

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

## ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS LEUCOPLASIAS DIAGNOSTICADAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM LESÕES BUCAIS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

**Filipe Carvalho Fernandes<sup>1</sup>; Maria Emília Santos Pereira Ramos<sup>2</sup>**

1. Bolsista PIBIC/FAPESB, Graduando em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [cf.lipe@gmail.com](mailto:cf.lipe@gmail.com)
2. Orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [maemilia1@uol.com.br](mailto:maemilia1@uol.com.br)

**PALAVRAS-CHAVE:** Estudo Clínico, Epidemiologia, Displasia Epitelial.

### INTRODUÇÃO

Segundo Áxell *et al* (1996), a leucoplasia oral é definida como uma lesão predominantemente branca da mucosa oral que não pode ser caracterizada como nenhuma outra lesão. O termo leucoplasia oral é estritamente clínico e não implica em uma alteração histológica específica do tecido, quando uma biópsia é realizada, o termo leucoplasia deve ser substituído pelo diagnóstico obtido histologicamente (Van Der Wall *et al*, 1997).

A leucoplasia é a lesão cancerizável mais freqüente da cavidade bucal, desenvolvendo-se em qualquer região; no entanto, a mucosa jugal, o lábio inferior e a língua têm sido as áreas mais afetadas (Rodrigues *et al*, 2000 apud Bouquot). Sua etiologia está relacionada, em muitos casos, a hábitos como tabagismo, e outras vezes, é considerada idiopática. Sua ocorrência se dá principalmente em pacientes de meia idade, do sexo masculino, este fato decorre provavelmente da associação com o tabagismo, praticado com maior freqüência pelos homens, do que propriamente uma diferença sexual biológica (Rodrigues *et al*, 2000 apud Silverman). No entanto, Neville *et al*. (1998) destacam o crescente aumento da freqüência desse tipo de lesão em mulheres e associa com o aumento do hábito de fumar entre estas.

Para Rodrigues *et al*. (2000), o processo de diagnóstico da leucoplasia é um tanto complexo, não só pela diversidade de seu aspecto clínico, mas também pela ausência de sintomatologia, sendo geralmente descoberta em exames de rotina. Por isso, torna-se necessário fazer um diagnóstico por exclusão de outras lesões que se apresentam como placas brancas na mucosa bucal. O quadro histológico da doença também apresenta variações; porém, duas características são consideradas importantes: a hiperqueratose e a displasia epitelial em vários graus de severidade. Estas alterações são significativas do ponto de vista evolutivo da lesão, por determinarem comportamentos biológicos diferentes.

Considerando-se, portanto, que a leucoplasia bucal é uma lesão cancerizável, ou seja, com potencial de sofrer transformação maligna, estudamos seus aspectos clínicos e histológicos, procurando relacioná-los.

### METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de corte seccional em que foram verificados todos os prontuários de pacientes que obtiveram como diagnóstico clínico de suas lesões a leucoplasia, no período de 2005 a 2010, no Centro de Referência de Lesões Buciais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Os dados foram coletados através de um formulário (APÊNDICE A) contendo informações sobre sexo, idade, cor, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico, características clínicas da lesão, localização, consumo de tabaco, de álcool, de ambos, abandono desses hábitos e presença de lesão associada à prótese.

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

Após o procedimento de coleta dos dados e uma revisão histomorfológica, foi realizado um agrupamento em hiperkeratoses, displasias e líquen plano oral, utilizando os critérios definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), onde as displasias foram classificadas conforme a severidade em leve/ discreta, moderada e severa. Em seguida, as informações foram sistematizadas em tabelas com o auxílio do programa Excel da MICROSOFT CORPORATION (2003), seguindo a seqüência e distribuição das variáveis do estudo. Esses dados foram analisados através do programa SPSS e estudados conforme a sua distribuição, prevalência, e associações entre as variáveis de estudo. Para os testes estatísticos, o nível de significância foi de 5%.

O protocolo dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (Prot. nº 015/2008) e institucionalizada através da Resolução CONSEPE 095/2008 e realizada mediante Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos indivíduos e autorização do uso das informações dos prontuários do coordenador do Núcleo de Câncer Oral. Foram resguardado o anonimato e as informações dos indivíduos participantes deste estudo, tanto nos relatórios de pesquisa, nas publicações e em quaisquer outros meios de apresentação e divulgação dos dados. O TCLE consta no prontuário de atendimento dos pacientes, onde eles são esclarecidos que as informações contidas nos mesmos poderão ser utilizadas em pesquisas e garante o anonimato e o sigilo desses dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, no período de 2005 a 2010, foram diagnosticados clinicamente 38 casos de leucoplasia no CRLB da UEFS. Quanto ao perfil clínico-epidemiológico o estudo apresenta até o momento uma prevalência do sexo feminino na amostra com 23 casos (60,5%) contra 15 casos (39,5%) de indivíduos do sexo masculino. Dentre esses 38 indivíduos 28 (73,7%) se encontravam na faixa etária de maior de 50 anos, 17 (44,7%) foram classificados como melanoderma e a ocupação mais recorrente entre eles foi trabalhador rural, com 12 casos (31,6%).

No que se refere à lesão, a região de maior incidência destas foi o palato (28,9%), seguido pela mucosa jugal (26,3%), rebordo alveolar (23,7%), língua (10,6%) e assoalho de boca (7,9%), quanto à coloração 97,3% das lesões foram classificadas como “branca”, a forma predominante foi a “irregular” (57,9%), superfície “rugosa” (57,9%), consistência “fibrosa” (36,8%), com tamanho médio entre 1 e 5 cm (47,4%). O desenvolvimento das lesões foi considerado lento em 42,1% dos casos e rápido em 34,2% destes.

Com relação ao desenvolvimento das lesões associado aos hábitos do paciente, o estudo tem corroborado com a literatura que indica que o aparecimento e o desenvolvimento dessas lesões estão relacionados a hábitos nocivos como o tabagismo, o etilismo e o uso de próteses mal adaptadas. Dos 38 pacientes, 30 (78,9%) possuíam ou possuem o hábito de fumar, desses 30, 16 (42,1%) fumaram ou fumam há mais de 35 anos, 17 indivíduos fizeram ou fazem a ingestão de bebidas alcoólicas regularmente e 14 (36,8%) fizeram ou fazem a associação do tabaco com o álcool. Com relação à utilização de próteses mal adaptadas oito pacientes (21%) relataram que o uso da prótese traumatizava alguma região da sua boca.

Histologicamente, estas leucoplasias receberam o diagnóstico de: displasia epitelial em 16 casos (42,1%), sendo essas sub-classificadas em leve/discreta (oito casos) e displasia moderada (oito casos), um caso (2,6%) recebeu o diagnóstico de displasia severa/carcinoma in situ, 14 casos (36,8%) foram classificados como hiperqueratose e sete casos (18,5%) receberam o diagnóstico de líquen plano oral.

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

Segundo Neville *et al.* (1998), as leucoplasias são as lesões pré-malignas mais comuns da mucosa oral, embora alterações displásicas de epitélio e carcinomas possam ser observadas em 5 a 25% das lesões. Em nossa amostra, lesões diagnosticadas como displasia epitelial e carcinoma *in situ* corresponderam a 44,7% dos casos, índice mais alto que o relatado na literatura. Dentre esses casos um caso (carcinoma *in situ*) já se tratava de lesão maligna.

As mulheres foram mais frequentemente acometidas pelas lesões leucoplásicas em nosso estudo, representando (60,5%) do total da amostra, fato não descrito por Neville *et al.* (1998) e Regezi, Sciuba (2000) que relatam maior frequência nos homens. Entretanto, resultados como esse foram encontrados por Almeida *et al.* (2000), em estudo realizado no Rio Grande do Norte. Neville *et al.* (1998) destacam o crescente aumento da frequência desse tipo de lesão em mulheres e associam com o aumento do hábito de fumar entre estas.

Com relação à raça mais acometida, nosso estudo apontou maior incidência das leucoplasias em pacientes de pele negra com 44,7% do total da amostra, dado esse não encontrado por Neville *et al.* (1998) e Regezi, Sciuba (2000), que encontraram maior incidência das leucoplasias em pacientes da raça branca.

A faixa etária mais atingida foi a que apresentava indivíduos com mais de 50 anos, ou seja, após a quinta década de vida com 28 casos, representando assim, 73,7% do total estudado. Esse dado está em consonância com os estudos de Van der Wall *et al.* (1997) e Neville *et al.* (1998) que afirmam ser maior a ocorrência de leucoplasias em pacientes acima de 30 anos, com aumento da incidência após os 50 anos, aumentando a prevalência dessas lesões com a idade.

A região mais frequentemente acometida foi o palato (28,9%), seguido pela mucosa jugal (26,3%), que aparece nos estudos de Neville *et al.* (1998) como uma das regiões mais acometidas, já o palato fica atrás do lábio, da própria mucosa jugal e da gengiva nos estudos dos autores, que ainda apontam a língua, o lábio inferior e o assoalho de boca como sendo sítios de maior risco de ocorrência de alterações displásicas ou carcinoma.

Axéll *et al.* (1996) propõem uma classificação das leucoplasias de acordo com agentes etiológicos associados, na qual considera duas categorias, as resultantes ou possivelmente relacionados ao tabagismo e as de etiologia desconhecida (idiopáticas). Na nossa amostra, a maioria das lesões se relacionava ao hábito de fumar, 78,9% do total da amostra, sendo que deste total, 42,1% fumaram ou fumam há mais de 35 anos. Essa grande ocorrência de lesões em fumantes observada é amplamente abordada por diversos autores como Neville *et al.* (1998) e Regezi, Sciuba (2000) que relacionam esse hábito ao desenvolvimento das leucoplasias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim consideramos que diante da diversidade de aspectos clínicos e fatores relacionados com o surgimento e o desenvolvimento desse tipo de lesão, o cirurgião-dentista deve estar preparado para fazer a detecção desta patologia através do exame clínico e encaminhar esse paciente para um serviço que possa realizar a biópsia, pois somente através do exame histopatológico podemos obter o seu diagnóstico definitivo. Assim o profissional poderá contribuir para um diagnóstico precoce do câncer de boca, um melhor prognóstico e conseqüentemente para o sucesso do tratamento.

## REFERÊNCIAS

Anais do XIV Seminário de Iniciação Científica da Universidade Estadual de Feira de Santana, UEFS, Feira de Santana, 18 a 22 de outubro de 2010

AXÉLL, T.; PINDBORG, J. J.; SMITH, C. J.; van der WALL, I. Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21, 1994. *J Oral Pathol Med*, v. 25, n. 2, p. 49-54, Feb. 1996.

van der WAAL, I.; SCHEPMAN, K. P.; van der MEIJ, E. H., *et al.* Oral leukoplakia: a clinicopathological review. *Oral Oncol*, v. 33, n. 5, p. 291-301, Oct. 1997.

RODRIGUES, T.L.C., COSTA L.J., SAMPAIO M.C.C. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. *Pesqui Odontol Brás* v. 14, n. 4, p. 357-361, out./dez. 2000.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEM, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

REGEZI, J.A; SCIUBA, J.J. *Patologia Bucal: correlações clinicopatológicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.