

MANUAL DE **CÂNCER BUCAL**

Prof. Dr. Haroldo Arid Soares

CROSP

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Nosso dever. É nossa obrigação.

Em muitos países da Europa, para exercer o que realizamos no Brasil, os alunos fazem o curso de médico – estomatologista (7 anos de medicina e 2 anos de estomatologia) porque inúmeras são as doenças sistêmicas que podem ter como origem infecção buco-dentária e grande parcela se manifestam na cavidade bucal precedendo, durante ou após, a estomatologia delas.

No Brasil, ao contrário, os cirurgiões-dentistas dedicam-se, durante todo o curso universitário, ao estudo da boca e outros problemas de saúde e complementam fazendo especialização para as áreas em que preferem trabalhar. A Odontologia brasileira avança como uma das mais competentes no mundo. Mas, se a boca é o nosso universo, não podemos desconhecer nada que nela ocorra; portanto, o diagnóstico e a maioria dos tratamentos é de nossa responsabilidade.

Então é nosso dever, é nossa obrigação fornecer aos nossos pacientes meios de prevenção e diagnóstico das doenças de boca, incluindo câncer bucal e, em casos suspeitos, encaminhá-los a serviços especializados.

O câncer bucal, segundo estatística do Instituto Nacional de Câncer – INCA, ocupa o 5º lugar, no sexo masculino e o 8º, no sexo feminino, com prevalência do tipo histológico carcinoma espinocelular. É moléstia insidiosa, que deve ser detectada logo no seu início, pois, tardiamente, levará a mutilações na face, com deformidades que terão sérias repercussões sócio-culturais e na estima pessoal, além da possibilidade de metástases, podendo até levar a óbito.

Câncer bucal é coisa séria. Detectá-lo precocemente é muito importante e por esse motivo temos promovido Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, dando ênfase ao auto-exame e exames clínicos realizados por cirurgiões-dentistas, com Inegável sucesso nos últimos 3 anos:

ANO	Localidades	Atendimentos	Encaminhamentos para Exames Anatomo-patológicos	Casos diagnosticados com Câncer
2002	São Paulo	10786	1554	89
2003	Santos	2242	414	6
	Jacareí	1608	177	0
	Taubaté	1.004	199	5
	Mogi das Cruzes	1007	91	7
	Rio Claro	181	37	0
2004	Avaré	201	58	0
	Jacareí	734	184	2
	Araras	372	70	0
	Ipiranga	272	5	0
	Catanduva	2369	49	0
	Fernandópolis	400	99	1
	Franca	447	69	5
	Presidente Prudente	101	19	0
	Mogi das Cruzes	1.484	258	1
	Ribeirão Preto	975	67	3
	Taubaté	80	6	0
	S. José dos Campos	100	-	-
TOTAL	18	24363	3356	119

Esse trabalho beneficia a população e valoriza a imagem do cirurgião-dentista como profissional da saúde.

Queremos enaltecer o trabalho da equipe que realizou, na capital de São Paulo, o 1º Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal do CROSP e que elaborou o folder que está sendo distribuído nas demais cidades, as normas de procedimento bem como os formulários. Os agradecimentos do CROSP aos Professores Gilberto Marcucci, Rubens Côrte Real de Carvalho, Haroldo Arid Soares, Ângelo Rafael Calábria Tancredi, **Caetano Baptista Neto**, Celso Augusto Lemos Junior, Élcio Magdalena Giovani, Mônica Andrade Lotufo, Ricardo Gonzaga Moraes Filho, Silvia Cristina Mazeti Torres e Wagner Seroli.

Preocupados com o aumento da incidência do câncer bucal solicitamos do Prof. Dr. Haroldo Arid Soares a elaboração do presente trabalho que será de grande valia para a ampliação dos conhecimentos do tema pelos cirurgiões-dentistas.

Este Manual tem como principal objetivo de atualizar os colegas sobre o problema e conscientizá-los de nossas responsabilidades sociais para prestar um excelente serviço à população de São Paulo.

Emil Adib Razuk
Presidente

AUTOR

HAROLDO ARID SOARES

- *Especialista em Patologia Bucal e Estomatologia.*
- *Mestre e Doutor em Diagnóstico Bucal pela FOU SP.*
- *Professor Coordenador dos Cursos de Especialização em Estomatologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) e da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD – SP).*
- *Professor Titular das Disciplinas de Semiologia e Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES).*
- *Professor Titular as Disciplinas de Semiologia I e II, Patologia Bucal do Curso de Odontologia da Universidade Metodista de São Paulo (UMESP).*
- *Responsável pelo Serviço de Diagnóstico Bucal do Hospital Municipal Carmino Carrichio (Hospital Municipal do Tatuapé - PMSP).*

CONTEÚDO

INTRODUÇÃO	01
FATORES DE RISCO	04
INFORMAÇÕES PARA O EXAME CLÍNICO	14
LESÕES CANCERIZÁVEIS OU PRECURSORAS	28
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS / ASPECTOS CLÍNICOS DO CARCINOMA ESPINOCELULAR	40
EXAMES COMPLEMENTARES PARA DIAGNÓSTICO	44
BASES DO TRATAMENTO E REABILITAÇÃO	48
TRATAMENTO	50
PREVENÇÃO	54
ATITUDES DO CIRURGIÃO DENTISTA PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

INTRODUÇÃO

O câncer no Brasil é um problema de saúde pública, encontra-se entre as duas primeiras causas de óbito na maioria das regiões do país. Seu perfil epidemiológico tem se alterado nos últimos anos projetando um aumento na taxa de mortalidade.

O envelhecimento da população brasileira é alvo de preocupação, na última década os pacientes com mais de 60 anos de idade duplicaram em relação à década anterior. Essa mudança mostra aumento da expectativa de vida, e há uma série de problemas comuns ao idoso, como as doenças crônicas degenerativas, dentre elas o câncer.

Câncer é uma palavra genérica que serve para designar tumor maligno, neoplasia maligna, portanto, não existe câncer benigno, e sim câncer com maior ou menor grau de agressividade.

Todo câncer é agressivo, destrutivo, infiltrativo e para se saber o tipo do câncer é necessária biópsia e exame anatomopatológico, somente assim se tem o tipo histológico da neoplasia maligna, bem como seu grau de agressividade.

A cavidade bucal pelas suas características está intimamente relacionada a vários agentes agressores (biológicos, físicos, químicos, ionizantes, entre outros) que predisõem a várias lesões, desde reacionais, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, além de manifestações de doenças sistêmicas.

O tipo histológico mais comum de câncer na boca é o carcinoma espinocelular (CEC), que representa entre 90% a 95% de todas as neoplasias malignas dessa região.

O CEC é de origem epitelial, ou seja, do tecido que recobre as paredes da cavidade bucal (mucosas), portanto de fácil visualização. A lesão do CEC se apresenta como uma erosão ou úlcera, onde há perda de epitélio. A região fica avermelhada, esbranquiçada, ou ambas, e vulgarmente o paciente refere como ferida e não desaparece em até 20 dias.

Esta úlcera de pequenas dimensões, progride para uma úlcera infiltrativa ou úlcero-vegetante, é de fácil identificação no exame clínico, entretanto, esse fato nem sempre merece a importância necessária do examinador.

A demora para o diagnóstico do câncer de boca dificulta o tratamento, deixando o prognóstico mais sombrio em função dos danos anatômicos e funcionais causados pela neoplasia maligna.

Os progressos tecnológicos que a medicina desenvolveu nas últimas décadas proporcionaram e aprimoraram as condições de avaliação da neoplasia e do paciente, porém o auto exame e o exame clínico continuam sendo as melhores maneiras de suspeitar de câncer bucal.

Formação adequada de oncologia bucal ao aluno de odontologia, manutenção do conhecimento dos profissionais de saúde na técnica do exame clínico, afastar os fatores carcinogênicos, reconhecer e tratar as lesões cancerizáveis, educar o paciente ao auto-exame, instruir o paciente a consultas periódicas ao cirurgião dentista, são passos que constituem as atitudes básicas na prevenção do câncer de boca.

Um grande progresso poderia ser feito também no diagnóstico precoce da neoplasia maligna de boca caso o público fosse educado no sentido de procurar o cirurgião dentista em intervalos razoavelmente freqüentes e que estes fossem instruídos no reconhecimento do câncer em fase inicial e proceder a exames para o diagnóstico.

CÂNCER	Do lat. Câncer, caranguejo, termo genérico indicativo de vários tipos de neoplasmas malignos, a maior parte dos quais tem características invasivas dos tecidos adjacentes e pode produzir metástases.
CÂNCER BUCAL	Denominação genérica de qualquer neoplasma de ocorrência na boca.
CARCINOMA	Do gr. Karkinos, caranguejo; oma, tumor. Denominação genérica dos tumores malignos derivados do tecido epitelial. É o mais comum dos tumores malignos.

CARCINOMA ESPINOCELULAR	Carcinoma de células escamosas, carcinoma epidermóide, carcinoma mais comum na boca.
NEOPLASIA	Neoformação. Processo patológico que resulta na formação de neoplasma ou de tecido novo, ou de tumores.
NEOPLASMA	Massa ou tecido cujo crescimento não é compatível com o dos tecidos normais. Neoformação. Pode ser benigno ou maligno.
NEOPLASIA MALIGNA	Formação de tecido novo, que se desenvolve rapidamente com tendências a invasão a tecidos circunvizinhos, cuja gravidade vai sempre aumentando e provoca metástase. Câncer.
TUMORES	Todo aumento anormal de um órgão ou parte do organismo. Tumefação ou inchaço mórbida. Edema. Aumento maior que 3 cm de diâmetro.
ÚLCERA	Alteração morfológica representada por perda do epitélio com exposição do tecido conjuntivo.
ANATOMOPATOLÓGICO	Anatomia patológica. Estudo das alterações macro e microscópicas das alterações estruturais de órgãos e de tecidos removidos pela biópsia, assim como a interpretação de tais estudos.
BIÓPSIA	Remoção de um fragmento de tecido vivo para estudo anatomopatológico.
ONCOLOGIA	Estudo científico das neoplasias malignas e suas relações.
HISTOLÓGICO	Histopatologia. Ciência ou estudo das estruturas citológicas ou histológicas anormais através de métodos microscópicos especiais.

FATORES DE RISCO

O termo fator de risco refere-se ao perigo ou à probabilidade de perigo, e pode ser entendido como o fator que possibilita ou é responsável pelo dano. Quando somos expostos a determinados fatores de risco aumentamos a possibilidade de haver prejuízo para o organismo como adquirir doenças. Esses fatores de risco podem ser herdados ou podem ser adquiridos e acumulados durante a vida do indivíduo.

Os fatores de natureza química, física ou biológica, cujos mecanismos de ação na produção e desenvolvimento do câncer (carcinogênese) estão bem estabelecidos e são denominados agentes cancerígenos (agentes capazes de produzir câncer).

Os efeitos cumulativos de diferentes agentes seriam os responsáveis pelo início, promoção e desenvolvimento do crescimento tumoral. A carcinogênese seria determinada por esses agentes, em uma dada frequência, período de tempo e pela interação entre eles. Além disso, devem ser consideradas as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular, provocados por esses agentes cancerígenos.

O principal fator de risco para o câncer bucal é o tabagismo devido à sua alta quantidade de substâncias carcinogênicas, seguidas pelo etilismo (consumo de bebida alcoólica), sendo que a associação de ambos aumenta a possibilidade de desenvolvimento do câncer bucal. Sabemos que a higiene bucal precária, dieta deficitária (principalmente de vitamina A, C, E, selênio e cálcio), entre outras, também são relatadas como fatores de risco para neoplasia maligna.

Discutiremos os principais fatores de risco relacionados ao câncer bucal, principalmente para o carcinoma espinocelular (CEC):

- Tabagismo,
- Etilismo (álcool),
- Radiação não ionizante (luz solar),
- Agentes infecciosos (vírus, fungos, ...),
- Dieta,
- Outros fatores.

TABAGISMO

Sabe-se que o tabaco é fator de risco para cânceres do pulmão, laringe, faringe, estômago, pâncreas, bexiga e principalmente para a boca.

O tabagismo é um vício (hábito prejudicial) com intensa disseminação pelo mundo, estando presente em praticamente todas as culturas.

O tabaco é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a maior causa isolada e evitável de doenças e mortes no mundo.

Toda forma de tabaco, como cigarro, cachimbo, charuto, rapé, cigarro de palha, fumo de rolo mascado e outras formas são nocivos à saúde.

No Brasil, a forma de tabaco mais utilizada é o cigarro, e em todos os seus tipos a composição é semelhante, independente de ser "ligh" e com filtro especial, portanto, prejudicial à saúde.

O cigarro é considerado pela OMS como o maior poluidor doméstico, sua fumaça possui uma mistura de aproximadamente cinco mil elementos químicos diferentes e alguns desses são comprovadamente cancerígenos.

A ação dos elementos carcinogênicos contidos no tabaco tem ação direta na mucosa bucal, como irritante químico sobre as células, modificando-as por absorção desses produtos.

O tabaco resseca a mucosa provocando aumento da camada de queratina, facilitando a ação de outros elementos carcinogênicos e aumentando a possibilidade do risco para câncer bucal.

A irritação térmica e a mecânica do papel ou palha que envolve a ponta do cigarro, e também o "bico do cachimbo" provocam danos acumulativos na semimucosa dos lábios, principalmente inferior.

O consumo de tabaco está relacionado a alterações gengivais, doenças periodontais, aumento do risco de perda óssea alveolar, dificuldade de cicatrização, redução dos níveis de IgA secretória na saliva e possibilidade de aparecimento de lesões cancerizáveis, notadamente a leucoplasia.

É importante ressaltar os efeitos nocivos do cigarro principalmente aos jovens, pois o início do vício do tabagismo frequentemente ocorre entre os 14 e 19 anos de idade, com tendências dessa faixa etária diminuir nas próximas décadas.

Deve-se destacar que os fumantes ativos e passivos são expostos à mesma fumaça do cigarro, portanto são agredidos pelos mesmos produtos químicos.

O cigarro também é apontado como principal causa do aumento do CEC de boca entre as mulheres, o fato está relacionado às mulheres terem começado a fumar mais nos últimos 30 anos e serem mais susceptíveis aos malefícios do tabaco, não se sabe exatamente a causa, mas suspeita-se que os hormônios sexuais femininos interfiram no metabolismo das substâncias químicas do cigarro.

Não é só com o câncer de boca que os fumantes devem se preocupar. O fumo dobra, triplica chegando a aumentar oito vezes o risco a determinados tipos de câncer, e triplica a incidência de ataques cardíacos.

ETILISMO (ÁLCOOL)

O álcool há muito tempo vem sendo considerado um importante fator no desenvolvimento do câncer. As bebidas alcoólicas, independentemente da quantidade de álcool que possuem, agem diretamente na mucosa bucal, irritando-a através de seus componentes químicos (substâncias aromáticas, alcalóides, hidrocarbonetos, policíclicos, entre outras).

O álcool age como solvente, facilitando a exposição da mucosa bucal a outros fatores carcinogênicos; age diminuindo a velocidade de reação da defesa do organismo e provoca injúria celular, produzida pelos metabólicos do etanol, os chamados aldeídos.

A concentração do álcool nas bebidas fermentadas é menor que nas bebidas destiladas. A cerveja apresenta aproximadamente 5% de álcool, a cachaça 50%, o whisky (uísque) aproximadamente 40%, o vinho aproximadamente 18%, portanto, bebedores de cachaça possuem maior risco de dano celular da mucosa bucal que os bebedores de cerveja.

As bebidas alcoólicas ingeridas cronicamente em grande quantidade provocam deficiências nutricionais, alterações no fígado, como cirrose, além de defeitos estruturais e metabólicos nas mucosas, predispondo-a mais intensamente a irritantes crônicos.

O alcoólatra ou o uso crônico exagerado de bebidas alcoólicas apresenta alterações nas condições imunológicas do indivíduo, apresentando maior propensão ao desenvolvimento de cânceres. O alcoólatra em relação aos pacientes que bebem ocasionalmente possui 15 vezes mais risco de aparecimento de câncer de boca.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o tabagismo no desenvolvimento do câncer bucal foram intensamente discutidos, porém, é indiscutível a ação sinérgica entre estes dois fatores de risco, que associados aumentam o poder de irritação sobre a mucosa bucal, predispondo a maior desenvolvimento para o câncer de boca, faringe, estômago e pulmão. Estudos epidemiológicos verificam que a associação do tabagismo e etilismo é freqüente nos pacientes com carcinoma epinocelular (CEC) de boca.

O aumento do risco de desenvolvimento do CEC de boca depende principalmente da intensidade, quantidade, qualidade e duração do vício do tabagismo e/ou etilismo, portanto maior é o risco quanto maior for o número de doses de bebidas e cigarros consumidos.

RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE (LUZ SOLAR)

A porção ultravioleta (UV) do espectro da luz solar produz dano celular tanto no epitélio como no tecido conjuntivo subjacente e quando há exposição excessiva há risco de desenvolvimento de carcinoma no lábio inferior.

Muitos fatores concorrem para a potencialização dos raios solares como agentes causais (cancerígenos) do câncer de pele e na semimucosa do lábio inferior, devendo ser considerados entre eles: quantidade de pigmentação melânica, sensibilidade da pele e semimucosa, tempo de exposição à luz solar, tipo de radiação, ocupação do indivíduo, localização geográfica (latitude), associação com outros elementos naturais (vento, temperatura, estação do ano), horários de exposição ao sol, comprimento de onda dessas radiações, seu ângulo de incidência e susceptibilidade individual.

A lesão cutânea (pele) e a lesão de semimucosa (vermelhão) de lábio inferior provocada por exposição ao sol de forma cumulativa são mais comuns em pessoas de pele clara, com pouca pigmentação melânica. Indubitavelmente, a melanina age como fator protetor, principalmente como uma barreira física que impede a passagem dos raios ultravioleta.

Todos os indivíduos de pele clara que se expõem demasiadamente ao sol, principalmente no horário das 09 às 17 horas devem se proteger. A exposição repetitiva ao sol sem os devidos cuidados de proteção pode depois de 15 a 30 anos, ou até menos, levar ao aparecimento de lesões hiperkeratóticas (esbranquiçadas, ásperas) que podem desenvolver câncer de pele e na semimucosa de lábio inferior.

Por esse motivo, pessoas expostas constantemente ao sol como marinheiros, pescadores, surfistas, trabalhadores rurais, entre outros, devem receber cuidados de proteção como chapéus, uso adequado de protetores solares e principalmente serem orientados para o risco de desenvolvimento de câncer.

AGENTES INFECCIOSOS

Existem evidências da relação dos agentes viróticos com o câncer. Os vírus são agressores intracelulares que deturpam o RNA (ácido ribonucleico) mensageiro, modificando o código organizado e transmitido pelo DNA (ácido desoxirribonucleico) nuclear. É preciso manter a concepção que a oncogênese é multifatorial, não sendo o vírus o único a ser considerado.

O Papiloma vírus humano (HPV), o vírus Epstein-Barr, o vírus do herpes tipo 6, o vírus do herpes simples I e II, o citomegalovírus, o vírus tipo C da hepatite, e linfoma T são associados ao câncer bucal. Esses agentes biológicos têm sinergismo com o tabagismo, etilismo, luz solar, dieta, aumentando o risco de neoplasia maligna na região.

Atualmente, o vírus do papiloma humano (HPV) é considerado o marcador de risco mais importante para o câncer de colo de útero, na cavidade bucal sua ação parece denotar mais estudos, pois a prevalência na população em geral é muito superior aos casos de carcinoma bucal.

DIETA

É recente o estudo do papel da dieta alimentar como fator de risco para o câncer bucal, constituindo um tópico em evolução na oncologia. É importante salientar que existem poucos estudos conclusivos da associação da dieta alimentar com o câncer de boca. Muitos componentes da dieta alimentar têm sido relacionados com o processo de desenvolvimento do câncer, deficiências nutricionais tornam a mucosa bucal mais predisposta (susceptível) a outros fatores de risco.

As deficiências nutricionais apresentam íntima relação com a condição geral do paciente, favorecendo sobremaneira outros fatores para a carcinogênese.

As vitaminas, os oligoelementos e outros produtos da dieta alimentar se interagem no sistema, geralmente se tornam interdependentes, ou seja, para se tornarem ativos necessitam de interações.

Atualmente os antioxidantes têm recebido atenção especial principalmente como proteção a tecidos epiteliais, porém entende-se que agem de forma sinérgica entre si diminuindo o risco de neoplasias.

As vitaminas (A, B, C, D e E), selênio e cálcio têm sido relacionado a prevenção e a falta desses a maior risco de aparecimento de cânceres, portanto, o paciente bem nutrido, bem alimentado, com alimentação saudável, mantendo uma dieta rica em frutas, hortaliças, folhas verdes, alimentos fibrosos, vitaminas e antioxidantes constituem um "fator de proteção", diminuindo o risco de cânceres.

A utilização excessiva e prolongada de bebidas de temperatura muito baixa ou muito alta, ácidas, condimentadas, salgadas, com conservantes, ricas em corantes, com alto teor de gorduras saturadas, de composição química irritativa, tem maior propensão a desenvolver alterações na mucosa bucal e trato digestivo, sendo relacionadas ao aumento do risco de cânceres.

OUTROS FATORES DE RISCO

É importante salientar que a exposição a determinados fatores de risco e a ocorrência de câncer não são claras, devendo haver maior investigação entre causa e efeito.

Portanto, há fatores de risco que podem estar associados a determinado câncer e a outros não, e nem sempre é fácil reconhecer o fator de risco no desenvolvimento de uma doença, principalmente para a neoplasia maligna.

A produção e desenvolvimento das neoplasias malignas têm início por inúmeros fatores (multifatorial), que coexistem, apresentam associações e se potencializam (sinergismo).

- **FATORES OCUPACIONAIS:** Os cânceres ocupacionais vêm ocupando uma posição de destaque em nossos dias, onde os trabalhadores cada vez mais ficam expostos a substâncias tóxicas sem na maioria das vezes terem consciência dos efeitos prejudiciais.

Algumas substâncias químicas e atividades ocupacionais são capazes de, em maior ou menor grau, induzir a carcinogênese no homem, tais como sopradores de vidro, marceneiros, sapateiros, ocupações relacionadas a manuseio com sílica, arsênio, benzeno, níquel, entre outros.

O CEC de boca está relacionado com algumas atividades profissionais como: trabalhadores de processamento de metais, madeiras, fibras têxteis, couro, asbestos, níquel, álcool isopropílico, ácido sulfúrico.

Profissões ligadas à indústria tipográfica e ao comércio do álcool apresentam maior índice de câncer bucal e de faringe. As profissões que expõem os trabalhadores a irritações da exposição excessiva da luz solar e a variações climáticas, como ventos, geadas e exposição solar continuada, como marinheiros, pescadores, tratoristas, ambulantes de praia, trabalhadores rurais, surfistas, entre tantas outras, apresentam maior risco de incidência do câncer de pele e semimucosa do lábio inferior.

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

- **MEDICAMENTOS:** Algumas drogas utilizadas em terapias possuem entre seus efeitos colaterais indesejáveis a produção e desenvolvimento de neoplasias malignas (carcinogênese). Agentes imunossupressores, a fenacetina, dietilestilbestrol, e inúmeras drogas tem sido responsabilizadas ou relacionadas a fator de risco de cânceres.

- **RADIAÇÕES:** As radiações ionizantes utilizadas principalmente através dos exames radiológicos, radioterapia e as fontes naturais ionizantes aumentam o risco a determinados tumores. É associada ao tempo de exposição, quantidade e qualidade de radiação.

- **SUSCEPTIBILIDADE GENÉTICA:** Fatores como hereditariedade, susceptibilidade individual e fatores endócrinos têm relação com a maior facilidade de iniciação e produção do câncer, porém são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores constitucionais.

Fator genético envolvendo o câncer de boca é pouco discutido na literatura, quando há referência é em relação ao CEC de semimucosa do lábio inferior no albinismo e no xeroderma pigmentoso.

- **DOENÇAS SISTÊMICAS:** Toda doença sistêmica que modifica o comportamento da mucosa bucal favorece a ação de carcinógenos. A cirrose hepática, anemia crônica, diabetes mellitus, sífilis, pacientes transplantados e entre outras doenças que deprimem o sistema de defesa aumentam o risco para o câncer bucal.

- **IRRITAÇÃO MECÂNICA CRÔNICA:** O trauma crônico (contínuo), irritativo, de longa duração e baixa intensidade geralmente forma nódulos (aumento consistente) sem características neoplásicas, como as hiperplasias e granulomas.

As irritações mecânicas na mucosa bucal são provocadas na maioria das vezes por uma saúde bucal precária, onde não há boa higiene bucal, existe presença de dentes cariados com bordas cortantes, restaurações irregulares, dentes ectópicos, próteses parciais fixas sem adequada adaptação, próteses parciais removíveis sem estabilidade e com arestas cortantes, próteses totais deficientes, ou em más condições de uso.

Os traumas crônicos não seriam agentes carcinogênicos, pois há de acrescentar-se fatores endógenos como: constituição, hereditariedade, sexo, idade e fatores exógenos entre os quais dieta, etilismo e tabagismo.

Alguns autores consideram a irritação mecânica crônica, principalmente quando associada aos fatores endógenos e exógenos relacionadas a carcinogênese, funcionam como fator sinérgico para o desenvolvimento do câncer bucal, relacionam principalmente traumas crônicos produzindo úlceras na região de fórnix (fundo de sulco), e quando associadas ao álcool e tabaco potencializam-se aumentando a probabilidade de desenvolvimento do CEC de boca.

Os pacientes deveriam procurar o cirurgião dentista em intervalos razoavelmente freqüentes para manutenção da saúde bucal e os que utilizam próteses dentárias devem ser preservados periodicamente para controle e atenção ao aparelho protético em relação à mucosa bucal.

FATOR	Elemento ou causa que contribui para um resultado; componente, agente, elemento ou causa que influencia um processo ou sistema.
RISCO	Possibilidade de perigo, colocar em risco.
FATOR DE RISCO	Elementos que aumentam a possibilidade de perigo, agentes que colocam maior probabilidade de transformações ou acontecimentos indesejáveis.
ONCO	Significa ou indica tumor ou massa neoplásica maligna.
ONCOGÊNESE	Processo de formação das neoplasias malignas (câncer).
ONCOGÊNICO	Relativo à formação dos tumores, que causa a formação de neoplasias malignas.
ONCOLOGISTA	Especialista em oncologia, médico especializado em oncologia.
CANCERÍGENO	Carcinógeno. Carcinogênico. Que produz ou gera câncer, que provoca ou influencia o desenvolvimento do câncer.
AGENTES CANCERÍGENOS	Podem ser classificados como iniciadores e promotores tumorais, se causam diretamente o dano genético das células ou se estimulam a taxa de crescimento das células lesadas respectivamente.
CARCINOGÊNESE	Origem ou produção do câncer, inclusive carcinomas e outros neoplasmas malignos. É um processo multifatorial, com duração variável.
PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PARA O Câncer bucal	Tabagismo, etilismo, radiação não ionizante, agentes infecciosos, dieta, outros (fatores ocupacionais, medicamentos, radiações, susceptibilidade genética, doenças sistêmicas).

TABAGISMO	Vício do tabaco, fumo, geralmente fumado. No Brasil principalmente o cigarro.
ETILISMO	Vício do álcool etílico.
RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE	Luz solar, principalmente porção ultravioleta (UV).
IRRITAÇÃO MECÂNICA CRÔNICA	Trauma irritativo, constante, geralmente de baixa intensidade e longa duração.
AGENTES INFECCIOSOS	Microorganismos que provocam doenças locais e/ou sistêmicas que podem contribuir para modificações celulares.
DIETA	Regime alimentar. Qualidade, quantidade e frequência de alimentação prescritas e ordenadas com objetivos terapêuticos.
NUTRIÇÃO	Processo através do qual os organismos assimilam e utilizam substâncias exógenas para a incorporação e a manutenção de tecidos e para a produção de energia.
DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL	Diminuição ou falta de qualquer substância existente nos alimentos que é necessária a função fisiológica normal do corpo.
ANTI	Prefixo que indica contra, oposto, que se opõe.
OXIDANTE	Diz-se do agente que promove ou favorece a oxidação (combinação com oxigênio).
ANTIOXIDANTE	Elementos que retardam ou diminuem a oxidação, favorecendo a renovação celular.
DOENÇA SISTÊMICA	Doença ou enfermidade sistêmica ou orgânica (diz-se de que qualquer uma que afeta todo corpo; que é generalizada).

INFORMAÇÕES PARA O EXAME CLÍNICO

O carcinoma espinocelular (CEC) tem como sinônimo os termos carcinoma epidermóide e carcinoma de células escamosas, representando a grande maioria das neoplasias malignas da cabeça e pescoço. Cerca de 90 a 95% dos cânceres de boca são CEC. Os outros 5% correspondem a diferentes tipos histológicos, como as neoplasias malignas de glândulas salivares, sarcomas, linfomas, melanomas, entre outras.

O aspecto clínico do CEC da mucosa da cavidade bucal apresenta-se como uma úlcera, de pequenas dimensões, que progride para uma úlcera infiltrativa ou úlcera vegetante; suas bordas na maioria das vezes são nítidas, elevadas e endurecidas, possuindo base firme e endurecida. Na sua evolução perde a elasticidade, movendo-se como um todo inflexível. A infiltração está ao redor da porção ulcerada em quase todas as lesões. No início é indolor, porém, no seu desenvolvimento a dor se apresenta tardiamente. Sangra facilmente e é friável ao corte.

A biópsia incisional (remoção do fragmento) e conseqüente exame anatomopatológico é condição necessária para o diagnóstico do tipo histológico da neoplasia, o fragmento quando adequado para exame raramente apresenta dificuldade para o diagnóstico histopatológico.

A incidência do CEC de boca possui variações estatísticas conforme as regiões geográficas pesquisadas tanto no mundo quanto nos estados do Brasil. Observa-se que nos países em desenvolvimento sua incidência é maior que nos países desenvolvidos.

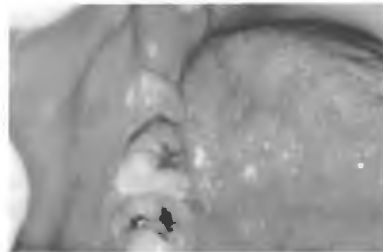
Nos países em desenvolvimento, o câncer bucal tem sido uma das neoplasias malignas que apresenta aumento em sua incidência e tem atraído a atenção dos epidemiologistas comparada aos cânceres de outras regiões do organismo.

A incidência de câncer bucal é maior em analfabetos, em classes econômicas de menor poder aquisitivo, que apresentam maior dificuldade de acesso ao consultório odontológico e apresentam péssimas condições de higiene bucal, cáries, dentes fraturados, doenças periodontais, próteses inadequadas, entre outros características.

As classes sociais de baixa renda são as que mais usam o fumo e o álcool, na maioria das vezes de péssima qualidade, sendo que esses dois fatores aumentam o risco de CEC de boca.

- Todas as alterações de normalidade que não apresentam sinais clínicos de desaparecimento em 15 dias,
- Erosões, úlceras e fissuras que não possuem sinais de cicatrização,
- Áreas brancas que não cedem a raspagem,
- Áreas eritematosas (vermelhas),
- Áreas brancas envolvendo áreas vermelhas e vice-versa,
- Áreas escuras de coloração que pode ir do marrom ao preto, que sejam únicas e isoladas e que possuam história de crescimento recente,
- Nódulos (aumentos consistentes) de crescimento rápido e indolor, sem sinais de inflamação,
- Dentes com mobilidade sem causa aparente, próximos de erosões/úlceras ou nódulos,
- Perda óssea rápida, indolor e inexplicável,
- Apinhamento dental ou modificação do posicionamento dentário,
- Presença de sangramentos não identificáveis provenientes de úlceras ou presentes na saliva,
- Halitose,
- Dificuldade de deglutição, fonação ou movimentação prejudicada de qualquer região da boca e do pescoço,
- Linfonodos (gânglios) regionais palpáveis,

Nenhuma cavidade é mais prontamente acessível ao exame completo do que a boca. A inspeção, a palpação e os exames complementares são feitos com facilidade, portanto, a prevenção e o reconhecimento precoce de lesões bucais não constitui responsabilidade exclusiva do paciente, mas também do cirurgião dentista.



METODOLOGIA DO EXAME CLÍNICO

No exame do paciente (exame clínico) deve-se identificar os possíveis elementos de importância epidemiológica, como as características sociodemográficas de interesse (cor, idade, sexo, ocupação, escolaridade, renda, entre outros) e os dados que colocam o paciente no grupo de risco para o câncer bucal.

Pacientes brancos do sexo masculino acima de 40 anos de idade, tabagista e estilista, pouco alfabetizado, com renda até três salários mínimos mensais, são os indivíduos com perfil para o grupo de risco do CEC de boca.

Na anamnese as queixas são extremamente variadas quando se refere ao câncer bucal, as principais reportam termos como feridas, cheiro ruim, sangue na saliva, caroço que não cicatriza, caroços de crescimento rápido, aftas que cresceram, entre outros. A maioria dessas queixas se refere ao CEC já em fase invasiva. Com relação à duração da queixa esta geralmente se reporta a meses.

É importante nessa fase do exame explorar as doenças antigas e recentes do paciente, seu estado nutricional, hábitos alimentares, medicamentos utilizados, alergias, e itens que se achar necessário. O vício do álcool e do tabaco devem ser pormenorizados contando detalhes como quantidade, qualidade, tempo de utilização, entre outros.

Para fazermos o exame físico o paciente deverá estar bem acomodado, em local de boa iluminação e dispormos de instrumentos simples para o exame da boca (gaze, espelho, espátula, abaixador de língua) e respeitarmos as normas de biossegurança.

Sabe-se que das manobras de semiotécnica, as mínimas necessárias são a inspeção e a palpação, e dependendo das alterações morfológicas encontradas utilizam a raspagem, diascopia (vitropressão), exploração, punção/aspiração, fotografia entre outras.

O cirurgião dentista deve visualizar o paciente como um todo, devendo realizar exame físico geral dentro de critérios específicos e explorar no exame regional principalmente a região de cabeça e pescoço. Deve-se buscar assimetrias, aumentos, manchas, úlceras ou qualquer outra alteração da face, pescoço, ouvido, nariz, olhos, cadeias linfáticas regionais, glândulas salivares maiores, articulação têmporo-mandibular.



Para o exame físico intra-bucal existe uma seqüência pré-estabelecida para que se evite que alguma região da boca não seja explorada.

Os pacientes devem remover as próteses e enxaguar a boca através de bochechos vigorosos antes de serem examinados. O exame da boca propriamente dito deve ser ordenado, metódico, completo onde se examina todas as estruturas, devendo fazê-lo de fora para dentro, ou seja, do vermelhão dos lábios até porção visível de orofaringe.

A inspeção e palpação devem ser feitos de forma seqüencial, onde a inspeção precede a palpação, buscando alterações na forma, cor, brilho, textura, tamanho, depois consistência, sensibilidade, mobilidade, infiltração, limites, entre outros.

SEQUÊNCIA DO EXAME INTRA-BUCAL

LÁBIOS: devem ser examinados com a boca fechada, observando seu contorno, brilho e a linha úmida (linha de contato) entre o lábio superior e o inferior. Depois deve tracioná-los para visualização da mucosa labial e com os dedos em forma de pinça (palpação bidigital) percorrer toda a região.



MUCOSA JUGAL: após o exame da mucosa labial, faz-se o exame das mucosas jugais (direita e esquerda) afastando a região com o paciente de boca aberta, visualizando desde a comissura labial até porção retromolar. A palpação na sua porção anterior pode ser bidigital com os dedos em forma de pinça, porém na sua porção posterior a palpação deve ser dígito-palmar (com a palma da mão sendo colocada em contato com a pele da bochecha).



SULCO GENGIVO-JUGAL (FUNDO DE SULCO): de preferência fazê-lo bilateralmente, de forma simultânea, comparando o lado direito com o lado esquerdo. A palpação deve ser digital, com a polpa dos dedos indicadores percorrendo toda a região, desde a retromolar até freio labial anterior. Os achados devem ser os mesmos, devem ser simétricos. Repita o processo para a maxila.



REBORDO ALVEOLAR: inspecionar a face interna e externa do rebordo, observando o aspecto gengival que deve sofrer semiotécnica específica. A palpação deve ser bidigital, manual ou bi-manual de forma comparativa.



PALATO DURO: o paciente deve fazer leve inclinação com a cabeça para trás e estar com a boca totalmente aberta, possibilitando a visualização do palato duro e face palatina do rebordo gengival. Deve-se palpá-lo de forma digital, geralmente utilizando a polpa digital do dedo indicador.



LÍNGUA: a inspeção da língua deve iniciar pela sua movimentação (para fora, para os lados, para baixo, para cima tocando a região de palato duro), observar se há dificuldade ou assimetria de movimentos. O paciente com a boca aberta e com a língua para fora deve ser feita a inspeção do ápice até as papilas valadas. Palpando a região de ápice e com o auxílio de uma gaze colocada nesta região tracionar a língua forçando-a para melhor inspeção da região posterior do dorso e das bordas, do ventre e região de soalho. A palpação é bidigital em forma de pinça. Nesse exame é importante observar as várias estruturas que ficarão à mercê dos olhos do examinador, como tonsilas linguais, ventre da língua, assoalho bucal, porção lingual do rebordo alveolar, orifícios excretores das glândulas salivares maiores, freio lingual, entre outros, portanto deve-se examinar com cautela.





ASSOALHO BUCAL: o paciente deve estar com a boca aberta e com a língua levantada, para visualização do soalho da boca e possibilidade de palpação. Com o dedo indicador pressione todo o assoalho da boca para a região submandibular que deve ser aparada com a outra mão.



PALATO MOLE E PORÇÃO VISÍVEL DE OROFARINGE:

solicitar ao paciente que permaneça com a língua relaxada, para que em repouso haja mais conforto, e que respire fundo pelo nariz e não engula durante o ato do exame. Reclinar a cabeça levemente para trás, com o paciente com a boca totalmente aberta e pede-se para que este pronuncie um A prolongado ("AAAAAAA"). Observe que o palato mole possui leve movimento, coloração mais amarelada. As lojas e pilares amigdalídeos para melhor visualização deve-se usar uma espátula ou abaixador de língua pressionando levemente o dorso da língua para melhor inspeção.



DENTES E GENGIVA: essas estruturas apresentam-se com semiotécnica específica e de maior conhecimento do profissional.



EXAME	Indagação e observação dos sentidos, sós ou auxiliados por instrumentos, das qualidades e circunstâncias de uma parte ou órgão, com o objetivo de diagnóstico, especialmente.
EXAME CLÍNICO	Em odontologia diz-se da observação com inspeção e palpação, percussão, entre outras manobras de semiotécnica para a boca e estruturas adjacentes e correlatas. É a pesquisa dos sinais e sintomas da doença. Didaticamente é dividido em anamnese e exame físico.
SINTOMAS	Qualquer sensação ou alteração corporal sentida ou experimentada pelo paciente, que indique ou se relacione com uma desordem ou uma doença. É relatado pelo paciente.
SINAIS	Indicador, indício, prova, indicação. Há um grande número de sinais clínicos com designações especiais dadas pelo profissional. Exemplo: úlcera, placa, mancha, nódulo, bolha, vesícula, entre outras.
SINTOMATOLOGIA	Ciência que estuda o conjunto dos sinais e sintomas das doenças. Relacionar os sinais e os sintomas com o aparecimento (semiogênese) e do significado clínico que podem oferecer (clínica propedêutica).
SEQUÊNCIA DO EXAME CLÍNICO	Anamnese (identificação do paciente, queixa principal e duração, história da doença atual, antecedentes familiares, antecedentes mórbidos, hábitos e vícios). Exame físico (geral e regional - extra e intrabucal).
ANAMNESE	História clínica, pregressa e atual, com dados e informações obtidas do paciente.
IDENTIFICAÇÃO	Idade, sexo, cor, endereço, profissão (ocupação), etc.

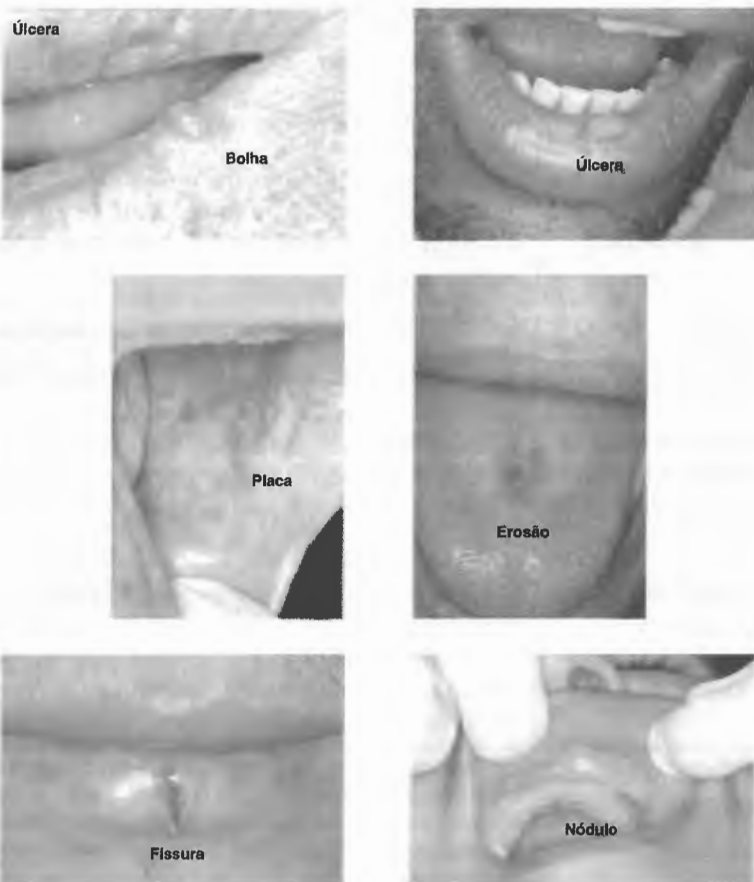
EXAME FÍSICO	Indagação e observação dos sentidos, sós ou auxiliados por instrumentos, das qualidades e circunstâncias de uma parte ou órgão, com o objetivo de diagnóstico, especialmente.
SEMIOLOGIA	Parte da medicina que estuda a sintomatologia das doenças, sob o ponto de vista do diagnóstico e do prognóstico. Utiliza técnicas especiais para exame (semiotécnica).
INSPEÇÃO	Exame visual cuidadoso, de um corpo ou de uma parte. Vistoria. Examinar ou observar com grande atenção.
PALPAÇÃO	Examinar pelo toque, com finalidade diagnóstica; examinar sentindo e pressionando com a palma da mão e os dedos.
EXAME FÍSICO REGIONAL EXTRABUCAL	Exame das estruturas próximas e distantes relacionadas direta ou indiretamente com o sistema estomatognático, bem como os aspectos gerais.
EXAME FÍSICO REGIONAL INTRABUCAL	Exame das estruturas contidas na cavidade bucal.
SEQUÊNCIA DO EXAME FÍSICO INTRABUCAL	Lábios, mucosa jugal, sulco gengivo-jugal, rebordo alveolar, palato duro, língua, assoalho bucal, palato mole e porção visível de orofaringe, dentes e gengiva.
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO PRIMÁRIA DO CEC DE BOCA	O início e a evolução da neoplasia maligna na estrutura anatômica da boca. Geralmente nesta ordem: língua e lábio, assoalho bucal, rebordo alveolar, fundo de sulco, palato, gengiva, orofaringe.
O QUE PROCURAR	Úlceras que não desaparecem em 15 dias, áreas brancas e vermelhas, nódulos de crescimento rápido, perda óssea e mobilidade dental inexplicada, sangramentos, halitose, dificuldade de movimentação de qualquer estrutura da boca, linfonodos palpáveis.

LINFONODOS

Gânglios linfáticos. Numerosos corpos arredondados, ovais ou em forma de feijão compostos de tecido linfóide, espalhados pelo corpo, localizados ao longo dos vasos linfáticos que tem como função "filtrar" a linfa. Na região de cabeça e pescoço apresenta grande concentração principalmente na região sub-mandibular.

LESÕES FUNDAMENTAIS

Alterações morfológicas com características próprias, exemplos:



LESÕES CANCERIZÁVEIS OU PRECURSORAS

A Organização Mundial de Saúde define como lesões cancerizáveis "tecidos morfológicamente alterados no qual é mais provável a ocorrência de câncer do que no tecido local normal".

Sabe-se que a remoção dos fatores de risco, o diagnóstico e tratamento das lesões cancerizáveis é condição importante para a prevenção do câncer bucal.

Com o aumento da idade há maior probabilidade de ocorrência de lesões na mucosa bucal, pois os fatores de risco relacionados a essas doenças tem maiores chances de ocorrência, além de sofrerem o efeito cumulativo desses, principalmente do álcool, tabaco, exposição solar, medicação, entre outros.

Dentre os exames complementares para hipótese de diagnóstico de lesões cancerizáveis de mucosa bucal, a biópsia é indispensável, obrigatória e definitiva.

Torna-se difícil determinar como e quando as lesões precursoras do câncer passam a desenvolver características de neoplasias, mas sabe-se que algumas lesões evoluirão para um crescimento neoplásico bem definido, ou seja, uma lesão com crescimento controlado passará a ter um crescimento não controlado.

Estatisticamente na literatura as lesões que se destacam como lesões cancerizáveis para o carcinoma espinocelular são:

- Leucoplasia,
- Queilite actínica,
- Eritroplasia,
- Líquen plano,
- Nevo,
- Estomatite nicotínica.

LEUCOPLASIA

O termo leucoplasia é usado de forma clínica ampla como um "crescimento branco" em mucosa, porém a OMS, define leucoplasia como uma lesão branca que não é removida por raspagem, portanto, se apresentando como placa branca.

Esta placa branca pode ter reconhecido seu fator causal (geralmente fatores irritativos crônicos locais), formando uma hiperqueratose, que desaparece ou regride clinicamente após aproximadamente 40 dias depois da remoção ou eliminação dos possíveis fatores irritativos.

Então o termo leucoplasia ficou restrito às placas brancas que não desaparecem ou regredem mesmo após a remoção dos prováveis fatores irritativos, e que histologicamente não se assemelham a nenhuma outra doença.

Estas placas brancas acometem principalmente a língua, mucosa labial e jugal, palato duro e mole, assoalho de boca e gengiva. Geralmente são irregulares, rugosas e ásperas, opacas, indolores, que podem ou não estar acompanhado de áreas avermelhadas e outras alterações morfológicas (erosões, úlceras, ...).

Portanto as leucoplasias podem se apresentar clinicamente como placas brancas homogêneas e heterogêneas, sendo essa última com maior índice de transformação maligna.

O diagnóstico é dado pelo aspecto clínico da lesão e pela biópsia com exame anatomopatológico, que geralmente apresenta hiperqueratose, porém é importante a observação histológica da presença de displasias e seu grau de severidade.

Embora o termo leucoplasia seja usado clinicamente e não a um diagnóstico histopatológico, é considerada uma lesão cancerizável, sendo entre as que acometem a mucosa bucal, é a mais comum delas e a que apresenta maior índice de transformação maligna para o CEC.

A Organização Mundial de Saúde há décadas observa o fato das leucoplasias poderem se transformar em carcinoma espinocelular, e afirmam que a biópsia é obrigatória para o seu diagnóstico, pois 5% dessas lesões quando diagnosticadas apresentam áreas de transformação maligna e até 22,5% dessas lesões quando biopsiadas tem evidência de displasia epitelial. Portanto, é importante entender, que algumas leucoplasias vão sofrer transformação carcinomatosa.

A leucoplasia ocorre mais em homens acima dos 40 anos de idade que possuem o vício do tabaco e do álcool. Nos últimos anos a ocorrência desta alteração no sexo feminino tem sofrido aumento considerável, talvez esse fato se deva ao aumento desses dois vícios pelas mulheres.

É indiscutível a importância do diagnóstico e tratamento das leucoplasias, pois seu índice de transformação maligna é extremamente alto, portanto devem ser removidas.

O tratamento deve ser cirúrgico, com a utilização das várias técnicas disponíveis. A recidiva é alta, principalmente quando se mantém os fatores irritativos crônicos locais ou quando é de causa desconhecida.

Os paciente com leucoplasias tratadas com ou sem recidiva devem ser preservados por um longo período de tempo, há casos de recidivas após anos da remoção cirúrgica e casos de CEC em locais de remoção da leucoplasia.

Frente a estes dados é importante acompanhar clinicamente o local da lesão e qualquer modificação que houver realizar biópsia. Em casos de recidiva deve-se removê-la novamente, e quando há a impossibilidade de remoção cirúrgica pelas suas dimensões ou outros fatores esta deve ser preservada por um estomatologista através de manobras e métodos de controle mais rigorosos e especializados.



QUEILITE ACTÍNICA

Queilite actínica, também denominada de queilose actínica ou hiperqueratose de lábio é alteração de ocorrência em semimucosa de lábio inferior (vermelhão do lábio).

Esta condição ocorre quase que exclusivamente em brancos e é especialmente prevalente em indivíduos de pele clara.

A queilite actínica ocorre mais em pacientes do sexo masculino e essa preferência chega a alcançar a proporção de 10:1 em relação ao sexo feminino.

A queilite actínica raramente ocorre antes dos 25 anos de idade tendo maior ocorrência em pacientes com idade média de 45 anos.

Calcula-se a incidência de transformação maligna da queilite actínica para o carcinoma espinocelular entre 13 a 25% dos pacientes afetados, este percentual tem seu potencial aumentado quando associado a outros fatores carcinogênicos, principalmente o álcool e o tabaco.

A lesão da queilite actínica torna o lábio inferior ressecado, de coloração esbranquiçada, podendo haver descamação e aparecimento de erosões, stúcos, ulcerações, fissuras, placas.

As mudanças clínicas iniciais da queilite actínica incluem a atrofia da borda da semimucosa (vermelhão) do lábio inferior, caracterizada pela perda de nitidez do contorno do lábio. O escurecimento da margem entre o vermelhão e a porção cutânea do lábio é tipicamente observado e à medida que a lesão progride, áreas ásperas e escamosas desenvolvem-se nas porções mais ressecadas do vermelhão e freqüentemente são observadas manchas, bem como descamação, rachadura, erosões superficiais e úlceras crônicas.

Outra maneira de caracterizar clinicamente a queilite actínica é a presença de manchas ou placas brancas com áreas avermelhadas, podendo exibir úlceras ou descamação, com sinais de ressecamento, ocupando às vezes toda extensão do lábio inferior. Os sintomas relatados geralmente são a dificuldade de mobilidade labial, secura, ardor, queimação e os sangramentos espontâneos são em função das ulcerações.

O quadro histopatológico exhibe vários aspectos, sendo os mais comuns representados por áreas de atrofia epitelial, hiperqueratose, atipia epitelial.



É importante ressaltar que, muito embora o diagnóstico clínico seja relativamente fácil de ser executado, é necessária a realização de biópsia incisional para avaliar o grau de modificações histológicas presentes.

Proteção à exposição ao sol pelo uso de chapéus de abas largas ou longas, cremes e batons fotoprotetores, são adequados conselhos clínicos para todos os pacientes de pele clara em qualquer idade. Pacientes com diagnóstico de queilite actínica devem ter a explicação das causas da injúria labial e a possibilidade do câncer no lábio inferior, e encorajá-lo a limitar a exposição solar e deixar hábitos e vícios contribuintes tais como o álcool e o fumo.

Quando, apesar das tentativas clínicas e terapêuticas de proteção e hidratação para regressão da queilite actínica não surtirem efeito, opta-se então, por tratamento cirúrgico.

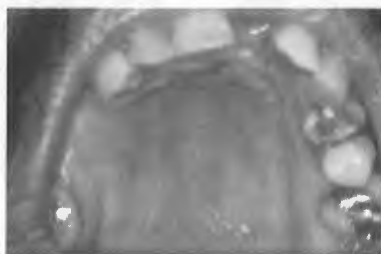
O acompanhamento do paciente deve ser periódico e cuidadoso.

ERITROPLASIA

Talvez, dentre todas as lesões ditas cancerizáveis a eritroplasia seja a de ocorrência mais rara em mucosa bucal, porém possui o maior potencial de malignização sendo considerada para muitos autores como uma neoplasia maligna.

O termo eritroplasia é usado clinicamente representando uma alteração avermelhada. Os fatores de risco associados as eritroplasias são os mesmos para o carcinoma de células escamosas, portanto, é freqüente os pacientes serem etilistas e tabagistas crônicos.

Clinicamente as eritroplasias se apresentam como áreas avermelhadas geralmente representadas por manchas e/ou erosões e/ou placas de dimensões variadas sem limites definidos. Pode apresentar aspecto ligeiramente deprimido tendo maior incidência na região de palato duro e palato mole, assoalho bucal, borda lateral da língua, região de trígono retromolar.



A eritroplasia associada a leucoplasia aumenta em até seis vezes seu potencial de malignização carcinomatosa e geralmente já se apresentam como carcinoma *in situ* e recebe o nome de Eritroplasia de Queyrat, sendo, considerado uma neoplasia maligna, devendo receber tratamento específico.

Quando da hipótese de diagnóstico de eritroplasia, a biópsia incisional deve ser praticada em região perilesional obtendo fragmento de tecido clinicamente normal e clinicamente alterado.

O quadro histopatológico apresenta atipia epitelial, apresentando diversos graus de atrofia, às vezes confundidos com carcinomas "in situ". Aproximadamente 90% das eritroplasias apresentam displasias acentuadas, onde dessas, mais da metade são graves ou severas e as restantes já são transformações carcinomatosas "in situ".

O tratamento de escolha para eritroplasia deve ser o cirúrgico com margem de segurança.

O paciente tratado de eritroplasia deve ser orientado em relação ao alto potencial de malignização da lesão, dos fatores de risco associados e da possibilidade de recidiva. A preservação deve ser permanente.

LÍQUEN PLANO

Das lesões precursoras do câncer o líquen plano desperta grande controvérsia, porém há inúmeros relatos onde esse potencial de malignização carcinomatosa ocorre na evolução da doença.

O líquen plano é doença autoimune e de características clínicas mucocutâneas, podendo ocorrer na mucosa ou na pele, ou em ambos. Seu caráter é crônico podendo inclusive sofrer modificações clínicas na sua evolução.

Não é excesso classificar o líquen plano como lesão cancerizável e preservá-lo indeterminadamente, mesmo sabendo do baixo risco de transformação maligna.

Tem-se observado que dentre as lesões de mucosa bucal, o líquen plano não é encontrado comumente, mas nota-se que houve aumento em sua ocorrência nos últimos anos.

Freqüentemente ocorre em adultos após a terceira década de vida, com maior incidência no sexo feminino.

A relação entre líquen plano na boca e o estado emocional do paciente ainda parece controverso, porém observa-se que alguns pacientes respondem, quando da presença de distúrbios psicológicos, com modificações clínicas nas lesões de mucosa bucal. Acredita-se que esse fator não seja a causa da etiologia do líquen plano, entretanto influências dessas alterações emocionais devem fazer parte de melhor investigação do profissional.

É importante lembrar que o aspecto clínico do líquen plano é polimorfo. Das várias formas de apresentação clínica do líquen plano a mais didática é a classificação na forma reticular e erosiva.

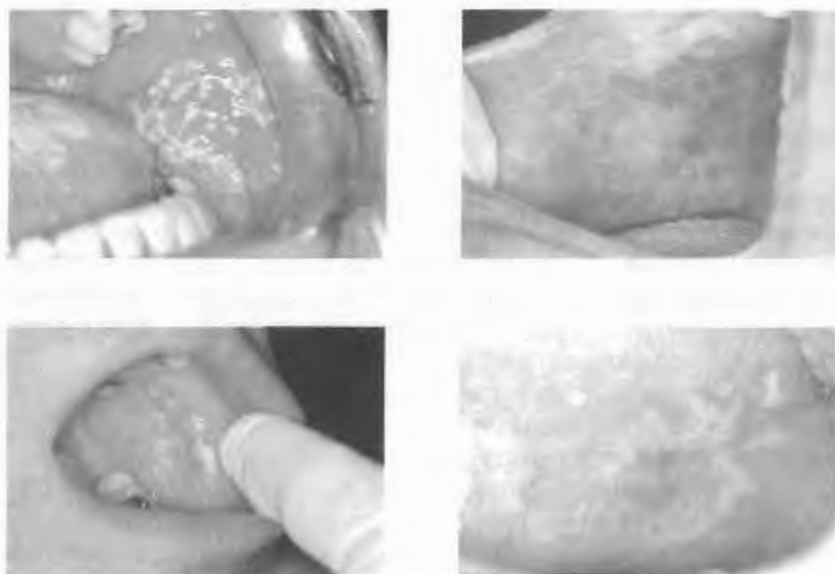
A forma clínica mais comum é a reticular, geralmente assintomática e ocorre bilateralmente na mucosa jugal, com ou sem envolvimento de outros sítios anatômicos intra ou extrabucais. Na apresentação reticular, linhas brancas se inter cruzam podendo haver nessa concruência formação de pápulas ou placas brancas lineares, dando aspecto de rede.

A forma erosiva do líquen plano pode dificultar na diferenciação entre erosão e úlcera, como pode vir acompanhada de placas brancas, áreas eritematosas, linhas brancas se inter cruzando e há casos de estar associado a bolhas. A forma erosiva apresenta sintomatologia inespecífica, porém provoca desconforto ao paciente como: ardor, queimação, formigamento, sensibilidade a alimentos ácidos ou condimentados, entre outros.

A maior discussão em relação ao seu potencial de malignização incide na forma erosiva e se ela ocorre apenas quando está associada à displasia ou se a lesão é área propícia à atuação de agentes carcinogênicos.

O líquen plano bucal pode apresentar períodos de remissão parcial ou total de suas características clínicas e/ou sintomatológicas, podendo também se exacerbar em diversos graus.

O aspecto clínico do líquen plano pode apresentar, quando na forma reticular certa facilidade de diagnóstico, porém quando da forma erosiva, pode trazer dificuldades em relação às hipóteses de diagnóstico pelo seu pleomorfismo clínico.



O exame complementar para diagnóstico final de líquen plano é a biópsia incisional e o quadro histopatológico é característico, mostrando infiltrado inflamatório de linfócitos T em faixa, na junção entre o epitélio e o tecido conjuntivo, apresenta hiperqueratose, acantose e aumento da camada granulosa.

Na avaliação da evolução do líquen plano deve-se notar a existência de outras doenças sistêmicas associadas, principalmente aquelas que provocam debilidade imunológica e/ou psicológica.

Faz parte do tratamento a orientação do paciente quando do diagnóstico da doença, seu caráter crônico, a necessidade de acompanhamento indeterminado e a possibilidade de transformação maligna.

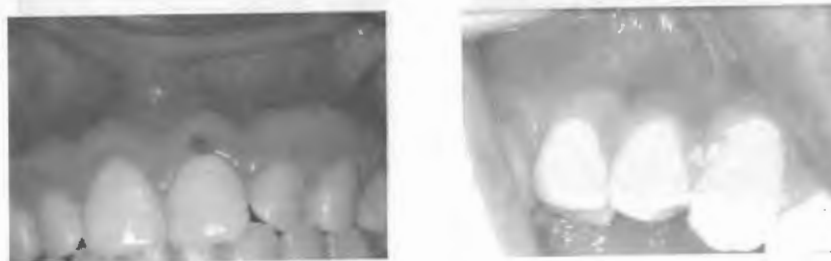
O tratamento geralmente é sintomático pelo caráter crônico da doença, podendo às vezes ser associado a tratamento de suporte. Dependendo da fase clínica e da sintomatologia apresentada, às vezes nenhum tratamento é necessário, outras, porém quando o paciente apresenta queixas de incômodo pode ser recomendado corticóides tópicos. Quando a sintomatologia não for controlada mesmo na presença de corticoterapia tópica deve-se lançar mão da sistêmica.

Dependendo da apresentação clínica pode-se usar para preservação recursos como observação clínica periódica e utilização do teste do azul de toluidina a 1%, na presença de alterações em qualquer um dos métodos utilizados deve-se optar obrigatoriamente por biópsia no local dessas alterações.

NEVO

O nevo melanocítico adquirido (nevo pigmentado) é por alguns autores apresentado como lesão precursora do melanoma, para outros, a raridade da lesão e seu baixo potencial de malignização para melanoma não devem ser superestimados pelo clínico geral, portanto, frente à hipótese de diagnóstico de nevo é aconselhável a biópsia excisional.

O nevo pigmentado é descrito como mancha marrom ou negra intensa, única, circunscrita, de pequenas dimensões, que pode ocorrer em qualquer parte da mucosa bucal.



Os nevos pigmentados não são comuns, ocorrem em ambos sexos e é mais comum em pessoas brancas. Não se encontra na literatura relação do nevo pigmentado com os vícios mais utilizados atualmente na sociedade, como o etilismo e o tabagismo.

O melanoma é uma neoplasia maligna rara na boca, porém extremamente agressiva e de péssimo prognóstico.

ESTOMATITE NICOTÍNICA

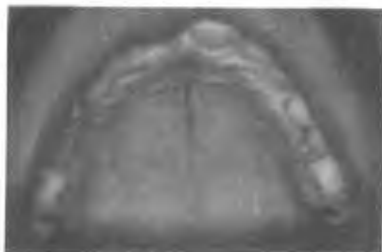
A estomatite nicotínica é uma resposta ao calor e aos produtos gerados pela fumaça do cigarro e como forma de proteção do organismo há maior produção de queratina provocando uma hiperqueratose.

Geralmente apresenta-se com área esbranquiçada abrangendo todo palato duro e mole tornando a região áspera e opaca, às vezes se apresentando com áreas vermelhas e placas brancas, pode na sua evolução apresentar no seu permeio pontos avermelhados, que correspondem aos ductos das glândulas salivares menores inflamados.

Esta alteração não ocorre em todos os fumantes, portanto, é resposta individual ao tabagismo e deve ser diferenciada da leucoplasia.

A estomatite nicotínica apresenta melhora clínica ou total desaparecimento após aproximadamente sessenta dias de abstinência do cigarro, quando isso não ocorre, deve ser tratado como leucoplasia.

Até bem pouco tempo a estomatite nicotínica era considerada uma lesão precursora devido ao seu potencial de malignização, este porém é extremamente baixo.



NOTA IMPORTANTE:

A hiperplasia fibrosa inflamatória de fundo de sulco tem como sinônimo epúlise fissurada, freqüentemente relacionada a trauma mecânico por borda cortante de próteses, que determina a proliferação tecidual, geralmente associado a um processo inflamatório.

Esta lesão apresenta-se como nódulo(s), em forma cordoniforme ou de pregas de tecido hiperplásico geralmente no fórnix (fundo de sulco). São nódulos firmes, fibrosos, podendo estar erodidos ou ulcerados.

A hiperplasia fibrosa inflamatória de palato tem como sinonímia hiperplasia papilar inflamatória, é ocasionada pela irritação da prótese na região de palato duro. São nódulos de crescimento lento, indolor, se superfície papilar, geralmente apresentam candidíase associada.

O tratamento consiste na remoção da prótese para diminuição dos sinais da inflamação, remoção cirúrgica da lesão e confecção de nova prótese.

Essas lesões são comumente encontradas em pacientes idosos que fazem uso de próteses há muitos anos, sem adequação da saúde bucal e geralmente possuem outros fatores de risco associados, como má nutrição, doenças sistêmicas e principalmente tabagismo, etilismo (sinergismo de fatores).

Não existe proporção do número de casos diagnosticados de HFI com transformação carcinomatosa, podendo ser uma somatória de fatores carcinogênicos ou simplesmente uma coincidência, portanto, não é considerada uma lesão cancerizável.

LESÃO	Qualquer alteração morfológica de um tecido. Podendo representar uma patologia.
LESÕES CANCERIZÁVEIS	Tecidos alterados que possuem uma maior probabilidade de ter transformação maligna. Lesões precursoras do câncer.
PRINCIPAIS LESÕES CANCERIZÁVEIS	Leucoplasia, queilite actínica, eritroplasia, líquen plano. Outras relacionadas: nevos, hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite nicotínica.

LEUCOPLASIA	Placa branca, áspera, rugosa, indolor, irregular, que pode vir acompanhada de áreas avermelhadas. Histologicamente apresenta hiperqueratose, podendo vir acompanhada de displasias.
QUEILITE ACTÍNICA	De ocorrência na semimucosa do lábio inferior, geralmente em pessoas claras. Apresenta lábio ressecado, coloração esbranquiçada, descamação, e na sua evolução apresenta erosões, sulcos, úlceras, fissuras, placas. Histologicamente apresenta atrofia epitelial, hiperqueratose, atipia epitelial, podendo vir acompanhada de displasia.
ERITROPLASIA	Apresenta-se como uma alteração avermelhada, podendo estar acompanhada de erosões e placas brancas. Histologicamente apresenta vários graus de atrofia e atipia epitelial.
LÍQUEN PLANO	Doença mucocutânea. Lesão polimorfa. Lesão mais importante é o líquen plano erosivo, que se apresenta com áreas brancas, permeadas ou não de erosões e úlceras, que podem apresentar sintomatologia.
DIAGNÓSTICO DAS LESÕES CANCERÍAVEIS	Biópsia e conseqüente exame anatomopatológico.
CARCINOMA IN SITU	A neoplasia se desenvolve no interior do tecido de origem (epitélio), sem ultrapassar os seus limites, definidos pela membrana basal.
ESTOMATOLOGIA	Especialidade odontológica. Estuda os aspectos preventivos, diagnóstico e tratamento das lesões de boca.
NEVO	Alteração de melanócitos; lesão congênita ou do desenvolvimento localizada na pele ou nas membranas mucosas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS / ASPECTOS CLÍNICOS DO CARCINOMA ESPINOCELULAR

As alterações do epitélio da boca geralmente se apresentam como áreas brancas, vermelhas ou associadas e é de se imaginar que esta aparência clínica faça parte do desenvolvimento da lesão neoplásica. O carcinoma espinocelular (CEC) tem como lesão fundamental uma úlcera multiforme, sempre destrutiva, que cresce atingindo grandes proporções quando não diagnosticada e tratada.

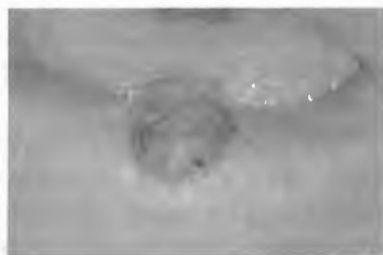
As úlceras na boca apresentam-se sob diversas formas clínicas, podendo ser causada por vários fatores, às vezes possuem semelhança clínica entre si, independentemente do fator etiológico, talvez por este motivo haja retardo ou negligência do paciente a procurar o cirurgião dentista.

É importante lembrar que a úlcera do carcinoma tem início assintomático, com uma área avermelhada acompanhada de áreas brancas, apresentando-se às vezes como erosão e/ou úlcera, geralmente sendo envolvida por placas brancas e possuem crescimento desordenado e constante.

Conforme há o crescimento do CEC, a úlcera se infiltra e/ou vegeta, dando aspecto crateriforme denominando de lesão úlcero-infiltrativa ou apresenta crescimento exófitico na forma úlcero-vegetante. Apresentam base endurecida, sua mobilidade se torna prejudicada devido à infiltração aos tecidos adjacentes, se fixa e movimenta-se em bloco. Suas bordas se tornam elevadas, duras, quebradiças, frágeis, friáveis e geralmente são irregulares.

Na sua evolução clínica estas úlceras não apresentam sinais de cicatrização.

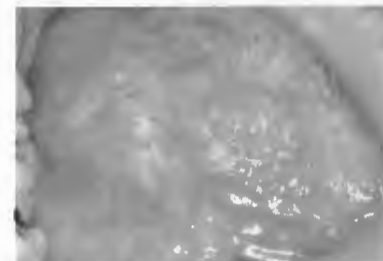
Se o CEC não for diagnosticado nessa fase, a úlcera continua a progredir, a infiltrar, a destruir, invadindo músculos, feixes vasculo-nervosos, ossos e pode tardiamente apresentar dificuldade de movimentação no sítio anatômico de localização. Há a presença de hálito forte e desagradável (halitose), aumento do fluxo salivar (sialorréia), dificuldade de abertura de boca, sangramentos espontâneos ou ao leve toque na úlcera e dificuldade de fonação, deglutição. Faz parte da evolução clínica do CEC o aumento da possibilidade de presença metastática nos linfonodos regionais, notadamente na cadeia submandibular.



O paciente com um quadro clínico nessa fase não apresenta dificuldade para ter a suspeita de câncer bucal, que geralmente vem acompanhado de alterações sistêmicas como emagrecimento, dores reflexas na região de cabeça e pescoço, anemia, entre outras.

Portanto, deve-se ficar atento para a evolução clínica de lesões brancas/avermelhadas/erodidas/ulceradas, que não possuem tendências ao desaparecimento ou cicatrização num prazo de 10 a 15 dias. Todas as vezes que houver hipóteses de diagnóstico (suspeita clínica) de câncer de boca deve-se realizar biópsia e conseqüente anatomopatológico (único método de diagnóstico).

O prognóstico do câncer de boca está relacionado ao tamanho do tumor (T), aos linfonodos regionais percebidos homo ou bilateralmente a localização primária da úlcera (N) e a presença de metástases à distância (M). Este procedimento é feito antes de qualquer tratamento e é denominado de estadiamento pelo sistema TNM, que é padronizado internacionalmente pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).



CARACTERÍSTICAS	Aquilo que distingue, define.
CLÍNICAS	Prática da medicina que refere a sintomatologia ou a evolução de uma doença conforme observação do profissional.
ASPECTO CLÍNICO	Característica clínica.
ÚLCERA DO CEC	Início assintomático, de crescimento rápido, que não apresenta sinais de cicatrização, bordas duras e elevadas, base firme e fixa.
ÚLCERO-INFILTRATIVA	Úlcera de crescimento por infiltração, de crescimento endofítico, em direção ao hospedeiro. Aspecto crateriforme.
ÚLCERO-VEGETANTE	Úlcera de crescimento exofítico, em direção ao examinador, aspecto vegetante (couve-flor).
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Processo de identificação de uma determinada condição patológica, diferenciando-a de outras que pode produzir lesões ou sinais e sintomas semelhantes. Hipóteses de diagnóstico. Suspeita clínica.
DIAGNÓSTICO	Aquele ao qual se chega depois que todos os dados foram colhidos, analisados e submetidos a um julgamento lógico, e a partir do qual é feito um prognóstico e instituído um tratamento.
METÁSTASE	Deslocamento de células neoplásicas malignas de uma parte do corpo para outro, que pode ocorrer por via de vasos sanguíneos ou linfáticas.
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO CEC	Depende da fase de evolução do CEC. Tuberculose. Sífilis primária. Paracoccidioidomicose, leishmaniose, sarcoma de Kaposi e outras patologias.

EXAMES COMPLEMENTARES PARA O DIAGNÓSTICO

Quando existe a hipótese de diagnóstico de câncer bucal o único exame complementar para diagnóstico é a biópsia e conseqüente exame anatomopatológico.

Biópsia é um procedimento que envolve manobras cirúrgicas planejadas para retirada de fragmento de tecido de um ser vivo com a finalidade de verificar microscopicamente as alterações nele existentes, portanto, biópsia é o ato da remoção da lesão ou parte dela para estudo histológico.

A técnica selecionada para obter uma amostra de tecido é determinada pela natureza da lesão, pelas dimensões, pela suspeita clínica, entre outros.

A biópsia excisional tem como objetivo a retirada total da alteração (lesão) para exame anatomopatológico, enquanto que a biópsia incisional é a retirada de parte da alteração, um fragmento, uma amostra da lesão para exame anatomopatológico.

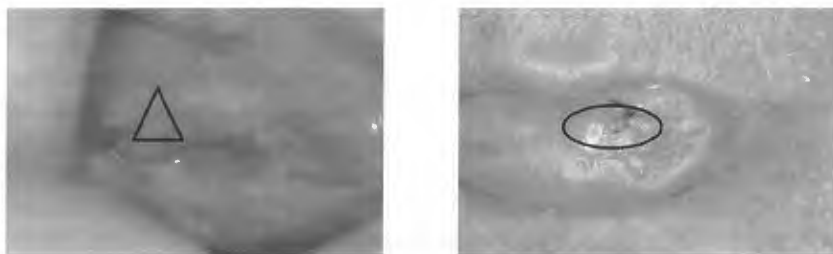
Quando da suspeita de câncer bucal deve-se optar por biópsia incisional. Nesta biópsia deve-se retirar parte clinicamente alterada e clinicamente normal, obtendo fragmento representativo, com condições de ser analisado anatomopatologicamente.

A seleção do local da biópsia incisional, na hipótese de neoplasia maligna, deve ser feita de forma clínica, escolhendo-se áreas brancas e vermelhas quando estas se apresentarem concomitantemente, nas erosões e úlceras as bordas devem ser o local de remoção do fragmento.



Alguns cuidados devem ser observados para maior segurança do diagnóstico anatomopatológico como a seleção do local a ser biopsiado, a técnica utilizada, o manuseio do fragmento retirado, a colocação deste em um frasco com 10 vezes o volume da peça, em formol a 10% e geralmente de boca larga.

O envio deste material deve ocorrer com relatório ao patologista contendo a identificação do paciente, relato clínico, fatores de risco presentes, descrição da lesão, suspeitas clínicas e outros exames complementares já realizados. Quanto maior o número de informações ao patologista melhores são as condições para análise histológica.



A relação entre clínico e patologista é fundamental e seguindo todos os procedimentos o diagnóstico pelo anatomopatológico é confiável.

Salienta-se que mesmo quando o resultado do anatomopatológico não confirmar o câncer e ainda houver suspeita do mesmo, deve-se repetir a biópsia.

A biópsia é um procedimento relativamente simples e único para o diagnóstico do câncer, porém, se o profissional não se sentir seguro a executá-la deve encaminhar o paciente a outros profissionais, como estomatologistas e serviços familiarizados com esse procedimento. Deve ficar atento que quando da execução errada deste exame complementar poderá haver avaliação inadequada do fragmento com retardo do diagnóstico.

O profissional deve obter um diagnóstico seguro para que o paciente possa ser encaminhado ao médico, geralmente um oncologista especializado em cirurgia de cabeça e pescoço.

EXAMES COMPLEMENTARES AUXILIARES

A anamnese e o exame físico são a base para a suspeita clínica, é o exame clínico (exame do paciente) que orienta ou indica a realização ou solicitação de exames complementares.

A tomografia computadorizada (TC) pode ser solicitada para avaliação dos limites da lesão, na possibilidade de invasão óssea, na avaliação de linfonodos, para estadiamento sempre com vistas para o tratamento.

A ultrassonografia na avaliação de linfonodos regionais, o Raio-X de tórax para pesquisa de possíveis metástases pulmonares devem ser solicitados. Quando houver suspeita de metástases em outros órgãos, exames específicos devem ser solicitados.

A TC, ultrassonografia, cintilografia óssea, ressonância magnética, exames laboratoriais e outros são auxiliares para o diagnóstico do câncer, pois a biópsia e anatomopatológico são os únicos métodos capazes de proporcionar o diagnóstico final e o grau de agressividade da neoplasia maligna.

EXAMES COMPLEMENTARES	São exames orientados pelo exame clínico. São auxiliares ou subsidiários ao exame do paciente. Para diagnóstico definitivo do câncer é necessário a biópsia e exame anatomopatológico.
BIÓPSIA	Retirada de um fragmento de um paciente vivo para estudo microscópico das alterações nele existentes. Cuidados específicos com a amostra e dados ao patologista devem fazer parte para o exame anatomopatológico.
TÉCNICA DA BIÓPSIA	Assepsia, antissepsia, anestesia, diérese, exérese, hemostasia, síntese, cuidados com o fragmento retirado, cuidados pós-operatórios, relatório ao patologista.
BIÓPSIA EXCISIONAL	Remoção cirúrgica total de uma lesão, geralmente incluindo boa parte de tecidos contíguos sãos, para exame anatomopatológico.

ESTADIAMENTO	Determinação ou classificação de fases, estádios ou períodos do andamento de uma doença.
ESTADIAMENTO DO CÂNCER	Avaliação da dimensão do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástases à distância (M). Sistema TNM
SISTEMA TNM	Sistema de classificação dos tumores malignos. Na interpretação de cada fator são analisadas as diversas variações que, para o tumor primitivo, vão de T1 a T4, para o envolvimento linfático, de N0 a N3, e, para as metástases à distância, de M0 a M1.
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	Especialidade médica com envolvimento no tratamento cirúrgico de alterações e/ou patologias da região de cabeça e pescoço, incluindo o tratamento do câncer bucal.
PROGNÓSTICO	São da evolução ou do desfecho de uma doença; juízo antecipado ou perspectiva do grau de sucesso de um tratamento. Está na dependência de vários fatores como tipo histológico da doença, grau de evolução da patologia quando do diagnóstico, condições gerais do pacientes, efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis, etc.
GRADUAÇÃO HISTOLÓGICA	Determina a agressividade da neoplasia.
REABILITAÇÃO	Ato ou efeito de reabilitar; restaurar ou reestabelecer morfológica e funcionalmente um órgão ou um sistema.

TRATAMENTO

Na década de 50 os pacientes com câncer de boca (CEC) apresentavam uma sobrevida entre 15 a 20%. Com a evolução dos métodos preventivos, o ensino de oncologia bucal nas escolas de odontologia, o melhor acesso do paciente ao consultório odontológico, a evolução dos tratamentos, entre outros fatores alteraram esse índice de sobrevida que atualmente está entre 45 a 60%. Isto representa dizer que o CEC de boca tem sido diagnosticado em menores proporções que no passado, possibilitando melhores condições terapêuticas.

Não é suficiente classificar ou conceituar o paciente com câncer primário na sua extensão, em suas metástases ganglionares e viscerais. É preciso disciplinado estudo clínico/propedêutico, avaliar o estado fisiopatológico do paciente, para poder indicar, julgar, ponderar se deve ou não formar tal ou qual atitude no planejamento terapêutico, portanto deve ser feito por especialista em tratamento do câncer (oncologista e/ou cirurgião de cabeça e pescoço).

O estágio da doença no momento do diagnóstico é o fator de prognóstico mais importante. O CEC de boca com menos de dois cm de diâmetro tem melhores condições de tratamento eficaz aumentando a perspectiva de boa sobrevida do paciente. Infelizmente, o tamanho clínico da neoplasia maligna está diretamente associado aos sintomas relatados e a maioria das lesões são detectadas somente depois que elas se tornam sintomáticas, isto acontece para o CEC de boca quando este já se encontra em fases avançadas.

Embora a cavidade bucal seja facilmente acessível ao exame visual, os cânceres diagnosticados são geralmente em estágio T2 (maior que dois cm), mostrando linfadenopatia regional na maioria dos casos.

É fácil observar a relação direta que há entre recursos dispendidos com o estágio em que o câncer é diagnosticado e tratado, portanto o investimento nas áreas de prevenção e diagnóstico precoce traz maiores benefícios sociais e econômicos que quando tratado em fases avançadas.

Para indicação do tratamento do câncer de boca, vários fatores devem ser considerados como idade, sexo, situação familiar, antecedentes mórbidos, controle dos hábitos e vícios e a saúde geral do paciente, além do tipo histológico da neoplasia, o estadiamento, localização anatômica, perspectivas do dano anatômico e funcional e efetividade dos recursos terapêuticos disponíveis.

As modalidades terapêuticas mais utilizadas nas neoplasias malignas de boca são a cirurgia e a radioterapia, utilizadas isoladamente ou em associação.

O diagnóstico tem acontecido com diâmetro do tumor menor do que acontecia em décadas passadas, possibilitando melhores condições de utilização da cirurgia, com mais segurança e menos mutilação.

De maneira geral, a cirurgia deverá ser preferida pela conhecida radicalidade, que poderá ser confirmada pelo estudo anatomopatológico da peça retirada e do tecido clinicamente sadio limítrofe da lesão tumoral, que deverá ser acuradamente examinada para segurança do cirurgião.

A radioterapia tem sido utilizada há décadas com bons resultados, apresentando atualmente melhores condições tecnológicas e indicações. O CEC apresenta alta radiosensibilidade.

Dos tumores estadiados, 30% dos casos chegam ao hospital com a doença diagnosticada nos estádios "in situ", I e II e 70% em estádios avançados (III e IV). Este quadro predominante de casos em estádios avançados ainda é provocado geralmente pela dificuldade de acesso da maioria das pessoas aos serviços de saúde, medo ou receio por parte do paciente em procurar o profissional da área e descobrir que é portador de câncer, ausência de campanhas de esclarecimento eficientes e também pela retenção dos casos de doença inicial em serviços não especializados no atendimento ao paciente com câncer.

A ação direta do cirurgião dentista está no acompanhamento do paciente no pré, trans e pós-tratamento oncológico. Qualquer das armas terapêuticas utilizadas para o câncer bucal modificam as estruturas da boca de forma reversível ou irreversível, portanto, quanto mais rápido o cirurgião dentista fizer parte da equipe multiprofissional no atendimento desses pacientes, melhores serão as condições de controle dessas.

A mutilação decorrente da cirurgia de tumores da cabeça e pescoço tem alcançado grandes avanços na reabilitação com a cirurgia plástica reparadora associada à prótese-buco-maxilo-facial (especialidade odontológica). O principal objetivo de reabilitar o paciente física e funcionalmente é para que exista adequação no equilíbrio psicológico e social com conseqüente melhora na qualidade de vida do cidadão.

É comum durante e após a radioterapia a apresentação dos efeitos deletérios reversíveis e irreversíveis como alteração do paladar, hipossalivação, xerostomia, mucosite, alterações periodontais, trismo muscular, cárie de radiação, dificuldade de fonação e deglutição,

infecções oportunistas, entre outras. Esta sintomatologia está na dependência de fatores como tamanho do tumor, quantidade e qualidade de radiação, sítio anatômico da lesão primária, tratamento odontológico prévio, orientação do paciente e envolvimento desse na proposta de tratamento oncológico e odontológico.

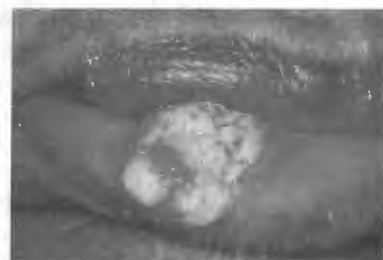
O monitoramento do paciente com câncer de boca deve ser feito indeterminadamente, ou seja, por toda a vida, através de exame clínico periódico e exames complementares conforme o tipo da neoplasia maligna.

SOBREVIDA	Tempo de vida do paciente até sua morte, a partir do diagnóstico do câncer.
DIAGNÓSTICO PRECOCE	Diagnóstico da neoplasia maligna em fase que seja curável com pequeno dano anatômico e funcional.
TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA	Os resultados da terapêutica do câncer dependem de fatores que se relacionam ao indivíduo, ao tumor e a instituição de saúde que se propõe a tratá-lo. Para o CEC de boca os tratamentos mais utilizados são a cirurgia e a radioterapia (RXT) de forma isolada ou associada. A quimioterapia apresenta-se como adjuvante ou coadjuvante das anteriores.
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	Conjunto de profissões que associadas dão melhores condições de tratamento e boa qualidade de sobrevida ao paciente.
ESTOMATOLOGISTA	Cirurgião dentista especialista em Estomatologia. Profissional com maiores conhecimentos e envolvimento nas ações preventivas, métodos de diagnóstico e participação em equipes multiprofissionais para o tratamento do câncer.
EFEITOS DELETÉRIOS DA RXT	Efeitos adversos da radioterapia. Os efeitos colaterais podem ser imediatos e tardios.

XEROSTOMIA	Secura da boca, resultante da diminuição ou supressão da secreção salivar.
CÁRIE DE RADIAÇÃO	Cárie característica após aplicação de radioterapia na região de cabeça e pescoço. Apresenta-se principalmente na região cervical e incisal dos dentes com cavidades escuras e dentina amolecida.
MUCOSITE	Inflamação de uma membrana mucosa. Tipo de inflamação da mucosa bucal após emprego de radioterapia para tratamento do câncer de boca.
MONITORAMENTO	Acompanhamento clínico, periódico e permanente para o paciente submetido a tratamento de câncer.

ESTÁDIOS DO CEC

(T = Tumor)



PREVENÇÃO

A prevenção de doenças se inicia com uma alimentação saudável, rica em frutas e vegetais, alimentos ricos em vitamina A, C, E, entre outros. Pacientes bem nutridos têm melhores condições de saúde. Esse processo se inicia nos primeiros dias de vida e deve continuar em todas as idades do indivíduo. Não menos importante são as condições de saneamento básico, acesso a educação e a saúde.

As possibilidades de prevenção do câncer têm crescido à medida que se ampliam os conhecimentos dos fatores de risco da doença.

Não se deve concluir que prevenção do câncer se resolve com afastamento dos agentes cancerígenos ou fatores de risco, deve-se entender que esses elementos somente aumentam a probabilidade de oncogênese, fazem parte de uma cadeia multifatorial.

Prevenir é não deixar acontecer, a partir do momento que os meios preventivos não foram eficientes para impedir o aparecimento da neoplasia maligna, é então importante detectá-la em sua fase inicial quando o câncer ainda é pequeno, pois quanto menor for o tumor a partir do diagnóstico, melhores serão as condições de tratamento e cura da doença.

Os pilares básicos da prevenção do câncer bucal estão na formação adequada sobre oncologia ao aluno de odontologia, manutenção do conhecimento de oncologia bucal ao profissional formado, informação aos pacientes sobre os efeitos perniciosos do tabaco, do álcool e de outros fatores de risco, estimular o paciente ao auto-exame de boca para detecção de lesões bucais, principalmente as precursoras das neoplasias malignas e a consultar periodicamente o cirurgião dentista para avaliação da saúde bucal.

O cirurgião dentista deve orientar seus pacientes desde a infância sobre os malefícios dos fatores de risco e, uma vez já presentes, estimulá-los a diminuir ou eliminá-los.

O profissional deve informar as alterações bucais e identificar os agentes agressores, principalmente o tabaco, álcool e luz solar, bem como orientar sobre dieta, adequada proteção solar, possibilidades de tratamento para eliminar o tabagismo e o etilismo, e alertar o paciente para consultas periódicas para avaliação da saúde bucal.

Existem dificuldades no envolvimento do profissional com o paciente que possui o vício do tabaco e do álcool, mas através de uma boa conversa, em momento oportuno na consulta, alguns minutos dispendidos sobre o assunto podem se tornar importante na prevenção do câncer de boca.

Sabemos que a mudança de atitude do paciente em relação aos fatores de risco depende de informação, orientação e aspectos preventivos adquiridos, portanto, o cirurgião dentista deve fazer parte dessa cultura preventiva.

Aproximadamente 95% dos casos de neoplasias malignas na boca são representados pelo CEC, uma lesão ulcerada na parede da cavidade bucal, de fácil visualização, portanto devendo o cirurgião dentista durante o exame clínico constar de metodologia para o examinar os tecidos moles da boca (lábio, língua, assoalho bucal, fundo de sulco até a orofaringe) e não se ater somente a dentes e gengiva.

O cirurgião dentista deve estar atento ao seu papel frente ao câncer bucal, tanto no complexo processo da prevenção, como no diagnóstico precoce e no acompanhamento continuado de pacientes antes, durante e após o tratamento oncológico.

PREVENÇÃO	Promoção de saúde bucal, exame clínico periódico, afastar os fatores de risco, reconhecer e tratar as lesões cancerizáveis, estimular ao auto exame, identificar os grupos de risco.
DIAGNÓSTICO	Monitoramento dos grupos de risco. Exame clínico sistemático, suspeitar de câncer (diagnóstico diferencial), realizar biópsias,
TRATAMENTO	Ato o efeito de tratar. Cuidar de. Processo de curar.
PRESERVAÇÃO	Avaliação e acompanhamento no pré, trans e pós tratamento. Evolução clínica.

ATITUDES DO CIRURGIÃO DENTISTA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

- Identificar a prevalência do câncer bucal e os grupos de risco

- Sexo masculino
- Branco
- Acima de 40 anos de idade
- Tabagista
- Etílico

- Exame clínico (consulta odontológica periódica)

- Tecidos moles
- Tecidos duros

- Remover os fatores de risco (fatores carcinogênicos)

- Ações de restrição ao uso do fumo e do álcool
- Proteção à radiação solar
- Orientações à dieta
- Desenvolver adequação da boca (cuidados odontológicos)
 - Higiene bucal adequada
 - Remoção de irritação mecânica crônica
 - o Cálculos/tártaros
 - o Dentes
 - Cariados
 - Ectópicos
 - Fraturados
 - Raízes residuais
 - Outros
 - o Próteses
 - Irritativas, fraturadas
 - Mal adaptadas, desajustadas
 - Outros
 - o Restaurações inadequadas

- Reconhecer, diagnosticar e tratar as lesões bucais principalmente as que possam evoluir ou transformar-se em câncer (cancerizáveis)

- Estimular ao auto-exame de boca

Quando os procedimentos não forem suficientes para evitar o aparecimento do câncer este deve ser diagnosticado em suas fases iniciais ou o mais precocemente possível, trazendo benefícios ao prognóstico e tratamento da neoplasia maligna, para tanto se deve realizar biópsia toda vez que houver suspeita clínica de câncer.

- **Diagnóstico precoce**

AUTO-EXAME

Este exame deve tornar-se um hábito a ser realizado de três em três meses, principalmente no grupo de risco, que são pacientes com mais de 40 anos, tabagistas e etilistas, observando que o auto-exame não substitui o exame do cirurgião dentista.

O que procurar:

- "Aftas" (para o paciente tudo é afta?),
- Feridas (úlceras),
- Crostas ("casca de ferida" – lábios e pele),
- Aumentos,
- Endurecimentos,
- Caroços,
- Bolinhas,
- Inchaços,
- Ínguas (Gânglios),
- Alterações de cor e/ou espessura (mancha escura, branca, vermelha, roxa, marrom),
- Áreas
 - Doloridas,
 - Endurecidas,
 - Inchadas,
 - Sem sensibilidade,
 - Com formigamento,
 - Sensação de anestesia, entortamento da boca, dormências,
 - Dificuldade de movimentação de estruturas, como língua, assoalho de boca,
 - Sangramentos,

- **Dentes**

- Quebrados,
- Fraturados,
- Com cárie,
- Com mobilidade,
- Tortos,
- Fora de posição,

- **Próteses**

- Mal adaptadas,
- Machucando,
- Desgastadas,
- Não substituídas/antigas,

- **Sangue na saliva,**

- **Mau hálito,**

Quando encontrar qualquer dessas alterações, que não necessariamente são cânceres, deve-se consultar um cirurgião dentista para melhor avaliação.

TÉCNICA DO AUTO-EXAME

Vamos examinar a boca em sequência, siga as instruções até se acostumar, é fácil, basta ter atenção. Acompanhe lendo ou observando as figuras.

Lave as mãos, escove os dentes, remova as próteses se houver, enxágüe a boca e proceda ao exame, que deve ser realizado em frente a um espelho em local bem iluminado.

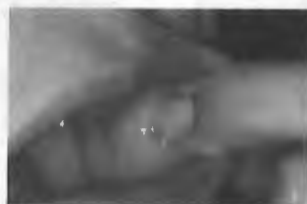
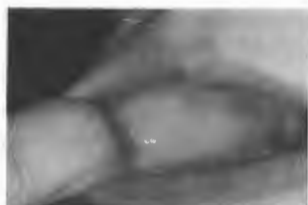
Comece observando seu rosto, veja se há presença de alguma das alterações comentadas, palpe seu rosto e pescoço, comparando o lado direito com o lado esquerdo, deve haver simetria, ou seja, o que se acha de um lado deve se encontrar do outro.



Agora vamos examinar os lábios. Primeiro o inferior, tracione, puxe para baixo com os dedos, observe o vermelhão (parte entre pele e interior da boca), veja a parte interna do lábio. Puxe de maneira que consiga ver todas as áreas, depois apalpe-os, pegue o polegar e o indicador em forma de "pinça" e percorra toda a região. Repita o processo para o lábio superior.



A parte interna da bochecha deve ser visualizada e também palpada, para isso tracione e afaste a bochecha pelos cantos da boca e depois pressione com o indicador e o polegar, percorrendo toda a área da bochecha, desde perto do "canto da boca" até a região posterior. Faça isso nos dois lados.



Agora observe a gengiva, passe a polpa do dedo indicador em toda a sua extensão, pelo lado externo e pelo lado interno dos dentes, quando não houver dentes observe e pressione toda a área.



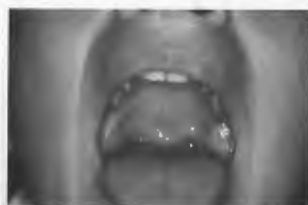
Para examinar a língua, coloque-a para fora, faça movimentos para todos os lados. Depois coloque a língua para fora e observe se há alterações, veja a ponta da língua, as partes laterais (bordas), depois em cima da língua. Agora coloque a língua no "céu da boca" (palato) e com ela levantada examine a parte de baixo. Vamos repetir o exame tracionando a língua, puxando-a para fora com o auxílio de uma gaze ou toalha para que possamos observá-la por inteiro principalmente na sua parte posterior, se der palpe.



O exame do assoalho da boca deverá ser feito com pequena inclinação para frente e para baixo, com a língua levantada ou retraída, onde você consiga observar toda a região onde a língua repousa; passe o dedo indicador de uma das mãos em toda a sua extensão, segurando por baixo do queixo com os dedos da outra mão pressionando a região para cima.



Estamos quase acabando, examinaremos o "céu da boca" (palato), incline a cabeça para trás, abra bem a boca, observe e palpe com o dedo indicador toda a sua extensão. Ainda com a boca bem aberta faça "AAAAAAA" prolongado e observe o fundo na garganta, as amígdalas e a "campainha".



Veja, esse procedimento deve acontecer de três em três meses, ou quando achar necessário. Na presença de alterações deve-se obrigatoriamente procurar um cirurgião dentista para avaliação.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, N.S.; ARAÚJO, V.C. **Patologia Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1984. 239p.

ARAÚJO FILHO, V.J.F.; DE CARLUCCI JÚNIOR, D.; SASAKI, S.U.; MONTAG, E.; AZATO, F.N.; CORDEIRO, A.C.; FERRAZ, A.R. Perfil de incidência do câncer oral em um hospital geral em São Paulo. **Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo**, v.53, n.3, p.110-113, jun. 1998.

BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2000. 319p.

CASTRO, A.L. **Estomatologia**. 3.ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000. 235p.

COLEMAN, G.C.; NELSON, J.F. **Princípios de diagnóstico bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 329p.

COSTA, L.C.V.; ANDRADE, K.L.; CARMO, M.A.V.; PAULA, A.M.B. Queilose actínica: revisão da literatura e relato de caso clínico. **Rev CROMG**, v.6, n.3, p.184-190, set.-dez. 2000.

DIB, L.L.; CURI, M.M.; SOUZA, R.S. Lesões cancerizáveis da mucosa oral. **Acta Odontol Bras**, v.17, n.2, p.88-94, abr-mai 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 14ª Ed. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1995.

GALVÃO FILHO, S. **Dicionário Odonto-Médico Inglês-Português**. São Paulo: Livraria e Editora Santos. 3.ed. 2001.

GENOVESE, W.J. **Metodologia do exame clínico em Odontologia**. 2ª Ed. São Paulo. Pancaste, 1992. 391p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). **Prevenção e Controle do Câncer: normas e recomendações do INCA**. 2002; 48 (3): 317-32.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). Prevenção do Câncer da Boca. 2003; 49 (4): 206.

JORGE JÚNIOR, J.; de ALMEIDA, O.P.; BOZZO, L.; SCULLY, C.; GRANER, E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.19, n.3, p.173-175, June 1991.

KOWALSKI, L.P.; ANELLI, A.; SALVAJOLI, J.V.; LOPES, L.F. **Manual De Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia**, São Paulo: Hospital do Câncer, 2ª. ed., 2002.

LINS, A.R.; RETTORE JÚNIOR, R. Influência do tabaco na leucoplasia bucal. **Revista do CROMG**, v.4, n.2, p.86-89, jul.-dez. 1998.

MARCUCCI, G. Lesões cancerizáveis da mucosa bucal. **Rev Paul Odontol**, v.19, n.2, p.22-27, mar.-abr. 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco). **Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**, 2ª. ed., rev atual, Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1993, 239p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco). **Problema do Câncer no Brasil**, 3ª. ed., Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer (Pro-Onco). Câncer de Boca. **Manual de detecção de lesões suspeitas**. 2.ed. Rio de Janeiro: INCA/Pro-Onco, 1996. 47p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA. **O Câncer de Boca**. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/cancer/tipos/boca.html>>. Acesso em: 04 novembro 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Falando sobre câncer da boca**. –Rio de Janeiro: INCA, 2002, 52p.

NEVILLE, B.W.; DAM, D.D.; ALLEN, G.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral & Maxilofacial**. Traduzido por L.C. Moreira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004, 2ª. ed. 798 p.

PARISE JUNIOR, O. **Câncer de Boca: Aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000. 256p.

RADOS, P.V.; SANT'ANA FILHO, M.; BARBACHAN, J.J.D.; VOLKWEIS, M.R.; ROMANINI, J. Estudo comparativo da concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico das lesões bucais. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, v.37, n.1, p.21-23, jul. 1996.

RAPOPORT, A. **Câncer da Boca**. São Paulo: Pancast, 1997. 213p.

REGESI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal: Correlações clinicopatológicas**. Traduzido por J.C.B. Teles e S. Bevilacqua. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 390p.

SANTOS, L.R.M.; CERNEA, C.R.; KOWALSKI, L.P.; CARNEIRO, P.C.; SOTO, M.N.; NISHIO, S.; HOJAJI, F.C.; DUTRA JÚNIOR, A.; SILVA FILHO, G.B.; BRANDÃO, L.G.; TAVARES, M.R.; ARAÚJO FILHO, V.J.F.; VOLPI, E.M.; CORDEIRO, A.C.; FERRAZ, A. Fatores prognósticos em carcinoma espinocelular de lábio inferior. Estudo retrospectivo. **Rev Bras Cir Cab Pesc**. v.17, n.1, p.58-67, 1993.

SOARES, H.A. **Câncer bucal: estudo epidemiológico de 1.286 casos de carcinoma espinocelular da mucosa bucal**. São Paulo, 1997. 164 páginas. Tese – Doutorado - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

SOARES, H.A. Estomatologia em odontogeriatrics. **Rev Odonto**, v.11, n.21, p.31-40, jan-jun 2003.

SOARES, H.A. Queilite Actínica: características clínicas. **Rev Odonto**, v.11, n.22, p.05-13, jul-dez 2003.

SONIS, S.T.; FAZIO, R.C.; FANG, L. **Princípios e Práticas de Medicina Oral**. 2.ed. Traduzido por L.C. Moreira e R.A. Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 416p.

TOMMASI, A .F. **Diagnóstico em patologia bucal**. 3.ed. São Paulo: Pancast, 2002. 600p.

TOMMASI, A.F.; GARRAFA, V. **Câncer Bucal**, São Paulo: Medisa, 1980, 814p.

VIEIRA, A .R.; MODESTO, A . Alterações dos tecidos moles da boca. Parte 2: lesões brancas e vermelho-azuis. **J Bras Med**, v.67, n.4, p.181-186, out. 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to Epidemiology and Diagnoses of Oral Mucosal Diseases and Conditions. **Comm Dent Oral Epidemiol**, v.8, n.1, p.1-26, Jan. 1980.

1º Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce de Câncer Bucal.

21 a 25 de outubro de 2002

Presidente: Dr. Emil Adib Razuk

Coordenador: Prof. Dr. Rubens Côrte Real Carvalho

Membros da Comissão Organizadora:

Prof. Dr. Gilberto Marcucci

Prof. Dr. Haroldo Arid Soares

Prof. Dr. Ângelo Rafael Calábria Tancredi

Prof. Dr. Caetano Baptista Neto

Prof. Dr. Celso Augusto Lemos Junlor

Prof. Dr. Élcio Magdalena Giovanl

Profª. Drª. Mônica Andrade Lotufo

Prof. Dr. Ricardo Gonzaga Moraes Filho

Profª. Dra. Silvia Cristina Mazeti Torres

Prof. Dr. Wagner Seroli.

Locais de Atendimento:

Metro Artur Alvin

Metro Itaquera

Metro Santana

Metro São Bento

Metro Brigadeiro

Metro Republica

1ª Edição

Biênio 2003/2005

Conselheiros:

Dr. Emil Adib Razuk – Presidente

Dr. Luiz Roberto Cunha Capella – Secretário

Dr. Francisco Couto Mota – Tesoureiro

Dr. Ideval Serrano

Dr. Cláudio Yukio Miyake.

Dra. Neide Aparecida Sales Biscuola

Dr. Adriano Albano Forghieri.

Dr. Nelson José Modesto Guidio

Dra. Leila Viana

**Este manual faz parte do
Programa de Valorização da
Odontologia do CROSP.**