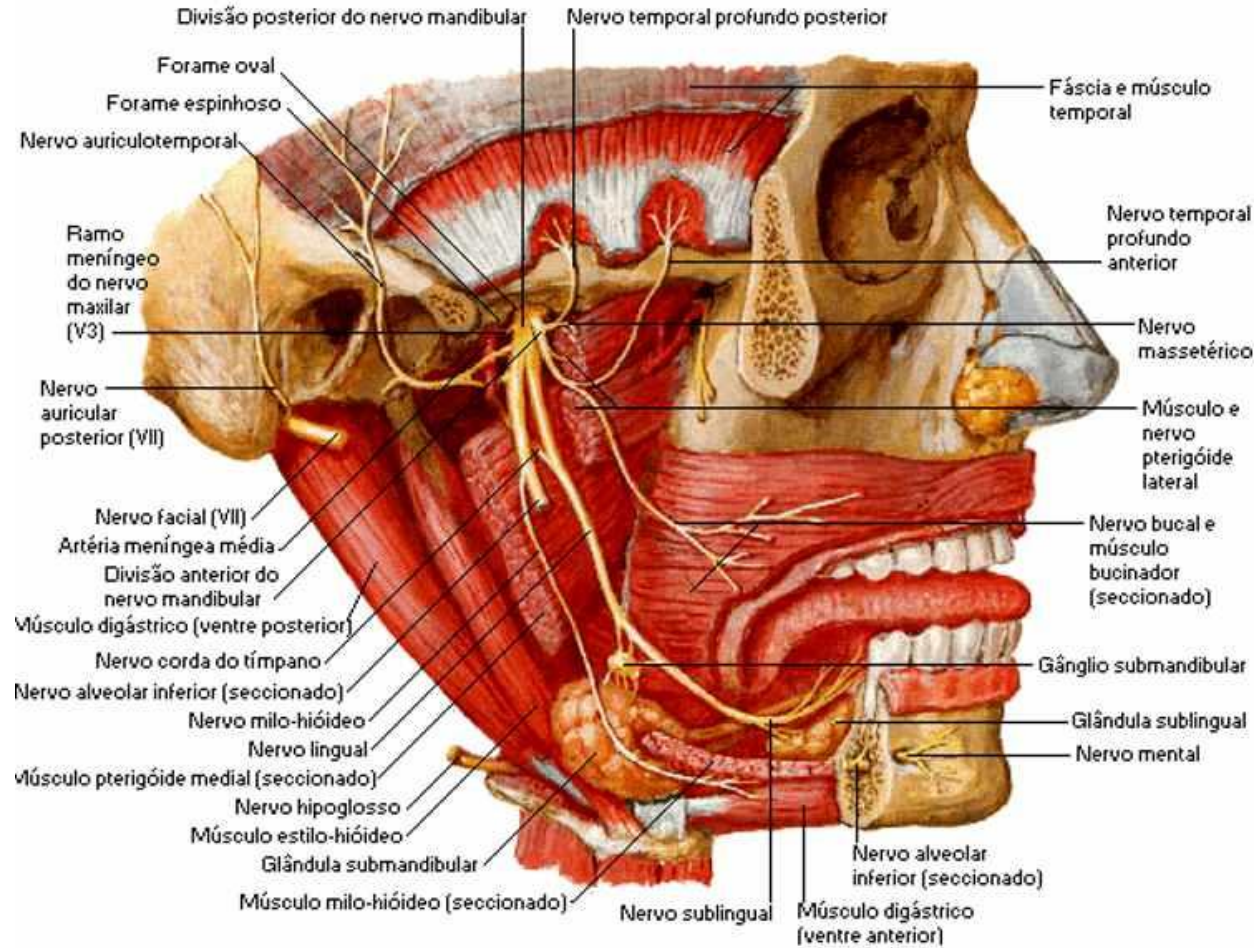
Inervação

Sensitiva

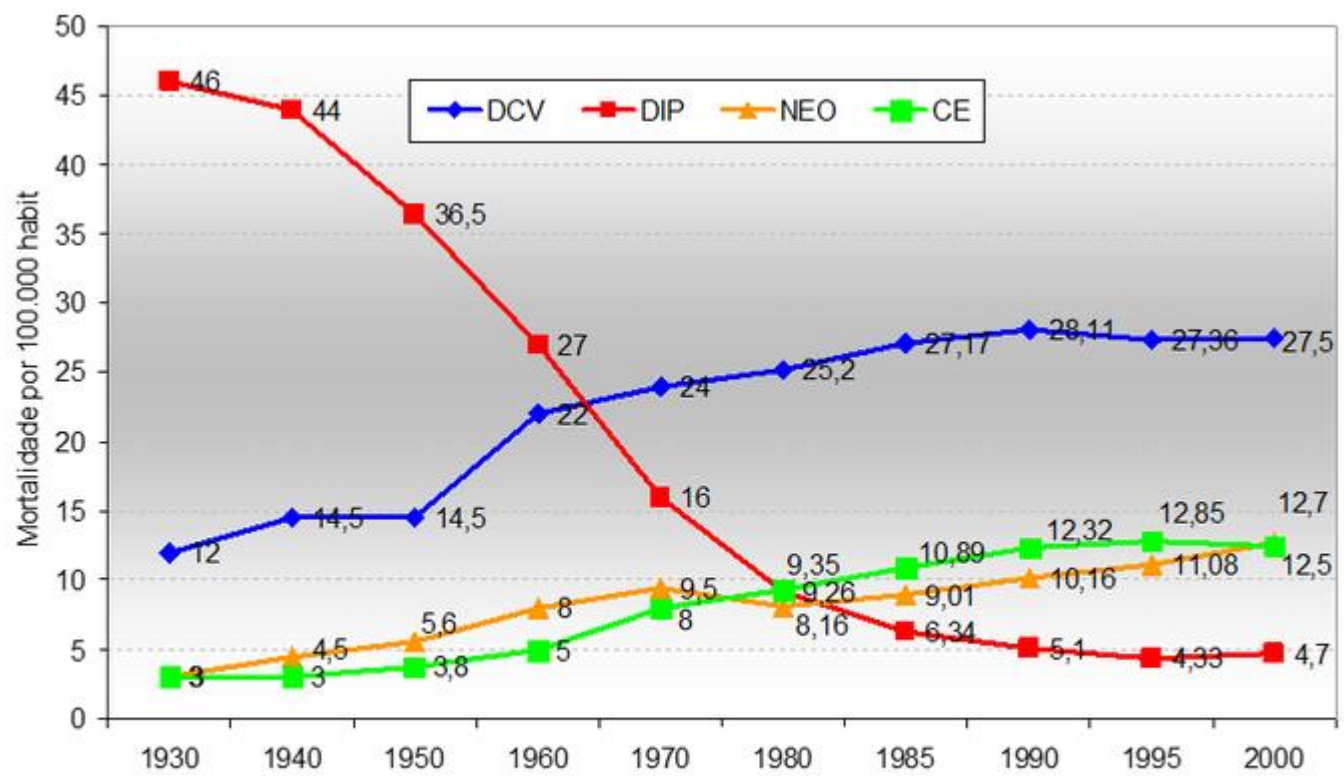
- Trigêmeo (V2 e V3) – Cavity oral
- N. lingual – 2/3 anteriores da língua

Motora

- N. Hipoglosso – Língua
- Trigêmeo (2ª e 3ª divisão) MM da mastigação
- N. facial – lábio e bochecha



Epidemiologia



* Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais

Fonte: Barbosa da Silva e cols. In: Rouquairol & Almeida Filho: Epidemiologia & Saúde, 2003 pp. 293.

Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza


Oral Squamous Cell Carcinoma: an Epidemiological Study Conducted at Santa Casa de Misericórdia Hospital of Fortaleza - Ce, Brazil


Carcinoma Espinocelular de la Cavidad Bucal: un Estudio Epidemiológico en la Santa Casa de Misericordia de Fortaleza

Ana Karine Macedo Teixeira¹, Maria Eneide Leitão de Almeida², Marcelo Esmeraldo Holanda³, Fabrício Bitu Sousa⁴, Paulo César de Almeida⁵

Resumo

O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca, atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza-CE, de 1999 a 2005. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, a partir de informações secundárias. A população pesquisada foi de 225 casos. As informações foram

 57,4% - Estadiamento clínico avançado (III e IV)

 57,2% - Tratamento cirúrgico + radioterápico

Câncer de cavidade oral

Epidemiologia

- 95% dos cânceres de cabeça e pescoço são CEC, cuja localização mais comum é **cavidade oral**;
- Ca de boca -> **6º neoplasma mais comum** no mundo atualmente;
- Sobrevida de 5 anos** em estágios iniciais chega a 80%; 19% em estágios avançados;
- Mais frequente em **homens**;
- Sítio mais envolvido: **língua** (30%), seguida por lábios (25%), soalho de boca (15%), gengivas (10%), mucosa oral (10%) e palato (10%);



Promotor de câncer



Inflamação crônica

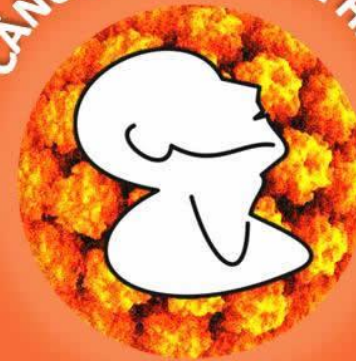
Carcinógenos Biológicos

Pelo menos **50%** dos cânceres orofaríngeos estão envolvidos com variantes oncogênicas de **HPV**



É importante prevenir!

CÂNCER DE BOCA E HPV



O que você precisa saber

Realização:



Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Faculdade de Medicina
Universidade Federal do Ceará

Atividade de extensão desenvolvida por alunos de Medicina da UFC, membros da Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

LESÕES PRÉ-CANCEROSAS E CEC

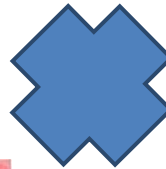
A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como lesões cancerizáveis **as alterações teciduais que podem sofrer transformação maligna com maior frequência que o tecido normal, mas que podem permanecer estáveis ou mesmo regredir.**

LESÕES PRÉ-CANCEROSAS

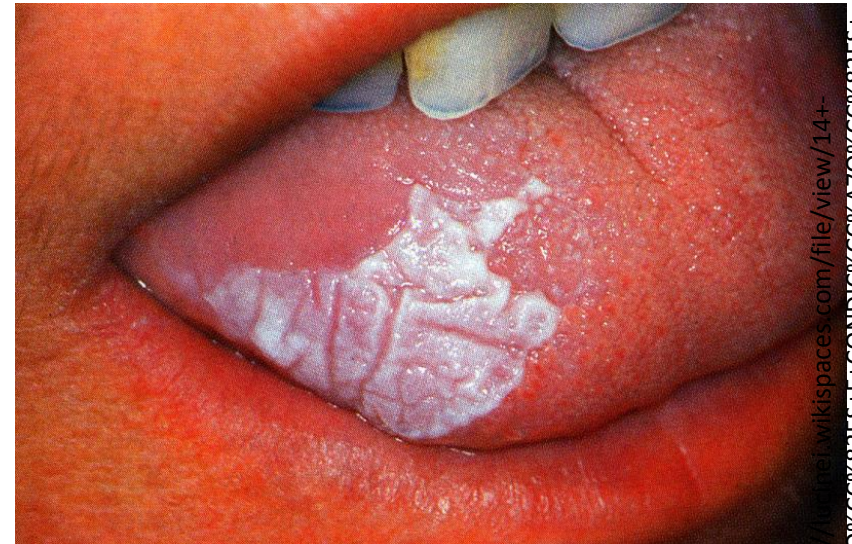
Leucoplasia*

“Uma placa esbranquiçada que não pode ser raspada e não poder caracterizada da forma clínica ou patológica como qualquer outra doença” - OMS

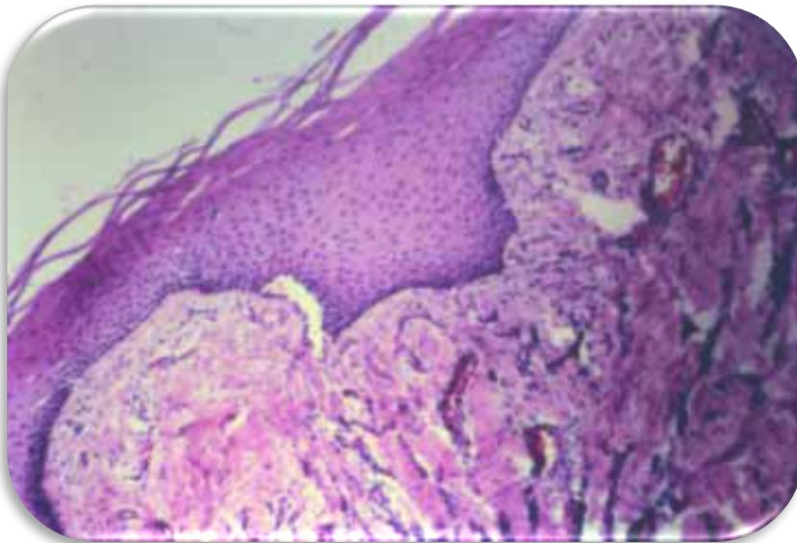
Candidíase oral



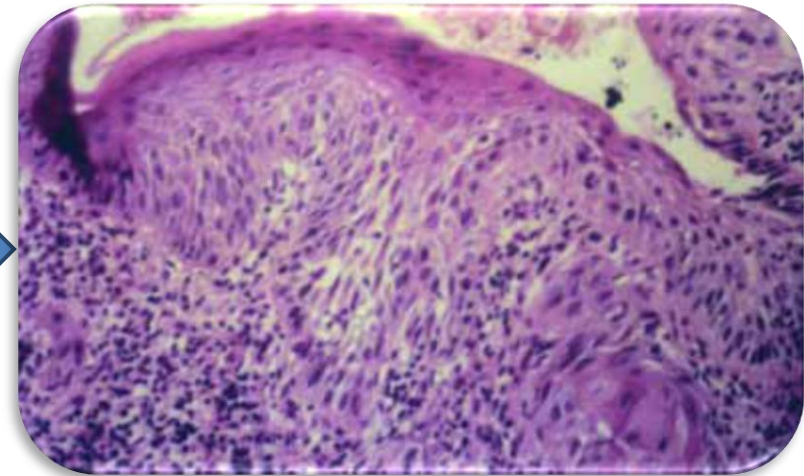
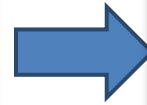
Leucoplasia



Leucoplasia



Acantose e hiperqueratose,
sem sinais de atipia



Perda de nitidez da camada
Basal. Pérolas de queratina. Carcinoma
in situ.

LESÕES PRÉ-CANCEROSAS

Eritroplasia

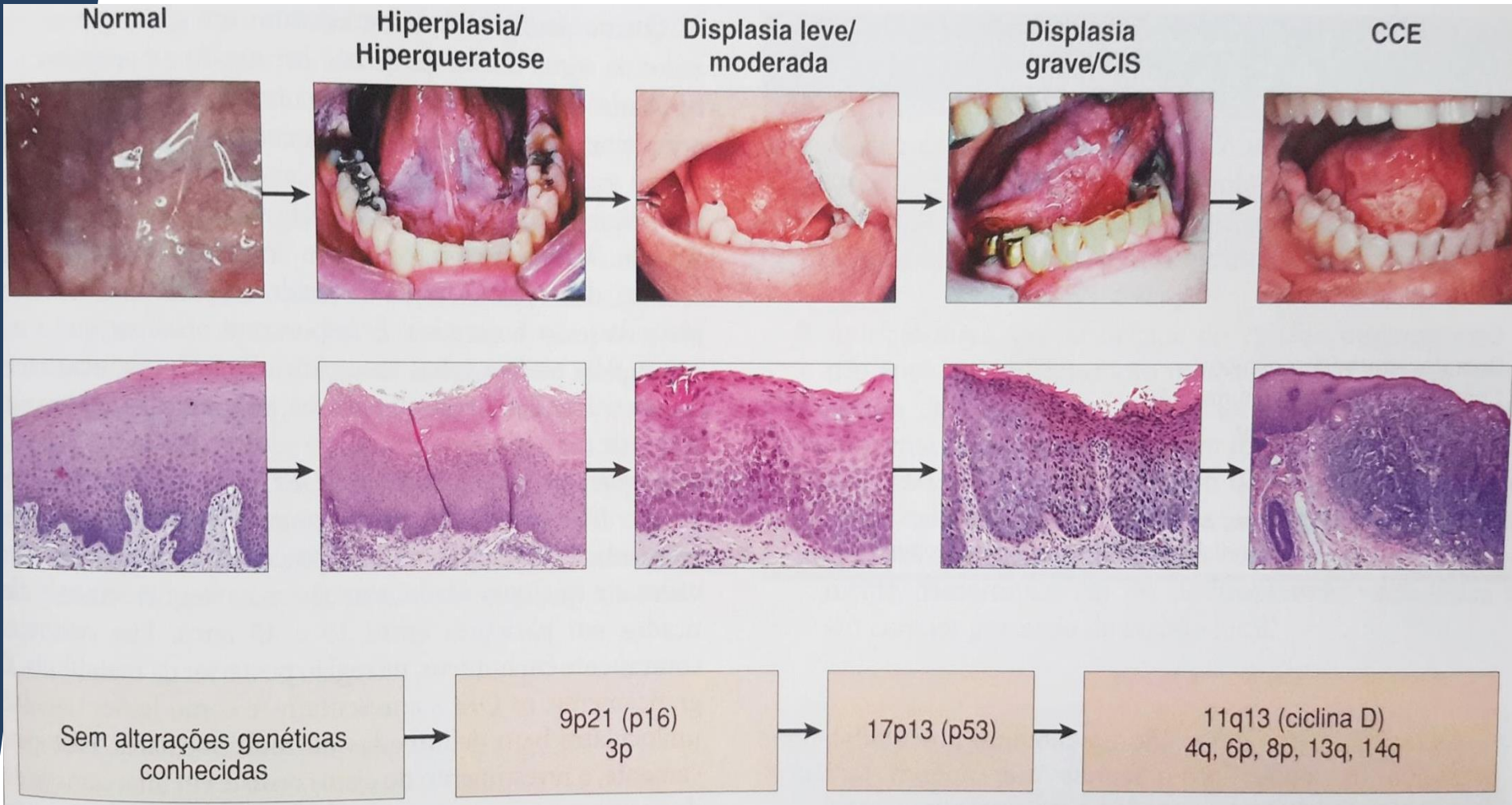
Área avermelhada,
aveludada e
possivelmente erosada.
Pode ser plana ou
levemente deprimida



90% revelam erosões
superficiais com displasia,
carcinoma in situ ou
carcinoma já desenvolvido.



Progressão clínica, histopatológica e molecular



Carcinoma Espinocelular

Aspecto Clínico

- ① Massa tumoral de base séssil
- ① Textura e superfície rugosa
- ① Eritematosa, rósea ou esbranquiçada
- ① Contorno irregular
- ① Margens difusas
- ① Ulcerações que podem ser superficiais, infiltrativas, necróticas e destrutivas ou vegetantes

Carcinoma Espinocelular

Apresentação clínica da lesão:

Exofítica

Endofítica

Leucoplásica

Eritroplásica

Eritroleucoplásica

Carcinoma Espinocelular

Apresentação clínica da lesão:

Exofítica



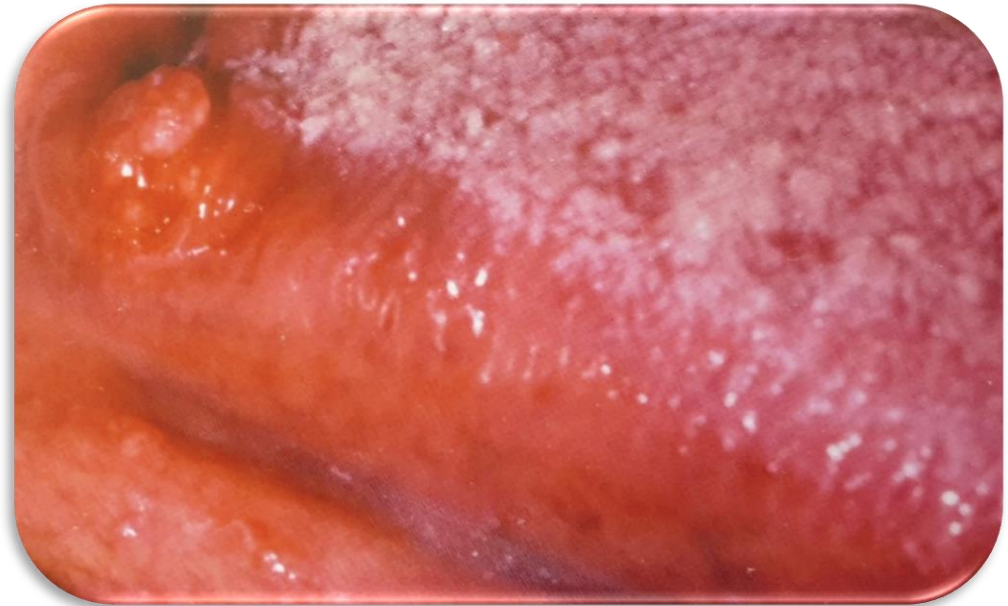
Formação de massa;
Fungiforme ou papilar ou verrucosa

Endofítica

Leucoplásica

Eritroplásica

Eritroleucoplásica



Carcinoma Espinocelular

Apresentação clínica da lesão:

Exofítica

Endofítica

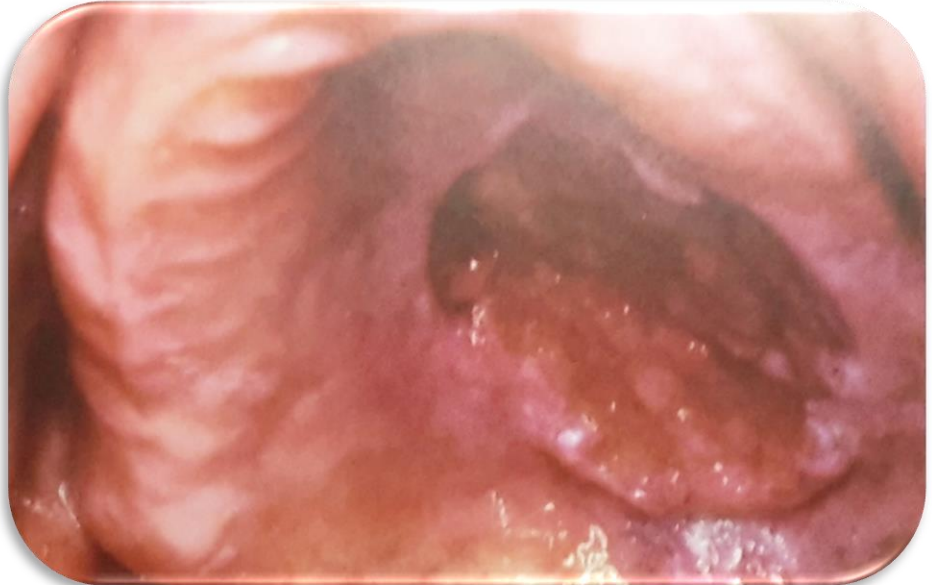


Invasiva,
crateriforme,
ulcerada

Leucoplásica

Eritroplásica

Eritroleucoplásica



Carcinoma Espinocelular

Apresentação clínica da lesão:

Exofítica

Endofítica

Leucoplásica

→ "Placa branca"

Eritroplásica

Eritroleucoplásica



Carcinoma Espinocelular

Apresentação clínica da lesão:

Exofítica

Endofítica

Leucoplásica

Eritroplásica

→ “placa vermelha”

Eritroleucoplásica



Carcinoma Espinocelular

Apresentação clínica da lesão:

Exofítica

Endofítica

Leucoplásica

Eritroplásica

Eritroleucoplásica



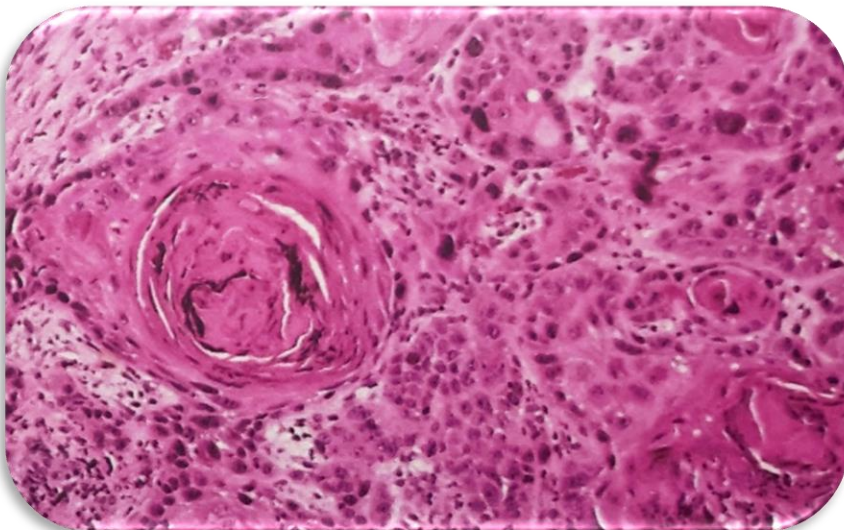
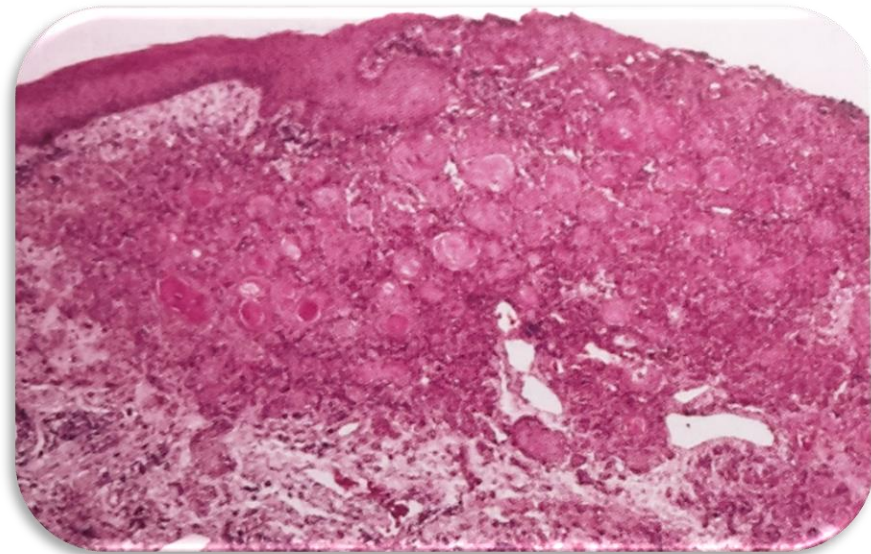
Placa combinada branco-vermelho



Carcinoma Espinocelular

Características Histopatológicas

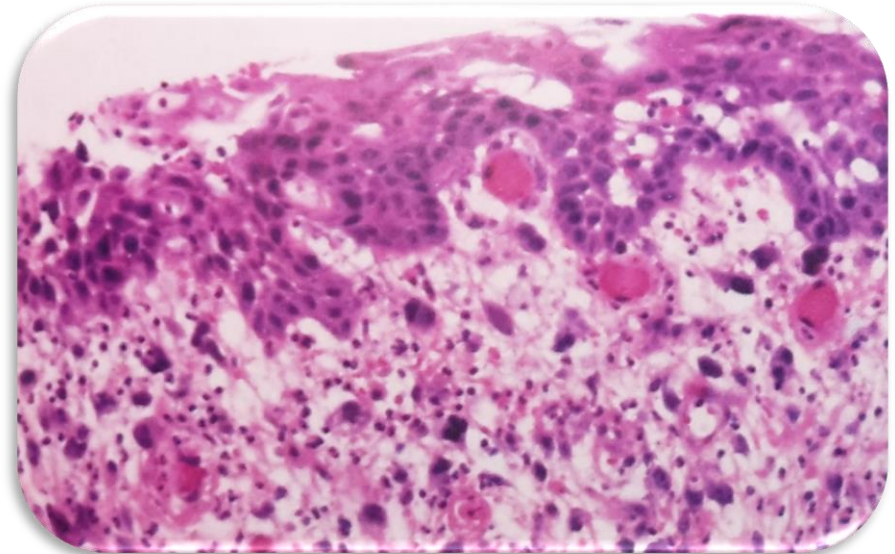
- Ilhas e cordões invasivos de células epiteliais escamosas malignas
- Displasia epitelial com invasão da membrana basal
- Pérolas de ceratina



Carcinoma Espinocelular

Características Histopatológicas

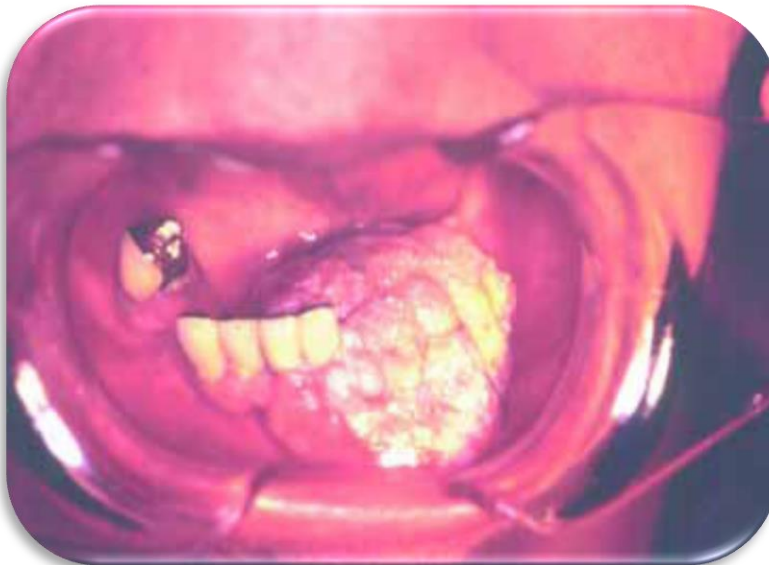
- ① Infiltrado inflamatório
- ① Hiperchromasia
- ① Relação núcleo-citoplasma alterada
- ① Pleomorfismo celular



Carcinoma Verrucoso

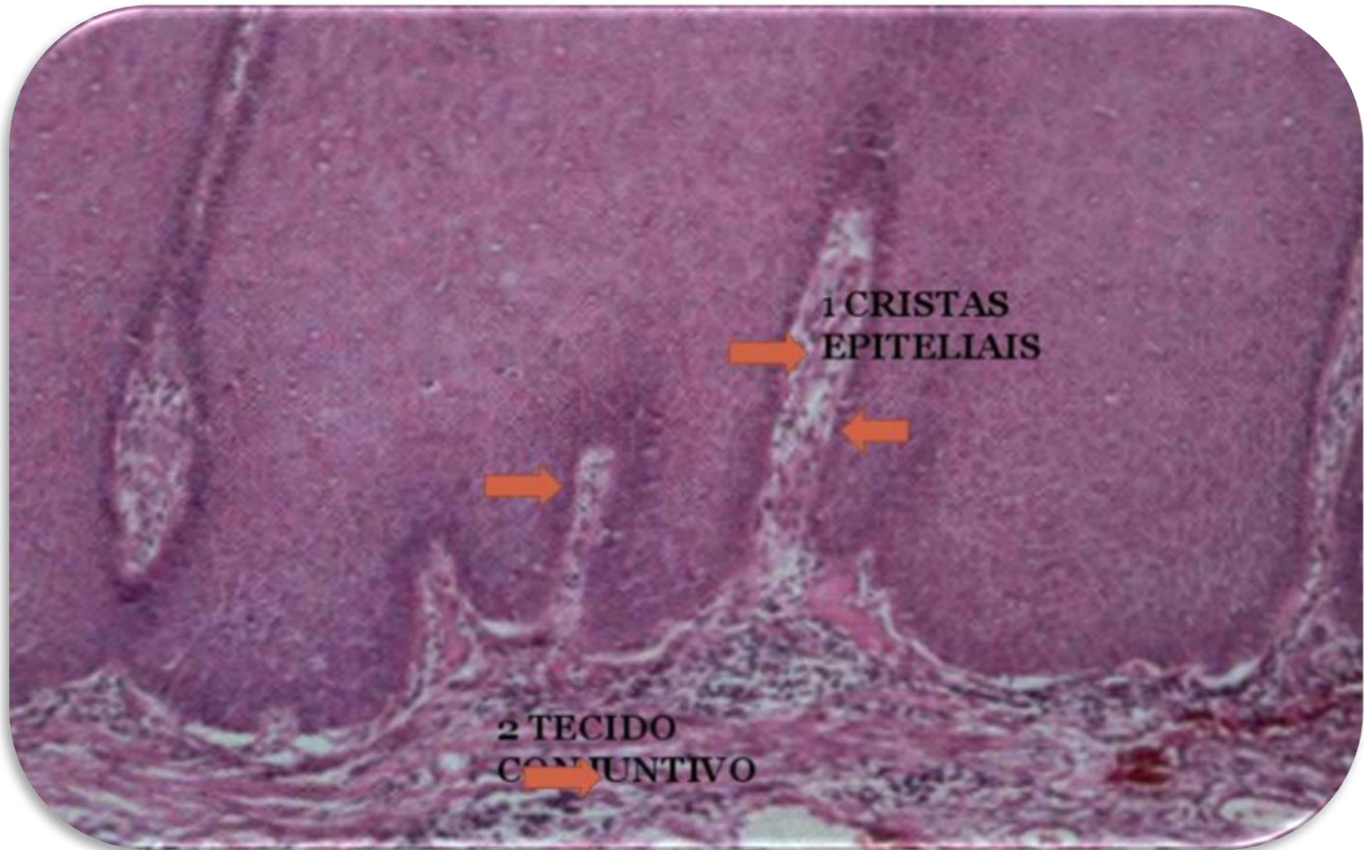
Variante do CEC

- ❶ Tipo menos agressivo, com bom prognóstico;
- ❷ Representa menos de 10% de todos os carcinomas espinocelulares;
- ❸ Ocorre em indivíduos idosos;
- ❹ Crescimento exófitico, com superfície rugosa, papilar e brancacenta, dando o aspecto verrucoso



Carcinoma Verrucoso

Características Histopatológicas



- Pouca atipia celular
- Hiperplasia epitelial



DIAGNÓSTICO

Quadro Clínico



Diagnóstico

- Ressalta-se a importância do exame clínico cuidadoso de toda a boca e orofaringe, mesmo em pacientes assintomáticos;
- As formas clássicas de aparecimento do câncer bucal são as úlceras, os nódulos e as placas brancas e vermelhas da mucosa

Biópsia Incisional

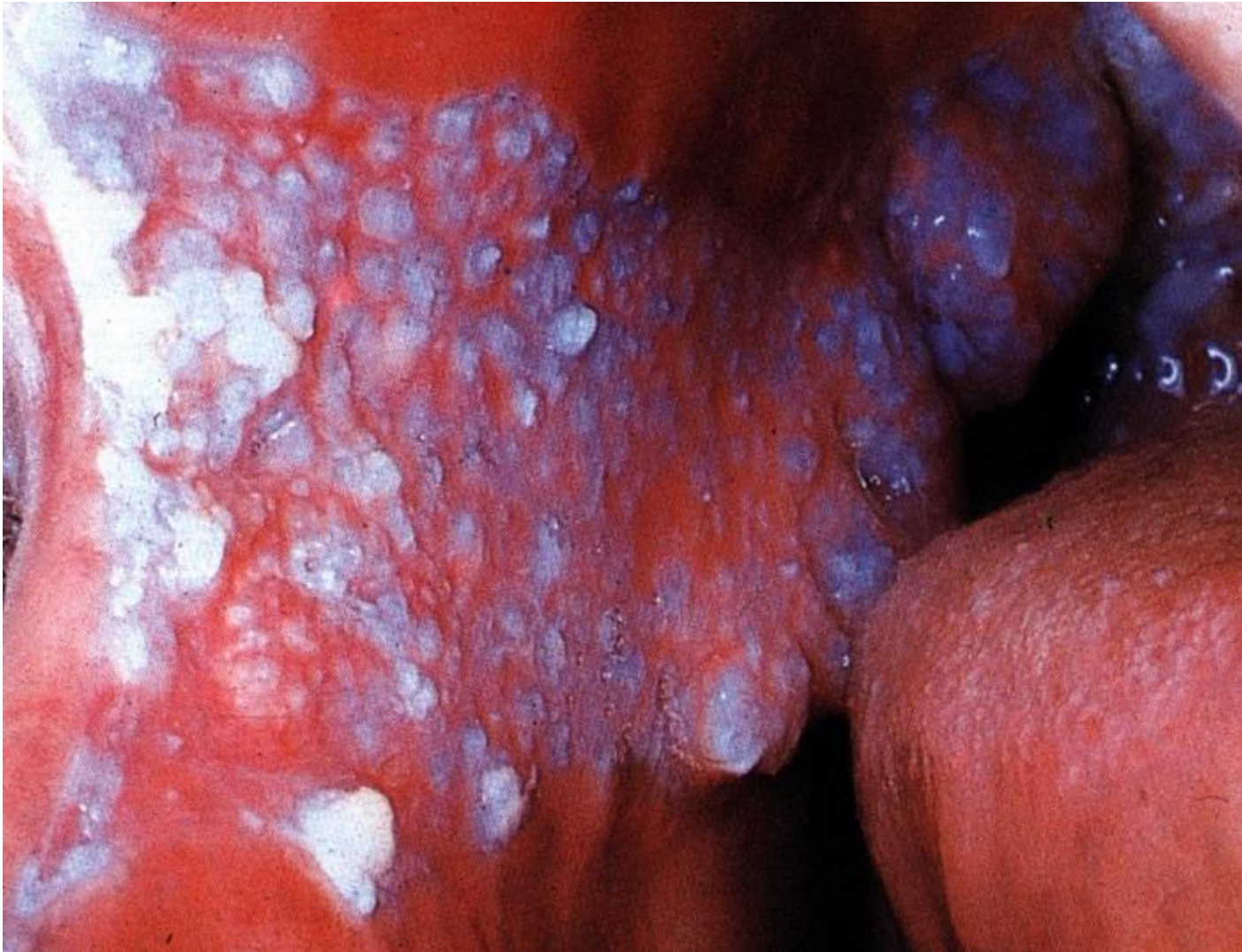


azul-de-toluidina

Analisar linfonodos!



Teste do azul-de-toluidina



DIAGNÓSTICO

Radiografia

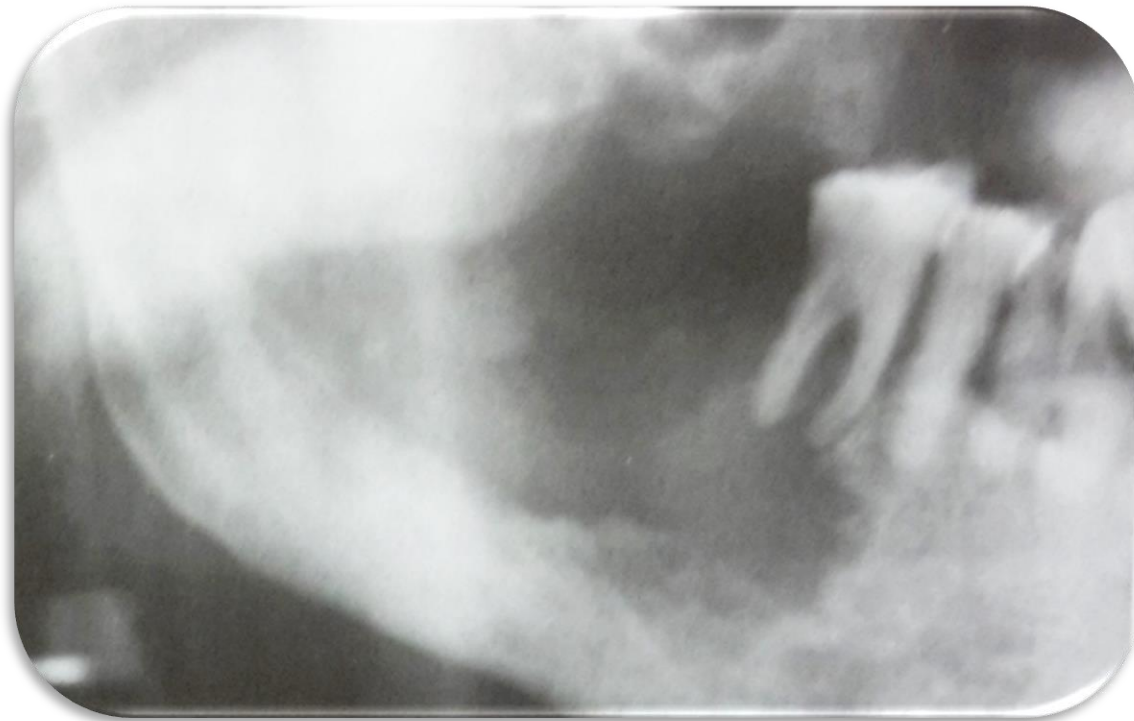
TC

RM

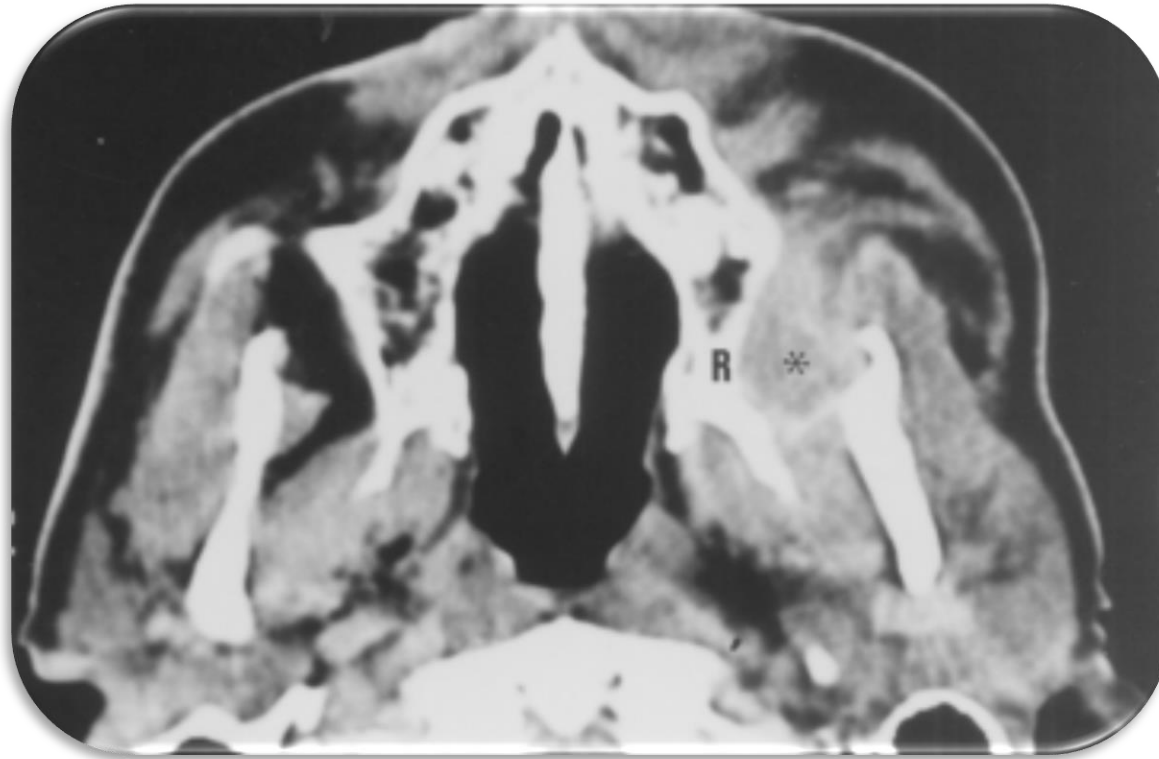
Radiografia
de tórax

PAAF

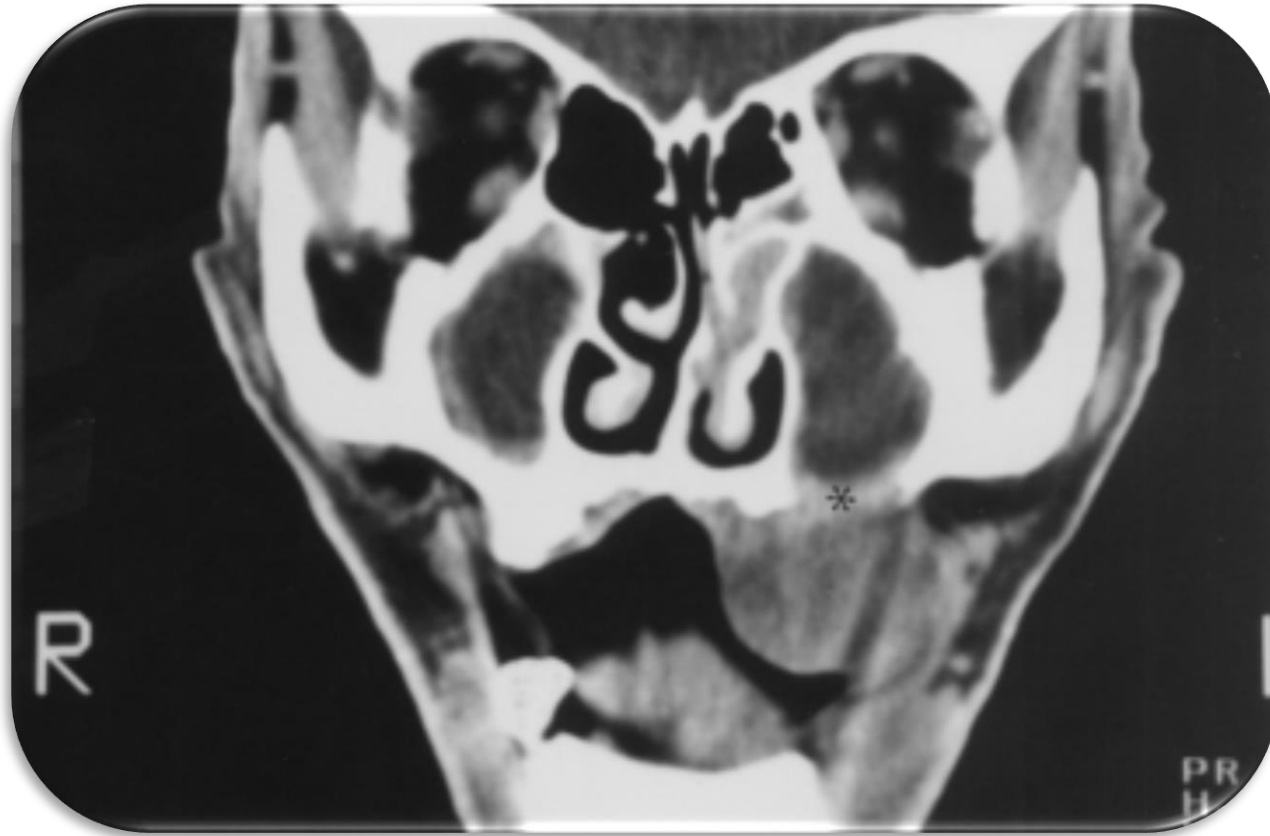
Radiografia com envolvimento ósseo



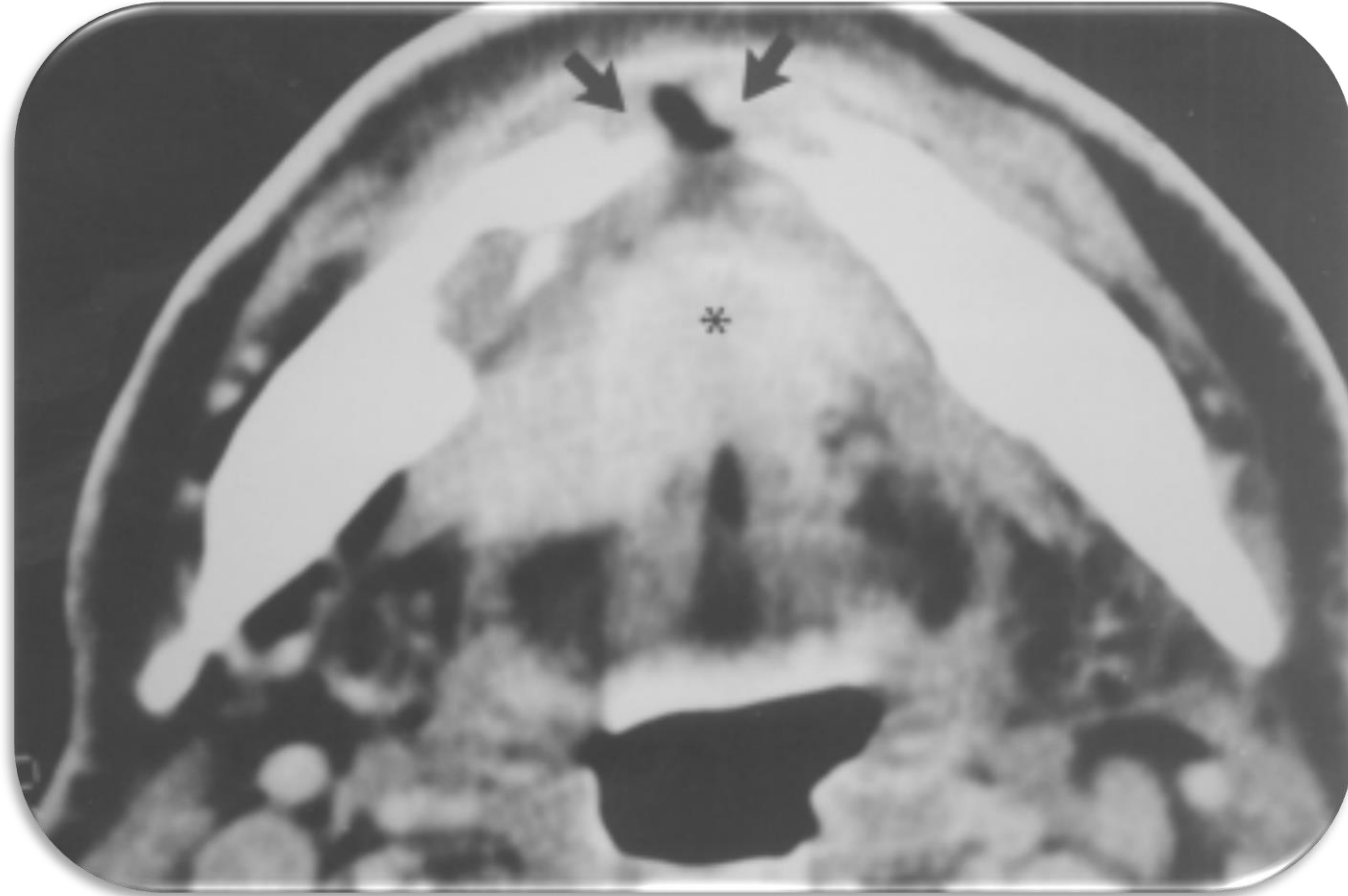
TC - carcinoma de gengiva superior



TC - carcinoma de gengiva com envolvimento do vértice inferior do seio maxilar



TC - extenso carcinoma de porção anterior do soalho da boca





ESTADIAMENTO

TNM

Tx	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
T1	Tumor menor que 2cm nas maiores dimensões
T2	Tumor entre 2cm e 4cm nas maiores dimensões
T3	Tumor maior que 4cm nas maiores dimensões
T4	Tumor que invade estruturas adjacentes ao sítio primário (p. ex., osso)
	Linfonodos regionais (N)
Nx	Linfonodos não podem ser avaliados
N0	Não há metástases regionais
N1	Metástase menor que 3cm em um linfonodo ipsolateral
N2a	Metástase em um único linfonodo ipsolateral, entre 3cm e 6cm
N2b	Metástases em vários linfonodos ipsolaterais, não maiores que 6cm
N2c	Metástases em linfonodos ipsolaterais ou contralaterais, não maiores que 6cm
N3	Metástase maior que 6cm em um ou mais linfonodos
	Metástases distantes (M)
Mx	Presença de metástases não pode ser avaliada
M0	Não há metástase a distância
M1	Presença de metástase distante (informar o local)

Estádio clínico I — T1/N0/M0. Estádio clínico II — T2/N0/M0. Estádio clínico III — T1/N1/M0; T2/N1/M0; T3/N0 ou N1/M0. Estádio clínico IV — T4/N0 ou N1/M0; qualquer T, N2 ou N3, M0; qualquer T, qualquer N, M1.

Estadiamento

Estágios

ESTÁGIO	CLASSIFICAÇÃO TNM	TAXA DE SOBREVIVÊNCIA DE 5 ANOS
Estágio I	T1 N0 M0	85%
Estágio II	T2 N0 M0	66%
Estágio III	T3 N0 M0, ou T1, T2, ou T3, N1 M0	41%
Estágio IV	Qualquer lesão T4, ou Qualquer lesão N2 ou N3, ou Qualquer lesão M1	9%



TRATAMENTO

T1 e T2
(N0)

- Tratamento Radioterápico
- Tratamento cirúrgico

T3 e T4

- Tratamento cirúrgico + Radioterapia pós-operatória

Obs.: Tumores verrucosos na maioria das vezes são radorresistentes

Tratamento

Cirurgia

Cirurgia + radioterapia

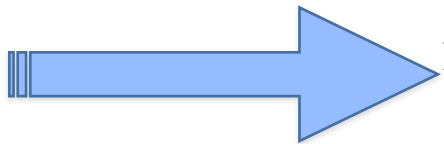
Radioterapia

Quimioterapia

Imunoterapia

Tratamento

Cirurgia



Resultados satisfatórios de curabilidade quando utilizada isoladamente, ou em associação à radioterapia.

Cirurgia + radioterapia

Radioterapia

Quimioterapia

Imunoterapia

Princípios da terapêutica oncológica



- Radicalidade;
- Operação centrípeta;
- Restauração do leito operatório



Ressecção com margem de segurança

Tratamento

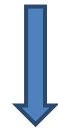
- Cirurgia
- Cirurgia + radioterapia
- Radioterapia** →
- Quimioterapia
- Imunoterapia

5 frações semanais de 180 a 200 cGy, durante 6 a 7 semanas (dose total de 6000 a 7000 cGy)

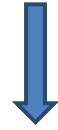
“Quando iniciais, os tumores podem ser tratados indiferentemente por cirurgia ou radioterapia”



Carcinoma associado às lesões cancerizáveis, como a leucoplasia e hiperqueratose



Radorresistência



Cirurgia!

Tratamento

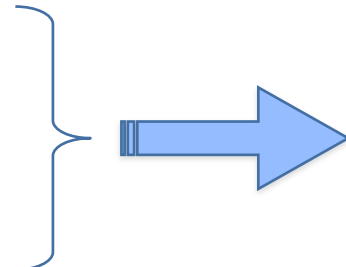
Cirurgia

Cirurgia + radioterapia

Radioterapia

Quimioterapia

Imunoterapia



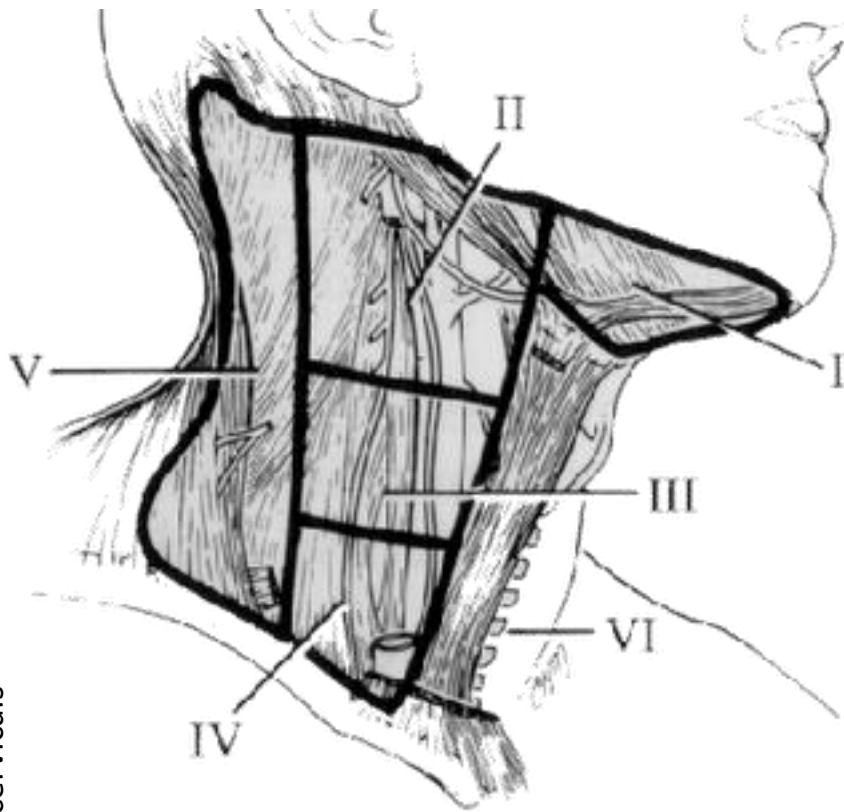
↑ Radiossensibilidade
Associação ao tratamento cirúrgico

Tratamento de metástase cervical

Tratamento cirúrgico!

Linfonodos positivos têm maior radiorresistência do que o tumor primário!

Lesões metastáticas cervicais estão presentes em 30% pacientes (exceção lábio e palato duro).



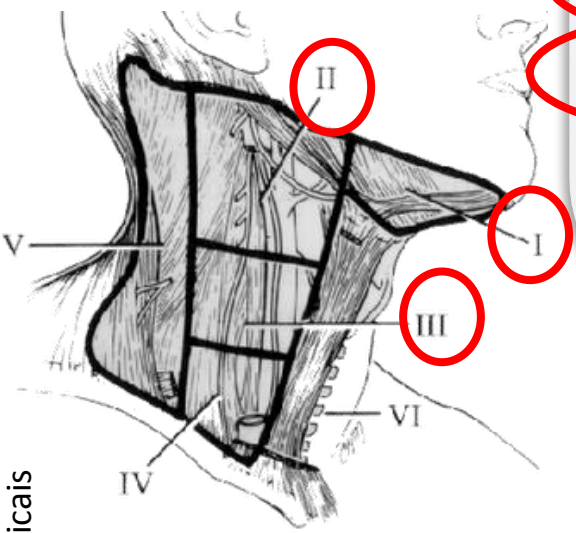
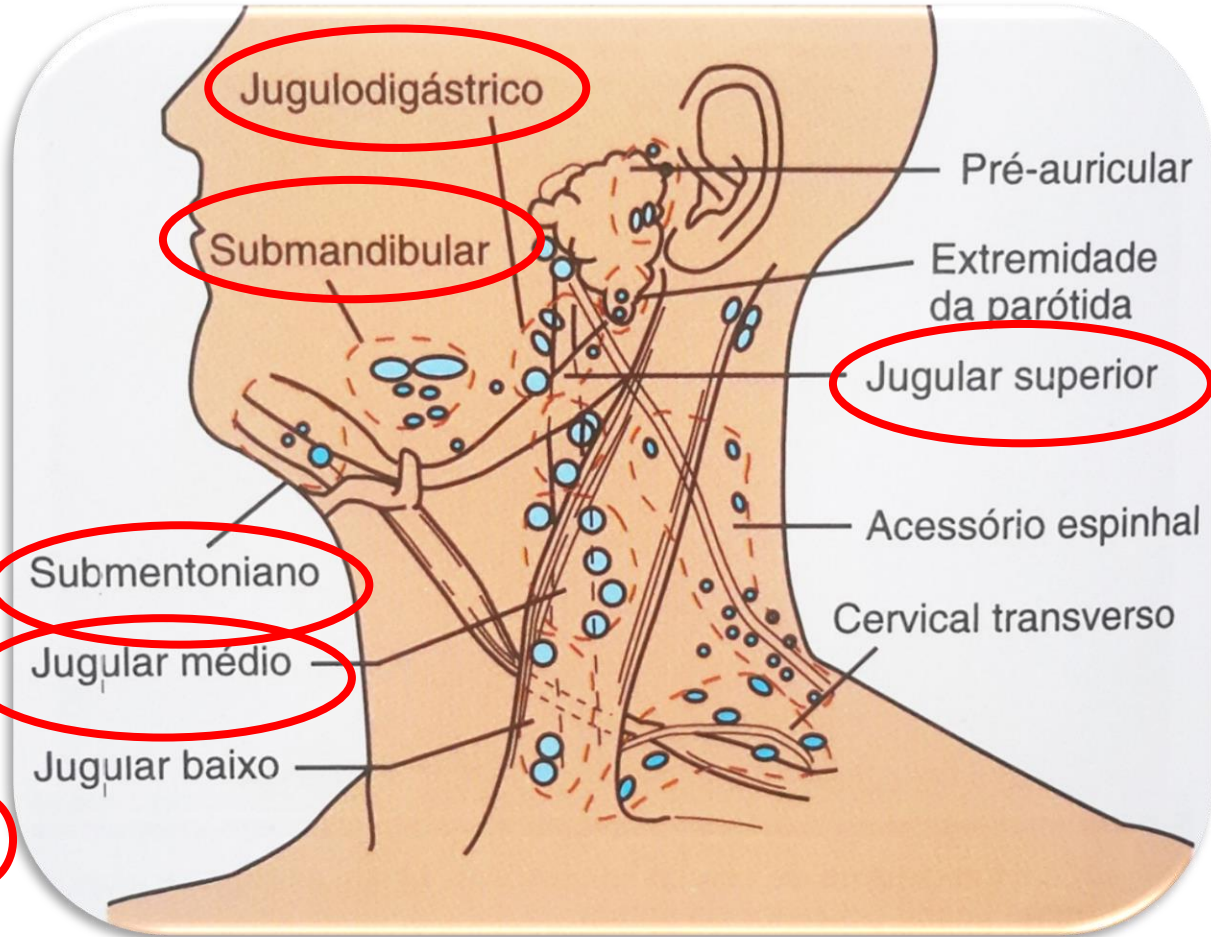
Metástase para linfonodo jugular superior de um carcinoma da borda lateral posterior da língua



Tratamento do Pescoço:

Estadio do tumor	Tipo de esvaziamento cervical
T1 N0	Não
T2-4 N0	Supra-omo-hióideo
Qualquer T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado associado a supra-omo-hióideo contralateral
Tumor ultrapassando a linha média T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado a supra-omo-hióideo contralateral
Qualquer T1-4 N2c	Radical bilateral

EC
Supra-omo-hioideo



Tratamento do Pescoço:

Estadio do tumor	Tipo de esvaziamento cervical
T1 N0	Não
T2-4 N0	Supra-omo-hióideo
Qualquer T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado associado a supra-omo-hióideo contralateral
Tumor ultrapassando a linha média T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado a supra-omo-hióideo contralateral
Qualquer T1-4 N2c	Radical bilateral



Tratamento Cirúrgico

Acessos cirúrgicos

Trans-oral

Transmandibular

Tratamento Cirúrgico

Acessos cirúrgicos

Trans-oral



Glossectomia parcial

Transmandibular



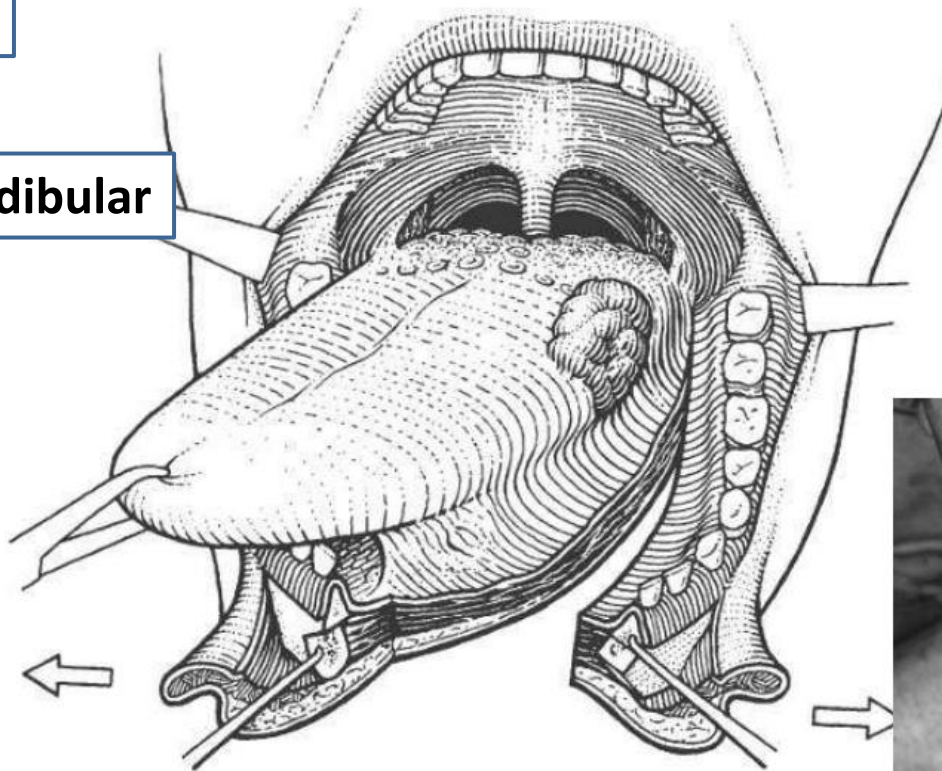
Tratamento Cirúrgico

Acessos cirúrgicos

Mandibulotomia

Trans-oral

Transmandibular



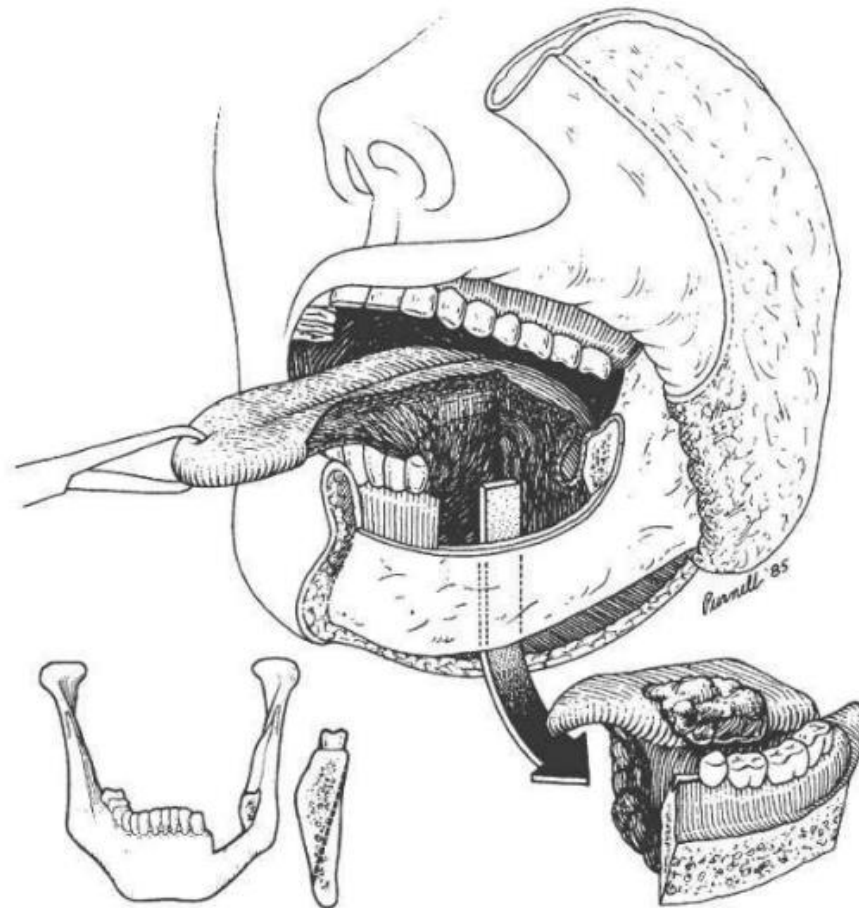
Tratamento Cirúrgico

Acessos cirúrgicos

Trans-oral

Transmandibular

Mandibulectomia marginal



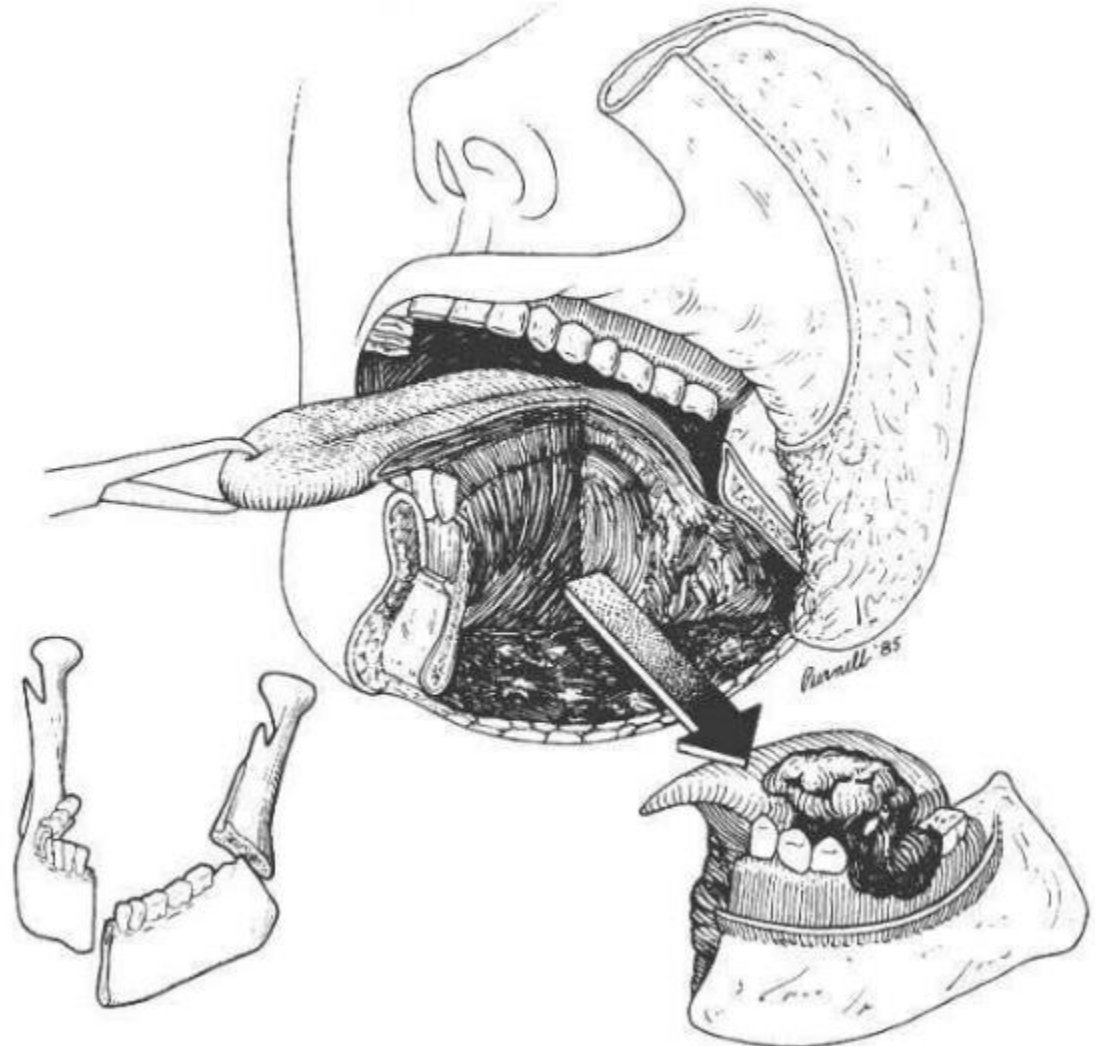
Tratamento Cirúrgico

Mandibulectomia segmentar

Acessos cirúrgicos

Trans-oral

Transmandibular



Tratamento Cirúrgico

Reconstrução osteomiocutânea

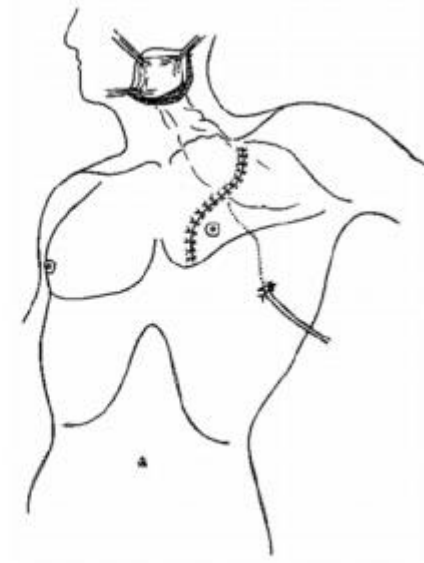
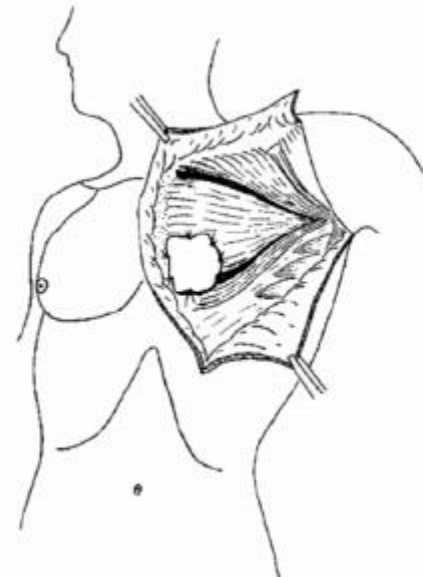
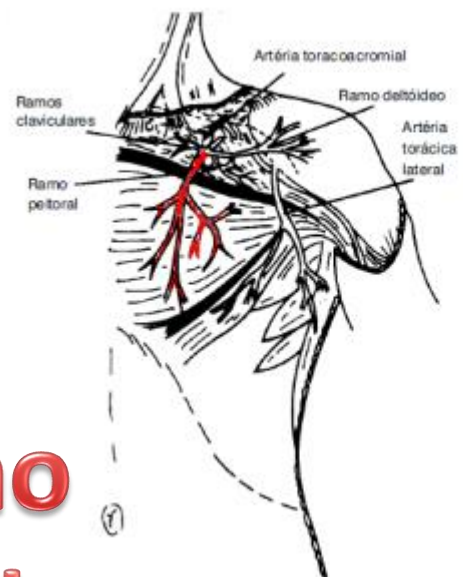
Fíbula
Crista ilíaca

Reconstrução com próteses

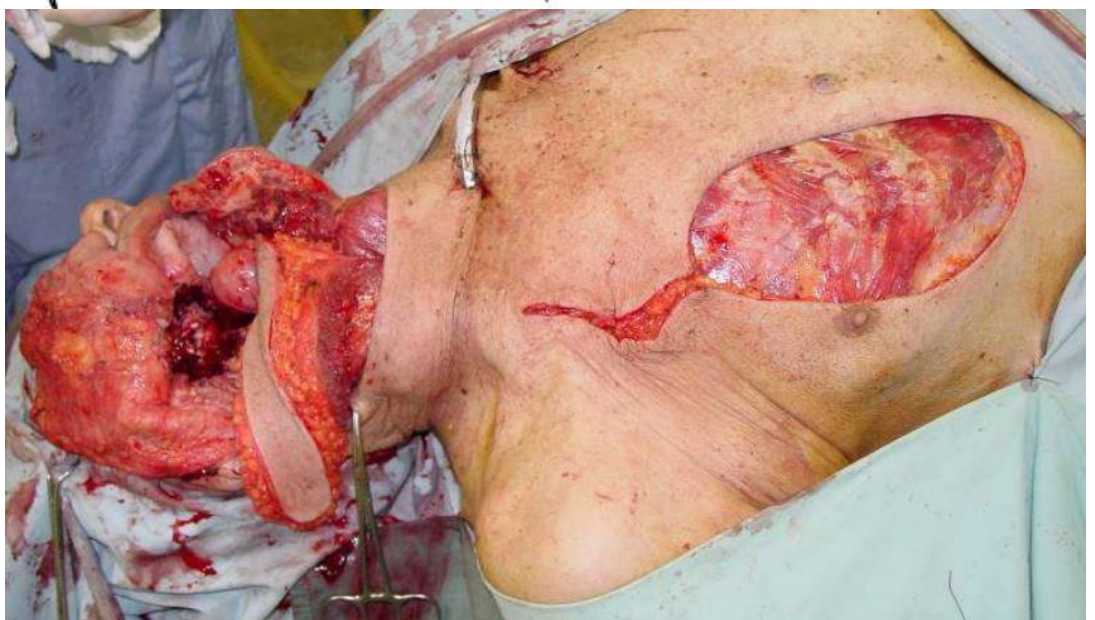
Placas metálicas ou
acrílicas

Reconstrução microcirúrgica crista ilíaca










Retalho músculo cutâneo de m. peitoral maior





Tratamento para tumor primário

Local do tumor	T1	T2	T3	T4
Gengiva Inferior	Alveolectomia	Pelvemandibulectomia marginal	Pelvemandibulectomia marginal ou seccional	Pelvemandibulectomia marginal ou seccional
Região jugal	Ressecção ampla	Ressecção ampla	Ressecção ampla	Ressecção ampla
Soalho bucal	Pelvectomy	Pelveglossectomia ou pelvemandibulectomia marginal	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou seccional	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou seccional
Língua (oral)	Glossectomia parcial	Glossectomia parcial ou hemiglossectomia	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou glossectomia subtotal ou glossectomia quase total	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou seccional ou glossectomia subtotal ou glossectomia quase total ou total

Complicações da radioterapia

-  Xerostomia;
-  Osteorradionecrose;
-  Osteomielite;
-  Debilidade de fala, alimentação e deglutição;
-  Comprometimento das condições gerais do paciente, devido à queda da imunidade;

Prognóstico

-  Sobrevida geral em 5 anos = 35-60%
-  Sobrevida em 5 anos nas lesões T1 = 90% ; 19% em estágios avançados

Conclusão

O câncer de boca é uma doença de **alta incidência na população brasileira**, e apresenta **alta morbidade e mortalidade**. O seu diagnóstico é simples de ser feito, bastando **adequado exame clínico** e realização de biópsia em casos suspeitos. Por meio de exame clínico sistemático e acurado dos pacientes assintomáticos, é possível **identificar precocemente lesões malignas**, reduzindo-se o risco de mortalidade e melhorando a qualidade de vida pós-tratamento.

QUESTÕES!



QUESTÕES

MÉDICO CABEÇA E PESCOÇO – FEPESE/UFSC - 2006

Paciente com 60 anos apresenta lesão úlcero-infiltrativa do soalho da boca à esquerda com comprometimento medial do ventre da língua, lateral limitando-se na gengiva inferior, anterior comprometendo a ponta da língua e posterior comprometendo o soalho posterior. Não foram identificados linfonodos metastáticos. Qual a melhor opção para o tratamento desse caso?

- a. () Pelve-glossectomia e esvaziamento cervical radical.
- b. () Pelve-glossectomia e observação rigorosa do pescoço.
- c. () Pelve-glossectomia e esvaziamento cervical seletivo I – III.
- d. () Pelve-glossectomia e esvaziamento cervical seletivo I – IV.
- e. () Radioterapia concomitante com quimioterapia.

QUESTÕES

MÉDICO CABEÇA E PESCOÇO – FEPESE/UFSC - 2006

Paciente com 60 anos apresenta lesão úlcero-infiltrativa do soalho da boca à esquerda com comprometimento medial do ventre da língua, lateral limitando-se na gengiva inferior, anterior comprometendo a ponta da língua e posterior comprometendo o soalho posterior. Não foram identificados linfonodos metastáticos. Qual a melhor opção para o tratamento desse caso?

- a. () Pelve-glossectomia e esvaziamento cervical radical.
- b. () Pelve-glossectomia e observação rigorosa do pescoço.
- c. () Pelve-glossectomia e esvaziamento cervical seletivo I – III.
- d. (X) Pelve-glossectomia e esvaziamento cervical seletivo I – IV.
- e. () Radioterapia concomitante com quimioterapia.

QUESTÕES

MÉDICO CABEÇA E PESCOÇO – FEPESE/UFSC - 2006

O Nervo Lingual, responsável pela sensibilidade geral dos dois terços anteriores da língua, é proveniente de que nervo craniano?

- a. Nervo facial.
- b. Nervo trigêmeo.
- c. Nervo glossofaríngeo.
- d. Nervo hipoglosso.
- e. Nervo vago.

QUESTÕES

MÉDICO CABEÇA E PESCOÇO – FEPESE/UFSC - 2006

O Nervo Lingual, responsável pela sensibilidade geral dos dois terços anteriores da língua, é proveniente de que nervo craniano?

- a. () Nervo facial.
- b. (X) Nervo trigêmeo.
- c. () Nervo glossofaríngeo.
- d. () Nervo hipoglosso.
- e. () Nervo vago.

QUESTÕES

MÉDICO CABEÇA E PESCOÇO - Pref. Piracicaba/SP – ADVICE - 2010

Nos pacientes com lesão oral suspeita de tratar-se de câncer, deve-se fazer a:

- A) pesquisa da sede primária do tumor e biópsia excisional;
- B) pesquisa da sede primária do tumor, exame físico cervical obrigatório e a biópsia da lesão com exame histopatológico;
- C) biópsia por raspagem da mucosa oral;
- D) ressecção da tumoração e exame histopatológico;
- E) ressecção total da lesão, como forma de cura definitiva e exame histopatológico.

QUESTÕES

MÉDICO CABEÇA E PESCOÇO - Pref. Piracicaba/SP – ADVICE - 2010

Nos pacientes com lesão oral suspeita de tratar-se de câncer, deve-se fazer a:

- A) pesquisa da sede primária do tumor e biópsia excisional;
- B) pesquisa da sede primária do tumor, exame físico cervical obrigatório e a biópsia da lesão com exame histopatológico;**
- C) biópsia por raspagem da mucosa oral;
- D) ressecção da tumoração e exame histopatológico;
- E) ressecção total da lesão, como forma de cura definitiva e exame histopatológico.

QUESTÕES

MÉDICO CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO UFSC/HU - 2009

Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Um paciente refere que há 4 meses apresenta uma lesão ulcerada na borda direita da língua de 4,5 cm de diâmetro, dolorosa e sangrante. Ao exame físico, nota-se uma lesão nodular de 2 cm de diâmetro, endurecida, móvel e indolor no nível IIa direito. Foi realizada uma biópsia que demonstrou tratar-se de um carcinoma epidermóide bem diferenciado. Na investigação subsequente não foram identificados focos de metástases à distância. De acordo com a classificação TNM de 2002, qual é o estadiamento desse paciente?

- A() T3 N2c M0.
- B() T2 N1 M0.
- C() T3 N2a M0.
- D() T2 N2a M0.
- E() T3 N1 M0.

QUESTÕES

MÉDICO CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO UFSC/HU - 2009

Assinale a alternativa que responde **CORRETAMENTE** à pergunta abaixo.

Um paciente refere que há 4 meses apresenta uma lesão ulcerada na borda direita da língua de 4,5 cm de diâmetro, dolorosa e sangrante. Ao exame físico, nota-se uma lesão nodular de 2 cm de diâmetro, endurecida, móvel e indolor no nível IIa direito. Foi realizada uma biópsia que demonstrou tratar-se de um carcinoma epidermóide bem diferenciado. Na investigação subsequente não foram identificados focos de metástases à distância. De acordo com a classificação TNM de 2002, qual é o estadiamento desse paciente?

A() T3 N2c M0.

B() T2 N1 M0.

C() T3 N2a M0.

D() T2 N2a M0.

E() T3 N1 M0.

TNM

Tx	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
T1	Tumor menor que 2cm nas maiores dimensões
T2	Tumor entre 2cm e 4cm nas maiores dimensões
T3	Tumor maior que 4cm nas maiores dimensões
T4	Tumor que invade estruturas adjacentes ao sítio primário (p. ex., osso)
	Linfonodos regionais (N)
Nx	Linfonodos não podem ser avaliados
N0	Não há metástases regionais
N1	Metástase menor que 3cm em um linfonodo ipsolateral
N2a	Metástase em um único linfonodo ipsolateral, entre 3cm e 6cm
N2b	Metástases em vários linfonodos ipsolaterais, não maiores que 6cm
N2c	Metástases em linfonodos ipsolaterais ou contralaterais, não maiores que 6cm
N3	Metástase maior que 6cm em um ou mais linfonodos
	Metástases distantes (M)
Mx	Presença de metástases não pode ser avaliada
M0	Não há metástase a distância
M1	Presença de metástase distante (informar o local)

Estádio clínico I — T1/N0/M0. Estádio clínico II — T2/N0/M0. Estádio clínico III — T1/N1/M0; T2/N1/M0; T3/N0 ou N1/M0. Estádio clínico IV — T4/N0 ou N1/M0; qualquer T, N2 ou N3, M0; qualquer T, qualquer N, M1.

MÉDICO: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO –ES - 2008

Em relação às neoplasias malignas da boca, julgue os itens a seguir.

- () A maioria dos cânceres de lábio está relacionada à exposição solar, sendo o tipo histológico mais comum o carcinoma basocelular.
- () Corresponde a mais de 90% a taxa de cura de pacientes com diagnóstico de T1 ou T2 de lábio, desde que não haja evidência de pescoço comprometido e o paciente seja tratado adequadamente por meio de cirurgia.
- () O trígono retromolar é o local em que mais frequentemente ocorrem tumores malignos na cavidade oral.
- () Após diagnóstico de um carcinoma espinocelular (T2) de borda livre de língua, deve-se encaminhar o paciente para cirurgia ou radioterapia, pois ambos os tratamentos têm resultados semelhantes de sobrevida em 5 anos.

MÉDICO: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO –ES - 2008

Em relação às neoplasias malignas da boca, julgue os itens a seguir.

- (F) A maioria dos cânceres de lábio está relacionada à exposição solar, sendo o tipo histológico mais comum o carcinoma basocelular.
- (V) Corresponde a mais de 90% a taxa de cura de pacientes com diagnóstico de T1 ou T2 de lábio, desde que não haja evidência de pescoço comprometido e o paciente seja tratado adequadamente por meio de cirurgia.
- (F) O trígono retromolar é o local em que mais frequentemente ocorrem tumores malignos na cavidade oral.
- (F) Após diagnóstico de um carcinoma espinocelular (T2) de borda livre de língua, deve-se encaminhar o paciente para cirurgia ou radioterapia, pois ambos os tratamentos têm resultados semelhantes de sobrevida em 5 anos.

Bibliografia

- Robbins & Cotran. **Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 8ed. 2010; p.752-756
- CARVALHO, Marcos Brasilino de. **TRATADO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO E OTORRINOLARINGOLOGIA**. 2ªed. Editora: ATHENEU; 2001. p.277-283/ p. 299-323.
- Esmeraldo et al. **Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**, 2008.
http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/33_artigo4.pdf
- Neville. **Patologia Oral & maxilofacial**. 2ªed. 2004
- http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/023.pdf
- <http://www.pciconcursos.com.br/provas/>

Obrigada, fofos!

