



Incidência e características clinicopatológicas do câncer de boca

Incidence profile and clinicopathological characteristics of oral cancer

Incidencia y de las características clinicopatológicas del cáncer de boca

Breno Washington Joaquim de Santana¹, José Victor Leal Alves¹, Amanda Caroline Oliveira Henriques Mendes¹, Lucas Renan Alves dos Santos¹, Diego Belmiro do Nascimento Santos¹, Sandy Sterfany Pereira da Silva¹, Diego Chaves Rezende Morais¹, Iran Alves da Silva¹, Cláudia Cristina Brainer de Oliveira Mota¹, Danielle Lago Bruno de Faria¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil de incidência e características clinicopatológicas dos pacientes acometidos pelo câncer de boca em um Centro de Referência no Agreste Pernambucano. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, caracterizado pela análise e quantificação dos casos de câncer de boca no período de 2010 a 2020. **Resultados:** Em 10 anos foram atendidos 9.345 pacientes. Destes, 349 (38,43%) pacientes foram diagnosticados com câncer de boca. O câncer de boca oral esteve mais presente em homens (67,6%), casados (46,7%), com idade entre 60 e 79 anos (43,8%), primeiro grau completo (35,2%) e pardos (49,6%). Quanto às características clinicopatológicas, a localização anatômica mais afetada foi a língua (49,9%), seguido do assoalho (15,2%). A modalidade terapêutica mais prevalente foi a radioterapia (43,6%), seguido de quimioterapia e radioterapia (30,9%). A ocorrência de metástase linfocitária e à distância foram registrados em 35,0% e 5,4%, respectivamente. O percentual de recidiva e óbito foram de 9,5 e 31,2%, respectivamente. **Conclusão:** Torna-se fundamental o conhecimento do perfil de incidência e os fatores sociais envolvidos na carcinogênese da cavidade oral para desenvolver políticas de saúde visando à prevenção e controle dessa doença.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço, Neoplasias Bucais, Epidemiologia, Fatores Socioeconômicos, Neoplasias.

ABSTRACT

Objective: To analyze the incidence profile and clinicopathological characteristics of patients affected by mouth cancer in a Reference Center in Agreste Pernambucano. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective study, characterized by the analysis and quantification of mouth cancer cases between 2010 and 2020. **Results:** In 10 years, 9,345 patients were treated. Of these, 349 (38.43%) patients were diagnosed with oral cancer. Oral cancer was more common in men (67.6%), married (46.7%), aged between 60 and 79 (43.8%), with a first degree (35.2%) and brown (49.6%). As for the clinicopathological characteristics, the most affected anatomical location was the tongue (49.9%), followed by the floor (15.2%). The most prevalent therapeutic modality was radiotherapy (43.6%), followed by chemotherapy and radiotherapy (30.9%). The occurrence of lymphocytic and distant metastasis was recorded in 35.0% and 5.4%, respectively. The percentage of recurrence and death was 9.5% and 31.2%, respectively. **Conclusion:** Knowledge of the incidence profile and the social factors involved in oral cavity carcinogenesis is essential in order to develop health policies aimed at preventing and controlling this disease.

Keywords: Head and Neck Neoplasms, Mouth Neoplasms, Epidemiology, Socioeconomic Factors, Neoplasms.

¹Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita), Caruaru – PE.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de incidencia y las características clinicopatológicas de los pacientes afectados por cáncer de boca en un Centro de Referencia de Agreste Pernambucano. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, caracterizado por el análisis y cuantificación de los casos de cáncer de boca entre 2010 y 2020. **Resultados:** En 10 años, 9.345 pacientes fueron tratados. De ellos, 349 (38,43%) pacientes fueron diagnosticados de cáncer oral. El cáncer oral fue más frecuente en hombres (67,6%), casados (46,7%), con edades comprendidas entre 60 y 79 años (43,8%), de primer grado (35,2%) y castaños (49,6%). En cuanto a las características clinicopatológicas, la localización anatómica más afectada fue la lengua (49,9%), seguida del suelo (15,2%). La modalidad terapéutica más prevalente fue la radioterapia (43,6%), seguida de la quimioterapia y radioterapia (30,9%). La aparición de metástasis linfocítica y a distancia se registró en el 35,0% y el 5,4%, respectivamente. El porcentaje de recurrencia y muerte fue del 9,5% y 31,2%, respectivamente. **Conclusión:** El conocimiento del perfil de incidencia y de los factores sociales implicados en la carcinogénesis de la cavidad oral es esencial para desarrollar políticas sanitarias dirigidas a la prevención y control de esta enfermedad.

Palabras clave: Neoplasias de Cabeza y Cuello, Neoplasias de la Boca, Epidemiología, Factores Socioeconómicos, Neoplasias.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CA) é um termo vasto que designa um grupo de neoplasias que surgem em diversas estruturas anatômicas, incluindo cavidade oral, orofaringe, hipofaringe e laringe, sendo mais de 90% a Carcinoma de Células Escamosas (CEC). HUSSEIN AA et al., 2017). A complexa anatomia funcional da cavidade oral está associada à fala, à deglutição, à mastigação e expressões faciais. Apesar de frequentemente a orofaringe seja confundida como uma extensão contínua da cavidade oral, há necessidade de separar essas duas regiões anatômicas porque a etiologia, o tratamento e o resultado das lesões cancerígenas originadas nessas duas regiões diferem (SAKAMOTO AJ, et al., 2022).

O câncer de boca é a sexta neoplasia maligna mais comum em todo o mundo, sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade (DHANUTHAI K, et al., 2017). Em algumas partes do globo é o tipo de câncer mais frequente, como no sul da Ásia, incluindo a Índia e algumas ilhas da Melanésia, principalmente devido ao hábito de fumar e mascar tabaco. Em países como o Sri Lanka, Paquistão e Taiwan, bem como alguns países europeus, este tipo de câncer apresenta uma alta incidência, o que também pode ser observado em países latino-americanos, tais como o Brasil, Uruguai, Porto Rico e Cuba (ALVES AM, et al., 2017; MUMMUDI N, et al., 2019).

De origem multifatorial, os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de boca são o tabagismo e o alcoolismo (ALVES AM, et al., 2017; DHANUTHAI K, et al., 2017; MUMMUDI N, et al., 2019; MIRANDA-FILHO A e BRAY F, 2020). No entanto, nas últimas décadas, tem sido observado uma tendência crescente de desenvolvimento em mulheres e adultos jovens, para os quais outros fatores etiológicos como herança genética, hábitos alimentares e Papilomavírus Humano (HPV) têm sido apontados (ALVES AM, et al., 2017). O comportamento sexual de alto risco, incluindo sexo oral-genital, está associado a transmissão do HPV, com consequente desenvolvimento de câncer nas regiões orofaríngeas (incluindo base da língua, tonsila lingual e palato mole). Os cânceres em região de lábio estão fortemente associados à radiação ultravioleta (UV) resultantes da exposição desprotegida à luz solar (SHERESTHA AD, et al., 2019; MIRANDA-FILHO A e BRAY F, 2020).

É importante dizer que a localização geográfica parece ser uma das variáveis-chave para o desenvolvimento do câncer bucal, isso porque a população residente em uma determinada área está exposta a diferentes riscos socioculturais e econômicos, portanto, informações sobre incidência e mortalidade por país é importante para a formulação de políticas, monitorar as tendências de incidência e mortalidade e planejar a prevenção com base em evidências científicas sólidas (SERNA BYH, et al., 2022). Ao contrário das demais localizações em região de cabeça e pescoço, o CEC oral deve ser tratado idealmente com cirurgia, com possibilidade de radioterapia adjuvante com ou sem quimioterapia (QT), a depender da presença de características patológicas de alto risco. A evidência atual apoia que a cirurgia primária deve ser realizada

sempre que possível, desde que haja condições seguras para tal, visando proporcionar aos pacientes maiores chances de cura (KERAWALA C, et al., 2016; WONG TSC e WIESENFELD D, 2018). Esta pesquisa foi baseada no conceito de “câncer bucal” definido pela *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), ou seja, será incluído os carcinomas de células escamosas oriundos do lábio, dois terços anteriores da língua (língua oral), mucosa bucal, assoalho da boca, palato duro, alvéolos inferior e superior, gengiva e o trígono retromolar (AMIN MB, et al., 2017). O objetivo deste estudo foi analisar o perfil de incidência, bem como as características clinicopatológicas dos pacientes acometidos por câncer de boca no Agreste de Pernambuco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal, caracterizado pela observação, análise, registro e quantificação das características clínicas, demográficas e terapêuticas dos casos de câncer de boca. A pesquisa foi realizada em uma Instituição de referência em tratamento radioterápico, localizado na cidade de Caruaru, Pernambuco. Este é o principal ponto de apoio para os pacientes oncológicos do Agreste, oferecendo tratamento radioterápico para a IV, V, VI GERES, englobando mais de 60 municípios, totalizando cerca de 2 milhões de pessoas. O HSA é um empreendimento privado, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece tratamento radioterápico em três turnos (manhã, tarde e noite).

A amostragem temporal compreendeu o total de pacientes que realizaram tratamento radioterápico entre os anos de 2010 e 2020. Os diagnosticados com câncer de boca compuseram a amostra, sendo elegíveis para coleta de dados da pesquisa. Para serem incluídos na pesquisa, os prontuários de usuários maiores de 18 anos com diagnóstico de câncer de boca confirmado por exame histopatológico. Serão desconsiderados para efeito dessa pesquisa pacientes cujos prontuários não forneçam informações completas, ano do diagnóstico que estejam fora da amostra temporal contemplada por essa pesquisa e/ou pacientes com diagnóstico de outras formas de lesões não neoplásicas que não o CEC em cavidade oral. A partir da análise dos prontuários, foram obtidas informações sociodemográficas referentes a idade, sexo, cor, estado civil, ocupação e grau de escolaridade. Quanto às características clinicopatológicas, foram coletadas informações referentes a localização anatômica do tumor, técnica do tratamento, tratamento odontológico prévio, origem da referência e desfecho clínico (cura/remissão, recidiva, metástase linfonodal e metástase à distância e óbito).

O banco de dados foi montado utilizando o Microsoft Excel 2016, sendo analisados posteriormente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana da variável idade. Os cálculos estatísticos foram realizados por meio do IBM SPSS na versão 25. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), parecer número 5.179.341 (CAAE: 53845221.3.0000.5203). Adicionalmente, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, LGPD nº 13.709/2018 que serviu de instrumento normativo para uso das informações para construção do estudo (BRASIL, 2018).

RESULTADOS

Em 10 anos (2010-2020) foram atendidos no HSA 9.345 pacientes. No entanto, 908 (9,7%) diagnósticos correspondiam a cânceres localizados em região de cabeça e pescoço. Destes, 349 (38,43%) pacientes foram diagnosticados com câncer de boca, sendo a amostra elegível para prosseguimento da pesquisa. Na **Tabela 1** observam-se as variáveis relativas às características sociodemográficas. Quanto à idade, a faixa etária dos pacientes analisados variou entre 20 e 80 anos, com média de 32,82 anos, sendo a faixa etária mais prevalentes 60 a 79 anos (43,8%). Neste estudo, o sexo masculino foi predominante, correspondendo a 67,6% da amostra. Quanto a cor, foi observado que 49,6% dos pacientes se autodeclararam pardos e 48,1% brancos. Com relação ao estado civil, 46,7% da amostra foi composta de casado(a)s. Os níveis de escolaridade mais comuns foram o primeiro grau completo (35,2%), seguido de analfabeto (34,4%). Com relação à ocupação, as mais prevalentes foram agricultores (n=200; 57,3%), seguido de autônomos (n=23; 6,6%) e domésticas (n=17; 4,9%). Os percentuais da extensa lista das demais ocupações variaram de 0,3% a 3,2%.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos pacientes acometidos pelo câncer de boca em um Centro de Referência no Agreste Pernambucano.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	232	67,6
Masculino	113	32,4
Cor		
Branco	168	48,1
Pardo	173	49,6
Preto	5	1,4
Amarelo	3	0,9
Faixa etária		
20 a 39	09	2,6
40 a 59	128	36,7
60 a 79	153	43,8
80 ou mais	59	16,6
Escolaridade		
Analfabeto	120	34,4
Primeiro grau incompleto	74	21,2
Primeiro grau	123	35,2
Segundo grau completo	23	6,6
Ensino superior	09	2,6
Estado Civil		
Casado (a)	163	46,73
Solteiro (a)	99	28,4
Viúvo (a)	64	18,3
Divorciado (a)	23	6,6
Total	349	100

Fonte: Santana BWJ, et al., 2024.

Quanto à localização anatômica, os sítios mais comumente afetados foram a língua (49,9%), seguido do assoalho (15,2%). Em relação à modalidade terapêutica, a técnica de tratamento mais prevalente foi a radioterapia (43,6%), seguido da combinação de quimioterapia e radioterapia (30,9%) (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Características clínicopatológicas dos pacientes acometidos pelo câncer de boca em um Centro de Referência no Agreste Pernambucano.

Variável	N	%
Diagnóstico		
Câncer de boca	349	100
Localidade do tumor		
Língua	174	49,9
Assoalho	53	15,2
Lábio	44	12,6
Rebordo alveolar	23	6,6
Mucosa jugal	22	6,3
Palato	19	5,4
Trígono retromolar	14	4,0
Técnica de tratamento		
Cirurgia	3	0,9
Radioterapia	152	43,6
Cirurgia + radioterapia	72	20,6
Radioterapia + quimioterapia	108	30,9
Radioterapia + quimioterapia + cirurgia	14	4,0
Total	349	100

Fonte: Santana BWJ, et al., 2024.

Com relação ao tratamento odontológico prévio, mais de 80% (n=280) dos pacientes não realizaram preparo de boca. Os pacientes atendidos no referido hospital são, em sua maioria, oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), perfazendo cerca de 93,4% dos casos (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Avaliação do tratamento odontológico, origem da referência e do desfecho clínico.

Variável	N	%
Tratamento odontológico prévio		
Sim	69	19,8
Não	280	80,2
Origem da referência		
SUS	326	93,4
Particular	23	6,6
Cura		
Sim	51	14,6
Não	298	85,4
Remissão		
Sim	201	
Não	148	
Recidiva		
Sim	33	9,5
Não	316	90,5
Metástase linfocitária		
Sim	122	35,0
Não	227	65,0
Metástase distância		
Sim	19	5,4
Não	330	94,6
Local da metástase distância ⁽¹⁾		
Osso	6	31,6
Pulmão	4	21,1
Palato mole	2	10,5
Fígado	2	10,5
Outras regiões diferentes	5	26,3
Local da metástase distância		
Sim	109	31,2
Não	240	68,8
Total	349	100

Legenda: ⁽¹⁾ Percentuais obtidos com base nos 19 pacientes que apresentaram metástase a distância. **Fonte:** Santana BWJ, et al., 2024.

A **Tabela 3** consta com as variáveis relacionadas ao desfecho clínico da amostra estudada (cura/remissão, recidiva, metástase linfonodal, metástase à distância e óbito). Com relação à cura e remissão, o percentual foi de 14,6% (n=51) e 85,4% (n=298), respectivamente. A ocorrência de metástase linfocitária e metástase à distância foram registrados em 35,0% e 5,4%, respectivamente. Os órgãos mais acometidos por metástases à distância foram, osso (n=6) e pulmão (n=4). O percentual de recidiva e óbito foram de 9,5 e 31,2%, respectivamente.

DISCUSSÃO

O CEC oral é a sexta neoplasia maligna mais comum no mundo, com mais de 50% dos pacientes diagnosticados em estágios mais avançados (FRANÇA GM, et al., 2018). Muitas variáveis foram pesquisadas com o intuito de caracterizar quais os fatores condicionantes, bem como traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes acometidos por esta neoplasia (RAO SVK, et al., 2013). No presente estudo, grande parte dos casos pertenciam a faixas etárias mais avançadas, principalmente acima dos 60 anos, com achados

semelhantes descritos na literatura (RAO SVK, et al., 2013; LIM AAT, et al., 2014; SINGH MP, et al., 2015; ALI H, et al., 2016; GHAZAWI FM, et al., 2020). Contudo, observou-se nos últimos anos um aumento no número de casos entre os mais jovens e em mulheres sem história de associação com os fatores de risco mais frequentemente associados. Especula-se que, para estes, a suscetibilidade genética individual influencia o surgimento do CEC oral, e as mutações relacionadas aos genes de reparo do DNA têm recebido grande destaque (FRANÇA GM, et al., 2018).

A frequência entre os sexos demonstrou que 66,7% da amostra correspondiam a pacientes do sexo masculino, ratificando os resultados obtidos nos estudos publicados na literatura mundial, bem como àqueles realizados no Brasil (LIM AAT, et al., 2014; SINGH MP, et al., 2015; ALI H, et al., 2016; ALVES AM, et al., 2017; SOARES ÉC, et al., 2019; DELAGRANDA A, et al., 2020; GHAZAWI FM, et al., 2020). Algumas pesquisas relatam uma diminuição na relação homem-mulher, atribuindo essa mudança à diferentes fatores, tais como alteração dos hábitos de tabagismo e alcoolismo, particularidades culturais e geográficas (ALVES AM, et al., 2017).

A língua foi o sítio anatômico mais prevalente na amostra estudada, conforme já observado em estudos prévios (LIM AAT, et al., 2014; OLIVEIRA MLC, et al., 2015; FRANÇA GM, et al., 2018; SOARES ÉC, et al., 2019; DELAGRANDA A, et al., 2020). No entanto, houve variação quanto ao segundo sítio mais comum nos estudos supracitados. O local de ocorrência dependerá dos fatores de risco predominantes naquela região geográfica específica (GHAZAWI FM, et al., 2020).

Os seguintes estudos evidenciaram a língua e o assoalho bucal como o primeiro e segundo sítio anatômico mais afetado, concordando com os achados nesta pesquisa (ZANONI DK, et al., 2019; CHILITI BA, et al., 2022). A cor da pele é um importante marcador de equidade no acesso à saúde, com indivíduos negros apresentando um pior prognóstico para o câncer oral devido ao diagnóstico tardio da doença ou dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (RAYMUNDO MLB, et al., 2022). Nesta análise foi observado que 49,6% dos pacientes se autodeclararam pardos, 48,1% brancos e 1,4% negros. Outros estudos realizados no Brasil confirmam a predominância de sujeitos autodeclarados brancos (OLIVEIRA MLC, et al., 2015; ALVES AM, et al., 2017).

Em contrapartida, na seguinte pesquisa, a população negra foi maioria, correspondendo a cerca de 52,70% de sua amostra. É importante considerar que devido à falta de conhecimento e levando em consideração que é uma autoafirmação, o percentual de pessoas autodeclaradas brancas em nossa amostra pode ser menor (RAMOS LF, et al., 2022). Muitas pesquisas têm sido publicadas com o objetivo de entender quais os fatores que afetam a taxa de sobrevivência dos pacientes com câncer. Sabe-se que pacientes casados têm melhores comportamentos de saúde, como, por exemplo adesão à medicação, estando sujeitos ao incentivo dos cônjuges para procurar atendimento médico (ALI H, et al., 2016).

Neste estudo foi possível observar que 46,7% da amostra era composta de casado(a)s, seguido de 28,4% solteiro(a)s. Pesquisas publicadas na literatura mundial ratificam estes resultados (GINO INVERSO BA, et al., 2015; ALI H, et al., 2016; LIAO PH e LEE CC, 2018). Segundo outros estudos, o matrimônio apresentou um efeito protetor contra o câncer oral metastático e câncer de laringe. Este resultado destaca o impacto significativo que o casamento pode ter no estágio de diagnóstico, tratamento e sobrevivência do câncer de cabeça e pescoço (GINO INVERSO BA, et al., 2015). Ressalta-se que, psicologicamente, após um diagnóstico de câncer pacientes casados apresentam menos ansiedade e depressão do que suas contrapartes solteiras, pois um parceiro pode fornecer suporte social e compartilhar a carga emocional (ALI H, et al., 2016).

Um estudo recente avaliando o efeito do casamento nos resultados para pacientes idosos com câncer de boca mostrou que o casamento estava associado a uma melhor sobrevivência. Este efeito protetor pode resultar do fato de que pessoas casadas estão associadas a estágios mais precoces e mais propensas a receber tratamento recomendado ou agressivo (LIAO PH e LEE CC, 2018).

Estudos prévios, apresentaram indivíduos com baixa escolaridade perfazendo a maioria dos casos (LIM AAT, et al., 2014; SOARES ÉC, et al., 2019; RAYMUNDO MLB, et al., 2022). Estes resultados são semelhantes ao obtido nesta pesquisa, cujo grau de escolaridade mais prevalente foi o primeiro grau completo

(35,2%), seguido de analfabetos (34,4%). Na seguinte pesquisa, 59,1% correspondiam a indivíduos com ensino fundamental, no entanto, a maior prevalência de câncer bucal em estágios avançados encontrava-se no grupo com ensino superior, o que conflita com os estudos publicados na literatura que associam, de maneira geral, condições socioeconômicas a um pior prognóstico (LINS LS, et al., 2019). Indivíduos com menor nível de escolaridade e renda possuem menos acesso aos serviços de saúde, bem como estão fortemente associados ao risco de desenvolver câncer bucal e piores desfechos clínicos, incluindo morte (RAYMUNDO MLB, et al., 2022).

Com relação à origem de referência, 93,4% dos casos foram referenciados por hospitais ou centros de saúde vinculados ao SUS. De modo refutar este resultado, os estudos mostraram que grande parte de sua amostra foi encaminhada por meio de serviços públicos de saúde, com uma porcentagem de 88,5% e 59,4%, respectivamente (RAYMUNDO MLB, et al., 2022; LINS LS, et al., 2019). A principal fonte de encaminhamentos de câncer de boca foi oriunda de hospitais e policlínicas do governo, representando quase metade de todos os encaminhamentos. Dados como estes revelam que o sistema público de saúde ainda permanece como a principal porta de entrada para o tratamento e acompanhamento destes pacientes, garantindo assistência às populações menos privilegiadas com consequente diminuição das iniquidades sociais (LIM AAT, et al., 2014).

Pessoas com ocupações manuais, como a agricultura e o trabalho em indústrias, correm um maior risco de desenvolver câncer de boca. Neste estudo, ocupações como agricultura (57,3%) e autônomo (n=23;6,6%) perfizeram grande parte da amostra. Os dados ocupacionais revelaram que a maioria dos casos (n=351;73,2%) eram trabalhadores braçais e industriais, seguidos pelos desempregados (n = 67; 14,0%) (DELAGRANDA A, et al., 2020). As ocupações mais exercidas pelos sujeitos foram agricultura (21,7%) para os homens e donas de casa (46,8%) para as mulheres. Estes dados sugerem uma propensão para o desenvolvimento de câncer de boca para determinadas ocupações, visto que elas proporcionariam uma maior interação com fatores de risco, tais como o tabagismo e alcoolismo, bem como a exposição solar (FRANÇA GM, et al., 2018).

A literatura relata a cirurgia como sendo a modalidade de eleição para os casos de câncer de boca (WONG TSC, et al., 2016; ZANONI DK, et al., 2019). No entanto, a radioterapia adjuvante com ou sem quimioterapia fica reservada para casos onde há alto risco de recorrência e após levar em consideração múltiplos fatores, incluindo idade do paciente e comorbidades, estadiamento patológico, status da margem, extensão do envolvimento nodal e outras características histopatológicas do tumor primário (ZANONI DK, et al., 2019). Nesta pesquisa, a radioterapia (43,6%) foi a mais prevalente, seguido da combinação de quimioterapia e radioterapia (30,9%). Para os demais estudos, a cirurgia isolada foi a modalidade de escolha para a maioria dos pacientes analisados (OLIVEIRA MLC, et al., 2015; ZANONI DK, et al., 2019; CHILITI BA, et al., 2022). Foi observado que a associação de radioterapia e quimioterapia (49,3% em homens e 33,9% em mulheres) foram os mais prevalentes, seguidos por radioterapia (18,9% dos registros masculinos e 29% femininos) (FRANÇA GM, et al., 2018).

Uma limitação observada neste estudo foi a ausência do estadiamento nos prontuários analisados. Logo, pressupõe-se que os pacientes submetidos à radioterapia neoadjuvante apresentaram diagnóstico tardio e tumores localmente avançados, o que justifica a radioterapia como sendo a terapêutica mais utilizada. Outro ponto que corrobora para isto é que, por se tratar de um Centro de Radioterapia, os pacientes para eles encaminhados em algum momento realizaria a radioterapia, quer seja ela de forma neoadjuvante ou adjuvante. A ocorrência de metástase linfocitária e metástase à distância foram registrados em 35,0% e 5,4% dos casos, respectivamente. Com relação aos órgãos acometidos por metástases à distância, osso (n=6) e pulmão (n=4) foram os mais frequentes. Na seguinte pesquisa, metástases linfonodais estavam presentes em 63,3% (n=193) dos casos, enquanto metástases à distância existiam em 2,3% (RUTKOWSKA M, et al., 2020).

O envolvimento linfonodal estava presente em mais da metade dos casos (n=155; 58,5%) 6. Ressalta-se que 47% dos pacientes apresentaram metástases regionais no momento da descoberta do câncer (SOARES ÉC, et al., 2019). Através da classificação TNM, foi possível observar que a maioria dos casos se encontravam no estágio III e IV, ou seja, estágios que representam as fases mais avançadas da doença e isso pode estar

relacionado ao diagnóstico tardio da doença, com conseqüente prognóstico desfavorável e diminuição de sobrevida (SINGH MP, et al., 2015; FRANÇA GM, et al., 2018; SOARES ÉC, et al., 2019). Com relação à cura e remissão, o percentual foi de 14,6% (n=51) e 57,6% (n=201), respectivamente. O percentual de recidiva foi de 9,5%, já 31,2% dos casos vieram a óbito. Na seguinte pesquisa apresentada, dos 123 casos elegíveis para seu estudo, 41,5% foram a óbito e 79,8% estavam livres de tumor (OLIVEIRA MLC, et al., 2015). Em contrapartida, no estudo encontrado observou-se que 30,47% da amostra analisada apresentou remissão completa, com 21,26% indo à óbito (SOARES ÉC, et al., 2019).

Nas duas instituições alvos de seu estudo foi possível observar que taxas de recorrência 27,7% aconteceram em um país em desenvolvimento e 34,6% em um país desenvolvido. É possível observar frequências altas, ainda que distintas, relativas às variáveis supracitadas. Dados estes corroboram para o fato de que o câncer de boca ainda se apresenta como uma lesão com um alto índice de morbimortalidade e com elevados índices de recorrência 40. A recorrência é um aspecto importante do resultado do tratamento, indicando um mau prognóstico (RAO SVK, et al., 2013). A radioterapia é um fator predominante na determinação da qualidade de vida relacionada à saúde após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço (BHANDARI S, et al., 2020). Os eventos adversos induzidos por essa terapêutica incluem mucosite oral, hipossalivação, perda do paladar, cárie dentária, osteorradição e trismo (KAWASHITA Y, et al., 2020). O exame intraoral deve incluir não apenas uma avaliação completa da dentição, mas também uma avaliação dos tecidos moles da cavidade oral e orofaringe, incluindo a mucosa, amígdalas palatinas, amígdalas linguais, palato mole, úvula, palato duro, gengiva, lábios, língua e assoalho da boca (LEVI LE, et al., 2018).

Dito isto, esta pesquisa buscou avaliar o percentual de pacientes com câncer de boca que haviam sido enviados previamente ao cirurgião-dentista. Foi possível observar que mais de 80% (n=280) dos casos não realizaram preparo de boca previamente a terapia anticâncer. Isso pode estar relacionado ao fato de que, ainda que seja do conhecimento dos radio-oncologistas, a saúde bucal torna-se secundária ao tratamento radioquimioterápico. Outro fator que pode estar relacionado é a ausência de serviços odontológicos especializados para tratamento deste perfil de pacientes, bem como ausência de temas relacionados ao tratamento odontológico em pacientes oncológicos nas bases curriculares da maioria dos cursos de odontologia.

CONCLUSÃO

O câncer de boca representa um grave problema de saúde pública, com altos índices de morbimortalidade. Por meio desta pesquisa foi possível observar que o CEC em cavidade oral esteve mais presente em homens, casados, com idade mais avançada, baixo nível de escolaridade e pardos. A região anatômica mais acometida foi a língua, com mais da metade dos casos havendo remissão, no entanto, uma porcentagem muito pequena dos pacientes apresentou cura. Deste modo, é imprescindível estabelecer o perfil de incidência e características sociais envolvidas no processo de carcinogênese, bem como nos determinantes sociais de saúde, com o intuito de desenvolver políticas de saúde destinadas à prevenção e controle desta neoplasia.

AGRADECIMENTOS

Este estudo contou com a colaboração do Centro de Referência em Radiologia, principal ponto de apoio para os pacientes do Agreste de Pernambuco. Agradecimentos extensivos ao Ministério da Saúde (MS), cuja bolsa foi fornecida por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer e Cuidados Paliativos (Centro Universitário Tabosa de Almeida) e aos tutores, alunos e residentes pelo empenho prestado no desenvolvimento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ALI H, et al. Oral cancer incidence and survival rates in the Republic of Ireland, 1994-2009. *BMC Cancer*. 2016; 20; 16(1): 950.

2. ALVES AM, et al. Demographic and Clinical Profile of Oral Squamous Cell Carcinoma from a Service-Based Population. *Braz Dent J.* 2017; 28(3): 301-306.
3. AMIN MB, et al. *AJCC Cancer Staging.* New York: Springer International Publishing, 2017; 8, 585.
4. BHANDARI S, et al. Oral and dental care before radiotherapy: Guidelines and development of a time-bound protocol. *Indian J Cancer.* 2020; 59(2): 159-169.
5. BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm. Acessado em: 23 de janeiro de 2023.
6. CHILITI BA, et al. Oral cancer analysis in a Brazilian city: interval between diagnosis and treatment. *Braz. Oral. Res.* 2022; 36: 73.
7. DE MORAES EF, et al. Prognostic Factors of Oral Squamous Cell Carcinoma in Young Patients: A Systematic Review. *J Oral Maxillofac Surg.* 2017; 75(7): 1555-1566.
8. DHANUTHAI K, et al. Oral cancer: A multicenter study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018; 23(1): e23-e29.
9. DELAGRANDA A, et al. Epidemiological features of cancers of the oral cavity, oropharynx, hypopharynx and larynx cancer in Réunion Island. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2018; 135(3): 175-181.
10. FRANÇA GM, et al. Epidemiological profile of oral squamous cell carcinoma in a Northeastern Brazilian state. *J Investig Clin Dent.* 2018; 47(2): e0910.
11. GINO INVERSO BA, et al. Marital status and head and neck cancer outcomes. *CA,* 2015; 121(8): 1273-8.
12. GHAZAWI FM, et al. Epidemiology and Patient Distribution of Oral Cavity and Oropharyngeal SCC in Canada. *J Cutan Med Surg.* 2020; 24(4): 340-349.
13. HUSSEIN AA, et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2017; 82: 115-127.
14. KAWASHITA Y, et al. Oral management strategies for radiotherapy of head and neck cancer. *Jpn Dent Sci Rev.* 2020; 56(1): 62-67.
15. KERAWALA C, et al. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laringol Otol.* 2016; 130(2): S83-S89.
16. LEVI LE, LALLA RV. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. *Dent Clin North Am.* 2018; 62(1): 121-130.
17. LIAO PH e LEE CC. The influence of marital status on survival for patients aged 65 years and younger with oral cavity cancer. *Auris Nasus Larynx.* 2018; 45(6): 1227-1232.
18. LIM AAT, et al. Epidemiology of oral cancer diagnosed at a Singapore tertiary healthcare institution. *Ann Acad Med Singapore.* 2014; 43(2): 96-101.
19. LINS LS, et al. Socio-demographic characteristics are related to the advanced clinical stage of oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2019; 24(6): e759-e763.
20. MIRANDA-FILHO A e BRAY F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth. *Oral Oncol.* 2020; 102: 104551.
21. MUMMUDI N, et al. Oral Cavity Cancer in the Indian Subcontinent - Challenges and Opportunities. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2019; 31(8): 520-528.
22. OLIVEIRA MLC, et al. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. *Braz Oral Res.* 2015; 29: 1-8.
23. RAMOS LF, et al. Racial disparity and prognosis in patients with mouth and oropharynx cancer in Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2022; 27(4): 392-396.
24. RAO SVK, et al. Epidemiology of oral cancer in Asia in the past decade--an update (2000-2012). *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013; 14(10): 5567-77.
25. RAYMUNDO MLB, et al. Association between socioeconomic factors and origin of hospital referrals among patients with oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2022; 27(5): 476-479.
26. RUTKOWSKA M, et al. Oral cancer: The first symptoms and reasons for delaying correct diagnosis and appropriate treatment. *Adv Clin Exp Med.* 2020; 29(6): 735-743.
27. SAKAMOTO AJ, et al. Influência dos índices socioeconômicos municipais nas taxas de mortalidade por câncer de boca e orofaringe em idosos no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22: E190013.

28. SERNA BYH, et al. Tendencia de la incidencia, mortalidad y años de vida ajustados por discapacidad del cáncer oral en América Latina. *Rev Bras Epidemiol.* 2022; 25: e220034.
29. SHERESTHA AD, et al. Prevalence and incidence of oral cancer in low- and middle income countries: A scoping review. *Eur J Cancer Care.* 2019; 29(2): e13207.
30. SINGH MP, et al. Clinical profile and epidemiological factors of oral cancer patients from North India. *Natl J Maxillofac Surg.* 2015; 6(1): 21-4.
31. SOARES ÉC, et al. Epidemiological study of oral cancer in Brazil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo.* 2019; 64(3): 192-8.
32. WONG TSC, WIESENFELD D. Oral Cancer. *Aust Dent J* 2018; 6: 31: S91-S99.
33. ZANONI DK, et al. Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015). *Oral Oncol.* 2019; 90: 115-121.