

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

Filipe Carvalho Fernandes¹; Maria Emília Santos Pereira Ramos²

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

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

INTRODUÇÃO

Os estudos clínico-epidemiológicos permitem uma compreensão do processo saúde-doença e fatores associados, ao passo que fornecem mecanismos pelos quais se permite a avaliação e a análise da extensão e gravidade dessas condições na população, caracterizando perfis regionais e conseqüentemente, possibilitando o planejamento de ações preventivas para doenças bucais.

O câncer bucal é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (SCULY; BAGANN, 2009; BRASIL, 2010). No Brasil, 18.130 novos casos da doença foram estimados para o ano de 2010, indicando o câncer de boca como o 5º tumor mais freqüente entre os homens e o 7º entre as mulheres (BRASIL, 2010). No Estado da Bahia, dados do Registro Hospitalar do Aristides Maltez indicam que o tumor foi o mais freqüente em indivíduos do sexo masculino no ano de 1990 (BRASIL, 1995; 1998).

A maior prevalência da doença ocorre em indivíduos na faixa etária entre 40 e 70 anos (DEDIVITIS et al., 2004), com baixa renda e grau de instrução deficiente. No Brasil, a prevalência de analfabetos com a doença tem oscilado de 28% a 74% (FRANCO, 1989; LEWIN et al., 1998). A renda mensal destes indivíduos varia de 83 a 128 dólares (FRANCO, 1989; REIS et al., 1997).

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).

Neste grupo das leucoplasias, são reconhecidas duas patologias principais: as hiperkeratoses e displasias, sendo que estas últimas assumem vários graus de severidade que refletem diretamente no prognóstico dos pacientes, portanto o objetivo deste trabalho foi realizar um estudo clínico-epidemiológico dos casos de leucoplasias do Centro de Referência de Lesões Buciais da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

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 2011, no Centro de Referência de Lesões Buciais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Os dados foram coletados através de um formulário 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.

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 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 CEP da 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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os achados preliminares do presente estudo, ainda em andamento, no período de 2005 até o mês de agosto de 2011, foram diagnosticados clinicamente 47 casos de leucoplasia no Centro de Referência de Lesões Bucais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira de Santana. Quanto ao perfil clínico-epidemiológico o estudo apresenta até o momento uma prevalência do sexo feminino na amostra com 27 casos (57,4%) contra 20 casos (42,6%) de indivíduos do sexo masculino. Dentre esses 47 indivíduos 33 (70,2%) se encontravam na faixa etária de maior de 50 anos, 21 (44,7%) foram classificados como melanoderma e a ocupação mais recorrente entre eles foi de trabalhador rural, com 12 casos (25,5%).

No que se refere à lesão, três regiões tiveram maior incidência com 11 casos, dentre elas, o palato (23,4%), mucosa jugal (23,4%) e rebordo alveolar (23,4%), língua (12,8%) e assoalho de boca (6,4%), quanto à coloração 97,9% das lesões foram classificadas como “branca”, a forma predominante foi a “irregular” (51,1%), superfície “rugosa” (61,7%), consistência “fibrosa” (42,5%), com tamanho médio entre 1 e 5 cm (42,5%). O desenvolvimento das lesões foi considerado lento em 46,8% dos casos e rápido em 27,6% 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 47 pacientes 36 (76,6%) possuíam ou possuem o hábito de fumar, desses 36, 20 (42,5%) fumaram ou fumam por mais de 30 anos, 21 (44,7%) indivíduos fizeram ou fazem a ingestão de bebidas alcoólicas regularmente e 18 (38,3%) fizeram ou fazem a associação do tabaco com o álcool. Com relação à utilização de próteses mal adaptadas 10 pacientes (21,2%) relataram que o uso da prótese traumatizava alguma região da sua boca.

Histologicamente, estas leucoplasias receberam o diagnóstico de: displasia epitelial em 19 casos (40,4%), sendo essas sub-classificadas em leve/discreta (8 casos) e displasia moderada (9 casos), 2 casos receberam o diagnóstico de displasia severa/carcinoma in situ, 20 casos (42,5%) foram classificados como hiperqueratose e 8 casos (17%) receberam o diagnóstico de líquen plano oral.

Segundo Lee et al (2005) as leucoplasias são as lesões pré-malignas mais comuns da mucosa oral. Alterações displásicas de epitélio e carcinomas podem ser observadas em 5 a 25% dessas lesões (NEVILLE et al., 2004). Em nossa amostra, lesões diagnosticadas como displasia epitelial e carcinoma *in situ* corresponderam a 40,4% dos casos, índice mais alto que o relatado na literatura. Dentre esses casos dois casos (carcinoma *in situ*) já se tratavam de lesão maligna.

As mulheres foram mais freqüentemente acometidas pelas lesões leucoplásicas em nosso estudo, representando (57,4%) do total da amostra, fato não descrito por Neville et al (2004) e Regezi et al (2008) que preconizam maior freqüência nos homens. Neville et al (2004) destaca o crescente aumento da freqüência desse tipo de lesão em mulheres e associa 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 (2004) e Regezi et al (2008), que preconizam uma 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 33 casos representando 70,2% do total. Esse dado está em consonância com os estudos de Van der Wall et al (1997) e Neville et al (2004) 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.

Em relação ao local de incidência mais acometido, três regiões apresentaram o mesmo número de lesões registrados, com 11 casos cada, a região do palato, de rebordo alveolar e mucosa jugal, esta última aparece nos estudos de Neville et al (2004) como uma das regiões mais acometidas, já o palato fica atrás do lábio, da própria mucosa jugal e da gengiva nos estudos do autor, 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) propõe 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, 76,6% do total da amostra, sendo que deste total, 42,5% fumaram ou fumam por mais de 30 anos. Essa grande ocorrência de lesões em fumantes observada é amplamente abordada por diversos autores como Neville et al (2004), Regezi et al (2008) e que relacionam esse hábito ao desenvolvimento das leucoplasias. Freitas et al (2006) traz em seu estudo que o indivíduo fumante eleva de 4 a 6 vezes o risco de desenvolver uma leucoplasia oral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de lesões leucoplásicas está intimamente relacionado a hábitos do paciente, principalmente ao consumo de tabaco associado ao álcool e que alguns aspectos epidemiológicos podem variar de acordo com o local onde é realizado o estudo, como a prevalência no acometimento de indivíduos leucodermas em estudos europeus e melanodermas em estudos brasileiros, o que não determina comportamento de predileção por cor. A mudança de hábitos, como o aumento do consumo de tabaco por parte da população feminina, vem mudando também o quadro epidemiológico da doença onde estas mulheres já passam a representar uma parcela significativa da população acometida por esta lesão.

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 confirmar através do histopatológico. Assim o profissional poderá contribuir para um diagnóstico precoce do câncer de boca, um melhor prognóstico e conseqüentemente melhor qualidade de vida para os indivíduos acometidos por essa patologia.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Liga Bahiana de Combate ao Câncer. Coordenação de programas de controle de Câncer (PRO-ONCO). Registro hospitalar de câncer: Dados do hospital aristides maltez. Rio de Janeiro, PRO-ONCO, 1995.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de programas de controle de Câncer (PRO-ONCO). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1998. Rio de Janeiro. PRO-ONCO/INCA, 1998.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA - Disponível em: www.inca.gov.br, acesso em 28/07/2010.
5. DEDIVITIS, R. A., et al. Características clínico epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v.70, n.1, p. 35-40, 2004.
6. FRANCO, E. L. et al. Risk factor for bucal cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer*, v. 43, p.992-1000, 1989.
7. NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEM, C.M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
8. REGEZI, J.A; SCIUBA, J.J; JORDAN R.C.K. *Patologia Oral: Correlações Clinicopatológicas*. 5ª edição. Elsevier, 2008.
9. REIS, S. R. A.; LIMA, C. R.; MARCHIONNI, A. M. T., et al. Fatores de risco do câncer da cavidade bucal e da orofaringe. Fumo, bebidas alcoólicas e outros determinantes. *RPG*, v. 4, p. 127-132, 1997.
10. 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.
11. SCULLY, C., BAGAN, J.V. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Diseases*, v. 15, p. 388-399, 2009.
12. 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.