
O CIRURGIÃO DENTISTA E O CÂNCER

VOLNEI GARRAFA *

Os avanços no conhecimento da imunologia, microscopia eletrônica, biologia celular, bioquímica, etc., trazem uma renovada esperança de que se alcançarão brevemente, explicações para os mecanismos promotores do câncer. No entanto, apesar dos esforços concentrados neste sentido, até os dias atuais os principais fatores que determinam a cura do câncer, são constituídos ainda pelo binômio prevenção e diagnóstico precoce. Ainda mais, quando se sabe da estreita relação entre numerosos agentes cancerígenos externos e lesões malignas.

E, neste ponto, começa a assumir posição de destaque o cirurgião-dentista, uma vez que o câncer da boca, no nosso País, ocupa o segundo lugar em incidência decrescente em homens (17,7%), de acordo com pesquisa realizada em 27 hospitais filiados à Campanha Nacional de Combate ao Câncer; já para as mulheres, este índice aparece em quarto lugar com 2,8% (CONCEIÇÃO, 1971).

O Memorial Hospital de New York relata que mais de 30% dos pacientes com câncer

de boca lá atendidos, haviam procurado o dentista inicialmente (cit. por BARBOSA, 1959a). Os dados de SARNAT & SCHOUR (1956) mostram que mais de 40% dos portadores de câncer da cabeça ou pescoço, procuram o dentista antes do médico. No Brasil, em estatísticas realizadas no Hospital A. C. Camargo da Associação Paulista de Combate ao Câncer (GARRAFA & ROSA, 1971), verificou-se que de um grupo de 211 pacientes, o diagnóstico correto de neoplasia maligna foi efetuado em somente 31 ocasiões (26%). É importante salientar que o tempo perdido pelos pacientes até o início do tratamento efetivo do câncer das gengivas nos 74% dos casos não diagnosticados pelo dentista, foi em média 5 meses. Isto ocasionou a queda do "follow-up" assintomático (5 anos) de 45% nos casos tratados imediatamente, para apenas 16%. Deve-se ressaltar, no entanto, que em outros países, como nos Estados Unidos, por exemplo, os dados neste sentido também não são nada animadores (MARTIN, 1949; BOURGOYNE, 1954; PULLON & MILLER, 1973).

* Professor da Universidade de Brasília.

Estas estatísticas alarmantes quanto à falta de um diagnóstico preciso e alertador, mostram a importância fundamental que representa a presença do cirurgião-dentista na luta contra o câncer da boca.

Como no Brasil não tem sido escrito muito sobre o assunto, torna-se válida a tentativa de um possível enquadramento da atuação do cirurgião-dentista no combate ao câncer.

1 — PARTICIPAÇÃO E AUXÍLIO EM CAMPANHAS POPULARES ESCLARECEDORAS

A educação do cirurgião-dentista, tanto moral quanto profissional, é fundamental no auxílio a esta luta. Frequentemente, a ignorância do paciente portador de câncer pode ser responsável pela sua demora em procurar recursos. Todavia, o fator que mais se salienta, é o pavor que lhe incute a possibilidade de ser portador de doença incurável, afastando-o assim do caminho certo.

O dentista deve aí ter participação ativa junto ao seu paciente, esclarecendo-o e estimulando-o, nunca porém introduzindo no seu espírito uma falsa idéia de segurança dizendo-lhe: "não se preocupe, isso não é nada; com o tempo desaparecerá" (SILVA & OAKIM, 1962). Estará o profissional com este ato incompetente, de certa forma condenando o paciente, pois tira-lhe a melhor oportunidade de êxito para seu tratamento que é o ataque imediato à lesão.

Deve o cirurgião-dentista participar de campanhas populares otimistas em que se ressaltem as vantagens dos métodos atuais de tratamento, nunca se furtando a dar explicações aos leigos, quer seja particularmente, quer seja através de convites para

ministrar palestras em clubes, emissoras de rádio, etc. Só assim o homem comum poderá vencer o medo natural e instintivo que tem do câncer e o pavor que possui de ver confirmada em si esta suspeita (PRUDENTE, 1961).

2 — PROTEÇÃO ESPECÍFICA

É o mais importante dos tópicos discutidos neste estudo, e acreditamos ser a classificação proposta por BARBOSA (1959b) a mais aceitável:

a) Papel do cirurgião-dentista no afastamento dos agentes capazes de exercer ação irritativa prolongada sobre a mucosa bucal.

b) Papel do cirurgião-dentista no reconhecimento e eliminação das lesões pré-cancerosas.

As alterações resultantes do trauma contínuo, constante e prolongado sobre a mucosa bucal, têm sido bastante discutidas, e atualmente já é inteiramente aceito o fato de que estas alterações poderão, posteriormente, sofrer degeneração maligna. São bastante comuns os relatos de casos onde é clara a relação entre o trauma dental ou protético, e a lesão maligna.

Tais alterações, ditas pré-cancerosas, são reversíveis até determinada fase da sua evolução, desde que se afaste o agente traumatizante. Porém, uma vez ultrapassado este limite de progressão, tornam-se irreversíveis, podendo representar o ponto de partida para o aparecimento de uma neoplasia maligna.

Os carcinomas representam aproximadamente 90% dos casos de câncer da boca, e sua presença ao lado de má higiene bucal é

quase sempre uma constante. Poderiam ser criados nas Faculdades de Odontologia e nos Hospitais do Governo, Serviços ou Centros de Profilaxia Bucal, não só para prevenir o câncer da boca, como também para preservar a saúde da população mais pobre. Estes serviços se responsabilizariam pelas extrações dos resíduos dentários ponteados e/ou infectados, revisões protéticas periódicas, remoção de tártaro, eliminação das lesões pré-cancerosas (leucoplasias, papilomas, eritroplasias, diagnóstico da sífilis, hipovitaminoses, granulomas irritativos, hiperkeratoses, traumas protéticos, (BARBOSA, 1968), etc.

As leucoplasias são bastante comuns, e o dentista deve ter conhecimento seguro dos casos em que sua exérese se impõe. Até prova em contrário, a vitaminoterapia não apresenta efeito curativo para estas lesões (SILVERMAN, 1968).

Os papilomas também poderão, eventualmente, sofrer degeneração maligna, principalmente na sua base, recomendando-se por isso sua eliminação como rotina.

Convém lembrar as placas mucosas do secundarismo e as glossites do terciarismo sífilítico, além das hipovitaminoses prolongadas, que diminuem a capacidade de defesa do epitélio, predispondo-o à cancerização.

As eritroplasias, apesar de raras, também não devem ser esquecidas.

Existem ainda casos de transformação maligna de ameloblastomas. Isto ocorre principalmente nos casos de conduta terapêutica incorreta, em que o tratamento instituído para estes tumores seja o das inconcebíveis curetagens.

As próteses incorretas representam um capítulo à parte no estudo das lesões bucais, e este aspecto merece uma especial atenção por parte do cirurgião dentista. HOBUECK (1949), numa série de 560 casos de câncer de boca estudados, constatou que em 204 casos os pacientes usavam próteses e, em 86 destes últimos, havia relação direta entre o câncer e a irritação da prótese.

Não se concebe que um aparelho protético colocado na boca de um paciente, não receba a atenção do dentista através de revisões periódicas. Problemas podem advir, não só pela imperícia do profissional ao confeccionar a prótese, como também pelas mudanças naturais que as estruturas bucais sofrem com o passar do tempo. Além disso, as respostas individuais variam a um mesmo estímulo. As revisões protéticas são necessárias, principalmente nos casos de dentaduras inferiores, pois a mandíbula sendo um osso móvel, faz com que o rebordo alveolar sofra impactos maiores por parte da placa rígida, pois a retenção e estabilidade nas dentaduras inferiores são quase sempre problemáticas. Recentemente foram relatados 22 casos de câncer das gengivas entre 211 casos estudados, nos quais as lesões iniciaram-se a partir de trauma protético (GARRAFA & ROSA, 1970).

Existem casos de câncer da região jugal, que são resultados das mordeduras constantes na linha de oclusão dos arcos dentais, provocadas por dentes de acrílico desgastados e com arestas cortantes das próteses usadas por um tempo muito longo (PINTO & colabs., 1969). Os grampos das próteses parciais removíveis, por uso excessivo ou por má disposição ou distribuição, podem, por falta de adaptação ou desgaste, funcionar como elementos de irritação crônica da mucosa

jugal contígua. Os arcos dentais incompletos devem ser corrigidos por prótese reparadora conveniente, pois a sucção nestas "falhas" certamente trará alterações na bochecha.

O polimetralismo intrabucal produzindo correntes galvânicas, também pode originar ulcerações crônicas e mesmo leucoplasias (BARBOSA, 1959a; MELLO & LUSTOSA, 1971).

Em todos os casos de colocação de próteses bucais o cirurgião-dentista deve aguardar um tempo suficiente após as extrações dentais para que a reparação tecidual se dê convenientemente, pois do contrário, logo a prótese perderá sua estabilidade e passará a atuar como agente traumatizante. No caso das dentaduras imediatas, tão logo ocorra a reparação integral, a peça protética deverá ser substituída por outra mais satisfatória às novas condições.

Qualquer prótese colocada na boca de pacientes, deve ser revisada cada seis meses e, no caso particular das peças removíveis, devem ser refeitas num prazo máximo de seis anos.

Ainda merecem ser relatados os artifícios de que alguns dentistas menos esclarecidos ainda hoje utilizam, com a intenção de auxiliar a fixação das próteses. As alterações que são provocadas a partir destes expedientes, levam algumas vezes o portador à morte, fazendo do dentista o agente desencadeante de um processo patológico fatal. Dentre estes artifícios desairosos à capacidade do profissional, devem ser lembradas as "câmaras de sucção", "linhas americanas" e sobre-extensões da barragem periférica. Na revisão de 146 casos de câncer do palato duro, foram encontrados 8 casos (5,5%) em

que se pôde estabelecer relação indiscutível entre a câmara de sucção da dentadura e a lesão maligna (GARRAFA & PINTO, 1969).

3 — DIAGNÓSTICO

A Semiologia e Propedêutica Clínica assumem um papel de extraordinária importância neste capítulo. Uma anamnese bem conduzida, bem orientada, equivale em muitos casos a meio diagnóstico, principalmente quando acompanhada de exames clínicos detalhados de todas as estruturas bucais. Para isto, é necessário o conhecimento da anatomia da região, pois de modo contrário, a anamnese e exames clínicos, mesmo que minuciosos, poderão se tornar falsos ou inúteis (RAMOS JR., 1970). "Quanto melhor preparado o profissional, mais abundantes serão os dados que a anamnese e os exames clínicos lhe proporcionarão e, tanto melhor poderá compreender sua importância" (SIEBECK).

A experiência e a observação clínica são de grande valia, pois as peculiaridades de cada caso de câncer da boca, podem fazê-lo variar dentro de limites bastante amplos. Partindo do princípio já antigo de que "cada caso é um caso", deve-se ter em mente, que uma mesma enfermidade, poderá exibir quadros clínico e semiológico diferentes, o que limita ainda mais os critérios de avaliação. Em se tratando de diagnóstico clínico, de um modo geral, só devemos falar em probabilidade. SEGURANÇA, ocorre em poucas ocasiões e, geralmente nos casos mais graves. Deve-se, assim, proceder com muita crítica e prudência, pois além dos equívocos ocorrerem com facilidade, ninguém pode tomar as vezes de profeta.

Somente após a coordenação e análise dos dados recolhidos no interrogatório, exa-

mes clínicos e exames de laboratório, é que se firma o diagnóstico. É este o eixo em torno do qual gira todo o problema clínico.

O cirurgião-dentista deve saber as indicações para solicitação dos exames complementares, e sua interpretação. Como exemplo, podem ser citados os casos de gengivectomias, nos quais é sempre mais seguro que se solicite exame hematológico pré-operatório, para ter-se afastada a hipótese de se tratar de um caso de leucemia aguda ou outra neoplasia maligna de origem não epitelial.

O que se tem notado, no entanto, é que os próprios dentistas, assim como os leigos, estão necessitando uma campanha de esclarecimentos sobre os perigos que o câncer representa quando a ele não é dispensada a atenção e o discernimento que exige. Se os programas de ensino das Faculdades que formaram estes profissionais fossem melhor elaborados, talvez não se ouvisse falar de tantas falhas (GARRAFA, CASTRO & GARRAFA, 1973).

Deve-se ter sempre em mente que o câncer da boca descoberto no início oferece possibilidades de cura que se aproximam de 100%, enquanto que a curabilidade do câncer muito extenso, ou com metástases distantes, é praticamente nula.

Qualquer alteração na boca, que não mostre tendência à cicatrização ao passarem duas a três semanas sob o tratamento usual, deve ser considerada câncer, até se provar o contrário. No entanto, o diagnóstico definitivo de uma neoplasia maligna só deve ser firmado, após se ter em mãos o resultado dos exames complementares. E o meio mais seguro para confirmar qualquer desconfiância é, sem dúvida, a biopsia, a qual deve ser efetuada

sempre que o bom senso clínico exigir, com o intuito de se afastar as suspeitas, ou positivar definitivamente a presença de uma neoplasia maligna. Porém, sabemos que a negatividade do exame histopatológico não exclui a possibilidade de presença de tumor maligno. Caso persista a suspeita, repete-se a biopsia, principalmente quando se tratar de lesão na boca de um homem com mais de 40 anos de idade, pois a estes e a partir desta idade é que o câncer da boca atinge preferencialmente.

Os métodos de diagnóstico através da citologia esfoliativa e da coloração pelo azul de toluidina, têm sua utilização discutida por muitos pesquisadores, mas de qualquer forma não fornecem a segurança do exame histopatológico, tendo-se ainda que levar em consideração a dificuldade para se encontrar bons citologistas no Brasil.

4 — TRATAMENTO

De um modo geral, o tratamento curativo das neoplasias malignas da cavidade bucal se baseia na cirurgia ou na radioterapia, ou ainda, na associação das duas terapêuticas, sendo utilizada em alguns casos a quimioterapia.

— O cirurgião-dentista *pode* fazer cirurgia oncológica?

— Muitos fatores devem ser discutidos e analisados.

Qualquer profissional, para tratar câncer, deve ter conhecimento suficiente de oncologia, para ter condições de instituir o tipo de terapêutica condizente com cada caso. A insuficiente radicalidade a que conduz o espírito conservador daqueles que não têm suficiente experiência em oncologia, e a subestimação do problema

das metástases, levam o profissional frequentemente a cometer erros graves, pois "a cirurgia oncológica calca-se em princípios fundamentais de técnicas e de patologia, que só pode ser bem conduzida por cirurgiões que tenham tido treinamento especial neste setor" (BARBOSA, 1959a).

O cirurgião-dentista poderá tratar cirurgicamente as neoplasias malignas da boca, desde que estas ainda se encontrem no seu estadiamento inicial, não tendo emitido metástases. Mas, para ter segurança disto, o profissional deve ter amplo conhecimento do problema fundamentado em experiência clínica de casos diagnosticados, tratados e seguidos.

Entretanto, no que diz respeito às medidas auxiliares do tratamento cirúrgico do câncer da boca, o dentista desempenha função muito importante. Tendo em vista a riqueza da flora microbiana bucal, deve ser feita profilaxia rigorosa antes da execução de qualquer cirurgia oncológica nas proximidades, pois os microorganismos agem negativamente sobre a ferida operatória, infectando-a e retardando sua cicatrização. Os dentes que estão em contato com o tumor, porém, deverão ser extraídos somente durante o ato cirúrgico, pois do contrário haveria uma disseminação ainda maior de células tumorais na área, proveniente da agressão sofrida pela lesão.

A profilaxia bucal também deve ser rotineira e rigorosa nos casos de tratamento cirúrgico do câncer de tórax. Frequentemente ocorrem complicações pós-operatórias, por infecções motivadas pela aspiração de bactérias da boca para o local da ferida cirúrgica.

Em se tratando de tratamento radioterápico dos tumores localizados na cabeça ou pescoço, até agora os dentistas, clínicos e radioterapeutas de todo mundo, não chegaram ainda a um denominador co-

mum quanto à orientação padrão de atuação odontológica a ser seguida antes, durante e após a radioterapia (HAYWARD & colabs., 1969).

A cada dia que passa, a radioterapia tem seu uso mais divulgado e difundido. Sabe-se que ela, embora produza resultados satisfatórios, pode dar origem a um conjunto de alterações que formam uma verdadeira síndrome da patologia bucal: xerostomia (por alterações das glândulas salivares), diminuição da mobilidade muscular, disfagia, odinofagia, mucólise, alteração da vascularização, aparecimento das "cáries de radiação" e, a mais grave de todas, a osteoradionecrose.

Considerando-se o nível ainda insuficiente de condições sociais e econômicas da maioria da população brasileira, chegou-se à conclusão, após estudos detalhados das alterações acima citadas, que deve ser tomada como **conduta básica de rotina**, a extração profilática de todos os dentes dos pacientes que necessitam de tratamento radioterápico da cabeça ou pescoço, sejam quais forem as condições destes dentes (GARRAFA & MORONI, 1970). Deve-se regularizar corretamente os rebordos alveolares, suturar convenientemente os tecidos moles a fim de obter completa proteção óssea e, efetuar segura cobertura antibiótica, não permitindo o início da radiação antes do 8º dia pós-operatório.

O cirurgião-dentista também desempenha importante papel coadjuvante, na confecção das próteses molde-radíferas, nos casos em que a radiomoldagem constitua o tratamento de eleição para a lesão maligna.

5 — Reabilitação

Na reintegração estética e funcional do paciente operado de câncer de boca ou fa-

ce ao convívio social, o dentista é efetivamente o único profissional a atuar. Isto ocorre através da confecção de próteses reparadoras buco-faciais, próteses somáticas, etc., e esta reparação deverá dar-se tão logo o paciente apresente condições. Incluem-se aqui também, as imobilizações mandibulares após as cirurgias, quando de enxertos ósseos, ou guias protéticos colocados durante a intervenção.

Os aspectos psicológicos do paciente mutilado por câncer da boca ou face, podem ser considerados pelo cirurgião-dentista também como de sua responsabilidade, devendo ele atuar positivamente junto a este paciente, auxiliando deste modo na sua recuperação psicológica e reintegração social.

RESUMO

Considerando que no Brasil a incidência de câncer da boca em homens é bastante elevada (17,8%), o autor fez um estudo sobre a posição do cirurgião-dentista no combate a esta doença. O papel do cirur-

gião-dentista na luta contra o câncer foi dividido em cinco itens: 1. Participação em campanhas populares esclarecedoras; 2. Proteção específica; 3. Diagnóstico precoce; 4. Tratamento; 5. Reabilitação. A proteção específica e o diagnóstico precoce das lesões mereceram destaque neste estudo. O autor é de opinião que o cirurgião-dentista brasileiro ainda não está sendo convenientemente preparado para prevenir e diagnosticar o câncer da boca.

SUMARY

In view that incidence in Brazil of male's oral cancer is very high (17,8%) the author did an appreciation on the role of the dentist in the fight against this disease. The role played by this health professional against cancer was analysed as follows: 1. Participation and aid in instructive popular campaigns; 2. Especific protection; 3. Early diagnosis; 4. Treatment; 5. Rehabilitation. The especific protection and early diagnosis were drawn in this paper. The author's opinion is that brazilian dentists are not properly educated for the prevention and diagnosis of oral cancer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — BARBOSA, J.F. 1959 a. Papel do odontologista na luta contra o câncer. Rev. Bras. Cir. (Bol. Oncol.), 28: 100-113.
- 2 — BARBOSA, J.F. 1959 b. Profilaxia do câncer da boca. Rev. paul. Med., 54: 399-414.
- 3 — BARBOSA, J.F. 1968. Câncer da Boca. 2ª ed. São Paulo, ed. Prociex.
- 4 — CONCEIÇÃO, M.B. 1971. Epidemiologia do Câncer. Mensagem aos médicos sobre o câncer; publicação da Campanha Nacional contra o Câncer, Rio de Janeiro, 2ª ed.
- 5 — GARRAFA, V. & PINTO, D. S. 1969. Transformação maligna de lesões produzidas pelo uso de próteses totais superiores com câmara de sucção. Rev. Bras. Cir (Bol. Oncol.), 58:303-311.
- 6 — GARRAFA, V. & ROSA, L.N. 1970. Neoplasias malignas das gengivas decorrentes de trauma protético. Rev. Assoc. paul. Cirurg. Dent., 24: 197-203.
- 7 — GARRAFA, V. & MORONI, P. 1970. Procedimento odontológico relacionado com a irradiação das neoplasias da cabeça e pescoço no Brasil. Bol. Oncol. 60: 27-33.

- 8 — GARRAFA, V. & ROSA, L.N. 1971. O dentista e o câncer das gengivas. Rev. Assoc. paul. Cirurg. Dent., 25: 197-203.
- 9 — GARRAFA, V., CASTRO, A.L. & GARRAFA, I.R.U. 1973. O ensino de cancerologia nas Faculdades de Odontologia do Brasil. Rev. Fac. Odonto. Araçatuba, 2: 287-296.
- 10 — HAIWARD, J.R.; KERR, A.; JESSE, R.H.; CASTIGLIANO, S.G.; LAMPE, I. & INGLE, J.I. 1969. The management of teeth related to the treatment of oral cancer. Ca. J. Clin., 19: 98-106.
- 11 — HOBOEK, A. 1949. Dental protheses and intraoral epidermoid carcinoma. Acta Radiol., 32: 259-275.
- 12 — MELLO, B.A. & LUSTOSA, C.A.V. 1971. Manifestações galvânicas resultantes de uma restauração de amálgama. Arq. Cent. Est. Fac. Odonto. UFMG, 8: 165-170.
- 13 — PINTO, D.S., GARRAFA, V. & RIVAS, C.N. 1970. Aspectos clínicos das neoplasias malignas da região jugal e sua relação com os problemas dentários. Bol. Oncol., 59 (5-6): 8-12.
- 14 — PRUDENTE, A. 1961. Prevenção e detecção do câncer em consultório. Mensagem aos médicos sobre câncer; publicação da Campanha Nacional Contra o Câncer, Rio de Janeiro.
- 15 — PULLON, P.A. & MILLER, S.A. 1973. Oral cancer knowledge. Results of a survey of Philadelphia Dentists in 1971. JADA, 86: 149-152.
- 16 — RAMOS JR, J. 1970. Semiotécnica da Observação Clínica. 1ª Ed. ed. Prociencx, São Paulo.
- 17 — RAMOS JR. J. 1972. O câncer na escola médica. Bol. Soc. Bras. Cancerol. Salvador, Ano I, nº 2.
- 18 — SARNAT, B.G. & SCHOUR, I. 1956. Câncer da Face e da Boca. Edit. Científica. Rio de Janeiro.
- 19 — SILVA, M.S. & OAKIM, V. L. 1962. Responsabilidade de demora do diagnóstico e tratamento do câncer. Mensagem aos médicos sobre o câncer; publicação do Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro.
- 20 — SILVERMANN, S. 1968. Informação pessoal.