

# Cancro oral: um olhar faz a diferença

Autores:

Sara Miranda<sup>1</sup>, Maria Manuel Valente<sup>1</sup>, Jorge Vinagre<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O cancro oral é o sexto cancro mais comum do mundo. Nos países desenvolvidos, aproximadamente 75% dos cancros do lábio, boca e faringe são atribuídos ao consumo de tabaco e álcool. Descreve-se um caso de neoplasia da boca num homem fumador, que nos alerta para a importância da prevenção primária e da presença de um índice de suspeição mais elevado nos doentes com fatores de risco, permitindo o diagnóstico precoce. Evidencia ainda a importância do seguimento destes doentes, atendendo à morbilidade associada aos tratamentos.

**Descrição do Caso:** Homem, 65 anos, fumador (40 unidades maço ano). Em consulta de seguimento em maio de 2015 trouxe carta de clínica de Medicina Dentária, onde andava a fazer tratamentos por cáries, sinalizando uma lesão na cavidade oral. Apresentava-se assintomático, objetivando-se ao exame físico da cavidade oral uma lesão ovalada, séssil, endurecida, na transição do palato duro/mole, à direita da linha média, com 2 cm de diâmetro. Foi referenciado para consulta de Estomatologia com urgência, tendo realizado biópsias da lesão duas semanas depois, que revelaram o diagnóstico de carcinoma adenoide cístico. Um mês após o diagnóstico expressou vontade de deixar de fumar, tendo iniciado gomas de nicotina. Dois meses depois suspendeu o consumo de tabaco. Foi submetido a desbridamento cirúrgico e maxilectomia direita em agosto de 2015 e colocação de sonda nasogástrica para alimentação. Posteriormente foi colocada prótese, havendo dificuldade na adaptação aos tecidos devido às alterações anatómicas condicionadas pela cirurgia.

**Comentário:** O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, bem como o rápido diagnóstico das lesões pré-cancerígenas e cancerígenas da cavidade oral e faringe são vitais para a sobrevivência dos doentes. O bom prognóstico destas lesões, se tratadas atempadamente, torna o seguimento dos doentes de extrema importância, pois requer um esforço coordenado no sentido de melhorar a qualidade de vida e detetar precocemente a recorrência.

*Palavras-chave:* neoplasias da boca, fatores de risco, rastreio precoce de cancro, consulta de seguimento.

*Keywords:* mouth neoplasms, risk factors, early detection of cancer, aftercare.

## INTRODUÇÃO:

O cancro oral, doença prevenível quando associada a fatores de risco e estilos de vida modificáveis, é o sexto cancro mais comum do mundo.<sup>1</sup> A nível global, os cancros do lábio, cavidade oral e faringe foram responsáveis por 529.500 novos casos e por 292.300 mortes em 2012, representando 3,8% do total de todos os cancros e 3,6% do total de mortes por cancro.<sup>2</sup> Em Portugal, em 2014, foram diagnosticados 829 novos casos de neoplasias malignas da boca, do pavimento da boca e da orofaringe, sendo este um número estável desde 2011.<sup>3</sup>

O cancro oral surge mais frequentemente em homens (taxa de 2:1 masculino/feminino) após a 4ª década.<sup>4</sup> É responsável por 4% das mortes nos homens e é a quinta causa de morte por doença oncológica no género masculino.<sup>5</sup> Nos países desenvolvidos, aproximadamente 75% destes cancros são atribuídos ao consumo de tabaco e álcool.<sup>6</sup>

Descreve-se um caso de neoplasia da boca num homem fumador, o que nos alerta para a importância da prevenção primária e presença de um índice

de suspeição mais elevado nos doentes com fatores de risco, por forma a permitir o diagnóstico precoce, bem como para o seguimento dos doentes com cancro oral, atendendo à morbilidade associada aos tratamentos.

O objetivo deste relato de caso é ilustrar a importância do exame sistemático da cavidade oral nos grupos de alto risco, bem como a importância de uma abordagem holística, nomeadamente física, psicológica e social, do doente com cancro oral.

## DESCRIÇÃO DO CASO:

Homem de 65 anos, natural e residente em Silvalde, Espinho, divorciado, empregado numa fábrica de produção de redes de pesca há 30 anos. Pertencente a uma família unitária, classe social média baixa (classe IV da escala de *Graffar*). Hábitos tabágicos: 40 unidades maço ano (UMA). Antecedentes pessoais de dermatite de contacto/alérgica e perturbação depressiva. Medicado com mirtazapina 15 mg, 1 comprimido à noite.

Em maio de 2015 recorreu a uma consulta de Saúde Adultos na sua Unidade de Saúde Familiar (USF), com uma carta de clínica de Medicina Dentária, onde estava a fazer tratamento por cáries, sinalizando uma lesão na transição do palato duro e palato mole, à direita da linha média, com 2 cm x 1,5 cm. Ao exame objetivo na consulta apresentava uma lesão ovalada,

1. Médica Interna de Formação Específica de MGF, USF de Espinho, ACeS Espinho/Gaia

2. Assistente de MGF, USF de Espinho, ACeS Espinho/Gaia

séssil, endurecida, na transição do palato duro/mole à direita da linha média, sem a ultrapassar, com cerca de 2 cm de diâmetro (Figura 1). Foi encaminhado para consulta de Estomatologia com urgência, tendo feito biópsias da lesão, que revelaram o diagnóstico de carcinoma adenoide cístico. Atendendo à resposta muito célere do serviço de Estomatologia do hospital da área de referência da Unidade de Saúde Familiar, com marcação de consulta em apenas alguns dias úteis, bem como à existência de uma consulta multidisciplinar de Neoplasias da Cabeça e Pescoço no mesmo hospital, optou-se pelo encaminhamento direto através de ALERT P1®, em vez de emissão de cheque-dentista pelo Programa SISO (Sistema de Informação para Saúde Oral).

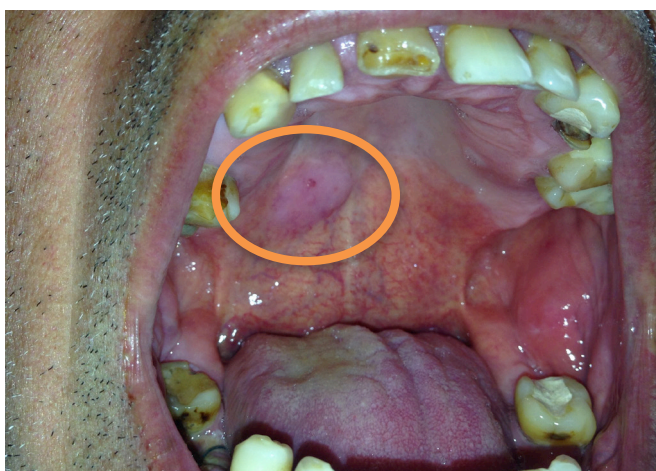


Figura 1. Fotografia da lesão em maio de 2015, à data de diagnóstico.

Em junho de 2015, numa consulta de seguimento, expressou vontade de deixar de fumar (estava a fumar 15 cigarros por dia), solicitando a ajuda do médico de família. Foi incentivada a sua iniciativa de cessação tabágica e prescrita nicotina transdérmica 21 mg/24 horas + alprazolam 0,25 mg meio comprimido de manhã. A prescrição da dose de 21 mg/24 horas teve por base o facto do doente fumar mais de 10 cigarros por dia, tendo sido explicada a progressiva redução da dose até à total abstenção tabágica. Na consulta seguinte, um mês depois, tinha diminuído o consumo de tabaco para 3 a 4 cigarros por dia e estava a fazer gomas de nicotina que iniciou por moto próprio (3 a 4 gomas de 2 mg de nicotina por dia) pois não tinha tido possibilidades económicas para o sistema transdérmico. Embora ansioso, verbalizando a dificuldade em deixar de fumar, encontrava-se motivado para a cessação tabágica e, por vontade própria e após ponderação, optou por sistema de nicotina transdérmica, desta vez de 14 mg /24 horas, tendo-se optado por esta dose já que o doente se encontrava a fumar menos de 10 cigarros por dia e a dose de nicotina presente nas gomas adquiridas não estava ajustada às

suas necessidades. Um mês depois, em nova consulta de reavaliação, referiu que não fumava há um mês, sentindo-se já sem necessidade de nicotina transdérmica, pelo que suspendeu a mesma poucos dias antes da consulta. Manteve alprazolam atendendo a ansiedade associada a cessação tabágica e a proposta de cirurgia para exérese da lesão do palato.

Foi submetido a desbridamento cirúrgico e maxilectomia direita em agosto de 2015 (Figura 2), com colocação de sonda nasogástrica (SNG) para alimentação. Tendo em conta que vivia sozinho, atendendo à necessidade de cuidados pós-cirúrgicos e a limitação funcional, o doente foi viver para casa da irmã, em Ermesinde. Na consulta de seguimento na USF um mês após a cirurgia referiu dificuldades na adaptação à SNG – para além de dificuldade em dissolver a medicação para administração pela sonda; esta encontrava-se obstruída. Apresentava ainda limitação na marcha por perda marcada de massa muscular por desuso, após o internamento. Foram realizados ensinamentos sobre desobstrução da SNG, realização de nebulizações prescritas após o internamento e reforçada a importância de manter cessação tabágica. Foi efetuado um pedido de Medicina Física e Reabilitação para recuperação funcional, e redigida informação clínica para anexar a pedido de atestado de incapacidade multiusos.

Posteriormente foi agendada a colocação de prótese, em novembro de 2015, com início de alimentação oral um mês depois. A prótese superior estava mal adaptada, com oscilações durante as funções estomatognomáticas e conseqüente dificuldade em falar e comer, tendo sido proposto iniciar Terapia da Fala. Após um ano de sucessivas consultas em Estomatologia, Cirurgia Plástica e Otorrinolaringologia, mantinha mal adaptação à prótese, que se mantinha com folga. Por indicação médica recorreu a clínica espanhola para solicitar opinião quanto à situação da prótese em novembro de 2016. Em fevereiro de 2017 iniciou tratamentos nessa mesma clínica para colocação de implantes ósseos pneumáticos e posteriormente colocação de prótese implanto-suportada, encontrando-se em junho de 2017 na fase final destes tratamentos.



Figura 2. Fotografia da cavidade oral em setembro de 2015, após realização de desbridamento cirúrgico e maxilectomia direita.

Durante estes quatro meses manteve uma alimentação essencialmente líquida e pastosa, por forma a não exercer carga sobre os implantes e a osteointegração bem sucedida.

### COMENTÁRIO:

Na Declaração Política das Nações Unidas de 2011 sobre doenças crónicas, em Nova Iorque, foi reconhecido que as doenças orais partilham fatores de risco com as quatro principais doenças crónicas (cancro, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias) e, como tal, devem beneficiar de uma abordagem comum.<sup>1</sup> O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas, bem como o rápido diagnóstico das lesões pré-cancerígenas e cancerígenas da cavidade oral e faringe são vitais para a sobrevivência dos doentes.<sup>7</sup>

São necessários estudos adicionais para avaliar a efetividade de programas de rastreio populacional do cancro oral, baseados no número de mortes prevenidas e/ou anos potenciais de vida perdidos vs os custos do rastreio, bem como os riscos de sobrediagnóstico e sobretratamento.<sup>8</sup> No entanto, apesar da ausência de dados sobre a sua efetividade, a visualização sistemática da cavidade oral, com pesquisa de lesões de leucoplasia e/ou eritroplasia, úlceras ou tumefações da cavidade oral, em doentes com fatores de risco para cancro oral, quer nas consultas de Medicina Geral e Familiar, quer nas consultas de Estomatologia/Medicina Dentária, podem aumentar o diagnóstico precoce e, eventualmente, reduzir a mortalidade por cancro oral.<sup>9</sup> No sentido de promover uma intervenção precoce e multidisciplinar surgiu em Portugal o Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO), que integra médicos de família, médicos dentistas, médicos estomatologistas, outros médicos hospitalares, hospitais e um laboratório de referência.<sup>1</sup> Apesar de no caso descrito, em particular, esta articulação multidisciplinar tenha sido feita diretamente através da referência hospitalar, os autores reconhecem a importância deste projeto, por um lado pela sensibilização para a suspeita diagnóstica do cancro oral e, por outro, pela agilização de processos e celeridade que permite, o que contribui para a qualidade dos cuidados prestados.

O bom prognóstico destas lesões, se tratadas atempadamente, torna os cuidados de seguimento destes doentes cada vez mais importantes. No caso particular do doente abordado neste relato de caso, a cessação tabágica, a aceitação de um diagnóstico de novo e de todas as suas implicações, incluindo as alterações da imagem corporal, do padrão alimentar e da fala, da residência e da situação laboral, contribuíram para uma perturbação do humor, que foi necessário abordar sistematicamente ao longo das consultas na USF. São vários os problemas que se mantiveram por

resolver no caso particular deste doente, nomeadamente a sua perturbação depressiva, a sua dificuldade na linguagem verbal e na alimentação, a sua incapacidade para regressar ao trabalho pelos tratamentos debilitantes e frequentes, bem como pelo estado psicológico, esperando os autores poder acompanhar e auxiliar na progressiva recuperação.

Assim, estes doentes requerem um esforço coordenado no sentido de melhorar a qualidade de vida, bem como detetar precocemente a recorrência.<sup>10</sup>

Este caso enfatiza a importância da revisão sistemática da cavidade oral, principalmente nos doentes de alto risco, bem como do acompanhamento contínuo e de uma abordagem holística destes doentes.



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Azul AM, Bulhosa JF, Melo PR, Trancoso PF. Intervenção Precoce No Cancro Oral - Guia Para Profissionais De Saúde. Ordem dos Médicos Dent 2014;(1):1-5. [consultado em junho de 2017] Disponível em: <https://www.ond.pt/noticias/2014/03/livrocancrooral.pdf>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136(5):e359-86.
3. Miranda N, Portugal C. Doenças Oncológicas em Números 2015 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2016.
4. Silverman SJ, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ* 2010;25(3):279-81.
5. Pinheiro PS, Tyczyński JE, Bray F, Amado J, Matos E, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in Portugal. *Eur J Cancer* 2003;39(17):2507-20.
6. Tuyns AJ, Esteve J, Raymond L, Berrino F, Benhamou E, Blanchet F, et al. Cancer of the larynx / hypopharynx, tobacco and alcohol: larc international case-control study in Turin and Varese (Italy), Zaragoza and Navarra (Spain), Geneva (Switzerland) and Calvados (France). *Int J Cancer* 1988;41(4):483-91.
7. Chi AC, Day TA. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma - an update. *CA Cancer J Clin* 2015;65:401-21.
8. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: A cluster-randomized controlled trial. *Lancet*. 2005;365(9475):1927-33.
9. Speight PM, Palmer S, Moles DR, Downer MC, Smith DH, Henriksson M, et al. The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. *Health Technol Assess* 2006;10(14):e1-iv.
10. Cohen E, LaMonte S, Erb N, Beckman K, Sadeghi N, Hutcheson K, et al. American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. *CA Cancer J Clin* 2016;66(3):20439.

### CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores não têm conflitos de interesses a declarar.

### CORRESPONDÊNCIA:

Sara Daniela Correia Miranda  
saradcmiranda4@gmail.com