

## UMA NOVA VISÃO SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

### A NEW VISION ABOUT ORAL CANCER PREVENTION IN DENTAL OFFICE

Bruno Nifossi Prado \*  
Dulce Helena Cabelho Passarelli \*\*

---

#### RESUMO

*Introdução:* O câncer de boca segundo o INCA<sup>10</sup> é o 5º de maior incidência entre os homens e o 8º entre as mulheres, com mais de 10.000 casos novos estimados por ano. 70% dos diagnósticos são feitos em fase avançada. O cirurgião-dentista tem como papel fundamental no consultório odontológico atuar na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal. *Método:* Foram selecionados 8 itens fundamentais que, sozinhos ou em conjuntos, podem aumentar o fator de risco do câncer bucal. São eles: Tabagismo, Etilismo, Dieta, Exposição Solar, Adequação do meio bucal, Imunodeficiência, Lesões pré-câncer e autoexame. *Conclusão:* Atuar na prevenção e no diagnóstico precoce aumenta a possibilidade de cura completa em caso de diagnósticos iniciais de tumores malignos.

**DESCRIPTORIOS:** Neoplasias bucais, prevenção

#### ABSTRACT

*Introduction:* The Oral cancer according to INCA10 is the 5 of incidence greater among the men and 8º among the women, with more than 10.000 new cases esteem per year. With 70% of the diagnostic made in advanced phase. The surgeon-dentist has a basic paper in the dental office to act in true prevention and diagnosis precocious of the oral cancer. *Methods:* Were selected 8 basics sets that alone or in sets can increase the factor of risk of oral cancer, they are: Tobaccos, Alcoholism, Diet, Solar Exposition, Adequacy of the oral way, Immune Disorders, Injuries precancerous and self-examination. *Conclusion:* To act in the prevention and precocious diagnosis they increase the possibility of complete cure in initial diagnostic case of malignant tumors.

**DESCRIPTORS:** Mouth neoplasms, prevention

---

\* Estagiário da Disciplina de Semiologia - Universidade Cidade de São Paulo – UNICID – E-mail: brunoprado8@gmail.com

\*\* Professora Titular da Disciplina de Semiologia e Patologia – Universidade Cidade de São Paulo – UNICID – E-mail: dulcecabelho@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Diariamente a luta contra o câncer vem aumentando e não pode ser diferente no consultório odontológico. Em muitos casos, o cirurgião-dentista é o primeiro profissional a suspeitar e diagnosticar o câncer de boca; no entanto poucos dentistas atuam na sua prevenção do mesmo.

O presente trabalho busca, na revisão de literatura, selecionar oito itens importantíssimos para que o cirurgião-dentista possa orientar, dialogar e educar o paciente quanto ao câncer de boca, além de o reconhecer e diagnosticar precocemente, atuando diretamente na prevenção do câncer bucal.

A prevenção aliada a um correto diagnóstico e um encaminhamento o mais breve possível a um médico oncologista de cabeça e pescoço favorecem a sobrevivência do paciente e um melhor prognóstico, dependendo do estágio em que o câncer for diagnosticado.

O cirurgião-dentista, para efetuar a prevenção do câncer bucal, deve sempre orientar, discutir e incentivar o paciente quanto à cessação do ato de fumar, o consumo moderado de bebidas alcoólicas, alimentação saudável, uma higiene bucal satisfatória e problemas com a exposição solar, além de diagnosticar e tratar precocemente as lesões pré-câncer, eliminar fatores irritantes na mucosa bucal além de orientar o paciente a fazer o autoexame da boca regularmente (Kujan *et al.*<sup>9</sup> 2006).

A atenção deve ser redobrada quando os pacientes estiverem dentro do grupo de risco para o câncer bucal, homens, a partir da 4ª década de vida, leucodermas, etilistas e tabagistas. Não são descartados pacientes melanodermas, nem mulheres e jovens, pois a incidência do câncer bucal vem aumentando entre as mulheres e atingindo cada vez mais cedo à população (Pan American Health Organization<sup>12</sup>). No ano de 2006, segundo o INCA<sup>10</sup>, foram estimados 13.000 novos casos de Câncer na cavidade bucal em todo o Brasil, sendo o mais comum, com cerca de 95%, o tipo Carcinoma Espinocelular. O câncer bucal é o 5º de maior incidência entre os homens e o 8º no sexo feminino.

## REVISÃO DA LITERATURA

O câncer bucal diagnosticado em seu estágio inicial pode ser curado em grande número dos casos, nos casos mais avançados a chance de cura é praticamente nula (Boraks<sup>3</sup> 2001).

Nos casos de câncer bucal em estágio inicial, o paciente não refere quase nenhum tipo de dor.

Em 79% dos casos, sendo assintomático, o câncer evolui, dificultando um diagnóstico precoce (Cufari *et al.*<sup>6</sup> 2006).

Os cirurgiões-dentistas, por terem contato com o paciente em pelo menos duas vezes no ano, têm como papel fundamental prevenir e diagnosticá-lo; 69% dos casos são diagnosticados em seu início por dentistas em sua rotina de trabalho (Holmes *et al.*<sup>7</sup> 2003 e Boraks<sup>3</sup>, 2001).

Fatores de risco que devem ser identificados, discutidos e eliminados são:

### 1) Tabaco

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS<sup>17</sup>), o tabaco está intimamente ligado ao diagnóstico de câncer, sendo a principal causa do câncer de pulmão, laringe, faringe, estômago, pâncreas, bexiga e boca. O tabaco está associado a 90% dos cânceres de boca em homens e 60% nas mulheres (Brasil<sup>4</sup>, 2002), e quando combinado ao álcool eles atuam com grande sinergismo, podendo aumentar o risco de câncer bucal de 15 a 20 vezes (Brasil<sup>5</sup>, 2003).

Um tema muito difícil de ser abordado no consultório odontológico é o tabagismo; o cirurgião-dentista em seu dia-a-dia tem como obrigação orientar seus pacientes contra o mal provocado pelo tabagismo no organismo e principalmente explicar como ele atua na boca, e além de dar início ao câncer bucal e atuar nos processos de inibição da ação oxidante da saliva, na cicatrização dos tecidos orais, no aumento de queratina na mucosa, mascarando algumas doenças periodontais, tornando-se assim o mais importante fator de risco para o câncer bucal (Kim *et al.*<sup>8</sup>, 2006).

A boca sofre um contato direto com o tabaco. Os subprodutos liberados pelo tabaco são em torno de 5 mil elementos químicos, 43 elementos cancerígenos, resseca a mucosa oral, provocando um aumento na camada de queratina, que facilita a ação de outros elementos carcinogênicos, aumentando a possibilidade do câncer bucal.

Além da proximidade do tabaco, há um traumatismo térmico-mecânico entre o tipo de fumo e algumas regiões anatômicas da boca. Os cigarros industrializados, charutos, cachimbos, cigarro de palha e fumo mascado atingem cronicamente regiões anatômicas como lábios, principalmente o inferior, a comissura labial, bordas e dorso da língua, a mucosa jugal e o soalho bucal, fazendo com que as células epiteliais dividam-se e diferenciem-se.

## 2) Álcool

Vítima de muito preconceito ainda na sociedade, grande número das pessoas não assumem o etilismo diante do cirurgião-dentista. É de extrema importância saber a quantidade, a frequência de bebida ingerida pelo paciente e sua composição.

O consumo de álcool cresce a cada dia e cada vez mais a população inicia esse consumo mais cedo. Essa é a droga mais utilizada entre adolescentes, portanto uma correta anamnese e um diálogo franco com o paciente expõem o risco do álcool e orientam o paciente a diminuir ou acabar com o seu consumo.

As bebidas fermentadas possuem menor teor alcoólico do que as bebidas destiladas. A cachaça apresenta 50% de teor alcoólico, o whisky 40%, a vodka 40%, vinho 18%, enquanto a cerveja 5%. Nos dias de hoje, o consumo de bebidas com alto teor alcoólico está muito mais em evidência, provocando um aumento nas estatísticas, principalmente do gênero feminino.

De forma crônica em contato com a mucosa, o álcool age como um solvente, expondo a mucosa a inúmeros fatores carcinogênicos, diminui a velocidade de reação da defesa do organismo e provoca injúria celular.

O álcool está relacionado diretamente com o aumento do desenvolvimento do CEC de boca quanto à intensidade, quantidade e qualidade de duração do vício de etilismo e tabagismo; portanto maior é o risco, quanto maior o número de doses de bebidas e quantidade de cigarros consumidos.

Um estudo realizado por Holmes *et al.*<sup>7</sup> 2003, revelou que 13,5% apenas dos dentistas se sentem capazes de instruir o paciente contra o combate ao álcool e 30,5% estão preparados para instruir contra o fim do tabagismo.

## 3) Dieta

A população brasileira, com a correria dia-a-dia, muitas vezes não consegue manter uma dieta diária saudável, deixando a alimentação para segundo plano. Com a falta de tempo para correta alimentação, ocorre um crescente aumento de *fast-foods* que priorizam alimentações com alto teor de gordura, açúcares, poucas vitaminas e ricas em sal.

No consultório odontológico, deve-se sempre dialogar com o paciente quanto à sua dieta, e, se necessário, encaminhar a um médico especialista. Muitos problemas sistêmicos estão relacionados a uma dieta pobre e irregular, tais como diabetes, colesterol, problemas cardiovas-

culares e inúmeros tipos de câncer, incluindo o de boca.

Para atuar na prevenção do câncer bucal, a dieta deve ser rica em frutas, verduras, legumes e cereais que são ricos em vitaminas A, C, E e fibras. Estudos epidemiológicos comprovam que há menos incidência de cânceres originários de epitélios de revestimento (boca, esôfago, estômago e pulmão) quando há uma dieta rica em frutas frescas e vegetais. Tem-se evidenciado que a vitamina A protege contra o câncer da cavidade bucal, faringe, laringe e pulmão, e é possível que a vitamina E diminua o risco de se desenvolver o câncer. As carnes brancas e vermelhas devem ser ingeridas preferencialmente de forma grelhada ou cozida, evitando-se frituras.

## 4) Exposição Solar

A população brasileira sofre constante exposição so-

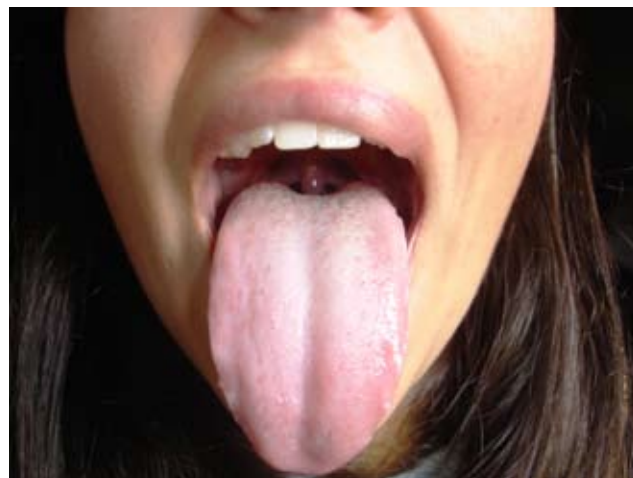


Figura 1 e 2 – Auto exame começando pela vista interna do lábio inferior e dorso de língua.

lar, tanto nas áreas rurais (24,5%) quanto nas áreas urbanas em empregos informais que se dão na maior parte do tempo nas ruas das cidades.

A exposição aos raios ultravioleta (UV) causa sérios danos celulares tanto no epitélio quanto no tecido conjuntivo subjacente, e a excessiva exposição dos raios em contato direto com o lábio inferior aumenta o risco de desenvolver carcinoma.

Os indivíduos que sofrem exposição solar diariamente devem sempre utilizar protetores solares, protetores labiais, chapéus e óculos de sol, devendo evitar o sol, principalmente das nove às dezessete horas.

Há evidências de que a incidência de luz solar está associada ao aumento de câncer em lábios, segundo o INCA<sup>10</sup>.

### 5) Adequação do meio bucal

Estimular a higiene bucal diariamente, observando e corrigindo técnicas de escovação além de reforçar a importância do fio dental, são atitudes extremamente importantes. Para facilitar a higiene bucal do paciente, novos tipos de escovas podem ser recomendadas (ex: uni-tufo, bi-tufo, elétricas) e bochechos podem ser acrescentados após a escovação e a utilização do fio dental.

A adequação do meio bucal deve ser feita removendo-se os agentes irritantes e infecciosos da mucosa no periodonto, os cálculos (tártaros) devem ser removidos. Já dentes cariados, fraturados, ectópicos e raízes residuais devem ser restaurados ou extraídos e as próteses irritativas, mal adaptadas e fraturadas devem ser removidas, reembasadas ou readaptadas e, se possível, substituídas (Alves *et al*<sup>2</sup>, 2002 e Brasil<sup>4</sup>, 2002).

### 6) Imunodeficiência

O papilomavírus humano (HPV) é aceito como agente causal do câncer de colo uterino e, hoje em dia, vem se especulando sobre a sua possível relação com o câncer oral e de orofaringe.

O uso do tabaco e álcool são fatores de risco bem estabelecidos para câncer bucal, entretanto, uma pequena proporção (15-20%) dos pacientes não têm história de tabagismo e etilismo, sugerindo a presença de outros fatores de risco como o HPV, porém o papel deste ainda não foi bem definido. Um achado intrigante é a redução de aproximadamente 40% no risco de óbito de pacientes com tumores HPV positivos.

Syrjanen *et al*<sup>5</sup> sugeriram o envolvimento do HPV

com o câncer bucal, quando associaram as alterações celulares encontradas em lesões malignas e pré-malignas da boca.

Xavier *et al*<sup>8</sup> sugerem possivelmente uma alta prevalência, de HPV em tumores de orofaringe e boca, examinadas em microscópio de lâminas com o diagnóstico de CEC, sendo que em 15 foi encontrada coilocitose, o que caracteriza HPV.

### 7) Lesões pré-câncer

As lesões pré-câncer são lesões na cavidade bucal benignas, que podem ou não malignizar. Essas lesões, aliadas aos fatores de risco, aumentam a probabilidade de malignização, evoluindo para carcinomas *in situ* ou espinocelulares e outros tipos de tumores malignos.

Uma das limitações para o diagnóstico preventivo e tratamento das lesões pré-câncer é a pouca incidência de



Figura 3 e 4 - Tração da mucosa jugal para direita e esquerda.

cirurgiões-dentistas que usam como exame complementar a biópsia. A biópsia é um exame complementar de extrema importância clínica. Remove-se um fragmento de tecido lesionado e um fragmento de tecido sadio para que o patologista possa examinar e produzir um diagnóstico histopatológico. Algumas biópsias excisionais servem como tratamento das lesões: remove-se todo o fragmento lesionado e encaminha ao patologista para análise.

Lesões brancas devem ser raspadas e se não houver destaque da mucosa devem ser removidas, controladas e os agentes irritantes removidos, para que as hiperqueratoses ou leucoplasias não se transformem em carcinoma *in situ* e, posteriormente, em carcinoma invasivo. Com pequenas possibilidades de malignização, as lesões negras quando surgem são as de mais agressividade. Os melanomas e nevos devem ser tratados com tratamento cirúr-

gico radical, com margem de segurança, além de uma preservação e acompanhamento clínico. Eritroplasias ou lesões avermelhadas, muitas vezes já são carcinomas *in situ*, e ocorrem geralmente em palato mole ou duro, não desaparecendo a compressão, podendo estar associadas às lesões brancas (Boraks<sup>3</sup> 2001, Neville<sup>11</sup> et al 1998).

Speight, Farthing e Bouquot (1997), analisaram as lesões pré-cancerígenas no câncer de boca, faringe e laringe e as relacionaram quanto ao seu potencial de malignização. Em ordem decrescente, as lesões que mais têm o potencial de malignização são: leucoplasia verrucosa proliferativa, estomatite nicotínica em palato, eritroplasia, fibrose em mucosa, eritroplasia associada à leucoplasia, líquen plano erosivo e queratocistos em pacientes fumantes.



**Figura 5 e 6** - Bordas da língua tracionada para ambos os lados.



**Figura 7 e 8** - Vista do soalho bucal e carúncula sublingual. Análise palato duro e palato mole, tonsilas e região posterior da boca.

### 8) Orientar o auto exame

No consultório odontológico, quando o paciente possui algum fator de risco e no exame clínico não foi observada nenhuma alteração significativa, antes da próxima visita ao dentista, que pode demorar de seis meses a um ano ou até mais, o cirurgião-dentista deve ensinar didaticamente o autoexame da boca ao paciente para que ele realize periodicamente em casa. Paciente não fumante pode fazer o autoexame a cada seis meses e os pacientes fumantes de três em três meses (Torres<sup>16</sup>, 1996; Patton *et al.*<sup>3</sup>, 2006).

O autoexame da boca deve ser realizado em frente a um espelho e em local bem iluminado. Usando apenas as mãos o paciente procura alguma alteração que fuja do normal como “feridas” que não desaparecem em 15 dias, úlceras superficiais com menos de 2cm indolores que podem sangrar ou não, manchas brancas ou avermelhadas, dor ao falar ou desconforto na mastigação, perda de peso acentuada, e dor e presença de linfadenomegalia cervical (Almeida *et al.*<sup>1</sup>, 2005).

Em frente ao espelho, o paciente deve retirar próteses e aparelhos removíveis e utilizando apenas as mãos começa o autoexame. Com o dedo indicador e o dedo polegar em forma de pinça, tracionar os lábios inferiores para baixo (Figura 1) e os lábios superiores para cima obtendo uma excelente visão da parte interna dos lábios. Com a boca aberta e com o dedo indicador estica-se a mucosa jugal e movimenta-se a cabeça levemente para o mesmo lado, detalhando toda mucosa em frente ao espelho (Figuras 3 e 4). Com a língua para fora, observe seu dorso (Figura 2); tracionando a ponta da língua para o lado, verifique principalmente as bordas laterais e, se necessário, utilize uma gaze para ajudar no tracionamento

(Figuras 5 e 6); com a língua levantada, pode-se observar com maior detalhe o soalho bucal (Figura 7); com a cabeça inclinada para trás, consegue-se ver o palato e, por último observam-se as tonsilas bilateralmente e a região posterior da boca (Figura 8).

Algumas alterações dentro dos padrões de normalidade como pigmentação melânica fisiológica e linha alba são confundidas no autoexame como possíveis lesões. Entretanto, o paciente deverá ser orientado em relação a isso.

### CONCLUSÃO

Após uma abrangente revisão da literatura sobre a prevenção do câncer bucal, com base nos itens selecionados e discutidos ao longo deste trabalho, pode-se concluir que:

1) Os fatores de risco associados aumentam a possibilidade da ocorrência de neoplasias malignas na cavidade bucal, porém fatores de risco isolados também devem ser considerados.

2) A prática do autoexame e as visitas regulares ao cirurgião-dentista a cada 6 meses aumentam a possibilidade de um diagnóstico precoce. Além disso, é de responsabilidade do profissional a orientação em relação à diminuição e possível suspensão dos fatores de risco, incluindo-se tabaco, álcool e radiações solares.

3) O cirurgião-dentista deve estar apto a prevenir e diagnosticar o câncer bucal em seu consultório odontológico, ter conhecimento abrangente em relação aos itens citados para prevenção do câncer bucal e ter uma postura de veracidade e confiança perante o paciente.

4) Tendo em vista qualquer alteração da mucosa bucal que fuja do padrão de normalidade, observado pelo paciente, o primeiro profissional indicado para diagnóstico deverá ser o cirurgião-dentista.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida FCS, Cazal C, Brandão TB, Araújo ME, Sílvia DP, Dias RB. Campanha de popularização do auto-exame da boca – Universidade de São Paulo. Brasil (Part I). *Rev Bras Patol Oral* 2005 jul-set; 4(3): 147-56.
2. Alves ATNN, Maia ABP, Libório AO, Piasesi JL, Souza CB, Ribeiro BF. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião dentista. *Rev Bras Odontol* 2002 jul-ago; 59(4): 259-60.
3. Boraks S. Diagnóstico Bucal. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001, 444 pg.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. *Rev Bras Cancerol* 2002 jul-set; 48(3): 317-32.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Prevenção do câncer de boca: normas e recomendações do INCA. *Rev Bras Cancerol* 2003 out-dez; 49(4): 206.
6. Cufarri L, Siqueira JTT, Nembr K, Rapaport A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: A descriptive study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006 Jul; 102(1):56-61 Epub 2006 Apr 24.
7. Holmes JD, Dierks EJ, Homer LD, Potter BE. Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg* 2003 Mar; 61(3): 285-91.
8. Kim H, Elter JR, Francis TG, Patton LL. Prevention and early detection of oral and pharyngeal in veterans. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006 Nov; 102(5):625-31 Epub 2006 Apr 24.
9. Kujan O, Duxbury AJ, Glenn AM, Thakker NS, Sloan P. Opinion and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. *Oral Dis* 2006 Mar; 12(2): 194-99.
10. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O Câncer de boca. Disponível em: <http://www.inca.org.br/cancer/tipod/boca.htm>. Acesso em: 12 de abril, 2007.
11. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & maxilofacial. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998, 705 pg.
12. Pan American Health Organization. Oral Health. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em: 17 de maio, 2007.
13. Patton LL, Ashe TE, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP. Adequacy of training in oral cancer prevention and screening as self-assessed by physicians, nurse practitioners and dental health professionals. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006 Dec; 102(6):758-64 Epub 2006 Apr 21.
14. Speight PM, Farthing PM, Bouquot JE. The pathology of oral cancer and precancer. *Curr Diag Path* 1996 Sep; 3(3):165-76.
15. Syrjanen K, Gissman L, Koss K. Papillomaviruses and human disease. *Berlin/ Heidelberg/ New York: Springer*. 1987. 104-37.
16. Torres IA. O auto-exame da boca como estratégia para prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal. *Rev bras cancerol* 1996; 42(1): 66-71.
17. World Health Organization. Oral Health. Disponível em [http://www.who.int/oral\\_health/en/](http://www.who.int/oral_health/en/). Acesso em: 26 de abril, 2007.
18. Xavier SD, Bussolati Filho I, Lancelotti CLP. Prevalência de achados sugestivos de papilomavírus humano (HPV) em biópsias de carcinoma espinocelular de cavidade oral e orofaringe: estudo preliminar. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005 July/Aug; 71(4): 510-514
19. Zain RB. Cultural and dietary risk factors of oral cancer and precancer - a brief overview. *Oral Oncol* 2001 Apr; 37(3): 205-10.

Recebido em; 23/10/2007

Aceito em: 18/07/2008