

# Carcinoma de Células Escamosas da Boca: Concordância Diagnóstica em Exames Realizados no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas

*Squamous Cell Carcinoma of the Mouth: Diagnostic Agreement in Tests Performed in the Laboratory of Pathological Anatomy at the Federal University of Alfenas*

*Carcinoma de Células Escamosas de la Boca: Conformidad Diagnóstica en Pruebas Realizadas en Laboratorio Clínico de Anatomía Patológica de la Universidad Federal de Alfenas*

Antônio Camilo de Souza Cruz<sup>1</sup>; Solange de Oliveira Braga Franzolin<sup>2</sup>; Alessandro Antônio Costa Pereira<sup>3</sup>; Luiz Alberto Beijo<sup>4</sup>;  
João Adolfo Costa Hanneman<sup>5</sup>; Júlia Rosental de Souza Cruz<sup>6</sup>

## Resumo

**Introdução:** O câncer da cavidade bucal está entre as dez neoplasias mais frequentes na população brasileira. É diagnosticado na maioria dos casos em estágios avançados, dificultando o tratamento e reduzindo o índice de sobrevivência dos pacientes. **Objetivo:** Aferir a concordância entre os diagnósticos clínicos, histopatológicos das biópsias e das peças cirúrgicas do carcinoma de células escamosas da boca. **Método:** Realizou-se um estudo retrospectivo entre janeiro de 2000 e dezembro de 2010, utilizando laudos histopatológicos emitidos pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil e os prontuários hospitalares dos pacientes tratados. Para que fosse determinada a concordância, os diagnósticos clínicos foram confrontados com os histopatológicos da biópsia e estes com o exame das peças cirúrgicas removidas no tratamento. **Resultados:** A maior incidência de CCE ocorreu em pacientes brancos, gênero masculino, com idade entre 50 a 60 anos, solteiros, lavradores ou domésticas, cursaram apenas o ensino fundamental, baixo nível socioeconômico, tabagistas e/ou etilistas. Os sítios anatômicos mais comuns das lesões foram assoalho bucal e língua. O vestíbulo da boca e o palato foram os sítios menos frequentes. A concordância entre os diagnósticos clínico/histopatológico foi de 71,2% e entre o histopatológico e o exame da peça cirúrgica 87,1%. **Conclusão:** Observou-se expressiva concordância entre o diagnóstico. Entretanto, são necessários novos levantamentos que comparem o resultado dos exames da peça cirúrgica removida no tratamento com as características clínicas. **Palavras-chave:** Biópsia; Patologia Bucal; Diagnóstico Clínico; Carcinoma de Células Escamosas; Minas Gerais

<sup>1</sup>Professor Adjunto da Disciplina de Patologia. Departamento de Patologia e Parasitologia. Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Alfenas (Unifal). Alfenas (MG), Brasil. Doutorando em Biologia Oral pela Universidade Sagrado Coração (USC). Bauru (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Professora-Assistente da Disciplina de Bioestatística da USC. Bauru (SP), Brasil. Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Universidade Estadual Paulista (UNESP).

<sup>3</sup>Professor-Associado da Disciplina de Patologia. Departamento de Patologia e Parasitologia. Instituto de Ciências Biomédicas da Unifal. Alfenas (MG), Brasil. Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo (USP).

<sup>4</sup>Professor Adjunto da Disciplina de Bioestatística do Instituto de Ciências Exatas da Unifal. Alfenas (MG), Brasil. Doutor em Estatística e Experimentação Agropecuária pela Universidade Federal de Lavras (UFLA). Lavras (MG), Brasil.

<sup>5</sup>Professor Adjunto da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Unifal. Alfenas (MG), Brasil. Doutor em Odontologia pela USP.

<sup>6</sup>Acadêmica de Nutrição da Unifal. Alfenas (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Antônio Camilo de Souza Cruz. Departamento de Patologia e Parasitologia. Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Alfenas. Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas (MG), Brasil. CEP:37130-000. E-mail: camilocruz@terra.com.br.

## INTRODUÇÃO

O câncer da boca está entre os dez tipos de neoplasias mais frequentes na população brasileira, sendo o quinto mais incidente em homens e o sétimo em mulheres. Para 2012, estatísticas válidas também para 2013, há um risco estimado de dez casos novos a cada 100 mil homens e quatro a cada 100 mil mulheres<sup>1</sup>. As taxas de incidência e mortalidade são preocupantes, estando entre as mais elevadas do mundo<sup>2</sup>, com o carcinoma de células escamosas (CCE) correspondendo de 90% a 95% dos casos<sup>3</sup>.

O CCE da boca apresenta variadas formas clínicas, incluindo exofíticas, endofíticas, leucoplásicas, eritrolásicas ou eritroleucoplásicas, assim como três padrões de crescimento: exofítico, ulcerativo e verrucoso<sup>4</sup>. Histologicamente, apresenta-se como uma proliferação de células da camada espinhosa, que se dispõe em grupos celulares formando cordões e ninhos, ou de forma individual invadindo o tecido conjuntivo<sup>4</sup>.

O diagnóstico clínico de uma lesão é estabelecido em função de uma série de dados obtidos por meio de anamnese e exame físico; havendo suspeita de neoplasia, a biópsia é obrigatória para definição do caso pelo exame histopatológico<sup>5</sup>. O cirurgião-dentista deve estar apto a realizar a indicação adequada da biópsia e tratar adequadamente o material colhido<sup>6</sup>. A biópsia com bisturi é invasiva e tem potencial de morbidade, devendo ser reservada para avaliação de lesões altamente suspeitas<sup>7</sup>. Silveira et al.<sup>8</sup> recomendam atenção especial por parte do clínico, especialmente as eritroplasias; que, em seus estudos, apresentaram um elevado percentual de malignização e o maior índice de equívocos no diagnóstico clínico. Em Porto Rico, as biópsias são realizadas com maior frequência em casos de carcinoma invasivo, indicando deficiência na indicação para lesões pré-cancerosas<sup>9</sup>. Dentistas do Estado de Nova Iorque estão bem informados sobre câncer oral, mas existem lacunas no conhecimento de certos fatores de risco e na técnica de exame bucal<sup>10</sup>.

A concordância diagnóstica foi avaliada por vários estudos: Marin et al.<sup>6</sup> registraram mais da metade dos diagnósticos clínicos e histopatológicos concordantes. Vier et al.<sup>11</sup> relacionaram diagnóstico clínico ao histopatológico e registraram 79,9% de concordantes. Alves et al.<sup>12</sup> revisaram 1.825 laudos e, em 67,05%, o diagnóstico clínico concordava com o histopatológico. Aquino et al.<sup>13</sup> aferiram a concordância entre as três primeiras hipóteses clínicas e histopatológicas. Em 78,5% dos diagnósticos clínicos, houve concordância com o histopatológico, sendo 57,0% na primeira hipótese, 19% na segunda e 2,5%, na terceira.

Na área médica, também são encontrados alguns estudos que comparam diagnósticos clínicos e histopatológicos, em que a concordância varia de acordo com o grau

de dificuldade de obtenção do diagnóstico clínico ou com os critérios de estabelecimento de determinados diagnósticos<sup>14</sup>.

Procurando contribuir com novos dados sobre o tema, o presente estudo tem por objetivo aferir a concordância entre os diagnósticos clínicos, histopatológicos das biópsias e das peças cirúrgicas do carcinoma de células escamosas da boca.

## MÉTODO

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Sagrado Coração em 28/10/2010, sob o n° 197/2010.

O estudo consiste de um levantamento de dados dos pacientes com diagnóstico de carcinoma de células escamosas da boca realizado no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG), de janeiro de 2000 a dezembro de 2010. Foram incluídos todos os pacientes que tiveram seu prontuário odontológico e/ou hospitalar localizado. A pesquisa dos prontuários foi realizada nos hospitais: Bom Pastor em Varginha (MG), Santa Casa de Alfenas (MG) e Santa Casa de Poços de Caldas (MG), onde os pacientes foram atendidos.

Dos laudos anatomopatológicos, prontuários odontológicos e hospitalares foram coletados: idade, gênero, cor da pele, estado civil, escolaridade, profissão, nível socioeconômico, consumo de álcool e/ou tabaco, localização da lesão, tempo de evolução, diagnóstico clínico sugerido pelo profissional, diagnóstico histopatológico da biópsia, tratamento instituído e resultado do exame da peça cirúrgica removida no tratamento. Os diagnósticos clínicos foram confrontados com os diagnósticos histopatológicos da Unifal-MG e estes com o exame das peças cirúrgicas para que fosse determinada a concordância. Quando clinicamente foi apresentada mais de uma possibilidade diagnóstica, a concordância foi aferida pela primeira opção sugerida pelo cirurgião-dentista.

Para a definição da localização anatômica, foi adotada como referência a Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) de CCE. Foram considerados neste estudo os seguintes sítios anatômicos: lábio (CID.C00), língua oral (CID.C02), rebordo gengival (CID.C03), assoalho da boca (CID.C04), palato (CID.C05), mucosa jugal (CID.C06.0), vestíbulo da boca (CID.C06.1) e área retromolar (CID.C06.2).

Os testes estatísticos foram realizados com o programa BioEstat 5.0. Utilizou-se estatística descritiva (frequência absoluta - **n**; frequência relativa - %) e inferencial (Teste Exato de Fisher e o Teste Qui-Quadrado) para analisar as variáveis, adotando-se o índice de confiabilidade de 95%.

## RESULTADOS

As biópsias foram provenientes em sua maioria (77%) das clínicas de Estomatologia da Universidade Federal de Alfenas, Universidade José do Rosário Veloso e Universidade do Vale do Rio Verde. Estomatologistas e cirurgiões maxilofaciais foram responsáveis pelo envio de 18% dos casos e os clínicos, por apenas 5%. Os CCE diagnosticados correspondem a 2,33% das lesões examinadas no período considerado no estudo, pelo Laboratório de Anatomia Patológica da Unifal-MG (Tabela 1). O estudo incluiu 60 pacientes, a maioria brancos, gênero masculino, com idade entre 50 a 60 anos, solteiros, lavradores ou domésticas, cursaram apenas o ensino fundamental, baixo nível socioeconômico, tabagistas e/ou etilistas. Apenas um

caso chegou ao laboratório sem o diagnóstico clínico, não sendo considerado para estabelecer a concordância diagnóstica.

A Tabela 2 demonstra que a maioria dos CCE localizava-se no assoalho bucal e na língua. O vestíbulo da boca e o palato foram os sítios de menor frequência. Não houve divergências entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos para as lesões localizadas na mucosa jugal. A maior frequência foi observada para as lesões localizadas no palato (66,7%) e na língua (46,2%).

Na Tabela 3, verifica-se que, entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos, houve concordância em 71,2% dos casos. As patologias citadas equivocadamente com maior frequência pelos cirurgiões dentistas no diagnóstico clínico foram: leucoplasia, carcinoma verrucoso, hiperplasia, paracoccidiodomicose e úlcera traumática.

Tabela 1. Exames realizados pelo serviço de anatomia patológica da Unifal-MG

Ano	Exames realizados	CCE diagnosticados		Pacientes localizados para pesquisa
		Número	%	
2000	347	06	1,73	3
2001	225	02	0,89	1
2002	258	02	0,78	0
2003	284	06	2,11	4
2004	282	03	1,06	2
2005	308	05	1,62	5
2006	388	06	1,55	2
2007	347	08	2,31	3
2008	367	10	2,72	7
2009	381	13	3,41	12
2010	423	23	5,44	21
Total	3610	84	2,33	60

Tabela 2. Distribuição dos CCE quanto ao sítio anatômico e divergências entre os diagnósticos clínicos, histopatológicos e cirúrgicos

CID	Localização	Nº de lesões	Número de discordâncias (%)			
			Clínico/ Histopatológico		Histopatológico/ Peça cirúrgica	
CID C00	Lábio	5	1	20,0%	1	20,0%
CID C02	Língua oral	13	6	46,2%	1	7,7%
CID C03	Rebordo gengival	10	3	30,0%	1	10,0%
CID C04	Assoalho da boca	17	3	11,8%	-	-
CID C05	Palato	3	2	66,7%	1	33,4%
CID C06.0	Mucosa jugal	5	-	-	-	-
CID C06.1	Vestíbulo da boca	3	1	33,4%	-	-
CID C06.2	Área retromolar	4	1	25,0%	-	-
Total		60	17		4	

Teste qui-quadrado ( $p < 0,001$ )

**Tabela 3.** Concordância entre os diagnósticos

Concordância diagnóstica	Clínico/Histopatológico		Histopatológico/Peça cirúrgica	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
Concorda	42	71,2	27	87,1
Não concorda	17	28,8	4	12,9
Total	59	100	31	100

Teste Exato de Fisher ( $p=0,1179$ )

O tratamento cirúrgico foi aplicado a 31 pacientes, e as lesões removidas, encaminhadas a diversos laboratórios de patologia, sob a responsabilidade dos hospitais que trataram os pacientes. Na comparação entre os histopatológicos da biópsia diagnóstica e das peças cirúrgicas removidas no tratamento, houve concordância em 87,1% dos casos, com intervalo de confiabilidade de 83,4% a 93,8%. Nas divergências, as patologias mais frequentemente apontadas foram: carcinoma verrucoso e hiperplasia.

O  $p$  valor  $>0,005$  (Tabela 3) evidencia que a concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos é estatisticamente igual à concordância destes com o exame das peças cirúrgicas.

## DISCUSSÃO

O percentual de diagnóstico histopatológico de carcinoma de células escamosas da boca (2,33%) em relação ao total de lesões examinadas na Unifal-MG é muito próximo aos de Kniest et al.<sup>15</sup> que encontraram frequência de 2,4%. Resultados semelhantes foram encontrados por Conceição et al.<sup>16</sup>, Daher et al.<sup>3</sup> e por Silveira et al.<sup>8</sup> que estudaram lesões orais com potencial de malignização.

O percentual de concordância diagnóstica (clínico/histopatológico) desta pesquisa (71,2%) se aproxima daqueles encontrados por Conceição et al.<sup>16</sup> (76,2%) para CCE. Lins et al.<sup>17</sup> determinaram uma maior concordância diagnóstica (79,3%) para as neoplasias malignas, quando comparadas a lesões bucais de outra natureza. Os trabalhos de Rados et al.<sup>18</sup> (46,0%), Conceição et al.<sup>16</sup> (57,72%) e Silva et al.<sup>5</sup> (56,67%) corroboram essa afirmação. No entanto, Aquino et al.<sup>13</sup> (78,0%), Alves et al.<sup>12</sup> (67,95%) e Vier et al.<sup>11</sup> (79,9%) encontraram resultados semelhantes para diferentes classes de lesões bucais. Os números de concordância diagnóstica das lesões bucais são compatíveis aos determinados para área médica que varia de 44% a 84% dependendo do caso<sup>14</sup>. Rados et al.<sup>18</sup> afirmam que os pós-graduandos têm maior percentual de concordância. Neste estudo, a expressiva maioria dos diagnósticos clínicos foi realizada por especialistas e esse fator pode ter contribuído para aumentar a concordância.

O diagnóstico de CCE da boca pode ser confundido com lesões ulceradas e sangrantes e/ou de crescimento rápido, principalmente em pacientes com perfil epidemiológico de CCE bucal. Quando ocorre discordância entre os diagnósticos, nem sempre o clínico é incorreto, pois pode ter havido falta de representatividade do material colhido, fixação inadequada ou manipulação imprópria do espécime<sup>19</sup>. Além disso, há uma subjetividade na avaliação diagnóstica do patologista diretamente relacionada a características individuais, independente de sua formação educacional, responsável por expressiva discordância (31% a 51%) na interpretação das lâminas e nos resultados<sup>20,21</sup>. Nestes casos, recomenda-se a comunicação entre o clínico e o patologista para que se possa chegar a um diagnóstico final<sup>19</sup>.

As leucoplasias são lesões cancerizáveis e podem confundir o clínico se apresentarem áreas avermelhadas. O carcinoma verrucoso é considerado por alguns autores como uma variante do CCE, porém menos agressivo pelo crescimento exofítico, capaz de induzir dúvidas e talvez sendo responsável pela discordância no diagnóstico. As hiperplasias fibrosas inflamatórias, mesmo representando uma proliferação celular, não são consideradas de risco para transformação maligna. No entanto, as ulcerações, especialmente associadas a traumatismo crônico, podem levar o clínico a suspeitar de CCE. Um diagnóstico diferencial é compatível com a paracoccidiodomicose pela presença de áreas ulceradas e hemorrágicas, que mesmo quando mais difusas, justificam um diagnóstico diferencial com o CCE. Em todos os casos analisados, a conduta do cirurgião-dentista foi correta, pois a biópsia deve ser realizada sempre que a lesão apresentar características de malignidade<sup>5</sup>.

As diversas lesões bucais, de acordo com Aquino et al.<sup>13</sup>, localizam-se predominantemente na mucosa jugal e gengiva e, menos frequentemente, no fundo de vestibulo, enquanto Silva et al.<sup>5</sup> encontraram maior frequência das lesões na mucosa jugal e lábio inferior, e os sítios menos acometidos foram o rebordo alveolar superior e mandibular anterior. Este estudo determinou maior incidência de CCE na língua e no assoalho da boca, coincidindo com os resultados de Oliveira et al.<sup>2</sup> e menor

frequência no palato e véu de boca, divergindo desses autores que apontaram gengiva e lábio superior.

As divergências diagnósticas (clínico/histopatológico) ocorreram em percentual mais elevado para as lesões localizadas no palato (66,7%) e na língua (46,2%). Conceição et al.<sup>16</sup> encontraram um elevado percentual (57,72%) de divergências para lesões de língua. Considerando que apenas 15% dos casos são diagnosticados nos estágios iniciais da lesão e aproximadamente 50% dos pacientes já chegam aos centros de tratamento com metástases no momento do diagnóstico<sup>22</sup>, há necessidade de maior atenção nos exames clínicos desses sítios anatômicos e melhor formação dos profissionais com relação às características clínicas das lesões. Nos EUA, cursos de Educação Continuada sobre câncer bucal apresentaram influência positiva sobre as atitudes, conhecimentos e comportamentos dos participantes, o que potencialmente pode fazer a diferença na detecção, prevenção e controle<sup>23</sup>.

As divergências entre os resultados histopatológicos das biópsias e das peças cirúrgicas removidas no tratamento correspondem a 12,9% dos casos (Tabela 3). As divergências encontradas são relacionadas a carcinoma verrucoso e hiperplasia. Os exames das peças foram realizados em diferentes laboratórios e, portanto, os resultados devem considerar a subjetividade inerente ao patologista. Em algumas patologias, como na paraoccioidomiose, o epitélio pode mostrar-se com displasias, sendo facilmente confundido com o epitélio do CCE. Nesses casos, é denominado de epitélio com hiperplasia pseudoepiteliomatosa, também descrita em associação a processos inflamatórios crônicos inespecíficos. Para estabelecer o diagnóstico, sugere-se exame de imunofenotipagem para avaliar integridade da membrana basal, possibilitando diagnóstico diferencial de carcinoma verrucoso. O carcinoma verrucoso é classificado como CCE quando ocorrem áreas de microinvasão da lâmina própria. Na peça, o examinador tem oportunidade de preparar cortes de diversas áreas da lesão, podendo constatar que a microinvasividade não é representativa para classificar o carcinoma verrucoso como CCE. Neste estudo, um diagnóstico clínico de carcinoma verrucoso recebeu classificação histopatológica de CCE na biópsia, sendo posteriormente confirmado como verrucoso no exame da peça cirúrgica removida no tratamento. Portanto, os diagnósticos clínicos e cirúrgicos são, especialmente, relevantes no estabelecimento do diagnóstico final<sup>6</sup>.

É importante destacar que, na literatura, os dados estatísticos relacionando a concordância dos diagnósticos clínico/histopatológico/cirúrgico das lesões bucais são bastante escassos. Considerando as limitações diagnósticas apresentadas por uma biópsia incisiva, seria desejável que

o cirurgião-dentista tivesse acesso aos resultados do exame da peça cirúrgica removida no tratamento, que é mais preciso e detalhado. Essa associação de informações é relevante, uma vez que a sobrevivência do paciente é determinada pelo comportamento clínico-patológico do carcinoma<sup>24</sup>.

## CONCLUSÃO

Observou-se expressiva concordância (71,2%) entre os diagnósticos clínico e histopatológico da biópsia incisiva e destes com o exame da peça cirúrgica (87,1%). Para melhor conhecimento das características, comportamento e desenvolvimento do CCE de boca, é desejável que o histórico do paciente portador reúna as informações dos prontuários odontológicos e hospitalares. São necessários novos levantamentos que investiguem os resultados dos exames da peça cirúrgica comparando-os com as informações clínicas.

## CONTRIBUIÇÕES

Antônio Camilo de Souza Cruz contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, na obtenção e/ou análise e interpretação de dados e na redação e revisão crítica. Solange de Oliveira Braga Franzolin contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa e na redação e revisão crítica. Alessandro Antônio Costa Pereira contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa e na obtenção e/ou análise e interpretação de dados. João Adolfo Costa Hanneman e Júlia Rosental de Souza Cruz contribuíram na obtenção e/ou análise e interpretação de dados. Luiz Alberto Beijo contribuiu na obtenção e/ou análise e interpretação de dados e na redação e revisão crítica.

## AGRADECIMENTOS

Aos Registros Hospitalares de Câncer do Hospital Bom Pastor em Varginha (MG), Brasil. Ao Serviço de Oncologia da Santa Casa de Alfenas (MG), Brasil. À Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia de Poços de Caldas (MG), Brasil. À Gerência Regional de Saúde de Alfenas (MG), Brasil. Aos colegas cirurgiões-dentistas e aos profissionais da Área de Saúde que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

**Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.**

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118 p.

2. 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 e medicina laboratorial* 2006; 42(5): 385-92.
3. Daher GCA, Pereira GA, Oliveira ACD'A. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para necessidade de diagnóstico precoce. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(4): 584-96.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxillofacial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009. 972 p.
5. Silva TFA, Souza RB, Rocha DR, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das Biópsias realizadas no serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Revista de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial* 2011 abr/jun;11(2): 91-100.
6. Marin HJI, Silveira MME, Souza GFM, Pereira JRD. Lesões bucais: concordância diagnóstica na Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Odontologia clínico-científica* 2007 out/dez; 6(4):315-8.
7. Mehrotra R, Gupta DK. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. *Head Neck Oncol* 2011 July; 3:33.
8. Silveira EJD, Lopes MFF, LMM; Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial* 2009 jun; 45(3): 233-8.
9. Morse DE, Psoter WJ, Cuadrado L, Jean YA, Phelan J, Mittal K, et al. A deficit in biopsying potentially premalignant oral lesions in Puerto Rico. *Cancer Detect Prev* 2009; 32(5-6): 424-30.
10. Gajendra S, Cruz GD, Kumar J. Prevention and Early Detection: Knowledge, Practices, and Opinions of Oral Health Care Providers in New York State. *J Cancer Educ* 2006; 21(3):157-62.
11. Vier FV, Rockenbach MIB, Yurgel LS, Cherubini K, Figueiredo MAZ. Diagnósticos histopatológicos do Laboratório de Patologia do Serviço de Estomatologia da PUCRS, nos anos de 2000 a 2002 e sua relação com o diagnóstico clínico. *Odonto ciência* 2004; 19(46): 382-8.
12. Alves JR, Hida M, Nai GA. Diagnóstico clínico e anatomopatológico: discordâncias. *AMB Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2):178-81.
13. Aquino SN, Martelli DRB, BorgesSP, Bonan PRF, Martelli Junior H. Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico de lesões bucais. *Rev Gaucha Odontol* 2010 jul/set; 58( 3): 345-9.
14. Guimarães TC. Correlação clínico-histopatológica nos pacientes com hanseníase do anexo de Dermatologia, Professor Oswaldo Costa do Hospital das Clínicas da UFMG entre setembro de 1989 e dezembro de 1998 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
15. Kniest G, Stramandinoli RT, Ávila LFC, Izidoro ACS. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). *Revista Sul-brasileira de Odontologia* 2011 jan/mar;8(1):13-8.
16. Conceição LD, Magrin T, Gomes APN, Araujo LMA. Estudo retrospectivo de biópsias em língua – aspectos epidemiológicos. *RFO* 2010 jan/abr; 15(1): 11-9.
17. Lins RC, Simões CA, Henriques ACG, Casal C, Castro JFL, Carvalho EJA. Correlação dos índices de acertos entre as hipóteses clínicas e os resultados histopatológicos – clínica versus histopatologia. *Int J Dent* 2008 jul/set; 7(3):153-7.
18. Sant'Ana Filho M, Barbachan JJD, Volkweis MR, Romanini J. Estudo comparativo da concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico das lesões bucais. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre* 1996 jul; 37(1):21-3.
19. Viscomi F. Diagnóstico clínico e diagnóstico anatomopatológico: discordâncias. *AMB Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2):109-26.
20. Karabulut A, Reibel J, Therkildsen MH, Praetorius F, Nielsen HW, Dabelsteen E. Observer variability in the histologic assessment of oral premalignant lesions. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(5):198-200.
21. Pindborg JJ, Reibel J, Holmstrup P. Subjectivity in evaluating oral epithelial dysplasia, carcinoma in situ and initial carcinoma. *J Oral Pathol Med* 1985 Out; 14(9): 698-708.
22. Martins RB, Giovani EM, Villalb H. Lesões can-cerizáveis na cavidade bucal. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde* 2008; 26(4):467-76.
23. Silverman Jr S, Kerr AR, Epstein JB. Oral and Pharyngeal Cancer Control and Early Detection. *J Cancer Educ* 2010; 25 (3):279-81.
24. Bryne M. Is the invasive front of an oral carcinoma the most important area for prognostication? *Oral Dis* 1998 Jun; 4(2): 70-7.

## Abstract

**Introduction:** Oral cancer is among the ten most frequent neoplasms in the Brazilian population. It is diagnosed in most of the cases in advanced stage, making the treatment harder and reducing the rate of the patient's survival. **Objective:** Assess the concordance between clinical diagnosis, histopathological biopsies and surgical pieces of the squamous cells carcinoma of the mouth. **Method:** A retrospective study was carried out from January 2000 to December 2010, based on histopathological reports issued by the Pathological Anatomy Lab from the Federal University of Alfenas, Minas Gerais, Brazil and the hospital records of treated patients. In order to determine the concordance, the clinical diagnoses were compared with the histopathological diagnosis of biopsy and those were compared with the exam from the surgical pieces removed in the treatment. **Results:** The higher incidence of SCC occurred in white patients, male, aged between 50 and 60, single, farmers or housekeepers, who had attended primary school only, from a low socio-economic level, smokers and/or alcoholics. The most common anatomic sites of the lesions were the floor of the mouth and tongue. The vestibule of the mouth and the palate were the less common sites. The concordance between the clinical and histopathological diagnosis was 71.2% and between the histopathological and the surgical pieces exam was 87.1%. **Conclusion:** An expressive concordance between the diagnoses was verified. However, new surveys are necessary that compare the exam results of the surgical pieces during the treatment with their clinical characteristics. **Key words:** Biopsy; Pathology, Oral; Clinical, Diagnosis; Carcinoma, Squamous Cell; Minas Gerais State

## Resumen

**Introducción:** El cáncer de la cavidad bucal está entre las diez neoplasias más comunes en la población brasileña. En la mayoría de los casos es diagnosticado en etapas avanzadas, dificultando el tratamiento y disminuyendo la tasa de supervivencia de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar la correlación entre los diagnósticos clínicos, histopatológicos de las biopsias y de las piezas quirúrgicas del carcinoma de células escamosas de la boca. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de enero de 2000 y diciembre de 2010, utilizando informes histopatológicos emitidos por el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Universidad Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil y la historia clínica de los pacientes tratados. Para que sea determinada la correlación, los diagnósticos clínicos han sido comparados con los histopatológicos de la biopsia y esos con la prueba de las piezas quirúrgicas removidas en el tratamiento. **Resultados:** La mayor incidencia del CCE ocurrió en pacientes blancos, género masculino, con edad entre 50 y 60 años, solteros, agricultores o empleados del hogar que sólo cursaron la educación primaria obligatoria, bajo nivel socioeconómico, fumadores y/o alcohólicos. Los sitios anatómicos más comunes de las lesiones fueron piso de la boca y lengua. El vestíbulo de la boca y el paladar han sido los sitios con menor frecuencia. La concordancia entre los diagnósticos clínico/histopatológico fue de 71,2% y entre el histopatológico y la prueba en la pieza quirúrgica 87,1%. **Conclusión:** Se observó una concordancia significativa entre el diagnóstico. Sin embargo, son necesarios nuevos estudios que comparen el resultado de las pruebas en la pieza quirúrgica eliminada en el tratamiento con las características clínicas. **Palabras clave:** Biopsia; Patología Bucal; Diagnóstico Clínico; Carcinoma de Células Escamosas; Minas Gerais