

Falando sobre o câncer da boca

©2002 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra, de qualquer forma ou meio eletrônico, e mecânico, fotográfico e gravação ou qualquer outro, sem a permissão expressa do Instituto Nacional de Câncer/MS (Lei n.º 5.988, de 14.12.73)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Barjas Negri

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Renilson Rehem de Souza

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
Jacob Kligerman

Tiragem: 10.000 exemplares

criação, redação e distribuição
Instituto Nacional de Câncer (INCA)
Coordenação de Prevenção e Vigilância -Conprev
Rua dos Inválidos, 212 – 3º andar
20231-020 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (0XX21) 3970-7412
Fax: (0XX21) 3970-7516
e-mail: conprev@inca.org.br

EDITORAÇÃO
Engenho e Arte

Ficha Catalográfica

B 823f

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA, 2002

52 págs. Ilustrações

Bibliografia

ISBN 85-7318-060-9

1. NEOPLASIAS BUCAIS - Diagnóstico. I. Título

CDD 616.994

Sumário

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| ORIENTAÇÕES ÚTEIS AO USUÁRIO | 7 |
| EPIDEMIOLOGIA | 8 |
| REGIÕES TOPOGRÁFICAS DA BOCA E OROFARINGE | 10 |
| HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DA BOCA | 12 |
| FATORES DE RISCO | 14 |
| <i>Tabagismo</i> | <i>16</i> |
| <i>Alcoolismo e hábitos alimentares</i> | <i>18</i> |
| <i>Irritação mecânica crônica e agentes biológicos</i> | <i>20</i> |
| <i>Outros fatores de risco</i> | <i>22</i> |
| LESÕES PRECURSORAS | 24 |
| <i>Lesões brancas</i> | <i>26</i> |
| <i>Lesões vermelhas</i> | <i>28</i> |
| O CÂNCER DA BOCA | 30 |
| MÉTODOS DIAGNÓSTICOS - EXAME CLÍNICO | 34 |
| <i>Exame clínico e citologia</i> | <i>36</i> |
| <i>Teste do azul-de-toluidina e biópsia</i> | <i>38</i> |
| BASES DO TRATAMENTO | 40 |
| CONTROLE DO CÂNCER DA BOCA | 42 |
| PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DA BOCA | 46 |
| AUTO-EXAME DA BOCA | 48 |
| LEITURA RECOMENDADA | 50 |

Apresentação

O controle do câncer em nosso país representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta, pois sendo a segunda causa de morte por doença, demanda a realização de ações com variados graus de complexidade. No que tange ao câncer da boca, observou-se um aumento da taxa de mortalidade, de 1979 a 1998, de 1,32 a 1,82 por 100.000 habitantes, sendo este aumento principalmente observado no sexo masculino, onde a taxa de mortalidade passou de 2,16 em 1979 para 2,96 por 100.000 homens em 1998.

No Brasil, dados dos Registros de Câncer de Base Populacional mostram que o câncer da boca ocupa o 4º lugar entre os tipos de câncer mais incidentes no sexo masculino. Além disso, os dados dos Registros Hospitalares de Câncer brasileiros também mostram que a maioria dos pacientes chegam aos hospitais em fase avançada, cujo tratamento deixa de ser curativo, e na maioria dos casos é mutilante, o que influi no tempo e qualidade de sobrevivência desses pacientes.

É, portanto, fundamental que sejam articulados mecanismos por meio dos quais se possa promover o encontro de indivíduos motivados a cuidar de sua saúde com uma rede de serviços quantitativamente e qualitativamente capaz de suprir essa necessidade, em todo o território nacional. Para enfrentar tal desafio, a adoção de uma política que contemple, entre outras estratégias, a capacitação de recursos humanos para o diagnóstico precoce do câncer, torna-se necessária para o seu efetivo controle.

Esta publicação faz parte de um conjunto de materiais educativos elaborados para atender a essa estratégia, que promoverá a melhoria da qualidade do atendimento à população brasileira.

Jacob Kligerman

Diretor-Geral do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde

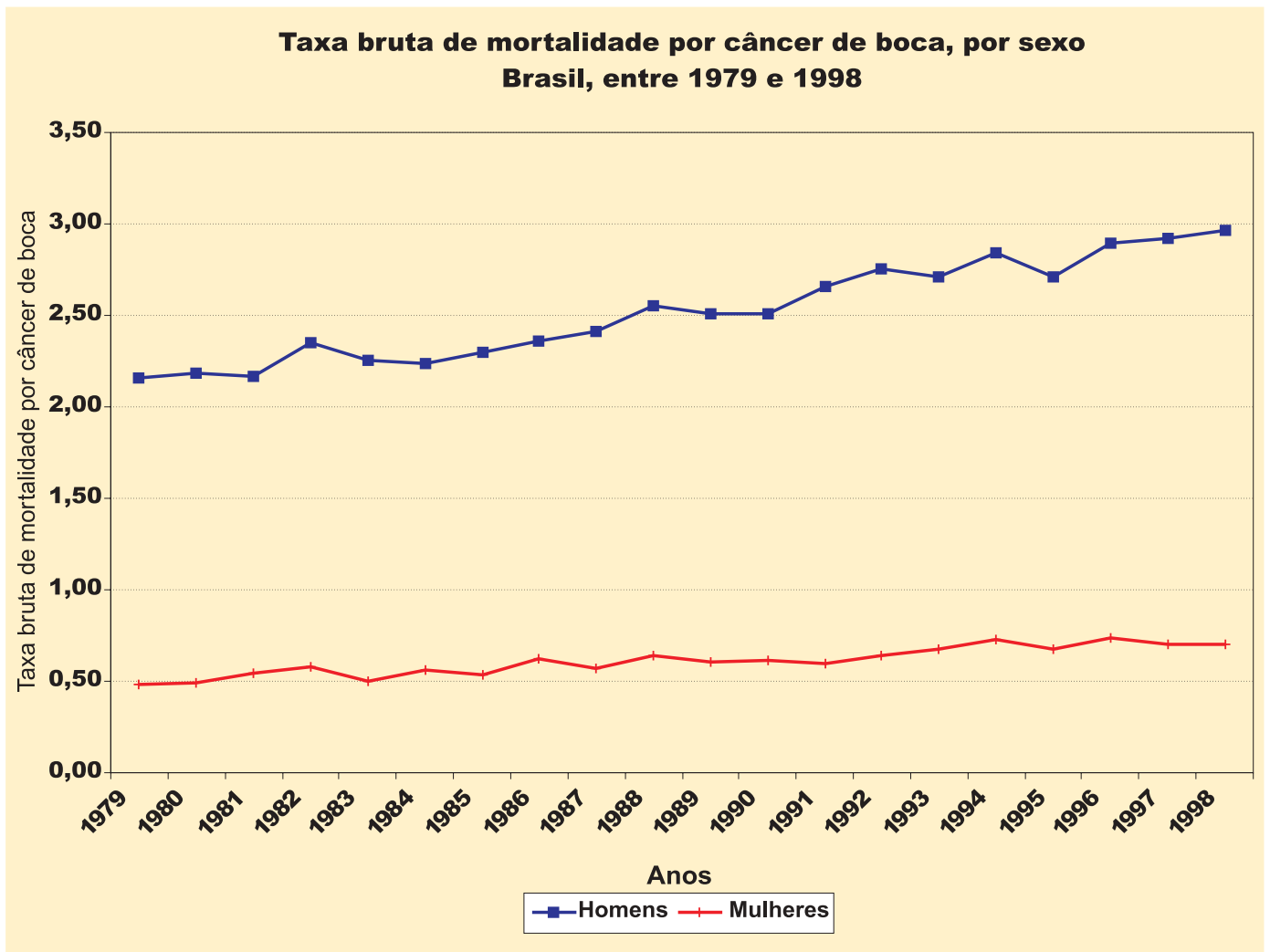
Orientações úteis ao usuário

Esta publicação foi elaborada para profissionais de saúde e reúne informações sobre o câncer da boca, sua epidemiologia, história natural, fatores de risco e fatores protetores, lesões precursoras, métodos diagnósticos, bases para abordagens terapêuticas e controle. Trata-se, na verdade, de um instrumento de apoio ao processo educativo no que se refere à capacitação e atualização do profissional de saúde, que poderá utilizá-lo apresentando essas informações em todas as situações necessárias à sensibilização de grupos alvo necessários ao controle da doença no País.

Originalmente concebido sob a forma de manual, então denominado “Manual de Detecção de Lesões Suspeitas”, recebe aqui a forma de uma seqüência de textos e imagens, onde o texto referencia a imagem apresentada na página contralateral correspondente. Os palestrantes, ao usarem este material, têm toda a liberdade para apresentá-lo à sua própria maneira, podendo alternar sua seqüência ou lhe acrescentar imagens, além de suprimir ou condensar suas informações, de modo a mais bem adaptá-las às necessidades do grupo e da instituição aos quais se dirijam. As imagens podem ser usadas sob a forma de diapositivos (slides), transparências, álbum seriado ou de qualquer outro meio que seja conveniente ao apresentador.

Caso o apresentador queira aprofundar-se mais em determinados aspectos dessas informações, poderá consultar a referência bibliográfica citada no rodapé da página ou as publicações recomendadas no final do livrete. De forma alguma este manual pretende esgotar o tema, sugerindo-se ao leitor que busque informações adicionais na extensa bibliografia científica disponível.

FIGURA 1



Fontes: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/DATASUS/MS
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Mundialmente os cânceres da cabeça e pescoço correspondem a 10% dos tumores malignos e aproximadamente 40% dos cânceres dessa localização ocorrem na cavidade oral. O câncer da boca apresenta uma distribuição geográfica variável nas diferentes regiões do mundo. Em alguns países da Ásia apresenta-se como o câncer mais comum, associado sobretudo a hábitos locais como mascar bétel (planta originária da Índia) ou tabaco. As mais altas taxas de incidência para o câncer da boca entre homens foram observadas no Baixo-Reno, Somme, Alto-Reno e Calvados na França (40 a 50 casos por 100.000 habitantes), Trivandrum na Índia (38 casos por 100.000 habitantes) e Trieste na Itália (34 casos por 100.000 habitantes). Entre as mulheres destacam-se as taxas observadas em Madras, Bangalore, Karunagappally, Trivandrum e Bombay, todas localidades na Índia (18 a 28 casos por 100.000 habitantes) e Manila, nas Filipinas (15 casos por 100.000 habitantes).

INCIDÊNCIA

O câncer da boca é um dos mais incidentes em homens brasileiros. Os últimos dados nacionais consolidados para pessoas do sexo masculino apontam para taxas de incidência que atingem 15,8 casos por 100.000 habitantes para a cidade de Porto Alegre (1993), seguida por Belém (12,4 por 100.000 em 1989-1991), Goiânia (11,8 por 100.000 em 1995), Campinas (9,9 por 100.000 em 1993) e Fortaleza (7,4 por 100.000 em 1985). Para o sexo feminino, essas taxas foram: 4,1 por 100.000 para Fortaleza, 4,0 por 100.000 para Belém, 3,5 por 100.000 para Goiânia, 2,2 por 100.000 para Campinas e 1,3 por 100.000 para Porto Alegre. Esses números colocam o câncer da boca como o 4º câncer mais freqüente no sexo masculino e o 7º mais freqüente no sexo feminino.

MORTALIDADE

Dados de mortalidade por câncer da boca, reunidos pela Organização Mundial da Saúde para mais de 50 países, mostram que no sexo masculino as taxas variam entre 0,9 por 100.000 no Equador e 14,8 por 100.000 em Hong-Kong, enquanto no sexo feminino raramente ultrapassam 2 mortes por 100.000, variando entre 0,3 por 100.000 na República da Coreia e 4,8 por 100.000 em Singapura. No Brasil, entre 1979 e 1998 essas taxas têm variado entre 2,16 e 2,96 para cada 100.000 homens e entre 0,48 e 0,70 para 100.000 mulheres.

SOBREVIDA

Em relação à taxa de sobrevida aos 5 anos para pacientes com câncer da boca, estatísticas norte-americanas têm mostrado que para pacientes atendidos entre 1950-1954 essa taxa era de 46%, enquanto para aqueles diagnosticados entre 1986-1993 essas taxas passaram a 54,9%. No Brasil, estudo da sobrevida de casos de câncer da boca tratados no Hospital Erasto Gaertner - Curitiba, no período de 1990 a 1992, mostrou que a sobrevida em 5 anos, independente do estadiamento clínico, foi de 50,1%.

Fonte

BLOT WJ, McLAUGHLIN JK, DEVESA SS, FRAUMENI JF, Jr. In Schottenfeld D, Fraumeni JF, Jr. (eds): *Cancer Epidemiology and Prevention*. Oxford, New York, 2nd edition, pp:660-680, 1996.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. *Cancer Incidence in Five Continents*. Lyon, France, col. VII, 1997.

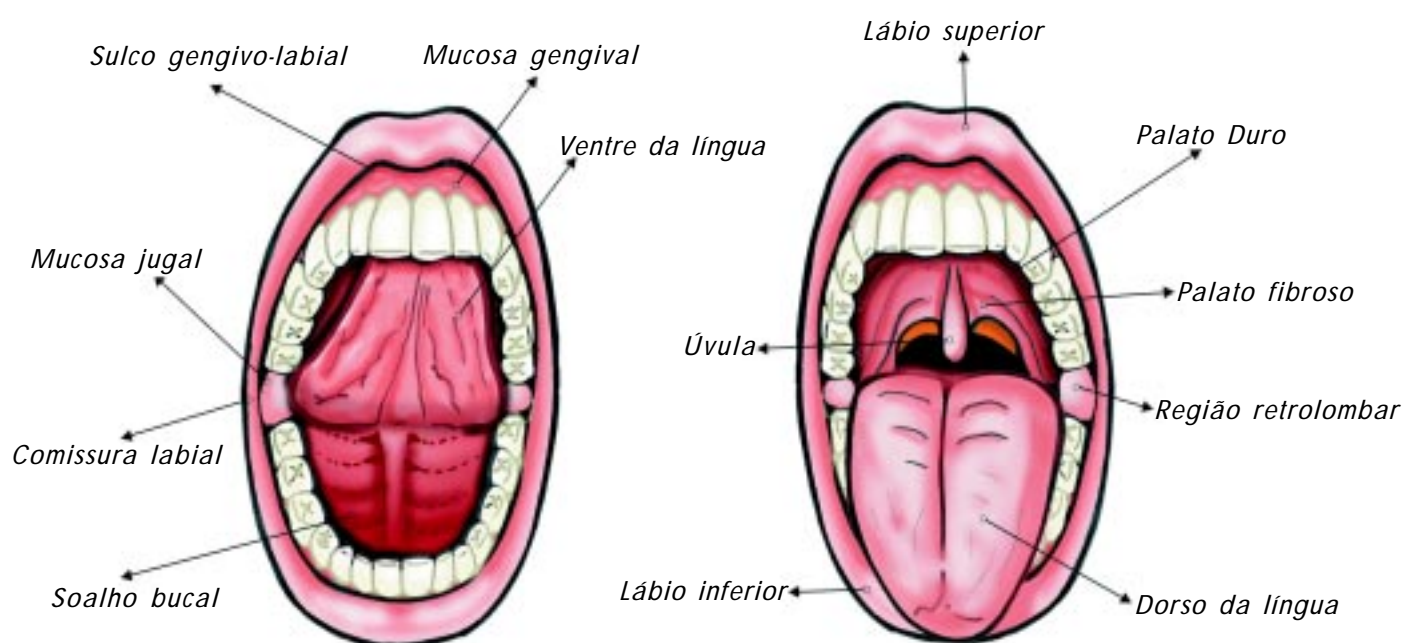
JACOBS C. *Head and neck oncology*. Nijhoff, 2nd edition, Boston, 1987.

MORTEAN CR, PIZZATTO LP, KATO M, SILVA RCA, ORLANDI D. *Estudo da Sobrevida de 5.195 casos de Câncer Tratados no Hospital Erasto Gaertner no Período de 1990 a 1992, e seguidos por 5 anos*. 1998. Curitiba/PR.

NATIONAL CANCER INSTITUTE SEER. *Cancer Statistics Review 1973-1994*. <http://www.seer.ims.nci.nih.gov/>, 1999.

THULER LCS, REBELO MS. *Epidemiologia do câncer da boca*. In: KOWALSKI LP, DIB LL, IKEDA MK, ADDE C. *Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal*. Frôntis Editorial, Rio de Janeiro, 1ª edição, pp:1-8.

FIGURA 2



Regiões topográficas da boca e orofaringe

O câncer da boca é uma denominação que inclui várias localizações primárias de tumor, incluídas nos códigos C00 a C06 da CID-O. Portanto, o estudo da epidemiologia do câncer da boca deve englobar, de maneira conjunta, suas diferentes estruturas anatômicas, uma vez que os cânceres de lábio, cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral, soalho da boca) e orofaringe (úvula, palato mole e base da língua) apresentam os mesmos fatores de risco e, conseqüentemente, são sujeitos às mesmas ações preventivas, além da probabilidade de ocorrência de tumores múltiplos, sincrônicos ou assincrônicos, e a expansão tumoral entre as partes contíguas da boca.

Na cavidade oral, excetuando-se a região dos lábios, com alta incidência de tumores malignos, a língua e o soalho bucal são as localizações preferenciais de ocorrência do câncer bucal, sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais freqüente.

Além desses aspectos, o conhecimento das regiões anatômicas da boca é necessário para que se proceda adequadamente ao seu exame e à busca de alterações que, por vezes, são de localização preferencial. O desenho esquemático ilustra as regiões e acidentes anatômicos da boca.

A cavidade oral é o espaço limitado pelos lábios anteriormente, e mucosa jugal lateralmente; palato duro e mole superiormente, língua e arcada dentária inferiormente e posteriormente pelo istmo da garganta.

Inclui como sítios topográficos os lábios, a mucosa jugal, rebordos gengivais e arcadas dentárias, língua oral, soalho da boca, palato duro e trígono retromolar.

Os lábios apresentam no ponto de contato, entre o lábio superior e o inferior, uma camada denominada de “vermelhão” do lábio, que liga a pele externamente à mucosa endobucal.

O palato duro constitui o teto da boca e é formado pelo osso maxilar e ossos palatinos, aderidos à mucosa rica em glândulas salivares menores.

Os rebordos gengivais inferior e superior são constituídos pelos processos alveolares da mandíbula e maxilar superior, respectivamente, que sofrem uma certa reabsorção em pacientes edêntulos e de idade avançada.

O trígono retromolar é uma área triangular que recobre o ramo ascendente da mandíbula a partir do último dente molar (base) até o ápice, que termina na tuberosidade maxilar.

A mucosa oral inclui a parte interna da bochecha e dos lábios, estendendo-se até a linha de união da mucosa dos rebordos alveolares e a rafe pterigomandibular.

A língua oral é representada pelos 2/3 anteriores da língua, também chamada de língua móvel. Inclui 4 áreas anatômicas: ponta, bordas e superfícies ventral e dorsal. É limitada posteriormente pelas papilas circunvaladas.

O soalho da boca é um espaço que vai desde a superfície ventral da língua à parte inferior dos rebordos alveolares. Sua mucosa repousa sobre os músculos milohioideo e hioglosso e está dividido anteriormente pelo freio da língua em 2 lados (direito e esquerdo). Sua parte anterior inclui o ducto de Wharton e as glândulas sublinguais.

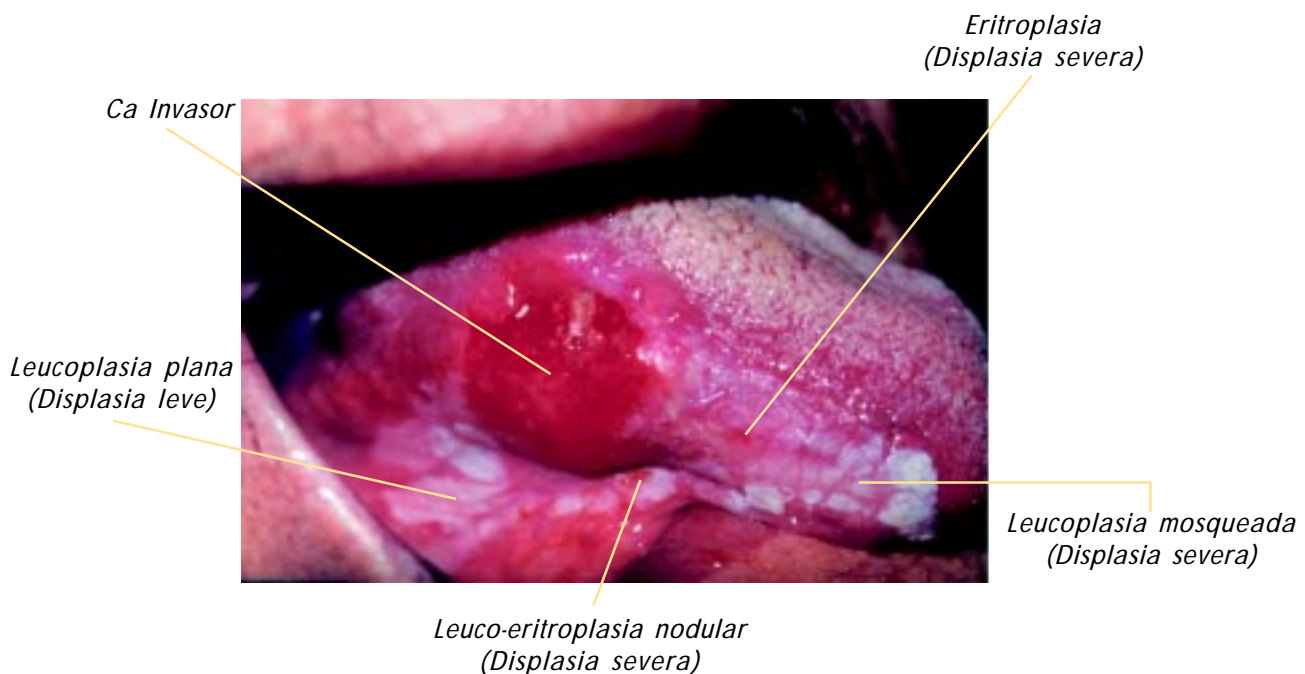
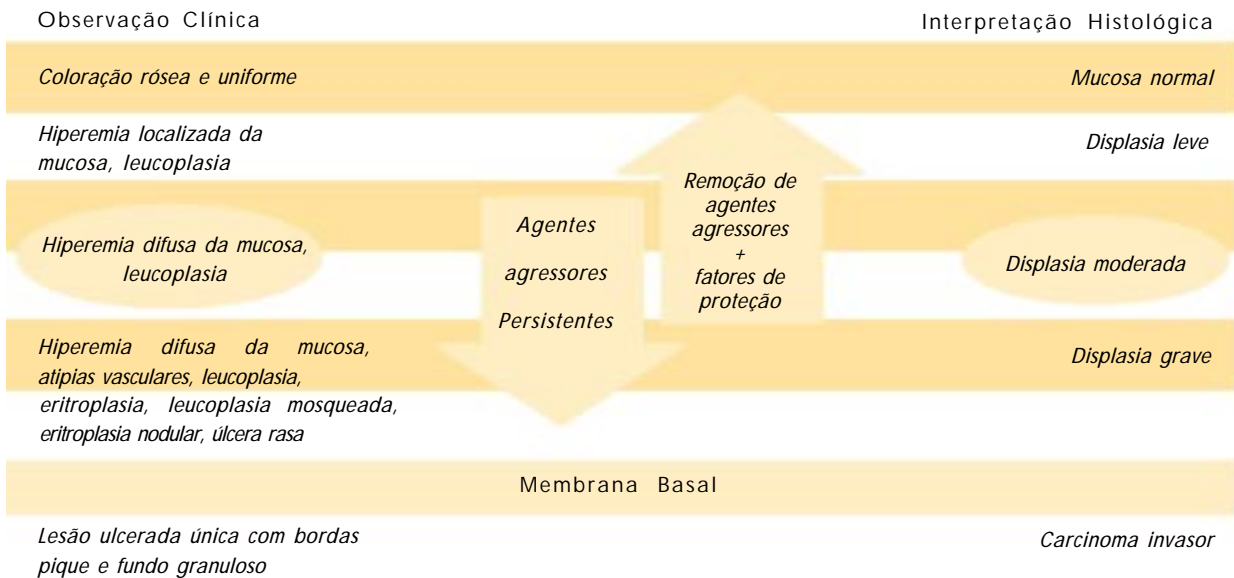
Fonte

MacCOMB WS, FLETCHER GH, HEALEY JE, JR. Intra-oral cavity. In: MacCOMB WS, FLETCHER GH (eds.). *Cancer of the Head and Neck*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967, pp: 89-151.

RAPOPORT, A & KOWALSKI, LP. O diagnóstico clínico em cabeça e pescoço. In: BRANDÃO, LG & FERRAZ, AR. *Cirurgia de cabeça e pescoço*. Livraria Roca Ltda., vol. 1, cap. 2: p.5-9, 1989.

História natural do câncer da boca

FIGURA 3



História natural do câncer da boca

Vários estudos apóiam o conceito de que o desenvolvimento de vários tipos de câncer, nos seres humanos, está associado à exposição a fatores cancerígenos, principalmente os ambientais.

Os agentes físicos, químicos e biológicos lesam o ácido desoxirribonucléico (ADN) nuclear, produzindo mutações, fraturas cromossômicas e outras alterações do material genético.

O mecanismo de desenvolvimento do câncer é descrito em três fases:

INICIAÇÃO

Envolve a exposição a um carcinógeno e a sua interação com o ADN da célula, que lhe provoca uma alteração permanente. Esta célula alterada permanece latente, podendo ser eliminada do organismo pelos mecanismos homeostáticos ou vir a desenvolver outras alterações, na dependência de novos estímulos.

PROMOÇÃO

Após a lesão inicial, as células iniciadoras, se submetidas à exposição aos chamados agentes promotores, viriam a apresentar os efeitos carcinogênicos. Como estes agentes não são mutagênicos, seus efeitos podem ser reversíveis numa fase inicial e somente uma exposição prolongada poderia induzir efetivamente o processo de carcinogênese.

PROGRESSÃO

Processo pelo qual são ultrapassados os mecanismos que regulam a replicação celular, assim como sua organização espacial, estabelecendo-se o fenótipo maligno.

Em anos mais recentes, duas descobertas vieram acrescentar considerável contribuição para o entendimento mais completo deste processo. A primeira delas refere-se aos oncogenes. Eles são encontrados em todas as células do corpo, sendo designados de proto-oncogenes. Realizam funções de homeostasia celular (fosforilação, forma celular, expressão de receptores de membrana, etc.) e controlam a relação entre a célula e o tecido adjacente. Na forma mutada, os oncogenes acabam superexpressos e produzindo várias características de células neoplásicas. A outra corresponde aos genes de supressão tumoral, como por exemplo os genes “Rb” e “p 53”. Acredita-se que estes genes inibem a proliferação celular, servindo como importante fator etiológico (agindo precocemente, na fase de indução tumoral, como o gene Rb no Retinoblastoma) ou prognóstico (como por exemplo, o “p 53”, com ação mais tardia). Descobriu-se que a mutação do “p 53” é a alteração genética mais comum das neoplasias humanas, tendo uma correlação muito significativa com tumores avançados.

Em termos gerais, a evolução da célula normal para a tumoral é caracterizada por alterações na composição dos cromossomas, que podem resultar na ativação dos oncogenes ou na inativação dos genes de supressão tumoral.

As alterações celulares que resultam da exposição da mucosa bucal aos agentes cancerígenos inicialmente se manifestam por lesões inflamatórias inespecíficas.

Se esta agressão é intensa e prolongada, levará ao desenvolvimento das displasias. Estas podem evoluir desde um grau leve até um grau intenso e, finalmente, para o carcinoma *in situ*.

A displasia leve corresponde às alterações celulares que se restringem à camada basal e, normalmente, não se associa a figuras de mitose. Na moderada, temos modificações que atingem o terço médio do epitélio, enquanto que na displasia acentuada as alterações podem alcançar o terço superior. As figuras de mitose, além de frequentes, são atípicas.

No carcinoma epidermóide *in situ* as modificações celulares correspondem a uma exacerbação das características da displasia acentuada, acrescido de alterações na diferenciação, crescimento e proliferação celulares. A partir da ruptura da membrana basal, temos então o carcinoma micro e macro invasor, que infiltra, respectivamente, em menor ou maior grau, o tecido conjuntivo vascularizado.

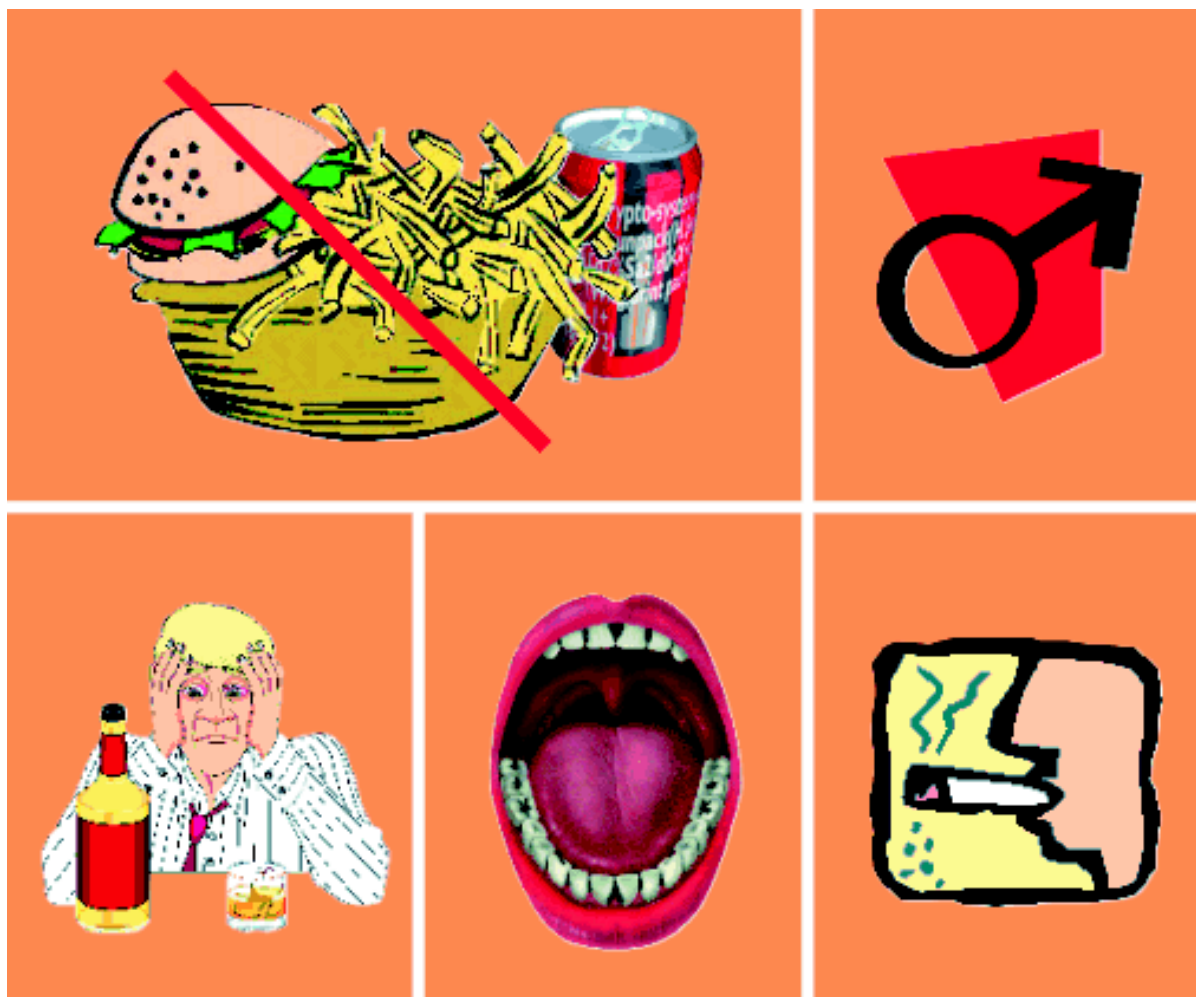
Fonte

DIAS, FL. *Análise do valor prognóstico de fatores histopatológicos e da expressão da proteína p53 em carcinomas epidermóides estágio I da língua e soalho bucal.* Tese Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

REUBEN L et alli. *Supression of retinoic acid receptor-b in premalignant oral lesions and its up-regulation by isotretinoin.* N Engl J Med 1995; 332(21):1405-10.

SCHANTZ SP, HARRISON LB, HONG WK. *Tumors of the oral cavity and oropharynx.* In: DeVITA VT, HELLMAN S, ROSEMBERG AS (eds.) *Cancer: principles and practice of oncology.* 4th Ed. Philadelphia, JB. Lippincott Company, 1993, pp:547-630.

FIGURA 4



- *idade superior a 40 anos*
- *sexo masculino*
- *tabagistas crônicos*
- *etilistas crônicos*
- *má higiene bucal*
- *desnutridos e imunodeprimidos*
- *portadores de próteses mal-ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal*
- *dieta pobre em proteínas, vitaminas e minerais*
- *dieta rica em gorduras e álcool*

Fatores de risco

Quando certas pessoas possuem maiores possibilidades de adquirir uma doença diz-se que constituem um grupo de risco. Essas pessoas têm em comum certas características denominadas fatores de risco. Vale dizer, elas apresentam condições favoráveis ao desenvolvimento da doença, mas não obrigatoriamente a desenvolverão; apenas têm maiores probabilidades de desenvolvê-la quando comparadas com a população em geral, que não apresenta esses fatores.

Como em outras neoplasias malignas, o câncer da boca tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores do hospedeiro, próprios do indivíduo. Ambos são variados e os seus papéis na gênese do câncer da boca não estão completamente esclarecidos, apesar da influência de fatores do hospedeiro, como herança genética, sexo e idade, e de fatores externos, entre eles a agressão por agentes físicos, biológicos e químicos, já estar suficientemente documentada. A conjugação dos fatores do hospedeiro com os fatores externos, associados ao tempo de exposição a estes, é condição básica também na gênese dos tumores malignos que acometem a boca.

O conhecimento sobre os fatores de risco de câncer da boca orienta que este deve ser procurado em toda população, principalmente nos indivíduos que apresentem exposição a um ou mais fatores.

A seguir, analisam-se os fatores externos mais associados à gênese do câncer da boca.

Fonte

LOPES ER et alli. Câncer e meio ambiente. In: Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. Vol.2, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.

FIGURA 5

Consumo cumulativo* de tabaco e risco relativo de câncer da boca no Brasil

| Maços/anos cumulativos | Localização Primária do Câncer | | |
|------------------------|--------------------------------|---------------------|--------------|
| | língua (02) | Outras regiões (06) | boca (02-06) |
| < 1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| 1 a 25 | 15,2 | 4,4 | 7,1 |
| 26 a 50 | 24,7 | 4,7 | 9,5 |
| 51 a 100 | 27,4 | 7,3 | 12,5 |
| > 100 | 28,0 | 9,4 | 14,8 |

* Refere-se ao tabaco consumido ao longo da vida do indivíduo

Adaptado de Franco E.L., et al. 1989

Efeitos da suspensão do tabagismo sobre o risco de câncer de boca, no Brasil, estratificado pela localização anatômica e ajustado de acordo com tipos de cigarro

| Consumo de tabaco | Localização Primária do Câncer | | |
|---|--------------------------------|---------------------|--------------|
| | língua (02) | Outras regiões (06) | boca (02-06) |
| <i>Nunca fumaram</i> | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| <i>Fumaram cigarros industrializados:</i> | | | |
| <i>fumantes</i> | 23,3 | 5,5 | 9,3 |
| <i>ex-fumantes 1-10 anos</i> | 6,3 | 1,8 | 2,9 |
| <i>ex-fumantes > 10 anos</i> | 1,2 | 0,4 | 0,6 |
| <i>Fumaram cigarros feitos à mão:</i> | | | |
| <i>fumantes</i> | 32,2 | 10,0 | 14,4 |
| <i>ex-fumantes 1-10 anos</i> | 17,5 | 2,2 | 4,9 |
| <i>ex-fumantes > 10 anos</i> | 4,1 | 1,8 | 2,3 |

Adaptado de Franco E.L., et al. 1989

Fatores de risco

Tabagismo

O fumo é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos que o ser humano introduz voluntariamente no organismo.

No tabaco e na fumaça que dele se desprende, podem ser identificadas cerca de 4.700 substâncias tóxicas. Dentre estas, 60 apresentam ação carcinogênica conhecida, destacando-se os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas específicas do tabaco, como a N-nitrosornicotina, encontrados no alcatrão.

Outras substâncias carcinogênicas como o níquel e cádmio, elementos radioativos como o carbono 14 e polônio 210, e até resíduos de agrotóxicos utilizados na lavoura do tabaco, como o DDT, também podem ser detectados no tabaco e na sua fumaça.

Além da ação das substâncias cancerígenas, a exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal (a temperatura na ponta do cigarro aceso varia de 835 a 884 graus centígrados).

As úlceras bucais, mesmo que transitórias, permitem o contato mais direto das substâncias cancerígenas do tabaco, favorecendo agressões mais profundas e extensas sobre toda a mucosa. Este fato sugere existir um risco ainda maior de câncer da boca entre tabagistas que usam próteses mal-ajustadas ou que apresentem outras condições que os levam a ter úlceras na mucosa bucal.

O uso do tabaco, quer fumado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de palha), mascado (fumo de rolo) ou aspirado (rapé), constitui um dos principais fatores de risco do câncer da cavidade bucal, o que é confirmado por estudos epidemiológicos em todo o mundo. Dependendo do tipo e da quantidade do tabaco usado, os tabagistas apresentam uma probabilidade 4 a 15 vezes maior de desenvolver câncer da boca do que os não-tabagistas.

A taxa de mortalidade do câncer da cavidade bucal é similar para qualquer forma de tabaco usada. Existe uma forte relação entre a quantidade de tabaco usada por dia e a duração do período de exposição (relação dose-resposta), diminuindo o risco com a cessação do tabagismo.

O uso de tabaco sem fumaça, que inclui o rapé e tabaco para mascar, já está bem estabelecido como causa do câncer bucal, bem como de outras doenças também graves. Esta forma de consumo de tabaco permite que resíduos deixados entre a bochecha e a língua tenham um contato mais prolongado, favorecendo a ação das substâncias cancerígenas do tabaco sobre a mucosa bucal. Pesquisas conduzidas nos EUA mostram que os consumidores de tabaco sem fumaça apresentam um risco quatro vezes maior de desenvolver o câncer da cavidade bucal, podendo ser ele 50 vezes maior quando o consumo é de longa duração.

Um estudo realizado por Franco e colaboradores em três regiões metropolitanas do Brasil, em 1989, mostrou que o risco relativo de desenvolvimento do câncer da boca, entre os fumantes de industrializados, cachimbo e cigarros feitos à mão, foi, respectivamente, 6,3, 13,9 e 7,0 maior, em comparação com o risco de não-tabagistas. Considerando-se apenas o uso de cigarros industrializados, observou-se um risco de câncer de língua 15 vezes maior para os fumantes ditos pesados (consumo maior que 100 maços/anos cumulativos) e 7 vezes maior para os fumantes ditos leves (1 a 25 maços/anos cumulativos) em comparação com não-fumantes. Constatou-se que, após 10 anos da cessação do tabagismo, os níveis de risco decrescem para níveis semelhantes ao risco observado entre os que nunca fumaram.

Fonte

BRENNAN JA, BOYLE JO, KOCH WM et alii. Association between cigarette smoking and mutation of the p53 gene in squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 1995; 332:712-7.

FRANCO EL, et al. Risk factors for Oral Cancer in Brasil: A Case Control Study. *Int. J. Cancer*; 43:982-1000, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Falando sobre tabagismo. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer/Pro-Onco, 2ª ed., 1995.

SCOTT LT, GIOVINO GA, ERIKSEN MP. Smokeless tobacco brand reference and brand switching among US adolescents and young adults. *Tobacco Control* 1995; 4:67-72.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress. A report of the Surgeon General, 1989.

FIGURA 6



Fatores de risco



Fatores protetores

ALCOOLISMO

Existem atualmente suficientes evidências sobre o potencial carcinogênico do álcool para o homem. Os principais tipos de câncer relacionados ao seu consumo são o da boca (sobretudo os tumores do soalho bucal e da língua), faringe, laringe, esôfago, fígado e mama.

O consumo de bebidas alcoólicas aumenta cerca de 9 vezes o risco de câncer da boca, e quando associado ao tabagismo esse risco torna-se 35 vezes maior.

Ao consumo excessivo de álcool são atribuídas 2 a 4% das mortes por câncer e, mais especificamente, de 50 a 70% de todas as mortes por câncer de língua, cavidade oral, faringe e esôfago.

Os mecanismos pelos quais as bebidas alcoólicas podem causar câncer ainda não são claros. A ação carcinogênica do álcool é atribuída principalmente a um de seus metabólitos, o acetaldeído, que tem a capacidade de causar mutações no ADN da célula com as quais entra em contato. Por outro lado, características individuais que determinam uma maior velocidade de transformação de etanol em acetaldeído no organismo podem, em parte, explicar porque algumas pessoas desenvolvem câncer e outras não, como resultado da exposição prolongada e excessiva ao álcool.

HÁBITOS ALIMENTARES

Conhecimentos atuais vêm ressaltando o papel importante dos hábitos alimentares na etiologia do câncer. Estudos revelaram que deficiências nutricionais (como por exemplo dos antioxidantes) e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres (RL) que seriam responsáveis por alterações no ADN, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer. Uma dieta rica em gorduras, álcool ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E, C, B2) e alguns minerais, tais como cálcio e selênio, é considerada um importante fator de risco. O hábito de consumir bebidas ou comidas quentes, na maioria das vezes, não é considerado fator isolado tão importante, apesar da agressão térmica que causa às células da mucosa. Também não está bem estabelecida uma relação de causa e efeito entre o uso de condimentos e neoplasia.

De todo o oxigênio de que dispomos, 5% é transformado em RL. Numerosos estudos demonstram que a exposição a oxidantes, seja diretamente, seja por meio de processos celulares, pode levar à mutação, transformação ou ativação de oncogenes específicos. A ação dos RL no ADN pode ser direta ou através da promoção da ligação com agentes carcinogênicos. Além disto, os geradores de RL são também considerados fatores de progressão do tumor.

Já foi verificado que pacientes com câncer apresentam uma diminuição sérica de vitamina C e sabe-se que a sua administração em doses preconizadas aumenta as defesas imunológicas. Quando células são pré-tratadas com vitamina E e então expostas a raios X ou raios ultravioleta ou a carcinogênicos químicos, diminui-se acentuadamente a suscetibilidade das células a esses agentes. O selênio é também um poderoso antioxidante e atua só ou em sinergismo com a vitamina E. Por estes motivos, o consumo habitual de frutas e vegetais frescos tem sido considerado um fator protetor contra o câncer da boca. O baixo risco de desenvolvimento de câncer da boca verificado entre os indivíduos que consomem altos índices de frutas cítricas e vegetais ricos em beta-caroteno é outro ponto que enfatiza a importância dos fatores nutricionais. O beta-caroteno é o precursor da vitamina A e é encontrado principalmente na cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre.

Fonte

GAREWAL H, MEJEKENS Jr., FRIEDMANS S. et alii. *Oral Cancer prevention: the case for carotenoids and anti-oxidant nutrients. Prev. Med. 1993, Sep; 22(5):701-11.*

HARTY LC, CAPORASO NE, HAYES RB, et al. *Alcohol dehydrogenase 3 genotype and risk of oral cavity and pharyngeal cancers. J. Natl. Cancer Inst. 1997; 89:1698-1705.*

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, *IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans. Alcohol drinking. Vol. 44. Lyon, 1988. p.83-126.*

PÓVOA H. *Radicais livres em Patologia Humana. Rio de Janeiro. Imago, 1995.*

SCHANTZ SP, HARRISON LB, HONG WK. *Tumors of the oral cavity and oropharynx. In: DeVITA VT, HELLMAN S, ROSEMBERG AS (eds.) Cancer: principles and practice of oncology. 4th Ed. Philadelphia, JB. Lippincott Company, 1993, pp:547-630.*

FIGURA 7



Fatores de risco

Irritação mecânica crônica e agentes biológicos

IRRITAÇÃO CRÔNICA

A ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses dentárias mal-ajustadas, de câmaras de sucção (artifício utilizado para obter-se uma maior fixação de dentaduras) e de dentes quebrados ou restos dentários constituem, ao longo de anos, causas de lesões hiperplásicas. Esta ação contínua pode ser um co-fator do desenvolvimento do câncer da boca, por favorecer a ação de outros carcinógenos, particularmente, o tabaco e o álcool.

A hiperplasia fibrosa inflamatória ou traumática é uma lesão benigna causada sobretudo por próteses mal-ajustadas. É mais encontrada no sulco gengivo-labial e bucal e pode ulcerar, tornando-se muito dolorosa e desconfortável para o paciente. Lesões pequenas podem regredir, quando a prótese é ajustada; lesões maiores, porém, requerem, além do ajustamento da prótese, a ressecção cirúrgica e exame histopatológico, embora raramente estas lesões evoluam para uma forma tumoral maligna.

É importante ressaltar que todo paciente portador de prótese móvel deve submeter-se a controle odontológico anual.

AGENTES BIOLÓGICOS

Nos últimos anos, o vírus do papiloma humano (HPV) tem sido correlacionado com lesões da boca semelhantes àquelas localizadas no trato genital, sendo também implicado na etiologia do carcinoma bucal. Os subtipos HPV 16 e 18 têm sido relacionados com alterações neoplásicas do epitélio escamoso. Na Índia, os tumores da boca apresentam altas incidências de HPV nos tecidos tumorais e mucosa normal adjacente ao tumor. Vários estudos tentam comprovar a associação deste vírus com o câncer da boca, o que deve ser esclarecido em breve. Outros vírus, como o herpes tipo 6, o citomegalovírus, o vírus tipo “C” da hepatite, o de Epstein Barr e o HTLV (vírus da leucemia e do linfoma “T” do ser humano) têm sido suspeitados como promotores ou indutores do câncer bucal.

As estomatites crônicas causadas pela *Candida albicans* em áreas irritadas por próteses mal-ajustadas representam, segundo alguns autores, condições predisponentes ao câncer da boca. Existem ainda associações do *Helicobacter pylori* e linfoma M.A.L.T. (desenvolvido em tecido linfóide encontrado em mucosa), na boca e no estômago.

O mecanismo de ação dos agentes biológicos parece relacionar-se com o dano ao ADN nuclear, desbloqueando a ação supressora tumoral do “p 53”.

Fonte

JOHN KC et alii. *Specific Association of Epstein-Barr Virus with Lymphoepithelial Carcinoma among Tumors and Tumorlike Lesions of the Salivary Gland. Arch Pathol Lab Med 1994; 118:994-7.*

NAGAO Y et alii. *High prevalence of hepatitis C virus antibody and RNA in patients with oral cancer. J. oral Pathol Med 1995; 24:354-60.*

OSTWALD C. et alii. *Human papillomavirus DNA in oral squamous cell carcinomas and normal mucosa. J. Oral Pathol Med 1994; 23:220-5.*

REGESI JÁ, SCIUBBA JJ. *Patologia bucal: correlação clinicopatológicas. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.*

TIMOTHY C. et alii. *B-Cell Monoclonality, Epstein Barr Virus and t(14;18) in Myoepithelial Sialadenitis and Low-Grade B-Cell MALT Lymphoma of the Parotid Gland. The American Journal of Surgical Pathology 19(5): 531-536, 1995.*

FIGURA 8



Fatores de risco

Outros Fatores de risco

Dentre os outros fatores associados à gênese do câncer bucal, a susceptibilidade genética é, sem dúvida, um dos mais importantes. A sensibilidade a diversos agentes mutagênicos aos quais a mucosa oral se expõe, reflexo da deficiência do hospedeiro em reparar o seu ADN danificado, é o mecanismo de indução-promoção da carcinogênese mais freqüente. A seguir, em ordem decrescente de freqüência, temos as alterações da capacidade de metabolizar carcinógenos (P-450, glutathiontransferase), as alterações na estabilidade do genoma, a ativação somática de proto-oncogenes (ras, myc, c-erb, B-2) e os processos de inativação de genes supressores (p53, Rb).

A radiação solar não é ionizante, pois não possui capacidade suficiente para deslocar elétrons e provocar ionizações ao longo da sua passagem pelo tecido vivo. Apesar disso, ela é capaz de, a longo prazo, produzir lesões de significativa importância biológica. Daí, a exposição crônica à luz solar representar um considerável fator de risco de uma das neoplasias malignas mais freqüentes da boca - o câncer do lábio inferior. A exposição repetida e excessiva aos raios solares (raios ultravioleta), por períodos superiores a 15 ou 30 anos, provoca alterações dos lábios capazes de evoluir para o carcinoma. Pessoas de cor clara, com pouca pigmentação melânica, são as que apresentam o maior risco de desenvolver carcinomas do lábio inferior.

A exposição a certos agentes químicos e a alta incidência do câncer da boca em pessoas que trabalham na agricultura e em indústrias de tecidos, metais e madeira têm levado alguns autores a incluírem os fatores ocupacionais entre aqueles envolvidos na etiologia do câncer da boca. Pescadores, marheiros e agricultores de pele clara são freqüentemente afetados pelo câncer de lábio, uma vez que as radiações solares, ventos e geadas ressecam os lábios, causando-lhes alterações hiperkeratóticas que podem evoluir para neoplasias malignas.

É difícil estabelecer-se uma relação de causa-efeito entre a má conservação dos dentes e o câncer da boca. Indivíduos que apresentam essas duas condições são freqüentemente tabagistas e etilistas. Assim, a má higiene bucal e suas conseqüências são identificadas como determinantes adicionais de risco.

A cirrose hepática alcoólica vem sendo associada a lesões malignas de língua e do soalho bucal; freqüentemente os cirróticos apresentam essa mucosa com aparência lisa, brilhante e eritematosa. Curiosamente, os indivíduos portadores da síndrome de Plummer-Vinson, que se caracteriza por anemia ferropriva e disfagia, apresentam a mucosa bucal com a mesma aparência. Nestes indivíduos, observa-se uma alta incidência de carcinoma de língua, faringe e esôfago.

Fonte

LI X., LEE NK, YE YW, WABER PG, SCHWEITZER C., CHENG QC, NISSEN PD. Allelic loss at chromosomes 3p, 8p, 13p and 17p associated with poor prognosis in head and neck cancer. *J Nat Cancer Inst*, 86:1524-1529, 1994.

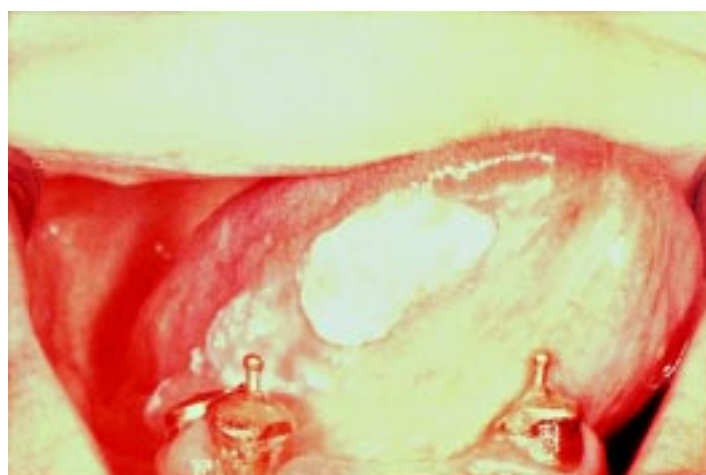
SCHANTZ SP, HSU TC. Head and neck cancer patients express increased clastogen-induced chromosome fragility. *Head Neck*, 11:337-342, 1989.

SPITZ MR. Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. *Sem Surg Oncol.*, vol. 21:281-288, 1994.

FIGURA 9



Leucoplasia mosqueada



Leucoplasia homogênea

Suspeitar do câncer da boca em estágio avançado é extremamente fácil. O grande desafio, no entanto, é considerar a possibilidade de uma lesão ser maligna, a despeito da sua aparência inofensiva, especialmente porque não existem sintomas específicos de câncer, em suas fases iniciais. Assim, ao examinar qualquer indivíduo, principalmente os que se incluem nos grupos considerados de risco para câncer da boca, deve-se estar atento a todas as alterações da mucosa, buscando detectar aquelas que tenham maior potencial de malignização, as quais serão discutidas a seguir.

LESÕES BRANCAS

São aquelas cuja coloração acinzentada ou esbranquiçada contrasta com a coloração róseo-avermelhada da mucosa normal. As principais são:

LEUCOPLASIAS

São placas ou manchas esbranquiçadas que se apresentam na mucosa da boca, não são removíveis por raspagem, não decorrem de alguma doença de causa conhecida e são, geralmente, indolores. Na maioria das vezes, elas são descobertas por ocasião do exame de rotina da cavidade bucal ou pela própria pessoa ao sentir uma rugosidade ao roçar da língua. As leucoplasias podem ser múltiplas ou únicas e estar localizadas ou dispersas na mucosa bucal; elas podem ser idiopáticas ou a sua etiologia relaciona-se a causas locais e sistêmicas.

O seu aspecto clínico varia de homogêneo a mosqueado. Na leucoplasia homogênea, as lesões são homogeneamente esbranquiçadas, de limites definidos e superfície lisa ou levemente irregular. Ela representa o tipo mais comum de leucoplasia. Quando detectada, deve-se afastar, sempre que possível, os fatores que possam tê-la provocado (irritantes crônicos da mucosa).

Na leucoplasia mosqueada, as lesões são de coloração variada, podendo apresentar-se leve ou intensamente mosqueadas (intercaladas com pontilhado ou áreas vermelhas). Podem ainda mostrar erosões em sua superfície e têm maior potencial de malignização do que a da forma homogênea.

As leucoplasias ocorrem com maior frequência em homens com mais de 50 anos de idade e se localizam preferencialmente nas bordas e face ventral da língua, no soalho da boca e na mucosa jugal. O prognóstico das leucoplasias depende do seu aspecto clínico, da sua localização e da idade do paciente, já que sua malignização é mais frequente nas idades mais avançadas. Do ponto de vista de localização, tem-se observado que o risco de malignização é maior no soalho bucal e no ventre lingual.

O tabaco é inegavelmente um fator preponderante no desenvolvimento da leucoplasia, sendo a sua ação potencializada quando associada ao uso do álcool. A sífilis e as hipovitaminoses são os fatores gerais mais relacionados com a leucoplasia.

Estudos atualmente em andamento têm demonstrado que o emprego sistêmico ou local dos antioxidantes no tratamento da leucoplasia são promissores. O beta-caroteno, só ou em combinação com outros antioxidantes, como as vitaminas C e E, poderá reverter a leucoplasia, sem toxicidade, em períodos curtos de aplicação.

Fonte

PINDBORG, JJ. *Doenças dos tecidos moles da boca* in PINDBORG, JJ. *Atlas das Doenças da Mucosa Oral*. Editorial Médica Pan-americana, p.164-196, 1981, São Paulo.

PINDBORG, JJ. *Outras situações inflamatórias da pele e dos tecidos subcutâneos* in PINDBORG, JJ *Atlas das doenças da mucosa oral*. Editorial Médica Pan-americana, p.212-232, 1981, São Paulo.

SILVA FILHO, GB & FERRAZ, AR. *Tumores benignos da mucosa oral* in BRANDÃO, LG & FERRAZ, AR. *Cirurgia de cabeça e pescoço*. Livraria Roca Ltda., São Paulo, vol. I, cap. 26, p.295-298, 1989.

FIGURA 10



Líquen plano



Ceratose actínica



Estomatite nicotínica

Lesões precursoras

Lesões brancas

LÍQUEN PLANO

É uma doença cutânea que afeta a boca com muita frequência. Na pele, as lesões consistem de pápulas avermelhadas ou brancas que podem apresentar uma depressão central. As lesões bucais são frequentemente múltiplas, bilaterais, estriadas e mostram-se como placas esbranquiçadas, ocasionalmente erodadas.

Como característica, tem-se um aspecto “rendilhado” de linhas brancas, denominado estrias de Wickham. As lesões podem ser dolorosas ou não e têm baixo potencial de cancerização. Na maioria das vezes, podem ser diagnosticadas clinicamente; no entanto, em caso de dúvida, deve-se recorrer à biópsia, sobretudo nas formas erosivas. Como não há tratamento curativo, o portador do líquen plano deve ser acompanhado por toda a sua vida.

CERATOSE ACTÍNICA

Na boca, as lesões da ceratose actínica apresentam-se geralmente como placas esbranquiçadas que envolvem o vermelhão do lábio inferior principalmente de indivíduos de pele clara. Frequentemente estas lesões sofrem processos inflamatórios agudos secundários e têm elevado potencial de degeneração maligna.

O diagnóstico diferencial das lesões brancas da boca deve ser feito com as seguintes doenças:

Candidíase pseudomembranosa

Mais conhecida como monilíase ou sapinho, a candidíase pseudomembranosa é caracterizada pela presença de áreas brancas espessadas que, quando removidas, permitem a exposição da mucosa subjacente, hiperemiada. É causada pela proliferação intra-bucal de *Candida albicans*. Embora este fungo seja encontrado na maioria das bocas aparentemente saudáveis, seu desenvolvimento patogênico só ocorre a partir de uma condição facilitadora, tal como doenças crônicas debilitantes, desidratação, antibioticoterapia prolongada, corticoterapia e AIDS/SIDA ou fatores locais, como o uso de prótese, má higiene da boca e xerostomia.

Candidíase crônica hiperplásica

As lesões desta forma de candidíase são mais difíceis de ser diferenciadas das leucoplasias, visto que elas se acompanham de uma resposta hiperplásica da mucosa, que produz ceratinização excessiva. As placas não podem ser removidas pela raspagem da mucosa e o diagnóstico diferencial só pode ser feito por meio de biópsia. Esta lesão é um achado comum em indivíduos com exame imunológico positivo para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Estomatite nicotínica

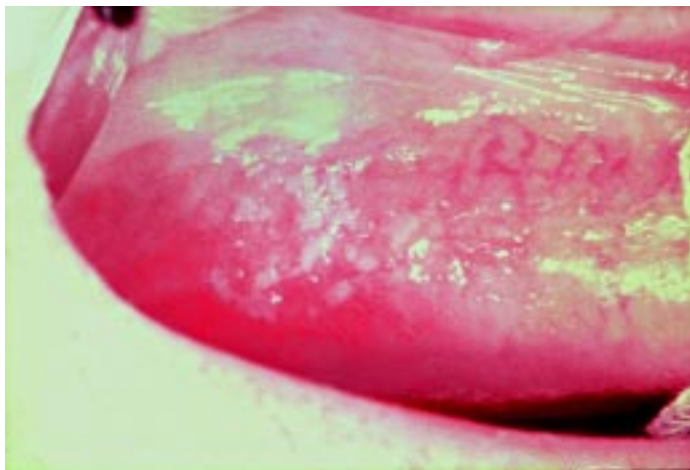
Apresenta-se como pápulas esbranquiçadas com pontos avermelhados no centro, que ocasionalmente confluem em placas cortadas por sulcos ou fissuras. Estas lesões mais frequentemente estão localizadas no palato mole e duro. Elas representam uma resposta individual mais intensa ao tabagismo e devem ser diferenciadas das leucoplasias.

Fonte

PINDBORG, J.J. *Micoses in PINDBORG, J.J. Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Editorial Médica Pan-americana, p.54-66, 1981, São Paulo.*

PINDBORG, J.J. *Doenças dos tecidos moles da boca in PINDBORG, J.J. Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Editorial Médica Pan-americana, p.164-196, 1981, São Paulo.*

FIGURA 11



Lesão leuco-eritroplásica



Leucoplasia com eritroplasia nodular de borda da língua

Lesões precursoras

Lesões vermelhas

LESÕES VERMELHAS

São aquelas que apresentam coloração mais avermelhada que a da mucosa normal da boca. As principais lesões vermelhas, consideradas de risco de câncer, são as eritroplasias.

ERITROPLASIA

É o termo clínico usado para designar as placas de cor vermelho escuro, circunscritas, brilhantes, geralmente homogêneas, que não fazem parte do quadro clínico de alguma doença já diagnosticada no indivíduo. As eritroplasias são geralmente assintomáticas. Quando intercaladas com algumas áreas leucoplásicas, são chamadas nodulares, que ocorrem com maior frequência em indivíduos do sexo masculino com mais de 50 anos de idade. As placas eritroplásicas surgem em qualquer local da boca, mas são encontradas principalmente no soalho, no palato e nas bordas da língua. As eritroplasias são muito mais raras que as leucoplasias, porém apresentam alto potencial de cancerização. Em 90% dos casos, a eritroplasia é diagnosticada como displasia grave ou carcinoma. Seu diagnóstico diferencial pode ser feito com a candidíase eritematosa, o líquen plano erosivo e o lúpus eritematoso.

O uso de um colposcópico permite observar importantes características da lesão, como o aumento do calibre dos vasos sanguíneos e bruscas interrupções nos seus trajetos em torno dela.

Líquén plano erosivo

Embora o líquen plano seja mais frequentemente um diagnóstico diferencial da leucoplasia, a sua forma erosiva geralmente apresenta-se como uma lesão avermelhada, que pode ser bilateralmente encontrada em qualquer região da mucosa bucal. As lesões cutâneas, muito frequentemente presentes, compõem o quadro clínico e facilitam o diagnóstico.

Lúpus eritematoso

Tanto na forma sistêmica como na forma discóide crônica, o lúpus eritematoso se manifesta também na cavidade bucal, encontrando-se lesões eritematosas na língua, palato e mucosa jugal, preferencialmente. As lesões podem ulcerar, sangrar ou associar-se a áreas esbranquiçadas. O principal diagnóstico diferencial do lúpus eritematoso se faz com o líquen plano, quando as lesões são exclusivamente bucais. É discutível o potencial neoplásico do lúpus eritematoso.

Candidíase eritematosa

Constituem-se em placas vermelhas sem pontos brancos, frequentemente localizados no palato de portadores de prótese total superior, podendo ser encontradas também no dorso da língua e outros pontos da mucosa bucal.

Fonte

PINDBORG, JJ. Doenças dos tecidos moles da boca in PINDBORG, JJ. Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Editorial Médica Pan-americana, p.164-196, 1981, São Paulo.

PINDBORG, JJ. Outras situações inflamatórias da pele e dos tecidos subcutâneos in PINDBORG, JJ Atlas das doenças da mucosa oral. Editorial Médica Pan-americana, p.212-232, 1981, São Paulo.

FIGURA 12



Carcinoma invasor de base da língua



Carcinoma invasor de lábio



Carcinoma invasor de soalho bucal

CARCINOMAS

Dos cânceres que ocorrem na boca, 90% a 95% referem-se ao carcinoma epidermóide, também chamado de espinocelular ou de células escamosas. Ele, geralmente, se caracteriza pelo rompimento do epitélio, com formação de uma úlcera de consistência e base endurecida, e raramente apresenta consistência mole, que mais comumente ocorre nas lesões herpéticas e traumáticas, assim como as aftas. O carcinoma exibe normalmente um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão. Do ponto de vista clínico, pode-se classificar as lesões da boca em ulceradas, nodulares e vegetantes. As ulceradas são divididas em: superficial, quando se situam paralelamente ao plano do epitélio; infiltrante, quando invadem os tecidos subjacentes; e infiltrante destrutiva, quando, além da infiltração, ocorre perda de tecido e a lesão se aprofunda, constituindo-se numa lesão endofítica. As lesões nodulares caracterizam-se por serem recobertas de mucosa normal e geralmente representam lesões benignas ou malignas de glândulas salivares menores. Já as lesões vegetantes se exteriorizam e, por isso, são denominadas exofíticas.

A palpação cuidadosa das áreas em torno da úlcera é importante para detectar endurecimento que, por sua vez, pode significar invasão de estruturas adjacentes, ou seja, a propagação do tumor. Os carcinomas da boca se disseminam através da drenagem linfática para os linfonodos do pescoço, daí a importância, quando do exame físico, de se inspecionar e palpar detidamente essa região.

No entanto, outras doenças podem se manifestar como lesões ulceradas e causar confusão diagnóstica com o câncer da boca. É o caso das doenças que estimulam no organismo reação do tipo granulomatosa, como a leishmaniose, a tuberculose e, principalmente, a paracoccidiomicose e o cancro sifilítico.

O diagnóstico precoce do câncer da boca é bastante dificultado por dois motivos: além de serem assintomáticas e, portanto, desvalorizadas, as lesões iniciais são raramente identificadas pela maioria dos profissionais que examinam a boca.

Já para as lesões avançadas, é obrigatório o diagnóstico diferencial com várias doenças, tais como:

Paracoccidiomicose (Blastomicose Sul-americana)

Manifesta-se como lesão ulcerada rasa, de bordos planos, apresentando um fundo granuloso, entremeadado por pontos distintos hemorrágicos e podendo atingir em fase avançada muitas partes da mucosa bucal. A paracoccidiomicose apresenta, concomitantemente às lesões bucais, lesões pulmonares que são caracterizadas radiologicamente por um infiltrado retículo-micronodular que respeita os ápices.

Cancro sifilítico

O cancro sifilítico ou luético ocorre na boca como manifestação primária da sífilis e pode ser confundido com o câncer. Seu aspecto é nodular, com depressão ou ulceração central, granuloso e de bordas elevadas, e ocorre com maior frequência no lábio e na língua, mas pode ser encontrado em qualquer região da mucosa bucal. Pode permanecer de duas a seis semanas, após as quais regride espontaneamente, ou seja, mesmo que não tenha sido tratado. Provoca quase sempre linfonodomegalia residual.

Fonte

PINDBORG, J.J. *Neoplasias in PINDBORG, J.J. Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Editorial Médica Pan-americana, p.70-116, 1981, São Paulo.*

SHAH, J.P, LIDIATT, W.M. *Tumors of the oral cavity in THAWLEY, SE; PANJE, WR; BATSAKIS, JG; LINDBERG, RD. Comprehensive management of head and neck tumors. W.B. Saunders, 2ª ed., Philadelphia, vol. I, cap. 34, p.686-694, 1999.*

FIGURA 13



Sarcoma



Melanoma

O CÂNCER DAS GLÂNDULAS SALIVARES

Esses tumores podem ser encontrados em qualquer localização da boca, porém, ocorrem mais freqüentemente no palato mole e na parte interna do lábio, onde se situam em grande número as glândulas salivares menores.

Clinicamente, eles se apresentam como tumores nodulares, de evolução lenta e assintomática, delimitados, e que se ulceram somente quando atingem grande volume. Os tipos histológicos malignos mais freqüentes são os carcinomas adenocísticos (também chamados de cilindromas), os carcinomas muco-epidermóides, os tumores de células acinares e o adenocarcinoma. Entre os tumores benignos, o adenoma pleomórfico ou tumor misto da glândula salivar é o mais freqüente e apresenta raramente um correspondente maligno. O diagnóstico diferencial dos tumores da glândula salivar só pode ser feito por meio da biópsia. Diferentemente dos outros tumores da boca, a maior incidência dos tumores da glândula salivar se verifica no sexo feminino.

SARCOMAS

São tumores raros na boca. De origem mesenquimatosa, os sarcomas se apresentam muito vascularizados e de evolução rápida. Ao contrário dos carcinomas, ocorrem com maior freqüência em crianças e nos adultos jovens. São tumores de extrema gravidade, que se metastatizam por via hematogênica, alcançando principalmente os pulmões.

MELANOMAS

A presença na mucosa bucal de uma mancha isolada, acastanhada, azul-acinzentada ou negra, localizada nos rebordos alveolares, palato ou gengivas, independentemente do tempo de evolução, deve ser sempre investigada, pois pode tratar-se de melanoma.

Apesar de ser uma neoplasia muito rara na boca, o melanoma é considerado de grande importância pela sua alta malignidade e mortalidade. Nos indivíduos negros e mulatos, a presença de áreas pigmentadas na boca é natural. Os principais aspectos que diferenciam estas áreas dos melanomas é que geralmente, nestes indivíduos, as manchas melânicas apresentam-se difusas pela mucosa bucal, além da textura do epitélio guardar suas características próprias.

O melanoma pode ser confundido com a mácula melanocítica, tatuagem e principalmente com o nevo. Os nevos consistem de lesões planas ou elevadas, pigmentadas (de cor marrom, cinza, azul ou preto) ou não, e que podem apresentar potencial de malignização. Eles devem ser distinguidos de outras lesões pigmentadas benignas, principalmente se eles vêm sofrendo traumatismos provocados pelo uso de próteses, má higiene bucal, mastigação inadequada ou maceração por cúspides dentárias. Raramente são encontrados na boca e, quando o são, os locais de preferência são a orofaringe, o palato e a mucosa jugal.

Fonte

PINDBORG, J.J. Neoplasias in PINDBORG, J.J. Atlas das Doenças da Mucosa Oral. Editorial Médica Pan-americana, p.70-116, 1981, São Paulo.

SHAH, JP, LIDIATT, WM. Tumors of the oral cavity in THAWLEY, SE; PANJE, WR; BATSAKIS, JG; LINDBERG, RD. Comprehensive management of head and neck tumors. W.B. Saunders, 2ª ed., Philadelphia, vol. 1, cap. 34, p.686-694, 1999.

FIGURA 14



Inspeção da mucosa labial



Inspeção do bordo direito da língua



Inspeção do soalho da boca

Métodos diagnósticos

Exame clínico

O exame clínico da boca não requer instrumentos especiais e deve ser realizado em todos os indivíduos, sobretudo nos considerados de risco para o câncer da boca, com a finalidade de se descobrir lesões precursoras do câncer ou lesões malignas em suas fases iniciais.

Para examinar a boca é necessário que se disponha de iluminação natural ou fonte de luz direta, espelho bucal, abaixadores de língua convencionais ou espátulas de madeira, luvas ou dedeiras de borracha, e compressas de gaze ou lenços de papel.

Deve-se obedecer a uma seqüência preestabelecida, pois a metodização do exame evita falhas na sua execução. Assim, propõe-se a seguinte seqüência de exame, adaptada da técnica semiológica recomendada pela *American Cancer Society*.

INSPEÇÃO GERAL

Antes de se iniciar o exame, deve-se verificar o uso de próteses removíveis e retirá-las, a fim de possibilitar o acesso a toda a mucosa, e solicitar à pessoa que lave muito bem a boca.

A pessoa a ser examinada deve estar sentada na frente do examinador, mantendo-se ambos num mesmo plano. Antes de iniciar o exame da boca, o examinador deve inspecionar a face e o pescoço, à procura de sinais, manchas, assimetrias e de feridas que sangram ou não cicatrizam.

INSPEÇÃO DA BOCA

De modo geral, a inspeção das estruturas da cavidade bucal tem por objetivo observar o volume ou o contorno das mesmas, assim como a cor e a textura da mucosa de revestimento, em busca de anormalidades como as já descritas.

A inspeção pode começar pelos lábios, os quais devem ser examinados inicialmente com a boca fechada e depois aberta, a fim de visualizar-se a coloração e a linha de contato dos mesmos.

Com o auxílio do espelho bucal, afastadores, espátulas ou dedos enluvados e com o indivíduo mantendo a boca parcialmente aberta, expor a mucosa da face interna dos lábios e da face vestibular do rebordo gengival e examinar as estruturas superiores e inferiores.

Usando os mesmos instrumentos ou a ponta dos dedos indicadores, prosseguir examinando a mucosa jugal de cada lado, indo das comissuras labiais até as áreas retromolares e do sulco gengivo-jugal inferior ao superior, bilateralmente.

Ainda com o indivíduo mantendo a boca parcialmente aberta, solicitar que o mesmo ponha a língua para fora, mova-a para cima e para baixo e que toque o palato com a ponta da mesma. Essas manobras permitirão examinar o dorso e o ventre linguais, além de permitir a observação de redução ou assimetria dos movimentos. A seguir, segura-se a ponta da língua com uma compressa de gaze ou lenço de papel, afasta-se a bochecha com um espelho ou espátula e movimenta-se a língua para a direita e esquerda, a fim de expor e examinar suas bordas esquerda e direita, respectivamente.

Suspendendo-se agora a língua com o auxílio de espelho, espátula ou afastador, examina-se o soalho da boca até a altura do último molar e a face lingual do rebordo gengival, de ambos os lados.

Solicitar ao indivíduo, então, que retorne a língua à posição de repouso e que recline a cabeça para trás, abrindo a boca totalmente, a fim de visualizar-se o palato duro e a face palatina do rebordo gengival, de ambos os lados.

Aproveitar a oportunidade para examinar o palato mole, as lojas e os pilares amigdalíneos, com a pessoa mantendo a língua em repouso dentro da boca e o auxílio de uma espátula ou espelho para rebaixar seu dorso. Solicitar que o indivíduo pronuncie a vogal A bem longamente, para melhor exposição daquelas estruturas.

Fonte

RAPOPORT, A & KOWALSKI, LP. *O diagnóstico clínico em cabeça e pescoço* in BRANDÃO, LG & FERRAZ, AR. *Cirurgia de cabeça e pescoço*. Livraria Roca Ltda., vol. 1, cap. 2, p.5-9, 1989.

Métodos diagnósticos
Exame clínico e citologia

FIGURA 15



Palpação do soalho da boca



Palpação dos linfonodos submentonianos e submandibulares



Métodos diagnósticos

Exame clínico e citologia

PALPAÇÃO DAS ESTRUTURAS BUCAIS

Após a inspeção dos lábios e da cavidade bucal, deve-se proceder à sua palpação, a fim de que se definam melhor as características de consistência, sensibilidade, limites, mobilidade e textura da superfície das áreas.

Usando dedeira no dedo indicador ou luva, palpar os lábios em suas faces externa e interna, assim como a mucosa jugal de ambos os lados.

Depois, uma mão traciona a língua pela ponta, envolvida em gaze ou lenço de papel, e o dedo indicador da outra a palpa em toda a sua extensão, especialmente a sua base.

Numa manobra bidigital, com os dedos indicadores (um dentro e o outro fora da boca), buscar anormalidade nos tecidos moles do soalho bucal, nas glândulas salivares submandibulares, e no contorno da mandíbula. Com o indivíduo mantendo a boca totalmente aberta e a cabeça inclinada para trás, palpar o palato duro. Depois, com o indivíduo mantendo a boca fechada, palpar os linfonodos submandibulares e submentonianos.

PALPAÇÃO DO PESCOÇO

Apesar das linfonodomegalias constituírem um sinal de doença avançada, elas podem representar a primeira evidência clínica do câncer da boca, evidenciada pelo dentista, médico ou paciente. Como elas também constituem sinal de várias outras doenças, podem passar despercebidas. Assim, deve-se proceder à palpação das cadeias linfáticas da veia jugular, fossa supraclavicular e espinhal, à procura de linfonodos suspeitos.

CITOLOGIA

A citologia esfoliativa consiste no exame microscópico do material que é raspado da superfície da lesão da mucosa bucal, com um instrumental variado, à opção do profissional.

O material é coletado de preferência com espátula de madeira, por ser mais áspera, mais barata, mais disponível e descartável. Outros profissionais preferem, no entanto, a espátula metálica por não reter líquido ou células. Uns outros, por sua vez, preferem as espátulas de poliuretano.

A esfoliação tem boa eficácia nas displasias, lesões ulceradas e eritroplasia, não sendo indicada nas leucoplasias homogêneas. Deve-se aplicar força suficiente para descamar a camada superficial da lesão. Aplica-se então o material obtido sobre uma lâmina, com um só movimento e em um único sentido, para que seja realizado um esfregaço uniforme e delgado. Isto impede que se sobreponham camadas na lâmina, o que prejudicaria o exame microscópico.

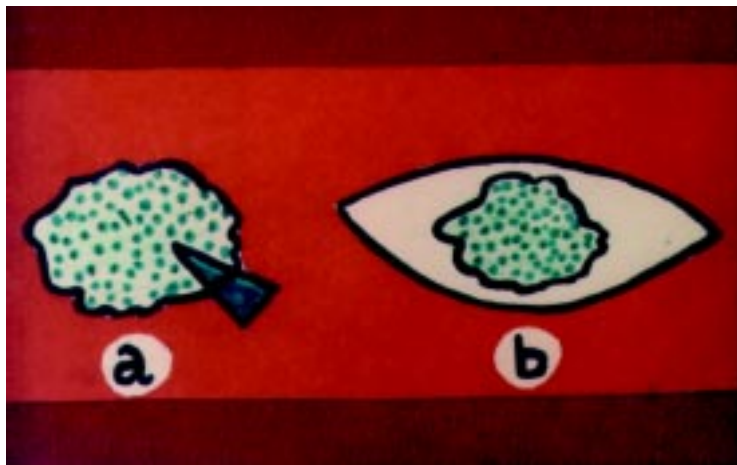
O material é fixado imediatamente em álcool absoluto ou spray fixador. A lâmina deve ser acondicionada em embalagem adequada e encaminhada ao centro de anatomia patológica mais próximo.

A citologia esfoliativa representa um método de diagnóstico, mas não dispensa o exame histopatológico de material coletado por meio de biópsia, já que aproximadamente 20% dos seus resultados são falso-negativos. No entanto, quando bem conduzida, é um excelente auxiliar no diagnóstico das ulcerações bucais e controle dos pacientes com câncer da boca submetidos a cirurgias extensas e à radioterapia.

Fonte

RAPOPORT, A & KOWALSKI, LP. O diagnóstico clínico em cabeça e pescoço in BRANDÃO, LG & FERRAZ, AR. Cirurgia de cabeça e pescoço. Livraria Roca Ltda., vol. 1, cap. 2, p.5-9, 1989.

FIGURA 16



TESTE DO AZUL DE TOLUIDINA

Este teste baseia-se na fixação do corante básico azul-de-toluidina pelos ácidos nucleicos presentes nos núcleos das células. Como o número de células tumorais por centímetro cúbico é maior que o das células normais, a área da lesão se cora bem mais do que as outras. Por isso, o teste é utilizado para orientar a área a ser biopsiada. A técnica consiste na limpeza da superfície da lesão com gaze ou cotonete embebido em solução de ácido acético a 1%, seguida da aplicação de azul-de-toluidina a 1% durante 1 minuto. Instrui-se a pessoa a fazer um bochecho com água, para remover o excesso do corante, e limpa-se novamente a superfície da lesão com solução de ácido acético a 1%. O local que permanecer mais impregnado pelo corante é o que deve ser biopsiado. Caso haja dúvida, a avaliação clínica indicará a área mais adequada.

Ressalta-se que a indicação do teste do azul-de-toluidina não tem finalidade diagnóstica; ele apenas orienta a biópsia de lesões detectadas ao exame físico que são suspeitas de câncer da boca. É um método utilizado principalmente em programas de detecção de câncer em grandes grupos de risco.

BIÓPSIA

A comprovação definitiva da presença ou ausência de alterações malignas é dada pelo exame histopatológico de material obtido por biópsia da lesão.

Com esse fim, são utilizados instrumentos cortantes bem afiados, como pinça, punch ou bisturi, de acordo com a preferência do operador. A biópsia em saca-bocado é indicada para lesões vegetantes.

Dependendo do tamanho da lesão, indica-se o tipo de biópsia: quando a lesão é grande, utiliza-se a biópsia incisional, que consiste na remoção de um pequeno fragmento da borda da lesão; quando pequena e portanto inteira e facilmente ressecável, realiza-se uma biópsia excisional, pela qual a lesão é retirada em toda sua totalidade, garantindo-se margens de segurança radial e vertical, ou seja, que na peça de biópsia a lesão esteja rodeada de tecido normal em toda a sua extensão e profundidade. O teste do azul-de-toluidina pode determinar os limites da lesão, além dos quais se deve proceder à excisão. Vê-se, assim, que a biópsia quando é excisional é ao mesmo tempo diagnóstica e terapêutica.

As condições ideais para se praticar a biópsia são:

1. a zona mais corada ao teste do azul-de-toluidina;
2. as bordas da lesão, incluindo-se uma pequena parte de tecido normal (biópsia incisional);
3. qualquer ulceração superficial das eritroplasias ou leucoplasias;
4. a porção mais verrucosa de uma leucoplasia;
5. lesões livres de excesso de queratinização, pela remoção prévia de crostas;
6. zonas lesionais livres de áreas necróticas ou ulceradas profundas.

O espécime deve ser acondicionado em um frasco contendo formol a 10%, em volume suficiente para que o material biopsiado fique completamente submerso e deverá ser encaminhado para o centro de anatomia patológica, acompanhado de todas as informações clínicas sobre o caso.

Se o resultado da biópsia incisional for negativo para câncer e se a suspeita clínica deste persistir, deverá-se repetir a biópsia, tantas vezes quanto necessário.

A coleta de material por aspiração (biópsia aspirativa) é um método que vem sendo utilizado ultimamente como meio de diagnóstico, especialmente de lesões nodulares submucosas.

Fonte

SHAH, JP, LIDIATT, WM. *Tumors of the oral cavity in THAWLEY, SE; PANJE, WR; BATSAKIS, JG; LINDBERG, RD. Comprehensive management of head and neck tumors. W.B. Saunders, 2ª ed., Philadelphia, vol. 1, cap. 34, p.686-694, 1999.*

FIGURA 17

| Estadiamento | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| <i>Estádio 0</i> | <i>Tis</i> | <i>N0</i> | <i>M0</i> |
| <i>Estádio I</i> | <i>T1</i> | <i>N0</i> | <i>M0</i> |
| <i>Estádio II</i> | <i>T2</i> | <i>N0</i> | <i>M0</i> |
| <i>Estádio III</i> | <i>T3</i> | <i>N0</i> | <i>M0</i> |
| | <i>T1</i> | <i>N1</i> | <i>M0</i> |
| | <i>T2</i> | <i>N1</i> | <i>M0</i> |
| | <i>T3</i> | <i>N1</i> | <i>M0</i> |
| <i>Estádio IVA</i> | <i>T4</i> | <i>N0</i> | <i>M0</i> |
| | <i>T4</i> | <i>N1</i> | <i>M0</i> |
| | <i>Qualquer T</i> | <i>N2</i> | <i>M0</i> |
| <i>Estádio IVB</i> | <i>Qualquer T</i> | <i>N3</i> | <i>M0</i> |
| <i>Estádio IVC</i> | <i>Qualquer T</i> | <i>Qualquer N</i> | <i>M1</i> |

Bases do Tratamento

A cirurgia, a radioterapia e, em casos selecionados, a quimioterapia são, isolada ou associadamente, os métodos terapêuticos aplicáveis ao câncer da boca.

Em se tratando de lesões iniciais (ou seja, restritas ao local de origem, sem extensão a tecidos ou estruturas vizinhas e muito menos a linfonodos regionais), e dependendo da sua localização, pode-se optar ou pela cirurgia ou pela radioterapia, visto que ambas apresentam resultados semelhantes, expressos por um bom prognóstico (cura em 80% dos casos). O fator mais importante de piora na avaliação prognóstica do doente portador de câncer bucal é a presença de metástases regionais.

Nas demais lesões, se operáveis, a cirurgia está indicada, associada ou não à radioterapia. Quando existe linfonodomegalia metastática, indica-se o esvaziamento cervical do lado afetado, sendo o prognóstico do caso bastante reservado. A cirurgia radical do câncer da boca evoluiu sobremaneira, com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata, permitindo largas ressecções e uma melhor recuperação do paciente. As deformidades, porém, são ainda grandes e o prognóstico dos casos, intermediário.

Embora a radioterapia seja bastante empregada como método primário de tratamento do câncer bucal em países como a França (principalmente através da braquiterapia), este método terapêutico tem sido utilizado complementarmente à cirurgia em nosso meio.

A quimioterapia poderá ser empregada em casos avançados selecionados, visando à redução do tumor, a fim de possibilitar o tratamento posterior pela radioterapia ou cirurgia. O prognóstico nestes casos é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de controlar-se totalmente as lesões extensas, a despeito dos tratamentos aplicados.

Fonte

DE VITTA VT, et al. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 5th edition, 1997, 3125p.

DIAS FL. *Análise do valor prognóstico de fatores histopatológicos e da expressão da proteína p53 em carcinomas epidermóides da língua e soalho bucal*. Tese Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LANGLAIS RP, et al. *Oral Diagnosis, Oral Medicine and Treatment Planning*. Lea & Febiger, 2nd edition, 1994, 854p.

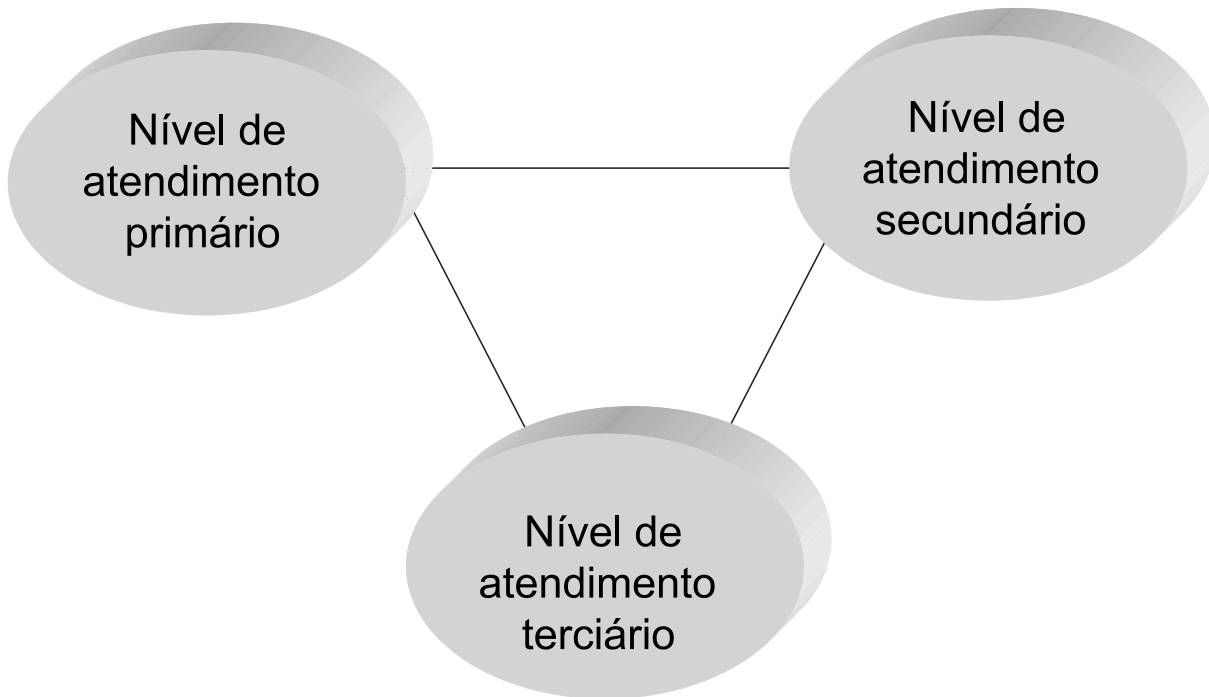
MacCOMB WS, FLETCHER GH, HEALEY JE, JR. *Intra-oral cavity*. In: MacCOMB WS, FLETCHER GH (eds.). *Cancer of the Head and Neck*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967, pp:89-151.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *União Internacional Contra o Câncer. TNM Classificação dos tumores malignos*. Rio de Janeiro, 1998 - tradução da 5ª edição, 1997.

PINDBORG JJ. *Histological Typing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa (International Histological Classification of Tumours)*. Springer Verlag, 2nd edition, 1997.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Oral cancers. Research Report. National Cancer Institute publication n° 88-2876*, 1988.

FIGURA 18



Controle do câncer da boca

Procedimentos de controle do câncer da boca

Os profissionais da saúde brasileiros trabalham sob diferentes condições quanto aos recursos disponíveis, sua capacitação profissional e organização do sistema de saúde.

Assim, é desejável que as ações destes profissionais se façam a partir de níveis hierarquizados de atividades que possibilitem a integração e racionalização dos serviços, tornando-os capazes de atender com mais eficiência e presteza. Esses níveis são assim definidos:

NÍVEL DE ATENDIMENTO PRIMÁRIO

Especializado em promoção da saúde, no qual se fornecem informações gerais sobre hábitos saudáveis de vida, e dá-se o atendimento multidisciplinar, visando à prevenção de doenças, com base em profissionais qualificados em prevenção e diagnóstico precoce e dispendo de equipamentos de complexidade mínima.

Atividades

- Reuniões educativas (palestras, grupos de reflexão, mostra de vídeos, etc.) sobre o câncer, visando à mobilização e conscientização para o auto-cuidado, à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer da boca, à quebra dos preconceitos e à diminuição do medo da doença.
- Reuniões específicas para discutir os fatores de risco do câncer da boca e apontar a importância do exame clínico semestral.
- Exame da cavidade bucal.
- Prestação de cuidados gerais de saúde bucal (tratamento dentário, inclusive).
- Encaminhamento ao nível secundário de casos suspeitos.

Perfil profissional

- Pessoal de nível médio ou técnico envolvido em qualquer atividade de saúde pública ou comunitária.
- Dentista, clínico geral, assistente social, enfermeiro e pedagogo.

Estabelecimentos

- Consultórios dentários e médicos de postos de saúde, escolas, igrejas, centros comunitários, sindicatos, etc.

NÍVEL DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO

Este nível exige profissionais mais treinados para realizar especificamente o exame da boca e avaliar e proceder ao diagnóstico de uma lesão acaso existente.

Atividades

- Orientação sobre mudanças de hábitos de vida que expõem os indivíduos a fatores de risco.
- Remoção de lesões precursoras do câncer e de fatores irritativos, tais como próteses desajustadas ou fraturadas.
- Exame da cavidade bucal e detecção de lesões suspeitas.
- Biópsia.
- Tratamento de lesões benignas simples.
- Encaminhamento dos casos de alta suspeita e de câncer confirmados para o nível terciário.
- Seguimento de casos tratados.

Procedimentos de controle do câncer da boca

Perfil do profissional

- Clínico geral, enfermeiro, otorrinolaringologista e cirurgião-dentista.

Estabelecimentos

- Centros de saúde, unidades mistas, clínicas, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos, etc.

NÍVEL DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO/QUATERNÁRIO

Neste nível é realizado o tratamento de lesões benignas complexas e do câncer da boca. Ele necessita de profissionais treinados em diversas áreas, que compõem a chamada equipe multiprofissional.

Atividades

- Exame da cavidade bucal, diagnóstico clínico, diagnóstico patológico e estadiamento.
- Biópsia e diagnóstico complementar, inclusive de lesões metastáticas (por exemplo, linfonodomegalias).
- Cirurgia, radioterapia e quimioterapia.
- Seguimento de casos tratados.
- Reabilitação física e psicológica, objetivando bons resultados terapêuticos com mínimos efeitos colaterais e a reintegração do indivíduo aos seus ambientes familiar, social e ocupacional, sempre que possível, nos casos de lesões operáveis ou extensas.

Perfil do profissional

- Cirurgião de cabeça e pescoço;
- Cirurgião-dentista especialista em cirurgia buco-maxilofacial, prótese buco-maxilofacial, estomatologia e implantologia;
- Radioterapeuta;
- Cirurgião Plástico;
- Oncologista Clínico;
- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Fonoaudiólogo;
- Protético; etc.

Estabelecimentos

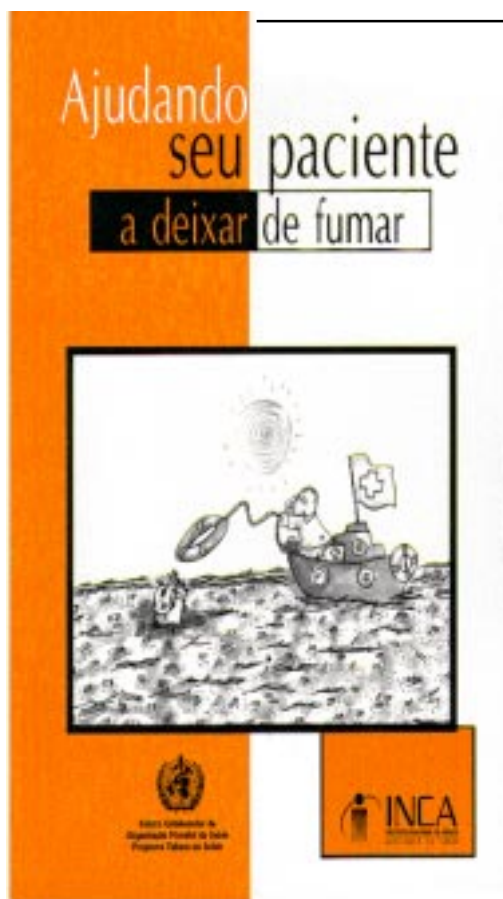
- Hospitais gerais com serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Radioterapia, Oncologia Clínica, Cirurgia Plástica, etc. ou hospitais especializados no tratamento do câncer.

Fonte

MacCOMB WS, FLETCHER GH, HEALEY JE, JR. Intra-oral cavity. In: MacCOMB WS, FLETCHER GH (eds.). *Cancer of the Head and Neck*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967, pp:89-151.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Oral cancers. Research Report. National Cancer Institute publication n° 88-2876, 1988.*

FIGURA 19



PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DA BOCA

É evidente a necessidade de um programa de prevenção do câncer bucal no Brasil.

A possibilidade de sua prevenção através de ações que estimulem mudanças de comportamento na população para redução da exposição a fatores de risco desse tipo de câncer, salta aos nossos olhos. Conclui-se que é possível através de medidas que resultem na redução da exposição a fatores de risco, diminuir a incidência do câncer da boca no Brasil. Nesse contexto destacam-se ações integradas que visam:

- o controle do tabagismo;
- o controle do uso do álcool;
- o controle de exposição solar em especial entre trabalhadores;
- o estímulo a higiene bucal, e
- o acompanhamento adequado de adaptação de próteses bucais.

Portanto, justifica-se investir tanto em educação comunitária como profissional para esse fim, por meio da organização de programas que prevejam de forma sistematizada a realização de campanhas periódicas, e a instrumentalização de profissionais de saúde e educação para estimular essas mudanças de comportamento na rotina de canais comunitários específicos e assim na comunidade. Porém, para otimização de recursos é fundamental que, por meio do estabelecimento de parcerias, sejam aproveitadas estratégias construídas por outros tipos de programas ou grupos sociais. Dessa forma, o envolvimento de profissionais da área de educação, de profissionais de saúde da família, de agentes comunitários, organizações não-governamentais e outros podem ser uma excelente forma de ampliar a penetração desses estímulos na comunidade.

No que se refere ao programa de detecção precoce, não existem evidências diretas mostrando que o rastreamento resulte em diminuição da mortalidade por câncer oral.

Diferente do que se observa hoje em relação ao rastreamento do câncer do colo do útero, ainda existem alguns elementos que dificultam a eficácia e a efetividade do programa de rastreamento em massa para a redução da mortalidade e morbidade do câncer da boca. O incompleto entendimento da história natural das lesões precursoras torna difícil a classificação de casos positivos no rastreamento. A identificação de todos os casos de leucoplasias como positivo provavelmente resultaria em excesso de diagnóstico, e em tratamento desnecessário de lesões que poderiam nunca evoluir para câncer. Por outro lado, a determinação de quais lesões teriam maior probabilidade de evoluir para malignidade requer técnicas invasivas. Além disso, o tratamento da leucoplasia não necessariamente evita a sua evolução para câncer invasivo.

Enfim, apesar do tratamento do câncer invasivo em fase inicial causar menos morbidade do que o tratamento do câncer em estágio avançado, e do melhor prognóstico dos casos iniciais, ainda não existem evidências suficientes da efetividade dos métodos atuais de rastreamento em massa, quer em termos da redução de mortalidade, quer em termos da incidência de doença invasiva por meio da detecção e tratamento das lesões precursoras.

No entanto, justifica-se a realização de projetos piloto em regiões do país onde a incidência da doença é mais elevada com o objetivo de se avaliar metodologias de rastreamento oportunistas de grupos de risco e organização de serviços para atendimento da demanda gerada, assim como o impacto resultante desses procedimentos na morbimortalidade pelo câncer da boca nessa região.

Portanto, ações educativas voltadas para estimular a população a realizar o exame clínico da boca e para sensibilizar e instrumentalizar profissionais de saúde para o rastreamento oportunístico de grupos de risco devem fazer parte das políticas educativas para a prevenção do câncer no país.

Fonte

SILVA VLC, CAVALCANTE TM. Programas de prevenção e controle do câncer bucal: atividades educativas, diagnóstico precoce e proposta de programas integrados. In: KOWALSKI LP, DIB LL, IKEDA MK, ADDE C. Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. Fróntis Editorial, Rio de Janeiro, 1ª edição, pp:57-69.

FIGURA 20



Auto-exame da boca

Uma estratégia auxiliar para o diagnóstico do câncer da boca em fase inicial é o auto-exame da boca. Ele pode ser ensinado nas atividades de educação comunitária, em uma linguagem fácil e acessível à população, como sugerimos abaixo.

O auto-exame da boca é um método simples, bastando para a sua realização um ambiente bem iluminado e um espelho. A finalidade deste exame é identificar anormalidades existentes na mucosa bucal, que alertem o indivíduo e o façam procurar um dentista ou um médico.

TÉCNICA

1. Lave bem a boca e remova as próteses dentárias, se for o caso.
2. De frente para o espelho, observe a pele do rosto e do pescoço. Veja se encontra algum sinal que não tenha notado antes. Toque suavemente, com a ponta dos dedos, todo o rosto.
3. Puxe com os dedos o lábio inferior para baixo, expondo a sua parte interna (mucosa). Em seguida, palpe todo o lábio. Puxe o lábio superior para cima e repita a palpação.
4. Com a ponta de um dedo indicador, afaste a bochecha para examinar a parte interna da mesma. Faça isso nos dois lados.
5. Com a ponta de um dedo indicador, percorra toda a gengiva superior e inferior.
6. Introduza o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e procure palpar todo o soalho da boca.
7. Incline a cabeça para trás, e abrindo a boca o máximo possível examine atentamente o céu da boca. Palpe com um dedo indicador todo o céu da boca, em seguida diga ÁÁÁÁ... e observe o fundo da garganta.
8. Ponha a língua para fora e observe a sua parte de cima. Repita a observação com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxando a língua para a esquerda, observe o lado direito da mesma. Repita o procedimento para o lado esquerdo, puxando a língua para a direita.
9. Estique a língua para fora, segurando-a com um pedaço de gaze ou pano, e palpe em toda a sua extensão com os dedos indicador e polegar da outra mão.
10. Examine o pescoço. Compare os lados direito e esquerdo e veja se há diferença entre eles. Depois, palpe o lado esquerdo do pescoço com a mão direita. Repita o procedimento para o lado direito, palpando-o com a mão esquerda. Veja se existem caroços ou áreas endurecidas.
11. Finalmente, introduza um dos polegares por debaixo do queixo e palpe suavemente todo o seu contorno inferior.

O QUE PROCURAR

- Mudanças na aparência dos lábios e parte interna da boca
- Endurecimentos
- Caroços
- Feridas
- Sangramento
- Inchações
- Áreas dormentes
- Dentes amolecidos ou quebrados

O paciente deve ser estimulado a fazer o auto-exame regularmente e a procurar um dentista ou um médico para a realização do exame clínico da boca, semestralmente ou anualmente.

Fonte

TORRES IA. Manual para o auto-exame da boca: Estratégia para o diagnóstico precoce do câncer. 2ª edição. Editora Universitária, João Pessoa, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer – uma proposta de integração ensino-serviço. 3ª edição. Rio de Janeiro, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer e seus fatores de risco. 2ª edição. Rio de Janeiro, 1997.

NEVILLE, BW et al. Oral and Maxilofacial Pathology. Saunders Co., Philadelphia, 1995.

REGÉZI, JÁ & SCIUBBA, JJ. Patologia Bucal - Correlações Clínico-patológicas. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1991.

SHAFFER, WG; HINE, MK; LEVY BM. Tratado de Patologia Bucal. 4ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1987.

WOOD, NK; GOAZ, PW. Diagnóstico diferencial das lesões bucais. 2ª ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1983.

Elaboração

Instituto Nacional de Câncer

Coordenação de Prevenção e Vigilância e Hospital do Câncer I

Tereza Maria Piccinini Feitosa (organizadora)

Alexandre José Peixoto Donato

Antônio Manuel R. da Silva

Cleide Regina da Silva Carvalho

Emília Rebello Lopes

Emílson de Queiroz Freitas

Fernando Luiz Dias

Jacob Kligerman

Jaime Leão Guitman

Luiz Claudio Santos Thuler

Luiz Stein Neves

Magda Cortes R. Rezende

Marcos Caminha P. Monteiro

Marcus Valério Frohe de Oliveira

Maria Inez Pordeus Gadelha

Marise Rebelo

Tânia Maria Cavalcanti

Vera Luiza da Costa e Silva

Colaboradores

Andréia Ribeiro Adib

José Roberto de Menezes Pontes

Maria Rita Pereira

Walter Correa Souza

Revisão

Fernando Luiz Dias

Marcos Caminha P. Monteiro

Produção

Divisão de Ações de Detecção Precoce – Conprev

Agradecimentos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – RJ

Abel Silveira Cardoso

Sandra Torres

Universidade Federal do Paraná – PR

Antônio Tommasi

Universidade Federal da Bahia – BA

Benedito Alves de Castro e Silva

DPS/SNAS/MS – DF

Benedito Elias Wasquin

Hospital Erasto Gaertner – PR

Benedito Valdecir de Oliveira

Gyl Henrique Albrecht Ramos

Hospital A. C. Camargo – SP

Décio dos Santos Pinto

Luiz Paulo Kowalski

Mc Gill University/ Divisão de Epidemiologia – Canadá

Eduardo Luís Franco

FPS/H.DAL – SARAHA – DF

Frederico Salles

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - MS

José Ferreira Menezes

Hospital Araújo Jorge – GO

Maria Paula Curado