

Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza

Oral Squamous Cell Carcinoma: an Epidemiological Study Conducted at Santa Casa de Misericórdia Hospital of Fortaleza - Ce, Brazil

Carcinoma Espinocelular de la Cavidad Bucal: un Estudio Epidemiológico en la Santa Casa de Misericordia de Fortaleza

Ana Karine Macedo Teixeira¹, Maria Eneide Leitão de Almeida², Marcelo Esmeraldo Holanda³, Fabrício Bitu Sousa⁴, Paulo César de Almeida⁵

Resumo

O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca, atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza-CE, de 1999 a 2005. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, a partir de informações secundárias. A população pesquisada foi de 225 casos. As informações foram coletadas nos livros de registros das cirurgias de cabeça e pescoço e nos prontuários dos pacientes da Santa Casa. Foram pesquisadas as variáveis: idade, sexo, procedência do paciente, estadiamento clínico e patológico, localização anatômica e tratamento. Observou-se que 69,2% dos casos prevaleceram em homens, com idade variando de 26 a 98 anos. Os sítios mais acometidos foram assoalho de boca (22,7%) e língua (21,8%). Sobre o estadiamento, 52,4% dos pacientes apresentaram-se em estágios III ou IV, sendo 40% com metástase regional. Cirurgia associada à radioterapia foi o tratamento mais realizado (57,2%). Encontrou-se relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis sexo e idade, entre sexo e local acometido, e deste com idade. Os resultados sugerem a necessidade de implantação de uma política de prevenção e controle do câncer bucal no Estado do Ceará, no sentido de viabilizar a redução no número de novos casos, diagnóstico precoce e melhor prognóstico, e tratamento dessas neoplasias.

Palavras-chave: Perfil de Saúde; Carcinoma de Células Escamosas; Neoplasias Bucais; Estudos Transversais; Epidemiologia Descritiva; Fortaleza, CE

¹Mestranda em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

²Professora Adjunta do Departamento de Clínica Odontológica da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem/UFC; Doutora em Odontologia Preventiva e Social/Universidade Estadual Paulista (UNESP).

³Médico Oncologista do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

⁴Professor Adjunto do Departamento de Clínica Odontológica da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem/UFC; Doutor em Patologia Bucal pela Universidade de São Paulo (USP) e Pós-doutor pela Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

⁵Professor Adjunto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutor em Saúde Pública pela USP.

Endereço para Correspondência: Ana Karine Macedo Teixeira. Rua Francisco André, 1131 - Lagoa Redonda - Fortaleza (CE), Brasil. CEP: 60832-470. E-mail: anakarinemt@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O termo câncer de boca engloba um conjunto de neoplasias que acometem a cavidade bucal em suas mais variadas etiologias e aspectos histopatológicos. O carcinoma espinocelular (CEC) ou epidermoide de boca corresponde entre 90% a 95% dos casos de câncer na boca^{1,2}. Por esse aspecto, para muitos autores, o termo câncer bucal refere-se especificamente ao carcinoma epidermoide.

Fatores sociais e ambientais assim como o aumento da expectativa de vida têm contribuído para o aumento das doenças crônico-degenerativas como também seus diferentes padrões de ocorrência em distintas regiões do país^{3,4}. A exposição a fatores de risco ambientais relacionados com o processo de industrialização, além de outros fatores relacionados com as disparidades sociais contribuem para a distribuição epidemiológica dos diversos tipos de câncer no Brasil⁴.

O tabaco e o álcool, associados à predisposição genética, têm sido relatados na literatura como os principais fatores de riscos para o CEC de boca. O papilomavírus humano (HPV) também pode comportar-se como mais um cocarcinógeno para o câncer de cavidade oral⁵, assim como a radiação solar para carcinomas de lábio. Há também evidências de que hábitos alimentares com baixos padrões nutricionais associados a estilo de vida podem ser fatores coadjuvantes na etiologia do câncer bucal^{3,6}. Alguns alimentos podem estar associados à redução do risco para essas lesões, como por exemplo: frutas e vegetais⁸, além do arroz e feijão³.

Fatores ocupacionais também podem estar associados a um risco maior para o CEC de boca. Andreotti *et al.*⁷ relataram que trabalhadores de oficinas mecânicas configuram-se como uma situação de risco para esse tipo de tumor, independente da idade e do consumo de álcool e tabaco, assim como pintores⁸. Provavelmente devido à exposição a diversos produtos (vapores, ácidos e solventes) decorrentes do seu processo de trabalho.

A incidência do câncer de boca tem sido crescente nas últimas décadas, acompanhando o aumento no consumo de tabaco e álcool⁴, com uma tendência de aumento de fumantes em toda a América Latina, principalmente entre mulheres⁹. O câncer da cavidade oral está entre os dez tipos de neoplasias mais frequentes na população brasileira, incluindo os carcinomas de orofaringe. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹⁰, esse tipo de carcinoma é o quinto mais incidente em homens e o sétimo tipo de neoplasia mais incidente em mulheres. A estimativa do Ministério da Saúde (MS) para o Brasil em 2008 foi de 14.160 novos

casos de câncer na cavidade oral, sendo 10.380 novos casos em homens e 3.780 em mulheres¹⁰.

Informações do registro hospitalar de câncer do Hospital do Câncer I (HCI) do INCA, para o período de 1994 a 1998, demonstram que mais de 70% dos pacientes atendidos com diagnóstico de câncer de boca encontravam-se em estádios avançados, prejudicando a sobrevida desses pacientes¹¹. Considerando a mortalidade, o câncer da cavidade oral ocupa o nono lugar entre os outros tumores malignos, correspondendo a 2,8% das mortes por câncer no Brasil¹². O nordeste ainda apresenta taxas de mortalidade mais baixas que as regiões sul e sudeste do país; porém com tendências ascendentes^{13,14}. É oportuno ressaltar que o câncer de boca constitui-se um problema de saúde pública, devido à sua alta letalidade e pelas possibilidades de diagnóstico precoce, devendo ser encarado como um problema, sem dúvida, prioritário.

A estimativa do INCA¹⁰, para o Estado do Ceará, no ano de 2008, foi de 450 novos casos de câncer de boca; sendo, destes, 120 novos casos no município de Fortaleza. Essas neoplasias apresentam-se como o quarto tumor mais incidente entre homens e o sexto tipo mais incidente entre mulheres. No Ceará, é observada uma das maiores taxas de incidência de câncer da cavidade oral no sexo feminino¹⁰.

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de CEC de boca que foram atendidos na Santa Casa de Misericórdia no município de Fortaleza-CE, no período de 1999 a 2005, além de identificar possíveis associações entre as variáveis estudadas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, a partir de informações secundárias¹⁵. A população pesquisada constituiu-se de indivíduos portadores de CEC atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza-CE no período de outubro de 1999 a janeiro de 2005, totalizando 225 casos.

A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza-CE é um hospital filantrópico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para o atendimento de pacientes portadores de tumores malignos e benignos de cabeça e pescoço, atendendo pacientes de todas as regiões do Estado do Ceará.

Foi adotada como referência a Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁶ para a definição da localização anatômica de CEC de boca. Portanto, foram considerados nesse estudo os seguintes sítios anatômicos: lábio (CID.C00), língua oral (CID.C02),

rebordo gengival (CID.C03), assoalho de boca (CID.C04), palato duro (CID.C05.0), mucosa jugal (CID.C06) e área retromolar (CID.C06.2). Os casos em que não foi possível identificar o sítio primário da lesão foram enquadrados na categoria Boca (S.O.E.); ou seja, sem outra especificação.

As seguintes variáveis foram pesquisadas: sexo, idade, procedência do paciente, localização anatômica (sítio primário) acometida pela doença, o estadiamento clínico e patológico, que são os graus de severidade do tumor definidos clinicamente e histologicamente, além de investigar o tratamento proposto. Não foi possível investigar os hábitos dos portadores de câncer de boca quanto ao tabagismo e ao álcool por falta de informação nos prontuários.

As informações foram coletadas a partir dos livros de registro das cirurgias de cabeça e pescoço e dos prontuários do referido hospital. Todos os casos incluídos na pesquisa possuíam o laudo histológico confirmando ser um CEC de boca. A variável tratamento também foi investigada nos cadastros dos pacientes do Centro Integrado de Oncologia (CRIO) de Fortaleza-CE, para a confirmação da indicação de radioterapia dos pacientes, já que esses eram encaminhados a essa instituição para serem submetidos à radioterapia.

A análise dos dados foi feita através do programa SPSS. Primeiramente, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para a distribuição normal das variáveis. Em seguida, utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2), para se analisar as associações entre as variáveis. O teste de Levene foi usado para a verificação de igualdade de variâncias. Para comparação das médias de idade dos sexos, foram utilizados o teste *t* de Student e o teste F de Snedecor para analisar as diferenças entre médias de idade dos locais acometidos por CEC de boca. Por fim, o teste de Games-Howell para a comparação *post-hoc* das médias.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo aprovada com o número do protocolo 128/06. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos diretores das duas instituições envolvidas no estudo, autorizando a consulta aos prontuários e livros de registro das cirurgias de cabeça e pescoço.

RESULTADOS

Dos 225 indivíduos pesquisados, 69,2% eram do sexo masculino. Foi encontrada uma relação entre homem/mulher de 2,2:1.

A variação de idade foi de 26 a 98 anos, com uma média de 63 anos. Verificou-se uma pequena proporção de pacientes jovens com menos de 41 anos com a presença de CEC (6,1%). As idades mais frequentes foram aquelas compreendidas entre 50 e 80 anos. A distribuição dos casos de CEC por faixa etária e gênero é mostrada na Tabela 1.

Constatou-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e faixa etária ($p=0,0001$). Evidenciou-se que o câncer de boca acometeu os homens mais cedo que as mulheres; pois, enquanto 49,7% desses tinham até 60 anos, apenas 26,1% do sexo feminino ficaram abaixo dessa faixa. Assim, a média de idade dos homens com CEC de boca foi de 60,7 anos, contra 65,3 anos das mulheres ($p=0,02$) (Tabelas 1 e 2).

Os locais anatômicos mais acometidos pela doença foram o assoalho de boca com 51 (22,7%) casos e a língua com 49 (21,8%) casos, seguidos do lábio (16,4%) e da área retromolar (16%). Foram encontrados 19 casos (8,4%) sem definição do local acometido, enquadrados na categoria Boca S.O.E. (Gráfico 1).

As informações da Tabela 3 evidenciaram que houve associação estatisticamente significativa ($p=0,0001$) com

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos com CEC de boca, segundo a faixa etária e o gênero; Santa Casa de Misericórdia, Fortaleza-CE, 2008

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
26 – 40	8	5,4	5	7,7	13	6,1
41 – 50	24	16,1	6	9,2	30	14,0
51 – 60	42	28,2	6	9,2	48	22,4
61 – 70	38	25,5	16	24,6	54	25,2
71 – 80	29	19,5	30	46,2	59	27,6
81 – 98	8	5,4	2	3,1	10	4,7
Total	149	100,0	65	100,0	214	100,0

$\chi^2 = 21,4$; $p=0,0001$.

relação ao local acometido por CEC e a variável sexo (M e F). As diferenças maiores para os homens foram: língua (M=23,9% e F=15,9%); lábio (M=20,0% e F=8,7%); área retromolar (M=18,1% e F=11,6%). As diferenças maiores para as mulheres foram: rebordo alveolar (F=11,6% e M=5,2%); mucosa jugal (F=11,6% e M=0,6%) e palato duro (F=7,2% e M=1,9%).

Tabela 2. Distribuição dos portadores de CEC de boca, segundo o sexo e a média de idade; Santa Casa de Misericórdia, Fortaleza-CE, 2008

Idade Sexo	Número	Média	Desvio padrão
Masculino	149	60,7	12,6
Feminino	65	65,3	14,5

p=0,02.

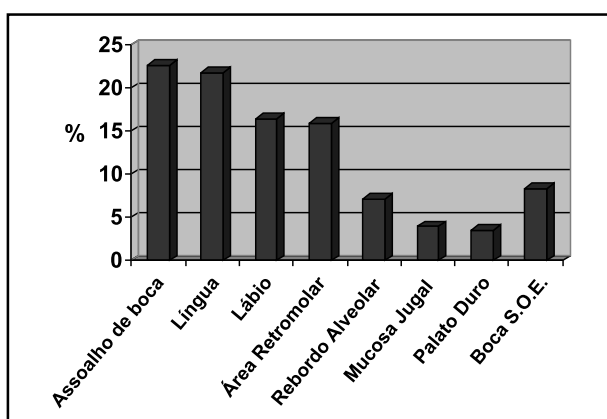


Gráfico 1. Distribuição percentual dos portadores com CEC de boca, segundo a localização anatômica; Santa Casa de Misericórdia, Fortaleza-CE, 2008

As menores médias de idade aconteceram nos locais: palato duro, boca, rebordo alveolar e língua, com 55,6; 57,1; 57,2; e 57,4 anos, respectivamente. Já as maiores idades foram para mucosa jugal (72,6 anos) e área retromolar (67,1 anos). Todavia, diferiram apenas as médias de língua e área retromolar (p=0,004), língua e mucosa jugal (p=0,003) e mucosa jugal de boca SOE (p=0,008) (Tabela 3).

Analisando o estadiamento clínico (EC), verificou-se que a maioria dos casos apresentava-se no estadiamento clínico IV com 41,3%. O gráfico 2 descreve a distribuição percentual do estadiamento clínico dos portadores de CEC de boca; porém, em 18,2% dos pacientes, não foi possível identificar o estadiamento clínico por falta de informação nos prontuários. Observou-se que 52,4% dos indivíduos atendidos na Santa Casa de Fortaleza estavam com estadiamento clínico avançados (estádio III ou IV).

Ao analisar o estadiamento patológico, constatou-se que 40% dos casos de CEC atendidos na Santa Casa de Fortaleza possuem metástase regional e quanto ao tamanho do tumor prevaleceu o tamanho pT2 com 40%.

Neste estudo, 57,2% dos casos; ou seja, 127 portadores de CEC foram tratados com cirurgia mais radioterapia e 42,8% (95) realizaram apenas tratamento cirúrgico. Em três casos, não foi possível identificar através dos prontuários qual foi o tratamento proposto.

Com relação à procedência dos indivíduos investigados, 58,2% (128) foram da capital (Fortaleza) e 41,8% (92) do interior do Ceará.

Tabela 3. Distribuição do local acometido por CEC de boca, segundo o sexo e a idade; Santa Casa de Misericórdia, Fortaleza-CE, 2008

Local	Sexo				Idade	
	Masculino		Feminino		Média	Desvio padrão
	Nº	%	Nº	%		
Assoalho de boca	32	20,6	19	19,5	63,8	11,3
Língua	37	23,9	11	15,9	57,4 ^a	12,5
Lábio	31	20,0	6	8,7	64,5	16,5
Área retromolar	28	18,1	8	11,6	67,1 ^b	9,5
Rebordo alveolar	8	5,2	8	11,6	57,2	14,3
Mucosa jugal	1	0,6	8	11,6	72,6 ^c	7,1
Palato duro	3	1,9	5	7,2	55,6	19,7
Boca SOE	15	9,7	4	5,8	57,1 ^d	12,2

Sexo: $\chi^2 = 28,9$; p=0,0001; Idade: F=3,68; p=0,001.

Pelo teste de Games-Howell, tem-se: a ¹ b (p=0,004); a ¹ c (p=0,003); c ¹ d (p=0,008).

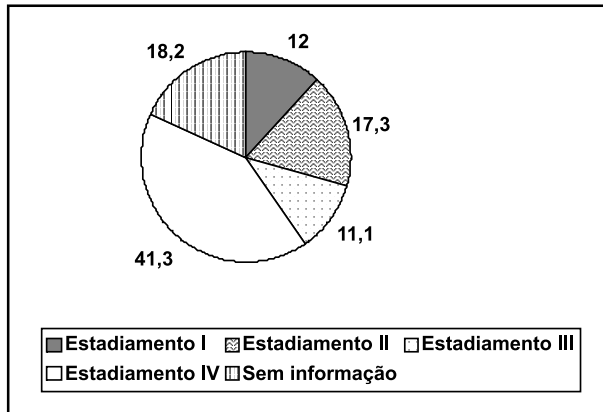


Gráfico 2. Distribuição percentual do estadiamento clínico dos portadores com CEC de boca; Santa Casa de Misericórdia, Fortaleza-CE, 2008

DISCUSSÃO

Durazzo *et al.*¹⁷, estudando 374 casos de CEC de boca no Hospital das Clínicas em São Paulo, encontraram 31,8% dos casos em mulheres e Antunes *et al.*¹⁸, em estudo semelhante em Pernambuco, identificaram 33% dos casos, assemelhando-se com os resultados encontrados nesse estudo de 30,8% dos casos no sexo feminino.

Outros autores encontraram uma relação homem/mulher bem maior que a nossa casuística, que foi de 2,2:1. Carvalho *et al.*¹, em São Paulo, Abdo *et al.*¹⁹, em Belo Horizonte, e Dedivits *et al.*², em Santos, encontraram respectivamente a seguinte relação homem/mulher: 4:1, 4,1:1 e 3:1. Já, em um estudo realizado no Estado de Sergipe por Anjos Hora *et al.*²⁰, a relação homem/mulher foi de 1,9:1, sendo menor que em nosso estudo. Pôde-se verificar que as instituições comparadas possuem diferentes perfis de atendimento. Isso se deve provavelmente a diferenças regionais dos diferentes estudos que expõem as mulheres a diferentes fatores socioeconômicos e ambientais.

Nos achados de Antunes *et al.*¹⁸, em Pernambuco, prevaleceu uma faixa etária um pouco menor que a encontrada neste estudo, as 5ª, 6ª e 7ª décadas foram as mais frequentes. Oliveira *et al.*²¹, em um estudo de 20 anos realizado em Ribeirão Preto-SP, constataram que a 6ª década de vida foi o pico da incidência de câncer de boca. Dedivits *et al.*², em Santos, encontraram a faixa etária de 60 a 69 anos como a mais frequente; e, nos estudos de Abdo *et al.*¹⁹, em Belo Horizonte, prevaleceu a faixa etária de 50 a 70 anos, próximo ao encontrado no presente estudo que foi de 50 a 80 anos.

Carvalho *et al.*¹, Abdo *et al.*¹⁹, Anjos Hora *et al.*²⁰ e Oliveira *et al.*²¹ também encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a média de idade e

sexo; observaram que os homens foram acometidos por CEC de boca mais cedo que as mulheres, assim como no nosso estudo.

Carvalho *et al.*¹, Perussi *et al.*²², Durazzo *et al.*¹⁷, em São Paulo, e Oliveira *et al.*²¹, em Ribeirão Preto, relataram como sítios anatômicos mais acometidos pela doença a língua, seguida do assoalho de boca, que são locais que demandam um tratamento mais difícil e com pior prognóstico. Já nos estudos de Antunes *et al.*¹⁸, em Pernambuco, prevaleceram os tumores localizados na língua e no lábio. Em Sergipe, Anjos Hora *et al.*²⁰ encontraram o CEC de língua, lábio e assoalho bucal como os mais frequentes. Já Abdo *et al.*¹⁹, em Belo Horizonte, encontraram primeiramente o assoalho bucal, seguido da língua como os sítios mais acometidos por CEC de boca, semelhantes aos resultados encontrados neste estudo.

Perussi *et al.*²², em um estudo de base hospitalar em São Paulo, observaram o predomínio de lesão na região jugal nos pacientes mais idosos e as lesões de língua nos mais jovens, corroborando com os nossos achados, onde a média de idade dos CEC de língua foi de 57,4; enquanto a média de idade dos tumores localizados na mucosa jugal foi de 72,6 anos.

Verificou-se que 52,4% dos indivíduos pesquisados apresentavam-se em estádios avançados (estádio III ou IV), comprometendo assim a sobrevida desses pacientes, já que o prognóstico de sobrevivência depende do estágio do tumor. Vale ressaltar que esse número pode ser maior devido à quantidade de pacientes em que não foi possível, pelo prontuário, identificar o estadiamento clínico, podendo comprometer assim os resultados. Outros estudos também identificaram que a grande maioria dos pacientes apresenta CEC de boca em estádios avançados, como Durazzo *et al.*¹⁷, em São Paulo, relataram que 62% dos casos apresentavam-se nos estágios III ou IV. Carvalho *et al.*¹, também em São Paulo, afirmaram que 65% das mulheres e 70% dos homens apresentaram suas lesões primárias estadiadas como T3 ou T4. González *et al.*²³, em Cuba, verificaram que 53% dos casos de carcinoma de boca, excluindo-se o lábio, encontravam-se no estágio III.

Os resultados mostraram que a maioria dos portadores de CEC de boca chega com o estadiamento avançado, sendo submetidos a tratamentos mais agressivos, como cirurgia e radioterapia (57,2%), sem a devida reabilitação, comprometendo, assim, a sobrevida e qualidade de vida desses pacientes. Andrade *et al.*²⁴, em São Paulo, realizando um estudo sobre a avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer bucal, observaram que os pacientes com tumor T3 ou T4 e que foram submetidos à cirurgia e à radioterapia apresentaram pior qualidade de vida durante a pesquisa.

Os dados acima descritos são preocupantes, tendo em vista que o exame clínico da boca para a detecção precoce e prevenção do câncer de boca não oferece grandes dificuldades, devendo ser realizado nas unidades básicas de saúde, além da facilidade de se realizar o auto-exame da boca por parte da população.

O fato de a maioria dos portadores de CEC de boca chegar à rede hospitalar, no Brasil, com estadiamento avançado pode estar associado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte da população como também pela falta de efetividade da rede de atenção básica em realizar o diagnóstico precoce e em garantir a referência e contra referência com a rede especializada e hospitalar. A própria formação acadêmica do cirurgião-dentista pode estar contribuindo com esse fato; ou seja, uma formação mais cirúrgica-restauradora ou curativa em detrimento de uma formação voltada para a promoção e prevenção da saúde.

Com relação à procedência desses indivíduos, pode ter ocorrido um viés porque em muitos prontuários foi encontrado o endereço de casas de apoio localizadas em Fortaleza, provavelmente devido a alguns municípios não enviarem o guia de encaminhamento para internação desses pacientes. Isso pode sugerir que há um maior número de pacientes com CEC de boca vindo do interior do Estado para serem atendidos nessa instituição do que vindo da capital.

Entre as limitações do estudo, encontram-se as possíveis falhas nos registros dos prontuários, devido à grande demanda de pacientes nesse hospital e o fato de diferentes médicos realizarem o registro; porém, por se tratar de um estudo inédito no Estado do Ceará, o estudo torna-se relevante, visto o crescente número de novos casos de CEC de boca no Estado, segundo o INCA¹⁰, principalmente entre o sexo feminino.

Novas pesquisas são necessárias para elucidar alguns achados deste estudo. Pesquisar os hábitos de tabaco e álcool, a ocupação e a presença de doenças sexualmente transmissíveis poderia contribuir para explicar as associações estatisticamente significantes encontradas neste estudo. Um determinado hábito assim como a duração deste poderiam estar contribuindo para o carcinoma, em um dado local, prevalecer em um sexo ou em uma faixa etária mais jovem; porém não foi possível investigar os hábitos, por falta de registro nos prontuários do hospital. Um outro estudo poderia ser realizado em relação à tendência histórica do CEC de boca no sexo feminino, já que a relação encontrada neste estudo foi menor que em outras instituições.

Faz-se então necessária a implantação de uma política de prevenção e controle de câncer de boca no Estado

do Ceará. Nesse sentido, é preciso integrar os níveis de atenção, garantindo a ampliação do acesso da população à rede de atenção básica, incluindo a prevenção aos principais fatores de risco como tabaco e o álcool, e realização de busca ativa nas populações mais vulneráveis.

Vale ressaltar que somente a partir de 2004, com a atual política de saúde bucal do MS, Brasil Sorridente, foram incluídas as ações de prevenção e controle do câncer de boca como forma de ampliação e qualificação da atenção básica²⁵. No Estado do Ceará, somente a partir de 2006, criou-se um programa de rastreamento do câncer de boca, onde a Secretaria de Saúde do Estado, juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde, universidades e outras instituições, realizou o rastreamento do câncer de boca, com o objetivo de prevenir, diagnosticar e tratar esses pacientes o mais precoce possível. Esses dados serão uma contribuição para o desenvolvimento dessas políticas de prevenção do câncer de boca no Estado do Ceará.

CONCLUSÃO

Através deste estudo, concluiu-se que os pacientes portadores de câncer bucal no Estado do Ceará, os quais foram atendidos na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, na sua maioria, chegam com estadiamento clínico avançado e já com uma significativa porcentagem dos casos com metástase regional, implicando em tratamentos mais agressivos. Observou-se, nessa população, um grande número de casos em mulheres, apesar de o câncer de boca ainda prevalecer no sexo masculino. Os homens foram acometidos mais cedo por CEC de boca que as mulheres. O assoalho de boca e a língua foram os sítios anatômicos mais acometidos pela doença e as lesões na mucosa jugal e na área retromolar acometeram os paciente mais idosos.

Os dados sugerem a necessidade de implantação de uma política de prevenção e controle do câncer oral no Estado do Ceará, no sentido de viabilizar a redução no número de novos casos, diagnóstico precoce e melhor prognóstico e tratamento dessas neoplasias.

AGRADECIMENTOS

À equipe de cabeça e pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza-CE e à do Centro Integrado de Oncologia de Fortaleza-CE por contribuírem com a pesquisa.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar

REFERÊNCIAS

1. Carvalho MB, et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Assoc Med Bras* 2001 jul./set.; 47(3).
2. Dedivitis RA, et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004 jan/fev. 70(1): 35-40.
3. Marchioni DML, et al. Fatores dietéticos e câncer oral: estudo caso-controle na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007 mar; 23(3):553-64.
4. 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.
5. VidalAKL, et al. HPV detection in oral carcinomas. *Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial* 2004 fev; 40 (1).
6. Pavia M, et al. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *Am J Clin Nutr* 2006 May; 83(5):1126-34.
7. Andreotti M, et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Pública* 2006 mar; 22(3).
8. Brown LM, et al. Exposures in the painting trades and paint manufacturing industry and risk among men and women in Sweden. *J Occup Environ Med* 2002; 44: 258-64.
9. Costa e Silva VL, Koifman S. Smoking in Latin America: a major public health problem. *Cad Saude Publica* 1998; 14 (Sup. 3):99-108.
10. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007.
11. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Registro hospitalar do câncer: dados dos hospitais do INCA relatório anual 1994/1998. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003.
13. Boing AF, Peres MA, Antunes JLF. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. *Rev Panam Salud Publica* 2006 jul. : 20 (1).
14. Cervi A, Hermsdorff HHM, Ribeiro RCL. Tendência de mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Revista brasileira de epidemiologia* 2005; 8(4): 407-18.
15. Almeida NF, Rouquayrol MZ. Elementos de metodologia epidemiológica. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 149-77.
16. Organização Mundial de Saúde. CID-10/OMS. 5. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS; 1997. v.1, p181-7.
17. Durazzo MD, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics* 2005 ago.; 60(4).
18. Antunes AA, et al. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontologia, Clínica-Científica* 2003 set/dez.; 2(3): 181-6.
19. Abdo EM, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador do carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Revista brasileira de cancerologia* 2002; 48(3):357-62.
20. Anjos Hora IA, et al. Estudo epidemiológico do carcinoma epidermóide de boca no estado de Sergipe. *Ciencia odontologica brasileira abr./jun* 2003; 6(2):41-8.
21. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *Jornal Brasileiro de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial* 2006 out.; 42 (5).
22. Perussi MR, et al. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras* 2002 out./dez; 48(4).
23. González AP, López MA, Martínez LV. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol* 2006 ene./mar; 43(1).
24. Andrade FP, Antunes JL, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Braz Oral Res* 2006out./dez; 20(4).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.

Abstract

The purpose of this study was to identify the epidemiological profile of oral squamous cell carcinoma (SCC) patients, who were treated at Santa Casa de Misericórdia hospital in Fortaleza - CE, Brazil, from 1999 to 2005. This was a descriptive, cross-sectional study. The studied population comprised 225 cases of oral cancer. Data were collected from the register book of head and neck surgeries and from patient health charts of Santa Casa hospital. The following variables were evaluated: age, sex, patient origin, cancer clinical and pathologic staging, anatomical localization and treatment. Results showed that 69.2% of the cases occurred in men, within the age range of 26 to 98 years. The most common anatomical localizations were mouth floor (22.7%) and tongue (21.8%). As per cancer staging, 52.4% of patients were classified as stage III or IV, with a 40% regional metastasis. Most of the patients were submitted to surgery associated to radiotherapy (57.2%). A significant statistical relation ($p < 0.05$) was found between the variables sex and age, sex and anatomical localization and this latter with age. The results suggest the need of implementing a prevention and oral cancer control policy in Ceará State, Brazil, aiming at the reduction of new cases, early diagnosis and better prognostic, besides the treatment of these neoplastic diseases.

Key words: Health Profile; Carcinoma, Squamous Cell; Mouth Neoplasm; Cross-Sectional Studies; Epidemiology, Descriptive; Fortaleza City

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar el perfil epidemiológico de los pacientes con carcinoma espinocelular de la boca, atendidos en la Santa Casa de Misericordia de Fortaleza-CE, de 1999 a 2005. Se trata de un estudio transversal, descriptivo, a partir de informaciones secundarias. La población investigada fue de 225 casos. Las informaciones fueron recogidas en los libros de registros de las cirugías de cabeza y pescuezo y en los prontuarios médicos de los pacientes de la Santa Casa. Se investigaron las variables: edad, sexo, origen del paciente, estadio clínico y patológico, ubicación anatómica y tratamiento. Se observó que 69,2% de los casos prevalecieron en hombres, entre los 26 y los 98 años. Los sitios más afectados fueron el piso de la boca (22,7%) y lengua (21,8%). Sobre el estadio, un 52,4% de los pacientes se presentaron en las fases III o IV, y el 40% con metástasis regional. La cirugía asociada a la radioterapia fue el tratamiento más realizado (57,2%). Se encontró relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las variables sexo y edad, entre sexo y lugar acometido y de éste con la edad. Los resultados sugieren la necesidad de implantar una política de prevención y control del cáncer bucal en el Estado del Ceará, que puede llevar a cabo la reducción del número de nuevos casos, el diagnóstico precoz y un mejor pronóstico, y el tratamiento de estas neoplasias.

Palabras clave: Perfil de Salud; Carcinoma de Células Escamosas; Neoplasias de la Boca; Estudios Transversales; Epidemiología Descriptiva; Fortaleza, CE