

MARINHA DO BRASIL  
ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA

CC (CD) Hiran José Rodrigues Coelho

**RASTREAMENTO DE LESÕES BUCAIS NO SERVIÇO DE  
ESTOMATOLOGIA E PATOLOGIA BUCAL DA ODONTOCLÍNICA  
CENTRAL DA MARINHA**

Rio de Janeiro

2013

MARINHA DO BRASIL  
ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA

CC (CD) Hiran José Rodrigues Coelho

**RASTREAMENTO DE LESÕES BUCAIS NO SERVIÇO DE  
ESTOMATOLOGIA E PATOLOGIA BUCAL DA ODONTOCLÍNICA  
CENTRAL DA MARINHA**

Monografia apresentada à  
Odontoclínica Central da Marinha,  
como requisito parcial para obtenção  
do título de especialista em  
Estomatologia.

Orientador: CF (CD) Marco Aurélio  
de Carvalho Andrade

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

CC (CD) Hiran José Rodrigues Coelho

**RASTREAMENTO DE LESÕES BUCAIS NO SERVIÇO DE  
ESTOMATOLOGIA E PATOLOGIA BUCAL DA ODONTOCLÍNICA  
CENTRAL DA MARINHA.**

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2013.

Professor: \_\_\_\_\_

Professor: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

CF (CD) Marco Aurélio de Carvalho Andrade

Rio de Janeiro

2013

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que acreditam que nunca é tarde para se realizar um sonho e que têm a coragem de mudar, enfrentando os riscos e desafios do caminho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por tudo que venho recebendo ao longo de minha vida e a todos os meus amigos espirituais que sempre estiveram ao meu lado, dando-me forças para enfrentar as dificuldades e a inspiração para fazer as escolhas certas e o amparo para enfrentar o ônus advindo das escolhas erradas;

Agradeço à minha família, pelo apoio incondicional em todos os momentos importantes da minha vida;

Agradeço à Odontoclínica Central da Marinha, na figura da Sra Diretora, a Ilustríssima Sr<sup>a</sup> CMG (CD) HELENA ROSA CAMPOS RABANG, por ter me dado a oportunidade e o estímulo para realizar mais um curso de especialização;

Agradeço à ABOMI – Associação Brasileira de Odontologia Militar, pelo apoio prestado à realização do curso de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha;

Ao Professor, Orientador e Coordenador do curso de Estomatologia da Odontoclínica Central da Marinha, o Sr CF(CD) MARCO AURÉLIO CARVALHO DE ANDRADE, por buscar a excelência em cada tarefa a ser realizada, por sua amizade e orientação, por vezes durante o exercício de outras atividades administrativas e por

buscar transmitir seus grandes conhecimentos e experiência clínica a mim, aos colegas e a cada paciente atendido;

Ao professor CF (CD) JAIRO SILVA FRANCISCO e aos especialistas e instrutores CT (CD) ALEXANDRO BARBOSA DE AZEVÊDO e CT(CD) JEANNE DA CUNHA MACEDO pela amizade, companheirismo e por buscar passar todo o conhecimento, seja nas aulas teóricas seja na prática clínica, não medindo esforços para oferecer o melhor à minha formação;

À Professora Doutora MARIA ELISA RANGEL JANINI, que de forma generosa abriu as portas do Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da UFRJ, complementando os conhecimentos adquiridos no decorrer deste curso;

Aos demais professores e colegas do curso de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UFRJ, pela convivência e pelos conhecimentos passados ao longo do meu estágio nesta respeitosa instituição, a qual com orgulho posso dizer que é minha casa, pois outrora me formou Cirurgião-Dentista, no já longínquo ano de 1993;

Aos demais professores com os quais tive a oportunidade de cruzar no decorrer do curso, seja no ciclo básico, seja no ciclo profissional;

Aos demais colegas do Setor de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha, pela convivência diária e apoio.

Aos funcionários civis e estagiários, que com sua labuta diária nos ajuda a exercer nossa nobre missão;

Por fim, um agradecimento especial a todos os pacientes, pois sem eles nossa querida Odontologia e nossa especialidade não existiriam.

## **RESUMO**

O câncer da cavidade bucal é um evidente problema de saúde pública mundial e no Brasil a estimativa para os anos de 2012 e 2013 é de aproximadamente 9.990 novos casos em homens e 4.180 em mulheres (Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2012). Entre os tipos de câncer que acometem a cavidade bucal, mais de 90% são carcinomas espinocelulares – CEC (NEVILLE et al., 2009). A maioria dos casos de CEC acomete indivíduos do gênero masculino entre a sexta e oitava décadas de vida, tabagistas e/ou etilistas de longo prazo, com baixo nível de escolaridade e apresentam Estádio Clínico (EC) avançado no momento do diagnóstico. Um número crescente de casos tem sido observado em indivíduos jovens, com menos de 40 anos de idade e que não fazem uso de tabaco e/ou bebidas alcoólicas. Antes do aparecimento do câncer bucal, desordens potencialmente malignas (DPM) podem estar presentes e uma estratégia preventiva é a realização de programas de rastreamento bucal, cujo emprego se justificativa na possibilidade de detecção precoce de lesões assintomáticas e que consiste na realização do exame visual e tátil da cavidade bucal e estruturas adjacentes, sendo considerado um método simples, rápido, fácil, de baixo custo, e sem desconforto para os pacientes. Além disso, é uma técnica, através da qual se pode detectar diferentes lesões da mucosa bucal e manifestações bucais de condições sistêmicas que poderiam passar despercebidas de outra forma. O objetivo deste trabalho de pesquisa foi realizar o levantamento retrospectivo das lesões benignas, malignas e DPM da cavidade bucal e estruturas adjacentes, diagnosticadas nos 17.776 pacientes atendidos no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha (OCM) no período de maio de 2011 a maio de 2012. Para tal, foi feito um levantamento dos dados presentes nas fichas clínicas dos pacientes com

lesões e de seus respectivos prontuários eletrônicos, quando necessário. Este trabalho concluiu que a técnica de rastreamento é uma técnica simples de ser executada, apresentando boa relação custo-benefício e foi capaz de identificar 368 lesões em 330 pacientes, 323 lesões benignas, 35 DPM e 10 lesões malignas da cavidade bucal.

Palavras Chaves: Programas de rastreamento. Diagnóstico bucal. Doenças da boca. Neoplasias bucais.

## **ABSTRACT**

Cancer of oral cavity is an evident problem worldwide and in Brazil the estimation for the years 2012 and 2013 is about 9.990 new cases in men and 4.180 among women (The Brazilian National Institute for Cancer - INCA, 2012). More than 90% of the cancer lesions found in oral cavity represent squamous cell carcinomas – SCC (NEVILLE et al., 2009). Most of SCC cases affect males between the sixth and eighth decades of life, heavy smokers and/or drinkers, with a low educational level, and usually present an advanced clinical stage when diagnosed. A growing number of cases have been observed among younger people, below 40 years of age and who are not drinkers or smokers. Before lesions of cancer appear on oral cavity, potential malignant disorders (PMD) may be present and a preventive strategy is the oral screening technique which employment justifies in the possibility to early detect asymptomatic lesions and that consists of the visual and tactile examination of oral cavity and adjacent structures. It is considered to be a simple, rapid, easy managing and low cost method, besides not being uncomfortable for the patients. Therefore, many different lesions and oral manifestations of systemic conditions might be detected, and that could otherwise be neglected. The aim of this research was to evaluate retrospectively the numbers of benign lesions, PMD and malignant disorders found in oral cavity and adjacent structures among the patients examined at the Service of Oral medicine at Navy Oral Central clinics, from May 2011 to May 2012.

For so, data present in patients' clinical and electronic files were collected and analyzed. Within this given period, among the 17.776 patients examined, 368 lesions in 330 patients were found, being 323 benign lesions, 35 PMD and 10 malignant lesions. It was concluded that screening presented as a simple and effective technique, with a good cost-benefit relation when executed.

Key words: Mass screening. Oral diagnosis. Mouth diseases. Mouth neoplasms.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEC – Carcinoma Espinocelular

CEP-HNMD – Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias

DMB- RDE – Desordem da Mucosa Bucal com Risco de Displasia Epitelial

DPM – Desordem Potencialmente Maligna

EC – Estádio Clínico

EUA – Estados Unidos da América

HNMD – Hospital Naval Marcílio Dias

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LL – Lesão Líquenóide  
 LB – Leocoplasia Bucal  
 LP – Líquen Plano  
 LPB – Líquen Plano Bucal  
 OAB – Osteonecrose Associada ao uso de Bisfosfonatos  
 OCM – Odontoclínica Central da Marinha  
 OM – Organização Militar  
 OMS – Organização Mundial de Saúde  
 QA – Queilite Actínica  
 SSM – Serviço de Saúde da Marinha  
 RSEPB - OCM – Rastreados no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha  
 TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1.		Introdução	11
2.		Revisão da	14
2.1	Histórico e	Objetivos do	14
2.2		Definição de	15
2.3		Classificação de	



7.	Conclusões-----	
	-- 53	
8.		Referências
	-----	54
	Anexos	
	-----	59

• **INTRODUÇÃO**

Conhecido há muitos séculos, o câncer foi considerado uma doença dos países desenvolvidos ou daqueles com grandes recursos financeiros. Há aproximadamente quatro décadas a situação vem mudando e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente naqueles com poucos e médios recursos (INCA, 2012). No Brasil, espera-se para 2012, 9.900 novos casos de câncer da cavidade bucal para o gênero masculino e 4.180 novos casos para o gênero feminino. Estes valores correspondem a um risco estimado de 10 casos novos a cada 100.000 homens e 4 casos novos a cada 100.000 mulheres. O câncer da cavidade bucal em homens é o quarto mais frequente na região Nordeste (6/100 mil), nas regiões Sudeste (15/100 mil) e Centro-Oeste (9/100 mil) ocupa a quinta posição, enquanto nas regiões Sul (12/100 mil) e Norte (3/100 mil) é o sexto mais frequente. Para as mulheres, é o oitavo mais frequente na região Nordeste (3/100 mil). Nas regiões Sudeste (6/100 mil) e Norte (2/100 mil) ocupa a nona posição, enquanto nas regiões Centro-Oeste (3/100 mil) e Sul (3/100 mil) é respectivamente o 12º e o 15º mais incidente (INCA,2102). Desse total, mais de 90% dos tumores malignos da cavidade bucal são de carcinomas espinocelulares (CEC), sendo esse também o principal responsável por uma grande proporção de tumores malignos na região de cabeça e pescoço (NEVILLE et al., 2009; LOCKHART; NORRIS e PULLIAN, 1988; 2005; HONORATO et al., 2009; SCULLY, 2009) .

A maioria dos casos de CEC acomete indivíduos do gênero masculino, com mais de 40 anos de idade, tabagistas e/ou etilistas de longo prazo, com baixo nível de escolaridade e apresentam Estádio Clínico (EC) avançado no momento do diagnóstico

(BERGAMASCO et al., 2008). Porém, um número crescente de casos tem sido observado em indivíduos jovens, com menos de 40 anos de idade e que não fazem uso de tabaco e/ou bebidas alcoólicas (INCA, 2012).

A despeito dos avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento, a taxa de sobrevida em 5 anos associada ao CEC tem permanecido inalterada nos últimos 30 anos, variando de 43% a 64%, haja vista a maioria dos casos de câncer ser diagnosticada em estágios avançados da doença (EC III e IV). Dessa forma, o câncer bucal é considerado um problema de saúde pública (CARVALHO et al., 2004; REGEZI et al., 2008; HONORATO et al., 2009; AHMEDIN et al., 2010). Pacientes com câncer bucal diagnosticados em seus estágios iniciais apresentam uma chance maior de cura e sobrevida (de até 90%) e com menor morbidade do que os diagnosticados nos estágios avançados da doença (PITIPHAT et al., 2002; SHIN et al., 2010).

A prevenção primária desta doença consiste em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção de saúde (ANTUNES et al., 2007). Outra estratégia preventiva de nível secundário é a realização de programas de rastreamento, cujo emprego se justifica pela possibilidade de detecção precoce de lesões assintomáticas e aumento da taxa de sobrevida, preenchendo assim os critérios necessários estabelecidos pela OMS em 1968 para a realização de um programa de rastreamento (WILSON e JUNGNER, 1968; SANKARANARAYANAN et al., 2000; SPEIGHT et al., 2002).

O rastreamento consiste na realização do exame visual e tátil da cavidade bucal e estruturas adjacentes, sendo considerado um método simples, rápido, fácil, de baixo custo, e sem desconforto para os pacientes. Quanto aos tipos de rastreamento, estes podem ser de base comunitária (ou populacional), de grupos fechados, ocasionais e oportunistas (WILSON e JUNGNER, 1968; SANKARANARAYANAN et al., 2000; SPEIGHT et al., 2002; RETHMAN et al., 2010).

No entanto, antes do aparecimento do câncer bucal, desordens potencialmente malignas (DPM) podem estar presentes. Assim, a identificação precoce dessas alterações por meio de exames de rastreamento, evitaria a progressão/transformação das mesmas para uma lesão de CEC. Pertencem a esse grupo de lesões, as eritroplasias, leucoplasias, queilite actínica, lesões liquenóides, líquen plano, entre outras (SCULLY et al., 2009).

Além de lesões malignas e potencialmente malignas, outras lesões benignas que acometem a cavidade bucal e estruturas adjacentes também podem ser detectadas durante os exames odontológicos de rotina (NAPIER e SPEIGHT, 2008; LODI e PORTER, 2008). Entre estas lesões, encontram-se a hiperqueratose friccional, candidose, úlceras traumáticas, entre outras que têm sido identificadas em programas de rastreamento (CAMPISI e MARGIOTTA, 2001; NAGAO et al.,2002).

Baseado nessas premissas, em maio de 2011 foi implementado no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha (OCM) um programa de rastreamento contínuo e ininterrupto, do tipo oportunista, aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) que buscam atendimento odontológico, independente da especialidade, com o objetivo de identificar lesões malignas assintomáticas e em estágio inicial, DPM e outras lesões da cavidade bucal.

Portanto, este trabalho de pesquisa teve o seguinte objetivo: fazer o levantamento retrospectivo da prevalência das lesões benignas, lesões malignas e DPM da cavidade bucal e estruturas adjacentes, nos pacientes atendidos no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM no período de maio de 2011 a maio de 2012.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Histórico e Objetivos do Rastreamento**

A prática do rastreamento múltiplo desenvolveu-se muito nos Estados Unidos da América (EUA) já na metade do século passado, na forma de programas, tendo sido muito discutida em importantes trabalhos publicados entre 1949 e 1952 (CHAPMAN, 1949; MOUNTIN, 1950 e SMILLIE, 1952). Em 1957, nos EUA, a Comissão sobre Doenças Crônicas reconheceu o valor do rastreamento multifásico na prática médica e considerou que ele constituía um meio prático na detecção precoce de inúmeras doenças crônicas e debilidades importantes, listando as condições médicas que poderiam ser beneficiadas, entre elas o câncer de boca (COMMISSION ON CHRONIC ILLNESS, 1957).

Em 1960, a Associação de Saúde Pública Americana endossou fortemente o rastreamento múltiplo em uma publicação intitulada Doença Crônica e Reabilitação: Guia para as Agências de Saúde Locais e Estaduais. Reconheceu que o rastreamento deveria assumir um papel importante na detecção precoce de doenças e que se tratava de uma técnica efetiva, ocupando papel auxiliar ao exame de saúde periódico dos pacientes. Considerou ainda a economia do tempo e da energia de profissionais

médicos e dentistas altamente qualificados (AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION -1960).

Em 1968, WILSON e JUNGNER definiram que o objetivo da detecção precoce consistiria em buscar e curar condições que já produziram alterações patológicas, mas que ainda não atingiram um estágio em que a ajuda médica é procurada espontaneamente pelos pacientes atingidos. Com isso, tratamentos menos complexos seriam requeridos, poupando-se tempo e energia de profissionais de saúde mais bem qualificados para as situações mais complexas. Esses autores também esboçaram princípios para sua aplicação, assim como suas vantagens e desvantagens e potenciais custos e ganhos em termos de redução de mortalidade e morbidade frente às diferentes situações e patologias.

## **2. 2 Definição de Rastreamento**

Para WILSON e JUNGNER, o rastreamento pode ser definido como sendo a identificação presumida de doença ou defeito não reconhecido, pela aplicação de testes, exames, ou outros procedimentos que possam ser aplicados de forma rápida. Visa, entre os pacientes examinados, buscar aqueles que possam apresentar alguma desordem de saúde, apesar de aparentemente saudáveis. É uma técnica que pretende combater as doenças em um estágio mais precoce, detectando-as em seus estágios iniciais, em fases pré-sintomáticas ou com sintomas inespecíficos. Para tanto, o exame físico simples e rápido é realizado, associando-o à anamnese realizada de forma mais completa possível, visando-se também a detectar fatores de risco.

## **2.3 Classificação de Rastreamento**

Segundo WILSON e JUNGNER, o rastreamento pode ser classificado em:

a) Rastreamento de massa ou de base populacional - realizado em larga escala, em grandes grupos populacionais, sem seleção de grupos de risco;

- b) Seletivo - quando se define os grupos a serem estudados, geralmente grupos considerados de alto risco ao desenvolvimento de determinada patologia, sendo um subtipo de rastreamento de base populacional;
- c) Múltiplo ou multifásico - definido como aquele em que se combinam dois ou mais testes de rastreamento, aplicando-os a um grande número de pessoas em um grupo populacional. Objetiva-se com isso, economia de recursos humanos e materiais.
- d) Oportunista – aquele rastreamento praticado pelo cirurgião-dentista em sua clínica diária, haja visto que é realizado quando o paciente vai procurar o profissional no intuito de obter o tratamento dentário. Neste momento, o profissional obtém a história clínica do paciente, busca avaliar sua saúde geral e o risco de desenvolvimento de doença, levantando-se fatores de risco para a doença a ser prevenida, tabagismo e etilismo, entre outras informações importantes.

## **2.4 Princípios do Rastreamento**

Em 1968, em um trabalho clássico, encomendado pela OMS, WILSON e JUNGNER objetivaram definir de forma clara e simples os princípios da prática do rastreamento, uma vez que o assunto tornava-se cada vez mais importante, principalmente nos países desenvolvidos, com o aumento das prevalências das doenças crônicas em relação às doenças de comunicação compulsória e infecciosas, mais comuns aos países de menor renda e menos desenvolvidos e ligadas geralmente à falta de infraestrutura e saneamento básicos.

Os princípios traçados foram os descritos abaixo:

- a) A doença a ser buscada no rastreamento deve ser um importante problema de saúde pública;
- b) Deve existir um tratamento aceito para esta condição;
- c) Facilidades para o diagnóstico e tratamento disponíveis para estes pacientes;
- d) Existência de uma fase latente ou estágio sintomático precoce reconhecível;
- e) Existência de um teste ou exame aplicável ou adequado à condição;
- f) Os testes a serem realizados devem ser aceitos pelos pacientes;
- g) Conhecimento da história natural e do desenvolvimento da doença em questão, desde sua fase de latência até seu diagnóstico clínico firmado;
- i) Política acordada quanto aos pacientes que devem ser tratados;

j) O custo envolvido e a relação custo-benefício de se tratar estes pacientes desde a detecção precoce; e

k) O processo de rastreamento tem que ser contínuo.

Para esses autores, de todos os princípios acima descritos, o mais importante é a possibilidade ou não de se tratar de forma adequada à doença em questão, uma vez que ela seja detectada precocemente, sendo ainda segundo os mesmos, essencial determinar se um prognóstico melhor é alcançado se a doença for tratada em um estágio anterior à prática habitual ou em uma fase pré-sintomática.

## **2.5 Rastreamento do Câncer Bucal**

O câncer bucal é uma doença que satisfaz apropriadamente os critérios definidos por WILSON e JUNGNER em 1968 e é um importante problema de saúde pública, podendo-se apresentar clinicamente como lesões assintomáticas porém já invasivas. É uma doença de relativa baixa incidência, mas com alta morbidade e mortalidade (DOWNER et al., 1995 ; DOWNER; JULIEN e SPEIGHT,1997;SANKARANARAYANAN et al., 2000;MOLES; DOWNER e SPEIGHT, 2002). O exame visual da cavidade bucal é um exame simples e satisfatório em termos de sensibilidade, especificidade e valor preditivo, sendo apropriado para o rastreamento de câncer bucal, de acordo com os critérios já discutidos, além de ser útil na detecção das DPM.

## **2.6 Histórico do Rastreamento do Câncer Bucal e DPM**

Em um estudo indiano realizado entre 1967 e 1971 SILVERMAN et al. (1976) na cidade de Gujarat, rastrearam 57.518 trabalhadores da indústria com o objetivo específico de se determinar a prevalência da leucoplasia bucal, tendo-se encontrado um total de 6.718 indivíduos (11,6%), com mais de 35 anos de idade, que apresentaram leucoplasia. Após o período de dois anos, 4.762 ou 71% dos indivíduos foram reexaminados. A mucosa jugal foi o local mais acometido e 98,3% dos indivíduos faziam uso de tabaco por fumo ou mascavam tabaco além de fumar, hábito muito comum naquele país. No total, seis indivíduos (0,13%) desenvolveram lesão de CEC em dois anos. A taxa de incidência de transformação maligna foi de 63

casos por 100.000 habitantes por ano. Este estudo clássico demonstrou a natureza pré-maligna da leucoplasia bucal.

BOUQUOT e GORLIN (1986) rastrearam 23.616 americanos leucodermas, com mais de 35 anos de idade, no intuito de se verificar a prevalência de leucoplasia, líquen plano e outras queratoses bucais. Leucoplasia foi diagnosticada em 608 casos (2,5%), sendo duas vezes mais elevada no gênero masculino que no gênero feminino, aumentando sua taxa de prevalência para ambos os gêneros com o aumento da idade. Das lesões encontradas, 7% demonstraram ser CEC. Ainda foram diagnosticadas lesões eritroplásicas, três delas apresentando displasia epitelial intensa.

BÁNÓCZY e RIGÓ (1991) rastrearam 7820 indivíduos em um distrito de Budapeste, sendo 43% de homens e 57 % de mulheres, onde 42% de todos os indivíduos apresentavam mais de 60 anos de idade. Lesões de leucoplasia foram encontradas em 1,3 % dos casos (104 indivíduos), sendo 1 caso de CEC entre estes . Entre os indivíduos com lesão, 86,5% eram etilistas e apenas 30% das leucoplasias foram diagnosticadas no gênero feminino.

IKEDA et al. (1991) conduziram um estudo de rastreamento em 3.131 trabalhadores da indústria no Japão, e 2,5% apresentaram leucoplasia, cuja prevalência se apresentou maior em homens fumantes. Em realidade, no seu estudo 73% dos indivíduos tabagistas apresentavam leucoplasia.

Três programas de rastreamento foram realizados no Reino Unido em estabelecimentos industriais e DOWNER et al. (1995) mostraram que 5,5% dos indivíduos examinados apresentavam alguma lesão, sendo a prevalência de leucoplasia de 2,9%, com oito casos de líquen plano bucal (LPB). Somente o uso abusivo de tabaco demonstrou algum risco.

Em 1997 foi realizado um rastreamento de base populacional para a detecção de CEC da cavidade bucal, faringe e laringe através da análise de sintomas e de inspeção sistemática da cavidade bucal de 4611 pacientes tabagistas e com idade maior que 40 anos (PROUT et al., 1997). O estudo foi realizado em cidades do interior de Boston, EUA. Destes, 313 pacientes foram encaminhados a especialistas médicos (otorrinolaringologistas) para avaliação. Entre todos os pacientes avaliados, 13% apresentaram alguma lesão bucal, sendo encontrados 144 pacientes com leucoplasia (3,1%), 242 com eritroplasia (5,2%) e 204 com outras lesões da cavidade bucal (4,4%). Seis pacientes apresentaram câncer, sendo 1 paciente com câncer de

boca (língua) após 3 meses de acompanhamento.

No ano 2001, na Itália, em uma ilha à sudoeste da Sicília, foi feito um estudo de base populacional com o objetivo de verificar a prevalência de lesões da mucosa bucal, com ênfase nas DPM e lesões de CEC (MARGIOTTA e CAMPISI, 2001). Um total de 118 indivíduos exclusivamente do gênero masculino foram selecionados de forma aleatória e foram examinados. Foi realizado um questionário socioeconômico, onde se buscou obter informação quanto a riscos comportamentais e o exame clínico foi realizado usando-se critérios da OMS. A prevalência das lesões bucais observadas bem como dados sobre higiene bucal, tabagismo, etilismo e exposição à radiação solar foram analisados. O etilismo foi o hábito mais comum observado nos indivíduos analisados (73%), seguido por tabagismo (58,5%). Somente 3% dos indivíduos apresentavam higiene bucal adequada e 25% eram edêntulos. Lesões bucais foram observadas em 81,3% dos indivíduos, principalmente língua saburrosa (51,4%), leucoplasia (13,8%), lesões de origem traumática (úlceras traumáticas e ceratose friccional) em 9,2%, queilite actínica (QA) em 4,6% e finalmente uma lesão de CEC foi observada em um indivíduo, representando 0,9% do total. Foi observada uma associação estatística importante entre a prevalência de língua saburrosa e tabagismo e entre a prevalência de QA e etilismo/tabagismo.

Foi realizado na Índia (país com alta incidência de câncer bucal), por profissionais de saúde altamente treinados, um importante estudo de base populacional com o objetivo de se determinar o efeito do rastreamento bucal na taxa de mortalidade de uma determinada população. A região escolhida apresentava então a quarta maior taxa de câncer bucal relatada no mundo, com uma incidência de 16,3 casos para cada 100.000 habitantes para o gênero masculino e de 7,7 casos para cada 100.000 habitantes para o gênero feminino. Três etapas de rastreamento foram planejadas, com um intervalo de 3 anos entre elas, tendo sido apresentados no ano 2000, os resultados da 1ª etapa do estudo, que ocorreu entre outubro de 1995 e maio de 1998 (SANKARANARAYANAN et al., 2000). Indivíduos aparentemente saudáveis, com idade a partir dos 35 anos, foram aleatoriamente divididos em dois grupos: controle e de estudo. No grupo controle, o tratamento dispensado aos participantes era o padrão, ou seja, orientação visando o desestímulo ao uso do tabaco e álcool, reconhecidos fatores de risco, enquanto o rastreamento bucal foi realizado no grupo de estudo de forma contínua. Os indivíduos com lesões bucais sugestivas de

DPM ou lesões malignas foram encaminhados para exame com especialistas. No grupo de estudo, 31,4% não relatavam uso de tabaco ou álcool, enquanto que no grupo controle 44,1% eram formados de não tabagistas e não etilistas. Dos 59.892 participantes do grupo de estudo, 3.585 foram encaminhados ao especialista, encontrando-se 36 indivíduos com câncer de boca e 1310 com DPM. Do total de 63 lesões de câncer bucal, 47 foram detectadas no grupo de estudo e as 16 lesões restantes no grupo controle que não foi realizado o rastreamento e que contava com 54.707 participantes. Chegou-se a taxa de 56,1 casos (por 100.000 habitantes) no grupo de estudo e 20,3 no grupo controle. A detecção de lesões de câncer em estágios iniciais foi maior no grupo de estudo. A detecção de lesões de câncer ou desordens potencialmente malignas foi maior no grupo que recebeu rastreamento contínuo, indicando a validade da técnica de rastreamento.

Em 2002, foi feito um estudo (NAGAO et al., 2002), com o intuito de se verificar a prevalência de lesões malignas, DPM e outras lesões da cavidade bucal através do rastreamento em trabalhadores de uma indústria japonesa estabelecida no Reino Unido, além de fatores de risco associados. Examinaram-se 484 trabalhadores, sendo que 63,4% eram do gênero masculino, dos quais 31,3% eram fumantes, ao contrário de 26,65% das mulheres. Os indivíduos relataram fumar diariamente. Como resultado, 22% do total de indivíduos examinados apresentavam algum tipo de lesão bucal, incluindo 16 lesões de leucoplasia (3,3%) e 3 lesões de LPB (1%), sendo que 87% dos indivíduos detectados com leucoplasia bucal fumavam diariamente pelos últimos 16 anos.

SANKARANARAYANAN et al. (2005) publicaram o resultado completo da pesquisa indiana iniciada em 1995, já com as três fases finalizadas, que ocorreram entre 1995 a 2004. Ao término, 91% dos participantes do grupo controle haviam sido rastreados uma vez, 55 % duas vezes e 30% três vezes. No total, 205 casos de câncer bucal e 77 casos de óbito pela doença foram verificados no grupo de estudo, ao passo que no grupo controle foram 158 casos com 87 óbitos. Setenta (70) casos de óbito ocorreram em pacientes que usavam tabaco e ou álcool, no grupo de estudo, ao passo que ocorreram 85 casos de óbito no grupo controle. A taxa de mortalidade foi maior no grupo controle, em indivíduos do gênero masculino e com maior idade, os quais não tinham sido submetidos ao rastreamento. As lesões de câncer bucal foram detectadas em mucosa jugal, língua, gengiva, palato duro e soalho de boca e no grupo

de estudo, 41 % dos casos apresentavam-se nos EC I e II, ao contrário do grupo controle, em que apenas 23 % foram diagnosticados nos estágios iniciais. Conseqüentemente, a taxa de sobrevivência foi significativamente maior no grupo de estudo em relação ao controle (50% vs 34%). Na prática, houve uma redução de 34 % da taxa de mortalidade entre os usuários de tabaco e álcool com o programa de rastreamento em questão, ou de 43%, se somente o gênero masculino for considerado, tratando-se de uma diferença estatisticamente significativa. Os autores chegaram à conclusão que o rastreamento poderia, de fato, reduzir a mortalidade em indivíduos de alto risco para o desenvolvimento de câncer bucal, apresentando o potencial de prevenir ao menos 37 000 novos casos por ano. A sensibilidade do programa de rastreamento em detectar câncer bucal foi de 64%.

SPEIGHT et al. (2006) realizaram um trabalho de revisão para avaliar a eficácia do rastreamento para detectar lesões de câncer bucal e DPM. Nove bases de dados foram analisadas na busca de estudos que versassem sobre o assunto na literatura, mais especificamente sobre as medidas utilizadas na determinação da eficiência da técnica de rastreamento bucal. Os estudos incluídos na revisão mostravam uma grande gama de diferenças quanto aos objetivos, modelo, localização, número e características de participantes, tipos de dados coletados entre outros. A revisão de todos estes estudos não produziu qualquer evidência a favor ou contra os benefícios potenciais associados com um programa de rastreamento de câncer bucal. Foi concluído ao final do estudo que os dados disponíveis sobre o assunto não eram suficientes para se determinar de forma inequívoca a eficácia do programa de rastreamento do câncer bucal até o presente momento. Contudo, pareceu haver evidência de que o rastreamento para o câncer bucal poderia ser efetivo ao menos nos países em desenvolvimento com alta incidência da doença.

Em 2006, na Inglaterra, foi feita uma pesquisa entre os cirurgiões-dentistas não especialistas e os especialistas em Cirurgia Bucal e Medicina Bucal, para se determinar o grau de conhecimento dos profissionais sobre o câncer bucal e a abordagem utilizada nos pacientes de alto risco para o desenvolvimento desta doença. Procurou-se avaliar o grau de conhecimento sobre os fatores de risco e a eficácia de programas de rastreamento utilizados pelos especialistas e a eficácia do tratamento dispensado pelos dentistas não especializados, muitas vezes o aconselhamento aos pacientes quanto a evitar os fatores de risco. Enfim, o grau de conhecimento sobre o

assunto em geral e a conduta dos profissionais frente ao problema. Para tanto foi enviado por correio um questionário padrão para 200 profissionais não especialistas e 305 especialistas, de forma aleatória, tendo se obtido resposta de 67% dos profissionais. O conhecimento dos especialistas foi consistente com o existente sobre o assunto, porém entre os dentistas não especialistas havia deficiência sobre o assunto e os fatores de risco envolvidos. Aconselhamento sobre risco do tabaco e álcool no desenvolvimento do câncer de boca era feito por mais de 70% dos especialistas, ao contrário de 41% dos não especialistas. Mais de 95 % dos profissionais que responderam à pesquisa usavam o exame visual no rastreamento dos pacientes e 90% acreditavam na eficácia da técnica para a detecção de lesões precoces (KUJAN et al., 2006).

SANKARANARAYANAN et al. (2009), analisaram a relação custo-benefício em termos econômicos, da detecção precoce do câncer de boca, haja vista o volume de recursos necessários na condução de uma pesquisa, em termos materiais e humanos. Os autores concluíram que a melhor relação custo benefício é alcançada quando se oferece um programa de rastreamento a uma população de alto risco para o desenvolvimento de câncer de boca. De fato, é uma abordagem economicamente viável em populações pobres e de alto risco, além do ganho individual em termos de saúde.

A Sociedade do Câncer Americana estimou que haveria 35.720 novos casos de câncer da região bucal e orofaríngea nos EUA em 2009, com a previsão de 7600 mortes (RETHMAN et al., 2010). Foram estimados aproximadamente 23110 novos casos de câncer bucal para aquele ano, com 5370 mortes. Em uma importante pesquisa encomendada pelo conselho em assuntos científicos da Associação Dentária Americana, foram apresentadas recomendações clínicas baseadas em evidência, apontando os benefícios e os riscos potenciais do rastreamento de lesões de câncer bucal e o uso de recursos auxiliares, com por exemplo o azul de toluidina, no intuito de se detectar lesões malignas bucais e potencialmente malignas. O painel concluiu que o rastreamento por meio de exame visual e tátil no intuito de se detectar lesões malignas ou potencialmente malignas da cavidade bucal pode resultar na detecção de câncer bucal em estágios iniciais de desenvolvimento, mas que há evidência científica insuficiente para se determinar se o rastreamento altera a mortalidade da doença especificamente em pessoas assintomáticas que buscam o tratamento dentário. No

entanto, o estudo sugeriu que os clínicos se mantivessem em alerta para os sinais de lesões potencialmente malignas ou lesões de câncer em estágio inicial enquanto procedessem o seu exame clínico visual e tátil de rotina, particularmente em etilistas e tabagistas. Este estudo ratificou muitos anteriores, afirmando que o rastreamento pode detectar lesões de câncer nos estágios iniciais (EC I e II), mas nenhum aparelho adjuvante na prática clínica, baseado em autofluorescência ou reflexão tecidual aumenta a possibilidade de detecção de casos iniciais.

Foi realizado em Taiwan (YANG et al.,2010) um estudo de rastreamento de base populacional para se determinar a prevalência de DPM numa população que culturalmente possui o hábito de mascar a folha de betel (além do tabagismo e etilismo), muito associada à fibrose submucosa (também uma DPM) e à leucoplasia, além de eritroplasia e outras DPM. Foram rastreados um total de 2020 indivíduos acima de 35 anos de idade, em quatro comunidades indígenas entre outubro a dezembro de 2005, detectando-se dois casos de CEC comprovados histologicamente. Das lesões detectadas no rastreamento, 15,5% representavam DPM, sendo que a lesão mais frequente foi a leucoplasia (11,1 %), seguida da fibrose submucosa (4,4%).

## **2.7 Rastreamento de Lesões da Mucosa Bucal**

O diagnóstico da grande variedade de lesões que acometem a cavidade bucal é parte essencial da prática dentária. Um importante elemento no estabelecimento do diagnóstico é o conhecimento da frequência relativa das lesões ou sua prevalência em um dado momento. A literatura mostra trabalhos que não se baseiam em amostras significativas da população em geral, haja visto que são feitos geralmente em determinados grupos populacionais que não são representativos da população em geral.

AXEL (1976) relatou os resultados de uma mostra aleatória de 20 333 indivíduos, a partir de um universo de 250 000 residentes, com idade maior que 15 anos de idade, no condado de Uppsala, Suécia, tendo encontrado como mais prevalentes as seguintes lesões: aftas recorrentes (17,70%), herpes labial recorrente (17,38%), estomatite protética (16,2%), e língua geográfica (8,57%).

SHULMAN et al., em 2004, mostraram os resultados encontrados em um levantamento feito entre os anos de 1988 a 1994, durante o terceiro levantamento de

saúde e nutrição nos EUA. Os dentistas participantes foram devidamente treinados para reconhecer e classificar 48 lesões de interesse, incluindo o diagnóstico, tamanho, localização, morfologia da superfície, consistência, cor, duração da lesão e história clínica baseando-se no guia da OMS para o diagnóstico e epidemiologia de doenças das mucosas bucais. Foram examinadas 17.235 pessoas, com idade mínima de 17 anos, das quais, 4.801 (27,9%) tinham um total de 6003 lesões. Lesões relacionadas a prótese (estomatite protética, hiperplasia, úlceras, inflamação e queilite angular) compunham 8,4 % das lesões e as relacionadas ao tabaco (tabaco sem fumaça e estomatite nicotínica) compunham 4,7% das lesões. Foram achadas ainda tatuagens por amálgama (3,3%), seguidas por *morsicatio buccarum* e *morsicatio labiorum* (3,05%) e lesões brancas friccionais (2,67%). Verificou-se que os usuários de tabaco e os usuários de prótese removíveis tinham as maiores chances de desenvolver lesões bucais. As lesões variaram muito em função da idade, gênero, etnia, uso de prótese e uso de tabaco. Foi feito exame histopatológico de 1291 pacientes, encontrando-se ainda leucoplasia (10,3%), LPB (6,3%) e eritroplasia (0,05%). As chances de apresentar lesões bucais aumentaram com a idade. As pessoas com 70 anos ou mais apresentavam o dobro de chance de desenvolver uma lesão se comparados a faixa de 17 a 29 anos. Usuários de tabaco apresentaram 4 vezes mais chance de apresentar lesões que os não usuários, e os usuários de próteses removíveis apresentavam 3 vezes a chance de apresentar lesão. Quanto à localização, o palato duro apresentava o maior número de lesões (25,9%), seguido da gengiva (20,4%), lábios (15,4%), e dorso da língua (14,2%).

Em um trabalho recente, CAMPISI et al., (2012) procuraram determinar a frequência de lesões da mucosa bucal em uma unidade hospitalar na Itália, a partir dos registros da atividade clínica do setor de Medicina Bucal daquela instituição, que haviam sido diagnosticadas por rastreamento de janeiro de 2004 a dezembro de 2008, fazendo ainda uma avaliação estatística dos fatores comportamentais e demográficos associados a estes pacientes. Foram encontrados 3.154 pacientes atendidos com ao menos uma lesão bucal, sendo que a avaliação estatística foi feita em 1.753 pacientes, com 1.839 lesões ao total. Um total de 1.401 pacientes não foram avaliados devido a informações incompletas quanto ao etilismo, tabagismo ou uso de medicações. Para se fazer a análise estatística, foram levadas em conta as seguintes variáveis: tabagismo, etilismo, uso de medicações, idade e gênero. O rastreamento em questão havia sido

realizado por dentistas treinados para reconhecer as DPM, os quais ainda haviam realizado exames intra e extra-orais através de protocolos definidos. A idade média dos pacientes era de 55 anos de idade, com 687 homens (39,2%), com idade média de 53,2 anos e 1066 mulheres (60,8%) com idade média de 56,7 anos. As 11 patologias mais prevalentes passaram por análise estatística, cobrindo 76% de todos os casos. Foram elas: candidose (18,4%), LPB (13,8%), hiperplasia fibrosa (9,1%), Síndrome da Ardência Bucal – SAB (7,3%), hiperqueratoses – queratose friccional, linha alba e *morsicatio buccarum* (6,2%), estomatite aftosa recorrente (5,6%), leucoplasia (4%), CEC (3%), halitose (3,3%), síndrome de Sjögren (3%) e osteonecrose associado ao uso de bisfosfonatos (2,2%). Analisando os dados encontrados, o autor concluiu que o tabagismo, etilismo, CEC e leucoplasia bucal estão muito associados ao gênero masculino. A osteonecrose por bisfosfonatos e a Síndrome de Ardência Bucal são mais encontradas em pacientes com idade maior que 60 anos de idade, ao contrário da estomatite aftosa recorrente que é mais encontrada em indivíduos mais jovens.

## **2.8 Rastreamento no Brasil**

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção de saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos consiste em uma estratégia de prevenção secundária. Com o objetivo de integrar os dois níveis de prevenção, foi implementada em 2001 no Estado de São Paulo, uma Campanha Anual de Prevenção e Diagnóstico Precoce de lesões suspeitas de câncer (ANTUNES et al., 2007).

Em 2007, ANTUNES et al., avaliaram os resultados obtidos na campanha do ano de 2004 ocorrida no Estado de São Paulo, que ocorreu no contexto da campanha de vacinação contra a gripe em idosos. Foram levantados os dados sobre o seguimento de pacientes encaminhados para elucidação diagnóstica de lesões de tecido mole da boca após diagnóstico visual. Foram avaliados os indicadores de resolutividade da campanha (número de pessoas cujo problema foi resolvido no nível básico de atenção à saúde ou em serviços de referência; e pessoas com diagnóstico confirmado de câncer bucal) e de falta de resolutividade (não comparecimento dos encaminhados na unidade de referência; incapacidade do nível básico de atenção à saúde de resolver o

problema e não identificação de serviços de referência com capacidade para resolver o problema e pessoas sem informação quanto ao seguimento). Foram examinadas 238.087 pessoas de 60 anos ou mais, correspondendo a 6,8% da população do estado nessa faixa etária. Das 5.280 pessoas encaminhadas para elucidação diagnóstica de lesões em tecidos moles da boca, 60,5% tiveram o seu problema resolvido e 0,5% (26 casos) tiveram diagnóstico confirmado de câncer bucal; 22,5% não completaram o diagnóstico e para 16,5% dos encaminhamentos, não houve informação disponível quanto ao seguimento e desfechos. Devido à falta de monitoramento dos resultados na maior parte do Estado de São Paulo e a elevada proporção de pacientes cujo problema de lesão em tecido mole não pôde ser resolvido, a campanha mostrou-se ineficaz (Antunes, Toporcov e Wünsch-Filho, 2007).

ANDRADE (2010) investigou por meio de exames clínicos a prevalência de lesões malignas e DPM da cavidade bucal em indivíduos de ambos os gêneros, com idade igual ou acima de 40 anos, tabagistas/ex-tabagistas e/ou etilistas/ex-etilistas cadastrados em 4 Unidades de Saúde da Família (USFs) em 4 bairros da cidade de Piracicaba, em São Paulo. A população alvo foi estimada em aproximadamente 800 indivíduos, dos quais 125 foram voluntários para participar do rastreamento. Deste total, 55 indivíduos, ou 44% da amostra, apresentaram algum tipo de lesão na mucosa bucal, desenhando-se ao final o seguinte quadro: as lesões mais frequentes foram candidose por prótese (26,1%) e hiperqueratose friccional (24,65%). As úlceras traumáticas e hiperplasias fibrosas ocorreram em 15,06% e 9,58% respectivamente, enquanto que 2,72% dos casos foram lesões de queilite actínica. Houve 1 caso apenas das seguintes lesões: carcinoma ex-adenoma pleomórfico, CEC metastático de pulmão, leucoplasia (que posteriormente evoluiu para CEC de língua) e queilite angular, representando cada lesão dessa 1,36% da amostra. No total, detectaram-se 73 lesões da mucosa bucal, sendo 94,52% de lesões benignas, 4,1% de DPM e 1,38% de lesões malignas. No estudo em questão, as lesões de CEC metastático e leucoplasia acometeram pacientes tabagistas, sendo um deles etilista e um ex-etilista. O autor concluiu que o programa de rastreamento realizado possibilitou identificar lesões bucais, DPMs e lesões malignas em uma grande porcentagem dos participantes e se mostrou viável de ser realizado, de baixo custo e logística simples. Neste estudo o autor demonstrou claramente a evolução da lesão de leucoplasia bucal em um paciente do gênero masculino com 48 anos de idade e tabagista e etilista inveterado, que não

aderiu ao tratamento preconizado.

## 2.9 Perspectivas Futuras do Rastreamento

Em um trabalho recente, THOMAS et al. (2012), propuseram alterar a nomenclatura atualmente utilizada de DPM para Desordens da Mucosa Bucal com risco de Displasia Epitelial (DMB-RDE), afirmando ser a displasia epitelial um marcador histopatológico do potencial maligno das DPM, sendo a forma mais fidedigna de se determinar a possibilidade de uma lesão clínica evoluir para uma lesão maligna da mucosa bucal. Os autores buscaram desenvolver uma ferramenta simples de rastreamento bucal que pudesse ser utilizada até pelos dentistas clínicos, e que expressasse o risco de displasia nas lesões clínicas apresentadas pelos pacientes. Criaram um método baseado na atribuição de *scores* às lesões clínicas encontradas, com números menores para as lesões leucoplásicas e maiores para as lesões eritroplásicas e/ou ulceradas, identificando-se as lesões mais prováveis de serem lesões pré-malignas, de acordo com sua característica clínica. Porém, encontra-se ainda em fase experimental.

Os clássicos princípios estabelecidos por WILSON e JUNGNER no ano de 1968 para nortear a prática do rastreamento para a detecção precoce de lesões nas diversas áreas da Medicina e da Odontologia ainda são considerados o padrão-ouro pelos estudiosos, não obstante vários outros critérios terem sido propostos ao longo do tempo, visando adequação a diferentes contextos e a diferentes políticas públicas. Após o sequenciamento do genoma humano, o debate vem girando em torno de um rastreamento genético, haja visto que um número crescente de doenças podem ser detectadas em um estágio pré-clínico usando-se técnicas diagnósticas de base molecular. Um número crescente de abordagens e políticas públicas voltadas para o rastreamento genético têm sido discutidas ou utilizadas (WALTERS et al., 1992; SHERRIFF *et al.*, 1998) e alguns programas-piloto de rastreamento genético já foram estabelecidos para algumas condições genéticas raras, como na doença de Tay Sachs e fibrose cística (OJHA e THERTULIEN, 2005).

### **3. PROPOSIÇÃO**

O presente estudo tem como objetivo:

- 1) Fazer um levantamento retrospectivo e transversal das fichas clínicas e prontuários eletrônicos dos pacientes rastreados no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM, no período de maio de 2011 a maio de 2012;

- 2) Determinar a prevalência e localização anatômica de lesões benignas, DPM e lesões malignas da cavidade bucal e estruturas adjacentes, encontradas nestes pacientes;
- 3) Evidenciar a importância da técnica de rastreamento e sua viabilidade.

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Materiais (Amostra)**

Os pacientes participantes do estudo são indivíduos de ambos os gêneros, acima

dos 10 anos de idade, atendidos/rastreados no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM (RSEP-B-OCM), uma população estimada atualmente em cerca de 1.100 pacientes/mês. Estes pacientes são rastreados pelos dentistas militares que trabalham neste Serviço de Atendimento, sempre com a supervisão de profissionais especialistas na área de Estomatologia e Patologia Bucal.

Estes pacientes buscam o referido serviço com queixa principal de dor e/ou comprometimento estético de forma autônoma, devido ao aparecimento de alguma lesão na cavidade bucal ou estruturas adjacentes ou são encaminhados por dentistas militares ou civis de outras clínicas da própria OCM com solicitação de parecer do Serviço, ou de outras Organizações Militares (OM), seja solicitando parecer ao Serviço, seja solicitando tratamento odontológico em nível especializado nas clínicas da OCM. Menos frequentemente, os pacientes são encaminhados por dentistas civis particulares. Todos os pacientes, independentemente de sua origem, são rastreados.

## **4.2 Métodos**

Foi feito o levantamento retrospectivo dos dados constantes das fichas clínicas de Estomatologia dos pacientes atendidos de maio de 2011 a maio de 2012 no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM que apresentaram lesões da mucosa bucal ou estruturas adjacentes, bem como de seus prontuários eletrônicos, visando à obtenção de alguma informação importante que pudesse não estar presente em suas fichas clínicas. A seguir, procurou-se determinar o quantitativo de lesões benignas, DPM e lesões malignas da cavidade bucal encontradas, seja por encaminhamento, seja pela técnica de rastreamento. Não foram consideradas neste levantamento as alterações de desenvolvimento registradas nos prontuários eletrônicos e fichas dos pacientes, bem como os achados radiográficos de rotina. As lesões ósseas com manifestação clínica visível (resultado do rastreamento executado) foram consideradas.

Este trabalho de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias (CEP-HNMD), sob o CAAE nº 08824312.7.0000.5256. Não foi necessário o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que a pesquisa se limitou ao levantamento dos prontuários eletrônicos e fichas clínicas dos pacientes.

### **4.3 Análise Descritiva**

Os dados encontrados foram coletados e reunidos em uma tabela de EXCEL, formando um banco de dados, que foi utilizado para se fazer uma análise descritiva. Os dados dos pacientes (variáveis independentes) considerados foram: sua origem, gênero, idade, cor de pele, tabagismo e etilismo. Com relação ao tabagismo foram considerados número de cigarros, frequência e tempo de uso ou o tempo decorrido sem fumar (nos casos de ex-tabagismo). Com relação ao etilismo, foram considerados a dose, frequência e tempo de uso ou de abstinência (nos casos de ex-etilismo). Quanto às lesões (variáveis dependentes), foram avaliadas sua localização, número de lesões benignas, DPM e lesões malignas encontradas, além dos diagnósticos clínico e/ou histopatológicos obtidos.

## **5. RESULTADOS**

## 5.1 Variáveis Independentes

De maio de 2011 a maio de 2012, cerca de 17.776 pacientes foram atendidos/rastreados (RSEP-B-OCM) e 330 pacientes ou 1,86 % do total apresentaram uma ou mais lesões da mucosa bucal e estruturas adjacentes. Não foram consideradas como lesões as alterações de desenvolvimento. Dos 330 pacientes com lesões da mucosa bucal, 179 foram descobertos no rastreamento, 67 pacientes foram encaminhados por outras clínicas da própria OCM, 82 pacientes foram encaminhados por outras OM e 2 pacientes foram encaminhados por dentistas extra Marinha (**Tabela 1 e Gráfico 1**).

**Tabela 1- Origem dos Pacientes (RSEP-B-OCM)**

Origem	Número de Pacientes
Rastreamento	<b>179</b>
Outras Clínicas	<b>67</b>
Outras OM	<b>82</b>
Extra-MB	<b>02</b>
Total	<b>330</b>

**Gráfico 1- Distribuição Percentual dos Pacientes (RSEP-B-OCM)**

N=330

Analisando-se os prontuários eletrônicos e fichas clínicas dos pacientes, verificou-se que dos 330 pacientes com lesões da mucosa bucal, 298 pacientes apresentaram 1 lesão, 28 apresentaram 2 lesões, 2 apresentaram 3 lesões e 2 pacientes

apresentaram 4 lesões da mucosa bucal, totalizando 368 lesões ao todo. Dos 330 pacientes, 163 (49,39%) eram do gênero masculino e 167 (50,61%) eram do gênero feminino (**Tabela 2**).

**Tabela 2- Número de Lesões X Gênero**

Número de Lesões	Gênero		TOTAL
	Masculino	Feminino	
1	<b>148</b>	<b>150</b>	<b>298 (90,30%)</b>
2	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>28 (8,48%)</b>
3	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2 (0,61%)</b>
4	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2 (0,61%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>163 (49,39%)</b>	<b>167 (50,61%)</b>	<b>330 (100%)</b>

Com relação à idade dos pacientes, os mesmos foram divididos em faixas etárias, sendo que 11 tinham de 10 a 19 anos (3 homens e 8 mulheres), 32 tinham de 20 a 29 anos (22 homens e 10 mulheres), 40 tinham de 30 a 39 anos (23 homens e 17 mulheres), 67 tinham de 40 a 49 anos (39 homens e 28 mulheres), 54 tinham de 50 a 59 anos (25 homens e 29 mulheres), 63 tinham de 60 a 69 anos (24 homens e 39 mulheres), 51 tinham de 70 a 79 anos (19 homens e 32 mulheres), 9 tinham de 80 a 89 anos (5 homens e 4 mulheres). Não foi possível identificar a idade de 3 pacientes (**Tabela 3**).

Com relação à cor de pele, foram encontrados 167 indivíduos leucodermas (80 indivíduos do gênero masculino e 87 do gênero feminino), 33 indivíduos melanodermas (6 do gênero masculino e 17 do gênero feminino), 84 indivíduos feodermas (47 indivíduos do gênero masculino e 37 do gênero feminino). Os dados quanto à cor da pele de 46 pacientes não constavam em seus respectivos prontuários eletrônicos ou fichas clínicas (20 indivíduos do gênero masculino e 26 do gênero feminino), sendo classificada como indeterminada (**Tabela 3**).

**Tabela 3 – Faixa Etária e Cor de Pele x Gênero**

	Masculino	Feminino	Total	%
<b>Idade</b>				
10 a 19	03	08	11	03,33
20 a 29	22	10	32	09,70
30 a 39	23	17	40	12,12
40 a 49	39	28	67	20,30
50 a 59	25	29	54	16,36
60 a 69	24	39	63	19,10
70 a 79	19	32	51	15,45
80 a 89	05	04	09	02,73
Indefinida	03	00	03	00,91
<b>TOTAL</b>	<b>N=163</b>	<b>N=167</b>	<b>N=330</b>	<b>100</b>
<b>Cor da pele</b>				
Leucoderma	80	87	167	50,61
Melanoderma	16	17	033	10,00
Feoderma	47	37	084	25,45
Indefinida	20	26	046	13,94
<b>TOTAL</b>	<b>N=163</b>	<b>N=167</b>	<b>N=330</b>	<b>100</b>

Em relação ao tabagismo, 31 indivíduos declararam ser tabagistas (22 do gênero masculino e 9 do gênero feminino). Os indivíduos que declararam nunca ter fumado foram 239 (106 do gênero masculino e 133 do gênero feminino). Entre os que declararam ser ex-tabagistas, encontraram-se 60 indivíduos, 35 do gênero masculino e 25 do gênero feminino (**Tabela 4**).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 103 indivíduos declararam-se etilistas, 92 deles ocasionais (62 do gênero masculino e 30 do gênero feminino) e 11 pacientes declararam etilismo frequente (diário, toda semana ou todo final de semana), sendo 8 do gênero masculino e 3 do gênero feminino. Dentre os 214 indivíduos que declararam nunca haver bebido, 81 eram do gênero masculino e 133 eram do gênero feminino. Entre os que se declararam ex-etilistas, contavam-se 13 indivíduos, 12 do gênero masculino e 1 do gênero feminino. Tabagistas e etilistas

simultâneos corresponderam a 24 indivíduos de todo o grupo com lesões da mucosa bucal, sendo 20 do gênero masculino e 4 do gênero feminino. Apenas 7 indivíduos declararam ser simultaneamente ex-etilistas e ex-tabagistas pela análise dos dados encontrados, sendo 6 indivíduos do gênero masculino e 1 indivíduo do gênero feminino (**Tabela 4**).

**Tabela 4 – Tabagismo e Etilismo X Gênero**

	Masculino	Feminino	Total	%
	<b>N=163</b>	<b>N=167</b>	<b>N=330</b>	<b>100</b>
Tabagistas	<b>22</b>	<b>09</b>	<b>031</b>	<b>09,39</b>
Não Tabagistas	<b>106</b>	<b>133</b>	<b>239</b>	<b>72,42</b>
Ex-Tabagistas	<b>35</b>	<b>25</b>	<b>060</b>	<b>18,19</b>
Etilistas Ocas.	<b>62</b>	<b>30</b>	<b>92</b>	<b>27,88</b>
Etilistas freq.	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>3,33</b>
Não Etilistas	<b>81</b>	<b>133</b>	<b>214</b>	<b>64,85</b>
Ex-etilistas	<b>12</b>	<b>01</b>	<b>013</b>	<b>03,94</b>
Tabagistas/Etilistas	<b>20</b>	<b>04</b>	<b>024</b>	<b>07,27</b>
Ex-Tab./ex-etil.	<b>06</b>	<b>01</b>	<b>07</b>	<b>02,12</b>

Dentre os 31 indivíduos que se declararam tabagistas, todos faziam uso do fumo do tabaco, sendo que 30 fumavam cigarro industrializado e 1 fumava cachimbo. Todos os 60 ex-tabagistas declararam ter feito uso de cigarro industrializado, sendo que 1 paciente declarou ter feito uso de cachimbo. Com relação à quantidade de cigarros consumidos por dia e anos de uso foram encontrados diferentes valores nos prontuários e fichas examinados, tanto em relação aos tabagistas quanto aos ex-tabagistas (**Tabela 5**).

Dentre os 11 pacientes que relataram fazer uso frequente de bebidas alcoólicas, 8 deles faziam uso diário, 1 paciente usava semanalmente (Sem.) e outros dois pacientes todo fim de semana (FDS). A fim de se padronizar os dados, com relação ao número de doses de bebidas alcoólicas consumidas, considerou-se como dose 1 taça

de vinho, 50 ml de bebida destilada ou 1 lata de cerveja. Foram encontrados 13 pacientes que se diziam ex-etilistas. Os dados destes 24 pacientes, etilistas frequentes e ex-etilistas, em relação às doses consumidas e os anos de etilismo, estão discriminados na **Tabela 6**.

**Tabela 5 Número de Cigarros e Anos de Uso – Tabagismo/Ex-Tabagismo**

	TABAGISMO		EX-TABAGISMO	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
<b>QUANTIDADE</b>				
10 cigarros/dia	06	01	07	09
10 cigarros/dia	05	01	06	02
15 cigarros/dia	01	-	02	02
20 cigarros/dia	08	04	09	08
30 cigarros/dia	01	01	-	-
40 cigarros/dia	-	-	01	-
50 cigarros/dia	-	-	-	01
60 cigarros/dia	-	-	01	-
Cachimbo	01			01
Sem dados	01	02	09	03
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>09</b>	<b>35</b>	<b>26*</b>
<b>ANOS DE USO</b>				
Até 10 anos	04	01	11	07
Até 20 anos	06	01	08	08
Até 30 anos	01	01	07	05
Até 40 anos	03	03	02	03
Até 50 anos	03	-	02	-
Até 60 anos	01	-	-	01
Até 70 anos	01	01	-	-
Sem dados	03	02	05	01
	22	09	35	25
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>		<b>60</b>	

**Obs\*: 1 paciente do gênero feminino era ex-tabagista de cigarro e cachimbo**

**Tabela 6 Número de Doses e Anos de Uso – Etilismo/Ex-Etilismo**

	ETILISMO		EX-ETILISMO	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
DOSE				
Até 01 dose/dia	01	03	-	-
Até 02 doses/dia	01	-	-	-
Até 06 doses/dia	01	-	02	-
Até 15 doses/dia	02	-	-	-
Até 30 doses/dia	-	-	01	-
Até 06 doses/Sem.	01	-	-	-
Até 12 doses/Sem.	01	-	-	-
Até 10 doses/FDS	01	-	-	-
Sem dados	-	-	09	01
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>	<b>03</b>	<b>12</b>	<b>01</b>
ANOS DE USO				
Até 10 anos	02	-	01	-
Até 30 anos	-	-	04	-
Até 40 anos	01	-	-	-
Até 60 anos	01	-	-	-
Sem dados	04	03	07	01
	08	03	12	01
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>		<b>13</b>	

## 5.2 Características das Lesões Encontradas (Variáveis Dependentes)

As lesões foram classificadas de acordo com 9 aspectos fundamentais, a saber: 1-Lesões Nodulares; 2- Lesões Brancas; 3-Lesões Vermelhas; 4-Lesões Ulceradas; 5- Lesões Pigmentadas; 6- Lesões Papulares; 7- Lesões Vasculares; 8- Lesões Papilares; e 9- Lesões Vesiculo-bolhosas. Consideradas como lesões à parte devido as suas características clínicas distintas das demais, tivemos: 1- Neoplasias Malignas; 2- Lesões de Osteonecrose Associadas ao Uso de Bisfosfonatos (OAB); 3- Tumores Odontogênicos; 4- Lesões de Glândulas Salivares; e 5- Doença Metabólica (**Gráfico**

2).

## Gráfico 2 – Tipos de Lesões Encontradas

OBS: OAB – Osteonecrose Associada ao uso de Bisfosfonatos.

No que diz respeito à prevalência das lesões fundamentais, as lesões nodulares foram as que se apresentaram em maior número (82 ou 22,28%), seguidas das lesões brancas (74 ou 20,11%), lesões de glândulas salivares (40 ou 10,87%), lesões vermelhas (40 ou 10,87%), ulceradas (34 ou 9,24%), pigmentadas (20 ou 5,43%), papulares (18 ou 4,89%), vasculares (17 ou 4,62%), papilares (16 ou 4,35%), vesículo-bolhosas (10 ou 2,72%), neoplasias malignas (10 ou 2,72%), osteonecroses associadas ao uso de bisfosfonatos (4 ou 1,09%), tumores odontogênicos (2 ou 0,54%) e por último, 1 caso de doença metabólica (acromegalia), que representou 0,27% do total de lesões. As lesões nodulares, brancas e de glândulas salivares (ou vasculares) juntas representaram mais de 50% do total das lesões encontradas.

Em relação ao diagnóstico, o mesmo foi obtido por biópsia em 127 lesões (34,51%), enquanto que no restante das 241 lesões (65,49%), o diagnóstico foi realizado através de correlação clínico-patológica. Na **tabela 7** encontram-se discriminadas as 20 principais lesões encontradas.

**Tabela 7 – Principais Lesões Encontradas**

	<b>Lesões Diagnosticadas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>01</b>	<b>Hiperplasia Fibrosa</b>	39	10,60%
<b>02</b>	<b>Estomatite Protética</b>	22	5,98%
<b>03</b>	<b>Hiperplasia Fibrosa Inflamatória</b>	19	5,16%
<b>04</b>	<b>Úlcera Traumática</b>	17	4,62%
<b>05</b>	<b>Queratose Friccional</b>	16	4,35%
<b>06</b>	<b>Mucocele</b>	15	4,08%
<b>07</b>	<b>Candidose Eritematosa</b>	12	3,26%
<b>08</b>	<b>Lesões Vasculares</b>	12	3,26%
<b>09</b>	<b>Xerostomia</b>	11	2,99%
<b>10</b>	<b>Queilite Actínica</b>	10	2,72%
<b>11</b>	<b>Estomatite Aftosa Recorrente</b>	9	2,45%
<b>12</b>	<b>Hiperplasia Fibroepitelial</b>	9	2,45%
<b>13</b>	<b>Lesão liquenóide</b>	9	2,45%
<b>14</b>	<b>Leucoplasia</b>	9	2,45%
<b>15</b>	<b>Tatuagem por Amalgama</b>	9	2,45%

16	CEC	7	1,90%
17	Liquen Plano	7	1,90%
18	Papiloma Escamoso	6	1,63%
19	Candidose Pseudomembranosa	4	1,09%
20	OAB	4	1,09%
<b>TOTAL</b>		<b>244</b>	<b>66,88%</b>
<b>OUTRAS LESÕES</b>		<b>124</b>	<b>33,12%</b>

Foram encontradas ao todo cerca de 80 diagnósticos diferentes, e as lesões acometeram várias regiões da mucosa bucal. As dez regiões com maior incidência no aparecimento de lesões bucais representaram 78,25% dos casos. Os outros 21,75% representaram outras regiões acometidas da cavidade bucal por uma lesão ou lesões que acometeram mais de um local simultaneamente (**Tabela 8**).

**Tabela 8 - Principais Regiões Com Lesões**

01	Língua	69	18,75%
02	Labio Inferior	42	11,41%
03	Mucosa Jugal	41	11,14%
04	Palato Duro	36	9,78%
05	Gengiva	28	7,61%
06	Mucosa bucal Generalizada	24	6,51%
07	Rebordo Alveolar	17	4,62%
08	Palato Mole	13	3,53%
09	Assoalho Bucal	9	2,45%
10	Mucosa Alveolar	9	2,45%
<b>Total</b>		<b>288</b>	<b>78,25%</b>
<b>Outras</b>		<b>80</b>	<b>21,75%</b>

Considerando-se a condição benigna ou maligna das lesões diagnosticadas, entre as 368 lesões achadas no rastreamento dos pacientes, foram encontradas 323 (87,77%) de condições benignas, 35 DPM (9,51%) e 10 neoplasias malignas (2,72%) (**Gráfico 3**).

### Gráfico 3 - Total de Lesões benignas, DPM e Lesões Malignas

N=368

Em nosso trabalho, a grande maioria das lesões encontradas (87,77%) representaram lesões benignas, sendo a hiperplasia fibrosa a lesão mais frequente (10,6%), seguida da estomatite protética (5,98%), hiperplasia fibrosa inflamatória (5,16%), úlceras traumáticas e queratose friccional (5,98%). Se a estomatite protética fosse agrupada às outras candidoses, sob o nome de lesões relacionadas à *candida*, este grupo totalizaria 9,24% do total da amostra, passando a ser o segundo tipo de lesões mais frequente. Com a metodologia adotada, as candidoses eritematosas isoladas, não relacionadas ao uso de próteses, foram a 7ª lesão mais incidente, totalizando 3,26% da amostra, assim como as lesões vasculares.

Considerando-se o total das 323 lesões benignas encontradas e sua distribuição entre os gêneros masculino e feminino e as variáveis etilismo/tabagismo, tem-se a seguinte configuração (**Tabela 9**).

**Tabela 9 – Nº Lesões benignas x Gêneros e Etilismo/Tabagismo**

	Masculino	Feminino	Total	%
Tabagistas	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>9,91</b>
Não Tabagistas	<b>105</b>	<b>134</b>	<b>239</b>	<b>73,99</b>
Ex-Tabagistas	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>52</b>	<b>16,10</b>
TOTAL	<b>N=158</b>	<b>N=165</b>	<b>N=323</b>	<b>100</b>
Etilistas Ocas.	<b>60</b>	<b>25</b>	<b>85</b>	<b>26,32</b>
Etilistas Freq.	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>3,71</b>
Não Etilistas	<b>83</b>	<b>135</b>	<b>218</b>	<b>67,49</b>
Ex-etilistas	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>2,48</b>
Tabagistas/Etilistas	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>5,51</b>
Ex-Tab./Ex-Etil.	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1,86</b>

No total, 45 pacientes apresentaram DPM ou lesões malignas da cavidade bucal, representando 12,23% do total de lesões encontradas ou 13,33% dos pacientes (**Tabela 10**).

Das 35 DPM encontradas, 10 lesões representaram queilite actínica (9 pacientes do gênero masculino e 1 paciente do gênero feminino), 9 lesões representaram lesão liquenóide (5 indivíduos do gênero masculino e 4 indivíduos do gênero feminino), 9 lesões eram leucoplasia bucal (4 pacientes do gênero masculino e 5 pacientes do gênero feminino) e finalmente 7 lesões eram lesões de LPB (1 paciente do gênero masculino e 6 pacientes do gênero feminino). Entre os 10 pacientes com lesões malignas, 7 apresentaram lesões de CEC, 6 pacientes do gênero masculino e 1 paciente do gênero feminino. Duas lesões malignas foram representadas por 2 pacientes do gênero feminino, portadoras de leucemia Crônica do tipo linfocítica, e 1 paciente do gênero masculino apresentou-se com adenocarcinoma de glândula parótida.

**Tabela 10 –Desordens Potencialmente Malignas e Lesões Malignas**

	<b>Nº LESÕES</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>DPM</b>		
<b>Queilite Actínica</b>	<b>10</b>	<b>2,72%</b>
<b>Lesão liquenóide</b>	<b>9</b>	<b>2,45%</b>
<b>Leucoplasia</b>	<b>9</b>	<b>2,45%</b>
<b>Liquen Plano</b>	<b>7</b>	<b>1,90%</b>
<b>LESÕES MALIGNAS</b>		
<b>CEC</b>	<b>7</b>	<b>1,90%</b>
<b>Adenocarcinoma de Parótida</b>	<b>1</b>	<b>0,27%</b>
<b>Leucemia Crônica Linfocítica</b>	<b>2</b>	<b>0,54%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>12,23%</b>

Todas as lesões de queilite actínica encontravam-se em lábio inferior, as lesões de LPB e lesões liquenóides atingiram mucosa jugal, dorso e borda lateral de língua, gengiva inserida e fundo de vestíbulo, e em 1 caso de LPB vários locais da cavidade bucal foram atingidos concomitantemente. As lesões de leucoplasia bucal (LB)

ocorreram em mucosa jugal, gengiva inserida, palato duro e mole, língua e mucosa alveolar. Finalmente, as lesões de CEC ocorreram em mucosa jugal, dorso e borda lateral de língua, palato duro, laringe, tonsila e 1 caso de metástase em região linfonodo cervical superior esquerdo. Uma das pacientes com quadro de leucemia linfocítica crônica apresentou crescimento gengival granulomatoso associado à leucemia e a outra paciente, aumento de volume em região sublingual. Um paciente do gênero masculino apresentou-se com adenocarcinoma de glândula parótida esquerda (**Tabela 11**).

**Tabela 11 – Localização das DPM e Lesões Malignas**

REGIÃO	QA		LL		LPB		LB		CEC		Leuc.		Aden.		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
<b>Lábio Inferior</b>	<b>9</b>	<b>1</b>													<b>10</b>
<b>Língua</b>			<b>2</b>		<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>						<b>10</b>
<b>Mucosa Jugal</b>			<b>1</b>	<b>2</b>		<b>1</b>			<b>1</b>						<b>5</b>
<b>.Língua e Mucosa Jugal</b>			<b>1</b>	<b>2</b>											<b>3</b>
<b>Dorso da Língua, Mucosa Jugal, Gengiva Ins.e Fundo de vestibulo</b>			<b>1</b>												<b>1</b>
<b>Gengiva Inserida</b>						<b>1</b>	<b>2</b>					<b>1</b>			<b>4</b>
<b>Toda a Mucosa bucal</b>						<b>1</b>									<b>1</b>
<b>Mucosa Jugal e Fundo de vest.</b>						<b>1</b>									<b>1</b>
<b>Mucosa jugal e Gengiva Inserida</b>						<b>1</b>									<b>1</b>
<b>Assoalho Bucal</b>												<b>1</b>			<b>1</b>
<b>Laringe</b>									<b>1</b>						<b>1</b>
<b>Palato Duro/Palato Mole</b>							<b>1</b>			<b>1</b>					<b>2</b>

<b>Tonsila e Metástase Cervical</b>										<b>1</b>						<b>1</b>
<b>Gengiva Inserida e Palato Mole</b>									<b>1</b>							<b>1</b>
<b>Mucosa Alveolar e Gengiva Ins.</b>									<b>1</b>							<b>1</b>
<b>Palato Duro e Mucosa Jugal</b>									<b>1</b>							<b>1</b>
<b>Glândula Parótida</b>														<b>1</b>		<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	

QA- Queilite Actínica; LL- Lesão Liquenóide; LPB- Líquen Plano Bucal; CEC- Carcinoma Espino Celular; Leuc. – Leucemia; Aden.- Adenocarcinoma.

Por fim, considerando-se o total das 45 DPM e lesões malignas encontradas e sua distribuição entre os gêneros masculino e feminino e as variáveis etilismo/tabagismo, tem-se a distribuição mostrada na **Tabela 12**.

**Tabela 12 – DPM e Lesões Malignas x Gêneros e Etilismo/Tabagismo**

	QA		LL		LPB		LB		CEC		Leuc.		Aden.		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Tabag.	1			1			1	1	2	1			1		8
Não Tabagistas	7		3	2		4	1	3	1			1			22
Ex-Tabagistas	1	1	2	1	1	2	2	1	3			1			15
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>		<b>2</b>	<b>1</b>		<b>45</b>
Etilistas Ocas.	5		3	1	1	3		1	2			1			17
Etilistas Freq.									1				1		2
Não Etilistas	3	1	1	3		3	3	4	1	1		1			21
Ex-etilistas	1		1				1		2						5
Tabag./Etilistas	1			1				1	2						5

Ex-Tab./ex-etil.									<b>1</b>						<b>1</b>
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--	--	--	----------

QA- Queilite Actínica; LL- Lesão Liquenóide; LPB- Líquen Plano Bucal; CEC- Carcinoma Espinocelular; Leuc. – Leucemia; Aden.- Adenocarcinoma.

## 6. DISCUSSÃO

A grande maioria dos trabalhos existentes na literatura odontológica versando sobre a prática do rastreamento bucal visam, na realidade, o rastreamento do câncer bucal e/ ou DPM, geralmente focando na população de risco, ou seja, pacientes acima dos 40 anos de idade, etilistas/tabagistas, ex-etilistas/ex-tabagistas (SANKARANARAYARANAN et al., 2000; DOWNER et al., 2006). Quando se trata de trabalhos voltados para o rastreamento de lesões da mucosa bucal, como um todo, a maioria deles são realizados em grupos específicos (NAGAO et al., 2002), não sendo muitas vezes representativos da população em geral, apresentando, de certa forma, limitações quanto à sua validade, salvo algumas exceções (SHULMAN et al., 2004; CAMPISI et al., 2012).

Este trabalho parece representar o primeiro dentro da Odontoclínica Central da Marinha, que se propõe a avaliar, através de um rastreamento oportunista, a

prevalência de lesões da mucosa bucal, desordens potencialmente malignas e malignas da cavidade bucal, tendo como público-alvo os militares da ativa e da reserva da Marinha do Brasil e seus respectivos dependentes. No total, cerca de 17.776 pacientes foram rastreados (RSEPB-OCM), no período de maio de 2011 a maio de 2012. Foram levantados os dados relativos aos fatores de risco nas DPM e lesões malignas da cavidade bucal, bem como em todas as lesões encontradas e registradas nos prontuários eletrônicos e fichas clínicas destes pacientes neste dado período, procurando-se verificar uma associação entre as lesões encontradas e os fatores de risco conhecidos.

O rastreamento bucal realizado no nosso Serviço foi instituído em maio de 2011 e é baseado na recomendação atual da Associação Americana de Odontologia (*ADA-American Dental Association*), que preconiza a inspeção visual e exames táteis de todos os indivíduos que se apresentarem para uma consulta dentária, dando-se maior atenção para os indivíduos de risco, ou seja, que fazem uso de tabaco, álcool, ou ambos (RETHMAN et al., 2010). No nosso Serviço, todos os pacientes são rastreados, independentemente dos fatores de risco, no intuito de se detectar não só DPM e lesões malignas, mas de toda e qualquer lesão da cavidade bucal, visando seu tratamento e acompanhamento, dependendo das lesões encontradas. As lesões suspeitas, com a autorização escrita dos pacientes são biopsiadas e dependendo do diagnóstico, se DPM, o paciente é acompanhado ao menos a cada 6 meses, ou em caso de lesão maligna, encaminhado ao centro de referência para o tratamento adequado, neste caso, o Hospital Naval Marcílio Dias (Clínica de Cirurgia de Cabeça e Pescoço). Além disso, são mantidos os registros fotográficos das lesões apresentadas pelos pacientes, no intuito de um melhor acompanhamento quanto à sua evolução (Também por autorização expressa dos pacientes).

O rastreamento é na realidade, parte essencial da prática dentária e avaliação do paciente, permitindo detectar a maioria das patologias bucais, incluindo as de origem infecciosa, neoplásica, inflamatória ou reativa ou de origem do desenvolvimento. Identificando-se os casos suspeitos, aplicam-se rapidamente os recursos laboratoriais visando confirmar ou rejeitar a suspeita diagnóstica (SHULMAN et al., 2004; RETHMAN et al., 2010).

Embora o diagnóstico de tumores de boca em estágio inicial implique em um melhor prognóstico para os pacientes, é ineficaz indicar procedimentos de

rastreamento para o câncer bucal em contextos com recursos escassos para as ações de saúde. É uma técnica que se apresenta viável quando realizada por profissionais treinados, preferencialmente especialistas, e justificável quando da existência de um centro de referência para onde possam ser encaminhados os casos suspeitos. Identificando-se casos suspeitos, devem-se aplicar recursos laboratoriais visando a confirmar ou rejeitar a suspeita diagnóstica, e se necessário, prover tratamento adequado aos pacientes. Deve-se também ter controle dos dados obtidos, a fim de se avaliar a efetividade do rastreamento (CARVALHO et al., 2004; ANTUNES et al.,2007). Todas estas condições se aplicam atualmente ao Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha. Em 2007, por exemplo, ANTUNES et al. avaliaram a resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal no contexto da campanha de vacinação contra a gripe em idosos, no Estado de São Paulo. Foram avaliados os dados sobre o seguimento de pacientes encaminhados para elucidação diagnóstica de lesões de tecido mole da boca após diagnóstico visual e concluiu-se que a campanha se mostrou ineficaz em virtude da falta de monitoramento dos resultados na maior parte do Estado e da elevada proporção de pacientes cujo problema de lesão não pôde ser resolvido em função da falta de um centro de referência capacitado para receber a demanda.

O rastreamento realizado em nossos pacientes produziu como resultado 368 lesões da cavidade bucal, em 330 pacientes, representando cerca de 1,86% dos pacientes examinados. Como já exposto, alguns pacientes apresentaram mais de uma lesão na cavidade bucal. O baixo percentual de pacientes com lesões da mucosa bucal, em relação aos estudos de outros autores, como 27,9% do total de pacientes em SHULMAN et al.,2004 ou 81,3% no trabalho de CAMPISI e MARGIOTTA de 2001, pode ser explicado pelo fato de não terem sido considerados no nosso estudo, por exemplo, língua geográfica ou outras alterações de desenvolvimento da mucosa bucal e por não ter sido feito um rastreamento de base populacional, representativo da população em geral, o que pode aumentar o número de lesões encontradas, como feito no estudo de SHULMAN et al., em 2004. CAMPISI e MARGIOTTA, em 2001 focaram em grupos de risco, ao contrário do nosso estudo, o que pode aumentar o número de algumas lesões específicas, pois concentra-se o rastreamento em indivíduos com fatores de risco, faixa etária e gênero determinados. No nosso caso, os pacientes examinados, militares da ativa e da reserva e respectivos dependentes, já

representam uma parte selecionada da população brasileira, com um maior nível econômico, social e educacional, o que poderia alterar os resultados encontrados, uma vez que essa população tem acesso fácil a serviços médicos e dentários de qualidade. Além do exposto, é possível considerar que nos primeiros meses de implantação da técnica do rastreamento no nosso serviço, durante a curva de aprendizagem dos profissionais envolvidos, alguns dados podem ter sido omitidos, não lançados nos prontuários dos pacientes, não obstante os mesmos terem recebido atendimento adequado. Corroborando-se tal assertiva, muitos dados não foram encontrados na análise das fichas e prontuários dos pacientes. Não foi possível determinar a cor de pele de 46 entre os 330 pacientes, ou 13,94% da amostra, a idade de 3 pacientes, ou 0,91% do total, bem como alguns dados em relação à dose e anos de uso de bebidas alcoólicas entre os pacientes etilistas, e à quantidade de cigarros e tempo de uso entre os pacientes tabagistas.

## 6.1 Lesões Benignas

Os resultados encontrados na análise das fichas clínicas/prontuários eletrônicos dos pacientes, ao serem confrontados com os trabalhos existentes na literatura odontológica, divergem em parte dos achados pelos outros autores (**Tabela 13**).

ÁXELL em 1976, realizou o rastreamento aleatório de 20.333 pessoas acima de 15 anos de idade em uma população de 250.000, no condado de Uppsala, Suécia, encontrando como lesões mais prevalentes estomatite aftosa recorrente (17,7%), herpes labial recorrente (17,38%), estomatite protética (16,02%), e língua geográfica (8,57%), que não foi considerada em nosso estudo, no qual foram encontrados 2,45% de lesões de estomatite aftosa recorrente, 1,36% de herpes labial recorrente e 5,98% de lesões de estomatite protética.

No estudo de SHULMAN et al., de 2004, foram rastreadas 17.235 adultos acima de 17 anos, de 1988 a 1994, em um grupo representativo da população em geral e as lesões relacionadas à *candida* (estomatite protética/candidoses), representaram 8,65% do total (no nosso estudo foram 9,24% do total), seguida de tatuagem por amálgama com 3,30% (2,45% no nosso estudo), *morsicatio buccarum e labiorum* (3,05%), ao contrário de 1,09% no nosso estudo e ceratoses friccionais 3,05%, contra 4,35% no nosso estudo. Como resultado final, os autores americanos verificaram que a

prevalência de cada tipo de lesão variou consideravelmente entre os estudos americano e o sueco, o que poderia, segundo os pesquisadores americanos, refletir a homogeneidade étnica/racial da população sueca, ao contrário da população americana. Deste modo, a prevalência das diferentes lesões da mucosa bucal dependeria enormemente de características individuais, podendo variar muito de um país para outro, mesmo em se tratando de estudos que utilizam a mesma metodologia. É possível que o mesmo raciocínio possa ser feito ao compararmos nosso estudo com àquele, uma vez que também encontramos diferença na frequência de cada lesão e a população brasileira, assim como a americana, apresenta grande heterogeneidade racial.

No recente estudo de CAMPISI et al., de 2012, em que os autores analisaram o registro das lesões bucais encontradas no setor de Medicina Bucal do Hospital da Universidade de Palermo, Itália, no período de 4 anos, compreendido entre 2004 e 2008, a estomatite protética foi classificada como candidose bucal, as lesões de *morsicatio buccarum*, ceratose friccional e linha alba foram todas classificadas como hiperqueratose, enquanto que, da mesma forma do nosso estudo, uma placa branca que não pôde ser caracterizada clinicamente ou histopatologicamente com qualquer outra condição e não associada a qualquer trauma químico ou físico, foi classificada como leucoplasia bucal. Eritroplasia foi definida como qualquer placa ou mácula eritematosa que não pôde ser caracterizada clinicamente com qualquer outra condição. Os autores também consideraram à parte as lesões de osteonecrose associadas ao uso de bisfosfonatos orais, como no nosso estudo. Além das variáveis independentes e dependentes consideradas, estes autores se preocuparam em levantar as medicações utilizadas pelos pacientes que apresentaram lesões bucais, o que não foi considerado no nosso estudo. Além disso, ao contrário da nossa metodologia, em relação à faixa etária dos pacientes, os autores dividiram os pacientes entre aqueles com idade superior e aqueles com idade inferior aos 60 anos. O exame clínico realizado nos pacientes deste estudo seguiu uma metodologia sistemática, tendo sido realizado por profissionais treinados e qualificados, bem como anamnese obtida por meio de um questionário completo e detalhado de saúde. Biópsias eram realizadas nos casos suspeitos de malignidade. No nosso caso, os pacientes foram divididos em faixas etárias específicas e os exames foram realizados pelos profissionais do Serviço, que foram treinados para tal e supervisionados por especialistas da área e caso necessário,

biópsias também foram realizadas.

As lesões mais frequentes encontradas no estudo de CAMPISI et al. de 2012 foram as seguintes: Candidose (18,4%), LPB (13,8%), Hiperplasia Fibrosa (9,1%), síndrome de ardência bucal (7,3%), hiperqueratoses (6,2%), estomatite aftosa recorrente (5,6%), leucoplasia bucal (4%), CEC (3%), halitose (3,3%), Síndrome de Sjögren (3%) e osteonecrose associada ao uso de bisfosfonatos (3%). As lesões em questão cobriam 76% das lesões totais achadas no rastreamento. Os autores encontraram forte associação entre os pacientes com idade superior aos 60 anos, uso de medicamentos e síndrome de ardência bucal, bem como osteonecrose associada ao uso de bisfosfonatos. No nosso estudo, os 4 casos de OAB também foram encontrados em pacientes com mais de 60 anos de idade (69 a 74). Os resultados de CAMPISI et al. em 2012 foram muito semelhantes ao estudo de PENTENERO et al., realizado em 2008 na cidade de Turim, que também procurou avaliar as lesões bucais encontradas na técnica de rastreamento, sem focar em um grupo específico de pacientes. Neste trabalho, as úlceras traumáticas apareceram como as lesões mais frequentes, e a estomatite protética e candidoses apareceram em terceiro lugar. No nosso estudo, a hiperplasia fibrosa foi a lesão mais encontrada, totalizando 10,6% da amostra, tendo sido considerada separadamente da hiperplasia fibrosa inflamatória, que representou a terceira lesão mais incidente, atingindo 5,16% do total das lesões encontradas. Caso a hiperplasia fibrosa fosse considerada juntamente com esta lesão e à hiperplasia fibroepitelial, teríamos o valor total de 18,21%, à frente das lesões relacionadas à *candida* somadas (9,24%), seguida pelas úlceras traumáticas (4,62%). A tabela 10 abaixo exemplifica algumas diferenças entre os estudos abordados e mostra como mesmo os resultados podem ser diferentes. Algumas lesões encontradas em alguns estudos não foram encontradas em outros. SHULMAN et al., em 2004, não registraram qualquer caso de CEC (ao contrário dos nossos 7 casos) ou Síndrome de Sjögren (2 casos confirmados em nosso estudo), mas registraram 1 caso de eritroplasia, assim como CAMPISI et al., (5 casos), lesão que não ocorreu em nosso estudo. A eritroplasia é considerada uma DPM rara da mucosa bucal (REICHART e PHILIPSEN, 2005), sendo no entanto considerada a mais perigosa de todas as DPM, devido ao seu alto potencial de transformação maligna e sua procura deve fazer parte de todo exame de tecidos moles bucais em indivíduos com 35 anos ou mais velhos (BOUQUOT e EPHROS, 1995).

Em relação à localização das lesões bucais, no estudo de SHULMAN et al., de 2004, as regiões mais comumente afetadas foram o palato duro (25,9%), seguido pela gengiva (20,4%), lábios (15,4%), e dorso da língua (14,2%), enquanto que no nosso caso, as regiões mais atingidas foram dorso e borda lateral de língua (18,75%), lábio inferior (11,41%), mucosa jugal (11,14%), palato duro (9,78%) e gengiva (7,61%). CAMPISI et al., não abordaram a localização das lesões encontradas em seu estudo.

**Tabela 13 – Lesões bucais em diferentes estudos de rastreamento**

<b>Lesão Bucal</b>	<b>NOSSO ESTUDO, 2013</b>	<b>SHULMAN et al., 2004</b>	<b>CAMPISI et al., 2012</b>
Hiperplasia Fibrosa	10,6%	1,14%	9,1%
Candidoses	9,24%	8,65%	18,4%
Liquen Plano Bucal	1,90%	0,1%	13,8%
Hiperqueratoses	4,35%	2,67%	6,2%
Estomatite Aftosa Recorrente	2,45%	0,89%	5,6%
Leucoplasia Bucal	2,45%	0,38%	4%
Halitose	0,27%	0	3,3%
OAB	1,09%	0	3%
S. Sjögren	0,54%	0	3%
CEC	1,90%	0	3%
Eritroplasia	0	0,01%	0,27%

## **6.2 Desordens Potencialmente Malignas e Lesões Malignas**

Apesar das DPM representarem um percentual menor em relação às outras lesões benignas, a sua identificação nos exames de rastreamento são de extrema importância, uma vez que podem representar o estágio antecessor de uma lesão maligna. No nosso estudo, foram encontradas 35 DPM: 10 lesões de queilite actínica, 9 lesões liquenóides, 9 lesões de leucoplasia bucal e 7 lesões de LPB. Além dessas, foram encontradas 10 lesões malignas.

A queilite actínica (QA) é uma ceratose pré-maligna crônica dos lábios, causada pela longa exposição à radiação solar. A maioria das lesões é observada no lábio

inferior, em homens de pele clara, da quarta à oitava décadas de vida, principalmente naqueles indivíduos que tenham apresentado uma exposição prolongada à luz solar e os casos mais avançados, podem evoluir para um CEC (MARKOPOULOS, 2004; SCULLY, 2009).

Em 2004, MARKOPOULOS et al., avaliaram 65 pacientes com QA e verificaram que todas as lesões se concentraram no lábio inferior e todas as lesões ocorreram em pacientes leucodermas, que se expunham à radiação solar, sendo que em 11 pacientes (16,9%), houve transformação maligna. A idade média de diagnóstico era de 53 anos de idade.

CAMPISI e MARGIOTTA (2001) encontraram QA em 5 pacientes ou 4,23% da amostra e todos os pacientes exerciam trabalhos externos, quatro fumavam e bebiam e um era ex-tabagista e ex-etilista. O exame histopatológico de duas lesões mostrou displasia moderada.

ANDRADE (2010) relatou 2 casos de QA, sendo pacientes não etilistas e não tabagistas, tendo como único fator de risco a exposição solar e as duas lesões mostraram displasia epitelial leve.

Em relação aos nossos pacientes com QA, é interessante notar que dos 10 pacientes com esta lesão, apenas 1 paciente era do gênero feminino (10%), e os 9 restantes (90%) eram do gênero masculino, sendo que 7 pacientes eram leucodermas e os outros 3 feodermas, não tendo se encontrado paciente melanoderma com esta lesão. As idades variaram dos 45 aos 68 anos. Em dois pacientes do gênero masculino e na paciente do gênero feminino, como foi considerado como diagnóstico diferencial o CEC de lábio, em função da aparência clínica da lesão, optou-se por realizar biópsia, ao contrário dos outros 7 pacientes, onde o diagnóstico foi clínico. Na biópsia de um paciente do gênero masculino, de 45 anos, o laudo histopatológico constatou displasia epitelial moderada. No nosso estudo, dos 10 pacientes com QA, apenas 1 paciente era tabagista, 2 ex-tabagistas e 7 não tabagistas, 5 pacientes eram etilistas ocasionais e 5 eram não etilistas, mas todos os nossos pacientes, na anamnese, relataram exposição solar exagerada, em virtude de suas atividades laborais..

Nos trabalhos de rastreamento, geralmente não se encontra menção às lesões liquenóides, haja visto que são lesões que não diferem clinicamente ou histopatologicamente do LPB, sendo a diferença essencial entre elas a identificação de uma causa específica no caso das lesões liquenóides (alergia ao mercúrio do

amálgama de prata ou reação medicamentosa, principalmente a drogas anti-hipertensivas e anti-inflamatórios não-esteroidais – AINES), ao contrário do LPB que apresenta causa idiopática (VAN DER WAAL, 2009). O líquen Plano (LP) é uma doença dermatológica, mucocutânea crônica, mediada imunologicamente, relativamente comum, que com frequência afeta a mucosa bucal”, sendo das doenças dermatológicas, a que mais acomete a cavidade bucal e sua prevalência atinge aproximadamente 1 % da população. A etiologia é desconhecida, atinge mais adultos de meia idade (30 a 60 anos) e as mulheres são mais afetadas que os homens numa proporção de 3:2. A literatura relata ser menos de 1% o potencial de transformação maligna desta lesão, porém ele existe e em relação ao potencial de transformação maligna das lesões liquenóides, este também é menor que 1% na maioria dos estudos. Os estudos não relacionam o LPB e as LL com etilismo ou tabagismo, não existindo aparente relação estas lesões e estes fatores (MEIJ;MAST e WALL, 2006; VAN DER WAAL, 2009; FUENTES, MARQUEZ e CASTILLO, 2009).

Provavelmente as duas lesões sejam consideradas conjuntamente como LPB quando nos estudos de rastreamento bucal. Por isso, estas lesões serão consideradas nesta discussão conjuntamente.

A incidência do LPB varia muito nos estudos de rastreamento, comparando-se os estudos da literatura odontológica, variando-se desde 0,1% até 13,8% da amostra (0,1% em SHULMAN et al., 2004; 1% em NAGAO et al., 2002 e 13,9% em CAMPISI et al., 2012). No nosso estudo, considerando-se conjuntamente as duas lesões, temos uma incidência de 4,35% do total das lesões encontradas.

No nosso estudo, verificamos em relação ao LPB que as lesões foram diagnosticadas em 6 pacientes do gênero feminino e 1 paciente do gênero masculino, mostrando uma incidência muito maior nas mulheres do que nos homens, confirmando o que mostra a literatura (SCULLY, 2009; NEVILLE, 2009). A idade encontrada variou dos 42 aos 71 anos. Já em relação às lesões liquenóides, foram detectadas em 5 indivíduos do gênero masculino e 4 indivíduos do gênero feminino, não tendo predileção por qualquer gênero, em pacientes com idades entre 42 a 68 anos.

A leucoplasia bucal (*leuco* = branco; *plakia*= mancha ) foi definida pela OMS em 1978, como “uma placa ou mancha branca que não pode ser caracterizada clínica ou patologicamente como qualquer outra doença.” O termo é estritamente clínico e

não implica uma alteração tecidual específica (NEVILLE, 2009). Além disso, a leucoplasia bucal é muito mais comum entre tabagistas do que não-tabagistas e sua prevalência mundial é estimada em cerca de 2% (PETTI, 2003).

Em relação à leucoplasia bucal, sua incidência pode variar muito, dependendo do país de origem, natureza da população estudada, padrão de uso do tabaco e critérios adotados para a definição da leucoplasia (NAPIER E SPEIGHT, 2008).

Nos estudos de rastreamento, sua incidência tem variado muito (0,38% em SHULMAN et al., 2004; 3,3% em NAGAO et al., 2002; 3,37% em ÁXELL et al., 1976; 4% em IKEDA et al., 1991; 12,7% em CAMPISI E MARGIOTTA, 2001)

No nosso trabalho o índice encontrado foi de 2,45% do total dos casos. Foram encontrados 9 casos de leucoplasia bucal, sendo 4 pacientes do gênero masculino e 5 pacientes do gênero feminino, atingindo diversas regiões da mucosa bucal, como gengiva, mucosa alveolar, borda lateral de língua, palato duro e palato mole e a idade dos pacientes variou dos 47 aos 79 anos de idade. Segundo NAPIER E SPEIGHT (2008), nos países desenvolvidos, as lesões de leucoplasia são encontradas mais em pacientes a partir da meia idade, podendo ocorrer mais cedo nos países em desenvolvimento. No nosso estudo todas as lesões ocorreram em pacientes de meia idade e idosos. Em relação aos fatores de risco dois pacientes eram tabagistas (22,2%), três eram ex-tabagistas e 4 eram não tabagistas. Diferentemente do nosso estudo, a maioria dos trabalhos mostram uma relação direta de causa e efeito entre o fumo do tabaco a as lesões leucoplásicas (BOUQUOT E GORLIN, 1986; BÁNÓCZY E RIGÓ, 1991; NAGAO, 2002; PETTI, 2003). Se considerarmos os pacientes ex-tabagistas como suscetíveis para o desenvolvimento de lesões leucoplásicas, então, passaríamos de 2 para 5 pacientes numa proporção de 55,5%, valor esse que se aproxima dos 75% encontrado no estudo de rastreamento de IKEDA et al (1991).

Alguns estudos têm demonstrado uma relação evidente entre a intensidade e a duração do fumo do tabaco com o risco para o desenvolvimento do câncer bucal (WARNAKULASURIYA et al., 2010). Outros têm demonstrado uma relação do câncer bucal com o consumo de bebidas alcoólicas (HASHIBE et al., 2007). HASHIBE et al. (2009), demonstraram que o risco aumenta nos pacientes que fazem uso de cigarros e bebidas alcoólicas simultaneamente.

CAMPISI E MARGIOTTA (2001) em um estudo de rastreamento em 118 indivíduos do gênero masculino com risco para o CEC bucal identificaram a presença

de 01 caso em um paciente fumante e etilista. CAMPISI et al. (2012) também encontraram uma forte associação entre as lesões de CEC e os pacientes do gênero masculino, tabagistas e etilistas. Neste estudo foram encontrados 65 casos de CEC bucal. Por outro lado, NAGAO et al. (2002) e SHULMAN et al. (2004), não encontraram nenhuma lesão maligna em seus estudos de rastreamento.

No nosso estudo, foram detectados 10 pacientes com lesões malignas da cavidade bucal, sendo 03 deles descobertos pela técnica de rastreamento: Paciente de 75 anos de idade, etilista ocasional e tabagista há 45 anos, com nódulo submucoso em mucosa jugal e lesão de pele, encaminhado à clínica de Dermatologia do HNMD, retornando com laudo de carcinoma escamoso invasivo de pele, infiltrando derme superior; um paciente de 74 anos de idade, ex-tabagista há 18 anos, tendo fumado por 20 anos e etilista ocasional, com nódulo em região cervical (lesão metastática), encaminhado ao Serviço de Cabeça e Pescoço do HNMD, retornando com laudo de CEC em amígdala e um paciente de 74 anos, tabagista há 60 anos, com lesão em borda da língua, que foi biopsiada, apresentando laudo histopatológico de CEC. Este terceiro paciente foi encaminhado ao HNMD e recebeu tratamento cirúrgico adequado, sem necessidade de radio ou quimioterapia, em função do EC da lesão. O rastreamento neste caso, melhorou o prognóstico deste paciente.

Ao nosso serviço foram encaminhados pelo HNMD 3 pacientes: paciente de 79 anos de idade, fumante há 70 anos, com CEC de palato e como comunicação buco-sinusal, para tratamento protético; um paciente de 31 anos, gênero masculino, sem histórico de etilismo ou tabagismo e CEC de língua, com solicitação de confecção de prótese e um paciente do gênero masculino, 42 anos de idade, ex-tabagista e ex-etilista há 26 anos, tendo feito uso de 60 cigarros ao dia, além de 5 doses de bebida destilada e 24 latas de cerveja ao dia e com CEC de laringe.

Foi encaminhado pela PNNSG um paciente de 87 anos, ex-tabagista há mais de 50 anos e etilista há 60 anos, para avaliação de lesão em borda de língua, que mostrou tratar-se de um CEC microinvasor.

Um paciente 38 anos foi encaminhado por outra clínica da OCM já com laudo de adenocarcinoma em glândula parótida direita.

Finalmente, duas pacientes do gênero feminino, ambas com 67 anos de idade, sem fatores de risco, procuraram o Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM para tratamento, sendo que a primeira apresentava hiperplasia gengival

relacionada à leucemia crônica linfocítica e a segunda com aumento de volume em região sub-lingual e que também apresentava a mesma patologia.

## 7. CONCLUSÕES

Por meio deste estudo foi possível concluir que:

- O rastreamento bucal que é realizado desde maio de 2011 no Serviço de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha foi capaz de identificar lesões benignas, DPM e lesões malignas da cavidade bucal nos pacientes rastreados;
- O rastreamento é uma técnica simples de ser executada e de baixo custo;
- Existem profissionais tecnicamente qualificados para a execução da técnica de rastreamento para lesões bucais na instituição;
- Existe um centro de referência para o encaminhamento dos pacientes que necessitem de um tratamento mais especializado, no caso o Hospital Naval Marcílio Dias;
- Existe demanda para este tipo de abordagem por parte dos pacientes da MB;
- Não existe motivo para não se realizar a técnica em questão.

## **8. REFERÊNCIAS**

1. AHMEDIN, J.; SIEGEL, R.; XU, J.; WARD, E. **Cancer Statistical, 2010. CA: A Cancer Journal for Clinicians.** 2010;60(5):1-24.
2. ANDRADE, M. A. C. **Busca Ativa de Lesões Malignas e Desordens Potencialmente Malignas da Cavidade Bucal em Quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na Cidade de Piracicaba.** 2010. 117p. Dissertação (Mestrado em Estomatopatologia) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.  
Orientador: Prof. Dr. Marcio Ajudarte Lopes.
3. ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; FILHO, V.W. Resolutividade da

Campanha de

Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Pan. Am. J.**

**Public health**, V.21 , n.1, p. 30-36, jan. 2007.

4. AXELL, T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population.

**Odontol Revy** 1976; 27:1-103.

5. BÁNÓCZY, J.; RIGÓ, O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complex

screening system in Hungary. **Community Dent Oral Epidemiol.** 1991; 19 (5): 265-7.

6. BERGAMASCO, V.D.; MARTA, G.N.; KOWALSKI, L.P.; CARVALHO, A.L. Perfil

epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no estado de São Paulo. **Rev Bras Cir**

**Cabeça Pescoço.** 2008; 37(1):15-19.

7. BOUQUOT, J.E.; GORLIN, R.J. Leucoplakia, lichen planus, and other oral keratosis in

23.616 white americans over the age of 35 years. **Oral Surgery oral Medicine oral**

**Pathology.** 1986; 61(4); 373-381.

8. BOUQUOT, J.E.; EPHROS, H. Erythroplakia: the dangerous red mucosa. **Pract**

**Periodontics Aesthet Dent.** 1995; 7(6): 59-67.

9. CAMPISI, G.; MARGIOTTA, V. Oral mucosal lesions and risk habits among men in an

Italian study population. **J Oral Pathol Med.** 2001; 30 (1): 22-28.

10. CAMPISI, G et al. Demographic and behavioural profiles of patients with common oral

mucosal lesions by a homogeneity analysis. **Oral diseases.** 2012; 18: 396-401.

11. CARVALHO, A.L.; SINGH, B.; SPIRO, R.H.; KOWALSKI, L.P.; SHAH, J.P. Cancer of

the oral cavity: A comparison between institutions in a developed area and an underdeveloped nation. **Head Neck**. 2004; 26(1):31-38.

12. CHAPMAN, A.L. The concept of multiphasic screening. **Publ Hlth Rep**. 1949; 64: 1311.

Chronic disease and rehabilitation:a program guide for state and local health authorities,

New York **American Public Health Association (1960)**.

13. Commission on Chronic Illness (1957) **Chronic illness in the United States:Volume I**.

Prevention of chronic illness, Cambridge , Mass., Harvard University Press , p. 45 .

14. DOWNER, M.C.; EVANS, A.W.; HUGHES HALLET, C.M.; JULIEN, J.A.; SPEIGHT,

P.M.; ZAKRZEWSKA, J.M. Evaluation of screening oral cancer and precancer in a

company headquarters. **Community Dent Oral Epidemiol**. 1995; 23 (2): 84 - 8.

15. DOWNER, M.C.; JULIEN, J.A.;SPEIGHT, P.M. An interim determination of health gain

from oral cancer and precancer screening: 1. Obtaining health state utilities.

**Community**

**Dent Health**. 1997; 14 (3): 139-142.

16. DOWNER, M.C.; MOLES, D.R.; PALMER, S.; SPEIGHT, P.M. A systematic review of

measures of effectiveness in screening for oral cancer and pre-cancer . **Oral Oncol**.

2006; 42 (6): 551-560.

17. FUENTES, M.J.C.; MARQUEZ, M.A.S.; CASTILLO, I.G. Oral lichenoid lesions related

to contact with dental materials: a literature review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**

2009, Oct 1; 14 (10): e 514-20.

- 18 HASHIBE et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers , and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the international head and neck cancer epidemiology consortium. **J Natl Cancer Inst** 2007; 99 (10):777-789.
- 19 HASHIBE et al. Interaction between tobacco and alcohol use and risk of head and neck cancer: pooled analysis in the international head consortium. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**2009;18(2):541-550.
20. HONORATO, J.; CAMISASCA, D.R.; DIAS, F.L. Análise de sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. **Rev Bras Epidemiol.** 2009; 12(1): 69-81.
21. IKEDA, N.; ISHII, T.; LIDA, S. et al. Epidemiological study of oral leukoplakia based on mass screening for oral mucosal diseases in a selected Japanese population. **Community Dent Oral Epidemiol** 1991; 19: 160-3.
22. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012:
23. KUJAN et al. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst Rev* .2006;3:CD004150.
24. LOCKHART, P.B.; NORRIS JR, C.M.; PULLIAN, C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. **Oral Oncol.** 1988; 34(2):133-139.
25. LODI, G.; PORTER, S. Management of potentially malignant disorders: evidence and critique. **J oral Pathol Med.** 2008; 37 (2): 63-69.

26. MARKOPOULOS, A.; ALBANIDOU-FARMAKI, E.; KAYAVIS, I. Actinic Cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Diseases**.2004; (10); 212-216.
27. MEIJ, E.V.; MAST, H.; WAAL, IV. The possible premalignant character of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A prospective five-year follow-up study of 192 patients. **Oral Oncology** (2006).
28. MOLES, D.R .; DOWNER, M.C.; SPEIGHT, P.M. Meta-analysis of measures of performance report in oral cancer and pre-cancer screening studies. **Brit Dent J**. 2002; 192(6): 340-344.
29. MOUNTIN, J.W. Multiple screening and specialized programmes. **Publ Hlth Rep**.1950; 65: 1359.
30. NAGAO, T.; WARNAKULASURIYA, S.; GELBIER, S.; YUASA, H.; TSUBOI, S.; NAKAGAKI, H. Oral pre-cancer and the associated risk factors among industrial workers in Japan's oversea enterprises in the UK. **J Oral Pathol Med**. 2002; 32 (5):257-264.
31. NAPIER, S.S.; SPEIGHT, P.M. natural history of potentially malignant lesions and conditions: an overview of the literature. **J Oral Pathol Med**. 2008; 37 (1): 1-10.
32. NEVILLE, B.W.; DAMN, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. et cols. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3.ed. Elsevier, 2009. 972p.
33. PENTENERO et al. The prevalence of oral mucoal lesions in adults from the

Turin area.

**Oral Dis.** 2008; 14:356-366

34. PETTI, S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review.

**Oral**

**Oncol** 2003; 39: 770-80.

35. PITIPHAT, W; DIEHL, S.R.; LASKARIS, G. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. **J DENT RES** 2002; 81:192-7.

36. PROUT, M.N.; SIDARI, J.N.; WITZBURG, R.A. et al. Head and Neck cancer screening

among 4611 tobacco users older than forty years. **Otolaryngol head Neck Surg** 1997;

116:201-8.

37. REGEZI, J.A.; CIUBBA, J.J. ; JORDAN, R.C.K.; **Patologia Oral: Correlações**

**Clinicopatológicas.** 5ed. Elsevier, 2008.

38. REICHART, P.A.; PHILIPSEN, H.P. Oral erythroplakia – a review. **Oral Oncol.** 2005;

41(6): 551-561.

39. RETHMAN, M. P.; CARPENTER, W.; COHEN, E. E. W.; EPSTEIN, J.; EVANS, C.A.;

FLAITZ, C. M.; GRAHAM, F. J. et al. Evidence-Based Clinical Recommendations

Regarding Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. **The Journal of The**

**American Dental Association**, vol. 141, n.5, pag. 509- 520, Mai. 2010 .

40. SANKARANARAYANAN, R.; MATHEW, B.; JACOB, B.J.; THOMAS, G.;

SOMATHAN, T.; PISANI, P. Early Findings from a community-based, cluster-

randomized, controlled oral cancer screening trial in Kerala, India . **Cancer** 2000;

- 88:664-73, 2000.
41. SANKARANARAYANAN, R.; RAMADAS, K.; THOMAS, G.; MUWONGE, R.; THARA, S.; MATHEW, B.; RAJAN, B. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. **Lancet**, v.365(4), p. 1927-1933, Jun. 2005.
42. SANKARANARAYANAN, R 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.
43. SCULLY, C. **Medicina Oral e Maxilofacial. Bases do Diagnóstico e tratamento**. 2.ed. Elsevier, 2009. 394p.
44. SHERRIFF, R.; BEST, L.; RODERICK, P. Population screening in the NHS: A systematic pathway from evidence to policy formulation. **J Public Health Med** 1998; 20: 58-62
45. SHIN, D.; VIGNESWARAN, N.; GILLENWATER, A. Advances in fluorescence imaging techniques to detect oral cancer and its precursors. **Future Oncol**. 2010;6(7):1143-1154.
46. SHULMAN, J.D.; BEACH, M.M.; RIVERA-HIDALGO, F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults. Data from the Third national Health and nutrition examination survey, 1988-1994. **J. American Dental Association** 2004; 135: 1279-1286.
47. SILVERMAN, S.; BHARGAVA, K.; MANI, N.J.; SMITH, L.W.; MALAOWALLA, A.M. Malignant transformation and natural history of oral leukoplakia in 57,518 industrial workers of Gujarat, India. **Cancer**. 1976; 38 (4): 1790-1795.

48. SMILLIE, W.G. Multiple screening. **Amer. J. publ. Hlth** 1952; 42: 255
49. SPEIGHT, P.M.; MOLES, D.R.; DONER, M.C. Meta-analysis of measures of performance reported in oral cancer and pre-cancer screening studies. **British dental Journal** 2002; 192:340-344.
50. OJHA, R.P.; THERTULIEN, R. Health care policy issues as a result of the genetic revolution: implications for public health. **Am J Public Health** 2005; 95: 385-8.
51. THOMAS, V.; DEVI, S.R.; VISALAKSHI, J. et al. Mucosal Disorders with Oral Epithelial Dysplasia risk – development of a simple screening tool for general health care setting. **Oral Oncology**, 2012; 48: 671-677.
52. WAAL, I.V.D. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects . *Med Oral Patol Oral cir bucal* . 2009 JUL 1; 14 (7): E310-4.
53. WALTERS, L. A national advisory committee on genetic testing and screening. In: Annas GJ and Elias S, eds *gene mapping: Using law and ethics as guides*. New York: **oxford University Press**; 1992: 255-66.
54. WARNAKULASURIYA, S. et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. **Int Dental Journal**. 2010;60(1):7-30.
55. WILSON, J.M.G.; JUNGNER, G. Principles and practice of screening for disease. Geneve: WHO; 1968. Volumes/86/4/07-050112BP.pdf.
56. YANG, Y-H.; HO, P-S.; LU, H-M et al. Comparing dose-response measurements of oral habits on oral leukoplakia and oral submucous fibrosis from a community screening

program. **J Oral Pathol Med.** 2010; 39: 306-312