

## ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE LESÕES ORAIS MALIGNAS OU COM POTENCIAL DE MALIGNIZAÇÃO, COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER ORAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

*Arthur Bruno Pereira Cavalcante<sup>1</sup>, Joanna Gadelha Sarmiento de Abrantes<sup>1</sup>, João Nilton Lopes de Sousa<sup>2</sup>, Keila Martha Amorim Barroso<sup>2\*</sup>.*

1. Graduandos em Odontologia. Centro de Saúde e Tecnologia Rural (CSTR). Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
2. Professores Doutores. Curso de Odontologia (CSTR-UFCG). \*Correspondência: Curso de Odontologia. CSTR-UFCG. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos (PB), Brasil. E-mail: keilamartha@gmail.com.

### RESUMO

Esse estudo tem como objetivo identificar os principais métodos de prevenção do câncer bucal, rastreando na literatura os estudos de prevalência das lesões orais malignas e com potencial de malignização. Para tanto, foi realizado um estudo bibliográfico nas bases de dados: BVS e *Pubmed*, no período de 2005 a 2015. Os programas de prevenção contra o câncer bucal ainda apresentam falhas em sua execução. A prevenção do câncer bucal é realizada, basicamente, por meio da orientação para eliminação ou redução de consumo de tabaco e álcool, e do evitar exposição ao sol para os cânceres de lábio inferior, além da detecção e tratamento precoce das lesões orais, juntamente com ações de prevenção primária baseada em educação em saúde que também se destacam como um método eficaz de combate à doença. Ações relacionadas ao rastreamento de lesões malignas, ou com potencial de malignização, foram consideradas na literatura como sendo um método efetivo para o diagnóstico precoce da doença, entretanto, não são comuns os relatos de programas de rastreamento propriamente ditos. Diante disso, foram buscados estudos que analisaram a prevalência de lesões orais como método de prevenção do câncer bucal. Os resultados indicaram que o câncer bucal e as lesões com potencial de malignização ocorrem com maior frequência em indivíduos do gênero masculino, acima da sexta década de vida que fazem uso do tabaco, do álcool ou o uso combinado desses fatores. Dentre as lesões que têm potencial de malignização, a leucoplasia oral corresponde ao grupo de lesões mais frequentemente encontradas na cavidade bucal.

**Descritores:** Doenças da boca. Rastreamento. Câncer bucal.

## AN STUDY OF THE PREVALENCE OF MALIGNANT OR POTENTIALLY MALIGNANT ORAL LESIONS AS STRATEGY TO THE PREVENTION OF ORAL CANCER: A LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

This study aims at identifying, through review of scientific literature, the main prevention methods of oral cancer, screening the surveys about malignant and potentially malignant oral lesions. Therefore, it was realized a bibliographic study on the data base: BVS and Pubmed during the period from 2005 to 2015. The prevention programs against oral cancer still present faults on their execution. The Oral Cancer Prevention have been made, basically, through orientation for elimination or reduction of tobacco and alcohol consumption; sun exposure in lower lip cancer patients; and also the early detection and treatment of oral lesions, together with actions of primary prevention based on health education which also stand out as an effective method of cancer prevention. Screening programs for malignant and potentially malignant oral lesions were considered as effective methods for early diagnosis of oral cancer, however, screenings programs are unusually reported on literature. In light of this, studies that examined the prevalence of oral lesions as prevention method of oral cancer were searched. The results indicated that the oral cancer and potentially malignant lesions occur more frequently in male individuals, above the sixth decade of life, tobacco and alcohol users, or using these factors combined. Among potentially malignant lesions, leukoplakia is more often found in the oral cavity.

**Keywords:** Mouth Diseases. Screening. Oral Cancer.

### INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, mais da metade dos casos novos anuais são diagnosticados nos países em desenvolvimento (1).

A distribuição epidemiológica do câncer no Brasil sugere uma transição epidemiológica em andamento, decorrente principalmente da redefinição, no último século, do padrão de vida do brasileiro, com maior uniformização das condições de

trabalho, nutrição e consumo, o que gerou aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Essa transição epidemiológica envolve um aumento entre os tipos de câncer normalmente associados a alto *status* sócio-econômico - câncer de mama, próstata e de cólon e reto - e, simultaneamente, a presença de taxas de incidência persistentemente elevadas de tumores geralmente associados com a pobreza – câncer de colo de útero, pênis, estômago e cavidade oral (1).

De acordo com o Ministério da Saúde (2), o câncer de cavidade oral está situado entre as dez mais prevalentes neoplasias malignas do Brasil e, apesar da grande maioria dos casos terem origem no epitélio, a maior parte dessas lesões é diagnosticada em estágios avançados. A eliminação ou redução de consumo de tabaco e álcool, e da exposição ao sol para os cânceres de lábio inferior, além da identificação precoce de alterações teciduais com potencial de malignização, especialmente as leucoplasias, eritroplasias e queilites actínicas, são apontadas pelo Ministério da Saúde como estratégias de maior impacto na redução da ocorrência de lesões malignas.

Para Ligen et al. (3), essa busca ativa das lesões, ou rastreamento, conceitua-se como um processo contínuo e estruturado de cuidados de saúde e intervenção, projetado para diagnosticar uma doença numa fase assintomática, quando o seu curso natural pode ser prontamente interrompido. Tem-se definido como: "a aplicação de um teste ou testes para pessoas que estão aparentemente livres da doença em questão, a fim de distinguir aqueles que provavelmente portam a doença de quem provavelmente não a tem".

A necessidade de implementação de programas de rastreamento simplificado levou o Ministério da Saúde a atribuir essa função às equipes multidisciplinares que atuam no âmbito da ESF, tendo em vista que esta é a principal porta de entrada do paciente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Aliada ao diagnóstico precoce das lesões malignas, e com potencial malignizante, é inerente do programa levar ao paciente noções básicas de atenção a saúde bucal e as maneiras de prevenção dos agravos em saúde que direto-indiretamente contribuem para a instalação do processo doença (4).

A efetividade dos programas de rastreamento é controversa na literatura. Sankaranarayanan *et al.*, (5) afirmam, categoricamente, que esses programas devem ser aplicados apenas quando sua efetividade for confirmada e, especialmente, quando houver um grupo de risco bem definido para a doença. Corroborando essa afirmação, Sankaranarayanan *et al.*, (6) realizaram uma grande pesquisa com 13 grupos

populacionais e concluíram que o rastreamento por inspeção visual pode reduzir a mortalidade de indivíduos de alto risco para câncer de boca. Subramanian *et al.*, (7) avaliaram a relação custo-efetividade entre diferentes métodos de rastreamento e concluíram que o rastreamento por inspeção visual é o mais efetivo, pela sua eficácia e por ser economicamente eficiente. Dessa forma, justifica-se que um programa de rastreamento no Brasil seja realizado por inspeção visual e aplicado a um grupo de risco para o câncer bucal.

Apesar da importância evidente desses programas e da orientação do Ministério da Saúde para a realização da busca ativa de lesões pelos profissionais da atenção básica, a literatura é escassa com relação a relatos de programas de prevenção e rastreamento de lesões orais para o câncer bucal no Brasil. Dessa forma, esse estudo propõe realizar uma revisão da literatura acerca da prevenção do câncer bucal, buscando na literatura os estudos de prevalência das lesões orais malignas e com potencial de malignização. Para tanto, realizou-se um estudo bibliográfico nas bases de dados BVS e *Pubmed*, no período de 2005 a 2015 utilizando-se como descritores: doenças da boca; rastreamento e câncer bucal, como os seus correspondentes em língua inglesa.

## **A PROBLEMÁTICA DO CÂNCER BUCAL E SUA PREVENÇÃO**

O Câncer corresponde a um somatório desordenado de fatores carcinogênicos extrínsecos e intrínsecos, que podem levar ao aparecimento de doenças. Trata-se de uma patologia agressiva, crônica e multifatorial, que leva ao crescimento desorganizado no número de células. A perda de controle no processo de divisão celular leva à disseminação e invasão de tecidos e órgãos, caracterizando metástases (4).

O Câncer Bucal (CB) corresponde ao sexto câncer mais comum em todo mundo, representando, atualmente, um importante problema de saúde pública, principalmente no tocante ao diagnóstico, que quando não feito precocemente leva a uma alta taxa de mortalidade e morbidade (8). O Carcinoma de Células Escamosas (CCE) é o tipo microscópico encontrado em mais de 90% das neoplasias malignas bucais, os demais correspondem a neoplasias mesenquimais e de glândulas. O CCE tem predileção pelo sexo masculino, com idade superior ou igual a 40 anos, o que não exclui a possibilidade de ocorrência em idades precoces (9).

Segundo estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2015 e 2016, o número previsto foi de 11.140 novos casos de câncer de boca em homens e

4.350 novos casos entre mulheres, correspondendo a um risco estimado de 11,27 casos novos a cada 100 mil homens e 4,21 a cada 100 mil mulheres, ocupando o quinto lugar entre os homens e o décimo entre as mulheres, especialmente nas Regiões Nordeste e Sudeste, com uma estimativa de 260 casos novos na Paraíba, sendo 50 desses, somente na cidade de João Pessoa.

O CB pode se apresentar como alteração de cor (manchas brancas, vermelhas e/ou escuras) e/ou aumento de volume tecidual com o aparecimento de feridas que não cicatrizam após alguns dias. Geralmente as lesões são indolores, podem apresenta-se sangrantes e, nos estágios iniciais, como ulcerações superficiais de pequeno diâmetro (10).

A prevenção do CB é bastante complexa. De acordo com Santos e Fracoli (11), programas de prevenção eficazes para essas neoplasias não estão sendo aplicados devidamente, visto que o problema se mantém com a mesma magnitude, especialmente em países ou estados pobres como o caso do Brasil, especialmente, no Estado da Paraíba.

De acordo com Torres-Pereira, *et al.* (12), os níveis de prevenção das doenças, classicamente divididos em três: primário, secundário e terciário, podem ser aplicados ao CB. Para os autores, a prevenção primária visa a ações ou iniciativas que possam reduzir a incidência e a prevalência da doença, modificando os hábitos da comunidade, com ações de combate aos fatores de risco. A prevenção secundária visa ao diagnóstico precoce da doença em uma fase anterior ao paciente apresentar alguma queixa clínica, com ações relacionadas ao rastreamento de lesões malignas ou com potencial de malignização, evidenciando-se que o diagnóstico precoce dessa doença faz com que os níveis de cura alcancem mais de 90% dos casos. Por fim, a prevenção terciária visa a prevenir complicações secundárias, melhorando a qualidade de vida durante o tratamento.

Historicamente, a tentativa de se estabelecer políticas públicas relacionadas à prevenção dessas neoplasias no Brasil, tem início no final da década de 1970, quando o Ministério da Saúde (MS) aprovou um plano inicial para elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Diagnóstico Precoce do Câncer da Boca (CABUL) e a DNC/MS, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Estomatologia (SOBE, atualmente SOBEP). As metas básicas delimitadoras dos trabalhos do CABUL estão nos seus cinco subprogramas (a) promoção da saúde; (b) proteção específica, diagnóstico precoce e limitação do dano; (c) formação de recursos humanos; (d) vigilância epidemiológica e (e) reabilitação do paciente (12).

Esse programa, além de outras tentativas posteriores, não encontrou o devido respaldo no sistema de saúde brasileiro da época. Essa discussão volta, portanto, com a reforma sanitária e a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde publicou, em 2008, um Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2), onde evidencia a importância das equipes de saúde bucal e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no controle e diagnóstico precoce do CB. De acordo com esse documento, a prevenção do CB se daria por meio da eliminação, ou redução, de consumo de tabaco e álcool, e da exposição ao sol para os cânceres de lábio inferior, além da detecção e tratamento precoce das lesões. A identificação precoce de alterações teciduais com potencial de malignização é citada como a estratégia de maior impacto na redução da ocorrência de lesões malignas.

Vários autores da literatura científica atual concordam que um programa efetivo de rastreamento, ou busca ativa de lesões com potencial de malignização, é determinante na detecção precoce do câncer de boca, influenciando positivamente na morbidade e mortalidade da doença, entendendo-se, mais uma vez, que os índices de mortalidade decaem consideravelmente quando o câncer é diagnosticado no início de sua evolução, ou quando é prevenido tratando-se lesões que possuem potencial de malignização. (13, 3, 7).

A identificação precoce de alterações teciduais com potencial de malignização é citada pelo Ministério da Saúde (2) como a estratégia de maior impacto na redução da ocorrência de lesões malignas. Entretanto, na perspectiva do usuário, a divulgação da doença, bem como de seus principais fatores de risco, poderiam representar uma forma de prevenção, atenção e vigilância bastante barata e acessível a um grande número de cidadãos. Portanto, além de estratégias relacionadas ao diagnóstico precoce de lesões malignas ou com potencial de malignização, a prevenção primária baseada em educação em saúde também deve ser levada em consideração como um método eficaz de combate à doença.

Os principais fatores de risco envolvidos na inicialização e progressão do CB são: tabagismo, álcool, exposição frequente à radiação solar, dieta, deficiência imunológica e infecção viral (HPV); sendo os dois primeiros os mais relacionados ao câncer intra-oral e de orofaringe, especialmente em sinergismo, e a exposição crônica ao sol o fator mais relacionado ao câncer de lábio inferior. Caso a doença não seja diagnosticada precocemente, ela resultará na invasão de estruturas vizinhas e na formação de metástases, as quais levarão o paciente à morte (14).

Os subprodutos do tabaco têm o potencial de ressecar a mucosa oral aumentando a camada de ceratina. Esse aumento facilita a ação de agentes carcinogênicos sob o epitélio, principalmente quando levamos em consideração a alta temperatura do cigarro aceso, que potencializa a agressão à mucosa. Existem mais de 60 substâncias cancerígenas no fumo, principalmente alcatrão, benzopirenos e aminas aromáticas, o que caracteriza o tabaco como agente carcinógeno iniciador e promotor para o câncer bucal. (10,15).

Os mecanismos sob os quais o álcool age na mucosa ainda não são bem definidos. Estudos revelam que o consumo de álcool de forma crônica atua como um solvente, aumentando a permeabilidade celular da mucosa oral aos agentes carcinogênicos, o que resulta em injúrias, devido aos metabólitos do etanol e pela deficiência nutricional secundária ao hábito. Em sinergismo com o tabaco, o álcool aumenta a permeabilidade aos diversos agentes carcinogênicos do fumo, o que transforma o uso combinado do tabaco e álcool o maior fator de risco para o CB (16).

A exposição crônica aos raios solares está diretamente ligada aos casos de Carcinoma de Células Escamosas de lábio inferior. O risco varia de acordo com o tempo de exposição, quantidade de pigmento presente na pele do paciente – pessoas de pele clara são mais susceptíveis ao desenvolvimento de lesões malignas pela exposição ao sol - e a intensidade dos raios incidindo na pele (10).

As lesões que têm potencial de malignização quando associadas a fatores de risco podem evoluir e se tornarem malignas quando não diagnosticadas e tratadas precocemente. As lesões podem ser brancas (leucoplasias, líquen plano e ceratose actínica), vermelhas (eritroplásicas) ou combinadas (eritroleucoplásicas) (17).

A Leucoplasia Oral (LO) corresponde ao grupo de lesões brancas mais frequentemente encontrada na cavidade bucal, que não são removidas à raspagem e não podem ser classificadas clinicamente e patologicamente como outra patologia conhecida (18). As LO são mais comuns em pacientes do sexo masculino, fumantes, com maior prevalência entre a quarta e sexta década de vida. A causa é de origem desconhecida, mas alguns estudos vêm fazendo associações a agentes etiológicos a exemplo do tabaco, álcool, diabetes, infecções bucais, entre outros (19). Clinicamente, as Leucoplasias são classificadas como homogêneas quando as lesões encontradas são predominantemente brancas, de superfície plana, finas, que podem exibir fendas superficiais com aspecto liso, enrugado ou corrugado e textura consistente; ou não-homogêneas quando as lesões encontradas apresentam-se brancas ou branco-avermelhadas, podendo ter superfície irregular, nodular ou exofítica (20). O

diagnóstico diferencial da LO é feito com queimaduras, candidíase pseudomembranosa, candidíase hiperplásica, hiperkeratose focal, lesão por galvanismo, leucoedema, líquen plano, reação liquenóide, linha alba, lupus eritematoso, mordiscção, trauma crônico, papiloma, carcinoma de células escamosas, placa mucosa sífilítica, carcinoma verrucoso e nevo branco esponjoso (18).

A Eritroplasia Oral (EO) é definida como uma mancha vermelha que não pode ser clínica e patologicamente diagnóstica como qualquer outra enfermidade. Os principais sítios acometidos são as regiões bucal e genital e, independentemente da localização, apresentam semelhanças clínicas e histopatológicas; sua prevalência na população é de 1:2.500, atingindo, principalmente, o sexo masculino entre a sexta e a sétima décadas de vida (18). A eritroplasia possui etiologia controversa, podendo apresentar-se relacionada com a exposição a agentes carcinogênicos ou mesmo ocorrer de forma idiopática (21). Localiza-se preferencialmente em assoalho bucal, língua, palato duro e mole, como mácula ou placa de consistência macia e aveludada e normalmente assintomática (22). Segundo Marcucci *et al.* (23) as lesões com potencial de malignização de origem eritroplásica podem ser subclassificadas em: Homogêneas, quando se apresentam vermelhas, planas e com bordas bem definidas; associadas, quando a lesão é clinicamente semelhante à anterior, porém associada a áreas leucoplásicas - essa forma também é conhecida como eritroleucoplasia; e granulares, quando a lesão apresenta-se vermelha, ligeiramente elevada, com bordas irregulares entremeadas por pontos leucoplásicos.

O Líquen Plano (LP) é uma doença de caráter inflamatório, crônico, mucocutâneo, que apresenta etiologia desconhecida, mas que se acredita estar relacionada a uma resposta mediada pelo sistema imunológico (18). A predileção do LP é geralmente pelo sexo feminino em uma proporção média de 3:2. O tipo mais comum que afeta a mucosa bucal é o LP na forma reticular, que se apresenta como estrias esbranquiçadas que se cruzam na mucosa, chamadas de estrias de Wickham. Outros locais afetados são a língua, gengiva e lábios (24). Quando essas áreas se apresentam ulceradas, estamos diante de um caso de LP erosivo, onde a lesão apresenta um aspecto avermelhado com delicadas estrias relacionando-se com a ulceração (9). O tratamento do LP é voltado mais para o controle do que para a cura, uma vez que o fator causal ainda não é totalmente elucidado na literatura (24). De acordo com Fraga *et al.* (25), vários autores na literatura científica apontam relação entre o LP e o desenvolvimento de CCE, entretanto os autores apontam uma grande

controvérsia quanto ao potencial de malignização do LP oral, visto que a grande maioria dos casos de transformação maligna não poderia ser assim considerada por já apresentarem alterações sugestivas de malignidade no momento em que se chegou ao diagnóstico inicial.

A Queilite Actínica (QA) é uma condição degenerativa do epitélio de revestimento, causada pela exposição cumulativa aos raios ultravioleta. O diagnóstico da QA é baseado nos achados clínicos, histopatológicos e no histórico de exposição solar do paciente acometido (18). A QA tem predileção por pacientes brancos, com idade superior a quarenta anos, o lábio inferior é o mais afetado, observando-se atrofia da borda do vermelhão do lábio, o apagamento da zona delimitante entre porção cutânea e zona do vermelhão labial. Ao exame histopatológico, a QA exibe um epitélio escamoso do vermelhão do lábio que pode estar hiperplásico ou atrófico e uma maturação desorganizada, vários graus de ceratinização, atipia citológica e aumento da atividade mitótica (26). É consenso na literatura mundial que, dentre os diversos tipos de tumores malignos, a QA é considerada como uma das lesões mais passíveis de diagnóstico precoce, devido à facilidade na inspeção e acesso ao local onde a mesma se instala. Um diagnóstico precoce pode melhorar substancialmente a qualidade de vida para o paciente (4).

#### **ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DAS LESÕES ORAIS COMO MÉTODO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER BUCAL.**

Borges *et al.* (27) analisaram a epidemiologia do câncer de boca dos casos diagnosticados pelo laboratório público do Estado de Mato Grosso, realizando um estudo transversal com os laudos histopatológicos, no período de janeiro de 2005 e dezembro de 2006. Após realização da análise, verificou-se a presença 3% dos diagnósticos como lesões malignas, sendo o carcinoma epidermóide o tipo histológico mais prevalente, mais homens da quinta e sexta décadas de vida, residentes no interior do estado. O estudo comprovou que, em dois anos de funcionamento do laboratório público, o serviço de patologia oral registrou um número considerável de casos de câncer bucal.

Santos *et al.* (28) também tinham conhecimento da importância de se estudar a epidemiologia do câncer oral, então, realizaram um estudo descritivo, retrospectivo, utilizando os dados obtidos dos registros de um hospital de Alagoas de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, com amostra de 396 casos. Os resultados apresentados

pelos autores indicaram que o câncer bucal ocorreu com maior frequência em indivíduos do gênero masculino, acima da sexta década de vida, com localização anatômica preferencial em língua, seguida pelo assoalho da boca.

Hosni *et al.* (29) descreveram eritroplasia e leucoeritroplasia como sendo lesões orais cancerizáveis com elevado potencial de transformação maligna. Os autores realizaram um estudo retrospectivo onde foram analisadas as características clínico-patológicas de 13 casos de eritroplasias e leucoeritroplasias orais de pacientes atendidos em um serviço especializado em estomatologia e diagnóstico histopatológico. Foram revisados os registros de biópsia de pacientes atendidos entre os anos de 1978 e 2006. As lesões exibiram predileção por pacientes do sexo masculino, com média etária de 57 anos e o palato mole foi o sítio mais envolvido. Sintomatologia dolorosa foi relatada por 61,5% dos pacientes e associação com tabagismo e etilismo foi observada em 100% e em 46% dos casos, respectivamente. Os autores relataram que, apesar de apresentarem baixa prevalência, as eritroplasias homogêneas e as leucoplasias salpicadas exibiram alterações epiteliais que foram de displasia epitelial a carcinoma invasivo, o que justificou sua inclusão entre as lesões bucais com maior potencial de malignização.

Ainda em relação a lesões cancerizáveis, Silveira *et al.* (30) desenvolveram uma pesquisa objetivando uma análise clínica e morfológica em lesões orais com potencial de malignização, com dados obtidos a partir das fichas clínicas e dos laudos histopatológicos. Dos 205 casos analisados, as lesões mais prevalentes foram, respectivamente, a leucoplasia, a queilite actínica, eritroplasia e eritroleucoplasia, sendo o sexo feminino mais prevalente nas leucoplasias e eritroplasias. Pacientes leucodermas, com faixa etária na quinta, sexta e sétima décadas foram mais acometidos. A localização anatômica mais comum foi o palato. Observou-se que, na maioria dos casos de eritroplasias e eritroleucoplasias, os diagnósticos clínicos foram incompatíveis com o morfológico. Os autores ressaltaram que tais lesões merecem uma atenção especial por parte do clínico, especialmente as eritroplasias, por apresentarem um elevado percentual de malignização e o maior índice de equívocos no diagnóstico clínico.

Já Melo *et al.* (31), analisaram o perfil epidemiológico de uma coorte de pacientes diagnosticados com câncer bucal e faringe de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia do município de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2007. Foi realizado um estudo transversal, fundamentado na

análise retrospectiva e descritiva de 101 prontuários médicos, sendo a maioria dos pacientes composta por homens com baixo nível de escolaridade e idade média de 56,5 anos. Com relação aos hábitos de risco, em sua maioria os pacientes eram tabagistas e etilistas. O sítio anatômico mais prevalente foi a língua, seguido de orofaringe e assoalho de boca. Segundo Melo *et al.* (31), é necessário um treinamento dos profissionais de saúde para abordagem dos fatores preventivos e do diagnóstico precoce e, finalmente, a elaboração de rotinas programadas nos serviços de saúde para detecção de lesões suspeitas.

Scheufen *et al.* (32), desenvolveram um estudo com intuito de avaliar a viabilidade de programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal direcionado a grupos considerados de risco para esta enfermidade, como tabagistas e etilistas crônicos, no período entre junho de 2000 e julho de 2002. O estudo foi realizado em pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e em grupos de apoio comunitários, estruturados em palestras periódicas, exame bucal dos interessados e encaminhamento, quando necessário, para exames complementares e tratamento. Foram examinadas 509 pessoas, na maioria homens, leucodermas com média de idade de 49,8 anos. Destes, 131 apresentaram lesão fundamental na boca e 11 foram submetidos à biópsia. Os achados das biópsias diagnosticaram, entre outras lesões, um caso de displasia leve, um adenocarcinoma e um carcinoma epidermóide. Os autores relataram que o elevado número de lesões fundamentais diagnosticadas, demonstra ser de extrema importância o exame oral periódico de pacientes de risco, entretanto o método proposto, com o deslocamento de equipes específicas para o rastreamento dos pacientes, mostrou-se bastante trabalhoso e oneroso para ser efetivamente incorporado em serviços de atenção à saúde. Por outro lado, serviços de atenção permanente em conjunto à atuação periódica de campanhas de esclarecimento à população, foram considerados os métodos de maior resultado para o diagnóstico precoce do câncer Bucal.

Carvalho *et al.* (33), observaram que a população idosa brasileira estava crescendo drasticamente durante as últimas décadas e, tendo conhecimento que as lesões orais são mais comuns nessa faixa etária, realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar a frequência de lesões orais em uma população idosa brasileira. Foram analisados 534 casos de lesões orais recuperadas dos arquivos do Laboratório de Patologia Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, entre 1991 e 2008. Neste estudo, os casos de lesões orais foram mais prevalentes em

mulheres leucodermas, na sétima década de vida, e com lesões predominantemente localizadas na gengiva/rebordo alveolar. As lesões não-neoplásicas foram mais prevalentes do que tumores benignos. O estudo mostrou uma alta prevalência de câncer oral (10,4%), sendo ainda maior que a de lesões potencialmente malignas (7,4%). Os autores relatam que os resultados foram úteis para a compreensão da distribuição das doenças bucais mais comuns nessa faixa etária.

Pereira *et al.* (34), definem displasias epiteliais orais (DEOs) como desordens potencialmente malignas, caracterizadas por diversos graus de atipia celular. Os autores realizaram um estudo com objetivo de determinar a epidemiologia e correlacionar com as características clínico-patológicas de DEOs. Cento e setenta e três casos de lesões orais recuperadas dos arquivos do Serviço de Anatomia Patológica, cobrindo um período de 38 anos, foram analisados. A maioria dos casos era de mulheres brancas, na faixa etária de 41 e 55 anos e as lesões eram predominantemente localizadas na gengiva / rebordo alveolar. As lesões mais prevalentes apresentavam a cor branca, sendo que a maioria das lesões com grau de leve e moderado de DEO, obtiveram diagnóstico clínico de leucoplasia, ao passo que as lesões com grau severo de DEO, obtiveram diagnóstico clínico de carcinoma de células escamosas. O uso do tabaco foi o hábito de risco mais relacionado com DEO. Para Pereira *et al.* (2011), o conhecimento da epidemiologia da DEO e características clínicas proporciona uma melhor compreensão dos fatores que eventualmente estão associados com a transformação maligna de DEO.

Segundo Sujatha, Hebbar e Pai (35), a incidência de lesões pré-malignas orais e lesões malignas, está em ascensão devido ao aumento no número de pessoas que fazem uso de tabaco e álcool. Pensando nisso, desenvolveram um estudo com 1.028 pacientes com hábitos de tabaco, álcool e nozes de areca, de uma comunidade indiana. Nesse estudo, os homens apresentaram uma prevalência mais elevada e o hábito mais comum foi o tabagismo, seguido pelo uso do tabaco sem fumaça. A Leucoplasia foi a alteração da mucosa mais comum. O estudo forneceu, ainda, informações sobre as tendências de hábitos nos pacientes da comunidade estudada e os autores relataram que os resultados podem servir como uma ferramenta útil para educar os pacientes sobre os efeitos nocivos do tabaco oral, álcool e exposição betel.

Shet *et al.* (36), avaliaram o estado da mucosa oral na população idosa de diferentes faixas etárias e fizeram a associação da idade, sexo e próteses, com distúrbios da mucosa oral. A amostra do estudo foi composta de 570 idosos com idade

acima de 60 anos, concentrando-se principalmente nas alterações da mucosa oral ou lesões que ocorrem na população geriátrica. Os participantes foram divididos em 3 grupos etários para fazer a associação de lesões da mucosa bucal em cada grupo. Quase metade dos pacientes examinados (48%) teve uma ou mais lesões na mucosa oral. O estudo mostrou que varizes linguais, carcinoma epidermóide de boca, fibroma e hiperplasia fibrosa inflamatória induzidas por dentadura, foram mais comumente associados com os pacientes geriátricos. As lesões orais fibroma e líquen plano foram fortemente associadas com as mulheres, enquanto a leucoplasia foi fortemente associada com os homens. Os autores relatam que o envelhecimento é um fator importante que pode influenciar a ocorrência de lesões da mucosa. Com a idade, a mucosa oral torna-se mais permeável a substâncias nocivas e mais vulnerável a agentes cancerígenos externos.

Sassi *et al.* (37), também constataram que a população mundial sofre um rápido processo de envelhecimento. Apesar de uma maior permanência dos dentes naturais e da redução de doenças bucais, causadas pela melhoria das condições de vida e da prestação de cuidados de saúde, a prevalência de doenças bucais em idosos ainda é considerada significativa. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos (acima de 60 anos) que foram atendidos em 25 anos de campanhas de prevenção do câncer de boca no estado do Paraná, Brasil, entre 1989 e 2013. Os pacientes foram selecionados voluntariamente e avaliados com a inspeção de todas as áreas intra-orais. O resultado foi um total de 22.909 pacientes atendidos. Destes, 6.134 tinham mais de 60 anos, com presença de 1.523 pacientes com lesões orais durante o exame e 4.611 pacientes sem alterações orais durante a avaliação do dentista. As lesões encontradas tinham origem traumática, inflamatórias e outras. Concluiu-se que é evidente a necessidade de atendimento especializado e da busca ativa desses pacientes, uma vez que é um consenso na literatura de que o melhor tratamento de lesões orais é o diagnóstico precoce. Também é necessário o desenvolvimento de estudos epidemiológicos da população idosa, que são escassos e difíceis de elaboração, assim como a realização de planos de ação eficazes para atender às demandas específicas desta faixa etária.

Queiroz *et al.* (38), realizaram pesquisa objetivando estabelecer a prevalência, assim como os fatores associados ao surgimento e às características clínicas e histopatológicas das leucoplasias e eritroplasias orais, a fim de que estes dados possam contribuir na estratégia de prevenção ao desenvolvimento dessas lesões e, conseqüentemente, do câncer oral. Foi realizado estudo retrospectivo em um serviço

de referência da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) no período de 2000 a 2012. Foram investigados 6.560 prontuários, tendo sido selecionados 54 casos, sendo a maioria do feminino, com idade média de 56,93 anos. As leucoplasias orais foram as lesões mais prevalentes e as eritroplasias orais apresentaram maior associação com apresentação maligna no diagnóstico histopatológico. A leucoplasia oral foi mais frequente em mulheres fumantes com média de idade de 57 anos. Os autores concluíram que o conhecimento dos fatores associados e das características clínicas das eritroplasias e leucoplasias orais é essencial para o estabelecimento do correto diagnóstico e tratamento.

Souza *et al.* (39), realizaram uma pesquisa com foco na incidência de lesões bucais em pacientes idosos brasileiros. Um total de 17.329 registros de biópsias orais foram analisados e divididos em dois grupos etários: pacientes idosos, com idade igual ou superior a 60 anos; e pacientes não idosos, com idade menor que 60 anos. A incidência de neoplasias malignas epiteliais e lesões pré-malignas no grupo de idosos foi maior do que no grupo não-idoso, bem como doenças auto-imunes e tumores de glândulas salivares. As três lesões mais prevalentes no grupo de idosos foram hiperplasia fibrosa inflamatória, carcinoma de células escamosas, e fibroma. Constatou-se que a distribuição das doenças orais utilizando biópsias permite uma maior precisão nos dados sobre a saúde bucal de pacientes idosos, especialmente quando se considera lesões malignas e pré-malignas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio de revisão da literatura científica atualizada, podemos concluir que os programas de prevenção contra o câncer bucal ainda apresentam falhas em sua execução. A prevenção do câncer bucal se daria, basicamente, por meio da eliminação ou redução de consumo de tabaco e álcool, e da exposição ao sol para os cânceres de lábio inferior, além da detecção e tratamento precoce das lesões. A prevenção primária baseada em educação em saúde também deve ser levada em consideração como um método eficaz de combate à doença.

Ações relacionadas ao rastreamento de lesões malignas, ou com potencial de malignização, foram descritas em alguns artigos como sendo um método efetivo para o diagnóstico precoce da doença, entretanto, não são comuns na literatura relatos de programas de rastreamento propriamente ditos.

Os resultados apresentados pelos autores indicaram que o câncer bucal, ou as lesões com potencial de malignização, ocorrem com maior frequência em indivíduos do gênero masculino, acima da sexta década de vida e que fazem uso do álcool, tabaco ou o uso combinado desses psicoativos. Dentre as lesões que têm potencial de malignização: lesões brancas (leucoplasias, líquen plano e ceratose actínica), vermelhas (eritroplásicas) ou combinadas (eritroleucoplásicas) e a leucoplasia oral, correspondem ao grupo de lesões mais frequentemente encontradas na cavidade bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Inca. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2014.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol.* 2008; 44:10-22.
4. Inca, Instituto Nacional de Câncer. Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: Inca; 2010.
5. Sankaranarayanan R, et al. Cervical and oral cancer screening in India. *J Med Screen.* 2006; 13(1):35-38
6. Sankaranarayanan R, et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2005; 305:1927-33
7. Subramanian S, et al. Cost-effectiveness of oral cancer screening: results from a cluster randomized controlled trial in India. *Bull World Health Organ.* 2009; 87:200–206.
8. Lima AAS, França BHS, Ignácio SA. Knowledge of university students about oral cancer. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2005; 51(4):283-288.
9. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Risk factors related to development of oral cancer: a revision. *Rev. de Clín. Pesq. Odontol.* 2005; 1(3).
10. Silvestre JAO, Jeronymo DVZ. Câncer Bucal e sua correlação com o tabagismo. *Revista Eletrônica Lato Sensu.* 2007; 2(1).
11. Santos LP, Fracolli LA. Community health aides: possibilities and limits to health promotion. *Rev Esc Enferm USP,* 2010; 44:76-83.
12. Torres-Pereira CC et al. Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services. *Caderno de Saúde Pública.* 2012; 28:30-39.
13. Brocklehurst P, et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: The Cochrane Library, Issue 09, Art. No. CD004150. DOI:10.1002/14651858.CD004150.pub4, 2009

14. Huber MA , et al. A review of premalignant oral conditions. *Tex Dent J.* 2008; 23:502–509.
15. Santos GL, et al. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010; 9(2):131-133.
16. Carrard VC, et al. Álcool e Câncer Bucal: Considerações sobre os mecanismos relacionados. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2008; 54(1):49-56.
17. Prado BN, Passareli DHC. Uma Nova Visão Sobre Prevenção do Câncer Bucal no Consultório Odontológico. *Rev. De Odont. UCSP.* 2009; 21(1):79-85.
18. Neville BW, et al. *Patologia Oral & Maxilofacial.* 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
19. Silva ICO, et al. Leucoplasia: uma revisão de literatura. *RGO.* 2007; 55(3):287-289
20. Nascimento JJJL. Leucoplasia: uma revisão de literatura. *Rev. Ibirapuera.* 2011; 1:58-61.
21. Alfaya TA. Oral erythroplasia: aspects of interest to dentists. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde.* 2012;14(1):94-97.
22. Birman EG, Marcucci G, Weinfeld I. Alterações de cor da mucosa bucal e dos dentes. In: Marcucci G. *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia.* Cap. 7, p.87-105. 2005.
23. Marcucci M. et al. *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia.* 1 ed. São Paulo: Guanabara- Koogan. 2005.
24. Sousa FACG, Rosa LEB. Líquen plano bucal: considerações clínicas e histopatológicas. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008; 74(2):284-92.
25. Fraga et al. A importância do diagnóstico do líquen plano bucal. *J. Health Sci Inst.* 2011; 29(1): 27-30.
26. Miranda AMO, Ferrari TM, Calandro TLL. Queilite Actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa.* 2011; 4,(1):67-72.
27. Borges FT, et al. Oral cancer epidemiology in a public laboratory in Mato Grosso State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(9):1977-82.
28. Santos LCO, et al. Oral cancer: population sample of the state of Alagoas at a reference hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009; 75(4):524-529.
29. Hosni ES et al. Eritroplasia e leucoeritroplasia oral: análise retrospectiva de 13 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2009; 75(2):295-299.
30. Silveira EJD, et al. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J. bras. patol. med. Lab.* 2009; 45(3):233-238.
31. Melo LC, et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *RGO.* 2010; 58(3):351-355.
32. Scheufen RC. Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca: Screening em Populações de Risco. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2011; 11(2):245-249.

33. Carvalho MV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology*. 2011; 2(28):111-5.
34. Pereira JS. Epidemiology and correlation of the clinicopathological features in oral epithelial dysplasia: analysis of 173 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2011; 15(2): 98-102.
35. Sujatha D, Hebbar PB, PAI A. Prevalence and correlation of oral lesions among tobacco smokers, tobacco chewers, areca nut and alcohol users. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13(4):1633-7.
36. Shet R, et al. A study to evaluate the frequency and association of various mucosal conditions among geriatric patients. *J Contemp Dent Pract*. 2013; 14(5):904-10.
37. Sassi LM. Prevalence of oral lesions in elderly patients on oral cancer prevention campaigns in Paraná state Brazil 1989-2013. *Braz. dent. Sci*. 2014; 17(3):26-30.
38. Queiroz SIML. Avaliação clínica e histopatológica e hábitos associados ao surgimento de leucoplasias e eritroplasias orais. *J. bras. patol. med. Lab*. 2014; 50(2):144-149.
39. Souza S. Oral Lesions in Elderly Patients in Referral Centers for Oral Lesions of Bahia. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2015; 19(4):279-85.

**Recebido:** fevereiro / 2016

**Aceito:** abril / 2016