

Estudo epidemiológico descritivo do carcinoma epidermóide bucal em uma população brasileira

Descriptive epidemiological study of oral squamous cell carcinoma in a brazilian population

Fernando Augusto Cervantes Garcia de SOUSA

Thaís Cachuté PARADELLA

Doutorando – Programa de Pós-Graduação em Biopatologia Bucal – Área de Concentração Biopatologia Bucal – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP – Universidade Estadual Paulista - São José dos Campos – SP – Brasil

Luiz Eduardo Blumer ROSA

Professor Adjunto – Disciplina de Patologia Bucal – Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP – Universidade Estadual Paulista - São José dos Campos – SP – Brasil

Horácio FAIG LEITE

Professor Titular – Disciplina de Anatomia – Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal – Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP – Universidade Estadual Paulista - São José dos Campos – SP – Brasil

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever as características epidemiológicas dos casos de carcinoma epidermóide numa população brasileira. Foram analisados os laudos com o diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermóide em mucosa bucal emitidos por um importante centro de referência em Patologia Bucal da cidade de São José dos Campos - SP entre janeiro de 1972 e outubro de 2007. Dos 271 casos diagnosticados, 64,45% acometeram indivíduos do gênero masculino e da raça branca. Quanto à idade, 88,76% dos casos ocorreram entre a quinta e a oitava década de vida, sendo a média de idade no momento do diagnóstico para o gênero masculino de $58,79 \pm 12,47$ anos e para o gênero feminino de $63,94 \pm 13,46$ anos. Em cerca de 10% dos casos foi relatado tabagismo e/ou alcoolismo. A língua foi a região mais freqüentemente acometida (23,17%), seguida pelo lábio (22,01%) e pelo assoalho bucal (15,06%). Clinicamente, o tamanho da lesão primária no momento do diagnóstico foi, em média, $2,26 \pm 1,17$ cm e seu tempo de evolução foi $9,13 \pm 11,75$ meses para o gênero masculino e $6,46 \pm 8,83$ meses para o gênero feminino. Em 37,64% dos casos foi relatada dor. Em 90,41% dos casos diagnosticados houve concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico. Quanto ao grau de diferenciação histológica, 38,89% dos casos diagnosticados eram bem diferenciados, 50,00% moderadamente diferenciados e 11,11% pouco diferenciados. Estes resultados estão de acordo com a literatura e reforçam a importância de políticas públicas de combate ao câncer bucal.

UNITERMOS

Câncer bucal; carcinoma epidermóide; mucosa bucal; epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal é um problema de saúde pública em muitos países ^{1,5-8,14-15,18,20,22,24}, inclusive no Brasil ^{2,9,12}. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o ano de 2006, foram diagnosticados no país 472.050 novos casos de câncer, sendo que, destes, 13.470 acometeram a cavidade bucal, colocando-a

como o sexto local de maior incidência da doença entre os homens e o oitavo entre as mulheres ². Independentemente do gênero, a maioria dos casos diagnosticados corresponde ao carcinoma epidermóide e está relacionada a fatores de risco como tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, fatores ocupacionais, radiação solar, entre outros ^{5,6,8-10,15-14,18,20-21,24}.

Todavia, apesar dos fatores de risco serem bem conhecidos, favorecendo sua prevenção, estima-se que somente em 2005 o câncer bucal foi responsável por 5.818 óbitos, ou seja, aproximadamente 4% das mortes causadas pelo câncer naquele ano ³. Além disso, a maioria dos casos ainda é diagnosticada tardiamente, implicando mutilações, que, muitas vezes, inabilitam o indivíduo para as integrações familiares, sociais e profissionais, temporária ou definitivamente ^{1,9,13,16,22}.

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever as características epidemiológicas dos casos de carcinoma epidermóide diagnosticados na cidade de São José dos Campos - SP entre 1972 e 2007 e compará-las com a literatura, contribuindo para o estabelecimento de políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal.

MATERIAL E MÉTODO

Foram avaliados todos os laudos com o diagnóstico histopatológico de carcinoma epidermóide em mucosa bucal emitidos por um importante centro de referência em Patologia Bucal da cidade de São José dos Campos - SP entre janeiro de 1972 e outubro de 2007. A seguir, foram selecionados os dados referentes ao gênero, raça, idade, hábitos, localização da lesão primária, tamanho, tempo de evolução, sintomatologia, diagnóstico clínico e grau de diferenciação histológica. Os dados foram então tabulados e analisados descritivamente.

RESULTADOS

Entre janeiro de 1972 e outubro de 2007, foram diagnosticados 271 casos de carcinoma epidermóide em mucosa bucal, com uma média de 7,53 casos por ano. No entanto, observa-se que, a partir de 1993, esta média foi superior a 15, mostrando um aumento considerável em relação ao período de 1972 a 1992, cuja média manteve-se inferior a três casos por ano (Gráfico 1).

Dos 271 casos diagnosticados, 64,45% acometeram indivíduos do gênero masculino e da raça branca. Quanto à idade, 88,76% dos casos ocorreram entre a quinta e a oitava década de vida, sendo a média de idade no momento do diagnóstico para o gênero masculino de $58,79 \pm 12,47$ anos e para o gênero feminino de $63,94 \pm 13,46$ anos (Gráfico 2). Em cerca de 10% dos casos foi relatado tabagismo e/ou alcoolismo.

A língua foi a região mais frequentemente acometida (23,17%), seguida pelo lábio (22,01%) e pelo assoalho bucal (15,06%) (Gráfico 3). Clinicamente, o tamanho da lesão primária no momento do diagnóstico foi, em média, $2,26 \pm 1,17$ cm e seu tempo de evolução foi $9,13 \pm 11,75$ meses para o gênero masculino e $6,46 \pm 8,83$ meses para o gênero feminino. Em 37,64% dos casos foi relatada dor.

Em 90,41% dos casos diagnosticados houve concordância entre o diagnóstico clínico e o histopatológico. Quanto ao grau de diferenciação histológica, 38,89% dos casos diagnosticados eram bem diferenciados, 50,00% moderadamente diferenciados e 11,11% pouco diferenciados.

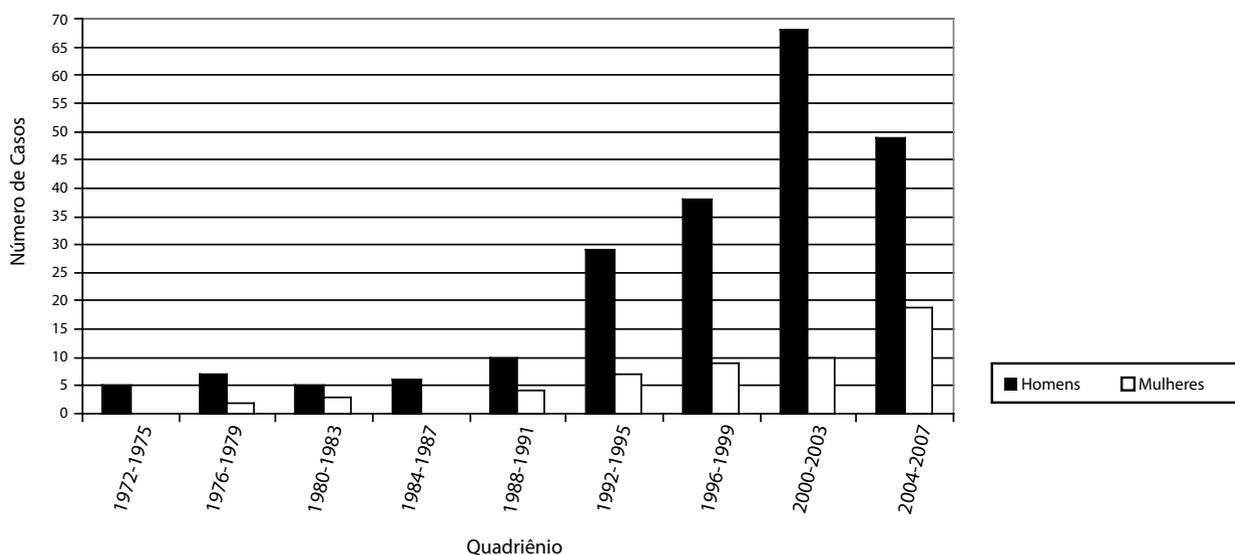


Gráfico 1 – Distribuição do número de casos diagnosticado por quadriênio.

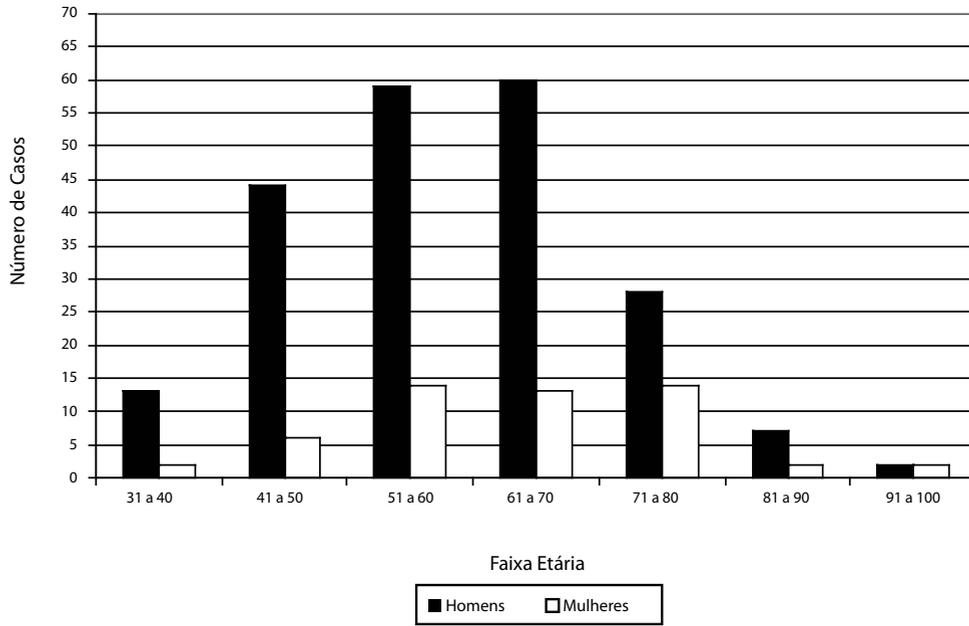


Gráfico 2 – Distribuição do número de casos diagnosticados por faixa etária.

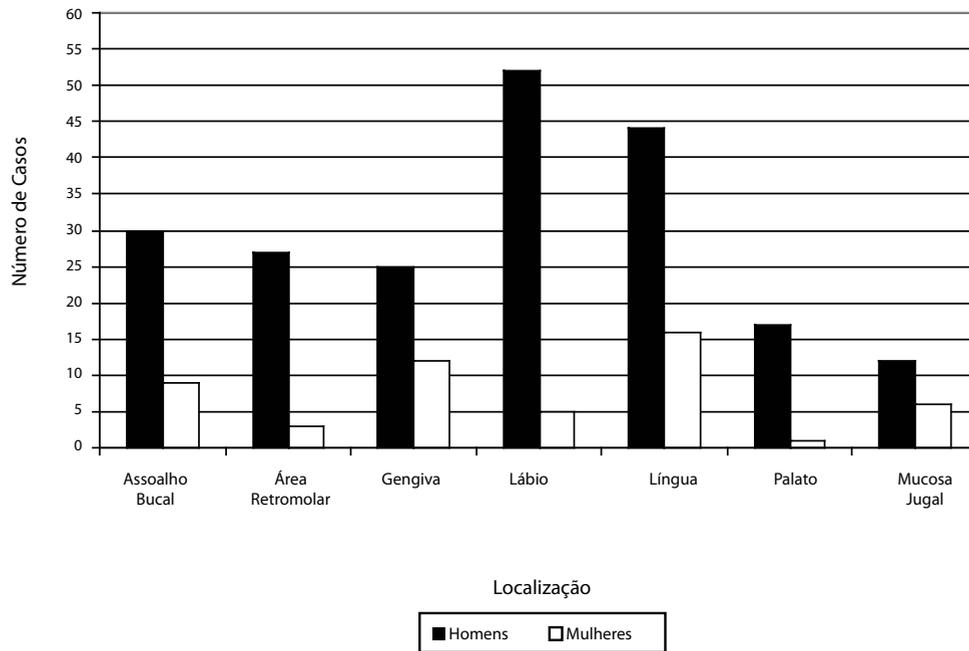


Gráfico 3 – Número de casos diagnosticados de acordo com a localização da lesão primária.

DISCUSSÃO

O número de casos de câncer bucal vem crescendo no Brasil e no mundo, especialmente entre as mulheres.^{7,9,18,20,22} O aumento da incidência de câncer bucal pode estar relacionado à maior exposição da população mundial a fatores de risco como tabagismo, consumo excessivo de álcool e exposição solar^{7,18,20} e à maior procura por atendimento médico-odontológico especializado, favorecendo o diagnóstico da doença.

Os homens são mais acometidos pelo câncer bucal que as mulheres, numa razão média de 1,85:1, todavia a razão entre homens e mulheres pode variar de acordo com o país e a faixa etária analisados e vem diminuindo nos últimos anos^{1,6,7,9,14,20}. Ao contrário do gênero, a raça não é fator um determinante para o câncer bucal, embora tenha sido observada no Brasil uma maior predileção da doença pela raça branca⁹.

A maioria dos casos de câncer bucal é diagnosticada em indivíduos com mais de 50 anos^{4,6,8,9,14,20,22}. Os homens são acometidos mais precocemente que as mulheres^{6,14,20}. Isto, provavelmente, porque no gênero masculino o consumo de tabaco e/ou álcool começa mais cedo. Realmente, diversos estudos comprovam que a maioria dos casos de câncer bucal pode ser atribuída ao consumo de tabaco e/ou álcool^{5-6,8-10,14-15,18,20-21,24}.

A borda lateral da língua, seguida pelo assoalho bucal, é a localização de maior prevalência do carcinoma epidermóide^{1,5,9,20}, possivelmente, por causa da conformação anatômica da cavidade bucal, que aumenta o tempo de contato entre estas estruturas e substâncias carcinógenas diluídas na saliva, especialmente, em indivíduos fumantes⁶. Outra causa importante parece estar relacionada com o fato destas áreas apresentarem regiões de mucosas compostas por epitélio de transição, o que parece favorecer o aparecimento de alterações genéticas com mais frequência do que em áreas de mucosa de revestimento ou especializada. Outra localização de alta prevalência do carcinoma epidermóide é o lábio inferior, todavia, neste, a exposição à radiação solar parece ser o principal fator de risco^{6,8,9,20}.

Apesar da cavidade bucal favorecer o exame clínico, grande parte dos casos de câncer bucal é diagnóstica em estágios avançados^{1,9}, tornando o prognóstico da doença bastante desfavorável^{1,9,13,16,22}.

Lesões diagnosticadas com mais de 5 mm de espessura tem alta probabilidade de apresentar metástase oculta em linfonodos cervicais¹⁷. O aparecimento de metástases influencia fortemente prognóstico, pois aumenta significativamente as chances de recorrência e reduz a sobrevida global^{11,16,19,23}. O atraso no diagnóstico do câncer bucal se deve principalmente ao longo período de espera antes do indivíduo com a doença procurar por atendimento médico-odontológico. A ausência de sintomatologia nos estágios iniciais do carcinoma epidermóide também favorece o atraso no seu diagnóstico. Em menos de um quarto dos casos, a dor é relatada nos estágios iniciais (T1 ou T2 e N0)²².

Todavia, as características clínicas do carcinoma epidermóide em mucosa bucal são bem definidas, favorecendo o diagnóstico correto da doença. Além disso, a maioria das lesões diagnosticadas é bem diferenciada^{6,8}, compensando parcialmente a demora no seu diagnóstico, uma vez que lesões bem diferenciadas apresentam crescimento mais lento que lesões moderadamente ou pouco diferenciadas, embora a relação entre o grau de diferenciação histológica e o prognóstico da doença ainda hoje é alvo de muita controvérsia¹⁶.

Por fim, o quadro 1 mostra resumidamente os resultados de alguns levantamentos epidemiológicos publicados recentemente na literatura internacional sobre o câncer bucal, permitindo compará-los com os resultados obtidos neste trabalho. Comparação esta que evidencia a concordância entre os nossos resultados e os da literatura (Quadro 1).

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura, sugerindo que o câncer bucal no Brasil segue as tendências observadas em outros países. Além disso, este estudo reforça a necessidade de se estabelecer políticas públicas de combate ao câncer bucal, enfatizando, principalmente, a importância da prevenção e do diagnóstico precoce da doença. Infelizmente, a falta de informação e o preconceito fazem com que os indivíduos acometidos pelo câncer bucal esperem por meses antes de procurar por atendimento médico-odontológico adequado, aumentando consideravelmente os danos causados pela doença e reduzindo sua expectativa de vida.

Quadro 1 – Resultados de alguns levantamentos epidemiológicos publicados recentemente na literatura internacional sobre o câncer bucal.

Autores	País	Gênero (H:M)	Raça	Idade	Hábitos	Localização
Brandizzi et al. ¹ (2005)	Argentina	1,2:1	Branca	---	---	Língua
Bhurgri et al. ⁴ (2004)	Paquistão	1,7:1	Branca	6ª década	---	---
Canto & Devesa ⁵ (2002)	Estados Unidos	2,4:1	Branca	---	---	Língua
Chidzonga & Mahomva ⁶ (2006)	Zimbábue	2,0:1	Negra	5ª e 6ª décadas	---	Gengiva
Conway et al. ⁷ (2006)	Reino Unido	1,8:1	Branca	6ª e 7ª décadas	Tabagismo e/ou alcoolismo	---
De Visscher et al. ⁸ (1998)	Holanda	5,7:1	Branca	7ª e 8ª décadas	---	Lábio*
Durazzo et al. ⁹ (2005)	Brasil	2,1:1	Branca	6ª década	Tabagismo e/ou alcoolismo	Língua e/ou assoalho bucal
Gervásio et al. ¹² (2001)	Brasil	4,8:1	Branca	6ª década	Tabagismo e/ou alcoolismo	Língua
Lam et al. ¹⁴ (2006)	Austrália	1,9:1	Branca	7ª década	---	Língua**
Llewellyn et al. ¹⁵ (2003)	Reino Unido	1,3:1	Branca	5ª década***	Tabagismo e/ou alcoolismo	Língua
Tarvainen et al. ²⁰ (2004)	Finlândia	2,0:1	Branca	7ª década	Tabagismo e/ou alcoolismo	Lábio

*foram incluídos apenas pacientes com lesão em lábio; **foram incluídos apenas pacientes com lesão em língua; ***foram incluídos apenas pacientes com 45 anos ou menos.

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the epidemiological characteristics of the cases of oral squamous cell carcinoma in a Brazilian population. Examination charts with the diagnosis of oral squamous cell carcinoma issued by an Oral Pathology reference center were analyzed. Two hundred and seventy-one cases were included in the study, being 64.45% of male Caucasian individuals. Regarding age, 88.76% of the cases occurred between the fifth and eighth decade of life, being the mean age 58.79 ± 12.47 years for men and 63.94 ± 13.46 years for women. The tongue was the most frequent affected site (23.17%), followed by lip (22.01%) and floor of mouth (15.06%). Clinically, the mean size of the primary lesion at the moment of the diagnosis was 2.26 ± 1.17 cm and its mean evolution time was 9.13 ± 11.75 months for men and 6.46 ± 8.83 months for women. Regarding the histological degree of differentiation, 38.89% of the diagnosed cases were well-differentiated, 50% moderately differentiated and 11.11% poorly differentiated. These results are in agreement with the findings of the literature and reinforce the importance of public programs of oral cancer prevention.

UNITERNS

Oral cancer; squamous cell carcinoma; mouth mucos; epidemiology.

REFERÊNCIAS

1. Brandizzi D, Chuchurru JA, Lanfranchi HE, Cabrini RL. Analysis of the epidemiological features of oral cancer in the city of Buenos Aires. *Acta Odontol Latinoam*. 2005;18(1):31-5.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005. 94 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade (SIM) [database on the Internet]. Brasília: Secretária de Vigilância em Saúde [cited 2007 Nov 13]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>

4. Bhurgri Y, Bhurgri A, Usman A, Pervez S, Kayani N, Bashir I, et al. Epidemiological review of head and neck cancers in Karachi. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2006;7(2):195-200.
5. Canto MT, Devesa SS. Oral cavity and pharynx cancer incidence rates in the United States, 1975-1998. *Oral Oncol*. 2002;38(6):610-7.
6. Chidzonga MM, Mahomva L. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, maxillary antrum and lip in a Zimbabwean population: a descriptive epidemiological study. *Oral Oncol*. 2006;42(2):184-9.
7. Conway DI, Stockton DL, Warnakulasuriya KA, Ogdan G, Macpherson LM. Incidence of oral and oropharyngeal cancer in United Kingdom (1990-1999) - recent trends and regional variation. *Oral Oncol*. 2006;42(6):586-92.
8. De Visscher JG, Schaapveld M, Otter R, Visser O, van der Waal I. Epidemiology of cancer of the lip in The Netherlands. *Oral Oncol*. 1998;34(5):421-6.
9. Durazzo MD, de Araújo CE, Brandão Neto J de S, Potenza A de S, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics*. 2005;60(4):293-8.
10. 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.
11. Genden EM, Ferlito A, Bradley PJ, Rinaldo A, Scully C. Neck disease and distant metastases. *Oral Oncol*. 2003;39(3):207-12.
12. Gervásio OL, Dutra RA, Tartaglia SM, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MC. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz Dent J*. 2001;12(1):57-61.
13. Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, de Andrade Sobrinho J, Ramos G, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumour, the patient and health professionals. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. 1994;30B(3):167-73.
14. Lam L, Logan RM, Luke C. Epidemiological analysis of tongue cancer in South Australia for the 24-year period, 1977-2001. *Aust Dent J*. 2006;51(1):16-22.
15. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients aged 45 years and under: a descriptive analysis of 116 cases diagnosed in the South East of England from 1990 to 1997. *Oral Oncol*. 2003;39(2):106-14.
16. Massano J, Regateiro FS, Januário G, Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;102(1):67-76.
17. O-charoenrat P, Pillai G, Patel S, Fisher C, Archer D, Eccles S, et al. Tumour thickness predicts cervical nodal metastases and survival in early oral tongue cancer. *Oral Oncol*. 2003;39(4):386-90.
18. Sarachev EL, Ananostev NH. Tendencies in the oral cavity cancer morbidity in three regions of South Bulgaria for a period of 15 years (1985-1999). *Folia Med (Plovdiv)*. 2001;43(1-2):150-4.
19. Shingaki S, Takada M, Sasai K, Bibi R, Kobayashi T, Nomura T, et al. Impact of lymph node metastasis on the pattern of failure and survival in oral carcinomas. *Am J Surg*. 2003;185(3):278-84.
20. Tarvainen L, Suuronen R, Lindqvist C, Malila N. Is the incidence of oral and pharyngeal cancer increasing in Finland? An epidemiological study of 17,383 cases in 1953-1999. *Oral Dis*. 2004;10(3):167-72.
21. Thomas G, Hashibe M, Jacob BJ, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, et al. Risk factors for multiple oral premalignant lesions. *Int J Cancer*. 2003;107(2):285-91.
22. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw RJ. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. *Oral Oncol*. 2005;41(3):313-9.
23. Woolgar JA, Rogers SN, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED. Cervical lymph node metastasis in oral cancer: the importance of even microscopic extracapsular spread. *Oral Oncol*. 2003;39(2):130-7.
24. Yang Y-H, Chen C-H, Chang JSF, Lin C-C., Cheng T-C, Shieh, T-Y. Incidence rates of oral cancer and oral pre-cancerous lesions in a 6-year follow-up study of a Taiwanese aboriginal community. *J Oral Pathol Med*. 2005;34(10):596-601.

Recebido em 18/02/08
Aprovado em 12/06/08

Correspondência:

Fernando Augusto Cervantes Garcia de Sousa
Rua Irmã Maria Demétria Kfuri, 196 – Jardim Esplanada II –
CEP 12242-500
São José dos Campos – SP – Brasil –
E-mail: facgs@uol.com.br