

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO-PATOLÓGICO DOS CASOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR ORAL: ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO

ÊMILE DE MORAES¹; KARINE DUARTE DA SILVA²; LAURA BORGES KIRSCHNICK³; ALESSANDRO MENNA ALVES⁴; ANA PAULA NEUTZLING GOMES⁵; SANDRA BEATRIZ CHAVES TARQUINIO⁶

¹Graduanda da Faculdade de Odontologia da UFPel - eemilemoraes@gmail.com

²Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPel – karineduardedasilva1@gmail.com

³Graduanda da Faculdade de Odontologia da UFPel - laurakirschnick@hotmail.com

⁴Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFPel - menna.odonto@gmail.com

⁵Professora Associada da Faculdade de Odontologia da UFPel – apngomes@gmail.com

⁶Professora Titular da Faculdade de Odontologia da UFPel – sbtarquinio@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um dos maiores problemas mundiais de saúde bucal, uma vez que apresenta altas taxas de morbimortalidade (WARNAKULASURIYA, 2010). No Brasil, estimativas mostram que o câncer da cavidade oral figura como o 5º tipo de câncer mais frequente em homens (INCA, 2016). O carcinoma espinocelular (CEC) é sua variante de maior ocorrência, representando mais de 90% de todas as neoplasias bucais (WARNAKULASURIYA, 2010; ZINI, CZERNINSKI, SGAN-COHEN, 2010).

Indivíduos do sexo masculino, acima dos 40 anos de idade, com hábitos de tabagismo e etilismo, bem como aqueles de pele clara e ocupação ligada à exposição solar crônica vem sendo relatados como os mais acometidos pelo CEC oral (JOHNSON et al., 2011; WARNAKULASURIYA, 2010).

As lesões de CEC oral podem afetar lábios, mucosajugal, gengiva, palato, língua e assoalho bucal, sendo que a língua, assoalho bucal e lábio inferior são os sítios mais frequentemente acometidos (BRENER et al., 2007; ZINI, CZERNINSKI, SGAN-COHEN, 2010). Sua apresentação clínica usual é de uma úlcera com área central necrótica e bordos elevados, que pode ter tamanhos variados (NEVILLE et al., 2009). Nesse sentido, indivíduos com CEC oral podem ter sua qualidade de vida prejudicada, devido ao comprometimento de funções como a mastigação, fala, além da presença de sintomatologia dolorosa e dos problemas estéticos que podem advir dessa condição (BARRIOS et al., 2015; SCHWEYEN et al., 2016).

As diferentes características socioeconômicas das populações, seus distintos hábitos, expectativa de vida e fatores ambientais a que são submetidas, bem como diferenças relacionadas à educação preventiva que recebem e à qualidade de assistência médica que possuem geram variações nas taxas de incidência e mortalidade por CEC oral no Brasil e no mundo (BRENER et al., 2007; JEMAL et al., 2007).

Nesse sentido, conhecer o perfil das populações acometidas pelo CEC oral é importante no sentido de atuar em sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. Portanto, o objetivo desse estudo foi investigar os casos de CEC oral diagnosticados em um serviço de referência no diagnóstico das afecções bucais, quanto a sua prevalência, perfil sócio-demográfico e características clínico-patológicas dos indivíduos acometidos.

2. METODOLOGIA

Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO-UFPEL/RS). Foi realizada análise transversal retrospectiva dos casos de CEC oral diagnosticados no Centro de Diagnóstico de Doenças da Boca (CDDDB) da FO-UFPEL/RS, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015. Apenas casos clínicos cujos diagnósticos histopatológicos foram estabelecidos entraram no estudo. Importante ressaltar que o CDDDB é considerado um centro de referência para o diagnóstico clínico e histopatológico de doenças bucais, atendendo principalmente a população que vive no extremo sul do Rio Grande do Sul.

A partir da análise das fichas clínica e de biópsia dos pacientes, coletou-se dados referentes a sexo, idade, cor de pele, ambiente de trabalho, consumo de álcool e tabaco, localização, tempo de evolução, aspecto clínico e tamanho do tumor, bem como sintomatologia dolorosa e presença de linfonodos palpáveis.

A categorização desses dados foi a seguinte: sexo (masculino e feminino), idade (em décadas a partir de 21 anos, até 91 ou mais), cor da pele (branca e não-branca, referida pelo profissional), ambiente de trabalho (*indoor*, *outdoor* e aposentado) consumo de álcool (não e sim), consumo de tabaco (não, sim <10 cigarros/dia, sim \geq 10 cigarros/dia e ex-fumante), localização da lesão (vermelhão de lábio inferior e superior, comissura labial, mucosa labial, borda lateral/ventre de língua, dorso lingual, mucosa jugal, assoalho bucal, gengiva/rebordo alveolar, palato e orofaringe), tempo de evolução referido pelo paciente (até 6 meses, maior que 6 até 12 meses, maior que 12 meses), aspecto clínico (leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia, úlcera ou associação úlcera+leucoplasia, úlcera+eritroplasia), tamanho do tumor (até 2cm, 2,1-4cm, maior que 4cm), sintomatologia dolorosa (não e sim), comprometimento dos linfonodos (não e sim).

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel® 2013 (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, EUA) e analisados no programa SPSS® versão 22.0 para Windows. Foram realizadas estatísticas descritiva e analítica, utilizando-se o teste Qui-quadrado para verificar a associação entre as variáveis (nível de significância de 5%).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015, mais de 9.000 amostras foram processadas no CDDDB, sendo 283 casos referentes a CEC oral (não incluindo suas variantes). A tabela 1 apresenta as características individuais desses casos.

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis individuais quanto a suas frequências absoluta e relativa. CDDDB, Pelotas/RS, Brasil (N=283)

VARIÁVEIS	N (%)	VARIÁVEIS	N (%)
Sexo		Tabagismo	
Masculino	217 (76,7%)	Não	30 (15,2%)
Feminino	66 (23,3%)	Sim <10 cig./dia	122 (61,9%)
Faixa etária¹		Sim \geq 10 cig./dia	23 (11,7%)
21-30	5 (1,8%)	Ex-fumante	22 (11,2%)
31-40	12 (4,3%)	Etilismo	
41-50	44 (15,2%)	Não	33 (29,7%)
51-60	72 (25,5%)	Sim	78 (70,3%)
61-70	79 (28,0%)	Ambiente de trabalho	
71-80	51 (18,1%)	<i>Indoor</i>	85 (32,8%)
81-90	19 (6,7%)	<i>Outdoor</i>	83 (32,1%)
91 ou mais	1 (0,4%)	Aposentado	91 (35,1%)
Cor da pele			
Branca	236 (87,7%)		

Não-branca 33 (12,3%)

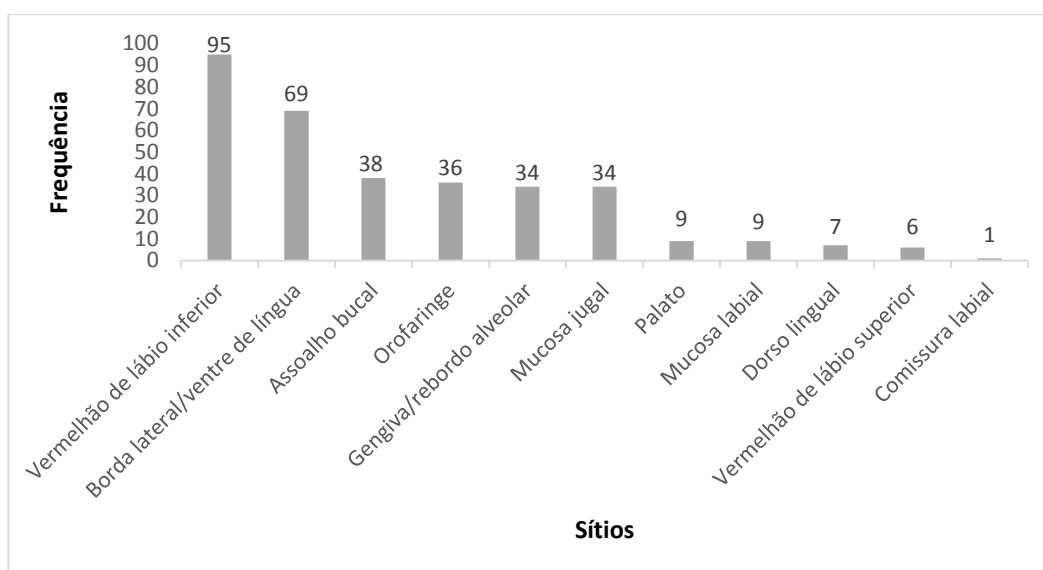
*O número máximo de informações perdidas ocorreu para a variável consumo de álcool(N=172).

¹A idade média da amostra foi 61,2 anos (dp 13,3).

Observa-se o maior acometimento de homens de meia-idade e idosos, pele clara e com hábitos nocivos de tabagismo e etilismo, conforme estudos sobre CECoral em diferentes populações reportam(JOHNSON et al., 2011;WARNAKULASURIYA, 2010).Algumas pesquisas têm relatado uma diminuição da relação homem/mulher, atribuindo essa mudança a diferentes fatores como a alteração dos hábitos de consumo de álcool e tabaco, peculiaridades culturais e geográficas, entre outras razões (WEIJERS, 2011). O grande número de pacientes que relataram ser aposentados, sem especificar se quando ativos trabalhavam ou não expostos à radiação solar dificultou verificar se havia associação entre ocupação e CEC de lábio, conforme a literatura relata (DOMÍNGUEZ-GORDILLO et al., 2015;OSTERNE et al. 2011).

Os sítios mais acometidos foram vermelhão de lábio inferior, 95 (30,3%), seguido de borda lateral/ventre de língua, 69 (19,9%), e assoalho bucal, 38 (13,4%) casos (Gráfico 1), o que está de acordo com a literatura (BRENER, et al., 2007;ZINI, CZERNINSKI, SGAN-COHEN, 2010).

Gráfico 1 – Distribuição das lesões, segundo sítios. CDDB, Pelotas/RS, Brasil (N=283)



Em relação ao tamanho das lesões, 123 (57,2%) possuíam até 2cm, 66 (30,7%) entre 2,1 e 4 cm e 26 (12,1%) mais que 4 cm. Lesões menores estiveram associadas a CEC em vermelhão de lábio inferior($p<0,05$), o que é característico para lesões nesse sítio, cujo diagnóstico precoce é mais frequente(OSTERNE et al., 2011; RENA et al., 2014).

Os aspectos clínicos mais comuns foram úlcera, associação e leucoplasia, correspondendo respectivamente a 174 (67,2%), 30 (11,6%) e 26 (10,0%) casos.

O preenchimento incompleto de algumas fichas clínicas e de biópsias, já esperado em estudos retrospectivos, limitou em parte a análise de algumas variáveis como tempo de evolução, sintomatologia dolorosa e comprometimento linfonodal regional, com informações perdidas, respectivamente de 94 (33,2%),127 (44,9%) e 225 (79,5%).

4. CONCLUSÕES

A análise do perfil sócio-demográfico e clínico-patológico dos usuários de um serviço de referência acometidos por CEC oral revelou resultados semelhantes aos reportados na literatura, fornecendo informações importantes para ações educativas e preventivas relacionadas a esse agravo na população atendida pelo Serviço. A conscientização dos indivíduos sobre os cuidados com a saúde bucal, evitando o consumo de álcool, fumo e a exposição solar crônica constitui passo importante na busca da redução da incidência de câncer bucal nas populações.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRIOS, R. et al. Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group. **Health Qual Life Outcomes**, v.13, n.9, 2011.
- BRENER, S. et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. **Rev Bras de Cancerol**, v.53, n.1, p.63-69, 2007.
- DOMÍNGUEZ-GORDILLO, A. et al. The pattern of lip cancer occurrence over the 1990–2011 period in public hospitals in Madrid, Spain. **J Oral Pathol Med**, v.43, n.3, p. 202-10, 2015 Aug.
- INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 25 jul. 2016.
- JEMAL, A. et al. Cancer Statistics, 2007. **CA Cancer J Clin**, v.57, n.1, p.43-66, 2007.
- JOHNSON, NW. et al. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. **Periodontol 2000**, EUA, v.57, n.1, p.19-37, 2011.
- NEVILLE, BradW. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 972 p.
- OSTERNE, R.L. et al. Lip lesions in a Brazilian population. **J CraniofacSurg**, v.22, n.6, p. 2421-5, 2011 Nov.
- RENA, W. et al. Surgical management of Squamous Cell Carcinoma of the lower lip: An experience of 109 cases. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.19, n.4, p.e398-402, 2014 Jul.
- SCHWEYEN, R. et al. The impact of oral rehabilitation on oral health-related quality of life in patients receiving radiotherapy for the treatment of head and neck cancer. **Clin Oral Investing**, 2016 Jun.
- WARNAKULASURIYA, S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. **Oral Oncol, Holanda**, v.46, n.6, p.407-10, 2010.
- WEIJERS, M. et al. Oral cancer trends in a single head-and-neck cancer center in the Netherlands; decline in T-stage at the time of admission. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Espanha, v.16, n.7, p.e914-8, 2011.
- ZINI, A.; CZERNINSKI, R.; SGAN-COHEN, H.D. Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. **J Oral Pathol Med**, v.39, n.4, p.299-305, 2010 Apr.