



COMPETÊNCIAS DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE AO CARCINOMA ESPINOCELULAR BUCAL: REVISÃO DE LITERATURA

SKILLS OF THE DENTIST IN THE FACE OF ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA: A LITERATURE REVIEW

Mateus dos Santos MOURA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: Mm4240636@gmail.com
ORCID 0009-0007-6515-5635

Patrícia Nonata Paixão BEZERRA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.patricia.bezerra@faculdefacit.edu.br
ORCID 0009-0003-9274-3564

Ângela Maria Dias MORAIS
Faculdade de Ciências do Tocantins-FACIT
E-mail: angela.morais@faculdefacit.edu.br
ORCID 0009-0006-0445-9814

982

RESUMO

Introdução: Com relação ao câncer de cabeça e pescoço, a neoplasia maligna que mais acomete a boca e com maior frequência é o Carcinoma Espinocelular Bucal, também chamado de Carcinoma de Células Escamosas ou Carcinoma Epidermóide Bucal. **Objetivo:** Analisar a atuação do cirurgião dentista no reconhecimento do Carcinoma Espinocelular Bucal, bem como a sua responsabilidade diante desta patologia. **Métodos:** Este trabalho, em forma de revisão de literatura, foi construído com base em leituras, análises de dados literários e estatísticos, fichamentos e resumos com as principais ideias que estejam de acordo com objetivo aqui buscado. Foram analisados arquivos dos anos de 2014 a 2022. **Resultados:** O Carcinoma Espinocelular Bucal é uma doença insidiosa, não tem a aparência clínica de uma neoplasia maligna e muitas vezes é erroneamente diagnosticado como uma das muitas lesões inflamatórias do periodonto. **Conclusões:** A detecção precoce do Carcinoma Espinocelular Bucal é vital, pois o prognóstico está diretamente relacionado ao tamanho da lesão. Lesões com menos de 1 cm são passíveis de tratamento e têm prognóstico de longo prazo. Assim, é prudente fazer biópsia de qualquer lesão inexplicada que permaneça após 2 semanas

após a remoção de qualquer agente etiológico suspeito para evitar atrasos desnecessários no diagnóstico de tais condições.

Palavras-chave: Patologia. Câncer bucal. Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: With regard to head and neck cancer, the malignant neoplasm that most affects the mouth and most frequently is Oral Squamous Cell Carcinoma, also called Squamous Cell Carcinoma or Oral Squamous Cell Carcinoma. **Objective:** To analyze the performance of the dental surgeon in the recognition of Oral Squamous Cell Carcinoma, as well as his responsibility in the face of this pathology. **Methods:** This work, in the form of a literature review, was built on the basis of readings, analysis of literary and statistical data, records and summaries with the main ideas that are in accordance with the objective pursued here. Files from 2014 to 2022 were analyzed. **Results:** Oral Squamous Cell Carcinoma is an insidious disease, it does not have the clinical appearance of a malignant neoplasm and is often misdiagnosed as one of the many inflammatory lesions of the periodontium. **Conclusions:** Early detection of Oral Squamous Cell Carcinoma is vital, as the prognosis is directly related to the size of the lesion. Lesions smaller than 1 cm are treatable and have a long-term prognosis. Thus, it is prudent to biopsy any unexplained lesions that remain beyond 2 weeks after removal of any suspected etiologic agent to avoid unnecessary delay in diagnosing such conditions.

Keywords: Pathology. Oral cancer. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Uma célula com seu DNA modificado pode dá origem a um outro conjunto celular chamado de neoplasia, sendo classificada em benigna ou maligna¹. Segundo dados patológicos, o câncer é considerado uma neoplasia maligna que pode afetar os tecidos ou sistemas de um ser vivo, modificando sua forma e função². O câncer é uma complicação de alta complexidade, em decorrência de sua modificação celular, o que se faz necessário estudos constantes para alcançarem a cura ao máximo possível. A busca

por tratamentos é algo que exige muita dedicação e esforço dos pesquisadores nessa área³.

Segundo pesquisas realizadas pelo INCA – Instituto Nacional do Câncer, acontecem cerca de 8 milhões de mortes por causa do câncer no mundo todos os anos, e espera-se um crescente nesses dados nos próximos anos caso não sejam detectados e tratados⁴. Os casos de neoplasias malignas são diagnosticados com frequência nos anos atuais, e diante do modo progressivo, é essencial e necessário a atuação de profissionais capacitados no reconhecimento destas patologias, bem como seu diagnóstico e determinação de um tratamento adequado. Também precisam conscientizar a população sobre os riscos e prevenção, no intuito de minimizarem esses dados⁵.

Com relação ao câncer de cabeça e pescoço, a neoplasia maligna que mais acomete a boca e com maior frequência é o Carcinoma Espinocelular Bucal – CEB, também chamado de Carcinoma de Células Escamosas ou Carcinoma Epidermóide Bucal⁶. As características clínicas do CEB são tecidos ulcerados, base rígida, podendo apresentar núcleo em necrose, bordas em relevo e bem diferenciadas, sendo assintomático ou não, além de uma modificação celular rápida e invasão tecidual acelerada⁷. O aparecimento dessa neoplasia de etiologia multifatorial na cavidade oral depende de fatores genéticos, ambientais e socioeconômicos na qual o portador está inserido, cometendo todos os sexos, porém com alta prevalência em homens na segunda idade, acima dos quarenta anos de idade, com perfil etilista e tabagista, correspondente em mais de 75% dos casos relatados⁸.

O reconhecimento deste tumor maligno precocemente, bem como o seu diagnóstico na fase inicial, traz ao paciente um bom prognóstico na maioria dos casos, uma vez que a probabilidade de cura é de quase 90% no começo da reprodução celular cancerosa⁹. Espera-se uma maior atuação do cirurgião dentista no diagnóstico da CEB, por ser um profissional especializado e habilitado para examinar a cabeça, o pescoço, a boca e seus anexos, e por estarem em alto número dentre os profissionais da saúde formados no Brasil¹⁰. Cabe ao odontólogo participar frequentemente de forma ativa na conscientização das pessoas sobre a prevenção dos variados tipos de câncer de cabeça e pescoço, em especial do CEB, bem como o seu diagnóstico precoce e tratamento adequado¹¹.

O presente trabalho objetivou analisar a atuação do cirurgião dentista no reconhecimento do Carcinoma Espinocelular Bucal, bem como a sua responsabilidade diante desta patologia.

MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho, em forma de revisão de literatura, foi construído com base em leituras, análises de dados literários e estatísticos, fichamentos e resumos com as principais ideias que estejam de acordo com objetivo aqui buscado. Foram analisados arquivos dos anos de 2014 a 2021 de língua inglesa, portuguesa e espanhola presentes nas bases de pesquisas como o Google Acadêmico, BVS, Pubmed e Scielo, além de livros de patologia consultados na biblioteca física da Faculdade de Ciências do Tocantins. Foram descartados trabalhos anteriores aos anos de seleção. Para a busca, usou-se as seguintes palavras-chaves: patologia, câncer bucal, diagnóstico.

REVISÃO DE LITERATURA

O carcinoma espinocelular bucal (CEB) pode assumir várias formas clínicas. Pode assemelhar-se a uma leucoplasia verrucosa, uma eritroleucoplasia ou uma eritroplasia, qualquer uma das quais pode eventualmente evoluir para uma úlcera de aspecto necrótico com aspecto irregular, bordas endurecidas elevadas, ou em um exofítico de base ampla com textura superficial que pode ser verrucosa, áspera ou relativamente lisa. Quando traumatizado, o CEB sangra facilmente e geralmente é indolor. Lesões grandes podem interferir na fala, mastigação ou deglutição⁸.

O desenvolver do CEB é imprevisível, mas o estágio do tumor primário correlaciona-se bem com a taxa de sobrevivência. O prognóstico é melhor quando o tumor principal é pequeno, e não há evidência de envolvimento de linfonodo regional ou metástase à distância. Na verdade, a taxa de sobrevivência de pessoas com CEB em estágio inicial de acordo com o sistema de estadiamento patológico, pode chegar a 80% - 90%, enquanto a taxa de sobrevivência para CEB em estágio avançado é de cerca de 40%¹².

Cerca de dois terços dos CEB já são de tamanho substancial e terão metástases clinicamente detectáveis para linfonodos cervicais no momento do diagnóstico. Os linfonodos afetados são firmes e não sensíveis à palpação e, se extracapsulares, se

espalham para os arredores tecido conjuntivo onde ocorreu primariamente¹³. É importante ressaltar que em cerca de 20% - 40% dos casos sem evidência clínica ou de imagem de disseminação metastática no momento do diagnóstico do CEB, o exame histopatológico dos linfonodos regionais mostrará crescimento metastático⁹. A presença de disseminação é associada a uma alta taxa de recorrência local e regional, metástase e mortalidade. Cerca de 8% de pacientes com CEB terão metástases no momento do diagnóstico, mais frequentemente para os pulmões¹¹.

Fatores importantes no momento do diagnóstico do CEB que determinam a sobrevida, são a presença de metástases linfonodais, o tamanho (dimensão superficial), profundidade (extensão da infiltração local) do carcinoma, local anatômico oral afetado e o grau histopatológico do carcinoma¹. Após o tratamento, os fatores correlacionados com a sobrevida serão se as margens dos carcinomas ressecados que estavam livres de células carcinomatosas invasoras, pois isso determinará se haverá recorrência local; e se um segundo tumor se desenvolverá ou não no mesmo ou em um outro campo tecidual pré-cancerizado⁵.

O carcinoma espinocelular de lábio, palato duro e gengiva maxilar raramente tem fase metastática para linfonodos regionais, e geralmente segue um curso relativamente indolente e tem um prognóstico relativamente favorável, enquanto o CEB da língua, do assoalho da boca e da gengiva mandibular frequentemente apresentam metástase para linfonodos regionais e são mais agressivos com prognóstico menos favorável¹⁴. No geral, os CEBs da parte posterior da cavidade oral são muito mais propensos a metástase para linfonodos regionais do que são CEBs comparáveis da parte anterior da cavidade oral¹⁵.

Embora o grau de diferenciação histológica do CEB reflète a capacidade agressiva do tumor, parece que, como fator independente, não influencia significativamente o prognóstico. Por outro lado, a profundidade da infiltração do tumor determinada histopatologicamente correlaciona-se significativamente com o prognóstico. Os CEBs que se infiltraram mais de 5 mm nos tecidos subjacentes, são mais propensos a metástase para linfonodos com pior prognóstico⁷.

Há uma grande variação no que diz respeito à incidência e mortalidade por CEB entre diferentes países, entre diferentes localizações geográficas e entre grupos étnicos/raciais. Isso pode ser atribuído à exposição a diferentes fatores ambientais e a

fatores étnicos específicos hábitos de alto risco, sendo mais prevalente em países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos².

A disparidade racial no que diz respeito ao estágio de oralidade do CEB, e no que diz respeito ao resultado do tratamento, é provocada por uma complexa interação de fatores. Isso é possível que o CEB patobiologicamente seja mais agressivo em negros do que em brancos, ou que por razões culturais, educacionais e socioeconômicas os negros demorem mais antes de procurar aconselhamento médico do que os brancos⁶. Assim enquanto status socioeconômico, nível educacional, influências culturais e acesso limitado aos serviços de saúde não desempenham qualquer papel direto no desenvolvimento do CEB, eles influenciam indiretamente a maior morbidade e mortalidade em pessoas com situação socioeconômica desfavorecida³.

O tratamento do CEB geralmente requer os serviços de uma equipe multidisciplinar. O objetivo primordial do tratamento, é erradicar o câncer, prevenir reincidência, e na medida do possível restaurar a forma e função das partes afetadas¹⁶. A seleção de uma modalidade de tratamento específica é ditada pela natureza do carcinoma e pelo estado geral do paciente. Fatores relacionados ao carcinoma incluem o local específico afetado, o tamanho clínico, a extensão da lesão local, invasão, características histopatológicas, envolvimento e metástase à distância. Os fatores do paciente incluem idade, estado geral de saúde, histórico de CEB na família e hábitos de alto risco¹⁰.

Várias modalidades estão disponíveis para o tratamento do CEB. Estes incluem excisão/resseção, radioterapia, quimioterapia citotóxica sistêmica e bloqueio do receptor do fator de crescimento epitelial (EGF-R), ou uma combinação destes, simultaneamente ou em uma sequência ordenada⁸. A cirurgia é o tratamento de primeira linha preferido de pequenos tumores acessíveis. No entanto, o CEB em estágio avançado é geralmente tratado por um programa de tratamento combinado de cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Em casos de CEB recorrente, o uso de inibidor de EGF-R juntamente com quimiorradioterapia, é a primeira linha de tratamento¹¹.

A importância da presença de epitélio displásico em margens livres de carcinoma pós-remoção é de importância discutível, mas geralmente não é considerada uma forte indicação para tratamento adicional. Vinte a trinta por cento dos casos de ressecção de CEB com margens adequadas, maiores que 5 mm, livres de

tumor, conforme evidenciado no exame histopatológico, pode desenvolver “recorrência” local ou contígua. Existem duas explicações possíveis para essa alta taxa de recorrência. Em primeiro lugar, alguns queratinócitos carcinomatosos podem ter permanecido nas margens da ferida, mas porque eram tão poucos, eles não foram detectados pelo exame histopatológico; em segundo lugar, o grande campo de epitélio pré-cancerizado compreendendo queratinócitos pré-cancerosos em diferentes estágios de transformação a partir dos quais o carcinoma primário se desenvolveu, não foi removido no procedimento cirúrgico. O epitélio de um campo de pré-cancerização pode parecer normal microscopicamente, ou pode ser displásico¹⁴.

O objetivo geral da prevenção do câncer é reduzir a incidência da doença; e do controle do câncer é detectar a doença em seus estágios iniciais e instituir prontamente um tratamento eficaz e eficiente¹². Medidas dirigidas ao público para reduzir a incidência de CEB, e alertar aqueles em risco para os benefícios detecção precoce, deve incluir educação sobre os fatores de risco associados à doença, sobre os primeiros sinais e sintomas da doença, e sobre os perigos em caso de demora na procura por um aconselhamento profissional⁷.

As medidas profissionais devem incluir a disponibilização de tratamento eficiente, e de programas de triagem para populações de alto risco, com o intuito a identificação de distúrbios bucais potencialmente malignos¹. Sendo assim, o cirurgião-dentista, o profissional especialista em saúde bucal, desempenha forte papel no reconhecimento do CEB, além de repassar informações necessárias para a prevenção do mesmo aos seus pacientes. Em caso de suspeita, o odontólogo deve solicitar exames comprobatórios, e encaminhar o paciente para ter acompanhamento médico em unidades de diagnóstico de câncer⁴.

Cabe ao cirurgião dentista participar ativamente em campanhas para promoção de saúde, alertar a população sobre os possíveis riscos que favorecem o desenvolvimento de patologias, principalmente aquelas com maior prevalência na cavidade oral¹. O tabagismo e etilismo são os determinantes principais para o desenvolvimento do CEB⁹. O aconselhamento sobre boas práticas preventivas é de suma importância porque, em geral, o não uso do tabaco e consumo moderado de bebidas alcoólicas, juntamente com um aumento de frutas e vegetais frescos na dieta, pode reduzir a incidência de CEB em quase 80%¹⁵.

Muitos dentistas não realizam rotineiramente exames de tecidos moles orais para aqueles pacientes que são conhecidos por praticar hábitos associados ao aumento do risco de câncer bucal⁷. No entanto, para aumentar a taxa de diagnóstico precoce de CEB, os variados profissionais de saúde, em especial o cirurgião-dentista, devem fazer questão, sempre que possível, de examinar a boca como parte de um exame geral. Se forem detectadas quaisquer lesões suspeitas dos tecidos moles orais, o paciente deve ser encaminhado a um médico para uma investigação mais aprofundada⁹.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Segundo o INCA - Instituto Nacional do Câncer⁴ (2016), o câncer bucal é um importante problema de saúde pública global com 5.000.000 de novos casos diagnosticados anualmente. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, o câncer bucal refere-se a um subgrupo de neoplasias malignas de cabeça e pescoço que se desenvolvem nos lábios, língua, glândulas salivares, gengiva, assoalho da boca, orofaringe, superfícies bucais e outras localizações intraorais.

Scutti⁸ et al. (2016), como ponto negativo, estes defendem em sua tese, que apesar dos rápidos avanços nas modalidades de tratamento, o câncer bucal ainda continua sendo uma doença com risco de vida, sem melhora notável no prognóstico e na sobrevida, devido ao diagnóstico tardio ou erro de diagnóstico, seja por parte do cirurgião-dentista, médico patologista ou médico de cabeça e pescoço.

Para Perea⁹ et al. (2018), em discordância com os autores anteriores, apesar da cavidade oral ser passível de triagem e exame clínico de rotina para alterações malignas e, portanto, em teoria, essas alterações deveriam ser mais facilmente detectadas e diagnosticadas em estágios iniciais, levando a um tratamento mais eficaz, mas na prática não ocorre assim devido à sua variada apresentação clínica relacionada ao local, e que a doença oral maligna é muitas vezes difícil de se distinguir das lesões orais benignas.

Da Silva¹³ et al. (2018), concorda com Perea⁹ et al. (2018), e considera que o CEB é uma doença insidiosa, não tem a aparência clínica de uma neoplasia maligna e muitas vezes é erroneamente diagnosticado como uma das muitas lesões inflamatórias do periodonto. O CEB geralmente surge da mucosa queratinizada, mais frequentemente

na mandíbula posterior, onde destrói a estrutura óssea subjacente causando mobilidade dentária.

Fernandes e Fraga¹⁶ (2019), estudaram o prognóstico do CEB em pacientes dentados diagnosticados após procedimentos invasivos como curetagem e extração, e constataram que a invasão óssea foi observada em 75,8% dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos e nos 24,2% pacientes restantes a invasão óssea não foi demonstrada provavelmente porque o procedimento incluiu remoção de dentes flutuantes sem curetagem. Esse resultado sugere que a remoção de dentes flutuantes sem curetagem pode não disseminar as células cancerígenas na medula óssea.

Uma abordagem tão cautelosa deve ser exercida no manejo de tais lesões suspeitas, visando a prevenção de eventos adversos. O prognóstico com carcinomas orais depende do subtipo histológico e da extensão clínica do tumor. Para Guedes¹⁵ et al. (2021), se a neoplasia for pequena e localizada, a taxa de cura em 5 anos fica em torno de 60%~70%; no entanto, se ocorrer metástase nodal cervical, a taxa de sobrevivência cai para cerca de 25%, sugerindo que o diagnóstico precoce é imperativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A detecção precoce do CEB é vital, pois o prognóstico está diretamente relacionado ao tamanho da lesão. Lesões com menos de 1 cm são passíveis de tratamento e têm prognóstico de longo prazo. Assim, é prudente fazer biópsia de qualquer lesão inexplicada que permaneça após 2 semanas após a remoção de qualquer agente etiológico suspeito para evitar atrasos desnecessários no diagnóstico de tais condições. Cabe ao cirurgião-dentista conscientizar a população sobre os riscos de câncer de cabeça e pescoço, bem como os determinantes que acarretam os mesmos. Em caso de suspeita, o CD não pode negligenciar o atendimento, deve fazer uma pesquisa mais profunda sobre o estado do paciente e encaminhar ao especialista responsável pelo diagnóstico e tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Crossman T, Warburton, F, Richards MA, et al. Role of general practice in the diagnosis of oral cancer. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2015.

2. Moro JS, Maroneze MC, Ardenghói TM, et al. Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevivência. *Revi. Einstein (São Paulo)*. 2018; 16(8).
3. Elrefaey S, Massaro MA, Chiocca S, et al. HPV in oropharyngeal cancer: the basics to know in clinical practice. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2014; 34(5).
4. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa de Câncer no Brasil; 2016. Acesso em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/mapa.asp?ID=9>
5. Jessica NCP, Quantidade de Casos Diagnosticados com Câncer de Cabeça e Pescoço, no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital da Fap, em 2013, Campina Grande. 2015; 51.
6. Sousa ACM, Fernandes BOF, Lacerda ES, et al. Carcinoma espinocelular oral: uma abordagem sob o ponto de vista odontológico. *Revista de Estudos Interdisciplinares*. 2017; 1(1)
7. Andrade SN, Muniz LV, Soares JMA, et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento e conduta dos dentistas na atenção primária à saúde. *Ver Bras Odonto*. 2014; 71: 42- 47
8. Scutti JAB, Pineda M, Mererick JRE, et al. Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço (HNSCC): desvendando os mistérios do microambiente tumoral. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016; 70(2): 63-69.
9. Perea LME, Peres MA, Boing AF, et al. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev Saude Publica*. 2018; 52(10): 27-33.
10. Andrade JOM, Santos CAST, Oliveira MC. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(4): 467- 476.
11. Agra G, Gouveia BLA, Sousa ATO, et al. Cuidados paliativos de enfermagem a paciente com carcinoma espinocelular de boca: estudo de caso clínico. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(6): 2149-58.
12. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. 2014: 41- 70.
13. Da Silva BS, Corrêa GTB, Oliveira KB, et al. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas da rede pública sobre câncer bucal: Revisão de literatura. *ID on line revista de psicologia*. 2018; 12(42): 1018-1026
14. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. *Rev. Enf. UFPE online*. 2017; 11(11): 4273- 81

15.Guedes CFV, Costa Santana R, Leles AC. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura. SciGen. 2021; 2(2):165-76.

16.Fernandes IS, Fraga CPT. A importância do cirurgião-dentista nos efeitos adversos na cavidade bucal do tratamento oncológico de cabeça e pescoço. Revista Científica UMC. 2019; 4(1): 1-16.