

Condutas adequadas do cirurgião-dentista frente à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal: uma revisão de literatura.

Maria Fernanda Simão Valente, Odontologia, Centro Universitário Integrado, Brasil.

Maria Eduarda Paterno de Lima, Odontologia, Centro Universitário Integrado, Brasil.

Manuel da Fonseca Rodrigues, Odontologia, Centro Universitário Integrado, Brasil, manuel.rodrigues@grupointegrado.br

Resumo em português: O câncer bucal corresponde à quase 3% dos casos de câncer no mundo, sendo a quinta neoplasia maligna mais frequente em homens e a décima segunda em mulheres, representando uma questão de saúde pública. O objetivo desta revisão literária é evidenciar a importância do diagnóstico precoce e das medidas preventivas para o câncer bucal, assim como as condutas adequadas do cirurgião-dentista para o prognóstico favorável do paciente. O estudo foi desenvolvido através de um levantamento bibliográfico no PubMed, SciELO e Google Acadêmico, foram selecionados 21 artigos, publicados entre 2001 e 2022, os critérios de inclusão foram estudos pertinentes à temática específica acerca das condutas do cirurgião dentista no diagnóstico precoce e na prevenção do câncer bucal. O câncer bucal geralmente é detectado em fase avançada. O diagnóstico precoce favorece o prognóstico do paciente. Fatores de risco incluem tabagismo, etilismo e condições socioeconômicas. Lesões pré-malignas como leucoplasia e eritoplasia estão associadas ao desenvolvimento de carcinoma espinocelular. Os sintomas iniciais podem ser sutis, como feridas que não cicatrizam, nódulos, dor ou dificuldade para mastigar e engolir. Entretanto, na fase inicial, a doença pode ser assintomática, vulnerabilidade social e econômica, medo do diagnóstico, dificuldade de acesso nos serviços públicos de saúde e falta de preparo do cirurgião-dentista são fatores que podem estar associados ao diagnóstico tardio da doença. O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental na prevenção do câncer bucal, a identificação de indivíduos em grupos de risco, detecção de lesões cancerizáveis pelo exame clínico, bem como elaboração de políticas educacionais são imprescindíveis.

Palavras-chave: Câncer bucal. Diagnóstico precoce. Prevenção.

Resumo em inglês: Oral cancer accounts for almost 3% of cancer cases worldwide, being the fifth most frequent malignant neoplasm in men and the twelfth in women, representing a public health issue. The objective of this literature review is to highlight the importance of early diagnosis and preventive measures for oral cancer, as well as the appropriate conduct of the dentist for a favorable prognosis for the patient. The study was developed through a bibliographic survey in PubMed, SciELO and Google Scholar, 19 articles published between 2001 and 2022 were selected, the inclusion criteria were studies pertinent to the specific theme about the conduct of the dentist in the early diagnosis and prevention of oral cancer. Oral cancer is usually detected at an advanced stage. Early diagnosis favors the patient's prognosis. Risk factors include smoking, alcoholism and socioeconomic conditions. Premalignant lesions such as leukoplakia and erythroplakia are associated with the development of squamous cell carcinoma. Initial symptoms may be subtle, such as wounds that do not heal, nodules, pain or difficulty chewing and swallowing. However, in the initial phase, the disease may be asymptomatic. Social and economic vulnerability, fear of diagnosis, difficulty in accessing public health services and lack of training of

the dentist are factors that may be associated with late diagnosis of the disease. The dentist plays a fundamental role in the prevention of oral cancer. The identification of individuals in risk groups, detection of lesions that can become cancerous through clinical examination, as well as the development of educational policies are essential.

Keywords: Oral cancer. Early diagnosis. Prevention.

INTRODUÇÃO

O câncer no Brasil é considerado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) como um problema de saúde pública, com alta incidência, risco de mortalidade e morbidade elevado e mau prognóstico (Costa e Migliorati, 2001). No que se refere ao câncer bucal, também chamado de câncer oral, trata-se de uma neoplasia que afeta os lábios e o interior da boca, sendo a língua, o lábio inferior e o assoalho bucal os locais mais acometidos (Pinheiro *et al.*, 2019). Ademais, o câncer bucal corresponde à quase 3% dos casos de câncer no mundo, sendo a quinta neoplasia maligna mais frequente em homens e a décima segunda em mulheres. (Amorim, Souza e Alves, 2019; Brito, 2020). A etiologia é complexa, multifatorial e envolve tanto fatores intrínsecos quanto extrínsecos. Os fatores de risco incluem predisposição, disposição genética, sistema imunológico comprometido, condições como leucoplasia ou eritoplasia, tabagismo, alcoolismo, infecções virais (como o papilomavírus humano, o HPV), exposição solar, alimentação e condições socioeconômicas (Torres, Sbegue e Costa, 2006). Uma variedade de lesões pré-malignas tem sido associada ao desenvolvimento de câncer da cavidade oral, incluindo leucoplasia, eritroplasia, líquen plano oral e fibrose submucosa oral (Montero e Patel, 2015).

Os sinais e sintomas compreendem feridas ou úlceras que não cicatrizam, manchas brancas ou vermelhas na mucosa, dificuldade para engolir ou mastigar, dor persistente na boca ou garganta, inchaço ou nódulos na boca, pescoço ou mandíbula e alterações no paladar. Entretanto, o comportamento da lesão pode ser assintomático na fase inicial, associado aos fatores de risco, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a deficiência de conhecimento acerca do câncer bucal por parte dos profissionais de saúde, ocasiona retardo no diagnóstico e no início do tratamento com consequente comprometimento do prognóstico (Amorim, Souza e Alves, 2019). O diagnóstico baseia-se em exame físico, com inspeção e palpação, biópsia e exames de imagem como, tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética. O tratamento depende do estágio do câncer e pode incluir radioterapia, quimioterapia e cirurgia (Montero e Patel, 2015; Vidal, 2003).

O câncer da cavidade oral é mais comum em homens brancos com idade superior a 40 anos. As principais consequências da doença para o paciente estão relacionadas às alterações funcionais e estéticas como, alteração da fonética, dificuldade de deglutição, mastigação, xerostomia, perdas dentárias, ósseas ou de tecido mole, causando impacto em termos de dor e desconforto, afetando a qualidade de vida do paciente. Compete ao profissional de saúde o rastreamento do grupo de risco e formulação de políticas educativas para a

prevenção, com enfoque no diagnóstico precoce. (Amorim, Souza e Alves, 2019; Pinheiro *et al.*, 2019).

Carcinoma de células escamosas (CCE), sarcoma e melanoma são os principais tipos de câncer que afetam a cavidade bucal. O CCE é o tipo mais prevalente, representando cerca de 90% dos casos, se origina nas células escamosas, que formam a superfície da boca e da língua e pode se manifestar como feridas que não cicatrizam, manchas brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia), e pode acometer tecidos adjacentes e linfonodos (Chaturvedi *et al.*, 2019). O sarcoma é menos comum e inclui vários tipos de tumores que podem afetar os tecidos moles (como músculos e vasos sanguíneos) ou ossos da boca, geralmente tem um comportamento mais agressivo e pode ser mais difícil de tratar, o sarcoma de Kaposi e o osteossarcoma são exemplos (Hirsch *et al.*, 2018). Por fim, o melanoma é raro, mas pode ser agressivo, se origina nas células pigmentares (melanócitos) presentes na mucosa oral, pode se manifestar como manchas escuras na boca e é frequentemente diagnosticada em estágios avançados (Vasilenko *et al.*, 2020).

Com base na literatura revisada, tem-se como objetivo evidenciar a importância do diagnóstico precoce do câncer bucal, com ênfase na necessidade de implementar medidas preventivas, assim como as condutas adequadas que devem ser tomadas pelos cirurgiões-dentistas para o prognóstico mais favorável do paciente.

MÉTODO

Trata-se de um artigo de revisão literária, desenvolvido através de um levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, SciELO e Google acadêmico. Os descritores empregados foram “Câncer oral”, “Câncer bucal”, “Diagnóstico precoce para o câncer bucal”, “Prevenção para o câncer bucal”, sendo obtidos 131 resultados em língua nacional (português) e língua estrangeira (inglês e espanhol). Foram selecionados 21 artigos publicados entre o ano de 2001 e 2022, pertinentes a temática específica acerca das condutas do cirurgião dentista no diagnóstico precoce e na prevenção do câncer bucal. Estudos epidemiológicos e estudos terapêuticos foram descartados.

REVISÃO DE LITERATURA

O câncer é considerado uma questão de saúde pública, sendo a segunda causa de morte por doença no Brasil. A doença possui mau prognóstico, alta morbidade e letalidade, com sobrevida de 80% quando está em estágio I e apenas 20% para os estágios III e IV (Rutkowska *et al.*, 2020). Ademais, o câncer bucal corresponde à quase 3% dos casos de câncer no mundo, sendo a quinta neoplasia maligna mais incidente em indivíduos do sexo masculino e o décima segunda no sexo feminino (Amorim, Souza e Alves, 2019; Brito, 2020; Costa e

Migliorati, 2001). Abrange o lábio, gengiva, superfície dorsal da língua, mucosa bucal, mucosa do palato duro, mucosa do palato mole e assoalho da boca. No parâmetro mundial, estima-se que são registrados 405.000 novos casos por ano (Montero e Patel, 2015). Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), 40% das mortes por câncer podem ser evitadas, reduzindo a exposição aos agentes cancerígenos, relacionados ao estilo de vida (Amorim, Souza e Alves, 2019).

A etiologia é complexa e multifatorial, em que não há um fator causador isolado, entretanto, há uma interação entre fatores endógenos, exógenos, ambientais e comportamentais, entre eles, alimentação não balanceada (desnutrição), predisposição genética, sistema imunológico comprometido, anemia por deficiência de ferro, infecções da cavidade oral, como o Papiloma Vírus Humano (HPV), lesões pré-cancerígenas, como leucoplasia e eritoplasia, exposição solar, tabagismo, etilismo, higiene bucal deficiente e uso de prótese dentária mal adaptada. Os grupos de risco incluem homens com idade superior a 40 anos, indivíduos de raça branca, pessoas de baixa renda e com pouca escolaridade, que apresentam má higiene oral e com limitado acesso aos serviços de saúde (Amorim, Souza e Alves, 2019; Pinheiro *et al.*, 2019).

De acordo com a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer, o tabaco é classificado como uma substância cancerígena grupo 1 para a cavidade oral, logo, é um importante fator de risco. Estima-se que tabagistas têm um risco 6,76% maior de desenvolver carcinoma espinocelular (CEC) oral, quando comparado a não fumantes. Segundo a OMS, 90% dos pacientes diagnosticados com câncer de boca são tabagistas, o risco varia conforme o consumo. Outro fator considerado de risco é o etilismo, com influência da dose de consumo alcoólico e da resposta da mucosa oral, por conta do etanol, que representa o acetaldeído (substância cancerígena). Ambas as substâncias parecem ter um efeito sinérgico na etiologia do CEC oral e faríngeo. (Torres, Sbegue e Costa, 2016; Montero e Patel, 2015).

A sintomatologia do câncer na cavidade oral envolve inchaço ou nódulos, presença de caroço, feridas ou úlceras que não cicatrizam, dificuldade para mastigar ou engolir, alterações no paladar, manchas brancas, vermelhas ou escuras podendo causar sangramento e dor, desconforto, parestesia, mudança de cor ou textura, edema e alterações radiográficas. (Abati *et al.*, 2020; Waal *et al.*, 2011).

As principais consequências da patologia para o paciente estão relacionadas às alterações funcionais e estéticas como alteração da fonética, dificuldade de deglutição, mastigação, xerostomia, perdas dentárias, ósseas ou de tecido mole, resultando em dor e desconforto, afetando a qualidade de vida do paciente (Amorim, Souza e Alves, 2019; Pinheiro *et al.*, 2019).

Os motivos do diagnóstico tardio podem estar relacionados tanto ao paciente quanto ao profissional. Dentre as causas mais conhecidas, destacam-se a ausência de sintomatologia no estágio inicial da doença, vulnerabilidade

social e econômica, dificuldade ou demora para o acesso nos serviços públicos de saúde, falta de informações acerca dos principais indícios da doença e noções de prevenção. O paciente geralmente não busca atendimento até que os sintomas evoluam e apareça dor, sangramento, nódulos em boca e pescoço. (Abati *et al.*, 2020; Brito, 2020; Torres, Sbegue e Costa, 2016). O conhecimento insuficiente acerca da doença e a pouca percepção do risco que está submetido, além do receio dos aspectos negativos desse diagnóstico, desestimulam o paciente a procurar auxílio e orientação do cirurgião-dentista quanto ao câncer de boca (Amorim, Souza e Alves, 2019). A detecção precoce é de suma importância, melhorando a sobrevida e reduzindo a mortalidade. (Abati *et al.*, 2020).

O diagnóstico é realizado através de anamnese minuciosa, exame físico e exames complementares como, biópsia da lesão e/ou citologia esfoliativa, quando o paciente apresenta algum sinal ou sintoma, ou se houver suspeita e exames de imagem como, radiografias, ressonância magnética e tomografia computadorizada (Amorim, Souza e Alves, 2019; Montero e Patel, 2015; Pinheiro *et al.*, 2019).

O exame clínico deve ser feito em todos os pacientes assintomáticos, que façam parte do grupo de risco, já que a lesão pode não apresentar sintoma ou sinal inicialmente. No decorrer do exame físico, o cirurgião dentista necessita do uso de manobras semiotécnicas como, palpação, percussão, inspeção e auscultação, que possibilitam uma completa avaliação da cavidade oral e viabilizam a detecção de qualquer sinal de anormalidade. (Brito, 2020; Pinheiro *et al.*, 2019). Na inspeção geral das estruturas da cavidade oral, deve-se examinar a cor, o movimento da língua, a textura das mucosas, as regiões superior e inferior da cavidade bucal e os lábios. As lesões ulcerativas devem ser palpadadas cuidadosamente ao redor para a detecção dos limites e o grau de comprometimento de estruturas próximas. É necessário a palpação e inspeção dos linfonodos, deve-se avaliar o tamanho, consistência, mobilidade e sua relação com estruturas adjacentes (Amorim, Souza e Alves, 2019). Lesões com mais de 3 cm são consideradas em fase avançada. (Torres, Sbegue e Costa, 2016). O próprio paciente pode realizar o autoexame, visualizando a cavidade oral a fim de detectar algum alguma alteração (Pinheiro *et al.*, 2019; Torres, Sbegue e Costa, 2016).

A leucoplasia, eritoplasia, líquen plano oral e fibrose de submucosa oral são lesões pré-malignas associadas ao surgimento do câncer bucal, principalmente o carcinoma de células escamosas e são classificadas em carcinoma leve, moderado grave e in situ (Montero e Patel, 2015). A leucoplasia é um termo clínico definido por placas brancas (não raspáveis) da mucosa bucal, que não podem ser caracterizadas clinicamente ou microscopicamente como nenhuma outra doença específica e que apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de câncer. Em termos epidemiológicos, a leucoplasia representa a lesão potencialmente maligna mais prevalente, com prevalência de 1 a 4% na população mundial. Geralmente está

associada ao tabagismo (com índice 6 vezes maior) e ao uso de álcool e os fatores de risco ainda incluem presença de displasia, sexo feminino, longa duração da lesão, localização na língua ou assoalho bucal, leucoplasia em não fumantes, tamanho maior que 2 centímetros e tipo não homogêneo. As lesões localizadas em borda lateral e ventre de língua, assoalho bucal e palato mole apresentam maior probabilidade de exibir áreas microscópicas correspondentes à displasia epitelial ou ao carcinoma espinocelular (Brandão *et al.*, 2021). O diagnóstico da patologia envolve um exame clínico cuidadoso e a biópsia é fundamental em alguns casos, para determinar a presença de displasia. O tratamento consiste principalmente em mudanças no estilo de vida, como a cessação do uso de tabaco e álcool, além de excisão cirúrgica para lesões com displasia significativa ou que não regrediram (Kumar *et al.*, 2016).

A eritroplasia corresponde a uma mácula potencialmente maligna da mucosa bucal que se caracteriza por manchas ou placas vermelhas brilhantes de superfície lisa ou aveludada. Afeta principalmente pacientes idosos, com prevalência aos 60 anos, sem predileção por gênero, e apresenta fator de risco para tabagismo e etilismo, possuindo rápido avanço e alto potencial maligno. A excisão cirúrgica é recomendada por conta da possível malignidade e pela associação à displasia e ao carcinoma *in situ* (Brandão *et al.*, 2021; Montero e Patel, 2015).



4.



5.

Figura 4 – Leucoplasia em rebordo alveolar. Fonte: Brandão *et al.*, 2021. Figura 5 – Eritroplasia em região de palato. Fonte: Brandão *et al.*, 2021.

O líquen plano oral é uma condição inflamatória crônica que afeta a mucosa oral, manifestando-se como lesões brancas reticuladas, placas vermelhas e, em alguns casos, ulcerações dolorosas que podem causar desconforto ao paciente. É mais prevalente em adultos, especialmente mulheres na faixa dos 30 aos 60 anos. A etiologia é considerada incerta, acredita-se que fatores imunológicos e genéticos desempenham um papel crucial em sua manifestação, além de associar-se a outras doenças autoimunes, uso de medicamentos, infecções virais e estresse. O tratamento normalmente envolve o uso de corticosteróides

que reduzem a inflamação e aliviam os sintomas, mas o acompanhamento regular é crucial, uma vez que o líquen plano oral possui potencial de malignidade (Scully e Porter, 2008).

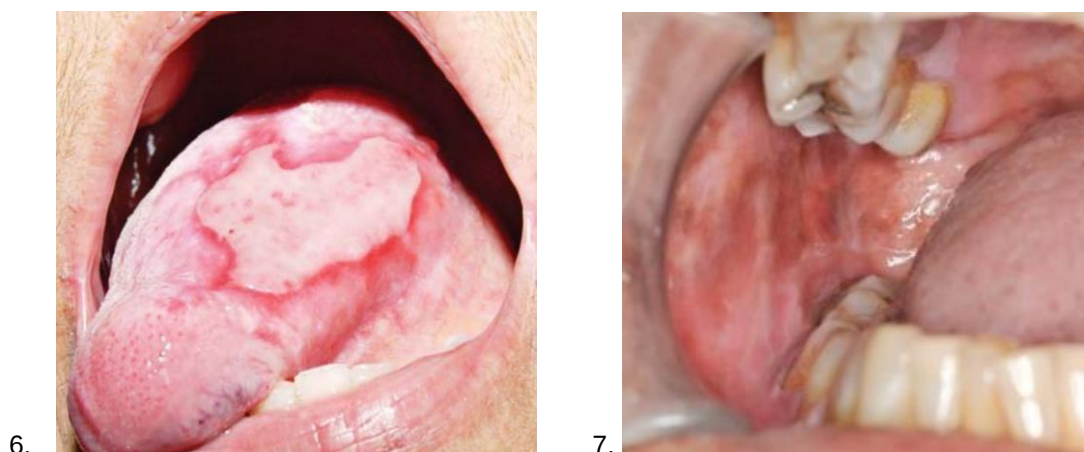
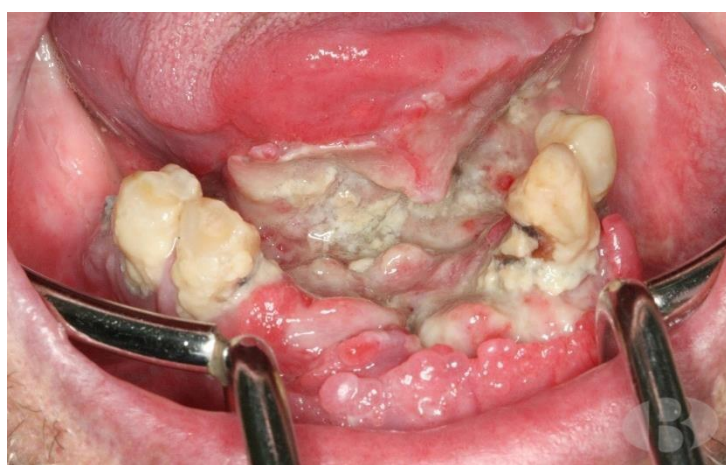


Figura 6 – Líquen plano erosivo, lesão ulcerada em bordo lateral de língua com bordos eritematosos. Fonte: Canto *et al.*, 2010. Figura 7 – Fibrose submucosa oral, lesões pálidas com eritema de fundo e pigmentação envolvendo a mucosa bucal direita. Fonte: Eccles *et al.*, 2022

A fibrose submucosa oral é uma condição crônica progressiva que afeta a cavidade bucal, orofaringe e terço superior do esôfago. É potencialmente maligna, caracterizada por atrofia epitelial da mucosa oral, inflamação justae-pitelial e fibrose crônica, resultando em sintomas característicos como disfagia, sensação de queimação e intolerância a alimentos. Etiologicamente, possui natureza multifatorial envolvendo fatores ambientais (capsaicina em pimentas, tabaco e deficiências de micronutrientes), fatores genéticos e imunológicos. A terapia da doença envolve várias abordagens que dependem da gravidade da condição e dos sintomas apresentados e variam em eliminação de irritantes, (como tabaco), seguida por terapia medicamentosa com o uso de corticosteróides e em alguns casos, medicamentos antifibróticos ou imunossuppressores. Além disso, a fisioterapia, pode resultar em melhora de mobilidade da área afetada. Em situações mais graves, a cirurgia pode ser necessária e por fim, o acompanhamento regular com um profissional de saúde é imprescindível, já que a fibrose submucosa pode ser um precursor do câncer (Murthy *et al.*, 2021).

Carcinoma de células escamosas (CEC), sarcoma e melanoma são os principais tipos de câncer que afetam a cavidade bucal. O CEC é o tipo mais prevalente, corresponde a mais de 90% dos casos de câncer bucal. Se origina nas células escamosas, que formam a superfície da boca e da língua e pode se manifestar como feridas que não cicatrizam, manchas brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia), e pode acometer tecidos adjacentes e linfonodos (Chaturvedi *et al.*, 2019). O sarcoma é menos comum e inclui vários tipos de

tumores que podem afetar os tecidos moles (como músculos e vasos sanguíneos) ou ossos da boca, geralmente tem um comportamento mais agressivo e pode ser mais difícil de tratar, o sarcoma de Kaposi e o osteossarcoma são exemplos (Hirsch *et al.*, 2018). Por fim, o melanoma é raro, mas pode ser agressivo, se origina nas células pigmentares (melanócitos) presentes na mucosa oral, pode se manifestar como manchas escuras na boca e é frequentemente diagnosticada em estágios avançados (Vasilenko *et al.*, 2020).



1.

Figura 1 – CEC oral em fase avançada. Fonte: Dental Borrás: “Hallazgo de un carcinoma oral de células escamosas en estadio avanzado”.



2.



3.

Figura 2 – Sarcoma de Kaposi no palato. Fonte: Bortoluzzi *et al.*, 2017. Figura 3 – Melanoma oral. Fonte: Piel: “Tipos de câncer de pele: entenda as principais diferenças”.

No caso da lesão maligna, quando diagnosticada em estágio inicial, ou seja, menor que 2 cm de extensão e sem comprometimento linfonodal, o tratamento cirúrgico local será provavelmente eficiente para curar o paciente. Se o diagnóstico é feito tardiamente, a lesão pode se estender, invadindo os

linfonodos regionais, isso altera o estadiamento do câncer e a terapêutica terá que incluir radioterapia e quimioterapia, que podem resultar em complicações severas, algumas delas, definitivas, como a xerostomia e o risco para osteoradionecrose. O tratamento é composto por técnicas de ressecção e cirurgia primária, que pode ou não, incluir terapia adjuvante pós-operatória (Costa e Migliorati, 2001). De acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer) a cirurgia e/ou a radioterapia são os métodos terapêuticos mais aplicáveis ao tratamento do câncer de boca. Para lesões iniciais, tanto a cirurgia quanto a radioterapia possuem apresentam resultados positivos, e a indicação depende da localização do tumor e das alterações funcionais causadas pelo tratamento, levando a uma taxa de cura 80%. Em casos mais avançados, onde a cirurgia não é viável, utiliza-se a quimioterapia em conjunto com a radioterapia. O prognóstico, nestes casos, é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas, podendo ainda ocorrer a diminuição do fluxo salivar e aumento do número de *Streptococcus mutans* após a quimioterapia (Santos *et al.*, 2013). O sucesso do tratamento é determinado pelo controle oncológico e pelo impacto mínimo em forma e função, fato que determina melhora na qualidade de vida do paciente (Montero e Patel, 2015).

A prevenção por parte do paciente está relacionada às consultas frequentes ao cirurgião-dentista (Torres, Sbegue e Costa, 2016). O cirurgião-dentista deve promover políticas educativas, principalmente aqueles que atuam na atenção primária à saúde e rastreamento do grupo de risco como medidas preventivas. As estratégias educativas podem incluir a orientação para toda a equipe multidisciplinar, com o intuito de que a informação seja repassada para mais pacientes. A falha em reconhecer o câncer é um fator que atrasa o diagnóstico. Se faz preciso que os profissionais de saúde estejam aptos a diagnosticar lesões em fases iniciais, ampliando o conhecimento acerca do assunto. Além da orientação sobre o autoexame para o paciente, o cirurgião dentista deve ceder informações sobre fatores de risco, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, exposição ao sol e infecções virais como o HPV (Montero e Patel, 2015). Para um diagnóstico preciso, o exame clínico deve conter uma inspeção e palpação minuciosa da cavidade oral, verificando regiões como língua, lábios, assoalho da boca, mucosa bucal e gengivas, afim de detectar lesões suspeitas. Em caso de lesões persistentes ou ulceradas que não cicatrizam em duas semanas, o cirurgião dentista deve realizar uma reavaliação e registrar todas as características (tamanho, cor, textura). Quando necessário, uma biópsia deve ser feita, seguida por encaminhamento a um especialista, visando a confirmação diagnóstica. O contato entre os profissionais deve ser mantido, oferecendo suporte ao paciente (Brandão *et al.*, 2021).

O protocolo de atendimento odontológico para pacientes antes do tratamento oncológico inclui uma série de etapas essenciais para garantir a saúde bucal e minimizar complicações. Inicialmente, deve-se realizar um exame clínico detalhado e uma avaliação radiográfica para identificar problemas potenciais. As exodontias devem ser realizadas utilizando de forma menos

traumática possível, com um prazo de 14 a 21 dias antes do início da radioterapia para permitir a cicatrização adequada e evitar a osteorradionecrose. O tratamento endodôntico, e o selamento de lesões de cárie com ionômero de vidro são fundamentais. Também é importante substituir restaurações infiltradas e corrigir próteses mal adaptadas. Os pacientes devem receber orientações escritas sobre cuidados durante a radioterapia, incluindo restrições dietéticas e sobre o consumo de fumo e bebidas alcoólicas ou ácidas. Ademais, deve-se remover hiperplasias, fibromas, espículas ósseas e tórus que interfiram no uso de próteses, e realizar o tratamento periodontal pelo menos três semanas antes da radioterapia para garantir a cicatrização adequada. Por fim, orientações sobre controle de placa, uso de escovas macias, pastas fluoretadas, fio dental e escovas interproximais são cruciais. Durante o tratamento oncológico, o paciente deve manter uma higiene bucal com dentifrícios fluoretados não irritantes e fazer uso de fio dental e realizar bochechos com solução fluoretada 0,02% por um minuto, três vezes ao dia, sem comer, beber ou lavar a boca por trinta minutos após o bochecho e para evitar trismo, a fisioterapia de abertura de boca três vezes ao dia é recomendada (Santos *et al.*, 2013). Em casos de reabilitação pós tratamento, o cirurgião dentista deve fornecer amparo, visando apoio ao paciente em casos de dificuldades em mastigação e fonética, adaptação de novas próteses (nos casos que são necessárias) e acompanhamento preventivo para evitar novas lesões (Picolini *et al.*, 2007). Realizar eliminação química e mecânica da placa bacteriana, raspagem supra gengival e, quando necessário raspagem subgengival, com cobertura antibiótica. Um tratamento conservador é indicado, de acordo com a necessidades. Exodontias devem ser evitadas em média, por cinco anos, com intervenção apenas nos casos sem alternativa, com antibioticoterapia profilática. Além do mais, deve-se indicar ao paciente a manutenção da higiene oral de forma rigorosa, manter bochecho com flúor ou clorexidina (dependendo do caso) (Santos *et al.*, 2013). O retardo no diagnóstico pode ser minimizado com a implementação de programas de rastreamento e de prevenção, em âmbitos regionais ou nacionais, programas de educação para a equipe multidisciplinar em saúde e com a realização de exames clínicos periódicos (Amorim, Souza e Alves, 2019). Maiores chances de cura e de aumento da sobrevida dos pacientes são possíveis se as lesões suspeitas de malignidade forem diagnosticadas precocemente, com base na prevenção e promoção de saúde (Torres, Sbegue e Costa, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de cavidade bucal é um problema de saúde pública que apresenta alta incidência, mau prognóstico, alto risco de mortalidade e morbidade, associado diretamente a fatores endógenos, exógenos, ambientais, comportamentais e sociais. Evidencia-se que frequentemente o diagnóstico do câncer de boca é executado tardiamente e a sobrevida do paciente está diretamente relacionada ao estágio em que ocorre o diagnóstico. Torna-se necessário que os cirurgiões-dentistas estejam capacitados com o conhecimento

específico acerca da patologia para realizar o diagnóstico precoce e encaminhar o paciente corretamente para o tratamento, a fim de um prognóstico favorável, além de orientar a população acerca dos fatores de risco. É de suma importância medidas que garantam o fácil acesso aos serviços públicos básicos de saúde, que em algumas regiões, é defasado. Destaca-se a necessidade da prevenção, como consultas periódicas ao cirurgião-dentista, a prática do autoexame e a cessação do uso de tabaco e álcool, que são os principais hábitos relacionados ao câncer de boca.

REFERÊNCIAS

- ABATI, S. *et.al.* Oral cancer and precancer: a narrative review on the relevance of early diagnosis. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 61, n. 4, 2020.
- AMORIM, N.G.C.; SOUSA, A.S.; ALVES, S.M.; Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: uma revisão de literatura. **Revista Uningá**, v. 56, n. 2, p. 70-84, 2019.
- BORTOLUZZI, M. C. et al. Classic Kaposi's Sarcoma (Non-Hiv- Associated) of oral cavity: a case report. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 16, 2017.
- BRANDÃO, T.B. et al. Diagnóstico e Tratamento Odontológico para Pacientes Oncológicos. **GEN Guanabara Koogan**, Brasil. p. 1-15, 2021.
- BRITO, P.H.; Importância do diagnóstico precoce do câncer bucal e conduta adequada do cirurgião-dentista na atenção básica: revisão integrativa. **Revista Odontologia Clínico-Científica**, v. 19, n. 4, p. 327- 332, 2020.
- CANTO, A.M. et al. Líquen plano oral (LPO): diagnóstico clínico e complementar. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 85, n. 5, p. 669- 675, 2010.
- CHATURVEDI, A. et al. Oral cavity cancers: A review of recent advances in management. **The Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v.15, n. 1, p. 1-7, 2019.
- COSTA, E.G.; MIGLIORATI, C.A.; Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 283-289, 2001.
- DENTAL BORRAS. Hallazgo de un carcinoma oral de células escamosas en estadio avanzado. **Dental Borrás**. Disponível em: <https://dentalborras.com/hallazgo-de-un-carcinoma-oral-de-celulas-escomosas-en-estadio-avanzado/>. Acesso em: 30 out. 2024.

ECCLES, K. et al. Alterações Orais Potencialmente Malignas: conselhos sobre atuação nos cuidados primários. **Journal of Medicine and Oral Sugery**. v. 28, n. 36, 2022.

HIRSCH, S. et al. Oral sarcomas: Clinical and radiological features. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 125, n. 4, p. 358-368, 2018.

KUMAR, S., et al. Leucoplasia: Uma revisão da literatura. **Oral Oncology**. v. 61, p. 71-76, 2016.

MONTERO, P.H.; PATEL, S.G.; Câncer of the oral cavity. **Surgical Oncology Clinics of North America**, v. 24, n. 3, p. 491-508, 2015.

MURTHY, V. et al. Taxa de transformação maligna da fibrose submucosa oral: uma revisão sistemática e meta-análise. **Oral Potentially Malignant Disorders Healthcare Professional Training**. 2021.

PICOLINI, M. et al. Atuação fonoaudiológica após cirurgia decâncer de boca e reabilitação oral protética: relato de caso. **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Brasil. 2007.

PIEL. Tipos de câncer de pele: entenda as principais diferenças. **Piel**. Disponível em: <https://piel-l.org/blog/33142>. Acesso em: 30 out.2024.

PINHEIRO, A.P.S. et al. Câncer bucal: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, v. 1, n. 4, 2019, Edição Especial.

RUTKOWSKA, M. et al. Oral cancer: the first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. **Avanços Em Medicina Clínica e Experimental**, v. 29, n. 6, p. 735-743, 2020.

SANTOS, C.C. Condutas práticas e efetivas recomendadas ao cirurgião dentista no tratamento pré, trans e pós do câncer bucal. **Journal Of Health Sciences Institute**, v. 31, n. 4, p. 368-372, 2013

SCULLY, C; PORTER, S. Líquen plano oral. **Revista Oral Diseases**. v. 14, n. 4, p. 322-334, 2008.

TORRES, S.V.S.; SBEGUE, A.; COSTA, S.C.B.; A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 1, p. 57-62, 2016.

VASILENKO, I. et al. Melanoma of the oral cavity: A review of literature. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 49, n. 1, p. 5-10, 2020.

SIMPAR

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Núcleo de
Empreendedorismo,
Pesquisa e Extensão
Integrado

Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

VIDAL, A.K.L.; Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca: uma medida simples e eficaz. **Revista Odontologia Clínico- Científica**, v. 2, n. 2, p. 109-114, 2003.

WAAL, I.V.W. *et.al.* Early Diagnosis In Primary Oral Cancer: Is It Possible? **Medicina Oral e Patologia**, v. 16, n. 3, p. 300-305, 2011.