



UNIVERSIDADE
FERNANDO
PESSOA

CANCRO ORAL DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO E O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA – REVISÃO DE ESCOPO

[Oral cancer from diagnosis to treatment and the role of the dentist – a scoping review]

Dissertação de Mestrado

[Mestrado integrado em Medicina Dentária]

Oriane Marie Helène Ehret

Orientador:

Doutor Jorge Pires Maciel Barbosa

Junho 2025

**CANCRO ORAL DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO E O
PAPEL DO MÉDICO DENTISTA – REVISÃO DE ESCOPO**

[Oral cancer from diagnosis to treatment and the role of the dentist – a scoping review]

Dissertação de Mestrado

[Mestrado integrado em Medicina Dentária]

Oriane Marie Helène Ehret

Orientador:

Doutor Jorge Pires Maciel Barbosa

Junho 2025

A Ella, ma famille, moi et mon homme.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador de tese, Professor Jorge Pires Maciel Barbosa, pela confiança depositada neste projeto e por acompanhar-me ao longo de este trabalho com paciência, escuta e disponibilidade. O seu apoio atento e humano foi uma bússola preciosa neste percurso exigente.

Desejo igualmente expressar a minha gratidão à Universidade Fernando Pessoa, sem a qual a concretização desta vocação não teria sido possível. Representou para mim uma segunda oportunidade, uma mão estendida pela vida, pela qual estou profundamente grata.

Há palavras que parecem sempre pequenas demais para traduzir a imensidão do que se sente. Ainda assim, desejo aqui prestar a minha mais profunda gratidão àqueles que, desde o início, foram os meus pilares mais firmes: o meu pai, Gilles, e a minha mãe, Nathalie. A vocês dois devo muito mais do que esta conquista académica. Devo-vos a força para persistir, a disciplina para seguir mesmo nos momentos de dúvida, e o amor incondicional que sempre envolveu cada passo do meu caminho. Sustiveram-me, elevaram-me, acompanharam-me — em todos os sentidos. Acreditaram em mim mesmo, quando eu própria duvidava. Esta tese, cada palavra, cada linha, cada esforço, carrega em si uma parte vossa. É o fruto dos vossos sacrifícios silenciosos, da vossa presença constante e da fé que sempre colocaram em mim. Sou hoje a mulher que sou graças a vocês. E se este trabalho marca uma etapa importante do meu percurso, é tanto o meu quanto vosso. Do fundo do coração, obrigada.

Quero também expressar toda a minha gratidão ao meu irmão, Maxime, que fez parte integrante desta aventura. Viveu este caminho um pouco através de mim, sempre presente, fiel e atento, sem nunca te fazer rogado. O teu apoio foi tão precioso quanto natural, e a tua presença tocou-me profundamente. Tenho orgulho em ti, no teu olhar, na tua bondade, na tua inteligência. Acredito em ti, muito mais do que tu próprio acreditas. És capaz de grandes feitos e estarei sempre aqui para te lembrar disso.

Uma palavra muito especial para a minha alma gémea, Ella, que nos deixou muito antes do fim desta bonita aventura, mas cuja presença ainda me acompanha todos os dias. Sei que velas por mim, que alinha os acontecimentos no meu caminho como um anjo da guarda atento. Esta conquista é também um pouco a tua, e aqui a deixo, com carinho, a pensar em ti.

Obrigada ao meu amor, Gonçalo, pelo teu apoio inabalável ao longo destes anos, pela tua

paciência, a tua escuta, a tua ternura. Soubeste envolver-me quando precisei de silêncio, apoiar-me nas dúvidas, fazer-me rir quando tudo parecia pesado demais. Este trabalho ocupou muitas vezes o meu espírito, mas tu permaneceste presente, constante. Escutaste-me com carinho, sustentaste-me sem nunca desistir. Obrigada também por teres corrigido todos os meus erros. Obrigada por caminhares a meu lado com tanto coração. Agora é tempo de abrir um novo capítulo, o nosso próximo objetivo. E um agradecimento especial também à minha família portuguesa pela sua imensa bondade.

Obrigada à minha Mameu, que tanto se preocupou comigo, que me apoiou em cada etapa e sempre me sustentou com amor e constância. A mulher forte que és inspira-me um pouco mais a cada dia.

E por fim, um obrigado muito especial às minhas queridas amigas, Assima e Charlotte, que com o tempo se tornaram uma verdadeira família. Obrigada por partilharem comigo horas intermináveis de estudo, insónias, dúvidas, lágrimas, mas também tantos momentos de riso. Obrigada por estarem sempre lá, presentes, sem falhar, sempre que precisei de ajuda ou simplesmente de algum consolo.

Obrigada também às minhas amigas francesas, que mesmo à distância nunca me deixaram. Acreditaram sempre em mim, estiveram sempre presentes, e com vocês nada muda, mesmo quando os anos passam.

RESUMO

Introdução: O cancro oral é um problema de saúde pública de grande relevância, sendo o 16º tipo de cancro mais frequente, com uma taxa de mortalidade elevada, principalmente devido ao diagnóstico tardio e à intervenção insuficiente em estágios iniciais. O papel do médico dentista é essencial nesse processo, pois ele é frequentemente o primeiro profissional a identificar essas lesões e a encaminhar os pacientes para um tratamento adequado. O tratamento dos pacientes com cancro oral, envolve uma abordagem multidisciplinar, uma vez que a cirurgia constitui um elemento central do tratamento. **Objetivos:** Realizar uma revisão escopo sobre as várias etapas de manuseio do cancro oral, desde o diagnóstico até o tratamento, destacando o papel das intervenções cirúrgicas e a colaboração interdisciplinar. **Métodos:** A pesquisa foi conduzida com base na metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI) aplicando a estrutura PCC (População, Conceito, Contexto) e seguindo as recomendações do *checklist* PRISMA-ScR para garantir a transparência e reprodutibilidade do processo de seleção. A busca foi realizada nas bases de dados *PubMed*, *ScienceDirect* e *Cochrane*, abrangendo artigos publicados nos últimos cinco anos em português, inglês ou francês. **Resultados:** Conforme os critérios de inclusão e exclusão aplicados obtiveram-se um total de 19 artigos. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a importância da inspeção sistemática da cavidade oral, da palpação extra oral e da realização de biópsias diante de lesões suspeitas. A biópsia incisional permanece como o padrão-ouro no diagnóstico definitivo, embora técnicas complementares possam ser utilizadas. Observa-se também a necessidade de maior integração do médico dentista na equipa multidisciplinar responsável pela abordagem cirúrgica do paciente oncológico. Esta revisão reforça a importância da formação contínua dos profissionais de medicina dentária, visando fortalecer o seu papel na prevenção, detecção precoce e apoio terapêutico no contexto do cancro oral.

Palavras-chave: “neoplasia”, “carcinoma espinocelular”, “cancro oral”, “diagnóstico”, “biópsia oral”, “técnicas cirúrgicas cancro oral”.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is a major public health concern, ranking as the 16th most common type of cancer worldwide with a high mortality rate primarily due to late diagnosis and insufficient early-stage intervention. The dentist plays a crucial role in this process as they are often the first healthcare professional to identify such lesions and refer patients for appropriate treatment. Managing patients with oral cancer requires a multidisciplinary approach with surgery being a central element of care. **Objective:** To conduct a scoping review on the various stages of oral cancer management from diagnosis to treatment with a focus on surgical interventions and interdisciplinary collaboration. **Methods:** This study followed the methodology of the Joanna Briggs Institute (JBI), applying the PCC framework (Population, Concept, Context) and adhering to the PRISMA-ScR checklist to ensure transparency and reproducibility of the selection process. The literature search was conducted in PubMed, ScienceDirect, and Cochrane databases including articles published in the last five years in Portuguese, English, or French. **Results:** A total of 19 articles were included based on the defined inclusion and exclusion criteria. **Conclusion:** The findings highlight the importance of systematic oral cavity examination, extraoral palpation, and biopsy of suspicious lesions. Incisional biopsy remains the gold standard for definitive diagnosis, although complementary techniques may be employed. There is also a clear need for greater integration of dentists into the multidisciplinary teams managing oncologic patients. This review underscores the importance of continuous professional education in dentistry to strengthen the role of the dentist in prevention, early detection, and therapeutic support in the context of oral cancer.

Keywords: “neoplasm,” “squamous cell carcinoma,” “oral cancer,” “diagnosis,” “oral biopsy,” “surgical techniques oral cancer.”

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. MATERIAIS E MÉTODOS	3
2.1. Estratégia de Pesquisa	3
2.2. Questão de Pesquisa	4
2.3. Elegibilidade, critérios de inclusão e exclusão.....	4
2.4 Extração dos dados.....	5
2.5. Limitações da metodologia:	6
3. RESULTADOS.....	7
3.1 Seleção de estudo e diagrama Prisma	7
3.2 Características dos estudos incluídos	9
3.3 Resultados revisão de escopo para cada tópico.....	16
3.3.1. Compreensão do cancro oral: epidemiologia, lesões potencialmente malignas e papel clínico do médico dentista no diagnóstico precoce.....	16
3.3.2. A biópsia e a citologia como ferramentas cirúrgico-diagnostics: atuação do médico dentista na confirmação histopatológica	16
3.3.3. Diretrizes cirúrgicas e papel do médico dentista na gestão terapêutica do cancro oral	17
4. DISCUSSÃO.....	19
5. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 PRISMA Flow diagrama	8
-------------------------------------	---

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 Tabela de características de estudos incluídos	10
---	----

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ADN	Ácido Desoxirribonucleico
ARN	Ácido Ribonucleico
CBLO	Osteotomia de Nivelamento Baseada em CORA (do inglês CORA Based Leveling Osteotomy)
CIRC	Centro Internacional de Pesquisa sobre o Cancro
cm	Centímetro (Unidade de Medida)
CSS	Sobrevivência Específica do Cancro (do inglês Cancer Specific Survival)
GLOBOCAN	Observatório Global do Cancro
Gy	Gray (Unidade de Dose de Radiação)
HPV	Vírus do Papiloma Humano (do inglês Human Papilloma Virus)
JBI	Instituto Joanna Briggs (do inglês Joanna Briggs Institute)
MeSH	Cabeçalhos de Assuntos Médicos (do inglês Medical Subject Headings)
mm	Milímetro (Unidade de Medida)
mm²	Milímetro ao Quadrado (Unidade de Medida)
OLBC	Biópsia Oral com Escova Líquida (do inglês Oral Liquid Brush Biopsy)
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPMDs	Distúrbios Oraís Potencialmente Malignos (do inglês Oral Potentially Malignant Disorders)
ORN	Osteorradiocrose
OS	Sobrevivência Geral (do inglês Overall Survival)
OSCC	Carcinoma de Células Escamosas Oral (do inglês Oral Squamous Cell Carcinoma)
PAP	Papanicolaou
PCC	População, Conceito, Contexto

PET-Scan	Tomografia por Emissão de Positrões (do inglês Positron Emission Tomography)
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (do inglês Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)
TNM	Tumor, Nódulo, Metástase
TTS	Tempo até Cirurgia (do inglês Time to Surgery)

1. INTRODUÇÃO

O cancro oral constitui um verdadeiro desafio de saúde pública, caracterizado ainda hoje por altas taxas de morbidade e mortalidade. Esse tipo de cancro representa a décima sexta neoplasia maligna mais frequente no mundo. Conforme o projeto GLOBOCAN 2018, coordenado pelo Centro Internacional de Pesquisa sobre o Cancro (CIRC) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência estimada de esse cancro é de 354.864 casos (2%) e uma mortalidade aproximada de 177.384 óbitos (1,9%) (Rutkowska et al., 2020).

A forma histológica mais comum é o carcinoma espinocelular oral. Entre os principais fatores de risco, destaca-se o consumo de álcool e tabaco, além de fatores genéticos, familiares e determinadas patologias orais que podem contribuir para o desenvolvimento dessa malignidade (Rocheffort et al., 2024).

Apesar desses números preocupantes, o cancro oral é, na maioria, uma doença evitável e, sobretudo, passível de ter a sua evolução significativamente retardada por meio do diagnóstico precoce. Este representa um pilar fundamental, na prática do médico-dentista, frequentemente em posição privilegiada para detetar lesões suspeitas na cavidade oral. De fato, muitos pacientes só consultam um profissional de saúde geral em estágios avançados da doença, enquanto o exame regular da cavidade oral, da cabeça e do pescoço fazem parte integrante da rotina clínica do médico-dentista.

A inspeção sistemática da cavidade oral e das estruturas da cabeça e do pescoço constituem uma base essencial para o acompanhamento e o bom funcionamento do sistema estomatognático. A deteção precoce de lesões potencialmente malignas é, portanto, uma responsabilidade clínica de grande relevância, tanto diagnóstica quanto terapêutica. A Organização Mundial da Saúde recomenda que uma lesão oral que não regrida num período de até duas semanas seja submetida à biópsia, que continua a ser o padrão-ouro para o diagnóstico (Abati et al., 2020).

No entanto, essa prática ainda é marginal entre muitos profissionais. A biópsia é frequentemente vista como um procedimento reservado à teoria, ou delegado a especialistas. Estudos mostram que apenas um terço dos médico-dentistas realiza as suas próprias biópsias, enquanto os demais encaminham os seus pacientes ao cirurgião bucomaxilofacial, prolongando o tempo entre a identificação clínica e o diagnóstico definitivo. Há ainda uma correlação entre a prática da

biópsia e os anos de experiência profissional, o que reforça a importância da formação contínua (Glass et al., 2023).

Quando a biópsia revela uma lesão maligna, o paciente é encaminhado para um serviço de oncologia, onde a cirurgia representa o tratamento de referência. Este tratamento deve ser adaptado a cada caso específico e integrado numa abordagem multidisciplinar. Conhecer as opções terapêuticas, compreender as etapas do tratamento e acompanhar o paciente ao longo da sua trajetória são responsabilidades fundamentais do médico-dentista.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo reunir conhecimentos claros, úteis e acessíveis sobre o cancro oral. Dá-se ênfase a um eixo fundamental da prática do médico-dentista: o diagnóstico, com especial atenção à importância da biópsia oral, bem como a uma visão geral das principais intervenções e técnicas cirúrgicas empregadas na abordagem terapêutica dessa patologia. Esta abordagem visa não apenas oferecer um panorama introdutório, mas também permitir que o médico-dentista compreenda melhor o percurso terapêutico do paciente e se posicione como um profissional ativo no acompanhamento global e no cuidado multidisciplinar.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Estratégia de Pesquisa

A revisão de escopo, ou “revisão de mapeamento”, é um projeto exploratório que visa mapear de forma sistemática a literatura existente sobre um determinado tema. Essa abordagem permite identificar os conceitos-chave, os tipos de evidências disponíveis, as principais teorias, bem como as lacunas existentes na pesquisa (Peters et al., 2020).

Segundo os Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde (*Canadian Institutes of Health Research*), a *scoping review* é uma metodologia que permite estruturar e resumir um amplo corpo de literatura, muitas vezes caracterizado por sua diversidade e complexidade. É importante destacar que esse tipo de estudo pode ser realizado por diversas razões, nomeadamente para explorar a amplitude ou a profundidade de um determinado campo científico, sintetizar dados existentes ou ainda orientar futuras investigações (Peters et al., 2020).

Além disso, trata-se de um método baseado numa abordagem rigorosa, transparente e estruturada. A *scoping review* segue as recomendações metodológicas do Instituto Joanna Briggs (JBI), apoiando-se em ferramentas como o modelo PCC (População, Conceito, Contexto) para a formulação da pergunta de pesquisa, bem como no diagrama Prisma-Scr para ilustrar o processo de seleção dos artigos (Hadie, 2024, pp. 185-197).

No âmbito deste projeto, a adoção de uma *scoping* revisão revelou-se particularmente pertinente. Com efeito, esta metodologia permite traçar um panorama abrangente da literatura relativa ao cancro oral, refletindo a complexidade do tema e a diversidade das práticas, dos conceitos e das abordagens existentes. O objetivo é produzir uma síntese clara e útil para o médico dentista, para apoiá-lo tanto no diagnóstico como no manejo clínico e na colaboração interdisciplinar em torno do cancro oral.

Para este trabalho, foi adotada a estratégia metodológica do Instituto Joanna Briggs (JBI), cujo processo se baseia em dez etapas fundamentais que oferecem um verdadeiro roteiro, desde a fase de planeamento até a conclusão do estudo. São elas: 1) Identificação da área de estudo; 2) Compreensão das indicações para uma *scoping review*; 3) Formulação precisa e informativa do título; 4) Apresentação de estudos relevantes que demonstram a pertinência do tema; 5) Elaboração das perguntas de pesquisa; 6) Definição dos critérios de inclusão e exclusão; 7)

Realização de uma busca bibliográfica abrangente e seleção dos artigos segundo os critérios definidos; 8) Extração dos dados; 9) Análise e mapeamento dos dados; 10) Apresentação dos resultados. (Hadie, 2024, pp. 185-197).

2.2. Questão de Pesquisa

A primeira fase do projeto consistiu numa pesquisa exploratória em bases de dados científicas, analisados estudos já publicados, com o intuito de obter uma visão global do tema, identificar eixos pertinentes e delimitar as grandes temáticas. Esta etapa permitiu igualmente à autora clarificar e afinar a orientação do seu trabalho. Ao final dessa pesquisa preliminar, emergiram duas perguntas principais:

-Como é que o médico dentista contribui para o diagnóstico precoce e o encaminhamento de pacientes com cancro oral para tratamentos adequados, incluindo a cirurgia?

-Quais são as indicações e as técnicas na gestão do cancro oral?

Conforme as recomendações do JBI, essas perguntas foram estruturadas de acordo com o modelo PCC:

P: Pacientes com lesões potencialmente malignas ou com cancro oral.

C: Diagnóstico e tratamento do cancro oral e o papel do médico dentista.

C: Prática clínica, consultas odontológicas e cirurgia maxilo-facial.

2.3. Elegibilidade, critérios de inclusão e exclusão

Foi realizada uma pesquisa documental exaustiva nas bases de dados *PubMed*, *Cochrane* e *ScienceDirect*. Foram conduzidas várias pesquisas sucessivas para permitir a identificação dos termos mais relevantes, a fim de garantir o alinhamento da revisão com os temas centrais. A identificação das palavras-chave baseou-se, nomeadamente, na terminologia *MeSH* da *PubMed*.

Os termos identificados foram: (Neoplasm) OR (squamous cell carcinoma) OR (oral cancer) OR (Diagnosis) and (oral biopsy) OR (surgical techniques oral cancer), posteriormente adaptados às demais bases de dados, conforme os seus sistemas de categorização próprios. Esta etapa foi essencial para refinar os resultados e reduzir o número inicial de artigos, que ultrapassa cem mil.

Em seguida, procedeu-se à definição rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão, a fim de garantir a relevância e a qualidade das publicações selecionadas para a revisão.

Os estudos foram incluídos se envolvessem indivíduos adultos com lesões potencialmente malignas ou com cancro oral confirmado. Também foram consideradas elegíveis as publicações que descrevem a patogénese e/ou a epidemiologia do cancro oral, assim como aquelas que destacam o papel do médico dentista no diagnóstico precoce através do exame clínico, da identificação de lesões suspeitas ou da realização de biópsias. Foram igualmente incluídos os estudos que abordam as técnicas cirúrgicas utilizadas na gestão do cancro oral. As publicações deveriam estar disponíveis em texto integral, com acesso gratuito, redigidas em português, francês ou inglês, e publicadas entre 2020 e 2024, inclusive. Importa ainda referir que nenhum tipo específico de estudo foi excluído: todos os tipos de publicações foram consideradas, visando proporcionar uma visão ampla e representativa.

Por outro lado, foram excluídos os estudos que não respondiam aos critérios acima mencionados. Tal exclusão abrangeu publicações sobre cancros localizados fora da cavidade oral, estudos de carácter exclusivamente laboratorial, molecular ou genético, bem como investigações conduzidas em populações muito específicas, como pacientes muito jovens. Foram também excluídos os artigos que não abordavam as dimensões diagnóstica ou cirúrgica do cancro oral, aqueles redigidos noutras línguas que não as especificadas e os que não respeitavam o intervalo temporal definido.

2.4 Extração dos dados

Os artigos selecionados foram importados para a plataforma Rayyan, que permitiu uma gestão organizada do processo de triagem. Esta seleção foi efetuada em três etapas:

- i. Leitura dos títulos: constituindo o primeiro filtro para verificar a correspondência com os critérios de inclusão.
- ii. Leitura dos resumos (abstratos): o segundo nível de triagem permitiu verificar se o conteúdo será pertinente e se respeitava os critérios estabelecidos
- iii. Leitura integral dos textos: a última etapa visou confirmar definitivamente a elegibilidade dos artigos selecionados.

2.5. Limitações da metodologia:

Apesar do rigor metodológico adotado, esta revisão enfrentou algumas limitações. Inicialmente, as estratégias de busca resultaram num número extremamente elevado de publicações ultrapassando os 100.000 resultados em algumas bases como a *PubMed* o que exigiu um trabalho minucioso de reformulação dos descritores e combinações, visando restringir progressivamente os resultados e garantir a pertinência dos estudos selecionados. A limitação temporal de cinco anos, embora necessária para oferecer uma visão atualizada e condizente com os avanços recentes, acabou a excluir publicações relevantes em temas centrais, como o da biópsia, frequentemente abordado em estudos mais antigos. Observou-se também uma escassez significativa de trabalhos que explorassem de forma clara e estruturada o papel do cirurgião-dentista na abordagem multidisciplinar cirúrgica do cancro oral, o que restringiu a representatividade deste eixo na presente revisão. Além disso, para os temas mais estritamente cirúrgicos a disponibilidade limitada de artigos de acesso aberto resultou na predominância de um único ponto de vista na literatura analisada.

3. RESULTADOS

3.1 Seleção de estudo e diagrama Prisma

Após a pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *ScienceDirect* e *Cochrane*, bem como a inclusão manual de três artigos identificados na literatura por sua relevância relativamente aos objetivos e ao escopo da presente revisão. Foram inicialmente identificados 6198 estudos potencialmente relevantes. Devido à elevada quantidade de resultados, foi conduzida uma investigação minuciosa, iniciando-se pela leitura dos títulos com base nos critérios definidos. Nesta fase, 92 artigos sobre nas bases de dados foram importados para a plataforma Rayyan. Um artigo duplicado foi automaticamente identificado e excluído, restando assim 91 publicações.

Posteriormente, 41 artigos foram excluídos após leitura do resumo, dos quais seis por não estarem disponíveis em texto integral ou acesso livre. Então 50 artigos foram analisados para avaliação completa.

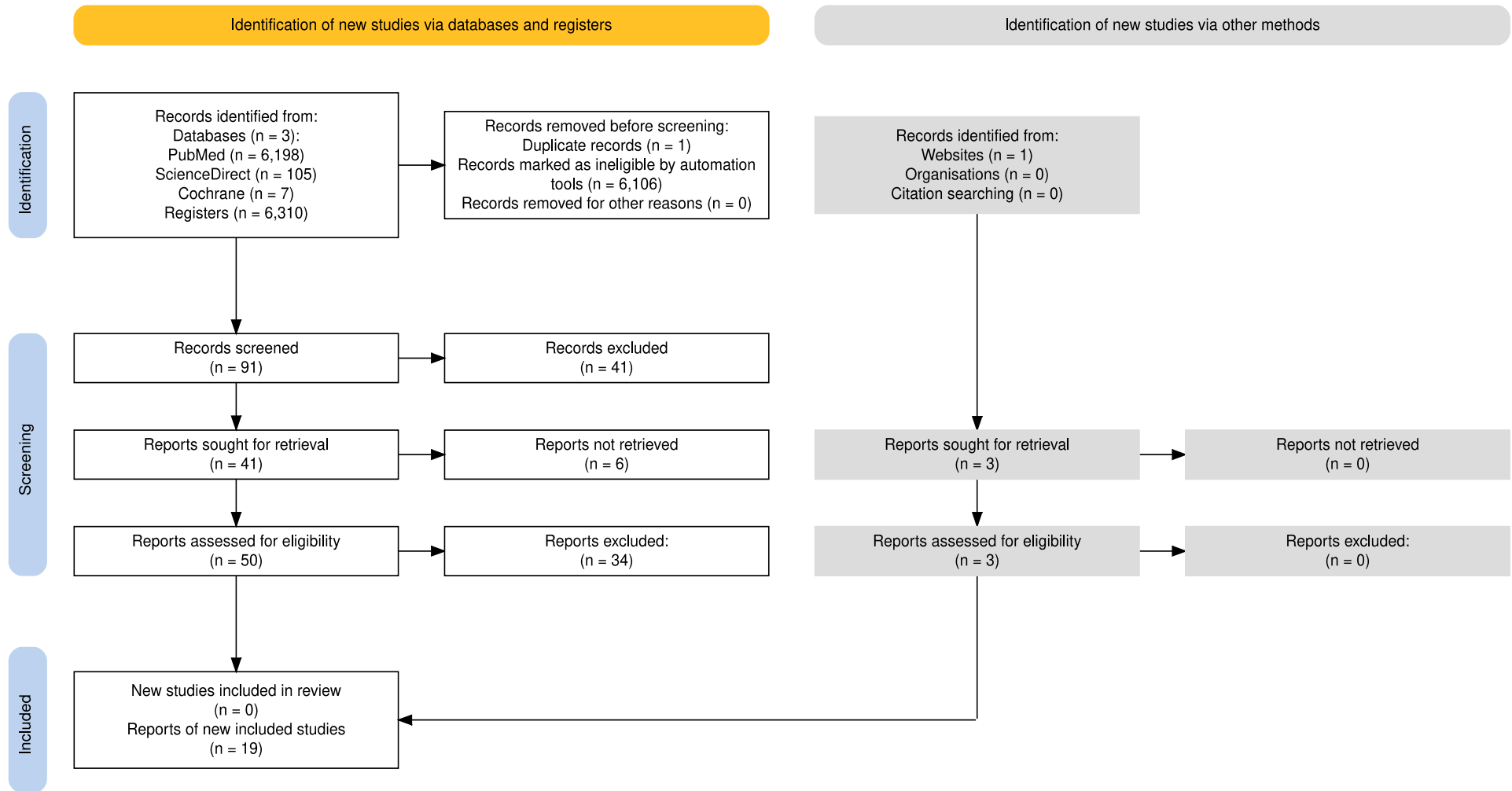
Por fim, após leitura integral, 34 publicações foram excluídas por não corresponderem integralmente aos critérios estabelecidos. Assim, 16 artigos foram finalmente selecionados para compor esta revisão, aos quais se somam 3 artigos incluídos manualmente por sua relevância para o tema. Ao todo 19 artigos foram considerados para a condução desta revisão.

O processo de seleção dos estudos encontra-se ilustrado no fluxograma PRISMA (cf. Figura 1).

O uso do diagrama de fluxograma PRISMA permite apresentar de forma clara e transparente o processo de seleção dos estudos, desde a identificação até a inclusão final, conforme recomendado pelas diretrizes do PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Figura 1

Fluxograma PRISMA com informações sobre as diferentes etapas de seleção dos artigos



3.2 Características dos estudos incluídos

Para garantir uma análise abrangente e comparativa da literatura científica incluída nesta revisão de escopo e respeitando o facto que este tipo de revisão constituir um projeto de mapeamento do conhecimento disponível optou-se por apresentar as características essenciais de cada estudo em formato de tabela. Esta estratégia visa não apenas facilitar a leitura e a interpretação dos dados, mas também assegurar a transparência metodológica da seleção das informações.

O quadro sintético que se segue contempla os seguintes elementos para cada publicação: título do artigo, autor(es), ano de publicação, país de origem, tipo de estudo, objetivo de estudo, população estudada e conclusão principal dos artigos.

A sistematização desses dados permite identificar de forma clara os temas abordados, os tipos de evidência utilizadas, bem como as diferentes abordagens diagnósticas e terapêuticas relatadas na literatura. Este quadro representa, portanto, uma etapa fundamental na construção da análise narrativa subsequente, que visa responder às questões centrais da revisão.

As principais características dos 19 estudos incluídos nesta revisão estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1

Caraterísticas de estudos incluídos

Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	População estudada	Conclusão principal
Oral Cancer and Precancer: A Narrative review on the relevance of early Diagnosis	Abati et al.	2020	Itália	Revisão narrativa	Demonstrar a importância crucial do diagnóstico precoce do cancro oral e das lesões potencialmente malignas, a fim de melhorar o prognóstico e as taxas de sobrevivência dos pacientes.	Não aplicável	Detetar precocemente é crucial e requer uma avaliação clínica cuidadosa, juntamente com uma biópsia (considerada o método mais fiável), para reconhecer prontamente lesões suspeitas e, deste modo, melhorar as hipóteses de sobrevivência.
Oral cancer: the first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment	Rutkowska et al.	2020	Polónia	Estudo retrospectivo	Identificar os sintomas iniciais, os fatores e as razões dos atrasos no diagnóstico e no tratamento do cancro oral, quer estes sejam da responsabilidade dos doentes ou dos profissionais de saúde.	305 pacientes com cancro oral (2008-2018)	É essencial melhorar a sensibilização dos pacientes e, sobretudo, dos profissionais de saúde (médicos generalistas e dentistas) para a oncologia oral, a fim de reduzir os atrasos que conduzem a diagnósticos em fases avançadas.
Le cancer de la cavité orale, une entité spécifique ?	Rocheffort et al.	2024	França	Revisão narrativa	Analisar as especificidades epidemiológicas, etiologia, diagnosticas e terapêuticas do cancro oral.	Não aplicável	A identificação do cancro oral de forma antecipada é essencial para superar o seu prognóstico desfavorável, o que demanda a busca e a implementação de novas estratégias de diagnóstico.
Head and neck exam practices of dental professionals	Glass et al.	2023	Estados Unidos	Inquérito transversal	Avaliar como os dentistas na Virgínia conduzem avaliações da cabeça e pescoço para detetar o cancro oral e considerar com que frequência eles encaminham pacientes para biópsias ou efetuar a sua própria biópsia.	224 médico dentista	Embora a maioria dos dentistas realize exames, sobretudo intraorais, é necessário aprofundar a formação em anatomia extra oral e em patologia para melhorar a capacidade de deteção precoce de lesões malignas.

Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	População estudada	Conclusão principal
Oral Potentially Malignant Disorders: Etiology, Pathogenesis, and Transformation Into oral Cancer	Kumari et al.	2022	Índia	Revisão	Reconhecer a importância crucial da detecção precoce e da prevenção de doenças orais potencialmente malignas (OPMD) para reduzir a sua transformação maligna em cancro oral e melhorar o prognóstico dos doentes.	Não aplicável	A detecção e a gestão precoces e adequadas da OPMD, com base num diagnóstico preciso, particularmente por biópsia, são essenciais para prevenir o cancro oral e melhorar a sobrevivência dos doentes.
Oral soft tissue biopsy surgery: Current principles and key tissue stabilization techniques	Jeng et al.	2024	Taiwan	Revisão	Rever os princípios atuais da biópsia cirúrgica de tecidos moles orais e apresentar técnicas-chave de estabilização tecidual.	Não aplicável	A precisão do diagnóstico histopatológico depende de uma técnica adequada de biópsia e estabilização tecidual. Métodos como o uso de pinças, gaze e suturas de retração são essenciais para melhorar a qualidade da amostra e evitar subdiagnósticos.
Consensus guidelines on management of oral potentially malignant disorders	Birur et al.	2022	Índia	Revisão de consenso	Estabelecer diretrizes clínicas baseadas em consenso para o manejo de lesões potencialmente malignas.	Não aplicável	A detecção e a gestão precoces e adequadas da OPMD, com base num diagnóstico preciso, particularmente por biópsia, são essenciais para prevenir o cancro oral e melhorar a sobrevivência dos doentes.
Epidemiology, Diagnostics, and therapy of Oral Cancer-Update Review	Kijowska et al.	2024	Polónia	Revisão	Atualizar os dados sobre a classificação, epidemiologia, métodos diagnósticos e terapias emergentes no tratamento do cancro oral.	Não aplicável	Esta revisão destaca os avanços recentes na classificação, diagnóstico e tratamento do cancro oral, com ênfase na necessidade de estratégias de prevenção, rastreio estruturado e inovação terapêutica para melhorar a taxa de sobrevivência.

Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	População estudada	Conclusão principal
A paradigm shift in the prevention and diagnosis of oral squamous cell carcinoma	Hirsch et al.	2023	Suécia	Estudo prospetivo multicêntrico	Explorar e defender o uso de biópsias com escova associadas à inteligência artificial para o rastreio precoce e não invasivo do carcinoma espinocelular oral (OSCC).	Não aplicável (baseado em revisão e estudos prospetivos anteriores)	O artigo propõe a biópsia com escova combinada à citologia digital e inteligência artificial como alternativa promissora à biópsia invasiva, permitindo um rastreio precoce, acessível e preciso das lesões orais com risco de transformação maligna.
A systematic Review of Oral Biopsies, Sample Types, and Detection Techniques Applied in Relation to Oral Cancer Detection	Yang et al.	2022	China	Revisão sistemática	Fornecer uma visão abrangente sobre os procedimentos padronizados de coleta de amostras orais, caracterização e avaliação molecular de risco, auxiliando na escolha dos métodos adequados de biópsia e análises subsequentes.	Não aplicável	A biópsia tecidual continua a ser o padrão-ouro para o diagnóstico do cancro oral, mas as abordagens menos invasivas, como a biópsia líquida e com escova, vêm ganhando destaque e mostram potencial para triagem em larga escala; há necessidade de padronização dos métodos moleculares aplicados às amostras obtidas.
Oral Brush biopsy using liquid-based cytology is a reliable tool for oral cancer screening: A cost utility analysis	Idrees et al.	2022	Austrália	Estudo prospetivo transversal	Investigar a eficácia diagnóstica e a viabilidade económica da citologia esfoliativa com escova em base líquida (OLBC) para a identificação precoce de cancro oral e de desordens potencialmente malignas da mucosa oral (OPMDs).	284 pacientes adultos com lesões orais suspeitas, submetidos à OLBC antes da biópsia cirúrgica convencional.	O estudo evidenciou a confiabilidade da OLBC na estratificação do risco de malignidade em lesões orais, apresentando características desejáveis como objetividade, simplicidade e aplicabilidade clínica ampla. Recomenda-se a adoção do sistema Bethesda modificado para padronizar os resultados da citologia oral e aprimorar a sua sensibilidade diagnóstica.
Oral cancer: changing the aim of the biopsy in the age of precision medicine; A review	Bruschini et al.	2021	Itália	Revisão de literatura	Explorar a evolução do papel da biópsia no cancro oral no contexto da medicina de precisão, com ênfase na utilidade de marcadores teciduais pré-operatórios para orientar decisões terapêuticas.	Não aplicável	A biópsia passa a ter também um valor preditivo, permitindo, além do diagnóstico morfológico, avaliar biomarcadores relevantes para orientar o tratamento personalizado. Estudos adicionais são necessários para padronizar técnicas e validar esses indicadores antes da aplicação clínica rotineira.

Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	População estudada	Conclusão principal
Japanese clinical practice guidelines for oral cancer, 2023	Kurita et al.	2023	Japão	Diretrizes clínicas baseadas em revisão sistemática e consenso	Padronizar e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento, seguimento e cuidados de suporte no cancro oral no Japão, por meio da atualização das diretrizes clínicas nacionais com base em 60 questões clínicas.	Não aplicável	As diretrizes de 2023 integram evidências e consenso para orientar a prática clínica no Japão, abrangendo desde prevenção e diagnóstico até cirurgia, tratamento adjuvante e reabilitação, com recomendações detalhadas segundo o estágio, localização e condição funcional dos pacientes.
Impact of time-to-surgery on survival and quality of life in oral cancer	Tirelli et al.	2023	Itália	Estudo de coorte retrospectivo	Investigar a associação entre o tempo até à cirurgia (TTS) e a sobrevivência global, sobrevivência específica da doença e qualidade de vida em pacientes com carcinoma oral de células escamosas.	116 pacientes adultos com diagnóstico de carcinoma oral, tratados cirurgicamente entre 2008 e 2015	TTS \geq 30 dias foi associado a pior sobrevivência específica em tumores avançados e a menor qualidade de vida pós-operatória. Reduzir o tempo até à cirurgia pode melhorar tanto os resultados clínicos quanto o bem-estar psicossocial dos pacientes.
Adequate surgical margins for oral cancer: A Taiwan cancer registry national database analysis	Lin et al.	2021	Taiwan	Estudo de coorte retrospectivo baseado em base de dados nacional	Determinar os limites ideais de margens cirúrgicas no tratamento do carcinoma oral, avaliando o seu impacto na sobrevivência específica do câncer (CSS) e na sobrevivência global (OS).	15.654 pacientes com carcinoma oral de células escamosas submetidos a cirurgia entre 2011 e 2017 em Taiwan.	Margens cirúrgicas \geq 4 mm estão associadas a melhor CSS e \geq 5 mm a melhor OS. As margens são um dos únicos fatores patológicos sob controlo do cirurgião, sendo recomendada a obtenção de pelo menos 5 mm de margem sempre que possível.

Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	População estudada	Conclusão principal
Oral squamous cell carcinoma- clinical characteristics, treatment, and outcomes in a single institution retrospective cohort study	Janiak-Kiszka et al.	2022	Polónia	Estudo de coorte retrospectivo	Analisar características clínicas, modalidades terapêuticas e fatores prognósticos em pacientes com carcinoma espinocelular oral, tratados entre 2003– 2011.	62 pacientes tratados cirurgicamente por carcinoma oral no <i>Collegium Medicum</i> da Universidade Copérnico, Polónia.	Idade \geq 65 anos, margens positivas ou tempo de espera >15 semanas não influenciaram significativamente a sobrevida. Piores prognósticos foram observados em casos com metástases múltiplas, avanço regional (N), e tumores no triângulo retromandibular.
Clinical practice guideline of the Spanish society of oral surgery for dental care in patients with oral cancer	Baus-Domínguez et al.	2024	Espanha	Diretriz clínica baseada em revisão sistemática e consenso multidisciplinar	Desenvolver recomendações baseadas em evidências para orientar a atuação odontológica nos cuidados antes, durante e após o tratamento oncológico de pacientes com cancro oral.	Não aplicável	As diretrizes fornecem recomendações práticas fundamentadas em evidências sobre prevenção, diagnóstico, manejo de efeitos colaterais orais e reabilitação odontológica em pacientes com cancro oral, visando melhorar a sua qualidade de vida e apoiar o trabalho da equipa multidisciplinar.
Best practices and future challenges in the treatment of oral cancer	Kröplin e Reppenhagen	2023	Alemanha	Revisão seletiva da literatura	Analisar as estratégias terapêuticas atualmente praticadas no tratamento do cancro oral e discutir os desafios futuros, com foco em qualidade, precisão cirúrgica, digitalização e impacto económico.	Não aplicável	A recessão cirúrgica continua a ser o padrão-ouro. Estratégias futuras devem integrar diagnóstico precoce, tecnologias digitais, robótica, avaliação intraoperatória objetiva e foco na qualidade de vida. O impacto económico do cancro oral ainda é subestimado e merece maior atenção.

Título	Autor(es)	Ano	País	Tipo de estudo	Objetivo de estudo	População estudada	Conclusão principal
Current Concepts of Ablative surgery in Oral Cavity Cancer	Tsai et al.	2024	Índia	Revisão narrativa	Atualizar os conceitos cirúrgicos relacionados à cirurgia ablativa no cancro oral, abordando o planeamento operatório, os princípios anatómicos e as abordagens específicas por subsite, com foco em margens e recessões funcionais.	Não aplicável	A cirurgia continua a ser o tratamento primário no cancro oral. A excisão ampla com margens adequadas em três dimensões é essencial para garantir a eficácia oncológica. A integração de tecnologias de imagem, anatomia cirúrgica precisa e técnicas funcionais melhora o controle local e preserva a função.

3.3 Resultados revisão de escopo para cada tópico

Para a apresentação dos resultados desta revisão de escopo, foram definidos três eixos temáticos, conforme os objetivos do estudo, os problemáticos da revisão e a natureza dos artigos incluídos. O primeiro capítulo centra-se na compreensão global do cancro oral, abordando tanto a sua epidemiologia quanto as lesões potencialmente malignas e o papel do médico dentista no diagnóstico clínico precoce. O segundo, trata da biópsia e da citologia como ferramentas cirúrgico-diagnósticas. E finalmente, o terceiro que são orientações cirúrgicas e o papel do médico dentista na gestão terapêutica do cancro oral.

3.3.1. Compreensão do cancro oral: epidemiologia, lesões potencialmente malignas e papel clínico do médico dentista no diagnóstico precoce

Para este primeiro eixo temático, foram incluídos seis estudos que exploram os conhecimentos fundamentais sobre o cancro oral, incluídos os dados epidemiológicos disponíveis, a caracterização das lesões potencialmente malignas e como o médico dentista pode contribuir, através do exame clínico para a sua deteção precoce (Abati et al., 2020; Rutkowska et al., 2020; Kumari et al., 2022; Glass et al., 2023; Kijowska et al., 2024; Rochefort et al., 2024).

As publicações incluídas abordam temas como a prevalência e os fatores de risco associados ao cancro oral, a natureza clínica e o potencial de transformação das lesões potencialmente malignas, bem como as práticas de exame intra e extra oral realizadas pelos profissionais de medicina dentária. Além disso, os estudos discutem os sintomas iniciais mais frequentemente relatados, os atrasos no diagnóstico e a importância do papel ativo do médico dentista na identificação precoce de alterações suspeitas durante consultas de rotina.

3.3.2. A biópsia e a citologia como ferramentas cirúrgico-diagnósticas: atuação do médico dentista na confirmação histopatológica

Esta segunda parte dos resultados reúne os estudos que analisam a biópsia e a citologia como métodos de diagnóstico cirúrgico no contexto do cancro oral. Foram incluídos seis estudos que descrevem diferentes abordagens para colheita de amostras orais, bem como os critérios clínicos que orientam a sua realização (Bruschini et al., 2021; Birur et al., 2022; Idrees et al., 2022; Yang et al., 2022; Hirsch et al., 2023; Jeng et al., 2024).

Estas publicações exploram, por um lado, a definição e os objetivos clínicos da biópsia e da

citologia esfoliativa na confirmação do diagnóstico das lesões orais suspeitas, e por outro, as suas indicações mais comuns, especialmente no contexto das lesões potencialmente malignas. Os artigos incluem também descrições das diferentes técnicas utilizadas, como a biópsia tradicional, a biópsia por escovado e a citologia em base líquida, bem como recomendações sobre a escolha do local de colheita e a estabilização do tecido no momento do procedimento.

3.3.3. Diretrizes cirúrgicas e papel do médico dentista na gestão terapêutica do cancro oral

A última parte dos resultados desta revisão reúne os estudos que abordam as orientações cirúrgicas existentes para o tratamento do cancro oral, bem como o papel do médico dentista no acompanhamento dos pacientes referenciados para cirurgia. Foram incluídos sete estudos que apresentam recomendações clínicas, princípios terapêuticos e estratégias de coordenação interdisciplinar (Lin et al., 2021; Janiak-Kiszka et al., 2022; Kröplin & Reppenhagen., 2023; Kurita et al., 2023; Tirelli et al., 2023; Baus-Domínguez et al., 2024; Tsai et al., 2024).

Os artigos analisados apresentam uma visão geral das principais intervenções cirúrgicas empregues no tratamento do cancro oral, tais como as recomendações mais recentes sobre margens cirúrgicas, avaliação pré-operatória e seguimento pós-tratamento. As diretrizes japonesas e espanholas destacam a importância de protocolos estruturados e adaptados aos diferentes estágios da doença, enquanto outros estudos referem a relevância da tecnologia. De forma transversal, os trabalhos sublinham a importância da colaboração entre equipas multidisciplinares e o envolvimento do médico dentista, não somente na fase pré-diagnóstico, mas também no acompanhamento após o tratamento cirúrgico.

4. DISCUSSÃO

A presente discussão visa interpretar os principais achados desta revisão de escopo, realizada com base no modelo metodológico do *Joanna Briggs Institute*, à luz da literatura existente e das questões de investigação previamente definidas. Esta revisão procurou mapear o conhecimento científico disponível sobre o papel do médico dentista no diagnóstico precoce do cancro oral, bem como identificar as principais recomendações cirúrgicas existentes no contexto da sua gestão terapêutica.

No total, foram incluídos 19 estudos, publicados nos últimos 5 anos (2020-2024 inclusive), que abordam temáticas complementares, organizadas em três grandes eixos: a compreensão do cancro oral e das lesões potencialmente malignas, com foco na atuação clínica do dentista; a biópsia e a citologia como ferramentas cirúrgico-diagnósticas. E por fim, as diretrizes terapêuticas e cirúrgicas que orientam o seguimento dos pacientes após o encaminhamento.

Os resultados permitiram identificar práticas clínicas frequentes, pontos de fragilidade na formação e atuação dos profissionais de saúde oral, bem como orientações recentes voltadas para a melhoria do percurso diagnóstico e terapêutico do cancro oral.

A primeira temática identificada nesta revisão de escopo diz respeito à compreensão do cancro oral e ao papel do médico dentista no reconhecimento precoce de lesões potencialmente malignas, com base em seis estudos incluídos que abordam aspetos epidemiológicos, clínicos e práticos relacionados com o diagnóstico inicial.

Neste contexto, compreender a dimensão epidemiológica do cancro oral e os fatores que influenciam a sua incidência constitui um ponto de partida essencial para interpretar os dados desta revisão.

Segundo Kijowska et al. (2024), o cancro dos lábios e da cavidade oral constitui um importante problema de saúde pública mundialmente. Em 2022, estima-se que haverá 389.485 novos casos e 188.230 mortes. É o décimo sexto tipo de cancro mais comum no mundo, com uma incidência em constante aumento, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que, até 2030, a incidência dos cancros da cabeça e do pescoço aumente cerca de 30%.

Este tipo de cancro é frequentemente incluído na categoria mais vasta de cancros do trato aerodigestivo superior (cancros da cabeça e do pescoço), o que dificulta distinguir com precisão os dados específicos da cavidade oral. Consequentemente, as estatísticas incluem

frequentemente cancros do nasofaríngeo, orofaringe, glândulas salivares ou amígdalas, o que resulta num certo grau de heterogeneidade nas publicações científicas (Kijowska et al., 2024).

As áreas geográficas mais afetadas são a melanésia (taxa padronizada por idade por 100 000 habitantes em todo o mundo em 2020; segundo o GLOBOCAN 2020) com 19,8, seguida da Ásia Central e do Sul (13,5), da Europa Ocidental (10,0) e da Austrália e a Nova Zelândia (10,0). A prevalência aumenta significativamente com a idade, com um pico de incidência entre os 70 e os 85 anos. O aumento do número de casos nos países desenvolvidos pode ser explicado por uma melhoria dos métodos de deteção precoce, mas também por um aumento da exposição a fatores de risco (Kijowska et al., 2024).

Entre estes fatores, o tabagismo e o consumo de álcool predominam na Europa. No Sul e Sudeste Asiático, a mastigação de *betel quid* constitui um fator de risco significativo para o aparecimento do cancro oral. Em certas regiões da Oceânia, como a Austrália e a Nova Zelândia, a exposição crónica ao sol, nomeadamente no lábio inferior, constitui um fator de risco significativo. É também interessante notar que a infeção pelo papiloma vírus humano (HPV) está contribuindo para o aumento da incidência de cancros da cabeça e do pescoço na América do Norte e na Europa (Kijowska et al., 2024).

As disparidades entre os países desenvolvidos são igualmente notórias: entre 2005 e 2010, registou-se uma diminuição da incidência em França (-12,6%) e em Espanha (-10,8%), ao passo que se verificou um aumento acentuado no Reino Unido (+18,8%), no Japão (+21,3%) e na Austrália (+8,7%). Estas diferenças refletem uma variedade de realidades em termos de política de saúde, comportamento de consumo de álcool, acesso a cuidados e sensibilização do público (Kijowska et al., 2024).

A falta de conhecimento sobre o cancro oral e os seus fatores de risco continua a ser um grande obstáculo à prevenção. Um estudo realizado em Pequim entre 2018 e 2019 revelou que quase 50% das pessoas inquiridas nunca ouviram falar desta doença. Em contrapartida, nos países desenvolvidos, 81% da população afirma ter conhecimento da doença. Esta falta de informação é particularmente preocupante, uma vez que até 46% dos cancros orais são evitáveis (Kijowska et al., 2024).

A prevenção passa não só pela melhoria da higiene oral e pela adoção de um estilo de vida saudável (não fumar e ter uma alimentação equilibrada), mas também pela criação de programas de rastreio regulares. Estudos evidenciam que os exames médicos anuais podem aumentar as hipóteses de sobrevivência para mais de 90% quando o diagnóstico é feito numa

fase precoce. No entanto, em muitas regiões, as iniciativas estruturadas de rastreio e de prevenção secundária são inexistentes, muitas vezes devido à falta de conhecimentos sobre a evolução das lesões pré-cancerosas e o tratamento clínico dos doentes em risco (Kijowska et al., 2024).

Segundo Abati et al. (2020) a variante histológica predominante do cancro oral é o carcinoma espinocelular, responsável por mais de 90% dos diagnósticos.

É importante referir que, no estudo de Rochefort et al. (2024), os carcinomas de células escamosas da cavidade oral são identificados como uma entidade distinta, ocupando a 17.^a posição entre os cancros mais frequentes mundialmente. Em 2018, foram registados aproximadamente 377.700 novos casos e cerca de 177.000 mortes atribuídas a esta forma específica de cancro. A taxa de incidência padronizada foi estimada em 5,8 por 100.000 pessoas-ano para os homens e 2,3 para as mulheres, com uma razão de 2,5 entre os sexos. Em França, observou-se uma tendência contrastante: entre 1990 e 2018, a incidência diminuiu 25% nos homens, enquanto aumentou mais de 120% nas mulheres, um fenómeno atribuído ao envelhecimento populacional e ao aumento do consumo de tabaco neste grupo. A idade mediana ao diagnóstico era de 62 anos para os homens e 66 para as mulheres. Globalmente, a taxa de sobrevivência a cinco anos permanece inferior a 50%, sendo negativamente afetada pela deteção tardia da doença (estádios III ou IV) e influenciada por fatores como o sexo do paciente e a localização tumoral com melhor prognóstico para o cancro do lábio e pior para o da língua.

De acordo com Rochefort et al. (2024), as lesões orais potencialmente malignas estão intimamente ligadas a fatores de riscos comprovados para o desenvolvimento do carcinoma epidermoide, reforçando a necessidade da sua identificação e monitorização sistemática na prática clínica.

O conceito de desordens orais potencialmente malignas (OPMDs) refere-se a um grupo de anomalias clínicas associadas a um risco acrescido de desenvolvimento de cancro oral. Embora as origens deste conceito remontem ao século XIX, foram os trabalhos recentes que clarificaram e unificaram a sua terminologia. Segundo Kumari et al. (2022), ao longo dos anos, a Organização Mundial de Saúde evoluiu os termos condições e lesões pré-cancerosas para OPMDs, para englobar todas as manifestações clínicas com potencial de transformação maligna. Assim, o autor refere-se às OPMD como qualquer anomalia da mucosa oral associada a um risco estatisticamente aumentado de desenvolvimento de cancro oral.

Clinicamente, as OPMDs apresentam-se de várias formas: variações de cor, geralmente

brancas, vermelhas ou mistas. Além disso, as alterações morfológicas, como uma superfície enrugada, granular ou atrófica, têm tamanhos variáveis e podem afetar diferentes áreas anatómicas da cavidade oral. É também importante referir que nem todas as lesões orais potencialmente malignas evoluem para cancro e que algumas displasias ocorrem em tecidos saudáveis. No entanto, algumas alterações apresentam um risco acrescido de transformação maligna (Kumari et al., 2022).

Podemos relatar alguns dados epidemiológicos sobre o assunto, sendo que uma percentagem de 4,47% da população mundial apresenta OPMDs, com predominância nos homens, o que parece estar ligado ao facto de estes consumirem mais tabaco e álcool do que as mulheres. Outra informação importante é que se pensa que a maioria dos casos de cancro oral (cerca de 80%) tem origem em lesões pré-cancerosas e que a taxa global de transformação maligna das OPMD está estimada em 7,9%, sublinhando a sua importância no rastreio (Kumari et al., 2022).

Na Europa, as principais lesões orais potencialmente malignas incluem a leucoplasia, a eritroplasia e o líquen plano oral (Rochefort et al., 2024). Nesta secção, serão abordadas estas três entidades clínicas, com o objetivo de definir a lesão, traçar o respetivo perfil epidemiológico e etiológico, descrever a sua apresentação clínica e por fim apresentar a conduta clínica atualmente recomendada. A correta identificação desta lesão é essencial para permitir uma intervenção precoce e adequada capaz de prevenir a sua possível transformação maligna.

Consoante a definição proposta pela OMS em 1978, a leucoplasia oral é caracterizada com uma placa branca da mucosa oral que não pode ser removida por raspagem e que não pode ser histopatologicamente ou clinicamente classificada como qualquer outra lesão conhecida. Trata-se, portanto, de um diagnóstico de exclusão, sendo necessário eliminar outras condições que podem causar manchas brancas como a candidíase, trauma local ou líquen plano (Abati et al., 2020).

A definição de leucoplasia foi alterada em 2005 para a distinguir de outras lesões brancas orais que não apresentam um risco acrescido de transformação cancerígena. A leucoplasia é, por conseguinte, uma placa branca de risco incerto, uma vez excluídas outras doenças ou perturbações conhecidas. No entanto, é importante notar que a identificação desta lesão continua a ser difícil devido à semelhança clínica entre as várias lesões brancas orais, o que levou a alguma confusão nos relatórios clínicos. Por conseguinte, foi proposto um termo mais geral para as lesões brancas, de modo a evitar confusões no diagnóstico. A nova definição proposta é que a leucoplasia é uma alteração esbranquiçada da mucosa oral, predominantemente

branca, que não pode ser removida por raspagem e que não regride espontaneamente. Não corresponde a nenhuma outra patologia conhecida, quer clínica, quer histologicamente. Considera-se que tem um potencial acrescido de transformação cancerígena em relação à mucosa sã. Embora esteja frequentemente associada a hábitos como o tabagismo, o consumo de álcool ou o consumo de bétel, também pode ocorrer sem qualquer causa identificável (Abati et al., 2020).

A leucoplasia afeta entre 1% e 3% da população, com predominância nos homens e uma frequência aumentada entre os 50 e os 70 anos. Aparece mais frequentemente na mucosa alveolar, seguida da mucosa jugal, palato, língua e pavimento da boca. Podem coexistir várias lesões no mesmo doente. A taxa de transformação maligna é estimada em 2-3% por ano. O risco de carcinogénese não se limita ao local da lesão, mas pode envolver outras áreas da cavidade oral e do trato aerodigestivo superior. Por conseguinte, a leucoplasia é considerada não só como uma lesão pré-cancerosa, mas também como um indicador global de um risco acrescido de cancro oral (Abati et al., 2020).

Clinicamente, as manifestações da leucoplasia oral podem ser agrupadas em duas formas principais distintas: as chamadas formas homogéneas e as formas não homogéneas. A forma homogénea é a mais frequente e caracteriza-se por uma aparência plana, uniforme, uniformemente branca, muitas vezes sem irregularidades marcadas, embora possa por vezes apresentar ligeiras estrias ou fissuras na superfície. Esta forma é geralmente considerada de baixo risco histopatológico. Em contrapartida, a leucoplasia não homogénea apresenta características muito mais variadas e complexas. Podem aparecer como áreas de coloração mista branca e vermelha (eritroleucoplasia), assumir um aspeto nodular, desenvolver-se em relevo como lesões exofíticas ou assumir um aspeto papilomatoso, ou verrugoso. Esta distinção, baseada somente no exame clínico, tem um valor prognóstico real, uma vez que as formas não homogéneas estão estatisticamente associadas a um risco muito mais elevado de evolução para lesões malignas (Abati et al., 2020).

A análise histológica das leucoplasias revela que a maioria são lesões benignas, frequentemente classificadas como hiperqueratose epitelial ou hiperplasia. Uma proporção mais pequena apresenta sinais de displasia ou mesmo de carcinoma *in situ*. É geralmente aceite que a espessura da lesão é um indicador indireto da gravidade: quanto mais espessa for a lesão, maior é a probabilidade de displasia. Uma entidade rara, mas clinicamente formidável é a leucoplasia verrugosa proliferativa. Esta forma caracteriza-se pelo seu carácter multifocal, pela sua evolução progressiva para lesões extensas e pelo seu potencial de transformação maligna muito

elevado, estimado entre 60 e 100%. Tende a afetar mulheres na casa dos sessenta anos, sem haver necessariamente uma história de tabagismo ou de consumo de álcool. Começa como pequenas áreas esbranquiçadas discretas que evoluem lentamente para placas verrucosas espessas, frequentemente localizadas na gengiva ou na mucosa alveolar da bochecha, ou da língua (Abati et al., 2020).

Atualmente, não existe um protocolo normalizado para o tratamento da leucoplasia. No entanto, devido ao seu potencial pré-canceroso, é essencial um diagnóstico exato e uma orientação terapêutica. O diagnóstico baseia-se principalmente na exclusão de outras lesões brancas conhecidas, combinando dados clínicos (idade, história de tabagismo, localização, textura e tamanho da lesão) e, se necessário, análise histológica. O diagnóstico pode ser efetuado provisoriamente quando as características ainda não permitem uma identificação clara. O diagnóstico definitivo baseia-se então na eliminação das etiologias conhecidas e na avaliação histológica dos tecidos (Kumari et al., 2022).

O tratamento pretende limitar o risco de transformação maligna, uma vez que a maioria destas lesões é assintomática. As opções de tratamento variam consoante o grau de displasia: as lesões com displasia moderada ou grave, ou com carcinoma justificam uma excisão cirúrgica completa. Podem ser utilizadas várias técnicas, como o bisturi convencional, o laser ou a crioterapia. Em alguns casos, são considerados tratamentos não cirúrgicos, em particular agentes tópicos ou sistémicos (como a bleomicina, retinoides), para além da remoção dos fatores de risco (Kumari et al., 2022).

Após termos descrito a leucoplasia, passamos agora a outra lesão potencialmente maligna da mucosa oral, menos frequente, mas com um risco elevado de transformação cancerosa: a eritroplasia.

Clinicamente, a eritroplasia caracteriza-se por uma lesão vermelha bem definida com uma textura lisa ou aveludada, e continua a ser uma entidade rara em comparação com a leucoplasia. Nalguns casos, pode apresentar-se sob uma forma mista, combinando áreas vermelhas e brancas, caso em que é conhecida como eritroleucoplasia, eritroplasia salpicada ou leuco eritroplasia. O diagnóstico diferencial inclui várias patologias, nomeadamente a candidíase, o líquen plano, certos tipos de mucosite e o lúpus eritematoso sistémico, que também pode dar origem a lesões vermelhas na boca. (Abati et al., 2020).

A eritroplasia é uma doença pouco frequente, com uma prevalência estimada de cerca de 0,17% na população em geral, de acordo com Kumari et al. (2022). Abati et al. (2020) situam este

valor entre 0,02% e 0,2%.

Afeta principalmente adultos de meia-idade e idosos, em particular entre os 40 e os 70 anos. Topograficamente, as zonas mais afetadas são a língua, que representa 60% dos casos, seguida da mucosa jugal. Embora os fatores etiológicos permaneçam mal definidos, foi relatada uma forte associação com o consumo excessivo de álcool e o tabagismo retroativo numa grande proporção de casos documentados (Kumari et al., 2022).

A eritroplasia pode assumir a forma de manchas vermelhas, por vezes de aspeto liso, granular ou nodular, com contornos bem definidos que a distinguem claramente da mucosa oral normal. Embora seja comum um aspeto aveludado e uniforme, também se observam variações morfológicas.

Algumas lesões têm uma superfície avermelhada salpicada de manchas brancas ou amareladas com uma textura irregular: é a chamada eritroplasia granular. Outras formas apresentam manchas vermelhas intercaladas com pequenas áreas brancas irregulares: são descritas como leucoplasia salpicada. Quando a lesão combina marcadamente componentes vermelhos e brancos, é designada por eritroleucoplasia. Estas lesões localizam-se frequentemente em áreas anatómicas específicas da cavidade oral, como o pavimento da boca, o palato mole, a parte inferior da língua ou os pilares das amígdalas. Geralmente, evoluem sem sintomas aparentes, mas alguns doentes podem referir uma sensação de ardor ou de desconforto (Kumari et al., 2022).

Por último, o diagnóstico da eritroplasia baseia-se principalmente numa abordagem de exclusão, em que o clínico deve excluir todas as condições eritematosas que possam apresentar-se com sinais clínicos semelhantes. Para confirmar o diagnóstico, é por vezes efetuada uma coloração com azul de toluidina antes da biópsia incisional (Kumari et al., 2022).

De acordo com Abati et al. (2020), devido ao elevado potencial de transformação maligna, aconselha-se vivamente um tratamento imediato. Este implica geralmente uma biópsia incisional ou excisional, seguida da remoção completa da lesão se for confirmada uma displasia grave.

Passamos agora ao líquen plano oral, uma doença inflamatória crónica da mucosa oral, particularmente frequente na Europa e de grande relevância clínica.

Por definição, o líquen plano oral é uma doença inflamatória crónica da mucosa oral, envolvendo principalmente uma resposta imunológica mediada por linfócitos T. A sua origem permanece desconhecida. Clinicamente, manifesta-se tipicamente por lesões esbranquiçadas

em rede (reticuladas), frequentemente bilaterais e simétricas, podendo estar associadas a formas erosivas, atróficas, ulceradas ou em placas. A evolução da doença ocorre por surtos e remissões (Kumari et al., 2022).

A prevalência global do líquen plano oral é estimada em cerca de 1 %, com taxas mais elevadas observadas na América Central, em África e na Europa. A doença afeta mais frequentemente as mulheres e, embora a sua etiologia permaneça incerta, diversos fatores têm sido apontados como possíveis causas, nomeadamente a predisposição genética, doenças autoimunes, carências nutricionais, infeções e fatores psicológicos (Kumari et al., 2022).

O líquen plano oral pode apresentar-se sob diferentes formas clínicas, classificadas em subtipos de acordo com o aspeto das lesões. A forma reticulada, a mais comum, caracteriza-se pela presença de finas estrias esbranquiçadas entrelaçadas, conhecidas como estrias de Wickham, frequentemente associadas as áreas espessadas ou queratósicas sob a forma de pápulas ou, placas. Outras variantes incluem as formas papulosa, em placas, atrófica, erosiva (com áreas ulceradas rodeadas por estrias brancas queratósicas) e bolhosa — esta última manifesta-se por bolhas que podem romper-se, originando úlceras dolorosas. Certos subtipos, como a forma em placas, podem assemelhar-se clinicamente a outras patologias orais, como a leucoplasia, justificando a necessidade de uma biópsia para um diagnóstico preciso. O líquen plano oral afeta preferencialmente a mucosa jugal (face interna das bochechas), mas pode igualmente atingir as gengivas e a língua. As lesões tendem a ser simétricas, bilaterais e múltiplas no mesmo indivíduo. As formas erosiva e atrófica são as mais sintomáticas, podendo causar dor intensa e comprometer significativamente a qualidade de vida, interferindo com a fala e a deglutição (Abati et al., 2020).

A abordagem terapêutica do líquen plano oral baseia-se numa avaliação clínica cuidadosa, complementada por exame da mucosa, análise histopatológica e, quando necessário, técnicas de imunofluorescência direta ou indireta. O tratamento visa aliviar a dor, promover a cicatrização das lesões ulceradas, prevenir a transformação maligna e assegurar uma boa higiene oral. As formas atróficas e erosivas, devido à sua maior sintomatologia e ao risco acrescido de transformação maligna (com uma taxa estimada de 1,4 %), requerem especial atenção. Os corticosteroides tópicos (como a fluocinolona) são considerados a primeira linha terapêutica para controlar a inflamação. Em casos mais graves, extensos ou resistentes, pode ser necessário recorrer a tratamento sistémico (prednisolona, retinoides). A utilização de elixires antissépticos (como a clorhexidina) e géis anestésicos locais (como a lidocaína) é recomendada para melhorar o conforto do doente. Outras opções incluem o uso de laser,

crioterapia, a cirurgia para remoção de lesões malignas, ou fototerapia nos casos resistentes. Substâncias como o zinco ou a vitamina A tópica têm demonstrado eficácia sintomática, embora as recidivas sejam frequentes após a suspensão do tratamento (Kumari et al., 2022).

Tendo em conta o elevado potencial de transformação maligna de algumas lesões orais, torna-se essencial destacar o papel do médico dentista na sua deteção precoce, por meio de um exame clínico cuidadoso e sistemático. Perante a persistência de diagnósticos tardios do cancro oral, frequentemente associados à falta de sensibilização por parte dos pacientes, mas também a atrasos ou erros clínicos por parte dos profissionais de saúde, torna-se fundamental destacar o papel central do médico dentista na deteção precoce de lesões suspeitas, nomeadamente através de um exame clínico minucioso da cavidade oral e das estruturas cervico-faciais.

O exame visual e palpável da cavidade oral constitui o principal instrumento de diagnóstico em medicina dentária. Apesar de ser um procedimento rápido e pouco invasivo para o paciente, continua a ser subutilizado ou inadequadamente realizado. Esta heterogeneidade deve-se, em parte, a diferenças na formação dos profissionais de saúde, mas também a lacunas persistentes no conhecimento do risco de transformação maligna das lesões orais. Em 2017, a *American Dental Association* recomendou a realização de um exame completo das estruturas orais e cervicofaciais. Em 2019, essa recomendação foi alargada para incluir a avaliação dos gânglios linfáticos, uma vez que a adenopatia é frequentemente a manifestação inicial, sobretudo nos casos de cancros associados ao HPV (Glass et al., 2023).

No estudo por inquérito conduzido por Glass et al. (2023), vários dados ilustram as disparidades na prática clínica. Embora 100 % dos participantes afirmem realizar o exame intraoral, apenas 96 % indicam realizar também o exame extra oral. Quanto à frequência destes exames, 61 % dos profissionais declaram efetuá-los a cada seis meses, e apenas 20 % em todas as consultas. Dados provenientes de estudos internacionais confirmam que, embora a maioria dos médicos dentistas afirme realizar sistematicamente o exame intraoral em novos pacientes, a prática do exame extra oral revela-se mais inconsistente. Estudos realizados junto de pacientes acrescentam uma perspetiva relevante: entre 28 % e 37 % dos inquiridos relatam ter recebido um exame intraoral, mas apenas entre 19 % e 31 % referem ter sido submetidos a um exame extra oral. Esta discrepância poderá, em parte, ser explicada pela falta de comunicação clara quanto ao objetivo do exame realizado.

O autor destaca ainda que, apesar da baixa taxa de resposta (8,5 %) por parte dos profissionais de saúde oral da Virgínia, os resultados sugerem que os participantes seguem, de forma geral,

as recomendações de boas práticas da *American Dental Association*, nomeadamente na realização dos exames da cabeça e do pescoço. Ainda assim, recomenda-se um reforço das competências em anatomia extra oral, na compreensão do potencial maligno das lesões potencialmente malignas orais e nos procedimentos de diagnóstico, com vista a melhorar a qualidade global da prática clínica (Glass et al., 2023).

Num estudo realizado por Rutkowska et al. (2020), demonstrou-se que, em muitos casos, o médico dentista é o primeiro profissional de saúde consultado perante sintomas orais. No entanto, certos sinais referidos pelos pacientes, como dor dentária ou desconforto associado a uma prótese, podem ser erroneamente interpretados como afeções benignas comuns na prática dentária, atrasando o diagnóstico. O estudo destaca que o tempo médio entre o aparecimento do primeiro sintoma e a admissão em cirurgia maxilofacial é de 7,4 meses. Este atraso é significativamente agravado quando o paciente foi submetido a extrações dentárias, o que multiplica por quatro o risco de adiamento, ou quando foi iniciado um tratamento conservador ou periodontal antes do diagnóstico, aumentando esse risco em mais de sete vezes. Além disso, a falta de sensibilização oncológica por parte de alguns profissionais também foi identificada como um fator determinante de atraso: esta pode levar à banalização dos sintomas, à ausência de uma abordagem terapêutica adequada, à não realização de biópsia ou até à falta de encaminhamento para um especialista. Por fim, a ulceração permanece a manifestação clínica mais frequentemente observada nos casos de cancro oral.

Por fim, os distúrbios potencialmente malignos orais (OPMD) constituem lesões que requerem uma vigilância cuidadosa, uma vez que frequentemente antecedem o desenvolvimento de um carcinoma epidermoide. A sua deteção durante o exame clínico exige uma atuação imediata: seja através da realização de uma biópsia, seja por meio do encaminhamento para um especialista. No entanto, esta decisão pode ser difícil de tomar, sobretudo entre os profissionais com menos experiência. Conforme os dados disponíveis, cerca de 29% dos médicos dentistas realizam eles próprios biópsias, enquanto a maioria 95% prefere referenciar os pacientes a um colega especializado. Esta tendência parece estar relacionada com a antiguidade e a carga de trabalho, sendo que os profissionais mais experientes tendem a dispor de uma rede de referência bem estruturada. Cerca de um terço dos inquiridos indicaram efetuar biópsias diretamente, sobretudo os especialistas com mais de vinte anos de prática. Estes dados reforçam a importância da formação contínua, tanto em técnicas de biópsia como na interpretação dos resultados histopatológicos. Embora os resultados das biópsias sejam raramente positivos, a grande maioria dos profissionais já se deparou com uma lesão maligna ao longo da sua carreira,

sublinhando a necessidade de manter uma vigilância clínica constante (Glass et al., 2023).

A segunda temática emergente nesta revisão de escopo refere-se à biópsia e à citologia como ferramenta diagnóstico-cirúrgica no contexto do cancro oral, com base em seis estudos incluídos que analisam as suas indicações clínicas, técnicas de execução e aplicação prática pelo médico dentista. Neste contexto, compreender os princípios fundamentais da biópsia tecidular oral considerada o padrão-ouro, bem como o potencial das abordagens menos invasivas como a citologia esfoliativa líquida, constitui um elemento fundamental para interpretar os dados desta revisão e refletir sobre a prática clínica atual do médico dentista.

Embora o exame clínico permita identificar lesões potencialmente malignas, é através da biópsia que se obtém o diagnóstico definitivo. No entanto, como evidenciado anteriormente, muitos médicos dentistas não realizam este procedimento frequentemente por falta de formação prática ou teórica sobre este assunto, ou de confiança na sua execução. Esta visa a reforçar os conhecimentos fundamentais sobre a biópsia oral que é uma técnica central na prática clínica do médico-dentista.

Segundo Yang et al. (2022), a realização de uma colheita de tecido na cavidade oral constitui uma etapa fundamental na deteção precoce das lesões potencialmente malignas, permitindo tanto orientar o diagnóstico como implementar protocolos de tratamento adequados. Atualmente, a biópsia cirúrgica é unanimemente reconhecida como o método de referência para confirmar a natureza histopatológica das lesões suspeitas.

A biópsia de tecidos consiste na remoção de tecidos moles da cavidade oral, quer cirurgicamente, quer recorrendo a instrumentos específicos. As amostras recolhidas são geralmente preparadas sob a forma de secções congeladas, sendo depois coradas com hematoxilina-eosina para análise histológica (Yang et al., 2022).

No estudo de Jeng et al. (2024), ficamos a saber que a biópsia é um procedimento comum na prática de um médico-dentista. Consiste na incisão, excisão ou remoção de um fragmento de tecido da mucosa oral para análise histopatológica. Qualquer suspeita de lesão dos tecidos moles orais deve, por conseguinte, ser submetida a um exame deste tipo, idealmente interpretado por um especialista em patologia oral e maxilofacial.

Apesar da sua capacidade de detetar anomalias, a maioria dos dentistas continua a mostrar-se relutante em realizar este tipo de procedimento: somente 9,9% a 11,3% deles se dizem capazes de o fazer. Este facto deve-se à falta de formação prática, de experiência clínica ou de equipamento adequado. Verificou-se também que, em muitos casos, os estudantes de medicina

dentária concluem os seus estudos sem terem efetuado uma biópsia, evidenciando a necessidade de reforçar a formação pós-graduada neste domínio, bem como a formação contínua na profissão de dentista. É igualmente importante notar que, quando os profissionais tentam efetuar uma biópsia sem preparação suficiente, as amostras obtidas podem ser de má qualidade e, por conseguinte, de pouca utilidade. Erros como a má escolha do local de amostragem, técnica inadequada ou manuseamento inapropriado dos tecidos podem gerar artefactos e comprometer a precisão do diagnóstico (Jeng et al., 2024).

Neste artigo de Jeng et al. (2024), o autor apresenta-nos os princípios básicos para a realização de uma biópsia. Antes de realizar uma biópsia, o médico-dentista deve efetuar uma avaliação exhaustiva da história médica e odontológica do paciente. É essencial considerar a possível presença de patologia sistémica, como doenças cardiovasculares ou asma. O estilo de vida do paciente também deve ser analisado, incluindo o consumo de tabaco e de álcool, bem como a história da lesão oral: há quanto tempo existe, com que rapidez cresceu e como se modificou ao longo do tempo.

Uma vez estabelecidas as bases para uma história clínica exata do doente. É também importante que o paciente que vai ser submetido a uma biópsia assine um formulário de consentimento, explicando não só os possíveis riscos da cirurgia, mas também os eventos pós-operatórios a esperar, que podem incluir dor, hemorragia e, no pior dos casos, infeção. O aspeto psicológico também deve ser discutido com o paciente, sendo importante explicar que o procedimento pode parecer assustador e que a estética pode ser alterada, especialmente no caso de lesões nos lábios (Jeng et al., 2024).

É importante notar que a escolha da biópsia a realizar é também um passo fundamental, e aqui o autor especifica que, nos casos em que se suspeita de malignidade, a biópsia excisional não é geralmente recomendada, a fim de preservar as margens da lesão para excisão completa e controlo por um cirurgião maxilofacial.

Por outro lado, a biópsia incisional é preferida para lesões grandes ou quando não se pode excluir a malignidade (Jeng et al., 2024).

Quanto à técnica e aos instrumentos utilizados para realizar uma biópsia, o autor Jeng et al. (2024) informa-nos que é recomendado não injetar o anestésico local diretamente na lesão, para evitar qualquer alteração do tecido a analisar. Para garantir resultados ótimos, a biópsia deve ser realizada com um bisturi cirúrgico afiado, de preferência uma lâmina 15. Uma inflamação intensa no local da lesão pode perturbar a arquitetura celular, dificultando a interpretação

citológica, pelo que é aconselhável colher uma quantidade suficiente de tecido, de tamanho adequado para permitir uma análise histopatológica fiável.

Certos locais anatómicos, como o pavimento da boca e a área estética do lábio, podem apresentar desafios técnicos devido ao acesso limitado, ao risco de hemorragia ou ao perigo de tocar e danificar estruturas vizinhas, como o nervo do mento ou o canal submandibular (Jeng et al., 2024).

Finalmente, é importante rever as várias fases de uma biópsia, que incluem a seleção do local de amostragem, a preparação do campo operatório, a anestesia local, a estabilização dos tecidos, a incisão ou excisão da lesão e o manuseamento correto do fragmento biópsado. A estabilização dos tecidos é particularmente importante porque afeta diretamente a visibilidade e a acessibilidade do campo operatório. Uma boa estabilização torna o procedimento de biópsia um procedimento cirúrgico preciso e seguro (Jeng et al., 2024).

De acordo com Jeng et al. (2024), existem várias técnicas de estabilização durante a biópsia, que ele descreve como a técnica do dedo e da gaze, a estabilização com pinças de calázio e, finalmente, a estabilização com suturas de retração.

A primeira técnica de estabilização dos tecidos é a manipulação direta dos lábios, das bochechas ou da língua com os dedos. Esta técnica simples e pouco dispendiosa não requer equipamento especializado e permite uma visão clara do campo operatório, para além de contribuir para a hemostasia. A utilização de compressas melhora a aderência e absorve os fluidos. No entanto, esta técnica tem algumas limitações: a humidade constante da mucosa dificulta o manuseamento, a língua pode ser difícil de controlar e o reflexo de vômito pode ser desencadeado. O maior risco é de ferimentos acidentais com instrumentos cortantes, expondo os operadores a infeções transmissíveis (Jeng et al., 2024).

A segunda técnica é a pinça de calázio, embora originalmente destinada à cirurgia palpebral, é atualmente muito utilizada para biópsias orais, nomeadamente dos lábios e da mucosa jugal. Trata-se de um instrumento cirúrgico com uma pega, um parafuso de fixação e uma extremidade constituída por uma placa oval e um anel. É utilizado para fixar firmemente os tecidos orais visados, envolvendo-os. Proporciona uma boa estabilização dos tecidos, reduz a hemorragia graças à isquemia local, melhora a visibilidade e limita os artefactos. Apesar disso, também tem desvantagens, como uma aderência que pode causar deslizamento, pode não ser utilizada corretamente e, acima de tudo, um tipo de pinça não é suficiente; são necessárias várias versões para se adequar a diferentes locais de biópsia (Jeng et al., 2024).

A última técnica é a estabilização com suturas de retração, que tem duas indicações principais: em primeiro lugar, permite levantar a lesão e posicioná-la idealmente para a excisão e, em segundo lugar, é utilizada para retrain e estabilizar a língua durante a cirurgia. Em ambas as situações, o fio utilizado deve oferecer resistência suficiente para manter o tecido numa posição estável. As vantagens desta técnica são a presença de uma forte força de retração, mas também o facto de auxiliar os patologistas a orientar as amostras. Apesar disso, esta técnica também tem as suas desvantagens, como a possível alteração do tecido e o risco de danificar os nervos, veias e artérias presentes (Jeng et al., 2024).

Saber realizar uma biópsia tecnicamente é essencial, mas é igualmente importante dominar as suas indicações clínicas, bem como saber escolher o tipo e o local de amostragem adequados em função da natureza da lesão. Existe um protocolo preciso para as principais lesões pré-malignas já estudadas nesta revisão.

Para a leucoplasia, a biópsia está indicada em doentes que apresentem ulcerações ou erosões que persistam durante mais de três semanas, com uma lesão superior a 200 mm² e com um aspeto não homogéneo. Determinadas zonas, como os bordos laterais da língua ou o pavimento da boca, são consideradas de alto risco. Outros fatores como a idade (indivíduos com mais de 40 anos) ou o sexo feminino, a ausência de hábitos tóxicos conhecidos (tabagismo), a presença de adenopatia cervical palpável ou uma história familiar de cancro reforçam a indicação para biópsia. Por último, um aspeto sugestivo de *Cândida Albicans* e uma leucoplasia persistente com uma duração superior a dois anos são também fortes indicações para a realização de uma biópsia (Birur et al., 2022).

A escolha do tipo e do local da biópsia depende das características da lesão. Se houver suspeita de malignidade, a biópsia incisional deve incidir nas áreas mais sugestivas, como vermelhidão, espessamento ou dor, sem necessidade de incluir tecido saudável. No caso de leucoplasias extensas ou multifocais, recomenda-se a colheita de várias amostras. As formas não homogéneas também requerem biópsias múltiplas e a biópsia incisional pode não ser representativa neste caso. Finalmente, para pequenas leucoplasias isoladas (< 2 cm), pode ser considerada uma biópsia excisional, embora neste caso a equipa deva poder fornecer tratamento cirúrgico adicional se forem diagnosticadas lesões de alto risco (Birur et al., 2022).

No caso do líquen plano oral, é muito importante efetuar uma biópsia para confirmar o diagnóstico. A indicação para a biópsia e a escolha do local dependem da extensão das lesões, da presença de áreas erosivas, de lesões resistentes ao tratamento ou de sintomas persistentes.

Neste contexto, é comum recolher uma segunda amostra para imunofluorescência direta para confirmar o diagnóstico (Birur et al., 2022).

No entanto, segundo Idrees et al. (2022), a biópsia cirúrgica é um procedimento invasivo que pode causar morbidade. Por esta razão, muitos clínicos só a utilizam quando observam sinais clínicos fortemente sugestivos de malignidade. No entanto, um estudo recente realizado nos Estados Unidos mostrou que esta seleção baseada somente no aspeto clínico das lesões tinha uma sensibilidade e especificidade baixas, de cerca de 60% cada, o que significa que cerca de 40% dos cancros orais poderiam não ter sido detetados. Outro potencial enviesamento reside na escolha do local de amostragem, que se torna particularmente complexa quando as lesões são grandes e múltiplas. Outro estudo indicou que 29,5% das lesões potencialmente malignas ou cancros orais biópsados uma vez foram subdiagnosticados.

Dadas as limitações do rastreio convencional, foram propostas várias ferramentas de diagnóstico não invasivas. Entre estas, a citologia oral demonstra uma sensibilidade e especificidade superiores (Idrees et al., 2022).

A biópsia por escovagem (*brush biopsy*) consiste na utilização de um pequeno instrumento, uma escova macia, para remover células da superfície de lesões orais para análise citológica. É principalmente utilizada como instrumento de rastreio inicial de lesões pré-cancerosas ou cancerosas na cavidade oral. As amostras recolhidas são depois colocadas em lâminas e coradas, nomeadamente com a reação de Feulgen-tionina e a coloração de Papanicolaou (PAP). Esta técnica pode ser utilizada em citologia convencional ou em citologia em meio líquido. Graças às suas vantagens, esta técnica pode limitar a necessidade de biópsias invasivas desnecessárias (Yang et al., 2022).

A citologia oral em meio líquido atrai um interesse crescente nos últimos dez anos como ferramenta minimamente invasiva para a recolha de células trans epiteliais para fins de diagnóstico (Idrees et al., 2022).

De acordo com Hirsch et al. (2023), as biópsias por escovagem para fins citológicos, realizadas principalmente em meio líquido, têm mostrado bons resultados no contexto da medicina de precisão, tanto em termos de planeamento do tratamento como de orientação terapêutica. Além disso, a fiabilidade crescente destes exames citológicos torna-os uma alternativa credível à biópsia tecidual, nomeadamente para o acompanhamento da leucoplasia oral, sendo um método que merece ser incorporado nos programas de rastreio sistemático.

No estudo de Idrees et al. (2022), os autores procuraram determinar a utilidade diagnóstica da

citologia em meio líquido como ferramenta complementar à biópsia cirúrgica. A seguir, procuraram determinar o nível de concordância entre os resultados da avaliação citológica e o diagnóstico histopatológico. Por fim, os autores analisaram também o custo da realização deste exame.

Para que uma ferramenta de diagnóstico seja considerada ideal para a avaliação de lesões orais, tem de cumprir vários critérios, tais como ser minimamente invasiva e facilmente aplicável por médicos de clínica geral, permitir a estratificação do risco de malignidade, ajudar na escolha do local da biópsia, facilitar o acompanhamento longitudinal de pacientes de alto risco, fornecer amostras que possam ser exploradas para outros testes e poder ser utilizada em programas de rastreio em grande escala (Idrees et al., 2022)

Neste estudo, os resultados das biópsias citológicas em meio líquido foram comparados com os resultados de biópsias de tecidos em 101 doentes. A exatidão do diagnóstico foi melhorada para 91,96%. Este sistema baseia-se em cinco categorias de diagnóstico harmonizadas com os grupos histopatológicos e adota uma classificação binária da displasia. É importante notar que foram incluídos casos de líquen plano oral e de lesões liquenóides para corrigir os falsos positivos observados em estudos anteriores. O método evidenciou uma especificidade elevada, mas uma sensibilidade mais baixa, o que o torna mais eficaz para excluir uma patologia do que para a confirmar (Idrees et al., 2022).

No entanto, notamos que a deteção de líquen plano oral foi a mais baixa do estudo devido à elevada variabilidade do observador e às características citológicas não específicas. No entanto, a elevada especificidade (96,35%) reduz os erros de diagnóstico (Idrees et al., 2022).

O CBLO é simples de realizar, pode potencialmente ser utilizado como procedimento de auto amostragem e é menos invasivo do que uma biópsia cirúrgica. O custo estimado é, pelo menos, 26% inferior ao de uma biópsia convencional, com uma melhor relação custo-eficácia em casos complexos ou casos geridos por dentistas generalistas (Idrees et al., 2022).

Os resultados deste estudo de Idrees et al. (2022) confirmam que a citologia em meio líquido pode ser utilizada de forma fiável para o diagnóstico de lesões potencialmente malignas. Este método minimamente invasivo tem uma série de vantagens: é simples de executar, pouco dispendioso e tem uma elevada fiabilidade de diagnóstico.

De acordo com Hirsch et al. (2023), na citologia em meio líquido, as células recolhidas são suspensas num meio de metanol e depois preparadas no laboratório sob a forma de uma fina camada celular analisável. A mesma amostra pode ser examinada ao microscópio ou por

citologia digital utilizando inteligência artificial. As ferramentas de inteligência artificial e de aprendizagem profunda oferecem um método rápido, simples e económico para identificar leucoplasias de alto risco ou carcinomas precoces. A biópsia por escovagem representa um método não invasivo, económico e preciso que pode ser realizado nos cuidados dentários primários e validado como alternativa à biópsia cirúrgica.

Para finalizar, embora a biópsia de tecidos continue a desempenhar um papel central no diagnóstico do cancro oral, é relevante reconhecer que os avanços científicos recentes se orientam para uma compreensão mais profunda do microambiente tumoral com foco na identificação de biomarcadores moleculares com potencial prognóstico ou terapêutico. Ainda que estas abordagens pertençam por enquanto, a um domínio mais especializado e não façam parte da prática clínica habitual do médico dentista generalista, elas poderão, no futuro, complementar as ferramentas atuais e abrir caminho para estratégias de tratamento mais personalizadas.

O Centro de Colaboração para o Cancro Oral da Organização Mundial de Saúde recomenda que a investigação se centre na identificação de biomarcadores celulares fiáveis capazes de prever a progressão do tumor. Dado que o cancro resulta de alterações genéticas que afetam a regulação do ciclo celular, sugere-se que sejam visadas modificações específicas do ADN ou do ARN envolvidas na iniciação e progressão dos tumores (Hirsch et al., 2023).

A biópsia líquida emerge como uma alternativa promissora à biópsia cirúrgica, permitindo a análise de biomarcadores presentes em fluidos biológicos como a saliva e o soro. Estes biomarcadores incluem células tumorais circulantes e fragmentos de ADN. No entanto, ainda não foram validados quaisquer biomarcadores associados ao carcinoma espinocelular oral devido a desafios técnicos, mas este método poderia dar acesso a um perfil molecular individual de um tumor e contribuir para o diagnóstico, o planeamento do tratamento e o acompanhamento individual (Bruschini et al., 2021).

Após a deteção clínica de uma lesão suspeita, cabe ao médico dentista desempenhar um papel essencial no processo diagnóstico, seja através da realização da biópsia, seja pela correta referência do paciente. Esta intervenção precoce é determinante para aumentar as hipóteses de um diagnóstico atempado e de um encaminhamento adequado. No entanto, como vimos nas secções anteriores, as técnicas diagnósticas mais avançadas, como a análise de biomarcadores moleculares, excedem o âmbito de atuação do médico dentista generalista e inserem-se numa lógica mais especializada.

A partir do momento em que o diagnóstico de cancro oral é confirmado, a fase de tratamento segue uma abordagem multidisciplinar, envolvendo diferentes profissionais de saúde. O tratamento cirúrgico, nomeadamente, é da responsabilidade das equipas de cirurgia oral e maxilofacial. Ainda assim, é fundamental que o médico dentista compreenda os princípios terapêuticos e os procedimentos realizados, de modo a poder acompanhar o paciente de forma individualizada e contribuir ativamente para a continuidade e a qualidade dos cuidados ao longo de todo o percurso terapêutico.

A última temática emergente nesta revisão de escopo centra-se nas orientações cirúrgicas atualmente disponíveis e recomendadas para o tratamento do cancro oral, bem como o papel do médico dentista no acompanhamento dos pacientes ao longo do percurso terapêutico. Baseando-se em sete estudos incluídos, esta secção reúne as indicações clínicas e as técnicas cirúrgicas descritas nas diretrizes mais recentes, sublinhando a importância de uma coordenação multidisciplinar eficaz entre cirurgiões, oncologistas e médicos dentistas. Para além do ato operatório em si, as técnicas de reconstrução e os fatores prognósticos cirúrgicos, como as margens ou os prazos de intervenção exercem um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, compreender os fundamentos da cirurgia permite ao médico dentista acompanhar o paciente de forma mais informada, contribuir para uma reabilitação funcional adaptada e assegurar a continuidade dos cuidados, inclusive após a intervenção.

Os cancros da região cervico-facial representam um verdadeiro desafio terapêutico sobretudo nos estádios avançados, nos quais uma abordagem combinada que inclua cirurgia, radioterapia e tratamentos sistémicos revela-se frequentemente necessária. Um fator determinante para o prognóstico dos pacientes é a rapidez com que o diagnóstico é confirmado e o tratamento é iniciado. Neste contexto o médico dentista desempenha um papel fundamental na deteção precoce de lesões suspeitas uma vez que a maioria das alterações malignas da mucosa oral é identificada durante consultas dentárias de rotina. Está comprovado que os tumores descobertos fortuitamente durante o exame clínico são geralmente de menor dimensão e apresentam um melhor prognóstico. Assim a taxa de sobrevivência aos cinco anos pode atingir 70-90% nos estádios iniciais da doença (I e II), enquanto diminui significativamente nos estádios mais avançados (Kröplin & Reppenhagen, 2023).

A ressecção cirúrgica constitui a estratégia terapêutica de primeira linha no tratamento do cancro oral, pois permite uma análise histopatológica rigorosa e um estadiamento preciso. Esta intervenção é geralmente acompanhada de uma dissecação cervical, cuja extensão depende da presença ou ausência de metástases ganglionares regionais. Conforme os gânglios cervicais

estejam ou não comprometidos, e dependendo da confirmação de metástases, a técnica cirúrgica utilizada varia, desde uma abordagem preventiva até uma intervenção mais extensa, ajustada à progressão da doença. A localização do tumor e a sua extensão influenciam igualmente a escolha entre uma disseção unilateral ou bilateral, nomeadamente nos casos de lesões da língua ou que cruzam a linha média. Devido à complexidade anatômica e funcional da região cervico-facial, a cirurgia reconstrutiva desempenha um papel central na restauração da estética e das funções essenciais após a exérese tumoral (Kröplin & Reppenhagen, 2023).

A avaliação clínica inicial do cancro oral é uma etapa crucial após o diagnóstico, assentando principalmente na classificação TNM, que continua a ser o sistema de referência para determinar a extensão tumoral, orientar as decisões terapêuticas e estabelecer o prognóstico. Esta classificação, desenvolvida pela União Internacional Contra o Cancro, é utilizada sistematicamente no diagnóstico. É composta por três componentes: T, que avalia o local de origem do tumor, incluindo a classificação macroscópica, a espessura tumoral (ou profundidade de invasão) e o grau de extensão aos tecidos adjacentes; N, que diz respeito aos gânglios linfáticos regionais; e M, que se refere às metástases à distância. A ressonância magnética é considerada particularmente fiável para medir a profundidade de invasão, enquanto os diversos meios de imagem são eficazes na avaliação dos gânglios linfáticos. O PET-Scan é o exame preferencial para a deteção de metástases regionais ou à distância. Uma avaliação dentária completa, que inclua radiografia panorâmica, é igualmente indispensável antes do início do tratamento (Kurita et al., 2023).

Na sequência da estadiamento TNM, as diretrizes clínicas mais recentes do Japão apresentam recomendações claras sobre o tratamento cirúrgico do cancro oral, tendo em conta tanto o estágio tumoral como a localização anatômica. Estas recomendações, provenientes de um único estudo conduzido por Kurita et al. (2023), foram incluídas nesta revisão pela sua clareza e detalhada estruturação.

Segundo Kurita et al. (2023), a ressecção do tumor primário é a primeira etapa da terapia cirúrgica. Uma margem de segurança de pelo menos 10 mm é recomendada durante a ressecção do tumor primário. A excisão das zonas vizinhas que apresentam displasia epitelial, em particular quando é severa, também é aconselhada, mesmo que se deva notar que a correlação entre o grau de displasia e o risco de recorrência não esteja claramente estabelecida. E por fim, em caso de margens positivas, uma nova cirurgia ou um tratamento adjuvante pode ser considerado.

Para começar, a estratégia para os cancros em estágio inicial (estádio I e II), a ressecção do tumor primário com ou sem disseção cervical constitui a opção privilegiada. A ressecção é composta por aspetos técnicos como margens de segurança; a gestão das zonas de displasia, a análise pré-operatória das margens e, em alguns casos, a necessidade de uma ressecção mandibular. Se não forem identificados riscos após a intervenção, é realizado o acompanhamento do paciente. Pelo contrário, quando são identificados riscos, como uma margem positiva ou uma extensão extra nodal, são considerados tratamentos complementares como uma nova cirurgia ou ainda uma radio quimioterapia concomitante. Quando a opção cirúrgica não é escolhida, o paciente é encaminhado para radioterapia definitiva. Um acompanhamento regular do paciente é recomendado em todos os casos (Kurita et al., 2023).

Para os estádios tumorais ressecáveis mais avançados (estádios III e IV), o autor Kurita et al. (2023) retoma os princípios gerais já aplicados aos estádios iniciais, acrescentando considerações técnicas específicas, nomeadamente no que diz respeito à reconstrução cirúrgica. Nessas situações, a disseção cervical deixa de ser apenas considerada, tornando-se uma etapa essencial, podendo ser realizada de forma unilateral ou bilateral, consoante a extensão tumoral. Além disso, as opções de reconstrução também são diretamente consideradas.

É igualmente interessante notar que o autor Kumari et al. (2022) apresenta aqui as diferentes intervenções segundo os locais anatómicos. Para o cancro da língua, para as lesões limitadas e pouco profundas (T1N0, T2N0, T3N0), é geralmente empregue uma glossectomia parcial. Consoante a profundidade do tumor (>5 mm), utiliza-se uma hemiglossectomia ou uma glossectomia alargada. Nota-se também que, nesses casos, a disseção cervical é frequentemente utilizada, sendo bilateral devido à drenagem linfática cruzada.

Para o soalho da boca, para os estádios iniciais (T1N0, T2N0, T3N0), é utilizada uma ressecção parcial das lesões. Quando o tumor é mais invasivo e apresenta uma profundidade mais acentuada, uma ressecção combinada do soalho da boca e uma disseção cervical são indicadas (Kumari et al., 2022).

Para a mucosa jugal, para os estádios iniciais (T1 e T2), é indicada uma ressecção da mucosa. Nos casos mais avançados, pode ser realizada uma ressecção parcial alargada da mucosa, por vezes associada à excisão conjunta da mandíbula, do maxilar e da pele (Kumari et al., 2022).

E por fim, no tratamento cirúrgico do cancro da gengiva mandibular, o tipo de excisão óssea varia segundo a profundidade e a natureza da invasão, nomeadamente quando o canal mandibular está envolvido. Para os cancros da gengiva maxilar e do palato duro, as formas

superficiais podem ser tratadas com uma gengivectomia incluindo o perióstio, mas os casos mais avançados requerem frequentemente uma intervenção mais extensa, sobretudo na presença de uma extensão ao seio maxilar (Kumari et al., 2022).

No que diz respeito à cirurgia reconstrutiva, é complexo definir indicações padronizadas e critérios de avaliação para os procedimentos devido à falta de dados comprovados. A escolha do método e do momento da reconstrução depende do estado e do defeito após a ressecção do cancro oral, tendo em conta a idade do paciente, o seu estado geral e o seu estilo de vida (Kumari et al., 2022).

A reconstrução dos tecidos moles visa preservar as funções das estruturas residuais. Simples suturas são suficientes para defeitos pequenos, enquanto os retalhos (antebraço, coxa) são privilegiados para restaurar as funções de deglutição e articulação após ressecção lingual. Para as reconstruções ósseas, principalmente após uma mandibulectomia, utilizam-se enxertos ósseos vascularizados (fíbula, íliaco) ou materiais como, por exemplo, placas de reconstrução. A escolha depende da extensão do defeito, dos objetivos funcionais e das preferências do paciente (Kumari et al., 2022).

Após ter abordado as indicações e técnicas cirúrgicas, assim como a cirurgia reconstrutiva, a questão das margens de excisão impõe-se também como um fator determinante tanto para o prognóstico como para a sobrevivência dos pacientes.

Segundo Lin et al. (2021), as margens cirúrgicas constituem um fator importante na abordagem do cancro oral. A margem cirúrgica é aqui definida como a distância mais curta entre a frente invasiva do tumor e o bordo marcado da peça operatória. Foram incluídos 15 654 pacientes neste estudo. O estudo conclui que margens cirúrgicas de pelo menos 4 mm são suficientes para melhorar a sobrevivência específica do cancro. Com efeito, demonstrou-se que os pacientes com margens entre 4,0 e 4,9 mm são comparáveis aos pacientes com margens de, no mínimo, 5 mm. No entanto, uma margem mínima de 5 mm é necessária para otimizar a sobrevivência global. Embora o valor de referência de 5 mm seja tradicionalmente reconhecido como adequado, os autores salientam que esta norma é por vezes difícil de alcançar. Insistem no facto de que as margens constituem um dos raros parâmetros patológicos sob controlo do cirurgião e recomendam apontar para um mínimo de 5 mm para maximizar as probabilidades de sobrevivência.

Se a sobrevivência específica do cancro e a sobrevivência global continuam a ser indicadores fundamentais da eficácia terapêutica, a qualidade de vida dos pacientes representa igualmente

uma questão central numa abordagem de tratamento global do paciente.

Com efeito, num estudo de Tirelli et al. (2023), foi avaliado o impacto do tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento cirúrgico na sobrevivência e na qualidade de vida dos pacientes com cancro oral. Embora, de forma geral, não tenha sido estabelecida qualquer ligação significativa entre os prazos e a taxa de sobrevivência específica e global do cancro, foi observada uma exceção nos pacientes com tumores avançados: quando a cirurgia era realizada mais de 30 dias após o diagnóstico clínico, a sobrevivência específica diminuía. Estes pacientes também declararam uma qualidade de vida globalmente mais alterada.

Existe uma importância em reduzir os prazos entre o diagnóstico e o tratamento, pois atrasos prolongados podem favorecer a progressão tumoral, o agravamento do estágio clínico e, potencialmente, orientar o paciente para tratamentos mais invasivos que, por sua vez, impactam negativamente a qualidade de vida do paciente (Tirelli et al., 2023).

Neste estudo de coorte de Tirelli et al. (2023), observou-se que os pacientes operados num intervalo superior a 30 dias após o diagnóstico percebiam uma pior qualidade de vida. O stress gerado pela espera de uma intervenção, além da progressão potencial da doença, poderia explicar esta degradação da qualidade de vida.

Após ter examinado as indicações e técnicas cirúrgicas, assim como os parâmetros clínicos que influenciam a sobrevivência e a qualidade de vida do paciente. Como vimos anteriormente, a qualidade de vida constitui uma componente essencial da abordagem cirúrgica, mas continua também a ser a principal preocupação do dentista. É fundamental que o dentista saiba como acompanhar o paciente para além do gesto cirúrgico. Um conhecimento aprofundado das recomendações de seguimento permite assim adaptar os cuidados, prevenir complicações e responder às necessidades específicas de cada paciente numa perspetiva de continuidade e de qualidade dos cuidados.

Segundo Baus-Dominguez et al. (2024), os tratamentos oncológicos têm um impacto alargado na cavidade oral, podendo provocar efeitos secundários a diferentes níveis. É, por isso, essencial que o profissional consiga reconhecer, prevenir e gerir essas complicações, de modo a preservar a qualidade de vida do paciente e otimizar a eficácia do tratamento oncológico. Embora já existam recomendações para a prática clínica no domínio do cancro oral, poucas abordam especificamente o papel do médico dentista.

Numa perspetiva de continuidade dos cuidados, o relatório de alta oncológica deve conter informações precisas que permitam ao dentista adaptar a abordagem pós-operatória. É

recomendado que nele conste o diagnóstico inicial com a respetiva classificação TNM, as modalidades da intervenção cirúrgica, bem como os detalhes do tratamento radioquimioterápico, como, por exemplo, a dose total de radiação ou as zonas irradiadas. Por fim, as medidas tomadas para tratar as complicações orais, sejam elas agudas ou crónicas, devem ser documentadas para orientar eficazmente os cuidados dentários posteriores (Baus-Dominguez et al., 2024).

Certas intervenções dentárias após radioterapia expõem a um risco acrescido de osteorradionecrose (ORN), nomeadamente as extrações, particularmente nos 3 meses após o tratamento. As recomendações variam, mas é aconselhado evitar extrações durante 2 a 5 anos e limitar o seu número por sessão. Este risco é agravado por doses de radiação superiores a 50-60 Gy e pela presença de comorbilidades como o diabetes. A cirurgia também apresenta um risco acrescido nos 6 meses após a radioterapia. Os tratamentos endodônticos podem ser privilegiados para evitar as extrações. As obturações são possíveis, mas a sua durabilidade diminui com o número de faces restauradas. As próteses removíveis fixas devem ser concebidas com margens supragengivais para facilitar a higiene. E, por fim, os atos de destarização ou curetagem são fatores de risco para a ORN (Baus-Dominguez et al., 2024).

Em pacientes em cuidados paliativos, certas intervenções dentárias podem ser justificadas numa perspetiva de conforto, embora não existam dados sólidos que comparem a eficácia ou o prognóstico das diferentes abordagens conservadoras. A higiene oral e a desinfeção das próteses desempenham um papel essencial na manutenção da qualidade de vida, facilitando a nutrição e a hidratação. Estes gestos devem ser realizados pelo próprio paciente, se o seu estado o permitir, ou pelos seus cuidadores (Baus-Dominguez et al., 2024).

No caso da xerostomia, o tratamento varia segundo o grau de comprometimento das glândulas salivares. Os sialogogos farmacológicos como a pilocarpina podem ser utilizados, mas a sua eficácia depende da preservação glandular. Os efeitos indesejáveis podem limitar o seu uso e os dados existentes não permitem estabelecer uma recomendação clara consoante o grau da xerostomia. Na prática, as recomendações variam: nenhuma intervenção nas formas ligeiras, recurso ocasional a substitutos salivares, pastilhas elásticas, sialogogos para os estádios intermédios e utilização mais sistemática destas medidas acompanhada da adição de água e alimentos nos graus severos. Existem alternativas como o colutório de timol com mel que demonstrou alguma eficácia (Baus-Dominguez et al., 2024).

E por fim, a reabilitação protésica dos pacientes tratados por cancro oral, seja ela convencional

ou com implantes, melhora significativamente a qualidade de vida e a função mastigatória. As próteses sobre implantes oferecem resultados funcionais superiores, mas sem diferenças notáveis em termos de satisfação ou de qualidade de vida, limitando a sua indicação aos casos que apresentam um déficit funcional evidente com as próteses convencionais. Um intervalo de 12 a 14 meses após o final do tratamento oncológico é geralmente recomendado antes da colocação dos implantes. Deve-se notar que a taxa de sobrevivência dos implantes não varia entre o maxilar e a mandíbula, mas os fracassos são mais frequentes nas zonas posteriores. A radioterapia e a qualidade do tecido ósseo influenciam negativamente a sobrevivência dos implantes. Estes pacientes apresentam também uma incidência aumentada de peri implantite.

O seguimento pós-terapêutico representa uma etapa crucial no percurso de cuidados. Permite prevenir complicações, vigiar os efeitos tardios dos tratamentos oncológicos, mas também acompanhar o paciente no seu regresso à vida quotidiana. Neste contexto, o dentista desempenha um papel determinante ao assegurar uma vigilância clínica e intervenções adaptadas a cada caso, mas também ao proporcionar apoio humano a pacientes frequentemente fragilizados pela experiência do cancro.

A análise das indicações e técnicas cirúrgicas não visa unicamente expor as modalidades operatórias, mas permitir ao dentista compreender realmente o que o paciente atravessa. Conhecer as intervenções a que foi submetido, as suas implicações funcionais e estéticas, bem como o seu impacto psicológico, constitui uma condição essencial para garantir uma abordagem verdadeiramente global. Isso implica não apenas tratar os sintomas orais, mas considerar a pessoa na sua totalidade, com as suas dores físicas, mas também com as suas dores psíquicas.

O dentista encontra-se no cruzamento de inúmeros desafios na vida do paciente. O seu papel vai além do ato técnico: é um ator central do cuidado, colabora com os outros membros da equipa multidisciplinar e contribui ativamente para a manutenção da qualidade de vida destes pacientes.

Contudo, estas reflexões devem ser consideradas à luz de certas limitações identificadas ao longo desta revisão.

Esta revisão evidencia também algumas limitações estruturais na literatura atual. Apesar da abundância de informações disponíveis, as recomendações clínicas verdadeiramente claras precisas e operacionais continuam a ser raras. As diretrizes abordam frequentemente os temas unilateralmente, sem propor uma visão integrada, nomeadamente no que diz respeito ao papel do dentista. Além disso, observa-se uma tendência geral para inovar ou explorar novos eixos

de investigação, por vezes em detrimento de práticas fundamentais, mas essenciais. Isto é particularmente verdadeiro no caso da biópsia, onde a procura de originalidade parece, por vezes fazer esquecer o valor de um gesto simples, bem executado e corretamente realizado. Por vezes, é preferível manter-se nas bases do que multiplicar abordagens e dispersar-se. E por fim, a etapa de preparação e orientação do paciente antes da cirurgia representa, no entanto, um momento crucial da trajetória terapêutica, que mereceria diretrizes mais claras e específicas. Embora este tema seja de grande relevância clínica, a sua abordagem ultrapassaria os objetivos e o enquadramento da presente revisão. Assim, considera-se que poderá constituir o objeto de uma investigação complementar futura.

5. CONCLUSÃO

O cancro oral continua a representar um desafio relevante de saúde pública com implicações significativas na morbidade, na estética e na qualidade de vida dos pacientes. O médico dentista, frequentemente o primeiro profissional de saúde a observar alterações na cavidade oral, desempenha um papel fundamental na deteção precoce desta patologia.

Esta revisão de escopo permitiu mapear e sintetizar as evidências mais recentes relativas ao diagnóstico, à abordagem cirúrgica inicial e ao papel do médico dentista na gestão desta patologia.

As problemáticas delineadas no início deste trabalho centraram-se por um lado na contribuição do médico dentista para o diagnóstico precoce e a orientação adequada dos pacientes para tratamentos adequados e por outro, nas indicações e técnicas cirúrgicas implicadas na abordagem do cancro oral.

A análise dos artigos selecionados destaca a importância fundamental da inspeção intraoral sistemática e da palpação extra oral como ferramentas indispensáveis na deteção precoce de lesões suspeitas. Neste contexto, o reconhecimento de lesões potencialmente malignas como a leucoplasia, é essencial exigindo do médico dentista um olhar clínico treinado e atualizado. Face à presença de uma lesão com características clínicas atípicas ou persistentes a realização de uma biópsia torna-se imprescindível. Neste sentido, torna-se essencial que o médico dentista seja capacitado para identificar as indicações escolher a técnica adequada e realizar, sempre que possível, a biópsia com rigor. Apesar do desenvolvimento de novas técnicas complementares, a biópsia incisional continua a ser considerada o *gold standard* no diagnóstico definitivo.

A compreensão da abordagem cirúrgica e da sua articulação com os restantes momentos do percurso terapêutico é igualmente essencial para o médico dentista enquanto profissional integrado numa equipa multidisciplinar. A articulação entre cirurgiões, oncologistas e médicos dentistas permite otimizar o tratamento e garantir um acompanhamento global e contínuo dos pacientes.

Prevenir, diagnosticar precocemente e contribuir para um tratamento eficaz: estas são hoje responsabilidades cada vez mais reconhecidas ao médico dentista no combate ao cancro oral.

Esta revisão reforça, assim a importância da formação contínua e da valorização do papel ativo

Cancro oral do diagnóstico ao tratamento e o papel do médico dentista – revisão de escopo

do médico dentista numa abordagem moderna, eficaz e centrada no paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abati, S., Bramati, C. & Bondi, S. (2020). Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9160. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249160>
- Baus-Domínguez, M., Rizo-Gorrita, M., & Herráez-Galindo, C. (2024). Clinical practice guideline of the Spanish society of oral surgery for dental care in patients with oral cancer. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 29(1), 67–77. <https://doi.org/10.4317/medoral.26064>
- Birur, P.N., Patrick, S., & Warnakulasuriya, S. (2022). Consensus guidelines on management of oral potentially malignant disorders, *Indian Journal of Cancer*, 59(3), 442-453. https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_128_21
- Bruschini, R., Maffini, F., & Chiesa, F. (2021). Oral cancer: changing the aim of the biopsy in the age of precision medicine. A review. *Acta otorhinolaryngologica Italica*, 41(2), 108–119. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-N1056>
- Glass, S., Brown, V., & Carrico, C. (2023). Head and neck exam practices of dental professionals. *Clinical and Experimental Dental Research*, 9(5), 887–893. <https://doi.org/10.1002/cre2.772>
- Hadie, S. N. H. (2024). ABC of a scoping review: a simplified JBI scoping review guideline, *Education in Medicine Journal*, 16(2), 185–197. <https://doi.org/10.21315/eimj2024.16.2.14>
- Hirsch, J. M., Sandy, R., & Hasséus, B. (2023). A paradigm shift in the prevention and diagnosis of oral squamous cell carcinoma. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 52(9), 826–833. <https://doi.org/10.1111/jop.13484>
- Idrees, M., Farah, C. S., & Sloan, P. (2022). Oral brush biopsy using liquid-based cytology is a reliable tool for oral cancer screening: A cost-utility analysis: Oral brush biopsy for oral cancer screening. *Cancer Cytopathology*, 130(9), 740–748. <https://doi.org/10.1002/cncy.22599>
- Janiak-Kiszka, J., Nowaczewska, M., & Kaźmierczak, W. (2022). Oral squamous cell carcinoma - clinical characteristics, treatment, and outcomes in a single institution retrospective cohort study. *Otolaryngologia Polska*, 76(3), 12–17. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0015.7567>
- Jeng, P. O., Chang, M. C., & Chiang, C. P. (2024). Oral soft tissue biopsy surgery: Current principles and key tissue stabilization techniques, *Journal of Dental Sciences*, 19(1), 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.09.015>.
- Kijowska, J., Grzegorzczak, J., & Gliwa, K. (2024) Epidemiology, Diagnostics, and Therapy of Oral Cancer-Update Review. *Cancers*, 16, 3156. <https://doi.org/10.3390/cancers16183156>
- Kröplin, J. & Reppenhagen, J. (2023). Best practices and future challenges in the treatment of oral cancer. *Innovative Surgical Sciences*, 8(4), 215-220. <https://doi.org/10.1515/iss-2023-0031>

- Kumari, P., Debta, P., & Dixit, A. (2022). Oral Potentially Malignant Disorders: Etiology, Pathogenesis, and Transformation Into Oral Cancer. *Frontiers in Pharmacology*, *13*, 825266. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.825266>
- Kurita, H., Uzawa, H., & Nakayama, H. (2023). Japanese clinical practice guidelines for oral cancer, 2023, *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, *54*, 461–476. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2024.11.012>
- Lin, M. C., Leu, Y. S., & Chiang, C. J. (2021). Adequate surgical margins for oral cancer: A Taiwan cancer registry national database analysis, *Oral Oncology*, *119*, 105358. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2021.105358>.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., & Tricco, A. C. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, *18*(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Rocheffort, J., Radoi, L., & Campana, F. (2024). Le cancer de la cavité orale : une entité spécifique ? *Medical Sciences*, *40*(1), 57-63. <https://doi.org/10.1051/medsci/2023196>
- Rutkowska, M., Hnitecka, S., & Nahajowski M. (2020). Oral cancer: The first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, *29*(6), 735–743. <https://doi.org/10.17219/acem/116753>
- Tirelli, G., Boscolo-Rizzo, P., & Pelloso, L. (2023). Impact of time-to-surgery on survival and quality of life in oral cancer, *American Journal of Otolaryngology*, *44*(6), 103984. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2023.103984>.
- Tsai, Y. T., Fang, K. H. & Adarsh, K. (2024). Current Concepts of Ablative Surgery in Oral Cavity Cancer, *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, *23*, 801–807. <https://doi.org/10.1007/s12663-024-02188-3>
- Yang, G., Wei, L., & Thong, B. K. S. (2022). A Systematic Review of Oral Biopsies, Sample Types, and Detection Techniques Applied in Relation to Oral Cancer Detection. *BioTech*, *11*(1) 5. <https://doi.org/10.3390/biotech11010005>