

REVIEW ARTICLE

CARCINOMA ESPINOCELULAR ORAL: UM PANORAMA ATUAL

Carolina Nimritcher Valle¹, Renata Moreira Marques Passos², Jéssica Thaís Campos Lopes Gonçalves³, Camila Gomes⁴, Argemiro Manuel Torres Novaes Bastos⁵, Virgílio Ribeiro Guedes⁶

RESUMO

O carcinoma espinocelular (CEC) representa o tumor mais frequente dentre todos dos cânceres localizados na topografia de cabeça e pescoço. Segundo o Ministério da Saúde, a estimativa é que em 2007 cerca de 10,91 casos de câncer de boca foram diagnosticados para cada 100.000 homens e 3,58 para cada 100.000 mulheres. Este presente estudo é uma revisão da literatura, que foi baseado, e posteriormente construído, através da análise de dados, levantados na literatura, sobre o tema abordado. Foram realizadas pesquisas bibliográficas por meio, exclusivamente, das bases de dados da Pubmed, Scielo e LILACS, onde selecionou bibliografias entre os anos de 2001 a 2016. O câncer da cavidade oral, apesar de todos os avanços relacionados às técnicas de tratamento, ainda apresenta um prognóstico desfavorável, com elevadas taxas de mortalidade. O câncer de boca é uma patologia incidente mundialmente, sendo representada, principalmente, através do carcinoma espinocelular. Por isso, se faz necessário o seu estudo, para que assim, o diagnóstico e tratamento precoce sejam prontamente instituídos.

Palavras chave: Câncer de boca; Neoplasia; Saúde; Diagnóstico; Prevenção; Tratamento.

1,2,3,4,5 - Graduandos do Curso de Medicina pela Fundação Universidade Federal do Tocantins.

6- Professor orientador: Mestrando em ciências da Saúde e Professor da Fundação Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA: ACTUAL OVERVIEW

ABSTRACT

Squamous Cell Carcinoma (SCC) is the most frequent tumor among all cancers located in the topography of the head and neck. According to the Ministry of Health, it is estimated that in 2007 about 10.91 cases of oral cancer were diagnosed for each 100,000 men and 3.58 for each 100,000 women. This study is a literature review, which was based, and later created, through data analysis, raised in the literature on the topic discussed. Literature searches were performed using exclusively Pubmed, Scielo and LILACS databases, which selected bibliographies between the years 2001-2016. The oral cancer, despite all the advances related to treatment techniques, still has a poor prognosis, with high mortality rates. Oral cancer is an incident worldwide disease and is represented mainly by squamous carcinoma. Therefore, its studies are necessary, so that the early diagnosis and treatment can be promptly institute.

Keywords: Oral Cancer; neoplasia; Health; Diagnosis; Prevention; Treatment

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) representa o tumor mais frequente dentre todos dos cânceres localizados na topografia de cabeça e pescoço. Segundo o Ministério da Saúde, a estimativa é que em 2007 cerca de 10,91 casos de câncer de boca sejam diagnosticados para cada 100.000 homens e 3,58 para cada 100.000 mulheres¹⁹.

O CEC tem demonstrado forte associação com a presença do vírus papiloma humana (HPV 16), constituindo, atualmente, um fator de risco adicional para o desenvolvimento deste tipo de tumor²⁶. Apresenta maior incidência entre as faixas etárias de 50 a 60 anos e uma predileção em localizar na região de língua e assoalho bucal⁶.

A etiopatogenia está relacionada com a presença de múltiplos fatores carcinogênicos atuando sobre o epitélio normal, o que resulta em um processo de displasia, a qual se

caracteriza pela presença de atipias celulares e na perda da estratificação normal do tecido⁶.

Dentre os agentes carcinogênicos o fumo apresenta importante função na etiologia de tal patologia, visto que em sua composição há presença de alcatrão e nicotina, substâncias carcinogênicas, aumentando em duas vezes o risco para desenvolver tal neoplasia. Além disso, a associação entre fumo e etanol eleva em 141 vezes a possibilidade de adquirir essa patologia⁶.

No quadro clínico do carcinoma de células escamosas o sinal mais clássico é uma lesão ulcerada persistente, normalmente com endurecimento e infiltração periférica, podendo estar ou não associada à manchas avermelhadas ou esbranquiçadas e a vegetações²². Com isso, todos os pacientes com lesões de mucosa de origem desconhecida e duração maior que 2 semanas deve ter

um acompanhamento especial como um especialista²⁶.

O câncer da cavidade oral, apesar de todos os avanços relacionados às técnicas de tratamento, ainda apresenta um prognóstico desfavorável, com elevadas taxas de mortalidade. Segundo Sessions et al. (2002) a sobrevida ainda continua sendo baixa, cerca de 48% (sobrevida global) e 57% (sobrevida específica para a doença) em 5 anos¹⁹.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este presente estudo é uma revisão da literatura, que foi baseado, e posteriormente construído, através da análise de dados, levantados na literatura, sobre o tema abordado. Foram realizadas pesquisas bibliográficas por meio, exclusivamente, das bases de dados da Pubmed, Scielo e LILACS.

Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2001 a 2016, sendo esses, escritos em inglês ou português.

Devido as diferentes formas de indexação, nas bases de dados bibliográficas avaliadas, optou-se por não usar controle do vocabulário. Com isso, possibilitou a análise de uma maior gama de referências envolvendo o tema em estudo.

Foram incluídos no estudo os artigos originais, realizados com humanos, relato de caso, artigo de revisão, contemplando ensaios clínicos randomizados e controlados, e nos quais, foram avaliados os seguintes desfechos: epidemiologia, fatores de risco, quadro clínico, diagnóstico, tratamento, prognóstico e seguimento. Artigos que apresentavam duplicidade nas bases de dados avaliadas foram excluídos do presente estudo.

Após aplicação de um método criterioso, para seleção dos

estudos, foram definidos os artigos que compõem o nosso trabalho. Vale salientar, que foram excluídos do estudo, as pesquisas que não se enquadraram dentro do padrão adotado por essa revisão, já descrito acima.

REVISÃO DA LITERATURA

Epidemiologia

Carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço é um grupo composto por variadas neoplasias que possuem etiologia anatômica da superfície mucosa da cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, seios e outros locais dentro do trato digestivo superior. Atualmente, representa uma patologia bastante incidente e com altas taxas de mortalidade, sendo, respectivamente, em volta de 54.000 e 271.000 por ano¹⁴.

Um estudo, realizado nos EUA, com pacientes com idade inferior a 45 anos, demonstrou que os cânceres

de cavidade oral e de orofaringe são mais incidentes em indivíduos com ascendência Africana, sendo estes, responsáveis por 13% dos casos diagnosticados¹⁴.

No Brasil, segundo Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer de boca e de orofaringe representam as neoplasias mais incidentes na cabeça e pescoço, acometendo cerca de 390 mil novos casos por ano. Dentre estas, a maior parcela é representada, também, por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma de células escamosas ou carcinoma espinocelular (CEC), sendo responsável por cerca de 95% dos tumores de boca¹⁹.

O câncer de boca e de orofaringe representa a quinta neoplasia mais incidente entre homens (9,2% dos casos de câncer) e a sétima entre as mulheres (3,6% dos casos), excluindo o câncer de pele. Além disso, apresenta uma variação da sua frequência dentro

do território brasileiro, sendo mais elevada em determinadas localidades quando comparadas as demais, como é o caso da região Sul e o Sudeste¹⁹.

O carcinoma espinocelular, no Brasil, apresenta uma maior prevalência na raça branca, gênero masculino e na faixa etária de 50 a 60 anos. Outro fator interessante associado a esse tipo de tumor é a incidência relacionada à sua localização, que geralmente ocorre na língua e assoalho bucal⁶. Além disso, o CEC está frequentemente associado com os fatores de risco do tabagismo ou consumo de álcool, tendo tais atividades, uma frequência mais elevada entre pacientes do sexo masculino e acima de 50 anos⁶.

Fatores de Risco

O carcinoma de células escamosas da cavidade oral apresenta

diversos fatores facilitadores de sua iniciação, assim como alguns fatores de risco capazes de aumentar a probabilidade do desenvolvimento neoplásico. A exposição a fatores de risco ambientais, relacionada ao processo de industrialização, além das disparidades sociais, contribuem para a distribuição epidemiológica dos diversos tipos de câncer no Brasil²⁵.

Dentre os fatores de risco clássicos, destacam-se o álcool e o tabagismo. Segundo Gupta; Metgud (2013), o câncer bucal é, em grande parte, atribuível a agentes cancerígenos ambientais. Dessa forma, a maioria das neoplasias em cavidade oral pode ser facilitada por hábitos como o álcool e o tabagismo, principalmente se combinados. Majchrzak et al. (2013) mostraram em seus estudos que, em países onde a noz de betel é frequentemente mastigada, como em Taiwan, pacientes jovens representam 16% e 28% de todos os pacientes com

câncer de língua. Wollf; Follmann; Nast (2012) concordam com esse ponto de vista, e em um estudo elaborado, mostraram que em casos de carcinoma de células escamosas de cavidade oral, o odds ratio (OR) é de 19,8 para os fumantes em comparação com os pacientes que nunca fumaram, e 5,9 para o consumo de álcool (> 55 drinks/semana). A combinação de tabaco e álcool leva a um efeito de multiplicação (OR = 177).

Em contraste a esse ponto de vista, Majchrzak et al. (2013) relatam que os pacientes mais jovens muitas vezes não apresentam os tradicionais fatores de risco de álcool e/ou exposição ao tabaco. Isso nos leva a suspeitar que outros potenciais agentes, tais como fatores inerentes genéticos, infecções virais e outros fatores de risco comportamentais podem estar envolvidos no processo de carcinogênese.

Em seus estudos, Wollf; Follmann; Nast (2012) ressaltaram a faixa etária como fator de risco primordial para a neoplasia epidermóide em cavidade oral. Segundo estes autores, o câncer de cavidade oral é mais frequente em homens entre 55 e 65 anos e em mulheres entre 50 e 75 anos. Majchrzak et al. (2013) também demonstram em seus estudos o papel da idade no câncer de células escamosas de cavidade oral. Para eles, o carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço é primariamente uma doença de adultos mais velhos. Porém, ressaltam que estudos epidemiológicos têm mostrado um aumento constante na incidência desses cânceres em adultos jovens (idade entre 18-45 anos), especialmente em cânceres de orofaringe e cavidade oral. Sassi et al. (2009) realizaram uma revisão que concluiu que a idade média dos pacientes é de 60 anos, e 95% dos casos ocorrem após os 45 anos de idade.

Numerosos relatos de carcinoma espinocelular concluíram que a doença foi mais agressiva e com pior prognóstico em adultos jovens do que em pacientes de idade mais avançada. No entanto, nos resultados de estudos mais recentes, como os de Gilroy et al., Goldenberg et al. ou Hafkamp et al. não foram encontradas quaisquer diferenças significativas nos resultados entre grupos de idades diferentes idades¹⁴.

Além da idade, Gaetti-Jardim et al. (2010) mostraram que outro fator de risco inerente ao paciente é o sexo. Em seus estudos, estes autores afirmam que o carcinoma de células escamosas de cavidade oral tem maior predileção pelo sexo masculino. Para os autores, a proporção homem:mulher no câncer de boca é de 8:1 na população abaixo de 60 anos e de 3:1 na população acima de 60 anos.

Outros fatores de risco para câncer oral incluem dieta, índice de massa corporal, higiene oral, e infecções

virais. Os oncogenes virais desempenham um papel central no desenvolvimento neoplásico em cavidade oral. Grupta; Metgud, (2013) realizaram uma revisão a respeito do papel de partículas virais no processo de oncogênese em neoplasias de células escamosas em cavidade oral. Um dos principais vírus que representa um fator de risco para estas neoplasias são os papilomavírus (HPV), implicados comumente na iniciação e progressão do câncer, sendo que a expressão de sua atividade parece ser fundamental para a transformação neoplásica. Genótipos o como HPV do tipo 1, infectam as células epidérmicas, enquanto que HPVs do tipo 6, 11, 16, e 18 infectam as células epiteliais da cavidade oral e outras superfícies mucosas¹¹.

Outros vírus também desempenham um papel importante na oncogênese do câncer de boca. Além do HPV, os mais comumente implicados na transformação são os vírus do grupo

herpes, os adenovírus e os vírus da hepatite C¹¹.

Segundo Sassi et al. (2009), os principais fatores de risco para CEC de boca são o álcool e o tabaco. Porém, estudos recentes sugerem a associação desta neoplasia com o uso de maconha. Segundo tais pesquisas, a maconha contém substâncias químicas carcinogênicas, como o alcatrão, considerado como fator de risco para câncer de boca. Além disso, a fumaça da maconha acarreta a inalação três vezes maior de partículas e a retenção 33% maior delas no trato respiratório, em relação à fumaça do cigarro. Ainda nesta pesquisa, os autores pontuam que a maioria dos jovens com câncer de boca não relata história familiar de carcinoma espinocelular²².

Além dos fatores de risco previamente discutidos para CEC, existem vários outros elementos que podem desempenhar um papel importante na carcinogênese, incluindo

estados de imunodeficiência crônica (como por exemplo, a síndrome de Bloom, síndrome de Wiskott-Aldrich), regimes de imunossupressão após transplante de órgão, e anemias existentes nas síndromes de Patterson Kelly e Plummer Vinson. Além disso, a anemia Fanconi, uma síndrome autossômica recessiva causada por defeitos de reparo do DNA, está associada a um elevado risco de malignidade das neoplasias de boca em pacientes jovens. As dietas ricas em frutas e vegetais e óleos de peixe são geralmente inversamente correlacionadas com menor risco de câncer oral¹⁴.

Quadro Clínico

O quadro clínico do CEC parece não apresentar características distintas, qualquer que seja a idade do paciente. O sinal mais clássico é uma lesão ulcerada persistente, normalmente com endurecimento e infiltração

periférica, podendo estar ou não associada a manchas avermelhadas ou esbranquiçadas e a vegetações. Tais lesões ocorrem com maior frequência na língua, mais comumente na borda posterior²².

Segundo Gaetti-Jardim et al. (2010), o carcinoma epidermóide de cavidade oral pode apresentar-se como uma lesão exofítica ou endofítica, que em um estágio mais inicial pode ser caracterizada como uma lesão leucoplásica, eritroplásica ou eritroleucoplásica. Algumas evidências clínicas auxiliam no diagnóstico do carcinoma de células escamosas, tais como as lesões que não cicatrizam espontaneamente em 15 dias, de base cartonada, lesões ulceradas de bordas evertidas e endurecidas, com ausência de halo eritematoso e indolores no início⁶.

Dessa forma, alguns autores defendem que todos os pacientes com lesões de mucosa de origem

desconhecida e duração maior do que duas semanas devem ser imediatamente encaminhados para um especialista.

Essas lesões incluem:

- Manchas brancas ou manchas vermelhas em qualquer região da mucosa oral;
- Ulceração ou defeito mucosa;
- Edema em qualquer parte da cavidade oral;
- Afrouxamento de um ou mais dentes por razão desconhecida, não relacionados com doença periodontal;
- Sensação persistente de corpo estranho, principalmente quando unilateral;
- Dor em região bucal;
- Disfagia ou odinofagia;
- Dificuldades ou alterações na fala;
- Redução da mobilidade da língua;

- Dormência da língua, dentes ou lábios;
- Sangramento de origem desconhecida;
- Edema em região do pescoço;
- Halitose²⁶

É importante a realização do exame físico de toda a região cervical já que, segundo Majchrzak et al. (2013), os carcinomas de células escamosas relacionados ao HPV de alto risco tendem a apresentar doença com linfonodos positivos.

Diagnóstico

Além da caracterização do quadro clínico, através de anamnese e exame físico bem realizados, para excluir tumores secundários, os pacientes submetidos a um diagnóstico primário de câncer de cavidade oral também devem ser examinados por um otorrinolaringologista e o acesso a um

especialista em endoscopia deve ser considerado²⁶.

Segundo alguns autores, a tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética nuclear (RMN) devem ser realizadas. A secção panorâmica é uma das ferramentas básicas no diagnóstico e esta deve ser obtida antes do início da terapia tumoral específica. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-TC) não desempenha nenhum papel no diagnóstico primário da extensão local de um câncer de cavidade oral. Os pacientes com câncer de cavidade oral avançado (estágio III, IV) devem ser submetidos a tomografia computadorizada do tórax para avaliação de envolvimento pulmonar²⁶.

Para os pacientes com suspeita de recorrência do tumor e pacientes em que a TC e/ou RMN foram inconclusivas, pode ser realizada PET-TC. De acordo com os resultados de uma meta-análise, no diagnóstico de recorrência de tumor, o PET-CT possui

sensibilidade mais elevada (80%) do que a combinação de TC e/ou RMN (75% e 79%) (11); já a especificidade (86%) é reduzida por muitos resultados falso-positivos em lesões inflamatórias. No entanto, a Fluoro-desoxiglicose (FDG)-PET, parece ser mais confiável do que a TC e/ou ressonância magnética, com sensibilidade de 100% e especificidade de 71%. Tumores primários não detectados previamente e metástases à distância também podem ser diagnosticados de forma mais confiável com PET-TC do que com TC ou ressonância magnética²⁶.

Gaetti-Jardim et al. (2010) ressaltaram em seus estudos a importância do diagnóstico precoce, já que muitas vezes a demora do paciente em procurar atendimento, além da falta de treinamento dos profissionais para o diagnóstico, levam a um prognóstico mais desfavorável.

Isto nos leva a pensar na importância de protocolos de

atendimento a pacientes portadores de lesões bucais, sobretudo no que tange a efeitos deletérios dos tratamentos destas patologias, como os inúmeros resultados clínicos encontrados após radioterapia de cabeça e pescoço. Hinerman et al. (2006) observaram que, em pacientes irradiados submetidos a extrações dentárias, 26% apresentaram complicações moderadas, como exposição óssea, necrose de tecidos moles, fístulas, e 15% apresentaram complicações severas como é o caso da osteorradionecrose.

Tratamento

Wolff; Follmann; Nast (2012) afirmam em sua pesquisa que não foram encontrados estudos com fontes concretas para estabelecer o melhor tratamento para o câncer de cavidade oral. Um grande número de estudos descreveram as taxas de sobrevivência ou qualidade de vida após a cirurgia e após a radioterapia, contudo,

nenhuma recomendação de terapia pode ser feita, devido a deficiências na sua concepção ou conduta.

O estágio clínico do tumor (Tabelas 1, 2, 3 e 4) têm grande influência no tipo de conduta. Entretanto, não existe um tratamento específico para o câncer de cavidade oral. Este deve ser decidido através de análise individual do paciente por uma equipe interdisciplinar^{7,26}.

Tabela 1 - Classificação TNM dos tumores de lábio e cavidade oral: Tumor Primário

	T – Tumor Primário
O tumor primário não pode ser avaliado	TX
Não há evidência de tumor primário	T0
Carcinoma in situ	Tis
Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão	T1
Tumor com mais de 2 cm e até 4cm em sua maior dimensão	T2
Tumor com mais de 4 cm em sua maior dimensão	T3
(Lábio) Tumor que invade estruturas adjacentes: cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, ou pele da face (queixo ou nariz) (Cavidade oral) Tumor que invade estruturas adjacentes: cortical óssea, músculos profundos/extrínsecos da língua (genioglosso, hioglosso, palatoglosso e estiloglosso), seios maxilares ou pele da face	T4a
(Lábio e cavidade oral): Tumor que invade o espaço mastigador, lâminas pterigóides ou base do crânio ou envolve artéria carótida interna	T4b

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM:

classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Tabela 2 - Classificação TNM dos tumores de lábio e cavidade oral: Linfonodos Regionais

	N – Linfonodos Regionais
Os linfonodos regionais não podem ser avaliados	NX
Ausência de metástase em linfonodos regionais	N0
Metástase em um único linfonodo homolateral, com 3 cm ou menos em sua maior dimensão	N1
Metástase em um único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm e até 6 cm em sua maior dimensão	N2a
Metástase em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão	N2b
Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão	N2c
Metástase em linfonodo com mais de 6 cm em sua maior dimensão Nota: Os linfonodos de linha média são considerados linfonodos homolaterais.	N3

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Tabela 3 - Classificação TNM dos tumores de lábio e cavidade oral: Metástases

	M – Metástases
A presença de metástase à distância não pode ser avaliada	MX
Ausência de metástase à distância	M0
Metástase à distância	M1

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Tabela 4 - Estadiamento dos tumores de lábio e cavidade oral

M0	N0	Tis	Estádio 0
M0	N0	T1	Estádio I
M0	N0	T2	Estádio II
M0	N1	T1, T2	Estádio III
M0	N0, N1	T3	
M0	N2	T1, T2,	Estádio IVA
		T3	
M0	N0, N1,		
	N2	T4a	
M0	N3	Qualqu	Estádio IVB
		er T	
M0	Qualqu		
	er N	T4b	
M1	Qualqu	Qualqu	Estádio IVC
	er N	er T	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha para o CEC bucal, e deve sempre incluir toda a lesão tumoral^{16,20}. A margem de tecido livre de tumor, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), deve ser de mínimo de 1,0 cm em todas as direções,

devendo ser sempre confirmada no ato cirúrgico por exame de congelação. Outros estudos afirmam que uma margem segura corresponde a 5mm ou mais^{9,26}.

Segundo Wolff; Follmann; Nast (2012), em 20% a 40% dos casos de câncer da cavidade oral, existe metástase oculta para os nódulos linfáticos cervicais. Já segundo Brener et al. (2007) essa porcentagem varia de 10% a 26%. Os níveis cervicais I, II e III são quase sempre afetados e o nível V muito raramente²⁶.

Todos os pacientes com estado clinicamente normais dos linfonodos (cN0), independentemente da sua categoria T, devem ser submetidos a esvaziamento cervical eletivo²⁶. Nos pacientes com metástase cervical, é indicado realizar o esvaziamento radical modificado quando houver apenas um linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Quando houver mais de um

linfonodo metastático ou extravasamento capsular, é necessário incluir, no tratamento cirúrgico, o esvaziamento cervical radical¹⁶.

Doença avançada da cavidade oral é melhor gerida com terapia multimodal. A radioterapia pós-operatória ou radioquimioterapia é aconselhável no caso de tumores avançados (T3/T4), em caso de margem de ressecção estreita ou positiva, invasão perineural, comprometimento de linfonodos, ou incapacidade de submissão à cirurgia^{4,7,26}.

A radiação pré-operatória pode ser empregada em alguns casos, para diminuir a massa de tumor e, portanto, facilitar a sua ressecção. Contudo, ela está associada a uma taxa mais elevada de complicações pós-operatórias. Por estas razões, a maioria dos centros executam a cirurgia seguida de radioterapia pós-operatória^{4,7}.

Já a indicação da quimioterapia costuma ser uma escolha

paliativa, ficando restrita a lesões extensas e irressecáveis^{4,5}. Entretanto, não se tem verificado redução na taxa de mortalidade ou melhora no prognóstico com a sua realização⁴.

Prognóstico e seguimento

A sobrevida do câncer de cavidade oral é baixa, variando de 30-57% para sobrevida global, e 43-60% para sobrevida específica para a doença em 5 anos, segundo diferentes estudos^{1,3,23}. As perspectivas de recuperação são muito mais favoráveis (cerca de 70%) se o tumor é detectado em um estágio inicial (T1/T2). A taxa de sobrevida em 5 anos para pacientes cujos cânceres são descobertos mais tarde (T3/T4) é de 43%²⁶. Um estudo retrospectivo com 335 pacientes feito por Pandey et al. (2016) mostrou sobrevida livre de doença média de 13 meses, e sobrevida global média de 30 meses, em pacientes com tumores operáveis.

Além disso, o prognóstico é bastante variável a depender da região anatômica afetada, como mostra a tabela 5.

Tabela 5: Sobrevida de acordo com o estadiamento tumoral

IV	III	II	I	Sítio Primário
0-26	10-50	26-77	35-85	Língua oral
0-15	21-43	40-64	58-75	Assoalho da boca
0-10	17	41	73	Rebordo gengival
0-18	20-27	44-65	77-83	Mucosa jugal
0-10	46,5	57,8	70	Área retromalar
0-30	20-40	40-60	60-80	Palato Duro

Fonte: Ministério da Saúde; Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Rotinas Internas do INCA. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

Cerca de um quinto dos pacientes tratados com câncer de cavidade oral experimentam uma recorrência local do tumor. A recorrência é diagnosticada dentro de 2 anos em 76% dos casos e em 11% dos casos durante o terceiro ano após a

conclusão do tratamento primário²⁶. Em um estudo realizado por Matos et al. (2014) observou-se que a espessura tumoral superior a 10 mm representa um fator de risco para a recorrência precoce.

Segundo Montoro, et al. (2014) apenas as variáveis: metástase cervical, radioterapia pós-operatória e margens comprometidas têm significância estatística no prognóstico da doença. Contudo, segundo uma revisão feita por Taghavi e Yazdi (2015) as variáveis idade, sexo, uso de tabaco/álcool, estadiamento, recorrência, parâmetros histológicos e a presença de marcadores moleculares também possuem influência no prognóstico desta patologia. Resultado este, similar ao descrito por Almeida, et al. (2011)

Mesmo em pacientes assintomáticos, o intervalo máximo entre as visitas de acompanhamento deve ser mensal no primeiro ano,

trimestral no segundo, semestral após o terceiro, e anual após o quinto ano¹⁶.

Este acompanhamento é necessário para a detecção precoce de recidiva da lesão primária ou metastática. Este exame deve incluir, segundo o Ministério da Saúde (2001):

- Manchas brancas ou manchas vermelhas em qualquer região da mucosa oral;

- Inspeção e palpação da cavidade bucal e cadeias linfáticas cervicais;

- Avaliação do estado geral do paciente (qualidade de vida/ganho ponderal);

- Radiográfica simples (RX) de tórax, realizada anualmente;

- Esofagoscopia, realizada anualmente - pesquisa de segundo tumor primário no trato aerodigestivo superior;

- Laringoscopia indireta - pesquisa de segundo tumor primário, no trato aerodigestivo superior.

CONCLUSÃO

Cânceres da cavidade oral representam grande parte dos tumores malignos de cabeça e pescoço e apresentam desafios para limitar morbidade e maximizar a chance de cura. A grande maioria são carcinomas de células escamosas, sendo o tabaco o fator causal mais comum. A revisão ressalta a importância do diagnóstico precoce de lesões de câncer bucal, e do estabelecimento do tratamento a fim de reduzir a propagação do tumor e oferecer melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AFFONSO, V. R. et al. Peritumoral infiltrate in the prognosis of epidermoid carcinoma of the oral cavity. **Braz. j. otorhinolaryngol**, vol.81, n.4, pp.416-421, 2015.
2. ALMEIDA, F. C. S. et al. Fatores Prognósticos no Câncer de

- Boca. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p.471-478, 2011.
3. BONFANTE, G. M. S. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.30, n.5, pp.983-997, 2014.
4. BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Rev Bras Cancerol**, 53(1):63-9, 2007.
5. FRANCIO, F. F. et al. Perfil epidemiológico de portadores de carcinoma bucal do Serviço de Estomatologia. **Revista PUCRS Saúde**, 20(55), maio, 2012.
6. GAETTI-JARDIM, E. C. et al. Carcinoma de células escamosas de grandes dimensões. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 31, n. 2, p.09-13, dezembro, 2010.
7. GENDEN, E. M. et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v. 267, p.1001-1017, janeiro, 2010.
8. GILROY, J. S. et al. Impact of young age on prognosis for head and neck cancer: a matched-pair analysis. **Head & Neck**, 27:269-73, 2005.
9. GIRARDI, F. M. et al. Correlação entre dados clínico-patológicos e margens cirúrgicas em pacientes com carcinoma epidermoide da cavidade oral. **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 79, n. 2, p.190-195, 2013.
10. GOLDENBERG, D.; BROOKSBY, C.; HOLLENBEAK, C. S. Age as a determinant of outcomes for patients with oral cancer. **Oral Oncol**, 45:e57-61, 2009.

11. GUPTA, K.; METGUD R. Evidences Suggesting Involvement of Viruses in Oral Squamous Cell Carcinoma. **Pathology Research International**, India, v. 7, n. 4, p.321-332, out. 2013.
12. HAFKAMP, H. C.; MANNI, J. J.; SPEEL E. J. Role of human papillomavirus in the development of head and neck squamous cell carcinomas. **Acta Otolaryngol**, 124:520–6, 2004.
13. HINERMAN, R.W. et al. Postoperative irradiation for squamous cell carcinoma of the oral cavity: 35-year experience. **Head & Neck**, 26: 984-94, 2006.
14. MAJCHRZAK, E. et al. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: a review of the literature. **Radiol Oncol**, Poland, v. 48, n. 1, p.1-10, mar. 2013.
15. MATOS, L. L. et al. Espessura tumoral como fator de risco independente para a recorrência precoce em portadores de carcinomas espinoceulares da cavidade oral. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 43, n. 1, p.6-11, 2014.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – Rotinas Internas do INCA. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de. Carcinoma Epidermóide de Cabeça e Pescoço: Condutas do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 4, p.361-376, 2001.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004.
19. MONTORO, J. R. M. C. et al. Fatores prognósticos no carcinoma

- espinocelular de cavidade oral. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 74, n. 6, p.861-866, janeiro, 2008.
20. OMURA, K. Current status of oral cancer treatment strategies: surgical treatments for oral squamous cell carcinoma. **International Journal Of Clinical Oncology**, v. 19, n. 3, p.423-430, junho, 2014.
21. PANDEY, A. et al. Outcome of operable oral cavity cancer and impact of maintenance metronomic chemotherapy: A retrospective study from rural India. **South Asian J Cancer**, India, v. 5, n. 2, p.52-55, 2016.
22. SASSI, L. M.; OLIVEIRA, B. V.; PEDRUZZI, P. A. G.; RAMO, G. H. A.; STRAMANDINOLI, R. T.; GUGELMIN, G. et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. **Rev Sul-Bras Odontol**, 7(1):105-9, março, 2010.
23. SESSIONS, D. G. et al. **Analysis of treatment results for oral tongue cancer. Laryngoscope**, v.112, p.616-625, 2002.
24. TAGHAVI, N.; YAZDI, I. Prognostic Factors of Survival Rate in Oral Squamous Cell Carcinoma: Clinical, Histologic, Genetic and Molecular Concepts. **Archives Of Iranian Medicine**, v. 18, n. 5, p.314-319, maio, 2015.
25. TEIXEIRA, A. K. M. et al. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Ceará, v. 3, n. 55, p.229-236, maio, 2009.
26. WOLFF, K.; FOLLMANN, M.; NAST, A. The Diagnosis and Treatment of Oral Cavity Cancer: Clinical practice guideline. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 109, n. 48, p.829-835, 2012.