

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
CURSO DE BACHAREL EM ODONTOLOGIA**

**CHRISLEY HYASMIM LIRA GONÇALVES
YORKAEL MEDEIROS DANTAS**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CÂNCER ORAL: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

**MOSSORÓ
2022**

**CHRISLEY HYASMIM LIRA GONÇALVES
YORKAEL MEDEIROS DANTAS**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CÂNCER ORAL: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo Científico apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Me. Francisco Ernesto de Souza Neto

MOSSORÓ
2022

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

G635i Gonçalves, Chrisley Hyasmim Lira.

A importância do diagnóstico precoce no câncer oral: uma revisão integrativa / Chrisley Hyasmim Lira Gonçalves; Yorkael Medeiros Dantas. – Mossoró, 2022.

20 f. : il.

Orientador: Prof.^o Me. Francisco Ernesto de Souza Neto.
Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Câncer oral. 2. Diagnóstico precoce. 3. Neoplasias bucais. I. Dantas, Yorkael Medeiros. II. Souza, Neto, Francisco Ernesto de. III. Título.

CDU 616-089

**CHRISLEY HYASMIM LIRA GONÇALVES
YORKAEL MEDEIROS DANTAS**

**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CÂNCER ORAL: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo Científico apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), como requisito obrigatório, para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Francisco Ernesto de Souza Neto – Orientador
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Prof. Dra. Emanuelle Louyde Ferreira de Lima– Avaliadora
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

Profa. Me. Kalianna Pereira de França– Avaliadora
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NO CÂNCER ORAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS OF ORAL CANCER: AN INTEGRATIVE REVIEW

**CHRISLEY HYASMIM LIRA GONÇALVES
YORKAEL MEDEIROS DANTAS**

RESUMO

A estimativa de ocorrência de câncer oral no Brasil é de 15.210 mil novos casos para cada ano do triênio de 2020-2022. Cerca de 94% das malignidades em cavidade oral são carcinoma de células escamosas. Esta patologia possui causa multifatorial e pode surgir em virtude do uso excessivo de agentes como tabaco, álcool, a exposição crônica a raios solares, além da existência de lesões pré-cancerígenas. Apesar da cavidade bucal ser uma região anatômica de fácil inspeção visual para a identificação de alterações, no Brasil o número de diagnósticos em estado inicial é equivale a menos de 10% dos casos de câncer oral. Visando a relevância do câncer para a saúde pública, a estimativa de novos casos de neoplasias malignas na região oral por ano no Brasil e a constatação de que estas lesões, em estágio avançado, possuem apenas 20% de chances de cura, surgiu a seguinte problemática: Como o diagnóstico precoce no câncer oral pode afetar diretamente o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes? Para alcançar este objetivo o presente estudo, portanto, aplicou como metodologia a revisão integrativa de literatura. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Science Direct e PubMed. Como descritores foram utilizados os seguintes termos: ‘câncer oral’, ‘diagnóstico precoce’ e ‘carcinoma de células escamosas’, utilizando suas combinações em português e inglês, e o operador booleano AND. A amostra inicial constituiu-se de 36.627 artigos que, após aplicação dos critérios de inclusão, exclusão, análise e leitura, foi reduzida para o número de 7 artigos utilizados para embasamento científico. Baseado em toda a abordagem científica mostrada, o estudo indica que os casos de câncer oral em que o diagnóstico é realizado em estágios iniciais possibilita ao paciente maiores chances de cura, de sobrevida e uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer oral; Diagnóstico precoce; Neoplasias bucais.

ABSTRACT

The estimated occurrence of oral cancer in Brazil is 15.210 new cases for each year of the 2020-2022 triennium. About 94% of oral squamous malignancies are cell carcinoma. Such pathology has a multifactorial cause and can arise due to the excessive use of agents such as tobacco, alcohol, chronic exposure to sunlight, in addition to precancerous lesions. Although the oral cavity is an anatomical region easy to visually inspect for the identification of alterations, in Brazil, the number of diagnoses at an early stage is equivalent to less than 10% of oral cancer cases. Aiming the relevance of cancer to public health, the estimate of new cases of malignant neoplasms in the oral region per year in Brazil, and the observation that

these lesions, in an advanced stage, have only a 20% cure rate, the following problem arose: how can an early diagnosis of oral cancer directly affect the treatment and life quality of patients? To achieve this objective, the present study used the integrative literature review as a methodology. The following databases were used: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Science Direct, and PubMed. As descriptors, the following terms were used: 'oral cancer', 'early diagnosis', and 'squamous cell carcinoma', using their combinations in Portuguese and English, as well as the Boolean operator AND. The initial sample consisted of 36,627 articles which, after applying the inclusion, exclusion, analysis, and reading criteria, was reduced to 7 articles used for scientific basis. Based on all the scientific approach shown, the study indicates that oral cancer cases in which the diagnosis are made at the early stages allow the patient to have a greater possibility of cure, survival, and better life quality.

KEYWORDS: Oral cancer; Early diagnosis; Oral neoplasms.

1 INTRODUÇÃO

Câncer é a nomenclatura dada às doenças que apresentam um crescimento desordenado e incontrolável das células, que ocorre de maneira rápida, agressiva e com potencial de espalhar-se para outros tecidos do corpo, acarretando transtornos funcionais. Atualmente, o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo, estando entre as maiores causas de morte na população abaixo dos 70 anos de idade. A estimativa de ocorrência da doença no Brasil é de 625 mil novos casos para cada ano do triênio de 2020-2022, dos quais 15.210 referem-se ao câncer na cavidade oral, sendo 11.180 em homens e 4.010 em mulheres¹.

Estruturas como língua, assoalho bucal, gengiva, palato, mucosa jugal, além dos lábios, podem ser afetados por esta patologia. Cerca de 94% das malignidades em cavidade oral são carcinoma de células escamosas. A causa é multifatorial, não possuindo um fator causador isolado que seja definido de maneira clara, sendo provável a necessidade de mais de um agente para o surgimento da malignidade. O tabagismo, o consumo de álcool, a exposição aos raios solares e a existência de lesões pré-cancerígenas como as leucoplasias e as eritroplasias, são alguns fatores relevantes para a ocorrência do carcinoma de células escamosas².

Apesar da cavidade bucal ser uma região anatômica que permite ao cirurgião-dentista ou até mesmo ao paciente a realização de uma fácil inspeção visual para a identificação de alterações, a maioria das neoplasias envolvendo suas estruturas são diagnosticadas de

maneira tardia e em estágios avançados. O número de diagnósticos em estado inicial equivale a menos de 10% dos casos de câncer oral no Brasil³.

O diagnóstico precoce aumenta as chances de cura e de sobrevivência do paciente e melhora a sua qualidade de vida. O reconhecimento de uma neoplasia oral nos estágios iniciais por parte do cirurgião-dentista pode evitar que o indivíduo acometido pela patologia seja submetido a cirurgias mutiladoras e que sofra com as consequências de uma prolongada radioterapia e quimioterapia⁴.

A partir disso, aponta-se que a relevância desse trabalho se justifica pelo baixo número de diagnósticos em estado inicial, equivalente a menos de 10% dos casos de câncer oral no Brasil³. Os carcinomas de células escamosas na região oral, quando diagnosticados nos estágios iniciais, apresentam uma alta taxa de cura de cerca de 80%, entretanto, em casos mais avançados, como no estágio IV, a taxa de cura cai para apenas 20%. Entre 40% a 45% dos pacientes com câncer em estágio clínico III ou IV, passíveis de remoção cirúrgica, podem apresentar recidiva loco-regional ou à distância⁵.

Assim, de acordo com o exposto, o presente artigo visou desenvolver um estudo, por meio de uma revisão integrativa, a fim de avaliar a importância, os benefícios do diagnóstico precoce do câncer oral e como o diagnóstico precoce pode afetar diretamente o tratamento e a qualidade de vida dos pacientes.

2 CÂNCER ORAL

O corpo humano passa por um processo natural e contínuo de multiplicação celular. A maioria das células normais que formam os tecidos cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada. Portanto, a proliferação celular não significa, necessariamente, que há um quadro de malignidade acontecendo. As células cancerosas não seguem este ciclo e, ao invés de morrerem, continuam multiplicando-se de maneira descontrolada dando origem a novas células anormais. Quando há evolução da neoplasia maligna, as células cancerosas invadem outras camadas do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo, gerando novos focos da doença que denominamos de metástase⁶.

Dentre as neoplasias, o carcinoma epidermóide corresponde a mais de 90% das neoplasias malignas orais, o restante sendo representado por sarcomas, melanomas e tumores malignos de glândulas salivares. Por esse motivo, o carcinoma epidermóide é a neoplasia

com maior risco de morte entre os pacientes acometidos pela doença, pois a população, na maioria dos casos, não possui informação contribuindo junto a falta de alerta dos profissionais da saúde, para um diagnóstico tardio diminuindo as chances de um tratamento eficaz⁷.

Alguns fatores estão relacionados com a maior incidência de câncer, dentre os fatores de risco para o câncer oral estão os fatores extrínsecos e os fatores intrínsecos. Os fatores extrínsecos estão relacionados a agentes externos como tabagismo, alcoolismo, sífilis e exposição à luz solar. Os fatores intrínsecos estão relacionados a estados sistêmicos ou generalizados do paciente, como por exemplo a desnutrição, anemia e deficiência de ferro².

No tabaco e na fumaça, existem aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas, dentre elas, sessenta possuem ações carcinogênicas⁸. O risco de aparecimento do câncer oral em pacientes fumantes é aumentado de sete a dez vezes quando comparado a pacientes não fumantes, esse aumento do risco está relacionado a intensidade do consumo de cigarros como também pela duração do hábito de fumar do paciente⁹. O risco de mortes por câncer oral em fumantes é trinta vezes maior que em pacientes não fumantes¹.

Além do tabagismo, o etilismo é um fator que pode favorecer o aparecimento de câncer oral, pois produz um produto metabólico chamado acetaldeído, que tem ação mutagênica capaz de induzir alterações celulares, como quebra de fita de DNA. Ademais, o etanol possui efeito direto sobre a estrutura da mucosa, facilitando a penetração de carcinógenos e tornando os tecidos mais suscetíveis ao câncer. Outro fator relacionado à maior incidência de câncer oral é a exposição solar, para pacientes que se expõe a radiação ultravioleta o local mais atingido é o lábio, este risco está relacionado com a intensidade e o tempo em que o indivíduo é exposto¹⁰.

Já em relação à epidemiologia do câncer oral, existe uma predileção do sexo masculino quando comparado ao sexo feminino, sendo 50 a 60 anos de idade a faixa etária com maior incidência da doença. Além dos fatores de riscos citados, existe relação entre os fatores sociais de fragilidade, como baixa renda, dificuldade de acesso ao serviço de saúde e baixa escolaridade¹.

As manifestações iniciais do câncer oral são, em sua maioria, assintomáticas. Para o diagnóstico clínico do câncer oral é necessária uma avaliação minuciosa do paciente por parte do cirurgião-dentista, composta por anamnese e exame físico intra e extra-oral. É de extrema relevância a observação de alterações na mucosa bucal e em seus sítios anatômicos e isto deve ser incluída na rotina das consultas odontológicas¹¹.

O câncer oral pode ser precedido por lesões potencialmente malignas como as leucoplasias, eritroleucoplasias, eritroplasias e a queilite actínica que possuem características clínicas de fácil visualização, mas que muitas vezes são confundidas com alterações benignas e, por isso, acabam sendo negligenciadas. Mudanças na coloração normal da mucosa, lesões com bordas endurecidas, úlceras e feridas indolores, e que não cicatrizam em até 15 dias, são condições que devem ser observadas e investigadas para confirmação de diagnóstico¹².

A leucoplasia é uma lesão branca, não destacável, assintomática, de etiologia desconhecida, que não pode ser caracterizada nem clínica nem patologicamente como nenhuma outra entidade. Outra lesão potencialmente maligna é a eritroplasia, que é uma mancha vermelha da mucosa oral que não pode ser caracterizada clinicamente ou patologicamente como nenhuma outra condição patológica conhecida¹.

A queilite actínica possui como agente etiológico fundamental a exposição solar crônica e caracteriza-se por um espessamento da semi mucosa labial que geralmente é acompanhado por uma coloração mais pálida ou esbranquiçada do vermelhão do lábio. Ademais, a região afetada também pode apresentar descamação, fissuras transversais, ressecamento, edema, placas brancas, eritemas, erosões, hipopigmentação, crostas, sangramento, endurecimentos, nódulos e úlceras¹¹.

A literatura comprova que os carcinomas de células escamosas são a grande maioria das neoplasias malignas na cavidade oral. Em casos avançados seu diagnóstico é facilitado e a dor se apresenta como principal sintoma aliada à mobilidade dos dentes, sangramentos, trismo, mau odor e linfadenopatia cervical. As características clínicas deste tipo de câncer podem variar de uma lesão exofítica, em que há formação de uma massa fungiforme, papular ou verrucosa, com a coloração variando de normal, vermelha ou branca, com superfície geralmente ulcerada e/ou um tumor duro à palpação. Para uma lesão de crescimento endofítico, caracterizada por um padrão invasivo, com uma área central ulcerada e borda circundante "enrolada" de mucosa normal, vermelha ou branca².

A localização mais comum deste tipo de carcinoma na cavidade oral é a língua, principalmente na porção ventral e lateral posterior. O assoalho da boca é acometido quase com a mesma frequência em homens, mas é menos comum em mulheres. Tais características ao serem observadas pelo cirurgião-dentista devem imediatamente levantar a suspeita de malignidade e a biópsia precisa ser realizada para o correto diagnóstico histopatológico da lesão².

A literatura científica considera que o prognóstico dos pacientes acometidos pelo câncer oral é impactado positivamente ou negativamente por fatores como idade, localização da lesão, espessura do tumor primário e o estadiamento TNM. A localização da neoplasia maligna é considerada um importante fator prognóstico, visto que a área anatômica afetada pode determinar a acessibilidade e extensão do tratamento cirúrgico¹³.

O planejamento terapêutico para pacientes acometidos por câncer oral é composto por diferentes opções de tratamentos que podem ser usados de maneira conjunta ou não, dentre elas, cirurgia, quimioterapia e radioterapia. A escolha está diretamente ligada à classificação TNM e à precocidade de diagnóstico do câncer. As principais metas do tratamento são: cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida do paciente¹⁴.

Dentre os métodos terapêuticos utilizados, a intervenção cirúrgica é a primeira terapia de escolha para o câncer oral, tendo sua utilização variando de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença na apresentação, variando de uma excisão local até uma remoção mais ampla. A radioterapia é uma modalidade de tratamento para tumores malignos cujo agente terapêutico é a radiação ionizante, que torna o meio onde incide eletricamente instável e age sobre o DNA nuclear levando-o à morte ou à perda da sua capacidade reprodutiva¹⁵. Além dos métodos já citados, a quimioterapia também é uma escolha para o câncer oral, é o método que realiza o tratamento sistêmico do câncer através do uso de medicamentos denominados quimioterápicos ou antineoplásicos que são administrados em intervalos regulares¹⁴.

A maioria dos casos de câncer oral em estágio inicial se comporta de maneira assintomática, o que dificulta a procura dos pacientes por ajuda profissional. De forma concomitante, apesar destas lesões serem facilmente visualizadas por apresentarem alterações de cor e forma dos sítios anatômicos acometidos, a falta de conhecimento da população para que realize o autoexame e o despreparo de muitos profissionais que negligenciam a inspeção dos tecidos e estruturas moles agrava o quadro de diagnósticos tardios¹⁶.

O reconhecimento prematuro da existência de uma neoplasia maligna está diretamente ligado ao aumento das chances de cura, de sobrevida e à qualidade de vida do paciente. O estágio em que a lesão se encontra no momento do início do tratamento determina quais os métodos terapêuticos que serão utilizados e, geralmente, a extensão do comprimento funcional e estético que ocorrerá como seqüela¹¹.

Pacientes com câncer na cavidade oral precisam lidar com o impacto do tratamento sobre a região responsável por funções básicas como fala, deglutição, mastigação e respiração, que são de extrema importância para as interações sociais de um indivíduo. Cada modalidade terapêutica possui suas possíveis consequências indesejáveis que estão diretamente ligadas ao estágio da neoplasia no momento da intervenção¹⁷.

A cirurgia, por exemplo, pode gerar mutilações, perda de órgãos e/ou alteração de suas funções. A radioterapia causa sensação de boca seca, com alteração na quantidade e/ou qualidade da saliva⁷. Ademais, altas doses de radiação reduzem o potencial de vascularização dos tecidos, com consequente hipóxia, hipovascularização e hipocelularização tecidual, o que coloca em risco a atividade celular, a formação de colágeno e a capacidade curativa de feridas, gerando uma possível osteorradionecrose¹⁸. A ação do tratamento radioterápico sobre a articulação temporomandibular e os músculos da mastigação, pode gerar trismo, causando a fibrose gradual dos feixes musculares envolvidos e dificultando a abertura da boca¹⁹. A mucosite, que caracteriza-se pela inflamação da mucosa oral, com consequente descamação do epitélio e ulceração, apresenta prevalência de 100% em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço, sendo a complicação mais comum em casos de câncer oral⁷.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Para a construção da revisão integrativa foram percorridas seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão.

A pesquisa foi realizada no período entre agosto e outubro de 2022 nas bases de dados, incluindo artigos publicados nos últimos 05 anos a partir do ano de 2018. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Science Direct e PubMed. Como descritores foram utilizados os seguintes termos: ‘câncer oral’, ‘diagnóstico precoce’ e ‘carcinoma de células escamosas’, utilizando suas combinações em português e inglês, e o operador booleano AND.

Desse modo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: a) estudos clínicos e relatos de casos que avaliaram o diagnóstico do câncer oral, bem como seu estágio clínico,

tratamento e prognóstico; b) trabalhos publicados entre 2018 e 2022; e c) publicações em inglês e português. Os critérios de exclusão foram artigos duplicados, trabalhos que não estão disponíveis na íntegra nas plataformas selecionadas e qualquer outro estudo que não avalie o diagnóstico e prognóstico do câncer oral.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra inicial constituiu-se de 36.627 artigos, sendo: 9.812 (PubMed); 224 (SciELO); 26.591 (Science Direct). Durante a pesquisa foram adotados 4 cruzamentos diferentes com os descritores em português e inglês e o operador booleano AND, sendo: Cruzamento #1 "Câncer oral" AND "Diagnóstico precoce"; Cruzamento #2 "Câncer oral" AND "Carcinoma de células escamosas"; Cruzamento #3 "Diagnóstico precoce" AND "Carcinoma de células escamosas" e Cruzamento #4 "Câncer oral" AND "Diagnóstico precoce" AND "Carcinoma de células escamosas". As bases de dados, o número de artigos encontrado em cada uma e os cruzamentos estão no quadro 1.

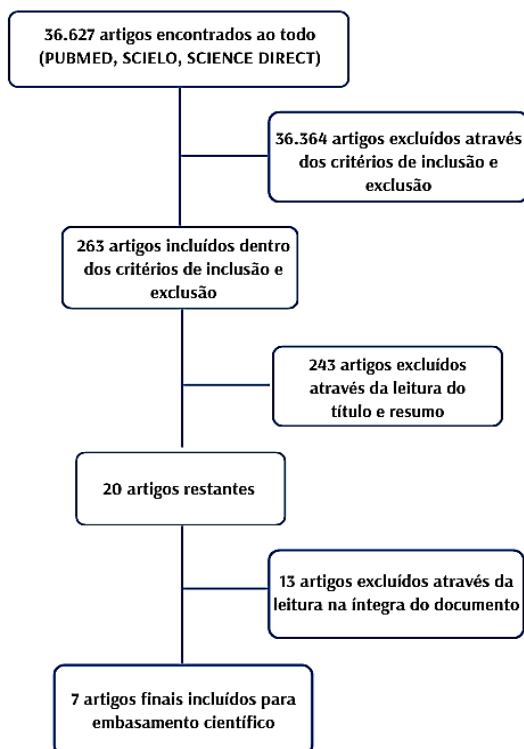
QUADRO 1. Resultado das buscas nas bases de dados.

Base de dados	Cruzamento #1	Cruzamento #2	Cruzamento #3	Cruzamento #4	TOTAL
PUBMED	559	6.953	2.051	249	9.812
SCIELO	34	132	51	7	224
SCIENCE DIRECT	2.254	12.968	9.919	1.450	26.591
TOTAL	2.847	20.053	12.021	1.706	36.627

Fonte: Elaboração própria (2022).

Inicialmente foram excluídos 36.364 artigos após serem aplicados nas bases de dados os filtros pré-estabelecidos. Os 263 artigos restantes foram analisados pelo título e resumo, com objetivo de escolher aqueles artigos que atenderam aos critérios que foram estabelecidos, dos quais 243 foram excluídos pois não respondiam à pergunta norteadora. Os 20 artigos selecionados pelo título e resumo foram lidos na íntegra, restando um total de 7 artigos para embasamento científico. O fluxograma ilustrado na figura 1 demonstra o processo de filtragem e seleção dos artigos, bem como o número final selecionado.

FIGURA 1: Fluxograma do processo de seleção da amostra.



Fonte: Elaboração própria (2022).

Dentre os 7 artigos finais selecionados, 3 são do banco de dados da Science Direct, 3 foram encontrados no SciELO e 1 na plataforma Pubmed. A descrição e o tema relacionado dos artigos selecionados para a discussão estão no quadro 2 a seguir.

QUADRO 2: Artigos finais selecionados para a discussão.

Autores	Título	Ano de publicação	Tema relacionado
Jose Roberto Netto Soares, Fernando Luiz Dias, Roberto Rego Monteiro de Araujo Lima, Ullyanov Bezerra Toscano, Ana Carolina Pastl Pontes, Rüter Diego Botinelly, Fernanda Gonzalez Rocha Souza, Vergilius José, Furtado de Araujo Filho, Leandro Luongo Matos, Claudio Roberto Cernea.	Assessment of quality of life in patients with advanced oral cancer who underwent mandibulectomy with or without bone reconstruction.	2018	Estudo com objetivo de analisar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por neoplasias orais em estágios avançados e submetidos a operações radicais.

Renata Miranda Rodrigues, Vagner Gonçalves Bernardo, Sabrina Daniela da Silva, Danielle Resende Camisasca, Paulo Antônio de Silvestre Faria, Fernando Luiz Dias, Luís Felipe Ribeiro Pinto, Rodolpho Mattos Albano, Anke Bergmann, Simone de Queiroz Chaves Lourenço.	How pathological criteria can impact prognosis of tongue and floor of the mouth squamous cell carcinoma.	2019	O objetivo deste estudo foi investigar o impacto de parâmetros patológicos no prognóstico de pacientes acometidos apenas por carcinoma espinocelular (CEC) de língua e/ou assoalho de boca.
Hau Xuan Nguyen, Hung Van Nguyen, Hien Xuan Nguyen, Quang Van Le.	Lower lip squamous cell carcinoma: A Vietnamese case report of surgical treatment with reconstruction by local flap.	2018	Relato de caso de carcinoma espinocelular (CEC) do lábio inferior, submetido à remoção completa do lábio inferior e 1/3 externo do lábio superior.
Fatima Alzhra Hanifa, Aya Zazo, Mohammad Kamel Fares, Mohamad AlHashemi, Bashar Bazkke, Bakr Haddad, Ammar Niazi.	Managing misdiagnosed gingival squamous cell carcinoma (GSCC) with occult symptoms: A report of two cases.	2021	Estes são dois casos; o primeiro descreve uma mulher de 62 anos que apresentava dor nos dentes mandibulares posteriores direitos, e foi diagnosticada erroneamente com doença periodontal, mas exames histopatológicos posteriores confirmaram carcinoma espinocelular gengival (CCGS). O segundo caso é de uma mulher de 58 anos que foi submetida a várias curetagens gengivais. Os exames histopatológicos confirmaram GSCC.
Akiko Kumagaia, Toshinari Mikamib, Yasunori Takedac, Yoshiki Sugiyamad.	Multiple distant organ metastases from squamous cell carcinoma of the lower gingiva that followed a rapid course: An autopsy case report.	2018	Relato de caso raro de carcinoma de células escamosas (CEC) metastático de órgão distante. O paciente faleceu no 22º dia após ser internado

<p>Beatriz Afonso Chiliti, Wladimir Gushiken de Campos, Camila de Barros Gallo, Celso Augusto Lemos.</p>	<p>Oral cancer analysis in a Brazilian city: interval between diagnosis and treatment.</p>	<p>2022</p>	<p>O objetivo deste estudo foi analisar o intervalo entre os primeiros sintomas, diagnóstico e início do tratamento em pacientes com neoplasias malignas da cavidade oral, lábios e orofaringe diagnosticados entre 2012-2018.</p>
<p>S.M. Anwar Sadat, Mushfiq Hassan Shaikh, Fariha Tajin, Rubyia Akter, Shaheen Alam Shuvo, Hasan Ahmed.</p>	<p>Oral submucous fibrosis associated oral squamous cell carcinoma: A case report with review of literature.</p>	<p>2022</p>	<p>Relato de caso de uma mulher com uma longa história de mastigação de noz de areca e foi diagnosticada com OSMF associado a OSMF. Histologicamente, a biópsia tecidual evidenciou fibrose densa e presença de ilhas de células escamosas atípicas na região subepitelial.</p>

Fonte: Elaboração própria (2022).

No estudo de Chiliti²⁰, realizado com dados clínicos de 85 pacientes atendidos entre 2012-2018 na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, verificou que a média de dias entre o surgimento do primeiro sinal/sintoma no paciente e a procura por atendimento odontológico foi de 275 dias (aproximadamente 9 meses), com uma média de 13 dias entre a primeira consulta e o resultado da biópsia. Os pacientes que procuraram auxílio médico no serviço público de saúde tiveram média de 33 dias entre o resultado da biópsia e a primeira consulta oncológica, e média de 63 dias entre esta consulta e o início do tratamento. Os pacientes atendidos na rede privada tiveram média de 19 dias entre o diagnóstico e a primeira consulta oncológica, e média 36 dias entre a consulta e o início do tratamento. Dos 85 pacientes incluídos no estudo, 21 morreram devido ao câncer. Deste total, 67% vieram a óbito dentro de 1 ano após o diagnóstico, 28% entre 2 a 3 anos após o diagnóstico e 5% entre 4 a 5 anos após o resultado da biópsia. Destes pacientes, 48% foram diagnosticados no estágio IV, 43% no estágio III e apenas 9% no estágio I. Estes dados corroboram o fato de, em estágios avançados, as chances de cura dos carcinomas espinocelulares serem de apenas 20%⁵.

Em contrapartida, Hanifa²¹ em seu estudo clínico traz um bom prognóstico ao relatar dois casos clínicos semelhantes em que duas pacientes do sexo feminino e, com respectivamente, 62 e 58 anos de idade, procuraram uma clínica odontológica com queixa de dor nos dentes, após errôneos diagnósticos de outros profissionais, foram identificadas lesões em gengiva apresentando aspecto clínico com suspeita de malignidade, as quais foram submetidas à biópsia, que confirmou carcinoma espinocelular estágio II, com invasão localizada no osso adjacente. O planejamento terapêutico foi a realização de cirurgias com ressecção mandibular parcial e esvaziamento dos linfonodos cervicais que foram encaminhados para análise histopatológica. Os resultados mostraram que o estágio dos tumores evoluiu de II para III em um período de tempo de 2 a 3 semanas entre o diagnóstico do carcinoma e a realização do tratamento, constatando a rápida progressão da patologia. Após dois meses da realização do procedimento cirúrgico as pacientes estavam livres da dor e iniciando a quimioterapia, possuindo índices animadores de chances de cura em virtude do pequeno intervalo entre o diagnóstico e o tratamento²¹.

Este bom prognóstico também pode ser observado no estudo de Ngueyn²², que discorre sobre o caso clínico de um agricultor de 68 anos, do sexo masculino, que deu entrada em um hospital em virtude de um tumor no lábio inferior. O paciente possuía histórico de tabagismo e consumo de álcool há mais de 30 anos. Durante a anamnese o paciente relatou que a lesão apareceu há um ano, sem dor ou sangramento, e nos últimos meses cresceu rapidamente, dificultando a alimentação e a higienização bucal. Clinicamente foi identificado um tumor de 3x4 cm, elevado, ulcerado e com sangramento desenvolvendo-se no lábio inferior e expandindo-se para o lábio superior. A biópsia teve resultado positivo para carcinoma de células escamosas. A ultrassonografia e a ressonância magnética revelaram acometimento do linfonodo submentoniano, mas nenhuma anormalidade de invasão dos tecidos circundantes ou metástases à distância foram detectadas. Portanto, o estadiamento clínico desse paciente foi estágio II. O agricultor então foi submetido à cirurgia incluindo remoção completa do lábio inferior e 1/3 do lábio superior, além de dissecação dos linfonodos cervicais bilaterais. A operação foi realizada em 4h e o paciente recebeu alta após 14 dias, sem complicações²².

Em contrapartida, Kumagai²³ relata o caso de um homem de 80 anos com queixa de perda de apetite e dificuldade para andar, que deu entrada em um hospital local devido a uma súbita perda de consciência, onde foi encontrado, através de um minucioso exame, um tumor na região gengival dos molares direitos da mandíbula com medidas de 55 x 36 x 34 mm,

além de um linfonodo submandibular edemaciado, sendo sugerido que esta era a causa do mau estado geral do paciente. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma de células escamosas em estágio IV. Através da tomografia computadorizada observou-se um grande tumor no tecido pélvico, além de absorção óssea das regiões sacral e ílaca direita e metástase à distância no pulmão, provenientes do tumor primário de origem oral. Em virtude da acentuada piora do estado de saúde do paciente, considerou-se que o tratamento médico não deveria ser instituído devido aos problemas associados ao estado geral do paciente (câncer em avançado estado) e a idade. Foram realizados cuidados paliativos e o paciente faleceu 22 dias após ser internado no hospital. Sugeriu-se que tanto a rápida deterioração do estado geral do paciente quanto sua morte foram causadas pela destruição invasiva do osso pélvico e um aumento da pressão abdominal devido ao focos de metástase oriundos do carcinoma localizado na região gengival da mandíbula que só foi diagnosticado de maneira tardia²³. O estudo de Almeida¹¹ valida este achado científico, reconhecendo que o prematuro descobrimento da existência de uma neoplasia maligna oral está diretamente ligado ao aumento das chances de cura e sobrevida e do paciente¹¹.

Fundamentando e corroborando com este mau prognóstico para carcinomas orais em estágio avançado, Sadat²⁴ aborda o caso clínico de uma mulher de 60 anos que foi internada no departamento de cirurgia oral e maxilofacial do Dhaka Dental College Hospital em maio de 2021 com queixas de dor, sensação de queimação no lado esquerdo da boca e restrição de abertura da boca há 3 meses. O exame intra-oral revelou uma úlcera endurecida no rebordo alveolar inferior esquerdo de formato irregular, medindo entre 5 e 6 cm, de base endurecida e preenchido de tecido de granulação necrótico, além de manchas esbranquiçadas no dorso da língua. A biópsia revelou diagnóstico de carcinoma de células escamosas em estágio IV. Em virtude da grande extensão da lesão que clinicamente e radiograficamente já mostrava envolvimento ósseo e da mucosa maxilar e mandibular, além de metástase em múltiplos linfonodos cervicais, o conselho do Dhaka Dental College and Hospital decidiu realizar um tratamento paliativo com quimioterapia seguida de radioterapia adjuvante. Conforme planejado, a paciente recebeu 3 ciclos semanais de quimioterapia com cisplatina semanais e prosseguiu para radioterapia em dezembro de 2021, possuindo taxa de sobrevida de 5 anos em torno de 50%²⁴.

Buscando avaliar as estimativas de sobrevida global (OS), a sobrevida específica do câncer (CSS) e o intervalo livre da doença (DFI) baseados no estágio patológico de cada início, Rodrigues²⁵ apresenta um estudo clínico realizado com dados de 380 pacientes

acometidos por câncer no assoalho bucal e/ou língua, atendidos no Instituto Nacional do Câncer entre 1999 e 2006, com um período médio de acompanhamento de 4,3 anos (variação de 0,2 a 10 anos). Do total de pacientes, 122 apresentavam estágio patológico IV (32,1%); 82 apresentavam estágio patológico III (21,6%); 99 apresentavam estágio patológico II (26%) e 77 pacientes apresentavam estágio patológico I (20,3%). Pacientes com tumores em estágio patológico avançado (III e IV) apresentaram pior OS (46,5–59,4), CSS (62,2–77,3) e DFI (44,2–59)²⁵.

Por outro lado, Soares²⁶ realizou um estudo com 47 pacientes com câncer oral, nos estágios III e IV, que foram submetidos à cirurgia com mandibulectomia e radioterapia complementar, para avaliar a qualidade de vida de pessoas que são acometidas por avançados carcinomas de células escamosas. Foram submetidos ao questionário, indivíduos com um tempo mínimo de seis meses após o tratamento cirúrgico, 65,5% dos entrevistados disseram ter ausência de dor. No tópico referente à aparência, 34% dos pacientes relataram estar levemente incomodados. Para recreação, 46,5% dos pacientes relataram não ter limitações para sair de casa. Cerca de 36,2% dos indivíduos só conseguem engolir líquidos e 38,3% com dificuldades, apenas alguns sólidos. Aproximadamente 55,3% relataram não conseguir mastigar nada, e 42,6% apenas alimentos leves. A maioria dos pacientes relatou dificuldade para falar (72,3%). Cerca de 38,3% dos pacientes relataram um pouco de ansiedade em decorrência do câncer. Em relação à saliva, 53,2% dos entrevistados disseram ter pouca produção²⁶. Estes dados ratificam que as mutilações causadas por extensas cirurgias para ressecção de tecidos acometidos por células cancerígenas comprometem diretamente a qualidade de vida dos enfermos⁷.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo de revisão, baseado em toda a evidência científica mostrada, indica que os casos de câncer oral em que o diagnóstico é realizado em estágios iniciais possibilita ao paciente maiores chances de cura, de sobrevida e uma melhor qualidade de vida. Em contrapartida, as perspectivas encontradas para os indivíduos que iniciaram o tratamento de maneira tardia são desfavoráveis e, em muitos casos, apenas cuidados paliativos são possíveis.

Estas constatações apontam a importância da realização de minuciosas anamneses por parte do cirurgião-dentista durante atendimentos odontológicos, em que se faz necessária

uma abordagem completa do paciente. É fundamental que não haja negligências em relação à observação dos tecidos moles e à palpação dos linfonodos, com o intuito de detectar alterações e diminuir o intervalo existente entre o diagnóstico das lesões malignas e o início do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Ministério da Saúde. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, 2019. [Cited: 2022 Mar 10].
2. Neville BW et al. Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
3. Volkweis MR, Blois MC, Zanin R, Zamboni R. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. Porto Alegre: Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. vol 14, no. 2, p. 63-70, 2014.
4. Andrade JV, Toledo LV, Domingos CS, Bachur TPR. Geração de conhecimentos nas ciências médicas: Impactos científicos e sociais. Paraíba: Editora Amplla, 2020.
5. 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. Minas Gerais: Revista Brasileira de Cancerologia, vol 53, no. 1, p. 63-69, 2007. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2007v53n1.1831>
6. INCA. Ministério da Saúde. ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do Câncer[Internet]. Rio de Janeiro, 2018.[Cited: 2022 Mar 10].
7. Freitas DA, Caballero AD, Pereira MM, Oliveira SLM, Silva GP, Hernández CIV. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. São Paulo: Rev. CEFAC., 2011 Nov-Dez; 13(6):1103-1108.
8. Vieira AC, Aguiar ZST, Souza FV. Tabagismo e sua relação com o câncer bucal: uma revisão de literatura. Minas Gerais: Revista Bionorte, vol 4, no. 2, jul. 2015.
9. Leite ACE et al. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: Revisão. Brasília: Rev. de Clín. Pesq. Odontol., vol 1, no. 3, jan./mar. 2005.
10. Freitas RM, Rodrigues AMX, Júnior AFM, Oliveira GAL. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. Piauí: Revista RBAC, 2022.
11. Almeida OP. Patologia Oral. Editora Artes Médicas Ltda. São Paulo: Artes Médicas, 2016.

12. Junior CAL et al. Câncer de boca baseado em evidências científicas. São Paulo: Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. vol.67 no.3, 2013.
13. Almeida FCS et al. Fatores Prognósticos no Câncer de Boca. São Paulo: Revista Brasileira de Ciências da Saúde. vol 15, no. 4, p. 471-478, 2011.
14. INCA. Ministério da Saúde. Detecção precoce do Câncer [Internet]. Rio de Janeiro, 2021. [Cited: 2022 Mar 10].
15. Jham BC; Freire ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. Minas Gerais: Revista brasileira de Otorrinolaringologia, vol 72, 2006.
16. Champion ACOVL et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Colet., 2016.
17. Filho MRM et al. Quality of life of patients with head and neck cancer. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. vol 79, no. 1, 2013. DOI: 10.5935/1808-8694.20130014
18. Santos R, Dall'Magro AK, Giacobbo J, Lauxen JR, Dall'Magro E. Osteorradionecrose em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço: relato de caso. Passo Fundo: RFO/UPF. vol 20, no. 2, p. 232-237, maio/ago. 2015.
19. Lôbo ALG, Martins GB. Consequências da Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço: Uma Revisão da Literatura. Bahia: Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac. no. 50, p. 251-255, 2009.
20. Chiliti BA, Campos WG, Gallo CB, Lemos CA. Oral cancer analysis in a Brazilian city: interval between diagnosis and treatment. São Paulo: Braz. Oral Res. no. 36, e073, 2022.
21. Hanifa FA et al. Managing misdiagnosed gingival squamous cell carcinoma (GSCC) with occult symptoms: A report of two cases. Síria: Annals of Medicine and Surgery. 2021.
22. Nguyen HX, Nguyen HV, Le QV. Lower lip squamous cell carcinoma: A Vietnamese case report of surgical treatment with reconstruction by local flap. Vietnã: International Journal of Surgery Case Report. no. 54, p. 471-474, 2018.
23. Kumagai A, Mikami T, Takeda Y, Sugiyama Y. Multiple distant organ metastases from squamous cell carcinoma of the lower gingiva that followed a rapid course: An autopsy case report. Japão: Oral Science International no. 15, 68-7, 2018.
24. Sadat SMA, Shaikh MH, Tajin F, Akter R, Shuvo SA, Ahmed H. Oral submucous fibrosis associated oral squamous cell carcinoma: A case report with review of literature. Bangladesh: Oral and Maxillofacial Surgery Cases, no. 8, 100246, 2022.

25. Rodrigues RM et al. How pathological criteria can impact prognosis of tongue and floor of the mouth squamous cell carcinoma. Rio de Janeiro: Journal of applied oral science, no. 28:e20190198, 2020.
26. Soares JRN et al. Assessment of quality of life in patients with advanced oral cancer who underwent mandibulectomy with or without bone reconstruction. São Paulo: Rev Assoc Med Bras, no. 64(8): p.710-716, 2018.