

ARTIGO ORIGINAL

Características clínico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil

Rafael Martins de Souza ¹, Thiago Mamôru Sakae ², André Luz Guedes ³

Resumo

Objetivo: Definir o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com diagnóstico de câncer de boca e orofaringe, atendidos em clínica de cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Métodos: Foram avaliados os prontuários dos pacientes com diagnóstico de carcinoma de boca e orofaringe atendidos no período de 2002 a 2006, em clínica de cirurgia de Cabeça e Pescoço. Foram incluídos no estudo os prontuários de pacientes que foram submetidos, após o estadiamento da doença, a alguma modalidade de tratamento.

Resultados: Entre os 28 casos incluídos no estudo, 88,8% eram do gênero masculino, 85,7% eram caucasianos e a faixa etária mais acometida foi entre 51 e 60 anos. A queixa de “ferida na boca” esteve presente em 88,8% dos casos de carcinoma de boca e odinofagia em 80% dos casos de carcinoma de orofaringe. O tabagismo esteve presente em 92,8% e o etilismo em 85,7% dos pacientes. O sítio mais acometido na cavidade oral foi a língua (50%) e, na orofaringe, a amígdala e o palato mole (ambos com 40%). A maior parte dos pacientes foi submetida a tratamento cirúrgico radical (77,7%) com ou sem radioterapia adjuvante. O diagnóstico histopatológico, em aproximadamente 96% dos casos, indicou carcinoma espinocelular.

Conclusões: Especial atenção dos profissionais de saúde, principalmente médicos e odontólogos, deve ser direcionada aos pacientes com idade maior que 50 anos, tabagistas e etilistas, com queixa de lesão na cavidade oral ou odinofagia persistente, com o objetivo de diagnósticos precoces e maiores índices de tratamentos curativos, com menores taxas de morbidade e mortalidade.

Descritores: 1. Câncer bucal;
2. Boca;
3. Orofaringe;
4. Epidemiologia.

Abstract

Objective: It mains evaluate clinical and epidemiological factors of patients with oral cavity and oropharynx cancer that were trated in a head and neck surgery clinic.

Methods: The patients' records that were taken care from 2002 to 2006 in head and neck surgery clinic and patients with mouth and oropharynx carcinoma were evaluated.

Results: Among 28 patients, 88,8% were men, 85,7% were caucasian, the average age was from 51 to 60, the complain about hurt in mouth was in 88,8% of the patients with oral cavity cancer and the odinofagia in 80% of the patients with oropharynx cancer. 92,8% used to smoke and 85,7% used to drink alcoholic drinks. The tongue was the most stricken part in oral cavity (50%),

1 – estudante de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

2 – Médico. Doutorando em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – Epidemiologia – UFSC. Corpo Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

3 – Médico especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Corpo Docente da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

tonsil and soft palate (both 40%) in oropharynx. In the diagnose most of the patients were in advanced clinical staging cancer (III and IV) and infiltrating ulcer in both situations. Most of the patients were submitted to a radical the surgery treatment (77.7%) with or without adjuvant radiation therapy or chemotherapy. In almost 96% of the cases the histopathology diagnosis indicated squamous cell carcinoma.

Conclusion: Special attention from the health professionals, mainly physicians and dentists, must be given to patients older than 50 years, smokers and alcoholic drunker, that complain about persistent oral hurt or odinofagia in an appointment to have a precocious diagnoses and higher ways of curative treatments, with lesser evidence of morbidity and mortality.

Key Words: 1. *Oral cancer;*
2. *Mouth;*
3. *Oropharynx;*
4. *Epidemiology.*

Introdução

As neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço, representadas na sua maioria pelos tumores da mucosa de revestimento das vias aéreas e digestivas superiores, constituem uma preocupação para a saúde mundial e em particular para os países em desenvolvimento, pela sua relevante incidência e expressiva morbimortalidade¹.

Para a detecção precoce desses tumores e auxílio à prevenção, torna-se necessário que os profissionais da saúde estejam atentos aos primeiros sinais e sintomas associados a essa doença, determinando assim o diagnóstico precoce, com melhores resultados de sobrevivência e cura, associados aos tratamentos menos agressivos possíveis^{1,2}.

A incidência desses cânceres varia muito dependendo do país analisado, sendo que em países como a Índia, a boca e orofaringe são os sítios mais comuns de câncer. Nesse país, a grande incidência desses sítios de neoplasia é atribuída ao elevado consumo de tabaco e as diferentes formas como é consumido. Além do hábito de fumar cigarros, nesse país também é comum o ato de mascar fumo e a utilização de bidis (cigarros aromatizados sem filtro)¹.

Segundo estimativas do INCA – Instituto Nacional

do Câncer - para o ano de 2006, o câncer de cavidade oral correspondeu à sétima posição de neoplasia maligna primária mais freqüente no Brasil, com um total de 13.470 casos, sendo desses 10.060 homens e 3.410 mulheres. No Estado de Santa Catarina espera-se 420 casos nesse ano².

O Brasil caracteriza-se como um país continental, com amplas disparidades sócio-econômicas, e apresenta incidências diferentes para o câncer bucal e de orofaringe dependendo da região geográfica analisada. Existem referências de taxas de incidências maiores em regiões economicamente mais desenvolvidas³. Em contrapartida, ao ser analisada a tendência da mortalidade por câncer bucal nas diferentes regiões administrativas que compõem o Município de São Paulo, foi encontrada uma associação entre regiões economicamente mais desfavoráveis e um aumento nessa tendência no período de 1980 a 1998⁴.

No Estado de Santa Catarina, detectou-se uma tendência de aumento nas taxas brutas de mortalidade por câncer bucal e de faringe, relativas ao período de 1980 a 2002. Foi verificado que ao longo desse período, o número de óbitos elevou-se de 54 em 1980 para 161, no ano de 2002⁵.

Os cânceres de boca e orofaringe, assim como os demais da região de cabeça e pescoço, são representados em sua imensa maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma espinocelular (CEC). Estes são responsáveis por 90 a 95% do total de casos nessa região^{6,7,8,9}. Os outros 5 a 10% dos casos correspondem a sarcomas, neoplasias metastáticas, linfomas e leucemias, além de outras doenças mais raras^{6,7}.

Essas neoplasias afetam mais os indivíduos do sexo masculino, com idade superior aos 50 anos, etilistas, fumantes e com um mal estado de conservação e higiene buco-dentário^{8,10,11}.

Apesar da prevalência ainda ser maior na população masculina, observa-se atualmente um incremento da incidência dessas neoplasias na população feminina devido ao aumento do hábito de fumar entre as mulheres desde o final da década de 60^{8,10}.

O fumo e a ingestão de álcool são os principais fatores de risco conhecidos com evidências estatísticas significantes. O indivíduo que fuma um maço de cigarros por dia tem um risco 15 vezes maior de desenvolver câncer de boca do que o indivíduo não fumante. Para os que além de fumar, consomem bebidas alcoólicas destiladas fortes, essa chance aumenta em 25 vezes⁶. Quanto ao cigarro, evidenciou-se um efeito dose-resposta, com

riscos crescentes na relação direta de consumo em maços-ano¹². O ato de interromper o uso de tabaco diminui o risco de câncer das vias aerodigestivas superiores em geral, mas não iguala ao risco da população que nunca fumou¹³. Somando aos dados negativos do hábito tabagista, a exposição passiva ao tabaco está relacionada com um risco duas vezes maior de câncer de boca e orofaringe comparado com os não expostos¹³.

Outros tipos de fumo, além do tabaco também podem ser considerados como fator de risco para esse tipo de câncer. Esse é o caso da maconha, considerada um fator de risco em potencial, podendo ser em parte responsabilizada pelo crescimento da incidência dos carcinomas de cavidade oral entre os adultos jovens¹⁴.

Além do fumo e do álcool, outros fatores são responsabilizados pelo desenvolvimento destes tumores, como papilomavírus humano (HPV), dieta e nutrição, mutações genéticas, exposição ao sol, traumas crônicos e exposição ocupacional a agentes carcinogênicos^{8,9,10}.

Em alguns estudos tentou-se relacionar a maior incidência desses cânceres à ocupação exercida pelos indivíduos. Andreotti et al encontrou relação positiva entre o emprego em oficinas mecânicas e ocupação de mecânico de automóveis e o risco para câncer da cavidade bucal e orofaringe¹².

O principal método de detecção para as neoplasias de cavidade oral é o exame clínico, que por recomendação da Associação Americana de Cancerologia (*American Cancer Society*), deve ser realizado de rotina no exame do paciente, por dentistas e médicos, principalmente após os 40 anos; sendo que os pacientes expostos a fatores de risco devem assumir um papel ativo no acompanhamento, realizando mensalmente o auto-exame da cavidade oral em frente ao espelho^{15,18}.

O estadiamento é realizado mais comumente pela classificação TNM, (TNM-AJCC-UICC - revisão de 2002.), que determina o tamanho do tumor primário, a disseminação linfonodal regional e a presença ou não de metástases à distância. Deve-se levar em consideração que o risco de metástase tem maior correlação com o estadiamento dos linfonodos do que com o tamanho do tumor primário. Quanto mais próximo da linha média, maior o risco de propagação para linfonodos de ambos os lados da região cervical. Não se deve esquecer que o tratamento prévio pode alterar os padrões comuns de drenagem linfática¹⁷.

Os cânceres da boca e orofaringe possuem efeitos adversos principalmente na capacidade de deglutir e mastigar, no bem estar emocional, na dor e na comuni-

cação. Esses efeitos influem diretamente na qualidade de vida do paciente e podem ser decorrentes do próprio tumor ou do seu tratamento. Em estudo realizado na faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), visando avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e de orofaringe, concluiu-se que pacientes com tumores maiores, com tumores localizados na orofaringe ou na porção posterior da boca, os que apresentavam metástases regionais e os que foram submetidos à radioterapia, apresentavam indicadores significativamente menores de qualidade de vida¹⁸. Os pacientes com tumores de cavidade oral e orofaringe apresentam principalmente disfagia pós-operatória, ao contrário dos pacientes com tumores de laringe e hipofaringe, que apresentam maior possibilidade de disfagia pré-operatória; sendo que não há associação da disfagia pré-tratamento com a disfagia pós-tratamento¹⁹.

O tempo despendido com o tratamento, considerando os exames prévios, o tempo de internação (cirurgia) e o tratamento radioterápico é de aproximadamente 2 a 3 meses. A morbidade do tratamento e suas seqüelas definitivas comprometem significativamente a qualidade de vida do paciente nesse período. A reabilitação, especialmente quanto a fala e a deglutição também pode ser demorada, o que explica o longo intervalo para que o paciente recupere sua qualidade de vida²⁰.

A opção pelo não tratamento pode ser difícil em alguns casos, quando a proposta terapêutica apresenta elevada morbimortalidade e mínima expectativa de cura. Nos cânceres epidermóides da cabeça e pescoço, a sobrevivência dos pacientes com doença recidivada incurável é similar à observada nos pacientes não submetidos a tratamento, apenas acrescentando morbidade aos que são submetidos à terapia cirúrgica. Assim os aspectos relacionados à qualidade de vida adquirem cada vez mais importância²¹.

Os fatores significativos associados com o acontecimento de complicações em geral são a idade e o uso de tabaco, para as complicações médicas são os mesmos e para as complicações cirúrgicas são a idade e o tempo cirúrgico²².

Os pacientes com tumores de orofaringe apresentam mais óbitos que os pacientes com tumores de boca, com 2,4 vezes mais chance de morte⁸. No momento do diagnóstico, mais de 2/3 de todos cânceres de orofaringe são lesões avançadas (estádio III e VI), necessitando tratamento mais agressivo e continuam resultando em uma pobre sobrevivência e alta mortalidade. Mais de 80% das lesões detectadas em estágio inicial (estádio I

e II) podem ser curadas com tratamento apropriado²³.

Quanto ao prognóstico, pacientes com câncer de cavidade oral em estágio inicial tem sobrevivência de 75% enquanto só 35 % dos pacientes em estágio avançado sobrevivem em 5 anos²⁴.

Pela classificação TNM, a sobrevivência em cinco anos, levando em consideração esse câncer, foi de 77,5% no estágio inicial (I e II) e de 27,25% no estágio avançado (III e IV)¹¹.

Várias formas de estabelecer o prognóstico de um paciente são utilizadas, entre elas os preditores clínico-patológicos mais utilizados - como a classificação TNM, diferenciação tumoral, idade, sexo e raça. Além dessas últimas, novas formas de avaliar o prognóstico têm surgido. Esse é o caso do estado do VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor*), que foi considerado por Shmith et al como melhor preditor de prognóstico quando comparado aos utilizados atualmente²⁵. Sua positividade indica maior possibilidade de recidiva, local ou à distância, menor tempo livre de doença e menor sobrevida²⁵. Em adição ao VEGF, a raça negra também tem um efeito deletério na sobrevida dos pacientes com esse tipo de câncer²⁵.

O presente estudo teve por objetivo definir os aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes portadores de neoplasia maligna de boca e orofaringe atendidos em clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no Município de Tubarão, no período compreendido entre 1 de março 2002 a 31 de dezembro de 2006, submetidos, após o diagnóstico e estadiamento da doença, a alguma modalidade de tratamento.

Casuística e Métodos

Os dados do trabalho foram obtidos a partir de análise de prontuários de clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da cidade de Tubarão – SC, entre os anos de 2002 a 2006. Foram arrolados 18 casos de carcinoma de boca e 10 casos de orofaringe. Todas as cirurgias foram realizadas pelo orientador do trabalho. Foram excluídos desse estudo apenas os pacientes perdidos no seguimento médico imediatamente após o diagnóstico.

Informações sobre idade, gênero, raça, queixas e quadro clínico, hábitos, aspecto da lesão, sítio da lesão, presença de linfonodos palpáveis, diagnóstico histológico, estadiamento clínico, tipo de tratamento, complicações decorrentes do tratamento, e evolução clínica dos casos foram levantados e compilados para uma ficha específica.

Posteriormente os dados foram transferidos para uma planilha do Excel 2003 e analisados através do programa Epiinfo 6.04d.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de taxas, razões e proporções. As variáveis numéricas foram descritas através de medidas de tendência central e dispersão.

O projeto de pesquisa, sob o número 06.534.4.01.III de 14/12/2006 foi aprovado pela Comissão de Ética de Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Resultados

A distribuição dos 28 casos, em relação à procedência, demonstrou predomínio de pacientes provenientes do município de Tubarão, com 11 casos. Os outros 8 municípios citados somaram 17 casos.

Dos pacientes com carcinoma em boca (n = 18), 16 eram do gênero masculino (88,8%) e 2 do gênero feminino (11,1%), enquanto dos pacientes com lesão em orofaringe, os 10 (100%) pacientes eram do gênero masculino.

A idade dos indivíduos com tumor em boca (n = 18) variou entre 39 e 77 anos (mediana de 60 anos). A faixa etária mais atingida estava entre 51 e 60 anos. Os indivíduos com tumor de orofaringe apresentavam idade entre 42 e 75 anos (mediana de 55 anos), sendo a faixa etária mais atingida entre 51 e 60 anos.

No grupo com lesão de boca, 15 pacientes eram caucasianos (83,3%); enquanto no grupo de lesão de orofaringe, 9 eram caucasianos (90,0%).

A maioria dos pacientes com câncer de boca e orofaringe possuía o hábito do tabagismo (92,8%) e/ou do etilismo (85,7%), sendo que apenas 2 pacientes não possuíam nenhum desses hábitos.

No grupo de carcinoma de boca, a língua foi o sítio de maior frequência, com 9 (50,0%) casos registrados; seguido por mucosa jugal, com 5 (27,7%) (Tabela 1). No grupo de tumor de orofaringe, 4 pacientes tiveram lesão em amígdala (40,0%), 4 em palato mole (40,0%) (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta o estadiamento do tumor segundo o estágio TNM. É observada nítida predominância de casos avançados (estádio III e IV) independente do sítio da lesão.

Quanto a presença de linfonodos palpáveis ao exame físico, dos pacientes com lesão de boca (n = 18), 8 (44,4%) apresentavam esse sinal positivo durante o exame; e 6 (60,0%) de carcinoma de orofaringe (n= 10).

Com relação à distribuição dos casos de acordo com o aspecto da lesão, a maioria dos pacientes com tumor de boca apresentava lesão do tipo úlcero-infiltrativa (n=14, ou 77,7%). Nos pacientes com tumores da orofaringe, 5 (50,0%) pacientes apresentavam lesões úlcero-infiltrativas e 4 (40,0%) lesões vegetantes (Tabela 3).

O tempo de evolução (período compreendido entre a percepção do primeiro sinal e/ou sintoma até a consulta médica) no carcinoma de cavidade oral (n = 18) foi menor do que 6 meses em 12 (66,6%) pacientes; enquanto no grupo do carcinoma de orofaringe (n = 10) foi menor do que 6 meses em 7 (70,0%) pacientes.

Com relação aos sinais e sintomas dos pacientes com câncer de boca, a presença de “ferida na boca” foi a queixa mais freqüente, com 16 (88,8%) casos; seguido de emagrecimento, com 8 (44,4%) casos (Tabela 4). Quanto ao câncer de orofaringe e os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, a odinofagia aparece como o mais citado, com 8 (80,0%) pacientes; seguido do emagrecimento, com 6 (60,0%) e disfagia, com 4 (40,0%) (Tabela 4).

A grande maioria dos pacientes com carcinomas de boca e orofaringe foram submetidos à tratamento cirúrgico radical. No caso do tumor de boca, 14 (77,7%) pacientes realizaram esse tratamento; e 4 (22,2%) não foram submetidas a qualquer procedimento cirúrgico. Os pacientes com tumor de orofaringe, 6 (60,0%) realizaram o procedimento radical; 2 (20,0%) o paliativo; e 2 (20,0%) não foram submetidos a qualquer procedimento cirúrgico.

Quanto ao tratamento não cirúrgico, nenhum paciente foi submetido à quimioterapia exclusivamente. No grupo com lesão de cavidade oral, 7 (38,8%) casos foram submetidos à radioterapia adjuvante pós-operatória e 4 (22,2%) à radioterapia com quimioterapia associada. No grupo com lesão de orofaringe, 4 (40,0%) casos foram submetidos à radioterapia exclusiva e 5 (50,0%) à radioterapia com quimioterapia associada.

Dentre os casos estudados (n = 28), 27 (96,4%) eram de carcinoma espinocelular. Apenas 1 (3,5%) era de outro tipo histológico (sarcoma).

De todos os pacientes que realizaram o tratamento cirúrgico (n = 22), ocorreram apenas 3 relatos de complicações, sendo a mais freqüente a deiscência de suturas (2 casos – 7,1%). Quanto às complicações radioterápicas (n = 15) (8 não realizaram radioterapia e 5 perdas de seguimento), tivemos 9 relatos, sendo que a mais prevalente foi a xerostomia severa (6 casos – 40,0%).

Para o cálculo da média e mediana da sobrevida fo-

ram excluídos 9 casos por perda de seguimento (6 de boca e 3 de orofaringe); reduzindo a casuística, nesta variável, para 19 casos. A média e a mediana encontradas, respectivamente, para o carcinoma de boca foi de 22,2 meses e 20,4 meses; e para o carcinoma de orofaringe foi de 18,5 meses e 15,0 meses.

Em relação à evolução clínica dos 28 pacientes após o tratamento, somente 19 casos foram acompanhados, devido a perda de seguimento de 9 casos (6 de boca e 3 de orofaringe). Nos portadores de tumores de boca, 2 (16,6%) pacientes encontravam-se vivos e livre de doença no término do estudo; 4 (33,3%) vivos e com doença em atividade; 3 (25,0%) foram a óbito pela doença; e 3 (25,0%) foram à óbito por outra causa. Quanto ao tumor de orofaringe, 4 (57,1%) pacientes encontravam-se vivos e livre de doença; 2 (28,5%) foram a óbito pela doença; e 1 (14,2%) foi à óbito por outra causa (Tabela 5).

Discussão

O adequado conhecimento das características clínicas e epidemiológicas de pacientes com câncer de boca e orofaringe, com indicação ou não de tratamento cirúrgico, é de interesse dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento a esses doentes. A presença de um único hospital de nível terciário (Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão / SC) que proporciona o atendimento público e gratuito, através do SUS (Sistema Único de Saúde), a toda região da AMUREL - Associação de Municípios da região de Laguna - (cuja população total é de 324.591 habitantes)²⁶, facilita a coleta de dados sobre estes pacientes, pois uma parcela expressiva deles é encaminhada de seu município de origem para o atendimento especializado nessa instituição.

No que se refere à idade, foi verificado apenas 1 (5,5%) caso de tumor de boca em pacientes com idade inferior a 40 anos, diferente do estudo realizado por Dedivitis e colaboradores, que não teve casos nessa faixa etária⁸. A faixa etária com predominância de casos, corresponde a descrita por outras referências, mostrando ser a idade preferencial superior aos 50 anos^{8,10,11}, mais especificamente entre 51 e 60 anos.

A proporção de casos de câncer bucal entre homens e mulheres vem sofrendo profundas modificações nas últimas décadas. Está ocorrendo um crescimento na incidência desses tumores no sexo feminino, sendo esse atribuído ao fato de haver aumentado o hábito de fumar entre as mulheres⁶. Os dados encontrados apresentam-se concordantes com a literatura, mostrando predomi-

nância do carcinoma de cavidade oral no sexo masculino, porém em proporções diferentes. Enquanto nossos dados apresentaram uma relação entre sexo masculino e feminino de 8:1, as referências supracitadas tiveram uma relação de 3:1^{6,8}.

Em relação ao tipo histológico, encontra-se estabelecido pela literatura especializada que a maioria quase absoluta dos tumores malignos da boca e orofaringe é do tipo histológico carcinoma espinocelular (CEC). Sendo esses responsáveis por 90 a 95% do total de casos nessa região^{6,7,8,9}. Os dados encontrados em nosso estudo são semelhantes aos acima apresentados, com um total de 27 (96,4%) casos de CEC dos 28 estudados.

No Brasil, a maior incidência de câncer bucal e de orofaringe é observada nos indivíduos de raça branca, com a ressalva de que a grande miscigenação racial brasileira não permite afirmações^{6,13}. A amostra analisada, possuía apenas 3 pacientes com lesão de boca não-caucasianos (16,6%); enquanto no grupo de lesão de orofaringe, apenas 1 era não-caucasiano (10,0%).

Em nossa casuística, este dado pode refletir a influência conhecida da colonização européia no povoamento da região estudada.

Está bem estabelecido o sinergismo entre o etilismo e o tabagismo no desenvolvimento do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço^{1,6,7,8,10,13,17}. Essa relação ficou bem evidente em nossa casuística, sendo que 26 pacientes (92,8%) fumavam e 24 pacientes (85,7%) faziam ingestão regular de bebidas alcoólicas. Em estudo realizado no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço da Santa Casa de Misericórdia de Santos e do Hospital Ana Costa entre os anos de 1997 e 2000, foram encontrados, dos 68 casos arrolados, 23,5% dos pacientes não etilistas e 20,5% não tabagistas⁸.

Quanto a localização dos cânceres da cavidade oral, os sítios de maior incidência foram a língua com 9 (50,0%) casos registrados, seguido pela mucosa jugal, com 5 (27,7%) casos, dados estes concordantes com a literatura comparada^{6,8,11}, em que o sítio de maior frequência também foi a língua, porém seguido pelo soalho bucal.

Em estudo da sociedade espanhola de otorrinolaringologia, as localizações das lesões mais frequentes foram a língua oral (38%) e o soalho da boca (23%)¹¹.

Ainda quanto a localização, no grupo de tumor de orofaringe, 4 pacientes tiveram lesão em amígdala (40,0%), 4 em palato mole (40,0%) e 2 em base de língua (20,0%). Os resultados encontrados diferem da literatura analisada; que coloca a base da língua como sítio predominante dos carcinomas de orofaringe, seguidas

de lesões de tonsila palatina e palato mole⁷.

Os casos em estádios avançados (III e IV) foram prevalentes nesta amostra, com 13 (72,2%) casos de tumor de boca e com 9 (90,0%) casos de tumor de orofaringe. Os dados disponíveis na literatura sobre o estadiamento do carcinoma de boca são controversos. Em estudo realizado pela sociedade espanhola de otorrinolaringologia, a maioria dos portadores de tumores malignos de cavidade oral também se encontravam em um estágio avançado (76%) da doença¹¹. Porém, em um estudo realizado por Dedivitis et al, o estágio II foi o mais encontrado (32%)⁸. Estes dados provavelmente refletem a política de saúde preventiva aplicada em cada região, além de aspectos sócio-econômicos e culturais da população, que fazem variar enormemente a prevalência de casos com diagnóstico inicial ou avançado na casuística estudada.

O diagnóstico do câncer bucal talvez seja um dos mais fáceis de fazer, pois não há necessidade de grandes exames ou aparelhamento sofisticado para tal. O exame clínico cuidadoso da boca é o principal método de identificação das lesões iniciais. Como explicação para a alta incidência desse tumor, pode-se observar que poucos médicos e dentistas realizam preventivamente um adequado exame da boca, além de a população pouco conhecer sobre a ocorrência de câncer bucal e também pouco procurar assistência nas fases assintomáticas⁶.

Com relação aos sinais e sintomas informados pelo paciente no momento do diagnóstico do carcinoma de boca, o que teve maior frequência foi a presença de "ferida na boca", com 16 (88,8%) casos; seguido de emagrecimento, com 8 (44,4%) casos; disfagia, com 6 (33,3%) casos; odinofagia, com 5 (27,7%) casos; otalgia, com 4 (22,2%) casos; e "caroço no pescoço", com 2 (11,1%) casos. Segundo González e colaboradores, dentre as manifestações clínicas mais referidas pelos pacientes no momento do diagnóstico, a dor (44,30%) e a adenopatia cervical (35,44%) apresentavam-se como os sintomas mais prevalentes²⁷.

Quanto ao diagnóstico do carcinoma de orofaringe, este na maioria das vezes é tardio. As causas para este retardo do diagnóstico são a ausência de sintomatologia precoce, a sintomatologia pobre e a falta de preparo dos profissionais (médicos e dentistas)⁸.

O tumor de orofaringe teve como principais sinais e sintomas em nossa casuística, a odinofagia, com 8 (80,0%) casos; seguido do emagrecimento, com 6 (60,0%); disfagia, com 4 (40,0%); e otalgia, com 4 (40,0%)

casos. Berto et al, durante a realização de um estudo sobre o estadiamento, tratamento e sobrevida do câncer de faringe, encontraram a odinofagia (66,7%) como sintoma mais citado entre os pacientes com câncer de orofaringe²⁸. Esta observação sobre a prevalência da odinofagia como primeiro sintoma do carcinoma de orofaringe em nosso estudo e na referência acima citada, reflete como a evolução da sintomatologia se dá de forma insidiosa, dificultando ainda mais o diagnóstico precoce desses tumores²⁸.

A literatura consultada^{6,7} refere a apresentação macroscópica de lesão úlcero-infiltrativa no câncer de boca e a lesão nodular-submucosa com pequena área ulcerada no câncer de orofaringe como os aspectos mais comuns com os quais essas doenças se apresentam. A casuística deste estudo, apesar de concordar com o aspecto predominante da lesão de boca, divergiu da referência citada quanto ao tumor de orofaringe, onde a maioria das lesões apresentava aspecto úlcero-infiltrativo (40,0%).

Em relação à evolução dos casos após o tratamento, foram excluídos 9 casos por perda de seguimento (6 de câncer de boca e 3 de orofaringe); reduzindo a casuística, nesta variável, para 19 casos. A sobrevida dos pacientes com tumor de boca variou de 0 a 49 meses (média de 22,2 meses), enquanto os pacientes com tumor de orofaringe tiveram uma sobrevida menor, variando de 1 a 39 meses (média de 20,4 meses). Cerca de 16,6% (n = 2) dos pacientes portadores de carcinomas de cavidade oral encontram-se vivos e livres de doença após o tratamento. No grupo de pacientes portadores de tumores na orofaringe, 57,1% (n = 4) estão vivos e livres de doença. Esse resultado não é condizente com os dados observados por Dedivitis e colaboradores⁸, em que a maioria dos pacientes com câncer de boca apresentava doença controlada (69,7%), sendo que o inverso ocorreu no grupo com câncer de orofaringe, no qual 68% dos indivíduos foram a óbito pela doença. Podemos explicar estes dados conflitantes, pelo pequeno número de casos analisados em nossa casuística, sobretudo no grupo de pacientes com tumores da orofaringe, não podendo então considerar estatisticamente significativa a análise da sobrevida.

A importância de analisarmos a evolução clínica após o tratamento, é demonstrar a alta taxa de mortalidade destas neoplasias, mesmo em pequenas casuísticas, sobretudo devido ao predomínio de casos avançados estágio (III e IV) no momento do diagnóstico.

A cirurgia e a radioterapia continuam sendo os prin-

cipais e mais eficazes métodos de tratamento dos tumores de cabeça e pescoço. A quimioterapia e a imunoterapia têm suas importâncias como terapias adjuvantes²⁹. Entre essas duas principais formas de tratamento, a radioterapia vem merecendo atenção especial, sendo atualmente produzidos uma maior quantidade de estudos direcionados às suas complicações.

As reações adversas da radioterapia irão depender do volume e do local irradiados, da dose total, do fracionamento, da idade e condições clínicas do paciente e dos tratamentos associados³⁰.

Quanto às complicações radioterápicas, podemos observar em nossa população de estudo que a mais prevalente complicação apresentada por nossa casuística foi a xerostomia severa, presente em 6 casos. A presença de xerostomia em boa parte de nossa população, que não teve o seguimento perdido, não é uma surpresa. Segundo Cardoso e colaboradores, que contou com uma amostra de 12 pacientes diagnosticados, tratados, seguidos e acompanhados quanto à radioterapia e suas complicações, todos os pacientes apresentaram xerostomia. Ainda referindo-se a esse estudo, a xerostomia é descrita como a alteração que mais incomoda o paciente na fase tardia de acompanhamento pós-radioterapia²⁹.

Traçando o perfil clínico e epidemiológico do carcinoma de boca e orofaringe, pretendemos alertar para o diagnóstico em estádios iniciais, conferindo aos pacientes maior probabilidade de cura ou pelo menos de redução da morbimortalidade.

Considerações Finais

- São pacientes procedentes em sua maioria do município de Tubarão, do gênero masculino e caucasianos. A faixa etária mais atingida encontra-se entre 51 e 60 anos, e o hábito de fumar e de consumir bebidas alcoólicas está presente na maior parte da amostra analisada.

- A língua foi o sítio de maior frequência de câncer na cavidade oral e a amígdala e o palato mole na orofaringe. Ao diagnóstico, observou-se principalmente casos avançados (estádio III e IV); com predominância do aspecto úlcero-infiltrativo em ambos os sítios, e histologicamente, a maioria quase absoluta, apresentou-se como carcinoma espinocelular. Quanto aos sinais e sintomas referidos durante o diagnóstico, a "ferida na boca" e a odinofagia foram os mais prevalentes no câncer de boca e orofaringe, respectivamente.

- A grande maioria dos pacientes com carcinoma de boca e orofaringe foram submetidos à tratamento cirúr-

gico radical com ou sem radioterapia.

- Dentre as principais complicações cirúrgicas, a mais prevalente foi a deiscência de suturas, e dentre as radioterápicas, a mais prevalente foi a xerostomia severa.

- Quanto à evolução dos casos, percebe-se a alta morbimortalidade destes carcinomas.

Referências bibliográficas:

- 1 Dikshit RP, Kanhere S. Tobacco habits and risk of lung, oropharyngeal and oral cavity cancer: a population-based case-control study in Bhopal, India. *Int. J. Epidemiol.* 2000 Ago.; 29(4): 609-614.
- 2 BRASIL. INCA: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>> . Acesso em: 28 maio 2006.
- 3 Filho VW, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2002 set.; 48(3): 250-257.
- 4 Antunes JLF, Biazevic MGH, Araújo ME, Tomita ME, Chinellato NE, Narvai PC. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980- 1998. *Oral Oncol.* 2001 jun.; 37(4): 345-350.
- 5 Armênio MF. Tendência da Mortalidade por Câncer bucal e de faringe no Estado de Santa Catarina de 1980 a 2002 [dissertação]. Joaçaba (SC): Univ. do Oeste de Santa Catarina; 2005.
- 6 Dib LL. Epidemiologia, diagnóstico, patologia e estadiamento dos tumores malignos da cavidade oral. In: Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. Vol. 1. São Paulo. 1ª ed. Editora Savier; 2001. p. 265-74.
- 7 Kanda JL. Epidemiologia, diagnóstico, patologia e estadiamento dos tumores da faringe. In: Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. Vol 1. São Paulo. 1ª ed. Editora Savier; 2001. p. 415-23.
- 8 Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico- epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2004 jan./fev.; 70(1): 35-40.
- 9 Tinoco JÁ, Silva AF, Oliveira CAB, Rapoport A, Fava AS, Souza RP. Correlação da infecção viral pelo papilomavírus humano com as lesões papilomatosas e o carcinoma epidermóide na boca e orofaringe. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004 set.; 50(3): 252-256.
- 10 Filho FSA, Sobrinho JA, Rapoport A, Novo NF, Juliano Y. Estudo clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide da base da língua. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2003 mar./abr.; 69(2): 175-9.
- 11 Herrera AM, Ruiz SSC, Sánchez EF, Palacios AN, Pérez PB, González JLG. Supervivencia en el carcinoma epidermoide de cavidad oral. *Acta Otorrinolaringol. Esp.* 2001; 52: 381-386.
- 12 Andreotti M, Rodrigues NA, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Neto JE, Filho VW. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública* 2006 mar.; 22(3): 543-552.
- 13 Hernández JFG. Epidemiologia, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aero-digestivas superiores. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2005 out./dez.; 3(4).
- 14 Zhang Z, Morgenstern H, Spitz MR, Tashkin DP, Yu G, Marshall JR et al. Marijuana Use and Increased Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 1999 dez.; 8(12): 1071-1078.
- 15 American Cancer Society. Statistics. Disponível em: <<http://www.cancer.org>>. Acesso em: 10 jul. 2006.
- 16 Horowitz AM, Drury TF, Goodman HS, Yellowitz JA. Oral Pharyngeal Cancer Prevention and Early Detection Dentists' opinions and practices. *J. Am. Dent. Assoc.* 2000 abr.; 131(4): 453-462.
- 17 Weber RS, Duffey DC. Cabeça e Pescoço. IN: Sabiston. Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro. 16ª ed. Editora Guanabara Koogan; 2003. p. 587-595.
- 18 Matias KS. Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe através do questionário UW-QOL [dissertação]. São Paulo (SP): Univ. de São Paulo; 2005.
- 19 Martin VC, Tapia RM, San RCJ, Fernández PME, Domínguez CJ. Disfagia pretratamiento en pacientes con câncer avanzado de cabeza y cuello. *Nutr. Hosp.* 2003 set./oct.; 18(5): 238-242.
- 20 Amar A, Rapoport A, Franzi SA, Bisordi C, Lehn CN. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2002 maio/jun.; 68(3): 400-3.
- 21 Amar A, Ortellado DK, Franzi SA, Curioni OA, Rapoport A. Sobrevida após recidiva intratável do carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2005 set./out.; 32(5): 267-269.
- 22 Eckardt A, Fokas K. Microsurgical reconstruction in head and neck region: An 18-year experience with 500 consecutive cases. *J. Craniomaxillofac. Surg.*

- 2003 Ago.; 31(4): 197-201.
- 23 American Dental Association. J. Am. Dent. Assoc. may 2005; 136. Disponível em: <www.ada.org/goto/jada>. Acesso em: 11 abril 2006.
- 24 Jattin P, Shah MD, Lydiatt MDW. Treatment of cancer of the head and neck. CA. Cancer J. Clin. 1995; 45: 352-368.
- 25 Smith BD, Smith GL, Carter D, Sasaki CT, Haffty BG. Prognostic Significance of Vascular Endothelial Growth Factor Protein Levels in Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2000 maio; 18(10): 2046-2052.
- 26 BRASIL. AMUREL: Associação dos municípios da região de Laguna. Disponível em: <http://www.amurel.org.br/conteudo/?item=1470&fa=889&cd=3596&menu=Popula%E7%E3o>. Acesso em: 05 maio 2007.
- 27 Gonzalez AP, López MA, Martinez LV. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev. Cubana Estomatol.* 2006 abr.; 43(1): 0-0.
- 28 Berto JC, Rapoport A, Lehn CN, Filho CFGA, Javaroni AC. Relationship between stage, treatment and survival for pharynx cancer. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006 Ago.; 33(4): 207-210.
- 29 Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol. Bras.* 2005 mar./abr.; 38(2): 107-115.
- 30 Jham BC, Freire ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2006 out.; 72(5): 704-708.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de acordo com os sítios acometidos.

Sítio da lesão cavidade oral	Casos (n)
Língua	9
Mucosa Jugal	5
Área retromolar	2
Soalho	1
Palato duro	1
Sítio da lesão orofaringe	
Amígdala	4
Palato Mole	4
Base da língua	2

Tabela 2 – Distribuição dos casos de acordo com o estágio (TNM) e o sítio da lesão.

Estadiamento	Boca	%	Orofaringe	%
Estádio I	1	5,5	1	10,0
Estádio II	4	22,2	0	0,0
Estádio III	4	22,2	2	20,0
Estádio IV	9	50,0	7	70,0
Total	18	100,0	10	100,0

Tabela 3 – Distribuição dos casos de acordo com o aspecto da lesão.

Aspecto da lesão	Boca (%)	Orofaringe (%)
Úlcero-infiltrativa	14 (77,7)	5 (50,0)
Vegetante	3 (16,6)	4 (40,0)
Nodular-submucosa	1 (5,5)	1 (10,0)
Total	18 (100,0)	10 (100,0)

Tabela 4 – Distribuição dos casos de câncer de cavidade de oral (n = 18) e orofaringe (n=10) de acordo com os sinais e sintomas.

Sinais e sintomas	Orofaringe (n)	%	Cavidade Oral (n)	%
"Ferida na boca"	2	20,0	16	88,8
Emagrecimento	6	60,0	8	44,4
Disfagia*	4	40,0	6	33,3
Odinofagia**	8	80,0	5	27,7
"Caroço no pescoço"****	3	30,0	2	11,1
Dispneia*****	1	10,0	0	0,0

* Disfagia: dificuldade ao deglutir

** Odinofagia: dor à deglutição

*** Otalgia: dor no ouvido

**** "Caroço no pescoço": Linfonodo metastático

***** Dispneia: dificuldade respiratória

Tabela 5 – Distribuição dos casos segundo a evolução clínica após o tratamento.

Evolução Clínica	Cavidade oral (%)	Orofaringe (%)
Vivos e livre de doença	2 (16,6)	4 (57,1)
Vivos e com doença	4 (33,3)	0 (0,0)
Óbito pela doença	3 (25,0)	2 (28,5)
Óbito por outra causa	3 (25,0)	1 (14,2)
Total	12 (100,0)	7 (100,0)

Endereço para Correspondência:

Universidade do Sul de Santa Catarina

Campus Tubarão – Curso de Medicina.

Av. José Acácio Moreira, no. 787, Bairro Dehon.

CEP:88704-900.

Tubarão – SC.

e-mail: rafiusque@hotmail.com