

INTERVENÇÃO PRECOCE NO CANCRO ORAL

GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS



Paulo Moita Macedo
Ministro da Saúde

O Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral constitui um novo passo em frente na estratégia delineada e implementada pelo Ministério da Saúde na área da saúde oral. Uma nova etapa de qualidade.

A consolidação da intervenção dos serviços públicos no combate à cárie dentária nas populações mais vulneráveis, em especial em crianças, adolescentes e grávidas, já associada a importantes ganhos de saúde, deixa margem para enfrentarmos novos desafios.

O processo de referenciação dos cidadãos do Serviço Nacional de Saúde, no que se refere à medicina dentária, proporcionou o desenvolvimento e utilização de um Sistema de Informação da Saúde Oral (designado abreviadamente por SISO), ferramenta fundamental que provou, nos últimos seis anos, a sua enorme utilidade e assinalável funcionalidade. Os profissionais envolvidos no controlo da cárie dentária, isto é, a totalidade dos médicos de família, enfermeiros, higienistas orais e os cerca de 3000 médicos dentistas que aderiram ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral e que utilizam como rotina esta ferramenta são, naturalmente, as melhores testemunhas do seu desempenho.

Por isso, estes profissionais serão os primeiros a compreender que a inclusão de um novo módulo informático no SISO, de suporte a este novo projeto, poderá assumir um relevante papel na obtenção de respostas mais eficientes na prevenção primária e secundária do cancro oral.

A decisão sobre a alocação de mais e novos recursos e a adoção de novas metodologias para combater o cancro oral resultaram da aplicação de critérios que relevam a vulnerabilidade da patologia tendo conduzido à identificação das medidas incluídas no sistema.

Como todos saberão, o tratamento atempado de lesões pré-neoplásicas da cavidade oral ou o diagnóstico e intervenção precoces no cancro oral reduzirão a incidência da doença oncológica e proporcionarão um tratamento mais rápido e adequado.

GRUPO DE TRABALHO DA OMD

ANTÓNIO MANO AZUL
JOSÉ FRIAS BULHOSA
PAULO RIBEIRO DE MELO
PEDRO FERREIRA TRANCOSO

GRUPO DE TRABALHO DA DGS

RUI CALADO
MARTA GROMICHO
MARGARIDA JORDÃO
ANA DO CÉU

É nosso principal objetivo evitar a doença e melhorar as taxas de cura e de sobrevivência dos cidadãos que dela padeçam. Por isso, o Ministério da Saúde decidiu promover um projeto que contempla por um lado a rápida identificação e obtenção dos diagnósticos e por outro lado a redução do tempo que envolve os circuitos que precedem a entrada dos doentes com patologia em hospitais de referência.

Para tal foi concebida uma estratégia inovadora que junta a experiência que os cheques-dentistas representam no quadro do nosso Sistema, já avaliada na perspetiva da eficiência, e que também conta com a colaboração do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP) para a realização de exames de anatomia patológica e com o Instituto Português de Oncologia da respectiva área (IPO de Lisboa, IPO de Coimbra e IPO do Porto) para consultas e tratamentos especializados. Estamos em crer que, com o presente projeto e com o habitual compromisso dos profissionais de saúde, conduziremos os doentes de uma forma mais célere aos serviços de referência, aumentaremos a eficácia e a eficiência da intervenção e contribuiremos, certamente, para a resolução de problemas de saúde que afetam os portugueses.

O Ministro da Saúde

Paulo Moita Macedo



Orlando Monteiro da Silva
Bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas

O cancro oral, doença prevenível *quando e se* associada a fatores de risco e estilos de vida modificáveis, é o sexto cancro mais comum do mundo.

A chave para um bom resultado perante uma situação de cancro oral é o diagnóstico e o tratamento atempados, ou seja, uma intervenção precoce.

O Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPCO) é um projeto criado de raiz, com um conceito inovador que integra médicos de família, médicos dentistas, médicos estomatologistas, médicos hospitalares, hospitais e um laboratório de referência.

Trata-se, portanto, de uma estratégia de colaboração entre a Ordem dos Médicos Dentistas, o Ministério da Saúde, o Serviço Nacional de Saúde e os profissionais, no sentido de fazer face a este problema de saúde pública.

Este projeto vai de encontro às recomendações internacionais sobre a matéria, nomeadamente ao plano de ação global da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a prevenção e controlo de doenças crónicas 2013-2020, que contém menções específicas às doenças orais. O plano foi adotado pela OMS a 27 de maio, na 66^a Assembleia Mundial da Saúde.

A referência às doenças orais reflete o compromisso dos governos na Declaração Política das Nações Unidas de 2011, em Nova Iorque, sobre doenças crónicas, ao reconhecerem que as doenças orais partilham fatores de risco com as quatro principais doenças crónicas - cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias - e, assim, devem beneficiar de uma abordagem comum.

A Ordem dos Médicos Dentistas tem a honra de se associar a esta iniciativa, na certeza que esta contribuirá decisivamente para a redução do impacto desta patologia em Portugal.

O Bastonário

Orlando Monteiro da Silva

ÍNDICE

01 RESUMO	05
02 INTRODUÇÃO	06
03 EPIDEMIOLOGIA	06
04 ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO	07
05 DETEÇÃO PRECOCE	09
06 SINAIS E SINTOMAS	10
A LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS	10
B CANCRO ORAL	11
07 CANCRO ORAL – O QUE PODEMOS FAZER	13
08 EXAME OBJETIVO E EXEMPLOS DE LESÕES TÍPICAS	14
09 BIBLIOGRAFIA E FONTES ACONSELHADAS	23

01

RESUMO

O aumento da prevalência de doenças não infecciosas, incluindo as doenças oncológicas, tem levado a uma crescente preocupação em criar respostas urgentes e efetivas de saúde pública.

O cancro oral, doença prevenível *quando e se* associada a fatores de risco e estilos de vida modificáveis, é o sexto cancro mais comum do mundo. Conhecido pela sua agressividade quando detetado tardiamente, o cancro oral tinha, em 2008, uma incidência anual estimada de 275.000 para os cancros orais e de 130.300 para os cancros da faringe (excluindo nasofaringe), dois terços dos quais em países desenvolvidos e cerca de 50% em fases tardias da doença [1].

A chave para um bom resultado perante uma situação de cancro oral é o diagnóstico e o tratamento atempados, ou seja, uma intervenção precoce.

Os prestadores de cuidados de saúde primários devem questionar os seus pacientes sobre fatores de risco, particularmente os consumos de tabaco e álcool, em cada consulta, e completar essa informação com a observação do indivíduo.

Um exame objetivo completo da cavidade oral deve ser parte integrante do exame físico de rotina de todos os pacientes. No caso do cancro oral são particularmente importantes aqueles que têm idade igual ou superior a 40 anos, sobretudo se forem do sexo masculino, fumadores e consumidores imoderados de álcool. Aconselha-se o rastreio oportunista naqueles utentes que reunirem as condições anteriormente descritas.

Os clínicos devem tornar-se cada vez mais aptos a identificar, de forma rotineira, lesões potencialmente malignas e malignas, estas últimas nas fases precoces do seu desenvolvimento, uma vez que a intervenção nesta altura é mais eficaz e efetiva. Só um diagnóstico precoce permite oferecer um melhor tratamento ao doente, com um resultado estético e funcional compatível com uma boa qualidade de vida e melhorando o prognóstico e a sobrevivência.

02

INTRODUÇÃO

O cancro da cavidade oral e da orofaringe representa cerca de 2-3 % de todos os cancros, sendo que em certas zonas geográficas esta percentagem é mais elevada. Este ano cerca de 300 000 habitantes em todo o mundo desenvolverão cancro oral e metade destes morrerão dessa doença num período de 5 anos. O carcinoma espino-celular, que se origina na mucosa oral, representa cerca de 90% de todas estas neoplasias, sendo que as restantes incluem tumores malignos das glândulas salivares, doenças linforeticulares, tumores ósseos, melanomas, sarcomas, tumores odontogénicos malignos e metástases de tumores primários com outras localizações (2,3,4,5,6).

Apesar da fácil acessibilidade da cavidade oral (só comparável com a pele) ao exame direto, estes tumores malignos não são geralmente detetados até uma fase tardia do seu desenvolvimento e assim, a taxa de sobrevivência para o cancro oral manteve-se praticamente inalterável e baixa nas últimas quatro décadas (3,6).

03

EPIDEMIOLOGIA

O cancro oral surge mais frequentemente em homens (taxa de 2:1 masculino/feminino) após a 4ª década, embora se venha documentando em todo o mundo um aumento do número destes cancro em adultos mais jovens e em mulheres (6).

De um ponto de vista epidemiológico e de organização clinicopatológica o cancro oral pode dividir-se em três categorias: carcinomas da cavidade oral propriamente ditos, carcinomas do vermelho do lábio (com uma forte predominância masculina) e carcinomas da orofaringe (3). De acordo com a versão 10 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o cancro oral corresponde às categorias C00.0,1,2,6, C00.3-5, C02.0-3, C03, C04, C05.0, C06, C01, C05.1,2, C09, C10.0,2,3.

Em contraste com os carcinomas intraorais e da orofaringe, o cancro do vermelho labial é mais próximo do carcinoma da pele e está particularmente associado à exposição solar crónica. Tendo sido historicamente o mais prevalente dos cancros orais, a sua incidência veio a diminuir gradualmente durante o século passado pela diminuição de profissões com exposição solar (3).

Conforme consta no sítio oficial do National Cancer Institute, através do Programa

Surveillance Epidemiology and End Results (SEER), entre 2005 e 2009, nos EUA, a idade média de diagnóstico de cancro da cavidade oral e faringe foi 62 anos, sendo que 28,5% dos casos foram diagnosticados entre os 45 e os 54 anos. A taxa de incidência ajustada à idade foi de 10,8 por 100.000 habitantes, por ano e a taxa de mortalidade ajustada à idade de 2,5/100.000, por ano (2).

De acordo com Pinheiro et al (2002), em Portugal (incluindo as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira) registam-se por ano cerca de 1.500 casos novos de cancro oral, dos quais cerca de 1.250 em homens e de 250 em mulheres. Os mesmos autores referem que a taxa de mortalidade para o cancro oral em Portugal aumentou cerca de 24% de 1988 a 1998, passando de 7.7 em 1998 para 9.6 por 100.000 habitantes em 1998, sobretudo em homens de idade jovem e de meia idade, seguindo um padrão em que o aumento é cada vez mais elevado em camadas etárias sucessivamente mais jovens, sugerindo um efeito de coorte (8).

O cancro oral é em Portugal responsável por 4% das mortes nos homens, sendo nestes a 5ª causa de morte por doença oncológica. Em Portugal há variações regionais consideráveis, sendo por exemplo a taxa de mortalidade na Madeira dupla da taxa média do País. Em Portugal Continental é mais frequente nas regiões do Sul, onde a prevalência de fumadores é mais elevada em ambos os sexos (9,10).

Apesar de todos os avanços no tratamento (cirurgia, radioterapia e quimioterapia), a taxa de sobrevivência aos 5 anos no cancro oral permanece em cerca de 55% (sendo que pode variar entre 30% nas lesões posteriores com diagnóstico tardio e mais de 80% para o cancro do lábio) (6,12,18).

04

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A utilização de tabaco nas suas variadas formas é considerada a principal causa do cancro oral, particularmente associada ao consumo imoderado de álcool, sendo que o risco de cancro oral é 5 a 9 vezes maior em fumadores do que em não fumadores. A percentagem de doentes com cancro oral que fuma (cerca de 75%) é 2/3 vezes maior do que a da população em geral (2,3,5).

O álcool é também um importante fator de risco para os cancros do aparelho digestivo superior. Em fumadores, o consumo moderado/elevado de álcool aumenta entre 3 a 9

vezes o risco de desenvolver um cancro da cavidade oral, mostrando um efeito sinérgico entre estes dois fatores. Um estudo realizado em França mostra que fumadores e consumidores de grandes quantidades de álcool (acima dos 100 g de etanol por dia) têm uma probabilidade 30 a 100 vezes maior de desenvolver cancro oral e da orofaringe (vinho, cerveja ou bebidas espirituosas) (2,12).

Como já foi referido, uma elevada exposição aos ultravioletas aumenta a probabilidade de desenvolver cancro do lábio. Também as dietas com baixos níveis de vitaminas A e C e um insuficiente consumo diário de vegetais e frutas frescas pode contribuir para o risco de cancro oral (6,21).

Doentes imunodeprimidos, por exemplo indivíduos transplantados ou com patologia imunossupressora (p.ex. infectados pelo VIH) têm uma mais elevada probabilidade de desenvolverem cancro oral, particularmente do lábio inferior. Outras doenças mais raras predis põem para o cancro oral, entre as quais o xeroderma pigmentoso, a anemia de Fanconi, a disqueratose congénita e o Síndrome de Plummer-Vinson. Discute-se o papel de doenças como o líquen plano oral, as reações liquenóides, o lupus eritematoso discóide e a sífilis terciária, no aumento do risco para as neoplasias malignas da cavidade oral. Discute-se ainda, como fator de risco, uma saúde oral deficiente traduzida por uma má higiene oral, por ausência de número elevado de dentes e pela presença de próteses dentárias mal adaptadas (3,6,13,14).

Em termos mundiais, a incidência do cancro oral tem vindo a aumentar, também, em jovens não-fumadores e não consumidores de álcool e estudos epidemiológicos sugerem uma forte associação com a infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV), especialmente os tipos 16 e 18 (elevado risco oncológico) que já tinham demonstrado o seu papel etiológico nos tumores anais e do colo do útero (4,5,6).

Existe uma clara evidência de associação entre estes vírus oncogénicos e o cancro da cavidade oral em jovens não-fumadores, bem como sobre o papel de algumas condutas sexuais na sua transmissão e no aumento deste risco, sendo de realçar o sexo oral (contato oro-genital e oro-anal), o número de parceiros sexuais e uma história de papilomas genitais, por favorecerem a presença do HPV na cavidade oral facilitando o seu papel no desenvolvimento de neoplasias da região orofaríngea, o que é demonstrado por um perfil molecular diferente destes cancros (4,5,11).

05

DETEÇÃO PRECOCE

Ao contrário do grande avanço na deteção precoce de diversas neoplasias malignas nas últimas décadas, levando a um melhor prognóstico, o mesmo não aconteceu com o cancro da cavidade oral.

A taxa de sobrevivência está diretamente relacionada com o estágio da doença na altura da deteção, e assim os esforços dos profissionais de saúde para prevenir a doença e fazer um diagnóstico precoce têm como objetivo não só diminuir a sua incidência, mas, também, melhorar a esperança de vida de todos os que a desenvolvem (21,22).

Esta relação da sobrevivência com o estadió da doença é bem ilustrada na tabela seguinte adaptada de Ph. Rubin (10).

SOBREVIVÊNCIA A 5 ANOS NO CANCRO ORAL (%)

LOCALIZAÇÃO	ESTÁDIO I	ESTÁDIO II	ESTÁDIO III	ESTÁDIO IV
Porção móvel da língua	80%	60%	30%	15%
Pavimento da boca	80%	70%	60%	30%
Mucosa jugal (bochechas)	75%	65%	30%	15%
Trígono retromolar	75%	70%	60%	30%
Gengiva	75%	60%	50%	40%
Lábio	90%	85%	70%	60%

A deteção precoce depende da capacidade do doente ou do médico para identificar uma lesão suspeita ou um sintoma ainda numa fase inicial. Isto só se consegue através de campanhas promovendo o autoexame da cavidade oral e da vontade e da preparação dos profissionais de saúde para efetuarem exames de diagnóstico de cancro por rotina. Num inquérito sobre saúde nacional efetuado pelo *Centers for Disease Control* (CDC) dos EUA, **somente 16% dos inquiridos** responderam positivamente à questão: "Já alguma vez foi observado para cancro oral através de um exame em que o médico ou o dentista puxam (por vezes com uma compressa) a sua língua para fora e a observam e depois palparam por baixo da língua e zona das bochechas?" (3).

As lesões potencialmente malignas que podem preceder o cancro da cavidade oral são geralmente assintomáticas e subtis, bem como os cancros nas suas fases iniciais. Importa assim que os médicos adotem uma atitude de elevada vigilância, sobretudo em indivíduos com idade superior a 40 anos em que estejam presentes o uso continuado de tabaco e uma ingestão imoderada de álcool (3,6,12,13,19).

Com a deteção precoce e um tratamento atempado as mortes por cancro oral podem ter,

em Portugal, uma dramática redução. Também a morbilidade associada ao tratamento pode ser reduzida melhorando significativamente a qualidade de vida destes doentes.

SINAIS E SINTOMAS

A | LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

Na população europeia muitos dos cancros da cavidade oral surgem *de novo*. No entanto, numa elevada proporção de casos, o cancro oral é precedido por alterações da mucosa oral que são clinicamente visíveis e classificadas como **lesões potencialmente malignas** (3,6,12,13,19).

Estas lesões potencialmente malignas são fundamentalmente de dois tipos:

A) Leucoplasia | É um termo clínico e definida pela OMS como “mancha ou placa branca que não pode ser caracterizada clinicamente ou patologicamente como outra doença”. É assim um diagnóstico clínico de exclusão, excluindo-se outras lesões brancas da cavidade oral como o líquen plano oral, as candidíases (ou candidoses) e as lesões queratóticas por traumatismos crónicos (queratoses friccionais ou traumáticas). O diagnóstico definitivo é confirmado por exame histopatológico (12,19).

As leucoplasias são as lesões potencialmente malignas mais frequentes da cavidade oral, sendo a sua prevalência entre 1.2 a 5 % , com marcadas diferenças regionais, e afetando mais vezes homens acima dos 40 anos. A sua etiologia é desconhecida, considerando-se que o tabaco é o principal promotor, apesar desta associação não poder ser determinada em muitos casos (19).

São lesões brancas, geralmente assintomáticas, que não se conseguem remover raspando com compressa ou outro instrumento, podendo surgir em qualquer local da cavidade oral, particularmente na mucosa jugal (bochechas), rebordo alveolar edêntulo, pavimento da boca, língua, lábios e palato. Descrevem-se ainda dois tipos de leucoplasia clínica: as lesões homogêneas e as não-homogêneas (nestas últimas as zonas brancas podem coexistir com zonas avermelhadas (“eritroleucoplasias”) (3,12,13,19).

Algumas leucoplasias não-homogêneas são multifocais, de superfície exóftica e de dimensões superiores a 2 cm denominando-se *leucoplasias proliferativas verrucosas* (LPV), que apresentam taxas de malignização muito superiores às das leucoplasias (até 80% a 10 anos em alguns estudos) (16).

A remoção cirúrgica completa da lesão (com margens livres de patologia) é recomendada, independentemente da existência ou não de displasia celular na biópsia,

visto que qualquer leucoplasia pode transformar-se num carcinoma, mesmo aquelas que não tinham alterações displásicas inicialmente. Esta transformação maligna não ainda, pode hoje em dia, ser prevista de forma consistente. No entanto, podemos afirmar que as leucoplasias mostram uma mais elevada taxa de malignização quando: (3,6,11,13,19) estão presentes em mulheres; persistem por períodos longos; surgem em não-fumadores; localizam-se no pavimento da boca ou na língua; surgem em doentes com carcinomas prévios; são não-homogêneas e são LPV.

B) Eritroplasia | É também um termo clínico que se refere a uma mancha ou placa vermelha com uma textura macia, e que surge preferencialmente no palato mole e trígono retromolar, pavimento da boca e bordo da língua. A lesão geralmente esbate-se na mucosa que a rodeia e é geralmente assintomática ou com queixas moderadas de ardor (3,19). As eritroplasias são muito mais raras do que as leucoplasias mas o seu potencial maligno é muito superior, sendo que em muitos estudos as biópsias destas lesões demonstram já a presença de carcinomas invasivos ou carcinomas *in situ* (3,6,19).

B | CANCRO ORAL

Os carcinomas espinocelulares detetados precocemente apresentam-se com frequência sobre a forma de uma placa branca, vermelha ou uma combinação das duas, localizadas por ordem de frequência no bordo da língua (mais de 40% da totalidade destas lesões situam-se no bordo e ventre da língua) , pavimento da boca, vermelhão do lábio inferior, gengiva e rebordo alveolar edêntulo, mucosa jugal e palato (3,4,11,12,13,16,18).

A região em ferradura, limitada pela língua, pavimento da boca, palato mole posterior e região amigdalina é considerada a zona de maior risco para a presença de cancro oral pelo que deve ser observada com particular atenção (3).

Muitos dos carcinomas mais pequenos (menos de 1 cm) são assintomáticos e descobertos em exames de rotina, mas geralmente as lesões malignas da cavidade oral caracterizam-se pela presença de dor como primeiro sintoma (com uma média de duração de sintomas de algumas semanas a 1 ano), caracterizando-se estas lesões por uma úlcera ou um aumento de volume irregular, com superfície de textura granulosa. Geralmente as lesões com mais de 1-2 cm são mais frequentemente úlceras com bordos endurecidos. Podem-se ainda manifestar como tumores exófticos, papilares ou verrucosos, mas geralmente com uma superfície ulcerada (3,4,6,12,13,14).

O carcinoma do lábio observa-se frequentemente como uma lesão espessada, uma crosta ou uma ulceração, geralmente no vermelhão do lábio inferior. Outros sintomas e sinais da doença incluem odinofagia, dificuldade em movimentar a língua, dentes com mobilidade, etc... Raros são os doentes que procuram a consulta médica com um nódulo cervical aumentado como primeiro sinal (21,22).

Uma parte significativa do atraso no diagnóstico destas lesões deve-se ao fato dos doentes não conhecerem a gravidade das neoplasias orais pela falta de informação pública sobre esta patologia (17).

O carcinoma espinocelular da cavidade oral progride localmente por invasão e pode envolver por metastização os gânglios linfáticos regionais. É rara a existência de metástases à distância à data do diagnóstico do tumor (18,21,22).

O diagnóstico baseia-se, na maioria dos casos, no exame clínico e na biópsia seguida de exame histológico. Deve ser ainda feito o estadiamento do tumor através da classificação TNM desenvolvida pela UICC (*Union Internationale Contre le Cancer*).

T	TX	Tumor Primário não pode ser avaliado
	T0	Não há evidência de tumor primário
	Tis	Carcinoma in situ
	T1	Tumor com 2 cm ou menos na sua maior dimensão
	T2	Tumor com mais de 2 cm e menos de 4 cm na sua maior dimensão
	T3	Tumor com mais de 4 cm na sua maior dimensão
	T4a	Lábio: Tumor que invade através do osso cortical, nervo alveolar inferior, assoalho de boca, ou pele (queixo ou nariz), Cavidade oral: Tumor que invade através do osso cortical, em profundo músculo / extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), seio maxilar, ou a pele do rosto
T4b	Lábio e cavidade oral: Tumor que invade o espaço mastigador, lâminas pterigóides, base do crânio ou artéria carótida interna	
N	NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
	N0	Ausência metástases linfonodos regionais
	N1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral de 3 cm ou menos na sua maior dimensão
	N2a	Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm, mas não mais de 6 cm na sua maior dimensão
	N2b	Metástase em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm na sua maior dimensão
	N2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles mais de 6 cm na sua maior dimensão
	N3	Metástase em um linfonodo com mais de 6 cm na sua maior dimensão
M	M0	Sem metástases à distância
	M1	Com metástases à distância

07

CANCRO ORAL - O QUE PODEMOS FAZER

Para o diagnóstico precoce do cancro oral e das lesões potencialmente malignas, o exame da cabeça, do pescoço e da cavidade oral no seu todo, tem que fazer parte da rotina de observação de cada doente nas consultas de medicina geral e familiar e de medicina dentária (17,22).

Os médicos de família e os profissionais de saúde oral devem estar particularmente vigilantes na avaliação do risco para o cancro oral particularmente em relação a:

- Consumo de qualquer forma de tabaco
- Uso imoderado de álcool
- História de cancro oral prévio
- História de imunodeficiência
- Exposição ao sol
- Idade

A avaliação inclui assim uma história clínica completa incluindo os fatores acima referidos, os hábitos alimentares, sedentarismo e obesidade, e outros antecedentes pessoais e familiares. Não é demais frisar que os doentes tratados com sucesso a um cancro oral têm um elevado risco de desenvolver um segundo carcinoma (20,22). A avaliação inclui ainda um Exame Objetivo de acordo com as recomendações do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) e do NIH (*National Institute of Health*), com o auxílio de iluminação adequada, espelho dentário, compressas e luvas e que inclui:

- Exame visual e palpação dos tecidos moles orais
- Exame visual e palpação das regiões extraorais da cabeça e do pescoço
- Palpação dos gânglios linfáticos da região

Os doentes devem ser informados sobre a associação entre tabaco, álcool e cancro oral. A educação para a saúde dos doentes deve ser um elemento chave na abordagem daqueles utentes, cujos estilos de vida podem potenciar o risco de desenvolvimento de cancro oral, devendo promover-se estilos de vida saudáveis e evicção de comportamentos de risco. Deverão os profissionais de saúde aconselhar:

- Evicção de hábitos tabágicos, incluindo consumo de cigarrilhas, cigarros, tabaco mascado ou inalado e cachimbos;
- Ingestão moderada de álcool;
- Uso de creme labial com níveis adequados de fator de proteção contra a radiação solar;

- Ingestão de fruta e vegetais, diariamente, nas quantidades adequadas;
- Vacinação contra o HPV (de acordo com o PNV) e promoção de relações sexuais protegidas em mulheres e homens com comportamento sexual de risco.

Em todos os casos de doentes com sintomas ou sinais suspeitos, particularmente lesões orais, os doentes devem ser encaminhados para observação por um médico dentista para eventual biópsia que confirme o diagnóstico.

08

EXAME OBJETIVO E EXEMPLOS DE LESÕES TÍPICAS

O exame objetivo não deve demorar mais do que 5 minutos e idealmente (e com a prática) deve ser efetuado em 2 minutos e inclui, como acima foi referido, os seguintes pontos:

- Exame visual e palpação dos tecidos moles orais
- Exame visual e palpação das regiões extraorais da cabeça e do pescoço
- Palpação dos gânglios linfáticos da região

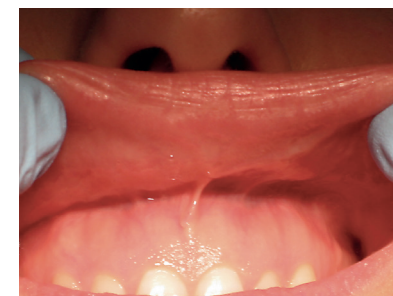
O **exame externo** deve incluir a procura de sinais (alterações de cor, aumento de volume e assimetrias que surjam de novo). A palpação inclui os músculos temporais, masséteres e mandibulares, as articulações temporo-mandibulares, as glândulas parótidas e submaxilares e os gânglios linfáticos do pescoço.

O **exame interno** deve começar com o médico a familiarizar-se com a cor e textura normal das mucosas do utente, tornando mais fácil a pesquisa de alterações de cor sobretudo brancas, acinzentadas ou vermelhas que são características das lesões potencialmente malignas e dos estádios precoces do cancro oral.

Deve-se ainda dar particular atenção a úlceras (sobretudo as que o doente refere terem mais do que 3 semanas de existência) da mucosa, lesões exófiticas, aumentos de volume submucosos, limitação de movimentos da língua e zonas onde exista queixa de dor ou ardor por parte do doente. **Qualquer lesão oral que persista há mais de 3 semanas deve ser encarada com suspeita [17,18,22].**



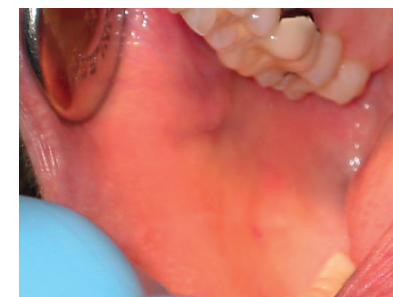
01



02



03



04



05



06



07



08



09

LEGENDA

- 01 | Observar o vermelhão dos lábios e pesquisar alterações de cor, volume, etc.
- 02 | Retrair o lábio superior examinando a mucosa e a gengiva. Manipular o lábio com o polegar e o indicador, procurando sentir quaisquer lesões submucosas.
- 03 | Retrair o lábio inferior examinando a mucosa e a gengiva. Manipular o lábio com o polegar e o indicador, procurando sentir quaisquer lesões submucosas.
- 04 | Examinar a mucosa bucal, um lado de cada vez, retraindo a comissura labial lateralmente e depois superiormente.
- 05 | Examinar todo o palato duro.
- 06 | Observar o palato mole e amígdalas, pedindo ao paciente que diga "Ahhhh" (esta manobra poderá ainda ser efetuada com o auxílio de uma espátula).
- 07 | Pedir ao paciente que eleve a sua língua até ao palato e examinar a face ventral da língua e o pavimento da boca.
- 08 | Tirar a língua para fora da boca, segurando-a com uma compressa de 2x2 e examinar os bordos laterais da língua.
- 09 | Inspeccionar cuidadosamente todas as zonas de rebordo ósseo edêntulo.

A palpação da cavidade oral também é importante e, como tal, todas as superfícies da mucosa bucal, pavimento da boca e língua devem ser palpadas. A palpação adequada é feita usando a técnica bimanual que permite ter entre as duas mãos as estruturas alvo. Uma melhor sensação táctil das estruturas móveis da face e cavidade oral é obtida através deste método.



LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

LEUCOPLASIAS



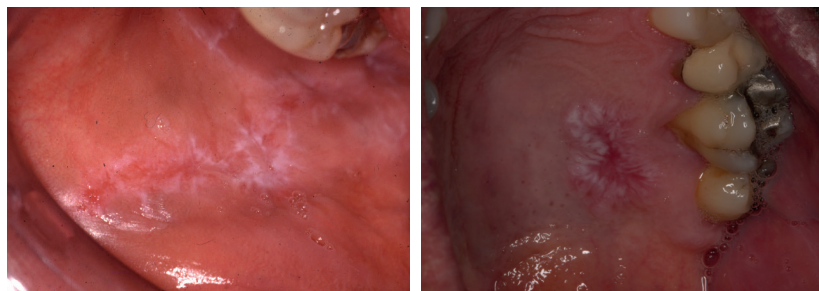
LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

LEUCOPLASIAS



LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

ERITROLEUCOPLASIAS



LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

ERITROPLASIAS



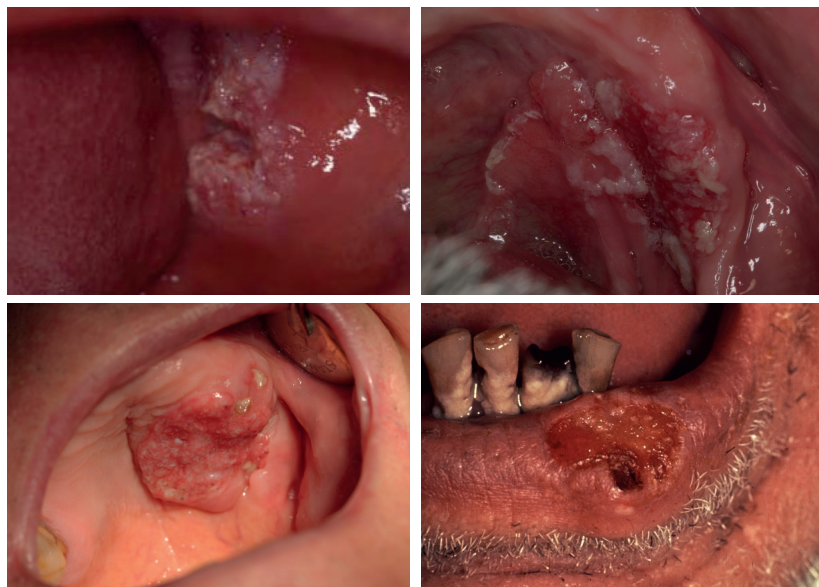
LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

CANCRO ORAL



LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS

CANCRO ORAL



09

BIBLIOGRAFIA E FONTES ACONSELHADAS

- 01 | Saman Warnakulasuriya. Global Epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45 (2009) 309-316
- 02 | Petti S e Scully C. Oral cancer: The association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncol* 2005,41,8,828-834
- 03 | Neville B e Day T. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002,52:195-215
- 04 | Martin-Hernan F e col. Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2013, 1,18 439-44
- 05 | Marur S e col. HPV- associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol*. 2010; 11:781-9
- 06 | Silverman S. e col. Oral and Pharyngeal cancer control and early detection. *J Canc Educ*.2010, 25:279-281
- 07 | Sítio oficial do National Cancer Institute, disponível em <http://seer.cancer.gov>
- 08 | Pinheiro PS, Tyczynski JE, Bray F, Amado J, Matos E, Miranda AC, Limbert E, Cancer in Portugal. IARC Technical Publication nº 38, Lyon, 2002
- 09 | Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde (1997), Inquérito Nacional de Saúde 1995-1996, Ministério da Saúde, Lisboa
- 10 | Departamento de Estudos e Planeamento em Saúde (1988), Inquérito Nacional de Saúde 1988, Ministério da Saúde, Lisboa
- 11 | Jemal A, e col Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin*. 2009; 59:225-249
- 12 | Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol*. 2009; 45:317-323
- 13 | LeHew CW, Epstein JB, Kaste LM, Cho Y-K (2009) Assessing oral cancer early detection: clarifying dentist practices. *J Pub H Dent* (ISSN 0022-4006), Published online
- 14 | Molina MA, Cheung MC, Perez EA, et al. African American and poor patients have a dramatically worse prognosis for head and neck cancer. An examination of 20,915 patients. *Cancer*. 2008; 113:2797-2806
- 15 | Rubin Ph. Clinical oncology. A multidisciplinary approach for physicians and students. 7th ed, 1993. WB Saunders Company, ISBN 0-7216-3761-2
- 16 | Roda R e col. Retinoids and proliferative verrucous leukoplakia (PVL). A preliminary study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2010, 1:15. 3-9
- 17 | Seoane J e col. The use of clinical guidelines for referral of patients with lesions suspicious for oral cancer may ease early diagnosis and improve education of healthcare professionals. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2011, 1:16. 864-9
- 18 | Seoane J e col. Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 2012, 1:17. 35-40
- 19 | Arnaoutakis D e col. Recurrence patterns and management of oral cavity premalignant lesions. *Oral Oncol* 2013, 18, 1368
- 20 | Feller L e col. Oral squamous cell carcinoma in relation to field precancerisation: pathobiology. *Cancer Cell Int*. 2013, 13(1):31
- 21 | Bsoul S e col. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: a comprehensive review for oral healthcare providers. *J Comtemp Dent Pract* 2005, 6(4):1-16
- 22 | Rosenquist K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based-control study in southern Sweden. *Swed Dent J Suppl*. 2005; 179: 1-66

