

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)