

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
PROVA DE CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
ÊNFASE ESTOMATOLOGIA – PATOLOGIA ORAL E MAXILOFACIAL
– NÍVEL MESTRADO E DOUTORADO –

Nome do Candidato: _____ Peso: 4,0 / Nota: _____

Questão nº1: *O câncer de boca permanece como um importante problema de saúde pública mundial. Nesse contexto, estratégias de quimioprevenção têm sido investigadas com o objetivo de impedir, retardar ou reverter o processo de carcinogênese oral, especialmente em indivíduos portadores de distúrbios potencialmente malignos (PALMA et al., 2023). Dentre essas lesões, a leucoplasia oral é considerada a mais comum e uma das mais estudadas em protocolos de prevenção do carcinoma espinocelular oral.*

a) Considerando os conhecimentos clínicos e histopatológicos sobre a leucoplasia oral, descreva suas principais características clínicas, incluindo apresentação clínica, localização anatômica mais frequente, distribuição por sexo e faixa etária, bem como os fatores associados ao risco de transformação maligna.

Características clínicas: “Lesões individuais podem ter aparência clínica variada, e suas características podem mudar com o tempo. A **leucoplasia homogênea** refere-se a lesões individuais com uma aparência relativamente uniforme por toda sua extensão. Uma lesão inicial ou leve pode se apresentar como **leucoplasia delgada e homogênea** – uma mácula ou placa branca a cinza-esbranquiçada, que pode ser translúcida, fissurada ou enrugada. Essas lesões geralmente são de consistência amolecida, com limites bem-definidos, mas ocasionalmente podem se misturar gradualmente na mucosa normal. As leucoplasias delgadas e homogêneas podem desaparecer ou continuar inalteradas, e raramente mostram displasia na biópsia. Para tabagistas que não reduzem seu hábito, no entanto, até dois terços das tais lesões aumentam e progridem para um estágio denominado **leucoplasia espessa homogênea**, caracterizada por uma placa espessa, distintamente branca, com fissuras profundas. A maioria permanece indefinidamente nesse estágio, e até um terço regride ou desaparece. No entanto, algumas lesões podem progredir para desenvolver um formato de aparência não homogênea. Uma **leucoplasia não homogênea** refere-se à leucoplasia com componente granular, nodular, verrucoso/verruciforme, ulcerado ou vermelho. Notavelmente, a leucoplasia não homogênea tem um risco significativamente maior de transformação maligna (ou de já apresentar malignidade) em comparação com a leucoplasia homogênea. Uma leucoplasia não homogênea com uma mistura de áreas vermelhas e brancas pode ser denominada **eritroleucoplasia ou leucoplasia salpicada**. As áreas vermelhas tendem a exibir displasia de alto grau ou carcinoma microinvasivo quando observadas ao microscópio. O eritema pode resultar de um epitélio tão imaturo que já não produz queratina e/ou um epitélio atrófico que permite que a vascularização subjacente fique facilmente visível. Uma forma especial de leucoplasia de alto risco, denominada **leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP)** (ou leucoplasia proliferativa), é caracterizada por múltiplas placas queratóticas de desenvolvimento lento e com projeções

rugosas de superfície. A gengiva frequentemente está envolvida, mas outras localizações também podem ser afetadas. Embora as lesões normalmente comecem como hiperqueratoses simples e planas, que são indistinguíveis da leucoplasia homogênea comum, a LVP apresenta crescimento persistente, com lesões eventualmente se tornando exofíticas e verrucosas.” **Localização comum:** “Aproximadamente 70% das leucoplasias orais são encontradas no vermelhão do lábio, mucosa jugal e gengiva. Lesões em língua, vermelhão do lábio e assoalho oral, no entanto, são responsáveis por mais de 90% daqueles que apresentam displasia ou carcinoma.” **Sexo/idade:** “A leucoplasia oral exibe predileção pelo sexo masculino, com aproximadamente 60 a 80% dos casos ocorrendo em homens acima dos 40 anos”. **Taxa de transformação maligna:** 4%. Os principais fatores de risco para transformação maligna da leucoplasia são a presença e o grau de displasia epitelial, o padrão clínico não homogêneo, a localização em língua e assoalho bucal, assim como, o tabagismo e etilismo.

CRITÉRIOS DE CORREÇÃO ESCALONADA

Valor total da questão: 1,0 ponto

Nota até 0,3 – Resposta incompleta

O candidato apresenta conhecimento limitado sobre leucoplasia oral, citando apenas aspectos gerais ou definição da lesão. A resposta não aborda adequadamente suas características clínicas, localização, perfil epidemiológico ou fatores associados ao risco de transformação maligna.

Nota até 0,7 – Resposta intermediária

O candidato descreve parcialmente as características clínicas da leucoplasia oral, reconhecendo sua apresentação como placa branca e citando algumas de suas formas clínicas (homogênea ou não homogênea). Pode mencionar localização anatômica frequente, sexo e faixa etária acometidos ou fatores de risco para transformação maligna, porém de forma incompleta ou superficial. A resposta demonstra conhecimento satisfatório, mas apresenta omissões relevantes.

Nota até 1,0 – Resposta excelente

O candidato descreve adequadamente as principais apresentações clínicas da leucoplasia oral, incluindo formas homogêneas e não homogêneas, reconhecendo a maior associação destas últimas com transformação maligna. Menciona a leucoplasia verrucosa proliferativa como variante de alto risco. Identifica corretamente os sítios anatômicos mais frequentemente acometidos e aqueles associados a maior risco de displasia ou carcinoma. Descreve a distribuição por sexo e faixa etária, reconhecendo a predominância em homens acima dos 40 anos, e discute os principais fatores relacionados ao risco de transformação maligna, incluindo apresentação clínica não homogênea, eritroleucoplasia,

localização em sítios de alto risco e leucoplasia verrucosa proliferativa. Pode ainda mencionar a taxa média de transformação maligna da lesão.

b) Em relação ao comportamento biológico da leucoplasia oral, descreva as principais alterações microscópicas epiteliais associadas ao aumento do risco de transformação maligna, discutindo sua importância na avaliação prognóstica e no estabelecimento de estratégias de quimioprevenção.

A leucoplasia oral pode apresentar displasia epitelial, definida como um conjunto de alterações morfológicas associadas à progressão da carcinogênese oral e ao aumento da probabilidade de transformação maligna. Essas alterações podem ser classificadas em citológicas e arquiteturais.

Entre as principais alterações citológicas destacam-se o pleomorfismo celular e nuclear, o aumento da relação núcleo/citoplasma, o hiperchromatismo nuclear, o aumento do tamanho e número de nucléolos, a disqueratose, o aumento da atividade mitótica e a presença de figuras mitóticas atípicas. As alterações arquiteturais incluem perda da estratificação epitelial normal, perda da polaridade das células basais, duplicação da camada basal, cristas epiteliais em formato de gota, mitoses suprabasais, queratinização prematura, pérolas de queratina intraepiteliais e redução da coesão celular.

O grau de displasia epitelial constitui o principal indicador histopatológico de risco de transformação maligna. Tradicionalmente, a displasia é classificada em leve, moderada e intensa, de acordo com a extensão das alterações observadas ao longo da espessura do epitélio. Na displasia leve, as alterações estão restritas às camadas basal e parabasal; na moderada, estendem-se até a porção média do epitélio; e na intensa, ultrapassam o terço médio do epitélio. Entretanto, apesar de sua reconhecida importância prognóstica, a avaliação da displasia epitelial apresenta limitações inerentes à subjetividade dos critérios diagnósticos e à variabilidade interobservador, o que pode impactar a reprodutibilidade da classificação histopatológica.

Além da graduação histológica, características como multifocalidade, padrão verrucoso, extensão para ductos de glândulas salivares menores e persistência clínica da lesão podem estar associadas a maior risco biológico.

A identificação e graduação da displasia epitelial desempenham papel central no estabelecimento de estratégias de quimioprevenção do câncer de boca. Lesões com displasia moderada ou intensa, especialmente quando associadas a sítios anatômicos de alto risco ou a apresentações clínicas não homogêneas, demandam acompanhamento rigoroso e constituem potenciais candidatas a intervenções preventivas. Nesse contexto, a quimioprevenção busca interromper, retardar ou reverter a progressão da carcinogênese oral antes do desenvolvimento do carcinoma espinocelular invasivo. Assim, a avaliação histopatológica da displasia epitelial representa uma ferramenta fundamental para a estratificação de risco e para a seleção de pacientes que possam se beneficiar de estratégias preventivas.

CRITÉRIOS DE CORREÇÃO ESCALONADA

Valor total da questão: 1,5 ponto

Nota até 0,5 – Resposta incompleta

O candidato demonstra conhecimento limitado sobre o tema. Apresenta conceitos genéricos sobre leucoplasia ou carcinogênese oral, sem descrever adequadamente as alterações microscópicas associadas ao risco de transformação maligna. Pode citar displasia epitelial sem explicá-la ou apresentar informações incorretas.

Nota até 1,0 – Resposta intermediária

O candidato reconhece a displasia epitelial como principal alteração microscópica associada ao risco de transformação maligna da leucoplasia oral e descreve corretamente algumas alterações citológicas e/ou arquiteturais. Demonstra compreensão parcial da importância prognóstica da graduação da displasia, porém apresenta descrição incompleta dos critérios histopatológicos ou da sua aplicação na estratificação de risco. A relação com estratégias de quimioprevenção é superficial ou pouco desenvolvida.

Nota até 1,5 – Resposta excelente

O candidato descreve adequadamente as principais alterações citológicas e arquiteturais da displasia epitelial, correlacionando-as ao aumento do risco de transformação maligna. Explica a classificação da displasia em diferentes graus e sua relevância prognóstica, reconhecendo suas limitações diagnósticas. Além disso, relaciona os achados histopatológicos à estratificação de risco e ao estabelecimento de estratégias de quimioprevenção voltadas à prevenção ou retardamento da progressão para carcinoma espinocelular oral.

Questão 2: De acordo com a Estimativa 2026 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), são estimados 17.190 casos novos de câncer da cavidade oral para cada ano do triênio 2026–2028 no Brasil. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse grupo ocupa a 7ª posição entre os tipos de câncer mais incidentes no país, sendo o 5º mais incidente entre os homens. Em 2023, foram registrados 7.172 óbitos no grupo que inclui cânceres da cavidade oral, glândulas salivares e orofaringe no Brasil. Considerando que o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais frequente entre as neoplasias malignas da cavidade oral e que o American Joint Committee on Cancer (AJCC) desenvolve e padroniza um sistema de estadiamento utilizado para estimar a extensão da doença, orientar a conduta terapêutica e estratificar o prognóstico dos pacientes com câncer, responda:

Descreva o sistema de estadiamento desenvolvido e padronizado pela AJCC para o carcinoma espinocelular da cavidade oral, explicando o significado de seus componentes. Detalhe os principais parâmetros considerados em cada componente, e correlacione esses parâmetros com prognóstico, risco de recorrência e sobrevida. (2,5)

Resposta esperada: O sistema de estadiamento desenvolvido e padronizado pela *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) para o carcinoma espinocelular da cavidade oral é o sistema **TNM**. Esse sistema avalia a extensão anatômica da doença por meio de três componentes principais: **T**, referente ao tumor primário; **N**, referente ao comprometimento de linfonodos regionais; e **M**, referente à presença ou ausência de metástase à distância. A combinação desses componentes permite classificar a doença em estádios clínicos e/ou patológicos, com implicações importantes para o planejamento terapêutico, a estimativa de prognóstico, o risco de recorrência e a sobrevida dos pacientes.

O componente **T** descreve as características do **tumor primário**. De modo geral, ele considera o tamanho da lesão, sua extensão local e, no carcinoma espinocelular da cavidade oral, também a profundidade de invasão tumoral, que apresenta relevância prognóstica. As categorias gerais incluem **TX**, quando o tumor primário não pode ser avaliado; **Tis**, correspondente ao carcinoma in situ; e as categorias **T1**, **T2**, **T3** e **T4**, que indicam tumores invasivos com extensão progressivamente maior. Categorias T mais baixas correspondem, em geral, a tumores menores, mais superficiais ou mais restritos. Categorias T mais elevadas indicam tumores maiores, mais profundos e/ou com invasão de estruturas anatômicas adjacentes. Assim, o aumento da categoria T está relacionado a maior agressividade local, maior complexidade terapêutica, maior risco de recorrência local e pior sobrevida.

O componente **N** avalia o comprometimento dos **linfonodos regionais**, especialmente os linfonodos cervicais. A categoria **N0** indica ausência de metástase linfonodal regional detectável, enquanto categorias N positivas indicam presença de comprometimento linfonodal. A classificação considera aspectos como o número de linfonodos acometidos, o tamanho dos linfonodos metastáticos e a lateralidade do acometimento, isto é, se os linfonodos são ipsilaterais, contralaterais ou bilaterais em relação ao tumor primário. De forma geral, quanto maior a carga linfonodal, mais avançada tende a ser a categoria N. Além disso, a extensão extranodal, também chamada de extensão extracapsular, constitui um fator prognóstico adverso importante, pois indica disseminação tumoral além da cápsula linfonodal. O comprometimento linfonodal está associado a pior prognóstico, maior risco de recorrência locorregional, maior risco de metástase à distância e redução da sobrevida.

O componente **M** avalia a presença ou ausência de **metástase à distância**. A categoria **M0** indica ausência de metástase à distância detectável, enquanto **M1** indica presença de disseminação metastática para órgãos ou sítios distantes. A presença de metástase à distância caracteriza doença avançada ou sistêmica e está associada a pior prognóstico, redução importante da sobrevida e mudança na finalidade terapêutica. Nesses casos, a abordagem tende a envolver maior peso para tratamento sistêmico e/ou cuidados paliativos, a depender das condições clínicas do paciente e da extensão da doença.

A combinação entre os componentes **T**, **N** e **M** permite agrupar os casos em **estádios progressivos**, geralmente classificados como **estádio I, II, III e IV**. Os **estádios I e II** são considerados **estádios iniciais** da doença. Em geral, correspondem a tumores mais restritos à cavidade oral, sem evidência de metástase linfonodal regional ou metástase à distância. O **estádio I** representa, de modo geral, doença mais limitada, enquanto o

estádio II indica tumor ainda localizado, porém com maior extensão em relação ao estágio I. Esses estádios iniciais tendem a apresentar melhor prognóstico, maior possibilidade de controle local, menor risco de recorrência e maior sobrevida. Os **estádios III e IV** são considerados **estádios avançados**. O **estádio III** geralmente corresponde a tumores maiores, mais profundos e/ou com comprometimento linfonodal regional limitado, ainda sem metástase à distância. Já o **estádio IV** representa doença mais avançada, podendo incluir tumores com invasão de estruturas anatômicas adjacentes, maior carga linfonodal, extensão extranodal e/ou presença de metástase à distância. De forma geral, à medida que o estágio aumenta de I para IV, há piora progressiva do prognóstico, com maior risco de recorrência local, regional e/ou à distância e redução da sobrevida. Assim, pacientes em estádios III e IV frequentemente necessitam de abordagens terapêuticas mais complexas e combinadas, como cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia, conforme a extensão da doença e as condições clínicas do paciente. Portanto, o sistema TNM constitui uma ferramenta fundamental para padronizar a descrição da doença, orientar decisões terapêuticas e estimar o prognóstico no carcinoma espinocelular da cavidade oral.

CRITÉRIOS DE CORREÇÃO ESCALONADA

(Valor total da questão: 2,5 pontos)

Nota até 0,8 – Resposta incompleta

O candidato demonstra conhecimento limitado sobre o sistema de estadiamento do carcinoma espinocelular da cavidade oral. Pode identificar o sistema como TNM ou mencionar isoladamente tumor primário, linfonodos ou metástase, porém sem explicar adequadamente o significado dos componentes T, N e M. A resposta é superficial, apresenta omissões importantes ou confunde parâmetros anatômicos do estadiamento com fatores prognósticos gerais. A correlação com prognóstico, risco de recorrência, sobrevida ou implicações terapêuticas é ausente, incorreta ou muito pouco desenvolvida.

Nota até 1,7 – Resposta intermediária

O candidato identifica corretamente o sistema TNM e reconhece que ele é utilizado para avaliar a extensão da doença, orientar a conduta terapêutica e estimar o prognóstico. Descreve parcialmente os componentes T, N e M, reconhecendo que o T se refere ao tumor primário, o N ao comprometimento de linfonodos regionais e o M à presença ou ausência de metástase à distância. Pode mencionar que categorias T mais elevadas indicam tumores maiores, mais profundos ou localmente invasivos, e que categorias N mais avançadas refletem maior carga linfonodal, considerando número, tamanho e lateralidade dos linfonodos acometidos. Também pode reconhecer que M1 caracteriza doença metastática. Entretanto, a resposta apresenta omissões relevantes, como explicação incompleta da profundidade de invasão tumoral, da extensão extranodal ou da integração dos componentes em estádios clínicos e/ou patológicos. A correlação com

prognóstico, recorrência e sobrevida é adequada, mas ainda parcial ou pouco aprofundada.

Nota até 2,5 – Resposta excelente

O candidato identifica corretamente o sistema de estadiamento como TNM, desenvolvido e padronizado pela AJCC, explicando sua finalidade de avaliar a extensão anatômica da doença, classificar os casos em estádios clínicos e/ou patológicos, orientar a conduta terapêutica e estratificar o prognóstico. Descreve adequadamente o componente T como referente ao tumor primário, reconhecendo que ele considera o tamanho, a extensão local e a progressão de lesões restritas para tumores maiores, mais profundos e/ou invasivos. Menciona, de forma geral, a importância da profundidade de invasão tumoral no carcinoma espinocelular da cavidade oral, sem necessidade de detalhar todos os pontos de corte específicos.

O candidato explica corretamente o componente N como referente ao comprometimento dos linfonodos regionais, especialmente cervicais, reconhecendo a diferença entre N0 e doença linfonodal positiva. Descreve que a classificação considera número de linfonodos acometidos, tamanho dos linfonodos metastáticos, lateralidade do acometimento e maior carga linfonodal. Reconhece ainda a extensão extranodal como fator prognóstico adverso importante. Explica o componente M como referente à presença ou ausência de metástase à distância, distinguindo M0 de M1 e reconhecendo que a metástase caracteriza doença avançada/sistêmica. *Além disso, o candidato integra adequadamente os componentes T, N e M ao agrupamento em estádios progressivos, de doença inicial a doença avançada. Correlaciona corretamente estádios iniciais com melhor prognóstico, maior possibilidade de controle local e maior sobrevida, e estádios avançados com maior risco de recorrência local, regional e/ou à distância, redução da sobrevida e maior complexidade terapêutica. A resposta apresenta redação clara, uso adequado da terminologia técnica e organização lógica, diferenciando corretamente tumor primário, doença linfonodal regional e metástase à distância.*

Questão nº3: O tratamento dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço frequentemente envolve radioterapia, isolada ou associada a outras modalidades terapêuticas, como cirurgia e quimioterapia. Essas abordagens podem estar associadas ao desenvolvimento de efeitos adversos agudos e tardios na cavidade oral, entre os quais se destaca a mucosite oral, condição que pode comprometer a alimentação, a fala, a higiene bucal, a qualidade de vida e a continuidade do tratamento oncológico.

Discorra sobre a mucosite oral em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, especialmente no contexto da radioterapia e da radioquimioterapia, abordando: período habitual de surgimento das manifestações clínicas, principais fatores de risco, mecanismos envolvidos em sua patogênese e características clínicas das lesões. (2,5)

Resposta esperada: A mucosite oral é uma reação inflamatória da mucosa bucal associada ao tratamento antineoplásico, especialmente à radioterapia em região de cabeça

e pescoço e aos esquemas de radioquimioterapia. Trata-se de um efeito adverso agudo com importante repercussão clínica, pois pode causar dor intensa, dificuldade de alimentação, fala e higiene oral, além de comprometer a qualidade de vida e, nos casos mais graves, interferir na continuidade do tratamento oncológico.

O período habitual de surgimento das manifestações clínicas ocorre durante o curso da radioterapia, geralmente após a primeira ou segunda semana de tratamento, à medida que a dose de radiação se acumula nos tecidos da mucosa oral. Inicialmente, podem surgir eritema, ardência, sensibilidade e desconforto local. Com a continuidade da radioterapia, as lesões tendem a se intensificar, podendo evoluir para erosões e ulcerações dolorosas. Em geral, quando não há complicações associadas, a mucosa tende a cicatrizar progressivamente algumas semanas após a conclusão do tratamento.

Os principais fatores de risco incluem fatores relacionados ao tratamento, ao tumor e ao paciente. Entre os fatores terapêuticos, destacam-se a dose total de radiação, o fracionamento, o volume de mucosa incluído no campo irradiado, a localização do tumor e, principalmente, a associação da radioterapia com quimioterapia, que aumenta a intensidade e a extensão da lesão. Protocolos de radioquimioterapia concomitante apresentam maior risco de mucosite grave, pois somam o dano local da radiação ao efeito sistêmico citotóxico da quimioterapia sobre as células de rápida proliferação.

Entre os fatores relacionados ao paciente, podem contribuir higiene oral deficiente, presença de doença periodontal, cáries extensas, raízes residuais, dentes fraturados, restaurações ou próteses traumáticas, infecções bucais prévias, tabagismo, consumo de álcool, desnutrição, xerostomia, imunossupressão, idade, estado geral comprometido e dificuldade de manutenção dos cuidados bucais durante o tratamento. A condição bucal prévia é relevante porque processos inflamatórios, infecciosos ou traumáticos locais podem intensificar a mucosite e dificultar a reparação tecidual.

A patogênese da mucosite oral é multifatorial e envolve uma sequência de eventos biológicos. Inicialmente, a radiação e/ou os agentes quimioterápicos provocam dano direto ao DNA das células epiteliais basais e induzem a formação de espécies reativas de oxigênio. Esse dano celular ativa vias de sinalização inflamatória, com liberação de mediadores pró-inflamatórios, como TNF- α , IL-1 e IL-6, que amplificam a lesão tecidual. Com a progressão do processo, formam-se áreas erosivas e ulceradas. Essas úlceras podem ser colonizadas pela microbiota oral, o que não significa que a mucosite seja primariamente infecciosa, mas sim que a colonização secundária pode agravar a inflamação, aumentar a dor e favorecer infecções locais ou sistêmicas, especialmente em pacientes imunossuprimidos. Após a redução ou término do estímulo agressor, ocorre a fase de reparo, com proliferação e migração de células epiteliais e reepitelização gradual da mucosa.

Clinicamente, a mucosite oral pode variar de formas leves a graves. Nas fases iniciais, observa-se mucosa eritematosa, edemaciada, sensível e dolorida, com queixa de ardência ou desconforto. Em estágios mais avançados, surgem erosões e ulcerações recobertas por pseudomembrana esbranquiçada ou amarelada, composta por fibrina, células descamadas, exsudato inflamatório e microrganismos. As lesões são geralmente dolorosas e acometem principalmente as áreas de mucosa expostas à radiação, como

mucosa jugal, lábios, palato mole, assoalho bucal, ventre e bordas laterais da língua e orofaringe.

Os sintomas incluem dor, ardência, dificuldade para mastigar, falar e realizar higiene oral, além de odinofagia e disfagia. Nos casos graves, a mucosite pode levar à redução importante da ingestão alimentar, perda de peso, desidratação, necessidade de analgesia sistêmica, suporte nutricional, risco de infecção secundária e eventual interrupção ou modificação do tratamento antineoplásico.

CRITÉRIOS DE CORREÇÃO ESCALONADA

(Valor total da questão: 2,5 pontos)

Nota até 0,8 – Resposta incompleta

O candidato demonstra conhecimento limitado sobre mucosite oral associada ao tratamento antineoplásico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Pode reconhecer a mucosite como uma alteração inflamatória da mucosa bucal ou como efeito adverso do tratamento, porém sem caracterizar adequadamente sua relação com radioterapia e/ou radioquimioterapia. A resposta apresenta descrição superficial ou fragmentada, podendo citar apenas dor, eritema ou ulceração, sem abordar de forma adequada o período habitual de surgimento, os fatores de risco, os mecanismos patogênicos e as características clínicas das lesões. Pode haver confusão entre mucosite, infecções oportunistas e outras complicações orais do tratamento oncológico.

Nota até 1,7 – Resposta intermediária

O candidato reconhece a mucosite oral como uma reação inflamatória da mucosa bucal associada ao tratamento antineoplásico, especialmente à radioterapia em cabeça e pescoço e à radioquimioterapia. Identifica que se trata de um efeito adverso agudo e menciona que as manifestações clínicas surgem, em geral, durante as primeiras semanas de tratamento, podendo evoluir de eritema, ardência e sensibilidade para erosões e ulcerações dolorosas.

A resposta descreve parcialmente os principais fatores de risco, incluindo dose de radiação, volume de mucosa irradiada, associação com quimioterapia, condição bucal prévia, higiene oral deficiente, tabagismo, etilismo, xerostomia, desnutrição ou imunossupressão. Também demonstra compreensão geral da patogênese, reconhecendo que há dano às células epiteliais, resposta inflamatória e comprometimento da renovação da mucosa. Entretanto, a explicação pode ser incompleta, com menor detalhamento sobre espécies reativas de oxigênio, mediadores inflamatórios, colonização secundária pela microbiota oral ou fase de reparo. As características clínicas são descritas de forma satisfatória, mas ainda parcial, sem integrar plenamente gravidade, sintomas funcionais e repercussões sobre a continuidade do tratamento oncológico.

Nota até 2,5 – Resposta excelente

O candidato descreve adequadamente a mucosite oral como uma reação inflamatória da mucosa bucal associada ao tratamento antineoplásico, especialmente à radioterapia em região de cabeça e pescoço e aos esquemas de radioquimioterapia. Reconhece que se trata de um efeito adverso agudo, com importante repercussão clínica, capaz de causar dor intensa, dificuldade de alimentação, fala e higiene oral, comprometimento da qualidade de vida e, em casos graves, interferência na continuidade do tratamento oncológico.

Explica corretamente o período habitual de surgimento, indicando que as manifestações clínicas aparecem durante o curso da radioterapia, geralmente após a primeira ou segunda semana de tratamento, com intensificação progressiva à medida que a dose de radiação se acumula nos tecidos da mucosa oral. Descreve a evolução clínica inicial com eritema, ardência, sensibilidade e desconforto local, podendo progredir para erosões e ulcerações dolorosas. Reconhece ainda que, na ausência de complicações, a mucosa tende a cicatrizar progressivamente algumas semanas após a conclusão do tratamento.

Apresenta os principais fatores de risco de forma organizada, incluindo fatores relacionados ao tratamento, ao tumor e ao paciente. Entre os fatores terapêuticos, menciona dose total de radiação, fracionamento, volume de mucosa incluído no campo irradiado, localização tumoral e associação com quimioterapia, especialmente nos protocolos de radioquimioterapia concomitante. Entre os fatores do paciente, reconhece a importância da higiene oral deficiente, doença periodontal, cáries extensas, raízes residuais, dentes fraturados, restaurações ou próteses traumáticas, infecções bucais prévias, tabagismo, consumo de álcool, desnutrição, xerostomia, imunossupressão, idade, estado geral comprometido e dificuldade de manutenção dos cuidados bucais durante o tratamento.

Explica adequadamente a patogênese da mucosite oral como um processo multifatorial, envolvendo dano direto ao DNA das células epiteliais basais pela radiação e/ou quimioterapia, formação de espécies reativas de oxigênio, ativação de vias inflamatórias e liberação de citocinas pró-inflamatórias, como TNF- α , IL-1 e IL-6. Relaciona esses eventos à amplificação da lesão tecidual, à redução da renovação epitelial e à formação de áreas erosivas e ulceradas. Reconhece que a colonização secundária pela microbiota oral pode agravar a inflamação, aumentar a dor e favorecer infecções, sem considerar a mucosite como uma condição primariamente infecciosa. Também menciona a fase de reparo, com proliferação e migração de células epiteliais e reepitelização gradual da mucosa.

Descreve corretamente as características clínicas das lesões, incluindo mucosa eritematosa, edemaciada, sensível e dolorida nas fases iniciais, com possível evolução para erosões e úlceras recobertas por pseudomembrana esbranquiçada ou amarelada. Reconhece que as lesões acometem principalmente áreas de mucosa expostas à radiação, como mucosa jugal, lábios, palato mole, assoalho bucal, ventre e bordas laterais da língua e orofaringe. Relaciona os sintomas clínicos à dor, ardência, dificuldade para mastigar, falar, deglutir e realizar higiene oral, além de odinofagia e disfagia. Nos casos graves, correlaciona a mucosite com redução da ingestão alimentar, perda de peso, desidratação, necessidade de analgesia sistêmica, suporte nutricional, risco de infecção secundária e eventual interrupção ou modificação do tratamento antineoplásico.

Devem ser valorizadas respostas claras, organizadas e com uso adequado da terminologia técnica, que diferenciem a mucosite oral de infecções oportunistas primárias e de outros efeitos adversos do tratamento oncológico, integrando período de surgimento, fatores de risco, patogênese e manifestações clínicas.

Questão nº4

O ameloblastoma é o segundo tumor odontogênico mais comum dos maxilares, representando aproximadamente 10% de todos os tumores odontogênicos. Essa neoplasia apresenta diferentes variantes clínicas e padrões histopatológicos. Considerando a variante mais frequente descrita na literatura, discorra sobre:

- a) As principais características clínicas, radiográficas e histopatológicas da lesão;

A variante mais comum é o **ameloblastoma convencional (sólido/multicístico)**, sendo o **padrão folicular** o subtipo histológico mais frequentemente observado.

Características clínicas

Predileção pela mandíbula (cerca de 80% dos casos), especialmente região posterior, ângulo e ramo mandibular.

Maior incidência entre a terceira e quinta décadas de vida.

Crescimento lento e persistente.

Frequentemente assintomático nas fases iniciais.

Expansão óssea progressiva, assimetria facial, deslocamento dentário e reabsorção radicular podem estar presentes.

Características radiográficas

Radiolucidez uni ou multilocular bem delimitada.

Aspecto clássico de "bolhas de sabão" ou "favos de mel".

Expansão e adelgaçamento das corticais ósseas.

Reabsorção radicular dos dentes adjacentes é um achado relativamente comum.

Possível associação com dentes impactados.

Características histopatológicas do padrão folicular

Ilhas epiteliais neoplásicas distribuídas em estroma fibroso.

Camada periférica composta por células colunares semelhantes a ameloblastos.

Núcleos hipercromáticos exibindo polarização reversa.

Vacuolização citoplasmática subnuclear frequente.

Região central das ilhas formada por células semelhantes ao retículo estrelado do órgão do esmalte.

Degeneração cística central pode ocorrer.

CRITÉRIOS DE CORREÇÃO ESCALONADA

Valor total da questão: 1,5 ponto

Nota até 0,5 – Resposta incompleta

O candidato apresenta conhecimento limitado sobre o ameloblastoma, descrevendo de forma superficial apenas aspectos clínicos, radiográficos ou histopatológicos. Pode identificar a lesão como tumor odontogênico, porém sem caracterizar adequadamente sua variante mais frequente ou seus principais achados diagnósticos.

Nota até 1,0 – Resposta intermediária

O candidato identifica o ameloblastoma convencional (sólido/multicístico) como a variante mais frequente e descreve parcialmente suas características clínicas, radiográficas e/ou histopatológicas. Demonstra conhecimento satisfatório do tema, porém com omissões relevantes, como a localização preferencial, os aspectos radiográficos clássicos ou os critérios microscópicos característicos do padrão folicular.

Nota até 1,5 – Resposta excelente

O candidato identifica corretamente o ameloblastoma convencional (sólido/multicístico) como a variante mais frequente e reconhece o padrão folicular como o subtipo histológico mais comum. Descreve adequadamente as principais características clínicas, incluindo predileção pela mandíbula posterior, ocorrência predominante entre a terceira e quinta décadas de vida, crescimento lento, expansão óssea, deslocamento dentário e reabsorção radicular. Apresenta os principais aspectos radiográficos, como radiolucidez uni ou multilocular bem delimitada, aspecto em “bolhas de sabão” ou “favos de mel”, expansão cortical e possível associação com dentes impactados. Além disso, descreve corretamente os achados histopatológicos do padrão folicular, incluindo ilhas epiteliais neoplásicas em estroma fibroso, células periféricas semelhantes a ameloblastos com polarização reversa dos núcleos, vacuolização subnuclear, células centrais semelhantes ao retículo estrelado e eventual degeneração cística.

b) A correlação entre os achados histológicos e o comportamento biológico do tumor.

Embora seja classificado como uma neoplasia benigna, o ameloblastoma apresenta comportamento localmente invasivo e elevada capacidade de recorrência. Histologicamente, as ilhas e cordões epiteliais neoplásicos infiltram-se entre as trabéculas ósseas, frequentemente ultrapassando os limites clínicos e radiográficos aparentes da lesão. Dessa forma, extensões microscópicas do tumor podem permanecer no leito cirúrgico mesmo após a remoção da área radiograficamente identificada.

Essa característica infiltrativa explica as elevadas taxas de recorrência observadas após tratamentos conservadores, como enucleação e curetagem. Além disso, a presença de múltiplos ninhos tumorais dispersos no interior do osso favorece a persistência de células neoplásicas viáveis após o tratamento.

A capacidade de promover expansão óssea, reabsorção radicular e destruição progressiva das estruturas adjacentes reflete seu comportamento biologicamente agressivo, apesar da

ausência de características citológicas de malignidade. Em razão desse padrão de crescimento, o tratamento frequentemente requer ressecção cirúrgica com margens de segurança, visando remover possíveis extensões microscópicas da neoplasia e reduzir o risco de recorrência.

CRITÉRIOS DE CORREÇÃO ESCALONADA

Valor total da questão: 1,0 ponto

Nota até 0,3 – Resposta incompleta

O candidato apresenta conhecimento limitado sobre o comportamento biológico do ameloblastoma, mencionando apenas que se trata de uma lesão agressiva ou recorrente, sem correlacionar adequadamente os achados histológicos com suas características clínicas e terapêuticas.

Nota até 0,7 – Resposta intermediária

O candidato reconhece o caráter infiltrativo do ameloblastoma e sua associação com recorrência local, descrevendo parcialmente a relação entre os aspectos histológicos e o comportamento biológico da lesão. Entretanto, a resposta apresenta explicações superficiais ou incompletas sobre os mecanismos de invasão, recorrência ou implicações terapêuticas.

Nota até 1,0 – Resposta excelente

O candidato correlaciona adequadamente os achados histológicos do ameloblastoma com seu comportamento biológico, descrevendo a infiltração microscópica entre as trabéculas ósseas e a possibilidade de extensão tumoral além dos limites clínicos e radiográficos aparentes. Explica que essa característica está associada às elevadas taxas de recorrência após tratamentos conservadores e reconhece a capacidade da lesão de promover expansão óssea, reabsorção radicular e destruição local. Além disso, relaciona corretamente esses aspectos à necessidade de ressecção cirúrgica com margens de segurança para reduzir o risco de recorrência.