

Estudo retrospectivo de biópsias em língua – aspectos epidemiológicos

Retrospective study in tongue biopsies – epidemiologic aspects

Luciana Domingues Conceição*

Tânia Magrin*

Ana Paula Neutzling Gomes**

Lenita Maria Aver de Araújo**

Resumo

A cavidade bucal é acometida por diversas enfermidades, muitas das quais ocorrem na língua. O objetivo do presente trabalho foi analisar os aspectos clínico-epidemiológicos de lesões biopsiadas em língua e identificar suas características mais prevalentes. Dos 17.611 laudos histopatológicos do Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca da Faculdade de Odontologia da UFPel foram selecionadas 806 fichas referentes ao total de biópsias realizadas em língua, das quais 50,5% em pacientes do gênero feminino e 49,3% do masculino. As lesões reativas, dando destaque ao fibroma, foram as enfermidades mais comuns (27,4%), seguidas pelas lesões epiteliais malignas, na quase totalidade representadas pelo carcinoma espinocelular (22,7%). As lesões fundamentais de nódulo (43,4%) e úlcera (21,3%), com tamanho de até 5 mm (34,7%) e com evolução de um a cinco anos (18,2%), mostraram-se as mais prevalentes. A faixa etária mais acometida foi a sexta década de vida (21%). Os diagnósticos clínicos registrados nas fichas de biópsias foram concordantes em relação ao diagnóstico histopatológico em 57,72% dos casos. Em relação ao carcinoma espinocelular, a maior prevalência foi observada em indivíduos do gênero masculino e na sexta década de vida. Este estudo busca contribuir para traçar um perfil das lesões da língua e, sobretudo, instrumentalizar o cirurgião-dentista quanto ao seu conhecimento de estomatologia, visando aprimorar estratégias de promoção e prevenção em saúde.

Palavras-chave: Biópsia. Carcinoma espinocelular. Doenças da língua.

Introdução

A cavidade bucal pode ser acometida por diversas enfermidades, as quais podem ter associação com variáveis sociodemográficas das populações. Para o estabelecimento de um diagnóstico correto, de uma terapêutica adequada, bem como para o desenvolvimento de medidas de promoção e de prevenção, é de grande importância o conhecimento das lesões fundamentais pelos profissionais de saúde¹.

As lesões em língua possuem índices de prevalência que variam em diferentes regiões do mundo²⁻⁴. Esse fato pode ser explicado pelas diferenças entre raças, gênero e idade nas amostras examinadas, além das diferentes metodologias utilizadas⁵⁻⁷. A obtenção de informações necessárias para um diagnóstico seguro é diretamente proporcional a um exame cuidadoso e criterioso das estruturas bucais e, quando necessário, acompanhado de exames complementares⁸.

Nesse contexto, quando se considera que a língua é um órgão extremamente acessível ao exame clínico⁹ e que é frequentemente acometido por várias lesões, desde as mais comuns até as mais raras, fica clara a necessidade de se estudarem as alterações neste sítio.

Observa-se que no Brasil o câncer de boca é o quinto tipo de câncer mais comum no gênero masculino e oitavo no feminino¹⁰, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) responsável por 90 a 95% dessas enfermidades¹¹.

A maior parte dos achados na literatura mostra que a língua, a gengiva e o assoalho são os locais mais envolvidos pelo CEC na cavidade bucal¹¹⁻¹⁵. Para alguns estudos a língua é o principal sítio dessas lesões¹⁶⁻²⁰. Os pacientes mais afetados são os do gênero masculino, com 75% dos casos diagnosticados na faixa etária dos sessenta anos¹⁶.

* Alunas de graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

** Professoras doutoras - Departamento de Semiologia e Clínica - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

Os carcinomas localizados na língua têm o pior prognóstico quando comparados a todas as outras localizações da cavidade bucal²¹. Além disso, o CEC de base de língua é geralmente diagnosticado nas fases avançadas (estádios III e IV)²², quando os procedimentos terapêuticos já são pouco efetivos²³.

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento epidemiológico das lesões biopsiadas em língua dos arquivos do Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca (CDDDB) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPel), buscando reconhecer o perfil dessas lesões nesta região geográfica e permitindo, assim, sua melhor identificação e comparação com os dados existentes na literatura.

Sujeitos e método

Este estudo, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPel sob o parecer nº 044/2007, foi realizado por meio de análise retrospectiva das lesões biopsiadas em língua, selecionadas dos arquivos do CDDDB da FO-UFPel. De um total de 17.611 laudos histopatológicos do serviço do foram selecionadas e revisadas 806 fichas referentes ao total das biópsias realizadas em língua.

Para esse levantamento epidemiológico foram registradas informações referentes à faixa etária

e ao gênero dos pacientes, bem como tipo de lesão fundamental, tamanho da lesão, sintomatologia, tempo de evolução, diagnóstico clínico e diagnóstico histopatológico. As lesões foram agrupadas por categorias segundo Neville et al.²⁴ (2009), com modificações, resultando na classificação demonstrada no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação das lesões de língua adotada no estudo

	Grupos
01	Lesões reativas
02	Patologia epitelial – alterações benignas
03	Patologia epitelial – lesões potencialmente malignas
04	Patologia epitelial – neoplasias malignas
05	Patologias das glândulas salivares – tumorais e não tumorais
06	Tumor benigno de tecido conjuntivo
07	Sarcoma de tecidos moles
08	Alterações de desenvolvimento
09	Doenças imunológicas
10	Doenças infecciosas
11	Processos inflamatórios não específicos
12	Tecidos normais
13	Inconclusivos/material insuficiente para diagnóstico

Foram feitas análises descritiva e tabulação dos resultados pelo programa computacional SPSS, versão 10.0 para Windows®.

Resultados

A casuística analisada foi constituída por 806 casos (4,56%), correspondentes a um total de 17.661 registros de biópsias do CDDDB, sendo 407 pacientes do gênero feminino e 397 do masculino (Fig. 1).

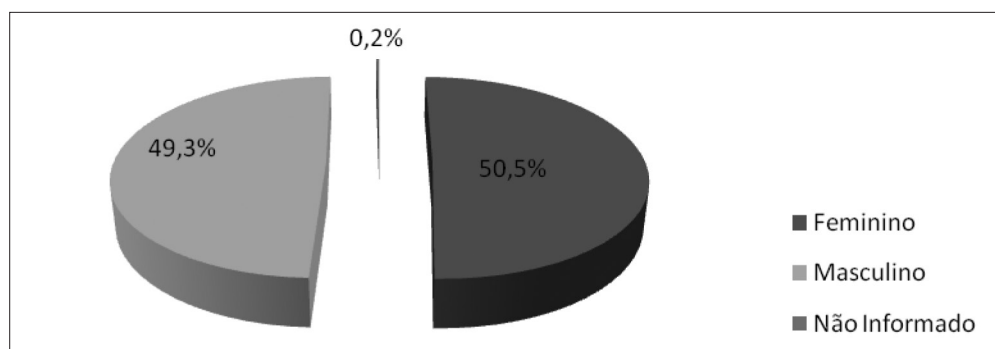


Figura 1 - Distribuição dos pacientes segundo o gênero

Com relação à faixa etária, houve maior prevalência de lesões na sexta década (169-21,0%), seguida pela quinta (150-18,6%) e sétima décadas (125-15,5%) (Fig. 2).

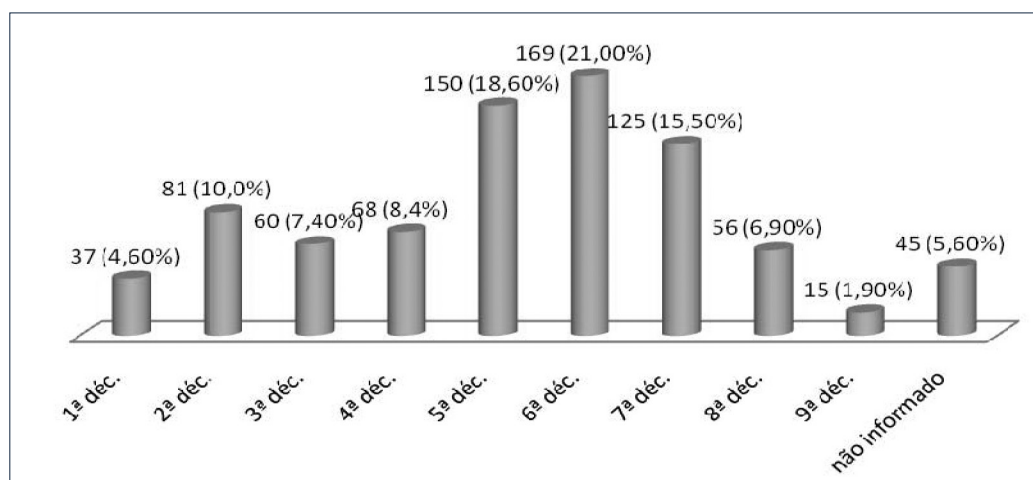


Figura 2 - Distribuição dos pacientes segundo a faixa etária

Em relação ao grupo histológico, as lesões reativas tiveram maior frequência (27,4%), observando-se como lesão principal o fibroma (49,7%). Em seguida notaram-se as enfermidades epiteliais malignas (23,4%), na sua quase totalidade representadas pelo carcinoma espinocelular (97%) (Tab. 1 e 2).

Tabela 1 - Grupos histopatológicos mais frequentes

Grupo histopatológico	Total de lesões	Frequência
Lesões reativas	221	27,4%
Patologia epitelial - neoplasias malignas	189	23,4%
Patologia das glândulas salivares – tumorais e não tumorais	88	10,9%
Doenças infecciosas	67	8,3%
Processos inflamatórios inespecíficos	53	6,6%
Demais grupos	188	23,3%
Total	806	100%

Tabela 2 - Distribuição das lesões mais frequentes por grupo histopatológico

Categoria	Número total de biópsias	Porcentagem do total de biópsias (%)
Lesões reativas	221	27,4%
Fibroma	110	13,6%
Fibroma de células gigantes	48	6%
Granuloma piogênico	44	5,5%
Patologia epitelial – alterações benignas	22	2,7%
Acantose e hiperparaceratose	6	0,7%
Acantose	3	0,4%
Patologia epitelial – lesões potencialmente malignas	38	4,7%
Displasia epitelial	14	1,7%
Displasia liquenoide	6	0,7%
Patologia epitelial - neoplasias malignas	189	23,4%
Carcinoma espinocelular	183	22,7%
Patologia das glândulas salivares – tumorais e não tumorais	88	10,9%
Mucocele	82	10,2%
Adenocarcinoma	2	0,2%

Cont.

Categoria	Número total de biópsias	Porcentagem do total de biópsias (%)
Tumor benigno de conjuntivo	23	2,9%
Neurofibroma	6	0,7%
Lipoma	5	0,6%
Tumor de células granulares	5	0,6%
Tumor maligno de conjuntivo	2	0,2%
Leiomiossarcoma	2	0,2%
Alterações e cistos de desenvolvimento	52	6,5%
Hemangioma	25	3,1%
Linfangioma	7	0,9%
Cisto linfoepitelial	11	1,4%
Doenças imunológicas	28	3,5%
Líquen plano	20	2,5%
Pênfigo vulgar	3	0,4%
Doenças infecciosas	67	8,3%
Papiloma	45	5,6%
Paracoccidiodomicose	9	1,1%
Candidíase	5	0,6%
Processos inflamatórios inespecíficos	53	6,6%
Tecidos normais	9	1,1%
Inconclusivos/material insuficiente	6	0,7%

Em relação às lesões fundamentais, foram encontrados seis tipos, sendo nódulo o mais frequente (46,4%), seguido de úlcera (21,3%) e placa (11,6%) (Fig. 3).

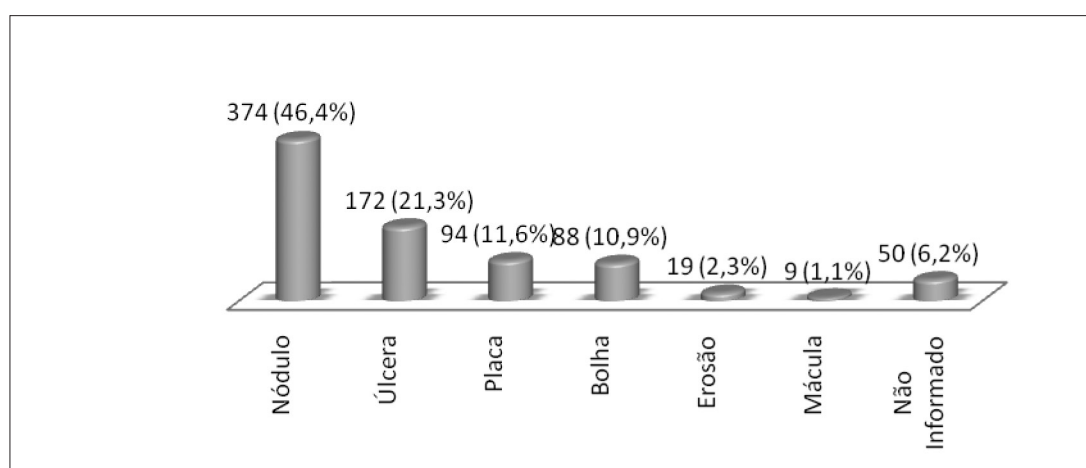


Figura 3 - Distribuição das enfermidades segundo tipo de lesão fundamental

Quanto ao tamanho, houve predomínio de lesões com até 5 mm (34,7%), seguidas pelos grupos com lesões de até 10 mm (20,6%) (Fig. 4).

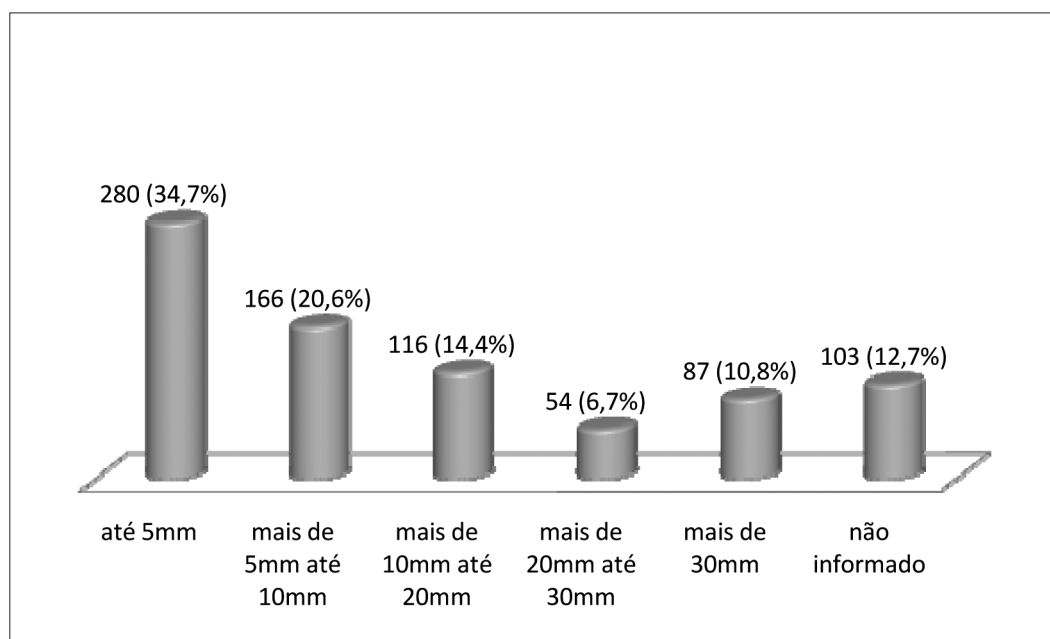


Figura 4 - Distribuição da amostra estudada segundo o tamanho da lesão

Na amostra estudada a presença de sintomatologia foi relatada em 23,6% das fichas, sendo a dor a característica mais frequente (82,7%). Foram relatados ainda 40,2% de casos assintomáticos e 36,1% sem informação.

Os diagnósticos clínicos registrados nas fichas de biópsias foram confirmados pelo exame histopatológico em quatrocentos casos (57,72%), os quais não foram concordantes em 293 (42,28%). Em 113 casos o diagnóstico clínico não foi informado (Tab. 3).

Tabela 3 - Concordância entre diagnóstico histopatológico e diagnóstico clínico dos principais grupos

Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico clínico			
	Não concordante	Concordante	Não informado	Total
Alterações de desenvolvimento	20	20	12	52
Patologia das glândulas salivares – tumorais e não tumorais	29	48	11	88
Lesões reativas	89	106	26	221
Sarcoma de tecidos moles	1	1	0	2
Tumor benigno de conjuntivo	17	2	4	23
Patologia epitelial – potencialmente malignas	25	7	6	38
Doenças infecciosas	21	37	9	67
Patologia epitelial – neoplasias malignas	22	144	23	189
Patologia epitelial – alterações benignas	14	5	3	22

Com relação ao tempo de evolução, lesões com história de um a cinco anos foram as de maior frequência (18,2% dos casos) e corresponderam predominantemente a lesões reativas. A seguir, as lesões com evolução de um a três meses (17,2%) foram as mais frequentes, relacionadas principalmente ao CEC (Fig. 5).

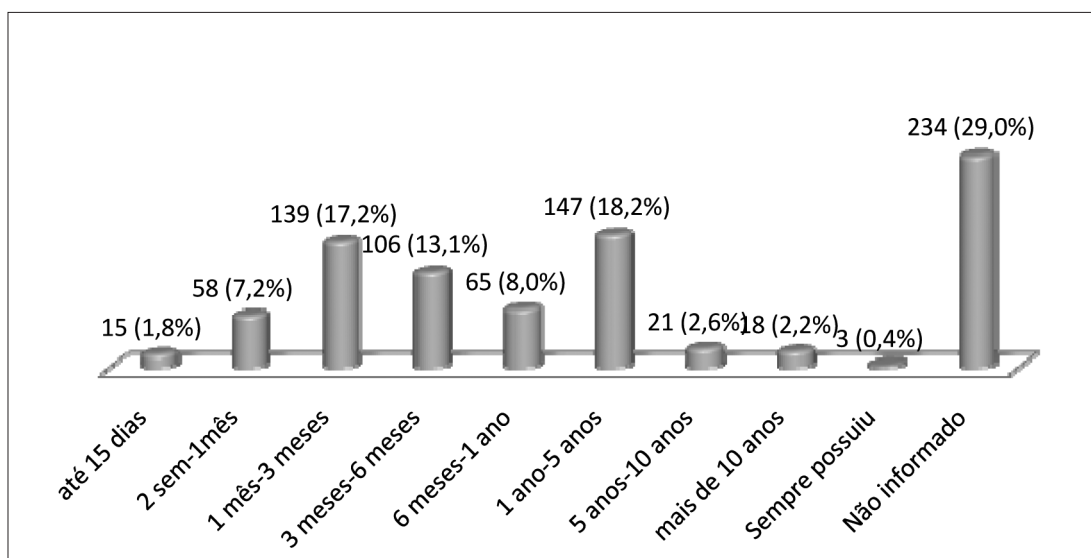


Figura 5 - Distribuição das lesões estudadas segundo tempo de evolução

Em relação ao CEC, a maior prevalência foi na sexta década de vida, sendo 38,6% dos casos observados em homens; nas mulheres essa lesão foi mais prevalente na sétima década de vida, com 27,4%. No total, 3,8% dos casos tiveram o gênero do paciente não informado (Tab. 4)

Tabela 4 - Distribuição do carcinoma espinocelular segundo faixa etária e o gênero dos pacientes

Faixa etária	Carcinoma espinocelular	
	Fem.	Masc.
3ª década	1 (1,9%)	–
4ª década	3 (5,9%)	5 (3,78%)
5ª década	6 (11,7%)	27 (20,4%)
6ª década	9 (17,6%)	51 (38,6%)
7ª década	14 (27,4%)	33 (25%)
8ª década	11 (21,5%)	9 (6,8%)
9ª década	5 (9,8%)	2 (1,51%)
NI	2 (3,9%)	5 (3,78%)
Total	51 (100%)	132 (100%)

Discussão

A comparação dos resultados do presente estudo com outros levantamentos epidemiológicos é dificultada na medida em que a metodologia varia entre os trabalhos encontrados na literatura^{25,26}. Deve ser considerado que este estudo analisa somente mate-

rial de biópsias, ao passo que a maioria dos estudos encontrados se baseia em exames clínicos.

Os achados desta investigação não apontaram diferença significativa na distribuição da amostra entre gênero feminino (407) e masculino (397), o que está relacionado ao fato de que os dois maiores grupos histopatológicos encontrados – lesões reativas e enfermidades epiteliais malignas – tiveram maior prevalência em mulheres e homens, respectivamente. O fato de as lesões reativas terem sido mais frequentes no gênero feminino tem relação com os maiores cuidados com a saúde dispensados pelas mulheres²⁷. Muitas, por serem donas de casa, têm maior disponibilidade de tempo para procurar atendimento; além disso, preocupam-se mais com o autocuidado e o autoexame, fatores que levam a que as lesões sejam mais facilmente detectáveis do que nos homens.

Segundo Sapp et al.²⁸ (1998), Gómez et al.²⁹ (1995) e Tamashiro et al.³⁰ (1996), o fibroma acontece mais frequentemente depois da segunda década de vida. Caracteristicamente, por se tratar de um tipo de lesão de crescimento autolimitante e assintomática, em muitos casos o paciente convive com a lesão por anos. Isso justifica os achados do presente estudo de maior prevalência nas quinta e sexta décadas (27 casos em ambas). Neste trabalho o tempo médio de evolução das lesões reativas foi de um a cinco anos.

Na investigação ora realizada as patologias epiteliais malignas representaram 23,4% da amostra, sendo na sua maioria (183) carcinomas espinocelulares. Os homens foram os mais afetados (71,0%) corroborando os achados de Dedivitis et al.¹⁷ (2004), Perussi et al.¹⁸ (2002), Danese et al.¹⁹ (2000), Antunes et al.²¹ (2003) e Araújo³¹ (2002). As faixas etárias

mais acometidas foram a quinta, sexta e sétima décadas, com pico nas duas últimas, concordando com Carvalho et al.¹⁶ (2001), Dedivitis et al.¹⁷ (2004), Perussi et al.¹⁸ (2002) e Danese et al.¹⁹ (2000).

Ainda, em relação ao CEC, seu aparecimento em pacientes jovens é pouco observado³²⁻³⁴, o que se encontra em concordância com os achados do presente estudo, no qual se observou apenas um caso na terceira década e oito na quarta. Em discordância com o presente estudo, Dedivitis et al.¹⁷ (2004) não encontraram CEC em pacientes com idade inferior a quarenta anos. Dentre a sintomatologia, a dor foi a mais prevalente, com 68 casos, semelhante ao relato de Danese et al.¹⁹ (2000). Esta é uma característica diferenciada referente ao câncer de língua, que precocemente apresenta sintomatologia quando comparado às demais localizações, particularmente ao de lábio.

Quanto ao grupo das enfermidades de glândulas salivares, o mucocele obteve destaque com 82 casos (10,2% do total de biópsias), embora seja considerado raro em língua por autores como Andiran et al.³⁵ (2001). Para esta lesão não houve diferença significativa entre os gêneros e a prevalência foi maior na sexta década de vida, concordando com Chaudhry et al.³⁶ (1960). Conforme era esperado, a vesícula e a bolha foram os tipos de lesões fundamentais mais citados (88 casos).

Do total da amostra do presente estudo, comparando os diagnósticos clínico e histopatológico, houve concordância em 57,72% dos casos, sendo esse um aspecto importante para o estabelecimento de uma conduta terapêutica adequada para o paciente. Esses dados são reafirmados por Marin et al.⁸ (2007), que observaram concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico em 52% dos casos. Observa-se ainda um alto percentual de diagnósticos tidos como não concordantes (36,35%), o que denota a dificuldade em termos de definição diagnóstica, tanto em razão das características clínicas das lesões, por vezes semelhantes, do despreparo do profissional que atendeu o paciente.

De 38 diagnósticos clínicos formulados para enfermidades benignas de tecidos epitelial e conjuntivo, apenas sete foram confirmados pelo exame histopatológico. Em contrapartida, de 166 suspeitas clínicas de carcinoma espinocelular, 144 foram confirmadas. É interessante observar que a dificuldade de diagnóstico do clínico, aparentemente, é maior entre as lesões benignas do que entre as lesões malignas. A obviedade do diagnóstico clínico do CEC de língua, normalmente observado em estágio avançado, contrasta com o maior número de hipóteses diagnósticas para lesões benignas para uma mesma lesão.

Uma porcentagem elevada de fichas encaminhadas para o laboratório de patologia bucal não estava preenchida corretamente em razão da falta de dados em relação ao diagnóstico clínico. Tais percentuais sugerem um melhor preparo técnico-científico pro-

fissional e um adequado preenchimento das fichas de biópsias, o que é de fundamental importância para a precisão diagnóstica.

Em termos de saúde pública, isso seria muito bom, uma vez que a capacitação para a detecção de lesões malignas repercute muito mais nos índices de saúde do que uma suspeição equivocada entre um fibroma e um granuloma piogênico, por exemplo. Entretanto, não necessariamente isso reflete a realidade nos postos de saúde ou nas clínicas particulares, posto que a maioria do material biopsiado registrado no CDDB tem origem na própria Faculdade de Odontologia, onde se supõe que a orientação docente interfira nesses resultados. Infelizmente, os altos índices de diagnóstico tardio do câncer bucal identificados nos serviços de referência para o câncer e que justificam a sobrevida de apenas 40 a 50% dos pacientes^{37,38} fundamentam a suposição de que uma boa parcela de casos ocorre em virtude do despreparo profissional para o diagnóstico adequado.

Nesse contexto, o cirurgião-dentista tem papel importante, pois a prática da biópsia é necessária em alguns casos na cirurgia bucomaxilofacial. Também é indispensável que seja feita precocemente para um adequado acompanhamento, planejamento e tratamento, permitindo, assim, o crescimento das taxas de cura e sobrevida dos pacientes.

Conclusões

Baseando-se no estudo realizado, observou-se maior prevalência das lesões reativas, tendo como principal representante o fibroma, e das neoplasias malignas, preferencialmente o CEC. Além disso, o baixo índice de concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico reforça a importância do conhecimento das lesões bucais pelo cirurgião-dentista, para que seja proporcionado aos indivíduos tratamento adequado e diagnóstico precoce, visando a melhor prognóstico para as enfermidades estudadas.

Abstract

The oral cavity is affected by different pathologies, where many of which are found in the tongue. The aim of this work was to evaluate the clinical and epidemiological aspects of tongue's lesions submitted to biopsy, and identify their more prevalent characteristics. 806 records were selected from 17.611 histopathologic records of the CDDB/FO related to tongue biopsies, where 50.5% in female and 49.3% in male patients. The reactive lesions, specially the fibroma, were the most common diseases (27.4%), followed by malignant epithelial pathology (22.7%), which almost all were carcinoma espinocelular (CEC). Nodule fundamental lesions (43.4%) and ulcer (21.3%), with dimension up to 5 mm (34.7%), and with evolution from 1 to 5 years (18.2%), were the most prevalent lesions. The most affected people were on

their sixties (21%). The clinical diagnosis registered in the biopsies charts agreed in relation to the histopathological diagnosis in 57.72% of the cases. With respect to CEC, the greatest prevalence was observed in males on their sixties. This study tries to contribute to trace an aspect of tongue pathologies and, above all, provide the dentist with knowledge about stomatology, aiming at improving strategies of health promotion and prevention.

Key words: Biopsy. Carcinoma espinocelular. Tongue diseases.

Referências

- Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 2 e 3 reimp. São Paulo: Editora Pancast; 1998.
- Salonen L, Axéll T, Halldén L. Occurrence of oral mucosal lesions, the influence of tobacco habits and an estimate of treatment time in an adult Swedish population. *J Oral Pathol Med* 1990; 19(4):170-6.
- Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29(7):331-5.
- Lin HC, Corbet EF, Lo EC. Oral mucosal lesions in adult Chinese. *J Dent Res* 2001; 80(5):1486-90.
- Kullaa-Mikkonen A, Mikkonen M, Kotilainen R. Prevalence of different morphologic forms of the human tongue in young Finns. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982; 53(2):152-6.
- Darwazeh AM, Pillai K. Prevalence of tongue lesions in 1013 Jordanian dental outpatients. *Com Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(5):323-4.
- Gupta PC, Murti PR, Bhonsle RB, Mehta FS, Pindborg JJ. Effect of cessation of tobacco use on the incidence of oral mucosal lesions in a 10-yr follow-up study of 12 212 users. *Oral Dis* 1995; 1(1):54-8.
- Marin HJI, Silveira MMF, Souza GFM, Pereira JRD. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Odontol Clín-Cientif* 2007; 6(4):315-8.
- Avcu N, Kanli A. The prevalence of tongue lesions in 5150 Turkish dental outpatients. *Oral Diseases* 2003; 9(4):188-95.
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil: Estimativa 2008; INCA 2007; p 39.
- Cotran RS. Patologia estrutural e funcional. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- Casiglia J, Woo SB. A comprehensive review of oral cancer. *Gen Dent* 2001; 49(1):72-82.
- Chen J, Katz RV, Krutch, Kof DJ. Intra oral squamous cell carcinomas: epidemiologic patterns in Connecticut from 1935 to 1985. *Cancer* 1990; 66(6):1288-96.
- Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer* 1989; 43(6):992-1000.
- Moore SR, Johnson NW, Pierce AM, Wilson DF. The epidemiology of mouth cancer: a review of global incidence. *Oral Diseases* 2000; 6(2):65-74.
- Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47(3):208-14.
- Dedivitis NA, 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.
- Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapaport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(4):341-4.
- Danese CC, Marconato MC, Spara L. Câncer de boca: um estudo no Hospital Universitário de Santa Maria. *Rev Bras Cancerol* 2000; 46(2):179-82.
- Camarini ET, Chinellato LEM, Fleury RN, Quevedo FC, Damante JH. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares de boca atendidos nas cidades de Bauru e Jaú, Estado de São Paulo, Brasil. *Odontol e Sociedade* 2000; 27:70-6.
- Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Clín Cientif* 2003; 2(3):181-6.
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Boca: manual de detecção de lesões suspeitas. 2. ed. Rio de Janeiro; 1996.
- Amorin Filho FS, Sobrinho JA, Rapoport A, Novo NF, Juliano Y. Estudo clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide da base da língua. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 69(2):175-9.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
- Redman RS. Prevalence of geographic tongue, fissured tongue, median rhomboid glossitis, and hairy tongue among 3,611 Minnesota schoolchildren. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1970; 30(3):390-5.
- Aboyans V, Ghaem Maghami A. The incidence of fissured tongue among 4.009 Iranian dental outpatients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 36(1):34-8.
- Deboni MCZ, Traina AA, Trindade IK, Rocha EMV, Teixeira VCB, Takahashi A. Levantamento retrospectivo dos resultados dos exames anatomopatológicos da disciplina de cirurgia da FOUUSP-SP. *RPG Rev Pós Grad* 2005; 12(2):229-33.
- Sapp PJ, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2. ed. Madrid: Harcourt Brace de España AS; 1998.
- Gómez JHZ, Brunicardi AS, Ayoubi GA. Fibroma de tamaño considerable en el borde lateral de la lengua. *Acta Odontol Venez* 1995; 33(1):7-9.
- Tamashiro T, Arias P, Nomura M. Fibroma gigante. Caso clínico. *Revista ADM* 1996; 5:241-4.
- Araújo LMA. Epidemiología e histopatología del carcinoma espinocelular de boca: un análisis de la casuística del centro de diagnóstico de enfermedades de la boca. Faculdade de odontologia – UFPel – Brasil 2002 [Tese de Doutorado]. España: Facultad de Odontología da Universidad de Granada; 2002.
- Newman AN, Rice DH, Ossoff RH, Sisson GA. Carcinoma of the tongue in persons younger than 30 years of age. *Arch Otolaryngol* 1983; 109(5):302-4.

33. Duroux S, Michelet V, Majoufre C, Siberchicot F, Pinsolle J. Carcinome de la cavité orale dans les adultes moins de 30 années d'âge. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1996; 97(4): 225-8.
34. Hart AK, Karakla DW, Pitman KT, Adams JF. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: a report on 3 cases and review of literature. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120(6):828-33.
35. Andiran N, Sarikayalar F, Unal OF, Baydar DE, Ozaydin E. Mucocoele of the anterior lingual salivary glands: from extravasation to an alarming mass with a benign course. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 61(2):143-7.
36. Chaudhry AP, Reynolds DH, LaChapelle CF, Vickers RA. A clinical and experimental study of mucocoele (retention cyst). *J Dent Res* 1960; 39(6):1253-62.
37. Franceschi S, Bidoli E, Herrero R, Muñoz N. Comparison of cancers of the oral cavity and pharynx worldwide: etiological clues. *Oral Oncol* 2000; 36:106-15.
38. Zender CA, Petruzzelli GJ. Why do patients with head and neck squamous cell carcinoma experience distant metastases: can they be prevented? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 13:101-4.

Endereço para correspondência

Lenita Maria Aver de Araújo
Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de
Odontologia, Departamento de Semiologia e
Clínica. Rua Gonçalves Chaves, 457, sala 602,
Centro.
96015560 Pelotas - RS
Fone: (53) 2256741, Fax: (53) 2256741
E-mail: lenita_araujo@uol.com.br

Recebido: 27.7.2009 Aceito: 18.11.2009