

Artigo de Relato de Caso
Case Report Article

Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio

Evaluation of 14 cases of oral squamous cell carcinoma with delayed diagnosis

Renata TUCCI*
Fabiano Tonaco BORGES**
Paulo Henrique Souza CASTRO***
Arlindo ABURAD****
Artur Aburad de CARVALHOSA****

Endereço para correspondência:
Address for correspondence:

Renata Tucci
Centro de Diagnóstico Odontológico do Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Treinamento em Odontologia (Cetao) – SP
Av. Indianópolis, 153 – Moema
CEP 04063-000 – São Paulo – SP
E-mail: renata-tucci@uol.com.br

* Coordenadora do Centro de Diagnóstico Odontológico do Cetao e pesquisadora do Instituto de Pesquisa em Saúde (Inpes). Doutora em Patologia Bucal pela Fousp.

** Cirurgião-dentista do Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais (Ceope) – Cuiabá – MT. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista (FOA-Unesp).

*** Coordenador do Serviço de Estomatologia do Hospital do Câncer de Cuiabá. Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

**** Patologistas bucais do Ceope. Doutores em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp).

Recebido em 20/7/2009. Aceito em 17/9/2009.
Received on July 20, 2009. Accepted on September 17, 2009.

Palavras-chave:

carcinoma epidermoide;
câncer de boca;
diagnóstico.

Resumo

Introdução: Processos patológicos de diversas causas, como doenças infecciosas, inflamatórias, imunológicas, alérgicas, sistêmicas e traumáticas, acometem frequentemente a cavidade bucal. A responsabilidade do diagnóstico de todas essas lesões é do cirurgião-dentista. Da mesma forma, é dele a responsabilidade pelo diagnóstico do câncer de boca. A cavidade bucal permite a visão direta das estruturas, fato que facilita a identificação de lesões iniciais; consequentemente deveria haver maior probabilidade de diagnósticos precoces de lesões bucais. Mas observam-se ainda nos dias de hoje muitos casos de câncer

bucal diagnosticados tardiamente no Brasil. O atraso no diagnóstico implica um pior prognóstico e diminuição na taxa de sobrevivência dos pacientes. **Objetivo, relato de caso e conclusão:** O objetivo deste trabalho é relatar casos clínicos de carcinomas epidermóides de boca diagnosticados em estágio avançado no Departamento de Estomatologia do Hospital do Câncer de Cuiabá (MT, Brasil), assim como discutir as principais razões que levam ao atraso do diagnóstico, sugerindo ações para modificação desse quadro.

Keywords: carcinoma, squamous cell; oral cancer; diagnosis.

Abstract

Introduction: Pathological processes of several causes such as infectious, inflammatory, immunological, allergic, systemic and traumatic diseases often affect the oral cavity. The dentist is responsible for the diagnosis of these oral lesions. Likewise, the dentist is responsible for the oral cancer diagnosis. The oral cavity allows direct visualization of the structures, which facilitates the identification of initial lesions and, consequently, there should be a higher probability of early diagnosis of oral lesions. However, there are still many cases of oral cancer in Brazil with delayed diagnosis, which implies a worse prognosis and a decrease in the survival rate of patients. **Objective, case report and conclusion:** The aim of this work is to report oral squamous cell carcinoma cases with delayed diagnosis in the Stomatology Department of the Cuiabá Cancer Hospital (MT, Brazil), as well as to discuss the main reasons that lead to the delay in diagnosis, besides giving suggestions to modify this situation.

Introdução

O câncer de boca é a quinta neoplasia maligna mais frequente em homens e a sétima mais presente em mulheres no Brasil [9, 10]. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estima 14.160 ocorrências para o ano de 2008 [12]. Mais de 90% dos casos de câncer que ocorrem na boca são de carcinoma epidermoide (CE) [1], também conhecido como carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular. Esse tipo de neoplasia acomete mais homens entre a quarta e a sexta década de vida, principalmente em indivíduos expostos aos fatores de risco mais relacionados à etiopatogênese do carcinoma epidermoide de boca (CEB): tabagismo, etilismo crônico e radiação solar, no caso de câncer de lábio [15, 21]. Evidentemente os fatores genéticos pertinentes a cada indivíduo devem ser considerados na etiopatogênese do CEB [20]. Clinicamente o CEB aparece como lesões brancas, eritoplásticas ou ulcerações na mucosa, acometendo com maior frequência lábio inferior na região extraoral e língua, assoalho de boca, palato mole e rebordo alveolar na cavidade bucal [15].

O cirurgião-dentista tem de estar atento a qualquer alteração na mucosa bucal de seus pacientes. Deve-se suspeitar das lesões que apresentam aspecto ulcerado, bordas evertidas, endurecidas e que não cicatrizam após 15 dias. Quando o diagnóstico do

CEB é realizado precocemente, o paciente pode ter melhor qualidade de vida e alta taxa de sobrevivência. O inverso pode ser dito sobre os pacientes com diagnóstico tardio. Os objetivos deste trabalho foram analisar e discutir 14 casos de CEB diagnosticados tardiamente.

Relato de caso

Os casos clínicos apresentados neste trabalho são de pacientes atendidos no serviço de Estomatologia do Hospital do Câncer de Cuiabá, no período compreendido entre janeiro de 2004 e dezembro de 2006. Todos os casos tiveram o diagnóstico histopatológico confirmado após realização de biópsia. As características clínicas das lesões e as informações importantes sobre cada caso são relatadas na tabela I e estão ilustradas nas figuras de 1 a 4.

Dos 14 pacientes avaliados, 12 eram do sexo masculino (85,71%), com média de idade de 60,5 anos, e dois do sexo feminino (14,29%), com média de idade de 64,5 anos. Nove relataram ser tabagistas e etilistas (64,29%), todos do sexo masculino. Três afirmaram ser apenas tabagistas, sendo dois do sexo masculino e um do feminino. Apenas dois pacientes relataram não ter vícios, um do sexo masculino e outro do feminino (tabela II).

Os pacientes incluídos nesta investigação assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a regulamentação de pesquisa clínica no país. Além disso, os autores cumpriram todos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki [22].

Tabela I – Relato dos casos de carcinoma epidermoide diagnosticados tardiamente

	Fig.	Sexo	Idade	Hábitos nocivos	Tempo de evolução (SIP)	Características clínicas
Caso 1	1A	M	69	Etilista e tabagista	1 ano	Extensa lesão ulcerada em assoalho com extensão para rebordo, borda e dorso de língua
Caso 2	1B	M	55	Não relatou hábitos nocivos	6 meses	Lesão ulcerada em assoalho bucal com extensão para rebordo alveolar esquerdo, lábio e mucosa jugal esquerda
Caso 3	1C	F	74	Tabagista	3 meses	Extensa lesão ulcerada em assoalho bucal
Caso 4	1D	M	58	Etilista e tabagista	8 meses	Lesão ulcerada endofítica em assoalho de boca
Caso 5	2A	F	55	Não relatou hábitos nocivos	5 meses	Lesão ulcerada em borda lateral direita de língua
Caso 6	2B	M	46	Cachimbo e etilista	8 meses	Extensa lesão ulcerada em borda lateral de língua esquerda
Caso 7	2C	M	72	Ex-fumante e ex-etilista	Não soube dizer	Extensa lesão ulcerada em borda lateral de língua esquerda
Caso 8	3A	M	62	Cigarro de palha e etilista	Não soube dizer	Lesão exofítica em todo o rebordo alveolar superior
Caso 9	3B	M	59	Etilista e tabagista	1 ano	Lesão ulcerada em rebordo alveolar superior
Caso 10	3C	M	86	Cigarro de corda	4 meses	Lesão exofítica em rebordo alveolar superior com extensão para palato mole e faringe
Caso 11	3D	M	45	Etilista e tabagista	6 meses	Extensa lesão vegetante em rebordo alveolar superior
Caso 12	4A	M	86	Cigarro de corda	5 meses	Linfonodos metastáticos. Lesão primária em assoalho de boca
Caso 13	4B	M	43	Etilista e tabagista	5 meses	Linfonodos fixos no tecido. Lesão primária em palato mole e orofaringe
Caso 14	4C	M	46	Tabagista e etilista	3 meses	Linfonodos metastáticos na cadeia cervical. Lesão primária em assoalho de boca

SIP – Segundo informações do paciente

Tabela II – Dados epidemiológicos

	Masculino	Feminino	Total
Número	12 (85,71%)	2 (14,29%)	14
Média de idade	60,5 (46 a 86 anos)	64,5 (55 a 74 anos)	–
Tabagista	2	1	3
Tabagista e etilista	9	0	9
Nenhum hábito nocivo	1	1	2



Figura 1 - Casos de carcinoma epidermoide em assoalho de boca (1A: caso 1; 1B: caso 2; 1C: caso 3; 1D: caso 4)



Figura 2 - Casos de carcinoma epidermoide em borda lateral de língua (2A: caso 5; 2B: caso 6; 2C: caso 7)

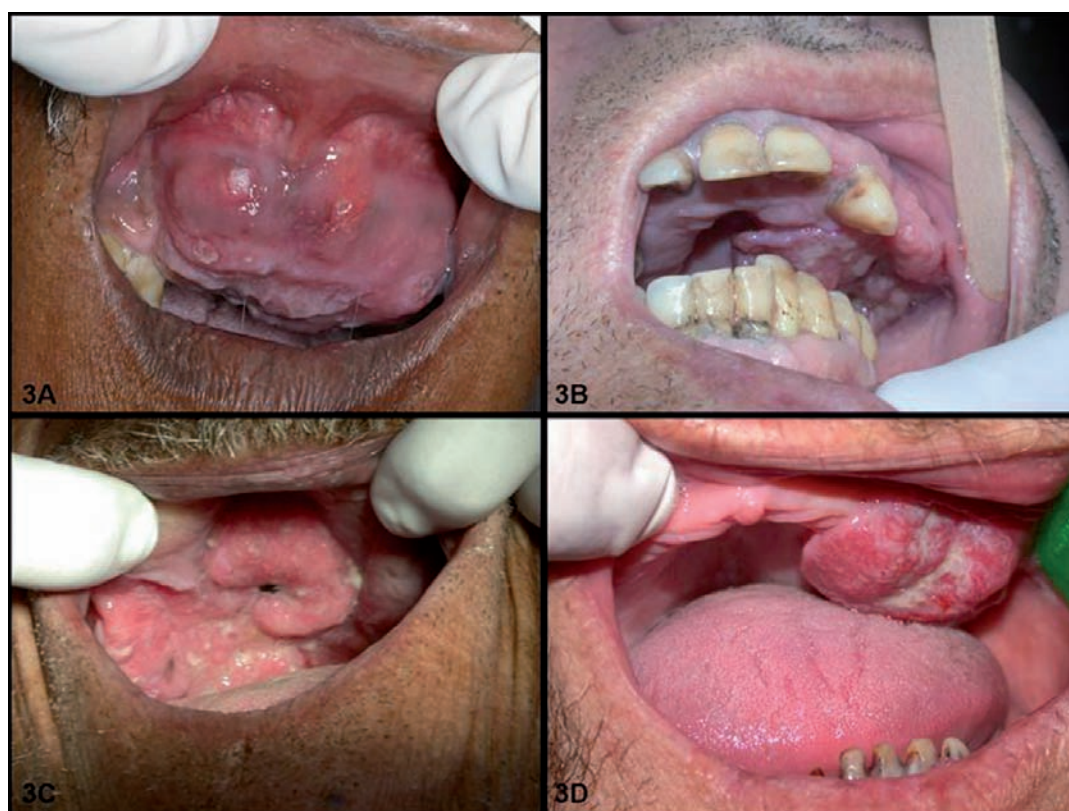


Figura 3 – Casos de carcinoma epidermoide em rebordo alveolar (3A: caso 8; 3B: caso 9; 3C: caso 10; 3D: caso 11)



Figura 4 – Casos de metástase regional de carcinoma epidermoide de boca em linfonodos submandibulares e cervicais (4A: caso 12; 4B: caso 13; 4C: caso 14)

Discussão

Dos 14 pacientes avaliados neste trabalho com casos de carcinoma epidermoide de boca diagnosticados em estágio avançado, 12 eram do sexo masculino e dois do feminino. Vários estudos na literatura indicam o sexo masculino como o mais acometido pelo câncer de boca [10, 17, 18, 23]. A média de idade dos pacientes avaliados em nossa investigação foi de 60,5 para homens e 64,5 para mulheres, índice próximo do verificado por Durazzo *et al.* [10], que constatarem uma média de idade de 57,4 anos na avaliação de 374 prontuários de pacientes portadores de carcinoma epidermoide de boca. Com relação aos hábitos nocivos, está bem estabelecido na literatura que indivíduos tabagistas e etilistas têm maior probabilidade de desenvolver câncer de boca do que os que não possuem tais hábitos.

Todos os casos apresentados mostram um grave problema que se repete em muitas localidades do Brasil: o diagnóstico tardio de lesões bucais, mais especificamente do CEB. Observamos diversas situações que levam ao atraso do diagnóstico, entre as quais: pacientes que muitas vezes procuram tratamento e são mal orientados pelos profissionais; pessoas que percebem alguma alteração em mucosa, mas temem o diagnóstico; indivíduos que só procuram ajuda quando não conseguem mais se alimentar ou quando se sentem mal pelo odor ocasionado pela neoplasia; ou ainda pacientes que se incomodam apenas quando a estética fica comprometida pela deformidade ocasionada pelo crescimento tumoral.

Inúmeros trabalhos na literatura têm abordado o preocupante quadro do diagnóstico tardio do câncer de boca, não só em nosso país, mas em várias localidades do mundo [2, 7, 12, 15, 16]. É verdade que aqui no Brasil diversas ações estão sendo realizadas visando a um maior conhecimento do câncer bucal. Destacam-se as campanhas de prevenção promovidas em diversas cidades de todo o país em parceria com o Conselho Federal e Conselhos Estaduais de Odontologia nos meios de comunicação, com o objetivo de divulgar o autoexame e o diagnóstico precoce do câncer de boca.

A realidade mostra que apenas essas ações não são capazes de resolver o problema dos pacientes com câncer de boca. Acreditamos, assim como Carvalho *et al.* [8], que existe a necessidade de ações permanentes, como a implantação de programas de diagnóstico e prevenção do câncer de boca e não apenas campanhas temporárias de um ou dois dias ou uma semana. Existindo programas constantes é possível não só realizar o diagnóstico, como também encaminhar o paciente para o tratamento adequado e seu seguimento clínico.

Essa discussão ocorre há muitos anos. Em 1976, por exemplo, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal, denominado Cabul [4]. As ideias eram excelentes, mas o programa nunca foi posto em prática [9]. Desde então, vários outros programas foram estabelecidos, mas somente em 2004 as ações começaram a se concretizar.

Em 2004 foram instituídos dois programas importantes pelo Ministério da Saúde a fim de estabelecer o controle do câncer de boca. O primeiro foi denominado Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer [13], o qual, coordenado pelo Inca, visa à prevenção de doenças por meio da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis e que contribuam para a redução da incidência e da mortalidade por câncer e doenças relacionadas ao tabaco. O segundo, denominado Autoexame da Boca [11], recomenda que as equipes de saúde bucal estimulem a prática do autoexame, principalmente pessoas com mais de 40 anos, tabagistas e etilistas [13].

Ainda em 2004 foram lançadas pelo Ministério da Saúde as Diretrizes das Políticas de Saúde Bucal [5]. Seu artigo 5.º determina que o diagnóstico precoce das lesões bucais tem de ser realizado, assim como seu tratamento imediato. Também relata que deverá haver inclusão, nas rotinas de assistência, de métodos que aprimorem a identificação precoce das lesões, como biópsias. Já o seu artigo 6.º [5] se refere à amplificação da atenção básica, devendo-se: a) realizar a prevenção e o controle do câncer bucal, como também efetuar rotineiramente exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade; b) oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais, seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas; c) acompanhar casos suspeitos e confirmados e, se necessário, criar um serviço de referência, assegurando o tratamento e a reabilitação; d) estabelecer parcerias para prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação do câncer bucal com universidades e outras organizações.

Também em 2004, mais especificamente no dia 17 de março, o Ministério da Saúde lançou o programa Brasil Sorridente [6], política do governo federal com os objetivos de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que oferecem serviços de Estomatologia com ênfase no diagnóstico e na detecção do câncer de boca, além de outras áreas odontológicas.

Todas essas políticas, se implantadas e seguidas corretamente, tendem a proporcionar uma

diminuição de diagnósticos tardios de lesões bucais, como todos os casos apresentados neste trabalho.

Tendo em vista o quadro apresentado de diagnósticos tardios, alguns cirurgiões-dentistas do Mato Grosso se engajaram e conseguiram realizar progressos na política estadual de saúde pública do estado. Mato Grosso foi o estado pioneiro no Brasil, criando e estabelecendo a Lei n.º 8.342, a qual instituiu a Política Estadual de Atenção às Doenças da Boca e da Face, publicada no *Diário Oficial* de 30/6/2005 [7]. Alguns dos seus principais artigos dizem o seguinte: Artigo 2 – O atendimento de casos de lesões de boca deverá iniciar-se nas unidades básicas de saúde; Artigo 3 – MT Laboratório (Laboratório de Cito e Histopatologia do Estado de Mato Grosso) deverá ser referência estadual para exames cito e histopatológicos de boca; Artigo 4 – Existe a obrigatoriedade de notificação dos casos diagnosticados de câncer de boca pelo Código Internacional de Doenças (CID).

Depois da implantação dessa lei no ano de 2005 observou-se no Mato Grosso um aumento do número de casos relatados de câncer de boca [16]. Isso é demonstrado no trabalho de Borges *et al.* [3], que realizaram um estudo epidemiológico para avaliar os casos de câncer de boca diagnosticados pelo laboratório público do estado de Mato Grosso, após a instituição da política de atenção às doenças da boca e da face do estado. Os dados epidemiológicos mostraram a assimilação, por parte das unidades de saúde, do serviço de patologia bucal do MT Laboratório, que aumentou sua rotina em 269%. O registro do câncer de boca no MT Laboratório cresceu 266% entre 2005 e 2006. Os autores concluíram que em dois anos de funcionamento o serviço público de patologia registrou um considerável número de casos de câncer de boca.

Seria importante se todos os estados do Brasil considerassem o câncer de boca realmente um problema de saúde pública e oficializassem leis em benefício dos cidadãos brasileiros. Para isso, equipes preparadas para o diagnóstico dessa patologia devem ser inseridas no SUS, fato que já começou a acontecer nos CEOs, com a contratação de estomatologistas em algumas de suas unidades. Além desses profissionais, inúmeros patologistas bucais estão sendo formados por universidades renomadas do país, de modo a se capacitar para o diagnóstico das lesões bucais.

Os casos relatados neste trabalho mostram a realidade que não desejamos para o cenário do câncer de boca em nosso país. Todos os pacientes faleceram no máximo após dois anos do diagnóstico. Esperamos que os diagnósticos sejam realizados cada vez mais precocemente, que os pacientes

sejam encaminhados para tratamento o mais breve possível e que o índice de sobrevida aumente consideravelmente com a rapidez dos procedimentos efetuados.

Todos os cirurgiões-dentistas são responsáveis por examinar a cavidade oral do paciente. Na presença de alterações o profissional deve pesquisar a causa, tratá-la se for de sua competência ou encaminhar o paciente para especialista da área e acompanhá-lo.

Conclusão

- Medidas governamentais para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de boca devem ser adotadas com mais vigor e permanentemente por todo o país;
- O cirurgião-dentista deve agir como um profissional multiplicador das informações de prevenção do câncer de boca e estar cada vez mais atuante no diagnóstico precoce. Dessa forma, possibilitará o tratamento, a melhora na qualidade de vida e o aumento da sobrevida dos pacientes.

Agradecimentos

Agradecemos aos pacientes do Hospital do Câncer de Cuiabá (MT) o aprendizado que tivemos não apenas em relação a saberes profissionais, mas principalmente sobre os valores da vida que afloram em momentos de dor e incerteza.

Referências

1. Aguiar Júnior FCA, Kowalski LP, Almeida OP. Clinicopathological and immunohistochemical evaluation of oral squamous cell carcinoma in patients with early local recurrence. *Oral Oncol.* 2007;43(6):593-601.
2. Alho OP, Teppo H, Mäntyselkä P, Kantola S. Head and neck cancer in primary care: presenting symptoms and the effect of delayed diagnosis of cancer cases. *CMAJ.* 2006 Mar 14;174(6):779-84.
3. Borges FT, Garbin CAS, Carvalhosa AA, Castro PHS, Hidalgo LRC. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(9):1.977-82.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer Bucal – Cabul. Brasília, 1976 (Documento básico inicial).

5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes das Políticas de Saúde Bucal [citado em 10 de maio de 2009]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. Brasília-DF [acesso em 10 de maio de 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=406.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8.342 MT – Política Estadual de Atenção às Doenças da Boca e da Face. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 30/6/2005 [citado em 1.º de setembro de 2008]. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/saudenet/upload/controleinterno/arquivos/1838_Lein_8_34230_06_05.pdf.
8. Carvalho AL, Singh B, Spiro RH, Kowalski LP, Shah JP. Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck*. 2004;26(1):31-8.
9. Dias AA. Saúde bucal coletiva – metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006.
10. Durazzo MD, Araújo CE, Brandão Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics*. 2005;60:293-300.
11. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): Inca [acesso em 1.º de maio de 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
12. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil): Inca; 2008 [acesso em 1.º de maio de 2009]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa2008>.
13. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer [acesso em 10 de maio de 2009]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=139.
14. Neal RD, Pasterfield D, Wilkinson C, Hood K, Makin M, Lawrence H. Determining patient and primary care delay in the diagnosis of cancer – lessons from a pilot study of patients referred for suspected cancer. *BMC Fam Pract*. 2008;9:9.
15. Neville BW, Allen CM, Damm DD. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
16. Garbin CAS, Moimaz SAS, Carvalhosa AA, Borges FT, Bezerra FV. Epidemiological survey of oral cancer cases in 2005 after the introduction of the carefulness at oral diseases politics in Mato Grosso State – Brazil. *Oral Oncology*. 2006; 11:70-3.
17. Silvestre JAO, Jeronym DVZ. Câncer bucal e sua correlação com tabagismo e alcoolismo. *Revista Eletrônica Lato Sensu*. 2007;1:1-12.
18. Sturgis EM. A review of social and behavioral efforts at oral cancer preventions in India. *Head Neck*. 2004;26:937-44.
19. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, Leeuw JR. Patient factors associated with delay in primary care among patients with head and neck carcinoma: a case-series analysis. *Fam Pract*. 2005;22(5):554-9.
20. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, Leeuw JR. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. *Oral Oncol*. 2005 Mar;41(3):313-9.
21. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis*. 1999;5(1):10-4.
22. World Medical Association. Proposed Revision of the Declaration of Helsinki. Tel Aviv: World Medical Association; 2000 (mimeo).
23. Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol*. 2002; 38:737-46.

Como citar este artigo:

Tucci R, Borges FT, Castro PHS, Aburad A, Carvalhosa AA. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Jun;7(2):231-8.
