

LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL

Caroline Ferreira¹; Maria Ramos²;

1. Bolsista FAPESB, Graduanda do curso de Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: carolaraujof@yahoo.com.br
2. Orientadora Doutora em Farmacologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: maemilia1@uol.com.br

PALAVRAS-CHAVE: neoplasias bucais, leucoplasia, queilite

INTRODUÇÃO

O câncer bucal pode ser precedido por lesões que se apresentam como alterações teciduais, podendo vir a sofrer uma transformação neoplásica com maior frequência que o tecido normal, embora possam permanecer estáveis por tempo indeterminado¹. Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) modificou a terminologia das lesões orais pré-malignas e as denominou lesões com potencial de malignização².

Dentre essas lesões, a eritroplasia é definida como uma placa ou mancha vermelha que não pode ser classificada clinicamente como qualquer outra entidade, podendo associar-se a uma leucoplasia adjacente, sendo denominada, nesse caso, leucoeritroplasia^{2,3}. A leucoplasia oral é a lesão potencialmente maligna mais comum da mucosa oral, sendo definida pela OMS como “uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clinicamente como qualquer outra doença”⁴. Para Rodrigues et al. (2000), o quadro histológico das leucoplasias apresenta duas características 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 diferentes⁵.

A displasia epitelial é um importante preditor de uma eventual transformação maligna. Nesse sentido, é fundamental que se estabeleça o quadro histológico dessas lesões, com o objetivo de identificar possíveis alterações no epitélio.

O que preocupa nesse cenário é que a maioria dos casos de câncer bucal não é diagnosticada em sua fase inicial. A procura dos pacientes pelo atendimento geralmente ocorre quando existe a presença de sintomatologia dolorosa, característica de lesões mais avançadas^{6,7}. A identificação das condições e fatores de risco é o primeiro passo para uma prevenção efetiva da doença⁸.

O objetivo deste trabalho foi verificar a frequência das lesões potencialmente malignas em um centro de referência do semiárido baiano entre 2005 e 2011, destacando a importância do diagnóstico precoce na prevenção da doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo baseado nos casos de lesões com potencial de malignização arquivados em um centro de referência do semiárido baiano, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2011. Os dados clínicos e patológicos foram obtidos através dos prontuários de pacientes que obtiveram como diagnóstico clínico, lesões potencialmente malignas, especificamente, eritroplasia, leucoeritroplasia ou leucoplasia salpicada, leucoplasia e queilite actínica. Os dados foram coletados através de um

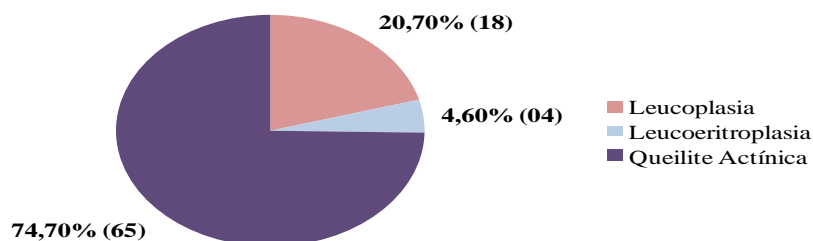
formulário previamente elaborado contendo informações sobre sexo, idade, cor, diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico, hábitos associados ao aparecimento das lesões, como o consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas ou de ambos.

Após o procedimento de coleta dos dados, foi realizada uma divisão em leucoplasias, eritroplasias, leucoeritroplasias e queilite actínica. Os casos em que o diagnóstico histopatológico não confirmou a suspeita clínica de lesão com potencial de malignização foram classificados como não-compatíveis e não compuseram a amostra. As displasias epiteliais foram classificadas conforme a severidade em leve/discreta, moderada e severa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 87 casos de lesões com potencial de malignização identificados, no período de 2005 a 2011, 74,7% (65) foram diagnosticados clinicamente como queilite actínica, 20,7% (18) obtiveram o diagnóstico de leucoplasia e 4,6% (04) de leucoeritroplasia (**FIGURA 1**).

FIGURA 1 – Distribuição das lesões potencialmente malignas quanto ao diagnóstico clínico encontradas na população atendida em um centro de referência do semiárido baiano, entre 2005 e 2011.



As informações sociodemográficas de acordo com frequência de lesões potencialmente malignas podem ser visualizadas na **TABELA 1**. Com relação ao sexo, no total da amostra, verificou-se a prevalência 55,2% (48) do sexo masculino, sendo que na distribuição por lesão houve predominância do sexo feminino 61,1% (11) apenas nos diagnósticos de leucoplasia.

No que diz respeito à faixa etária mais acometida, os pacientes com mais de 40 anos, representaram a maioria da amostra, com 88,5% (77) do total de casos registrados, enquanto que 11,5% (10) dos pacientes possuíam menos de 40 anos na época do registro diagnóstico. Na distribuição por lesão, tanto nas leucoplasias, 94,4% (17), leucoeritroplasias, 100% (04), como nas queilites actínicas, 76,9% (50), houve predomínio absoluto dos registros na faixa etária maior ou igual a 40 anos.

Em relação à coloração da pele, os pacientes classificados como leucoderma foram a maioria dos casos, com 37,2% (29) do total, seguido dos pacientes classificados como melanoderma, 32% (25) e faioderma com 30,8% (24). Destaca-se na amostra que os indivíduos com diagnóstico clínico de queilite actínica foram predominantemente classificados como leucoderma, com 43,1% (25).

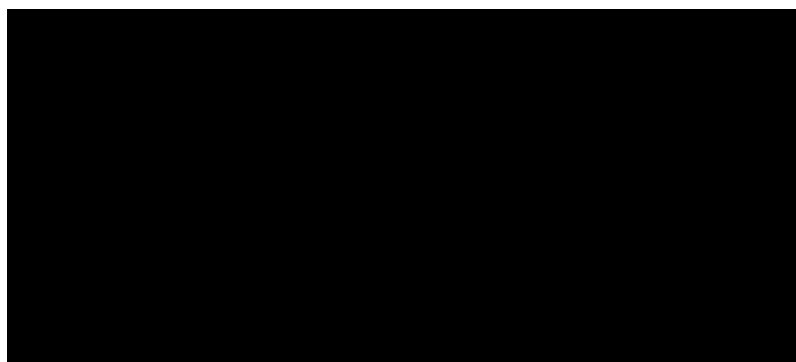
TABELA 1 – Características sociodemográficas de acordo com lesão potencialmente maligna da população atendida em um centro de referência de lesões bucais do semiárido baiano, entre 2005 e 2011.

VARIÁVEL	Leucoplasia (n)	%	Leucoeritroplasia (n)	%	Queilite Actínica (n)	%
SEXO						
Masculino	07	38,9	03	75	38	58,5
Feminino	11	61,1	01	25	27	41,5
IDADE						
Menor que 40	01	5,6	00	0	15	23,1
Maior ou igual a 40	17	94,4	04	100	50	76,9
COR/RAÇA*						
Leucoderma	04	23,5	00	0	25	43,1
Melanoderma	08	47,1	02	66,7	15	25,9
Faioderma	05	29,4	01	33,3	18	31

*Para essa variável houve perda de dados.

Quanto ao diagnóstico histopatológico, dos 22 registros clínicos de leucoplasia/leucoeritroplasia, 86% (19) foram classificados como displasia epitelial em vários graus, 9% (02) como carcinoma de células escamosas e 5% (01) como carcinoma in situ (**FIGURA 2**).

FIGURA 2 – Distribuição dos casos quanto ao diagnóstico histopatológico das leucoplasias e leucoeritroplasias encontradas na população atendida em um centro de referência do semiárido baiano, entre 2005 e 2011.



Dos 18 registros diagnósticos de leucoplasia que apresentaram alteração tecidual maligna ou com potencial de malignização, 38,8% (07) foram classificados como displasia leve, 50% (09) como displasia moderada, 5,6% (01) como carcinoma in situ e em 5,6% (01) observou-se o carcinoma de células escamosas instalado. Dos 04 casos de leucoeritroplasias, 50% (02) foram classificados como displasia moderada, 25% (01) como displasia severa e 25% (01) caso já era carcinoma de células escamosas.

Na investigação da existência de fatores associados ao surgimento da lesão, constatou-se o uso de tabaco na maioria da amostra, com 57,6% (49) dos registros. Sendo que destes, 30,6% (26) faziam a associação do consumo do tabaco com bebida alcoólica, como se observa na **TABELA 2**.

TABELA 2 - Distribuição dos hábitos de vida em pacientes com lesões potencialmente malignas atendidos em um centro de referência de lesões bucais do semiárido baiano, entre 2005 e 2011.

HÁBITOS DE VIDA*	N	%
Apenas bebida alcoólica	09	10,6
Apenas tabaco	23	27,1
Ambos	26	30,5
Nenhum dos dois	27	31,8

*Para essa variável houve perda de dados.

Ao observar o diagnóstico histopatológico, verificou-se a relação do uso do tabaco com a presença de lesões displásicas ou carcinoma em 81,8% (18) dos 22 casos que obtiveram diagnóstico clínico de leucoplasia/leucoeritroplasia. Sendo que em metade desses casos havia a associação do consumo de bebida alcoólica com o uso do tabaco.

É relevante a prevenção e o diagnóstico precoce das lesões com potencial de malignização com o intuito de reduzir os indicadores de morbimortalidade do câncer. Segundo Lee et al. (2006), a leucoplasia é a lesão com potencial de malignização mais frequente da cavidade bucal⁹. Porém, no nosso estudo predominou o diagnóstico clínico de queilite actínica (74,7%). Este fato possivelmente está relacionado ao clima quente da região do semiárido baiano, onde foi realizado o estudo, e a falta de esclarecimento quanto aos mecanismos de proteção contra a exposição crônica ao sol, a qual se constitui no principal fator etiológico para o aparecimento da lesão. No entanto, a literatura relata que outros fatores, como o consumo de bebida alcoólica e do fumo, possam elevar a probabilidade de malignização das queilites^{10,11}.

Ainda em relação à queilite actínica foi observado o maior acometimento de indivíduos do sexo masculino, leucodermas, a partir da quarta década de vida, concordando com vários autores^{11, 12, 13}.

Dentre as lesões que podem preceder a um câncer bucal, estudos como o de Dietrich et al. (2004) têm mostrado que a leucoplasia ocorre preferencialmente no sexo masculino¹⁵. Entretanto, nos nossos resultados houve uma maior prevalência do sexo feminino, fato este que Neville et al (2004) atribui ao aumento do hábito de fumar por parte das mulheres em algumas populações regionais¹.

Com relação aos critérios de raça mais acometida, o estudo apontou maior incidência das leucoplasias em pacientes de pele negra, dado esse não relatado por Neville et al (2004), que preconiza uma maior incidência da doença em pacientes da raça branca¹. A maioria absoluta dos indivíduos atingidos se encontravam na faixa etária maior que 40 anos, estando em consonância com os estudos de Van der Wall et al. (1997) e Dedivitis et al. (2004) que afirmaram ser maior a ocorrência em pacientes acima de 30 anos, com aumento da incidência após os 50 anos, aumentando a prevalência com a idade^{14,15}.

No que se refere às leucoeritroplasias foi observado no estudo maior frequência deste tipo de lesão em indivíduos do sexo masculino e com idade superior a 40 anos em todos os 04 casos registrados. Corroborando com os achados de Hosni et al. (2009) onde ele relata que houve prevalência dos pacientes do sexo masculino e com uma média de idade de 57 anos. No tocante ao quadro histológico dessas lesões os autores ressaltam um maior potencial maligno em comparação às leucoplasias, uma vez que as áreas vermelhas exibem o mesmo padrão histopatológico das eritroplasias homogêneas³.

O uso do tabaco, em suas mais variadas formas, e o consumo de bebidas alcoólicas são os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca, sendo estes, responsáveis por cerca de 75% dos casos da doença no mundo ocidental¹⁶. A presença desses fatores de risco foi observada nesse estudo, onde a maior parte da amostra diagnosticada clinicamente com lesão potencialmente maligna relatou o consumo de bebida alcoólica e/ou tabaco. Em relação aos casos em que foram detectadas displasias epiteliais ou carcinoma a parcela dos pacientes que relataram fazer o uso dessas substâncias foi maior que 80% do total, sendo que em metade desses casos havia a associação do consumo de bebida alcoólica com o uso do tabaco.

CONCLUSÃO

A frequência das lesões com potencial de malignização verificada no estudo apontou a queilite actínica como mais predominante, o que sugere a necessidade de adoção de políticas públicas que visem orientar e sensibilizar as pessoas quanto ao uso dos fatores de proteção solar, sendo de vital importância, visto que se trata de uma lesão que pode vir a se transformar em um câncer.

REFERÊNCIAS:

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Van Der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol*, 2009; v. 45, n. 4-5, p. 317-23.
3. Hosni ES, Salum FG, Cherubini K, Yurgel LS, Figueiredo MAZ. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. *Braz J Otorhinolaryngol*, 2009; 75(2):295-9.
4. Van der Waal I, Axéll, T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *Oral Oncology*, 2002; 38 521–526.
5. Rodrigues TLC, Costa LJ, Sampaio, MCC. Leucoplasias bucais: relação clínico-histopatológica. *Pesquisa Odontol Bras*, 2000; v. 14, n.4, p.357-361.
6. Kowalsky LP, Carvalho AL. Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Bucal Oncology*, 2001; v. 37, p. 94-98.
7. Freitas TMC, Queiroz LMG, Ramos Jr RP, Freitas VS, Martins GB. Carcinoma epidermóide de língua em estágio avançado. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 2003; v. 51, n.1, p. 39-46.
8. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevivência de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab*, 2006; v. 42 n. 5 p. 385-392.
9. Lee JJ, et al. Carcinoma and dysplasia in oral leukoplakias in Taiwan: Prevalence and risk factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2006; v.101, n.4, p. 472-9.

10. Martins MD, Marques LO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite actínica: relato de caso clínico. *ConScientia e Saúde*, São Paulo, 2007; v. 6, n. 1, p. 105-110.
11. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Dis*, 2004; v.10, p.212-6.
12. Ochsenius G, Ormeno A, Godoy L, Rojas R. A retrospective study of 232 cases of lip cancer and pre cancer in Chilean patients. Clinical-histological correlation. *Rev Med Chile* 2003; 131(1):60-6.
13. Kaugars GE, Pillion T, Svirsky JA, Page DG, Burns JC, Abbey LM. Actinic cheilitis: a review of 152 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88(2):181-6.
14. Van der Waal I, Schepman KP, Van der Meij EH, Smeele LE. Oral Leukoplakia: a Clinicopathological Review. *Oral Oncology*, 1997; Vol. 33, No. 5, pp. 291-301.
15. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 2004; v.70, n.1, p. 35-40.
16. Petti S. Lifestyle risk factors for oral cancer. *Oral Oncology*, 2009; v.45, n.4-5, p. 340-350.