

CÂNCER BUCAL: AVALIAÇÃO DO TEMPO DECORRENTE ENTRE A DETECÇÃO DA LESÃO E O INÍCIO DO TRATAMENTO

Oral Cancer: How long does it take from Detection of a Lesion to the Beginning of Treatment

Edna Gonçalves da Costa¹ e Cesar Augusto Migliorati²

RESUMO

Este trabalho teve o objetivo de determinar o tempo que decorre desde o momento que uma lesão maligna bucal é detectada até o momento em que o paciente inicia a terapia da lesão em centro especializado. Para tanto, 15 pacientes consecutivos (9 homens e 6 mulheres), portadores de lesões malignas da cavidade bucal, encaminhados para diagnóstico e tratamento à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) foram acompanhados, sem que a rotina de manejo destes pacientes fosse alterada. Após um ano, observou-se que em média os pacientes aguardam 19,3 dias para receberem o diagnóstico de câncer. Do momento do diagnóstico até o início da terapia da lesão decorreram em média 65,7 dias. O tempo médio decorrido entre a primeira visita à FOUSP e o início do tratamento foi de 84 dias. Baseados no fato de que o diagnóstico precoce do câncer bucal e o tratamento imediato são fatores importantes na diminuição da alta morbidade e mortalidade causadas por esta doença, acreditamos que o serviço público de diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de câncer bucal que serve os pacientes da FOUSP deva ser reavaliado.

Palavras-chave: neoplasias bucais; diagnóstico; tratamento; odontologia; carcinoma de células escamosas.

¹ Cirurgiã dentista, estagiária da Disciplina de Semiologia do Depto. de Estomatologia da FOUSP

² ex-Prof. Col., Disciplina de Semiologia do Depto. de Estomatologia da FOUSP; Coordenador do Serviço de Medicina Bucal do Centro de Oncologia e Radioterapia do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo. Enviar correspondência para C.A.M. Rua Prof. Artur Ramos 178 apto 12 A; 01454-010 São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

The objective of the present study was to determine the time it takes from the detection of a malignant oral lesion until the moment treatment in a specialized center begins. Fifteen consecutive patients (9 males and 6 females) with malignant oral lesions who had been referred for diagnosis to the University of São Paulo School of Dentistry (FOUSP) were followed. No changes were made in the school's routine management protocol. After one year of follow-up, we observed that patients waited a mean of 19.3 days to receive a diagnosis of the oral lesion, and waited 65.7 days until the beginning of treatment. Patients had to wait a mean of 84 days between the time of the first visit at FOUSP and the beginning of treatment. Based on the fact that early diagnosis of oral cancer and immediate treatment are important in the control of this disease leading to decreased morbidity and mortality we propose a re-evaluation of the protocol for the management of oral cancer patients at FOUSP.

Key words: mouth neoplasms; diagnosis; treatment; dentistry; carcinoma, squamous cell.

INTRODUÇÃO

O câncer no Brasil é considerado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) como um problema de saúde pública.¹ O câncer está sempre entre as causas mais freqüentes de morte ao lado das doenças circulatórias, causas externas, doenças infecciosas e parasitárias, e afecções do período perinatal.²

Vários fatores têm contribuído para este problema. A expectativa de vida do brasileiro vem aumentando progressivamente. Dados estatísticos do INCA mostram que entre 1960 e 1980 a população chamada de terceira idade (65 anos e mais) praticamente duplicou. A urbanização e o desenvolvimento tecnológico expõem a população a fatores de risco para o câncer, como os aditivos alimentares, pesticidas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, níquel, asbesto, poluição ambiental e tabagismo.²

O câncer é uma doença crônica que provoca invalidez e exige internação hospitalar e acompanhamento ambulatorial freqüentes. O diagnóstico e o tratamento são realizados por uma equipe multiprofissional altamente especializada, empregando geralmente tecnologia sofisticada e dispendiosa. Assim, o alto tributo pago pela sociedade e pelos indivíduos acometidos de câncer justifica a urgência na adoção de medidas eficazes para o seu controle.³

O câncer bucal é uma doença crônica que resulta em alta morbidade e mortalidade. Nos EUA, estima-se que aproximadamente 30.800 novos casos de câncer bucal e da faringe serão

diagnosticados em 1999. Destes casos, 2/3 ocorrerão em pacientes do sexo masculino. Estima-se também que cerca de 8.500 pessoas vão morrer em 1999 em consequência de complicações causadas pelo câncer bucal, e que apenas 55% dos pacientes acometidos da doença terão sobrevida de 5 anos ou mais.⁴

No Brasil, os registros hospitalares de câncer mostram que a boca está entre as dez localizações mais freqüentes para a ocorrência de câncer, ao lado da pele, colo uterino, mama e estômago. Segundo a Coordenadoria de Saúde Bucal do Ministério da Saúde em Brasília, cerca de 30.000 casos de câncer bucal e das glândulas salivares maiores foram notificados nos últimos quatro anos. De acordo com o Ministério da Saúde, entre as lesões bucais malignas mais freqüentes observa-se que é predominante o estadiamento desconhecido ou tardio (III ou IV), o que aumenta a seqüela do tratamento e diminui a possibilidade de cura e a sobrevida dos pacientes.⁵

Considerando-se que a boca é um local de fácil acesso ao exame físico, pode-se deduzir que existe uma deficiência importante no diagnóstico destes tipos de câncer. Esta questão foi avaliada em um estudo realizado nas cidades de São Paulo, Curitiba e Goiânia durante o período de fevereiro de 1986 a dezembro de 1988 (Kowalski et al. 1994).⁶ Neste estudo prospectivo, avaliaram-se diversos fatores de risco que pudessem haver ocasionado o diagnóstico tardio de câncer bucal e orofaríngeo. Foi observado que para lesões de lábio, fatores de risco associados à doença avançada incluíam a presença de ulceração

dolorida, alcoolismo, e reconhecimento tardio da lesão por médico não especialista. Para lesões intra-buciais, os fatores de risco incluíram o tipo da lesão, presença de odinofagia e disfagia, e atraso no reconhecimento da lesão causado pelo dentista e pelo médico não especialista. Deste modo, o diagnóstico precoce do câncer bucal e o imediato encaminhamento do paciente para tratamento são fatores importantes para a redução da morbidade e da mortalidade causadas pela doença (Norman van der Dussen, 1994).⁷

Os serviços públicos de diagnóstico bucal e estomatologia, no que diz respeito ao tratamento de câncer bucal e aos resultados obtidos com este tratamento, deixam a desejar. Na maioria destes serviços o paciente chega com um problema na boca, recebe o diagnóstico de câncer e é encaminhado para tratamento em outro centro especializado. Em função disto, fica difícil avaliar o que vai ocorrer com os pacientes quando eles partem à procura de tratamento. Assim, acreditamos que os serviços de diagnóstico e o tratamento do câncer bucal devam ser melhor estruturados (Antczak-Bouckoms, 1995).⁸

Baseados nos aspectos acima discutidos e na escassa literatura sobre o assunto, procuramos avaliar o serviço de atendimento a pacientes portadores de câncer bucal da Faculdade de Odontologia da USP.

MATERIAL E MÉTODOS

Durante o período de um ano (novembro de 1997 até outubro de 1998), 15 pacientes consecutivos portadores de lesões malignas da cavidade bucal que foram identificados e

encaminhados para diagnóstico e tratamento à Disciplina de Semiologia, do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que passou a acompanhá-los. Não houve interferência na rotina normal de manejo dos pacientes, sendo a participação dos pesquisadores exclusivamente de observação e seguimento dos casos. Os pacientes foram examinados por um dos profissionais da disciplina de Semiologia e as lesões suspeitas foram biopsiadas. Na consulta de retorno os pacientes foram informados do diagnóstico e foram então entrevistados por um dos pesquisadores.

INCLUSÃO NO ESTUDO

Após a comunicação do diagnóstico ao paciente, um dos pesquisadores informava-lhe do estudo e no que consistiria sua participação. Depois da assinatura do formulário de consentimento informado (Figura 1), o pesquisador fazia a revisão da anamnese, revisão da história da doença atual, revisão da história médica, dental e social. Neste momento o paciente foi questionado quanto a aspectos importantes relacionados com o diagnóstico precoce do problema.

Perguntou-se aos pacientes:

- quando a lesão foi detectada pela primeira vez?
- presença de sinais e sintomas que levaram o paciente a reconhecer o problema?
- qual foi o primeiro profissional consultado?
- quantos profissionais foram consultados antes do encaminhamento a FOUASP?
- quais os procedimentos terapêuticos realizados?

<p>O professor Cesar Augusto Migliorati, da Disciplina de Semiologia desta Faculdade, juntamente com a acadêmica Edna Gonçalves da Costa estão desenvolvendo trabalho de pesquisa com pacientes portadores de câncer da boca. Esta pesquisa envolve o acompanhamento destes pacientes desde a primeira consulta nesta faculdade até o momento em que eles iniciam o tratamento em centro especializado. O objetivo desta pesquisa é descobrir quanto tempo leva desde o momento em que o câncer da boca é detectado até que o paciente seja atendido pelo especialista para tratamento.</p> <p>A participação nesta pesquisa não envolve qualquer risco ou obrigação de sua parte. Nós somente necessitamos de sua autorização para que possamos acompanhar o seu caso nas diversas fases que envolvem o diagnóstico e o tratamento desta doença. Não há compensação financeira pela participação nesta pesquisa. Você poderá desistir de participar da mesma a qualquer momento. Para isto, basta comunicar seu desejo ao Dr. Migliorati pessoalmente ou através do telefone 818-7883. Participando desta pesquisa você estará contribuindo para que possamos melhorar os meios de diagnóstico e de tratamento do câncer bucal. Somente detectando problemas e falhas nos serviços de saúde que cuidam do tratamento deste tipo de câncer é que poderemos melhorar os resultados do tratamento de pacientes como você.</p>	
<p>_____ Cesar Augusto Migliorati, CRO 10386</p>	<p>_____ Paciente</p>

Figura 1 - Formulário de consentimento para participação em pesquisa. Disciplina de Semiologia, Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Estas informações foram anotadas em formulário especial desenvolvido para este estudo (Figura 2). Após a entrevista de inclusão no estudo o paciente era conduzido pelo pesquisador ao serviço social da FOUSP, responsável pelo encaminhamento dos pacientes para um dos diversos centros de tratamento de câncer em São Paulo. A participação do pesquisador deste momento em diante envolveu somente a observação dos procedimentos, consultas em centro médico especializados, até o início do tratamento da lesão. Foram anotadas as datas de todas as consultas e outras intercorrências e informações pertinentes ao estudo. Este procedimento foi adotado para cada um dos pacientes incluídos no estudo.

primeira visita à FOUSP e o início do tratamento das lesões em centro especializado podem ser observadas na Tabela 2. Os resultados apontam para uma demora inexplicável, de várias semanas, até meses, desde o momento da detecção da lesão até o início do tratamento oncológico. Pode-se perceber que pacientes portadores de câncer bucal dificilmente procuram a faculdade de odontologia diretamente. Alguns foram examinados por pelo menos um profissional da área da saúde antes de chegar à FOUSP, e a grande maioria foi examinada por pelo menos dois ou três profissionais (médicos, dentistas, etc.) antes de ser encaminhada para diagnóstico e tratamento. Deste modo, foi comum observar pacientes portadores de lesões extensas, com meses ou anos de duração.

RESULTADO

O perfil dos pacientes incluídos no estudo pode ser observado na Tabela 1. As variações de tempo que ocorrem entre a

DISCUSSÃO

É internacionalmente aceito que, apesar do avanço das técnicas modernas de

Nome: _____ Nº: _____ Data de nascimento: _____ Idade : ____ Nacionalidade: _____ Raça: _____ Sexo: _____ Profissão: _____ Fatores de risco Tabaco: _____ Quanto fuma/dia _____ Quanto tempo fuma _____ Tipo de tabaco: cigarro ____ cachimbo ____ cigarro de palha ____ outro _____ Álcool: Sim _____ Não _____ Que tipo: cerveja ____ vinho ____ destilado _____ Quantidade: _____ Quanto tempo bebe _____ História da lesão - Dinâmica do diagnóstico Data da detecção da lesão _____ Data da primeira consulta-FOUSP _____ Quem detectou a lesão: paciente _____ médico ____ dentista ____ outro _____ Quantos profissionais consultados antes da primeira consulta na FOUSP _____ médico _____ dentista _____ Data da biópsia _____ Data do diagnóstico histopatológico _____ Data da revelação do diagnóstico ao paciente _____ História da lesão - Dinâmica do tratamento Data do encaminhamento para tratamento _____ Quem encaminhou: dentista ____ assistente social _____ médico ____ outro _____ Consulta inicial em centro especializado _____ Local _____ Data do início do tratamento _____ Data do término do tratamento _____ Modalidade de tratamento: cirurgia _____ radioterapia _____ quimioterapia _____ Prognóstico médico _____ Tempo decorrido da detecção da lesão ao início do tratamento _____
--

Figura 2 - Pacientes portadores de câncer bucal. Dinâmica do diagnóstico e tratamento. Formulário para coleta de dados

diagnóstico de lesões malignas da cavidade bucal e da possibilidade de tratamento destas lesões, o diagnóstico precoce e o pronto tratamento da lesão é ainda a melhor forma de aumentar a sobrevida de cinco anos e diminuir a morbidade e a mortalidade. Quando uma lesão maligna é diagnosticada em sua fase inicial, ou seja, menor que 2 cm de extensão e sem comprometimento linfonodal (T1, N0, M0), o tratamento cirúrgico local será provavelmente suficiente para curar o paciente. Entretanto, se o diagnóstico não é feito no início, a extensão local certamente ocorrerá, podendo então haver invasão dos linfonodos regionais. Isto altera o estadiamento do câncer (T2, T3, e T4) e o tratamento deverá incluir radioterapia e, em alguns casos, quimioterapia. Estas formas de tratamento oncológico são acompanhadas de complicações severas, tanto para a boca como para o resto do organismo, sendo que algumas delas são definitivas, como a xerostomia e o risco para osteoradionecrose. Além do mais, uma lesão maligna que poderia ter sido curada passa a ser tratada com menores chances de cura, mudando totalmente o prognóstico para o paciente.

Este trabalho procurou avaliar o serviço de atendimento de pacientes portadores de câncer bucal que são encaminhados para a disciplina de Semiologia do Departamento de Estomatologia da FOU SP. Este serviço tem por finalidade principal diagnosticar lesões malignas da cavidade bucal e encaminhar os pacientes para um centro especializado de tratamento de câncer da cabeça e do pescoço. Pouca informação existe sobre o que ocorre com os pacientes uma vez que os mesmos são encaminhados para tratamento pelo serviço social da faculdade. Não existe um programa de acompanhamento e preservação dos pacientes, que na maioria dos casos, não retornam mais à faculdade para verificação dos resultados do tratamento oncológico e para tratamento das seqüelas.

Pacientes portadores de lesões malignas da cavidade bucal são rotineiramente

encaminhados para diagnóstico e tratamento à Disciplina de Semiologia do Departamento de Estomatologia da FOU SP. Uma informação comum na anamnese e na história clínica destes doentes é o longo tempo de desenvolvimento das lesões. A partir da detecção da lesão o paciente é examinado por vários profissionais da área de saúde antes que ele seja encaminhado a um centro especializado. Em consequência disso, freqüentemente os pacientes apresentam lesões avançadas já causando morbidade e severas alterações no prognóstico e na qualidade de vida.

Uma auditoria feita na Inglaterra baseada na experiência de um cirurgião da cabeça e do pescoço durante o período de 5 anos mostrou que em média o tempo decorrido para o diagnóstico histológico de carcinomas da cavidade bucal foi de 6,4 dias, e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento das lesões foi de 25,8 dias.⁹ Estes dados mostram uma diferença muito grande dos resultados do presente trabalho, indicando que o serviço de atendimento aos pacientes portadores de lesões malignas da FOU SP deve ser reavaliado, procurando-se determinar e corrigir os fatores que levam à demora do diagnóstico e do início do tratamento.^{9,10}

Seria ideal que houvesse um programa de cooperação inter-institucional, com integração dos vários grupos profissionais envolvidos no atendimento destes pacientes, o que facilitaria o encaminhamento para tratamento e manteria o paciente dentro de um programa de acompanhamento rotineiro após o tratamento oncológico. É sabido que, além da necessidade do preparo odontológico pré-tratamento, as seqüelas do tratamento oncológico são inúmeras e que, invariavelmente, há a necessidade de complementação e acompanhamento odontológico destes indivíduos. É importante lembrar também que pacientes que desenvolveram câncer bucal podem apresentar risco aumentado para desenvolver novas lesões malignas primárias.³

A educação dos pacientes e dos profissionais da saúde para o reconhecimento precoce de lesões com potencial de malignidade e encaminhamento para atendimento imediato certamente contribuiria para a melhora do serviço e do

prognóstico para os pacientes portadores deste tipo de câncer. Embora não tenhamos dados para tal conclusão, gostaríamos de especular que o quadro observado na FOU SP não deve ser muito diferente do que ocorre no resto do país.

Tabela 1: Perfil dos pacientes portadores de lesões malignas da cavidade bucal

Nº do Paciente	Iniciais	Idade	Sexo	Raça	Tabaco	Álcool	Tumor	Localização
1	MAC	62a	F	Branca	+	+	Carcinoma Epidermóide	Retro molar Dir. e assoalho
2	SJ	59a	F	Amarela	-	-	Carcinoma Epidermóide	Retro molar Esq.
3	JMO	65a	M	Branca	D	D	Carcinoma Odontogênico de Cél. Claras	Rebordo alveolar inferior anterior e assoalho
4	JSC	57a	M	Negra	+	+	Carcinoma Epidermóide	Retro molar Esq. invadindo muc jugal a túber
5	AS	72a	M	Branca	+	+	Carcinoma Epidermóide	Rebordo alveolar sup. anter. Dir.
6	JPL	77a	M	Negra	+	+	Adenocarcinoma polimórfico	Pós-túber e mucosa jugal posterior
7	OAS	44a	F	Negra	+	+	Linfoma maligno B de gdes céls.	Rebordo alveolar Esq. hemiarco infer.
8	OMC	77a	F	Branca	-	+	Carcinoma Epidermóide	Palato duro e mole, rebordo alveolar sup. Esq.
9	HHAY	78a	M	Branca	+	-	Melanoma	Mucosa jugal e lábio superior
10	MAM	75a	F	Branca	-	-	Carcinoma Epidermóide	Rebordo alveolar superior Dir.
11	NFA	76a	M	Branca	+	+	Carcinoma Adenóide Cístico	Borda lateral de língua e assoalho
12	LG	68a	M	Branca	+	+	Carcinoma Epidermóide	Palato mole e úvula
13	TCS	64a	F	Branca	-	-	Carcinoma Epidermóide	Borda lateral de língua
14	HVB	77a	M	Branca	+	+	Carcinoma Epidermóide	Borda lateral de língua
15	LSV	39a	M	Negra	+	+	Carcinoma Epidermóide	Borda lateral post. de língua

D = desconhecido

Tabela 2: A dinâmica dos pacientes portadores de câncer bucal até o início do tratamento oncológico

Nº do Paciente	Iniciais	1º Sinal/Sintoma detectado pelo paciente	Nº de profis. méd./dent. consultados	1ª consulta FOU SP	Tempo para diagnóstico (D) - dias	Tempo para tratamento (T) - dias	Tempo Total (D+T)	Encaminhado para	Modalidade de tratamento
1	MAC	90d	3	25/09/97	19	29	48	HP	Cirúrgica
2	SJ	59d	2	15/10/97	14	36	50	SS	Cirúrgica
3	JMO	D	D	22/10/97	21				
4	JSC	27d	2	26/11/97	21	83	104	SS	Cirúrgica e radioterápica
5	AS	10anos	1	26/11/97	21	63	84	SS	Cirúrgica e radioterápica
6	JPL	150d	2	03/12/97	34				
7	OAS	130d	2	21/01/98	27	38	65	SS	Quimioteráp.
8	OMC	90d	2	18/02/98	14				
9	HHAY	18d	1	18/02/98	D	0	0		Cirúrgica (biópsia)
10	MAM	150d	2	07/03/98	25	26	51	HP	Radioteráp.
11	NFA	2 anos	2	11/03/98	14	120	134	SS	Cirúrgica
12	LG	150d	3	18/04/98	18	117	135	SS	Cirúrgica (radioter.?)
13	TCS	150d	1	20/05/98	14	97	111	SS	Cirúrgica
14	HVB	90d	3	22/07/98	14	61	75	SS?	Radioterápica (quimioter.?) Sobrev. 2 anos
15	LSV	44d	1	05/08/98	14	53	67	SS	Cirúrgica
M					19.3	65.7		84	

D = desconhecido; M = média em dias; HP = hospital particular; SS = hospital público

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. O problema do câncer no Brasil. 3a ed. Rio de Janeiro, 1995.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro, 1995. v.2.
3. Silverman Jr S. Oral cancer. 4th ed. Atlanta: American Cancer Society, 1998.
4. SEER Cancer statistics review 1973-1994. In: Cancer facts and figures, 1997. Atlanta: American Cancer Society, 1997.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de Boca: manual de detecção de lesões suspeitas. 2a ed. Rio de Janeiro, 1996.
6. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1994;30B:167-73.
7. van der Dussen NMF. Oral cancer: the importance of early diagnosis and role of the dentist. *Rev Belge Med Dent* 1994;49(suppl 1):35-49.
8. Antczack-Bouckoms A. Quality and effectiveness issues related to oral health. *Med Care* 1995;33(suppl 11):NS123-42.
9. Worrall SF, Corrigan M. An audit of one surgeon's experience of oral squamous cell carcinoma using computerised malignancy database. *Ann R Coll Surg Engl* 1995;77:332-36.
10. Jovanovic A, Kostense PJ, Schulten EAJM, Snow GB, van der Waal I. Delay in diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a report from the Netherlands. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1992;28B(1):37-8.
11. Allison P, Franco E, Feine J. Predictors of professional diagnostic delays for upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncol* 1998;34:127-32.
12. Allison P, Franco E, Black M, Feine J. The role of professional diagnostic delays in the prognosis of upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncology* 1998;34:147-53.