

UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE LESÕES MALIGNAS E DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS EM SETE ANOS

A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF MALIGNANT AND POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS DIAGNOSED IN SEVEN YEARS

Hiran José Rodrigues Coelho¹, Jeanne da Cunha Macedo²,
Marcos Antonio Nunes Costa Silami³

Resumo

O diagnóstico precoce do câncer bucal e a detecção clínica de diversas desordens potencialmente malignas podem ser alcançados pelo rastreamento oportunista da cavidade bucal dos pacientes que buscam tratamento odontológico. O objetivo desse estudo foi fazer o levantamento retrospectivo da origem e prevalência das lesões malignas e desordens potencialmente malignas da cavidade bucal dos pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha entre maio de 2011 a abril de 2018. O método utilizado foi o levantamento e análise das fichas clínicas e prontuários eletrônicos dos pacientes. Foram avaliadas como variáveis independentes o gênero, faixa etária, cor de pele, tabagismo e etilismo e, como variáveis dependentes, a presença de lesões malignas e/ou potencialmente malignas da cavidade bucal. Foram registradas, nesse período, o total de 45 lesões malignas e 177 desordens potencialmente malignas (DPM), sendo que, destas, 25 lesões malignas e 136 DPM foram diagnosticadas na Odontoclínica Central da Marinha. O estudo mostrou a importância da busca ativa e a detecção de diversas lesões da cavidade bucal em diversas especialidades da Odontologia.

Palavras-chave: Diagnóstico. Câncer Bucal. Lesões Pré-Cancerosas. Leucoplasia. Rastreamento.

Abstract

The early diagnosis of Oral Cancer and the clinical detection of several potentially malignant lesions can be achieved by the opportunistic Screening of the Oral Mucosa of patients that search for dental assistance. The aim of this study was to perform a retrospective analysis of the origin and prevalence of malignant lesions of the oral mucosa as well as the potentially malignant disorders on patients assisted at the Stomatology and Oral Pathology Clinic of the Naval Dental Center (Odontoclínica Central da Marinha-OCM), from May 2011 to April 2018. The method used was the analysis of the clinical digital charts during this period. Independent variables were gender, age, skin, tobacco use, alcohol use; while dependent variables were the existence of malignant or potentially malignant disorders. Forty-five malignant lesions and 177 potentially malignant disorders were recorded. Among them, 25 malignant lesions and 136 potentially malignant disorders were diagnosed at the OCM. This study showed the importance of active search for lesions of oral cavity and the detection of several lesions of oral cavity by the diverse areas in Dentistry.

Keywords: Diagnosis. Oral Cancer. Precancerous Condition. Leukoplakia. Screening.

1. Cirurgião-dentista - Especialista em Estomatologia - Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Cirurgião-dentista - Especialista em Estomatologia - Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.
3. Cirurgião-dentista - Especialista em Estomatologia, Mestre em Patologia Bucal e Doutor em Oncologia - Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da Odontoclínica Central da Marinha, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Coelho HJR, Macedo, JC, Silami MANC. Uma análise retrospectiva de lesões malignas e desordens potencialmente malignas em sete anos. Rev Nav Odontol. 2019; 46(1): 5-13.

Submetido em 07/07/2019

Aceito em 05/09/2019

INTRODUÇÃO

As doenças e agravos não transmissíveis (DANT) já são as principais responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo, com destaque para as doenças cardiovasculares (48% das DANT) e o câncer (21%), de acordo com a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2018-2019 (1). Estima-se para o Brasil, no biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer para cada ano, entre eles 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral para o gênero masculino e 3.500 casos novos para o gênero feminino. Esses valores correspondem a um risco estimado de 10,86 casos novos de câncer de cavidade oral para cada 100 mil homens, sendo o quinto mais frequente nesse gênero, e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres. Desse total, mais de 90% dos tumores malignos da cavidade bucal são de carcinomas de células escamosas (CCE), sendo esse também o principal responsável por uma grande proporção de tumores malignos na região de cabeça e pescoço (2-4).

A maioria dos casos de CCE 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 (5). Apesar dos avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento, a taxa de sobrevivência em 5 anos associada ao CCE 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. Dessa forma, o câncer bucal é considerado um problema de saúde pública (6,7). A doença pode se apresentar clinicamente como lesões assintomáticas, porém já invasivas. É uma doença de relativa baixa incidência, mas com alta morbidade e mortalidade (8,9).

Pacientes com câncer bucal diagnosticados em seus estágios iniciais apresentam uma chance maior de cura e sobrevivência (de até 90%) e com menor morbidade do que os diagnosticados nos estágios avançados da doença (10,11). Sua detecção precoce e o início mais cedo do tratamento podem melhorar as taxas de mortalidade e a qualidade de vida dos pacientes (12). Além disso, os custos envolvidos aumentam se a doença for diagnosticada em estágios mais avançados, quando diminui a chance de cura.

O etilismo, o tabagismo e possivelmente as infecções pelo Vírus Papiloma Humano (HPV), principalmente pelos tipos 16 e 18, são os principais fatores de risco para esse grupo de tumores. Quanto ao câncer de lábio, o fator de risco é a exposição

à radiação ultravioleta, segundo a *American Cancer Society* (13). A prevenção primária do CCE da cavidade bucal consiste em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção de saúde (14). A prevenção para o câncer de lábio consiste no uso de protetor labial, bonés e diminuição da exposição à luz solar nos horários com maior incidência de raios ultravioleta. Uma 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 o aumento da taxa de sobrevivência, preenchendo assim os critérios necessários estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (15,16,17). 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 (18).

No entanto, antes do aparecimento do câncer bucal, distúrbios potencialmente malignos (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 CCE. Pertencem a esse grupo de lesões, as eritroplasias, leucoplasias, queilite actínica, lesões liquenoides, líquen plano, entre outras (04). Da mesma forma, lesões benignas que acometem a cavidade bucal e estruturas adjacentes também podem ser detectadas durante os exames odontológicos de rotina (19,20, 21).

Este estudo tem o objetivo de fazer o levantamento da origem e prevalência das lesões malignas e DPM da cavidade bucal e estruturas adjacentes, nos pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM em sete anos.

MÉTODOS

Este foi um estudo retrospectivo baseado na análise das fichas clínicas digitais dos pacientes atendidos na Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM no período de maio de 2011 a abril de 2018. Estes pacientes foram encaminhados pelo Serviço de Semiologia, onde os cirurgiões-dentistas buscam fazer um rastreamento oportunista dos pacientes atendidos, ou pelas diversas clínicas da OCM. A Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal da OCM foi criada em 2011 e possui as fichas clínicas de todos os pacientes biopsiados e/ou acompanhados. Dos dados coletados, gênero, idade, cor de pele, tabagismo, etilismo, origem do encaminhamento e tipo de diagnóstico (clínico ou clínico/anatomopatológico)

foram considerados variáveis independentes; e lesões malignas e DPM, variáveis dependentes. Os pacientes foram submetidos a um exame detalhado, seguindo procedimentos padronizados de avaliação. Os dados foram coletados, registrados e armazenados em um banco eletrônico.

Fez-se a análise descritiva dos dados usando-se o programa Microsoft Excel.

Este trabalho de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Naval Marcílio Dias, sob o registro CAAE nº 11941319.7.0000.5256.

RESULTADOS

O estudo envolveu uma população de 222 pessoas. Das lesões observadas, houve 177 DPM: 68 (38,4%) diagnósticos de queilite actínica, sendo 36 deles clínico-patológicos e 32 clínicos; 53 (29,9%) de leucoplasia; 35 (19,8%) de líquen plano e 21 (11,9%) de lesão liquenoide. As lesões malignas acometeram 45 pacientes, sendo o CCE o mais frequente, com 73,3% (n=33) dos casos (Tabela 1).

Tabela 1 - **DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS E LESÕES MALIGNAS**

NÚMERO DE LESÕES		
DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS		
Queilite Actínica	68	38,4%
Leucoplasia	53	29,9%
Líquen Plano	35	19,8%
Lesão liquenoide	21	11,9%
TOTAL	177	100%
LESÕES MALIGNAS		
Carcinoma de Células Escamosas	33	73,3%
Tumores de Glândulas Salivares	05	11,1%
Tumores Metastáticos	07	15,6%
TOTAL	45	100%

A principal origem de encaminhamento para a Clínica de Estomatologia e Patologia Bucal foi a própria OCM (72,5%), seguido das outras Organizações Militares (OM) da Marinha do Brasil (MB), (25,7%); e por último, os encaminhamentos oriundos de profissionais civis (1,8%). Essa distribuição está apresentada na Figura 1. A origem de encaminhamento dos pacientes com DPM e Lesões Malignas pode ser observada na Tabela 2.



Figura 1 - Origem de encaminhamento dos pacientes

Tabela 2 - **ORIGEM DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES COM DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS E LESÕES MALIGNAS**

Origem	DPM	Lesões Malignas	Total	
			n	%
OCM	136	25	161	72,5%
Outras OM	39	18	57	25,7%
Extra-MB	02	02	04	1,8%
Total	177	45	222	100%

As DPM foram mais frequentes nos pacientes com idade igual ou acima de 40 anos, tendo distribuição similar entre os grupos de 40 a 59 anos (86 casos; 48,6%) e acima de 60 anos (81 casos; 45,8%). Entre as DPM, a maior diferença entre os gêneros ocorreu na queilite actínica, com maior incidência em homens (4,6:1). O líquen plano

e a lesão liquenoide foram mais frequentes nas mulheres e a maior diferença entre os gêneros, ocorreu acima de 60 anos. As DPM foram mais frequentes nos pacientes leucodermas (105 casos; 59,3%) e entre os casos de queilite actínica, 80,9% correspondiam a pacientes leucodermas (Tabela 3).

Tabela 3 - FAIXA ETÁRIA, COR DE PELE E GÊNERO X DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS

	DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS								TOTAL
	Queilite Actínica		Leucoplasia		Líquen Plano		Lesão Liquenoide		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Idade									
< 40 anos	01		03		04			02	10 (5,6%)
40 a 59 anos	30	04	12	11	07	12	07	03	86 (48,6%)
≥ 60 anos	25	08	14	13	03	09	01	08	81 (45,8%)
Total	56	12	29	24	14	21	08	13	n = 177
Cor da pele									
Leucoderma	45	10	11	14	04	14	01	06	105 (59,3%)
Melanoderma	0	0	10	01	01	01	03	05	21 (11,9%)
Feoderma	11	02	08	09	09	06	04	02	51 (28,8%)
Total	56	12	29	24	14	21	08	13	n = 177

As lesões malignas foram mais frequentes em homens (57,8%), leucodermas (66,7%), com idade acima dos 60 anos (66,7%), refletindo o perfil do

paciente com CCE. Nos Tumores Metásticos (TM) houve maior incidência em mulheres, todas leucodermas, acima de 60 anos (Tabela 4).

Tabela 4 - FAIXA ETÁRIA, COR DE PELE E GÊNERO X LESÕES MALIGNAS

	Carcinoma de Células Escamosas		Tumores de Glândula Salivar		Tumores Metastáticos		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	
	Idade						
< 40 anos	01	02	01	01		01	06 (13,3%)
40 a 59 anos	05	02	01	01			09 (20,0%)
≥ 60 anos	16	07		01	02	04	30 (66,7%)
Total	22	11	02	03	02	05	n = 45
Cor da pele							
Leucoderma	15	06		02	02	05	30 (66,7%)
Melanoderma	04	0	01				05 (11,1%)
Feoderma	03	05	01	01			10 (22,2%)
Total	22	11	02	03	02	05	n = 45

Dos 33 pacientes com diagnóstico de CCE, apenas 5 (15,2%) não relatavam tabagismo/etilismo. Dos 7 pacientes com TM, 5 deles não apresentavam os hábitos referidos (Tabela 5). Pode-se observar uma relação entre os casos de

CCE com o tabagismo pois, dentre os 33 casos diagnosticados, apenas cinco pacientes negaram tabagismo e etilismo. Analisando-se o hábito do etilismo, encontram-se treze etilistas.

Tabela 5 - DESORDENS POTENCIALMENTE MALIGNAS E LESÕES MALIGNAS

	Queilite Actínica		Leucoplasia		Líquen Plano		Lesão Liquenoide		Carcinoma de Células Escamosas		Tumores de Glândula Salivar		Tumores Metastáticos		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Tabagistas	1	2	1	3		1			1	3					12
Etilistas	26	3	4	1	3	2	1	2	3			1			46
Tabagistas	6		7	4	2	3	1		7	1	2				33
Etilistas															
Tabagistas	2		1						2	1					06
Ex-Etilistas															
Ex-Tabagistas	3	1	4	3	2	2	1		2					1	19
Etilistas															
Ex-Etilistas	2	1	2												05
Ex-Tabagistas		1		1	1	3		1	1	1				1	10
Ex-Tabagistas															
Ex-Etilistas		1	4	1	1	1		1	4	2					15
Não-Tabagistas	16	3	6	11	4	10	5	9	2	3		2	2	3	76
Não-Etilistas															
	56	12	29	24	13	22	8	13	22	11	2	3	2	5	222

DISCUSSÃO

A grande maioria dos trabalhos que versam sobre a prática do rastreamento bucal visam o rastreamento do câncer bucal e/ou DPM, geralmente focando em grupos específicos (20) e na população de risco, ou seja, pacientes acima dos 40 anos de idade, etilistas/tabagistas, ex-etilistas/ex-tabagistas (22, 23).

O presente trabalho, por sua vez, avaliou a prevalência de DPM e malignas da cavidade bucal em um período de sete anos, tendo como público-alvo os militares da ativa, da reserva da MB e seus dependentes. O rastreamento introduzido no Serviço de Semiologia da OCM 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. Assim, 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. Segundo RETHMAN et al. em 2010 (18), os clínicos devem ficar em alerta para os sinais de desordens potencialmente malignas ou lesões de câncer em estágio inicial particularmente em etilistas e tabagistas.

Desordens Potencialmente Malignas

O termo desordens potencialmente malignas foi adotado pela OMS em 2005 para descrever lesões e condições associadas com risco de transformação maligna (24). Sua detecção nos pacientes é de extrema importância, uma vez que essas lesões possuem um risco aumentado para evoluírem para um CCE (25). O exame histopatológico dessas lesões pode, inclusive já mostrar displasia epitelial (26). A maioria das lesões é assintomática e o principal objetivo no manejo dessas lesões é a prevenção e a detecção precoce do câncer bucal, em seus estádios iniciais (27).

A queilite actínica (QA) é uma ceratose pré-maligna crônica dos lábios, causada pela longa exposição à radiação solar. O diagnóstico da QA é baseado nos achados clínicos, histopatológicos e no histórico de exposição solar. A maioria das lesões é observada no lábio inferior; em homens de pele clara, da quarta a oitava décadas de vida, principalmente naqueles indivíduos que tenham apresentado uma exposição prolongada à luz solar. Os casos mais avançados, podem evoluir para um CCE (4, 28, 29).

Em 2004, MARKOPOULOS *et al.* (28), avaliaram 65 pacientes com QA e verificaram que todas as lesões se concentraram no lábio inferior e 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 foi de 53 anos de idade. CAMPISI e MARGIOTTA em 2001 (19), encontraram QA em 5 pacientes da amostra avaliada e todos os pacientes exerciam trabalhos externos, quatro fumavam e bebiam e um era ex-tabagista e ex-etilista.

Em relação aos pacientes com QA, é interessante notar que apenas 17,6% eram do gênero feminino. A grande maioria era leucoderma, não tendo nenhum melanoderma com esta lesão. A não incidência de paciente melanodermas é explicado porque a melanina promove um efeito protetor (4).

Neste estudo, dentre os diagnósticos obtidos por biópsia, encontrou-se muito mais casos de displasia epitelial leve, e poucos com displasia moderada ou intensa. Nenhum caso apresentou transformação maligna. Apenas cinco pacientes eram tabagistas, 33 eram etilistas (quatro também ex-tabagistas) e seis eram tabagistas e etilistas. Alguns autores consideram que o tabagismo pode aumentar a probabilidade de a QA progredir para um CCE (3,30). Porém o único fator etiológico estabelecido para o desenvolvimento da QA e do CCE permanece sendo a exposição crônica à radiação ultravioleta dos raios solares (29). Todos os pacientes da amostra relataram histórico de

exposição prolongada à radiação solar e, no caso dos homens, a questão ocupacional foi elencada como a maior causa pelos próprios pacientes, justificando a maior incidência do que em mulheres.

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 (3). 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% (31). 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 (21). 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 (21). Neste estudo, das 53 lesões diagnosticadas como leucoplasia, apenas três pacientes tinham menos de 40 anos de idade. Quarenta lesões (75,5%) ocorreram em pacientes acima dos 50 anos de idade. Em relação à distribuição por gênero, a prevalência foi similar.

Dos 32 pacientes biopsiados, 21 tiveram diagnóstico anatomopatológico descritivo e diagnóstico final de leucoplasia através da correlação clínico patológica. Dois pacientes tiveram as lesões detectadas, mas já possuíam laudo de biópsia anterior. Encontrou-se displasia epitelial leve em oito pacientes e displasia epitelial moderada em quatro. Dois casos biopsiados vieram com laudo de leucoeritroplasia com displasia epitelial moderada. A leucoeritroplasia é uma leucoplasia não homogênea que apresenta um componente avermelhado, que quase sempre mostra displasia epitelial, apresentando um maior risco para a transformação maligna do que a leucoplasia homogênea (32). Em relação aos fatores de risco, praticamente metade dos pacientes (25 casos), eram formados por ex-tabagistas e/ou ex-etilistas, sendo que 17 pacientes relataram nunca ter sido etilista ou tabagista. Diferentemente do presente estudo, a maioria dos trabalhos mostram uma relação direta de causa e efeito entre o fumo do tabaco e as lesões leucoplásicas (20,31).

Para o diagnóstico das lesões liquenoides (LL) é importante a busca pela identificação de uma causa específica como alergia ao mercúrio do amálgama de prata ou reação medicamentosa, principalmente a drogas anti-hipertensivas.

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 que o potencial de transformação maligna desta lesão é menos de 1%, porém ele existe e um grande número de estudos relata que essa transformação maligna é mais comum nas suas formas clínicas erosiva/ulcerativa e atrófica (formas vermelhas do LP), comparada a sua forma reticular (branca). A apresentação clínica do LP pode variar ao longo do tempo, podendo alternar fases brancas e vermelhas, devendo os pacientes serem acompanhados adequadamente (32).

Em relação ao potencial de transformação maligna das LL, este também é menor que 1% na maioria dos estudos, podendo também alternar as fases clínicas como o LP. Os estudos não relacionam o LP e as LL com etilismo ou tabagismo, não existindo aparente relação estas lesões e estes fatores (24, 27, 33).

No presente estudo, 60% das lesões de LP e 61,9% das de LL foram encontradas em pacientes do sexo feminino. Interessante notar praticamente a mesma relação 3:2 entre os gêneros em ambas lesões. Os resultados confirmaram essa proporção como mostra a maioria dos estudos sobre o LP. Alguns estudos apontam uma incidência muito maior no gênero feminino do que no masculino (3, 4).

A idade dos pacientes que apresentavam LP variou. A maior parte dos pacientes afetados estava na meia idade, entre os 40 e 60 anos (54,3%). Em relação às LL, 47,6% estavam nessa faixa etária. As LL no presente estudo foram mais frequentes em pacientes com mais idade em relação aos pacientes com diagnóstico de LP.

Lesões Malignas

A lesão maligna mais prevalente foi o CCE (n=33; 73,3%), o que concorda com a literatura (3,9). Sete casos representaram tumores metastáticos (TM) e cinco casos eram tumores malignos de glândulas salivares (TGS).

Verificou-se que a maioria das lesões malignas acometeu os pacientes a partir da sexta década de vida nas lesões de CCE e nos TMs. A mesma característica não é observada nos casos de TGS, que ocorreram entre a quarta e sétima décadas de vida.

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 (34). Outros têm demonstrado uma relação do câncer bucal com o consumo de bebidas alcoólicas (35). HASHIBE *et al* em 2009 (36), demonstraram que o risco aumenta nos pacientes que fazem uso de cigarros e bebidas alcoólicas simultaneamente. CAMPISI E MARGIOTTA em 2001 (19), em um estudo de rastreamento em 118 indivíduos do gênero masculino com risco para o CCE bucal identificaram a presença de 01 caso em um paciente fumante e etilista. CAMPISI *et al.* em 2012 (8), também encontraram uma forte associação entre as lesões de CEC e os pacientes do gênero masculino, tabagistas e etilistas.

Finalmente, em relação aos gêneros, as lesões de CCE acometeram os homens e mulheres numa proporção 2:1. Essa proporção não se mantém em relação ao hábito do tabagismo e do etilismo. No caso dos TM, houve uma predominância nas mulheres.

CONCLUSÃO

Este estudo retrospectivo revelou que mais de 150 DPM e lesões malignas da cavidade bucal foram diagnosticadas na OCM em um período de sete anos. Além disso, mostrou a importância da busca ativa e da detecção de diversas lesões da cavidade bucal por diversos especialistas. O rastreamento oportunista é uma técnica simples de ser executada e importante tanto no exame inicial de rotina, como ao longo do tratamento desses pacientes.

Os autores declaram que não há conflito de interesse ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo

Agradecimentos

Agradecemos aos colegas da Odontoclínica Central da Marinha, de todas as especialidades, que viabilizaram a realização desse trabalho, pela detecção de lesões de mucosa bucal e de estruturas adjacentes de seus pacientes, e aos estomatólogos pela coleta dos dados utilizados nesse estudo, em especial aos colegas CMG (CD-RM1) Marco Aurélio Carvalho de Andrade e CC (CD) Alexandro Barbosa de Azevedo e ao Professor Doutor Fábio Ramôa Pires, responsável pelo laboratório de Patologia Bucal da UERJ, onde são laudados as biópsias realizadas na OCM.

Autor de correspondência: Hiran José Rodrigues Coelho. Odontoclínica Central da Marinha, Primeiro Distrito Naval, Praça Barão de Ladário, 1, Centro, CEP: 20091-000 email: hiranjose@uol.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018-2019.
2. Honorato J, Camisasca DR, Silva LE, Dias FL, Faria PAS, Lourenço SQC. 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.
3. Neville BW, Damn DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 4.ed. Elsevier; 2009. 972p.
4. Scully C. *Medicina Oral e Maxilo facial. Bases do Diagnóstico e tratamento.* 2ed. Elsevier; 2009. 394p.
5. Bergamasco VD, Marta GN, Kowalski LP, Carvalho AL. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no estado de São Paulo. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008;37(1): 15-19.
6. Ahmedin J, Siegel R, Xu J, Ward E. *Cancer Statistics, 2010.* CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2010;60(5): 1-24.
7. Carvalho AL, Singh B, Spiro RH, Kowalski LP, Shan JP. Cancer of the oral cavity: A comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck.* 2004;26(1): 31-38.
8. Downer MC, Evans AW, Hughes CM, Hallet CMH, Julien JA, Speight PM et al. Evaluation of screening oral cancer and precancer in a company headquarters. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1995;23(2): 84-88.
9. Moles DR, Downer MC, Speight PM. Meta-analysis of measures of performance report in oral cancer and pre-cancer screening studies. *Brit Dent J.* 2002;192(6): 340-344.
10. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartos V, Douglas CW, Zavras AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *J Dent Res.* 2002;81: 192-7.
11. Shin D, Vigneswaran N, Gillenwater A, Kortum RR. Advances in fluorescence imaging techniques to detect oral cancer and its precursors. *Future Oncol.* 2010;6(7): 1143-1154.
12. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B et al. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet.* 2005;365(4): 1927-1933.
13. American Cancer Society. *Cancer facts & figures 2017.* Atlanta, 2017a. Disponível em <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>>.
14. Antunes JLF, Toporcov TN, Filho VW. Resolutividade da Campanha de Prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public health.* 2007;17(21): 30-36.
15. Sankaranarayanan R, Mathew B, Jacob BJ, Thomas G, Somathian T, Pisani P et al. Early Findings from a community-based, cluster-randomized, controlled oral cancer screening trial in Kerala, India. *Cancer* 2000;88: 664-673.
16. Speight PM, Moles DR, Downer MC. Meta-analysis of measures of performance reported in oral cancer and pre-cancer screening studies. *Brit Dent J* 2002;192: 340-344.
17. Wilson JMG; Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneve:WHO; 1968. Volumes/86/4/07-0501 12BP.pdf.
18. Rethman MP, Carpenter W; Cohen EEW, Epstein J, Evans CA, Flaitz CM. et al. Evidence-Based Clinical Recommendations Regarding Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. *J Am Dent Assoc.* 2010;5(141): 509-520.
19. 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.
20. 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.
21. Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med.* 2008;37 (1): 1-10.
22. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and pre-cancer. *Oral Oncol.* 2006;42(6): 551-560.
23. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, Muwonge R, Thomas G, Anju G et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. *Oral Oncol.* 2013,(49): 314-321.
24. Waal IVD. Oral lichen planus and oral lichenoid lesions: a critical appraisal with emphasis on the diagnostic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Buc.* 2009;14(7): E310-14.
25. Speight PM, Epstein J, Kujan O, Lingen MW, Nagao T, Ranganathan K. et al. Screening for oral cancer – a perspective from the Global Oral Cancer Forum. *Oral and Maxillofac Pathol.* 2017;6(123): 680-687.
26. Carreras-Torras C, Gay-Escoda C. Techniques for early diagnosis of oral squamous cell carcinoma: Systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015; May1;20(3)e: 305-315.
27. Deepa RN, Ritesh P, Uday P, Pankaj C. Oral Cancer: Premalignant conditions and screening – an update. *Review Article. J Cancer Res and Therap.* 2012; 2(8): S57-66.
28. Markopoulos A, Albanidou-Farmaki E, Kayavis I. Actinic Cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Diseases.* 2004;(10): 212-216.
29. Sarmento-Santana DJ, Miguel MCC, Queiroz LMG, Godoy GP, Silveira EJD. Actinic cheilitis: clinicopathologic profile and association with degree of dysplasia. *Int J Dermatol.* 2014; 53(4): 466-472.
30. Matranga D, Fede OD, Paderni C, Albanesi A, Pizzo G, Magro R et al. Demographic and behavioural profiles of patients with common oral mucosal lesions by a homogeneity analysis. *Oral Diseases.* 2012;18: 396-401.
31. Petti S. Pooled estimate of world leukoplakia prevalence: a systematic review. *Oral Oncol.* 2003;39:770-780.
32. Farah CS, Woo S, Zain RB, Sklavounou A, Mc Cullough MJ, Lingen M. Oral Cancer and Oral Potentially Malignant Disorders. *Internat J Dent.* 2014, 01-06.
33. Fitzpatrick SG, Hirsch SA, Gordon SC. The Malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(1): 44-56.

34. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals PE, Preshaw PM, Walter C et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J*. 2010;60(1): 7-30.

35. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP 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 Nat Cancer Inst*. 2007; 99(10): 777-789.

36. Hashibe M, Brennan P, Chuang SC, Boccia S, Castellsague X, Chen C 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.