

Prevalência de lesões bucais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos no FBHC de 2006 a 2007

Prevalence of oral precancerous and cancerous lesions in outpatients assisted at FBHC from 2006 to 2007

Lycia Gardênia dos Santos Oliveira¹, José Augusto Santos da Silva², Maria de Fátima Batista de Melo³, Bernardo Ferreira Brasileiro⁴

¹ Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

² Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC).

³ Doutora em Diagnóstico Bucal pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Disciplina de Radiologia Oral da UFS.

⁴ Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) Professor Adjunto da Disciplina de diagnóstico Oral da UFS.

DESCRIPTORIOS:

Câncer Bucal. Epidemiologia. Fatores de Risco. Prevenção e Controle.

Keywords:

Oral cancer. Epidemiology. Risk Factors. Prevention And Control.

RESUMO

O propósito deste trabalho foi o de estudar retrospectivamente os prontuários de pacientes assistidos no serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial Dr. João de Andrade Garcez da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, em Aracaju - SE, no período de junho de 2006 a junho de 2007, visando identificar a prevalência de lesões cancerizáveis, além de visualizar a correlação com os fatores de risco do câncer nesta população. De um total de trezentos e noventa e quatro prontuários incluídos na pesquisa, a proporção homem mulher foi de 1:1. Destes, 9 homens e 2 mulheres apresentaram diagnóstico de câncer de boca. A lesão neoplásica mais freqüente foi o carcinoma de células escamosas (9 casos). Além destes, foram identificados um paciente portador de melanoma bucal e um paciente portador de um adenocarcinoma metastático de origem prostática. A freqüência de lesões consideradas cancerizáveis foi de 7 registros de casos de leucoplasia, 2 de líquen plano, 4 de queilite actínica e 2 de hiperplasia por prótese mal-adaptada. Em relação aos fatores de risco presentes, o tabagismo apareceu em 81,8% dos casos, e o alcoolismo estava presente em 63,6% dos casos totais de neoplasia. Desta forma, este estudo visou contribuir para a avaliação do risco de câncer no estado de Sergipe, sugerindo o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas para cada região do Brasil, a fim de controlar esta doença, já que os costumes e a exposição aos fatores de risco variam de um lugar para o outro.

ABSTRACT

The use of natural products in dentistry is a viable and effective alternative in preventing and fighting The incidence of mouth cancer has increased considerably and, still today, is a problem of public health around the world. The purpose of this study was to study retrospectively dental charts of patients attended at the Division of Oral and Maxillofacial Surgery, Dr. João de Andrade Garcez, in Aracaju, from June of 2006 to June of 2007, aiming to identify the prevalence of cancerous and precancerous lesions, beyond to correlate the risk factors of cancer in this population. From a total of three hundred and ninety four dental files assessed, it was observed that the ratio man: woman was 1:1. Of these, 9 men and 2 women had presented diagnosis of mouth's cancer. The most frequent cancerous lesion was the scamous cell carcinoma (9 patients). Beyond these, it was found one patient of buccal melanoma and one patient of a metastatic adenocarcinoma of prostate origin. Of these, the frequency of injuries was considered cancerizáveis records of 7 cases of leukoplakia, lichen planus of 2, 4, and 2 actinic cheilitis of hyperplasia by mal-adjusted prosthesis. According to the risk factors, smoking appeared in 81,8% of the cases, and alcoholism was present in 63,6% of the total cases of cancer. In such a way, this study aimed to cooperate for the evaluation of risk cancer in the State of Sergipe, being suggested the development of politics of public health for each region of Brazil, in order to control this illness, after all, the culture and exposition to the risk factors vary from one place to another.

Endereço para correspondência

Bernardo Ferreira Brasileiro
DOD – Departamento de Odontologia, HU – Hospital Universitário - Rua Cláudio Batista s/n. Bairro Sanatório
Aracaju / Sergipe – Brasil. CEP: 49.060-100
Fone: (79) 2105-1821
E-mail: lycia_gso@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A saúde e a doença estão intimamente ligadas com as condições em que as pessoas vivem e produzem na sociedade. Dessa forma, o modo de vida das pessoas, os tipos de relacionamento entre elas e seus hábitos, como o uso de tabaco e o alcoolismo, influenciam fortemente no perfil de saúde de cada

sociedade. Assim, a prevalência de determinadas lesões, especialmente o câncer bucal, varia de uma localidade para outra.

O câncer bucal é uma doença crônica, degenerativa, de rápida e incontrolável proliferação, e muitas vezes fatal. Atualmente, no Brasil, o câncer bucal é o quarto fator de morte entre os homens e o sétimo entre as mulheres. A falta de informação em relação à doença é considerada como um dos principais motivos para a grande quantidade de pacientes, que chegam

aos hospitais já em estágio avançado da doença. 11

Segundo o INCA, em 1998, 18 os dados estatísticos mostram aumento significativo dos casos de câncer no Brasil, especialmente na região de cabeça e pescoço. Sendo que destes, cerca de 3% a 5% vão a óbito logo após o diagnóstico da doença. Cerca de 30% dos casos tem uma taxa de sobrevida que não ultrapassa 5 anos devido ao diagnóstico tardio. Devido a essa alta taxa de letalidade e pelas possibilidades de diagnóstico precoce, o câncer bucal é considerado um dos problemas prioritários de saúde pública. 30

A etiologia dessas lesões é multifatorial, integrando fatores endógenos, como a predisposição genética, e fatores exógenos ambientais e comportamentais, cuja integração pode resultar no agravamento do quadro clínico. 28

Publicações de pesquisas epidemiológicas de lesões pré-malignas e malignas de boca são muito importantes, pois permitem à comunidade científica conhecer melhor essas lesões, de modo a detalhar as suas formas de aparecimento, as características clínicas, faixa etária, gênero e raça mais afetados por cada tipo de lesão, os métodos mais modernos de diagnóstico, os principais fatores de risco relacionados, as formas de tratamento mais usadas e mais eficazes, os cuidados pós-operatórios necessários em caso de tratamento cirúrgico, a importância terapêutica da histopatologia das lesões e o prognóstico mais comum para cada neoplasia.

Visando avaliar algumas dessas informações, este trabalho foi desenvolvido com o propósito de correlacionar os fatores de risco identificados nos pacientes atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial "Dr. João de Andrade Garcez" da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, no período de junho de 2006 a junho de 2007, quanto à presença de lesões cancerosas e cancerizáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho foi caracterizado como um estudo transversal e observacional de prontuários pertencentes a uma população compreendida por pacientes assistidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial "Dr. João de Andrade Garcez" que foram atendimentos por necessidades odontológicas no período de 01 de junho de 2006 a 01 de junho de 2007. Foi aprovado no comitê de ética da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Os procedimentos clínicos voltados para o atendimento odontológico desses pacientes foram conduzidos por dois cirurgiões-dentista, com formação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, efetivos do corpo clínico do referido Hospital. Assim, é importante ressaltar que nossa amostra não correspondeu ao total de pacientes atendidos no período de um ano no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Cirurgia, visto que só foram utilizados os prontuários de pacientes atendidos no horário de ambulatório dos profissionais supracitados.

A análise dos prontuários de cada paciente procurou correlacionar quesitos sobre suas características individuais (gênero, idade, cor), sócio-econômicas (grau de instrução, profissão), história médica e odontológica e fatores de risco para o desenvolvimento de lesões (tabagismo, alcoolismo, estresse, exposição solar, predisposição genética).

Em relação à idade, os pacientes foram divididos por faixa etária de acordo com as décadas de vida. Foram considerados inicialmente a partir da 2ª década de vida, divididos em grupos de 10 anos, até a nona década de vida (entre 81 e 90 anos). Quanto à raça, os indivíduos foram classificados em brancos, pardos e negros. Essa classificação foi feita de acordo com a informação de cada paciente sobre em qual raça se in-

cluía, da mesma forma que é feito no censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006).

Para classificação do fator estresse, foi perguntado aos pacientes se eles se consideram pessoas com excessivo comprometimento com a qualidade de vida ou aborrecimentos durante sua rotina diária, classificando-os em com estresse ou sem estresse. O critério exposição solar foi baseado na afirmação do paciente em relação à exposição excessiva aos raios solares diariamente, sem o uso de qualquer tipo de proteção como chapéu, protetor solar, entre outros. A variável hereditariedade de fatores de risco (herança genética) foi analisada de acordo com o histórico de lesões cancerosas em familiares de 1º e 2º graus.

A investigação das características lesionais, visando o estabelecimento das hipóteses diagnósticas, quando possível, foi realizada por meio de exame clínico. Dessa forma, buscou-se identificar sinais e sintomas associados a lesões cancerosas e/ou cancerizáveis, além da complementação diagnóstica como radiografias e histopatologia, a depender do julgamento clínico do profissional responsável.

As lesões foram caracterizadas como cancerizáveis e cancerosas de acordo com o aspecto clínico, e, quando a hipótese diagnóstica era confirmada também pelo anatomopatológico. Foram consideradas cancerizáveis a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica, os traumatismos causados por prótese mal adaptada, o líquen plano. Como cancerosas, os carcinomas, o melanoma, o osteossarcoma e o adenocarcinoma, entre outras. Os métodos radiográficos utilizados para a complementação diagnóstica foram as radiografias periapicais, panorâmicas, laterais oblíquas da mandíbula, pósterio-anterior de Waters e tomografias computadorizadas. As biópsias, em sua maioria, foram realizadas sob anestesia local em nível ambulatorial. Os materiais colhidos foram encaminhados para a análise histopatológica a fim de evidenciar o tipo da lesão e seu grau de diferenciação e estadiamento.

Foram excluídos da análise os prontuários que não apresentaram adequação de preenchimento e os indivíduos com alguma deficiência mental por dificuldade de coleta de dados e os com menos de 11 anos de idade devido à mínima exposição aos fatores de risco. Os dados obtidos foram, então, tabulados e analisados estatisticamente, agrupados em tabelas e gráficos, buscando-se evidenciar as características epidemiológicas do câncer bucal nessa população. Após isso, os dados obtidos foram correlacionados com os dados já existentes na literatura para cada tipo de característica avaliada.

RESULTADOS

Dentre todos os pacientes atendidos, o grupo etário mais prevalente foi dos 21 aos 30 anos de idade, com 109 pessoas, resultando em 27,66%, seguido da faixa etária dos 31 a 40 anos com 21,57% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a faixa etária.

IDADE	PESQUISADOS	
11 a 20 anos	55	13,96%
21 a 30 anos	109	27,66%
31 a 40 anos	85	21,57%
41 a 50 anos	45	11,42%
51 a 60 anos	47	12%
61 a 70 anos	26	6,6%
71 a 80 anos	22	5,6%
81 a 90 anos	5	1,19%
TOTAL	394	100%

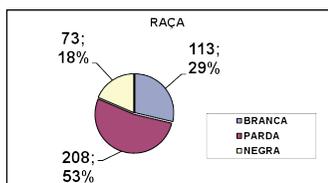


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a raça.

Quanto ao gênero dos indivíduos pesquisados, 197 eram homens e 197 mulheres, tendo sido uma amostra homogênea neste aspecto.

O gráfico 1 demonstra a distribuição por raça da população analisada. Observou-se prevalência de pardos (52%), seguido da raça branca (29%) e da raça negra com 19%.

A presença de outros fatores de risco para o câncer de boca foram alvo da pesquisa, com ênfase em dados relacionados à exposição excessiva ao sol, sem proteção adequada de chapéus, filtro solar e protetores labiais; presença de estresse como fator de imunossupressão; história familiar de algum tipo de neoplasia; grau de higiene bucal dos pacientes, de acordo com presença de cálculos, excesso de restaurações, estado do periodonto e a adaptação de aparelhos protéticos bucais estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência de fatores de risco para o câncer bucal da amostra geral

FATORES DE RISCO	
EXPOSIÇÃO EXCESSIVA AO SOL	83
ESTRESSE	59
CÂNCER NA FAMÍLIA	41
MÁ HIGIENE BUCAL	154
PRÓTESE MAL ADAPTADA	36

A prevalência de lesões consideradas cancerizáveis, ou seja, que podem vir a se transformar em lesões malignas, está demonstrada na tabela 3. Foram encontrados 7 registros de casos de leucoplasia, 2 de líquen plano, 4 de queilite actínica e 2 de hiperplasia por prótese mal adaptada.

Tabela 3 – Prevalência de lesões cancerizáveis

LESÕES CANCERIZÁVEIS	
LEUCOPLASIA	7
LÍQUEN PLANO	2
QUEILITE ACTÍNICA	4
HIPERPLASIA POR PRÓTESE	2

A Tabela 4 explicita a prevalência de lesões neoplásicas encontradas na amostra de 394 pacientes. Dentre estes, 9 tiveram diagnóstico final de carcinoma espinocelular, sendo 2 mulheres e 7 homens. Além dos casos de carcinoma, foram identificados um homem portador de melanoma bucal e um homem com adenocarcinoma metastático de um tumor primário de próstata.

Tabela 4 – Prevalência de lesões neoplásicas malignas bucais.

LESÕES NEOPLÁSICAS	GÊNERO	
	FEMININO	MASCULINO
CARCINOMA ESPINOCELULAR	2	7
MELANOMA	0	1
ADENOCARCINOMA	0	1

A tabela 5 especifica a área atingida pelo carcinoma espinocelular. A língua foi o local mais afetado com 55,55%, seguida da mucosa jugal com 22,22%. Os outros locais de ocorrência foram o assoalho bucal e o palato duro.

Tabela 5 – Locais de ocorrência de câncer de acordo com a região anatômica.

REGIÃO ANATÔMICA	GÊNERO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	
LÍNGUA	1	4	5
ASSOALHO BUCAL	0	1	1
MUCOSA JUGAL	0	2	2
PALATO DURO	1	0	1

A tabela 6 correlaciona as neoplasias encontradas com os fatores de risco possivelmente associados. Segundo os dados obtidos, os principais fatores associados foram o tabagismo, hábito presente em 81,81% dos casos totais de câncer encontrados e a

ingestão excessiva de bebidas alcoólicas com 63,63% dos casos. Especificamente para o carcinoma espinocelular, o tabagismo estava presente em 63,63% dos casos, e o alcoolismo, em 54,54%. Seis desses pacientes com carcinoma espinocelular (66,66%) apresentavam concomitantemente os vícios do alcoolismo e do tabagismo.

Tabela 6 – Correlação entre fatores de risco e aparecimento de neoplasias

CÂNCER BUCAL	EXPOSIÇÃO SOLAR	ESTRESSE	FATORES DE RISCO			
			CÂNCER NA FAMÍLIA	MÁ HIGIENE BUCAL	ETILISMO	FUMO
CEC	6	0	1	4	6	8
MELANOMA	1	0	0	0	0	1
ADENOCARCI NOMA	0	0	0	1	1	0

Legenda: CEC = Carcinoma espinocelular

A tabela 7 trata da prevalência do carcinoma espinocelular de acordo com a faixa etária e grupo racial dos pacientes. A década de vida mais acometida foi a 7ª década, com 3 casos, o que equivale a 33,33%. No entanto, observou-se a ocorrência desta neoplasia a partir da 4ª década.

Tabela 7 – Prevalência de carcinoma espinocelular por faixa etária e raça.

Faixa etária	Raça				Total
	Branco	Pardo	Negro		
4ª década (31 a 40)	1				1
5ª década (41 a 50)					0
6ª década (51 a 60)	1				1
7ª década (61 a 70)	1	1	1		3
8ª década (71 a 80)	1	1			2
9ª década (81 a 90)	2				2
Total	6	2	1		9

DISCUSSÃO

Segundo dados do IBGE, em 2005, 17 no Estado de Sergipe, prevalece a população parda com 66,7% do total do estado, seguida da raça branca com 28,3%, dessa forma, nosso estudo está condizente com o padrão racial predominante neste Estado.

Nossos resultados foram corroborados por Kim et al.; 19 Koifman e Koifman²⁰ e Pinto³³ quanto à exposição excessiva aos raios solares, sem proteção adequada, como fator de risco importante para o câncer, visto que dos 11 pacientes com alguma neoplasia bucal da amostra, 7 relataram este fator de risco. Concordamos, ainda, com Boraks;⁵ Kowalski e Nishimoto;²¹ Melo et al.;²⁸ Pinto;³³ Wünsch-Filho⁴² em relação à má higiene bucal estar associada ao câncer de boca. Boraks;⁵ Pinto;³³ Tommasi³⁸ relataram que próteses mal adaptadas seriam fator de risco de neoplasias bucais, porém em nossos achados, nenhum dos pacientes com alguma neoplasia apresentava prótese mal adaptada, no entanto, encontramos dois casos de hiperplasia por prótese mal adaptada que é considerada por estes autores como lesão cancerizável.

Em relação à predisposição genética, Gabriel et al.;¹³ García García et al.;¹⁴ Hirota et al.;¹⁵ Venturi et al.;⁴⁰ Wünsch-Filho⁴² afirmaram que a predisposição familiar pode ser fator de risco do câncer bucal. Em nossos achados, apenas um paciente com neoplasia referiu casos de câncer na família. Porém esse fator é difícil de afirmar devido a alguns pacientes não terem certeza da presença desse fator de risco na família.

Venturi et al.⁴⁰ citaram o estresse como possível causa do câncer. Nenhum dos pacientes com alguma neoplasia de nossa amostra referiu viver em estado de constante estresse.

De acordo com García García et al.;¹⁴ Leite et al.;²³ Neville et al.,³⁰ a queilite actínica é considerada uma lesão comum e com potencial cancerígeno.

Esses resultados apresentam compatibilidade com os achados de Gabriel et al.;¹³ García et al.;¹⁴ Neville et al.;³⁰ Rodrigues et al.;³⁴ Tavares;³⁷ quando afirmaram que a leucoplasia é a lesão cancerizável mais frequente na mucosa bucal e

que tem um alto potencial de malignização bem como quando estes autores associaram esta lesão cancerizável ao tabagismo, visto que, em nossa pesquisa, todos os pacientes com registro de leucoplasia referiram o hábito de fumar.

Segundo Ducasse Oliveira e Hernández Pedroso, 10 o líquen plano deve ser considerado durante diagnóstico precoce do câncer bucal, sendo caracterizado como uma lesão cancerizável. De forma semelhante, os autores referiram que a mucosa jugal foi a região mais afetada por essa patologia, representando 42,9% da zona de acometimento. Esse trabalho evidenciou índices ainda maiores de prevalência do líquen plano, uma vez que todas as lesões apareceram na mucosa jugal.

Evidenciou-se neste trabalho o aparecimento de lesões associadas a traumatismos por próteses dentárias. Boraks 5 enfatizou que irritações mecânicas, como hiperplasias originadas de próteses mal ajustadas constituem uma condição cancerizável e devem ser cuidadosamente conduzidas para a melhor terapêutica.

Os dados da tabela 4 revelam claramente a forte tendência de aparecimento de lesões neoplásicas malignas da cavidade bucal em homens, como suportado por Abdo et al.; 1 Antunes et al.; 2 Chitapanarux et al.; 8 Daniel et al.; 9 Fontes et al.; 12 Hirota et al.; 15 Hora et al.; 16 Machado et al.; 25 Perussi et al.; 31 Tommasi; 38 Venturi et al.; 40 Wong et al. 41 Correlacionamos esta tendência à presença de alguns hábitos nocivos, como etilismo e tabagismo, estarem predominantemente presentes entre os homens e serem menos frequentes em mulheres. Além disso, a exposição aos raios solares sem a devida proteção foi maior entre os homens do que entre as mulheres, principalmente devido às formas de trabalho desses indivíduos (lavradores).

Nosso resultado foi compatível com a literatura em relação à prevalência de carcinoma espinocelular ser maior que a de outras neoplasias malignas bucais. Dessa forma, interpretou-se de forma semelhante para Abdo et al.; 1 Chitapanarux et al.; 8 Daniel et al.; 9 Hirota et al.; 15 Lopes et al.; 24 Machado et al.; 25 Magnabosco Neto e Andrade Sobrinho; 26 Neville et al.; 30 Silva Filho; 35 Tomassi; 38 Venturi et al.; 40 que esta neoplasia é o tipo mais comum de câncer bucal. Este estudo evidenciou a prevalência do carcinoma espinocelular de 81, 81%.

Foi encontrado um caso de melanoma nodular nesta pesquisa, confirmado após biópsia excisional cujo resultado anátomo-patológico foi classificado pelo laboratório de anatomia patológica como Clark IV Breslow 4 mm, o que segundo Neville et al., 30 significa que, em relação ao nível de invasão tumoral, as células estão estendendo-se para a derme reticular. Ainda de acordo com notas destes autores, uma taxa de 67% de sobrevivência é esperada nos próximos 10 anos. Ainda relataram que o melanoma nodular representa 15% dos melanomas cutâneos e apresenta-se tipicamente como uma elevação nodular. Porém, observamos de forma controversa a estes autores quanto à idade de aparecimento ou diagnóstico das lesões. A média foi dos 50 aos 55 anos, segundo os referidos autores, e a nossa, de 76 anos. Neste paciente com diagnóstico de melanoma, foi realizada nova biópsia no lábio, e o diagnóstico histopatológico foi de queilite actínica. O paciente concluiu o tratamento e continua em proervação.

Encontramos ainda um caso de adenocarcinoma metastático na mandíbula, lado esquerdo, de um indivíduo de 62 anos, gênero masculino, raça negra, com hábito tabagista. Para Neville et al., 30 a possibilidade comum desse tumor metastatizar e sua ampla faixa etária de acometimento. Apesar de que citaram uma predileção desse tipo de lesão por mulheres, o único caso observado foi do gênero masculino. É importante ressaltar que o paciente com diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma metastático estava em tratamento de um

câncer de próstata e fazia uso de bifosfonato. Além disso, o laudo diagnóstico radiográfico foi de provável osteossarcoma, hipótese descartada após a biópsia e consequente análise do material. Este paciente veio a falecer três meses após o diagnóstico anátomo-patológico.

Quanto à localização, esses resultados foram concordantes com as evidências obtidas por Carvalho et al.; 6 Chitapanarux et al.; 8 Hora et al.; 16 Venturi et al.; 40 quando afirmaram que a língua foi o local mais acometido pelo carcinoma epidermoide. Outros trabalhos mostraram que o assoalho de boca com 27,9%, seguido da língua com 22,2%, foram os locais mais acometidos pelo carcinoma espinocelular. 1 Diferentemente, Machado et al.; 25 relataram ser o rebordo alveolar o mais acometido (28,57%), seguido do assoalho bucal (20%). Para estes autores, a língua somente foi o 4º local mais atingido. Os autores citaram como causa para a discordância de seus achados da maioria dos autores quanto à localização do sítio primário das lesões que o rebordo alveolar e assoalho ou assoalho e língua são estruturas contíguas e que podem ter sido confundidas ou analisadas de forma diferente. Para Wong et al., 41 a mucosa jugal foi o local mais atingido com 40,5%, seguido da língua com 29,8%, provavelmente devido aos diferentes hábitos e fatores sócio-demográficos dos indivíduos de Taiwan, local onde esta pesquisa foi realizada.

Esses valores foram superiores aos encontrados por Machado et al.; 25 no qual 40% dos pacientes faziam associação desses hábitos, e 28,57% apenas fumavam. Fontes, Sousa e Rosa (2004) encontraram que 43 pacientes com câncer de um total de 146 (29,45%) eram fumantes. Na pesquisa de Chitapanarux et al., 8 encontrou-se que 60% dos pacientes usava tabaco e que 60% consumiam álcool, dados mais semelhantes ao deste trabalho. Outras pesquisas evidenciaram prevalências superiores de tabagismo, como demonstraram Antunes et al. 2 Em seu trabalho, 16% das pessoas tinham história de uso de álcool, o qual é inferior aos nossos resultados, e 81% de tabagismo, valor superior que o da nossa pesquisa. É importante ressaltar e levar em consideração que os hábitos, costumes e tipos de exposição a fatores de risco diferem de região para região. Em algumas localidades, a incidência de alcoolismo e tabagismo pode ser maior ou menor que as do local onde esta pesquisa foi realizada, interferindo diretamente na epidemiologia das lesões cancerosas e cancerizáveis.

Os resultados desta pesquisa também ressaltam o papel do fumo e álcool na etiopatogenia do câncer bucal. Da mesma forma, Al-Shamari et al.; 3 Biazevic et al.; 4 Carvalho et al.; 6 Daniel et al.; 9 Hirota et al.; 15 Kim et al.; 19 Koifman e Koifman; 20 Kowalski e Nishimoto; 21 Leão et al.; 22 Petti e Scully; 32 Tomassi; 38 Venturi et al.; 40 Wünsch-Filho; 42 evidenciaram que o tabagismo e o alcoolismo estavam presentes na maioria dos casos de carcinoma espinocelular.

Em relação ao fator exposição solar, McCartan et al.; 27 Neville et al. 30 associaram o câncer de lábio ao trabalho rural devido à exposição excessiva ao sol. A única lesão em lábio observada foi um caso de melanoma em um lavrador. Kowalski e Nishimoto; 21 Neville et al. 30 citaram, de forma pertinente, que o melanoma da mucosa bucal é incomum, e de forma surpreendente, um caso foi observado nesta pesquisa.

Abdo et al.; 1 Biazevic et al.; 4 Daniel et al.; 9 Fontes et al.; 12 Hirota et al.; 15 Tomassi; 38 Venturi et al.; 40 Wong et al. 41 também observaram que os casos de câncer acometeram mais fortemente a cavidade bucal a partir da 4ª década de vida. Porém, segundo esses autores, a prevalência média de acometimento dessa neoplasia vai até os 60 anos. Nesta pesquisa, existiram casos até na 9ª década, sendo ainda a 7ª década a que apresentou maior número de casos. Desta forma concordamos com Hora et al. 16 em relação à faixa etária mais acometida ser dos 60 aos 70 anos. Provavelmente, este

fato se deve à exposição crônica aos fatores de risco do câncer durante a vida mais longa, que, muitas vezes, apresentam fator cumulativo de efeitos oncogênicos sobre as células do indivíduo.

De acordo com o IBGE, em 2009, 17 em Sergipe, a maioria da população é parda (66,7%), o que foi condizente com nosso estudo em relação à população total pesquisada, em maioria desta raça (52%). Em relação à raça mais atingida pelo carcinoma espinocelular, a raça branca foi a mais prevalente, com 66,66% dos casos. Estes dados concordaram com os achados de Machado et al.25 no qual 68,5% das pessoas com câncer de boca eram de raça branca. Segundo Souza et al.,36 isso se deve à menor quantidade de melanina em indivíduos desta raça, tornando-os mais sensíveis aos efeitos da radiação solar e consequentemente mais predispostos ao câncer.

Quanto à predominância da graduação histológica, dos 9 pacientes que tiveram diagnóstico histopatológico de carcinoma espinocelular, 8 eram de moderada diferenciação e 1 era bem diferenciado, fato que concorda com Mitteldorf.29 Contudo, Hora et al. 16 encontraram, em suas pesquisas, a prevalência do tipo bem diferenciado. Segundo Mitteldorf, 29 em alguns casos a determinação da graduação histológica de malignidade é complexa, pois esses tumores são heterogêneos. Assim, existem diferenças intratumorais que dificultam essa avaliação, além do aspecto subjetivo de interpretação do patologista durante o exame das lâminas. Contudo a determinação da graduação histológico-microscópica é um dos principais determinantes prognósticos do carcinoma espinocelular, o que a torna fundamental para o planejamento terapêutico adequado do paciente, bem como para que se possa oferecer a este uma avaliação da real situação de controle da doença. 7

Antes de os pacientes serem submetidos ao tratamento antineoplásico, todos os pacientes portadores de neoplasias malignas da boca vivenciaram momentos de adequação da saúde bucal, tais como remoção de lesões de cárie e tratamento de abscessos, fato recomendado por Daniel et al. 9 Em relação às sequelas do tratamento antineoplásico, todos os prontuários de pacientes acometidos por neoplasia bucal e em tratamento radioterápico e/ou quimioterápico referiram hipossalivação e complicações nutricionais. Dados que são citados por Toporcov e Antunes39 como sendo consequências comuns neste tipo de tratamento.

CONCLUSÕES

A etiopatogenia do câncer bucal esteve relacionada com fatores externos como o tabagismo, o alcoolismo, a exposição à radiação solar, má higiene bucal, irritações mecânicas crônicas.

O carcinoma de células escamosas foi o tipo mais comum de câncer bucal, com predileção por homens brancos, acima de cinquenta anos, localizados na língua.

O tabagismo e o alcoolismo estavam presentes na maioria dos casos de carcinoma espinocelular dessa amostra. Isto enfatizou a necessidade de campanhas de conscientização contra o uso do álcool e do fumo.

Visando otimizar o prognóstico de pacientes portadores de câncer bucal e daqueles que apresentam lesões ou situações cancerizáveis, espera-se que, a cada dia haja uma evolução dos métodos de prevenção, diagnóstico precoce e conscientização dos já afetados, diminuindo, dessa forma, a quantidade de pacientes em estágio avançado da doença.

REFERÊNCIAS

01. Abdo EM, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma espinocelular da cavidade bucal em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *RBC*, 2002; 48(3):357-362.
02. Antunes AA, Antunes AP, Silva PV, Avelar RL, Santos TS. Câncer da Língua: Estudo Retrospectivo de Vinte Anos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 2007; 36(3):152-154.
03. Al-Shammari KF, Morissa MA, Al-Ansari JM, Al-Duwairy YS, Honkala EJ. Dental patient awareness of smoking effects on oral health: Comparison of smokers and non-smokers. *J Dent*, 2006; 34: 173-178.
04. Biazzevic MGH, Castellanos RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. *Cad Saúde Pública*, 2006; 22(10): 2105-2114.
05. Boraks S. *Diagnóstico Bucal*. 3 ed. São Paulo; Editora Artes Médicas; 2001.
06. Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, Walder F, Menezes MB, Franzi SA, Magalhães MR, Curioni AO, Szeliga RMS, Sobrinho JA, Rapoport A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma espinocelular de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Ass Med Brasil*, 2001; 47(3): 208-214.
07. Cernea CR, Hojaij FC. Fatores Prognósticos. In: Parise Júnior O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. 1 ed. São Paulo; Editora Sarvier; 2000.
08. Chitapanarux I, Lorvidhaya V, Sittitrai P, Pattarasakulchai T, Tharavichitkul E, Sriuthaisiriwong P, Kamnerdsupaphon P, Sukthomya V. Oral Cavity cancers at a young age: analysis of patient, tumor and treatment characteristics in Chiang Mai University Hospital. *Oral Oncology*, 2006; 42: 83-88.
09. Daniel FI, Granato R, Grandó LJ, Fabro SML. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. *J Bras Patol Med Lab*, 2006; 42(4): 279-283.
10. Ducasse Oliveira PA, Hernández Pedroso L. Liquen plano en el Programa de Detección Precoz del cáncer bucal. *Rev Cubana Estomatol*, 2005; 42(3): 1-6.
11. Ecard MB, Alves ATNN, Matuck IC. Conhecimento sobre câncer bucal dos alunos da graduação de fisioterapia e fonoaudiologia da Faculdade Pestalozzi de Niterói, RJ. *Rev Riso*, 2006; 1(15): 6-8.
12. Fontes PC, Sousa FACG, Rosa LEB. Correlação entre o consumo de tabaco e a incidência de câncer bucal. *RBPO*, 2004; 3(3): 132-136.
13. Gabriel JÁ, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Considerações gerais e abordagem clínica da leucoplasia oral. *RBPO*, 2004; 3(4): 187-194.
14. García García V, González-Moles MA, Bascones Martínez A. Bases moleculares del cáncer oral. Revisión bibliográfica. *Av Odontoestomatol*, 2005; 21-6: 287-295.
15. Hirota SK, Migliari DA, Sugaya NN. Carcinoma espinocelular oral em paciente jovem – relato de caso e revisão de literatura. *An Bras Dermatol*, 2006; 81(3): 251-254.
16. Hora IAA, Pinto LP, Souza LB, Freitas RA. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular de boca no Estado de Sergipe. *Cienc Odontol Bras*, 2003; 6(2): 41-48.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (on line). 2009. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2000> (2009 Jul 24).
18. INCA. Instituto Nacional do Câncer (on line). 1998. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/> (2009 Jul 24).
19. Kim HY, Elter JR, Francis TG, Patton LL. Prevention and early detection of oral and pharyngeal cancer in veterans. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2006; 102(5): 625-631.
20. Koifman S, Koifman RJ. Environment and cancer in Brazil:

an overview from a public health perspective. *Mutation Res*, 2003; 544: 305-311.

21.Kowalski LP, Nishimoto IN. Epidemiologia do Câncer de Boca. In: Parise Júnior O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. 1 ed. São Paulo; Editora Sarvier; 2000.

22.Leão JC, Góes P, Sobrinho CB, Porter S. Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2005; 34(4): 436-439.

23.Leite RMS, Leite AAC, Friedman H, Friedman I. Chronic oral breathing as a risk factor for the development of actinic cheilitis. *An Bras Dermatol*, 2003; 78(1): 73-78.

24.Lopes FF, Cutrim MCFN, Casal CP, Fagundes DM, Montoro LA. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. *RBO*, 2002; 59(2): 98-99.

25.Machado ACP, Tavares PG, Anbinder AL, Quirino MRS. Perfil epidemiológico, tratamento e sobrevida de pacientes com câncer bucal em Taubaté e região (on line). 2003. Disponível em URL: <http://www.unitau.br/prppg/publica/biocien/downloads/perfilepitrat-N4-003.pdf>. (2009 Jul 24).

26.Magnabosco Neto AE, Andrade Sobrinho J. Estudo Analítico de Pacientes Portadores de Câncer de Boca. *RBE*, 2005; 1(1): 18-21.

27.McCartan BE, Cowan CG, Healy CM. Regional variations in oral cancer incidence in Ireland. *Oral Oncol*, 2005; 41(7): 677-686.

28.Melo MCB, Lorenzato FRB, Cabral Filho JE, Melo ZM, Cardoso SO. A família e o processo de adoecer de câncer bucal. *Psicologo Est*, 2005; 10(3): 413-419.

29.Mitteldorf CATS. Anatomia Patológica no Câncer de Boca. In: Parise Júnior O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. 1 ed. São Paulo; Editora Sarvier; 2000.

30.Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3 ed. São Paulo; Editora Elsevier; 2009.

150

31.Perusse MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma espinocelular de boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*, 2004; 48(4): 341-344.

32.Petti S, Scully C. Oral cancer: the association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncol*, 2005; 41(8): 828-834.

33.Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 4 ed. São Paulo; Editora Santos; 2000.

34.Rodrigues TLC, Costa LJ, Sampaio MCC, Rodrigues FG, Costa ALL. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. *Pesqui Odontol Bras*, 2000; 14(4): 357-361.

35.Silva Filho GB. Neoplasias Não-Espinocelulares da Cavidade Oral. In: Parise Júnior O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. 1 ed. São Paulo; Editora Sarvier; 2000.

36.Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão de literatura. *Rev Saúde Pública*, 2004; 38(4): 588-598.

37.Tavares MR. Lesões Pré-Neoplásicas ou Cancerizáveis. In: Parise Júnior O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. 1 ed. São Paulo; Editora Sarvier; 2000.

38.Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal*. 3 ed. São Paulo; Editora Pancast; 2002.

39.Toporcov TN, Antunes JL. Restrictions of food intake in patients with oral cancer. *Oral Oncol*, 2006; 42(9): 929-933.

40.Venturi BRM, Pamplona ACF, Cardoso AS. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: revisão de literatura. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2004; 70(5): 679-686.

41.Wong YK, Tsai WC, Lin JC, Poon CK, Chao SY, Hsiao YL, Chan MY, Cheng CS, Wang CC, Wang CP, Liu SA. Socio-demographic factors in the prognosis of oral cancer patients. *Oral Oncol*, 2006; 42(9):893-906.

42.Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol*, 2002; 38(8): 737-746.

Recebido para publicação: 05/08/09
Aceito para publicação: 26/11/09