

PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS MALIGNAS ORAIS EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Profile of Oral Malignant Neoplasms Patients in a Brazilian Population

Meyrielle Andrade Lima^I | Paulo Ricardo Saquete Martins Filho^{II} | Luiz Carlos Ferreira da Silva^{III} | Marta Rabello Piva^{IV} | Thiago de Santana Santos^V

RESUMO

Introdução: O conhecimento do perfil dos pacientes portadores de câncer de boca, nos diversos serviços de saúde, é imprescindível sob o ponto de vista epidemiológico. **Objetivo:** Realizar uma revisão dos tumores malignos orais diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Brasil, no período de janeiro de 2000 a junho de 2009. **Metodologia:** Dados clínicos de 39 pacientes foram estudados, incluindo sexo e idade bem como o tipo, diferenciação histológica e localização dos tumores. **Resultados.** Os tumores malignos orais compreenderam 7,5% (n = 39) das biópsias realizadas no serviço neste período. As formas espinocelulares foram as mais comuns, totalizando 87,2% dos casos. A maioria dos casos ocorreu em pacientes do sexo masculino, entre 50-79 anos de idade. Para este grupo de tumores, a língua foi o local de maior ocorrência, com a maioria dos casos classificados como de grau II, seguida do assoalho, gengiva e mucosa jugal. Os 12,8% restantes compreenderam os tumores de glândulas salivares menores (5,12%), sarcomas (5,12%) e carcinoma basocelular (2,56%). **Conclusão:** Apesar da baixa prevalência de tumores espinocelulares de lábio, o perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas é semelhante ao de vários estudos encontrados na literatura.

Descritores: Carcinoma espinocelular; neoplasias bucais; biópsia.

ABSTRACT

Introduction. Knowledge of the profile of patients with this disease, in many health services, it is essential from the epidemiological point of view. **Objective.** To conduct a review of oral malignant tumors diagnosed at the Anatomy Pathology Service of University Hospital, Federal University of Sergipe, Brazil, from January 2000 to June 2009. **Method.** Clinical records of 39 patients were retrieved and analyzed for gender, age, site, neoplastic type and histologic differentiation. **Results.** Oral malignant tumors constituted 7.5% (n = 39) of the biopsies accomplished at the service during this period. Spindle cell tumors were the most common malignant tumors, with 87,2% of the cases. There was a male predominance, with lesions being most common in the 50-79 year age group. Tongue was the site more prevalent, with most cases being classified as grade II, followed by floor of mouth, buccal mucosa and gingival. The remaining oral malignancies, 12,8%, comprised minor salivary gland tumors (5,12%), sarcomas (5,12%) and basal cell carcinoma (2,56%). **Conclusion.** Despite the low prevalence of squamous cell carcinomas of the lip, the profile of patients with oral cancer is similar to several in the literature.

Keywords: Squamous cell carcinoma, mouth neoplasms, Biopsy.

I Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

II Mestre em Ciências da Saúde pelo Núcleo de Pós-graduação de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

III Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE). Professor Adjunto de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

IV Doutora em Patologia Oral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Adjunta de Patologia Bucal da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

V Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é considerado um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, estima-se para 2008 que mais de 14.000 novos casos de câncer de boca sejam diagnosticados no país, sendo o Nordeste responsável por aproximadamente 17% dessa casuística. Apesar de ser o menor Estado da Federação, Sergipe possui umas das maiores taxas da doença em território nacional e a maior do Nordeste, com 8.12 casos para cada 100.000 homens e 4.69 casos para cada 100.000 mulheres¹.

Estudos epidemiológicos possuem importância fundamental para a saúde pública e para os profissionais da área da saúde, permitindo o planejamento de medidas específicas de prevenção para as populações estudadas. Como o câncer de boca pode ser induzido por uma combinação de fatores – hábitos pessoais, atividade profissional e região onde o indivíduo habita – o conhecimento do perfil dos pacientes portadores dessa doença, nos diversos serviços de saúde, torna-se imprescindível sob o ponto de vista epidemiológico.

Assim, o objetivo deste trabalho foi o de realizar um levantamento epidemiológico das neoplasias malignas da cavidade oral, registradas no Serviço de Anatomia Patológica pertencente ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe no período de janeiro de 2000 a junho de 2009.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo de todos os casos de neoplasias malignas da cavidade oral, arquivados no Serviço de Anatomia Patológica pertencente ao Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. A amostra foi obtida a partir da coleta dos laudos histopatológicos de lesões da cavidade oral diagnosticadas no período de janeiro de 2000 a junho de 2009. Todas as neoplasias malignas foram revisadas e categorizadas em espinocelulares e não-espinocelulares, conforme Silva Filho².

Foi analisada a frequência de neoplasias malignas no universo de laudos histopatológicos pertencentes ao serviço e às seguintes variáveis: localização do tumor, sexo e idade dos pacientes. Com relação à localização do tumor, procurou-se acompanhar o CID-O (Classifi-

cação Internacional de Doenças para Oncologia), que subdivide a topografia bucal nas regiões de lábio, língua, gengiva, assoalho, palato e outras partes, as quais incluem mucosa jugal, vestíbulo e área retromolar.

Para os carcinomas espinocelulares, foi utilizado o sistema de gradação histológica de malignidade (SGHM) proposto por Wahí³ e adotado pela OMS, que consta de escala baseada na proliferação e diferenciação das células tumorais. Dessa forma, esses tumores foram classificados em bem diferenciados ou grau I, moderadamente diferenciados ou grau II e pouco diferenciados ou grau III. Uma vez realizada a coleta e tabulação dos dados, realizou-se análise descritiva. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Sergipe em 10 de julho de 2008, sob o nº CAEE 0052.0.107.000-08 (Anexo 01).

RESULTADOS

Como resultados, encontramos que dos 520 laudos histopatológicos estudados, 39 foram diagnosticados como câncer de boca, correspondendo a 7.5% do total. Do total, 14 (36%) eram do sexo feminino e 25 (64%) do sexo masculino.

Com relação aos tipos histológicos dos tumores malignos, observamos que 87,2% dos casos correspondiam ao carcinoma espinocelular. Os 12,8% restantes compreenderam os tumores de glândulas salivares menores (5,12%), sarcomas (5,12%) e carcinoma basocelular (2,56%), como observados na tabela 01.

Tabela 1. Tumores Malignos. Tipos Histológicos e Frequências

Tipos Histológicos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Carcinoma Espinocelular	32	82%
Carcinoma Verrucoso	02	5,2%
Sarcomas		
Osteossarcoma	01	2,56%
Condrossarcoma	01	2,56%
Tumores de Glândulas Salivares		
Carcinoma Mucoepidermoide	01	2,56%
Carcinoma Ex-Adenoma Pleomórfico	01	2,56%
Carcinoma Basocelular	01	2,56%
Total	39	100%

Analisando o carcinoma espinocelular, observamos que a média de idade foi de aproximadamente 66 anos, com maior concentração de casos entre a 5ª e a 7ª dé-

cada de vida. A localização anatômica mais prevalente foi a língua (13 casos; 38,3%), seguido de assoalho de boca (05 casos; 14,7%), gengiva (05 casos; 14,7%), mucosa jugal (05 casos; 14,7%), palato (03 casos; 8,8%), lábio (02 casos; 5,9%) e área retromolar (01 caso; 2,9%). (Tabela 02).

Tabela 02. Localização e Faixa Etária para os Casos de Carcinoma Espinocelular

Localização	40 --50	50 --60	60 --70	70 --80	80 --90	Total
Língua	02	02	03	05	01	13
Assoalho	0	02	01	01	01	05
Gengiva	0	0	02	02	01	05
Lábio	0	01	0	01	0	02
Palato	0	0	01	0	02	03
Mucosa jugal	01	03	01	0	0	05
Área retromolar	0	01	0	0	0	01
Total	03	09	08	09	05	34

DISCUSSÃO

Prevalência

De acordo com a literatura consultada, as frequências relativas de tumores malignos orais em diversos serviços de patologia variaram de 1.6% a 5.8%, com exceção da Finlândia, onde as políticas de prevenção contra o câncer de boca são efetivas, e dos países africanos e da Índia, onde existem sérios problemas de saúde pública (Tabela 03). Nossa casuística apontou, no entanto, valores ligeiramente superiores aos observados na maioria dos estudos (7,5%), o que pode ser

explicado pela escassez de centros de referência em patologia oral no Estado de Sergipe, concentrando um maior número de casos no Hospital Universitário.

É importante ressaltar que, de uma maneira geral, os dados provenientes de apenas uma instituição possuem claras limitações, pois refletem características específicas desta população e não, da comunidade como um todo. De qualquer forma, no Brasil, ainda é alta a incidência de tumores malignos na cavidade oral, reflexo também da ineficácia dos programas de educação e prevenção contra o câncer de boca, aos quais grande parcela da população não tem acesso.

Tabela 3. Frequências Relativas de Tumores Malignos e do Carcinoma Espinocelular

Autores	Ano	Local	Período	Lesões	TM	CEC
Rossi, Hirsch 4	1977	Estados Unidos	1950-1970	4.793	2,5%	75,0%
Happonen et al. 5	1982	Finlândia	1974-1981	15.758	0,5%	50,7%
Zancanaro, Lorandi 6	1983	Brasil	1977-1982	4.914	2,4%	69,5%
Nakade et al. 7	1989	Japão	1979-1989	503	4,8%	83,3%
Krutchkoff et al. 8	1990	Estados Unidos	1975-1986	33.429	1,6%	69,7%
Tay 9	1999	Cingapura	1993-1997	1.986	5,2%	67,0%
Moresco et al. 10	2003	Brasil	1994-2002	430	4,0%	88,2%
Fregnani 11	2003	Brasil	1968-2000	8.875	5,8%	86,2%
Jones, Franklin 12	2006	Reino Unido	1973-2002	44.007	5,4%	66,1%
Chidzonga 13	2006	Zimbabwe	1982-1991	1.723	24,8%	73,1%
Ajayi et al. 14	2007	Nigéria	1992-2003	1.422	18,0%	44,0%
Mehrotra et al. 15	2008	Índia	1990-2001	1.151	38,4%	100,0%
Lima et al	2010	Brasil	2000-2009	39	7,5%	87,2%

TIPOS HISTOLÓGICOS

O carcinoma espinocelular é o tumor maligno mais comumente encontrado na cavidade oral, com frequência relativa variando de 44% a 100% dos casos, conforme Tabela 03. Em nosso estudo, 87.2% dos

tumores foram representados por esse tipo histológico, estando de acordo com a literatura consultada. Destes, 5.2% corresponderam a uma forma atípica e menos agressiva do tumor, o carcinoma verrucoso. As lesões não-espinocelulares totalizaram os 12,8% restantes da amostra.

Carcinomas Espinocelular e Verrucoso

A maioria dos casos diagnosticados pertencia a pacientes do sexo masculino (65%), corroborando os estudos realizados tanto no Brasil^{11,17-31} quanto em outros países^{4,7,8,12-15,32,33}. Apesar de os homens serem historicamente mais suscetíveis ao desenvolvimento do câncer de boca, tem sido observado um aumento da incidência em mulheres, em decorrência de mudanças em seu estilo de vida¹⁶. No Congo, Kayembe e Kalengayi³⁴ demonstraram que a maioria dos casos de carcinoma espinocelular ocorreu em mulheres, mas não associaram essa maior prevalência a algum tipo de hábito específico dessa população.

Quanto à faixa etária, houve uma maior concentração de casos entre a 5ª e a 7ª décadas de vida, correspondendo a 76.5% da amostra (Tabela 02). A média de idade dos pacientes acometidos foi de 66.4 ± 12.20 anos, sendo 65.6 ± 12.92 anos para os homens e 66.7 ± 11.16 anos para as mulheres. Apesar de ser consenso de que o risco de desenvolvimento do carcinoma espinocelular aumenta de forma significativa, a partir da 6ª década de vida, alguns autores têm indicado um aumento da incidência de casos em adultos jovens^{14,16,35,36} e até mesmo em crianças e adolescentes¹³. Cerca de 16% dos pacientes com carcinoma espinocelular estudados por Hart et al.³⁶, nos Estados Unidos, apresentavam-se entre 18 e 45 anos. Destes, 30% faziam ingestão de bebidas alcoólicas e 77% eram tabagistas. Em nosso estudo, 9% dos casos foram observados em pacientes na 5ª década de vida, todos eles tabagistas. Apesar de não termos observado nenhum caso em crianças e adolescentes, Chidzonga et al.¹³ relataram que aproximadamente 6% dos casos de carcinoma espinocelular diagnosticados em hospitais de Zimbábue ocorreram nas três primeiras décadas de vida e sugerem que alguns fatores, como dieta, infecções virais e predisposição genética, possam estar envolvidos na gênese da doença nessa faixa etária.

No que se refere à localização anatômica, a língua foi a região mais acometida, seguida do assoalho bucal, gengiva e mucosa jugal (Tabela 02). Parece também haver consenso de que a língua é a região mais comumente envolvida nos casos de carcinoma es-

pinocelular, com algumas variações de prevalência em relação às outras localizações anatômicas. Na região Sudeste do Brasil, alguns estudos têm indicado uma maior prevalência de lesões localizadas na língua e no assoalho bucal^{19,22,26,27,30}, enquanto que, no Sul do país os resultados mostraram-se mais heterogêneos^{24,25,31}. Na região Nordeste, entretanto, parece haver uma tendência de um maior número de casos de câncer de lábio^{17,18,20,21,28}, uma vez que grande parte dos pacientes é proveniente de zonas rurais e carrega como grandes fatores de risco o tabagismo e a exposição crônica à radiação solar. Em Sergipe, essa tendência já foi demonstrada por Anjos Hora et al.²¹, em estudo retrospectivo de 21 anos. No entanto, apesar de o nosso estudo também ter sido realizado em Sergipe, o lábio foi afetado somente em 02 dos casos, diagnosticados como carcinoma verrucoso, em pacientes provenientes da zona rural e que apresentavam queilite actínica adjacente à lesão. Como uma parte dos pacientes que procuram o serviço de diagnóstico oral do Hospital Universitário é encaminhada por clínicos gerais que trabalham no interior do Estado, é de se esperar que muitos casos de câncer de lábio possam estar sendo negligenciados, uma vez que esta região anatômica pouco é explorada nos exames odontológicos de rotina e, muitas, vezes as lesões não alcançam grandes dimensões, passando despercebidas.

Em relação à gradação histológica, vários estudos têm demonstrado que os carcinomas espinocelulares da cavidade oral são, na maioria, bem^{13,21,32} ou moderadamente^{28,37} diferenciados. Em nosso trabalho, apenas 15% dos casos foram diagnosticados como tumores pouco diferenciados e 9% como carcinomas *in situ*. Os tumores pouco diferenciados são menos comuns e têm sido associados a um pior prognóstico dos casos^{13,32,35,38}. Analisando o padrão de diferenciação em relação à localização de maior prevalência, a língua, observamos que 75% dos casos foram moderadamente diferenciados. Entretanto, vários estudos demonstraram uma maior prevalência de tumores bem diferenciados nesta região anatômica^{13,21,39}. É importante ressaltar que, atualmente, a avaliação prognóstica dos casos de carcinoma espinocelular baseada em informações isoladas, seja, ela, através dos diversos

SGHM ou de sistemas TNM, tem sido repensada^{40,41}. No entanto, essa discussão não faz parte deste trabalho, uma vez que algumas características, como tamanho do tumor primário, envolvimento de linfonodos, padrão de invasão e, até mesmo, as características do infiltrado linfoplasmocitário, não foram avaliadas.

Sarcomas

Sarcomas são tumores malignos pouco encontrados na região oral e maxilofacial. Em nosso estudo, apenas dois casos foram registrados, correspondendo a um osteossarcoma e a um condrossarcoma. Fregnani¹¹ observou que apenas 0.5% dos tumores malignos estudados em um período de 32 anos no Serviço de Diagnóstico Oral da FOP/UNICAMP eram osteossarcomas e condrossarcomas, ratificando a raridade dessas lesões.

O osteossarcoma, também conhecido como sarcoma osteogênico, é o câncer primário ósseo mais comum, embora extremamente raro na região oral e maxilofacial. Mark et al.⁴² estudaram 2.500 pacientes portadores de osteossarcoma e verificaram que apenas 18 tumores encontravam-se na região de cabeça e pescoço. Alguns estudos têm indicado uma predileção por adultos jovens e pela mandíbula⁴²⁻⁴⁵, características estas também observadas em nosso caso. Histologicamente, os osteossarcomas podem apresentar-se sob os padrões condroblástico, osteoblástico e fibroblástico, havendo divergência quanto o mais prevalente. No estudo realizado por Bennett et al.⁴³, foi verificado que quase todos os tumores apresentavam evidência de formação condroide, embora somente em quatro casos, esta característica foi suficiente para justificar a designação de osteossarcoma condroblástico. O osteossarcoma registrado em nosso estudo apresentava grande quantidade de material condroide e, dessa forma, foi classificado como condroblástico.

Assim como os osteossarcomas, os condrossarcomas da região oral e maxilofacial são tumores extremamente incomuns. Chidzonga e Mahomva⁴⁴ estudaram 88 casos de sarcomas orais e maxilofaciais em 24 anos e observaram apenas 05 casos de condrossarcoma, com uma ligeira predileção por pacientes do sexo masculino e pela mandíbula. Todos os pacientes afetados eram adultos jovens. Resultados semelhantes foram

também observados por Ajayi et al.¹⁴. De acordo com suas características histológicas, os condrossarcomas podem ser divididos em três graus, com a incidência de metástase aumentando do menor para o maior grau⁴⁶. O condrossarcoma observado em nosso estudo pertencia a uma paciente do sexo feminino, na sexta década de vida e estava localizado na região de corpo e ramo mandibular. Histologicamente, o tumor foi classificado como de grau II, pois apresentava um estroma bastante mixoide e ocasionais figuras mitóticas.

Como a maioria dos estudos referentes aos osteossarcomas e condrossarcomas da região oral e maxilofacial se baseiam em amostras relativamente pequenas, devido à raridade dos tumores, a tarefa de se traçar um perfil epidemiológico para os pacientes afetados é bastante complicada. No entanto, com base nesses estudos, podemos dizer que essas neoplasias geralmente ocorrem em pacientes mais jovens; se comparadas ao carcinoma espinocelular, afetam mais comumente os ossos gnáticos, não havendo uma clara predileção por sexo.

Tumores Malignos de Glândulas Salivares

Os tumores malignos de glândulas salivares compreenderam aproximadamente 0.5% do total de laudos histopatológicos no período estudado. Esses resultados corroboram outros encontrados na literatura, em que esse grupo de tumores representa até 1% de todas as lesões diagnosticadas nos serviços de patologia oral^{11-13,47}. De acordo com diversos autores, uma parcela variável desses tumores origina-se de glândulas salivares menores e tem o palato como o sítio de maior prevalência. Não existe uma clara predileção por sexo, e os casos tendem a aparecer a partir da 4ª década de vida (Tabela 04). Quanto aos tipos histológicos, parece consenso que o carcinoma mucoepidermoide e o carcinoma adenoide cístico são os mais comuns, com poucos casos de carcinoma ex-adenoma relatados (Tabela 05).

Em nosso estudo, apenas dois tumores malignos foram observados, ambos relacionados a glândulas salivares menores. Os tipos histológicos encontrados foram os carcinomas mucoepidermoide e ex-adenoma

pleomórfico. O carcinoma mucoepidermoide foi diagnosticado em paciente do sexo feminino, de 26 anos de idade e estava localizado na região de língua. Este tumor corresponde a 35% de todos os tumores malignos de glândulas salivares menores de acordo com a literatura pesquisada, sendo, portanto, considerado o mais comum deste grupo. Em raríssimas ocasiões, esses tumores são encontrados na língua^{48,54,55,58,61}. O tumor relatado em nosso estudo caracteriza-se, dessa forma, como um raro achado na literatura, uma vez que ocorreu em uma paciente jovem e em região anatômica bastante incomum.

O outro tipo histológico identificado em nosso estudo foi um carcinoma ex-adenoma pleomórfico, diagnosticado em paciente do sexo masculino, 30 anos de idade e localizado no palato. O paciente tinha histó-

ria de adenoma pleomórfico na região, com evolução de 10 anos. Um painel imunohistoquímico composto pelos marcadores CK7 e CK20 foi realizado, havendo positividade para o primeiro anticorpo na região carcinomatosa. O palato é o local mais comumente envolvido, havendo predileção pelos homens e pela 6ª e 7ª década de vida⁵⁵. Histologicamente, os subtipos de carcinomas mais frequentes são o adenocarcinoma não-específico e o carcinoma do ducto salivar, totalizando quase 80% de todos os tumores⁶². Em nosso caso, o subtipo adenocarcinoma foi observado. Em muitas situações, a análise imunohistoquímica é necessária para o diagnóstico final dos casos, com a inclusão dos marcadores AE1/AE3, CK7, EMA e CEA, os quais apresentam taxas de positividade de 97%, 94%, 86% e 75%, respectivamente. Em uma grande variedade de

Tabela 4. Tumores Malignos de Glândulas Salivares Menores de Acordo com a Literatura Consultada

Autores	Ano	País	N	F:M	Sítio (%)	Faixa Etária/Média*/Mediana**
Takahashi et al. 48	1990	Japão	73	1.1	Palato (52)	7ª década
Loyola et al. 49	1995	Brasil	63	1.3	Palato (73)	5ª década
Jansisyanont et al. 50	2002	EUA	61	2.0	Palato (43)	54**
Strick et al. 51	2004	Inglaterra	21	0.4	Palato (42)	54**
Toida et al. 52	2005	Japão	27	0.8	Palato (74)	7ª e 8ª décadas
Yih et al. 53	2005	EUA	94	1.5	Palato (49)	50.8*
Jaberc ⁵⁴	2006	Líbia	46	1.5	Palato (24)	44*
Pires et al. 47	2007	EUA	241	1.5	Palato (36)	62,4*
Wang et al. 55	2007	China	397	0.8	Palato (50)	5ª e 6ª décadas
Copelli et al. 56	2008	Itália	43	1.0	Palato (53)	6ª década

Tabela 5. Distribuição Histológica de 1332 Tumores Malignos de Glândulas Salivares Menores

Autores	CME	CAC	Adeno	Ca.Ex.Ad	CCA	APBG	Outros	Total
Takahashi et al. 48	16	33	05	10	06	01	02	73
Loyola et al. 49	28	22	01	0	06	04	02	63
Jansisyanont et al. 50	33	07	03	0	03	09	0	55
Fregnani 11	15	03	0	0	0	05	01	24
Strick et al. 51	06	07	01	02	0	05	0	21
Toida et al. 52	08	10	02	02	03	0	02	27
Yih et al. 53	45	22	04	02	01	18	02	94
Jaber 54	19	13	08	02	0	03	01	46
Pires et al. 47	121	35	21	02	21	28	09	237
Wang et al. 55	91	143	41	22	07	34	59	397
Copelli et al. 56	12	26	02	0	02	01	0	43
Al-Khateeb, Ababneh 57	03	08	0	01	0	0	01	13
Ansari 58	04	01	02	0	0	0	0	07
Jones 59	59	52	06	11	06	28	10	172
Subhashraj 60	10	25	09	03	01	0	12	60
Total	470	407	105	57	56	136	101	1332

adenocarcinomas, obtém-se positividade para o CK7 e negatividade para CK2062, assim como ocorreu em nosso caso.

Carcinoma Basocelular

O carcinoma de células basais compreende a maioria dos tumores malignos da pele, sendo comumente encontrados na região de cabeça e pescoço, mas raramente na mucosa oral e no vermelhão dos lábios. Em estudo realizado por Silapunt et al.⁶³, com 7.027 casos de carcinoma basocelular de pele, foram observados apenas 18 casos do tumor no vermelhão do lábio, compreendendo aproximadamente 0.25% da amostra. Esses autores também verificaram que as lesões são mais comuns no lábio superior, em pacientes com mais de 60 anos de idade, sem predileção por sexo e raramente associada a fatores de risco, como tabagismo e exposição crônica à luz solar. Em nosso estudo, o caso diagnosticado como carcinoma basocelular pertencia a um paciente do sexo masculino, de 73 anos de idade e localizava-se no vermelhão do lábio inferior, sendo, portanto, um achado raro de acordo com a literatura pesquisada. Oriba et al.⁶⁴ relataram três casos da doença nesta localização anatômica, enquanto outros autores a descreveram na região de mucosa gengival⁶⁵, palatina⁶⁶ e na língua⁶⁷.

CONCLUSÕES

Os tumores malignos espinocelulares compreenderam quase 90% dos cânceres da cavidade oral no serviço estudado. Apesar da baixa prevalência de tumores espinocelulares de lábio, o perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas é semelhante ao de vários estudos encontrados na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
2. Silva Filho GB. Neoplasias não-espinocelulares da cavidade oral. In: Parise Júnior O. Câncer de boca – aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000. p.87-95.
3. Wahi PM. Tipos histológicos de tumores orais y orofaríngeos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1971.
4. Rossi EP, Hirsch SA. A survey of 4793 oral lesions with emphasis on neoplasia and premalignancy. J Am Dent Assoc. 1977; 94(5): 883-6.
5. Happonen RP, Ylipaavalniemi P, Calonius B. A survey of 15758 oral biopsies in Finland. Proc Finn Dent Soc. 1982; 78(4): 201-6.
6. Zancanaro MA, Lorandi CS. Levantamento de diagnósticos histopatológicos. RGO. 1983; 31(4): 309-11.
7. Nakade O, Ohuchi T, Seki C, Kanno H, Abe H, Kaku T et al. Survey of histopathological diagnostic services in the Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Higashi-Nippon-Gakuen University, 1979-1989. Higashi Nippon Shigaku Zasshi. 1989; 8(1): 39-46.
8. Krutchkoff DJ, Chen JK, Eisenberg E, Katz RV. Oral cancer: a survey of 566 cases from the University of Connecticut Oral Pathology Biopsy Service, 1975-1986. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990; 70(2): 192-8.
9. Tay AB. A 5-year survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore: 1993-1997. Ann Acad Med Singapore. 1999; 28(5): 665-71.
10. Moresco FC, Nora Filho MR, Balbinot MA. Levantamento epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da ULBRA-Canos/RS. Stomatos. 2003; 9(17): 29-34.
11. Fregnani ER. Avaliação epidemiológica de 8875 diagnósticos histopatológicos orais realizados pelo Serviço de Diagnóstico Oral da Disciplina de Patologia Bucal da FOP/UNICAMP em um período de 32 anos [dissertação]. São Paulo: UNICAMP; 2003. 96p.
12. Jones AV, Franklin CD. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in adults over a 30-year period. J Oral Pathol Med. 2006; 35: 392-401.
13. Chidzonga MM. Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. Oral Oncol. 2006; 42(2): 177-83.
14. Ajayi OF, Adeyemo WL, Ladeinde AL, Ogunlewe MO, Effiom OA, Omitola OG et al. Primary malignant neoplasms of orofacial origin: a retrospective review

of 256 cases in a Nigerian tertiary hospital. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007; 36(5): 403-08.

15. Mehrotra R, Pandya S, Chaudhary AK, Kumar M, Singh M. Prevalence of oral pre-malignant and malignant lesions at a tertiary level hospital in Allahabad, India. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2008; 9(2): 263-5.

16. Curado MP, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol*. 2009; 21: 194-200.

17. Sampaio MCC, Birman FG, Birman EG, Novelli MD. Análise do carcinoma bucal: casuística do hospital Napoleão Laureano – João Pessoa. *Rev Bras Cancerol*. 1985; 31: 125-30.

18. Barreto RC, Paiva MF, Pereira GAS, Oliveira JMS. Paraíba. Uma das maiores prevalências de câncer bucal da federação brasileira. *Conceitos*. 2001; 4(6): 118-22.

19. Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a brazilian population. *Braz Dent J*. 2001; 12(1): 57-61.

20. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontol Clin-Cientif*. 2003; 2(3): 181-6.

21. Anjos Hora IA, Pinto LP, Souza LB, Freitas RA. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. *Cienc Odontol Bras*. 2003; 6(2): 41-8.

22. Fardin M, Rapoport A, Amar A, Magalhães MR, Latorre MRDO. Fatores de risco no prognóstico do câncer da boca: estudo de 1440 casos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2004; 33(1): 27-33.

23. Nasser N. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares – Blumenau (SC) – Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol*. 2004; 79(6): 669-77.

24. Pithan AS, Cherubini K, Figueiredo MAS, Yurgel LS. Perfil epidemiológico do carcinoma espinocelular de boca em pacientes do serviço de estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS. *Rev Odonto Cienc*. 2004; 19(44): 126-30.

25. Spara L, Spara P, Costa AG. Achados epidemiológicos de câncer da cavidade oral em hospital de referência avaliados no período de 1980-2003. *Odontol*

Clin-Cientif. 2005; 4(3): 177-83.

26. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*. 2006; 42(5): 385-92.

27. Perez RS, Freitas SM, Dedivitis RA, Rapoport A, Denardin OVP, Sobrinho JA. Estudo epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2007; 11(3): 271-7.

28. Coaracy AEV, Lopes FF, Cruz MCN, Bastos EG. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA. *J Bras Patol Med Lab*. 2008; 44(1): 489-93.

29. Osterne RLV, Brito RGM, Nogueira RLM, Soares ECS, Alves APNN, Moura JFB et al. Saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas: estudo clínico-epidemiológico e análise de necessidades odontológicas de 421 pacientes. *Rev Bras Cancerol*. 2008; 54(3): 221-6.

30. Daher GCA, Pereira GA, Oliveira ACD. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(4): 584-96.

31. Guembarovski RL, Menezes RP, Polisel F, Chaves VN, Kuasne H, Leichsenring A et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2): 393-400.

32. Rivera H, Nikitakis NG, Correnti M, Maissi S, Ponce JG. Oral and oropharyngeal cancer in a Venezuelan population. *Acta Odontol Latinoam*. 2008; 21(2): 175-80.

33. Krolls SO, Hoffman S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14253 cases by age, sex, and race of patients. *J Am Dent Assoc*. 1976; 92(3): 571-4.

34. Kayembe MK, Kalengayi MM. Histological and epidemiological profile of oral cancer in Congo (Zaire). *Odontostomatol Trop*. 1999; 22(88): 29-32.

35. Atula S, Grenman R, Laippala P, Syrjanen S. Cancer of the tongue in patients younger than 40 years. A distinct entity? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996; 122(12): 1313-9.

36. Hart AK, Karakla DW, Pitman KT, Adams JF. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: a report on 13 cases and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999; 120(6): 828-33.
37. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(1): 35-40.
38. Amorim Filho FS, Sobrinho JÁ, Rapoport A, Fava AS, Carvalho MB, Novo NF et al. Paradigma da disseminação local do carcinoma epidermóide da base de língua. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70: 471-7.
39. Antunes AA, Antunes AP, Silva PV, Avelar RL, Santos TS. Câncer de língua: estudo retrospectivo de vinte anos. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2007; 36(3): 152-4.
40. Costa ALL, Araújo Júnior RF, Ramos CCF. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71(2): 181-7.
41. Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF, Arruda MLS. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e classificação anatômica em carcinoma epidermóide oral. *Pesq Odontol Bras.* 2002; 16: 216-20.
42. Mark RJ, Sercarz JA, Tran L, Dodd LG, Selch M, Calcaterra TC. Osteogenic sarcoma of the head and neck. The UCLA experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1991; 117(7): 761-6.
43. Bennett JH, Thomas G, Evans AW, Speight PM. Osteosarcoma of the jaws: a 30-year retrospective review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000; 90: 323-33.
44. Chidzonga MM, Mahomva L. Sarcomas of the oral and maxillofacial region: a review of 88 cases in Zimbabwe. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 45(4): 317-8.
45. Pedruzzi PAG, Costa PB, Oliveira BV, Ramos GHA, Sassi LM, Orlandi D. Osteossarcoma da cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2006; 35(4): 255-9.
46. Evans HL, Ayala AG, Ronsdahl MM. Prognostic factors in chondrosarcoma of bone: a clinicopathologic analysis with emphasis on histologic grading. *Cancer.* 1977; 40: 818-31.
47. Pires FR, Pringle GA, Almeida OP, Chen SY. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncol.* 2007; 43: 463-70.
48. Takahashi H, Fujita S, Tsuda N, Tezuka F, Okabe H. Intraoral minor salivary gland tumors: a demographic and histologic study of 200 cases. *Tokohu J Exp Med.* 1990; 161(2): 111-28.
49. Loyola AM, Araújo VC, Sousa SOM, Araújo NS. Minor salivary gland tumours. A retrospective study of 164 cases in a Brazilian population. *Oral Oncol Eur J Cancer.* 1995; 31B(3): 197-201.
50. Jansissyanont P, Blanchaert Jr H, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 31: 257-61.
51. Strick MJ, Kelly C, Soames JV, McLean NR. Malignant tumours of the minor salivary glands – a 20 year review. *Br J Plast Surg.* 2004; 57: 624-31.
52. Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34: 528-32.
53. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JC. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63(6): 805-10.
54. Jaber MA. Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35: 150-4.
55. Wang D, Li Y, He H, Liu L, Wu L, He Z. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104: 94-100.
56. Copelli C, Bianchi B, Ferrari S, Ferri A, Sesenna E. Malignant tumors of intraoral minor salivary glands. *Oral Oncol.* 2008; 44: 658-63.
57. Al-Khateeb TH, Ababneh KT. Salivary tumors in north Jordanians: a descriptive study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 2007; 103: 53-9.
58. Ansari MH. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007; 65: 2187-94.
59. Jones AV, Craig GT, Speight PM, Franklin CD. The range and demographics of salivary gland tumours diagnosed in a UK population. *Oral Oncol.* 2008; 44: 407-17.
60. Subhashraj K. Salivary gland tumors: a single institution experience in India. *Br J Oral Maxillofac Surg.*

2008; 46: 635-8.

61. Leong SCL, Pinder E, Sasae R, Mortimore S. Muco-epidermoid carcinoma of the tongue. Singapore Med J. 2007; 48(10):272-4.

62. Lewis JE, Olsen KD, Sebo TJ. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: pathologic analysis of 73 cases. Hum Pathol. 2001; 32: 596-604.

63. Silapunt S, Peterson R, Goldberg LH, Friedman PM, Alam M. Basal cell carcinoma on the vermilion lip: a study of 18 cases. J Am Acad Dermatol. 2004; 50(3): 384-7.

64. Oriba HA, Sandermann S, Kircik L, Snow SN. Basal cell carcinoma of the vermilion zone of the lower lip: a report of 3 cases. Oral Oncol. 1998; 34: 309-12.

65. Lawson BF, Griffin JW, Waldron CA. Basal cell carcinoma of the gingival: report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1967; 24: 648-53.

66. Liroff KP, Zeff S. Basal cell carcinoma of the palatal mucosa. J Oral Surg. 1972; 30: 730-3.

67. Takaoka K, Noguchi K, Toyohara Y, Hiromoto T, Okui S, Sakurai K et al. Keratotic basal cell carcinoma of the tongue: case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2009; 47: 230-2.

CORRESPONDÊNCIA

Luiz Carlos Ferreira da Silva

Rua Cláudio Batista s/n – Sanatório

CEP:49060-100

meyriellelima@hotmail.com