

# Fatores Prognósticos no Câncer de Boca

## Prognostic Factors in Oral Cancer

FERNANDA CAMPOS SOUSA DE ALMEIDA<sup>1</sup>  
CLAUDIA CAZAL<sup>2</sup>  
FÁBIO DAUMAS NUNES<sup>3</sup>  
MARIA ERCÍLIA ARAÚJO<sup>4</sup>  
REINALDO BRITOS DIAS<sup>5</sup>  
DORIVAL PEDROSO DA SILVA<sup>6</sup>

### RESUMO

*Objetivo:* O presente trabalho se propôs a apresentar revisão de literatura sobre os fatores prognósticos clínicos mais relevantes do câncer bucal. *Método:* Para elaboração de uma revisão da literatura, do tipo analítica e temática, por meio da base de dados PUBMED e SCIELO, foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa publicados no período de 1980 a 2009 com auxílio dos termos: fatores prognósticos, indicadores prognósticos, prognóstico do câncer oral, recorrência do câncer oral. Foram incluídos os artigos que abordavam o carcinoma epidermóide assim como as suas características clínicas, imaginológicas, estadiamento clínico, dentre outros aspectos, todos de natureza clínica. Foram excluídos os artigos cujas abordagens fossem referentes a experimentos e análises laboratoriais e que envolvessem marcadores tumorais ou outros indicadores moleculares do câncer. *Resultados:* De um total de 15.542 artigos, 23 foram selecionados e foi observado que lesões localizadas em regiões de difícil acesso cirúrgico em áreas anatômicas de maior circulação sanguínea ou linfática (como a língua) possuem pior prognóstico; quanto mais espesso o tumor e quanto maior seu estadiamento TNM pior poderá ser a evolução do paciente. *Conclusão:* Para as equipes multidisciplinares, que se dedicam ao tratamento desses doentes, o conhecimento adequado da doença e dos seus fatores prognósticos deve tornar cada membro apto à prevenção, identificação e controle do câncer bucal.

### DESCRITORES

Câncer Oral. Prognóstico. Diagnóstico.

### SUMMARY

*Objective:* The present work aimed to present a brief review of literature on the most relevant prognostic factors to the clinical prognosis of patients with oral cancer considering the experience with clinical cases treated at our Oral Center. *Method:* An analytic and thematic literature review was performed through the PubMed and SciELO database articles. Texts were searched in the English and Portuguese medical literature, which were published from 1980 to 2009. The following key-words were used: prognostic factors, prognostic indicators, oral cancer prognosis, and oral cancer recurrence. Were included articles that addressed squamous cell carcinoma, since it is the most prevalent oral cancer, as well as clinical features, imaging procedures, clinical stage, recurrence rates, and aggressive behavior related to the most significant prognostic factors such as patient age, tumor location, tumor thickness and TNM classification. Were excluded articles whose approaches were related to laboratorial and experimental tests and involving tumor markers or molecular indicators of oral cancer. *Results:* From a total of 15.542 articles, twenty-three were selected after criteria application, and it was observed that lesions located in areas with difficult surgical access and with greater blood or lymphatic circulation (such as the tongue) have a worse prognosis; greater tumor thickness and TNM staging are associated with worst outcomes. *Conclusion:* Therefore, each member of the multidisciplinary group which assists OSCC patients must comprehend this pathology and its prognostic factors in order to become able to prevent, recognize and control the oral cancer.

### DESCRIPTORS

Oral Cancer. Prognostic. Diagnosis.

- 1 Professora Titular do curso de Mestrado em Odontologia, Universidade Ibirapuera.
- 2 Professora Adjunto do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba.
- 3 Professor Titular do Departamento de Estomatologia-Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 4 Professora Titular do Departamento de Odontologia Social-Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 5 Professor Titular do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Buco Maxilo Faciais- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 6 Professor Livre Docente do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Buco Maxilo Faciais- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) previu para o ano de 2010 14.120, sendo 10.330 homens e 3.790 mulheres. Apesar dos esforços e altos investimentos na busca de marcadores biológicos, há muito a ser descoberto, e o que se tem de concreto e de fácil acesso aos clínicos e pesquisadores, para sugerir prognósticos em oncologia de cabeça e pescoço são os aspectos clínicos e histopatológicos das lesões. Portanto, o conhecimento da patologia (macro e microscópica), com suas diversas apresentações clínicas e suas consequentes implicações no curso da doença é essencial para os profissionais de saúde que se dedicam à prevenção, detecção precoce e tratamento do câncer de cabeça e pescoço, em especial do carcinoma epidermóide de boca, o tipo histológico mais prevalente na cavidade oral (BARNES *et al.*, 2005).

Desta forma, o presente trabalho se propõe a apresentar uma breve revisão da literatura sobre os fatores prognósticos clínicos mais relevantes ao prognóstico do portador de câncer bucal considerando a experiência com os casos clínicos tratados no Serviço de Odontologia do nosso Centro.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para realização de uma mini-revisão da literatura do tipo analítica e temática (NORONHA, PIRES, 2000) sobre os fatores prognósticos mais importantes para o câncer de boca, foram pesquisados artigos da literatura médica da língua inglesa e portuguesa publicados no período de 1980 a 2009 com auxílio dos termos: fatores prognósticos e câncer oral (*prognostic factors and oral cancer*), indicadores prognósticos e câncer oral (*prognostic indicators and oral cancer*), prognóstico do câncer oral (*oral cancer prognosis*), recorrência do câncer oral (*oral cancer recurrence*) por meio da base de dados PUBMED e SCIELO. Foram incluídos apenas os artigos que abordavam os tumores malignos de origem do epitélio de superfície oral, o carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermóide, por ser o mais prevalente (95% dos casos) assim como as suas características clínicas, imaginológicas, estadiamento clínico, taxas de recidiva, e seu comportamento agressivo relacionados aos fatores prognósticos mais expressivos como a idade, localização do tumor primário, espessura do tumor e classificação TNM. Foram incluídos aqueles publicados na língua inglesa ou em português. Foram excluídos os artigos cujas abordagens fossem referentes a experimentos e análises laboratoriais e que envolvessem marcadores tumorais ou outros indicadores moleculares do câncer. Relatos de casos simples e sem contribuições significantes para a

discussão sobre o potencial agressivo destes neoplasmas, estudos realizados em animais ou outros da área veterinária também foram excluídos.

Por último, aqueles textos cujos resultados mostrassem semelhança estatística e resultados repetidos foram excluídos para facilitar uma síntese do tema e adequação às normas da revista com relação a quantidade de referências utilizadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 15.531 artigos com os termos de pesquisa utilizados foram identificados em diversas línguas (inglês, russo, espanhol, francês, chinês, japonês, etc.) na base de dados do PUBMED, sendo 556 artigos para o termo “fatores prognósticos e câncer oral”, 142 para “indicadores prognósticos e câncer oral”, 9.470 para o termo “prognóstico e câncer oral” e 5.363 artigos para “recorrência e câncer oral”.

Na base de dados SCIELO foram obtidos um total de 11 artigos em português ou espanhol. Sendo um artigo para o termo “fatores prognósticos e câncer oral”, nenhum artigo para o termo “indicadores prognósticos e câncer oral”, nove artigos para o termo “prognóstico e câncer oral”, e um artigo para o termo “recorrência e câncer oral”.

Após aplicação dos critérios de exclusão, 23 artigos científicos, sendo um em língua portuguesa e 22 na língua inglesa, foram incluídos (quadro 1). Entretanto, dois artigos não indexados nestas bases de dados foram incluídos, um deles por conter dados nacionais sobre um importante serviço de cirurgia de cabeça e pescoço de referência no Brasil (DURAZZO *et al.*, 2001) e o outro por descrever dados nacionais sobre o câncer oral (BRASIL, 2007), totalizando 25 artigos.

A partir da leitura dos textos pesquisados, pode-se afirmar que o câncer de boca é o quinto mais frequente em homens tabagistas brasileiros após a quinta década de vida, sendo que, na maioria dos casos o diagnóstico é de carcinoma epidermóide (INCA, 2002); (BRASIL, 2007); (BARNES *et al.*, 2005). A etiopatogenia do câncer é complexa e considerada de causa multifatorial, e tem sido estudada na tentativa de facilitar a compreensão de sua gênese, evolução e resposta à terapêutica. Alguns achados moleculares têm se destacado, como a participação da proteína p53, do oncogene H-ras, da proteína p16, dentre outros, que possibilitaram avançar o conhecimento sobre a carcinogênese, mas que foram insuficientes para elucidar seus mecanismos. Não obstante os vários estudos desenvolvidos, não se pode ainda estabelecer um marcador prognóstico preciso no nível molecular (MIGNOGNA *et al.*, 2002); (MONTORO *et al.*, 2008).

**Quadro 1** – Relação dos autores, título do periódico, ano de publicação e tipo de indexação utilizados para criação do texto.

Autor	Periódico	Ano	Indexação
INCA	Rev Bras Cancerol	2002	Não indexado
Montoro JR <i>et al.</i>	Braz J Otorrinolaringol	2008	PUBMED
Mionocna MD <i>et al.</i>	J Oral Pathol Med	2002	PUBMED
Llewellyn CD <i>et al.</i>	Oral Oncol	2001	PUBMED
Clark RM <i>et al.</i>	Am J Surg	1982	PUBMED
Ortholan C <i>et al.</i>	Radiother Oncol	2009	PUBMED
Cianfriglia DA <i>et al.</i>	Oral Oncol	1999	PUBMED
McGregor AD <i>et al.</i>	Br J Plast Surg	1987	PUBMED
Girod A <i>et al.</i>	J Oral Maxillofac Surg	2009	PUBMED
Tsukuda M <i>et al.</i>	J Cancer Res	1993	PUBMED
Fan KH <i>et al.</i>	Int J Radiat Oncol Biol Phys	2007	PUBMED
Han JM <i>et al.</i>	Ai Zhenq	2007	PUBMED
Liu SA <i>et al.</i>	Otolaryngol Head Neck Surg	2007	PUBMED
Shingaki S <i>et al.</i>	Oncology	2002	PUBMED
Mishra RC <i>et al.</i>	Eur J Surg Oncol	1999	PUBMED
Ord RA <i>et al.</i>	J Oral Maxillofac Surg	2006	PUBMED
Wang YH <i>et al.</i>	Ai Zhenq	2009	PUBMED
Shaw RG <i>et al.</i>	Br J of Oral and Maxillofac Surg	2009	PUBMED
Montoro JRMC <i>et al.</i>	Rev Bras Otorrinolaringol	2008	SCIELO
Durazzo MD <i>et al.</i>	Rev Bras Cir Cab Pesc	2001	Não indexado
Han JM <i>et al.</i>	Ai Zhenq	2007	PUBMED
Larsen SR <i>et al.</i>	J Oral Pathol Med	2009	PUBMED
Sutton DN <i>et al.</i>	Oral Maxillofac Surg	2003	PUBMED
Bell RB <i>et al.</i>	J Oral Maxillofac Surg	2007	PUBMED

Fonte: PUBMED, SCIELO e LATINDEX.

Desta forma, alguns aspectos clínicos podem ser considerados relevantes como indicadores de prognóstico e são normalmente observados no planejamento do tratamento do paciente com câncer oral. A literatura internacional considera que a idade, localização da lesão, espessura do tumor primário e o estadiamento TNM impactam positivamente ou negativamente no prognóstico dos pacientes portadores de carcinoma epidermóide de boca. E, desta forma, a equipe multidisciplinar envolvida no tratamento do paciente deve compreender os significados dos diversos aspectos clínicos de forma a individualizar o atendimento de seus pacientes e tornar cada membro sensível à prevenção de lesões neoplásicas pelo diagnóstico precoce, controle de recidivas e ao tratamento do câncer de boca.

A seguir, serão abordados os aspectos clínicos apontados pela literatura como os mais relevantes indicadores prognósticos do paciente com câncer de boca.

#### · Idade

O câncer de boca é uma doença de pacientes mais velhos, geralmente situados acima da quinta década de vida quando agentes carcinogênicos conhecidos, como o tabaco e álcool, tiveram tempo para provocar e acumular mutações nos tecidos afetados. Para se estabelecer a idade como fator prognóstico é observado o curso da doença nos diferentes grupos etários de pacientes que desenvolvem câncer de boca, principalmente daqueles que se encontram fora do padrão esperado, ou seja, pacientes jovens. Os artigos da literatura que relatam a progressão do câncer de boca em pacientes jovens são controversos no que se refere ao prognóstico da lesão, provavelmente porque as amostras são pequenas e diversas, no que tange aos outros fatores (CLARK, ROSEN, LAPERRIERE, 1982; LLEWELLYN, JOHNSON, WARNAKULASURIYA, 2001).

Entretanto, impõe-se olhar para este grupo com

muita atenção, à medida que aparentemente o câncer de boca neste difere dos pacientes frequentemente acometidos pela doença, já que muitos desses doentes não se expõem ao tabagismo e etilismo e, portanto, outro mecanismo de carcinogênese deve agir nesses indivíduos (ORTHOLAN *et al.*, 2009). Para CIANFRIGLIA, GREGÓRIO (1999), pacientes com menos de 40 anos de idade com câncer de boca apresentam um decréscimo na sobrevida quando comparados aqueles acima da sexta década de vida. Por outro lado, CLARK, ROSEN, LAPERRIERE (1982) observaram um melhor prognóstico, com ganho de sobrevida em pacientes com menos de 30 anos de idade. Outros autores afirmam que o curso da doença em ambos os grupos são comparáveis e a sobrevida equivalente (MCGREGOR, RENNIE, 1987).

É importante considerar com cautela tais dados, pois as amostras publicadas são reduzidas, devido a baixa prevalência do câncer de boca em pacientes jovens, e muitos dos casos relatados são de tumores primários de língua, sabidamente de prognóstico pior apenas por sua localização. Além disso, recomenda-se uma leitura crítica desses artigos visto que muitos deles, para a análise de sobrevida livre de doença, não levam em conta a terapêutica empregada para o tumor, quando muitas vezes o oncologista opta por tratamentos menos agressivos e não utiliza a associação de terapias por acreditar na resposta imunológica dos pacientes. Igualmente, a presença dos outros fatores de risco, tais como o consumo de álcool e tabaco, hábitos de alimentação e higiene oral, não consta na maioria dos relatos (MCGREGOR & RENNIE, 1987; (CLARK, ROSEN, LAPERRIERE, 1982).

Nossa experiência com pacientes jovens mostra que estes não estavam normalmente relacionados com comportamento de risco como tabagismo e etilismo e, em nossos casos, foram submetidos ao tratamento adequado conforme o tipo histológico e outros fatores prognósticos, com evolução muito variada. Em geral, os tumores do tipo carcinoma, permitiram um melhor prognóstico do que os tumores do tipo sarcomatoso.

KURIAKOSE *et al.*, (1992), afirmam que pacientes jovens que desenvolvem câncer de boca sem apresentarem histórico de utilização de álcool e tabaco apresentam uma sobrevida menor. Os autores relatam que esses doentes apresentam lesões predominantemente infiltrativas em relação às apresentações mais exofíticas das lesões em pacientes com mais de 60 anos. Ainda, estes pacientes parecem desenvolver tumores mais indiferenciados do ponto de vista histológico (TSUKUDA *et al.*, 1993), sendo esse fato, por si só, fator de impacto negativo no prognóstico. Tendo em vista o surgimento precoce do câncer de boca sem associação aos fatores de risco, é provável que este grupo deva apresentar uma predisposição genética importante, com falhas em mecanismos de reparo de

DNA, mutações em genes supressores de tumor e oncogenes que conferem um decréscimo na sobrevida.

O entendimento e estudos mais profundos com utilização de técnicas como biologia molecular e celular são importantes para esclarecer as dúvidas ainda existentes e provavelmente, venham a contribuir, inclusive, para o entendimento do câncer de boca nos grupos de diferentes riscos.

#### · Localização

A localização primária do câncer de boca é considerada um importante fator prognóstico, visto que a área anatômica afetada pode determinar a acessibilidade e extensão do tratamento cirúrgico. Igualmente, determina os limites das medidas terapêuticas adicionais, tais como abordagem cirúrgica profilática das estruturas cervicais (esvaziamento cervical) e a necessidade radioterapia adjuvante (FAN *et al.*, 2007).

A relação da localização e o comportamento biológico da doença pode ser explicada pela proximidade do tumor com vasos calibrosos, o arranjo histológico dos tecidos afetados e a presença de anastomoses vasculares e linfáticas da região (FAN *et al.*, 2007; HAN *et al.*, 2007).

Em nossa experiência, os tumores de língua e soalho, por exemplo, merecem atenção e tratamento usualmente agressivo. A língua é uma estrutura muscular complexa, constituída de vasos calibrosos e que se anastomosam possibilitando a disseminação bilateral da lesão. Também as vias de drenagem linfática, por vezes cruzam a linha média, de modo que em lesões que aparentemente respeitem a linha mediana, a disseminação para os linfonodos contralaterais do pescoço pode ser observada (LIU *et al.*, 2007). O soalho bucal, no entanto, localiza-se próximo a planos musculares, assim como à mandíbula (Figura 1).

A simples infiltração do periósteo pelo tumor requer terapêutica mais agressiva, com eventual remoção de segmentos do osso (SHINGAKI *et al.*, 2002) (Figura 2). A reconstrução cirúrgica dessa região, tanto muscular quanto óssea, é um capítulo à parte, mas vale ressaltar que muitas vezes as equipes oncológica utilizam retalhos axiais ou microcirúrgicos, aumentando o porte da cirurgia e seu custo, além de dificultar e até mesmo impedir a reabilitação protética desses doentes. Os tumores localizados próximos a ossos, como os de soalho, merecem planejamento diferenciado dos campos de irradiação, pois a dose próxima ao osso é menor, com vistas a evitar a osteorradionecrose da região (SHINGAKI *et al.*, 2002).

Contraopondo-se aos tumores de língua e soalho, os tumores de mucosa jugal, por exemplo, parecem ter um comportamento biológico menos agressivo e a margem cirúrgica parece ser mais satisfatória (MISHRA *et al.*, 1999).



**Figura 1-** Carcinoma epidermóide em região de soalho bucal classificada como caso avançado já que infiltrava os planos musculares e o perióstio da mandíbula.



**Figura 2-** Carcinoma epidermóide infiltrativo localizado em região de rebordo alveolar e trígono retromolar. Nesta região da cavidade oral a neoplasia invade rapidamente o perióstio e o tecido ósseo subjacente.

· *Espessura*

A observação clínica da evolução do carcinoma epidermóide de boca tem levado a uma profunda discussão sobre quais os parâmetros clínicos que poderiam ser utilizados para indicar prognóstico. Recentemente a espessura do tumor foi apontada, para alguns sítios específicos, como sendo um importante fator prognóstico do ponto de vista clínico.

Na Índia, país que possui uma alta incidência de câncer de boca na região do sulco gengivo-jugal devido aos hábitos locais, observou-se ter sido este o único parâmetro que foi relevante na observação de recorrência e metástases regionais (ORD, KOLOKYTHAS, REYNOLDS, 2006).

Aparentemente a espessura do tumor parece ser mais relevante em tumores precoces T1 – T3, entretanto, a despeito dos exames de imagem não indicarem, boa parte dos pacientes com tumores mais espessos, já possuem micrometástases (ORD, KOLOKYTHAS,

REYNOLDS, 2006); (WANG *et al.*, 2009). A classificação de T1 a T3 considera apenas as dimensões da lesão, ao contrário da classificação T4, que já considera o comprometimento dos tecidos adjacentes. Portanto, em lesões restritas aos seus sítios de origens, a classificação TNM está sendo discutida e a espessura do tumor tem sido considerada importante para indicar ou não o esvaziamento cervical profilático e/ou radioterapia, ou seja, portanto, a prática clínica tem influenciado as decisões terapêuticas (SHAW *et al.*, 2009).

*Classificação TNM*

A padronização de informação é fundamental para possibilitar troca de informações e experiências, proporcionando estabelecer protocolos aplicáveis a determinados grupos de pacientes. Com este intuito, em 1954, a União Internacional de Combate ao Câncer (UICC), após uma inicial e bem sucedida experiência em 1938, do desenvolvimento de um atlas sobre câncer uterino,

propôs a criação de uma publicação que contemplasse outros tipos de tumor. O Atlas TNM está atualmente na sua sexta edição, publicada e traduzida para o português em 2004 pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e disponível no endereço eletrônico: <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>.

A sigla TNM significa T (tumor), N (nódulo regional) e M (metástase distante). Portanto, a classificação da UICC refere-se, basicamente, dimensão e relação do tumor e metástases com tecidos adjacentes. O Quadro 2 resume como aplicar a classificação no que diz respeito ao câncer de boca.

A classificação proposta é muito coerente por considerar, além das dimensões, a invasão de estruturas próximas. A nota T4 é estabelecida quando o tumor primário, de qualquer dimensão, não respeita estruturas adjacentes. Assim sendo, uma lesão de trígono retromolar que invada periósteo já é um tumor avançado e vai ser incluído entre os objetos de terapêuticas agressivas tal como exige um tumor T4 (figuras 1 e 2). Por outro lado, tumores até 2cm, e portanto T1, independente de outros fatores, tem um comportamento biológico mais favorável. Cerca de 90% desses casos

tem sobrevida livre de doença de mais de cinco anos (figuras 3 e 4).

O comprometimento de linfonodos regionais (N) é um importante fator de franco impacto prognóstico (SHINGAKI *et al.*, 2002); (MONTORO *et al.*, 2008). Os serviços de cirurgia de cabeça e pescoço apontam uma incidência de metástases cervicais que varia de 25 a 65%. Estudos revelam que cerca de 60% dos doentes são N0 (DURAZZO *et al.*, 2001). A sobrevida global para pacientes N+ cai de 60-70% para 30-50% em relação aos pacientes N0 (Montoro *et al.*, 2008). Entretanto, a presença ou não de linfonodo comprometido não é o único fator que deve ser observado. A invasão extracapsular, por exemplo, tem sido apontada como importante fator prognóstico. A literatura relata um decréscimo na sobrevida desses doentes de cerca de 10% e múltiplos linfonodos comprometidos também diminuem a sobrevida em cerca de 50% em relação aos pacientes com apenas um linfonodo afetado. No que refere à localização da metástase regional, aparentemente esta tem importância, ainda que menor. Finalmente, os estudos revelaram um ganho na sobrevida dos pacientes N+ submetidos a radio e quimioterapia pós-operatória,

**Quadro 2 - Classificação T, N e M dos tumores malignos de boca de acordo com a UICC e o AJCC (aplicável somente no carcinoma epidermóide)**

<b>T</b>	<b>Tumor Primário</b>
TX	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Tumor primário não evidente
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão
T2	Tumor com mais de 2cm e até 4cm em sua maior dimensão
T3	Tumor com mais de 4cm em sua maior dimensão
T4	Tumor invade estruturas adjacentes (mandíbula, maxila, musculatura, etc.)
<b>N</b>	<b>Linfonodos Regionais</b>
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Ausência de metástases em linfonodos regionais
N1	Metástases em único linfonodo ipsilateral ao tumor primário com 3cm ou menos em sua maior dimensão
N2	N2a: Metástase em único linfonodo ipsilateral ao tumor primário com mais de 3cm e até 6cm em sua maior dimensão N2b: Metástases em linfonodos ipsilaterais ao tumor primário, onde nenhum tenha mais de 6cm em sua maior extensão N2c: Metástases em linfonodos bilaterais ou em linfonodo(s) contralateral(is), onde nenhum ultrapasse 6cm em sua maior dimensão
N3	Metástases em linfonodo(s) regional(is) com mais de 6cm em sua maior extensão
<b>M</b>	<b>Metástases à distância</b>
Mx	Metástases à distância não podem ser avaliadas
M0	Ausência de metástases à distância
M1	Presença de metástases à distância

Fonte: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tratamento/tnm/tnm2.pdf>.



**Figura 3** - Lesão maligna ulcerada localizada no lábio inferior e estadiada clinicamente pelo sistema TNM como T1N0M0.



**Figura 4** - Lesão ulcerada indolor e sangrante localizada na região de úvula com diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermóide. Esta lesão foi estadiada pelo sistema TNM como T1N0M0.

em relação àqueles que receberam a radioterapia exclusiva (DURAZZO *et al.*, 2001).

É importante destacar que a presença da doença locorregional no carcinoma epidermóide de boca é fator prognóstico importante e suas particularidades devem ser estudadas com amostras maiores e em estudos randomizados. A investigação do pescoço é fundamental para guiar o tratamento e planejar a reabilitação do doente, à medida que sempre devemos vislumbrar a sobrevida global do paciente (MONTORO *et al.*, 2008).

As metástases à distância são mais raras em relação às regionais. Cerca de 1% dos doentes apresentam doença à distância. A classificação M1, já indica que a doença é avançada, sem levar em conta o T ou N. O sítio preferencial das metástases é o pulmão, seguido de ossos e cérebro. O indivíduo M1, no caso do carcinoma epidermóide de boca, normalmente torna a doença

incurável e o paciente fora de possibilidades terapêuticas (DURAZZO *et al.*, 2001).

A classificação TNM é utilizada por clínicos e pesquisadores e tem sido uma importante ferramenta na padronização da informação. Entretanto, críticas à classificação são enumeradas, tendo em vista que não são contemplados itens tais como: espessura do tumor, grau histológico, invasão perineural e vascular, sub-regiões comprometidas, ulceração de pele, margens livres ou comprometidas após remoção cirúrgica (SUTTON *et al.*, 2003); (HAN *et al.*, 2007); (LARSEN *et al.*, 2009). Portanto, a diferença de arranjo e graus histopatológicos que dois tumores de mesmo TNM podem ter conferem prognósticos muito distintos entre eles. Sem dúvida, a cada item incorporado à classificação, sua utilização vai se tornando mais complexa e o custo benefício dessas alterações deve ser avaliado e ponderado.

## CONCLUSÕES

A despeito de não atingir todos os parâmetros clínicos que causam impacto no prognóstico do doente, este texto procurou de forma clara e objetiva citar os fatores prognósticos mais importantes e ressaltar a importância de uma correta anamnese, um exame físico realizado com critério, o apoio da propedêutica armada (tomografia computadorizada, ressonância magnética, RX de tórax, dentre outros), para nortear a conduta terapêutica a ser tomada a partir das possibilidades de cura do paciente.

Ao cirurgião dentista cabe entender, e mais do que isso, assimilar seu papel de profissional que

frequentemente tem oportunidade de estar de frente aos sinais iniciais, muitas vezes assintomáticos, do câncer de boca. Uma conduta adequada, visando o diagnóstico precoce dessas lesões, pode impactar a sobrevida e qualidade de vida do portador de neoplasia de boca. Cabe acrescentar, que apesar de abordarmos apenas o tipo histológico mais frequente que acomete a cavidade bucal, não podemos nos esquecer dos sarcomas, tumores de glândulas salivares, tumores de origem odontogênica, dentre outros, e que devemos estar atentos a qualquer manifestação que foge da normalidade, investigando ou encaminhando de forma responsável os pacientes para serviços capazes de conduzir o caso.

## REFERÊNCIAS

- BARNES L, EVESON JW, REICHAERT P, SIDRANSKY D. *Pathology & Genetics. Head and Neck Tumors*, 2005 Lyon: IARC Press. 430p.
- BELL RB, KADEMANI D, HOMER L, DIERKS EJ, POTTER BE. Tongue cancer: Is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity? *J Oral Maxillofac Surg*; 65(2):229-36, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p.: il. color.; tab.
- CIANFRIGLIA DA, DI GREGORIO A, MANIERI A. Multiple primary tumours in patients with oral squamous cell carcinoma, *Oral Oncol*, 35(2):157-163, 1999.
- CLARK RM, ROSEN IB, LAPERRIERE NJ. Malignant tumors of the head and neck in a young population, *Am J Surg*, 144(4):459-62. 1982.
- DURAZZO MD, TAVARES MR, ARAUJO CEN, BRANDÃO NETO JS, MATSUNAGA P, POTENZA AS, et al. Perfil dos portadores de câncer da cavidade oral operados de 1994 a 1998: predomínio de doença local avançada e aumento da incidência de mulheres. *Rev Bras Cir Cab Pesc*, 25(1):7-10, 2001.
- FAN KH, LIN CY, KANG CJ, HUANG SF, WANG HM, CHEN EY, CHEN IH, LIAO CT, CHENG AJ, CHANG JT. Combined-modality treatment for advanced oral tongue squamous cell carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 67(2):453-61, 2007.
- GIROD A, MOSSERI V, JOUFFROY T, POINT D, RODRIGUEZ J. Women and squamous cell carcinomas of the oral cavity and oropharynx: is there something new? *J Oral Maxillofac Surg* 67(9):1914-20, 2009.
- HAN JM, WU GH, ZENG ZY, CHEN FJ, CHEN WK, LI H, SONG M, SUN CZ. Postoperative recurrence-related factors of 125 patients with cT1-2N0 squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Ai Zheng*, 26(6):661-5, 2007.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. *Rev Bras Cancerol* 48(3):317-32, 2002.
- KURIAKOSE M, SANKARANARAYANAN M, NAIR MK, CHERIAN T, SUGAR AW, SCULLY C, et al. Comparison of oral squamous cell carcinoma in younger na older patients in India. *Oral Oncology European J Cancer* 28(2): 113-20,1992.
- LARSEN SR, JOHANSEN J, SORENSEN JA, KROGDAHL A. The prognostic significance of histological features in oral squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med*, 38(8):657-662, 2009.
- LIU SA, WONG YK, LIN JC, POON CK, TUNG KC, TSAI WC. Impact of recurrence interval on survival of oral cavity squamous cell carcinoma patients after local relapse. *Otolaryngol Head Neck Surg* 136(1):112-8, 2007.
- LLEWELLYN CD, JOHNSON NW, WARNAKULASURIYA KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people. A comprehensive literature review. *Oral Oncol*, 37(5):401-18, 2001.
- MCGREGOR AD, RENNIE JS. Intra-oral squamous cell carcinoma in patients under 40 years of age. A report of 13 cases and review of the literature. *Br J Plast Surg* 40(3):270-3,1987.
- MIGNOGNA MD, FEDELE S, RUOPPO E, RUSSO LL. The role of molecular techniques in preventing oral cancer and improving its poor prognosis: an illusion? *J Oral Pathol Med* 31(4):246-8,2002.
- MISHRA RC, PARIDA G, MISHRA TK, MOHANTY S. Tumour thickness and relationship to locoregional failure in cancer of the buccal mucosa. *Eur J Surg Oncol* 25(2):186-189,1999.
- MONTORO JRMC, HICZ HA, SOUZA L, LIVINGSTONE D, MELO DH, TIVERON RC, et al. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Braz J Otorhinolaryngol* 74(6):861-866, 2008.
- NORONHA DP, FERREIRA SMS. Revisões de literatura In: CAMPELLO BS, CONDÓN BV, KREMER JM (orgs.) Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000.
- ORD RA, KOLOKYTHAS A, REYNOLDS MA. Surgical salvage for local and regional recurrence in oral cancer. *J Oral Maxillofac Surg*, 64(9):1409-1414, 2006.
- ORTHOLAN C, LUSINCHI A, ITALIANO A, BENSADOUN RJ, AUPERIN A, POISSONNET G, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma in 260 patients aged 80years or more. *Radiother Oncol*,93(3): 516-523, 2009.
- SHAW RG, MCGLASHAN G, WOOLGAR JA, LOWE D, BROWN JS, VAUGHAN ED, et al. Prognostic importance of site in squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *British J of Oral and Maxillofac Surg* 47(5):356-359, 2009.
- SHINGAKI S, NOMURA T, TAKADA M, KOBAYASHI T, SUZUKI I, NAKAJIMA T. Squamous cell carcinomas of the mandibular alveolus: analysis of prognostic factors. *Oncology* 62(1):17-24,2002.
- SUTTON DN, BROWN JS, ROGERS SN, VAUGHAN ED, WOOLGAR JA. The prognostic implications of the surgical margin in oral squamous cell carcinoma. *Oral Maxillofac Surg* 32(1):30-4, 2003.
- TSUKUDA M, OISHI K, MOCHIMATSU I, SATO H. Head and neck carcinomas in patients under the age of forty years. *J Cancer Res* 84(7):748-52, 1993.
- WANG YH, CHEN YF, GUO ZM, ZHANG Q, LIU TR, CHEN FJ. Reasons for recurrence and prognostic analysis of early stage squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Ai Zheng*, 28(5):524-7, 1999.

## CORRESPONDÊNCIA

Fernanda Campos Sousa de Almeida  
PROPOSPE (Pró- Reitoria de Pós-Graduação,  
Pesquisa e Extensão)  
Av. Interlagos, 1329 – Cidade Ademar - 4º andar  
04661-100 São Paulo - São Paulo - Brasil

Email  
fernandacs@gmail.com