

NEOPLASIAS MALIGNAS DA CAVIDADE ORAL NOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A.J. Vilar Queiroz*, A. Fonseca**

RESUMO: Efetuou-se um levantamento dos casos de neoplasias malignas dos tecidos moles da cavidade oral diagnosticados e tratados nos Hospitais da Universidade de Coimbra no período de Janeiro de 1989 a Junho de 1990. Foram recolhidos 27 casos confirmados histologicamente. Caracterizaram-se de acordo com o tipo histológico, a proporção sexo masculino: sexo feminino, a distribuição por escalões etários e por local de envolvimento, e o estadiamento clínico (TNM). Fez-se a pesquisa dos factores etiológicos mais importantes. Procedeu-se ainda ao estudo da distribuição dos casos de acordo com os Serviços em que foram tratados. Compararam-se os resultados com os valores encontrados na literatura.

ABSTRACT: A retrospective study of oral malignant neoplasms diagnosed and treated in Coimbra's University Hospitals was undertaken over a period of 1,5 years, from January 1989 to June 1990. 27 cases were found and studied for histological classification, sex ratio, age, localization and clinical staging (TNM). The main etiological factors were searched for. The distribution among clinical Departments was made. The results were compared with literature.

Palavras-chave: Neoplasias orais

Key-words: Mouth neoplasms

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas primárias dos tecidos moles da cavidade oral constituem mais de 5% de todas as neoplasias malignas humanas, sendo o carcinoma espinocelular de longe o mais frequente (4).

Embora possa surgir em qualquer localização, algumas áreas são envolvidas com mais frequência, como é o caso do lábio inferior (que represen-

ta mais de 1/3 do total dos casos), da língua e do pavimento bucal (6).

Têm sido vários os possíveis factores etiológicos apontados, nomeadamente o consumo de tabaco (inalado ou mascado), o álcool, a má higiene oral e, no caso do carcinoma do lábio inferior, a exposição a luz solar intensa; são ainda referidos, a sífilis, as deficiências de nutrição, os traumatismos locais repetidos e os vírus. A associação de lesões preneoplásicas e o cancro oral é indiscutível, mas a maioria das lesões malignas sobrevém sobre mucosa sã (3).

A metastização, dependendo da localização da neoplasia, ocorre geralmente por via linfática para os gânglios submaxilares e cervicais, superficiais e profundos. Ocasionalmente podem ser envolvidos outros gânglios tais como os submento-

* Interno de Estomatologia — HUC

** Assistente Hospitalar — HUC

Assistente convidado — Fac. Medicina Univ. Coimbra
Hospitais da Universidade de Coimbra
Serviços de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial
Director: Professor Doutor J.L. Maló de Abreu

nianos, preauriculares, retroauriculares e supraclaviculares. As metástases à distância são relativamente raras, ocorrendo sobretudo no pulmão, fígado e ossos (6).

Na abordagem terapêutica, o estadiamento clínico da neoplasia com base no sistema TNM torna-se um precioso auxiliar, permitindo a escolha do tratamento mais adequado e a comparação dos resultados finais (6).

As formas de tratamento passam pela Cirurgia, pela Radioterapia e, nalguns casos, pela Quimioterapia, isoladas ou em combinação.

O prognóstico varia de acordo com a localização primária, sendo geralmente bom nos casos de neoplasias do lábio, e pior nas neoplasias da língua, especialmente nas que ocorrem na zona mais posterior (4). A presença de metástases nos gânglios linfáticos cervicais indicia um pior prognóstico (7).

No presente estudo pretende-se identificar e caracterizar todos os casos de neoplasias malignas dos tecidos moles da cavidade oral diagnosticados e tratados nos HUC no período de Janeiro de 1989 a Junho de 1990.

MÉTODOS

Procedeu-se ao levantamento dos casos de neoplasias malignas da cavidade oral diagnosticados e tratados nos HUC, num período de 1,5 anos, compreendido entre Janeiro de 1989 e Junho de 1990.

Os limites anatómicos estabelecidos foram a mucosa oral, incluindo as glândulas salivares acessórias, dos lábios (mucosa e semimucosa), à base da língua, úvula e área retromolar.

Foi recolhida a informação existente nos boletins de alta dos doentes internados, previamente codificada a partir da ICD-9-CM (International Classification of Diseases-9th revision-Clinical Modification).

Selecionaram-se os códigos específicos tradutores da patologia em causa, bem como aqueles que, embora menos específicos, poderiam albergar casos englobáveis no presente estudo (resultado de codificação "deficiente", normalmente por informação inadequada na folha de alta).

Obteve-se assim uma listagem provisória dos possíveis casos a estudar.

Procedeu-se de seguida à consulta de todos os processos clínicos dos doentes escolhidos, para

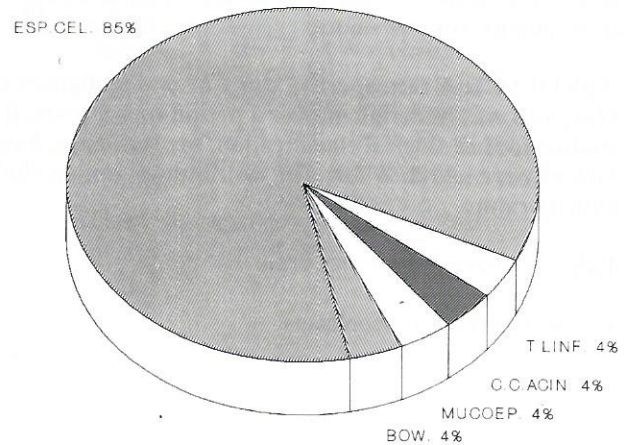
confirmação dos diagnósticos codificados e obtenção de dados mais detalhados.

RESULTADOS

Obteve-se assim um total de 27 casos, confirmados histologicamente, de neoplasias malignas da cavidade oral.

A distribuição dos tumores de acordo com o seu tipo histológico foi a seguinte: 23 casos, representando 85% do total, de carcinomas espinocelulares; 1 caso (4%) de carcinoma do tipo Bowenóide; 1 caso (4%) de carcinoma mucoepidermóide; 1 caso (4%) de carcinoma de células acinares; 1 caso (4%) de linfoepitelioma (gráfico 1).

Gráfico 1
Histologia



A proporção sexo masculino/feminino foi de 3,5:1, com 21 casos de doentes do sexo masculino e 6 casos de pacientes do sexo feminino.

A idade dos doentes variava de 47 a 83 anos, com um valor médio de 63 anos (61,5 para o sexo masculino e 69 para o sexo feminino); 70% dos casos localizavam-se entre os 50 e os 69 anos (gráfico 2).

A distribuição dos casos de acordo com a sua localização anatómica foi a seguinte (gráfico 3):

- Língua — 9 casos (33%)
- Pavimento bucal — 6 casos (22,2%)
- Lábio inferior — 5 casos (18,5%)
- Área retromolar — 4 casos (14,8%)

Gráfico 2
Sexo-Idade

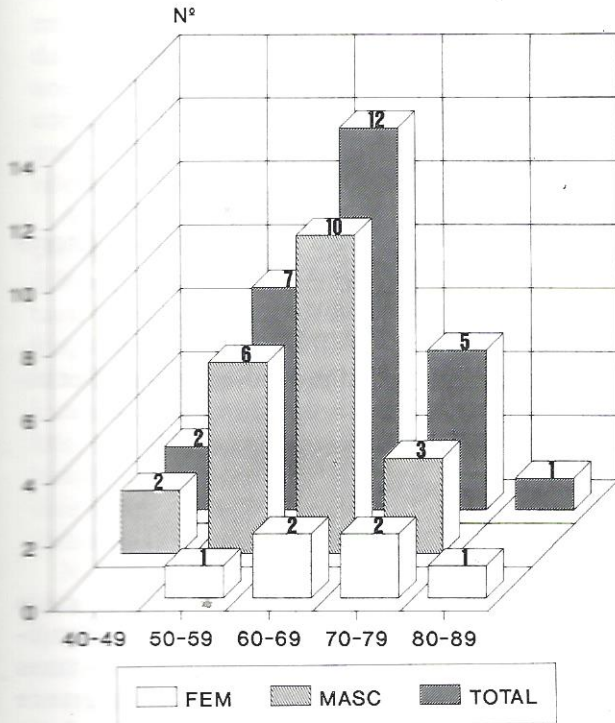
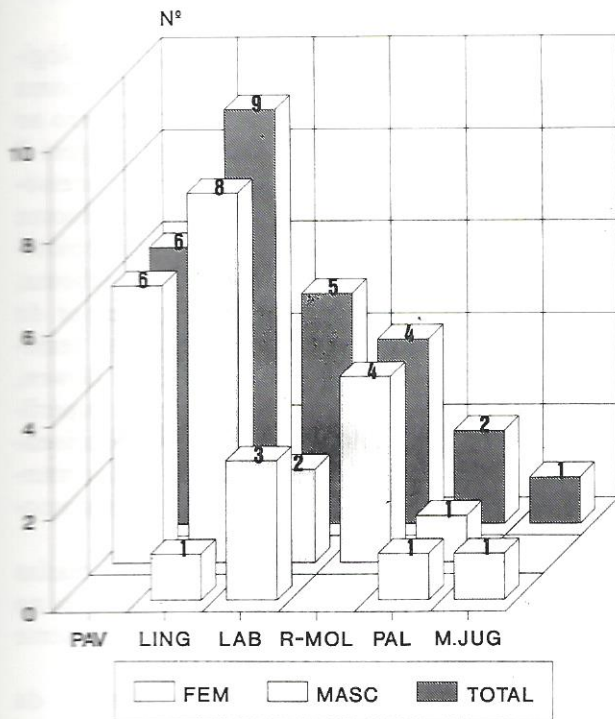


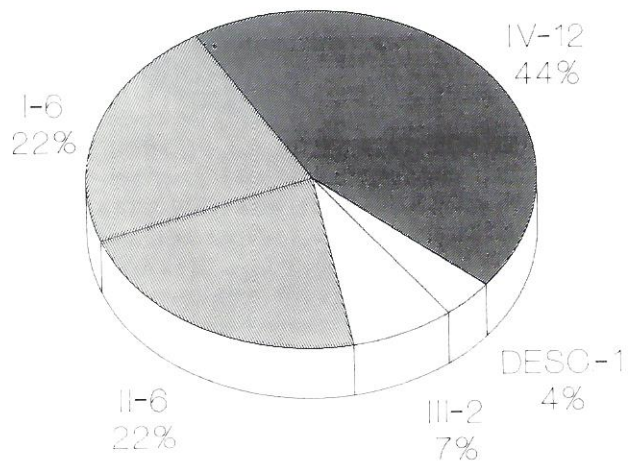
Gráfico 3
Localização



Palato duro — 2 casos (7,4%)
Mucosa jugal — 1 caso (3,7%)

Quanto ao estadiamento clínico, obtido através da classificação TNM, verificou-se a existência de 6 casos no Estadio I, representando 22%; 6 casos no Estadio II (22%); 2 casos no Estadio III (7%); 12 casos no Estadio IV (44%); 1 caso cujo estadiamento não foi possível obter (4%). (gráfico 4)

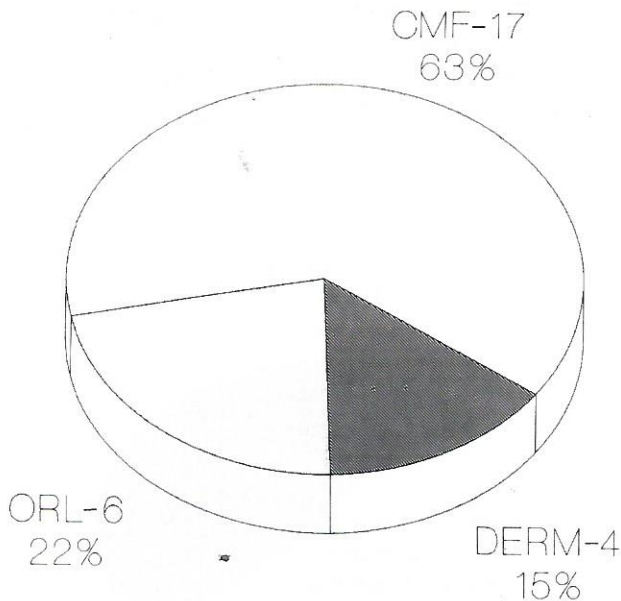
Gráfico 4
Estadiamento



A tentativa de pesquisa da presença dos factores etiológicos mais frequentemente apresentados na literatura (hábitos alcoólicos, tabágicos e má higiene oral) deparou com dificuldades por deficiência de registo nos processos clínicos. No entanto, dos 27 casos estudados, conseguiu apurar-se essa informação em 19 deles e, se eliminados os de carcinoma do lábio inferior, em que tais factores etiológicos poderão ter menor peso face à exposição a luz solar intensa, restam apenas 5 casos, num total de 22, em que a informação pretendida era insuficiente. Assim, encontraram-se 13 casos de fumadores (> 1 maço/dia), 8 casos com hábitos alcoólicos marcados e 7 casos com má higiene oral. Em 15 casos foi possível associar pelo menos dois destes factores.

Procedeu-se também ao estudo da distribuição dos casos de acordo com os Serviços em que foram tratados. Os resultados obtidos foram os seguintes (gráficos 5 e 6):

Gráfico 5
Serviço



17 casos (63%) tratados nos Serviços de Cirurgia Maxilo-Facial:

5 casos — pavimento

4 casos — língua

4 casos — área retromolar

2 casos — palato

1 caso — lábio

1 caso — mucosa jugal

6 casos (22%) tratados nos Serviços de Otorrinolaringologia:

5 casos — língua

1 caso — pavimento

4 casos (15%) tratados nos Serviços de Dermatologia:

4 casos — lábio inferior

DISCUSSÃO

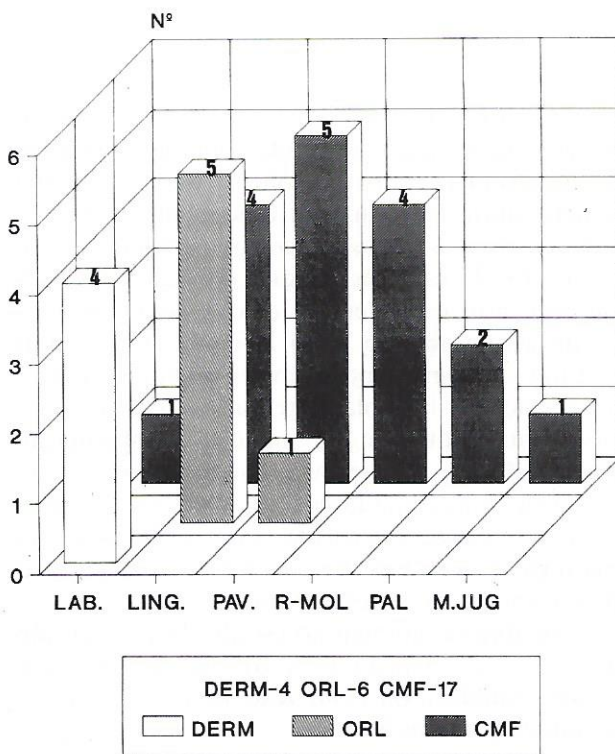
O número aparentemente reduzido de casos encontrados no presente estudo, é de facto significativo em termos absolutos, atendendo às taxas de incidência do cancro oral e ao envio de grande número de casos para o Instituto de Oncologia Dr. Francisco Gentil. Em termos relativos, contudo, não permite tirar ilacções de natureza estatística por comparação com outros grandes levantamentos em que chegam a ser analisados milhares de casos.

A distribuição de acordo com o tipo histológico mostra um franco predomínio do carcinoma espinocelular, o que vem, de resto, de encontro ao largamente referenciado na literatura. Surgem 2 casos de tumores das glândulas salivares acessórias (representando 7,4% do total), um carcinoma de células acinares, e um carcinoma mucoepidermóide. Encontrou-se um caso de linfoepitelioma, que não é frequente. A designação de tumor do tipo Bowenóide refere-se a um carcinoma semelhante ao que se encontra na Doença de Bowen, um tipo de carcinoma in situ localizado à superfície do revestimento cutâneo, muitas vezes relacionado com o arsenicismo crónico. Optou-se por manter a designação constante no relatório anatomo-patológico.

A maioria dos estudos mostra que as neoplasias malignas da cavidade oral são mais frequentes no sexo masculino, facto que se verifica no presente trabalho (relação 3,5%:1).

Ocorrem geralmente nas décadas tardias da vida, embora possam surgir em quase todas as

Gráfico 6
Local./Serv.



idades. No presente estudo, o valor médio etário foi de 63 anos, encontrando-se 70% dos doentes entre os 50 e os 69 anos. De salientar ainda que os dois casos de tumores das glândulas salivares acessórias surgiram em doentes do sexo feminino, corroborando o que é normalmente aceite, j. e., uma maior incidência deste tipo de tumores no referido sexo.

A frequência dos casos em relação à localização anatómica mostra uma distribuição que não difere significativamente da encontrada na literatura, tendo sido a língua o local envolvido mais frequentemente, bem como o pavimento bucal e o lábio inferior. A mucosa jugal e o palato não são localizações comuns, em termos relativos. No palato, são três a quatro vezes mais frequentes os tumores das glândulas salivares acessórias. Dos dois casos encontrados, um tinha essa origem, tratando-se de um carcinoma mucoepidermóide.

Na distribuição pelo Estadio clínico verificou-se a elevada percentagem de casos no Estadio IV, revelando quer a rápida evolução, quer o diagnóstico tardio.

O tratamento dos casos em Serviços de Especialidades diferentes (Cirurgia Maxilo-Facial, Otorrinolaringologia e Dermatologia) sobrevém da localização anatómica em áreas de transição no que toca ao foro de cada Especialidade.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a pronta colaboração dos Serviços de Estatística e de Informática dos HUC, e em particular ao Sr. Júlio C. Esteves Marques pela sua preciosa ajuda.

BIBLIOGRAFIA

1. BOLÉO-TOMÉ J.P., FERNANDES V.S. Patologia tumoral da região cervico-facial — aspectos clínicos e terapêuticos. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1989; 30 (4): 195-208.
2. COMMISSION ON PROFESSIONAL AND HOSPITAL ACTIVITIES. Annotated ICD-9-CM. Michigan: Edwards Brothers Inc., 1988.
3. DECHAUME M., e col. *Precis de Stomatologie*. Paris: Masson, 1979.
4. HARRISON T.R., e col. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 9 ed. Tokyo: MacGraw — hill Kogakusha, 1980.
5. MC GREGOR A.D. Management of intra-oral squamous cell carcinoma. J Royal Soc Med 1989; 82: 187-88.
6. SHAFER W.G., e col. *Tratado de Patologia Bucal* Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
7. SHINGAKI S., e col. Evaluation of histopathologic parameters in predicting cervical lymph node metastasis of oral and oropharyngeal carcinomas. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988; 66 (6): 683-88.
8. STRABBURG M., KNOLLE G. *Atlas en couleurs des maladies de la muqueuse buccale*. Paris: Julien Prelat, 1969.