



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

.....
Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço

câncer da cavidade oral

Sumário

Introdução

Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço – câncer da cavidade oral: o cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente..... 4

Entendendo seu diagnóstico 5

Câncer da cavidade oral..... 5

Fatores de risco e prevenção..... 6

Processo de diagnósticos..... 6

Sinais e sintomas..... 7

Exames diagnósticos..... 7

Estadiamento..... 7

Entendendo seu tratamento..... 8

Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento..... 8

Cirurgia..... 9

Tratamento sistêmico..... 10

Quimioterapia, terapia-alvo e imunoterapia..... 10

Radioterapia..... 12

Cartilha de direitos do paciente com câncer..... 13

Demais informações no site..... 13



Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço:

O cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente.

De acordo com as estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCa), são esperados 14.700 casos novos de câncer da cavidade oral no Brasil em 2019, sendo 11.200 em homens e 3.500 em mulheres, com um risco estimado de 10,86 casos novos a cada 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, tornando-se o 12º mais frequente entre todos os cânceres (exceto câncer de pele não melanoma).

Combater o câncer é uma causa da humanidade. É a nossa causa. A integração de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa do câncer é o modelo que adotamos no A.C. Camargo Cancer Center, assim como já é adotado nos principais *Cancer Centers* do mundo. Uma evolução do conceito de saúde em oncologia para melhorar constantemente o combate à doença: o paciente é avaliado por um grupo multidisciplinar de especialistas em todas as etapas, desde o diagnóstico até a reabilitação.

Uma visão global e personalizada, porque cada paciente é único. Os atendimentos são segmentados de acordo com cada tipo de tumor. Assim, os pacientes de Tumores de Cabeça e Pescoço são atendidos no Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço, consolidado por profissionais de cerca de 20 especialidades: cirurgião, anestesista, oncologista clínico, radioterapeuta, entre outros. Como funciona: desde o primeiro contato, você é atendido por um especialista em câncer de cabeça e pescoço. Se necessário, será direcionado para o Navegador, um profissional que vai orientá-lo e acompanhá-lo durante toda a sua jornada de cuidados.

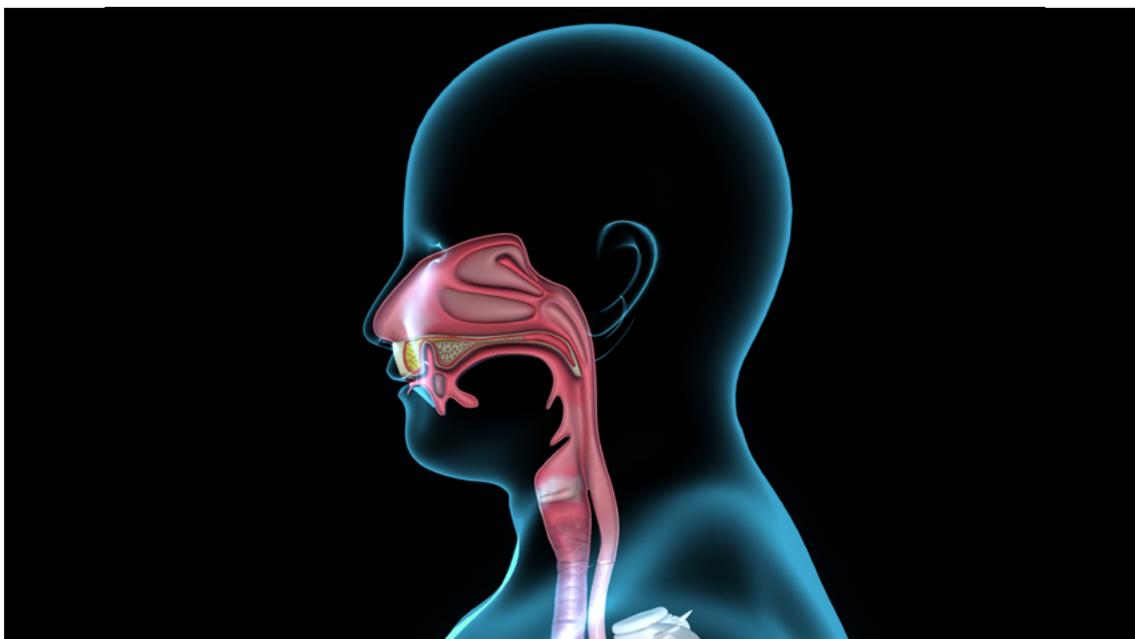
O tratamento é definido em conjunto pela equipe multidisciplinar e considera todas as informações de cada paciente. É o tratamento pensado para você. Dependendo do caso, vai envolver várias equipes, como Fisioterapia, Nutrição, Psico-oncologia, Serviço Social, Cuidados Paliativos, Central da Dor, entre outras. Para a discussão de casos que fogem do padrão, temos os *Tumor Boards* - fóruns com especialistas de várias áreas que vão decidir a conduta terapêutica mais adequada.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento têm pleno conhecimento dos procedimentos a serem realizados. Essa visão do todo aumenta as expectativas de cura e otimiza o custo do tratamento e também facilita a vida do paciente, porque ele precisa vir menos vezes à unidade e a agenda é coordenada, de modo a agrupar as consultas e os exames. Oferecemos o que você precisa com a melhor qualidade e no menor tempo.

Sua jornada será em um espaço acolhedor, com iluminação natural, visual leve e agradável, pensado para humanizar o atendimento desde a recepção até os leitos. Uma experiência mais positiva: você vai poder fazer seus exames, confirmar diagnósticos e ter definido seu tratamento em um único lugar, fora do contexto hospitalar tradicional.

É a evolução no cuidado. Faz toda a diferença contar com um *Cancer Center*.

Entendendo seu diagnóstico



5

O câncer de boca ou câncer oral inclui tumores que podem se desenvolver no lábio e em várias partes da boca, em seu revestimento interno (mucosa bucal), nas gengivas, na parte anterior da língua, no soalho bucal (a parte que fica embaixo da língua), no palato, ou céu da boca, e na área atrás dos dentes do siso, que os médicos chamam de trigono retromolar. Os locais mais comuns de câncer na boca são a língua (26%) e o lábio (23%), principalmente o inferior. Outros 16% são encontrados no soalho da boca e 11% nas glândulas salivares menores. O restante é encontrado nas gengivas e outros locais. A boca tem vários tipos diferentes de células e, por isso, ela pode ser atingida por diferentes tipos de câncer, o que é importante para escolha do tratamento e para as chances de cura do paciente.

E 60% a 90% desses casos surgirão em fumantes. O tabagismo em todas as suas formas (cigarro, cachimbo, charutos, rapé e fumo mascado) é o principal fator de risco para o câncer de boca. Por causa da localização, um número significativo de casos de câncer de boca é identificado por dentistas. Apenas 20% a 40% dos casos são diagnosticados em estágios iniciais e 60% a 80% são casos avançados, mais difíceis de tratar, devido sua grande extensão e risco de disseminação (metástases) em gânglios linfáticos ou a distância.

Câncer cavidade oral

Alguns tumores de boca são benignos, não invadem outros tecidos nem se espalham por outros órgãos, mas precisam ser removidos. Existem também crescimentos celulares que podem parecer inofensivos de início, mas que, com o tempo, podem se tornar malignos. São as chamadas lesões cancerizáveis. Leucoplasia e eritroplasia descrevem áreas anormais na boca, que costumam ser encontradas no exame odontológico. A leucoplasia é uma área esbranquiçada, enquanto a eritroplasia é uma área avermelhada, levemente elevada, em geral assintomática, que não sai quando se raspa a lesão. A gravidade da leucoplasia ou da eritroplasia só pode ser determinada por um exame clínico complementado, quando necessário, por uma biópsia (que é a remoção de um pequeno fragmento da lesão geralmente sob anestesia local, para estudo ao microscópio).

Essas áreas esbranquiçadas ou avermelhadas podem ser já cancerosas ou ainda estarem numa fase anterior chamada displasia, que pode ser leve, moderada ou severa, dependendo de quanto suas células parecem anormais ao microscópio. Saber o grau de displasia ajuda a prever a probabilidade da lesão evoluir para um câncer, desaparecer sozinha ou com tratamento. Geralmente, a displasia pode desaparecer quando se elimina o agente causador, como a eliminação de causas de trauma crônico ou quando o paciente para de fumar.

6

A irritação provocada por dentes ásperos, superfícies irregulares em obturações, coroas ou dentaduras contra a língua ou o interior das bochechas também pode causar leucoplasia ou eritroplasia.

Na maioria das vezes, a leucoplasia é uma condição benigna que raramente evolui para câncer. Contudo, cerca de 25% das leucoplasias ou são cancerosas quando detectadas ou podem evoluir para câncer em períodos tão longos, como 10 anos, se não forem tratadas. Geralmente, a eritroplasia é mais séria e de 70% a 95% dessas lesões são cancerosas na época da biópsia inicial ou vão evoluir para um câncer.

Mais de 90% dos cânceres de boca são carcinomas de células escamosas, também chamados carcinomas espinocelulares ou ainda carcinomas epidermóides. Células escamosas são achatadas e normalmente revestem a cavidade bucal. Sua forma inicial é chamada carcinoma *in situ*, isso é, o câncer só está presente nas células da camada superficial de revestimento, nomeada epitélio. O carcinoma espinocelular começa como um conjunto de células escamosas anormais. O invasivo é aquele em que as células do câncer penetraram em camadas mais profundas da boca.

O carcinoma verrucoso é uma variante do carcinoma espinocelular que responde por menos de 5% dos tumores da boca. É um câncer de baixa agressividade, que raramente produz metástases, mas que pode se espalhar profundamente pelos

tecidos vizinhos e, por isso, precisa ser removido.

Cânceres das glândulas salivares menores podem se desenvolver nas glândulas encontradas logo abaixo do revestimento da boca. Há vários tipos de câncer das glândulas salivares menores, incluindo carcinoma adenoide cístico, mucoepidermoide, adenoma pleomórfico, entre outros.

Fatores de risco e prevenção

Alguns fatores aumentam o risco de desenvolver câncer, mas não quer dizer que você vai ter câncer de boca.

Fumo: fumantes de cigarro, cachimbo (associado principalmente ao câncer de lábio) e charuto, pessoas que mascam fumo (associado ao câncer da parte interna dos lábios, das bochechas e das gengivas) ou que são usuárias de rapé representam até 90% dos casos de câncer de boca e o risco é proporcional à quantidade de fumo consumida. Ou seja, quanto maior o consumo, maior o risco. A chance dessas pessoas desenvolverem câncer de boca é de seis a 16 vezes maior que as não fumantes. Fumo passivo também é fator de risco.

Álcool: sozinho, o consumo de bebidas alcoólicas já é um fator de risco importante, particularmente entre os chamados bebedores pesados, que bebem mais de 21 doses de álcool por semana. O risco é seis vezes maior para quem bebe do que para quem não bebe. Combinado com o fumo, o risco se multiplica. Essa combinação é muito perigosa.

Idade: o risco aumenta com a idade e metade dos pacientes tem mais de 65 anos.

Sexo: dois terços dos pacientes são homens.

Sexo oral e HPV: o papilomavírus humano (HPV) causa 90% dos casos de câncer de útero, mas tem sido encontrado também em cânceres de cabeça e pescoço, principalmente na região da amígdala. Mas, um estudo do A.C. Camargo Cancer Center identificou associação do HPV em um terço dos casos com câncer de boca em pacientes com menos que 40 anos de idade. Há vacinas para prevenir a infecção por HPV (e, conseqüentemente, as doenças associadas, como alguns tipos de câncer), disponíveis tanto na rede pública como na rede privada, para meninos e meninas e adolescentes que ainda não têm vida sexual ativa.

Irritações da mucosa bucal: dentaduras, pontes e coroas que não estão bem ajustadas podem reter agentes que aumentam o risco de câncer. Por isso, essas próteses precisam ser avaliadas periodicamente pelo dentista e as dentaduras removidas e limpas todas as noites.

Imunossupressão: pessoas que tomam drogas imunossupressoras, para evitar a rejeição de um transplante, por exemplo, também podem ter risco aumentado para câncer de boca.

Exposição ao sol: mais de 30% dos pacientes de câncer de lábio são profissionais que trabalham ao ar livre, expostos à radiação ultravioleta do sol. Protetor labial com filtro solar ajuda na prevenção.

Alimentação: dietas pobres em frutas, legumes e verduras também estão associadas a maior risco de câncer de boca.

Processo de diagnóstico

Diante da suspeita de um câncer de boca, a primeira coisa a fazer é procurar um especialista, ou seja, um estomatologista (dentista ou médico) ou um cirurgião de cabeça e pescoço, que vai avaliar o caso e pedir exames para descartar ou confirmar a suspeita de câncer.

Sinais e sintomas

Os sinais e os sintomas de câncer de boca variam de pessoa para pessoa e muitos deles são comuns a várias doenças benignas. No entanto, como a detecção precoce é muito importante para o sucesso do tratamento, é importante consultar um dentista ou um especialista em cabeça e pescoço se apresentar algum dos sintomas abaixo:

- Ferida na boca que não cicatriza (sintoma mais comum);
- Dor na boca que não passa (comum em fases mais avançadas do câncer);
- Nódulo persistente ou espessamento da bochecha;
- Área vermelha ou esbranquiçada nas gengivas, língua ou revestimento da boca.
- Dificuldade para mastigar;
- Dificuldade para mover a mandíbula ou a língua;
- Dormência da língua ou de outra área da boca;
- Inchaço da mandíbula que faz dentadura ou prótese desencaixar ou incomodar;
- Dentes que ficam moles ou frouxos na gengiva ou dor em torno dos dentes ou da mandíbula;
- Mau hálito persistente;
- Perda de peso inexplicável.

Exames diagnósticos

O único exame diagnóstico definitivo é a biópsia, que pode ser feita em consultório ou centro cirúrgico, dependendo da localização e tamanho do tumor.

Se a biópsia for feita no consultório, a região receberá anestesia local. Se o tumor estiver na parte de trás da boca, o procedimento poderá ser feito em centro cirúrgico com anestesia geral.

Os exames por imagem usados para conhecer a extensão da doença podem incluir tomografia, ressonância magnética, tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) e raios X, incluindo dentários.

Estadiamento

O estadiamento é uma forma de classificar a extensão do tumor e se, ou quanto, ele afetou os gânglios linfáticos ou outros órgãos. Para isso, é usada uma combinação de letras e números: T de tumor, N de nódulos (ou gânglios linfáticos) e M de metástase e números que vão de 0 (sem tumor, gânglios afetados ou metástase) a 4, indicando maior acometimento.

Entendendo seu tratamento

No cuidado do câncer, médicos de diferentes especialidades trabalham juntos para criar um plano de tratamento personalizado para cada paciente. As opções e recomendações dependem de vários fatores, incluindo o tipo de tumor, seu tamanho e a extensão de sua disseminação (classificado em diferentes estágios do câncer), idade e local do tumor. Além do câncer, o plano de cuidados incluirá também o tratamento de efeitos colaterais. Antes do início do tratamento, é importante discutir os objetivos e os possíveis efeitos colaterais com o médico.

Pode fazer parte do plano de tratamento

- **Cirurgia**
- **Radioterapia**
- **Quimioterapia**
- **Terapia-alvo**
- **Imunoterapia**
- **Ensaio clínico**
- **Cuidado paliativo**

Cada uma delas, sozinha ou combinada, pode ter como objetivo

- **Retirar o câncer cirurgicamente**
- **Eliminar o tumor sem a necessidade de cirurgia**
- **Reduzir o crescimento do câncer**
- **Reduzir o risco de disseminação do câncer para outras partes do corpo**
- **Encolher o tumor para melhorar a operabilidade**
- **Aliviar os sintomas**
- **Gerenciar os efeitos colaterais**

Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento

As opções de tratamento para pacientes com câncer de boca são cirurgia e radioterapia, sozinhas ou combinadas entre si ou com quimioterapia, terapia-alvo ou imunoterapia, dependendo do estágio do tumor. O médico vai abordar as diversas alternativas com o paciente, essas devem levar em consideração o estado geral de saúde, o tipo e o estágio do tumor, as chances de cura e o impacto do tratamento na fala, na mastigação e na deglutição do paciente.

Como o tratamento de alguns tipos de câncer de cabeça e pescoço envolve a perda de parte da estrutura óssea do rosto, podem ocorrer efeitos estéticos que comprometem a autoestima do paciente. Cirurgias da mandíbula, palato (céu da boca) ou língua também podem comprometer a fala. É importante, porém, saber que avanços recentes, tanto na produção de próteses como nas técnicas de cirurgia plástica, podem dar ao paciente aparência praticamente normal.

Quando a quantidade de tecido sadio retirada com o tumor é pequena, não costuma haver necessidade de reconstrução, mas a cirurgia reconstrutora pode ser necessária para reparar defeitos na boca, na garganta e no pescoço provocados pela remoção de tumores maiores. Algumas vezes, uma fina secção de pele, tirada da coxa ou do abdome, pode ser usada para reparar um pequeno defeito. Para extensões maiores, porém, uma parte de músculo, com ou sem pele, pode ser deslocada de uma área próxima, como o peito (retalho miocutâneo de peitoral maior) ou parte superior das costas (retalho miocutâneo de trapézio).

Graças aos avanços da microcirurgia reconstrutiva (sutura de pequenos vasos sanguíneos com a ajuda de microscópio), os cirurgiões dispõem de mais opções para a reconstrução da boca. Tecidos de áreas distantes, como intestino, músculos do braço, músculos abdominais ou ossos da perna, podem ser usados para repor partes da boca ou da mandíbula. Em centros de tratamento especializados, como o A.C. Camargo Cancer Center, as cirurgias reconstrutivas são planejadas em conjunto com a equipe que realiza os procedimentos para tratamento, otimizando assim os resultados dos dois procedimentos.

Cirurgia

Várias cirurgias são comumente usadas para tratar o câncer de boca, dependendo da localização e do estágio do câncer. Mais de uma cirurgia pode ser necessária, tanto para o tratamento como para restaurar a aparência e a função dos tecidos afetados pela doença e pelas terapias.

Na ressecção do tumor primário, se for pequeno e acessível, todo o tumor e parte dos tecidos normais ao seu redor são retirados pela boca, por exemplo. A ressecção total ou parcial de mandíbula é a cirurgia usada quando há indícios de que houve invasão da mandíbula. Se houver limitação do movimento, possivelmente porque o tumor se infiltrou no osso e não houver evidência dessa invasão nos raios X, então pode ser feita uma ressecção parcial de mandíbula. Se houver evidência em raio X de destruição do osso, então a retirada maior e até mesmo completa da mandíbula pode ser necessária.

Quando o câncer atinge o céu da boca ou a gengiva superior, é necessária ressecção (retirada) do osso numa cirurgia chamada maxilectomia ou maxilectomia parcial. O defeito no céu da boca resultante desse procedimento pode ser corrigido com uma prótese ou com microcirurgia reconstrutiva.

O câncer de boca muitas vezes atinge os gânglios linfáticos do pescoço. Dependendo do estágio e da localização exata do câncer, pode ser necessário remover esses nódulos por meio de uma cirurgia chamada esvaziamento cervical ou dissecação de pescoço. O objetivo é remover os gânglios linfáticos atingidos ou suspeitos de conter câncer. A quantidade de tecido removido depende do tamanho do tumor primário e da extensão da disseminação para os gânglios linfáticos. Na dissecação parcial ou seletiva de pescoço, apenas alguns nódulos linfáticos são retirados. Na dissecação radical modificada, a maioria dos gânglios linfáticos de um dos lados do pescoço, entre a mandíbula e a clavícula, bem como músculo e tecido gorduroso, são removidos. Na dissecação radical de pescoço, praticamente todos os gânglios linfáticos de um dos lados do pescoço, além de músculo, e alguns nervos e veias são retirados.

Os efeitos que podem ocorrer após qualquer dissecação de pescoço são dormência da orelha (causada por ressecção do nervo grande auricular),

fraqueza ao erguer o braço acima da cabeça (causada por ressecção do nervo espinhal acessório) e fraqueza do lábio inferior (causada por comprometimento dos ramos inferiores do nervo facial). Na dissecação seletiva, a fraqueza do braço e do lábio inferior geralmente desaparece depois de alguns meses. Contudo, se algum nervo precisa ser retirado como parte da dissecação radical ou por envolvimento de tumor, a fraqueza poderá ser permanente. Depois de qualquer dissecação, é preciso fazer fisioterapia para o paciente melhorar a movimentação do pescoço e dos ombros.



12

Tratamento **sistêmico**

Quimioterapia, terapia-alvo e imunoterapia

A quimioterapia é o uso de drogas anticâncer, por via oral ou injetadas, que caem na corrente sanguínea e alcançam células cancerosas em todas as partes do corpo, tanto no local primário de sua origem quanto em órgãos a distância. Às vezes, essa terapia é utilizada para reduzir o tumor antes da cirurgia ou da radioterapia, na chamada quimioterapia neoadjuvante ou de indução,

e também como tratamento paliativo dos casos de câncer de cabeça e pescoço grandes demais para ser inteiramente removidos ou ainda para tumores que não são controlados por radioterapia. Além disso, a quimioterapia é usada com a radioterapia como radiosensibilizante, para reduzir ou eliminar tumores que não podem ser removidos cirurgicamente ou em casos específicos em que essa combinação oferece as mesmas possibilidades de cura que o tratamento convencional de cirurgia e radioterapia.

Para as mesmas indicações de quimioterapia, em casos selecionados, os médicos podem optar por uma classe diferente de drogas que se ligam a alguns receptores presentes em células do tumor, as chamadas terapias-alvo. Como o próprio nome já diz, essas drogas visam alvos específicos que, caso presentes nas células tumorais, possibilitam terapias com alta chance de resposta e com menos efeitos colaterais, tendo em vista sua ação específica e direcionada.

Uma nova classe de drogas que tem revolucionado o tratamento oncológico nos últimos anos é a imunoterapia. Nesse caso, ao invés de atacar diretamente as células tumorais, a imunoterapia estimula o sistema imune do paciente a reconhecer e combater as células malignas. Esse mecanismo de ação faz bastante sentido, uma vez que os efeitos colaterais são menos frequentes e características específicas do nosso sistema imune, como a memória e capacidade de adaptação, possibilitam que alguns pacientes atinjam respostas profundas e duradouras. Atualmente, essas drogas têm sido utilizadas em casos de tumores avançados já tratados e recidivados, mas estudos recentes avaliam a incorporação da imunoterapia como arsenal no tratamento curativos desses tumores.

13



Radioterapia

Se o paciente tiver indicação para radioterapia, é preciso que ele passe por uma avaliação dentária. Dependendo do plano, pode ser preciso extrair alguns ou todos os dentes do paciente. Se parte da mandíbula for reconstruída com osso de outra parte do corpo, é possível fazer implantes dentários ao mesmo tempo que a reconstrução ou posteriormente a ela.

A radioterapia pode ser utilizada no tratamento do câncer de boca, tanto para eliminar eventuais depósitos de células cancerosas, que não podem ser vistas ou retiradas na cirurgia, como para aliviar sintomas como dor, sangramentos, dificuldades para engolir e problemas causados por metástases ósseas. A radioterapia utiliza uma fonte externa, a convencional, mas de alta precisão, com dosagem e posicionamento calculados por computador. São necessárias cinco sessões semanais ao longo de um período que varia de cinco a sete semanas.

A radiação pode provocar lesões na boca e dificultar a deglutição tornando difícil a alimentação durante o tratamento. Quando isso acontece, os médicos podem fazer uma cirurgia simples, chamada gastrostomia, para colocar um tubo no estômago e alimentar o paciente com uma dieta líquida. Outra opção é o uso de uma sonda nasogástrica, que é introduzida pelo nariz e vai até o estômago, e que pode ser usada indefinidamente. A terapia também pode causar perda parcial ou completa do paladar e afetar as glândulas salivares, tornando a boca mais seca.

Danos de longo prazo aos ossos também podem ocorrer. O principal sintoma da osteorradionecrose é a dor no osso, que também fica mais sujeito a fraturas.

Algumas vezes, o osso quebrado se consolida, mas em outras é preciso removê-lo cirurgicamente. Dentes submetidos à radiação podem ficar cariados e visitas ao dentista e aplicações de flúor podem ajudar a contornar o problema.



Cartilha de direitos do paciente com câncer

Para apoiar e auxiliar o paciente diagnosticado com câncer, elaboramos uma cartilha que reúne os direitos do paciente com câncer. Essa foi a forma encontrada para demonstrar nossa preocupação também com algumas questões práticas, sociais e financeiras que afetam os pacientes. Essa compilação de legislações trata dos direitos das pessoas portadoras de câncer e/ou de doenças graves, sendo que o seu objetivo é facilitar o entendimento e auxiliar no processo de solicitação dos benefícios previstos em lei, que podem atenuar os impactos financeiros e sociais dos pacientes oncológicos.

Na cartilha dos Direitos do Paciente com Câncer, você encontra informações sobre:

- **Saque do FGTS;**
- **PIS;**
- **Compra de veículos adaptados ou especiais;**
- **Isenção de IPI, CMS e IPVA;**
- **Dispensa do rodízio de veículos;**
- **Transporte coletivo gratuito;**
- **Quitação de financiamento de imóvel;**
- **Compra de veículos adaptados ou especiais;**
- **Entre outros benefícios aos quais o paciente e sua família têm direito.**

Para consultar a cartilha, acesse
**[https://accamargo.org.br/pacientes-acompanhantes/
cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer](https://accamargo.org.br/pacientes-acompanhantes/cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer)**



A.C. Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

Central de Relacionamento:

11 2189-5000

Agendamento de consultas,
exames e informações.

Segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.

Sábado, das 8h às 14h.

centralderelacionamento@accamargo.org.br



www.accamargo.org.br

Dra. Raquel M. Bussolotti
Responsável Técnica
CRM - SP 77005