

**JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY  
JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1**



**A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO  
PRECOCE DE CÂNCER BUCAL EM IDOSOS**

**THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS  
OF ORAL CANCER IN THE ELDERLY**

**Leandro Barbosa de LIMA**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos(UNITPAC)  
E-mail: leandrobarbosa5915@gmail.com

**Vitória Cristina Feitosa RIGO**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos(UNITPAC)  
E-mail: vitoria98cc@icloud.com

**Rufino José KLUG**  
Centro Universitário Tocantinense Presidente  
Antônio Carlos (UNITPAC)  
E-mail: rufino.klug@unitpac.edu.br



## RESUMO

**Introdução:** A população idosa é mais exposta aos fatores de risco de câncer, estando o câncer bucal relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos. A educação em saúde pode remover as barreiras ao diagnóstico precoce e reduzir o tempo decorrido entre a detecção de sinais de câncer por autoexame e tratamento. O tratamento quando iniciado precocemente, se baseia em estadiamento da lesão, e uma combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que pode evitar as comorbidades resultantes da doença e em morte quando em estágios avançados. **Objetivo:** Relatar a importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Métodos:** Realizou-se revisão de literatura através de artigos científicos nacionais e internacionais, utilizando as bases Bireme, Google Acadêmico e Pubmed, utilizando-se periódicos dos anos de 2016 a 2022. **Resultados:** O estudo demonstrou que os idosos são mais suscetíveis ao câncer bucal do que outros segmentos da população, com altas taxas de incidência e maior exposição a fatores de risco. **Conclusão:** É fundamental ampliar o acesso à qualidade dos serviços odontológicos e atividades de promoção/educação da saúde ao idoso. Neste sentido, os profissionais de odontologia desempenham um papel fundamental em detectar o câncer bucal em estágio inicial no idoso, conduzindo ao tratamento precoce para o melhor prognóstico, minimizando assim possíveis comorbidades e o óbito destes pacientes.

**Palavras-chave:** Câncer bucal. Diagnóstico. Idoso. Prevenção. Tratamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The elderly population is more exposed to cancer risk factors, and oral cancer is related to intrinsic and extrinsic factors. Health education can remove barriers to early diagnosis and reduce the time elapsed between detection of signs of cancer by self-examination and treatment. Treatment When started early is based on staging the lesion, and a combination of surgery, radiotherapy, and chemotherapy, which can prevent comorbidities resulting from the disease and death when in advanced stages. **Objective:** To report the importance of early diagnosis of oral cancer in the elderly. **Methods:** We conducted a literature review through national and international scientific articles, using the Bireme, Google Academic and Pubmed bases, using journals from the years 2016 to 2022. **Results:** The study showed that the elderly are more susceptible to oral cancer than

**Leandro Barbosa de LIMA; Vitória Cristina Feitosa RIGO; Rufino José Klug. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER BUCAL EM IDOSOS JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. FLUXO CONTÍNUO. MAIO/2022. Ed. 36. V. 2. Págs. 543-563. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).**

other segments of the population, with high incidence rates and greater exposure to risk factors. **Conclusion:** It is essential to expand access to quality dental services and health promotion/education activities to the elderly. In this sense, dental professionals play a key role in detecting oral cancer at an early stage in the elderly, leading to early treatment for the best prognosis, thus minimizing possible comorbidities and death of these patients.

**Keywords:** Oral cancer. Diagnosis. Elderly. Prevention. Treatment.

## INTRODUÇÃO

O câncer bucal é uma doença altamente prevalente, ocupando o sexto lugar em termos de prevalência entre todos os cânceres em todo o mundo, atingindo 300 milhões de pessoas ou 2,1% do número total de casos de câncer registrados globalmente, sendo uma doença com baixa taxa de sobrevida (<50%), apesar da recentes avanços na detecção, tratamento e conhecimento da doença<sup>1</sup>. O câncer localizado tem taxa de sobrevivência de 82,4%, enquanto o câncer que se espalha regionalmente tem uma taxa de sobrevivência menor (57,3%). A taxa de sobrevida para o estágio avançado do câncer bucal (metástases à distância) é de apenas 34,9%<sup>1</sup>.

Os carcinomas de cabeça e pescoço, são o 5º tipo de câncer mais comum na população, com uma incidência mundial estimada de 780.000 novos casos por ano. Correspondem a 10% do total de tumores malignos<sup>2</sup>. O carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais frequente na cavidade bucal e em decorrência de metástases regionais, apresenta elevada taxa de mortalidade; os menos frequentes são os: sarcoma de Kaposi e carcinosarcoma e as localizações mais frequentes do câncer bucal são língua e palato. A sobrevida em 5 anos varia entre 18% a 62%, dependendo do gênero, etnia e localização anatômica<sup>2</sup>.

Dados mundiais mostram que são esperados 275.000 novos casos desta neoplasia por ano, e dois terços desses casos ocorrem em países em desenvolvimento e no Brasil o câncer bucal é considerado o décimo segundo mais tipo comum de câncer segundo o “Instituto Nacional do Câncer” (INCA)<sup>3</sup>. Estudos epidemiológicos mostram que a maioria dos indivíduos acometidos pela doença tem baixos níveis socioeconômicos, além das condições relacionadas com o aumento da exposição a fatores de risco, como tabagismo e consumo de álcool<sup>3</sup>.

Com a idade há uma deterioração gradual das funções fisiológicas, caracterizada pelo declínio dos mecanismos de ajuste, resultando na alteração do quadro clínico com o

qual as diversas doenças se apresentam<sup>3</sup>. Nesta fase a autonomia e a qualidade de vida estão ameaçadas caracterizadas por um aumento significativo na prevalência de doenças crônicas, alta comorbidade e aumento do uso de serviços de saúde e consumo de medicamentos<sup>3</sup>. O envelhecimento também é sinalizado por uma sequência de alterações moleculares ao nível das culturas celulares, outras das quais atuam favoravelmente ou inibem a formação de um fenótipo neoplásico<sup>3</sup>. Todas essas alterações moleculares no envelhecimento celular a tornam mais vulnerável à ação de carcinógenos<sup>3</sup>. A OMS prevê que entre os anos de 2015 e 2050, a proporção da população idosa mundial, especialmente aqueles com 60 anos e acima, irá dobrar em número de 12 para 22%<sup>4</sup>. O fenômeno do aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento também está associada a um aumento da carga de doenças crônicas, incluindo doenças bucais que geralmente são aumentadas com uma diminuição no funcionamento normal do corpo ao longo do tempo, perda de função, aumento da dependência de outros indivíduos, isolamento, deficiência, e redução da qualidade de vida<sup>4</sup>.

O envelhecimento da população nos países em desenvolvimento cresceu vertiginosamente, tornando-se um desafio fundamental para a saúde pública contemporânea<sup>5</sup>. Os efeitos cumulativos das doenças bucais, associados há anos sem a prática odontológica, torna precária a saúde bucal dos idosos<sup>5</sup>. O edentulismo, principal sequela nesta população, é um problema de saúde pública, uma vez que leva a importantes incapacidades, e os serviços atuais de prevenção e promoção da saúde, ainda apresentam dificuldades em oferecer as condições mínimas de reabilitação protética aos seus usuários<sup>5</sup>. As mais recentes projeções indicam que no Brasil até o ano de 2035, o grupo com 60 anos ou mais representará 20,9% da população e 30,4% em 2055<sup>6</sup>.

O estudo justifica-se pelo fato de que a população idosa está aumentando em todo o mundo e o câncer bucal é um dos problemas de saúde bucal com elevada prevalência nesta população<sup>1</sup>. O diagnóstico precoce do câncer bucal pode aumentar a sobrevida dos pacientes idosos, já que elevado número de pacientes com câncer bucal que atingem o estágio avançado da doença representa a maior dificuldade ao tratamento, uma vez que o prognóstico se torna pior à medida que a doença avança<sup>1</sup>.

O artigo tem como objetivo principal enfatizar a importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos, já que neste grupo etário em seus estágios iniciais o câncer pode ser desenvolver de forma mais silenciosa e sorrateira e o curso de declínio da doença se alterna com recessões e exacerbações que afetam profundamente não apenas o paciente, mas também toda a família e, portanto, todos os membros precisam de ajuda, pois

apresentam múltiplos problemas, necessitando de cuidados intensivos de suporte para reduzir a exacerbação, incerteza e ansiedade e aumentar a autoestima, o bem-estar geral, bem como sua função imunológica e sua sobrevivência<sup>7</sup>.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Estudo descritivo, qualitativo, que se pautou na revisão de literatura através de 10 artigos científicos nacionais (português) e 17 artigos internacionais (Inglês), utilizando as bases Bireme, Google Acadêmico e Pubmed, utilizando-se periódicos dos anos de 2016 a 2022, utilizando as palavras chaves: Câncer Bucal. Idoso. Diagnóstico. Prevenção. Tratamento.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Definição**

As doenças neoplásicas foram nomeadas como “câncer” por Hipócrates porque sua forma foi comparada ao caranguejo<sup>7</sup>. O câncer é geralmente uma das doenças mais graves da era moderna<sup>7</sup>. As estatísticas mostram que sua frequência aumentou e é a segunda causa mais comum de morte depois das doenças cardíacas<sup>7</sup>. Geralmente afeta pessoas mais velhas, embora haja muitos casos de adolescentes e crianças pequenas afetadas pela doença<sup>7</sup>. O termo câncer geralmente tem uso múltiplo para cerca de 100 doenças diferentes, incluindo tumores malignos (massa celular) de diferentes regiões, como cólon, leucemia, bem como sarcoma de tecido mole e osso<sup>7</sup>.

### **Incidência**

O carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço é marcada por um número crescente de pacientes com 65 anos ou mais, o que está em linha com as projeções globais para outros tipos de câncer<sup>8</sup>. Nos países desenvolvidos, mais da metade dos novos casos de carcinoma espinocelular são diagnosticados em idosos, o subtratamento representa um fenômeno generalizado e, juntamente com a mortalidade não oncológica, sugere-se ser uma importante causa dos piores resultados de tratamento observados nessa população<sup>8</sup>. Devido às alterações fisiológicas no metabolismo dos fármacos que ocorrem com o avançar da idade, as principais preocupações dizem respeito à administração da quimioterapia<sup>8</sup>. A quimiorradioterapia em pacientes com mais de 70 anos permanece um ponto de controvérsia devido à sua toxicidade possivelmente mais alta e benefício

questionável<sup>8</sup>. No entanto, evidências acumuladas sugerem que ele deve, de fato, ser considerado em casos selecionados quando a idade biológica é levada em consideração<sup>8</sup>.

Cerca de 60% dos cânceres ocorrem em pessoas de 65 anos de idade ou mais<sup>9</sup>. Além disso, cerca de 70% das mortes causados por câncer ocorrem nesta fase<sup>9</sup>. Tendo em conta o aumento na ocorrência de câncer e na qualidade de vida entre os população idosa, é necessária uma abordagem especial para a diagnóstico, tratamento e sobrevida de pacientes idosos com Câncer<sup>9</sup>.

No mundo estima-se que para o período de 2020 a 2040, haverá um aumento significativo em torno de 41,7% de novos casos de câncer bucal, com médias de 377.713 para 535.157, com 66,2% de casos atingindo idosos com 60 anos ou mais, com aumento de 194 mil casos em 2020 para 322 mil casos até o ano de 2040 em todo o mundo<sup>9</sup>. Só no Brasil, estima-se que só no período de 2020/2022, 11.200 novos casos em homens e 4.010 casos com mulheres<sup>9</sup>.

O índice de sobrevida de pacientes com câncer bucal é de 50% em 5 anos, quando diagnosticado nas fases iniciais variam de 53% a 68%, já em estágios mais avançados, este índice reduz para 41% a 27%. Estudos tem demonstrado 70 a 80% dos casos diagnosticados em estágios tardios da doença<sup>10</sup>.

## CLASSIFICAÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço refere-se a um grupo heterogêneo de neoplasias provenientes do trato aerodigestivo superior, incluindo cavidade oral e lábio, faringe, laringe, glândulas salivares, ouvido, cavidade nasal e seios paranasais<sup>8</sup>. Mais de 90% dos cânceres de cabeça e pescoço são de origem espinocelular e são classificados como carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço<sup>8</sup>.

Clinicamente as lesões da boca podem ser classificadas de: a) ulceradas (superficial quando situada paralelamente ao epitélio, infiltrante quando invade os tecidos subjacentes e infiltrante destrutiva, ocorrendo além de infiltração, a perda do tecido e a lesão se aprofunda constituindo-se uma lesão endofítica), b) nodulares (recobertas de mucosa normal) e c) vegetativas (exteriorizam-se, sendo denominadas de exofíticas) este tumor é bastante agressivo, com metastização cervical precoce<sup>12</sup>.

O carcinoma espinocelular tem maior prevalência entre 50 a 60 anos de idade, com gênero masculino o de maior frequência, sendo o assoalho bucal e língua as localizações mais comuns<sup>13</sup>. Quando este tumor invade as estruturas ósseas, classifica-se como T4, o que implica em um mau prognóstico<sup>13</sup>.

De acordo com o sistema TNM (Classificação de Tumores Malignos) e UICC (União Internacional para o Controle do Câncer), um tumor cancerígeno, é classificado da seguinte forma: T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, que é a extensão anatômica da doença, que se baseia na extensão anatômica da doença, sendo: quando caracterizado como primário (T), linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estando avançado quando classificados em estágio T3 ou T4 de acordo com a classificação do T<sup>10</sup>.

## FATORES ETIOLÓGICOS E SOBREVIDA

O câncer oral pode estar relacionado a fatores intrínsecos como: predisposição genética, deficiência de micronutrientes e imunológica e de fatores extrínsecos como o tabagismo, o álcool, a radiação solar para os localizados em lábio, além de possíveis infecções por micro-organismos como o Papiloma Vírus Humano (HPV)<sup>14,15</sup>. Este último, porém ainda com controvérsias em relação à associação direta do acometimento de câncer oral<sup>14,15</sup>.

Acredita-se que a doença relacionada ao HPV ocorra predominantemente em indivíduos de meia-idade<sup>16</sup>. Novas evidências, no entanto, sugerem o aumento da incidência de células escamosas orais câncer em pacientes idosos é uma consequência do aumento das taxas de Infecções por HPV, semelhante a outras neoplasias<sup>16</sup>.

As taxas de sobrevivência para o câncer de cabeça e pescoço variam dependendo do local envolvido (língua, palato e amígdalas), com uma média de 5 anos após diagnóstico<sup>14</sup>. O prognóstico é baseado no número de anos de sobrevivência após o tratamento. Pacientes com câncer de orofaringe com 65 anos ou mais têm resultados de sobrevida semelhantes os de pacientes mais jovens com câncer de cabeça e pescoço; no entanto, eles podem apresentar aumento da toxicidade aguda<sup>15</sup>.

### Prevenção

No Brasil, a rede de atenção primária é a entrada preferencial na rede pública através do sistema de saúde (SUS) servindo como um local para identificar fatores de risco, realizar diagnósticos e fornecer cuidados básicos para pacientes com câncer<sup>16</sup>. A partir de 2004, a política incluiu o diagnóstico de lesões da cavidade oral no âmbito dos exames de atenção primária<sup>16</sup>. Os profissionais de atenção primária devem realizar exames orais rotineiramente, permitindo a detecção de cânceres em estágio inicial e aumentando assim as chances de cura e sobrevida<sup>16</sup>. No entanto, apesar dos avanços na ampliação do

acesso à assistência dos serviços odontológicos, ainda há grandes desafios na estrutura e processo de trabalho na atenção primária, com um baixo nível de inclusão de dentistas em iniciativas de detecção precoce; além disso, em 2016 a política de saúde bucal cobria apenas 37% da população brasileira, ainda é precária as ações de triagem preventiva, com lacunas na formação profissional e desigualdades socioeconômicas. Estabelecer uma rede de diagnóstico que permita serviços de atendimento para identificar lesões potencialmente malignas é um passo importante na redução do número de indivíduos que procuram atendimento médico somente em estágio avançado da doença<sup>16</sup>.

Uma dieta saudável e um estilo de vida confortável, juntamente com a manutenção um peso corporal saudável e uma adequada higiene oral, são importantes para preservar uma saúde melhor entre indivíduos de todas as faixas etárias, especialmente a população envelhecida<sup>4</sup>.

As principais recomendações para este grupo etário são: 1) realização de exames orais periódicos juntamente com exames gerais exames; 2) Manter a boca úmida usando água ou saliva artificial; Participar de programas de educação e conscientização sobre saúde bucal para idosos, bem como para seus cuidadores; Manter uma boa higiene bucal e higiene da dentadura; Os idosos devem consultar com o cirurgião dentista periodicamente para uma avaliação oral<sup>4</sup>.

Em relação a prevenção, é fundamental que o idoso ou cuidador tenha acesso à informação como forma de prevenir o câncer bucal, tendo acesso a programas educativos específicos e com uma metodologia adaptada à sua condição, com uma educação preventiva em que informa os fatores de riscos que predispõe a doença, como: fumo, álcool, radiação solar, dieta, microrganismos e deficiência imunológica, ressaltando-se que a associação do uso do tabaco e álcool é ainda mais deletéria, elevando as chances de desenvolvimento dessa neoplasia, além de ter conhecimentos quanto ao autoexame bucal e uma avaliação clínica profissional periodicamente<sup>10</sup>.

### **Diagnóstico (Sinais e Sintomas)**

Estudos apontam 40% dos pacientes diagnosticados com carcinomas de células escamosas (lábio, cavidade oral, faringe e laringe) apresentam a doença precoce (estágios I e II). Os restantes 60% dos casos são diagnosticados com estádios avançados englobando tumores localmente avançados (estádios III e IVA/B) e metastáticos (estádio IVC). Apesar de uma abordagem multimodal, a maioria dos pacientes com lesão avançada desenvolve recorrências ou metástases distantes, de modo que a sobrevida global em 5 anos



geralmente não excede 60%<sup>8</sup>. A presença de metástases distantes ou doença recorrente, são inadequadas para cirurgia ou radioterapia, com um prognóstico ruim e uma sobrevida esperada na ordem de 6 a 10 meses<sup>8</sup>.

Nas fases iniciais o carcinoma espinocelular/epidermóide bucal, observam-se lesão ulcerada persistente acompanhada ou não de mancha branca, vermelha ou eritematosa, com bordas irregulares, sangrando com facilidade<sup>12</sup>. É realizado exames radiográficos, como a radiografia panorâmica, para análise se já há comprometimento ósseo da lesão. Em estágios avançados utilizam-se radiografias e tomografia computadorizada (TC) que vai possibilitar a interpretação das alterações existentes ocasionadas pelo câncer, avaliando o grau de infiltração e o envolvimento de corticais ósseas<sup>12</sup>. O exame histopatológico se apresenta com epitélio superficial displásico, com ilhas e cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas, quanto menor a diferenciação histológica, maior o grau de malignidade da lesão<sup>12</sup>.

No carcinoma espinocelular exhibe diferenciação escamosa apresentando formação de queratina, caracterizando-se pelo rompimento do epitélio, formando úlcera de consistência e base endurecida e que raramente tem consistência mole, possui um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão<sup>11</sup>. No exame físico extrabucal, verifica-se a presença de nódulo linfático e intrabucal, constata-se lesão ulcerada, sangrante, localizada no assoalho bucal e gengiva. A conduta realizada deve ser a biopsia e a peça obtida deve ser enviada à análise histopatológica para confirmar se trata-se de carcinoma espinocelular<sup>11</sup>.

O diagnóstico é baseado nos detalhes clínicos encontrado em relatórios histopatológicos, avaliando-se o estágio patológico, a disseminação, tamanho do tumor, grau, profundidade da invasão, invasão perineural, propagação nos êmbolos linfovasculares e extracapsular<sup>12</sup>.

A morbimortalidade do câncer oral é maior devido ao diagnóstico tardio, que em muitos é casos só é realizado em estágio avançados da doença, o que vai gerar longos tratamentos, com custo econômico e social elevado, o que acarreta um pior prognóstico, e em muitos casos a morte, invalidez e deformidades faciais<sup>13</sup>.

O câncer no idoso apresenta crescimento mais lento porque seu corpo já tem uma taxa mais lenta de desenvolvimento celular do que os dos jovens. Idosos com tumores têm pior prognóstico pelo fato de uma alta parcela de diagnóstico tardio<sup>9,13</sup>. As experiências pessoais e familiares são de medo e ocultação, e as fases terminais são dolorosas e cheias de Sofrimento, em que as pessoas muitas vezes retêm essas memórias emocionais e

tornam-se imune a novas informações<sup>9,13</sup>. As reações psicossociais ao câncer estão relacionadas a muitos aspectos pessoais, incluindo sociedade, cultura, educação e família<sup>9</sup>. A idade está associada a diferentes formas de lidar com a doença<sup>9</sup>. Os idosos acreditam que podem não resistir ao tratamento, tendo medo das consequências destes tratamentos, com reações psicológicas como ansiedade e depressão, relacionados a sentimentos de solidão, pouca vontade de fazer planos, pouca perspectiva de futuro, fadiga e desconfortos físicos<sup>9,13</sup>.

Os idosos muitas vezes não reconhecem a utilidade de detecção ou a importância de iniciar um comportamento saudável porque consideram que na idade deles não vale mais a pena<sup>8</sup>. Pessoas mais velhas muitas vezes não têm atitudes preventivas, por não verem a necessidade de mudar os estilos de vida ou visitar o médico antes de certas alterações ou desconfortos, muitos consomem álcool, são tabagistas, não tem uma dieta saudável, higiene adequada<sup>9</sup>.

Esta faixa etária também veio de uma época em que os detalhes do diagnóstico não são totalmente divulgados<sup>8</sup>. Por exemplo, os médicos do passado não explicavam aos pacientes sua condição real e prognóstico fatal. Embora essas abordagens estejam mudando, a tendência de não revelar o diagnóstico aos idosos pode ainda ser experimentado<sup>8</sup>. Nesse sentido, as famílias que têm contato com o profissional de saúde, tornam-se por vezes relutantes<sup>8</sup>. Esta condição sugere que o paciente parece retornar ao estágio de pediatria em que ele fica apenas à margem das famílias, especialmente nos países latinos, têm uma postura de atitude protecionista<sup>8</sup>. Essa atitude, que é para um bom fim, às vezes implica um obstáculo na comunicação<sup>9</sup>.

Algumas lesões são chamadas de pré-malignas ou pré-cancerosas uma vez que podem preceder um tipo de malignidade oral<sup>14,15</sup>. No entanto, é importante notar que nem todas essas lesões necessariamente progridem para um câncer de boca, e nem todos os cânceres orais são precedido por essas patologias<sup>14,15</sup>. Essas lesões incluem leucoplasia, eritroplasia, queilite actínica, líquen plano, atrofia por deficiência de ferro, sendo a leucoplasia, queilite actínica e eritroplasia as mais comuns e se manifestam na cavidade oral na forma de e manchas vermelhas, úlceras, bolhas, placas e pápulas, entre outros<sup>14,15</sup>. Conhecer a epidemiologia das lesões de tecidos moles é essencial para prevenir ou minimizar os danos causados por estas lesões, principalmente quando há registros insuficientes entre o período de detecção e confirmação do diagnóstico de câncer bucal<sup>13,17</sup>. Os serviços de saúde precisam um melhor acompanhamento de pacientes com lesões de

tecidos moles, particularmente os idosos, uma vez que o envelhecimento, uso de dentaduras são fatores de risco para desenvolver câncer<sup>14,15</sup>.

As evidências existentes enfatizam que as estratégias para reduzir os atrasos no diagnóstico devem incluir a otimização dos serviços de saúde bucal, que precisam ser acessíveis a todos, especialmente as populações mais vulneráveis e não assistidas como os idosos<sup>19,20</sup>. O planejamento da oferta de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, tem muitas desigualdades sociais<sup>19,20</sup>. Esse traço pró-equidade da ampliação do acesso aos serviços odontológicos do SUS é um aspecto importante, uma vez que há associação direta entre piores condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço<sup>19,20</sup>. Medidas como a realização de exames preventivos de rotina para detecção precoce e busca ativa da população com maior probabilidade de desenvolver a doença é prescrito nos principais documentos norteadores das ações de atenção primária à saúde bucal no Brasil<sup>19,20</sup>.

O câncer pode trazer grandes alterações anatômicas na cavidade oral do indivíduo e podem ocasionar alteração nas funções, incluindo a capacidade de falar, mastigar, e/ou deglutição levando substancialmente a prejuízo na qualidade de vida de sobreviventes de câncer<sup>4</sup>.

A mucosa oral serve como barreira protetora contra traumas, patógenos e agentes cancerígenos e pode ser afetada por uma ampla variedade de lesões e condições, algumas das quais podem ser inofensivas ou com graves complicações<sup>20</sup>. Conhecimento das características clínicas das lesões da mucosa oral, como morfologia, localização e duração auxilia no diagnóstico adequado e na identificação do tipo de lesão da mucosa oral<sup>20</sup>.

O câncer bucal apresenta lesões na cavidade oral ou nos lábios que não cicatrizam por mais de 15 dias; manchas/placas vermelhas ou esbranquiçadas na língua, gengivas, palato, mucosa jugal; nódulos no pescoço; rouquidão persistente<sup>10</sup>. Em estágio inicial, apresenta-se assintomático e pode ser confundido com lesões benignas<sup>10</sup>. Quando está em estágio avançado pode manifestar-se com dor, mobilidade dentária, trismo, parestesia, dificuldade de mastigar, de falar, respirar, disfagia, sangramento e até dor no ouvido<sup>10</sup>.

É fundamental o diagnóstico precoce, com avaliação profissional contínua, já que este é dificultado pelo fato das lesões iniciais serem muitas vezes assintomáticas, sobretudo no paciente idoso, que é um grupo de maior risco, o que vai possibilitar maiores chances de cura e aumento de sobrevida destes pacientes<sup>21</sup>.

É preciso incentivar o autoexame bucal destes pacientes e quando desta impossibilidade, devido a qualquer comorbidade, é necessário um acompanhamento por parte da família/profissional em saúde, já que grande parcela de casos de câncer bucal em

idosos no diagnóstico, apresenta-se em estágio avançado<sup>21</sup>. Neste contexto o cirurgião-dentista é um profissional que apresenta um papel preponderante neste diagnóstico, além de promover orientação quanto aos cuidados em higiene oral, além de outros profissionais de saúde que podem estar identificando alterações suspeitas<sup>22</sup>.

É de extrema importância o exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerígenas e tumores não sintomáticos, sendo uma estratégia de prevenção secundária em que se pode descobrir a doença em seus estágios iniciais, o que vai possibilitar um prognóstico mais favorável através de uma intervenção terapêutica com intervenções mais conservadoras e os resultados estéticos e funcionais melhores<sup>2</sup>.

A prevenção secundária ocorre mesmo antes de qualquer queixa clínica, o que possibilita um maior índice de cura, o não diagnóstico favorece a sequelas graves e até a morte do paciente<sup>10</sup>. Esta prevenção deve ocorrer nas consultas odontológicas, em rastreamentos ou consultas odontológicas consequentes da identificação de lesões suspeitas de câncer bucal após autoexame da boca<sup>11</sup>.

## TRATAMENTO

O tratamento em fase inicial, se baseia em estadiamento da lesão, onde se avalia primeiramente a classificação do tamanho do tumor (T), comprometimento dos linfonodos (N), presença de metástase (M), sendo o tratamento baseado em combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Radiações podem ocasionar como efeitos colaterais a osteorradionecrose, com efeitos deletérios nos osteoblastos, osteócitos e células endoteliais, reduzindo a capacidade do osso em se recompor de uma lesão<sup>13</sup>. Deve-se lembrar que os idosos têm outras condições físicas que às vezes os tornam mais frágil ou complexo, e os profissionais devem analisar cuidadosamente este estado geral antes de escolher um tratamento<sup>9</sup>.

A escolha do tratamento deve ser bem fundamentada pois pacientes idosos, caracterizam-se maior disfunção hormonal, diminuição da síntese proteica resultando em aumento da gordura corporal e diminuição da água corporal total e massa muscular, perda de glândulas sudoríparas, diminuição da motilidade e absorção, e diminuição e função renal<sup>23</sup>. Há também desregulação imunológica e reserva medular comprometida, cicatrização tardia de feridas e mau estado geral com morbidades associadas torna essa população ainda mais vulnerável a tratamentos mais agressivos<sup>23</sup>.

Há uma escassez de dados sobre como tratar idosos pacientes com células escamosas de cabeça e pescoço<sup>16</sup>. Paradigmas de tratamento neste paciente são

frequentemente derivadas da análise de subgrupo, dados retrospectivos, ou extrapolando e adaptando o tratamento projetado para uma população mais jovem e em forma<sup>16</sup>. Esta prática traz o risco de administrar terapia que leva a inaceitáveis eventos adversos ou, por outro fim do espectro, subtratando pacientes, que põe em risco a sua chance de cura e sobrevida a longo prazo<sup>16</sup>.

Câncer de células escamosas é normalmente tratado apenas com cirurgia ou radioterapia<sup>24</sup>. Recente novas terapias nestas áreas, como cirurgia robótica transoral ou Radioterapia com Intensidade Modulada (IMRT), permitir melhor controle do tumor, com menor incidência de longo prazo de efeitos adversos, oferecendo uma alternativa mais segura para pacientes idosos<sup>23</sup>. Enfatiza-se que a maioria das estratégias de tratamentos não foram rigorosamente estudadas nesta população de pacientes e randomizados ensaios controlados em pacientes idosos são necessários<sup>24</sup>. Os pacientes geriátricos são um grupo extremamente heterogêneo; portanto, é imperioso identificar pacientes que estão aptos e propensos a tolerar terapias curativas, em contraste com aqueles pacientes frágeis em que um intervenção paliativa é mais adequada<sup>24</sup>. Não há consenso sobre como medir a fragilidade, mas é claro que esta é uma síndrome que resulta de comorbidades, com alterações fisiológicas devido ao envelhecimento e está associado a um mau funcionamento fisiológico, que deixa os pacientes mais vulneráveis a um aumento carga de sintomas e uma tolerância reduzida para intervenções<sup>24</sup>.

Uma avaliação geriátrica feita antes ao tratamento é inestimável para decidir qual o melhor tratamento, incluindo avaliações de estado funcional, condições médicas comórbidas, estado psicológico, apoio social, estado nutricional, e uma revisão da lista de medicamentos, requerendo perícia para serem feitos com sucesso. Identificando o tratamento certo para um paciente idoso continua sendo desafio clínico complexo<sup>21</sup>.

A realização de cirurgia curativa em carcinomas de células escamosas orais, é uma tentativa em alcançar margens patologicamente seguras, mesmo entre casos localmente avançados para garantir melhor probabilidade de sobrevivência<sup>25</sup>. No entanto os resultados para casos localmente avançados, apresentam índices baixos de efetividade<sup>25</sup>. A presença de características patologicamente adversas como disseminação nodal capsular (ECS), invasão perineural (PNI), doença nodal N2 ou N3 e embolia vascular constituem fatores prognósticos adversos, indicando radioterapia adjuvante após a cirurgia, sendo portanto um desafio terapêutico, já que podem resultar em falhas que vão contribuir para a morte do paciente, sendo ainda a idade avançada um fator que impacta significativamente na sobrevida do paciente<sup>25</sup>.

Embora haja um aumento no número de pacientes idosos com câncer bucal, o manejo adequado destes pacientes permanece relativamente controverso<sup>26</sup>. Pacientes idosos comumente tem várias comorbidades, mau estado geral, falta de apoio socioeconômico, medo de várias complicações pós-operatórias, e percepção de uma vida curta<sup>26</sup>. Esses fatores podem interferir na decisão do médico sobre uma possível cirurgia<sup>26</sup>.

Condições médicas como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças hepáticas e pulmonares são fatores de risco para cirurgia em pacientes mais velhos e não a própria idade<sup>25</sup>. A presença de comorbidades em pacientes idosos é um indicador-chave contra a cirurgia porque as comorbidades aumentam o risco de complicações pós-operatórias, sendo portanto fundamental avaliar com precisão o estado pré-operatório de pacientes idosos para prevenir possíveis complicações pós-operatórias<sup>2</sup>.

Utiliza-se o índice CCI (Índice de comorbidade de Charlson), um método de pontuação para avaliar as condições e comorbidades que podem alterar o risco de mortalidade do paciente idoso<sup>26,27</sup>.

**Tabela 1)** Fatores a serem considerados para cirurgia em pacientes idosos com câncer bucal.

CCI	Pontuação	HN-CCI
-Infarto do miocárdio prévio -Insuficiência cardíaca congestiva	1	Insuficiência cardíaca congestiva
-Doença vascular periférica -Doença cerebrovascular	1	Doença vascular cerebral
-Demência		
-Doença pulmonar crônica -Doença reumatológica	1	Obstrutiva crônica Doença pulmonar
-Doença ulcerosa péptica	1	Doença ulcerosa péptica
-Doença hepática leve	1	Doença hepática
-Diabetes	1	Diabetes
-Cerebrovascular (hemiplegia) -Evento renal moderado e grave -Complicações crônicas do diabetes -Câncer sem metástase -Leucemia -Linfoma	2	
Doença do fígado moderada ou grave	3	
Tumor sólido metastático Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS)	6	

**Fonte:** CCI - Índice de comorbidade de Charlson / HN-CCI – (Cabeça e pescoço) Adaptado<sup>26</sup>.

Na escolha do tratamento, deve-se considerar que a idade “cronológica” nem sempre coincide com a idade “biológica”<sup>28</sup>. Geralmente, pacientes com câncer bucal são

frequentemente frágeis e frequentemente apresentam múltiplas comorbidades devido a seu estilo de vida pouco saudável<sup>27</sup>. Além disso, há evidências de que pacientes idosos com câncer podem receber tratamento menos agressivo e abaixo do ideal do que pacientes mais jovens com o mesmo estado da doença<sup>28</sup>. Por isso, na escolha do tratamento, é importante avaliar algumas características relacionadas ao paciente (performance status, comorbidade ou sintomas relacionadas à doença, expectativa de vida, adesão ao tratamento) e características relacionadas à tumor (estágio, classificação do tumor, redução de volume ou estratégias curativas), pois a idade pode não afetar o perfil de tolerabilidade do tratamento e negar a terapia padrão apenas a pacientes idosos com base na idade pode não ser inteiramente justificada<sup>28</sup>.

É fundamental no tratamento, uma multidisciplinaridade de profissionais, em um processo multidimensional definido e proposto para fornecer ferramentas de orientação e de decisões de tratamento, em uma abordagem abrangente, examinando estado funcional, comorbidade, cognição, estado de saúde mental, fadiga, status social e suporte, nutrição e presença de síndromes geriátricas, ajudando a diferenciar pacientes aptos ou não aptos para definir quem poderia tolerar uma abordagem de tratamento mais agressiva, identificando pacientes com maior risco de eventos adversos relacionados à quimioterapia<sup>28</sup>.

Devido à diminuição da função cardíaca, respiratória, renal e imunológica e a própria idade, a reconstrução cirúrgica pode aumentar complicações pós-operatórias e taxas de mortalidade. Portanto, este tipo de cirurgia tem sido um desafio para pacientes idosos<sup>26</sup>

## DISCUSSÃO

O câncer bucal é um importante problema de saúde. A OMS prevê um contínuo aumento mundial no número de pacientes com câncer bucal, em uma tendência nas próximas décadas<sup>8,9,10</sup>. No Brasil, a rede de atenção primária é a entrada preferencial na rede pública através do sistema de saúde (SUS) para identificar os fatores de risco<sup>17</sup>.

Cerca de 60% dos cânceres ocorrem em pessoas de 65 anos de idade ou mais<sup>9</sup>. Onde mais de 90% dos cânceres de cabeça e pescoço são de origem espinocelular e são classificados como carcinomas de células escamosas de cabeça e pescoço<sup>9,10,12,13</sup>.

O diagnóstico é baseado nos detalhes clínicos encontrado em relatórios histopatológicos<sup>12</sup>. Sendo que o diagnóstico precoce nos estágios I e II corresponde a uma taxa de sobrevida de 5 anos muito melhorada quando comparada com lesões nos estágios III e IV mais avançados<sup>11,15,20</sup>. Os idosos devem consultar com o cirurgião dentista

periodicamente para uma avaliação oral<sup>4,13</sup>. Nas fases iniciais no carcinoma espinocelular/epidermóide bucal, observam-se lesão ulcerada persistente acompanhada ou não de mancha branca, vermelha ou eritematosa, com bordas irregulares, sangrando com facilidade<sup>10,12,13,14,18,21</sup>. A otimização dos serviços de saúde bucal precisa ser acessível a todos, especialmente as populações mais vulneráveis e não assistidas como os idosos<sup>18,20</sup>.

Enfatiza-se ser fundamental incentivar o autoexame bucal destes pacientes e quando desta impossibilidade, devido a qualquer comorbidade, que seja realizado um acompanhamento por parte da família/profissional em saúde<sup>2,11,22</sup>.

O câncer bucal pode estar relacionado a fatores intrínsecos como: predisposição genética, deficiência de micronutrientes e imunológica e de fatores extrínsecos como o tabagismo, o álcool, a radiação solar para os localizados em lábio, infecções por micro-organismos como o HPV<sup>4,10, 11, 14,15,16</sup>.

O tratamento em fase inicial, se baseia no estadiamento da lesão<sup>9,13</sup>. A escolha do tratamento deve ser bem fundamentada em pacientes idosos<sup>16,21,23,26,28</sup>. O manejo adequado destes pacientes permanece relativamente controverso<sup>26</sup>, devido as comorbidades existentes, falta de apoio socioeconômico, medo de complicações pós-operatórios e percepção de vida curta<sup>26</sup>.

O tratamento cirúrgico desta doença continua a ser a base do tratamento. Outras terapias incluem opções de radiação e quimioterapia que podem ser usadas de forma adjuvante e paliativa<sup>11,24,25</sup>. Porém a presença de comorbidades em pacientes idosos é um indicador-chave contra a cirurgia<sup>2</sup>, devendo-se utilizar para realização ou não da cirurgia o índice CCI (Índice de cormobidade de Charlson)<sup>26,27</sup>.

Idosos com tumores têm pior prognóstico pelo fato de uma alta parcela de diagnóstico tardio<sup>9,14</sup> com grandes alterações anatômicas na cavidade oral<sup>4</sup>.

A presença de metástases distantes ou doença recorrente, são inadequadas para cirurgia ou radioterapia, com um prognóstico ruim e uma sobrevida esperada na ordem de 6 a 10 meses<sup>8</sup>.

A mensagem mais importante da literatura descrita pelos autores, é que a detecção precoce do câncer bucal em estágio inicial assintomático se traduz em termos gerais em resultados clínicos satisfatórios e cura na maioria dos pacientes<sup>1,3,4,8,9,11,15,16,17,20,23,24,25,26,27,28</sup>.



## CONCLUSÃO

É necessário ampliar o acesso a qualidade dos serviços odontológicos e atividades de promoção da saúde, incluindo a divulgação de informações sobre como prevenir o câncer bucal e da importância em se realizar o autoexame do câncer bucal nestes pacientes, intensificando programas de educação/prevenção aos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Neste sentido, os profissionais de odontologia desempenham um papel fundamental em detectar câncer bucal em estágio inicial no idoso, conduzindo ao tratamento precoce para o melhor prognóstico, minimizando assim possíveis comorbidades e o óbito em casos detectados tardiamente.

561

## REFERÊNCIAS

1. Wimardhani YS, Soegyanto AI, Pratiwi AR. Oral Cancer Knowledge among a Sample of Elderly People in Depok City, West Java, Indonesia. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* 2018, 18(1):1-9.
2. INCA – Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Boca. 2020. [Online] Available in:< <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>>. Acesso em: 18 jan 2021.
3. Amorim MM, Lisboa LJ, Conceição SS, Almeida TFA, Freitas VS. Social determinants of health and death by oral cancer in a unit of high complexity in oncology of a municipality of BahiaJ *Dent Public Health*. 2019;10(2):97-107.
4. Khanagar SBm Al-Ehaideb A, Shivanna MM, Haq IU, Kheraif AA, Naik S, Maganur P, Vishwanathiah S. Age-related Oral Changes and Their Impact on Oral Healthrelated Quality of Life among Frail Elderly Population: A Review. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 2020; 21(11): 1298-1303.
5. Barbosa LC, Moimaz SAS, Saliba NA, Saliba TA. Impact of oral conditions on the quality of life of elderly caregivers and oral health practices. *ABCS Health Sci*. 2020;45(1): 1-7.
6. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tabelas 2018 –Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. 2019. [Online] Available in: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 10 mar. 2022.
7. Kourkouta L, Iliadis C, Koukourikos K, Tsaloglidou A. Cancer in the Elderly. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 2018; 6(1): 870-875
8. Szturz P, Vermorken JB. Treatment of elderly Patients with Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Frontiers in Oncology* 2016; 6(1):1-14.

9. Estapé T. Cancer in the Elderly: Challenges and Barriers. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2018; 5(1): 40-42.
10. Lima AMC. Infográfico sobre câncer bucal para idosos, 2021, 91f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2021.
11. Lima AMC, Montenegro CPD, Oliveira CS, Miguel MGD. Avaliação do conhecimento de idosos sobre câncer bucal e diagnóstico precoce: revisão integrativa. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2019 [Online] Available in:< [https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/cieh/2019/PROPOSTA\\_EV125\\_MD3\\_ID2299\\_23052019211218.pdf](https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/cieh/2019/PROPOSTA_EV125_MD3_ID2299_23052019211218.pdf)>. Acesso em: 24 fev.2022.
12. Léu E, Gama MN, Marchi LF. Carcinoma espinocelular de boca: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Revista Científica da FHO-UNIARARAS*; 2018; 6(2): 69-75.
13. Soares TRA, Mamedes IFm Franco AVM, Peixoto FB, Ferreira SMS. Carcinoma epidermóide causando grande destruição em mandíbula: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2018; 18(119): 1-9.
14. Silva LGD, Alves ML, Severo MLB, Medeiros WKD, Ferreira AM, Miguel MCC, Silveira EJD. Lesões Orais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2018; 64(1): 35-43.
15. Kowalski LP, Oliveira MM, Lopez RVM, Silva DRM, Ikeda MS, Curado MP. Survival trends of patients with oral and oropharyngeal cancer treated at a cancer center in São Paulo, Brazil. *Clinics* 2020; 75(1): 1-8.
16. Santana-Davila, R. Head and Neck Cancer in Elderly Patients: What to Do When Data Are Limited? *Clinical Review* 2018; 14(9):549-551.
17. Rocha TAH, Thomaz EBAF, Cristina da Silva N, Queiroz RCS, Souza MR, Barbosa ACQ, et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral Câncer. Rocha et al. *BMC Cancer* 2017; 17(1): 1-11.
18. Saintrain MVL, Bandeira ABV, Pequeno LL, Bizerril DO, Marques PLP, Viana FAC. Oral health of older people: tracking soft tissue injuries for the prevention of oral cancer *Rev Esc Enferm USP* 2018;52(1): 1-7.
19. Cunha AR, Prass TS, Hugo FN. Mortalidade por câncer de boca e orofaríngeo no Brasil: o impacto da Política Nacional de Saúde Bucal, *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(12):1-12.
20. Hohini S, Sherlin HJ, Jayaraj G. Prevalence of oral mucosal lesions among elderly population in Chennai: a survey. *J Oral Med Oral Surg* 2020;26(10): 1-5.
21. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, STOPA SR, Moreira Filho DCM. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Gerontol.* 2020; 23(2): 1-12.

22. Torquato LP, Schmidt DB. Promoção da saúde bucal e o idoso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, Revisão de Literatura*; 2020; 61(2): 64-70.
23. Malik A, Mishra A, Chopda P, Singhvi H, Nair S, Nair D, et al. Impact of age on elderly patients with oral cancer, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2018; 5(1): 1-9.
24. Gomes LC, Macena FCS, Ferreira VS, Barreto VR. Revisão de literatura: câncer de boca diagnóstico e fatores de riscos associados. *Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras*, 2018; 5 (4): 655-670.
25. Perera IR, Jayasuriya NSS, Jinadasa HGH, Kodituwakku KHB, Kandegedara S, Attygalla AM, et al. Impact of Age on Prognostic Treatment Outcomes Among Oral Squamous Cell Carcinoma Patients: Evidence from Sri Lanka. *Arch Dent*. 2021; 3(1):1-7.
26. Lee ST, Kim JW. Factors to consider for surgical in elderly patients with oral cancer. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg* 2021;47(1):388-393.
27. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Association of the Charlson index with risk classification, clinical aspects, and emergency outcomes. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56(1): 1-9.
28. Fasano M, D’Onofrio I, Belfiore MP, Angrisani A, Caliendo V, Corte CMD, et al. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in Elderly Patients: Role of Radiotherapy and Chemotherapy. *Cancers* 2022, 14(1):1-15.