

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Julia Jacoby Pasetto

**Prevalência de lesões na língua diagnosticadas no Laboratório de Patologia
Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina: levantamento
epidemiológico**

Florianópolis

2022

Julia Jacoby Pasetto

Prevalência de lesões na língua diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina: levantamento epidemiológico

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção de título de Cirurgiã Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Carolina Amália Barcellos Silva

Co-orientadora: Elis Ângela Batistella

Florianópolis
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pasetto, Julia Jacoby
LEVANTAMENTO DOS CASOS DE LESÕES NA LÍNGUA
DIAGNOSTICADOS NO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA: ESTUDO
RETROSPECTIVO / Julia Jacoby Pasetto ; orientador,
Carolina Amália Barcellos Silva, coorientador, Elis Ângela
Batistella, 2022.
47 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Odontologia. 2. Lesões na língua. 3. Biópsia. 4.
Prevalência. 5. Carcinoma epidermoide de língua. I. Silva,
Carolina Amália Barcellos. II. Batistella, Elis Ângela.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Odontologia. IV. Título.

Julia Jacoby Pasetto

Prevalência de lesões na língua diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina: levantamento epidemiológico

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Cirurgiã Dentista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 23 de junho de 2022.

Prof^a. Gláucia Santos Zimmermann, Dra.
Coordenadora do Curso

Banca examinadora:

Prof^a. Carolina Amália Barcellos Silva, Dra.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Elena Riet Correa Rivero, Dra.
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Andressa Fernanda Paza Miguel, Me.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha família,
especialmente minha avó Etelvina (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Eugenio** e **Rita de Cassia**, por darem todo o suporte necessário para que eu chegasse até aqui. Por compreenderem a minha ausência enquanto eu corro atrás dos meus sonhos. Pela educação libertadora que recebi desde criança para que eu me tornasse uma pessoa independente, sabendo que se algo não programado acontecesse, eu sempre teria um lar para voltar. Amo vocês mais que tudo.

Ao meu irmão, **Luiz Henrique**, por ser meu maior incentivador e por acreditar em mim em momentos que nem eu acreditei. Por ter me dado o maior presente, minha sobrinha **Flor Morena**, que é minha motivação diária. Ser um bom exemplo pra ela é o que me faz querer ser cada dia melhor. Amo vocês.

Aos meus avós, especialmente minha avó **Etelvina**, que adoeceu e faleceu durante a escrita deste trabalho. Obrigada por cuidarem de mim mesmo de longe. Espero poder deixar vocês orgulhosos sempre, de onde estiverem.

À minha família, por incentivarem, torcerem e rezarem por todas as minhas conquistas. Aos meus padrinhos, **Roberto** e **Regina**, por serem segundos pais pra mim. Pelos conselhos e por todas as comidas que sempre encheram o freezer. Obrigada. Aos meus primos, **Pedro Henrique** e **Roberta**, por dividirem comigo o apartamento, as contas, as angústias e tristezas. Por multiplicarem todos os meus momentos de alegria.

Ao **Gabriel**, por me acompanhar pelos últimos anos dessa caminhada. Por ser meu refúgio e minha calma. Pelo amor e carinho que está sempre disposto a me dar.

À minha orientadora, **Profª Drª Carolina Amália Barcellos Silva**, por me aceitar como orientada ainda na terceira fase e através disso me conceder inúmeras oportunidades grandiosas. Obrigada pela paciência e incentivo. Minha admiração por você é enorme.

À minha co-orientadora, **Me. Elis Ângela Batistella**, por estar sempre disposta a me ajudar e ensinar, por sanar as minhas dúvidas e por apontar o melhor caminho. Para mim, você é um exemplo de pessoa, mãe e profissional. Conte sempre comigo.

À **Profª Drª Elena Riet Correa Rivero**, por toda ajuda e incentivo sempre. Estendo o agradecimento a todos os professores da disciplina de Patologia Bucal, por

fazerem eu adorar a matéria. Aos **professores, funcionários, alunos de pós graduação e bolsistas** envolvidos no Laboratório de Patologia Bucal. Obrigada por proporcionarem um ambiente tão organizado e agradável durante o período da minha coleta de dados.

À **banca examinadora**, por aceitarem o convite de participar e contribuir com uma etapa tão importante da minha graduação.

À minha dupla da faculdade, **Natália dos Santos**. Nossa amizade começou na primeira fase, quando nos encontramos, por acaso, no anatômico para estudar os acidentes ósseos do crânio. Desde então nossa parceria só cresce. Obrigada por me entender com um olhar, por torcer por mim e por me incentivar. Por toda a ajuda e companheirismo durante todos os anos de graduação. Conte comigo pra tudo.

Aos meus **amigos e colegas de classe**, por todas as risadas, choros e momentos divertidos. Obrigada por tornarem a faculdade mais leve e por me darem vários motivos para comemorar a cada fim de semestre. Em especial, meus amigos: **Cristina, João Victor, Maria Eduarda, Urbano e Zuila**. Sem vocês nada disso seria possível. Aos **amigos da vida**, pelo apoio e amizade verdadeira. Por todos os encontros que fazem parecer que o tempo nem passou.

À **Profª Drª Sonia Luckmann Fabro**, por me convidar para ser bolsista do Projeto no Lar Recanto do Carinho por tantos anos. Por todos os ensinamentos que vão muito além da Odontologia. Por ser um exemplo grandioso de pessoa do bem.

Aos **meus professores** por exercerem brilhantemente a profissão que escolheram. Por ensinarem uma Odontologia de excelência, baseada na ciência com muita humanidade.

Aos **Técnicos administrativos e funcionários terceirizados**, por todo o trabalho feito nos bastidores que é essencial para o funcionamento adequado do curso. Pela simpatia nos corredores e pelos consolos nos dias difíceis.

Aos **meus pacientes**, por confiarem em mim algo tão importante como a saúde bucal. Por serem compreensivos e resilientes. Através deles é que consigo pôr em prática tudo que aprendi. Vocês são essenciais na minha formação pessoal e profissional.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, pela educação gratuita e de qualidade. Por ser minha segunda casa e por abrigar meu sonho de ser Cirurgiã Dentista.

*“...eu de repente estou me sentindo repleta de
possibilidades”.*

L.M. Montgomery

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento epidemiológico das lesões localizadas na língua diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina. Os dados foram coletados das fichas de biópsia e laudos histopatológicos dos casos diagnosticados entre os anos de 2006 e 2021. De todas as 4.495 lesões, 537 manifestaram-se na língua, representando 11,95% de todos os casos. As lesões foram mais frequentes na faixa etária entre 50 e 59 anos (n=126, 24,47%), em pacientes leucoderma (n=384; 87,87%) e apresentaram prevalência maior no sexo feminino (n=279, 52,64%) do que no masculino (n=251, 47,36%). Quanto à localização, a maior parte das lesões estava situada na margem lateral (n=203, 39,49%), dorso (n=138, 26,85%) e ápice lingual (n=96, 18,68%). As lesões reativas foram as mais prevalentes (n=144, 26,81%), seguidas pelas alterações epiteliais displásicas (n=86, 16,02%), neoplasias benignas de tecido mole (n= 65, 12,10%) e pelas neoplasias malignas (n=58, 10,80%). A lesão mais prevalente foi a hiperplasia fibrosa (n=117, 21,79%), seguida do carcinoma epidermoide de língua (n=56, 10,43%), fibroma de células gigantes (n=46, 8,56%), papiloma escamoso oral (n=36, 6,70%) e hiperqueratose e acantose (n=36, 6,70%). Houve concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico em um pouco mais da metade da amostra (n=281; 58,42%). Conclui-se que as lesões na língua representaram uma parcela considerável de todas as lesões diagnosticadas no laboratório. A língua deve ser minuciosamente examinada no atendimento odontológico, uma vez que é um sítio frequentemente acometido pelas desordens potencialmente malignas e pelo carcinoma epidermoide. Estes, quando diagnosticados precocemente, apresentam maior chance de cura e melhor prognóstico para os pacientes.

Palavras-chave: Lesões na língua, biópsia, prevalência, carcinoma epidermoide de língua.

ABSTRACT

The aim of this study was to carry out an epidemiological survey of the lesions located on the tongue diagnosed at the Oral Pathology Laboratory at the Universidade Federal de Santa Catarina. Data were collected from biopsy registries and histopathological reports of cases diagnosed between 2006 and 2021. Of all 4,495 lesions, 537 manifested on the tongue, representing 11.95% of all cases. Lesions were more frequent in the age group between 50 and 59 years (n=126, 24,47%), in caucasian patients (n=384; 87,87%) and presented with a higher prevalence in females (n=279, 52,64%) than in males (n=251, 47,36%). Regarding the location, most of the lesions were located on the lateral border (n=203, 39,49%), dorsum (n=138, 26,85%), and tip of the tongue (n=96, 18,68%). Reactive lesions were the most prevalent (n=144, 26,81%), followed by epithelial dysplasia (n=86, 16,02%), benign soft tissue tumors (n= 65, 12,10%) and malignant tumors (n=58, 10,80%). The most prevalent condition was fibrous hyperplasia (n=117, 21,79%), followed by tongue squamous cell carcinoma (n=56, 10,43%), giant cell fibroma (n=46, 8,56%), oral squamous papilloma (n=36, 6,70%) and hyperkeratosis and acanthosis (n=36, 6,70%). There was agreement between clinical and histopathological diagnosis in most part of the sample (n=281; 58,42%). It is concluded that tongue lesions represent a considerable portion of all lesions diagnosed at the laboratory. The tongue must be carefully examined in dental care, as it is the most frequently site affected by oral potentially malignant disorders and oral squamous cell carcinoma. These, when early diagnosed, have a greater chance of cure and better prognosis to patients.

Keywords: Tongue lesions, biopsy, prevalence, tongue squamous cell carcinoma.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das lesões mais frequentes por grupo histopatológico.26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência dos casos de lesões na língua diagnosticados no LPB/UFSC, entre os anos de 2006 a 2021.....	22
Gráfico 2 - Distribuição dos casos de lesões na língua diagnosticadas no LPB/UFSC de acordo com o sexo dos pacientes (n=530).....	23
Gráfico 3 - Distribuição dos casos de lesões na língua diagnosticados no LPB/UFSC de acordo com a etnia dos pacientes (n=437).	23
Gráfico 4 - Distribuição dos casos de lesões na língua diagnosticados no LPB/UFSC por faixa etária (n=515).	24
Gráfico 5 - Distribuição das lesões de língua diagnosticados no LPB/UFSC quanto à localização (n=514).	24
Gráfico 6 - Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico dos casos diagnosticados no LPB/UFSC (n=481).....	27
Gráfico 7 - Distribuição das lesões reativas de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n =140).....	28
Gráfico 8 - Distribuição das alterações epiteliais displásicas de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n=82).....	28
Gráfico 9 - Distribuição das neoplasias benignas de tecido mole de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n=62).....	29
Gráfico 10 - Distribuição das neoplasias malignas de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n=61).....	30
Gráfico 11 - Distribuição das lesões por tempo de evolução (n=332).	31
Gráfico 12 - Distribuição das lesões reativas por tempo de evolução (n=86).....	31
Gráfico 13 - Distribuição das alterações epiteliais displásicas por tempo de evolução (n=40).....	32
Gráfico 14 - Distribuição das neoplasias benignas de tecido mole por tempo de evolução (n=46).....	33
Gráfico 15 - Distribuição das neoplasias malignas diagnosticadas no LPB/UFSC por tempo de evolução das lesões (n=39).....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LPB - Laboratório de Patologia Bucal

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4	MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	21
4.2	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	21
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	21
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	21
4.5	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	21
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO	35
7	CONCLUSÃO.....	40
	REFERÊNCIAS	41
	ANEXOS.....	45

1 INTRODUÇÃO

A língua é um órgão muscular revestido por uma mucosa especializada e que participa de inúmeras funções importantes, como o processamento de alimentos, a fala, a recepção sensorial e o paladar. A presença de lesões na língua representa uma fonte de morbidade aos pacientes, afetando sua saúde e bem-estar, independentemente da origem destas lesões, podendo ser de origem do próprio local ou uma manifestação de doenças sistêmicas (KOAY, LIM e SIAR, 2011).

Segundo Suzin *et al.* (2014), a língua é um sítio recorrente de inúmeras patologias, as quais deveriam ser identificadas pelos dentistas durante o exame físico. Muitas vezes, as lesões nessa região não são diagnosticadas, favorecendo a manutenção e o agravamento de doenças locais ou sistêmicas existentes.

Dentre uma ampla gama de desordens que podem afetar a língua, as condições benignas são as mais frequentes, como a glossite migratória benigna, língua fissurada e língua pilosa, as quais, geralmente não necessitam de biópsia e tratamento (MANGOLD, TORGERSON e ROGERS, 2016). Além destas, são comuns as lesões traumáticas, como úlceras; as infecções fúngicas, como a candidíase; e lesões reativas, como hiperplasias inflamatórias. Estas manifestações frequentemente causam desconforto, podendo impactar na qualidade de vida dos pacientes. Por outro lado, também acometem a língua lesões potencialmente malignas e malignas, como o carcinoma epidermoide, as quais implicam severamente a saúde do indivíduo (KOAY, LIM e SIAR, 2011).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Santa Catarina apresentou a maior incidência de câncer na cavidade oral estimada em 2020, no Brasil, sendo de 19,92 casos para cada 100 mil homens, e 5,51 casos para cada 100 mil mulheres, a segunda maior taxa do país. Segundo o relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil, o câncer de língua foi o tipo de neoplasia maligna que mais gerou internações hospitalares (17,5%) dentre todos os tipos de câncer de lábio e cavidade oral excluindo-se o câncer de orofaringe, de acordo com informações dos casos registrados no Sistema de Informações Hospitalares em 2018 (ATTY, 2020).

Baseado nesses fatores, o conhecimento das lesões que acometem a língua é de extrema importância para o cirurgião dentista no estabelecimento do diagnóstico precoce e de uma terapêutica adequada, principalmente em relação às lesões

potencialmente malignas e malignas, nas quais o diagnóstico precoce implica em melhorias importantes do prognóstico e da qualidade de vida dos pacientes.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar as lesões que mais frequentemente acometem a língua e correlacioná-las às características clínicas dos pacientes, a partir do levantamento dos casos diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da UFSC, no período entre 2006 e 2021.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Língua

A língua é um órgão muscular, móvel, que ocupa boa parte da cavidade bucal propriamente dita. Está fixada no assoalho bucal e é ligada por feixes musculares ao osso hioide, à mandíbula, ao palato e ao processo estiloide. Ela é constituída por músculos intrínsecos e extrínsecos, que dão forma e movimento ao órgão, respectivamente. Essa musculatura é revestida por uma mucosa que possui inervação, coloração, consistência e função específicas, as quais diferem de acordo com a parte do órgão que reveste (MADEIRA, 2013).

A língua pode ser dividida em duas partes: uma fixa, chamada de raiz ou parte faríngea, localizada posteriormente ao sulco terminal; e outra chamada de corpo ou parte oral da língua, localizada anteriormente a este sulco, e que apresenta as faces superior (dorso), inferior (ventre), margens laterais e ápice lingual (TEIXEIRA; REHER; REHER, 2020).

A mucosa do dorso da língua se encontra firmemente aderida ao tecido subjacente. É nela que estão presentes as papilas linguais. As papilas circunvaladas são as maiores de todas. São arredondadas e estão presentes em número variável, ao longo do “v” lingual formado pelo sulco terminal, e possuem botões gustativos. As papilas fungiformes também apresentam quantidade moderada de botões gustativos e distribuem-se de maneira espaçada, em sua maioria, próximas ao ápice e margens linguais. Já as papilas foliadas estão presentes na porção posterior da margem lateral da língua e possuem quantidade moderada de botões gustativos. Ao contrário das três papilas citadas anteriormente, as filiformes não possuem capacidade gustatória. Elas estão presentes em todo o dorso da língua e são responsáveis pelo aspecto rosado e aveludado do órgão (HALL, 2011).

De acordo com Teixeira, Reher e Reher (2008), a face inferior da língua é lisa e não conta com a presença de papilas. Está ligada ao assoalho bucal pelo freio lingual. Pela mucosa ser bastante delgada, as veias acabam transparecendo, trazendo a esta face um aspecto mais arroxeadado.

O ápice é a parte mais anterior do corpo que se relaciona com os dentes incisivos, as margens correspondem a porção lateral da língua e relacionam-se de cada lado com os arcos dentais. Por último, a raiz da língua caracteriza-se pela

presença de agregado de tecido linfóide, chamado de tonsila lingual, e está voltada para a faringe e conectada à epiglote (SANDERS e MU, 2013).

A língua exerce um papel importante em uma série de funções como a fonação, deglutição, mastigação, sucção e respiração. Na digestão, a língua tem papel importante desde a mastigação. Ela auxilia a propulsão e mistura dos alimentos na boca, junto com a saliva, colaborando para a formação do bolo alimentar (STONE *et al.*, 2018). É também a responsável por levar e manter o alimento nos molares, que são os responsáveis pela trituração propriamente dita. Além disso, a língua atua na regulação nervosa da secreção salivar, enviando estímulos gustativos e táteis para os núcleos salivatórios, estimulando a salivação (HALL, 2011).

Finalmente, a língua participa da etapa voluntária da deglutição ao pressionar o bolo alimentar para cima e para trás, contra o palato em direção à faringe (HIIEMAE; PALMER, 2003).

Na fala, a língua assume o papel de um dos principais órgãos de articulação. É considerada um articulador ativo, estando envolvida, por meio de sua posição e movimentação, na pronúncia de vogais e consoantes (SILVA, 2003).

2.2 Lesões na língua

As patologias envolvendo a língua constituem uma proporção considerável das lesões da mucosa oral. Estudos recentes têm mostrado que as lesões neste sítio possuem uma prevalência que varia de acordo com a região geográfica, idade, sexo e etnia (DHANUTHAI *et al.*, 2017).

Um estudo realizado nos Estados Unidos demonstrou que a prevalência de lesões de língua é de 15,5% entre os adultos. Esse número aumenta quando avaliado em pacientes que fazem uso de próteses ou que são tabagistas (REAMY, DERBY e BUNT, 2010). Um estudo feito por Koay, Lim e Siar (2010), na Malásia, mostrou que 30% das pessoas atendidas no serviço de uma universidade, foram diagnosticadas com pelo menos uma lesão de língua.

No Brasil, um estudo envolvendo laboratórios de patologia e outros centros de diagnóstico em Fortaleza, no Ceará, mostrou que 12,2% de todas as biópsias realizadas na cavidade oral afetavam a língua (COSTA *et al.*, 2012).

Em crianças, a prevalência das lesões na língua aparenta ser menor. Em um estudo realizado no Brasil, biópsias de crianças entre 0 e 14 anos foram avaliadas e apenas 5% delas envolviam este órgão. Apesar da baixa prevalência, ainda assim a

língua se mostrou como o quinto sítio mais frequente para lesões (LIMA GDA *et al.*, 2008).

As lesões na língua apresentam etiologias variadas. Essas patologias podem ter origem a partir de infecções virais, bacterianas ou fúngicas, além de origem imunológica, traumática, iatrogênica ou tumoral. Frequentemente, as lesões linguais estão associadas à hábitos viciosos, como uso de álcool e tabaco ou uma higiene inadequada (SUZIN *et al.*, 2014).

Em um levantamento realizado em 5 serviços de anatomia patológica no Brasil foram identificados, de 6231 biópsias, 760 foram realizadas na língua. Essas foram divididas em 4 grupos, sendo eles: tumores malignos, tumores benignos, lesões reativas e outras lesões. As mais prevalentes foram as reativas, representando 44,6% do total, seguida dos tumores benignos (27,9%) e dos tumores malignos (18,6%) (COSTA *et al.*, 2012).

No trabalho de Suzin e colaboradores (2014), realizado no Brasil, das 22.596 lesões, 7.962 estavam situadas na língua. Elas foram classificadas em 14 diferentes grupos sendo o das lesões específicas da língua, que englobava a língua saburrosa, língua fissurada, língua pilosa, anquiloglossia, entre outras, o mais prevalente. O maior número de casos relacionado ao grupo de lesões traumáticas foi de hiperplasias de mucosa (909). A glossite romboidal mediana foi a mais frequente no grupo das infecções fúngicas. No grupo das neoplasias benignas, o hemangioma foi o de maior casuística (146) e no das malignas o mais frequente foi o carcinoma epidermoide (207). Quanto à localização, as lesões foram mais frequentes na margem lateral, seguido de ventre e dorso da língua.

No estudo realizado por Dhanuthai *et al.* (2020), a maioria das lesões na língua tiveram sua origem classificada como inflamatória, sendo a maior parte diagnosticada como hiperplasia fibrosa focal. A segunda maior prevalência foi de tumores malignos, principalmente o carcinoma epidermoide. Grande parte das patologias estavam localizadas na margem lateral da língua.

O estudo de Lasisi e Abimbola (2017), na Nigéria, mostrou que as lesões situadas na língua são relativamente comuns, representando 4% de todos os 1.807 diagnósticos histopatológicos avaliados. Nesse trabalho, as lesões neoplásicas foram as mais predominantes e tiveram predileção pelos dois terços anteriores do dorso da língua. Outro dado relevante demonstrado pela pesquisa é que todas as patologias

afetando a base da língua eram neoplasias malignas, sendo o carcinoma epidermoide a neoplasia de maior prevalência.

Em um trabalho que avaliou desordens potencialmente malignas em um serviço de patologia bucal no Brasil, todos os diagnósticos definitivos de carcinoma *in situ* e metade dos casos de carcinoma epidermoide estavam situados na língua (MELLO *et al.*, 2018).

De acordo com um trabalho realizado na população tailandesa, 37,3% de todos os casos de carcinoma epidermoide oral estavam localizadas na língua. Com relação às desordens potencialmente malignas, o sítio mostrou uma prevalência de 11,3% das lesões (AITTIWARAPOJ *et al.*, 2019). Um estudo multicêntrico envolvendo cinco países (Canadá, Coreia do Sul, Irã, Taiwan e Tailândia), mostrou a língua como o sítio em que o carcinoma epidermoide bucal se manifestou com maior frequência, totalizando 25,4% de toda a amostra (DHANUTHAI *et al.*, 2017).

A língua é um sítio que pode ser facilmente examinado, entretanto suas lesões geralmente apresentam um dilema no diagnóstico e na conduta clínica do cirurgião dentista (KOAY, LIM e SIAR, 2011). Além de um exame clínico completo, é necessário conhecer a história da condição, há quanto tempo está presente, sintomatologia e possíveis fatores etiológicos, como uso de álcool e tabaco, para a realização do diagnóstico correto (REAMY, DERBY e BUNT, 2010).

É de suma importância que um exame clínico e físico minucioso de toda região de cabeça e pescoço seja realizado. Pacientes com lesões de etiologia desconhecida devem ser encaminhados para especialistas para um diagnóstico definitivo (REAMY, DERBY e BUNT, 2010).

A análise histopatológica de biópsias de lesões linguais é frequentemente necessária para confirmar um diagnóstico clínico e estabelecer um diagnóstico definitivo. A coleta de dados sobre essas patologias faz com que tenhamos informações relacionadas à prevalência e extensão do problema em determinada população (ALI e SUNDARAM, 2012).

É de grande relevância que os profissionais de Odontologia estejam cientes ao lidar com lesões bucais e compreendam suas técnicas investigativas que poderão ajudar a definir o diagnóstico, fazendo com que o paciente seja tratado de maneira adequada (LOGAN e GOSS, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento epidemiológico das lesões localizadas na língua diagnosticadas pelo Laboratório de Patologia Bucal da UFSC entre os anos de 2006 a 2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os casos de lesões na língua diagnosticados pelo LPB-UFSC.
- Coletar os dados clínicos dos pacientes com lesões na língua obtidos a partir das fichas de biópsia (Anexo B) arquivadas no LPB- UFSC.
- Classificar as lesões de acordo com os diagnósticos histopatológicos obtidos nos laudos arquivados no LPB-UFSC
- Identificar possíveis fatores etiológicos que podem estar associados ao aparecimento das lesões na língua.
- Verificar a concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico das lesões de língua diagnosticadas no LBP-UFSC.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo é do tipo epidemiológico observacional descritivo.

4.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Selecionou-se a amostra a partir de fichas clínicas de biópsia e laudos histopatológicos arquivados no laboratório de patologia bucal da UFSC, no período entre 2006 e 2021 (Anexo B).

Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC (Nº 1.097.375; CAAE: 42095715.1.0000.0121) (Anexo C).

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos todos os casos que tiverem uma ou mais lesões localizadas na língua ou em que parte da lesão estivesse situada na língua.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos todos os casos em que a patologia não estava situada na língua ou em que a ficha de biópsia não discriminasse a localização da lesão.

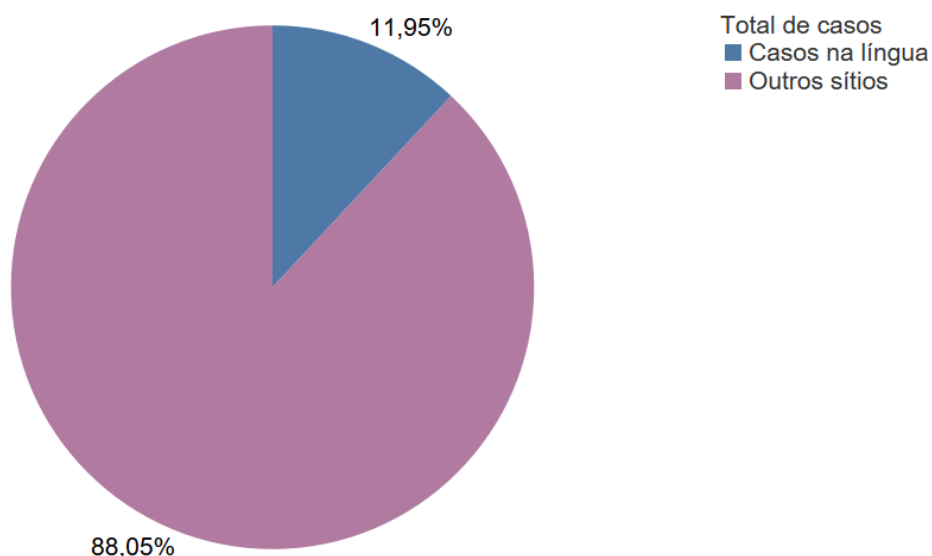
4.5 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados clínicos e histopatológicos foram obtidos a partir das fichas de biópsias e laudos histopatológicos do LPB– UFSC. As informações coletadas foram organizadas em uma planilha [Microsoft Excel, Versão 2111, 2016] dividida em categorias, como: identificação (número de registro no laboratório e iniciais do paciente), dados do paciente (sexo, etnia, idade), características da lesão (parte da língua afetada, tipo de lesão e tempo de evolução) fator etiológico possivelmente associado e diagnóstico (clínico e histopatológico).

5 RESULTADOS

Do total de 4.495 lesões diagnosticadas pelo LPB-UFSC entre 2006 e 2021, 537 estavam situadas na língua, representando 11,95% dos casos diagnosticados até o momento da coleta (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Prevalência dos casos de lesões na língua diagnosticados no LPB/UFSC, entre os anos de 2006 a 2021.

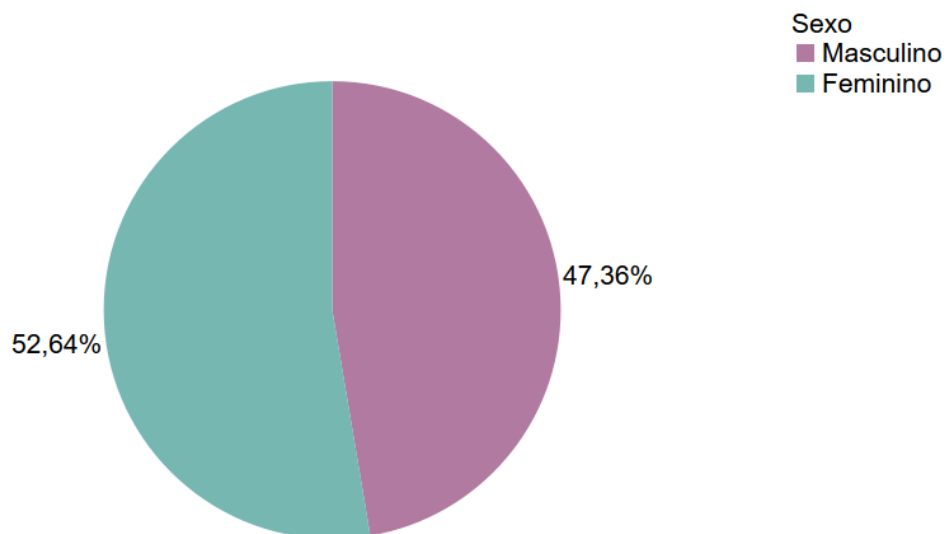


FONTE: de autoria própria

Devido algumas informações não terem sido corretamente preenchidas nas fichas de biópsia, o número de casos avaliados em cada uma das análises pode ser menor que 537, estando este descrito em cada gráfico.

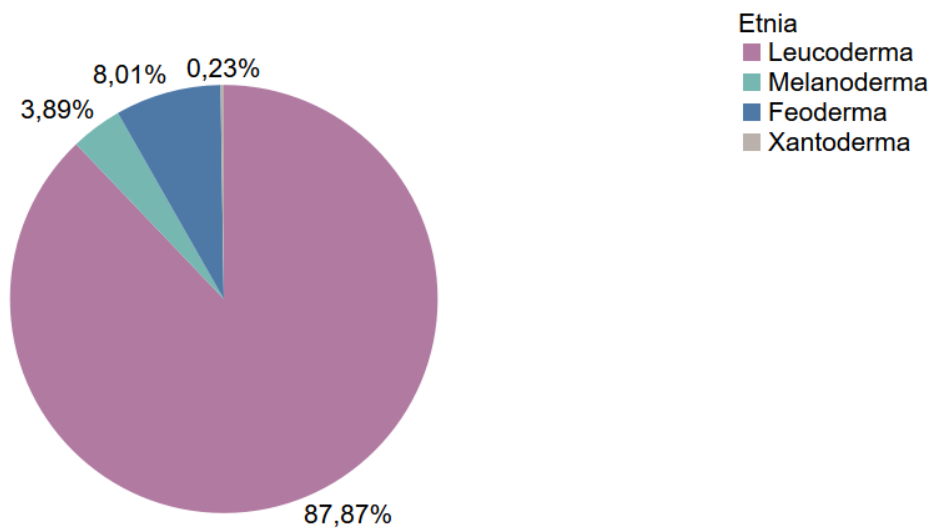
A análise dos dados clínicos dos pacientes, demonstrou que: com relação ao sexo, observou-se uma prevalência ligeiramente maior no sexo feminino (n=279; 52,64%) em comparação ao masculino (n=251; 47,36%) (Gráfico 2). A etnia mais prevalente foi a leucoderma (n=384; 87,87%), e as lesões foram mais comuns na faixa etária entre 50 e 59 anos (n=126; 24,47%) (Gráficos 3 e 4).

Gráfico 2 - Distribuição dos casos de lesões na língua diagnosticadas no LPB/UFSC de acordo com o sexo dos pacientes (n=530).



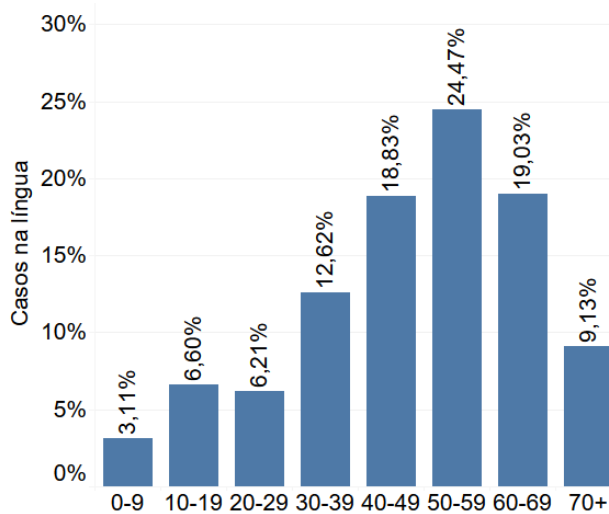
FONTE: de autoria própria

Gráfico 3 - Distribuição dos casos de lesões na língua diagnosticados no LPB/UFSC de acordo com a etnia dos pacientes (n=437).



FONTE: de autoria própria

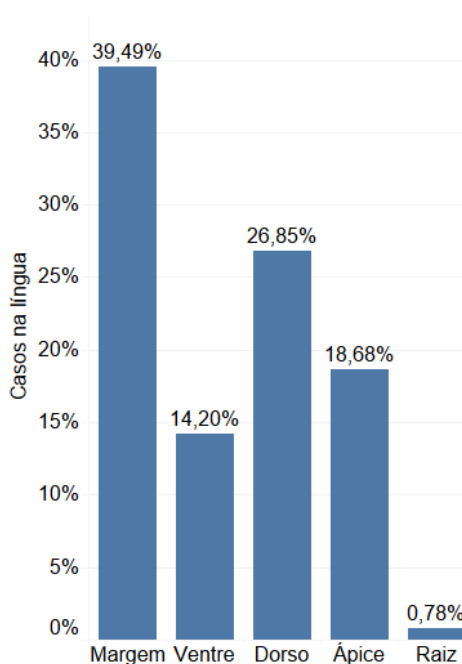
Gráfico 4 - Distribuição dos casos de lesões na língua diagnosticados no LPB/UFSC por faixa etária (n=515).



FONTE: de autoria própria

Em relação as partes da língua, foi possível observar que a maior parte das lesões estava situada nas margens laterais (n=203; 39,49%), seguida pelo dorso (n=138; 26,85%), ápice (n=96; 18,68%), ventre (n=73; 14,20%) e raiz (n=4; 0,78%) da língua. Algumas fichas (4,28%) não especificaram em qual região da língua a lesão estava situada (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição das lesões de língua diagnosticados no LPB/UFSC quanto à localização (n=514).



FONTE: de autoria própria.

As lesões na língua foram classificadas de acordo com o diagnóstico histopatológico, em diferentes grupos, sendo eles: lesões reativas, alterações epiteliais não displásicas, alterações epiteliais displásicas, neoplasias malignas do epitélio, patologia das glândulas salivares, neoplasias benignas de tecido mole, cistos de desenvolvimento, doenças imunomediadas, doenças infecciosas, processos inflamatórios inespecíficos e outros.

O grupo mais prevalente foi o das lesões reativas (n=144; 26,81%), sendo a hiperplasia fibrosa focal a lesão mais frequente (n=59; 10,99%). O segundo grupo de lesões mais identificadas na língua foi o de alterações epiteliais displásicas (n=82; 15,27%). Dentre elas, a displasia epitelial severa (n=31; 5,78%) foi a mais prevalente. As neoplasias benignas de tecido mole foram o terceiro grupo mais frequente (n=65 12,10%), sendo o fibroma de células gigantes o diagnóstico histopatológico mais comum (n=46; 8,56%). Em seguida apareceram as neoplasias malignas (n=58; 10,80%), sendo o carcinoma epidermoide a lesão mais diagnosticada do grupo (n=56;10,46%) (Tabela 1).

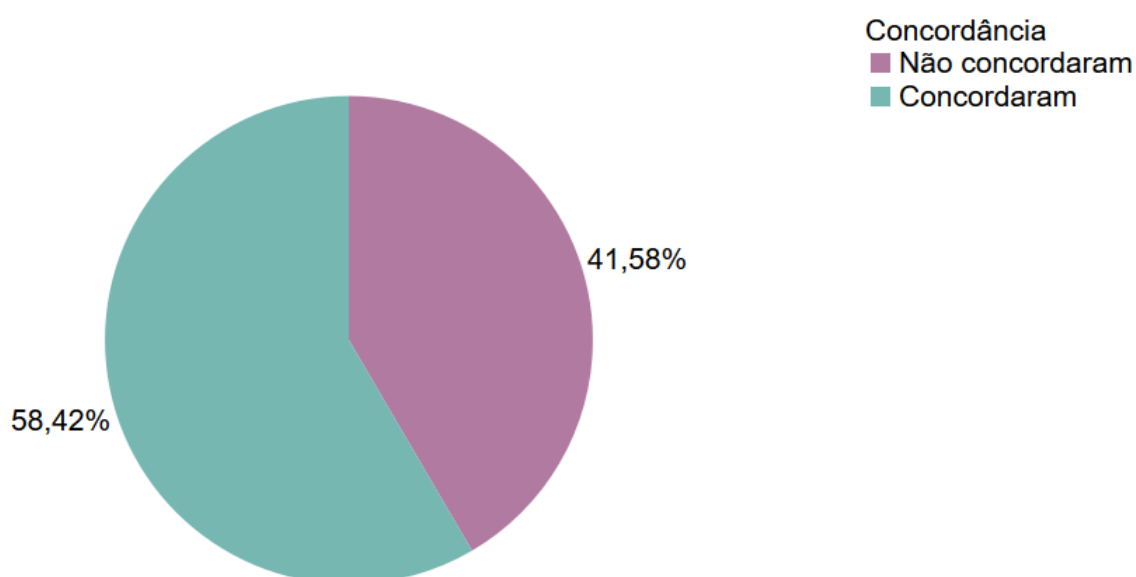
As lesões que não se enquadravam nos grupos e que tinham menos de dois casos, foram colocadas na categoria “outros” como, por exemplo: mácula melanótica, neuroma oral, amiloidose, sialoadenite crônica das glândulas salivares mistas, etc. Dentro desse grupo, ainda foram incluídos sete casos de diagnóstico inconclusivo e cinco casos de tecidos normais.

Tabela 1 - Distribuição das lesões mais frequentes por grupo histopatológico.

Grupo	Número de biópsias (n)	Porcentagem do total de biópsias (%)
Lesões Reativas	144	26,81%
Hiperplasia fibrosa	117	21,79%
Granuloma piogênico	27	5,02%
Alterações epiteliais não displásicas	36	6,70%
Hiperkeratose e ou acantose	36	6,70%
Alterações epiteliais displásicas	86	16,02%
Displasia epitelial severa / carcinoma in situ	31	5,78%
Displasia epitelial leve	29	5,40%
Displasia epitelial moderada	26	4,84%
Neoplasias malignas do epitélio	58	10,80%
Carcinoma epidermoide	56	10,43%
Carcinoma verrucoso	2	0,37%
Patologia das glândulas salivares	23	4,28%
Mucocele	23	4,28%
Neoplasias benignas de tecido mole	65	12,10%
Fibroma de células gigantes	46	8,56%
Linfangioma	7	1,30%
Lipoma	4	0,74%
Hemangioma	3	0,56%
Tumor de células granulares	1	0,19%
Tumor fibroso solitário	1	0,19%
Miofibroma	1	0,19%
Fibrolipoma	1	0,19%
Schwannoma	1	0,19%
Cistos de desenvolvimento	5	0,93%
Cisto linfoepitelial	4	0,74%
Cisto dermoide	1	0,19%
Doenças imunomediadas	13	2,42%
Líquen Plano	10	1,86%
Eritema migratório benigno	2	0,37%
Pênfigo vulgar	1	0,19%
Doenças Infecciosas	49	9,12%
Papiloma	36	6,70%
Paracoccidiodomicose	6	1,12%
Condiloma Acuminado	4	0,74%
Candidíase	2	0,37%
Verruga vulgar	1	0,19%
Processos inflamatórios	37	6,89%
Processos inflamatórios inespecíficos	22	4,10%
Úlceras inespecíficas	10	1,86%
Mucosite crônica de interface	5	0,93%
Outros	21	3,91%
Total	537	100%

Em relação a concordância entre os diagnósticos clínico e histopatológico, observou-se uma concordância em 281 casos, o que corresponde a (58,42%) dos casos que preencheram corretamente a hipótese de diagnóstico clínico. Quarenta e cinco fichas de biópsia não apresentaram diagnóstico clínico (8,38%) e em 7 fichas (1,30%) o diagnóstico histopatológico foi inconclusivo ou não apresentavam material suficiente para análise (Gráfico 6).

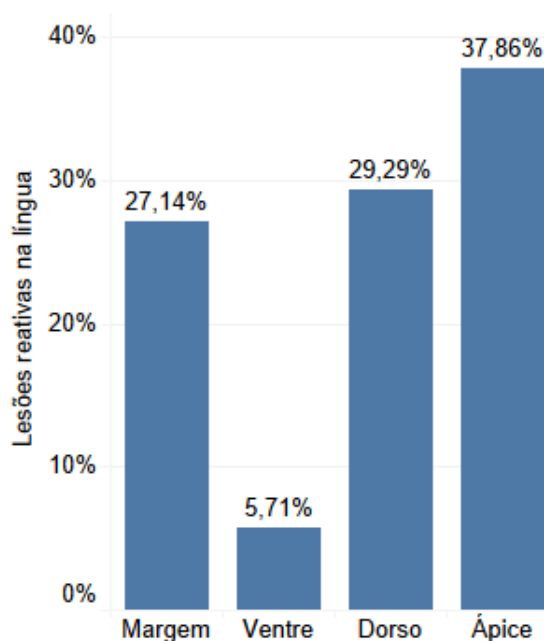
Gráfico 6 - Concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico dos casos diagnosticados no LPB/UFSC (n=481).



FONTE: de autoria própria.

Outra análise realizada foi a relação entre os grupos de lesões mais prevalentes e as partes da língua mais comumente acometidas pelas lesões. Quanto às lesões reativas (n=140), a maioria delas se apresentou no ápice da língua, totalizando 53 lesões, o que representa 37,86% do total. A segunda parte da língua mais acometida foi o dorso (n=41; 29,29%), seguida pela margem lateral (n=38; 27,14%) da língua. Do total 144 casos de lesões reativas, 2,78% não informaram a localização da lesão (Gráfico 7).

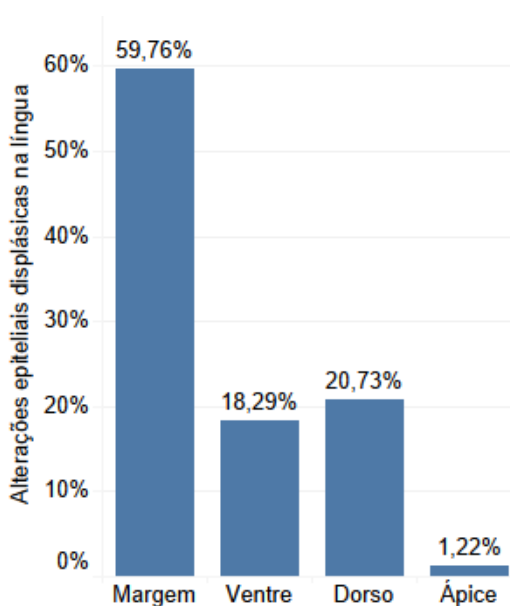
Gráfico 7 - Distribuição das lesões reativas de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n =140).



FONTE: de autoria própria.

Com relação as alterações epiteliais displásicas (n=82), a parte mais afetada foi a margem lateral da língua (n=49; 59,76%), seguida do dorso (n=17; 20,73%) e do ventre (n=15; 18,29%). Dentre todas as fichas de biópsia relativas ao grupo (n=86), cerca de 4,65% não especificaram qual a região da língua foi acometida (Gráfico 8).

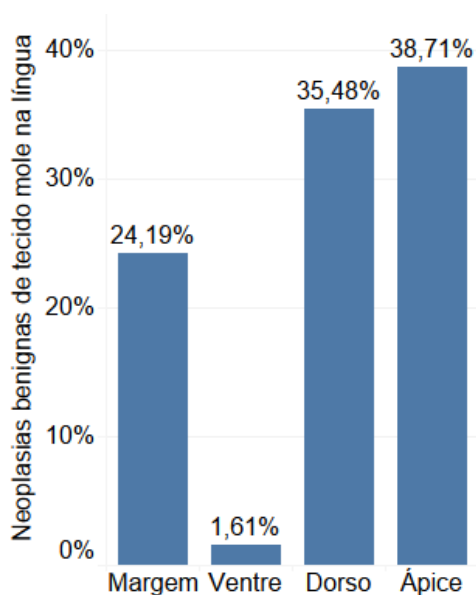
Gráfico 8 - Distribuição das alterações epiteliais displásicas de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n=82).



FONTE: de autoria própria.

Já no grupo das neoplasias benignas de tecido mole (n=62), o lugar mais acometido foi o ápice (n=24; 38,71%), seguido do dorso (n=22; 35,48%) e margem lateral (n=15; 24,19%). Aproximadamente 6,06% do total de 66 fichas de biópsia pertencentes ao grupo de neoplasias benignas não especificaram a localização da língua acometida pelas lesões (Gráfico 9).

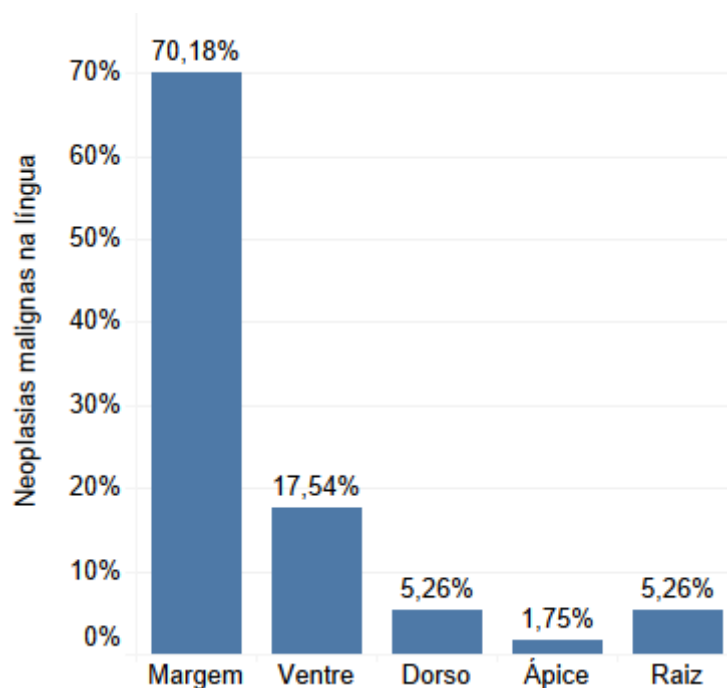
Gráfico 9 - Distribuição das neoplasias benignas de tecido mole de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n=62).



FONTE: de autoria própria.

A parte da língua mais afetada pelas neoplasias malignas (n=57) foi a margem lateral da língua, com um total de 40 lesões, representando 70,18%, seguida do ventre (n=10; 17,54%). O dorso e a raiz lingual apareceram na mesma prevalência, de 5,26% (3 casos). Dentre todas as fichas de biópsia relativas ao grupo (n=58), cerca de 1,72% não especificaram qual a região da língua foi acometida (Gráfico 10).

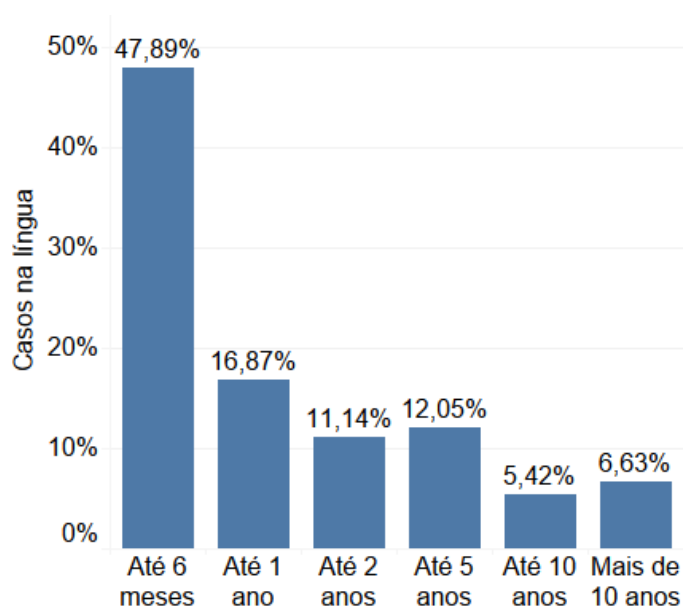
Gráfico 10 - Distribuição das neoplasias malignas de acordo com a superfície lingual afetada, diagnosticadas no LPB/UFSC (n=61).



FONTE: de autoria própria.

Dos 537 casos avaliados neste estudo, em 205 (38,18%) fichas de biópsia o tempo de evolução da lesão não foi descrito ou era desconhecido. Dos que relataram, 159 deles tinham um tempo de evolução de até 6 meses (47,89%), 56 de até um ano (16,87%), 37 até 2 anos (11,14%), 40 até 5 anos (12,05%), 18 até 10 anos (5,42%) e 22 lesões com tempo de evolução maior que 10 anos (6,63%) (Gráfico 11).

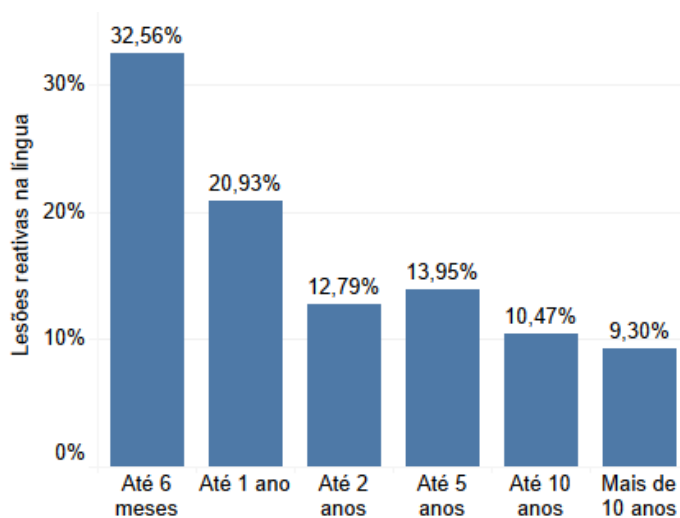
Gráfico 11 - Distribuição das lesões por tempo de evolução (n=332).



FONTE: de autoria própria.

As lesões reativas tiveram um tempo de evolução bem variado e em 58 delas (40,27%) o tempo era desconhecido ou não foi informado na ficha de biópsia. As lesões que tiveram uma evolução rápida, de até seis meses, representaram 32,56% do grupo das lesões reativas (28 casos). Com tempo de evolução de até um ano, representou 20,93% do total da amostra (18 casos), enquanto até 5 anos foi de 13,95% (12 casos) (Gráfico 12).

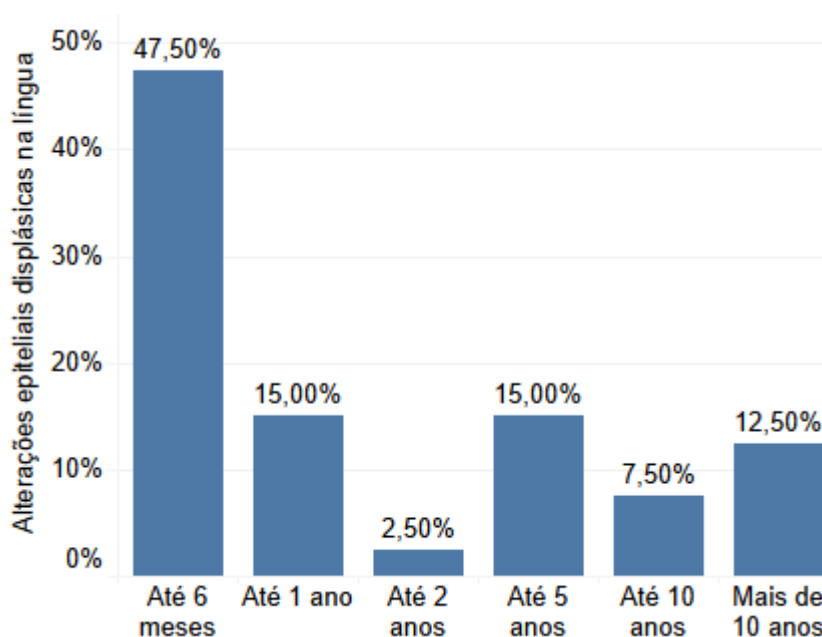
Gráfico 12 - Distribuição das lesões reativas por tempo de evolução (n=86).



FONTE: de autoria própria.

Com relação as alterações epiteliais displásicas, 53,48% delas o tempo de evolução era desconhecido ou não foi informado na ficha (46 casos). A maioria das lesões tinha um tempo de evolução relatado de até 6 meses, 47,50% (19 casos). As lesões com tempo de evolução até 1 ano e até 5 anos representaram 15%, com 6 casos cada (Gráfico 13).

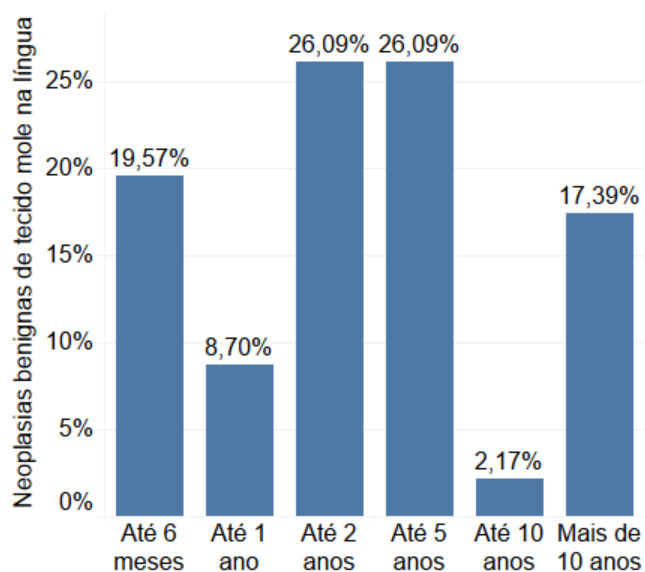
Gráfico 13 - Distribuição das alterações epiteliais displásicas por tempo de evolução (n=40).



FONTE: de autoria própria.

Quanto as neoplasias benignas de tecido mole, a maioria teve um tempo de evolução mais lento. Os períodos de até 2 anos e até 5 anos, apresentaram a mesma prevalência, sendo 12 casos cada um (26,09%). Com tempo de evolução de mais de 10 anos, foram 8 casos (17,39%). Em cerca de 30,30% das fichas, o tempo de evolução das lesões era desconhecido ou não foi informado (n=20) (Gráfico 14).

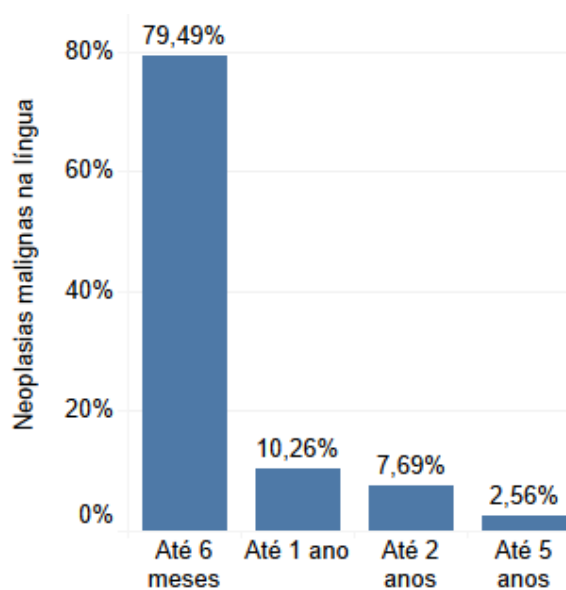
Gráfico 14 - Distribuição das neoplasias benignas de tecido mole por tempo de evolução (n=46).



FONTE: de autoria própria.

A maioria das lesões malignas foram percebidas em um período de até 6 meses (n=31; 78,05%). As lesões com tempo de evolução de até 1 ano representaram 12,20% (n=4), e de até 2 anos, 7,32% (n=3) dos casos. Entretanto, em 32,76% das fichas de biópsia (19 casos), esse dado não foi informado ou o tempo de evolução não era conhecido pelo profissional (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição das neoplasias malignas diagnosticadas no LPB/UFSC por tempo de evolução das lesões (n=39).



FONTE: de autoria própria.

Alguns possíveis fatores etiológicos relacionados às doenças foram relatados nas fichas de biópsia pelos profissionais, como: tabagismo, tabagismo associado ao etilismo, etilismo, trauma, entre outros.

Nas neoplasias malignas e nas alterações epiteliais displásicas (n=145), 97 fichas de biópsia tinham informações sobre algum possível fator etiológico, sendo que em 89 (91,75%) delas, o uso de tabaco em diferentes quantidades foi relatado. Destas, 42 (43,30%) associaram o álcool com o uso de cigarro.

Embora muitas fichas (56,87%) não informassem a existência de um possível fator etiológico para as lesões reativas e patologias das glândulas salivares (n=173), 69 delas continham essa informação. Destas, em 65 fichas (94,20%), uma história de trauma foi relatada. Além disso, 3 casos de granuloma piogênico foram registrados durante ou logo após a gravidez.

6 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostraram a língua como um importante sítio das lesões que acometem a cavidade oral. Em quinze anos de funcionamento do LPB – UFSC, foram realizados 4.495 diagnósticos histopatológicos de biópsias de pacientes de vários lugares do estado de Santa Catarina. Deste total, as que acometeram a língua somam pelo menos 537, representando 11,95% da totalidade de laudos histopatológicos do serviço. Estes achados são semelhantes aos que foram revelados no estudo de Costa *et al.* (2012), em que 12,2% das biópsias orais realizadas tinham a língua como localização. Tais resultados confirmam o órgão como um sítio onde as patologias orais podem ser comumente encontradas.

Este trabalho também mostrou uma pequena predileção pelo sexo feminino (52,64%) comparado ao sexo masculino (47,36%). Isso pode ser explicado pelo fato de que os dois grupos mais frequentes, lesões reativas e alterações epiteliais displásicas, foram diagnosticados, em sua maioria, no sexo feminino. Este resultado corroborou com os dados encontrados por Suzin *et al.* (2014), que mostrou que 58,35% das lesões afetaram o sexo feminino enquanto 41,65% ocorreram no sexo masculino; e com o estudo de Conceição *et al.* (2010) que mostrou uma prevalência maior em mulheres (50,5%) do que em homens (49,3%).

A respeito da distribuição por idade, a faixa etária mais acometida foi entre 50 e 59 anos, seguida da faixa etária entre 60 e 69 anos, representando, juntas, 43,50% do total. Este dado é comparável com o estudo de Shamloo *et al.* (2016) e de Costa *et al.* (2012), que também mostraram o aumento da incidência de lesões na língua a partir da quinta década de vida.

No presente estudo foi possível observar uma grande predileção pela etnia leucoderma, equivalente a 87,87% de toda a amostra. Não foi encontrado nenhum estudo semelhante realizado nesta mesma região geográfica, que levasse em consideração às características étnico-raciais. Entretanto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2020), na região sul do país, 73,2% da população se declara branca, ou seja, leucoderma, o que pode explicar a maior prevalência desta etnia no estudo,

Com relação as partes da língua mais acometidas pelas lesões, a maior parte delas estava situada na margem lateral (39,49%), seguida pelo dorso (26,85%), ápice (18,68%), ventre (14,20%) e raiz (0,78%). O estudo de Dhanuthai *et al.* (2020), dividiu

a língua 4 partes, sendo elas: margem, dorso, ventre e ápice. Corroborando com os dados obtidos neste trabalho, a margem lateral da língua também foi o sítio mais prevalente (47,38%), seguido do dorso (21,37%). O estudo de Suzin *et al.* (2014), dividiu a língua em apenas três partes: margem lateral, dorso e ventre, e também encontrou resultado semelhante ao do presente estudo, com 60% das lesões localizadas na margem lateral da língua.

Ao analisarmos os grupos de lesões estabelecidos de acordo com o diagnóstico histopatológico, foi possível observar que o grupo mais prevalente nesse estudo foi o das lesões reativas (26,81%). No estudo de Conceição *et al.* (2010) esse também foi o que apareceu com maior frequência (27,40%), assim como no trabalho de Costa *et al.* (2010) (44,6%), e no de Dhanuthai *et al.* (2020), que apresentou a maior prevalência de lesões reativas dos estudos citados (53,79%).

Dentre as lesões reativas, a que apresentou a maior frequência neste estudo foi a hiperplasia fibrosa, representando 21,79% de todos os casos. No estudo de Dhanuthai *et al.* (2020) esta também foi a lesão mais prevalente do grupo, correspondendo a 19,04% de todos os casos.

As lesões hiperplásicas reativas podem se desenvolver na cavidade oral a partir de uma irritação crônica de baixa intensidade, como: próteses mal adaptadas, traumas, mordedura etc. Isso pode acarretar uma resposta de reparo tecidual exacerbada, produzindo um aumento de volume em tecidos moles (DUTRA *et al.*, 2019).

No presente estudo, por falta de preenchimento nas fichas de biópsia, a maioria (61,74%) não relatou nenhum possível fator etiológico para as lesões reativas. Entretanto, das fichas de lesões reativas que relataram uma possível etiologia, 92,98% sofreu algum tipo de trauma, seja por uma prótese mal adaptada, mordedura, por pressionar a língua entre dentes com diastema ou quebrados, entre outros fatores. Este dado é semelhante ao encontrado no estudo de Dutra *et al.* (2019), que apontou o traumatismo crônico como principal fator causador deste tipo de lesão.

O segundo grupo mais prevalente foi o de alterações epiteliais displásicas, com um total de 86 lesões, que corresponderam a 16,02% do total de biópsias feitas na língua. Esta condição foi encontrada, em sua maioria (59,76%), na margem lateral da língua. O estudo de Aittiwara *et al.* (2019) identificou 130 lesões (37,3% de todos os casos com potencial de malignidade) situadas na língua. Destas, 56,1% acometeram o ápice e margem lateral do órgão.

As alterações epiteliais displásicas se apresentam clinicamente como lesões potencialmente malignas, sendo elas a leucoplasia, eritroplasia e leucoeritroplasia. Estas podem ser confundidas com outras desordens que afetam a cavidade oral, tornando de fundamental importância a realização de biópsia para um diagnóstico correto (MELLO *et al.*, 2018).

Além disso, estas lesões podem preceder o carcinoma epidermoide, apresentando histopatologicamente, graus variados de displasia epitelial e até mesmo serem um carcinoma *in situ* ou invasivo (WARNAKULASURIYA, 2018)

No estudo de Mello *et al.* (2018), a prevalência do tabagismo foi alta em todos os casos de lesões potencialmente malignas, representando 76% dos indivíduos com leucoplasia, 56,52% dos casos diagnosticados clinicamente como leucoeritroplasia e 60% dos de eritroplasia. No presente estudo, apesar de muitas fichas não relatarem nenhum tipo de possível fator etiológico, cerca de 46,34% de todas as alterações epiteliais displásicas diagnosticadas manifestaram-se em pacientes que faziam uso de alguma forma de tabaco.

O grupo das neoplasias benignas de tecido mole foi o terceiro com maior prevalência no estudo, representando 12,30% dos diagnósticos histopatológicos realizados em língua. O fibroma de células gigantes foi a lesão mais prevalente deste grupo, representando 8,56% da amostra total de casos analisados. Essa porcentagem é semelhante a apresentada no estudo de Conceição *et al.* (2010), em que o fibroma de células gigantes representou 6% da totalidade dos casos.

O grupo que teve a quarta maior prevalência foi o das neoplasias malignas, com 58 casos diagnosticados, que equivaleram a 10,80% da totalidade das lesões. Destes, 56 casos eram de carcinoma epidermoide e 2 de carcinoma verrucoso. Do total de lesões malignas, 70,18% dos casos estavam localizados na margem lateral lingual, corroborando com o estudo de Dhanuthai *et al.* (2020), onde 17,61% das lesões na língua eram neoplasias malignas e 73,16% delas também estavam localizadas em margem lateral de língua.

Com relação ao possível fator etiológico, o presente estudo mostrou que 49,21% dos casos de neoplasias malignas tiveram relatados em suas fichas de biópsia o hábito do tabagismo concomitante ao etilismo e 31,75% relatou ser apenas tabagista. O estudo de Ferreira Antunes *et al.* (2013), mostrou que a combinação entre tabagismo e alcoolismo está fortemente associada ao desenvolvimento de câncer de boca, enquanto o risco do tabagismo isolado foi menor.

O carcinoma epidermoide bucal decorre da transformação maligna dos queratinócitos, as células mais comuns na cavidade oral. Ele representa cerca de 90% dentre todos os tipos histológicos de câncer da região de cabeça e pescoço (HUSSEIN *et al.*, 2017). A língua é um sítio de predileção para a manifestação desta neoplasia maligna. No presente estudo constatou-se que a cada dez lesões envolvendo a boca diagnosticadas no LPB/UFSC, ao menos uma envolvia a língua. O carcinoma epidermoide foi a segunda lesão mais diagnosticada pelo laboratório neste sítio (53 casos).

Esta prevalência é impactante pelo fato de que o tratamento para o câncer de língua comumente envolve a remoção parcial ou total deste órgão como parte do tratamento oncológico dos pacientes, afetando diretamente nas funções biológicas em que a língua está envolvida, isso sem mencionar os efeitos adversos dos tratamentos adjuvantes à cirurgia (JEON *et al.*, 2017).

A fim de se identificar possíveis desordens potencialmente malignas e neoplasias malignas na língua, a inspeção da mesma, especialmente da margem lateral, deve ser minuciosamente conduzida no exame físico do paciente. Esta pode ser facilitada com a utilização de uma gaze, com a qual deve-se envolver a língua, segurá-la e gentilmente tracioná-la para todos os lados, a fim de identificar possíveis manifestações em regiões que não são facilmente visualizadas devido à ação dos músculos da língua (BANDYOPADHYAY e SIMMONS, 2015). A identificação de desordens potencialmente malignas possibilita o monitoramento ativo e possível tratamento precoce destes pacientes, minimizando sua morbidade.

Os resultados deste trabalho mostraram uma concordância entre os diagnósticos clínicos e histopatológicos de 58,42%, enquanto 41,58% não coincidiram. Levando em consideração o total da amostra, 8,38% das fichas de biópsia não apresentaram o diagnóstico clínico. De acordo com Conceição *et al.* (2010), a alta taxa de não concordância e o não preenchimento dos diagnósticos clínicos mostra uma possível falta de conhecimento, por parte dos dentistas, das inúmeras lesões que podem acometer a língua e suas características clínicas. Além disso, este resultado reforça a importância da análise histopatológica para o diagnóstico correto de muitas lesões que acometem a língua, especialmente em relação as desordens potencialmente malignas e ao carcinoma epidermoide.

A comparação dos resultados do presente estudo com outros levantamentos epidemiológicos de lesões na língua é limitada tendo em vista as diferentes

metodologias aplicadas. Este estudo analisa somente material de biópsias, enquanto a maioria dos estudos encontrados se baseia em exames clínicos. Nestes, algumas condições como o eritema migratório benigno, glossite romboidal mediana, língua pilosa, entre outros, aparecem com maior frequência, pois não necessitam mandatoriamente de biópsia para seu diagnóstico.

Além disso, este trabalho apresenta outras limitações, como um tamanho amostral limitado, concentração geográfica a uma área específica, e ausência de informações nas fichas de biópsias.

7 CONCLUSÃO

Baseado nos resultados encontrados nesse estudo, podemos concluir que:

- Ao menos uma em cada dez lesões diagnosticadas no LPB - UFSC estavam localizadas na língua, e acometeram principalmente mulheres, leucodermas, na quinta e sextas décadas de vida.
- O grupo de lesões mais prevalente foi o das lesões reativas, seguido das alterações epiteliais displásicas, neoplasias benignas de tecido mole e das neoplasias malignas.
- A alta prevalência alterações epiteliais displásicas e do carcinoma epidermoide reforça a importância do exame clínico minucioso da língua, principalmente das margens laterais, para o diagnóstico precoce dessas lesões e melhor prognóstico dos pacientes.
- O fator etiológico mais comumente associado as lesões reativas e as patologias das glândulas salivares foi o trauma, enquanto, em relação as alterações epiteliais displásicas e neoplasias malignas foi o tabagismo e o tabagismo associado ao alcoolismo.
- A concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico foi de pouco mais da metade dos casos, demonstrando a necessidade dos cirurgiões dentistas conhecerem as características clínicas das lesões que mais comumente acometem a língua e a importância da análise histopatológica para um correto diagnóstico e manejo dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ADRIANA ATTY. Ministério da Saúde (Br) (org.). **Relatório sobre o cenário assistencial e epidemiológico do câncer de lábio e cavidade oral no Brasil**. Brasília, 2020. 27 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/relatorio_cancer_de_boca_2020_0.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

AITTIWARAPOJ, A. et al. Oral Potentially Malignant Disorders and Squamous Cell Carcinoma at the Tongue: Clinicopathological Analysis in a Thai Population. **Eur J Dent**, v. 13, n. 3, p. 376-382, 2019.

ALI, M.; SUNDARAM, D. Biopsied oral soft tissue lesions in Kuwait: a six-year retrospective analysis. **Med Princ Pract**, v. 21, n. 6, p. 569-75, 2012.

BANDYOPADHYAY, S.; SIMMONS, Z. Optimizing the clinical examination of the tongue. **J Clin Neuromuscul Dis**, v. 16, n. 4, p. 226-8, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Neoplasia maligna da cavidade oral (taxas ajustadas)**. 2020. Disponível em: inca.gov.br/estimativa/taxas-ajustadas/neoplasia-maligna-da-cavidade-oral. Acesso em: 28 out. 2020.

CONCEIÇÃO, L. D. et al. Retrospective study in tongue biopsies – epidemiologic aspects. **Revista da Faculdade de Odontologia - Upf**, Passo Fundo, v. 15, n. 1, p. 11-19, abr. 2010.

COSTA, F. W. et al. Tongue lesions. **J Craniofac Surg**, v. 23, n. 6, p. e548-51, 2012.

DHANUTHAI, K. et al. A Multicenter Study of Tongue Lesions from Thailand. **Eur J Dent**, v. 14, n. 3, p. 435-439, 2020.

DHANUTHAI, K. et al. Oral cancer: A multicenter study. n. 1698-6946 (Electronic), 2017.

DUTRA, K. L. et al. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brazil. **Braz J Otorhinolaryngol**, v. 85, n. 4, p. 399-407, 2019.

FERREIRA ANTUNES, J. L. et al. Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study. **PLoS One**, v. 8, n. 7, p. e68132, 2013.

HALL, J. E.. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1173 p.

HIEMAE, K. M.; PALMER, J. B. Tongue Movements in Feeding and Speech. **Critical Reviews In Oral Biology & Medicine**, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 413-429, nov. 2003. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/154411130301400604>.

HUSSEIN, A. A. et al. Global incidence of oral and oropharynx cancer in patients younger than 45 years versus older patients: A systematic review. **European Journal of Cancer**, v. 82, p. 115-127, 2017.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2019. 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101707_informativo.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

JEON, J.-H. et al. Analysis of the outcome of young age tongue squamous cell carcinoma. **Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 39, n. 1, p. 41, 2017.

KOAY, C. L.; LIM, J. A.; SIAR, C. H. The prevalence of tongue lesions in Malaysian dental outpatients from the Klang Valley area. **Oral Dis**, v. 17, n. 2, p. 210-6, 2011.

LASISI, T.J.; ABIMBOLA, T.A. CLINICO-PATHOLOGIC REVIEW OF BIOPSIED TONGUE LESIONS IN A NIGERIAN TERTIARY HOSPITAL. **Annals Of Ibadan Postgraduate Medicine**, S.L., v. 15, n. 2, p. 109-113, dez. 2017.

LIMA GDA, S. et al. A survey of oral and maxillofacial biopsies in children: a single-center retrospective study of 20 years in Pelotas-Brazil. n. 1678-7765 (Electronic), 2008.

LOGAN, R. M.; GOSS, A. N. Biopsy of the oral mucosa and use of histopathology services. **Aust Dent J**, v. 55 Suppl 1, p. 9-13, 2010.

MADEIRA, M. C. **Anatomia da Face**: bases anatomofuncionais para a prática odontológica. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2013. 231 p.

MANGOLD, A. R.; TORGERSON, R. R.; ROGERS, R. S., 3RD. Diseases of the tongue. **Clin Dermatol**, v. 34, n. 4, p. 458-69, 2016.

MELLO, F. W. et al. Intraoral Potentially Malignant Disorders in a Brazilian Oral Pathology Service: Epidemiological, Clinical, and Histopathological Findings. **J Oncol**, v. 2018, p. 2325808, 2018.

REAMY, B. V.; DERBY, R.; BUNT, C. W. Common tongue conditions in primary care. **Am Fam Physician**, v. 81, n. 5, p. 627-34, 2010.

SANDERS, I.; MU, L. A Three-Dimensional Atlas of Human Tongue Muscles. **The Anatomical Record**, v. 296, n. 7, p. 1102-1114, 2013.

SHAMLOO, N. et al. Squamous Cell Carcinoma as the Most Common Lesion of the Tongue in Iranians: a 22-Year Retrospective Study. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 17, n. 3, p. 1415-9, 2016.

SILVA, T. C. **Fonética e Fonologia do Português**: roteiro de estudos e guia de exercícios. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2003. 273 p.

STONE, M. et al. Structure and variability in human tongue muscle anatomy. **Comput Methods Biomech Biomed Eng Imaging Vis**, v. 6, n. 5, p. 499-507, 2018.

SUZIN, T. L. et al. Levantamento epidemiológico em portadores de patologias de língua atendidos no Serviço de Estomatologia e Prevenção do Câncer Bucomaxilofacial do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS): estudo retrospectivo. **Rev Odontol Bras Central**, Porto Alegre, v. 64, n. 23, p. 14-17, 2014.

TEIXEIRA, L. M. S.; REHER, P.; REHER, V. G. S. **Anatomia aplicada à Odontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. 512 p.

WARNAKULASURIYA, S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 125, n. 6, p. 582-590, 2018.

ANEXOS

ANEXO A – ATA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA
DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE ODONTOLOGIA

ATA DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 23 dias do mês de junho de 2022, às 14 horas, em sessão pública no (a) Plataforma mp/conferenciaweb desta Universidade, na presença da Banca Examinadora presidida pela Professora Dr^a Carolina Amália Barcellos Silva e pelos examinadores:

- 1 – Prof^a Dr^a Elena Riet Correa Rivero,
- 2 – Dr^a Andressa Fernanda Paza Miguel,

a aluna Julia Jacoby Pasetto apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação intitulado: "Prevalência de lesões na língua diagnosticadas no Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina: levantamento epidemiológico" como requisito curricular indispensável à aprovação na Disciplina de Defesa do TCC e a Integralização do Curso de Graduação em Odontologia. A Banca Examinadora, após reunião em sessão reservada, deliberou e decidiu pela aprovação do referido Trabalho de Conclusão do Curso, divulgando o resultado formalmente ao aluno e aos demais presentes, e eu, na qualidade de presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais componentes da Banca Examinadora e pelo aluno orientando.



Documento assinado digitalmente
Carolina Amália Barcellos Silva
Data: 11/06/2022 15:13:44 -0500
CPF: 033.175.949-01
Verifique as assinaturas em <https://sica.ufsc.br>

Presidente da Banca Examinadora



Documento assinado digitalmente
Andressa Fernanda Paza Miguel
Data: 11/06/2022 17:12:04 -0500
CPF: 004.744.076-42
Verifique as assinaturas em <https://sica.ufsc.br>

Examinador 1



Documento assinado digitalmente
Elena Riet Correa Rivero
Data: 11/06/2022 15:43:56 -0500
CPF: 004.088.888-43
Verifique as assinaturas em <https://sica.ufsc.br>



Examinador 2



Documento assinado digitalmente
Julia Jacoby Pasetto
Data: 11/06/2022 16:02:29 -0500
CPF: 011.091.899-05
Verifique as assinaturas em <https://sica.ufsc.br>

Aluno

ANEXO B – FICHA DE BIÓPSIA LPB-UFSC

	Laboratório de Patologia Bucal Universidade Federal de Santa Catarina	
FICHA DE BIÓPSIA		Para uso do laboratório Nº LAB.: DATA:
() ANATOMO-PATOLÓGICO () CITOLÓGICO		
DADOS PESSOAIS DO PACIENTE:		
Nome: _____		Prontuário Nº: _____
Nome da mãe: _____		
E-mail: _____		Telefone: _____
Endereço: _____		
Sexo: _____	Etnia: _____	Idade: _____ Profissão: _____
DADOS CLÍNICOS		
Tipo de lesão: () superficial () submucosa () subcutânea () intra-óssea		
Localização da lesão: _____		
<i>Obs: No verso da ficha represente, apropriadamente, o local e tamanho da lesão</i>		
Características clínicas da lesão: _____		

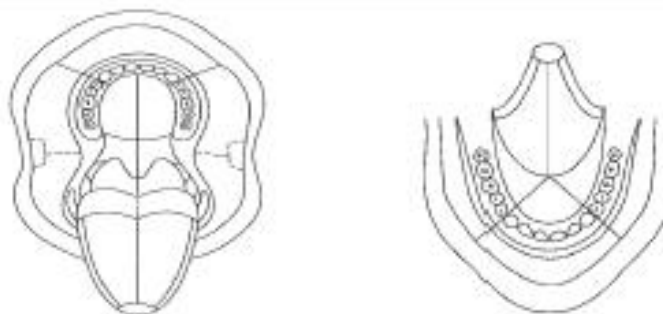
História clínica do caso: _____		

Outras informações (portador de prótese, fumo, álcool, linfadenopatia etc.): _____		

TIPO DE BIÓPSIA		
() Incisional () Excisional () Curetagem () Aspiração () Peça cirúrgica		
REGLÃO DA BIÓPSIA: _____		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____		
Procedência / Clínica / Disciplina: _____		
Nome do professor / Cirurgião: _____		
Telefone de contato: _____		E-mail: _____
Nome do aluno _____		
Data do procedimento: _____		
Assinaturas:		
_____ Professor / Cirurgião		_____ Acadêmico

IDENTIFIQUE A LOCALIZAÇÃO E TAMANHO DA LESÃO

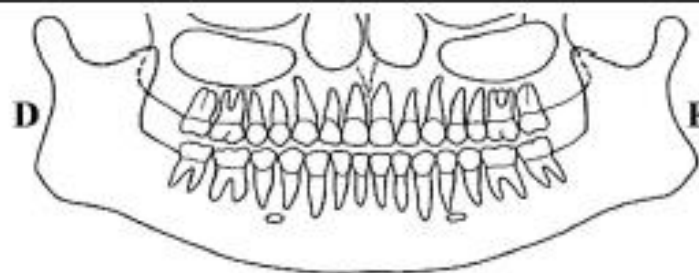
**LESÃO
INTRA-ORAL**



**LESÃO
EXTRA-ORAL**



**LESÃO
INTRA-ÓSSEA**



NOTA: EM CASO DE LESÃO INTRA-ÓSSEA ANEXAR O EXAME RADIOGRÁFICO

Para uso do laboratório

MACROSCOPIA:

Data: _____ APG: _____ Patologista: _____

Exame de imagem: _____

ANEXO C – Carta de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Levantamento das doenças bucais diagnosticadas pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina

Pesquisador: Elena Riet Correa Rivero

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42095715.1.0000.0121

Instituição Proponente: Departamento de Patologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.097.375

Data da Relatoria: 08/06/2015

Apresentação do Projeto:

Estudo de Rivero que pretende, sem TCLE, avaliar o resultado de cerca de 2500 biópsias do Departamento de Patologia Bucal da UFSC, coletados desde 2006 no registro prévio que é feito no relatório anual das atividades desenvolvidas no LPB.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores, o estudo tem como objetivo primário "conhecer a prevalência das lesões diagnosticadas pelo Laboratório de Patologia Bucal da UFSC (LPB-UFSC)", e como objetivo secundário "para as lesões mais prevalentes dentro da casuística do LPB será realizado o levantamento anual do arquivo de casos de forma periódica e sistematizada, determinando-se, para cada doença (ou grupo de doenças): - Determinação do perfil sócio-demográfico da população acometida; - Determinação do perfil clínico dos pacientes acometidos; - Determinação das principais características clínicas das lesões; - Determinação dos fatores etiológicos; A apresentação desses dados também será feita de forma anual em eventos científicos (como o SEPEX-UFSC, a Reunião da Sociedade Brasileira de Estomatologia e Patologia Oral, entre outros) e sociais da área (como nas campanhas de prevenção e diagnóstico precoce das doenças da boca, promovidas pela entidade de classe da odontologia e da medicina)."

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.097.375

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Corrigido, adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir sobre o conhecimento generalizável sobre o tema. Os autores esclareceram que outros estudos já foram desenvolvidos na amostra.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pede dispensa de TCLE de acordo com os seguintes motivos:

1. Este é um projeto de interesse social que objetiva conhecer a prevalência das lesões diagnosticadas pelo Laboratório de Patologia Bucal da UFSC (LPB-UFSC), o qual é referência no Estado de Santa Catarina no diagnóstico de doenças da boca. O conhecimento com relação à incidência das doenças bucais no Estado de Santa Catarina irá possibilitar a elaboração de estratégias de prevenção por órgãos governamentais, assim como a elaboração de futuros estudos de pesquisa baseados nessa incidência; 2. Uma vez que o LPB iniciou suas atividades em 2006, alguns desses casos tem mais de 9 anos de diagnóstico. Devido a isso, existe a possibilidade de alguns pacientes já terem ido a óbito; 3. Até dezembro de 2014 havia mais de 2200 casos diagnosticados pelo LPB; 4. Os casos diagnosticados pelo LPB não provêm apenas da cidade de Florianópolis. Diversos casos são oriundos de outras regiões do Estado como Curitibaanos, São José, Imbituba, Rio do Sul e Ibirama. 5. O levantamento dos casos diagnosticados será realizado a partir do registro prévio que é feito no relatório anual das atividades desenvolvidas no LPB. Esse registro é feito em planilha Excel no qual constam os dados presentes nas fichas de biópsia que chegam ao LPB (anexo 1): Dados do paciente (sexo, etnia, idade, profissão); Tipo de lesão (superficial, submucosa, subcutânea, intra-óssea); Localização da lesão; Características clínicas da lesão; História clínica do caso; Outras informações (portador de prótese, fumo, álcool, linfadenopatia etc.); Diagnóstico clínico; Tipo de biópsia (incisional, excisional, curetagem, aspiração, peça cirúrgica); Procedência. Nessa planilha também consta o diagnóstico histológico final, que é coletado a partir dos laudos (anexo 2). Ressaltamos que nesta planilha não consta nome ou qualquer registro (hospitalar ou próprio do LPB) que possibilite a identificação dos pacientes, sendo mantida, dessa forma, o anonimato dos mesmos.

Recomendações:

Sugerimos que novo projeto seja enviado, com TCLE, para inclusão prospectiva dos novos casos em estudos futuros.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.097.375

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 08 de Junho de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima,
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefones: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br