

## DETECÇÃO DO CANCRO ORO-FACIAL ATRAVÉS DO EXAME SISTEMÁTICO DA CABEÇA E PESCOÇO

Carlos Portugal\*, Francisco Salvado\*\*

**RESUMO:** Os autores descrevem um método compreensivo para o diagnóstico precoce do cancro oro-facial através da semiologia da cabeça e pescoço.

Para atingirem esse objectivo utilizam dois dos passos clínicos da observação: a inspecção e a palpação.

**Palavras-chave:** Cancro oro-facial; Inspecção; palpação; diagnóstico

**Key words:** Oro facial cancer; Inspection; palpation; Diagnosis.

### INTRODUÇÃO

O cancro da região oro-facial não é muito frequente. Representa cerca de 5 a 8% do número total de cancros, e nesse número incluímos as localizações endo-orais, cutâneas, e das vias respiratórias superiores. Talvez por a sua frequência ser tão baixa, é frequentemente subestimado, e raramente diagnosticado com a precocidade suficiente.

Não nos esqueçamos que o cancro oral é não raras vezes precedido de lesões consideradas "pré neoplásicas" (como a leucoplasia verrucosa e a

eritroplasia) cuja remoção pára completamente a evolução maligna da doença.

Muitos Estomatologistas e Dentistas esquecem o despiste deste tipo de lesões quer por defeito de formação, quer por não dedicarem o tempo suficiente a uma observação completa do aparelho estomatognático e seus anexos.

A situação em Portugal é tanto mais grave quanto sabemos que: a assistência Estomatológica é pouco menos que caótica, havendo grande número de pessoas não habilitadas a "executá-la"; a taxa de consumo de tabaco e álcool é bastante elevada; a execução de próteses dentárias é praticamente livre, sem o mínimo de controle técnico-científico; a consulta oral de rotina não é ainda um hábito implantado na população; o ensino da Medicina Oral durante o Curso de Medicina é manifestamente insuficiente.

Este artigo visa alertar o Estomatologista e o Dentista para a detecção precoce do cancro, propondo uma metodologia compreensiva para o exame desta região.

\* Médico, Especialista em Estomatologia. Chefe de Serviço Hospitalar. Consulta de Estomatologia do IPOFG — Lisboa

\*\* Médico Assistente Hospitalar de Estomatologia. Consulta de Estomatologia do H.S. Maria — Lisboa

Recebido para publicação em 1/8/90



### CONDIÇÕES E MATERIAL NECESSÁRIO PARA O EXAME ORO-FACIAL

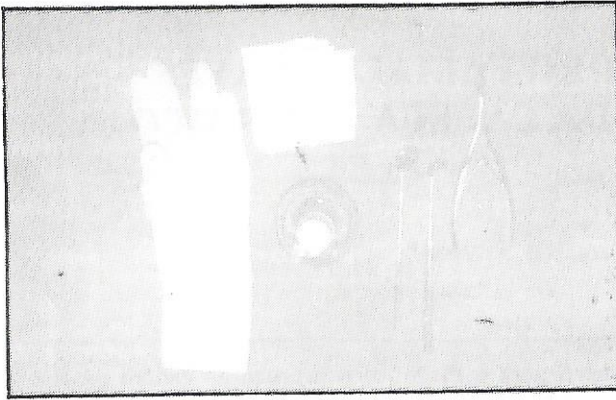


Fig. 1

- Ambiente bem iluminado e calmo
- Fonte de luz direccionável (candeeiro da equipa, lanterna de bolso, espelho de cabeça)
- Espéculo nasal
- Espelho nasal (standard e pequeno)
- Compressas
- Luvas cirúrgicas
- Cadeira confortável com encosto de cabeça

### PLANO DO EXAME



Fig. 2

Com o doente sentado de frente para nós iniciamos a inspecção da face e pescoço, observando a textura e cor da pele. Indivíduos de pele fina e tez clara, são facilmente agredidos pela luz solar, apresentando pequenas manchas queratóticas pigmentadas ou não. A assimetria facial por deficit neurológico do facial deve ser esclarecida, embora só muito raramente signifique compressão por massa expansiva. O apagamento da prega naso labial é aparente nas lesões tumorais do seio maxilar.



Fig. 3

Com a cabeça rodada observamos porção lateral da face, o pavilhão auricular e o escavado cervical superior. Adenopatias ou glândulas salivares aumentadas de volume esbatem esta concavidade.

Aproveitando a posição do doente, levantamos o cabelo e observamos a região retro-auricular. Pequenas lesões podem passar despercebidas nesta região, sobretudo as dependentes de traumatismos repetidos por óculos mal adaptados.





Fig. 4

Passamos em seguida à palpação seriada das regiões linfáticas da cabeça e pescoço, executando-a simultaneamente para as glândulas salivares e endócrinas.



Fig. 5

Começamos pela região submentoniana. Apenas muito raramente encontraremos metastases nesta região. Podemos no entanto diagnosticar um quisto tireoglossos assintomático.

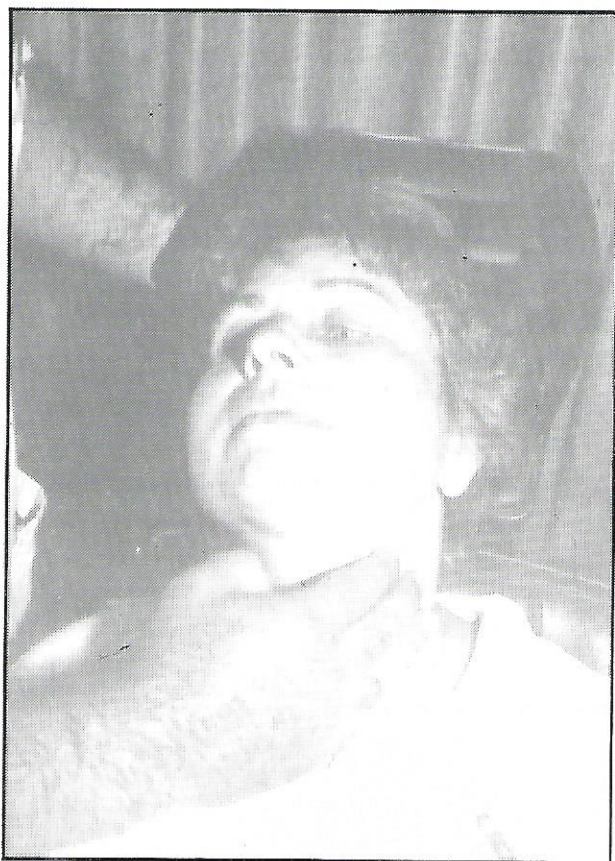


Fig. 6

Palpamos as regiões laterais do pescoço. Verificamos a existência de adenopatias nas cadeias jugulares interna e externa, bem como o aumento das glândulas submaxilares. Registamos o seu número, tamanho, localização, textura, aderência aos planos profundos e superficiais, e ainda a presença de dor.





Fig. 7

Palpamos as fossas supra claviculares esquerda e direita.



Fig. 8

Colocando-nos atrás do doente palpamos a tiróide executando a técnica bimanual. Não nos esqueçamos que a tiróide é móvel durante a deglutição, e portanto, é imprescindível a execução deste movimento durante o exame.

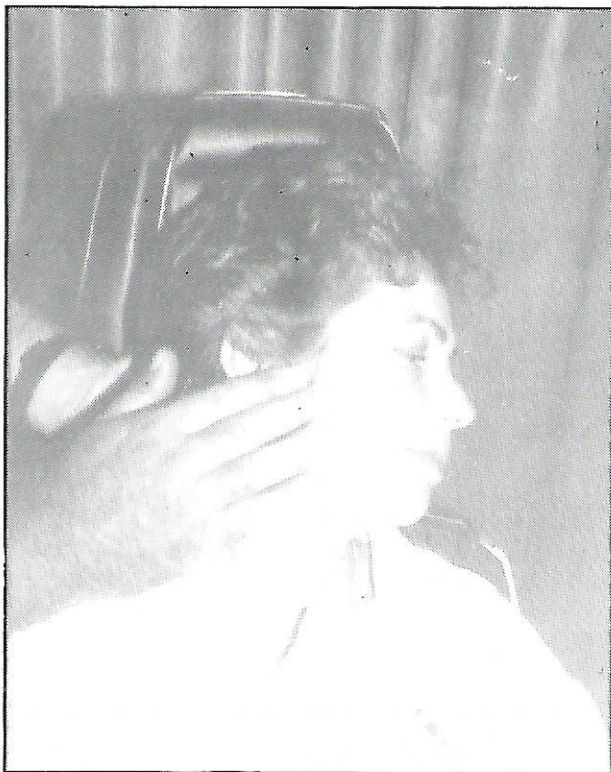


Fig. 9

O aumento das glândulas parotídeas pode ser observado durante o exame exemplificado na fig. 3. A palpação da glândula parotídea e o seu prolongamento anterior executa-se apoiando a cabeça com uma das mãos, e percorrendo suavemente a zona com a ponta dos dedos da outra. Massas localizadas devem ser definidas quanto a forma, localização, dureza, presença de dor e aderência.

Ultrapassado o exame externo passamos à observação do nariz e boca. O exame intra-oral deve ser sistemático e suave, de modo a mantermos o doente relaxado e sem vômitos.

Retiramos próteses removíveis existentes.



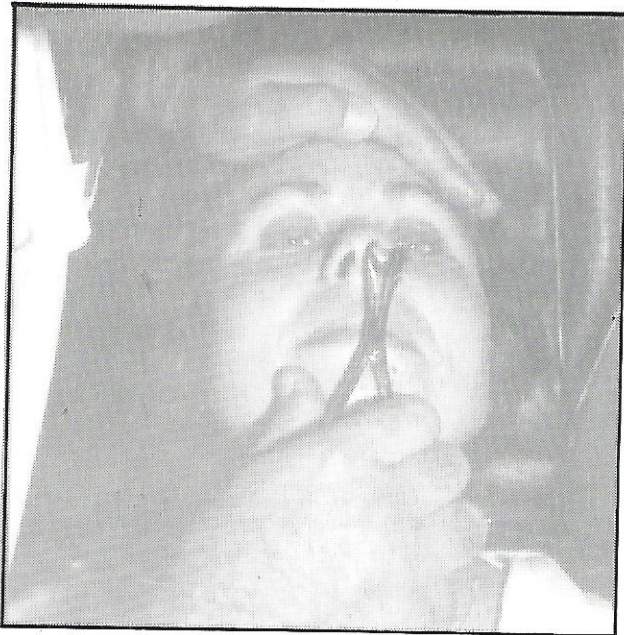


Fig. 10

Utilizando o espéculo nasal, e uma boa fonte de iluminação observamos atentamente ambas as cavidades nasais; Alterações generalizadas das mucosas raramente significam patologia tumoral.



Fig. 11

Começamos pela observação dos sulcos vestibulares superior e inferior, afastando a bochecha com o espelho e iluminando toda a zona a inspecionar. Registamos a existência de massas, alterações da coloração e ainda, a presença de cáries evidentes, arestas dentárias traumáticas, e zonas desdentadas.



Fig. 12

Introduzimos então o espelho até à região do trigono retro molar, e observamos atentamente esta zona. É frequente encontrarmos lesões brancas associadas ao traumatismo provocado pela erupção alterada dos 3<sup>a</sup> molares. Retirando o espelho lentamente observamos toda a mucosa jugal. Alterações hipertróficas da linha de oclusão devem ser registadas, pois podem ser sede de lesões displásicas.





Fig. 13



Fig. 14b

Com o espelho localizado junto à comissura labial observamos a saída de saliva pelo ostium do Canal de Stenon. Quando não há emissão salivar espontânea executamos a expressão da glândula parotídea, com um movimento de cima para baixo, ao longo do escavado retromandibular. Ausência total de salivação ou saída de pus ou sangue exigem estudo específico e tratamento adequado.

Pedimos ao doente que mostre a língua e observamos atentamente a região do vértice e dorso lingual e os seus movimentos.



Fig. 14a

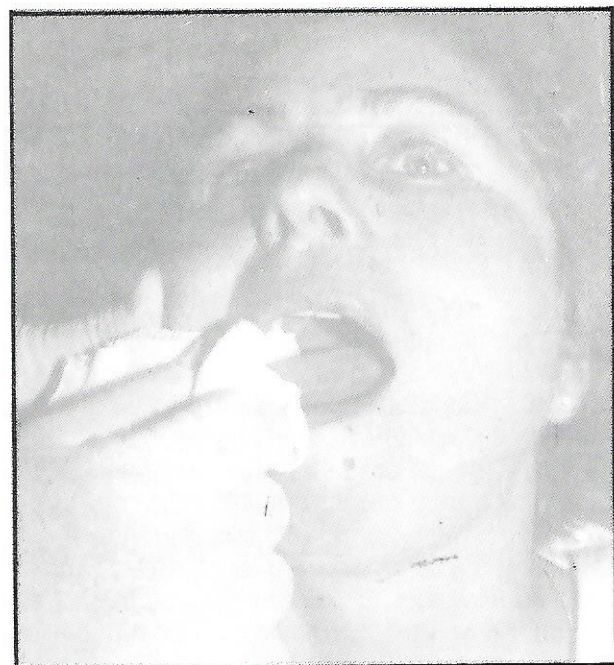


Fig. 15



Pinçando o vértice, e com a ajuda de uma compressa seca, desviamos a língua para um e outro lado, de modo a observar os bordos em toda a sua extensão. As placas de leucoplasia têm sobretudo esta localização, e estão relacionadas, frequentemente, com traumatismo locais. Observamos o pavimento bucal até ao limite posterior. Esta é uma região privilegiada para o desenvolvimento do carcinoma espino-celular invasivo, uma vez que só muito raramente as lesões em início são diagnosticadas.

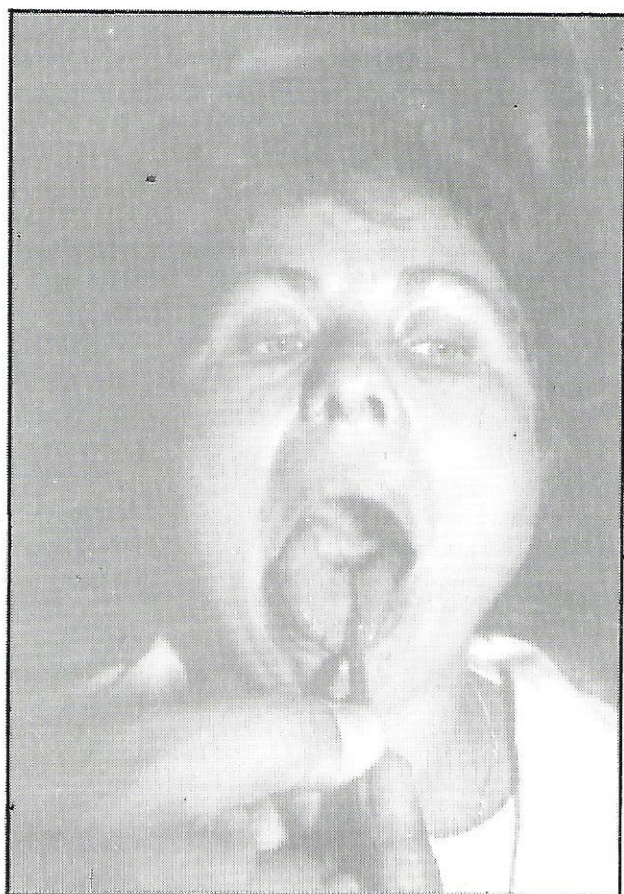


Fig. 16

Com o espelho comprimimos a língua e observamos a região posterior juxta V lingual, bem como a parede posterior da orofaringe, a fossa amigdalina e o palato mole.

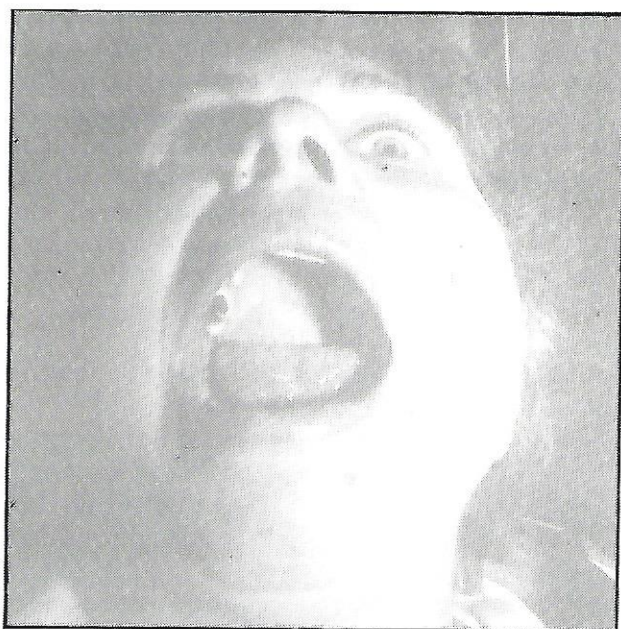


Fig. 17

Pedimos ao doente para efectuar extensão do pescoço. Observamos o palato duro em toda a sua extensão.

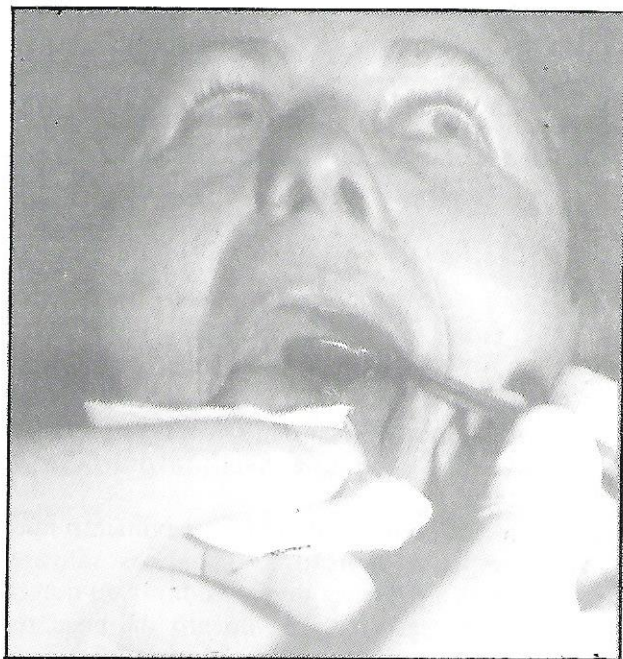


Fig. 18



Com a ajuda de uma compressa seca puxamos a língua, e com o espelho pequeno observamos a sua base e as zonas mais inferiores da faringe. Para que a manobra seja eficiente, e rápida, acalmamos o doente e aquecemos previamente o espelho (para não embaciar)

Depois de calçarmos as luvas passamos a efectuar a palpação das estruturas orais.



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

Começamos pela palpação bimanual dos sulcos vestibulares superior e inferior, de uma maneira suave e de modo a não provocar dor ou desconforto.

Do mesmo modo palpamos o pavimento bucal dando especial atenção as glândulas salivares. Registamos a presença de zonas duras ou dolorosas. As neoplasias do pavimento da boca têm geralmente consistência dura à palpação e são dolorosas.

Deixamos para o final do exame a palpação da base da língua, parede faringica, locas amigdalinas, pilares anteriores e posteriores. Embora possa parecer difícil de executar e francamente desconfortável, este exame pode ser relativamente fácil de realizar, se o doente for informado amavelmente da importância das manobras a executar e dos seus objectivos.



## CONCLUSÃO

O exame metódico da cabeça e pescoço é essencial para o diagnóstico precoce do cancro desta região. Embora não seja do domínio privado de qualquer Especialidade Médica, cumpre ao Estomatologista executá-lo rotineiramente o mais correctamente possível.

## ABSTRACT

The authors present a systematic and practical approach in oro-facial cancer early diagnosis.

Inspection and palpation of head and neck regions are emphasized.

## BIBLIOGRAFIA

- G. Mathe et al: *Semiologie Medicale*, Ed Flammarion; 1965  
Grinspan, D.: *Enfermedades de la Boca*, Tomo IV, ed. Mundi; Paraguay, 1982  
Harwick, R.D.: *Detecção precoce do cancro da cavidade oral e faringe*; *Mom. Med.* (22) 342:7, 1982.  
Leger, L.: *Semiologie Chirurgicale*; Masson, 1964  
Pena, A., Portugal C.: *Lesões neoplásicas orais e sua profilaxia*; *Rev. Port. Estomat. e Cir. Max-facial*, XIV,I 1973  
Wynngarden J.B.: *Cecil Textbook of internal Medicine*, Saunders company. 16º ed, 1982

### Correspondência

Dr. Francisco Salvado Silva  
Consulta de Estomatologia  
Hospital de Santa Maria  
Av. Egas Moniz  
1600 Lisboa