

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Responsabilidade Profissional

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA LEUCEMIA E SUA RESPONSABILIDADE ÉTICA E LEGAL – REVISÃO DE LITERATURA.

The role of the dentist in the early diagnosis of leukemia and his ethical and legal responsibility - literature review.

Sueli de Souza COSTA¹, Hiran Reis SOUSA², Izolda Souza COSTA³.

1. Cirurgiã-dentista, Mestre, Professora do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Doutoranda em Odontologia pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic), Campinas (SP), Brasil.

2. Farmacêutico, Mestre, pesquisador do Laboratório de Fisiologia Experimental da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Maranhão, Brasil.

3. Discente do curso de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Maranhão, Brasil.

Informação sobre o artigo

Recebido em: 03 Ago 2016

Aceito em: 26 Nov 2016

Autor para correspondência

Sueli de Souza Costa

Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – Av. dos Portugueses, 1966 – CEP: 65080-805 – Bacanga – São Luís (MA), Brasil.

E-mail: scsueli@gmail.com.

RESUMO

O cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico precoce das leucemias, pois sinais ou sintomas podem ocorrer na boca, sendo mais comum nas fases agudas da doença, e mais frequentes na leucemia monocítica. A leucemia é uma doença que pode levar o paciente ao óbito em pouco tempo e os pacientes geralmente procuram o dentista acreditando serem doenças de origem local. O objetivo deste artigo é abordar as características odontológicas passíveis de identificação precoce da leucemia e discutir a responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista frente aos aspectos éticos e legais. Para tanto, foi realizado levantamento bibliográfico sobre a parte clínica do tema, bem como normativas e legislação correlatas. Conclui-se que é dever do cirurgião-dentista o conhecimento do diagnóstico de doenças e alterações que se manifestam na cavidade oral, bem como a correta interpretação do resultado de exames complementares, como o hemograma, pois este profissional pode responder legal e eticamente por falhas no diagnóstico e tratamento de pacientes com leucemia.

PALAVRAS-CHAVE

Leucemia; Responsabilidade legal; Odontologia legal; Contagem de células sanguíneas; Doenças da boca.

INTRODUÇÃO

A leucemia constitui um grupo de doenças malignas, complexas e diferentes entre si, com produção excessiva e progressiva de leucócitos, que surgem no sangue em formas imaturas, com estimativa

de 10.070 novos casos, sendo 5.540 homens e 4.530 mulheres em 2016, no Brasil, Segundo a publicação Estimativas do Câncer 2016, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estes valores correspondem a um

risco estimado de 5,63 casos novos a cada 100 mil homens e 4,38 para cada 100 mil mulheres em 2016, em nosso país¹. A leucemia linfoblástica aguda é mais comum em crianças, sendo, inclusive, o tipo de câncer mais comum nessa faixa etária, enquanto que a leucemia linfocítica crônica é mais comum em adultos, principalmente em países mais industrializados¹. Nesta doença, o crescimento de leucócitos é desordenado e independente, perdem suas funções e frequentemente levam o paciente ao óbito¹.

A etiologia da maioria das leucemias é incerta, mas existem evidências para alguns fatores de risco como exposição à radiação ionizante e outros tipos de radiação eletromagnética, além de exposição química².

O diagnóstico da leucemia é dado pela identificação de células hematopoiéticas anormais no sangue periférico e medula óssea³, por isto se torna importante saber ler o hemograma, especialmente a série branca⁴.

Os primeiros sinais ou sintomas de leucemia frequentemente podem incluir manifestações bucais^{5,6}, mais comum nas fases agudas da doença⁷, principalmente na leucemia monocítica⁸, sendo este o motivo do cirurgião-dentista estar envolvido diretamente no diagnóstico da doença, devendo ter conhecimento do momento adequado para a realização de tratamentos odontológicos eventualmente necessários^{9,10}.

No tratamento da leucemia, várias complicações orais podem ocorrer durante a terapia de remissão e indução para tratamento da leucemia aguda sendo

classificadas em primárias (resultam da infiltração de células malignas nas estruturas bucais como infiltração gengival e óssea); secundárias (associadas à trombocitopenia e granulocitopenia como lesões associadas à anemia, tendência a sangramento, suscetibilidade a infecções e úlceras); e terciárias (associadas à terapia mielossupressiva e imunossupressiva de citotoxicidade direta ou indireta)^{4,11,12}.

Durante a execução dos tratamentos odontológicos em pacientes com leucemia, além dos aspectos técnicos, questões sociais, humanas, éticas e legais podem surgir entre profissionais e pacientes¹³ e para que a relação profissional-paciente se mantenha íntegra e o tratamento chegue ao final sem intercorrências desagradáveis, os deveres e direitos recíprocos, bem como as individualidades e autonomias dos pacientes devem ser respeitadas, de acordo com as leis e os códigos profissionais¹⁴. Tal situação exige do cirurgião-dentista não apenas o conhecimento técnico relacionado ao diagnóstico e tratamento odontológico de pacientes oncológicos, mas também a ciência sobre os aspectos éticos e legais relacionados a tema.

Diante desta contextualização, o objetivo deste trabalho é abordar as características odontológicas passíveis de identificação precoce da leucemia e discutir a responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista quanto ao diagnóstico e manejo odontológico de pacientes com esta doença, por meio de uma revisão de literatura.

REVISÃO DA LITERATURA

Diagnóstico de Leucemia

A Odontologia é uma ciência da área da saúde que visa prevenir, diagnosticar e tratar as doenças que se manifestam na cavidade oral e no complexo maxilomandibular. E o conhecimento das alterações patológicas de ordem geral que repercutem na cavidade oral é dever ético e legal do cirurgião-dentista, especialmente quando se trata de pacientes oncológicos¹⁵.

Para melhor entender o processo fisiopatológico das doenças oncohematológicas, é preciso compreender a gênese dessas células (hematopoiese) e saber interpretar bem o hemograma, principal exame de rotina que pode sugerir suspeita diagnóstica dessas doenças.

O sangue é um tecido líquido, composto de uma porção fluida (plasma) e os elementos figurados do sangue (células suspensas). A maior parte do plasma é formada por água e há ainda proteínas, hormônios, minerais, vitaminas e anticorpos¹⁶⁻¹⁸. Os tipos celulares são glóbulos vermelhos, plaquetas e glóbulos brancos, que possuem subclassificações de acordo com suas características formatoriais e/ou funções desempenhadas no sistema imune. Todas elas são formadas na medula óssea e são derivadas de uma célula pluripotente (*stem cell*)¹⁶⁻¹⁸. Através do processo de diferenciação (orquestrada por fatores estimulatórios, de diferenciação e maturação), as células-tronco hematopoiéticas da medula óssea transformam-se em todas as células do sangue^{17,18}. Em seguida, as células diferenciadas atingem a circulação sanguínea. Na leucemia, esse processo não

se completa ou sua produção se torna descontrolada, e células imaturas passam a circular no sangue (leucemias agudas) ou células maduras vão para a circulação sanguínea em grande quantidade, prejudicando a manutenção da saúde do paciente¹⁶⁻¹⁸.

As leucemias são doenças neoplásicas que alteram as células hematopoiéticas e são um tipo de câncer muito comum em crianças e adolescentes^{19, 20}. Resultam na proliferação invasiva de células malignas, na medula óssea e tecidos linfoides¹⁹ e podem ser classificadas como aguda ou crônica, de acordo com seu curso clínico.

Considerando a padronização da nomenclatura da língua portuguesa para a classificação de tumores hematopoiéticos e linfoides de acordo com a Organização Mundial de Saúde²¹, estes podem ser:

1. **Neoplasias mieloproliferativas**, tais como *Leucemia mieloide crônica BCR-ABL1 positiva (LMC/BCR-ABL1+)*, *Leucemia neutrofílica crônica (LNC)*, *Leucemia eosinofílica crônica, sem outras especificações (LEC, SOE)*, e dentre as mastocitoses a *Leucemia de mastócitos (LM)*;
2. **Mieloproliferativas/mielodisplásicas**, como *Leucemia mielomonocítica crônica (LMMC)*, *Leucemia mieloide crônica atípica BCR-ABL1 negativa (LMC, BCR/ABL1 neg)*, e *Leucemia mielomonocítica crônica juvenil (LMMCJ)*;
3. **Leucemia mielomielóide aguda (LMA) e neoplasias de células precursoras relacionadas**: dentre as LMA com anormalidades genéticas recorrentes temos a *Leucemia promielocítica aguda (LPMA)*; enquanto que dentre a *Leucemia mieloide aguda, SOE (LMA,*

SOE) temos cinco subtipos, e dentre Proliferações mieloides relacionadas com síndrome de Down, temos Leucemia mieloide associada à síndrome de Down (D-LMA);

4. **Leucemias agudas de linhagem**

ambígua: são seis tipos relacionados: Leucemia aguda indiferenciada (LAI); Leucemia aguda de fenótipo misto (LAFM) com $t(9;22)(q34;q11.2)$ BCR-ABL1; Leucemia aguda de fenótipo misto (LAFM) com $t(v;11q23)$ MLL rearranjado; Leucemia aguda de fenótipo misto (LAFM) B/mieloide SOE; Leucemia aguda de fenótipo misto (LAFM) T/mieloide SOE, e Leucemia/linfoma linfoblástico de células NK (LLL-NK);

5. **Neoplasias de células linfóides B**

maduras: Leucemia linfoide crônica/linfoma linfocítico (LLC/LL), Leucemia prolinfocítica B (LP-B), Linfoma B da zona marginal esplênica (LZME), Tricoleucemia (TRL), Linfoma/leucemia esplênico de células B, inclassificável;

6. **Neoplasias de células T e NK**

maduras: Leucemia prolinfocítica de células T (LPL-T), Leucemia linfocítica de células T granulares grandes (LLTGG), Leucemia agressiva de células NK (LA-NK);

7. **Doenças linfoproliferativas**

associadas à imunodeficiência, onde há lesões que são classificadas de acordo com a leucemia ou o linfoma correspondente.

Quando agrupadas com base em quão rapidamente a doença evolui e torna-se grave, as leucemias podem ser do tipo crônica (geralmente agrava-se lentamente) ou aguda (agrava-se rapidamente)²². E

também podem ser agrupadas baseando-se nos tipos de glóbulos brancos que elas afetam: linfóides ou mielóides²². Dentre as características principais temos, na Leucemia aguda, a sua caracterização pelo bloqueio da maturação celular, com aparecimento de formas imaturas no sangue periférico, elevando-se na fase terminal; anemia e trombocitopenia presentes; em consequência, tempo de sangramento e de coagulação podem ser prolongados, e a prova do laço geralmente é positiva. Já na leucemia mieloide crônica, os leucócitos podem atingir de 200.000 a 400.000/mm³ ou mais, sendo excepcionais as formas subleucêmicas ou aleucêmicas; formas imaturas em todos os graus. Leucemia linfoide crônica: comum 90% de linfócitos adultos, poucas formas jovens e leucocitose, porém com menos células que na mieloide, raramente ultrapassando 250.000/mm³. Leucemia monocítica: apresenta células pouco diferenciadas. Reação Leucemoide: Ocorre quando há elevação muito acentuada dos leucócitos (mais de 30.000/mm³), a ponto de suscitar confusão com leucemia. Série vermelha sem anormalidades. Pode ocorrer em situações como infecções, doenças malignas, acidose diabética, período hemorrágico ou pós-hemolítico^{3,15,17,23}.

O diagnóstico pode ser realizado com base em análise de hemogramas que podem estar alterados quantitativamente conforme Tabela 1. Na análise laboratorial, o hemograma (exame de sangue) estará alterado, porém, o diagnóstico é confirmado no exame da medula óssea (mielograma)²⁴.

Tabela 1 – Referências e alterações em hemograma indicativas de leucemia.

Célula	Valores normais	Principais alterações em leucemia	Causas
1 - Eritrócitos	3,8 a 6,3 milhões/mm ³ (dependente de idade e sexo)	2 a 3 milhões/mm ³ no início da doença	
2 - Leucócitos	4 a 11 mil/mm ³	Aumentada, normal ou fracamente leucopênica	*Ver nota 1 abaixo.
2a - Neutrófilos	4 a 11mil/mm ³	Redução dos neutrófilos (abaixo de 2.500/mm ³) Leucócitos acima de 9.000/mm ³ e neutrófilos acima de 6.000/mm ³ .	Por diminuição da produção (como em maturação dos granulócitos; lesões químicas ou físicas, doenças da medula óssea, outras); por aumento da destruição (infecções graves, doença autoimune, etc), por distribuição alterada (outras causas). Pode suspeitar-se de Leucemia Mielomonocítica ou outras alterações.
2b - Eosinófilos	1% a 6% dos leucócitos	Acima de 4% ou 400/mm ³ . Abaixo de 60/mm ³ ou total ausência no sangue periférico.	Doenças do sistema hematopoiético; doenças malignas, especialmente com metástase ou necrose; outras. Fase inicial de processos infecciosos agudos ou reagudização de processo crônico; estados tóxicos, esforço físico extenuante; outros.
2c - Basófilos	0 a 1% dos leucócitos	Acima de 1%.	Doenças do sangue; infecções crônicas; outras.
2d - Monócitos	2% a 10% dos leucócitos	Acima de 8% (650/mm ³). Abaixo de 4% ou 150/mm ³ .	Leucemia mielomonocítica, linfoma e infecções bacterianas, entre outras. Fase aguda de processos infecciosos; desnutrição.
2e - Linfócitos	20% a 45% dos leucócitos	Acima de 35% ou 3.500/mm ³ no adulto ou acima de 45% em crianças até 3 anos. menos de 1.200/mm ³ e menos de 2.000/mm ³ em crianças até 3 anos.	Leucemia linfocítica e linfomas, entre outras. Linfomas, administração de drogas citostáticas, entre outras.
3 - Plaquetas	125 a 450mil/mm ³		

Nota 1: Deve-se diferenciar o Quadro Leucêmico da Reação Leucemóide, pois o primeiro é indicativo da doença, e o segundo não. Quadro leucêmico: Leucócitos aumentado, normal ou fracamente leucopênico. Série vermelha entre 2.000.000 a 3.000.000/mm³ no início da

doença, já com eritroblastos orto ou policromáticos. Quando as células são altamente indiferenciadas, denomina-se o quadro de "leucemia de células-tronco". Leucemia aguda: Leucócitos abaixo do normal (início da doença), elevando-se na fase terminal; anemia e trombocitopenia

presentes; em consequência, tempo de sangramento e de coagulação podem ser prolongados, e a prova do laço geralmente é positiva. Leucemia mieloide crônica: leucócitos podem atingir de 200.000 a 500.000/mm³ ou mais, onde as formas subleucêmicas ou aleucêmicas são excepcionais e há formas imaturas em todos os graus. Leucemia linfóide crônica: comum 90% de linfócitos adultos, poucas formas jovens e leucocitose, porém com menos células que na mieloide, raramente ultrapassando 250.000/mm³. Leucemia monocítica: apresenta células pouco diferenciadas^{3,15,17,23}.

Diferencial em relação à Reação Leucemóide: há elevação muito acentuada dos leucócitos (mais de 30.000/mm³), podendo gerar confusão com leucemia. Série vermelha sem anormalidades. Pode ocorrer em situações como infecções, doenças malignas, acidose diabética, período hemorrágico ou pós-hemolítico^{3,15,17,23}.

A primeira análise do leucograma se suporta na verificação da contagem total dos leucócitos: quando os mesmos estão acima do valor padrão para a idade denomina-se por leucocitose, e quando abaixo por leucopenia. As leucocitoses ocorrem basicamente em três situações: leucocitose fisiológica – geralmente de grau leve é comum em gestantes, recém-nascidos, lactantes, após exercícios físicos e em pessoas com febre; leucocitose reativa – estão notadamente relacionadas com o aumento de neutrófilos e se devem às infecções bacterianas, inflamações, necrose tecidual e doenças metabólicas; leucocitose patológica – estão relacionadas a doenças

mieloproliferativas (leucemias mielóides, policitemia vera, mieloesclerose) e linfoproliferativas (leucemias linfóides e alguns linfomas). Nas leucocitoses patológicas, especialmente aquelas que derivam de leucemias agudas, é comum observar leucócitos jovens e com nucléolos – os blastos. Em leucemias mielóides agudas a presença de blastos (ou mieloblastos) é muito frequente, da mesma forma que os blastos (ou linfoblastos) nas leucemias linfóides agudas²⁵.

Nas leucemias crônicas as manifestações orais são infrequentes, enquanto nas leucemias agudas são achados comuns¹⁹. A granulocitopenia favorece a gengivite e as ulcerações em todos os pacientes com leucemia¹⁶, sendo muitas vezes o único sinal da doença^{15, 26-28}.

Nos pacientes leucêmicos, há pontos de sangramento nos lábios, gengiva, língua, assoalho oral^{19,26}. A ulceração de mucosa oral é comum, devido à redução da capacidade em combater a flora microbiana normal, facilitando a infecção de mucosa gengival, resultando em gengivites e em infecções causadas por fungos, ou o surgimento de manifestações do Herpes simples^{19, 26}.

Com o agravamento, há necrose tecidual e o aparecimento de grande quantidade de úlceras. Pode haver aumento gengival geral difuso, principalmente nos pacientes com leucemia monocítica, ou ocorrer crescimento gengival proeminente semelhante a tumor (sarcoma granulocítico ou tumor mielóide extramedular), devido à infiltração de células leucêmicas nos tecidos moles da boca^{19,26}. Para pacientes com

problemas de sangramento^{19,26} podem ser necessárias transfusões com plaquetas.

Tratamento da leucemia

A quimioterapia tem sido o tratamento de escolha para as leucemias e, entre os efeitos colaterais, há alterações na mucosa oral e sistema hematopoiético, cabelos, epitélio intestinal^{18,29}. As mais frequentes complicações da quimioterapia e/ou radioterapia se encontram na cavidade oral³⁰. Na cavidade oral, são encontrados principalmente a mucosite, além de outras manifestações como xerostomia, infecções fúngicas, bacterianas e virais, alterações no paladar e ligamento periodontal, hemorragias gengivais, distúrbios na formação dos germes dentários, trismo muscular, cárie de radiação e osteorradionecrose³¹. As infecções virais mais comuns são lesões herpéticas pelo herpes simples e herpes zoster, tanto na mucosa intrabucal ou peribucal, acompanhadas de linfadenopatia e febre, enquanto que as infecções fúngidas são causadas pela *Candida albicans*¹¹.

A mucosite é o achado mais comum entre os pacientes que se submetem a tratamento com quimioterapia, podendo ser encontrada entre 40% a 76% dos pacientes submetidos à quimioterapia, e tornando-se mais severa quando a quimioterapia encontra-se associada à radioterapia^{11,32,33}. Surge entre o quinto e o décimo dias após a administração das drogas e apresentando resolução em 90% dos casos em duas a três semanas após a conclusão do tratamento^{11,32,33}. É uma resposta inflamatória da mucosa bucal às altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, onde

cl clinicamente podem ser vistas áreas avermelhadas, seguidas de ulcerações, sangramento e edema, sempre acompanhado de intensa dor, que leva a queda da qualidade de vida, distúrbios do sono e má higienização oral¹¹. Observa-se redução da espessura do epitélio, queratinização, descamação superficial, eritema intenso, ulceração traumática e atraumática de algumas ou de todas as superfícies mucosas, apresentando-se como uma condição ulcerativa difusa geralmente da mucosa bucal não ceratinizada, não envolvendo a gengiva, superfície dorsal da língua e o palato duro.

A terapia de controle da mucosite pode ser feita com uso tópico de gluconato de clorexidina e laser de baixa intensidade, por ser um protocolo que repercute positivamente, facilitando a eliminação e controle de infecção oral e o processo cicatricial mais rápido do tecido lesado^{11,34}. Também pode haver uso de nistatina e bochechos com clorexidina, sendo recomendável a remoção de focos de infecção de origem dentária para se evitar bacteremias³⁵⁻³⁶.

Aspectos legais

A responsabilidade legal do cirurgião-dentista não é fato recente, pois passou a existir a partir do momento em que o Estado exigiu a prova de habilitação como indispensável ao exercício da prática odontológica, pelo "Aviso de 23 de Maio de 1800"³⁷.

No âmbito civil, a responsabilidade odontológica pode ser definida como o dever de reparar algum dano causado a um paciente, devido a alguma ação voluntária

ou involuntária, na atividade profissional³⁸. O ato ilícito que gera o dever de indenizar pode ocorrer por ação, ou por omissão, isto é, quando se tinha o dever de praticar determinado ato e deixou de fazê-lo³⁹. O Código Civil⁴⁰ em vigor, no artigo 927, informa: “Aquele que por ato ilícito causar danos a outrem, é obrigado a repará-lo”, “independentemente da culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem”. Este artigo pode relacionar-se diretamente com eventuais erros profissionais cometidos pelo cirurgião-dentista. Há ainda o artigo 951 do atual Código Civil⁴⁰: “O disposto nos artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda nos casos de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho”.

No Código Penal⁴¹ o artigo 18, II, reforça o Código Civil⁴⁰ ao dizer que o crime é culposo “quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia”.

Para Lutz (1938)⁴², os erros profissionais podem ser divididos em seis grupos, enquanto para Graça Leite³⁷ tais erros são divididos, classificados e justificados em suas origens e graus⁴³. Em ambos, incorre o cirurgião-dentista em vários itens que gerariam reparação de dano por responsabilidade, tais como erros de diagnóstico por ação ou omissão; erros de prognóstico, em perícias, que poderiam

ser realizados de forma dolosa ou culposa, e em tratamentos^{43,44}.

A Lei 5081 de 24 de agosto de 1966⁴⁵, que regula o exercício da Odontologia, informa, em seu Art. 6º que compete ao cirurgião-dentista, entre outras atividades, “I - praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação”.

Já a Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia⁴⁶, aprovada pela Resolução CFO 063/2005, traz entre outras informações, que o dentista tem competência para a “realização ou solicitação de exames complementares, necessários ao esclarecimento do diagnóstico”.

Aspectos éticos

Quanto ao atual Código de Ética Odontológica (CEO)⁴⁷, o art. 5º trata da responsabilidade profissional, quanto à possibilidade de erro odontológico (Inciso I), sendo determinante o conhecimento da área de atuação⁴⁸.

Destaca-se também o inciso IV, quanto à necessidade de conhecimento do aspecto técnico e da legislação: “IV - Manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais necessários ao pleno desempenho do exercício profissional”.

Quanto aos exames de diagnóstico, como hemogramas, tomografias, ressonâncias e outros, devem ser solicitados por profissionais que saibam interpretá-los corretamente¹⁶, pois o art. 5º do CEO⁴⁷ informa serem “direitos

fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas: I-diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional". Já o art. 11 do CEO⁴⁷ destaca ser "infração ética: V- executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado". E ainda, o art. 9º, incisos VI e VII corroboram a necessidade de conhecimento atualizado, bem como o dever de zelar pela saúde e dignidade do paciente⁴⁷.

DISCUSSÃO

Nos atendimentos odontológicos, o primeiro procedimento efetuado é a anamnese, que deve ser um exame detalhado, visando identificar os problemas de natureza odontológica com suas possibilidades de tratamento³¹. Grande parte dos processos que atingem os cirurgiões-dentistas origina-se em diagnóstico falho, pobre, insuficiente ou incorreto³⁹, onde a omissão, a imperícia e a imprudência podem estar qualificadas^{14,49}. A atualização profissional é fator decisivo quanto ao erro de diagnóstico, tendo em vista a necessidade explícita no CEO⁴⁷ de atualização profissional e de zelar pela saúde e dignidade do paciente.

Interpretando o CDC⁴⁹, quem incorre numa omissão ou erro em diagnóstico, e/ou tratamento inadequado que resulte em dano a outrem, deve suportar as consequências do seu procedimento, onde se resume o problema da responsabilidade civil⁴⁰, e seguida processos indenizatórios. Um ato ilícito que

pode ser cometido é a falta de diligência devida, a imprudência, negligência e imperícia. São casos onde os pacientes são atendidos de forma superficial, abrindo possibilidade de dano pela sua atuação ou pela sua omissão, ou ainda pela falta de experiência^{14,43}. Imprudência é a falta de cuidado necessário para a prática de determinado ato. A característica da negligência é a omissão do profissional no desenvolvimento de determinado ato, como deixar de solicitar exames complementares, por exemplo. A falta de zelo profissional também é imperícia, que, em razão da profissão ou atividade, não poderia ter ocorrido^{14,43}.

Embora seja de responsabilidade da Odontologia realizar o exame completo da boca, a despeito da queixa que o paciente refira no momento do exame, muitos são omissos quanto à realização de um exame físico completo⁵⁰⁻⁵¹. Em estudo realizado na Bahia com estudantes de Odontologia, 83,35% afirmaram que sempre fazem o exame dos tecidos moles da cavidade bucal nas consultas iniciais⁵⁰. Quanto aos usuários dos serviços de saúde, ficou evidente a desinformação do cirurgião-dentista quanto à importância de exames para o acompanhamento clínico da evolução ao portador de HIV/Aids, onde 54% dos entrevistados não soube informar quais exames seriam de praxe⁵¹.

O hemograma completo é o exame laboratorial mais requisitado na clínica odontológica, e "permite avaliar as condições gerais do paciente, sistema imunitário, condição hepática e renal, presença de infecções ocasionais, avitaminoses e outros distúrbios que

possam vir a comprometer a cicatrização¹⁷ sua avaliação, com ênfase nas contagens leucocitárias, pode revelar quadros de imunossupressão não previamente diagnosticados¹⁵.

Quanto ao hemograma propriamente dito, a sua correta leitura e interpretação pode incluir o diagnóstico de diversas patologias, incluindo a leucemia, bem como indicar o encaminhamento do paciente para o profissional especializado¹⁶. Além do exame clínico, há outros problemas ligados ao erro de diagnóstico, que são o método e o equipamento utilizado para realizar esse exame inicial, ou ainda a leitura e interpretação do resultado dos exames solicitados, como, por exemplo, do hemograma completo^{37,42,43}. Mas o maior causador de processos jurídicos de responsabilidade contra o cirurgião-dentista (de modo geral, e não apenas no caso da leucemia) é o erro na escolha de tratamento, fato que muitas vezes ocorre combinado com o equívoco de diagnóstico ou ainda com a falta de cuidado ou atenção do cirurgião-dentista^{14,43}.

O conhecimento das complicações sistêmicas e bucais possibilita ao dentista determinar como e quando intervir nas diversas situações do cotidiano da odontologia, além de ter capacidade de instituir medidas preventivas e a terapêutica mais adequada para cada situação¹⁶. A diversidade de drogas usadas nos protocolos antineoplásicos levam ao aparecimento de variadas lesões orais, como a forma sistêmica de candidose, língua saburrosa, mucosites, candidose pseudomembranosa e eritematosa,

condições estas que devem ser controladas pelo cirurgião-dentista^{15,16}.

Considerando que a Odontologia exige os conhecimentos necessários à atuação do dentista e o diagnóstico ser uma de suas exigências, é imperioso o conhecimento de que alterações oncohematológicas podem apresentar sua primeira manifestação clínica na mucosa bucal, como ocorre com a leucemia. Além de saber identifica-las, o cirurgião-dentista tem o dever de requisitar e interpretar os exames hematológicos pertinentes. Da mesma forma, esses exames são essenciais na avaliação do paciente previamente a procedimentos cirúrgicos, pois várias informações podem ser compreendidas a partir da análise correta dos resultados de um hemograma¹⁶.

É fundamental que o cirurgião-dentista tenha conhecimento do processo leucêmico e das alterações que provoca na cavidade oral, tendo em vista a possibilidade desta doença ser facilmente confundida com outras que ali se manifestam, a fim de evitar erros de diagnóstico e tratamentos inadequados ou inoportunos, que poderiam levar o profissional ao banco dos réus.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico precoce das doenças oncohematológicas, especialmente as leucemias, tendo em vista que suas primeiras manifestações podem ocorrer na boca e os pacientes geralmente o procuram acreditando serem doenças de origem local.

A diversidade de drogas usadas nos protocolos antineoplásicos leva ao

aparecimento de variadas lesões orais, que devem ser controladas pelo cirurgião-dentista.

Procedimentos odontológicos em pacientes portadores de leucemia devem ocorrer no momento mais propício, sendo necessária uma relação interprofissional na área de saúde, para a escolha do momento mais adequado.

É dever do cirurgião-dentista ter o conhecimento sobre o diagnóstico de

doenças e alterações que se manifestam na cavidade oral, bem como a correta interpretação do resultado de exames complementares, como o hemograma, pois este profissional pode responder legal e eticamente por falhas no diagnóstico e tratamento de pacientes com leucemia ou outras doenças que se manifestam na cavidade oral.

ABSTRACT

The dentist has a key role in the early diagnosis of leukemias, since signs or symptoms may occur in the mouth, being more common in the acute stages of the disease, and more frequent in monocytic leukemia. Leukemia is a disease that can take the patient to death in a short time and patients usually look for the dentist believing that they are diseases of local origin. The objective of this article is to discuss the dental characteristics that can be identified early in the leukemia and to discuss the ethical and legal responsibility of the dentist regarding ethical and legal aspects. For that, a review of literature was carried out on the clinical part of the topic, as well as normative and related legislation. It is concluded that it is the duty of the dentist to know the diagnosis of diseases and alterations that manifest in the oral cavity, as well as the correct interpretation of the result of complementary tests, such as the hemogram, since this professional can answer legally and ethically for failures in diagnosis and treatment of patients with leukemia.

KEYWORDS

Leukemia; Legal liability; Forensic dentistry; Blood cell count; Mouth diseases.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: leucemia. Estimativas do Câncer 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 29/10/2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: leucemia. Prevenção, genética, outros fatores de risco. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/prevencao_genetica_outros_fatores_de_risco. Acesso em: 29/10/2016.
3. Long DL. Hematologia e Oncologia de Harrison. 2ª ed. AMGH. 2015.
4. Ruiz-Argüelles GJ. Advances in the diagnosis and treatment of acute and chronic leukemia in Mexico. *Salud pública Méx.* 2016;58(2):291-5.
5. Lowal KA, Alaizari NA, Tarakji B, Petro W, Hussain KA, Altamini MAA. Dental considerations for leukemic pediatric patients: um updated review for general dental practitioner. *Mater Sociomed.* 2015; 27(5): 359-62.
6. Deliverksa EG, Krasteva A. oral signs of leukemia and dental management – literature data and case report. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers).* 2013; (19)4: 388-91.
7. Shafer W, Hine M, Levy C. Tratado de patologia bucal. 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
8. Menezes L, RAO JR. Acute myelomonocytic leukemia presenting with gingival enlargement as the only clinical manifestation. *J Indian Soc Periodontol* 2012; 16:597-60. <http://dx.doi.org/10.4103/0972-124X.106926>.
9. Lim HC, Kim CS. Oral signs of acute leukemia for early detection. *J Periodontol Implant Sci.* 2014; 44(6): 293-9.

- <http://dx.doi.org/10.5051/jpis.2014.44.6.293>
10. Zimmermann C, Meurer MI, Grando LJ, Del Moral JAG, Rath IBS, Tavares SS. Dental Treatment in Patients with Leukemia. *J Oncol*. 2015; 2015:571739. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/571739>.
 11. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(1): 1085-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700016>.
 12. Segelman AE, Doku HC. Treatment of the oral complications of leukemia. *J Oral Surg* 1977; 35(6):469-77.
 13. Finkler M. Formação ética na graduação em Odontologia: realidades e desafios [tese doutorado]. Faculdade de odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis-SC, 2009. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/92501>. Acesso em 29/10/2016.
 14. Nigre AL. *A Odontologia à Luz do Direito*. 1ª ed. Editora: Rubio. 2012.
 15. Costa SS, Silva AM, Macedo IAB. Conhecimento de manifestações orais da leucemia e protocolo de atendimento odontológico. *Rev de Odontol da Univ. Cid de São Paulo*. 2011, 23(1):70-8.
 16. Tommasi AF, Tommasi MHM. *Diagnóstico em patologia bucal*. 4ª ed. Elsevier, Rio de Janeiro. 2014.
 17. Failace R. *Hemograma: manual de interpretação*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes*. Brasília: ANVISA, 2002.
 19. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
 21. Zerbini MCN, Soares FA, Morais JC, Vassallo J, Velloso EDRP, Chauffaille MLLF, et al. Classificação dos tumores hematopoéticos e linfóides de acordo com a OMS: padronização da nomenclatura em língua portuguesa, 4ª edição. *J Bras Patol Med Lab*. 2011; 47(6):643-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442011000600011>.
 22. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: leucemia. Subtipos. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ijosdecancer/site/home/leucemia/subtipos>. Acesso: em 29/10/2016.
 23. O sangue. Disponível em: <http://www.ib.usp.br/microgene/files/biblioteca-22-PDF.pdf>. Acesso em 29/10/2016.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer: leucemia. Diagnóstico. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/ijosdecancer/site/home/leucemia/diagnostico>. Acesso em 29/10/2016.
 25. Naoum PC, Naoum, FA. Interpretação laboratorial do hemograma. Disponível em: http://www.ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/Artigos_cientificos/Interphemo.pdf. Acesso em: 29/10/2016.
 26. Reenesh M, Munishwar S, Rath SK. Generalised Leukaemic Gingival Enlargement: a Case Report. *J Oral Maxillofac Res*. 2012; 3(3):5. <http://dx.doi.org/10.5037/jomr.2012.3305>.
 27. Arul ASKJ, Verma S, Ahmed S, Arul ASSJ. A clinical and fine needle aspiration cytology study of gingiva in acute leukemia. *Dent Res J (Isfahan)*. 2012; 9(1): 80-5. <http://dx.doi.org/10.4103/1735-3327.92954>.
 28. Silva BA, Siqueira C, Castro P, Araújo SS, Volpato L. Oral manifestations leading to the diagnosis of acute lymphoblastic leukemia in a young girl. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2012; 30:166-8. <http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.100003>.
 29. Grando LJ, Mello ALFS, Salvato L, Brancher AP, Del Moral JAG, Steffenello-Durigon G. Impact of leukemia and lymphoma chemotherapy on oral cavity and quality of life. *Spec Care Dentist*. 2015; 35(5): 236–42. <http://dx.doi.org/10.1111/scd.12113>.
 30. Caldas Junior A, Barbosa A, Teti IM, França MLMS, Paegle ACRO, Cauás M. Alterações bucais em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico de câncer na rede pública de Recife-PE *Ciênc biol saúde*. 2015; 2(2): 37-46.
 31. Kroetz FM, Czluaniak GD. Alterações bucais e condutas terapêuticas em pacientes infante-juvenis submetidos a tratamentos anti-neoplásicos. *Publ. UEPG Ci Biol Saúde, Ponta Grossa*. 2003; 9(2): 41-8.

- <http://dx.doi.org/10.5212/publicatio%20uep.g.v9i2.363>.
32. Martins ACM, Caçador NP, Gaeti WP. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. *Acta Scientiarum*. 2002; 24(3): 663-70. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v24i0.2481>
 33. Paiva CI, Zanatta FB, Flores DM, Pithan SA, Dotto GN, Chagas AM. Efeitos da quimioterapia na cavidade bucal. *Disciplinarum Scientia, Série: Ciências da Saúde*. 2004, 4(1): 109-19.
 34. Kelner N, Castro JFL. Laser de baixa intensidade no tratamento da mucosite oral induzida pela radioterapia: relato de casos clínicos. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53(1): 29-33.
 35. Gondim FM; Gomes IP; Firmino F. Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18(1): 67-74.
 36. Albuquerque ILS, Camargo TC. Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2007; 53(2):195-209.
 37. Graça Leite W. *Odontologia Legal*. Salvador: Era Nova; 1962.
 38. Farah EE, Ferraro L. Como prevenir problemas com os pacientes – responsabilidade civil: para dentistas, médicos e profissionais da saúde. 3. ed. São Paulo: Quest; 2000.
 39. Medeiros UV, Coltri AR. Responsabilidade civil do cirurgião-dentista. *Rev Bras Odontol*. 2014; 71(1):10-6.
 40. Brasil. Lei nº 10.406, de 10.01.2002. Institui o Código Civil. Disponível em: www.presidencia.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 29/10/2016.
 41. Brasil. Decreto-lei n.º 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Código penal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em: 29/10/2016.
 42. Lutz GA. *Erros e acidentes em odontologia*. Rio de Janeiro, Mendes Junior. 1938.
 43. Costa SS, Silva AM, Macedo IAB. A odontologia do trabalho e a legislação: cuidados necessários. *Rev Bras Med Trab*. São Paulo. 2010, 8: 68-76.
 44. Bittar CA. *Reparação civil por danos morais*. São Paulo: RT; 1993.
 45. Brasil. Lei 5.081 de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da odontologia. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5081.htm. Acesso em: 29/10/2016.
 46. Brasil. Resolução CFO nº 63/2005. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>. Acesso em: 29/10/2016.
 47. Brasil. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Brasília. 2012.
 48. Ramos DLP. Alguns comentários sobre ética profissional odontológica. In: Silva M. *Compêndio de odontologia legal*. São Paulo: Medsi; 1997. p. 51-72.
 49. Brasil. Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em 29/10/2016.
 50. Andrade DLS, Prado FO. Conhecimento e atitudes de acadêmicos de Odontologia sobre Câncer Bucal. *Arch Health Invest*, 2016, 5(2): 90-7. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i2.1308>.
 51. Souza MAR. *Visão do usuário HIV/Aids e dos cirurgiões dentistas em relação aos serviços de saúde bucal nos serviços ambulatoriais especializados -SAES do estado de Rondônia (dissertação -mestrado) Departamento de Odontologia. Universidade de Taubaté. Taubaté-SP. 2008. Disponível em: http://www.bdt.unitau.br/tedesimplificado/tde_arquivos/6/TDE-2012-11-13T105806Z-414/Publico/Maria%20Augusta%20Ramalhães%20de%20Souza.pdf*. Acesso em: 29/10/2016.