

LESÃO LEUCOERITROPLÁSICA EM LÍNGUA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

LEUKOERYTHROPLASIC LESION ON THE TONGUE: A CLINICAL CASE REPORT

Título abreviado: lesão leucoeritroplásica em língua

Abbreviated Title: Leukoerythroplasic lesion on the tongue

Área de estudo: estomatologia e patologia.

Camila Borba De Souza: Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil, Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, Criciúma, 88806-000, bloco S, sala 216, segundo piso. <https://orcid.org/0009-0000-9041-1724>. camzsouz@gmail.com

Willian Figueredo Caetano: Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil, Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, Criciúma, 88806-000, bloco S, sala 216, segundo piso. <https://orcid.org/0009-0007-9900-419X>. willianfigueredo2002@gmail.com

Juliana Milioli Voltolini: Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil, Avenida Universitária, 1105, Bairro Universitário, Criciúma, 88806-000, bloco S, sala 216, segundo piso. <https://orcid.org/0000-0002-5760-488X>. julimilioli@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Camila Borba De Souza: escrita – primeira redação. Escrita – revisão e edição. Investigação. Metodologia. Análise formal. Conceituação.

Willian Figueredo Caetano: escrita – primeira redação. Escrita – revisão e edição. Investigação. Metodologia. Análise formal. Conceituação.

Juliana Milioli Voltolini: administração do projeto. Análise formal. Escrita – revisão. Validação.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi descrever um caso de leucoeritroplasia oral ocorrido em uma clínica odontológica particular na região carbonífera do sul de Santa Catarina onde a paciente compareceu ao atendimento relatando o surgimento de uma placa branca com áreas avermelhadas na língua. Durante a avaliação clínica, foi identificada uma lesão mista com áreas leucoplásicas e eritroplásicas na região de ventre lingual esquerdo não removível à raspagem. Após a realização de uma biópsia incisional o laudo histopatológico indicou leucoeritroplasia oral com displasia epitelial moderada. A conduta abordada pela profissional foi remoção completa da lesão com laser de diodo de alta potência, seguida de acompanhamento a cada 3 meses para monitoramento, sendo que até o momento de publicação deste estudo não foi constatado recidiva da lesão.

Termos de indexação: Leucoplasia. Odontologia. Displasia epitelial.

ABSTRACT

The objective of this work was to describe a case of oral leukoerythroplakia that occurred in a private dental clinic in the coal region of southern Santa Catarina where the patient attended care reporting the appearance of a white plaque with reddish areas on the tongue. During the clinical evaluation, a mixed lesion with leukoplasic and erythroplastic areas was identified in the region of the left lingual belly, not removable by scraping. After performing an incisional biopsy, the histopathological report indicated oral leukoerythroplakia with moderate epithelial dysplasia. The approach addressed by the professional was complete removal of the lesion with a high-power diode laser, followed by follow-up every 3 months for monitoring, and at the time of publication of this study, no recurrence of the lesion was found..

Indexing terms: Leukoplakia. Dentistry. Epithelial dysplasia.

INTRODUÇÃO

O termo "lesão epitelial oral potencialmente pré-maligna" (LEOPP) foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e, em 2017, foi definido como "distúrbios orais potencialmente malignos" (DOPMs), referindo-se à lesões que apresentam risco de progressão para câncer oral, podendo se transformar em uma lesão precursora clinicamente definida ou em mucosa clinicamente normal ⁽¹⁾.

Atualmente, o termo DOPMs abrange lesões como leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, líquen plano, lesões liquenoides, lesões de fumantes reversos, queilite actínica, lúpus eritematoso discóide, disceratose congênita e fibrose submucosa, divididas em 3 níveis de displasia epitelial oral (DEO): leve, moderado e grave, ou carcinoma in situ ⁽¹⁻³⁾.

Em 2020, a incidência de câncer bucal foi de 377.713 no mundo, com 177.757 casos resultando em óbito ⁽⁴⁾. A taxa estimada de doenças com displasia na cavidade oral é de 2,5%, aumentando para 10% em indivíduos de alto risco ^(5,6). A ocorrência de carcinoma espinocelular oral (CEC) é mais acentuada em pacientes do sexo masculino, acima de 40 anos e com história de exposição a fatores etiológicos como produtos químicos do tabaco que podem ser agravados pelo uso concomitante de álcool ⁽¹⁾.

A displasia epitelial oral leve está relacionada a alterações morfológicas na sequência de maturação das camadas basais e parabasais, no terço inferior do epitélio. Na displasia moderada, a maturação torna-se desordenada na camada basal, com alterações se estendendo até o terço médio do epitélio. Já na displasia grave, ou carcinoma in situ, as alterações se estendem além do terço médio do epitélio, resultando em maturação anormal em toda a espessura do tecido ⁽²⁾. Nos casos de CEC a displasia avança além do tecido epitelial, rompendo a camada basal e adentrando no tecido conjuntivo ⁽³⁾. Clinicamente, a DEO pode se apresentar como placas brancas (leucoplasia), vermelhas (eritroplasia) ou uma combinação de ambas (leucoeritroplasia) ⁽¹⁾.

A leucoplasia oral é caracterizada por uma placa branca não removível à raspagem, com risco questionável para transformação maligna, onde outras lesões que não apresentam risco aumentado para câncer são excluídas do diagnóstico ⁽⁷⁾. Sua prevalência é de 2% na população global, tornando-se assim a condição oral potencialmente maligna mais comum ⁽⁸⁾. Estando mais presente em populações

idosas, essa condição apresenta uma leve predileção pelo gênero masculino, embora a ocorrência de transformação maligna esteja mais associada ao sexo feminino ^(9,10). Quando uma leucoplasia se manifesta sem que sejam encontrados fatores de risco conhecidos a mesma é denominada de leucoplasia idiopática ⁽¹¹⁾.

A leucoplasia oral pode ser dividida em dois tipos clínicos: leucoplasia homogênea e leucoplasia não homogênea. Sua distinção depende de suas características morfológicas, coloração, textura e espessura ^(11,12). A leucoplasia homogênea tem menor risco de transformação maligna do que a leucoplasia não homogênea, e pode se apresentar com uma superfície lisa, branca, plana e com bordas bem definidas ^(12,13). A leucoplasia não homogênea pode ser subdividida em três tipos: leucoplasia nodular, leucoplasia verrucosa e leucoplasia salpicada ⁽¹²⁾.

A leucoeritroplasia oral, definida também como leucoplasia salpicada, apresenta-se de forma mista com áreas leucoplásicas e eritematosas. Diferente da eritroplasia e leucoplasia, sua estrutura manifesta-se com margens mal definidas e sua capacidade de malignização é maior do que leucoplasias e eritroplasias isoladas ^(12,14). Ela pode ser subdividida em dois grupos: o primeiro apresenta várias leucoplasias pequenas e irregulares dentro de uma mancha avermelhada, enquanto o segundo se manifesta como uma eritroplasia adjacente a uma leucoplasia ⁽¹²⁾. Em sua histologia, possui características mistas entre leucoplasia e eritroplasia com hiperqueratose, acantose e displasia semelhante à leucoplasia. Com frequência apresenta características displásicas como atipia celular grave, aumento da atividade mitótica, queratinização celular individual, perda da arquitetura celular típica e da polaridade da célula ⁽¹⁴⁾. Além disso, a leucoeritroplasia, assim como a maioria das leucoplasias, apresenta-se assintomática e acomete principalmente borda lateral de língua e assoalho bucal ⁽¹¹⁾.

A decisão sobre o tratamento a ser realizado é uma combinação da avaliação clínica da lesão, fatores histopatológicos e a disposição do paciente, uma vez que este deve ser informado sobre a progressão da doença, as taxas de recorrência e a necessidade de tratamentos futuros ⁽¹⁾.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi apresentar um relato de caso clínico de lesão leucoeritroplásica em língua, abordando seus conceitos, etiologia e tratamento. O trabalho busca evidenciar a importância do conhecimento sobre a displasia epitelial oral, suas manifestações clínicas e a importância de um tratamento adequado para prevenir e diminuir os casos de transformação maligna em CEC.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, documental e retrospectiva, classificada como relato de caso. A investigação foi realizada utilizando o prontuário clínico de uma paciente atendida em um consultório odontológico privado localizado na região carbonífera no sul de Santa Catarina. A seleção do paciente seguiu critérios de inclusão, que consistiam em ser portador de leucoeritroplasia na língua, aceitar participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão abrangeram atendimentos de outra natureza e realizados em instituições diferentes. A coleta de dados foi feita a partir da extração de informações do prontuário, incluindo anamnese, avaliação clínica intra e extraoral, descrição dos procedimentos, laudos de exames histopatológicos, diagnóstico e terapêutica aplicada.

A discussão dos resultados baseou-se nas referências encontradas, abordando conceitos, diagnósticos, etiologias e tratamentos da leucoeritroplasia, além de estabelecer correlações entre lesões potencialmente malignas, especialmente leucoeritroplasia oral, displasia epitelial oral e carcinoma espinocelular oral.

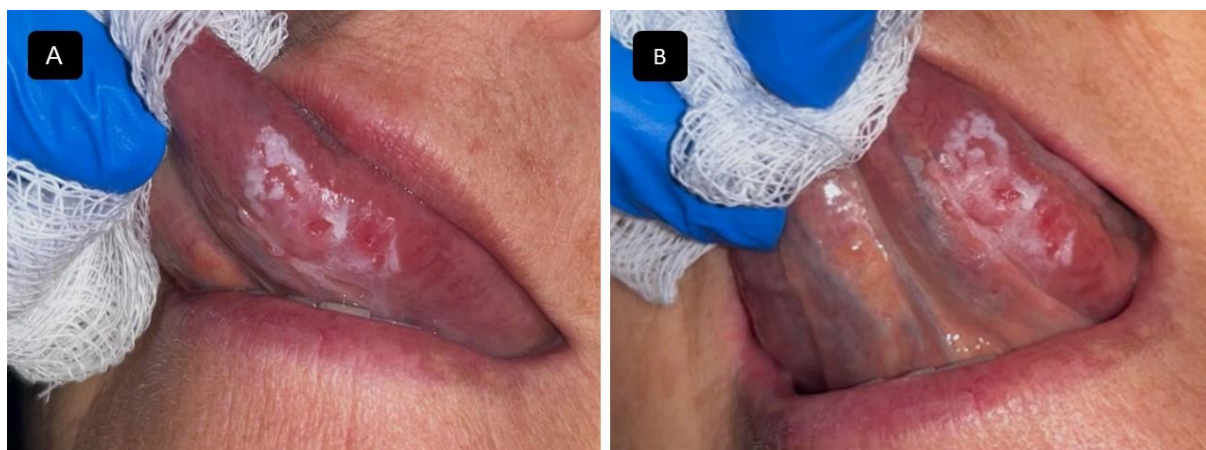
O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e recebeu autorização por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com parecer de aprovação de número 6.847.047.

RESULTADOS

Paciente do sexo biológico feminino, leucoderma, 58 anos, ASA I, compareceu ao atendimento em uma clínica odontológica particular na região carbonífera no sul de Santa Catarina no dia 24 de janeiro de 2024. Ela relatou surgimento de uma placa na região ventral da língua no lado esquerdo que persistia há mais de um ano e sofrera alteração de crescimento durante esse período, sem apresentar sintomatologia dolorosa. A paciente acreditava que a lesão poderia ter aparecido após um episódio no qual derramou cola instantânea na boca, coincidindo com o momento em que percebeu a alteração. A mesma procurou atendimento por recomendação de sua filha, que levantou suspeitas sobre a lesão. Durante a avaliação clínica intraoral, notou-se a presença de uma lesão de placa branca entremeada por áreas eritematosas, bordas

e superfícies irregulares, não removível a raspagem, medindo 3x3,5cm na região de ventre lingual esquerdo (Figura 1A e B). No exame clínico extraoral, os linfonodos, a articulação temporomandibular (ATM) e as glândulas mostraram-se normais. Durante a anamnese, a paciente relatou que nunca consumiu tabaco e substâncias alcoólicas, além disso, afirmou não possuir doenças sistêmicas nem estar sob tratamento médico.

Figura 1. **A** – Fotografia do aspecto da lesão na consulta inicial. **B** – Fotografia da consulta inicial evidenciando o prolongamento da lesão para a parte posterior e medial do ventre lingual esquerdo.



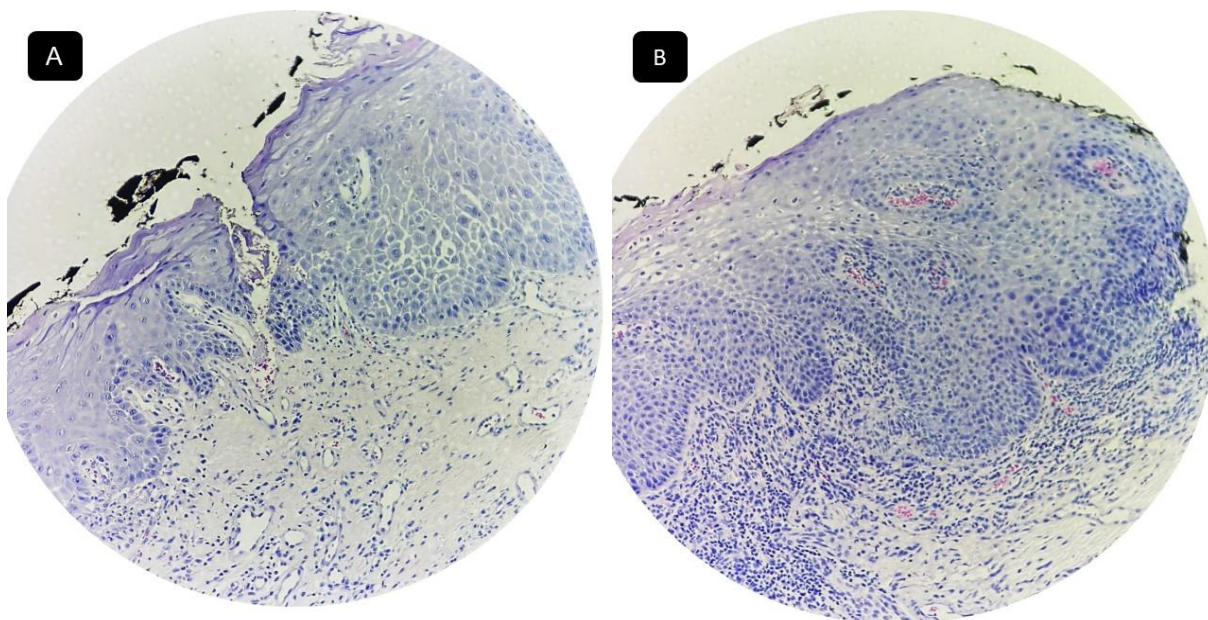
Fonte: Autores (2024).

A conduta adotada pela profissional de odontologia incluiu orientações à paciente e sua acompanhante sobre os possíveis diagnósticos, sendo as principais hipóteses a leucoeritroplasia oral e o carcinoma espinocelular oral.

Na mesma consulta, foi realizada uma biópsia incisional, com bisturi convencional e lâmina 15 buscando a área mais crítica da lesão. O fragmento removido media 1,4 x 0,5 x 0,4 cm, na superfície mucosa exibia área brancacenta, mal delimitada, rugosa e fosca, medindo 0,7 x 0,5 cm e parecendo chegar junto à margem cirúrgica mais próxima.

O resultado do exame histopatológico indicou aspecto compatível com lesão acantótica e ceratódica (leucoplasia) com atipias sugestivas de displasia moderada (Figura 2A e B) (neoplasia intraepitelial escamosa oral de alto grau).

Figura 2. A e B - Cortes histológicos evidenciam mucosa escamosa focalmente erosada, exibindo hiperkeratose com parakeratose, hiperplasia epitelial com atipias moderadas (irregularidades da carioteca, binucleação, mitoses frequentes e despolarização até dois terços do epitélio escamoso). Na lâmina própria a proliferação vascular típica, com vasos ectásicos, associada a infiltrado inflamatório moderado e acentuado.



Fonte: Autores (2024).

Devido ao laudo do exame, a conduta adotada foi a remoção completa da lesão. O segundo atendimento da paciente ocorreu no dia 23 de fevereiro de 2024, e o procedimento realizado foi de biópsia excisional com laser de diodo de alta potência (Figura 3A) e sedação endovenosa. Ao finalizar a cirurgia, não havia sangramento ativo (Figura 3B) e a paciente acordou bem da sedação.

Figura 3. A- Imagem do laser de diodo de alta potência utilizado no procedimento cirúrgico, modelo Thera Lase Surgery marca comercial DMC. **B-** Pós-operatório imediato após remoção completa da lesão.



Fonte: Autores (2024).

As dimensões da peça cirúrgica removida eram 2,5 x 1,5 x 0,5 cm sendo que a lesão em si media aproximadamente 1,9 x 0,7 cm e distando 0,2 cm da margem lateral mais próxima. Foram administrados de forma endovenosa os medicamentos: ketamina, midazolam, fentanil, propofol, dipirona, decadron e cetoprofeno e posteriormente prescritas as medicações pós-operatórias, sendo elas: amoxicilina, decadron, paracetamol com codeína e clorexidina 0,12%.

No dia 01 de março de 2024 a paciente retornou para a consulta de acompanhamento (Figura 4A) e resultado do exame histopatológico da lesão total. De acordo com o laudo, as alterações microscópicas representavam leucoeritroplasia oral com displasia leve e as margens da lesão apresentavam-se livres, distando 2.0mm perifericamente e 5.0mm profundamente. Dessa forma, o acompanhamento ocorreu novamente após 30 dias (Figura 4B), apresentando mucosa sem alteração, seguida por um novo acompanhamento de 3 meses e posteriormente 6 meses após a remoção (Figura 4C), não apresentando até o momento de publicação deste artigo quaisquer indícios de recidiva da lesão.

Figura 4. A- Acompanhamento após 7 dias. B- Acompanhamento após 30 dias. C- Acompanhamento após 6 meses.



Fonte: Autores (2024).

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou um caso de lesão leucoeritoplásica em língua onde não haviam fatores etiológicos claros, fazendo com que a conduta adotada pelo profissional fosse dependente do correto diagnóstico e manejo da alteração. Dessa forma, a biópsia incisional e o exame clínico foram os métodos utilizados para diagnosticar essa condição, sendo necessário o exame histopatológico para determinar o grau de displasia. De acordo com os estudos ^(15,16) este método é considerado padrão ouro de abordagem inicial para diagnóstico de distúrbios orais potencialmente malignos.

Estando mais presente em populações idosas essa condição apresenta uma leve predileção pelo gênero masculino e estudos indicam que os fatores etiológicos incluem substâncias relacionadas ao tabaco podendo ainda ser potencializado pelo álcool ^(9,10,17). Tais dados não corroboram com este caso, pois a paciente é do sexo feminino e não apresentava quaisquer dos fatores etiológicos encontrados, sendo denominada sua condição de leucoeritroplasia idiopática ⁽¹¹⁾. Além disso, as leucoeritroplasias geralmente não causam sintomas e são comumente detectadas durante exames visuais de rotina ⁽¹⁸⁾, assim como neste caso onde a paciente não possuía sintomatologia dolorosa e procurou atendimento sem nenhuma queixa.

Em lesões maiores, ou até em lesões menores onde o aspecto clínico sugere malignidade a biópsia incisional, que consiste na remoção de um pequeno fragmento da lesão, é geralmente preferida à biópsia excisional (remoção completa da lesão) devido à possibilidade de carcinoma já estar presente no local. Portanto, múltiplas biópsias podem ser necessárias, já que um único fragmento pode não refletir a área mais agressiva da lesão, o que poderia resultar em um diagnóstico incorreto ⁽¹⁾. Esse

aspecto foi evidenciado neste relato, pois a primeira biópsia revelou displasia moderada, enquanto a lesão completamente removida posteriormente indicou displasia leve, demonstrando que diferentes níveis de alteração podem coexistir na mesma lesão. Além disso, o laudo do exame histopatológico revelou hiperqueratose, acantose, displasia semelhante à leucoplasia, binucleação, atipia celular, mitose, perda da estrutura típica e despolarização da célula. Esses sinais histológicos são compatíveis com os achados do estudo ⁽¹⁴⁾.

Após a biópsia, em casos de displasia leve, onde o paciente não apresenta fatores de risco clínicos que possam agravar a lesão, o tratamento preconizado é acompanhamento a cada três meses no primeiro ano seguidos de uma vez a cada seis meses nos anos seguintes caso não surjam novas alterações ⁽¹⁹⁾. Entretanto, se o paciente tem fatores agravantes, como tabagismo, pode-se optar pela remoção da lesão com monitoramento posterior ^(1,20). Por outro lado, como a paciente deste caso apresentava displasia moderada o tratamento inicial foi de remoção completa da lesão, seguido de acompanhamento a cada três meses no primeiro ano e caso não apresente recidiva poderá ser realizado acompanhamento a cada seis meses. Tal conduta deve ser utilizada também nos casos de displasia grave/carcinoma in situ ^(1,19).

Os autores trazem que a remoção cirúrgica de lesões displásicas podem ser realizadas com laser de alta potência ou bisturi convencional ⁽¹⁾. Neste caso, optou-se pela cirurgia a laser, devido à menor propensão à dor, redução do edema pós-operatório, melhor hemostasia e cicatrização, pois permite o selamento de vasos sanguíneos e terminações nervosas promovendo um campo cirúrgico hemostático. Além disso, garante a redução da contratatura da ferida cirúrgica por reduzir o número de células mioepiteliais no local ⁽²¹⁻²³⁾. De acordo com os autores a excisão a laser ou por bisturi convencional são preferíveis à ablação por laser, que vaporiza a lesão e impede a realização de um segundo exame histopatológico. Dessa forma, a garantia de que a lesão foi completamente removida em profundidade restringe-se apenas ao momento cirúrgico, não possuindo um exame histológico que confirme margens livres ^(1,24,25). Além disso, se a incisão da lesão for incompleta, pode ocorrer uma rápida epitelização por células displásicas remanescentes, levando à recidiva na área afetada ⁽²⁵⁾.

Embora a excisão por laser danifique as margens da peça cirúrgica e dificulte o exame histopatológico, os autores destacam que desde que a margem de segurança

de excisão seja realizada além do limite convencional, a cauterização não representará empecilhos. Dessa forma, não há dados nos estudos que indiquem melhores resultados na remoção cirúrgica realizada por bisturi convencional ou laser ⁽¹⁾, como realizado neste caso clínico. Assim, o principal benefício da excisão convencional com bisturi é a certeza de obter uma amostra de tecido confiável para análise histopatológica. Contudo, em casos de lesões maiores que cicatrizam por intenção secundária, pode haver limitação da função devido à formação de tecido fibroso ⁽²⁶⁾. Durante a remoção da lesão, é amplamente recomendado que a incisão atinja o nível submucoso quando a língua não estiver envolvida, ou até o nível muscular superficial em casos de envolvimento da língua ⁽²⁷⁾.

Atualmente, não existem diretrizes padronizadas para o acompanhamento clínico de pacientes com displasia epitelial oral. No entanto, o potencial de evolução dos casos de displasia para malignidade não deve ser subestimado, e a vigilância deve considerar o nível de displasia apresentado ⁽¹⁾. Neste relato, a paciente, que apresentou displasia moderada após a primeira biópsia, foi acompanhada por 6 meses até o momento atual e receberá acompanhamentos futuros.

Apesar dos avanços nas tecnologias e formas de diagnóstico, o carcinoma espinocelular oral manteve por muito tempo taxa de sobrevivência de 5 anos em 50%, sendo que os estudos indicam que essa taxa está associada com diagnósticos e tratamentos tardios, quando a condição já se encontrava em estágios avançados. Contudo, a taxa de sobrevivência em 5 anos aumenta para até 80% nos casos descobertos e tratados em estágio inicial. Além disso, os pacientes que buscam o tratamento nos primeiros estágios da doença relatam melhor qualidade de vida quando comparados àqueles que descobrem a condição em estágios mais avançados, destacando novamente a importância da triagem, diagnóstico e tratamento dos distúrbios orais potencialmente malignos e malignos em estágios iniciais ⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

O entendimento sobre lesões orais potencialmente malignas, displasia epitelial oral e carcinoma espinocelular oral é essencial para um manejo adequado por parte dos profissionais de odontologia. Este relato destaca que os fatores etiológicos mais comuns associados à displasia epitelial oral nem sempre estão presentes. Além disso,

busca relacionar as diferentes abordagens de tratamento e esclarecer os critérios utilizados na condução do caso. Estudos recentes demonstraram que um diagnóstico correto e precoce tem um impacto significativo na vida e no prognóstico dos pacientes. Portanto, é necessário realizar mais pesquisas para reforçar essa importância e aumentar a visibilidade da relação entre displasia epitelial oral, potenciais fatores etiológicos e carcinoma espinocelular oral.

REFERÊNCIAS

1. Carlson ER, Kademani D, Ward BB, Oreadi D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeon's Position Paper on Oral Mucosal Dysplasia. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J Oral Maxillofac Surg. 2023; 81:1042-1054.
2. Müller S. Oral epithelial dysplasia, atypical verrucous lesions and oral potentially malignant disorders: focus on histopathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018;125(6):591-602.
3. Speight PM, Khurram SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018;125(6):612-627
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36. cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71:209–249.
5. Gillenwater A, Papadimitrakopoulou V, Richards-Kortum R. Oral premalignancy: New methods of detection and treatment. Curr Oncol. 2006; 8:146–154.
6. Holmstrup P, Vedtofte P, Reibel J, Stoltze K. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. Oral Oncol. 2006; 42:461–474.
7. Woo SB. Oral epithelial dysplasia and premalignancy. Head Neck Pathol. 2019; 13:423–439.
8. Petti, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review, Oral Oncology, 2003;39(8):770-780.
9. Maymone MB, Greer RO, Kesecker J, Sahitya PC, Burdine LK, Cheng AD, et al. Premalignant and malignant mucosal lesions: clinical and pathological

- findings part II. Premalignant and malignant mucosal lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2018.
10. Warnakulasuriya S, Ariyawardana A. Malignant transformation of oral leukoplakia: A systematic review of observational studies. *J Oral Pathol Med*. 2016;45:155–166.
 11. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2018;125(6):582–90.
 12. Wetzel SL, Wollenberg J. Oral Potentially Malignant Disorders. *Dent Clin North Am*. 2020;64(1):25-37.
 13. Gopinath D, Thannikunnath BV, Neermunda SF. Prevalence of Carcinomatous Foci in Oral Leukoplakia: A Clinicopathologic Study of 546 Indian Samples. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016;10(8):78-83.
 14. Parasuraman L, Bal M, Pai PS. Erythroplakia and Erythroleucoplakia. In: Brennan, P., Aldridge, T., Dwivedi, R. (eds) *Premalignant Conditions of the Oral Cavity*. Head and Neck Cancer Clinics. Springer, Singapore. 2019; pp. 87–95.
 15. Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007;36:575–80.
 16. Villa A, Woo SB. Leucoplasia- A algoritmo de diagnóstico e tratamento. *J oral Maxillofac surg*. 2017;75(4):723-34
 17. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification, and presente concepts of management. *Oral Oncol*. 2009;45:317–323.
 18. Dilhari A, Weerasekera MM, Siriwardhana A, et al. Candida infection in oral leukoplakia: an unperceived public health problem. *Acta Odontol Scand*. 2016;74:565-569.
 19. Birur PN, Patrick S, Warnakulasuriya S, Gurushanth K, Raghavan AS, Rath GK, et al. Consensus guidelines on management of oral potentially malignant disorders. *Indian J Cancer*. 2022;59(3):442-453.
 20. Nadeau C, Kerr AR. Evaluation and Management of Oral Potentially Malignant Disorders. *Dent Clin North Am*. 2018;62(1):1-27.

21. Fisher SE, Frame JW, Browne RM, Tranter RM. A comparative histological study of Wound healing following CO2 laser and conventional surgical excision of canine Buccal mucosa. *Arch Oral Biol* 1983;28(4):287–91.
22. Gabbiani G, Ryan GB, Majne G. Presence of modified fibroblasts in granulation tissue and their possible role in wound contraction. *Experientia* 1971;27(5): 549–50.
23. Montandon D, D'andiran G, Gabbiani G. The mechanism of wound contraction And epithelialization: clinical and experimental studies. *Clin Plast Surg* 1977;4(3):325–46.
24. Kerr AR, Lodi G. Management of oral potentially malignant disorders. *Oral Dis.* 2021;27(8):2008-2025.
25. Kademani D, Dierks E. Surgical management of oral and mucosal dysplasias: the Case for surgical excision. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65(2):287–92.
26. Meltzer C. Surgical management of oral and mucosal dysplasias: The case for laser excision. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(2):293-5.
27. Awadallah M, Idle M, Patel K, Kademani D. Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018;125(6):628-636.
28. Epstein JB, Zhang L, Rosin M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and Malignant lesions. *Journal Canadian Dental Association.* 2002;68(10):617-621.

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LESÃO LEUCOERITROPLÁSICA EM LÍNGUA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador: JULIANA MILIOLI VOLTOLINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80006024.0.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.847.047

Apresentação do Projeto:

O termo "lesão epitelial oral potencialmente pré-maligna" (PPOEL) foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e, em 2017, foi definido como "distúrbios orais potencialmente malignos" (OPMDs), referindo-se a lesões que apresentam risco de progressão para câncer oral, podendo se transformar em uma lesão precursora clinicamente definida ou em mucosa clinicamente normal (CARLSON, et al 2023)

Atualmente, o termo OPMDs abrange lesões como leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, líquen plano, lesões liquenoides, lesões de fumantes reversos, queilite actínica, lúpus eritematoso discóide, disceratose congênita e fibrose submucosa, divididas em 3 níveis de displasia epitelial oral (OED): leve, moderado e grave, ou carcinoma in situ (MÜLLER 2018; CARLSON, et al 2023; SPEIGHT et al, 2018)

O termo "Displasia Epitelial Oral" (OED) é utilizado para descrever lesões ou distúrbios epiteliais orais com capacidade de malignização que apresentam alterações na histologia, características moleculares e coloração comparadas ao tecido normal adjacente (CARLSON et al., 2023) (WETZEL e WOLLENBERG., 2020).

Em 2020, a incidência de câncer bucal foi de 377.713 no mundo, com 177.757 casos resultando em óbito (SUNG et al., 2021). A taxa estimada de doenças com

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 6.847.047

displasia na cavidade oral é de 2,5%, aumentando para 10% em indivíduos de alto risco (GILLENWATER et al., 2006) (HOLMSTRUP et al., 2006). A ocorrência de carcinoma espinocelular (CEC) é mais acentuada em pacientes do sexo masculino, acima de 40 anos e com história de exposição a fatores etiológicos como produtos químicos do tabaco e álcool (CARLSON et al, 2023).

O diagnóstico correto de OPMDs ou CEC é realizado por meio de exame clínico convencional, visual e tátil e submetido a biópsia, pois esta permite a visualização da arquitetura epitelial da lesão e garante o diagnóstico definitivo (CARLSON et al, 2023).

O manejo e reconhecimento adequado das OPMDs são fundamentais para reduzir a taxa de mortalidade e morbidade, bem como para aumentar o índice de sobrevida dos pacientes portadores dessas condições (AWADALLAH et al, 2018).

METODOLOGIA

A abordagem do estudo será qualitativo, descritivo, transversal, de campo, documental, do tipo relato de caso.

O estudo utilizará informações do prontuário odontológico de um paciente que foi atendido em um consultório particular.

5.3 Local do estudo

O estudo será em uma clínica odontológica privada em uma cidade no sul de Santa Catarina.

5.4 População do estudo

O estudo será realizado com base em 01 paciente portador de lesão Leucoeritroplasia em língua que recebeu atendimento em uma clínica odontológica privada em uma cidade no sul de Santa Catarina.

5.8 Discussão dos dados

Será realizado por análise de conteúdo com categorias pré-organizadas:

Categoria 01: Conceitos, diagnóstico, etiologias e tratamento da Leucoeritroplasia

Categoria 02: correlação entre as lesões potencialmente malignas, em especial a Leucoeritroplasia, displasia epitelial oral e Carcinoma Espinocelular.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 Objetivo geral

Relatar através de um caso clínico uma lesão de leucoeritroplasia em língua, seus conceitos, etiologia e tratamento.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 6.847.047

2.2 Objetivos específicos

¿ Conceituar leucoeritroplasia;

¿ Correlacionar si

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Perda de confidencialidade dos dados do paciente, para diminuir tais riscos, os pesquisadores se comprometem a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário clínico e não divulgar procedimentos que possam quebrar o sigilo. A identidade do paciente não será divulgada e o anonimato do paciente será garantido pelo termo de confidencialidade assinado pelos autores do estudo, O paciente poderá optar por desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que ocorra nenhum prejuízo para o mesmo.

Benefícios: Com o auxílio do relato de caso o cirurgião-dentista terá maior facilidade em compreender, diagnosticar e tratar pacientes portadores de lesão

Leucoeritroplasia em cavidade oral

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016 da CONEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Após a finalização do projeto o pesquisador principal deverá OBRIGATORIAMENTE POSTAR O RELATÓRIO FINAL na plataforma Brasil

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Seguir as recomendações do relator

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2343734.pdf	17/05/2024 22:02:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetotccc.docx	17/05/2024 22:01:22	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

Continuação do Parecer: 6.847.047

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cartadeaceitee.pdf	17/05/2024 22:00:43	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termoconfidencialidade.pdf	17/05/2024 21:59:28	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito
Cronograma	cronogramaa.docx	17/05/2024 21:56:07	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito
Orçamento	Orcamentoo.pdf	17/05/2024 21:54:53	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	17/05/2024 21:54:23	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoo.pdf	17/05/2024 21:54:07	JULIANA MILIOLI VOLTOLINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 24 de Maio de 2024

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cep@unesc.net

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**CAMILA BORBA DE SOUZA
WILLIAN FIGUEREDO CAETANO**

LESÃO LEUCOERITROPLÁSICA EM LÍNGUA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

**CRICIÚMA/SC
2024**

CAMILA BORBA DE SOUZA
WILLIAN FIGUEREDO CAETANO

LESÃO LEUCOERITROPLÁSICA EM LÍNGUA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Projeto de Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, no Curso de Odontologia, submetido para aprovação pela disciplina de Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientador Prof. Juliana Milioli Voltolini

CRICIÚMA/SC
2024

RESUMO

A leucoeritroplasia também denominada de leucoplasia salpicada, é considerada um distúrbio epitelial oral potencialmente maligno, caracterizado por áreas leucoplásicas (brancas) e eritroplásicas (vermelhas) em uma mesma lesão. Clinicamente essa alteração manifesta-se com bordas mal definidas e não pode ser removida à raspagem. Acomete principalmente homens acima da 4ª década de vida e os pacientes portadores desse distúrbio geralmente estão associados à fatores de risco como tabaco e álcool e, na sua maioria, não apresentam sintomatologia dolorosa. Do ponto de vista histológico, a leucoeritroplasia pode ser classificada em três níveis de comprometimento epitelial: displasia leve, moderada e grave/carcinoma in situ, sendo essa classificação essencial para o manejo adequado da lesão pelo profissional. Com uma alta taxa de transformação maligna, essa condição afeta preferencialmente a borda lateral da língua e o assoalho bucal. Este estudo visa destacar as características dessa alteração, sua relação com o carcinoma espinocelular oral, além de discutir o tratamento e a abordagem em um relato de caso ocorrido em uma clínica particular no sul de Santa Catarina.

Palavras-chave: Leucoplasia, odontologia, lesão potencialmente maligna, displasia epitelial.

1. INTRODUÇÃO

O termo "lesão epitelial oral potencialmente pré-maligna" (LEOPP) foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 e, em 2017, foi definido como "distúrbios orais potencialmente malignos" (DOPMs), referindo-se a lesões que apresentam risco de progressão para câncer oral, podendo se transformar em uma lesão precursora clinicamente definida ou em mucosa clinicamente normal (CARLSON et al., 2023) (SPEIGHT et al., 2015).

Atualmente, o termo DOPMs abrange lesões como leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, líquen plano, lesões liquenoides, lesões de fumantes reversos, queilite actínica, lúpus eritematoso discóide, disceratose congênita e fibrose submucosa, divididas em 3 níveis de displasia epitelial oral (DEO): leve, moderado e grave, ou carcinoma in situ (MÜLLER, 2018) (CARLSON et al., 2023) (SPEIGHT et al., 2018)

O termo "Displasia Epitelial Oral" (DEO) é utilizado para descrever lesões ou distúrbios epiteliais orais com capacidade de malignização que apresentam alterações na histologia, características moleculares e coloração comparadas ao tecido normal adjacente (CARLSON et al., 2023) (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

Em 2020, a incidência de câncer bucal foi de 377.713 no mundo, com 177.757 casos resultando em óbito (SUNG et al., 2021). A taxa estimada de doenças com displasia na cavidade oral é de 2,5%, aumentando para 10% em indivíduos de alto risco (GILLENWATER et al., 2006) (HOLMSTRUP et al., 2006). A ocorrência de carcinoma espinocelular (CEC) é mais acentuada em pacientes do sexo masculino, acima de 40 anos e com história de exposição a fatores etiológicos como produtos químicos do tabaco e álcool (CARLSON et al., 2023).

O diagnóstico correto de DOPMs é realizado por meio de exame clínico convencional, visual e tátil e submetido a biópsia, pois esta permite a visualização da arquitetura epitelial da lesão e garante o diagnóstico definitivo. (WETZEL; WOLLENBERG, 2020). O manejo e reconhecimento adequado das DOPMs são fundamentais para reduzir a taxa de mortalidade e morbidade, bem como para aumentar o índice de sobrevida dos pacientes portadores dessas condições (AWADALLAH et al., 2018) (WARNAKULASURIYA, 2018).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Relatar através de um caso clínico uma lesão de leucoeritroplasia em língua, seus conceitos, etiologia e tratamento.

2.2 Objetivos específicos

- Conceituar leucoeritroplasia;
- Correlacionar sinais, sintomas, etiologia e tratamento da leucoeritroplasia;
- Evidenciar a relação entre leucoeritroplasia e carcinoma espinocelular oral.

2.3 Hipótese

- A leucoeritroplasia apresenta causas conhecidas e opções terapêuticas claramente definidas;
- existe uma conexão entre a leucoeritroplasia e a exposição a agentes causadores.

2.4 Pergunta de pesquisa

- Qual a relação entre leucoeritroplasia e o carcinoma espinocelular oral?
- A leucoeritroplasia possui diagnóstico e tratamento bem estabelecidos?

3. JUSTIFICATIVA

Considerando que a leucoeritroplasia é uma lesão relativamente comum e apresenta uma alta taxa de transformação maligna, é fundamental avaliar a incidência de lesões que podem se tornar malignas na cavidade oral. Este estudo busca destacar os fatores etiológicos e as opções de tratamento, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre essas condições e melhorar os resultados em termos de tratamento e prognóstico. Além disso, visa informar pacientes e responsáveis sobre a importância de exames periódicos e do diagnóstico precoce para garantir um prognóstico favorável.

4. Revisão Bibliográfica

Tipos de displasia

A DEO é classificada pela OMS como uma condição pré-cursora do CEC, sendo histologicamente denominada uma lesão do epitélio escamoso estratificado, possuindo atipia celular e perda da maturação normal e estratificação da célula (SPEIGHT et al., 2018) (AMAGASA et al., 2011) (MEHANNA et al., 2009).

Para padronizar e facilitar a troca de informações e o tratamento das DEO, a OMS implementou um sistema de classificação em três níveis: leve, moderado e grave (ou carcinoma in situ), sendo os dois últimos sinônimos (MÜLLER, 2018). Os critérios para essa classificação envolvem mudanças na citologia e na arquitetura das células (WETZEL; WOLLEMBERG, 2019).

A displasia epitelial oral leve está relacionada a alterações morfológicas na sequência de maturação das camadas basais e parabasais, no terço inferior do epitélio. Na displasia moderada, a maturação torna-se desordenada na camada basal, com alterações se estendendo até o terço médio do epitélio. Já na displasia grave, ou carcinoma in situ, as alterações se estendem além do terço médio do epitélio, resultando em maturação anormal em toda a espessura do tecido (MÜLLER, 2018). Nos casos de CEC a displasia avança além do tecido epitelial, rompendo a camada basal e adentrando no tecido conjuntivo (SPEIGHT et al., 2018).

O potencial de evolução para malignidade é agravado pelo grau de displasia em todos os distúrbios orais potencialmente malignos (DOPMs). Manifestações clínicas como líquen plano, leucoplasia e eritroplasia representam alterações displásicas microscópicas na estrutura celular (PANWAR et al., 2014) (BRENNAN et al., 2007) (MEHANNA et al., 2009). Clinicamente, a DEO pode se apresentar como placas brancas (leucoplasia), vermelhas (eritroplasia) ou uma combinação de ambas (eritroleucoplasia) (CARLSON et al., 2023).

Leucoplasia Oral

A leucoplasia oral é caracterizada por uma placa branca não removível à raspagem, com risco questionável para transformação maligna, onde outras lesões

que não apresentam risco aumentado para câncer são excluídas do diagnóstico (WOO SB, 2019) (WARNAKULASURIYA et al., 2007). Sua prevalência é de 2% na população global, tornando-se assim a condição oral potencialmente maligna mais comum (PETTI, 2003). Estando mais presente em populações idosas, essa condição apresenta uma leve predileção pelo gênero masculino, embora a ocorrência de transformação maligna está mais associada ao sexo feminino (MAYMONE et al., 2018) (WARNAKULASURIYA; ARIYAWARDANA, 2016).

As lesões leucoplásicas podem se manifestar em qualquer lugar da cavidade bucal, entretanto é mais comum serem encontradas em borda lateral de língua, assoalho bucal, mucosa bucal, palato duro e mole e mucosa gengival/alveolar (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

Estudos indicam que os fatores etiológicos da leucoplasia incluem substâncias relacionadas ao tabaco, álcool e mascar betel, sendo relatado taxas de incidências até 6 vezes maiores em indivíduos fumantes comparados a não fumantes (MAYMONE et al., 2018) (WARNAKULASURIYA, 2018) (VAN DER WAAL, 2009). Quando uma leucoplasia se manifesta sem que sejam encontrados fatores de risco conhecidos a mesma é denominada leucoplasia idiopática. (WARNAKULASURIYA, 2018).

A taxa de recorrência da leucoplasia está associada não apenas à própria lesão, mas também ao CEC, pois após a remoção do tumor, pode ocorrer o surgimento de uma nova leucoplasia oral (NEVILLE et al., 2009).

A taxa de transformação maligna da leucoplasia varia de 1,5% a 34%, podendo variar dependendo das definições utilizadas nos estudos (MAYMONE et al., 2018). Além disso, durante o diagnóstico de carcinoma espinocelular (CEC), a leucoplasia esteve presente em 60% dos casos (BOUQUOT et al., 1988) (GUPTA et al., 1980) (REIBEL, 2003).

A leucoplasia oral pode ser dividida em dois tipos clínicos: leucoplasia homogênea e leucoplasia não homogênea. Sua distinção depende de suas características morfológicas, coloração, textura e espessura (WETZEL; WOLLENBERG, 2020) (WARNAKULASURIYA, 2018). A leucoplasia homogênea tem menor risco de transformação maligna do que a leucoplasia não homogênea, e pode se apresentar com uma superfície lisa, branca, plana e com bordas bem definidas (GOPINATH, 2016) (WETZEL; WOLLENBERG, 2020). A leucoplasia não homogênea pode ser

subdividida em três tipos: leucoplasia nodular, leucoplasia verrucosa e leucoplasia salpicada (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

A leucoplasia nodular se manifesta como uma superfície avermelhada e leucoplásica arredondada com estrutura polipoide exofítica, ou seja, um pólipó desenvolvido mais externamente ao tecido normal (WETZEL; WOLLENBERG, 2020). Enquanto a leucoplasia verrucosa é caracterizada por uma superfície elevada, verrucosa, proliferativa e enrugada, apresentando lesões erosivas com um grau de transformação maligna em 28% (MAYMONE et al., 2018) (WARNAKULASURIYA, 2018). Atualmente, a condição conhecida como leucoplasia salpicada é denominada eritroleucoplasia, caracterizada por uma aparência mista de vermelho e branco, com bordas mal definidas (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

Geralmente, as leucoplasias não causam sintomas e são comumente detectadas durante exames visuais de rotina. No entanto, nos casos em que ocorrem sintomas, estes normalmente se manifestam como desconforto, formigamento, sensibilidade ao toque, reação a bebidas quentes ou alimentos picantes, e estão associados à leucoplasia salpicada não homogênea (DILHARI et al., 2016).

Eritroplasia Oral

A eritroplasia é uma placa ou mancha vermelha aveludada com contorno irregular, potencialmente maligna, que não pode ser removida por raspagem nem estar clinicamente ou patologicamente definida como qualquer outra condição (WETZEL; WOLLENBERG, 2020) (WARNAKULASURIYA, 2018).

Essa condição pode estar associada a uma leucoplasia ou ocorrer de forma independente. Embora seja menos comum do que a leucoplasia, a eritroplasia apresenta uma taxa elevada de transformação maligna, em torno de 50%, chegando a 4 vezes maior que as taxas de malignidade da leucoplasia oral (REDDI; SHAFER, 2006) (RHODUS; KERR; PATEL, 2014).

Essa condição é frequentemente caracterizada por apresentar displasia moderada e grave em sua histologia, sendo muitas vezes encontrada a presença de carcinoma in situ (VAN DER WAAL, 2009) (VAN DER WAAL, 2010). O local mais comumente afetado pela eritroplasia é o palato mole, mas também pode ocorrer no

assoalho bucal, na língua ventral e nos pilares tonsilares (MAYMONE et al., 2018). Clinicamente, ela se apresenta como uma área macia ao toque, e a presença de nódulos endurecidos ou lesões firmes indica transformação maligna e invasão celular (MAYMONE et al., 2018).

Leucoeritroplasia Oral

A leucoeritroplasia, definida também como leucoplasia salpicada, apresenta-se de forma mista com áreas leucoplásicas e eritematosas e diferente da eritroplasia e leucoplasia, sua estrutura manifesta-se com margens mal definidas (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

Em sua análise histológica, apresenta traços híbridos entre leucoplasia e eritroplasia, acompanhados de hiperqueratose, acantose e displasia que se assemelha à leucoplasia. Comumente, exibe características displásicas, como atipia celular acentuada, elevação da atividade mitótica, queratinização celular isolada, além da perda da organização celular habitual e da polaridade celular, indicando a possibilidade de carcinoma in situ ou carcinoma invasivo. (PARASURAMAN, 2019)

Ela pode ser subdividida em dois grupos: o primeiro apresenta várias leucoplasias pequenas e irregulares dentro de uma mancha avermelhada, enquanto o segundo se manifesta como uma eritroplasia adjacente a uma leucoplasia (WETZEL; WOLLENBERG, 2020).

Além disso, a leucoeritroplasia, assim como a maioria das leucoplasias, apresenta-se assintomática e acomete principalmente borda lateral de língua e assoalho bucal (WARNAKULASURIYA, 2018).

Tratamento

A biópsia incisional e o exame clínico são considerados os métodos padrão-ouro para diagnosticar lesões pré-malignas, sendo necessário o exame histopatológico para determinar o grau de displasia (WARNAKULASURIYA, 2007) (VILLA, 2017). Em lesões maiores, a biópsia incisional, que envolve a remoção de um pequeno fragmento da lesão, é geralmente preferível à biópsia excisional (remoção completa da lesão) devido à possibilidade de carcinoma in situ já estar presente no local.

Portanto, múltiplas biópsias podem ser necessárias, uma vez que um único fragmento pode não representar a área mais agressiva da lesão, o que poderia levar a um diagnóstico equivocado (CARLSON et al., 2023).

A decisão sobre o tratamento a ser realizado é uma combinação da avaliação clínica da lesão, fatores histopatológicos e a disposição do paciente, uma vez que este deve ser informado sobre a progressão da doença, as taxas de recorrência e a necessidade de tratamentos futuros (CARLSON et al., 2023).

Após a biópsia, nos casos de displasia leve, onde o paciente não apresenta fatores de risco clínicos para agravar a lesão, o tratamento preconizado é acompanhamento a cada 3 meses no primeiro ano seguidos de 1 vez a cada 6 meses nos anos seguintes caso não surjam novas alterações (BIRUR et al., 2022). Entretanto, se o paciente apresenta fatores agravantes como tabagismo, em alguns casos pode se optar por remoção da lesão com acompanhamento posterior (CARLSON et al., 2023) (NADEAU; KERR, 2017).

Nos casos onde a biópsia revela displasia moderada ou grave/carcinoma in situ, o tratamento é primeiramente remoção completa da lesão, seguida de acompanhamento a cada 3 meses no primeiro ano e caso não apresente recidiva poderá ser realizado acompanhamento a cada 6 meses (BIRUR et al., 2022) (CARLSON et al., 2023).

A remoção da lesão cirurgicamente pode ser realizada por laser de alta potência ou por bisturi. A cirurgia associada ao laser geralmente está relacionada a menor propensão à dor, redução do edema pós-operatório, melhora na hemostasia e redução de cicatrizes. Além disso, essas duas modalidades de tratamento são preferíveis à ablação por laser, onde ocorre uma vaporização da lesão que impossibilita um segundo exame histopatológico para garantir o diagnóstico (CARLSON et al., 2023) (KERR; LODI, 2021).

Durante a remoção da lesão, é amplamente recomendado que a incisão ocorra até o nível submucoso quando a língua não estiver envolvida ou até o nível muscular superficial nos casos de envolvimento da língua (AWADALLAH et al., 2018).

Atualmente, não há diretrizes padronizadas para o acompanhamento clínico de pacientes com displasia epitelial oral (DEO) (BIRUR et al., 2022). No entanto, o potencial de casos de displasia evoluir para malignidade não pode ser descartado, e a vigilância deve considerar o nível de displasia apresentado, bem como a presença

ou ausência de fatores etiológicos. Em alguns casos, pode ser necessário acompanhar o paciente ao longo de toda a vida (CARLSON et al., 2023).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

A abordagem do estudo será qualitativo, descritivo, transversal, de campo, documental, do tipo relato de caso.

O estudo utilizará informações do prontuário odontológico de um paciente que foi atendido em um consultório particular.

5.2 Variáveis

5.2.1 Dependente

A variável dependente será paciente portador de Leucoeritroplasia e o manejo desta condição pelo profissional na odontologia

5.2.2 Independentes

As variáveis independentes serão: idade, sexo, condição social, altura, manifestações sistêmicas, alterações na cavidade oral

5.3 Local do estudo

O estudo será em uma clínica odontológica privada em uma cidade no sul de Santa Catarina.

5.4 População do estudo

O estudo será realizado com base em 01 paciente portador de lesão leucoeritroplasia em língua que recebeu atendimento em uma clínica odontológica privada em uma cidade no sul de Santa Catarina.

5.5 Amostra

A amostra será por conveniência, composta por 01 paciente em uma clínica odontológica privada em uma cidade no sul de Santa Catarina.

5.6 Critérios de inclusão e exclusão

5.6.1 Critérios de inclusão dos pacientes

- Paciente portador de leucoeritroplasia em língua
- Os responsáveis terem assinado o TCLE

5.6.2 Critérios de exclusão dos pacientes

- Paciente atendido em outra instituição.

5.7 Procedimentos e logística

O projeto será submetido para análise do Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos da UNESC e a coleta de dados ocorrerá após sua aprovação através do prontuário do paciente

5.8 Discussão dos dados

Será realizado por análise de conteúdo com categorias pré-organizadas:

Categoria 01: Conceitos, diagnóstico, etiologias e tratamento da leucoeritroplasia

Categoria 02: correlação entre as lesões potencialmente malignas, em especial a leucoeritroplasia, displasia epitelial oral e carcinoma espinocelular.

5.9 Riscos e benefícios

Riscos: Perda de confidencialidade dos dados do paciente, para diminuir tais riscos, os pesquisadores se comprometem a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário clínico e não divulgar procedimentos que possam quebrar o sigilo. A identidade do paciente não será divulgada e o anonimato do paciente será garantido pelo termo de confidencialidade assinado pelos autores do estudo, O paciente poderá optar por desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que ocorra nenhum prejuízo para o mesmo.

Benefícios: Com o auxílio do relato de caso o cirurgião-dentista terá maior facilidade em compreender, diagnosticar e tratar pacientes portadores de lesão leucoeritroplasia em cavidade oral.

6. CRONOGRAMA

Atividades											
		mai jun jul ago set Out nov dez									
Meses	Mar	abr									

Tabela 1: Cronograma

Construção do Projeto	X	X										
Submissão ao CEP			X									
Levantamento bibliográfico		X	X	X	X	X	X					
Coleta de dados						X	X					
Tabulação dos dados							X					
Elaboração do TCC							X	X				
Entrega, apresentação e submissão do artigo									X		X	

Observação: A coleta de dados está condicionada a aprovação do CEP.

7. ORÇAMENTO

7.1 Capital

Tabela 2: Despesas de capital

Discriminação	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Notebook	1	2.000,00	2.000,00
Impressora	1	500,00	500,00
Total			2.500,00

7.2 custeios

Tabela 3: Despesas de custeio

Discriminação	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Resmas de papel tipo A4	3	30,00	90,00
Tonner	3	120,00	360,00
Marco texto	5	7,00	35,00
Vale transporte	6	20,00	120,00
Refeição	6	15,00	90,00
Total			695,00

7.3 Financiamento

Todos os custos serão por conta dos acadêmicos que coletam os dados.

REFERÊNCIAS

1. CARLSON, ERIC R, DMD, MD, EDM, DEEPAK KADEMANI, DMD, MD, BRENT B. WARD, DDS, MD, E DANIEL OREADI, DMD. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeon's Position Paper on Oral Mucosal Dysplasia. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons J Oral Maxillofac Surg 81:1042-1054, 2023.
2. SPEIGHT PM, ABRAM TJ, FLORIANO PN, AMES R, VICK J, THORNHILL MH, et al. Interobserver agreement in dysplasia grading: Towards an enhanced gold standard for clinical pathology trials. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2015;120:474-2.
3. MÜLLER S. Oral epithelial dysplasia, atypical verrucous lesions and oral potentially malignant disorders: focus on histopathology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018 Jun;125(6):591-602. doi: 10.1016/j.oooo.2018.02.012. Epub 2018 Mar 1. PMID: 29606637.
4. SPEIGHT PM, KHURRAM SA, KUJAN O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018 Jun;125(6):612-627. doi: 10.1016/j.oooo.2017.12.011. Epub 2017 Dec 29. PMID: 29396319.
5. WETZEL STEPHANIE L, DDSa , WOLLENBERG Jessica, DMD Oral Potentially Malignant Disorders. Dent Clin North Am Jan;64(1):25-37. 2020
6. SUNG H, FERLAY J, SIEGEL RL. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36. cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 71:209–249, 2021.
7. GILLENWATER A, PAPADIMITRAKOPOULOU V, Richards-Kortum R. Oral premalignancy: New methods of detection and treatment. Curr Oncol Rep 8:146–154, 2006
8. HOLMSTRUP P, VEDTOFTE P, REIBEL J, STOLTZE K. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. Oral Oncol 42:461–474,2006
9. AWADALLAH M, IDLE M, PATEL K, KADEMANI D. Management update of potentially premalignant oral epithelial lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2018 Jun;125(6):628-636. doi: 10.1016/j.oooo.2018.03.010. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29656948.
10. WARNAKULASURIYA S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2018;125(6):582–90. 11- Amagasa, T., Yamashiro, M. & Uzawa, N. Oral

- pre-malignant lesions: from a clinical perspective. *Int J Clin Oncol* **16**, 5–14 (2011). <https://doi.org/10.1007/s10147-0100157-3>;
11. MEHANNA, H.M., RATTAY, T., SMITH, J. and MCCONKEY, C.C. (2009), Treatment and follow-up of oral dysplasia — A systematic review and meta-analysis. *Head Neck*, 31: 1600-1609
 12. PANWAR, A., LINDAU, R., & WIELAND, A. (2014). Management for pre-malignant lesions of the oral cavity. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 14(3), 349–357. <https://doi.org/10.1586/14737140.2013.842898>
 13. BRENNAN, M; MIGLIORATI, CA; LOCKHART, PB et al. Management of oral epithelial dysplasia: a review, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, Volume 103, Supplement, 2007, Pages S19.e1S19.e12, ISSN 1079-2104, <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2006.10.015>.
 14. WOO SB. Oral epithelial dysplasia and premalignancy. *Head Neck Pathol* 13:423– 439, 2019
 15. WARNAKULASURIYA S, JOHNSON NW, VAN DER WAAL I. Nomenclature and Classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007;36:575– 80.
 16. PETTI, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review, *Oral Oncology*, Volume 39, Issue 8, 2003, Pages 770-780, ISSN 1368-8375, [https://doi.org/10.1016/S1368-8375\(03\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S1368-8375(03)00102-7).
 17. MAYMONE MB, GREER RO, KESECKER J, et al. Premalignant and malignant mucosal lesions: clinical and pathological findings part II. Premalignant and malignant mucosal lesions. *J Am Acad Dermatol* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.060>.
 18. WARNAKULASURIYA S, ARIYAWARDANA A. Malignant transformation of oral leukoplakia: A systematic review of observational studies. *J Oral Pathol Med*. 2016;45:155–166. doi: 10.1111/jop.12339.
 19. VAN DER WAAL I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification, and present concepts of management. *Oral Oncol* 45:317–323, 2009
 20. NEVILLE BW, DANN DD, ALLEN CM, Bouqout JE. *Patologia Oral & maxilofacial*. Guanabara Koogan Brazil; 2009. Patologia epitelial; pp. 1–423.

21. BOUQUOT JE, WEILAND LH, KURLAND LT. Leukoplakia and carcinoma in situ synchronously associated with invasive oral/oropharyngeal carcinoma in Rochester, Minn., 1935–1984. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988;65:199–207. doi: 10.1016/0030-4220(88)90166-1.
22. GUPTA PC, MEHTA FS, DAFTARY DK, et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1980;8:283–333. doi: 10.1111/j.16000528.1980.tb01302.x.
23. REIBEL J. Prognosis of oral pre-malignant lesions: Significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14:47–62. doi: 10.1177/154411130301400105.
24. GOPINATH D, THANNIKUNNATH BV, NEERMUNDA SF. Prevalence of Carcinomatous Foci in Oral Leukoplakia: A Clinicopathologic Study of 546 Indian Samples. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR.* 2016 Aug;10(8):ZC78-83. DOI: 10.7860/jcdr/2016/16815.8305. PMID: 27656569; PMCID: PMC5028553.
25. DILHARI A, WEERASEKERA MM, SIRIWARDHANA A, et al. Candida infection in oral leukoplakia: an unperceived public health problem. *Acta Odontol Scand.* 2016;74:565-569.
26. REDDI SP, SHAFER AT. Oral premalignant lesions: management considerations. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2006;18:425-433.
27. RHODUS NL, KERR AR, PATEL K. Oral cancer: leukoplakia, premalignancy, and squamous cell carcinoma. *Dent Clin North Am.* 2014;58:315-340.
28. VAN DER WAAL I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. *Oral Oncol* 46:423–425, 2010
29. PARASURAMAN, L.; PAI, PS Eritroplasia e eritroleucoplasia. Em Condições pré-malignas da cavidade oral; Springer: Singapura, 2019; pp. 87–95.
30. VILLA A, WOO SB. Leucoplasia- A algoritmo de diagnóstico e tratamento. *J oral Maxillofac surg.* 2017; 75 (4): 723-34
31. BIRUR PN, PATRICK S, WARNAKULASURIYA S, GURUSHANTH K, RAGHAVAN AS, RATH GK, CHATURVEDI P, CHANDRU V, MATHEW B, PRABHASH K, GURUDATH S, MUKHIA N, SUNNY SP, MEHROTRA R, VIVEK V, PATIL S, KUMAR GS, FASALKAR S, PRATIMA R, KURIAKOSE MA.

Consensus guidelines on management of oral potentially malignant disorders. *Indian J Cancer*. 2022 Jul-Sep;59(3):442-453. Doi: 10.4103/ijc.IJC_128_21. PMID: 36412324.

32. NADEAU C, KERR AR. Evaluation and Management of Oral Potentially Malignant Disorders. *Dent Clin North Am*. 2018 Jan;62(1):1-27. doi: 10.1016/j.cden.2017.08.001. Epub 2017 Oct 18. PMID: 29126487.
33. KERR AR, LODI G. Management of oral potentially malignant disorders. *Oral Dis*. 2021 Nov;27(8):2008-2025. doi: 10.1111/odi.13980. Epub 2021 Oct 9. PMID: 34324758.



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: LESÃO LEUCOERITROPLÁSICA EM LÍNGUA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Objetivo: Relatar um caso clínico de lesão leucoeritroplásica em língua.

Período da coleta de dados: 01/08/2024 a 03/09/2024

Tempo estimado para cada coleta: 3 horas

Local da coleta: Confiar Odontologia Especializada localizada - Rua Coronel Pedro Benedit, nº 333
Sala 506 – Bairro Centro, Criciúma/SC

Pesquisador/Orientador: Juliana Miliolli Voltolini
Pesquisador/Acadêmico: Camila Borba de Souza
Pesquisador/Acadêmico: Willian Figueredo Caetano
9ª fase do Curso de Odontologia da UNESC

Telefone: (48)9 9612-9905

Telefone: (48)9 9682-9112

Telefone: (48)9 9821-7808

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

O presente estudo irá relatar através da análise de prontuário um caso clínico realizado no Consultório Confiar Odontologia Especializada localizado na Rua Coronel Pedro Benedit, nº 333 Sala 506 no Bairro Centro na cidade de Criciúma/SC. Serão utilizados dados clínicos do paciente como prontuário, ocupação profissional, idade, exame complementares, fotos da lesão do paciente bem como informações relevantes: se é tabagista, etilista ou usa algum outro tipo de droga, preservando a identidade do paciente. Não serão realizados procedimentos clínicos.

RISCOS

Perda de confidencialidade dos dados do paciente, para diminuir tais riscos, os pesquisadores se comprometem a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário clínico e não divulgar procedimentos que possam quebrar o sigilo. A identidade do paciente não será divulgada e o anonimato do paciente será garantido pelo termo de confidencialidade assinado pelos autores do estudo, O paciente poderá optar por desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que ocorra nenhum prejuízo para o mesmo.

BENEFÍCIOS

Com o auxílio do relato de caso o cirurgião-dentista terá maior facilidade em compreender, diagnosticar e tratar pacientes portadores de lesão leucoeritoplásica em cavidade oral.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Camila Borba de Souza pelo telefone (48) 9 9682-9112 e/ou pelo e-mail camzsouz@gmail.com e/ou pesquisador Willian Figueredo Caetano pelo telefone (48) 9 9821-7808 e/ou pelo e-mail willianfigueredo2002@gmail.com



CEP

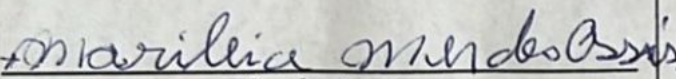

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
 Assinatura	 Documento assinado digitalmente JULIANA MILIOLLI VOLTOLINI Data: 06/04/2024 15:15:43-0300 Verifique em https://validar.it.gov.br
Nome: _____	Assinatura
CPF: <u>653.157.329-72</u>	Nome: <u>Juliana Miliolli Voltolini</u>
	CPF: <u>095.914.579-23</u>

Criciúma (SC), 06 de Abril de 2024.



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: LESÃO LEUCOERITROPLÁSICA EM LÍNGUA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Objetivo: Relatar um caso clínico de lesão leucoeritroplásica em língua.

Período da coleta de dados: 01/08/2024 a 03/09/2024

Local da coleta: Confiar Odontologia Especializada localizada - Rua Coronel Pedro Benedit, nº 333 Sala 506 – Bairro Centro, Criciúma/SC

Pesquisador/Orientador: Juliana Miliolli Voltolini

Telefone: (48)9 9612-9905

Pesquisador/Acadêmico: Camila Borba de Souza

Telefone: (48)9 9682-9112

Pesquisador/Acadêmico: Willian Figueredo Caetano

Telefone: (48)9 9821-7808

9ª fase do Curso de Odontologia da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em prontuários e bases de dados, através de imagens do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder dos pesquisadores Camila Borba de Souza e Willian Figueredo Caetano por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.



CEP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DE SERES HUMANOS



Termo de Confidencialidade

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
<p>Orientador(a)</p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: <u>Juliana Miliolli Voltolini</u></p> <p>CPF: <u>095.914.579-23</u></p>	<p>Pesquisador(a)</p> <p><u>Camila Borba de Souza</u></p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: <u>Camila Borba De Souza</u></p> <p>CPF: <u>128.964.639-25</u></p>
<p>Pesquisador(a)</p> <p><u>William F. Caetano</u></p> <hr/> <p>Assinatura</p> <p>Nome: <u>Willian Figueredo Caetano</u></p> <p>CPF: <u>129.193.369-75</u></p>	

Criciúma (SC), 13 de maio de 2024

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 2

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.