

# PERFIL CLÍNICO E DEMOGRÁFICO DO CARCINOMA ESPINOCELULAR EM UMA POPULAÇÃO DE UM SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO DO SUL DO BRASIL: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 53 ANOS

KARINE DUARTE DA SILVA<sup>1</sup>; ALESSANDRO MENNA ALVES<sup>2</sup>; ADRIANA  
ETGES<sup>2</sup>; FERNANDA NEDEL<sup>2</sup>; SANDRA BEATRIZ CHAVES TARQUINIO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – *kduartesilva@hotmail.com*

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – *menna.odonto@gmail.com*

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – *sbtarquinio@gmail.com*

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer oral é, mundialmente, o maior problema na área de saúde bucal, apresentando alta taxa de morbimortalidade (WARNAKULASURIYA, 2010) e figurando como o sexto tipo de câncer mais comum (PARKIN et al., 2005). Ele representa em torno de 5% de todas as neoplasias do corpo (GILLISON, 2007), apesar de haver uma grande variação geográfica na incidência dessa desordem (WARNAKULASURIYA, 2010).

O carcinoma espinocelular oral (CEC) é o tipo mais frequente de câncer bucal, representando aproximadamente 94% de todas as neoplasias desse sítio (WARNAKULASURIYA, 2010) e ocorrendo com maior prevalência em indivíduos acima dos 45 anos de idade.

Embora várias pesquisas tenham sido realizadas, mais de 50% dos indivíduos afetados morre dentro de cinco anos após o diagnóstico.

O consumo de tabaco e álcool está fortemente associado ao desenvolvimento de tumores tais como o CEC oral e neoplasmas do trato aerodigestivo superior (JOHNSON et al., 2011; SZYMANSKA et al., 2011). Entretanto, nas últimas décadas, há uma tendência crescente para o desenvolvimento de CEC oral em mulheres e adultos jovens, sendo especulada a existência de outros fatores etiológicos, tais como herança genética, hábitos alimentares e vírus HPV (PATEL et al., 2011; BRADSHAW et al., 2012).

Frequentemente, O CEC oral representa uma doença heterogênea cujo prognóstico é difícil de estabelecer, uma vez que é condicionada por múltiplas variáveis, tais como a extensão e a localização do tumor primário, o grau de invasão de estruturas vizinhas, a presença de metástases regionais e à distância, os tipos histológicos, a terapia escolhida e o estado de saúde geral do paciente (JOHNSON et al., 2011).

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos casos de CEC de boca registrados no Centro de Diagnóstico de Doenças da Boca (CDDDB), em um período de 53 anos. Tal serviço 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.

## 2. METODOLOGIA

Oitocentos e seis indivíduos com carcinoma espinocelular oral (CEC) e suas variantes (carcinoma de células basais, carcinoma verrucoso e carcinoma de células fusiformes), atendidos no Centro de Diagnóstico de Doenças da Boca (CDDDB) no período de 1959-2012 foram incluídos no estudo, que teve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Pelotas (Brasil).

Nas duas últimas décadas, o CDDB tem realizado campanhas a fim de conscientizar a população sobre a importância do autoexame bucal e de promover a prevenção e a detecção precoce do câncer oral. Por este motivo, os dados de prevalência do CEC oral foram categorizados em dois períodos (1959-1996 e 1997-2012), uma vez que a primeira campanha ocorreu em novembro de 1996.

Os seguintes parâmetros clínicos foram registrados a partir da análise das fichas dos pacientes: idade, sexo, cor da pele, localização do tumor, tamanho, tempo de evolução das lesões (referido pelos pacientes), aparência clínica, sintomatologia, presença de linfonodos palpáveis, consumo de tabaco e álcool e profissão.

Os dados foram categorizados da seguinte forma: idade do indivíduo em décadas, gênero (masculino e feminino), cor da pele branca e não-branca (referido pelo profissional), histórico de uso de tabaco e álcool (variável dicotômica), local de trabalho (ambiente interno ou externo), localização da lesão (vermelhão do lábio inferior e superior, mucosa labial, borda lateral/ventre de língua, dorso lingual, assoalho da boca, gengiva/rebordo alveolar, mucosa bucal, palato e orofaringe), tamanho das lesões (até 2cm, 2,1-4cm, maior que 4cm), tempo de evolução referido pelo paciente (até 6 meses, de 6,1-12 meses, maior que 12 meses); comprometimento dos linfonodos (variável dicotômica) e sintomatologia dolorosa (variável dicotômica).

Os dados foram digitados em duplicata usando o EpiData versão 3.1 (EpiData Association, Odense, Dinamarca) e analisados utilizando o Stata 11.0 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA). Foram realizadas análises descritivas e as associações entre as variáveis foram avaliadas pelo teste do qui-quadrado e teste de Fisher, com nível de confiança de  $p < 0,05$ .

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De janeiro de 1959 a dezembro de 2012, um total de 20.206 amostras foram processadas no Serviço, com 806 (3,9%) casos sendo diagnosticados como carcinoma espinocelular (CEC) oral ou suas variantes histológicas.

Do total de casos de CEC oral, 186 (23,1%) foram diagnosticados durante o período compreendido entre 1959-1996 (número total de biópsias = 8.148), sendo os outros 620 (76,9%) diagnosticados entre 1996-2012 (número total de biópsias = 12.058).

A média de idade foi de 57,7 anos (19-90), sendo a maioria dos casos distribuídos entre 51 e 70 anos (53,9%).

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis individuais (demográficas e comportamentais). Pelotas, Brasil. N= 806

Variáveis	Frequência absoluta (n°)	Frequência relativa [% (95%CI)]
<b>Gênero</b>		
Feminino	189	23.4 (20.6; 26.5)
Masculino	617	76.6 (73.5; 79.4)
<b>Cor da pele<sup>1</sup></b>		
Branca	661	92.2 (90.0; 94.0)
Não-branca	56	7.8 (6.0; 10.0)
<b>Fumo<sup>2</sup></b>		
Sim	427	89.5 (86.4; 92.1)
Não	50	10.5 (7.9; 13.6)
<b>Álcool<sup>3</sup></b>		
Sim	211	84.4 (79.3; 88.7)
Não	39	15.6 (11.3; 20.7)
<b>Profissão<sup>4</sup></b>		
Ambiente Interno	272	40.6 (36.9; 44.4)
Ambiente Externo	236	35.2 (31.6; 39.0)

Aposentado	162	24.2 (21.0; 27.6)
------------	-----	-------------------

<sup>1</sup> 89 dados não foram informados; <sup>2</sup> 329 dados não foram informados; <sup>3</sup> 556 dados não foram informados; <sup>4</sup> 136 dados não foram informados.

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 (KARIM-KOS et al., 2008; WEIJERS, 2011).

Tabela 2 – Análise descritiva das características das lesões (variante histológica, tempo de evolução referido, aparência clínica, tamanho, localização, dor e linfadenopatia). Pelotas, Brazil. N= 806

Variáveis	Frequência absoluta (n°)	Frequência relativa [% (95%CI)]
<b>Variante histológica</b>		
Carcinoma de células escamosas	780	96.8 (95.3; 97.9)
Carcinoma verrucoso	24	3.0 (1.9; 4.4)
Carcinoma de células basais	1	0.1 (0.0; 0.6)
Carcinoma de células fusiformes	1	0.1 (0.0; 0.6)
<b>Tempo de evolução referido<sup>1</sup></b>		
Até 6 meses	294	55.8 (52.3; 59.3)
6,1-12 meses	114	21.6 (18.8; 24.6)
Maior que 12 meses	119	22.6 (18.7; 25.6)
<b>Aparência clínica<sup>2</sup></b>		
Úlcera	446	69.9 (66.6; 73.0)
Leucoplasia	81	12.7 (10.4; 15.1)
Eritroplasia	14	2.2 (1.3; 3.5)
Leukoeritroplasia	12	1.9 (1.0; 3.1)
Associação	85	13.3 (11.0; 15.8)
<b>Tamanho<sup>3</sup></b>		
Até 2 cm	272	52.3 (48.8; 55.9)
2.1 – 4 cm	180	34.7 (31.5; 38.1)
Maior que 4 cm	88	17.0 (14.5; 19.8)
<b>Localização</b>		
Vermelhão do lábio inferior	241	23.3 (20.4; 26.4)
Vermelhão do lábio superior	8	0.8 (0.2; 1.6)
Mucosa labial	18	1.7 (0.9; 2.9)
Borda lateral/ ventre de língua	209	20.2 (17.5; 23.2)
Lateral border/ventral surface of the tongue	9	0.9 (0.3; 1.8)
Dorso lingual	62	6.0 (4.4; 7.8)
Mucosa bucal	154	14.9 (12.5; 17.5)
Assoalho bucal	187	18.1 (15.5; 21.0)
Gengiva/rebordo alveolar	66	6.4 (4.9; 8.4)
Palato	81	7.8 (6.0; 9.9)
Orofaringe		
<b>Dor<sup>4</sup></b>		
Sim	285	66.1 (62.7; 69.4)
Não	146	33.9 (30.6; 37.3)
<b>Linfadenopatia<sup>5</sup></b>		
Sim	155	58.5 (55.1; 62.0)
Não	110	41.5 (38.0; 44.9)

<sup>1</sup> 279 dados não foram informados; <sup>2</sup> 168 dados não foram informados; <sup>3</sup> 286 dados não foram informados; <sup>4</sup> 375 dados não foram informados; <sup>5</sup> 541 dados não foram informados.

Foi encontrada uma alta prevalência de indivíduos fumantes (59,2% ou 427 de 477 pessoas com este registro) e etilistas (31% ou 211 de 250 registros relativos a este hábito)

Uma forte associação entre o local de trabalho e o CEC oral em vermelhão do lábio inferior foi verificada. Enquanto que 22.5% dessas lesões foram encontradas em indivíduos que não trabalhavam expostos ao sol, naqueles que trabalhavam ao ar livre, em sua maioria agricultores, o percentual aumentou para 47,4% ( $p < 0,001$ ). A cor da pele também foi relacionada à ocorrência de lesões nesse sítio. Lesões no vermelhão do lábio inferior foram mais comumente relatadas em indivíduos brancos, em comparação com os não-brancos ( $p < 0,001$ ), como demonstrado anteriormente (SOUZA et al., 2011).

As lesões de CEC em língua, gengiva/rebordo alveolar e assoalho bucal foram frequentemente maiores do que 2 cm e comumente demonstravam envolvimento linfonodal. Contrariamente, as lesões localizadas em vermelhão de lábio inferior exibiram as menores dimensões no momento do diagnóstico, raramente revelando envolvimento linfonodal.

Embora vários estudos tenham sido desenvolvidos nas últimas décadas com o objetivo de melhor compreender a etiopatogenia dessa doença, casos de CEC oral continuam aumentando em muitas populações ao redor do mundo (WARNAKULASURIYA, 2010, GAITAN-CEPEDA et al., 2011).

#### 4. CONCLUSÕES

Nossos resultados foram em sua maioria semelhantes aos relatados na literatura. Além disso, é interessante que o autoexame bucal seja estimulado, como parte integrante das políticas de saúde, com conscientização da população sobre os cuidados com a saúde oral, evitando o consumo de álcool, fumo e a exposição solar, o que nos faz acreditar que a diminuição da incidência de câncer bucal possa ser alcançada.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GILLISON ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. **Head Neck**, EUA, v.29, p. 779-92, 2007.
- WARNAKULASURIYA S. Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. **Oral Oncol**, Holanda, v.46, p. 407-10, 2010.
- JOHNSON NW, JAYASEKARA P, AMARASINGHE AA. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. **Periodontol 2000**, EUA, v.57, p. 19-37, 2011.
- SZYMANSKA K, HUNG RJ, WUNSCH-FILHO V et al. Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. **Cancer Causes Control**, Alemanha, v.22, p. 1037-46, 2011.
- PATEL SC, CARPENTER WR, TYREE S et al. Increasing incidence of oral tongue squamous cell carcinoma in young white women, age 18 to 44 years. **J Clin Oncol**, Egito, v.29, p.1488-94, 2011.
- BRADSHAW PT, SIEGA-RIZ AM, CAMPBELL M et al. Associations between dietary patterns and head and neck cancer: the Carolina head and neck cancer epidemiology study. **Am J Epidemiol**, Inglaterra, v.175, p. 1225-33, 2012.
- PARKIN DM, BRAY F, FERLAY J et al. Global cancer statistics, 2002. **CA Cancer J Clin**, EUA, v.55, p.74-108, 2005.
- GAITAN-CEPEDA LA, PENICHE-BECERRA AG, QUEZADA-RIVERA D. Trends in frequency and prevalence of oral cancer and oral squamous cell carcinoma in Mexicans. A 20 years retrospective study. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Espanha, v.16, p. e1-5, 2011.
- KARIM-KOS HE, DE VRIES E, SOERJOMATARAM I. Recent trends of cancer in Europe: a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s. **Eur J Cancer**, França, v.44, p. 1345-89, 2008.
- SOUZA RL, FONSECA-FONSECA T, OLIVEIRA-SANTOS CC et al. Lipsquamous cell carcinoma in a Brazilian population: epidemiological study and clinic pathological associations. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, Espanha, v.16, p. e757-62, 2011.
- WEIJERS M, LEEMANS CR, AARTMAN IH 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, p. e914-8, 2011.