

**NEOPLASIAS BUCAIS EM INDIVÍDUOS IDOSOS NO BRASIL: REVISÃO
INTEGRATIVA**

**ORAL NEOPLASMS INTERNET ELDERLY INDIVIDUALS IN BRAZIL:
AN INTEGRATIVE REVIEW**

**MARIELA PERALTA-MAMANI¹, MAGALI DE LOURDES CALDANA²,
ROOSEVELT DA SILVA BASTOS³, JOSÉ ROBERTO DE MAGALHÃES BASTOS⁴,
HEITOR MARQUES HONÓRIO⁵**

¹Mestranda em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo (FOB-USP). Bauru, São Paulo, BR. e-mail: marielaperalta@hotmail.com

²Professora doutora associada do Departamento de Fonoaudiologia e Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP.

³Professor doutor em RDIDP da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, disciplina de Saúde Coletiva.

⁴Professor doutor do departamento de Ortodontia e Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP. Bauru, São Paulo, BR

⁵Professor doutor associado (graduação e pós-graduação) do Departamento de Ortodontia e Saúde Coletiva (Disciplina de Metodologia de Pesquisa e Estatística) da Faculdade de Odontologia de Bauru – USP.

RESUMO

Devido à mudança demográfica do Brasil, a população de idosos torna-se o novo grupo de risco das neoplasias bucais. O objetivo foi descrever a frequência e tipos de neoplasias bucais desta população nos estados do Brasil. A estratégia de busca foi utilizada nas bases de dados: MEDLINE/PUBMED, BVS, LILACS, BBO, ADOLEC e IBECS, obtendo 495 e selecionando 11 artigos. Os estudos incluídos foram realizados entre 1985 até 2012. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma espinocelular, ameloblastoma, carcinoma adenoide cístico e carcinoma de células acinares. Verificamos que tem uma vasta literatura mas existem poucos trabalhos realizados relacionando as neoplasias bucais e os idosos brasileiros.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias bucais, Idosos, Brasil

ABSTRACT

Due to demographic change in Brazil, the elderly population becomes a new risk group for oral cancer. The objective of this study is to describe the frequency and types of oral

neoplasms this population in states of Brazil. The search strategy was used in the following databases: MEDLINE/PUBMED, BVS, LILACS, BBO, ADOLEC and IBECs, obtaining 495 and selecting 11 articles. The included studies were published between 1985 and 2012. The most frequent histological type was squamous-cell carcinoma, ameloblastoma, adenoid cystic carcinoma and acinic cell carcinoma. We verified that there exists a vast literature however there is few papers relating oral neoplasms in the brazilian elderly.

KEYWORDS: Mouth neoplasms, Aged, Brazil.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal é considerado um problema de saúde pública, cuja incidência e índice de mortalidade tem aumentado no Brasil nas últimas décadas, segundo as estimativas do ano 2014 do Instituto Nacional do Câncer (INCA), encontra-se no 7º lugar dentre os cânceres mais frequentes, sendo mais prevalente em homens (5º lugar 11.280- 3,7%) do que em mulheres. O número de casos novos do ano 2012 foi de 14.170, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres e no ano de 2013 o número de mortes foi de 7.144, sendo 5.645 homens e 1.499 mulheres. Já no ano de 2014 no Brasil, houve 11.280 casos novos de câncer bucal em homens e 4.010 em mulheres. Esses valores obedecem a um risco estimado de 11,54 casos novos a cada 100 mil homens e 3,92 a cada 100 mil mulheres. Os estados com maior incidência no ano de 2014 foram o estado de São Paulo onde encontrou-se 4.500 casos novos, seguido por Rio de Janeiro com 2.010 casos, Minas Gerais com 1.520 casos, Paraná com 1.070 casos e Rio Grande do Sul com 1.030 casos novos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

Conforme dados do INCA no mundo, o câncer bucal está entre os dez cânceres com maior incidência (KUJAN *et al.*, 2006). No ano de 2012 ocorreram cerca de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos por câncer de boca e lábio (C00-08), desses casos 80% sucederam em países em desenvolvimento. As taxas de incidência mais altas foram observadas nas populações da Melanésia, do Centro-Sul Asiático, da Europa oriental, Central e Ocidental, da África e da América Central. Nesse mesmo ano, de acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de óbitos por câncer em todo o mundo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2015).

Devido à mudança demográfica das últimas décadas no Brasil, surge um novo grupo de risco que é a população de idosos. O envelhecimento da população brasileira foi aumentando, portanto aumenta também a expectativa de vida e uma série de problemas nos idosos, que são as doenças crônicas degenerativas e o câncer. O câncer bucal está relacionada intimamente aos agentes agressores da cavidade bucal, que predis põem os idosos a este tipo de câncer, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) o tipo histológico mais frequente representando entre 90-95% de todas as neoplasias bucais (SOUSA; SOUSA; RESENDE, 2007). A causa do CEC é multifatorial, entre os fatores extrínsecos se encontram a fumaça, álcool, sífilis e luz solar, os fatores intrínsecos incluem desnutrição geral ou anemia por deficiência de ferro. Na fase inicial apresenta-se com uma dor mínima, é por esta característica a demora em procurar ajuda profissional. Clinicamente manifesta-se como uma lesão exofítica, endofítica, leucoplásica, eritroplásica ou eritroleucoplásica. Os tipos leucoplásicos e eritroplásicos nas fases iniciais tem características iguais às lesões pré-malignas da leucoplasia e eritroplasia, podendo realizar um diagnóstico errado, por esse motivo é importante a realização de biopsias. Os tumores avançados evidenciam pontos de sangramento e tecido necrótico, consistência endurecida com bordas elevadas, podendo levar em alguns casos à fixação da língua, trismo e infiltração de nervos, consequentemente provocar dor local ou otalgia reflexa (NEVILLE *et al.*, 2009).

Outros fatores de risco do câncer bucal são atribuíveis às influencias ambientais, que se relacionam com o estilo de vida (hábitos pessoais, tabagismo, etilismo, uso de fogão a lenha, atividade profissional e a região onde o idoso habita), grupo étnico, sexo, traumatismos crônicos, fatores nutricionais, estados de imunodeficiência, história familiar, infecciones virais e hábitos de higiene bucal. Destacando que o tabagismo e etilismo estão fortemente associados a esta condição (BRANDAO; CAVALHEIRO; SONDERMANN, 2000).

Os sítios topográficos mais acometidos pelas neoplasias bucais são a borda lateral da língua, assoalho da boca, rebordo alveolar, trígono retromolar, mucosa jugal e palato duro. A língua é o sitio de acometimento mais frequente representando os três quartos dos canceres, a borda lateral na junção entre o terço médio e posterior da língua representa o 45% dos canceres, no entanto a ponta e o dorso da língua são sítios que raramente apresentam esta condição, as formas mais comuns são a exofítica e infiltrativa (SOUSA; SOUSA; RESENDE, 2007). No caso do lábio, corresponde aproximadamente 30% dos tumores malignos da boca nos países tropicais, seu comportamento é parecido ao câncer de pele e ocorre com maior

frequência no lábio inferior, no lábio superior somente há de 2 a 8% das neoplasias bucais e 1% nas comissuras. O câncer do trígono retromolar caracteriza-se pela queixa álgica pertinente ao envolvimento do nevo alveolar inferior, 50-60% dos pacientes apresentam metástases regionais. As neoplasias do assoalho da boca geralmente acometem a região anterior, podem comprometer as glândulas submandibulares obstruindo seus ductos causando alterações salivares e atingindo com maior facilidade a região submentoniana pela proximidade. Quando o rebordo alveolar é acometido, 70-80% afetam o rebordo mandibular na maioria das vezes no terço posterior. O palato duro é acometido geralmente por melanomas mucosos e pode ter origem no assoalho da cavidade nasal ou nos seios maxilares. O carcinoma da mucosa jugal se localiza maioritariamente na porção posterior e pode se desenvolver por causa de uma leucoplasia (NEVILLE *et al.*, 2009; BRANDAO; CAVALHEIRO; SONDERMANN, 2000).

Muitas vezes as neoplasias bucais são diagnosticadas em estágios muito avançados, mantendo-se as taxas de sobrevivência igual nas últimas décadas no Brasil e nos países denominados desenvolvidos. Para mudar esse cenário requer-se maior conhecimento do tipo de neoplasias, dos fatores de risco do câncer, dos sítios de origem mais comuns e capacitar ao profissional de saúde para identificar as lesões pré-malignas, destacando-se que as mais comuns são leucoplasia e eritroplasia, com a finalidade de diagnosticar precocemente e ter uma abordagem terapêutica mais conservadora (NEVILLE *et al.*, 2009).

A realidade da assistência à saúde no Brasil no que concerne à prevenção e tratamento do câncer de cabeça e pescoço nos idosos ainda está muito distante do ideal por causa de alguns fatores, entre eles está a falta de preparo dos profissionais de saúde na detecção precoce do câncer provocando um diagnóstico tardio, a morosidade do sistema de saúde público para referenciar ao paciente a um especialista em oncologia e a falta de equipes multidisciplinares para tratamento e reabilitação desses pacientes. Esta deficiência no sistema de saúde não é somente por causa dos profissionais que trabalham nesta área, também é devido à falta de conscientização da população de idosos sobre o potencial de malignidade das lesões bucais, além disso, por que não se conta com a infraestrutura hospitalar e de saúde pública adequada. Por estes motivos muitas vezes os pacientes são atendidos em estágios avançados de câncer (SOUSA; SOUSA; RESENDE, 2007).

Para prevenir o câncer bucal nos idosos necessita-se de ações que estimulem mudanças de comportamento para reduzir a exposição deste grupo aos fatores de risco e melhor

capacitação dos profissionais de saúde quanto ao reconhecimento precoce das lesões e localização anatômica, conseqüentemente diminuirá a incidência das neoplasias bucais nos idosos (BRANDAO; CAVALHEIRO; SONDERMANN, 2000). Apesar da vasta literatura sobre o câncer e especificamente o câncer bucal, existem poucos trabalhos realizados com idosos, identificando o tipo histológico de câncer e a frequência. Portanto, o objetivo deste trabalho foi descrever as lesões mais frequentes das neoplasias bucais na população de idosos no Brasil, tendo em consideração que é uma população demasiadamente suscetível.

MATERIAIS E MÉTODOS

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos estudos retrospectivos, epidemiológicos, longitudinais, de coorte e transversais, estudos cuja amostra considerem à população idosa dos diferentes estados do Brasil e especifiquem a faixa etária, estudos focados em descrever o tipo histológico de neoplasias bucais mais frequentes.

Foram excluídos relatos de casos ou series de casos, artigos focados em cirurgias de resgate, níveis de cuidados de saúde, metástase das neoplasias, estágios das lesões, radioterapia, técnicas cirúrgicas, osteorradionecrose ou estudos que abordem os programas de prevenção de câncer bucal e diagnóstico precoce, estudos cuja amostra de pacientes apresenta alguma patologia específica (HIV, VPH ou algum tipo de carcinoma específico), trabalhos relatando incidência de cistos, lesões da mucosa oral, lesões pré-malignas e artigos focados nos fatores de predisposição (dieta, fumo, maconha, álcool, fogões a lenha, exposição ocupacional por derivados do petróleo).

ESTRATÉGIA DA PESQUISA

Identificação dos estudos a serem considerados para a inclusão foi baseada em uma estratégia de busca para cada base de dados eletrônica (MEDLINE/PUBMED, BVS, LILACS, BBO, ADOLEC e IBECS). Nessas bases de dados foram pesquisados estudos sem limite de tempo. A estratégia de busca foi estruturada e projetada para incluir qualquer trabalho publicado que aborde o tipo de neoplasias bucais que afetam os idosos no Brasil, utilizando-se como palavras chaves: "Neoplasias bucais", "Idoso", "Brasil" (DECS) e "Mouth Neoplasms", "Aged", "Brazil" (MeSH Terms).

As palavras chave da pesquisa foram adaptadas e combinadas para uso em cada base de dados bibliográficos em combinação com filtros específicos de cada banco de dados. Inicialmente não houve restrições de linguagem.

Os estudos não publicados foram procurados eletronicamente, realizou-se também uma busca manual das listas de referência de todos os artigos selecionados para poder incluir trabalhos adicionais que eventualmente atendam aos critérios de elegibilidade do estudo. Os artigos que cumpriram todos os critérios de seleção foram processados para extração de dados, se as informações relevantes para os critérios de elegibilidade não estava disponível no resumo, e se o título era relevante, o artigo foi selecionado para uma leitura integral do texto.

EXTRAÇÃO DE DADOS

Após aplicada a estratégia de busca nas diferentes bases de dados anteriormente mencionadas, os estudos coletados foram levados ao software Endnote Web (www.myendnoteweb.com, gerenciador de referências bibliográficas). O software permitiu armazenar, organizar as referências por ordem alfabética. Obtendo no total 688 artigos.

O EndNote Web permitiu também a exclusão dos registros repetidos, já que muitas vezes as revistas são indexadas em mais de uma base de dados, criando-se uma nova pasta incluindo no total 495 artigos sem duplicação.

Esses artigos coletados foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão anteriormente relatados, sendo pré-selecionados pelos títulos 42 artigos, após ler os resumos selecionou-se 20 artigos para leitura completa do texto. O texto integral desses estudos elegíveis foram avaliados e os dados foram extraídos no que diz respeito aos tipos de neoplasias bucais e frequência em pacientes idosos no Brasil (Figura 1).

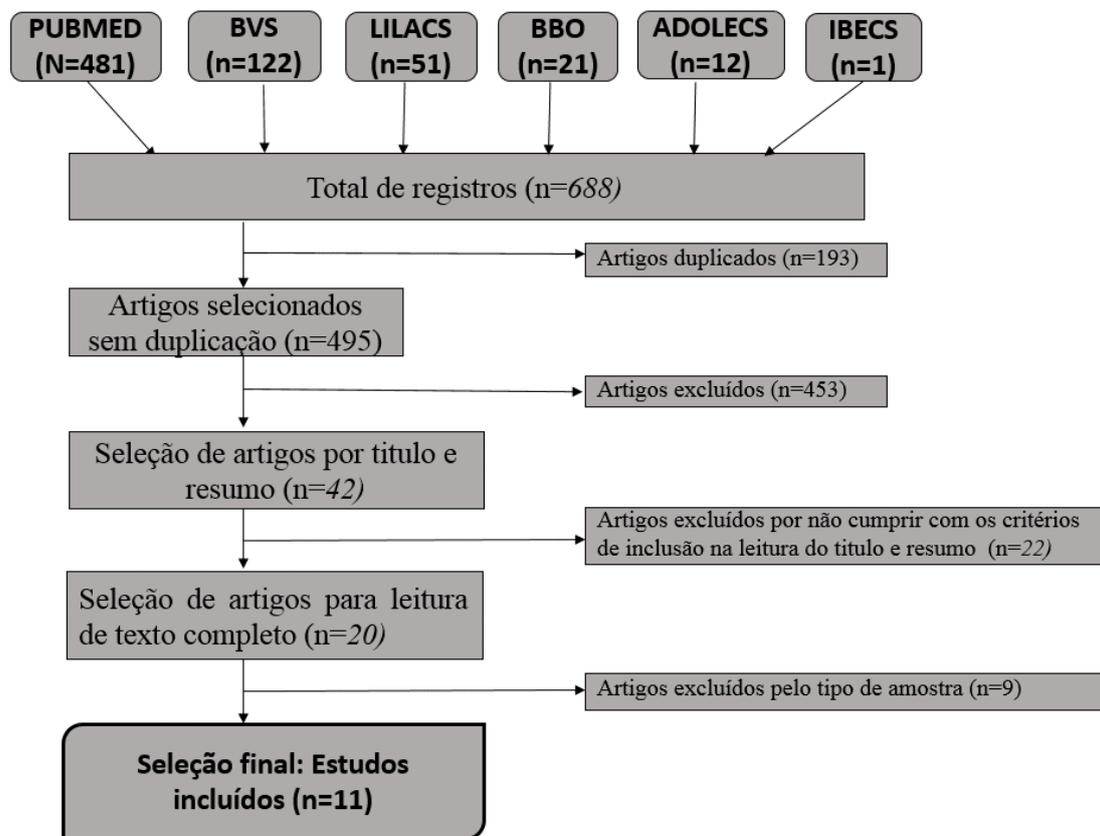


FIGURA 1: Seleção dos artigos, de acordo com os critérios de inclusão

Depois da leitura completa desses artigos foram excluídos 9 por não cumprirem com os critérios de inclusão (2 estudos de lesões pré-malignas, 1 estudo de tumores epiteliais da cavidade oral feita nos 5 continentes, 3 estudos em população não idosa, 3 estudos com amostra de pacientes com alguma neoplasia específica: carcinoma espinocelular, lipomas, tumores epiteliais da cavidade oral). Obtendo uma seleção final de 11 artigos que cumpriram com todos os critérios de inclusão. Estes artigos foram examinados e extraídas suas principais informações: autores, ano de publicação, região geográfica, tipo de estudo e duração, tamanho da amostra, objetivo, metodologia do estudo, resultados e conclusão do estudo.

RESULTADOS

Foram incluídos estudos epidemiológicos, descritivos, de coorte, transversais e retrospectivos publicados entre janeiro de 1985 até 2012, a obtenção de dados durou de 4 até 51 anos. Todos os artigos foram publicados em inglês e português. Na busca realizada nas diferentes bases de dados mencionadas anteriormente encontramos 495 estudos por se adequarem às estratégias de busca. 42 estudos foram selecionados segundo o título e resumo.

Desses trabalhos 20 artigos foram incluídos para leitura integral. Após a leitura desses estudos, 11 foram considerados elegíveis para esta revisão integrativa.

ESTUDOS INCLUÍDOS

Os estudos incluídos foram 11 (Quadro 1), representado a pacientes idosos brasileiros de 60 a 100 anos de idade de ambos os sexos.

QUADRO 1. Detalhes e conclusões dos estudos incluídos (em ordem alfabética)

PRIMEIRO AUTOR, ANO	REGIÃO GEOGRÁFICA	Nº DA AMOSTRA/ DURAÇÃO DO ESTUDO	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Alvarenga L.M., 2008 ⁶	Hospital universitário do Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil.	427 / 2000-2005	Tipo histológico: carcinoma espinocelular (CEC) 413(96,7%), Linfoma não-Hodgkin 3(0,69%), Carcinoma indiferenciado 3(0,69%), Outros 8 (1,92%) adenocarcinoma, carcinoma adenóide cístico, carcinoma de células claras, carcinoma mucoepitelióide, carcinoma pouco diferenciado. Faixa etária: 61-70 (127; 29,75%), 71-80 (82; 19,2%), 81-90 (20;4,68%), >90 (2;0,47%).	Neoplasias são mais frequentes em homens, tabagistas e com idade acima de 40 anos. A identificação dos fatores de risco poderá ajudar implementação de programas de prevenção.
Avelar R.L., 2008 ¹²	Pernambuco	238 / 1992-2007	Tipo histológico: ameloblastoma, tumor odontogenico ceratocistico (TOC), cisto odontogenico epitelial calcificante (COEC) e odontoma (O). Faixa etária: 61-70 (ameloblastoma=3, TOC=2, COEC=1, O=2), >70 (ameloblastoma=1, TOC=1, O=2). Localização: Ameloblastoma (84,2% na mandíbula, 15,8% na maxila), TOC (75,3% mandíbula, 14,7% maxila), COEC (66,6% mandíbula, 33,3% maxila), O (42,5% mandíbula, 57,5% maxila).	Os tumores odontogênicos parecem ter discreta predileção pelo sexo feminino e pelas primeiras décadas de vida, é mais frequente na mandíbula e apresenta-se assintomático.
Carvalho M.V., 2011 ⁸	Laboratório de patologia oral – Universidade de Pernambuco	534 / 1991-2008	Tipo de lesão: não neoplásica 353 (66,1%), benigna 85 (15,92%), maligna 56 (10,49%), potencialmente maligna 40	É importante salientar que a neoplasia maligna (carcinoma de células escamosas

			<p>(7,49%).</p> <p>Tipo histológico: lesões malignas, carcinomas de células escamosas orais 8% dos casos (75% do grupo) e carcinoma adenóide cístico. Lesões potencialmente malignas, displasia epitelial (+50% do grupo).</p> <p>Faixa etária: 60-69: 339(63,5%); 70-79: 151 (28,3%); 80-89: 36 (6,7%); 90-99: 8(1,5%).</p> <p>Localização: gengiva / rebordo alveolar 102(19,10%), intraósseo 102(19,10%), maxila 31, mandíbula 71, mucosa bucal 90(16,85%), lábio 64(11,99%), palato 60(11,24%), língua 57(10,67%), assoalho da boca 18(3,374%), não específica 41(7,68%).</p>	<p>oral) e a lesão potencialmente maligna (displasia epitelial) estão entre os cinco lesões bucais mais prevalentes. Assim, higiene bucal para a população idosa deve ser uma prioridade na política de saúde pública.</p>
Carvalho S.H.G., 2012 ⁷	Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba da Cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.	472 / 1999-2008	<p>Tipo histológico: carcinoma epidermóide 407(86,20%), Carcinoma mucoepidermóide 24 (5,10%), Adenocarcinoma 10(2,10%), Linfoma não Hodking 8 (1,70%), Carcinoma metastático 8(1,70%), Carcinoma adenóide cístico 5(1,10%), Melanoma maligno 5(1,10%), Carcinoma basoescamoso 2(0,40%), Linfoma de Células T/Nk 1(0,20%), Não consta 2(0,40%).</p> <p>Localização: língua (29,66), palato (15,04), assoalho de boca (10,38), orofaringe (6,99), mucosa labial inferior (6,78), gengivas (5,51), mucosa jugal (5,51), tonsila (4,66), glândula parótida (4,45), região retromolar (3,81), glândula submandibular (1,91).</p> <p>Faixa etária: a idade dos</p>	<p>Neoplasias bucais cometiam indivíduos do gênero masculino, com idade média de 65,5 anos, leucodermas e que apresentavam hábitos fumar e consumir bebida alcoólica. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma espinocelular tendo como sitio anatômico principal a língua.</p>

			indivíduos variou de 07 a 90 anos, sendo a média das idades de 65,5±13 anos. 90% dos casos de câncer estão acima dos 45-50 anos.	
da Rosa M.R.D., 1985 ¹⁰	Hospital Dr Napoleão Laureano, Joao Pessoa-Pb, secção cabeça e pescoço	670 / 1973-1981	<p>Tipo histológico: 612 (91,3%) carcinoma epidermoide, 37(5,52%) carcinoma basocelular, 3(0,45%) linfossarcoma, 1(0,15%) linfoma maligno linfocítico, 1(0,15%) sarcoma osteogenico, 1(0,15%) histiocitoma maligno, 4(0,60%) carcinoma anaplasico, 1(0,15%) mucoepidermoide, 2(0,30%) melanocarcinoma, 1(0,15%) carcinoma baso espino metatipico, 5(0,74%) carcinoma verrucoso, 1(0,15%) tumor misto, 1(0,15%) adenocarcinoma.</p> <p>Faixa etária: 61-70 M (141; 21,04%), F (88;13,13%), 71-80 M (110; 16,42%), F (49;7,31%), 81-90 M (19;2,84%), F (10;1,49%), 91-100 F (01; 0,15%).</p> <p>Localização: lábios 201(30%), língua 143 (21,3), região retromolar 68 (10,2%), assoalho bucal 65 (9,7%), rebordo gengival 48 (7,2%), palato mole 39 (5,8%), palato duro 36 (5,4%), não especifica 70 (10,4%).</p>	O carcinoma espinocelular foi mais frequente (91,3%), o segundo caso foi carcinoma basocelular (5,5%), sendo mais acometidos os lábios, língua, região retromolar e assoalho bucal. Maior ocorrência no sexo masculino e acentuada entre 61-70 anos.
Fernandes A.M., 2005 ¹³	Universidade Federal de Minas Gerais.	340 / 1954-2004	<p>Tipo histológico: ameloblastoma (AME), tumor odontogênico de células claras (CCOT), tumor odontogênico de células escamosas (SOT), odontoma complexo (ODTx), odontoma composto(ODTp), fibroma odontogenico (OF),</p>	O mais freqüente T.O. foi ameloblastoma (45,2%), seguido por odontomas (24,91%), e mixoma (9,1%). Os tumores benignos apresentaram uma

			<p>Faixa etária: 60-69 (AME=5, ODTx=2, ODTp=1), >70 (AME=1, CCOT=1, SOT=1, OF=1).</p> <p>Localização: AME (13 maxila, 131 mandíbula), CCOT (1 maxila), SOT (2 maxila, 3 mandíbula), ODTx (32 maxila, 16 mandíbula), ODTp (21 maxila, 9 mandíbula), OF (7 maxila, 4 mandíbula).</p>	relação masculino-feminino de 1: 1,2. As áreas mais afetadas foram a região posterior da região da mandíbula e anterior da maxila.
Lima S.S., 2005 ¹¹	Laboratório de Patologia e Citologia Ltda, em Aracaju-SE.	245 / 1980-1999	<p>Tipo histológico:</p> <p>Benignas: adenoma pleomórfico AP 168 (68,57%), tumor de warthin TW 17 (6,94%).</p> <p>Malignas: carcinoma adenóide cístico CAC 13 (5,31%) carcinoma de células acinares CCA 12 (4,90%), carcinoma mucoepid:rmóide CM 11 (4,49%), carcinoma em adenoma pleomórfico CAP 9 (3,67%), adenocarcinoma A 9 (3,67%).</p> <p>Faixa etária: benignas: 61-70 (AP=15, TW=4), 71-80 (AP=6, TW=2), 81-90 (AP=3, TW=1). Malignas: 61-70 (CAC=5, CCA=4, CM=2, CAP=1, A=3), 71-80 (ACA=2, CCA=2, CM=2, CAP=1, A=1), 81-90 (ACA=1, CAP=2, A=1).</p> <p>Localização: benignas: parótida (123), submandibular (38), sublingual (2), menores (24). Malignas: parótida (28), submandibular (8), menores (22).</p>	As neoplasias benignas de glândulas salivares foram mais comuns em relação às malignas (carcinoma adenóide cístico seguido pelo carcinoma de células acinares e pelo carcinoma mucoepid:rmóide), e se manifestam mais na 3ª e 7ª década de vida respectivamente. Maior frequência no sexo feminino e na raça branca.
Martinelli K.G., 2011 ¹⁴	Serviço de Anatomia Patológica Bucal - Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	620 / 2004-2010	<p>Tipo histológico e faixa etária: 4,78% da amostra foram lesões malignas; na 6ª década (granuloma piogênico 18,59%), 7ª década (ameloblastoma 9,39%), 8ª década (carcinoma de células escamosas 5,47%).</p>	Os pacientes atendidos foram mais do gênero feminino, leucoderma. A diversidade de diagnósticos reafirma a necessidade de

			<p>Localização: mandíbula com 29,51%, seguida da maxila com 27,44%, da mucosa jugal com 12,9%, lábio com 8,22%, outras regiões com 12,43% e 9,5% com dados não informados.</p>	<p>realizar biopsias. Foram registrados 19 casos de carcinoma de células escamosas e 5 casos de carcinoma mucoepidermoide.</p>
Osterne R.L.V., 2011 ⁹	5 serviços de patologia anatômica em Fortaleza, Brasil.	1034 / 2001-2005	<p>Tipo histológico: carcinoma de células escamosas (CCE), carcinoma basocelular (CB), carcinoma de células merkel (CCM), carcinoma adenoide cístico (CAC), melanoma (M).</p> <p>Faixa etária: CCE (69 M=59,5 anos, 32 F= 69,7 anos), CB (9 M=67,2 anos, 4 F=57,3 anos), CCM (1M=76 anos), CAC (1F=67 anos), M (1F=78 anos).</p> <p>Localização: CCE (11 lábio superior, 80 lábio inferior e 15 não informado), CB (7 lábio superior e 6 lábio inferior), CCM (1 no lábio inferior), CAC (1 no lábio superior), M (1 no lábio superior).</p>	<p>A malignidade das lesões aumentam com a idade. O carcinoma espinocelular foi o mais comum (47,3%), ocorrendo em 31,1% das mulheres e 68,9% de homens. A maioria (68,3%) estavam na 8ª (27,7%), 7ª (20,8%), e 6ª (19,8%) décadas. O lábio inferior foi o mais afetado (75,5%).</p>
Osterne R.L.V., 2011 ¹⁵	5 serviços de patologia anatômica em Fortaleza, Brasil.	6231 / 2001-2005	<p>Tipo histológico: ameloblastoma (AME) 6º=1;7ª=6;>8ª=1; T.O. queratocístico (TOQ) 6º=3;7ª=3; odontoma (O)6º=2;7ª=1;>8ª=2; T.O. cístico calcificante (TOCC) >8ª=0; fibroma odontogênico (FO) 6º=1;7ª=1; cementoblastoma (CB) 6º=1.</p> <p>Faixa etária: 6ª=8 (5,06%), 7ª=11 (6,96) e >8ª=4 (2,53%).</p> <p>Localização: AME (3 maxila e 43 mandíbula), TOQ (15 maxila e 31 mandíbula), O (20 maxila e 14 mandíbula), TOCC (2 maxila e 7 mandíbula), FO</p>	<p>Os tumores odontogênicos são neoplasias raras, são mais comum em mulheres, mais frequente o ameloblastoma seguido de tumores odontogênicos queratocísticos.</p>

			(2 maxila e 5 mandíbula), CB (3 maxila e 7 mandíbula).	
Santos J.N., 2001 ¹⁶	Setor de patologia oral -Universidade Federal de Rio Grande do Norte	127 / 1970-1999	Tipo histológico: ameloblastoma, odontoma. Faixa etária: 61-70 (ameloblastoma), 71-80 (ameloblastoma), 81-90 (odontoma). Localização: ameloblastoma (mandibular na região anterior 9 e posterior 15), odontoma (maxila: 30 na região anterior e 8 na região posterior; mandíbula: 9 na região anterior da e 15 na posterior).	O ameloblastoma representa 30,70% de todos os tumores odontogênicos com predileção do sexo feminino, localizados maiormente na mandíbula.

Os estudos foram realizados no Brasil, sendo: Campina Grande -Paraíba, Aracaju-Sergipe, Vitória – Espírito Santo, Fortaleza (2), Jaguaribe - Ceará, Natal - Rio Grande do Norte, Belo Horizonte - Minas Gerais, Recife (2) - Pernambuco e um no estado de São Paulo.

Dos 11 estudos incluídos, 10 trabalhos foram realizados com diversas faixas etárias e só um trabalho tomou a amostra em pacientes idosos a partir dos 60 até 99 anos. No caso dos trabalhos que tomaram em consideração todas as faixas etárias, foram extraídos os dados correspondentes só aos idosos com no mínimo 60 anos de idade. Além do tipo histológico da neoplasia bucal tomou-se também em consideração os dados quanto ao sexo e localização da lesão, caso o trabalho apresentasse esses dados. Destes artigos incluídos, 5 investigaram a frequência de tumores odontogênicos, 5 as diversas neoplasias da boca e 1 os tumores das glândulas salivares, descrevendo o tipo histológico e diferenciando-os por faixa etária.

TIPO HISTOLÓGICO DAS NEOPLASIAS BUCAIS

O tipo histológico mais frequente de 5 dos trabalhos avaliados de neoplasias bucais foi o carcinoma espinocelular, com diferentes porcentagens: 96,7% (ALVARENGA *et al.*), 86,20% (CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012), 75% (CARVALHO *et al.*, 2011), 47,3% (OSTERNE *et al.*, 2011a) e 91,3% (da ROSA, 1985). Nesses trabalhos foram encontradas outras lesões: Linfoma não-Hodgkin, carcinoma indiferenciado/carcinoma pouco diferenciado, adenocarcinoma, carcinoma adenóide cístico, carcinoma de células claras, carcinoma mucoepitelióide/Carcinoma mucoepidermóide, carcinoma metastático, melanoma

maligno/melanocarcinoma, carcinoma basoescamoso, carcinoma basocelular, linfoma de Células T/Nk, carcinoma basocelular, linfossarcoma, linfoma maligno linfocítico, sarcoma osteogênico, histiocitoma maligno, carcinoma anaplasico, carcinoma baso espino metatípico, carcinoma verrucoso, tumor misto, carcinoma de células merkel. Lesões potencialmente malignas, displasia epitelial.

O trabalho de LIMA et al. (2005), avaliou os tumores das glândulas salivares encontrando como tumor maligno mais frequente o carcinoma adenoide cístico e carcinoma de células acinares com 7 casos em cada tipo histológico e entre outras lesões identificou o carcinoma mucoepidermóide, carcinoma adenoma pleomórfico, adenocarcinoma. O tumor benigno mais frequente foi o adenoma pleomórfico, seguido do tumor de Warthin.

Os tumores odontogênicos foram avaliados em 5 dos trabalhos (AVELAR *et al.*, 2008; FERNANDES *et al.*, 2005; MARTINELLI *et al.*, 2011; OSTERNE *et al.*, 2011b; SANTOS *et al.*, 2001), sendo o ameloblastoma o tipo histológico mais frequente, entre outras lesões encontram-se o tumor odontogenico ceratocistico, odontoma complexo, odontoma composto, fibroma odontogenico, cementoblastoma, cisto odontogenico epitelial calcificante, granuloma piogenico, tumor odontogenico de células escamosas, tumor odontogenico de células claras, carcinoma de células escamosas e cistico calcificante.

FAIXA ETÁRIA DE PREVALÊNCIA

Na população de idosos, os tumores odontogênicos acometem mais a indivíduos na sexta década de vida (AVELAR *et al.*, 2008; FERNANDES *et al.*, 2005; MARTINELLI *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2001), com exceção do trabalho de OSTERNE *et al.* (2011b), onde mais indivíduos na sétima década apresentaram estas lesões. No caso dos tumores das glândulas salivares (LIMA, et al., 2005) e neoplasias diversas da cavidade oral (ALVARENGA *et al.*, 2008; CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012; CARVALHO *et al.*, 2011; OSTERNE *et al.*, 2011a; DA ROSA, 1985), indivíduos de 61-70 anos apresentaram maior número de neoplasias, seguido da 7ª década e por último na 8ª e 9ª década de vida.

LOCALIZAÇÃO DAS NEOPLASIAS BUCAIS

As neoplasias de lábio acometem na maioria dos casos o lábio inferior ao invés do lábio superior (OSTERNE *et al.*, 2011a). No caso dos tumores das glândulas salivares é mais frequente na glândula parótida, seguido da glândula submandibular, sublingual e finalmente

as glândulas menores (LIMA *et al.*, 2005). Os tumores odontogênicos são mais frequentes na região posterior da mandíbula do que na maxila e as neoplasias bucais são mais frequentes na língua (ALVARENGA *et al.*, 2008; CARVALHO; SOARES; FIGUEIREDO, 2012; CARVALHO, 2011; DA ROSA, 1985). Entre outros sítios topográficos encontra-se a rebordo alveolar, mucosa bucal, mandíbula, maxila, assoalho da boca, palato, orofaringe, mucosa labial inferior, gengiva, mucosa jugal, tonsila, região retromolar, glândula submandibular, palato mole, palato duro.

DISCUSSÃO

Dentre os fatores de risco das neoplasias bucais que descreveram nos estudos incluídos podemos destacar o sexo, tendo uma predileção pelo sexo masculino, a raça branca e outros fatores de risco tais como álcool e cigarro. No estudo de ALVARENGA *et al.* (2008), a maioria dos indivíduos foram de sexo masculino (86%), realizavam atividades rurais e no sexo feminino realizavam atividades domésticas. A raça branca representava 90% e em relação ao consumo de cigarro e álcool, 83,37% eram tabagistas, 65,8% etilistas, 55,27% possuíam os dois hábitos e só 6,18% não possuíam estes hábitos.

Segundo o trabalho de CARVALHO; SOARES e FIGUEIREDO (2012), houve 283 (59,96%) pacientes leucodermas, 163 (34,50%) eram feodermas e 26 (5,50%) melanodermas. O 50% deles possuíam experiência precedente com fumo associado a álcool, referindo o consumo de cigarro artesanal por 55% e o de bebidas alcoólicas destiladas 65%, o hábito isolado de fumar foi registrado em 28% e o de consumo isolado de bebidas alcoólica em apenas 0,42%.

No trabalho de OSTERNE *et al.* (2011a), foram realizadas biópsias de 65 mulheres (29%) e 159 homens (71%) demonstrando a predileção pelo sexo masculino, confirmado pelo trabalho de DA ROSA, (1985).

No entanto, segundo CARVALHO; SOARES; e FIGUEIREDO (2012), cuja amostra foi com idosos somente, houve uma predileção pelo sexo feminino 357 (66,8%) e 173 (32,4%) no sexo masculino, isso talvez pelo fato que a população de idosas mulheres no Brasil é de 8,9 milhões, representando o 62,4% da população de idosos (15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade) ou também por que este estudo foi apontado a descrever todas as lesões bucais (não neoplásicas, benignas, malignas e potencialmente malignas), sendo o menor grupo as lesões malignas. Nesse estudo demonstra-se que a neoplasia maligna (carcinoma de células escamosas) e a lesão potencialmente maligna

(displasia epitelial) estão entre as cinco lesões bucais mais prevalentes. Portanto, o diagnóstico precoce e tratamento das lesões potencialmente malignas é muito importante pois grande parte pode evoluir para carcinomas de células escamosas. De tal modo, a higiene bucal na população idosa deve ser uma prioridade na política de saúde pública.

O estudo de LIMA *et al.* (2005), descreveu-se os tumores de glândulas salivares, sendo estes mais frequentes em pacientes de raça branca, seguido da raça parda e raça negra (presente nas neoplasias benignas somente). No caso das neoplasias benignas houve 117 casos do sexo feminino e 70 do sexo masculino, já no caso das neoplasias malignas houve 36 mulheres com esta condição e 22 homens. Demonstrando assim a predileção pelo sexo feminino nos tumores das glândulas salivares.

Os tumores odontogênicos apresentam uma predileção pelas primeiras décadas de vida, em pessoas de raça branca e pelo sexo feminino nos 5 estudos incluídos. Segundo OSTERNE *et al.* (2011b), com uma relação homem: mulher de 0,62: 1,00. No estudo de MARTINELLI *et al.* (2011), analisando-se os dados demográficos, constatou-se que a cor da pele mais prevalente foi a branca com 265 (42,76%) casos, seguida da parda com 175 (28,22%) e da negra com 105 (16,93%). No estudo de FERNANDES *et al.* (2005), os tumores benignos apresentaram uma relação homem-mulher de 1: 1,2 e todos os tumores malignos foram encontradas no sexo feminino. Segundo SANTOS *et al.* (2001), mais do que 60% de todos os tumores ocorreram no sexo feminino e 36,22% em homens. Com relação à sintomatologia, o estudo de AVELAR *et al.* (2008) descreve que a evolução de todas estas lesões foram assintomáticas, esta condição pode ser perigosa já que o paciente não procuraria ajuda em estágios iniciais, conseqüentemente o tratamento pode ser mais invasivo.

Portanto, justifica-se investir tanto na educação da população idosa sobre os fatores de risco das neoplasias bucais, conscientizando-os a procurar um cirurgião-dentista para realizar o exame clínico da bucal, bem como realizar exames semestrais ou anuais, reforçando os conhecimentos do profissional de saúde para diagnosticar precocemente estas lesões e acompanhar os casos periodicamente. Dessa forma, este trabalho visa contribuir com ao conhecimento das neoplasias bucais e reafirma a necessidade de mais campanhas de prevenção do câncer bucal para poder diminuir as taxas de incidência e mortalidade nos diferentes estados do Brasil.

CONCLUSÕES

Os tipos histológicos das neoplasias bucais presentes na população idosa são o carcinoma epidermóide, o carcinoma adenoide cístico e carcinoma de células acinares nos tumores de glândulas salivares e ameloblastoma no caso dos tumores odontogênicos. As neoplasias bucais são mais frequentes na sexta década de vida, em indivíduos de raça branca e podem estar associadas a hábitos como o consumo de álcool e uso do tabaco.

Existe uma vasta literatura das neoplasias bucais na população em geral, no entanto, há poucas pesquisas realizadas na população idosa. Assim, são necessários mais estudos para poder compreender melhor esta doença, a frequência e o tipo de neoplasias bucais, com vistas à possibilidade de se implementar estratégias de prevenção adequadas no sistema único de saúde e conseqüentemente poder diagnosticar precocemente e ter um tratamento conservador.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. M.; RUIZ, M. T.; PAVARINO-BERTELLI, E. C.; RUBACK, J. C.; MANIGLIA, J. V.; GOLONI-BERTOLLO, E. M. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. **Rev Bras Otorrinolaringol**, São Paulo, v. 74, n. 1, p. 68-73, jan./feb., 2008.

AVELAR, R. L.; ANTUNES, A. A.; SANTOS, T. S.; ANDRADE, E. S. S.; DOURADO E. Odontogenic tumors: clinical and pathology study of 238 cases. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v. 74, n. 5, 668-73, 2008.

BRANDAO, L. G.; CAVALHEIRO, B. G.; SONDERMANN, A. Apresentação clínica e estadiamento. In: Parise O.Jr. **Câncer de Boca: Aspectos Básicos e Terapêuticos**. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 71-79.

CARVALHO, M. V.; IGLESIAS, D. P. P.; DO NASCIMENTO, G. J. F.; SOBRAL A. P. V. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. **Gerodontology**, v. 28, n. 2, 111-5, jun., 2011.

CARVALHO, S. H. G.; SOARES, M. S. M.; FIGUEIREDO, R. L. Q. Levantamento epidemiológico dos casos de câncer de boca em um hospital de referência em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesqui Bras Odontoped Clín Integr**, João Pessoa, v. 12, n. 1, 47-51, jan./mar., 2012.

FERNANDES, A. M.; DUARTE, E. C. B.; PIMENTA, F. J. G. S.; SOUZA, L. N.; SANTOS, V. R.; MESQUITA, R. A. ; DE AGUIAR, M. C. F. Odontogenic tumors: a study of 340 cases in a Brazilian population. **J Oral Pathol Med**, v. 34, n. 10, 583-7, nov., 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **[Incidência de Câncer no Brasil - Estimativa 2014](#)**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>>. Acesso em: 10 set. 2015.

KUJAN, O.; DUXBURY, A.; GLENNY, A.; THAKKER, N.; SLOAN, P. Opinions and attitudes of the UK's GPs and specialists in oral surgery, oral medicine and surgical dentistry on oral cancer screening. **Oral Dis**, v. 12, n. 2, 194-9, mar., 2006.

LIMA, S. S.; SOARES, A. F.; DE AMORIM, R. F. B.; FREITAS, R. A. Epidemiologic profile of salivary gland neoplasms: analysis of 245 cases. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 71, n. 3, 335-40, may.- jun., 2005.

MARTINELLI, K. G.; VIEIRA, M. M.; DE BARROS, L. A. P.; MAIA, R. M. L. C. Análise retrospectiva das lesões da região bucomaxilofacial do serviço de anatomia patológica bucal–Odontologia-UFES. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 2, 24-31, 2011.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 972 p.

OSTERNE, R. L. V.; COSTA, F. Q. G.; MOTA, M. R. L.; DO PATROCÍNIO, R. M. S. V.; ALVES, A. P. N. N.; SOARES, E. C. S.; SOUSA, F. B. Lip lesions in a Brazilian population. **J Craniofac Surg**, n. 22, n. 6, 2421-5, nov, 2011.

OSTERNE, R. L. V.; BRITO, R. G. M.; ALVES, A. P. N. N.; CAVALCANTE, R. B.; SOUSA, F. B. Odontogenic tumors: a 5-year retrospective study in a Brazilian population and analysis of 3406 cases reported in the literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 111, n. 4, 474-81, apr., 2011.

DA ROSA, M. R. D. Câncer oral: estudo epidemiológico de 670 casos registrados no Hospital "Dr. Napoleão Laureano", João Pessoa- Pb. **CCS**. 7, n. 2, 41-5, abr.-jun., 1985.

SANTOS, J. N.; PINTO, L. P.; FIGUEREDO, C. R. L. V.; SOUZA, L. B. Odontogenic tumors: analysis of 127 cases. **Pesqui Odontol Bras**, São paulo, v. 15, n. 4, 308-313, oct./dez., 2001.

SOUSA, A. A.; SOUSA, I. A.; RESENDE A. Diagnostico clinico e estadiamento. In: Salles J. M. P.; Vicente L. C. C.; Freire A. R. S. **Câncer de Boca - Uma Visão Multidisciplinar**. Belo Horizonte: Coopmed; 2007. p. 25-34.