

Trabalho de Conclusão de Curso

**Perfil clínico dos pacientes com diagnóstico
histopatológico de queilite actínica e
carcinoma epidermóide de lábio atendidos
entre 1998 e 2009 na Universidade Federal de
Santa Catarina**

Bianca Carla Bianco



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Bianca Carla Bianco

**PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
QUEILITES ACTÍNICAS E CARCINOMAS EPIDERMÓIDES
DE LÁBIO DIAGNOSTICADOS ENTRE 1998 E 2009 NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof. Dr. Filipe Modolo
Siqueira
Co-orientadora: Profa. Dra. Elena Riet
Correa Rivero

Florianópolis
2012

Bianca Carla Bianco

**PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
QUEILITES ACTÍNICAS E CARCINOMAS EPIDERMÓIDES
DE LÁBIO DIAGNOSTICADOS ENTRE 1998 E 2009 NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de outubro de 2012.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Filipe Modolo Siqueira
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Meurer
Membro
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Ms. Sarah Freygang Mendes Pilati
Membro
Universidade do Vale do Itajaí

Dedico este trabalho à minha avó **Maria**, que mesmo com pouca noção de leitura e escrita, educa seus filhos, netos e bisnetos com louvor e transmite aos descendentes oito décadas de experiências vividas em sábias palavras.

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer a todos aqueles que, de alguma forma, participaram desta trajetória. Desde já, agradeço a todos.

Agradeço a **Deus**, por iluminar a mim e às minhas escolhas e estender-me a mão sempre.

Meus eternos agradecimentos à minha mãe **Dalva**, uma guerreira que está ao meu lado diariamente, transmitindo fé, amor, paciência, coragem e, principalmente, por abdicar de muitos de seus sonhos para que os meus tornem-se realidade.

Aos meus irmãos e anjos da guarda, **Rodrigo** e **Fernando**, que acompanham e apoiam minhas escolhas, desde o meu engatinhar.

Ao meu pai **Altair**, por me apresentar essa profissão e pelos diversos ensinamentos durante a vida.

À minha irmã **Ana Julia**, que sempre sorridente e aplicada, me faz refletir muito e ver o mundo com o coração.

À minha afilhada **Gabriela**, que tão pura e pequenina, traz alegrias e renova meu espírito familiar.

A todos meus outros **familiares**, pelo carinho de sempre e pela grande parcela de participação na minha criação.

Ao meu orientador **Filipe**, responsável pela minha iniciação na carreira acadêmica, agradeço a oportunidade e confiança em mim depositadas no momento crucial da graduação, pelas conversas e conselhos, por nortear meus pensamentos e, principalmente, pela atenção e compreensão incomparáveis.

À minha amiga **Sarah**, que me abriu os olhos para Patologia e Estomatologia e participou em todos os momentos deste trabalho.

Aos demais **professores**, pelos ensinamentos, atitudes admiráveis e por me fazerem acreditar que optei por uma profissão honrosa.

A todos os meus colegas de classe e futuros companheiros de profissão, principalmente **Aline**, **Karin**, **Wagner** e **Anna Lara**, pela participação na jornada em busca dessa realização.

Aos meus **amigos**, que me acompanharam nos momentos de alegria e comemorações, bem como nos de angústias e indecisões, por compreenderem minha ausência, acreditarem e confiarem em minha amizade.

Aos **funcionários** da Universidade, pela disposição em ajudar sempre que preciso.

Por fim, agradeço à **Universidade Federal de Santa Catarina**, pela oportunidade de tornar realidade o que sempre almejei - ser cirurgião-dentista.

Se fiz descobertas valiosas, foi mais por ter paciência do que qualquer outro talento.

(Isaac Newton, 1869)

RESUMO

A queilite actínica (QA) é uma doença potencialmente malignizável que acomete a semimucosa labial e resulta de exposição crônica à radiação ultravioleta (UV). Tal exposição pode levar ao desenvolvimento das displasias epiteliais que, por sua vez, estão associadas a um aumento de aproximadamente 20% do risco para desenvolvimento de carcinoma epidermóide bucal. Este representa mais de 90% dos casos de neoplasias malignas em boca e o lábio é um dos locais preferenciais de ocorrência. Objetivou-se estabelecer o perfil clínico dos pacientes portadores de QA e carcinoma epidermóide de lábio (CEL) diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal/UFSC e no Serviço de Anatomia Patológica do HU/UFSC entre 1998 e 2009 por meio da análise de fichas de solicitação de exames anatomopatológicos e prontuários hospitalares. Estudou-se um total de 64 casos de QA e 70 casos de CEL. A média de idade foi de 50,39 e 56,1 anos para pacientes portadores de QA e CEL, respectivamente. 99% dos pacientes com QA e 100% dos portadores de CEL eram leucodermas. O gênero predominante foi o masculino em 69% dos casos de QA e 81,1% dos de CEL. 80,6% dos pacientes com QA e 67,9% dos CEL apresentaram exposição solar ocupacional. O tempo de evolução relatado foi de 37,5 meses para QA e de 21,66 meses para CEL. A totalidade das lesões ocorreram em lábio inferior caracterizando-se principalmente como placas (61,8%) na QA e como úlcera no CEL (66,7%). As lesões da QA mediam em média 11,94mm e do CEL mediam em média 16,85mm. Concluiu-se que os pacientes portadores de QA e CEL diagnosticados em ambos os serviços exibem perfil clínico semelhante ao determinado pela literatura e que, com exceção do tempo de evolução relatado, o perfil dos pacientes seria compatível com a hipótese encontrada na literatura de possível transformação maligna da QA em CEL.

Palavras-chave: Carcinoma epidermóide de lábio. Queilite actínica. Perfil clínico.

ABSTRACT

Actinic cheilitis (AC) is a premalignant disease that affects the lip vermilion and it results of chronic exposure to ultraviolet radiation (UV). The UV exposure may lead to the epithelial dysplasia which, in turn, are associated with an increase of approximately 20% of the risk for development of oral squamous cell carcinoma (OSCC). The OSCC represents more than 90% of cases of malignancies in the mouth and the lip is one of the preferred sites of occurrence. This study aimed to determine the clinical profile of patients diagnosed with AC and lip squamous cell carcinoma (LSCC) diagnosed in the Laboratório de Patologia Bucal/UFSC and the Serviço de Anatomia Patológica do HU/UFSC from 1998 to 2009 by analyzing medical and histopathological solicitation records. 64 cases of AC and 70 cases of LSCC were studied and the mean age was 50.39 years and 56.1 years for patients with AC and LSCC, respectively. 99% of patients with AC and 100% of patients with SCC were Caucasian and the predominant gender was male in 69% of AC cases and in 81.1% of LSCC cases. 80.6% of patients with AC and 67.9% with SCC showed chronic sun exposure. The evolution time reported by the patient was 37.5 months for AC and 21.66 months for LSCC. All cases occurred in the lower lip and they were characterized mainly as plaques (61.8%) in AC and as ulcers in LSCC (66.7%). AC lesions had an average size of 11.94 mm and the LSCC 16.85 mm. It was concluded that patients with AC and LSCC diagnosed in both services had clinical profile similar to the literature and, with the exception of the evolution time reported, the profile of patients would be compatible with the hypothesis of possible malignant transformation of AC in LSCC.

Keywords: Lip Squamous Cell Carcinoma. Actinic Cheilitis. Clinical Profile.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Queilite actínica.....	28
Figura 2 – Queilite actínica	29
Figura 3 – Carcinoma epidermóide de lábio.....	30
Figura 4 – Carcinoma epidermóide de lábio	30

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade.....	40
Gráfico 2 – Etnia.....	40
Gráfico 3 – Gênero.....	41
Gráfico 4 – Exposição solar ocupacional.....	41
Gráfico 5 – Tempo de evolução.....	42
Gráfico 6 – Tamanho da lesão.....	42
Gráfico 7 – Apresentação clínica.....	43
Gráfico 8 – Localização.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Casos válidos e perdidos de QA.....	37
Tabela 2. Teste de frequência para QA.....	38
Tabela 3. Casos válidos e perdidos de CEL.....	38
Tabela 4. Teste de frequência para CEL.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UV- Ultravioleta

CEL – Carcinoma epidermóide de lábio

QA – Queilite actínica

LPB - Laboratório de Patologia Bucal

SAP-HU - Serviço de Anatomia Patológica

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

HU – Hospital Universitário

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	27
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo Geral	33
2.2	Objetivos Específicos.....	33
3.	METODOLOGIA	35
4.	RESULTADOS.....	37
5.	DISCUSSÃO.....	45
6.	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A – Tabela utilizada na coleta de dados	55

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide bucal representa 90% a 95% dos casos de neoplasias malignas de boca (ABDO, GARROCHO, AGUIAR, 2002; SOUZA, SAKAE, GUEDES, 2008; TEIXEIRA et al, 2009) e sua incidência no Brasil é uma das mais altas do mundo (DEDIVITIS et al, 2004). Excluindo-se o câncer de pele, o carcinoma epidermóide bucal pode ser considerado o câncer mais comum da região de cabeça e pescoço (DAHER, PEREIRA, OLIVEIRA, 2008; DEDIVITIS et al, 2004). O Ministério da Saúde - Instituto Nacional do Câncer (Brasil, 2012), por meio da publicação “Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil” (com informações de referência para 2011 e 2012), estimou a ocorrência de 14.170 casos novos de carcinoma epidermóide bucal em 2012 no país, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres. Ainda segundo o Ministério da Saúde - Instituto Nacional do Câncer, em 2009 o número de mortes relacionadas ao carcinoma epidermóide bucal foi de 6.510, sendo 5.136 homens e 1.394 mulheres (Brasil, 2012).

O lábio é uma das principais regiões acometidas pelo carcinoma epidermóide bucal e a radiação ultravioleta (UV) é um fator desencadeante desta enfermidade (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004; MARTINEZ et al, 2005; CURY et al, 2007). Por isso, o carcinoma epidermóide de lábio (CEL) é uma doença de grande importância no Brasil, um país tropical que possui elevada incidência de radiação UV (SENA et al, 2010) e onde a população sofre constante exposição solar tanto na área rural, quanto em áreas urbanas, devido principalmente à sua ocupação profissional (PRADO, PASSARELLI, 2009). Segundo KORNEVS et al (2005) o CEL corresponde a 30% dos tumores malignos da boca nas regiões tropicais.

A exposição crônica à radiação UV pode levar a alterações genotípicas e fenotípicas nas células epiteliais, muitas das quais podem ser consideradas alterações pré-malignas, genericamente chamadas de atipias ou displasias epiteliais (OUHTIT et al, 2000). Entre as alterações celulares causadas pela exposição à radiação UV, destacam-se as alterações no ciclo celular e nos mecanismos de apoptose que podem levar ao desenvolvimento de lesões potencialmente malignizáveis e do carcinoma epidermóide (OUHTIT et al, 2000).

As lesões potencialmente malignizáveis são lesões que apresentam um risco de crescimento celular desordenado e transformação em câncer (SILVERMAN, EVERSOLE, TRUELOVE,

2004). Sabe-se que as displasias epiteliais estão associadas a um aumento de 10 a 20% do risco para desenvolvimento de carcinoma epidermóide a partir de lesões potencialmente malignizáveis (SANTOS et al, 2003). Dentre estas lesões, encontra-se a queilite actínica (QA), também denominada queilite solar (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004; MARTINEZ et al, 2005; CURY et al, 2007). Esta acomete principalmente a semi-mucosa (vermelhão) labial inferior e resulta de exposição crônica e prolongada à radiação UV (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003, MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVISI, 2004; MARTINEZ et al, 2005; CURY et al, 2007).

A QA acomete principalmente pacientes do gênero masculino, etnia leucoderma, na faixa etária de sexta a sétima décadas de vida (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004) e caracteriza-se por alterações clinicamente detectáveis como ressecamento e atrofia do vermelhão do lábio, com áreas de aspecto empalidecido e lustroso (Figura 1), muitas vezes com pregas em ângulos retos no sentido mucocutâneo. Em casos avançados, há um apagamento da margem mucocutânea e descamação evidente (Figura 2), podendo haver formação de áreas ulceradas (NEVILLE et al, 2009; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008).



Figura 1 – Queilite actínica. Observam-se lábios ressecados e atróficos com áreas de aspecto empalidecido e apagamento da margem mucocutânea.

Fonte: Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC.



Figura 2 – Queilite actínica. Observa-se ressecamento e atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior com áreas de empalidecidas e eritematosas, pregas em ângulos retos no sentido mucocutâneo, bem como apagamento da margem mucocutânea.

Fonte: Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC.

É semelhante à queratose actínica, doença cutânea pré-maligna também relacionada à exposição crônica e excessiva à radiação UV (NEVILLE et al, 2009).

O CEL inicia-se como um processo crônico causado pela exposição contínua à radiação UV e normalmente precedido de uma QA (BRENER et al, 2007). Acomete com maior frequência homens com idade entre 50 e 70 anos (ANTUNES, ANTUNES, 2004; REGEZI SCIUBBA, JORDAN, 2008) e leucodermas, que por possuírem pouca pigmentação melânica - fator de proteção contra os raios UV - apresentam maior risco de desenvolvê-lo (DAHER, PEREIRA, OLIVEIRA, 2008; JUNQUEIRA, CARNEIRO, 1999).

Os CEL em lábio inferior são mais comuns que os de lábio superior (ANTUNES, ANTUNES, 2004; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008), podendo chegar a 90 a 95% dos casos (ABREU, 2004). As características clínicas do CEL são variáveis, dependendo do estágio em que a lesão se encontra. As lesões iniciais aparecem sob a forma de uma úlcera crostosa endurecida crônica que não cicatriza, ou como uma lesão exofítica que, ocasionalmente possui uma natureza

verrucosa (Figuras 3 e 4) (ANTUNES, ANTUNES, 2004; NEVILLE et al, 2009; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008; SILVA et al, 2006).



Figura 3 – Carcinoma epidermóide de lábio. Observa-se lesão ulcerada em lábio inferior. Fonte: Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC.



Figura 4 – Carcinoma epidermóide de lábio. Lesão ulcerada de base volumosa e endurecida e fundo crostoso associada a ressecamento e descamação generalizada do lábio. Fonte: Ambulatório de Estomatologia do HU-UFSC.

Inicialmente a lesão de CEL cresce lentamente e é assintomática, havendo atraso na procura de assistência e, conseqüentemente, a uma evolução do quadro. Desta forma, aproximadamente 21% dos pacientes apresentam metástases cervicais no momento do diagnóstico (NEVILLE et al, 2009) e, por isso, no tratamento do CEL deve-se considerar esta possível disseminação para os linfonodos regionais (AMAR et al, 2004). A taxa de sobrevivência para o paciente com diagnóstico precoce varia entre 80 a 90%, enquanto em um diagnóstico tardio essa taxa cai para 25% (HOSTETTLER, 2010).

O custo do tratamento do carcinoma epidermóide de lábio é altíssimo, por incluir gastos diretos com tratamentos médicos, odontológicos e farmacêuticos com o câncer e suas conseqüências e gastos indiretos para a economia, como faltas no trabalho e queda da produtividade. Já o tratamento da QA é relativamente fácil e apresenta baixo custo, constituindo-se principalmente do uso de filtro solar labial, retinóides e corticosteróides tópicos, além de pomadas contendo vitamina E e zinco, associados a consultas de controle periódico das lesões (MARTINS, 2007). Somente nos casos mais graves a cirurgia é indicada. Entretanto, os gastos com a prevenção são muito menores do que com o tratamento de ambas as doenças, pois constitui-se basicamente de orientação de prevenção contra a exposição solar em excesso, uso de filtros solares labiais e chapéus de abas largas, entre outros.

É sabido que a população da região sul do Brasil e, mais especificamente, da Grande Florianópolis é composta por considerável número de indivíduos leucodermas – basicamente descendentes da colonização européia - e expostos cronicamente à luz solar por exercerem atividades profissionais como agricultura e pesca, além de esportes ao ar livre e outras atividades. Neste contexto, este trabalho visou avaliar o perfil dos pacientes com diagnóstico de QA e CEL examinados no Laboratório de Patologia Bucal da UFSC (LPB) e no Serviço de Anatomia Patológica do HU/UFSC (SAP-HU), para auxiliar na detecção precoce, nortear medidas públicas de prevenção, orientação e diagnóstico precoce destas doenças, especialmente em populações com características socioeconômicas e culturais tão específicas quanto à atendida por esta instituição de ensino.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Determinar o perfil clínico dos pacientes com diagnóstico histopatológico de queilite actínica e carcinoma epidermóide de lábio atendidos entre 1998 e 2009 na Universidade Federal de Santa Catarina

2.2 Objetivos Específicos

Efetuar o levantamento dos prontuários hospitalares e fichas de exame anatomopatológico dos pacientes portadores de QA e CEL presentes nos arquivos do LPB e do SAP/HU entre janeiro de 1998 e dezembro de 2009;

Identificar os seguintes dados clínicos dos pacientes selecionados: idade, etnia, gênero e profissão;

Identificar os seguintes dados clínicos das lesões: tempo de evolução, tamanho, apresentação clínica e localização;

Efetuar a análise estatística dos dados.

3. METODOLOGIA

3.1 Aspectos Éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo 758/2010).

3.2 Seleção do material de estudo

Estudo retrospectivo por análise de fichas de exame anatomopatológico e prontuários hospitalares de pacientes diagnosticados com QA e de CEL no LPB e no SAP-HU no período de 1998 a 2009.

Todos os pacientes selecionados tinham idade superior a 18 anos e foram atendidos nas clínicas odontológicas da UFSC ou nos diversos ambulatórios do HU/UFSC, como o Ambulatório de Estomatologia, Serviço de Dermatologia, Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, entre outros.

3.3 Método de análise do material

Foi estruturado um banco de dados por meio da verificação dos registros contidos nos prontuários e fichas de exames anatomopatológicos e para a coleta de dados utilizou-se uma ficha específica de tabulação (Apêndice A).

Utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010 para a confecção do banco de dados e na análise posterior utilizaram-se os softwares Graphpad InStat 3.0 e SPSS 17.0.

Para a análise dos resultados foi utilizado o Teste de Frequência, com a finalidade de verificar se as frequências observadas no estudo e as esperadas de acordo com o teste (sendo 50% para cada grupo) na população eram reais ou se ocorreram por acaso. Para todos os testes estatísticos o valor $p=0,05$ foi considerado.

4. RESULTADOS

4.1. Queilite actínica (QA)

Foram selecionados 64 casos de pacientes com diagnóstico histopatológico de QA em ambos os serviços no período. Os casos denominados como perdidos não continham o relato do dado a ser analisado.

Abaixo segue a tabela com os valores referentes aos casos selecionados para pacientes com diagnósticos de QA:

Tabela 1. Casos válidos e perdidos de QA

Parâmetros	Número de casos (64)	
	Válidos	Perdidos
Idade	56	8
Etnia	58	6
Gênero	58	6
Ocupação	36	28
Tempo de evolução	22	42
Tamanho da lesão	18	46
Apresentação clínica da lesão	34	30
Localização	58	6

A média de idade dos pacientes diagnosticados com QA foi de 50,39 anos (Gráfico 1), com desvio-padrão de 14,17 e mediana de 51 anos; sendo que 78,6% dos pacientes incluídos na amostra apresentavam menos de 60 anos de idade.

99% dos pacientes estudados eram de etnia leucoderma e 1% feoderma (Gráfico 2), sendo 69% do gênero masculino (Gráfico 3) e 80,6% apresentando exposição solar ocupacional (Gráfico 4).

A média do tempo de evolução da lesão foi de 37,5 meses (Gráfico 5), com desvio-padrão de 35,8 meses e com mediana de 24 meses; sendo que 63,6% dos pacientes relataram tempo de evolução de até 24 meses.

Já a média do tamanho da lesão foi de 11,94mm (Gráfico 6), com desvio-padrão de 11,13mm e mediana de 8mm; sendo que 55,6% das lesões apresentavam tamanho até 8mm.

A apresentação clínica principal da lesão foi de placa em 61,8% dos pacientes, úlcera em 26,5% e nódulo em 11,8% (Gráfico 7). Em 100% dos pacientes, as lesões acometiam o lábio inferior (Gráfico 8).

Foi realizado o teste de frequência, no qual se observou a diferença entre a frequência dos resultados obtidos e dos resultados esperados ($p=0,05$). Observaram-se diferenças estatisticamente significantes nos seguintes parâmetros:

Tabela 2. Teste de frequência para QA.

Parâmetro avaliado	Valor de $p < 0,05$
Idade (menos de 60 anos ou mais de 60 anos)	0,000001
Gênero (masculino ou feminino)	0,004
Ocupação (com ou sem exposição solar)	0,000001
Apresentação Clínica da Lesão (placa, úlcera ou nódulo)	0,001

Não foi observada diferença estatisticamente significativa nas características: tempo de evolução e tamanho da lesão. No parâmetro etnia, como 99% dos pacientes estudados eram leucodermas, o teste de frequência não é recomendado, assim como no parâmetro localização da lesão, que ocorreu 100% dos pacientes.

3.2. Carcinoma epidermóide de lábio (CEL)

Foram selecionados 70 casos de pacientes diagnosticados com CEL em ambos os serviços e a tabela 3 mostra os valores referentes aos casos selecionados:

Tabela 3. Casos válidos e perdidos de CEL

Parâmetros	Número de casos (70)	
	Válidos	Perdidos
Idade	52	18
Etnia	49	21
Gênero	53	17
Ocupação	28	42
Tempo de evolução	32	38
Tamanho da lesão	27	43
Apresentação clínica da lesão	33	37

Localização	43	27
--------------------	----	----

Observou-se que a média de idade dos pacientes diagnosticados com CEL foi de 56,1 anos (Gráfico 1), com desvio-padrão de 15,23 e mediana de 57 anos; sendo que 65,4% dos pacientes incluídos na amostra apresentavam menos de 60 anos de idade.

100% dos pacientes estudados eram de etnia leucoderma (Gráfico 2), sendo que 81,1% eram do gênero masculino (Gráfico 3) e 67,9% tinham ocupação com exposição solar (Gráfico 4).

A média do tempo de evolução foi de 21,66 meses (Gráfico 5), com desvio-padrão de 24,7 meses e com mediana de 12 meses; sendo que 59,4% dos pacientes relataram tempo de evolução até 12 meses.

Já a média do tamanho da lesão foi de 16,85mm (Gráfico 6), com desvio-padrão de 10,27mm e mediana de 15mm; sendo que 37% das lesões apresentavam tamanho até 15mm.

A apresentação clínica da lesão em 66,7% dos pacientes foi na forma de uma úlcera, em 21,2% nódulo e 12,1% em placa (Gráfico 7). Em 100% dos pacientes as lesões de CEL ocorreram em lábio inferior (Gráfico 8).

Foi realizado o teste de freqüência, no qual se observou a diferença entre a freqüência dos resultados obtidos e dos esperados ($p=0,05$). Observaram-se diferenças estatisticamente significantes nos casos presentes na Tabela 4:

Tabela 4. Teste de freqüência para CEL

Parâmetro avaliado	Valor de $p < 0,05$
Gênero (masculino/feminino)	0,0001
Apresentação Clínica da Lesão (placa, úlcera, nódulo)	0,00001

Não foi observada diferença estatística nas seguintes características avaliadas: idade, ocupação (com ou sem exposição solar), tempo de evolução e tamanho da lesão (avaliadas a partir da mediana devido ao seu maior nível de confiabilidade em relação à média). No parâmetro localização, como 100% dos casos válidos eram em lábio inferior, o teste de freqüência não é recomendado.

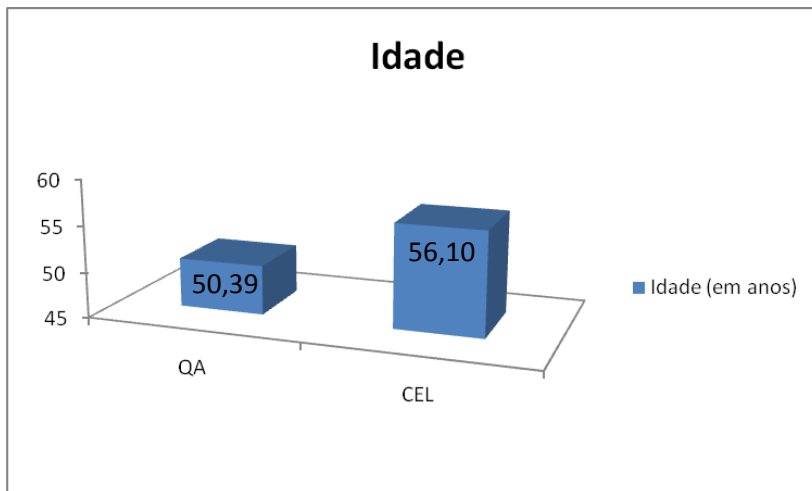


Gráfico 1 – Idade. Mostra a média de idade dos pacientes quando diagnosticados com QA e CEL (considerando os casos válidos)

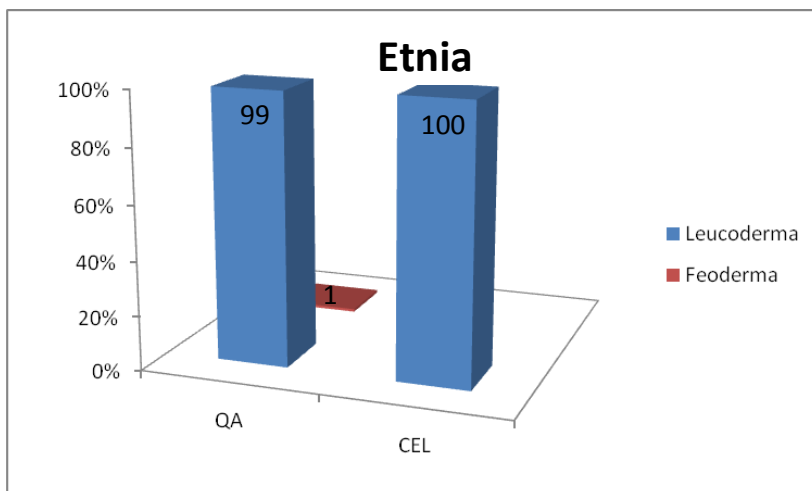


Gráfico 2 – Etnia. Mostra a etnia dos pacientes diagnosticados com QA e CEL presentes neste estudo (considerando os casos válidos).

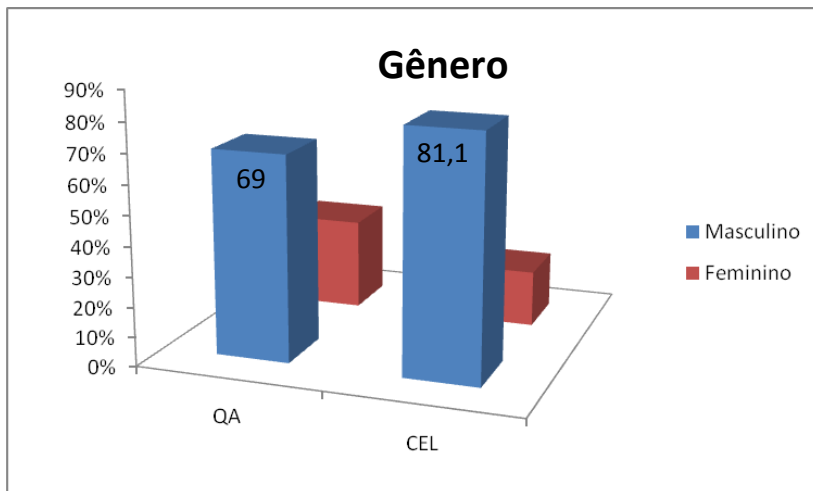


Gráfico 3 – Gênero. Mostra o gênero dos pacientes diagnosticados com QA e CEL presentes neste estudo (considerando os casos válidos).

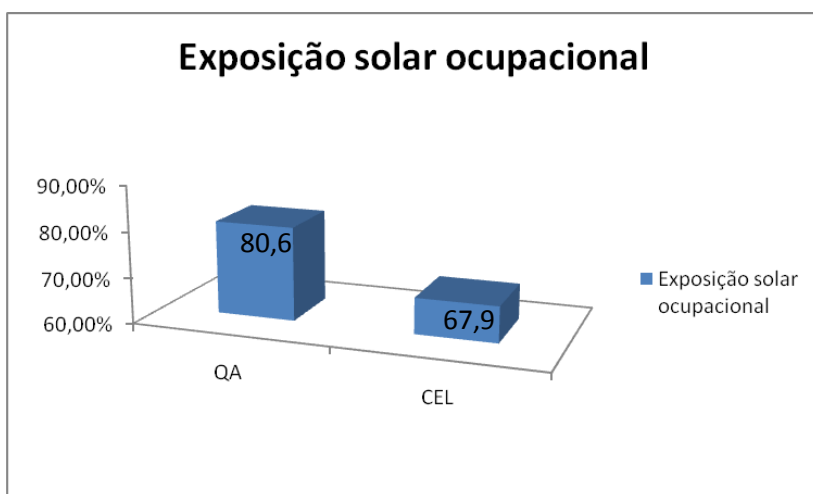


Gráfico 4 – Exposição solar ocupacional. Mostra a porcentagem de pacientes diagnosticados com QA e CEL presentes neste estudo que apresentavam exposição solar ocupacional (considerando os casos válidos).

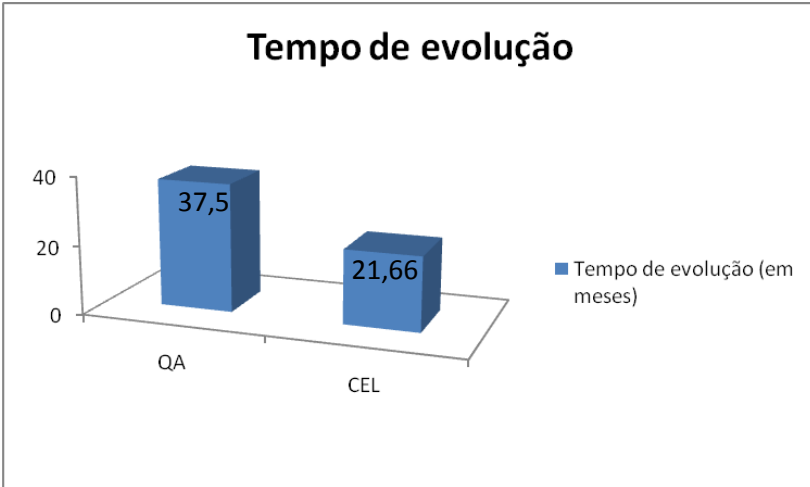


Gráfico 5 – Tempo de evolução. Mostra o tempo de evolução das lesões relatadas pelos pacientes diagnosticados com QA e CEL presentes neste estudo (considerando os casos válidos).

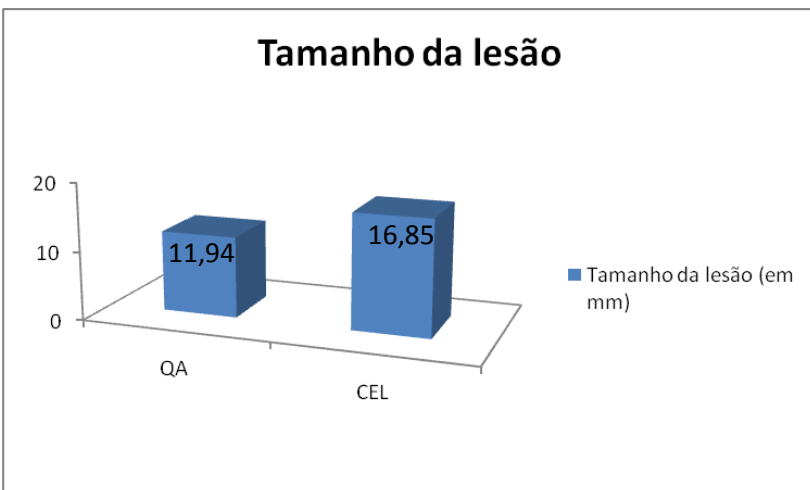


Gráfico 6 – Tamanho da lesão. Mostra o tamanho das lesões dos pacientes diagnosticados com QA e CEL presentes neste estudo (considerando os casos válidos).

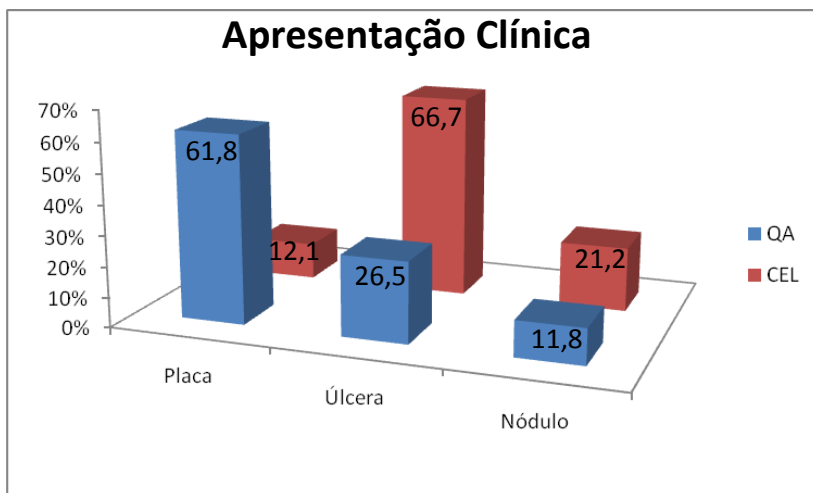


Gráfico 7 – Apresentação clínica. Mostra as apresentações clínicas das lesões de QA e CEL presentes neste estudo (considerando os casos válidos).

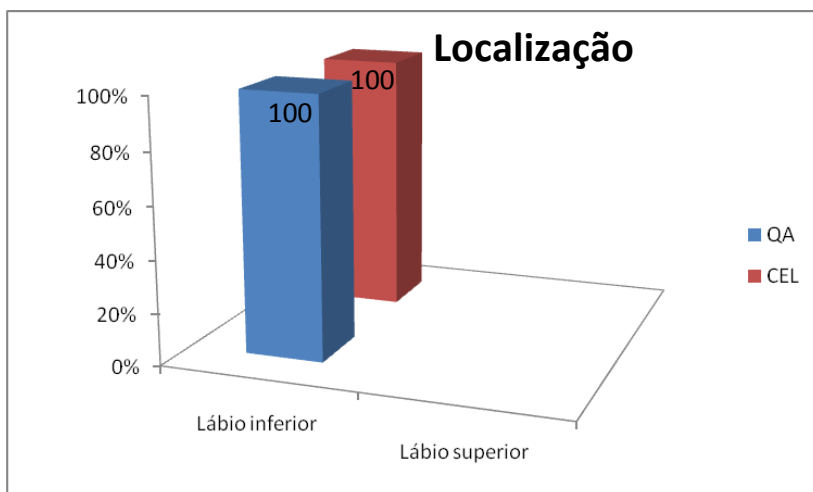


Gráfico 8 – Localização. Mostra a localização das lesões QA e CEL presentes neste estudo (considerando os casos válidos).

5. DISCUSSÃO

O CEL é uma doença de grande importância no Brasil, um país tropical que possui elevada incidência de radiação ultravioleta (UV) (SENA et al, 2010) e onde a população sofre constante exposição solar tanto na área rural, quanto em áreas urbanas, devido principalmente à sua ocupação profissional (PRADO, PASSARELLI, 2009). Os pacientes com diagnóstico de QA e/ou CEL estudados foram previamente atendidos nos diversos ambulatórios do curso de Odontologia ou do Hospital Universitário da UFSC e, normalmente, são moradores da Grande Florianópolis, onde é comum o exercício de atividades como agricultura (cidades próximas a Florianópolis), pesca e esportes ao ar livre, o que justificaria a constante exposição à radiação UV, o fator etiológico comum a ambas as doenças estudadas (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004; MARTINEZ et al, 2005; CURY et al, 2007).

No Hospital Universitário da UFSC está sendo implantado um sistema informatizado, o que facilitou a coleta de alguns dados que não constavam no prontuário de papel. Os dados são atualizados assim que o paciente dá entrada para consultas e atendimentos no hospital. Porém, muitos pacientes há muito não retornam ao hospital para atendimento e assim, seus prontuários permanecem desatualizados.

Durante a coleta de dados defrontamo-nos com um problema inerente ao estudo retroativo de prontuários e fichas de exames anatomopatológicos: o preenchimento incorreto ou incompleto dos campos presentes nos formulários e a ausência da coleta de dados essenciais ao estudo posterior. Segundo o Art. 1º da Resolução 1.638 do Conselho Federal de Medicina publicado no Diário Oficial da União em 2002, o prontuário médico é um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Um bom exemplo do preenchimento incorreto ou incompleto dos prontuários foi quanto ao relato da ocupação (exposição solar ocupacional), que esteve ausente ou, devido ao grande número de aposentados, foi de difícil coleta. No entanto, por considerarmos muito relevante ao estudo o relato sobre as atividades profissionais prévias a

aposentadoria do paciente ou o motivo da aposentadoria (em caso de invalidez) esta informação foi pesquisada, quando possível, em contato direto com o paciente.

Pode-se afirmar que a maior parte dos pacientes diagnosticados com QA (80,6%) apresentava exposição solar ocupacional, dado confirmado com o teste de frequência. O mesmo teste não foi estatisticamente significativo para os pacientes diagnosticados com CEL, porém, 67,9% tinham relatos de ocupação relacionada à radiação UV. Segundo a literatura, ambas as lesões estudadas nesta pesquisa resultam de exposição crônica e prolongada à radiação ultravioleta (UV) (KAUGARS et al, 1999). Segundo Ouhtit et al, 2000, a exposição à radiação UV pode levar a alterações genotípicas e fenotípicas nas células epiteliais, muitas das quais, podem ser consideradas alterações pré-malignas, genericamente chamadas de atipias ou displasias epiteliais (OUHTIT et al, 2000). Estas estão associadas a um aumento de 10 a 20% do risco para desenvolvimento de carcinoma epidermóide a partir de lesões potencialmente malignizáveis (SANTOS et al, 2003).

A análise referente à idade média dos pacientes quando diagnosticados com QA ou CEL revelou que a maioria dos pacientes apresentava-se abaixo da sétima década de vida, fato que só foi estatisticamente significativo para o teste de frequência nas QAs, ou seja, enquanto a grande maioria dos pacientes portadores de QA encontrava-se em idade menor que 60 anos, pouco mais da metade dos portadores de CEL encontrava-se abaixo dos 60 anos. Esses dados condizem com a literatura estudada, que cita faixa etária para QA entre a sexta e sétima décadas de vida, e faixa etária para o CEL entre a sexta e a oitava década de vida (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004; ANTUNES, ANTUNES, 2004; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008).

A maioria dos pacientes de QA e a totalidade dos pacientes diagnosticados com CEL eram de etnia leucoderma, o que vai ao encontro da literatura. A QA e o CEL acometem, com maior frequência, indivíduos leucodermas (DAHER; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008; KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004), que por possuírem pouca pigmentação melânica - que é um fator de proteção, apresentam maior risco de desenvolvê-las (DAHER; PEREIRA; OLIVEIRA, 2008; JUNQUEIRA, CARNEIRO, 1999).

Tanto os pacientes diagnosticados com QA quanto os com CEL estudados eram do gênero masculino e o teste de frequência foi estatisticamente significativo para esse parâmetro em ambas as lesões; ou

seja, não é por acaso que os pacientes com estas lesões são do gênero masculino. Este dado reflete o perfil relatado pela literatura para os pacientes portadores de ambas as doenças (KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004; ANTUNES, ANTUNES, 2004; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008). Um fato que pode justificar uma relação maior de homens acometidos por essas enfermidades é o simples hábito feminino de utilizar cosméticos com algum tipo de proteção às radiações UV ou sua menor exposição a este fator agressor (ANTUNES, ANTUNES, 2004; ORTIZ et al, 2004; SILVA et al, 2006; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008).

A média do tempo de evolução relatada pelos pacientes diagnosticados com QA foi de 37,5 meses, enquanto este tempo relatado pelos pacientes diagnosticados com CEL foi 21,66 meses. Como podemos observar, este tempo foi maior nos casos de QA que nos casos de CEL. A explicação mais provável para tal incongruência é que a duração das lesões de CEL é relatada pelo paciente ou registrada pelo profissional sem contabilizar o tempo da lesão na fase pré-maligna (QA), fase que muitas vezes é despercebida pelo paciente por apresentar um quadro relativamente semelhante aos aspectos normais dos tecidos ou outras enfermidades, como herpes, úlceras simples, fissuras e granulomas, levando o paciente a postergar a procura profissional (ANTUNES; ANTUNES, 2004). Já as lesões de CEL têm características de alteração tecidual mais evidentes e evolução mais rápida, facilmente percebidas pelos pacientes, que acabam buscando o serviço de saúde para o diagnóstico e tratamento por terem dúvidas e preocupações a respeito da lesão. Este dado reflete a ausência de conhecimento dos pacientes e de alguns profissionais com relação às lesões potencialmente malignizáveis e reforça ainda mais a necessidade da inclusão das QAs nas campanhas de prevenção ao câncer bucal, sendo o lábio um sítio anatômico de fácil inspeção pelo paciente.

A média de tamanho de lesão de QA constante no presente estudo foi de 11,94mm, enquanto a média de tamanho de lesão dos CEL foi de 16,85mm. Considerando-se que a QA é uma doença bucal considerada potencialmente malignizável (SILVERMAN EVERSOLE, TRUELOVE, 2004; KAUGARS et al, 1999; SANTOS et al, 2003; MARKOPOULOS, ALBANIDOU-FARMAKI, KAYAVIS, 2004; MARTINEZ et al, 2005; CURY et al, 2007), e que precede o CEL (BRENER et al, 2007), podemos associar essa diferença de tamanho das lesões (menores nas QA e maiores nos CEL) como um dado possivelmente relacionado a esse processo de evolução. Outra

observação a ser registrada é a subjetividade deste dado, uma vez que não é rotineiro o uso de instrumentos de medida na avaliação do tamanho real da lesão, tornando o registro de tamanho aproximado, podendo haver diferenças na análise de um profissional para outro.

A descrição da apresentação clínica da lesão foi um dado de difícil coleta. Muitos prontuários não continham a descrição detalhada da lesão, provável diagnóstico ou um desenho da lesão. Outra dificuldade foi em compreender as palavras dos profissionais, uma vez que muitos não possuem grafia legível. Da totalidade de lesões dos pacientes portadores de QA, a maioria se apresentava em forma de placa (61,8%). Já a maioria dos pacientes portadores de CEL foi acometida lesões com apresentação clínica em forma de úlcera (66,7%). Foi feito o teste de frequência para os dados referentes à apresentação clínica de ambas as lesões (quando presentes no prontuário) e os resultados encontrados estão em concordância com a literatura consultada, que afirma que a maioria das lesões de QA se apresenta sob forma de placa, enquanto as lesões de CEL costumam se apresentar em forma de úlcera (CASTRO et al, 1999; SILVA, 2006).

Foi observado que em 100% dos casos válidos das lesões de QA e de CEL estavam localizadas em lábio inferior. Assim como as queilites actínicas, os carcinomas de lábio inferior são mais comuns que os de lábio superior (ANTUNES, ANTUNES, 2004; REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008) devido à sua anatomia proporcionar uma maior exposição à radiação UV. Não foi realizado o teste de frequência para o parâmetro localização da lesão por não ser aconselhável a utilização do mesmo em casos de porcentagens como 100%.

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que os pacientes portadores de QA e CEL diagnosticados em ambos os serviços exibem perfil clínico semelhante ao determinado pela literatura e que, com exceção do tempo de evolução, o perfil dos pacientes seria compatível com a hipótese de transformação maligna da QA em CEL.

Além disso, deve ser ressaltada a necessidade de prevenção em ambas as doenças. Na impossibilidade dessa prevenção, a intervenção terapêutica deve ser feita na fase pré-maligna, ou seja, na fase de QA, para que seja diminuída a possibilidade de transformação em CEL e a taxa de sobrevida seja aumentada. Sabendo que os custos do tratamento do CEL são muito superiores aos de orientação e prevenção de lesões potencialmente malignizáveis, afirma-se que o diagnóstico precoce é de extrema importância, pois traz benefícios à população e à economia do país.

REFERÊNCIAS

ABDO, E. N.; GARROCHO, A. de A; AGUIAR, M. C. F. de. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.357-362, 2002.

ABREU, M. A. M. M.; PIMENTEL, D. R. N.; SILVA, O. M. P.; BLACHMAN, I. T.; MICHALANY, N. S.; HIRATA, C. H.; WECKX, L. L. M.; ALCHORNE, M. M. A. Carcinoma espinocelular do lábio: avaliação de fatores prognósticos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.70, n.6, p.765-770, nov./dez. 2004.

AMAR, A.; FRANZI, S. A.; CURIONI, O. A.; RAPOPORT, A.; CERVANTES, O. Esvaziamento cervical no tratamento do carcinoma epidermóide de lábio. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo, v.70, n.6, p.772-775, nov./dez. 2004.

ANTUNES, A. A.; ANTUNES, A. P.; Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.50, n.4, p.295-300, out./dez. 2004.

BRENER, S; JEUNON, F. A; BARBOSA, A. A; GRANDINETTI, H. DE A. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.53, n.1, p.63-69. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Boca. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definicao>>. Acesso em: 13 ago 2012.

CASTRO, J. F. L.; ARCOVERDE, L.; SILVA, A. A. R.; GODOY, G. P. Carcinoma epidermóide de lábio inferior: estudo de 135 casos registrados no Hospital do Câncer de Pernambuco no período compreendido entre 1992 e 1997. *Revista Odontológica da Universidade de Santo Amaro*. v.4, n.1, p.43-9,1999.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.638, de 10 de julho de 2002. *Diário Oficial da União*. 9 ago 2002. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=184&data=09/08/2002>>. Acesso em: 13 ago 2012

CURY, P. R.; FURUSE, C.; ARAUJO, N. S.; ARAUJO, V. C. Signal transducer and activator of transcription-3 expression and activation is dysregulated in actinic cheilitis. *Journal of cutaneous pathology*, Copenhagen, v.34, n.8, p.606-611, aug. 2007.

DAHER, G. C. de A.; PEREIRA, G. A.; OLIVEIRA, A. C. D. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.11, n.4,p. 594-96 dez. 2008.

DEDIVITIS, R. A.; FRANÇA, C. M.; MAFRA, A. C. B.; GUIMARÃES, F. T.; GUIMARÃES, A. V. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, São Paulo, v.70, n.1, p.35-40, jan./fev. 2004.

HOSTETTLER, S. Study to Determine True Cost of Oral Cancer. University of Illinois at Chicago. Institute for health research and policy. Disponível em: <<http://www.ihrp.uic.edu/content/study-determine-true-cost-oral-cancer>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. *Histologia Básica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999

KAUGARS, G. E.; PILLION, T.; SVIRSKY, J. A.; PAGE, D. G.; BURNS, J. C.; ABBEY, L. M. Actinic cheilitis – A review of 152 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, St. Louis, v.88, p.181-186, P. 181-86, aug. 1999.

KORNEVS, E.; SKAGERS, A.; TARS, J.; BIGESTANS, A., LAUSKIS, G., LIBERMANIS, O. Five years experience with lower lip cancer. *Stomatologija*, Sofiia, v.7, n.3, p.95-98, 2005.

LOPES, F. F.; PEREIRA, K. M. A.; COARACY, A. E. V.; COSTA, A. de L. L.; BASTOS, E. G. Contribuição ao estudo sobre metástase de

carcinoma epidermóide bucal. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v.6, n.3, p.255-258, set./dez. 2006.

MARKOPOULOS, A.; ALBANIDOU-FARMAKI, E.; KAYAVIS, I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. *Oral Diseases*. Houndmills, v.10, n.4, p.212-216, jul. 2004.

MARTINEZ, A.; BRETHAUER, I. G.; ROJAS, M.; SPENCER, F.; MUCIENTES, J.; BORLANDO, M. I.; RUDOLPH. Expression of apoptotic and cell proliferation regulatory proteins in actinic cheilitis. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. Copenhagen, v.34, n.5, p.257-262, may. 2005.

MARTINS, M. D.; MARQUES, L. de O.; MARTINS, M. A. T.; BUSSADORI, S. K.; FERNANDES, K. P. S. Queilite actínica: Relato de caso clínico. *ConscientiaeSaúde*. v.6, n.1, p.105-10. 2007.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. *Patologia oral e maxilofacial*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 972p., 2009.

ORTIZ, K. L.; MEZZA, A. G.; VALENCIA, V. V.; TAYLOR, A. M. A lip cancer experience in Mexico. An 11-year retrospective study. *Oral Oncology*. Oxford, v.40, n.10, p.992-999, nov. 2004.

OUHTIT, A.; MULLER, H. K.; DAVIS, D. W.; ULLRICH, S. E.; McCONKEY, D.; ANANTHAWAMY, H. N. Temporal Events in Skin Injury and the Early adaptive Responses in Ultraviolet-Irradiated Mouse Skin. *American Society for Investigative Pathology*, v.156, n.1, p.201-207, 2000.

PRADO, B. N.; PASSARELLI, D. H. C. Uma nova visão sobre prevenção do câncer bucal no consultório odontológico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v.21, n.1, p.79-85, jan./abr. 2009.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. *Patologia oral: correlações clinicopatológicas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 5.ed, 420p., 2008

SANTOS, J. N.; SOUSA, S. O. M.; NUNES, F. D.; SOTTO, M. N.; ARAUJO, V. C. Altered cytokeratin expression in actinic cheilitis. *Journal of cutaneous pathology*, Copenhagen, v. 30, n.4, p.237-41. apr. 2003.

SENA, M. F. de; COSTA, A. P. S. da; NÓBREGA, A. G. S. da; FERREIRA, A. A. F.; COSTA, A. de L. L. Avaliação dos Fatores Prognósticos Relacionados ao Câncer de Lábio: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, v.56, n.1, p.93-102, 2010.

SILVA, F.D da; DANIEL, F. I.; GRANDO, J. L.; CALVO, M. C.; RATH, I. B. da; FABRO, S. M. L. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. *Revista Odonto Ciência – Faculdade de Odontologia/PUCRS*, Porto Alegre, v.21, n.51, p.37-42, jan./mar. 2006.

SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. *Fundamentos de medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 384p., 2004.

SOUZA, R. M.; SAKAE, T. M.; GUEDES, A. L. Características clínico-Epidemiológicas de pacientes portadores de carcinomas da cavidade oral e orofaringe em clínica privada no sul do Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v.37, n.2, p. 32-41, 2008.

TEIXEIRA, A. K. M.; ALMEIDA, M. E. L. de; HOLANDA, M. E.; SOUSA, F. B; ALMEIDA, P. C. de. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um Estudo Epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v.55, n.3, p.229-236, 2009.

