

Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de câncer bucal atendidos no Hospital Santa Rita, Porto Alegre/RS

Jaqueline Emanuele Werner
Vania Fontanella

RESUMO

Foram consultados prontuários dos pacientes com diagnóstico de câncer de boca que procuraram atendimento no ano de 2005 no Hospital Santa Rita, em Porto Alegre/Brasil. As variáveis estudadas buscaram conhecer dados socioeconômicos, demográficos e hábitos relacionados à população, assim como informações quanto às características da lesão, evolução e tratamento. Dos 65 prontuários revisados, 96,29% eram casos de carcinoma epidermoide. Alguns dados encontravam-se eventualmente relatados nos prontuários, de forma que não puderam ser estabelecidas associações entre as variáveis em estudo. O perfil epidemiológico encontrado foi de paciente do sexo masculino, com 51 a 60 anos de idade, proveniente da capital e região metropolitana, apresentando lesão na língua com evolução de até 6 meses, diagnosticada como carcinoma espinocelular grau II, sendo tratado pela combinação de cirurgia e quimioterapia.

Palavras-chave: Neoplasias bucais. Carcinoma de células escamosas. Estudos epidemiológicos.

Epidemiologic profile of oral cancer patients treated at Santa Rita Hospital, Porto Alegre/RS

ABSTRACT

The patient's records of Hospital Santa Rita (Porto Alegre/Brazil) with diagnosis of mouth cancer in the year 2005 were consulted. The studied variables seek to know social, economic, and demographic data and habits related to the population, as well as information related to characteristics of wound, evolution and treatment. From the 65 records revised, 96,29% were cases of squamous cell carcinoma. Some data were found eventually related in the records, in a way that associations between the variables of the study couldn't be established. The epidemiologic profile found was male patient, 51 to 60 years old, from capital and metropolitan region, showing tongue cancer with up to 6 months evolution, diagnosed as grade II squamous cell carcinoma, being treated with the surgery and chemotherapy combination.

Keywords: Mouth neoplasms. Carcinoma. Esquamous cell. Epidemiologic studies.

Jaqueline Emanuele Werner é aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – ULBRA Canoas.
Vania Fontanella é professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – ULBRA Canoas.
Endereço para correspondência: Vania Fontanella. Rua Cel. Paulino Teixeira, 169/403 90420-160. Porto Alegre/RS. E-mail: vaniafontanella@terra.com.br

Stomatos	Canoas	v.15	n.28	p.3-16	jan./jun. 2009
----------	--------	------	------	--------	----------------

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas assim como as doenças cardiovasculares constituem as principais causas de morte nos países desenvolvidos. Nos países de terceiro mundo ocupam a quinta ou sexta posição dentre as principais causas de óbitos (Rice, Hodgson, 1980).

Uma neoplasia é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento se mostra desordenado se comparado aos tecidos normais, persistindo mesmo após a cessação dos estímulos que geraram a alteração (Robbins et al., 1986). A neoplasia maligna mais frequente na mucosa bucal é o carcinoma espinocelular, também chamado epidermoide ou carcinoma de células escamosas, representando cerca de 90 a 99% dos cânceres bucais (Tommasi, Garrafa, 1980; Almeida, Cabral, 1992).

A Estimativa de Incidência de Câncer de Boca para o ano de 2006 previa 13.470 casos novos no Brasil. No Estado do Rio Grande do Sul estimaram-se 800 novos casos para o sexo masculino e 220 para o feminino, sendo, respectivamente, 220 e 50 em Porto Alegre (Ministério da Saúde, 2006).

O principal sinal deste tipo de câncer é o aparecimento de úlceras bucais que não cicatrizam em uma semana. Outros sinais são ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro e indolores, podendo sangrar ou não, e manchas e placas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical são sinais de câncer de boca em estágio avançado (Ministério da Saúde, 2006).

Em 1976, Krolls, Hoffman publicaram uma análise de 14.253 casos de carcinomas espinocelulares, encontrando 42% em lábios, 22% em língua, 17% em soalho de boca, 6% na gengiva, 5% no palato e 2% na mucosa jugal. Quanto ao sexo, 93% correspondem ao masculino e apenas 7% ao feminino. Quanto à raça, 92,6% eram leucodermas e 5,2% melanodermas. Quanto à idade, 86,8% dos casos estavam entre a quinta e nona décadas de vida.

O carcinoma epidermoide da cavidade bucal é o resultado da inter-relação de três fatores: o agente, o hospedeiro e o ambiente. Desta forma, um número considerável de fatores ligados ao hospedeiro humano e ao ambiente em que ele vive podem estar relacionados a pré-disposição a neoplasias malignas (Garrafa, 1977). Dois pontos devem ser enfatizados com relação aos fatores de risco: primeiro, o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças e segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer-se relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos de câncer (Ministério da Saúde, 2006).

A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) (Ministério da Saúde, 2006). Para Tommasi (1982), qualquer que seja a causa do

câncer, principalmente na boca, ele se inicia sobre lesões prévias provocadas por causas locais associadas a gerais. Essas lesões são consideradas cancerizáveis.

Os fatores de risco conhecidos mais importantes para o câncer de boca são o tabagismo e o consumo de álcool, que apresentam efeitos sinérgicos no desenvolvimento do tumor (Franco et al., 1989; Mashberg et al., 1993; Blot et al., 1996). Nos países onde o hábito do fumo é predominante, o índice de carcinoma espinocelular bucal se eleva muito (Binnie, 1975). O Brasil é um país onde 1/5 da população (aproximadamente 24 milhões de pessoas) fuma cerca de 130 bilhões de cigarros por ano, ou seja, 1105 cigarros per capita/ano, ocupando o 5º lugar no mundo (Mirra, 1976).

As deficiências nutricionais desempenham papel importante na ocorrência de carcinoma espinocelular e os efeitos carcinogênicos decorrentes do hábito de fumar são potencializados pelas deficiências nutricionais que ocorrem no alcoolismo (McCoy et al., 1980). Fatores irritantes, juntamente com o fumo e o álcool, podem atuar como co-carcinógenos na gênese das neoplasias malignas da boca (Pindborg, 1981).

Poucos são os pacientes com câncer bucal que apenas fumam ou bebem. Estima-se que o risco de pacientes que são fumantes e não bebem é de 2,43% e que o risco de etilistas crônicos e que não fumam é de 2,33%. O risco relativo ao câncer bucal em pacientes que fumam e bebem demasiadamente é de 15,5% (Mashberg et al., 1993).

A radiação solar está intimamente ligada ao carcinoma bucal, especialmente o de lábio inferior naqueles indivíduos que ficam expostos à luz solar por longos períodos, devido às suas profissões, principalmente agricultores, marinheiros, pescadores, pedreiros e desportistas (Gunnarskog et al., 1995; Jitomirski, 2000).

Em relação à exposição ocupacional, atividades que envolvem oportunidades de consumo de álcool (garçons, empregados de cervejarias) e o trabalho com asbesto e produtos de fibra mineral têm sido associadas a um maior risco de desenvolver esta neoplasia (Blot et al., 1996).

Outros fatores, como irritação mecânica (próteses dentárias mal adaptadas, fraturas e ausência de elementos dentários) ou química (uso de soluções de higiene bucal), além da má higiene bucal, têm sido relatados como possíveis fatores de risco para o câncer de boca (Franco et al., 1989; Blot et al., 1996, 1996; Jitomirski, 2000; Velly et al., 1998).

Após o diagnóstico, para o estadiamento e plano de tratamento, utiliza-se a classificação TNM (Ministério da Saúde, 2006).

A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são, isolada ou associadamente, os métodos terapêuticos aplicáveis ao câncer de boca. Em se tratando de lesões iniciais, ou seja, restritas ao local de origem, sem extensão a tecidos ou estruturas vizinhas e muito menos a linfonodos regionais, dependendo da sua localização, pode-se optar pela cirurgia ou pela radioterapia, visto que ambas apresentam resultados semelhantes, expressos por um bom prognóstico, com cura em 80% dos casos (Ministério da Saúde, 2006).

Nas demais lesões, se operáveis, a cirurgia está indicada, associada ou não à radioterapia. Quando existe linfadenomegalia metastática indica-se o esvaziamento

cervical do lado afetado, sendo o prognóstico do caso bastante reservado. A cirurgia radical do câncer de boca evoluiu sobremaneira, com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata, permitindo largas ressecções e uma melhor recuperação do paciente. As deformidades, porém, são ainda grandes e o prognóstico dos casos, intermediário (Ministério da Saúde, 2006).

A quimioterapia é empregada nos casos avançados, visando à redução do tumor, a fim de possibilitar o tratamento posterior pela radioterapia ou cirurgia. O prognóstico nestes casos é extremamente grave, tendo em vista a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas, a despeito dos tratamentos aplicados (Ministério da Saúde, 2006).

A necessidade de diagnóstico precoce fica evidente quando observamos o índice de sobrevivência de cinco anos, publicado pela *American Cancer Society*, em 1977. Esta é de 59% para carcinomas menores que 1,5 cm e de 17 % para carcinomas maiores que 3 cm.

As lesões primárias desta neoplasia são de simples detecção, considerando que a maioria destes tumores se origina no epitélio de revestimento da região bucal, o que permite fácil acesso para o auto-exame e/ou para o exame físico, sem necessidade de ambiente e equipamentos sofisticados (Bercht, 1998). No entanto, a maioria dos casos de câncer de boca no Brasil é diagnosticada em estágios avançados (Ministério da Saúde, 2006).

Em estágio avançado, o diagnóstico do câncer bucal é facilitado, embora, em estágio inicial uma lesão maligna possa, algumas vezes, ter uma aparência inofensiva, pois mimetizam condições benignas. O diagnóstico precoce talvez seja dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente assintomáticas, não sejam valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde (Jitomirski, 2000).

A intervenção primária de médicos e cirurgiões dentistas em programas de prevenção que incluam palestras educativas em relação aos fatores de risco e reforcem a importância do auto-exame da cavidade bucal, com participação dos meios de comunicação de massa são de extrema importância na prevenção do câncer bucal (Depue, 1986; Boyle et al., 1993; Chinellato et al., 1995; Santana et al., 1997).

Segundo Bercht (1998), admitir que o câncer de boca é um problema de saúde pública implica em reconhecer que a realização do diagnóstico precoce e do pronto tratamento representam não só uma forma de prevenção secundária, mas também um meio de aumentar a sobrevida.

O estudo dos tumores que ocorrem na boca e em estruturas próximas é de muita importância para a Odontologia, visto que o cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental, não só para o diagnóstico correto, mas também para a preservação do caso.

Desta forma, o presente estudo visa traçar o perfil do paciente que procurou o atendimento para câncer de boca no Hospital Santa Rita, avaliando a prevalência do

carcinoma espinocelular (C.E.C.) bucal quanto ao sexo, faixa etária, raça, profissão e localidade de procedência paciente; a queixa principal dos pacientes; os hábitos relacionados ao desenvolvimento da doença; se o paciente foi encaminhado para tratamento por médico ou cirurgião dentista; os sítios anatômicos de maior ocorrência do C.E.C., tipo, tamanho, grau de malignidade, tempo de evolução e classificação TNM da lesão; o tratamento comumente instituído; e o índice de óbito nos pacientes estudados.

METODOLOGIA

O presente estudo epidemiológico retrospectivo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre sob o protocolo nº. 1174/05.

A amostra foi constituída de todos os pacientes com diagnóstico de câncer de boca atendidos nos meses de janeiro a dezembro de 2005, cujos prontuários foram recuperados do arquivo do Hospital Santa Rita. Os dados foram coletados dos prontuários e anotados em uma ficha específica.

Os dados coletados foram: número do prontuário; data do exame; diagnóstico; sexo, idade, raça, profissão, localidade de origem, queixa principal e hábitos do paciente; tipo, sítio anatômico, tempo de evolução, tamanho, grau de malignidade e classificação TNM da lesão; tratamento instituído; indicação e se houve óbito.

As fichas foram compiladas para uma planilha Excel, para posterior análise dos dados. As características dos dados obtidos, assim como a ausência de grande número de informações, não permitiram a aplicação de testes estatísticos. Desta forma, os dados são apresentados na forma de estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados prontuários de 65 pacientes, dos quais o diagnóstico foi de carcinoma espino-celular em 63 (96,92%). Um paciente teve diagnóstico de plasmocitoma e em um dos prontuários não constava o diagnóstico. Estes dois casos foram excluídos para as análises posteriores.

Os meses com maior afluxo de pacientes foram janeiro (12 – 19,05%) e março (9 – 14,29%). Apenas um novo paciente foi atendido nos meses de abril e outubro.

A distribuição dos pacientes quanto ao sexo foi de 56 (88,89%) homens e 7 (11,11%) mulheres, resultando em proporção de 8:1. Summerlin (1991) registrou para o sexo masculino 56,2% e 43,8% para o feminino em estudo realizado na Universidade de Indiana/EUA, diferente do resultado encontrado no presente estudo. Seus resultados diferenciam-se da maioria, pois encontra uma proporção quase de 1:1 entre homens e mulheres, muito distante da proporção média de 4:1 encontrada na maioria dos estudos (Pindborg, 1981; Sellars, 1979; Sampaio et al., 1981, Sampaio et al., 1985; Chen et al.,

1991; Hindle, Nally, 1991; Lawoyin et al., 1997). Hindle et al. (1996) ao estudarem o câncer bucal na Inglaterra e País de Gales entre 1901 e 1990, observaram um decréscimo da incidência para o sexo masculino. Já para o feminino, a incidência aumentou significativamente do início deste século em comparação aos anos 1980. Em ambos os casos a causa pode ser atribuída a mudanças de hábitos por parte das mulheres, tais como aumento do consumo de álcool e tabaco.

A idade dos pacientes variou de 37 a 89 anos, com média de $59,7 \pm 10,9$ anos. A maior prevalência observada foi na 6ª e 7ª décadas de vida (42,86% e 26,98% dos pacientes, respectivamente) (Figura 1). Krolls, Hoffman (1976) observaram maior frequência na sétima década (31,8% de casos), seguida pela sexta década (24,8%). No estudo de Sampaio et al. (1981), a quinta década de vida foi mais frequente com 28,8%, seguida pela sexta década com 27,5% dos casos, a sétima com 22% e a oitava com 11,9%. Como se pode observar, tanto nos dados do presente estudo como nos da literatura, a faixa etária mais acometida está entre a sexta e sétima décadas de vida. Essas variações entre autores podem ser atribuídas às diferenças entre países e populações estudadas.

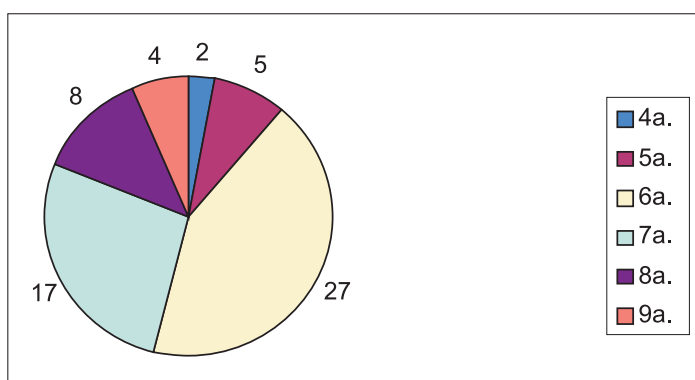


Figura 1: Distribuição dos pacientes da amostra quanto à década de vida.

Em 42 (66,67%) dos casos a raça do paciente não foi mencionada no prontuário. Dos 21 pacientes restantes, 18 eram leucodermas e apenas um melanoderma. Um dado tão importante quanto a raça do paciente, fator relacionado ao desenvolvimento do câncer bucal, não deve ser negligenciado nos prontuários. Souza et al. (1996), realizaram estudo de casuística de câncer bucal no Serviço de Estomatologia do Hospital de Heliópolis-SP, durante um período de 1972 a 1993, onde constataram a prevalência de pacientes leucodermas, com 75,69% dos casos.

Não foi possível o levantamento de dados quanto à profissão dos pacientes, pois essa variável só apresentou resposta em 10 (15,84%) dos prontuários analisados. Segundo Andreotti et al. (2006), o emprego em oficinas mecânicas revelou risco de câncer da cavidade bucal e orofaringe (OR=2,45; IC95%: 1,14 - 5,27), que aumentou naqueles com dez ou mais anos de atuação nesta atividade profissional (OR=7,90; IC95%: 2,03 - 30,72).

Outros setores como mineração, manufatura de artigos de madeira, indústria de papel e química, particularmente para aqueles com longa exposição, também apresentaram excesso de risco, porém não estatisticamente significativos.

Quanto à procedência do paciente, apenas um prontuário não apresentava registro. Observou-se ligeira predominância (51,61%) de pacientes da capital e região metropolitana comparativamente aos provenientes do interior do estado (46,77%). Apenas um paciente provinha de outro estado. Deve-se salientar que o Hospital Santa Rita é referência para o tratamento de câncer no Rio Grande do Sul.

Em apenas 42 casos a queixa do paciente foi registrada no prontuário, sendo a dor a mais frequente (42,86%), seguida por presença de ferida (28,57%). As demais queixas envolveram manifestações isoladas de otalgia, disfagia, odinofagia, sangramento, edema e alteração da voz. Danesi et al. (2000) em estudo realizado em Santa Maria-RS, evidenciaram que a presença de lesão (78,22%) e dor (54,83%) foram os sintomas mais frequentemente encontrados nos 124 prontuários pesquisados.

Em relação a hábitos, 28 prontuários não os mencionavam (44,44%). Os hábitos dos demais pacientes estão registrados na figura 2, no qual se observa a presença marcante do fumo, isolado ou associado a outros hábitos, que também foi observada em outros estudos realizados no estado (Veeck et al., 1992; Danesi et al., 2000; Pithan et al., 2004).

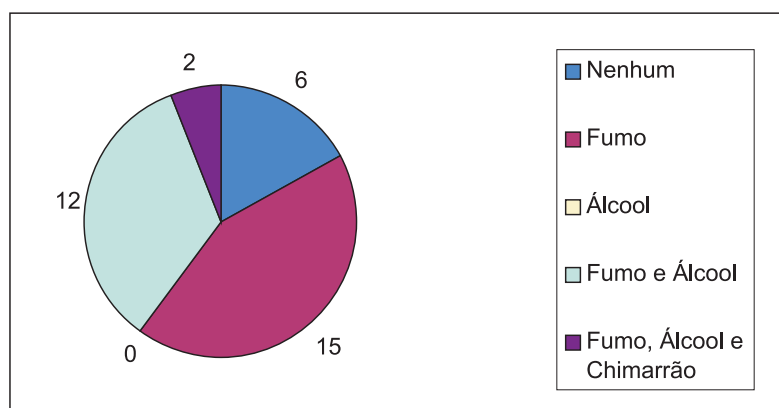


Figura 2: Distribuição dos pacientes da amostra quanto aos hábitos relacionados à etiologia do câncer de boca.

Com relação ao encaminhamento, não foi observado registro em 35 (55,56%) dos prontuários pesquisados. Dos 28 pacientes restantes, apenas 2 (7,14%) foram encaminhados para tratamento por cirurgião-dentista, os demais foram encaminhados por médicos. Dedivitis et al. (2004), em estudo onde foram arrolados 43 casos de carcinoma de boca e 25 de orofaringe do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de

Misericórdia de Santos e do Hospital Ana Costa, entre os anos de 1997 a 2000, verificaram que 81% dos pacientes foram referenciados por médicos. Provavelmente esse resultado se deva ao fato de que a maioria dos pacientes com câncer bucal procura atendimento em estágios avançados da doença (Genovese, 1997), procurando já o primeiro atendimento em serviços médicos de referência nesse tipo de tratamento. No entanto, o cirurgião-dentista como profissional da área da saúde, deve assumir responsabilidades mais abrangentes perante a coletividade, atuando na elaboração de projetos de prevenção e sendo mais ativo no diagnóstico precoce das lesões cancerizáveis e do próprio câncer de boca.

Na figura 3 está registrada a distribuição das lesões de acordo com o sítio anatômico. A região mais acometida foi a língua (50,73% dos casos), seguida pelo palato (20,63%). Em ambos os casos não foi registrado nos prontuários em que porção destas regiões encontrava-se a lesão. Sankaranarayanan et al. (1990) revisaram os aspectos epidemiológicos e clínicos do câncer bucal na Índia, também encontrando a língua como área de maior ocorrência (24%), seguida pela mucosa jugal (15,3%), palato (3,2%) e lábios (4%). Summerlin (1991) avaliou no período de 1985 a 1990 549 casos de carcinoma espinocelular, sendo 25,3% dos casos no soalho de boca, 24,3% na língua, 11,04% na mucosa jugal, 7,1% na área retromolar e 6,8% no palato, sendo que os lábios não foram estudados. Chen et al. (1991) apresentaram um estudo epidemiológico dos casos de câncer bucal nos Estados Unidos, de 1935 a 1985, totalizaram 9708 pacientes e observaram como áreas mais afetadas a língua (41,8%), o assoalho bucal (25,8%), o palato (13,2%) e a área retromolar (2,5%). O resultado do presente estudo quanto à localização da lesão condiz com a literatura, no entanto a presença do palato como segundo local mais frequente pode estar relacionado a hábitos e costumes, como o de tomar chimarrão, por exemplo.

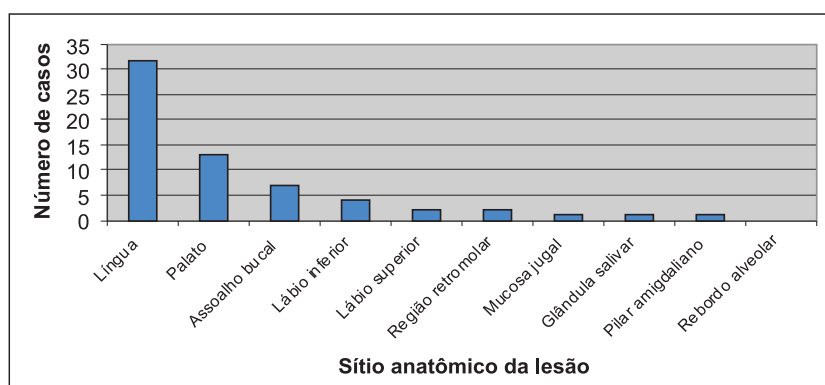


Figura 3: Distribuição das lesões da amostra quanto ao sítio anatômico.

O tipo de lesão não constava do prontuário da maioria dos pacientes (58,34%). Do restante, 23 (88,46%) eram lesões ulceradas e 3 (11,54%) nodulares. No estudo de Abreu et al. (2004), que avaliou somente lesões de lábio em 57 pacientes, foi observado que a mais prevalente foi a ulcerativa, com 27 casos, de forma similar ao resultado encontrado

no presente estudo, seguida pela vegetante com 14 casos, úlcero-vegetante com 10 casos e infiltrativa com 6 casos.

O tamanho da lesão não foi registrado na maioria dos prontuários (51; 80,95%). Nos 12 casos restantes o tamanho da lesão variou de 3 a 52 mm, com média de $2,77 \pm 1,76$ mm. No estudo de Abreu et al. (2004), que relacionou características epidemiológicas do carcinoma de lábio em 57 pacientes com o tamanho da lesão, as lesões apresentavam até 5 mm em 3 pacientes; entre 5 e 10 mm em 12 pacientes; entre 10 e 15 mm em 8 pacientes; entre 15 e 20 mm em 10 pacientes; e acima de 20 mm em 24 pacientes. Ou seja, dentre os pacientes, 42,1% apresentavam lesão maior que 20 mm e 57,89% apresentavam lesão menor que 20 mm, o que concorda com a predominância de lesões menores que 20 mm nos casos registrados neste estudo.

Informações quanto ao grau de malignidade do carcinoma espinocelular não foram registradas em 23 casos (figura 4). Dos casos restantes, 52,50% foram classificados histologicamente como moderadamente diferenciados (grau 2), 37,50% como pouco diferenciados (grau 3) e 10,00% como bem diferenciados (grau 1). No estudo epidemiológico do carcinoma epidermoide de boca no estado de Sergipe, com 1.287 casos de carcinoma epidermoide de boca no período de 1979 a 1999, a categoria bem diferenciada foi a predominante, correspondendo a 66,8%, seguida da moderadamente diferenciada (20,0%) e pobremente diferenciada (7,7%) (Anjos Hora et al., 2003).

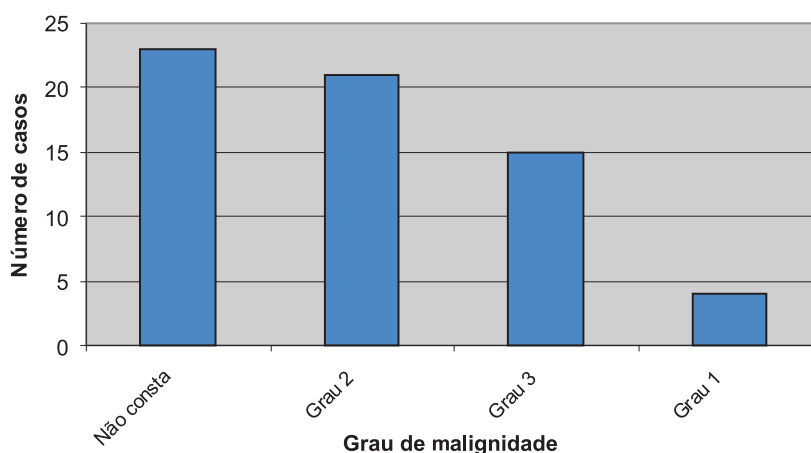


Figura 4: Distribuição das lesões da amostra quanto ao grau de malignidade.

O tempo de evolução da lesão deixou de ser registrado em 26 prontuários (41,27%). Nos demais prontuários observou-se que apenas 12 pacientes foram atendidos antes dos 6 meses de evolução da lesão. Um número expressivo de pacientes apresentava mais que um ano de evolução (Figura 5). No estudo de Machado et al. (2003), a maioria dos

pacientes notou a lesão de câncer entre 2 e 4 meses antes de procurar ajuda profissional, sendo que 17,14% dos pacientes não souberam precisar o tempo de evolução da lesão.

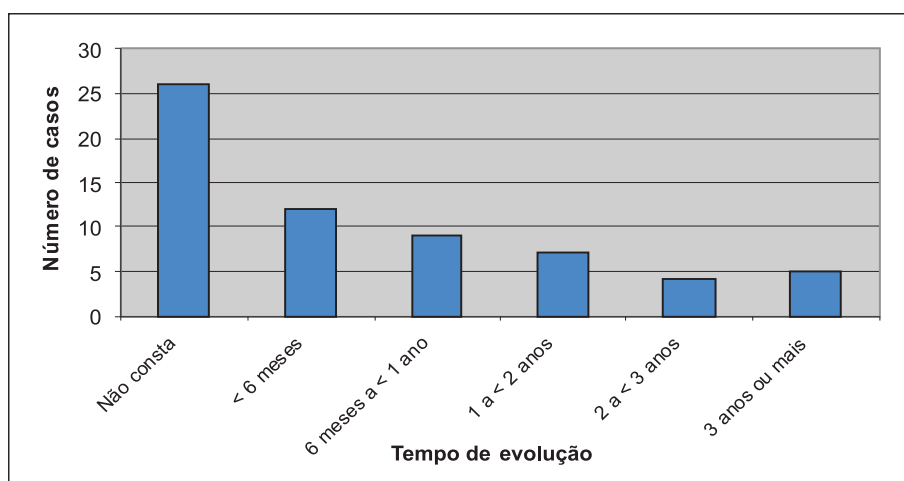


Figura 5: Distribuição das lesões da amostra quanto ao tempo de evolução.

O estadiamento das lesões, expresso pela classificação TNM, não pôde ser avaliado, pois não foi adequadamente registrado em 55 dos 63 prontuários (87,30%). No estudo de Machado et al. (2003), mais da metade da amostra (51,43%) era composta por pacientes que se apresentavam no estágio IV (TNM) no momento do diagnóstico, sendo que apenas 17,14% estavam no estágio inicial. Carvalho (2001) constatou que tanto as pacientes do sexo feminino como os pacientes do sexo masculino chegaram na primeira consulta com doença avançada, seja na lesão primária ou na disseminação regional. Aproximadamente 65% das mulheres tiveram suas lesões primárias estadiadas como T3 ou T4 no momento do diagnóstico. Entre os homens, este índice atingiu 70%. Com relação aos linfonodos cervicais, observou-se que 38% das mulheres e 52% dos homens tinham pelo menos um linfonodo positivo no momento do diagnóstico.

O tratamento das lesões que constituem a amostra foi predominantemente a associação de modalidades terapêuticas (46 casos, 73,02%). Dentre as associações terapêuticas, cirurgia e quimioterapia foi a modalidade mais frequente, tendo sido empregada em 24 pacientes (Figura 6). Comumente era instituída a quimioterapia inicialmente, para regressão da lesão, seguida logo após de cirurgia ou radioterapia. No estudo de Machado et al. (2003) a radioterapia foi o único tratamento para 45,71% dos pacientes, seguida pela associação entre radioterapia e cirurgia (22,86%) e pela utilização exclusiva da cirurgia (5,71%).

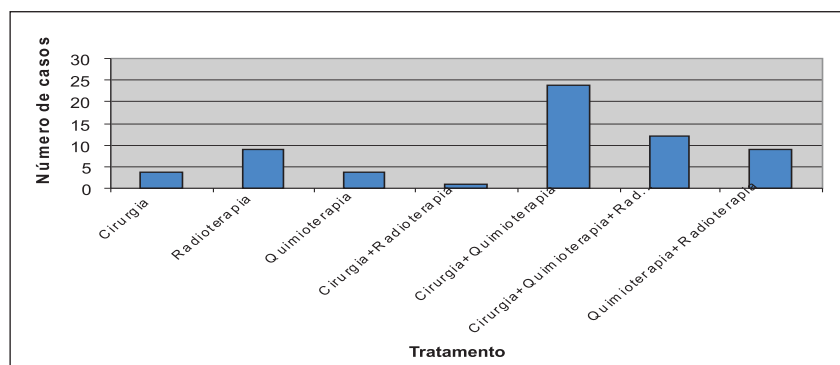


Figura 6: Distribuição dos pacientes da amostra quanto ao tratamento instituído.

Dos prontuários pesquisados foi constatado registro da ocorrência de óbito em dois pacientes. Se este dado foi corretamente registrado, resulta em sobrevida de 1 ano em 96,83% dos pacientes. No estudo de Machado et al. (2003), na cidade de Taubaté-SP, entre 1993-1998, ocorreram 10 óbitos (28,57% da amostra) devido à doença primária e um caso devido à recidiva, que foi excluído das análises. A média de sobrevida dos pacientes foi de 1,7 anos, com intervalo de tempo variando de 1 mês até 6 anos após o diagnóstico da doença. Segundo Pereira, Castro (1981), para a avaliação da qualidade dos dados de mortalidade é necessário, primeiramente, verificar a cobertura do Sistema de Informação sobre Mortalidade, calculada com base na proporção de mortes que possuem declaração de óbito, entre o total de mortes ocorridas. Paes, Albuquerque (1999) observaram, em estudo que analisou dados do ano de 1990, que o Estado do Rio de Janeiro foi um dos poucos que apresentaram boa qualidade de cobertura dos registros de óbito. Ainda, pode ser citado como viés do presente resultado, o fato de que a pesquisa foi realizada em prontuários do Complexo Hospitalar Santa Casa, que compreende o histórico do atendimento do paciente naquela instituição, podendo o paciente ter alta e posteriormente vir a óbito em outra instituição.

CONCLUSÕES

O perfil epidemiológico encontrado foi de paciente do sexo masculino, com 51 a 60 anos de idade, proveniente da capital e região metropolitana, apresentando na maior parte dos casos lesão na língua com evolução de até 6 meses, diagnosticada como carcinoma espinocelular grau II, sendo tratado pela combinação de cirurgia e quimioterapia.

REFERÊNCIAS

Abreu MAMM, Pimentel DRN, Silva OMP, Blachman IT, Michalany NS, Hirata CH, Weckx LLM, Alchorne MMA. Carcinoma Espinocelular do lábio: avaliação de fatores prognósticos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004; 70(6): 765-770.

Almeida JD, Cabral LAG. Diagnóstico do carcinoma bucal: uso da citologia esfoliativa como método auxiliar. *RGO* 1992; 40(3):167-170.

Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(3): 543-52.

Anjos Hora IA, Pinto LP, Souza LB, Freitas RA. Estudo Epidemiológico do Carcinoma Epidermoide de Boca no Estado do Sergipe. *Ciênc Odontol Bras* 2003; 6(2): 41-8.

Bercht SMB. O câncer de boca sob o modelo odontológico hegemônico. *Rev Ação Coletiva* 1998; 4: 33-41.

Binnie WH. Oral Cancer. In: Dolby AE. *Oral mucosa in health and disease*. Oxford: Blackwell, 1975. p. 301-34.

Blot WJ, McLaughlin JK, Devesa SS, Fraumeni Jr JF. Cancers of the oral cavity and pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni Jr JF. *Cancer Epidemiology and Prevention*. New York: Oxford University Press New York, 1996. p. 666-80.

Boyle P, Macfarlane GJ, Scully C. Oral cancer: necessity for prevention strategies. *Lancet* 1993; 342: 1129.

Carvalho MB. Características Clínico-Epidemiológicas do Carcinoma Epidermoide da cavidade oral no sexo feminino. *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(3): 208-14.

Chen JK, Eisenberg E, Krutchkoff DJ, Katz RV. Changing trends in oral cancer in United States, 1935 to 1985: a Connecticut study. *J Oral Maxillofac Surg* 1991; 49(11) : 1152-8.

Chinellato LEM, Martha SN, Sant'Ana E, Kanô SC, Maeda L, Porto VMC. Programa de prevenção ao câncer bucal no município de Bauru, através do auto-exame. *Rev Fac Odontol Bauru* 1995; 3(1/4): 143-5.

Danesi CC, Marconato MC, Spara L. Câncer de boca: um estudo no Hospital Universitário de Santa Maria-RS. *Rev Bras Cancerol* 2000; 46(2): 179-82.

Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2004; 70(1): 35-40.

Depue RH. Rising mortality from cancer of the tongue in young white males. *N Engl J Med* 1986 ; 315(10): 647-9.

Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, Fava AS, Torloni H. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case control study. *Int J Câncer* 1989; 43(6): 992-1000.

Garrafa V. Epidemiologia do câncer Bucal. *Ars Curandi Odont* 1977; 3(5): 6-26.

Genovese WJ. Câncer de boca: Noções básicas para prevenção e diagnóstico. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1997.

Gunnarskog J, Stenbeck M, Holm LE. Lip, oral cavity and mesopharynx. *Acta Oncol* 1995; 34(4): 5-10.

Hindle I, Downer MC, Speight PM. The epidemiology of oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1996; 34(5): 471-6.

Hindle I, Nally F. Oral cancer: a comparative study between 1962-1967 and 1980-1984 in England and Wales. *Br Dent J* 1991; 170(5): 15-20.

Jitomirski F. Câncer bucal.. In: Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Santos, 2000, p. 445-56.

Krolls SO, Hoffman S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex and race of patients. *J Am Dent Assoc* 1976; 92(3): 571-4.

Lawoyin JO, Lawoyin DO, Aderinokun G. Intra oral squamous cell carcinoma in Ibadan: a review of 90 cases. *Afr J Med Sci* 1997; 26 (3-4): 187-8.

Machado ACP, Tavares PG, Anbinder AL, Quirino MRS. Perfil Epidemiológico, Tratamento e Sobrevida de pacientes com câncer bucal de Taubaté e região. *Rev Biociências* 2003; 9(4): 12-5.

Mashberg A, Boffetta P, Winkelman R, Garfinkel L. Tobacco smoking, alcohol drinking and cancer of the oral cavity and oropharynx among U.S. veterans. *Cancer* 1993; 72(4): 1369-75.

McCoy GD, Hecht SS, Wynder EL. The roles of tobacco and diet in the etiology of upper alimentary and respiratory tract cancers. *Prev Med* 1980; 9(5): 622-9.

Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2006 - Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/versaofinal.pdf> - Acesso em 02/05/2006.

Mirra AP. Aspectos populacionais de morbidade e mortalidade por câncer no município de São Paulo. *Rev Bras Cancerol* 1976; 26(4): 59-69.

Paes NA, Albuquerque MEE. Avaliação da qualidade dos dados populacionais e cobertura dos registros de óbito para as regiões brasileiras. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(1): 33-43.

Pereira MG, Castro ES. Avaliação do preenchimento da declarações de óbito: Brasília, DF (BRASIL), 1977-1978. *Rev Saúde Pública* 1981; 15(1): 4-19.

Pindborg JJ. Câncer e Pré-câncer bucal. São Paulo: Editora Panamericana, 1981.

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 Ciênc* 2004; 19(44): 126-30.

Rice DP, Hodgson TA. Social and economic implications of cancer in the United States of America. *World Health Stat Q* 1980; 33(1): 56-100.

Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patologia Estrutural e Funcional. 3ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1986, p. 207.

Sampaio MCC, Birman F, Birman EG, Novelli MD. Análise do carcinoma bucal: casuística do Hospital Napoleão Laureano-João Pessoa. *Rev Bras Cancerol* 1985; 31(2): 125-30.

Sampaio MCC, Birman EG, Novelli MD. Carcinoma espinocelular de boca - estudo clínico de 236 casos. *Ars Cvrandi Odont* 1981; 8(2): 69-76.

Sankaranarayanan R, Duffy SW, Day NE, Nair MK, Padmakumary G. A case-control investigation of cancer of the oral tongue and the floor of the mouth in Southern India. *Int J Cancer* 1989; 44(4): 617-21.

Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sanchez M. Oral cancer case finding program (OCCFP). *Oral Oncol* 1997; 33(1): 10-2.

Sellars SL. Epidemiology of oral cancer. *Otolaryngol Clin Nort Am* 1979; 12(1): 45-55.

Souza A, Stevaux OM, Santos GG, Marcucci G. Epidemiologia do carcinoma epidermoide da mucosa bucal-contribuição ao estudo sobre três variáveis: sexo, faixa etária e raça. *Rev Odontol UNICID* 1996; 8(2): 127-34.

Summerlin DJ. Oral squamous cell carcinoma in Indiana. *J Indiana Dent Assoc* 1991; 70(6): 10-13.

Tommasi AF, Garrafa V. Câncer Bucal. São Paulo: Editora Medisa, 1980, p.57-171.

Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1982, p.327-420.

Veeck EB, Ribas MO, Fontanella VRC, Lorandi CS. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares na cavidade bucal. *Rev Odonto Ciênc* 1992; 7(14): 25-34.

Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncology* 1998; 34(4): 284-91.

Recebido em: 13/03/2008

Aprovado em: 29/05/2009