

Características Clínicas, Epidemiológicas e Microscópicas do Câncer Bucal Diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas

Clinical, Epidemiological and Microscopic Features of Oral Cancer as Diagnosed at the University of Alfenas

Características Clínicas, Epidemiológicas y Microscópicas del Cáncer Bucal Diagnosticado en la Universidad Federal de Alfenas

Marina Lara de Carli¹, Sophia Loren Santos², Alessandro Antônio Costa Pereira³, João Adolfo Costa Hanemann⁴

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo caracterizar e comparar as características clínicas e demográficas dos pacientes portadores de câncer bucal e avaliar os aspectos microscópicos de cada neoplasia, baseando-se na graduação histopatológica de malignidade. Foi realizado um levantamento de todas as neoplasias malignas diagnosticadas e arquivadas no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas desde janeiro de 1998 até dezembro de 2006 e constatou-se um número de 49 tumores. Os resultados demonstraram que, dessas 49 lesões, 43 eram carcinomas espinocelulares, três eram neoplasias malignas de glândulas salivares e os demais eram carcinomas *in situ*, microinvasivos e verrucosos. Os tumores foram mais prevalentes em pacientes leucodermas, com idades entre 51 e 60 anos, e do gênero masculino. As lesões se localizavam com maior frequência em borda lateral de língua e se apresentavam na forma de úlceras infiltrativas. Constatou-se também que os tumores, em sua maioria, eram carcinomas espinocelulares bem diferenciados e apresentavam um índice de graduação histopatológica de malignidade entre 4 e 8. Concluiu-se que o câncer bucal ainda é uma lesão bastante prevalente e que tem uma predileção por pacientes leucodermas, acima de 50 anos de idade e do gênero masculino.

Palavras-chave: Neoplasias Bucais; Características da População; Carcinoma de Células Escamosas; Alfenas, MG

¹Cirurgiã-dentista Graduada pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

²Cirurgiã-dentista Graduada pela UNIFAL-MG.

³Professor Adjunto de Patologia Bucal da UNIFAL-MG. Doutor em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo (FOB-USP).

⁴Professor Adjunto de Estomatologia da UNIFAL-MG. Doutor em Patologia Bucal pela FOB-USP.

Clínica de Estomatologia. Departamento de Clínica e Cirurgia. UNIFAL-MG.

Endereço para correspondência: João Adolfo Costa Hanemann. Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Centro - Alfenas (MG), Brasil. CEP: 37130-000.

E-mail: jachanemann@uol.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, as estimativas para o ano de 2008, válidas também para o ano de 2009, apontam que ocorrerão 466.730 casos novos de câncer. Os tipos mais incidentes, à exceção do câncer de pele do tipo não melanoma, serão os cânceres de próstata e de pulmão, no gênero masculino; e os cânceres de mama e do colo do útero, no gênero feminino, acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada no mundo¹. Isto se deve, entre outros fatores, ao aumento da vida média da população mundial, aos resultados dos programas de promoção e recuperação da saúde, a fatores ambientais e de mudanças de comportamento responsáveis pela carcinogênese².

Existem inúmeros fatores associados ao surgimento e desenvolvimento do carcinoma de células escamosas (CCE). Não há um agente ou fator causador (carcinógeno) isolado claramente definido ou aceito, mas tanto fatores extrínsecos quanto intrínsecos podem estar em atividade. A hereditariedade não parece desempenhar um papel etiológico importante no carcinoma oral³.

Em relação às neoplasias de cabeça e pescoço (cavidade bucal, orofaringe, laringe e hipofaringe), um estudo realizado na cidade de Porto Alegre-RS por Bittencourt *et al.*⁴ revelou que a cavidade bucal foi o segundo local mais frequentemente acometido, ocupando o primeiro lugar no gênero masculino. O câncer bucal é o sexto câncer mais prevalente no *ranking* mundial, o terceiro em países em desenvolvimento. Mais de 90% dos casos constituem-se do CCE⁵.

O CCE pode ocorrer em qualquer localização da boca, sendo os locais mais acometidos a língua, o lábio inferior e o assoalho bucal^{2,6,7,8,9}. A língua e o assoalho bucal são as localizações de maior risco quanto a um pior prognóstico do CCE, devido à frequente presença de metástases cervicais¹⁰.

Segundo relatos da literatura, o CCE é mais frequente no homem branco da 5ª a 6ª década de vida⁸. A relação masculino:feminino foi de 3:1 em pacientes com mais de 60 anos; e 8:1 antes dos 60 anos⁹. Entretanto, há um progressivo aumento da incidência de câncer bucal em mulheres, em função do aumento da exposição desse grupo etário ao tabaco¹¹. Quando o etilismo e o tabagismo estão ausentes, a incidência do CCE de boca ocorre em uma faixa etária mais tardia. A presença do tabaco isoladamente não afeta a distribuição por faixa etária, enquanto que o álcool isoladamente ou em associação com o tabaco leva a uma incidência mais precoce do câncer de boca^{7,12}.

A graduação histopatológica das margens mais profundas do CCE bucal influencia diretamente na

sobrevida do paciente, já que células neoplásicas nesse local mostram-se indiferenciadas e de grande valor prognóstico. As áreas invasivas podem ser primariamente responsáveis pelo comportamento clínico do tumor e isso pode ser imprescindível na escolha da terapia para o CCE bucal⁶. O presente trabalho teve por objetivo caracterizar e comparar as características clínicas e demográficas dos pacientes portadores de câncer bucal e avaliar os aspectos microscópicos de cada neoplasia, baseando-se na graduação histopatológica de malignidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um levantamento de todas as neoplasias malignas bucais diagnosticadas e arquivadas no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) de janeiro de 1998 a dezembro de 2006. Foram coletados, das fichas de solicitações de exames enviadas pelos profissionais ao laboratório, os dados demográficos dos pacientes, como: idade, gênero, cor da pele e procedência. Registrou-se também a localização da lesão, o aspecto clínico e o respectivo diagnóstico clínico sugerido pelo profissional, as características microscópicas e o diagnóstico microscópico definitivo, bem como o número do laudo anatomopatológico.

A análise microscópica foi feita em cortes microscópicos de cinco micrometros (mm) de espessura, corados em Hematoxilina e Eosina (HE), obtidos a partir das peças cirúrgicas incluídas em parafina das respectivas lesões arquivadas no Laboratório de Anatomia Patológica. Para as reações de coloração, seguiram-se os procedimentos histotécnicos de rotina do referido laboratório.

A análise morfológica das lesões foi realizada individualmente por dois examinadores, utilizando-se um microscópio binocular (marca Olympus, modelo CX 40). Os tumores foram classificados como: Carcinoma de Células Escamosas (CCE Graus I, II e III), Carcinoma Indiferenciado (CA Indiferenciado), Carcinoma Verrucoso, Neoplasia Maligna de Glândula Salivar e outros. A classificação dos CCEs seguiu os critérios estabelecidos por Barnes *et al.*¹³: Grau I ou bem diferenciado: numerosas pérolas córneas, importante queratinização celular com pontes intercelulares, menos de duas mitoses por campo histológico, observando-se, em maior aumento, raras mitoses atípicas e escassas células gigantes multinucleadas, pleomorfismo celular e nuclear muito reduzido; Grau II ou moderadamente diferenciado: pérolas córneas escassas, queratinização celular e pontes intercelulares aparentes, duas a quatro

mitoses por campo histológico, algumas mitoses atípicas, moderado pleomorfismo celular e nuclear, escassas células gigantes multinucleadas; e Grau III ou pouco diferenciado: pérolas córneas ausentes, queratinização celular quase inexistente e ausência de pontes intercelulares, mais de quatro mitoses por campo histológico, frequentes mitoses atípicas, pleomorfismo celular e nuclear pronunciado, frequentes células gigantes multinucleadas.

Foram avaliados os aspectos microscópicos dos CCEs baseando-se na graduação histopatológica de malignidade, proposta por Anneroth; Batsakis; Luna¹⁴; e modificados por Bryne *et al.*¹⁵. Os parâmetros morfológicos utilizados para avaliação dos CCEs foram: 1) grau de queratinização; 2) pleomorfismo nuclear; 3) padrão de invasão; e 4) infiltrado inflamatório. Esses parâmetros foram graduados com valores crescentes entre um e quatro pontos (Quadro 1). Ao final, os valores individuais de cada parâmetro foram somados a um valor total de malignidade, que variou entre um valor mínimo de quatro e um valor máximo de 16 (Quadro 2).

O trabalho foi desenvolvido após aprovação prévia pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UNIFAL-MG.

RESULTADOS

Dos 2.987 laudos anatomopatológicos emitidos no período estudado, 49 (1,64%) eram neoplasias malignas de boca. Dos 49 casos avaliados, constatou-se que 34 (69,38%) acometiam o gênero masculino (M) e 15 (30,62%) o gênero feminino (F), com uma relação M:F de 2,26:1. A idade dos pacientes que compuseram a amostra variou de 20 a 85 anos com uma idade média de 58,34 anos. A década de vida mais acometida foi de 51-60 anos com 12 casos (24,49%), como pode ser observado na Tabela 1.

A cor predominante foi leucoderma com 55,1% dos casos. De acordo com as características clínicas das lesões, os locais anatômicos mais acometidos foram: língua com 11 casos (22,45%), palatos duro e mole com 11 casos (22,45%), rebordo alveolar também com 11

Quadro 1. Graduação da severidade dos parâmetros morfológicos propostos por Anneroth *et al.*¹⁴ e modificados por Bryne *et al.*¹⁵

Parâmetros Morfológicos	Valores			
	1	2	3	4
Grau de queratinização	Altamente queratinizado (> 50% das células)	Moderadamente queratinizado (20% a 50% das células)	Queratinização mínima (5% a 20% das células)	Queratinização ausente (0% a 5% das células)
Pleomorfismo nuclear	Baixo (> 75% das células maduras)	Moderado (50% a 75% das células maduras)	Abundante (25% a 50% das células maduras)	Extremo (0% a 25% das células maduras)
Padrão de invasão	Pressionado; bordas infiltrativas bem delimitadas	Padrão infiltrativo em bandas e/ou fitas e cordões sólidos	Células infiltrativas em pequenos grupos e/ou cordões (n < 15)	Dissociação celular acentuada e disseminada em pequenos grupos e/ou células individuais (n < 15)
Infiltrado inflamatório	Acentuado	Moderado	Leve	Ausente

Quadro 2. Categorização das lesões e interpretação dos valores finais obtidos pela graduação histopatológica de malignidade, de acordo com Bryne *et al.*¹⁵

Valores	Valor prognóstico
Valores encontrados entre 4 e 8	Bom prognóstico
Valores encontrados entre 9 e 12	Prognóstico moderado
Valores encontrados entre 13 e 16	Mau prognóstico

casos (22,45%), seguidos por lábios com seis casos (12,25%) e assoalho bucal com quatro casos (8,16%).

Os aspectos clínicos das lesões predominantes foram ulceroinfiltrativa com 24 casos (48,98%) e ulcerovegetante com 15 casos (30,62%). Lesões leucoplásicas estavam presentes em quatro pacientes (8,16%). Quanto à microscopia do tumor primário, 83,68% foram diagnosticados como CCE.

Os carcinomas de células escamosas foram graduados de acordo com os índices de graduação de malignidade, sendo que 70,73% tiveram classificação entre 4 e 8 (Tabela 2).

Tabela 1. Dados epidemiológicos, clínicos e microscópicos do câncer bucal diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas

Faixa etária	N*	%*
20 – 30	1	2,04
31 – 40	4	8,16
41 – 50	9	18,37
51 – 60	12	24,49
61 – 70	9	18,37
71 – 80	9	18,37
81 – 90	3	6,12
Desconhecida	2	4,08
Cor da pele		
Leucoderma	27	55,10
Feoderma	5	10,20
Melanoderma	6	12,25
Desconhecida	11	22,45
Tipo da lesão		
Ulceroinfiltrativa	24	48,98
Ulcerovegetante	15	30,62
Leucoplasia	4	8,16
Eritroplasia	1	2,04
Outros	4	8,16
Desconhecido	1	2,04
Localização da lesão		
Língua	11	22,45
Rebordo alveolar	11	22,45
Palatos	11	22,45
Lábios	6	12,25
Assoalho bucal	4	8,16
Gengiva	2	4,08
Orofaringe	1	2,04
Outros	3	6,12
Microscopia do tumor primário		
CCE*** grau I	23	46,95
CCE*** grau II	16	32,65
CCE*** grau III	2	4,08
Ca**** indiferenciado	2	4,08
Carcinoma verrucoso	1	2,04
Neoplasia maligna de glândula salivar	3	6,12
Outro	2	4,08
Total	49	100

* N: número de pacientes com diagnóstico de câncer bucal

** %: Porcentagem

***CCE: Carcinoma de células escamosas

****Ca: Carcinoma

Tabela 2. Valor prognóstico das neoplasias bucais diagnosticadas como carcinoma de células escamosas

Valores	Prognóstico*	N**	%***
Entre 4 e 8	Bom	29	70,73
Entre 9 e 12	Moderado	9	21,95
Entre 13 e 16	Mau	3	7,32
Total		41	100

* Estimativa de prognóstico sugerida por Bryne et al.¹⁵

** N: número de lesões diagnosticadas como CCE

*** %: Porcentagem

DISCUSSÃO

O câncer bucal representa de 3% a 5% das neoplasias malignas na maioria dos países ocidentais¹⁰. Brenner *et al.*¹⁶ relataram que esse índice eventualmente pode chegar a 10% dos casos. No Brasil, a incidência de neoplasias malignas da cavidade oral difere substancialmente nas diferentes regiões, e esse fato se deve às diferenças locais na prevalência de fatores de risco, como: tabaco, álcool, vírus, dieta e herança genética⁶.

Os resultados do presente estudo revelaram que, dos 2.987 laudos anatomopatológicos emitidos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2006 e arquivados no Laboratório de Anatomia Patológica da UNIFAL-MG, 49 (1,64%) eram neoplasias malignas de boca. Esses dados indicam uma prevalência relativamente baixa, embora, nos últimos anos, tenha sido observado um aumento expressivo no número de casos diagnosticados.

Em boca, o carcinoma de células escamosas é a neoplasia maligna mais prevalente representando de 90% a 95% das lesões malignas nessa localização^{5,7,10,16,17,18,19}. Resultados semelhantes foram observados nos pacientes incluídos neste estudo, pois 41 (83,7%) apresentavam CCE.

A definição do perfil epidemiológico do câncer bucal passa pela determinação dos fatores de risco. Assim, há unanimidade quanto ao predomínio do gênero masculino^{9,17,20}. A relação M:F encontrada nesse estudo foi de 2,26:1, resultado confirmado por Neville; Day³. Entretanto, Amorim-Filho *et al.*² encontraram uma relação de 8:1. Outros autores já verificaram uma relação de 3,35:1¹⁸. Essa maior proporção de casos de câncer no gênero masculino tem se tornado menos pronunciada nas últimas décadas. De acordo com Neville; Day³, atualmente as mulheres têm sido mais frequentemente expostas aos principais agentes carcinógenos, tais como: tabaco e álcool.

Em relação à cor da pele, a maioria era composta por indivíduos leucodermas, resultados semelhantes foram encontrados na literatura^{7,8,19}. Apenas Brenner *et al.*¹⁶ relataram uma maior prevalência em indivíduos feodermas, resultante da metodologia aplicada ou região estudada.

Neville; Day³ também afirmaram que o carcinoma espinocelular de boca ocorre mais comumente em indivíduos de meia idade e idosos, embora nos últimos anos inúmeros casos tenham sido documentados em pacientes adultos jovens. Dos 102 casos incluídos no estudo de Sawair *et al.*²¹, a média de idade dos pacientes foi de 64 anos. No que diz respeito à faixa etária dos pacientes avaliados, a mais acometida foi a 6ª década, seguida pelas 5ª, 7ª e 8ª décadas de vida, não ocorrendo nenhum registro abaixo da 3ª década, semelhantes aos da literatura^{2,22}. O acometimento de crianças é bem raro, exceto naquelas portadoras de Xeroderma Pigmentoso²⁰.

A maioria dos estudos sobre a prevalência de câncer bucal ressalta a importância que a localização do tumor exerce sobre o prognóstico dos pacientes acometidos. A vascularização sanguínea e linfática nas diferentes localizações anatômicas pode influenciar tanto a evolução tumoral quanto a sobrevida dos pacientes. Tumores localizados em língua e assoalho bucal podem mais facilmente disseminar ocasionando o desenvolvimento de metástases regionais, enquanto que lesões situadas em gengiva e lábio mais raramente estão associadas a metástases⁵.

Os resultados do nosso estudo demonstraram que os locais mais acometidos pelo câncer bucal foram língua, palato duro e mole, rebordo alveolar, lábio e assoalho bucal. Analisando os estudos relatados por outros autores, constatou-se que a maior prevalência é realmente em borda lateral de língua seguida pelo assoalho bucal^{6,7,9,16,18,19}. Apenas Abdo *et al.*⁸ encontraram uma maior prevalência em assoalho bucal, seguido por língua e região retromolar.

Quanto às características clínicas, o tipo de lesão predominante em nossa amostra foi a ulceroinfiltrativa, seguida pela ulcerovegetante. O carcinoma de células escamosas de boca pode apresentar-se, nos seus estágios iniciais, na forma de leucoplasias, eritroplasias ou uma associação de ambas. Além dessas formas clínicas, a lesão fundamental clássica é a úlcera que pode ser superficial, endofítica com bordos elevados ou exofítica³.

O sistema de graduação histopatológica proposto por Barnes *et al.*¹³ para os tumores de boca recomenda três categorias: Grau I (bem diferenciado), Grau II (moderadamente diferenciado) e Grau III (pouco diferenciado). Um mesmo tumor pode apresentar diferentes graduações e, nestes casos, o grau mais elevado determina a categorização final. Convém ressaltar que esse sistema de classificação apresenta como limitações sua natureza subjetiva, o fato de que pequenos fragmentos biopsiados podem revelar heterogeneidade histológica e falta de representatividade²³.

Nos últimos anos, numerosos fatores prognósticos associados ao CCE de boca têm sido identificados, alguns

relativos aos pacientes e outros associados com o perfil genético das células epiteliais malignas, que refletem a agressividade tumoral. O valor da classificação histológica do CCE convencional de boca (bem, moderadamente e pouco diferenciado) é controverso e a maioria dos autores atualmente tem reconhecido que a classificação microscópica isolada é pobremente correlacionada com a sobrevida dos pacientes e com a resposta ao tratamento²⁴.

A determinação do tamanho da lesão primária, o número de linfonodos regionais comprometidos e a presença de metástases distantes são parâmetros amplamente utilizados para se determinar o prognóstico do CCE. Entretanto, esse sistema de classificação apresenta limitações por não levar em consideração as características microscópicas dos tumores²¹. Em 1992, Bryne *et al.*¹⁵ desenvolveram um sistema de graduação histopatológica de malignidade que avalia cinco aspectos microscópicos. São eles: grau de queratinização, pleomorfismo nuclear, número de mitoses atípicas, padrão de invasão e resposta do hospedeiro.

Dos 41 CCEs incluídos nessa amostra, 29 (70,1%) apresentaram valores totais situados entre 4 e 8. Essa maior prevalência de tumores com escores baixos provavelmente esteja associada com um maior número de lesões Grau I e Grau II, segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses valores são semelhantes aos encontrados na literatura^{22,23,25}.

CONCLUSÃO

Finalmente, há que se concordar com Bittencourt *et al.*⁴ que o entendimento de que o câncer bucal é um assunto sério alavanca a urgência em conhecer, registrar e acompanhar o número e a evolução dos pacientes, justificando assim a grande utilidade de estudos epidemiológicos. Destaca-se ainda que, devido ao fato de a nossa amostra ser constituída por material proveniente de biópsias incisionais e não de tumores completamente ressecados, não foi possível se avaliar os índices de sobrevida global e livre de doença dos pacientes. Entretanto, a aplicação do sistema histopatológico de malignidade se justifica, pois fornece uma estimativa bastante confiável de prognóstico para esses pacientes, além de auxiliar no planejamento terapêutico dessas neoplasias.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

2. Amorim-Filho FS, Andrade-Sobrinho J, Rapoport A, Novo NF, Juliano Y. Estudo clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide da base da língua. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003; 69(2):175-9.
3. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002; 52(4):195-215.
4. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre - RS. *Revista brasileira de cancerologia* 2004; 50(2):95-101.
5. 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.
6. Costa ALL, Araújo-Júnior RF, Ramos CCF. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71(2):181-7.
7. Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Assoc Med Bras* 2001;47(3):208-14.
8. Abdo EM, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Revista brasileira de cancerologia* 2002;48(3):357-62.
9. Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48(4):341-4.
10. Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF, Arruda MLS. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. *Pesqui Odontol Bras* 2002;16(3):216-20.
11. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista brasileira de cancerologia* 2005; 51(3):227-34.
12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção do câncer da boca *Revista brasileira de cancerologia* 2003;49(4):206.
13. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon (França): IARC Press; 2005.
14. Anneroth G, Batsakis J, Luna M. Review of the literature and a recommended system of malignancy grading in oral squamous cell carcinomas. *Scand J Dent Res* 1987; 95(3):229-49.
15. Bryne M, Koppang HS, Lilleng R, Kjaerheim A. Malignancy grading of the deep invasive margins of oral squamous cell carcinomas has high prognostic value. *J Pathol* 1992;166(4):375-81.
16. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista brasileira de cancerologia* 2007; 53(1):63-9.
17. Dantas DD, Ramos CC, Costa AL, Souza LB, Pinto LP. Clinical-pathological parameters in squamous cell carcinoma of the tongue. *Braz Dent J* 2003;14(1):22-5.
18. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(1):35-40.
19. Garzino-Demo P, Dell'Acqua A, Dalmaso P, Fasolis M, La Terra-Maggiore GM, Ramieri G, et al. Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma. *J Craniomaxillofac Surg* 2006;34(6):344-50.
20. Antunes AA, Antunes AP. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Revista brasileira de cancerologia* 2004;50(4):295-300.
21. Sawair FA, Irwin CR, Gordon DJ, Leonard AG, Stephenson M, Napier SS. Invasive front grading: reliability and usefulness in the management of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med* 2003;32(1):1-9.
22. Kurokawa H, Zhang M, Matsumoto S, Yamashita Y, Tomoyose T, Tanaka T, et al. The high prognostic value of the histologic grade at the deep invasive front of tongue squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Méd* 2005;34(6):329-33.
23. Woolgar JA. Histopathological prognosticators in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2006;42(3):229-39.
24. Pereira MC, Oliveira DT, Landman G, Kowalski LP. Histologic subtypes of oral squamous cell carcinoma: prognostic relevance. *J Can Dent Assoc* 2007;73(4):339-44.
25. Paula AMB, Cardoso SV, Barbosa AA, Gomez RS. Fronte de invasão do Carcinoma epidermóide de boca: correlação com metástases regionais e o tamanho clínico das lesões. *Revista Mineira de Estomatologia* 2006;1(6):12-9.

Abstract

The present study intended to characterize and compare clinical and demographical characteristics of patients who had oral cancer, as well as to evaluate the microscopic features of each neoplasm based on the histological malignancy graduation. A scrutiny of all the malignant neoplasm diagnosed and stored in the Laboratory of Pathological Anatomy of University of Alfenas from January 1998 to December 2006 was accomplished and 49 tumors were identified. The results showed that among these 49 lesions, 43 were squamous cell carcinoma, three were malignant neoplasm of salivary glands and the others were carcinoma-in-situ, micro-invasive and verrucous. The tumors were more prevalent in 51 to 60 year-old male Caucasian patients. The lesions were more frequently located on the lateral border of the tongue, presenting as infiltrating ulcers. It was also noticed that the majority of the tumors were well differentiated squamous cell carcinoma, showing a score of histological malignancy graded between 4 and 8. It was concluded that the oral cancer is still a very common lesion, affecting mainly 51 to 60 year-old male Caucasian patients.

Key words: Mouth Neoplasms; Population Characteristics; Carcinoma, Squamous Cell; Alfenas city, MG

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar y comparar las características clínicas y demográficas de los pacientes con cáncer bucal y evaluar los aspectos microscópicos de cada neoplasia, basándose en la graduación histológica de malignidad. Se llevó a cabo un levantamiento de todas las neoplasias malignas diagnosticadas y archivadas en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Universidad Federal de Alfenas desde enero de 1998 hasta diciembre de 2006 y se constató un número de 49 tumores. Los resultados demostraron que, de estas 49 lesiones, 43 eran carcinomas espinocelulares, 3 eran neoplasias malignas de glándulas salivales y los demás eran carcinomas *in situ*, microinvasivo y verrugoso. Los tumores fueron más prevalentes en pacientes leucodermas, de edades comprendidas entre 51 y 60 años, y del género masculino. Las lesiones se localizaban con mayor frecuencia en el borde lateral de la lengua y se presentaban en forma de úlceras infiltrantes. También se constató que los tumores, en su mayoría, eran carcinomas espinocelulares bien diferenciados y presentaban una tasa de graduación histopatológica de malignidad entre 4 y 8. Se llegó a la conclusión de que el cáncer bucal aún es una lesión bastante prevalente y tiene una predilección por pacientes leucodermas, mayores de 50 años de edad y del género masculino.

Palabras clave: Neoplasias de la Boca; Características de la Población; Carcinoma de Células Escamosas; Alfenas, MG