

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**GISELE GALVÃO TEIXEIRA
ISABELLA SILVA SOARES**

CÂNCER BUCAL: revisão de literatura

**PATOS DE MINAS
2015**

**GISELE GALVÃO TEIXEIRA
ISABELLA SILVA SOARES**

CÂNCER BUCAL: revisão de literatura

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Ms. Dr^a Mayra França.

CÂNCER BUCAL: revisão de literatura

Gisele Galvão Teixeira e Isabella Silva Soares*

Mayra França**

RESUMO

O câncer bucal é um grande desafio para profissionais e pacientes, pois o diagnóstico precoce interfere muito na sobrevivência dos pacientes. Este trabalho consiste em uma revisão de literatura com o objetivo de compreender as causas, fatores de risco, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. O conhecimento dos fatores de risco é de muita importância para ações preventivas. São vários fatores de risco, dentre eles tabagismo, radiação ultravioleta, deficiência nutricional. O autoexame da boca e visitas periódicas ao dentista é necessário para o diagnóstico. O dentista tem o papel importante para a prevenção do câncer bucal e para que seja diagnosticado e tratado corretamente, juntamente com outros profissionais, além da conscientização dos pacientes quanto à importância do autoexame bucal.

ABSTRACT

Mouth cancer is a big challenge to the professionals as well as to the patients. Early diagnosis improves the chances for survival of the patients. This paper consists in one review of the literature with the goal of understanding the causes, risk factors, diagnosis and treatment of mouth cancer. The knowledge of the risk factors is very important for the prevention. Among the risk factors are smoking, ultraviolet radiation, and nutritional deficiency. The dentist plays an important role in the prevention of mouth cancer and in the diagnosis and correct treatment of it with others professionals. Self-examination of the mouth and frequent appointments are necessary. Informed patients is as important as self-examination of the mouth.

Palavras Chaves: Câncer Bucal, diagnóstico, fatores de risco, autoexame bucal.

*Alunas do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM).
Giseleodontologia2015@hotmail.com e isaepedro25@hotmail.com

**Professora de Estomatologia e Patologia bucal no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Mestre em Estomatologia pela UFU. Especialização em Radiologia odontológica pela ABO Uberlândia.
mayrinhaf@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Anualmente ocorrem vários novos casos de câncer no mundo. O câncer bucal está entre os mais frequentes, mesmo tendo a prevenção, assumindo um papel significativo no modelo de saúde brasileiro. O câncer bucal apresenta altos índices de mortalidade e é um problema nacional de saúde pública. (1,7,16)

Os estudos das neoplasias malignas que ocorrem na boca e estruturas próximas são importantes na odontologia, uma vez que o cirurgião-dentista desempenha um papel vital tanto no seu diagnóstico como no seu tratamento.

O câncer bucal são tumores malignos que acometem os tecidos na região da boca; geralmente tem progressão rápida. (1,15)

Os índices de sobrevida dos pacientes atingidos pelo câncer bucal são preocupantes, devido ao fato de que o diagnóstico da doença na maioria das vezes é feito em estágio avançado, o que impede o tratamento eficaz das lesões, impedindo o bom prognóstico. Há desequilíbrio entre o tempo de sobrevida do paciente e sua qualidade de vida. (15,16)

A importância desse trabalho se dá pelo conteúdo nele explícito, esclarecendo algumas dúvidas comuns, evidenciando a importância da prevenção do câncer que envolve uma série de fatores, conscientizando a sociedade sobre alguns itens mais relevantes. Isso já diminuiria os índices atuais de resultados negativos. Ressaltar os principais fatores de risco que envolvem essa doença, programas e palestras para a sociedade, oferecendo a essas pessoas conhecimento sobre hábitos deletérios, entendimento sobre a importância de ir ao dentista, importância do autoexame e o que isso influenciaria no prognóstico daquele paciente.(1,8,10,13,19)

O conteúdo desse trabalho tem por objetivo maior, levar conhecimento à sociedade em geral, estudantes e profissionais da saúde. Esse conteúdo é uma visão atualizada sobre o câncer bucal, diagnóstico, prognóstico, prevenção, tratamento, esclarecimento sobre vários tópicos essenciais. (1,7,16,17)

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Neoplasias

As neoplasias são definidas como um tecido que tem crescimento não coordenado e anormal e continua mesmo quando não tem a causa que o provocou.

A causa da transformação neoplásica é uma modificação do genoma celular, ou seja, a célula neoplásica é uma célula mutante. Quanto mais intensa, quanto mais grave a alteração do genoma, tanto maior será a alteração de diferenciação e, portanto, tanto mais anomalias serão a morfologia e as funções da célula neoplásica. Nas neoplasias é possível distinguir um parênquima de um estroma. O parênquima é constituído pelas células neoplásicas e define a natureza do tumor. O estroma é constituído pelos tecidos de sustentação e pelos vasos. (1)

Essas neoplasias podem ser classificadas em neoplasias benignas e neoplasias malignas, essa diferenciação é feita de acordo com os efeitos que ela tem sobre o organismo do indivíduo. (1)

Os tumores benignos têm o crescimento mais lento e expansivo; eles possuem limites mais definidos, geralmente não há recidiva. Já as neoplasias malignas têm seu crescimento rápido e infiltrativo, fazem degeneração do tecido, seus limites são indefinidos, muitas vezes sofrem recidivas. (1)

Essas lesões podem ter formas arredondadas, verrugosa, como placas, suas inserções podem ser pediculadas, nodular, séssil, podem ser profundas ou superficiais. (1)

A nomenclatura para as neoplasias benignas acrescentam o sufixo “oma” ao nome do tecido de origem como regra. Exemplo: lipoma (origem do tecido adiposo); já as neoplasias malignas recebem a expressão carcinoma para os tumores de origem epitelial e sarcoma para os de origem mesenquimal, como por exemplo: osteossarcoma (origem do tecido ósseo) e carcinoma epidermóide (origem do epitélio escamoso, porém utiliza a nomenclatura das neoplasias benignas em dois tumores de origem maligna os linfomas (origem mesenquimal hematopoiética) e os melanomas(origem epitelial).(1)

2.1.1 Lesões potencialmente malignas

As lesões potencialmente malignas são lesões benignas que têm um maior risco de se transformar em maligno.

2.1.1.1 Leucoplasia

É caracterizada como uma placa ou mancha branca que não pode ser removida com raspagem, é assintomática, e é a mais comum delas, acomete mais o gênero masculino, de faixa etária acima de 40 anos. Sua etiologia é desconhecida. Seu diagnóstico é feito através de biópsia ou citologia esfoliativa juntamente com exame clínico. Seu tratamento pode ser excisão cirúrgica, tratamento a laser, eletrocautério ou o uso de vitamina A. (2, 3)

2.1.1.2 Eritroplasia

Sua característica clínica são manchas ou placas avermelhada com textura macia ou aveludada, assintomática. Mais rara, porém maior potencial de transformação maligna. O tratamento é feito através por excisão cirúrgica ou eliminação de fatores causais. (2, 3)

2.1.1.3 Queilite Actínica

Sua característica clínica são manchas ou placas brancas ou vermelhas no vermelhão do lábio, na maioria das vezes no lábio inferior. Têm como causa a exposição solar. O diagnóstico é feito através de exame clínico sendo indispensável a biópsia incisional. (4, 3)

2.1.2 Lesões malignas

Proliferação anormal e ilimitada de células, neoplasia, diferentes das células de origem, capaz de invadir, tanto o tecido normal circunvizinho destruindo-o, como se espalhar pelo corpo através do sistema circulatório ou linfático, metástases.

3 CÂNCER BUCAL

O câncer bucal pode acometer os tecidos na região da boca como a língua, palato duro, palato mole, lábios, mucosa bucal e gengiva. (6)

O processo de formação do câncer geralmente ocorre de forma rápida; são infiltrativos. O câncer bucal é uma doença crônica, e tem efeitos nocivos que podem levar à morte. (7)

Três estágios são necessários para que isso ocorra:

Estágio de iniciação: quando ocorre modificação nos genes devido ao efeito dos genes carcinogênicos. Nesta fase as células encontram-se alteradas geneticamente, impossibilitando a detecção clínica do tumor. (1)

Estágio de promoção: as células iniciais são transformadas em células malignas, mas levam um longo tempo. Se ocorrer a interrupção do contato com agentes promotores a proliferação pode parar se tornando reversível, mais se o agente causador ainda continuar ali, as células continuam se multiplicando. (1)

Estágio de progressão: as células alteradas se multiplicam descontroladamente e este estágio se torna irreversível e o câncer já está instalado, assim ele vai evoluindo até aparecerem os sinais clínicos da doença. (1)

Apesar de ser um dos poucos tipos de câncer onde é possível realizar o autoexame, o câncer bucal está entre os tipos de câncer que ocorrem com mais frequência e são diagnosticados em estágio avançado. (8)

3.1 Carcinoma epidermóide ou espinocelular

O carcinoma epidermóide é o mais comum das neoplasias malignas. Ele é localizado com mais frequência na região da língua, na borda lateral posterior. Acomete na maioria das vezes homens com mais de 50 anos, fumantes e etilistas. A

lesão é caracterizada clinicamente como uma úlcera endurecida que persiste por um longo prazo, podendo ter manchas avermelhas ou esbranquiçadas. Seu aspecto clínico é comparado a uma “couve flor”. (1)

Já o Carcinoma do vermelhão dos lábios é frequentemente encontrado em pessoas que recebem muita radiação ultravioleta.

O tratamento do Carcinoma Epidermóide é realizado com cirurgias, radioterapias e quimioterapias. (1)

3.2 Melanoma

O melanoma tem baixa prevalência. Clinicamente apresenta com uma mácula ou úlcera com as bordas irregulares, sua coloração vai do cinza ao negro e do vermelho ao roxo. Os locais mais acometidos são palato duro, palato mole e gengiva. Pode ocorrer sangramento no local e amolecimento dos dentes. Geralmente os mais acometidos são homens e mulheres com média de 60 anos. (1)

O tratamento do Melanoma é realizado através de cirurgias, radioterapia e quimioterapia, o prognóstico depende do tamanho, profundidade de invasão, e a presença ou não da vascularização da lesão. (1)

3.3 Neoplasias das glândulas salivares

As neoplasias das glândulas salivares representam somente de 2% a 6,5% das neoplasias malignas. Na maioria das vezes os nódulos palpáveis da glândula parótida são de origem tumoral, sendo ela a mais acometida. Já nas glândulas salivares menores o local mais acometido pelos tumores é o palato.(1)

Esses tumores malignos que são de baixo grau de malignidade e em estágio inicial podem ser curados com ressecção como forma de tratamento. O seu prognóstico é determinado pela localização da lesão. (1)

3.4 Adenocarcinoma

Essa neoplasia surge através do epitélio das glândulas salivares da parótida, é um tumor agressivo. Seu crescimento é rápido e infiltrativo e suas chances de recidivas são altas, assim como a chance de acontecer metástase, com índice baixo de sobrevida. (1)

Com tratamento deve ser feito a cirurgia para ressecção dos tumores e deve incluir sempre toda lesão tumoral e margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões (mínimo de 1,0cm de margem) e radioterapia.(10)

3.5 Carcinoma adenóide cístico (cilindroma)

É de maior frequência nas glândulas parótidas. Sua característica clínica é uma massa unilobular. Possui crescimento lento e pode haver invasão intra-óssea quando é localizado no palato. (1)

A alta taxa de metástases a distância é uma de suas características.(10)

3.6 Carcinoma de células acinares

Na maioria das vezes esse tipo de tumor ocorre na mucosa jugal e no palato, apresenta dor e seu crescimento é lento. (1)

Tem maior incidência no sexo feminino e a partir dos 50 anos de idade.(10)

3.7 Carcinoma mucoepidermóide

Sua localização na maioria das vezes é na parótida. A faixa etária mais atingida é de 30 a 50 anos. (1)

Tem incidência igual entre os sexos. A faixa etária mais atingida é de 30 a 50 anos. (1)

3.8 Osteossarcoma

É predominante no sexo masculino, na faixa etária de 35 anos. Ocorre na mesma proporção na mandíbula e maxila. Pode originar-se de alterações ósseas como doença de Paget, displasia fibrosa e tumor das células gigantes. As características radiográficas são “raios de sol” e “haste de leque” (1)

O osteossarcoma pode ser tratado com a combinação da cirurgia com quimioterapia. A quimioterapia normalmente é ministrada primeiramente no tratamento do

osteossarcoma. A cirurgia retira o tumor que restou após a quimioterapia, além das partes do osso que o cercava.(23)

3.9 Fibrossarcoma

Esse tumor é raro e provoca destruição dos tecidos de onde foi atingido. Ele tem origem do periósteo e ligamento periodontal. (1)

Ressecção ampla e reconstrução loção e quimioterapia é indicado.(10)

3.10 Sarcoma odontogênico

Lesão com crescimento rápido, destruição óssea e conseqüentemente os dentes ficam abalados. Frequentemente aparece na mandíbula e tem preferência por adultos jovens de mais ou menos 30 anos. (1)

4. Aspectos clínicos

4.1 Câncer do lábio

Geralmente acomete lábio inferior. Sua prevalência é em homens acima de 50 anos. Esse tipo de neoplasia pode apresentar vários tipos de características clinicas como pode ser infiltrativo, ulcerante, pode-se constatar pela palpação endurecimento das bordas da lesão, na maioria das vezes com menos de 2 cm de diâmetro e seu crescimento é lento.(1)

Fig. 1: Câncer de lábio



Fonte (1)

4.2 Câncer da língua

A maioria das lesões de câncer de língua acometem as bordas laterais e na parte anterior da língua. Apresenta-se clinicamente como uma lesão ulcerada ou exofítica com as bordas endurecidas. Mais comum em homens acima de 60 anos. (1)

Fig.2: Câncer de língua



Fonte (1)

4.3 Câncer do assoalho bucal

Essa lesão se apresenta normalmente como lesão ulcerada, com bordas endurecidas, de cor vermelha acinzentada. Essa é a lesão que tem mais chances a sofrer metástase. (1)

Fig.3: Câncer do assoalho bucal



Fonte: (1)

4.4 Câncer de palato duro e mole

Esses tumores não apresentam crescimento muito invasivo para tecidos adjacentes. Os sintomas são dor e o inchaço. As características clínicas são úlceras no palato. Mais comum em pacientes fumantes. (1)

Fig.4: Câncer do palato mole e duro



Fonte: (1)

4.5 Câncer de mucosa jugal

Esse tipo de câncer é raro, porém quando acontece acomete a porção posterior. Apresenta como massa ulcerada endurecida. Esse tumor atrapalha tanto na mastigação quanto na fala. Normalmente acontece a partir dos 40 anos. (1)

Fig.5: Câncer de mucosa jugal



Fonte: (1)

4.6 Câncer de gengiva e rebordo alveolar

Sua forma clínica é primeiramente uma úlcera, depois pode acometer o osso e se transformar em uma lesão exofítica. Essa lesão causa mobilidade dos dentes. (1).

Fig.6: Câncer de gengiva e rebordo alveolar



Fonte: (1)

5 FATORES DE RISCO

Quando algum indivíduo tem maior probabilidade de desenvolver uma doença, por alguma condição, esses fatores são denominados os fatores de risco.

Vários fatores de risco estão relacionados ao câncer de boca. Os principais apontados são tabaco, álcool e dieta. Outros fatores de risco podem ser destacados, como: deficiências nutricionais, radiação solar, fatores ambientais falta de higienização. (9,15)

5.1 Tabagismo

O tabaco é considerado o principal carcinogênico. É utilizado de várias formas, pode ser mascado, fumado ou aspirado, utilizando cachimbo, cigarro, charuto, rapé ou cigarro de palha. (10, 11,19)

O tabaco quando é fumado se torna agressivo pela alta temperatura juntamente com substâncias cancerígenas. (12)

O risco varia de um paciente para outro, por exemplo, um paciente que fuma cigarro industrializado é 6,7 vezes maior do que um que não fuma, para fumantes de cachimbo 13,9 vezes, já do usuário de cigarro de palha o risco é aumentado em 7 vezes. (10)

O uso do tabaco mesmo sem fumaça, incluindo o rapé e tabaco para mascar, já está estabelecido como causa do câncer bucal. Estas formas de consumo de tabaco promovem um contato mais prolongado com a mucosa, por causa dos resíduos deixados entre a bochecha e a língua, favorecendo a ação das substâncias cancerígenas do tabaco. (8)

O tabagismo é considerado pela OMS a principal causa de morte evitável no mundo, o fumante passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, seguido do tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool. (13)

5.2 Alcoolismo

Ainda não foi esclarecido como o consumo de álcool, por si só, pode elevar o risco para o desenvolvimento do Câncer Bucal, uma vez que o etanol sozinho não foi confirmado como carcinogênico. (11)

O álcool é um fator etiológico do câncer bucal, porém ainda não há estudo que comprove como surge o desenvolvimento do câncer, porém usado associado ao cigarro há indícios de que a ação do álcool facilitaria a atuação dos agentes carcinogênicos presentes no cigarro. (1, 13,19)

5.3 Radiação ultravioleta

A radiação ultravioleta representa o principal fator etiológico de câncer nos lábios. O risco pode variar de acordo com o tempo de exposição, a quantidade de radiação e o tipo de pele do paciente. (14)

O uso de chapéus, bonés, protetores labiais é de suma importância; evitar os raios solares de 10h às 14h também, pois diminui os efeitos dos raios ultravioletas sobre a pele. (15)

5.4 Deficiências nutricionais

Alguns alimentos são de grande importância e a falta deles pode causar alterações epiteliais deixando a mucosa mais susceptível a desencadear o câncer juntamente com outros fatores. (14)

O profissional deve orientar o paciente sobre a alimentação adequada e a respeito de problemas sistêmicos como diabetes, colesterol, dentre outros que podem facilitar a desenvolver lesões. (1)

6 SINAIS E SINTOMAS

Geralmente quando o paciente observa os sinais e sintomas a lesão já está em estado avançado. (1)

Podem ser observados caroços ou feridas que não cicatrizam e tem mais de duas semanas, dificuldade de engolir, dificuldade de falar, manchas brancas, vermelhas ou negras, aumento de volume no lábio ou no linfodenopatia, crosta no lábio, sangramento, dormência na língua ou dificuldade de movimentação da mesma. Com a progressão da lesão pode-se observar que seu tamanho aumenta, que suas bordas ficam irregulares e podem ficar endurecidas. (1)

7 DIAGNÓSTICO

Os fatores que podem influenciar a qualidade da assistência aos pacientes com câncer, são a agilidade no atendimento, disponibilidade de recursos e profissionais competentes, porém não influenciam tanto o prognóstico e a sobrevida como o diagnóstico da doença incipiente. (16)

São fatores de grande importância para a redução da morbidade e da mortalidade causadas pela doença o diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato do paciente para tratamento do câncer bucal. (7)

Os cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente, através do autoexame, podem visualizar diretamente alterações suspeitas de câncer levando ao diagnóstico precoce da doença, por ser um sítio anatômico de fácil acesso. (7,16)

Os clínicos devem ficar atentos às manifestações que persistirem por mais de três semanas, dentre elas, uma úlcera única, nódulos, placas vermelhas ou brancas que podem ser manifestações de uma neoplasia maligna patente. (17)

Toda a mucosa bucal deve ser examinada, pois pode haver mucosa displásica amplamente distribuída (cancerização de campo), ou mesmo um segundo tumor, e os linfonodos cervicais devem ser examinados. (17)

A anatomia e características das neoplasias malignas, tanto microscopicamente e macroscopicamente, devem ser analisadas para o diagnóstico. Nos aspectos macroscópicos podem ser observados a forma irregular e limites indefinidos, a superfície na maioria das vezes ulcerada, a cor, e a consistência que na maioria das vezes é mais firme que o tecido normal. (1)

Torna-se fundamental no diagnóstico da neoplasia maligna, o exame cuidadoso das mucosas da cavidade oral e das vias aerodigestivas superiores, permitindo a determinação de lesões sincrônicas e metacrônicas. (18)

A biopsia previa ao tratamento possibilita a confirmação diagnóstica, porém devem-se evitar investigações diagnósticas demoradas que apenas retardam o início do tratamento. (18)

8 PROGNÓSTICO

O prognóstico do paciente depende da idade do paciente, localização da lesão, condição sistêmica, estágio do tumor TNM, grau de diferenciação celular e as condições socioeconômicas. (14)

9 PREVALÊNCIA DO CÂNCER BUCAL

No Brasil, o câncer bucal é o sexto tipo de câncer mais comum entre os homens e o oitavo entre as mulheres, sendo responsável pelas duas primeiras causas de óbito na maioria das regiões do país. (8)

O câncer bucal em uma população está relacionado à idade, fatores de risco a que ela se expõe, qualidade de assistência prestada, além da qualidade de informação disponível. (8,15)

A distribuição das taxas de incidência e de mortalidade de tumores malignos, tem sido, em muitos países, de grande importância para o estabelecimento de diretrizes de políticas públicas em âmbito nacional, estadual e municipal e para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer, além de formas de tratamento ou assistência terapêutica. (15)

A boca está entre as dez localizações mais frequentes para a ocorrência do câncer, ao lado da pele, colo uterino, mama e estômago, segundo registros hospitalares. (7)

Embora a incidência entre as mulheres tenha sofrido um grande aumento, os estudos mostram uma marcada prevalência da doença para o sexo masculino. (15,19)

Em relação à localização do tumor primário, a maioria dos artigos cita a língua como o sítio de maior prevalência após o lábio; alguns autores encontraram uma maior prevalência no assoalho bucal, ou valores muito próximos para a incidência na língua e no assoalho bucal. (19)

Essas variações nas taxas de incidência e de mortalidade ocorrem principalmente devido às diferenças de hábitos, expectativa de vida do indivíduo, características socioeconômicas, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade da assistência médica nas diversas regiões. (15)

10 CRESCIMENTO POR INVASÃO OU METÁSTASE

Danos nos genes de uma única célula podem resultar no surgimento de células anormais, essas células podem se tornar células cancerosas; se multiplicam rapidamente e tornam-se imortais. (1)

As metástases acontecem quando as células cancerígenas se espalham para diferentes partes do corpo. (1)

11 ESTADIAMENTO

O estadiamento deve ser feito de acordo com a classificação TNM da união internacional contra o câncer. Seu objetivo é analisar o grau da doença para definir a escolha terapêutica e tratamento mais indicado. Quanto maior a classificação TNM pior o prognóstico da doença. (15, 20)

T - tamanho do tumor primário; os números de 0 a 4 são usados para classificar o seu tamanho.

N -metástase dos linfonodos; de 0 a 3 é a classificação dos linfonodos se as células se disseminaram para os gânglios linfáticos.

M - metástase à distância, se o tumor se espalhou para outras partes do corpo. (20)

12 PREVENÇÃO

A chave para prevenção do câncer bucal consiste em detectar essas lesões que constituem lesões precursoras do câncer bucal, através de um exame periódico da boca e a eliminação dos fatores de risco envolvidos na sua etiopatogenia. (8)

Tanto o paciente como os cirurgiões-dentistas exercem um papel fundamental na prevenção e no combate ao câncer bucal. (21)

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste na divulgação de programas e medidas de combate ao consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, que visa a redução de vários outros agravos, entretanto, a população não dá a devida importância a estas informações. (21)

A prevenção secundária é quando o diagnóstico é feito antes que o paciente apresente alguma queixa clínica. (19)

O exame visual da boca para detectar lesões precoces cancerizáveis e tumores assintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e possibilitando assim um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica. (16,21)

A prevenção terciária visa limitar o dano, controlar a dor, prevenir complicações secundárias, melhorar a qualidade de vida durante o tratamento, e sempre que possível reintegrar o indivíduo à sociedade, tornando-o apto a realizar as atividades diárias exercidas anteriormente. (19)

A efetividade da divulgação sobre o câncer bucal necessita do envolvimento de todos, incluindo a família, os setores de saúde, da educação, os meios de comunicação, centros formadores de profissionais e apoios governamentais. (21)

A realização do autoexame bucal pode ser feita por todos, independente da idade, já que as neoplasias malignas ou benignas podem acometer qualquer idade. O exame é rápido e fácil de ser realizado e auxilia na detecção de qualquer alteração bucal, seja ela patológica ou não. (14)

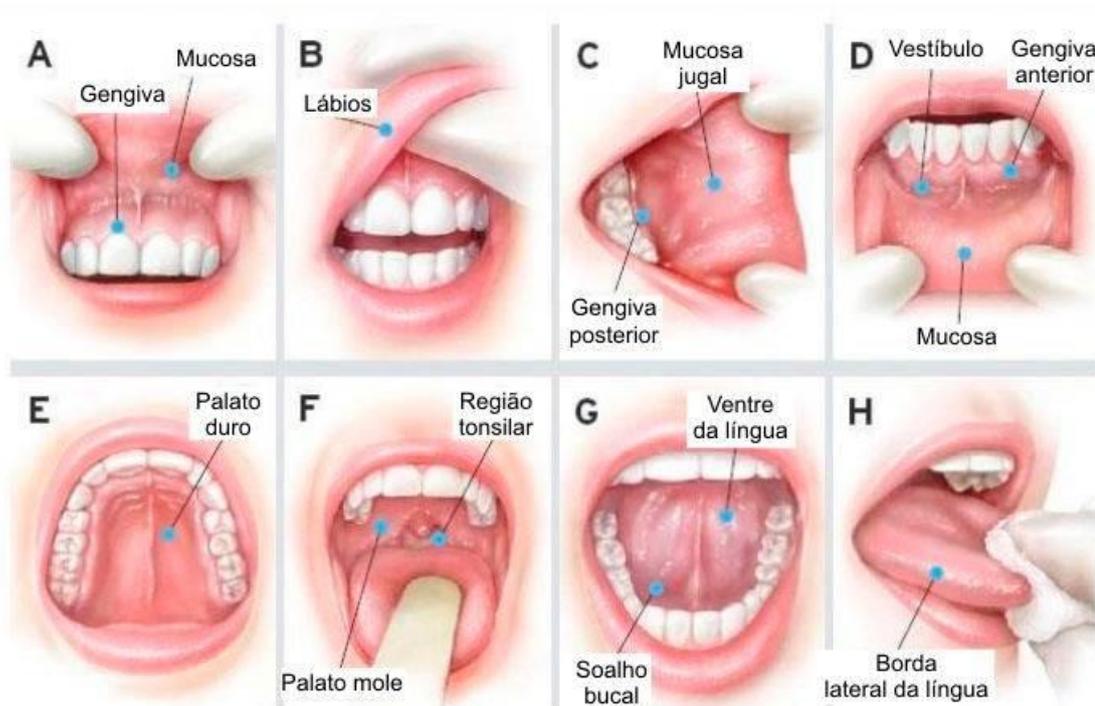
As lesões diagnosticadas tardiamente apresentam uma menor sobrevida, terapêuticas mais agressivas, maiores gastos para o serviço público, diminuição das funções mastigatórias e de fonação, e menor qualidade de vida. Quando as lesões são diagnosticadas precocemente apresentam uma maior redução de morte, morbidade e sequelas. Em cinco anos as chances de sobrevida são de 80% em pacientes com lesões iniciais e caem para 30% em pacientes com quadros mais avançados. (14,16)

12.1 Autoexame

O exame físico como a inspeção e a palpação, deve ser realizado pelo cirurgião dentista, visando observar a saúde geral do paciente, explorando região de cabeça e pescoço. Ao realizar o exame físico intrabucal, a inspeção precede a palpação, buscando alterações de cor, brilho, textura, forma, tamanho, consistência, mobilidade, limites, entre outras alterações, (8)

O exame clínico deve ser feito minuciosamente, em busca de toda e qualquer alteração de normalidade que não desapareça em 15 dias. (8,16)

Fig.7: Autoexame bucal



Fonte: (22)

Dizer ao paciente que ele precisa olhar e conhecer bem a própria boca, mandar realizar o autoexame de três em três meses e caso encontrar qualquer alteração, procurar um cirurgião dentista obrigatoriamente para avaliação, este fato pode evitar a ocorrência de problemas futuros. (8)

13 PLANEJAMENTO E TRATAMENTO

As decisões de planejamento e tratamento do câncer são baseadas no tamanho que o tumor se apresenta, situação dos linfonodos e presença de metástase, nas condições de saúde coexistentes, nas circunstâncias sociais e principalmente no anseio do paciente. O tratamento do câncer deve ser planejado de maneira a serem evitadas complicações pós-operatórias. (17, 14, 3)

O tratamento deve ser planejado mantendo o equilíbrio entre o tempo de sobrevida e a qualidade de vida do paciente. A cirurgia tem como princípio a remoção de todo o tumor e a radioterapia pode ser usada como uma modalidade

terapêutica isolada para neoplasias malignas primárias da boca, sem envolvimento dos linfonodos e também para tumores inoperáveis. (17)

O Câncer de boca atualmente é tratado através de cirurgia e/ou radioterapia para controlar o tumor primário e as metástases nos linfonodos da cadeia cervical. (14)

A cirurgia permanecerá como terapia de escolha, variando de acordo com a extensão clínica ou estágio apresentado pela doença, variando de uma excisão local até uma remoção ampla da lesão. (15)

A radioterapia deve ser a modalidade terapêutica de escolha para o Câncer bucal, quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou não aceitar os possíveis defeitos que esta pode deixar. (15)

A quimioterapia adjuvante ou paliativa para lesões primárias quando estão muito grandes, tem sido indicada independente da redução da taxa de mortalidade ou uma melhora no prognóstico. (15)

13.1 Efeitos colaterais do tratamento

Os efeitos colaterais das terapias na boca são: mucosite tanto para a radioterapia, quanto para a quimioterapia, radiodermite, xerostomia, cárie de radiação e a osteorradionecrose. O tratamento dentário prévio à diversas terapias instituídas visa minimizar os efeitos secundários provenientes das mesmas. (14)

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir afirmando a importância do profissional da saúde na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer, a fim de se obter maior sucesso na terapêutica da doença e melhorar a expectativa de vida do paciente.

Os serviços públicos de diagnóstico bucal e estomatologia, em relação ao tratamento de câncer bucal e aos resultados obtidos com este tratamento, deixam a desejar. Assim, acreditamos que os serviços de diagnóstico e o tratamento do câncer bucal devam ser melhor estruturados.

O cirurgião dentista, como um profissional da área da saúde, além de preservar e restabelecer a saúde bucal de seus pacientes, deve assumir responsabilidades mais abrangentes, perante a coletividade e para com a sua própria profissão.

O consumo de cigarro e de bebidas alcoólicas, associados ou não, são fatores de risco ao câncer bucal, pois deixa a mucosa mais susceptível aos agentes cancerígenos presentes tanto no cigarro quanto nas bebidas. A incidência do câncer varia de acordo com a idade, o sexo, a ocupação, os grupos étnicos e a localização geográfica.

Exames complementares como a biópsia, a citologia esfoliativa, o hemograma completo, e a aplicação dos princípios rudimentares da semiologia propiciam tratamentos mais objetivos que tendem a melhorar o prognóstico da doença. Assim, não há dúvida de que a melhor estratégia de controle do crescente número de neoplasias da cavidade da boca é a prevenção e o exame clínico minucioso, aliados à correta solicitação e interpretação de exames complementares.

REFERÊNCIAS

1. Apostila de câncer bucal. Portal da educação. Campo Grande MS.2012. Disponível em:<> Acesso em: 10 de jun.2015.
2. Martins RB; Giovani EM; Villalba H. Lesões cancerizáveis na cavidade bucal. Ver Inst Ciência Saúde 2008;26(4):467-76 .Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2008/v26n4/a1748.pdf>>. Acesso em: 07 de Nov. 2014.
3. Visioli F. Hildebrand LC. Martins MA.Carrard VC. Patologia bucal.UFRGS. Disponível em: <http://www.crors.org.br/imagens/Divulgacao_maio_vermelho2013/2013_Maio_Vermelho__Material_teorico_FO-UFRGS_cancer_bucal__Lesoes_cancerizaveis.pdf>. Acesso em: 03 de Nov. de 2014.
4. Miranda A; FerraryTM; Calandro TLL. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do brasil. Saúde e Pesquisa, Vol. 4, No 1 (2011). Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/viewArticle/1748>> Acesso em: 08 de Nov. de 2014.
5. Silva UO. Lesões Cancerizáveis da boca. Disponível em: <<http://www.cirurgiacp.ufc.br>>. Acesso em: 10 de Nov. de 2014.
6. Sampaio RLL. A importância da prevenção e do diagnóstico precoce do Câncer bucal em militares. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2010 [acesso em 2014 Nov 10]. Disponível em: <http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/TCC_PDF_2010/2010/TCC%201%20TEN%20AL%20RENATA.pdf>.Acesso em: 02 Nov. de 2014.
7. Costa EG., Migliorati, CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento oral do câncer: howlong does it take from detection of a lesion to the beninning of treatment. Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(3): 283-89. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/artigo5.html>. Acesso em: 02 Nov. de 2014.
8. Augusto TA. Medidas Preventivas do Câncer Bucal Revisão de Literatura. Prêmio Colgate Profissional-Prevenção na área de saúde bucal. Campinas, Fevereiro de 2007. Disponível em: <http://www.colgateprofissional.com.br/LeadershipBR/NewsArticles/NewsMedia/1PremioColgateProfissional_1.pdf>. Acesso em: 01 Set. de 2015.

9. Ministério da Saúde (Brasil), Manual de detecção de Lesões suspeitas: Câncer de boca. Ministério da Saúde; 1996-2001. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_01_2010_10.14.36.6a2ee5beed1e1f969b8c666fc9469879.pdf> . Acesso em: 10 Nov. de 2014.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. - INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. – Rio de Janeiro: INCA, 2002. 52 p Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_sobre_cancer_boca.pdf>. Acesso em: 07 Nov. de 2014.
11. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: Revisão. O Risk factors related to development oral cancer: a revision. Rev. de Clín. Pesq. Odontol., v.1, n.3, jan./mar. 2005. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/aor-54.pdf>>. Acesso em: 01 Set. de 2015.
12. Frota A. Orientações sobre prevenção do câncer bucal e auto exame. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2734.pdf>>. Acesso em: 25 de Ago. de 2015
13. Barros Z. Especial Câncer Bucal: Além do diagnóstico. Jornal odonto suplemento 1.Ed. pag. 209.2015
14. Mimura MAM. Câncer bucal: Caso complexo 3. [acesso em 2014 Nov 07] Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Complexo_03_Ilha_das_Flores_Cancer.pdf>. Acesso: 03 Nov. de 2014.
15. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Oral squamous cell carcinoma: a literature review of patient profile, clinical staging and proposed treatment. Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 63-69. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/revisao4.pdf?origin=publication_detail>. Acesso em: 02 Nov. de 2014
16. Machado ACP, Tavares PG, Anbinder LA, Quirino MRS. Perfil epidemiológico, tratamento e sobrevida de pacientes com câncer bucal em Taubaté e região. epidemiological profile, treatment and survival of patients with oral cancer in Taubaté área. Rev. biociênc,Taubaté, v.9, n.4, p.65-71, out-dez 2003

17. Scully C. Medicina Oral e Maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

18. Rapoport A. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. 30 de maio de 2001. Disponível em: <http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/023.pdf >. Acesso em: 24 Abr. de 2015.

19. Abdo EN. *et. al.* O fumo e o álcool na etiologia do câncer da cavidade bucal. Revisão de literatura. Tobacco and alcohol in etiology of oral câncer, A literature review. Revista do CROMG v.7 n.2 Maio/Agosto 2001.

20. Estadiamento do câncer de boca e orofaringe. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-boca-e-orofaringe/7429/279/>>. Acesso em: 08 Set. de 2015.

21. Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(1): 30–6. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n1/a04v21n1>>. Acesso em: 02 Nov. de 2014.

22. Blog construindo sorrisos. Disponível em: <<http://dradeisebastos.com.br/cancer-de-boca-autoexame/>>. Acesso em: 10 Out. de 2015.

23. Minha vida- Osteossarcoma. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/osteossarcoma>