

616.99431

I59c

MEMOTEC

Câncer de boca



Texto original

Antonio Manoel R. da Silva (Pro-Onco/INCa/MS - RJ)

Luiz Stein Neves (ex-Pro-Onco/INCa/MS - RJ)

Magda Côrtes R. Rezende (INCa/MS - RJ)

Maria Inez Pordeus Gadelha (Pro-Onco/INCa/MS - RJ)

Colaboradores

Abel Silveira Cardoso (UFRJ)

Antonio Tomasi (UFPR)

Benedito Alves de Castro e Silva (UFBA)

Benedito Elias Waquin (DPS/SNAS/MS - DF)

Benedito Valdeci de Oliveira (Hosp. Erasto Gaertner - PR)

Décio dos Santos Pinto (Hosp. A. C. Camargo - SP)

Emilson de Queiroz Freitas (INCa/MS - RJ)

Frederico Salles (FPS/H. DAL-SARAH - DF)

Gyl Henrique Albrecht Ramos (Hosp. Erasto Gaertner - PR)

Jacob Kligerman (INCa/MS - RJ)

Jaime Leão Guitman (INCa/MS - RJ)

José Ferreira Menezes (UFMS)

Luiz Paulo Kowalski (Hosp. A. C. Camargo - SP)

Maria Paula Curado (Hosp. Araujo Jorge - GO)

Sandra Torres (UFRJ)

Preparação de originais

Nathercia Martinelle (Pro-Onco/INCa/MS - RJ)

Editoração Eletrônica

Eduardo Franco (Pro-Onco/INCa/MS - RJ)

Evaldo de Abreu (Pro-Onco/INCa/MS - RJ)

Apoio

Luis Cordoni Junior (DPS/SNAS/MS - DF)

Mércio de Azevedo Ferreira (DPS/SNAS/MS - DF)

Rosiani Dourado Teixeira (DPS/SNAS/MS - DF)

SUMÁRIO



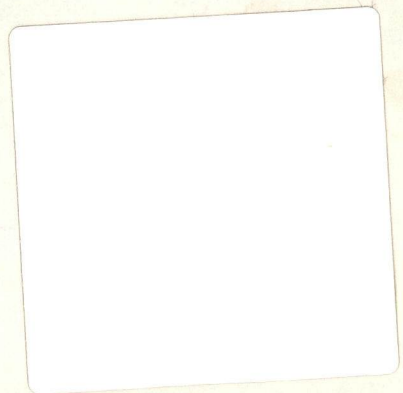
| | |
|--|---------|
| Apresentação | 07 |
| Prefácio | 09 |
| 01. Câncer de boca existe | 11 |
| 02. Fatores de risco no câncer de boca | 18 |
| 03. Quem tem câncer de boca | 33 |
| 04. Como surge o câncer de boca | 34 |
| 05. O que procurar | 36 |
| 06. O exame da boca | 43 |
| 07. Como confirmar a suspeita do câncer de boca | 46 |
| 08. O que fazer diante da suspeita de câncer de boca | 48 |
| 09. Conclusão | 50 |
| Fotografias | 25 a 32 |
| Bibliografia | 51 |

616. 99431
I 59c
MEMOTEC



C-7459

INCA - BIBLIOTECA
MEMÓRIA TÉCNICA
Nº REGISTRO 06/13
EM 17/04/2013



APRESENTAÇÃO

A edição do presente manual foi motivada pela necessidade de se reverter um quadro extremamente grave, em relação ao câncer de boca, verificado nos hospitais e serviços de câncer do Brasil. Um número crescente de pacientes chega a esses serviços com a doença já em fase avançada, momento em que a cura já não é mais possível e os tratamentos empregados passam a ter um caráter meramente paliativo.

Julgamos inadmissível que mesmo nos grandes centros, que concentram grande parte dos recursos médicos oferecidos à população, uma patologia que pode ser prevenida e cujo diagnóstico, para ser realizado, não necessita de aparelhos caros nem de intervenções complicadas, ainda apresente um quadro tão dramático de morbi-mortalidade.

Pretendemos com esta publicação, que integra um conjunto de materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco) e da Divisão Nacional de Programas de Saúde (Coordenação de Saúde Bucal), alcançar o profissional de saúde, médico e odontólogo que, atuando nos níveis primário e secundário de atendimento, se constitui na peça fundamental deste trabalho de controle do câncer de boca.

Esperamos que seu conteúdo, ao possibilitar um melhor entendimento da patologia, leve ao incremento da suspeita e do diagnóstico precoce, única condição capaz de permitir a redução da morbidade e mortalidade por câncer de boca.

Marcos F. Moraes
Diretor do Instituto Nacional de Câncer

PREFÁCIO

Procurando ampliar a capacidade de rastreamento de um câncer previsível e curável, responsável por cerca de 95% das neoplasias malignas da boca, é que nos propusemos a reunir as informações básicas necessárias ao seu adequado enfrentamento pelos profissionais de saúde brasileiros, a quem dedicamos este trabalho. O nosso maior desafio foi condensar, sem prejudicar o conteúdo, uma série de opiniões e experiências de autores nacionais e estrangeiros dedicados ao tema.

Este trabalho compõe-se de 8 capítulos, que foram ordenados obedecendo a uma seqüência lógica, no sentido de oferecer respostas às perguntas freqüentemente dirigidas por médicos e odontólogos de diversos estados brasileiros. Objetivou-se aqui, também, dar uma resposta às inúmeras instituições que se mostram interessadas em material educativo, destinado ao treinamento de recursos humanos. É oportuno ressaltar que a pesquisa sobre comportamento dos odontólogos brasileiros frente ao câncer de boca, realizada pela Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco em 1988 e 1989, foi decisiva na definição do conteúdo desta publicação.

Os três primeiros capítulos reúnem importantes informações sobre a epidemiologia da doença. São apresentados dados nacionais sobre a prevalência, etiologia e fatores de risco para o câncer de boca. O quarto e o quinto capítulos procuram dar uma interpretação biomorfológica ao fenômeno da carcinogênese, das lesões cancerizáveis ao carcinoma invasor. Estabelecem ainda a definição dessas lesões, suas características clínicas e diagnósticos diferenciais mais prováveis.

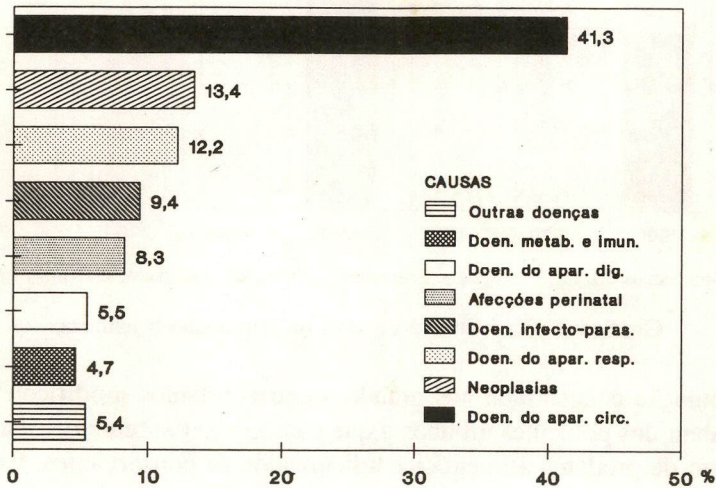
O sexto, sétimo e oitavo capítulos orientam quanto à adoção de uma semiotécnica apropriada como base para o diagnóstico precoce. Apontam também para a estruturação da rede de serviços como estratégia governamental no controle desta neoplasia, que é responsável por uma significativa taxa de mortalidade em nosso país.

ANTÔNIO MANOEL RODRIGUES DA SILVA

Supervisor do projeto de expansão da prevenção e controle do câncer da boca

1. Câncer de boca existe

Nas últimas décadas, o perfil de mortalidade da população brasileira se modificou, e o câncer substituiu, nos anos 80, as doenças infecciosas, passando a ocupar o segundo lugar entre as causas de óbitos por doenças. Em 1986 houve, no território nacional, 550.016 óbitos dessa natureza, dos quais 13,4% tiveram o câncer como causa primária (Gráf. 1).

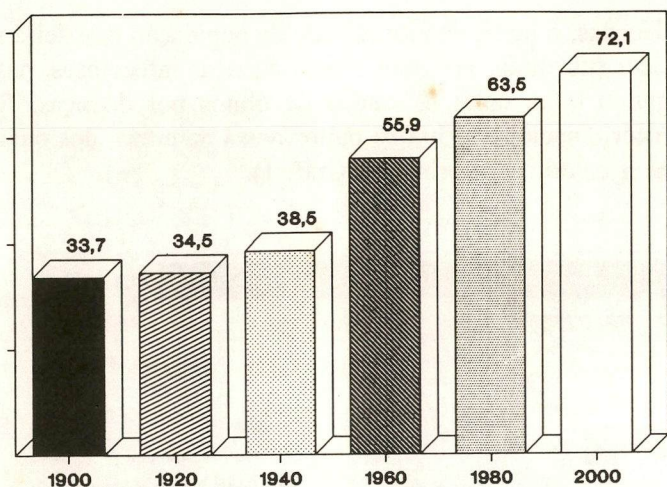


Fonte: Estatísticas de Mortalidade - SIM/MS

Gráfico 1. Distribuição percentual de óbitos por doenças na população brasileira em 1986.

Essa mudança verificada no perfil epidemiológico está em parte associada a transformações ocorridas na estrutura sócio-econômica do país, caracterizadas pelo processo de industrialização e pela urbanização acelerada. A urbanização crescente proporcionou, a parcelas ponderáveis de habitantes das cidades, o consumo de água tratada e saneamento básico, o que, combinado ao desenvolvimento das ciências médicas, notadamente à descoberta das vacinas e antibióticos e à sua utilização em massa, resultou na elevação gradual da expectativa de vida da população brasileira. Espera-se atingir a média de vida de 72,1 anos ao fim deste século (Gráf. 2).

Idade média (anos)

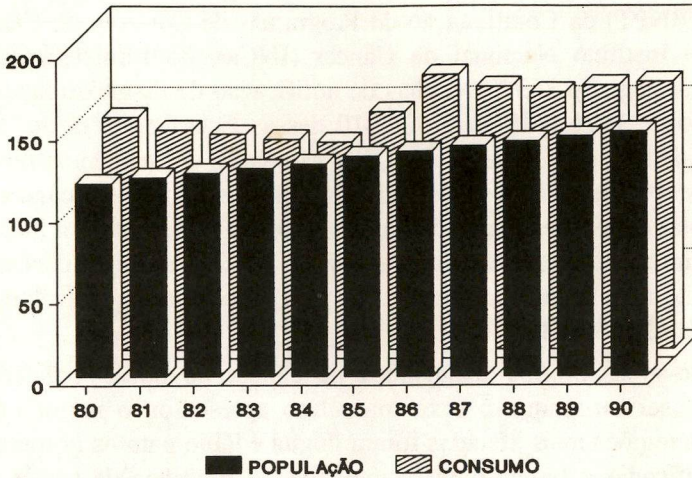


Fonte: Santos, J.L.F. - Demografia: Estimativas e Projeções. São Paulo, FAUUSP, 1978.

Gráfico 2 . Expectativa de vida da população brasileira.

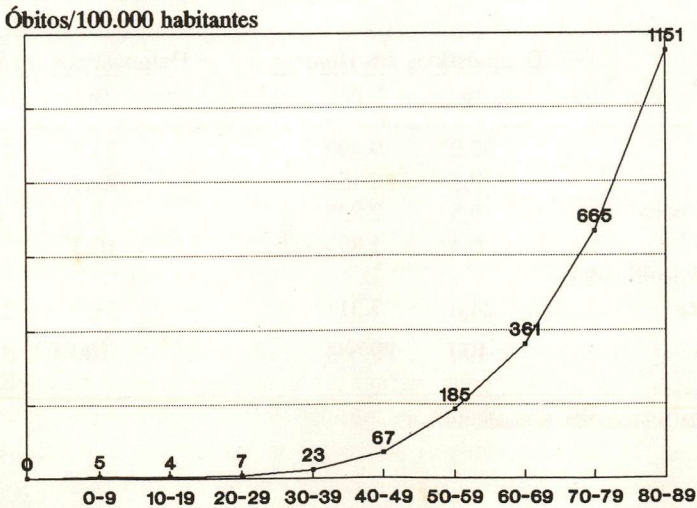
Essa população concentrada nos grandes centros urbanos modificou seus hábitos e, além dos poluentes urbanos a que passou a ser submetida, intensificou o consumo de produtos alimentícios adicionados de conservantes, flavorizantes, aromatizantes e corantes; passou a fumar mais e expõe-se concomitantemente aos fertilizantes e pesticidas utilizados na agricultura - fatores que, a longo prazo, aumentaram o risco potencial para o desenvolvimento de neoplasias malignas. O Gráf. 3 mostra, como exemplo, a relação verificada entre os aumentos da população brasileira e do consumo per capita de cigarros, no período de 1980 e 1990.

A conjugação da industrialização, urbanização, aumento de expectativa de vida e mudança de hábitos propiciaram um incremento no contingente populacional que se expõe aos chamados fatores de risco para o câncer e agentes cancerígenos. O que resultou em aumento da incidência e mortalidade por câncer, verificadas principalmente em faixas etárias a partir dos quarenta anos de idade. No Gráfico 4, pode-se observar a distribuição do número de óbitos por neoplasias verificados nas faixas etárias de 0 a 89 anos, no Brasil, em 1986.



Fonte: IBGE - SRF/ME

Gráfico 3. Consumo de cigarros no Brasil x população (1 bilhão de unidades x 1 milhão de habitantes).



Fonte: Sistema de Informação em Saúde/MS

Gráfico 4. Coeficiente de mortalidade por câncer no Brasil - 1986

Os laboratórios de patologia cadastrados no Registro Nacional de Patologia Tumoral (RNPT) da Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco), do Instituto Nacional de Câncer (INCa), do Ministério da Saúde, enviaram ao registro 369.769 fichas de notificação de diagnósticos de câncer, no período de 1976 a 1980, e 530.910 dessas fichas no período de 1981 a 1985. Ressalta-se que os dados do RNPT são dados de frequência relativa, isto é, exprimem a percentagem de diagnósticos positivos para câncer sobre o número total de exames realizados, e por isso não representam a incidência da doença. Entretanto, permitem uma avaliação da colocação do câncer de boca entre as oito neoplasias mais frequentes para ambos os sexos ao longo desses 10 anos (Gráf. 5A e B).

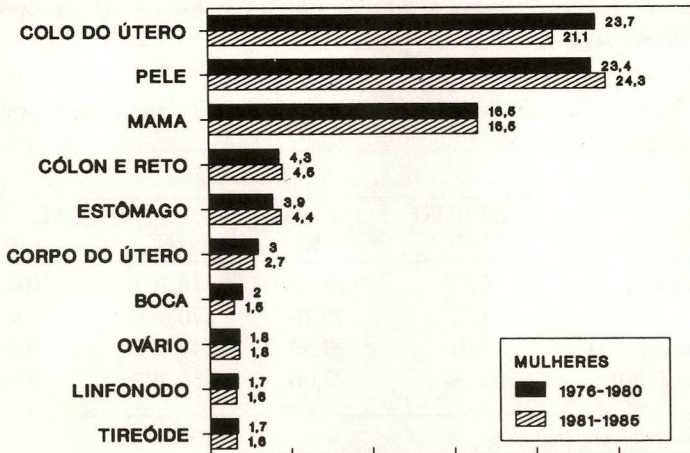
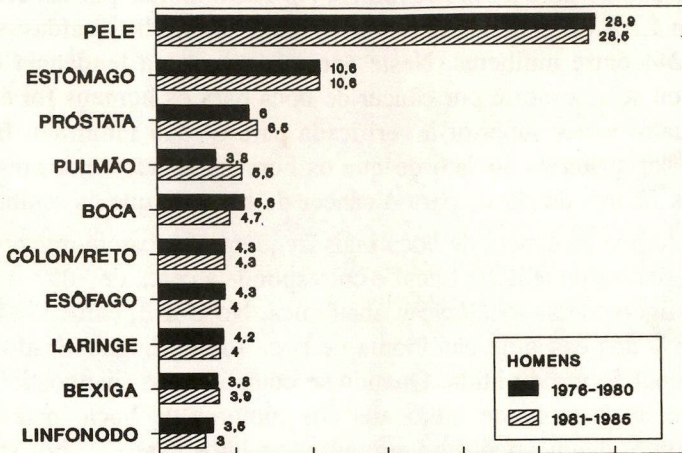
Analisando-se os 38.626 diagnósticos de câncer de boca* coletados nesse período, observou-se que o sexo masculino apresentou o maior número de casos, e as regiões mais afetadas foram língua e lábio para os homens e partes não-especificadas e língua para as mulheres. A presença de lesões malignas no assoalho bucal foi mais significativa entre os homens, e os tumores de gengiva exibiram uma maior frequência para o sexo feminino (Tab. 1).

Tabela 1 Câncer de boca segundo localizações primárias, no Brasil, de 1976 a 1985.

| Localizações | Diagnósticos em Homens | | Diagnósticos em Mulheres | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|--------------------------|-------|
| | % | Nº | % | Nº |
| Língua | 32,0 | 9.490 | 27,7 | 2.474 |
| Lábio | 27,5 | 8.159 | 22,7 | 2.034 |
| Assoalho da boca | 9,5 | 2.825 | 8,1 | 724 |
| Gengiva | 6,4 | 1.899 | 10,3 | 925 |
| Partes não especificadas da boca | 24,6 | 7.311 | 31,2 | 2.785 |
| Total | 100 | 29.684 | 100 | 8.942 |

Fonte: RNPT/INCa/Ministério da Saúde, 1976-85.

* Ao longo de todo o texto o termo câncer de boca refere-se aos tumores malignos das seguintes localizações topográficas: lábio, língua, gengiva, assoalho de boca e outras partes não especificadas da boca. (CID-O 140, 1, 3, 4 e 5).



Fonte: RNPT/Pro-Onco/INCa.

Gráfico 5A e B - Distribuição percentual das oito principais localizações de câncer primário, no Brasil, em homens e mulheres.

Em 1987 houve, no Brasil 76.435 óbitos por câncer, 41.771 para o sexo masculino e 34.613 para o sexo feminino. As 1.210 mortes por câncer de boca representam 1,6% do total destes óbitos e foram assim distribuídas: 966 entre homens e 244 entre mulheres. Neste ano, manteve-se a tendência dos anos anteriores, ou seja, a morte por câncer de boca para os homens foi em média cerca de quatro vezes superior à verificada para o sexo feminino. Esta diferença pode ser atribuída ao fato de que os homens se submetem mais intensamente aos fatores de riscos para o câncer de boca do que as mulheres.

O tipo histológico de câncer de boca mais freqüente é o carcinoma epidermóide. Este origina-se no epitélio bucal e corresponde a cerca de 90% a 95% dos tumores malignos dessa localização anatômica. No Brasil, entre 1981 e 1985, apenas 0,88% dos casos de carcinoma de boca foram diagnosticados *in situ*, estágio no qual a cura é obtida. Quando se comparam os diagnósticos *in situ* de carcinomas de colo de útero aos dos tumores de boca, pele e mama feminina, com o diagnóstico feito em outros estádios (Tab. 2), fica evidente a quase ausência de diagnósticos precoces para estas localizações anatômicas. Isto poderia ser revertido com a adoção em larga escala de procedimentos simples de detecção e diagnóstico precoce.

Tabela 2. Fase do diagnóstico comparando-se algumas localizações topográficas

| CID-O | ESTÁDIO | | | |
|---------------------|--------------|-------------|--------|------------|
| | IN SITU % | I - IV % | Nº | TOTAL % |
| Boca (140,1,3,4,5) | 0,88 | 99,12 | 16.701 | 100,00 |
| Pele (173) | 1,22 | 96,78 | 70.896 | 100,00 |
| Mama feminina (174) | 0,41 | 99,59 | 47.002 | 100,00 |
| Colo de útero (180) | 27,00 | 73,00 | 56.793 | 100,00 |

Fonte: RNPT/Pro-Onco/MS 1981-1985

A sobrevida dos pacientes com câncer de boca está diretamente relacionada com a extensão da doença quando o tratamento especializado é aplicado. Analisando-se dados retrospectivos referentes ao estadiamento de pacientes com câncer de boca atendidos nos dois maiores hospitais de câncer do país, constatou-se que, ao serem atendidos pela primeira vez, mais de 80% daqueles indivíduos encontravam-se em fase avançada da doença (estadiamento III e IV). Levantamentos atualizados, ainda não publicados, têm confirmado que esses índices permanecem inalterados.

Essa situação demonstra uma conjugação de fatores entre os quais: insuficiência de recursos, acesso mínimo da população brasileira à assistência odontológica, despreparo dos profissionais de saúde quanto aos aspectos epidemiológicos e clínicos das lesões precursoras do câncer de boca e desarticulação entre as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento.

2. Fatores de risco no câncer de boca

Como outras neoplasias malignas, o câncer de boca tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores do hospedeiro. Ambos são variados e o seu papel na gênese do câncer de boca não está completamente esclarecido, apesar da influência de fatores do hospedeiro, como herança genética, sexo, idade e raça, e de fatores externos, entre eles a agressão por agentes mecânicos, físicos, biológicos e químicos, já estar suficientemente documentada. A conjugação dos fatores do hospedeiro com os fatores externos, associados ao tempo de exposição, é condição básica na gênese dos tumores malignos que acometem a boca. Porém, os fatores externos parecem exercer um papel preponderante. Por esta razão, aqui serão mostrados dados extraídos de um estudo brasileiro (Franco E.L. et al.) que procurou identificar a importância desses fatores.

Tabagismo

A incidência de câncer de boca é maior no homem que na mulher. No entanto, o risco é semelhante em ambos os sexos, quando uma mesma quantidade de tabaco é consumida. No estudo de Franco, realizado em três regiões metropolitanas brasileiras e publicado em 1989, comprovou-se que o risco relativo* ao desenvolvimento do câncer de boca, entre os fumantes de cigarros industrializados, cachimbo e cigarros feitos à mão, no Brasil, foi, respectivamente, 6,3, 13,9 e 7,0 vezes maior, em comparação com o risco de não tabagistas. O risco foi baseado no consumo de tabaco ao longo da vida do indivíduo, a unidade de medida adotada foi o maço/ano, que equivale ao consumo de um maço de cigarros por dia, por um período de um ano. Estimou-se, também, que 20 cigarros industrializados equivalem a quatro cigarros feitos à mão, a cinco charutos e a cinco cachimbos.

Considerando apenas o uso de cigarros industrializados, quando foram comparados "fumantes pesados" (consumo maior que 100 maços/anos cumulativos) e "fumantes leves" situados na faixa de 1-25 maços/anos cumulativos, em relação aos não-fumantes, observou-se que o risco relativo para o câncer de

* A expressão risco relativo (RR) é empregada para estimar a probabilidade do indivíduo sadio desenvolver a doença, a partir da exposição aos possíveis agentes causais.

língua foi cerca de 15 vezes maior para os primeiros e 7 vezes maior para os últimos, em relação aos não tabagistas (Tab. 3). Constatou-se que os níveis de risco decrescem para níveis semelhantes aos dos indivíduos que nunca fumaram, após 10 anos de cessação do hábito (Tab. 4).

Tabela 3. Consumo cumulativo* de tabaco e risco relativo de câncer de boca no Brasil

| Maços-anos | Língua (141) | Outras Regiões (143,4 e 5) | Boca (141,3,4 e 5) |
|------------|-----------------|-------------------------------|-----------------------|
| < 1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| 1 - 25 | 15,2 | 4,4 | 7,1 |
| 26 - 50 | 24,7 | 4,7 | 9,5 |
| 51 - 100 | 27,4 | 7,3 | 12,5 |
| > 100 | 28,0 | 9,4 | 14,8 |

* Refere-se ao tabaco consumido ao longo da vida pelo indivíduo.

Fonte: Adaptado de Franco E. L., et al.

Tabela 4. Efeitos da suspensão do tabagismo sobre o risco de câncer de boca, no Brasil, estratificado pela localização anatômica e pelo consumo de álcool, ajustada de acordo com tipos de cigarro.

| Consumo de tabaco | Língua (141) | Outras Regiões (143,4 e 5) | Boca (141,3,4 e 5) |
|------------------------------------|-----------------|-------------------------------|-----------------------|
| Nunca fumaram | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| Fumaram cigarros industrializados: | | | |
| fumantes | 23,3 | 5,5 | 9,3 |
| ex-fumantes 1-10 anos | 6,3 | 1,8 | 2,9 |
| ex-fumantes > 10 anos | 1,2 | 0,4 | 0,6 |
| Fumaram cigarros feitos à mão: | | | |
| fumantes | 32,2 | 10,0 | 14,4 |
| ex-fumantes 1-10 anos | 17,5 | 2,2 | 4,9 |
| ex-fumantes > 10 anos | 4,1 | 1,8 | 2,3 |

Fonte: Adaptado de Franco E. L., et al.

Na fumaça do cigarro, já foram detectadas mais de 60 substâncias carcinogênicas. O alcatrão, um dos seus principais componentes, contém o benzopireno, que é um potente agente cancerígeno, e as aminas aromáticas, entre as quais a de maior ação carcinogênica, que é a normitrosamina. No fumo também são encontradas substâncias químicas utilizadas no seu cultivo, como os pesticidas, e elementos radioativos, ambos de potencial carcinogênico elevado.

Às alterações ocorridas na mucosa, decorrentes da presença dessas substâncias, somam-se a exposição contínua ao calor despreendido pela combustão do fumo. A temperatura na ponta de um cigarro aceso varia de 835 a 884 graus centígrados.

As úlceras bucais, mesmo que transitórias, são muito mais perigosas para os tabagistas, pois permitem o contato direto das substâncias e elementos agressivos contidos no tabaco e nos produtos da sua combustão com o tecido conjuntivo. Principalmente nas regiões mais vulneráveis da boca (lábio inferior, língua, rebordo gengival, área retromolar, assoalho bucal e palato mole).

Alcoolismo

A ingestão de bebidas alcoólicas é considerada fator causal do câncer de boca, sobretudo os do assoalho bucal e da língua. Os mecanismos pelos quais o álcool pode agir no desenvolvimento deste câncer não estão ainda definitivamente esclarecidos. Porém, as seguintes possibilidades são aventadas: (1) aumento da permeabilidade das células da mucosa aos agentes carcinogênicos contidos no tabaco, devido ao efeito solubilizante do álcool; (2) presença de substâncias carcinogênicas nas bebidas alcoólicas, entre elas a nitrosamina e os hidrocarbonetos; (3) injúria celular produzida pelos metabólitos do etanol, os chamados aldeídos; e (4) deficiências nutricionais secundárias ao consumo crônico do próprio álcool.

No estudo aqui abordado, foi demonstrada a importância do consumo cumulativo de álcool etílico como fator externo de risco, tendo-se ainda comprovado que o vinho é mais importante que a cachaça no que se refere ao câncer de língua. Há uma forte correlação entre o carcinoma de língua e o consumo de vinho, mesmo entre seus consumidores moderados (de 1 a 100 kg de etanol); no entanto, em todas as regiões da boca dos grandes bebedores de cachaça o risco se elevou exponencialmente.

Para os consumidores crônicos, os quais associem todos os tipos de bebidas alcoólicas nas faixas mais elevadas de consumo, o risco relativo para o câncer de boca atingiu índices 8,5 a 9,2 vezes maior do que no grupo não-consumidor (Tab. 5).

Tabela 5. Risco relativo (RR) de câncer de boca, estimado pela categoria de consumo de bebidas alcoólicas, ajustado pelo uso do tabaco, estratificado por regiões anatômicas.

| Tipos | Consumo cumulativo kg | Língua (141) (RR) | Outras regiões (143, 4 e 5) (RR) | Boca (141,3,4 e 5) (RR) |
|----------------|-----------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Cerveja | 1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| | 1 - 100 | 0,9 | 1,0 | 0,9 |
| | > 100 | 1,3 | 1,1 | 1,2 |
| Vinho | < 1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| | 1 - 100 | 2,5 | 1,0 | 1,4 |
| | > 100 | 7,9 | 0,4 | 1,6 |
| Cachaça | < 1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| | 401 - 1000 | 2,7 | 3,3 | 3,1 |
| | 1001 - 2000 | 2,8 | 5,9 | 4,2 |
| | > 2000 | 17,5 | 5,1 | 6,7 |
| Todos os tipos | < 1 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| | 1 - 100 | 2,4 | 3,1 | 2,7 |
| | 101 - 400 | 3,3 | 4,0 | 3,5 |
| | 401 - 1000 | 5,6 | 9,5 | 7,1 |
| | 1001 - 2000 | 5,9 | 13,7 | 9,2 |
| | > 2000 | 9,7 | 9,0 | 8,5 |

Concentração de etanol: 5% na cerveja, 10% no vinho, 50% na cachaça.

Fonte: Adaptado de Franco E. L., et al.

Associação Tabaco x Álcool

Parece inconsistente estabelecer apenas uma correlação entre o consumo isolado do álcool ou do tabaco e o risco de desenvolvimento do câncer bucal, visto que a maioria dos tabagistas faz uso regular de bebidas alcoólicas. Estudos variados têm confirmado o sinergismo destes dois hábitos na carcinogênese de tumores de boca, faringe e esôfago.

Quando o uso crônico de tabaco e álcool são associados, o risco relativo para o câncer bucal é potencializado drasticamente. Este risco foi 141,6 vezes maior, quando o consumo destas duas substâncias cumulativamente, superou

os 100 maços/anos de tabaco e 1.000 kg de etanol. Os índices de risco variam, exibindo uma tendência de crescimento, à medida que aumentam a exposição cumulativa. O tabaco apareceu como fator predominante da associação.

Agentes Biológicos

Nos últimos anos, o papilomavírus humano (HPV) tem sido correlacionado com lesões de boca semelhantes às aquelas localizadas no trato genital. O HPV também tem sido considerado na etiologia do carcinoma verrucoso, uma possível transformação maligna de lesões verrucosas da boca. Além disso, a verruga vulgar, o condiloma acuminado, o papiloma escamoso e o condiloma plano de boca têm sido diagnosticados na língua de indivíduos portadores de vírus da imodeficiência humana adquirida (HIV-positivo).

As estomatites crônicas causadas pelo fungo *Candida albicans* em áreas irritadas por próteses mal-adaptadas representam condições predisponentes, segundo alguns autores, ao câncer bucal.

Irritação mecânica crônica

A ação constante e prolongada de próteses dentárias mal-adaptadas, de câmaras de sucção e de bordas cortantes de dentes sobre a mucosa bucal constituem, ao longo de anos, causas de lesões hiperplásicas. Essa ação pode induzir ao desenvolvimento do câncer de boca pela potencialização de outros agentes carcinógenos que atuam na mucosa, particularmente em indivíduos com hábitos como etilismo e tabagismo.

Dieta

Deficiências nutricionais podem ocasionar alterações epiteliais que tornam a mucosa da boca mais vulnerável aos agentes cancerígenos. Uma dieta pobre em proteínas, calorias, vitamina A, riboflavina e cálcio, associada à ação de irritantes crônicos simultâneos, tem sido apontada como fator predisponente ao câncer de boca. O hábito de consumir alimentos e bebidas quentes não é considerado fator significativo no desenvolvimento deste câncer. Também não está estabelecida uma relação de causa e efeito entre o uso de condimentos e esta neoplasia.

Estudos sobre a etiopatogenia de câncer de boca têm revelado o papel protetor oferecido pelo consumo habitual de frutas e vegetais frescos. O baixo risco de desenvolvimento de câncer de 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

precursor da vitamina A e é encontrado principalmente na cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre.

Radiações

A radiação solar não é ionizante, pois não possui força suficiente para deslocar elétrons e provocar ionizações ao longo do seu trajeto 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 fator de risco importante 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 evoluírem para o carcinoma. O risco de desenvolvimento de câncer depende da intensidade e do tempo de exposição da pele e da mucosa à luz solar e também da quantidade de pigmentação contidas naqueles tecidos - quanto maior a pigmentação, menor o risco.

Os danos induzidos pelas radiações ultravioleta se devem à sua intensa absorção pelos ácidos nucleicos e pelas proteínas. A maior parte dos danos são causados por alterações que impedem a transcrição da informação genética para o ARN mensageiro e bloqueiam o mecanismo de duplicação do ADN. De forma bastante simplificada, as reações fotoquímicas que alteram o ADN podem ocorrer na estrutura primária, nos nucleotídeos ou nas estruturas secundárias e terciárias, pela adição de certos grupamentos químicos às cadeias de ADN, ou pelo rompimento de hélices ou pontes de hidrogênio. Estas alterações comumente provocam a geração de fotoprodutos que podem bloquear, ainda que parcialmente, as enzimas de reparação.

A primeira alteração somática resultante desses processos e facilmente observável é a transformação fotoinduzida da histidina em histamina, que causa o eritema de pele provocado pela exposição aos raios solares. Todos os indivíduos de pele clara que se expõem demasiadamente ao sol, principalmente no horário das 10 às 14 horas, devem se proteger. O uso de chapéus e filtros solares reduz os efeitos nocivos desses raios sobre a pele, particularmente na porção vermelha do lábio inferior.

Fatores ocupacionais

A exposição profissional a certos agentes químicos, como asbestos e níquel, e a alta incidência do câncer de boca em pessoas que trabalham na agricultura e em indústrias de tecidos, metais e madeiras têm levado alguns autores a incluírem fatores ocupacionais entre aqueles envolvidos na etiologia do câncer

de boca.

As irritações solares, ventos e geadas ressecam os lábios, causando-lhes alterações hiperkeratóticas que podem evoluir para neoplasias malignas. Por isso, os pescadores, marinheiros e agricultores de pele branca são freqüentemente afetados pelo câncer do lábio.

Na verdade, o fator ocupacional não é o agente cancerígeno. Ele apenas obriga as pessoas a se exporem a agentes de risco em função da profissão.

Má higiene bucal

É difícil estabelecer uma relação de causa-efeito entre má conservação dos dentes e câncer de 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.

No estudo mencionado anteriormente, foi demonstrado que a agressão contínua da mucosa por pontas de dentes fraturados e a escovação deficiente contribuíram para elevação do índice de risco em cerca de 1,3 e 2,6 vezes, respectivamente.

Outros Fatores

A cirrose hepática, causada pelo alcoolismo, vem sendo associada a lesões malignas de língua e assoalho bucal; freqüentemente estes pacientes apresentam essa mucosa com aparência lisa, brilhante e eritematosa. Curiosamente, os indivíduos portadores da síndrome de Plummer-Vinson, que se caracterizam pela anemia ferropriva e pela disfagia, apresentam a mucosa bucal com a mesma aparência. Nestes indivíduos foi observada uma alta incidência de carcinoma de língua, faringe e esôfago.

3. Quem tem câncer de boca

O câncer de boca deve ser procurado em toda população, principalmente nos indivíduos que se enquadrem em uma ou mais das seguintes características:

- pessoa com idade superior a 40 anos,
- tabagistas crônicos,
- etilistas crônicos,
- indivíduos com má higiene bucal,
- baixo nível sócio-econômico,
- desnutridos e imuno-deprimidos,
- sexo masculino,
- portadores de próteses mal-adaptadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal.

A identificação dos grupos de risco deve basear-se no fato de que a etiologia do câncer está intimamente relacionada com a ação de agentes cancerígenos químicos, físicos e biológicos.

Assim sendo, são consideradas como grupo de risco para o desenvolvimento do câncer de boca, pessoas que possuam às condições de risco, acima mencionadas.

A principal ação de controle do câncer de boca consiste na identificação, atendimento, aconselhamento e acompanhamento dos indivíduos que integram o grupo de risco. Abandonar o tabagismo e o alcoolismo, regularizar a alimentação, corrigir as causas de irritação crônica da mucosa bucal e manter um exame periódico da boca são as maneiras possíveis de se prevenir o câncer de boca.

A periodicidade do exame da cavidade oral em pacientes com fatores de risco deve ser anual, feita por profissional de saúde.

5- Câncer de Boca

4. Como surge o câncer de boca

A exposição da mucosa bucal a agentes cancerígenos resulta, inicialmente, em lesões inflamatórias inespecíficas que são reversíveis, caso a agressão seja suspensa. Porém, se os agentes cancerígenos continuam agredindo a mucosa da boca, eles provocarão reações que podem levar ao desenvolvimento de alterações celulares chamadas displasias. Dependendo da intensidade e do tempo de exposição aos agentes cancerígenos, as displasias evoluem de displasias leves para moderadas, daí para displasias graves e, finalmente, para carcinoma *in situ*.

Nas fases leve e moderada, as displasias são totalmente reversíveis, isto é, interrompendo-se a exposição aos agentes cancerígenos e, simultaneamente, regularizando-se a ingestão de alimentos ricos em caroteno, ocorrerá a reversão do processo, voltando a mucosa ao seu estado de normalidade.

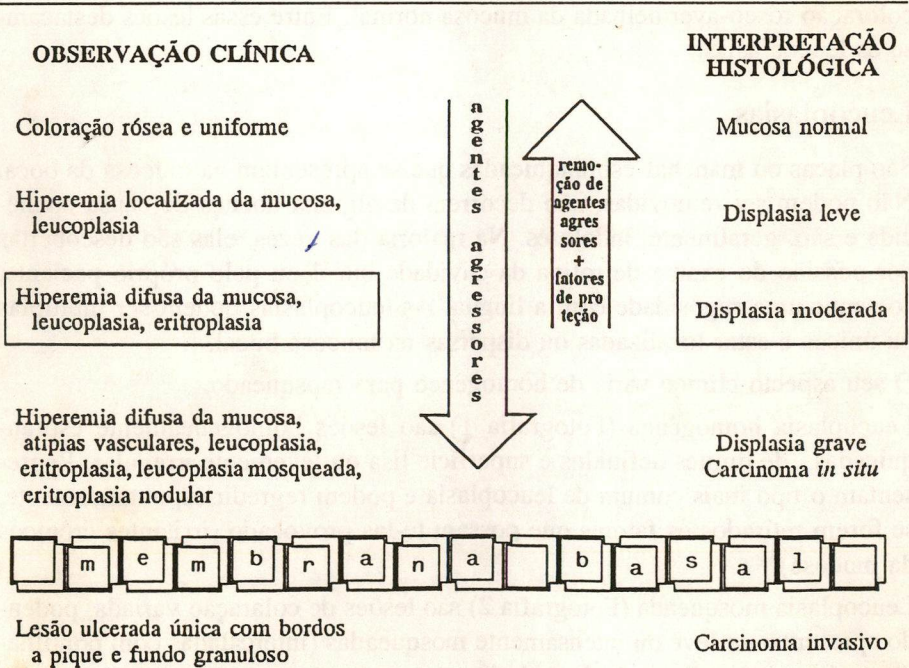
Caso haja continuidade da exposição da mucosa aos fatores de risco, poderá haver o desenvolvimento para a displasia grave, em que já existem alterações celulares de maior intensidade, que são irreversíveis, mesmo que havendo a interrupção da exposição aos agentes agressores. Suas características clínicas são mudança na coloração da mucosa de rósea para avermelhada ou irritação dolorosa local.

Deve-se salientar que as displasias chamam muito pouco a atenção do paciente, pois, a não ser pela sensação de ardência, principalmente ao uso de alimentos muito salgados ou doces, não apresentam outra sintomatologia. Portanto, a responsabilidade do reconhecimento das lesões e de alterações que clinicamente representam as displasias é, via de regra, do profissional de saúde, que pode obter a cura do paciente motivando-o a abandonar o tabagismo e o etilismo, orientando-o sobre os cuidados higiênico-dietéticos e removendo as várias condições agressoras da mucosa bucal. É necessário enfatizar que, mesmo na ausência de hábitos nocivos, tais alterações também podem ocorrer. As displasias apresentam-se, clinicamente, na maioria das vezes, como eritroplasias, que serão explicitadas no capítulo seguinte.

As displasias graves, quando não tratadas e sob a ação contínua dos agentes cancerígenos, podem evoluir para carcinoma *in situ*. Nesta situação, ainda não ocorreu o rompimento da camada basal do epitélio, as células malignas ainda não alcançaram os vasos sanguíneos e linfáticos, e o tumor é considerado inicial.

O diagnóstico, na fase de displasia ou de carcinoma *in situ*, é de extrema importância, pois além de possibilidade de cura, na maioria dos casos o tratamento é realizado com um baixo custo. Caso esta chance seja desperdiçada, as células tumorais continuarão a multiplicar-se, provocando o rompimento da camada basal, introduzindo-se no tecido conjuntivo e vasos sanguíneos, o que resulta num carcinoma invasivo (Fig. 1).

Figura 1. Correlação entre as alterações clínicas e histológicas decorrentes da carcinogênese no epitélio bucal



5. O que procurar

A suspeita do câncer de 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 há sintomas específicos de câncer nas fases iniciais. Assim, ao examinar qualquer paciente, principalmente os integrantes dos grupos considerados de risco para o câncer de boca, deve-se estar atento a todas as alterações da mucosa, buscando detectar aquelas que tenham maior potencial de cancerização, as quais serão discutidas a seguir.

LESÕES BRANCAS

São aquelas cuja coloração acinzentada ou esbranquiçada contrasta com a coloração róseo-avermelhada da mucosa normal. Entre essas lesões destacam-se as leucoplasias.

Leucoplasias

São placas ou manchas esbranquiçadas que se apresentam na mucosa da boca. Não podem ser removidas, 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 pelo próprio paciente, ao sentir uma rugosidade com a língua. As leucoplasias podem ser múltiplas ou únicas e estar localizadas ou dispersas na mucosa bucal.

O seu aspecto clínico varia de homogêneo para mosqueado.

Leucoplasia homogênea (Fotografia 1) são lesões homogeneamente esbranquiçadas, de limites definidos e superfície lisa ou levemente irregular. Representam o tipo mais comum de leucoplasia e podem regredir espontaneamente, se forem retirados os fatores que possam tê-las provocado (irritantes crônicos da mucosa).

Leucoplasia mosqueada (Fotografia 2) são lesões 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 que a forma homogênea.

As leucoplasias ocorrem com maior freqüência em homens com mais de 50 anos de idade e se localizam preferencialmente nas bordas e face ventral da língua, no assoalho 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 freqüente nas idades mais avançadas. Do ponto de vista de localização, tem-se observado que o risco de malignização é maior no assoalho bucal e no ventre lingual. O diagnóstico diferencial pode ser feito com as seguintes lesões:

Líquen plano (Fotografia 3)

É uma doença cutânea mucosa que afeta a boca com muita freqüência. Na pele as lesões consistem de pápulas avermelhadas ou brancas que podem ter uma depressão central. As lesões bucais são freqüentemente múltiplas, bilaterais, estriadas e apresentam-se como placas esbranquiçadas, ocasionalmente erosadas. É característico 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.

Candidíase pseudo-membranosa (Fotografia 4)

Mais conhecida como monilíase ou sapinho, é caracterizada pela presença de áreas brancas espessadas que, quando removidas, permitem a exposição da mucosa subjacente hiperemiada. É causada pela proliferação intrabucal de *Candida albicans*. Embora este fungo seja encontrado na maioria das bocas aparentemente sadias, 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 uso de prótese, má higiene da boca e xerostomia.

Candidíase crônica hiperplásica (Fotografia 5)

As lesões desta forma de candidíase são mais difíceis de serem diferenciadas das leucoplasias, visto que é estimulada 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 teste imunológico positivo para o vírus da imunodeficiência humana (HIV +).

Ceratose actínica (Fotografia 6)

As lesões da ceratose actínica apresentam-se como placas esbranquiçadas que envolvem o vermelhão do lábio inferior de indivíduos de pele clara. Frequentemente estas lesões mostram processos inflamatórios agudos secundários e têm elevado potencial de degeneração maligna.

Ceratose irritativa (Fotografia 7)

Caracteriza-se por lesões esbranquiçadas, de contorno irregular, relacionadas com o hábito de morder a mucosa bucal. Ocorre mais frequentemente na mucosa da bochecha, na ponta da língua e nos lábios.

Estomatite nicotínica (Fotografia 8)

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.

LESÕES VERMELHAS

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

Eritroplasia

É o termo clínico usado para designar as placas de cor vermelho-escuro, circunscritas, brilhantes, geralmente homogênea, que não fazem parte do quadro clínico de alguma doença conhecida. Na Fotografia 9, obtida por meio do emprego de colposcópico, podemos observar, ainda outras importantes características, como o aumento do calibre do vasos sanguíneos e bruscas interrupções nos seus trajetos em torno da lesão. As eritroplasias são geralmente assintomáticas. Quando intercaladas com algumas áreas leucoplásicas, são chamadas nodulares (Fotografia 10). Estas ocorrem com maior freqüência em indivíduos do sexo masculino com mais de 50 anos de idade. Podem surgir em qualquer local da boca, mas são encontradas principalmente no assoalho, no palato e nas bordas da língua. 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 candidíase crônica, líquen plano erosivo e lúpus eritematoso.

Candidíase crônica (Fotografia 11)

Geralmente relacionada com próteses totais superiores, caracteriza-se por eritema doloroso e difuso da mucosa do palato. Ocorre com maior frequência durante o uso de antibióticos e é encontrada também em indivíduos imunodeprimidos, incluindo-se os com teste HIV positivo.

Líquen plano erosivo (Fotografia 12)

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

Lúpus eritematoso (Fotografia 13)

Tanto na forma sistêmica como na forma discóide crônica, o lúpus eritematoso compromete a cavidade bucal, apresentando lesões eritematosas na língua, palato e mucosa jugal, preferencialmente. As lesões podem ulcerar, sangrar ou associar-se a áreas esbranquiçadas.

LESÕES NODULARES

Muitas doenças benignas tumorais e não-tumorais podem se manifestar como lesões nodulares, de base séssil ou pediculada, além de apresentarem superfícies lisas ou vegetante. Entre elas destacam-se o papiloma, o fibroma, a hiperplasia fibrosa inflamatória, o adenoma pleomórfico, o granuloma piogênico e granuloma gravídico e a lesão periférica de células gigantes.

Papiloma (Fotografia 14)

Trata-se de uma neoplasia epitelial benigna, que pode ser única ou múltipla. Mostra-se como uma saliência verrucóide, de coloração esbranquiçada, localizada em todas as regiões da mucosa bucal. Seu tratamento é cirúrgico.

Fibroma (Fotografia 15)

Neoplasia conjuntiva benigna, normalmente associada a uma irritação contínua da mucosa. Apresenta-se como um nódulo, geralmente pediculado e coberto por mucosa normal, podendo ainda ser séssil e localizado, preferencialmente na mucosa jugal, ao nível da linha alba, região frequentemente submetida a traumatismos. Seu tratamento é cirúrgico.

Hiperplasia fibrosa inflamatória (Fotografia 16)

Trata-se de uma hiperplasia fibrosa benigna, causada por irritação crônica, sobretudo por prótese mal-ajustada. É mais encontrado no sulco gengivo labial ou gengivo bucal e pode ulcerar, tornando-se muito dolorosa para o paciente. Lesões pequenas podem regredir, quando a prótese é ajustada; lesões maiores, porém, requerem, além do ajustamento da prótese, a ressecção cirúrgica.

Adenoma pleomórfico (Fotografia 17)

Origina-se das glândulas salivares e, quando ocorre nas glândulas salivares acessórias, apresenta-se como um nódulo submucoso, localizado comumente no palato, coberto por mucosa normal. É indistinguível de um tumor maligno das glândulas salivares menores, enquanto submucoso, daí a indicação de biópsia para obter-se o diagnóstico definitivo da lesão.

Granuloma piogênico e granuloma gravídico (Fotografia 18)

O granuloma piogênico é uma resposta tecidual a um traumatismo, com proliferação exagerada de tecido conjuntivo. Ocorre mais freqüentemente na gengiva, mas pode ocorrer em qualquer região da mucosa bucal. Apresenta-se como uma superfície elevada sésil ou pediculada, lisa ou até mesmo verrucosa, assintomática, de cor avermelhada e de consistência relativamente mole; histológica e clinicamente, assemelha-se ao granuloma gravídico, que costuma ocorrer a partir do terceiro mês de gravidez. Este é também provocado por irritação crônica, como a presença de cálculo, e, só por coincidência, ocorre durante uma fase de alterações hormonais importantes, como a gravidez e a puberdade, já que lesões idênticas ocorrem em homens e mulheres não-grávidas. O diagnóstico é histológico, o tratamento é cirúrgico e há possibilidade de recidiva.

Lesão periférica de células gigantes (Fotografia 19)

Apresenta-se como uma tumefação de tamanho variado, de base sésil ou pediculada, comumente de cor vermelho-escuro, freqüentemente ulcerada e sangrante, muitas vezes associada a exodontia. Localiza-se preferencialmente na região dos molares.

Também é uma resposta proliferativa intensa dos tecidos ao trauma. Clinicamente assemelha-se ao granuloma piogênico, exceto por sua base parecer originar-se da profundidade do conjuntivo. O diagnóstico é histopatológico e o tratamento é cirúrgico.

LESÕES PIGMENTADAS

A importância das lesões pigmentadas da mucosa bucal relaciona-se com o diagnóstico diferencial do melanoma, tumor maligno raro e de alta agressividade. Intoxicações por chumbo, bismuto e prata, além da doença de Addison também provocam lesões pigmentadas na boca. São elas o melanoma, o nevo, a mácula melanocítica e a tatuagem.

Melanoma (Fotografia 20)

A presença de uma mancha isolada, acastanhada, azul-acinzentada ou negra 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 (Fotografias 21A e B) apresentam-se difusas pela mucosa bucal, além da textura do epitélio guardar suas características próprias.

O melanoma pode ser confundido com nevo, mácula melanocítica e tatuagem.

Nevo (Fotografia 22)

Os nevos consistem de lesões tumorais planas ou elevadas, pigmentadas ou não. Quando pigmentados, apresentam coloração marrom, cinza, azul ou preta. Possuem certo potencial de malignização e devem ser distinguidos de outras lesões pigmentadas benignas, principalmente se 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 orofaringe, palato e mucosa jugal.

Mácula melanocítica (Fotografia 23)

Ocorre em indivíduos de pele clara e, em muitos casos, associa-se a traumatismo ou inflamação. Localiza-se comumente no lábio inferior e na gengiva, mas também pode ser vista no palato e na mucosa bucal. As máculas medem menos de 1 cm de diâmetro e podem ter coloração azul, cinza, marrom ou preta.

Tatuagem (Fotografia 24)

Trata-se da introdução de pigmentos artificiais, sob a pele ou sob a mucosa. Pode ser intencional ou acidental e, em ambos os casos, não apresentam gravidade. Na mucosa bucal, as pigmentações acidentais são geralmente decorrentes da implantação de amálgama, durante os processos de extração dentária ou de restauração de uma porção subgengival. A confirmação dessa hipótese é feita através de radiografia, que mostra imagens radiopacas puntiformes ou de diâmetros milimétricos. A localização mais comum é o palato, a mucosa bucal e o assoalho da boca. As tatuagens intencionais são feitas na mucosa lingual ou no lábio inferior.

LESÕES ULCERADAS

Essas lesões decorrem do rompimento do epitélio. Podem ser únicas ou múltiplas. A lesão ulcerada única da mucosa da boca é o sinal mais evidente de câncer (Fotografia 25), principalmente quando se aloja em áreas de alto risco, como o lábio inferior, bordas e face ventral da língua e no assoalho bucal. Do ponto de vista clínico, pode-se classificar as lesões ulceradas únicas em lesão ulcerada superficial, lesão ulcerada infiltrativa e lesão ulcerada vegetante. A úlcera é considerada superficial quando se situa junto e paralelamente ao plano do epitélio; infiltrativa, quando invade os tecidos subjacentes; e vegetante, quando predomina o crescimento exofítico sobre a ulceração. A Fotografia 25 apresenta uma lesão ulcerada de borda de língua, com diagnóstico de carcinoma epidermóide.

As lesões ulceradas malignas raramente apresentam consistência mole, sendo esta uma característica comum das lesões herpéticas e traumáticas, assim como das aftas. Elas exibem, normalmente, um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão. A palpação cuidadosa das áreas em torno da ulceração é importante para detectar endurecimento que, por sua vez, pode significar invasão de estruturas adjacentes, ou seja, propagação do tumor.

No entanto, outras doenças podem se manifestar como lesões ulceradas e causar confusão diagnóstica com o câncer de boca. É o caso das doenças que estimulam no organismo reação do tipo granulomatosa, como a paracoccidíomicose (Fotografia 26); a leishmaniose (Fotografia 27) e a tuberculose (Fotografia 28)

6. O exame da boca

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 de boca, com a finalidade de descobrir lesões precursoras do câncer e 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 semiotécnica recomendada pela American Cancer Society.

INSPEÇÃO GERAL

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 (Fotografia 29), à procura de sinais, manchas, assimetrias e de feridas que sangram e/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 descritas no Capítulo 5. Antes de iniciar o exame, deve-se verificar o uso de prótese removíveis e retirá-las, a fim de possibilitar o acesso a toda a mucosa.

A inspeção pode começar pelos lábios, os quais devem ser examinados inicialmente com a boca fechada e depois, aberta, a fim de visualizar-se o vermelhão e a linha de contato dos lábios (Fotografia 30).

Com o auxílio do espelho bucal, afastadores ou espátulas e com o examinado 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 (Fotografia 31).

Ainda com o examinado mantendo a boca parcialmente aberta, solicitar que ponha a língua para fora, mova para cima e para baixo, e que toque o palato com a ponta da mesma (Fotografia 32A). Essas manobras permitirão examinar o dorso e o ventre linguais, além de permitir a observação de redução e 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 suas bordas esquerda e direita, respectivamente (Fotografia 32B).

Suspendendo agora a língua com o auxílio de espelho, espátula ou afastador e examina-se o assoalho da boca até a altura do último molar e a face lingual do rebordo gengival, de ambos os lados (Fotografia 33).

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 (Fotografia 34A). Aproveitar a oportunidade para examinar o palato mole, as lojas e os pilares amigdalianos, com a pessoa mantendo a língua em repouso dentro da boca e o auxílio de uma espátula para rebaixar seu dorso. Solicitar que o indivíduo pronuncie a vogal A bem longamente, para melhor exposição daquelas estruturas (Fotografia 34B).

PALPAÇÃO DAS ESTRUTURAS BUCAIS

Após à inspeção dos lábios ou da cavidade bucal, deve-se proceder à palpação das mesmas, 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 (Fotografia 35).

Tracionando a língua pela ponta, envolvida em gaze ou lenço de papel, palpá-la em toda a sua extensão com os dedos indicadores, especialmente a sua base (Fotografia 36).

Numa manobra bidigital, com os dedos indicadores (um dentro e o outro fora da boca), buscar anormalidade nos tecidos moles do assoalho bucal (Fotografia 37), nas glândulas salivares submandibulares, nos linfonodos submandibulares e submentonianos e no contorno da mandíbula. Com a boca totalmente aberta e a cabeça inclinada para trás, palpar o palato duro (Fotografia 38).

PALPAÇÃO DO PESCOÇO

Apesar das adenomegalias constituírem sinal de doença avançada, elas podem representar a primeira evidência clínica de doença, evidenciada pelo 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 interna, submandibulares e submentonianas, fossa supraclavicular e espinal, na procura de linfonodos suspeitos (Fotografias 39 A, B, C e D).

7. Como confirmar a suspeita de câncer de boca

Ao se detectar uma lesão ou nódulo suspeito, alguns procedimentos especiais podem ser realizados no próprio consultório, caso o profissional esteja capacitado e disponha dos recursos necessários. Tais procedimentos contribuem para aumentar as oportunidades de diagnóstico precoce, por economizarem tempo e propiciarem o encaminhamento mais rápido do indivíduo ao centro de diagnóstico. A seguir são representados, resumidamente, os métodos empregados.

ESFOLIAÇÃO

A citologia esfoliativa consiste do exame microscópico do material que é raspado da superfície da lesão da mucosa bucal.

O material é coletado de preferência com espátula de madeira, por ser mais áspera, mais barata e mais disponível. Deve-se usar força suficiente para descamar a camada superficial da lesão. Aplica-se, então, o material sobre a lâmina, com um só movimento e em um único sentido, para que seja realizado um esfregaço uniforme e delgado. Isto impede que haja sobreposição de camadas na lâmina, o que prejudicaria o exame microscópico. O material é fixado imediatamente em éter-álcool a 50% ou *spray* fixador, se for o caso. A lâmina deve ser acondicionada em embalagem adequada e remetida ao centro de patologia mais próximo. A citologia esfoliativa representa um método de diagnóstico, mas não dispensa o exame histopatológico do material colhido por meio de biópsia.

TESTE DO AZUL-DE-TOLUIDINA

Este teste baseia-se na fixação do corante básico azul-de-toluidina pelos ácidos presentes nos núcleos das células. Como a quantidade de células tumorais por centímetro cúbico é maior que a das células normais, a área da lesão tumoral maligna se cora bem mais do que as outras. Por isto, o teste é utilizado para orientar a área a ser biopsiada. A técnica consiste na limpeza da superfície da lesão com gaze e/ou cotonete embebido em solução de ácido acético a 1% e, após, impregna-se o local com 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%, utilizando-se gaze ou cotonete. O local que permanecer mais impregnado é o que deve ser biopsiado. Caso haja dúvida, a avaliação clínica indicará a área mais adequada. O teste do azul-de-toluidina não fornece um diagnóstico definitivo, porém é um excelente método na orientação para biópsia de lesões suspeitas de câncer de boca.

BIÓPSIA

A comprovação definitiva da presença ou ausência de alterações malignas é feita através da biópsia e posterior avaliação histopatológica do material retirado. A melhor maneira de se fazer a biópsia em consultório é com o uso de pinças saca-bocado, do tipo incisional. Os locais ideais de se retirar material para exame são:

- o o campo que permanecer mais corado pelo azul-de-toluidina;
- o as bordas de uma lesão ulcerada, incluindo uma parte do tecido normal;
- o qualquer ulceração superficial das eritroplasias e/ou leucoplasias; e
- o a porção mais verrucosa de uma leucoplasia.

O espécime deve ser acondicionado em frascos contendo formol a 10% em volume suficiente para que o material fique totalmente submerso. O mesmo deverá ser enviado para o serviço de anatomia patológica mais próximo, acompanhado de informações sobre o caso, o aspecto clínico da lesão biopsiada e o local da biópsia.

8. O que fazer diante da suspeita de câncer de boca

Diante da suspeita o paciente deve ser encaminhado imediatamente, para confirmação de diagnóstico e tratamento. É fundamental que não se perca tempo nesse encaminhamento, pois já está comprovado que a perda de tempo implica na redução da expectativa de vida e em tratamento dispendioso.

Os profissionais de 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. Neste sentido, foram estabelecidos diferentes níveis de atuação profissional e/ou comunitária visando ao controle do câncer de boca.

Nível 0 - Informação não-especializada

Chama-se nível 0 ou informação não especializada, aquele onde a informação sobre câncer é prestada por pessoas, profissionais ou não, de diferentes níveis educacionais e devidamente treinados para esta finalidade.

Atividades: Informar a população, através de palestras, visitas domiciliares, reuniões comunitárias, etc., sobre o que é o câncer de boca, os métodos de prevenção e controle, além de orientar sobre os locais de diagnóstico e tratamento.

Perfil do profissional: Pessoal de nível médio ou técnico envolvido em qualquer atividade de saúde pública e/ou comunitária.

Estabelecimentos: Postos de saúde, escolas, igrejas, centro comunitários, sindicatos, etc.

Nível I - Suspeita

Este nível denominado de suspeita, é aquele onde existem profissionais capacitados a realizar o exame da boca e avaliar o caráter de uma lesão existente.

Atividades:

- o Exame da cavidade oral.
- o Orientação quanto aos fatores de risco.
- o Suspeitar do câncer de boca em fases iniciais.
- o Encaminhar casos suspeitos para o nível II ou III.

Perfil do Profissional: Médico, Cirurgião-dentista, Enfermeiro.

Estabelecimentos: Postos de saúde, centros de saúde, unidades mistas, clínicas, ambulatórios, consultórios, etc.

Nível II - Diagnóstico

Atividades:

- o Exame da cavidade oral, diagnóstico clínico.
- o Biópsia: - Diagnóstico histopatológico de lesões benignas e seu tratamento.
- Diagnóstico histopatológico de lesões malignas e encaminhamento ao nível III.
- o Seguimento de casos tratados.

Perfil do profissional: Cirurgião-dentista, Otorrinolaringologista, Clínico geral, Oncologista, Cirurgião de cabeça e pescoço, etc., com a participação do Anatomopatologista.

Estabelecimentos: Clínicas e serviços de prevenção, faculdades de medicina e odontologia, hospitais gerais, hospitais e serviços de câncer.

Nível III - Tratamento

Atividades:

- o Tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico.
- o Reabilitação protética e fonoaudiológica dos pacientes submetidos a cirurgia para tratamento de câncer bucal.
- o Seguimento de casos tratados.

Perfil do Profissional: Cirurgião de cabeça e pescoço, Cirurgiões-dentistas especialistas em cirurgia bucomaxilofacial, prótese bucomaxilofacial e estomatologia, Radioterapeutas, Oncologistas clínicos.

Estabelecimentos: Hospitais gerais com serviço de cabeça e pescoço e hospitais de câncer.

9. Conclusão

O câncer de boca pode ser curado se tratado em sua fase inicial, ou seja, em fase de displasia, de carcinoma *in situ* ou de carcinoma com invasão microscópica. Clinicamente, o câncer de boca em fase inicial corresponde a uma lesão eritroplásica, ou lesão ulcerada com menos de 1 cm de diâmetro, não se verificando o endurecimento das estruturas adjacentes nem o aumento dos linfonodos cervicais.

Considerando-se que o carcinoma epidermóide manifesta-se inicialmente no epitélio da boca, de forma localizada, se for realizada a semiotécnica de exame bucal rotineiramente, pode-se afirmar que esta neoplasia maligna pode ser detectada e diagnosticada em um momento mais favorável para a cura do paciente, que se beneficiará da aplicação da terapêutica indicada.

Qualquer lesão da mucosa bucal que persista por mais de 14 dias deve ser biopsiada.

Não perca tempo! Caso não tenha condições de realizar o diagnóstico ou o tratamento, encaminhe o paciente o mais rapidamente possível ao centro de diagnóstico e tratamento mais próximo.

BIBLIOGRAFIA

BADEN, E. Prevention of Cancer of the Oral Cavity and Pharynx. In: CA-A. Cancer Journal for Clinicians, 37 (1), 1987.

BAKER H.W., Rikles N.H., Helsper J.T., Vesse R. H., Stark R.B., Oster Kanp R.W., Whitten J.B. Oral Cancer: Diagnosis, Treatment and Rehabilitation. American Cancer Society, Inc. 1972 e 1973.

BODAK GYOVAI L. Z., Mauziona J.V. Oral Medicine: Patient Evaluation and Management. Williams and Wilkins, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Doenças Crônico-Degenerativas: Evolução e Tendências Atuais - I. Cadernos. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

———. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Combate ao Fumo. Tabagismo e Saúde Brasília, Centro de Documentação Científica, 1987.

———. Ministério da Saúde. Estatísticas de Mortalidade, Brasil, 1986. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Arquivos, 1989.—

———. Ministério da Saúde. Programa de Oncologia - Pro-Onco. Rio de Janeiro. Subprograma de Expansão da Prevenção e Controle do Câncer Cérvico-Uterino. Arquivos, 1990.

———. Ministério da Saúde. Programa de Oncologia - Pro-Onco. Rio de Janeiro. Registro Nacional de Patologia Tumoral. Arquivos, 1981-85.

———. Ministério da Saúde/União Internacional Contra o Câncer. Brasília, TNM Classificação dos Tumores Malignos, 1989.

———. Estatísticas de Mortalidade - Brasil - 1981. Brasília, Ipiranga, (Série G Estatística e Informação em Saúde), 1985, 370 p.

———. Estatística de Mortalidade - Brasil - 1983. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Série G: Estatística e Informação em Saúde), 1987, 359 p.

———. Estatísticas de Mortalidade Brasil - 1985 - Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, (Série G: Estatística e Informação em Saúde), 1988, 361 p.

———. Projeto Saúde, Estudo Sobre Estilo de Vida, Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas, 1988, 132 p.

BRUMINI, R (ed.) Câncer no Brasil: Dados Histopatológicos - 1976-80. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, 1982, 480p.

DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION AND WELFARE. Smoking and Health. Washington, 1979. 1 V.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequences of Smoking: Cancer. Washington, 1982. 1V.

DE VITTA, V.T. et al. Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, Lippincott Company, 1985, 2.344 p.

FRANCO, E.L. et al.: Risk Factors for Oral Cancer in Brasil: A Case - Control Study. Int. J. Cancer: 43,: 982-1000, 1989.

GOMES, R.A., LEITÃO, A.C.: Radiobiologia e Fotobiologia. Rio de Janeiro. Mimeo, 1986, 2 V., 371 p.

GUPTA, P.C. et al. Intervention Study for Primary Prevention of Oral Cancer among 36.000 Indian Tobacco users. The Lancet, 1235-38, maio 1986.

LANGLAIS R.P., BRIKER S.L., COTTONE J.A., BAKER B.R. Oral Diagnoses, Oral Medicine and Treatment Planning. W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1984. 390p.

MASHBERG, A. et al. Alcohol as a Primary Risk Factor in Oral Squamous Cell Carcinoma. Cancer 31:146-55, 1981.

MASHBERG, A. et al. A Study of the Appearance of Early Asymptomatic Squamous Cell Carcinoma. Cancer, 32:1436-45, 1973.

MCCOY, G.D. et al. The Roles of Tobacco, Alcohol and Diet in the Etiology of Upper Alimentary and Respiratory Tract Cancers. Prev. Med. 9: 622-29, 1980.

MEHTA, F.S. et al. An Intervention Study of Oral Cancer and Precancer in Rural Indian Populations; A Preliminary Report. Bulletin of the World Health Organization, 60(3):441-6, 1982.

OLIVEIRA, B.V., RAMOS, G.H.A., SAMPAIO Jr, L.A., BIASI, L.J. Avaliação de Métodos de Diagnóstico para Detecção do Câncer Bucal, Fortaleza, Anais do XX Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, 1989.

PHILLIPS, R.L. et al. Mortality among California Seventh-Day Adventists for Selected Cancer Sites. J.N.C.I., 65:1097-107, 1980.

PINDBORG J.J., Oral Cancer and Precancer. Ed. Panamericana, Copenhagen. Denmark, 1980, 185p.

SAMPAIO, M.C.C. et al. Análise do Carcinoma Bucal. Ccsuística do Hospital Napoleão Laureano. Rev. Bras. de Cancerologia, 31(2):125-30, 1980.

SHAFFER, W.G., WALDRON, C.A. Erythroplakia of the Oral Cavity. Cancer 36:1021-8, 1975.

SHAFFER, W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M. Patologia Bucal, 3. ed. Interamericana, 1979, 728p.

SILVERMAN Jr. S. Oral Cancer. New York, American Cancer Society, Inc., 1985, 130 p.

SILVERMAN Jr. S., MIGLIORATI, C., BARBOSA, J. Toluidine Blue Staining in the Detection of Oral Precancerous and Malignant Lesions. Oral Surg. 57:379-82, 1984.

TOMMASI, A.F. & GARRAFA V. Câncer Bucal. São Paulo, Medisa, 1980, 814 p.

WEST, D.W. et al. Cancer Risk Factors: An Analysis of Utah Mormons and Non-Mormons. J.N.C.I. 65:1083-95, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bulletin of the World Health Organization, 62(6):817-30, 1984.

YUNES. J. P. Caracterização demográfica e social da realidade brasileira. In: GONÇALVES, E.L. (Coord.) Administração e Saúde no Brasil. Pioneira, São Paulo, 1982, pp. 23-73.

BIBLIOTECA / INCA

AUTOR

Autor: Instituto Nacional de Câncer.

Título: Câncer de boca.

TÍTULO _____

| | | |
|--------------|-----------|-------|
| _____ | 616.99431 | _____ |
| Nº CHAMADA | I59c | _____ |
| Nº REGISTRAR | MEMOTEC | _____ |

BB
6
FOFUXA