

ESTUDO DESCRITIVO DA OCORRÊNCIA DO CÂNCER DA BOCA, NA POPULAÇÃO DA 9ª REGIÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Maria Lúcia M. M. SUNDEFELD*
Orlando SALIBA*
Nemre Adas SALIBA*

- RESUMO: Através de levantamento em aproximadamente 50.000 fichas de pacientes em arquivos de hospitais e laboratórios indicados pelos cirurgiões-dentistas da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, pudemos calcular o coeficiente de incidência de câncer bucal nessa região, nos anos de 1979, 1980 e 1981. Os dados foram organizados em tabelas e classificados segundo ano, sexo, sublocalização e tipo de neoplasias malignas de boca e faixa etária. Os resultados encontrados foram coerentes com a situação apresentada na literatura mundial existente. Constatou-se que houve maior incidência de câncer bucal no sexo masculino do que no feminino; que também houve maior incidência depois dos 40 anos de idade; que lábios e língua são as sublocalizações mais atingidas; e que o tipo de neoplasia maligna mais encontrado foi o carcinoma espino-celular. Foi calculado o coeficiente de incidência de câncer de boca para cada sexo em cada um dos três anos propostos.
- UNITERMOS: Neoplasias bucais, carcinoma de células escamosas.

Introdução

Estudos realizados têm mostrado um aumento progressivo tanto na incidência como na mortalidade por câncer, de tal modo que esta, juntamente com as doenças cardiovasculares, tem causado os maiores números de morte em regiões como Canadá, Estados Unidos da América, Uruguai, Hong-Kong, Japão, Austrália, França, Itália e Inglaterra.⁸

Segundo alguns autores,^{18, 25} o câncer pode, por sua grande incidência, ser considerado um problema de saúde pública.

* Departamento de Odontologia Social - Faculdade de Odontologia - UNESP - 16015-050 - Araçatuba - SP.

Existe uma variação na ocorrência de câncer, segundo localização anatômica e tipo histológico, nas diferentes regiões do globo terrestre, pois percebe-se que o aumento da incidência e mortalidade desta doença está ligado a vários fatores ambientais, costumes alimentares e culturais.^{6, 7, 9, 10, 16, 21, 29}

Nos Estados Unidos, a taxa de incidência obtida para câncer de boca foi 10,3 para os homens e 2,9 para as mulheres da raça branca, e 7,2 para os homens e 2,9 para as mulheres da raça negra.²⁶

No Município de São Paulo, o coeficiente de mortalidade por câncer oral em 1970 foi de 2,6 por 100.000 habitantes do sexo masculino e 0,3 no feminino.¹³

Ainda nesse município, no período de 1969 a 1971, o coeficiente de incidência do câncer da boca foi 10,7 por 100.000 habitantes para o sexo masculino e 2,19 para o feminino.²³

A maior incidência de câncer bucal no sexo masculino que no sexo feminino também está registrado em "Câncer no Brasil", em várias capitais de Estado.^{4, 5}

A maior incidência do masculino sobre o feminino também é constatada na literatura mundial.^{17, 24, 26, 28}

Motivados pela análise da literatura relacionada ao câncer de boca, propusemos a verificar a situação relativa a este problema na 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, Brasil.

Material e métodos

Foi calculado o coeficiente de incidência de câncer bucal, na base "por 100.000 habitantes" nos anos de 1979, 1980 e 1981, na 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo. A delimitação desta região, que é constituída de 36 cidades,¹¹ foi baseada em informação da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo.

As fontes e formas de obtenção dos dados foram as seguintes: foi elaborado e enviado aos 340 cirurgiões-dentistas da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo (relação fornecida pela Equipe de Vigilância Sanitária - ERS - 18) um questionário com o objetivo de obter informações sobre os laboratórios de patologia, para onde foram enviadas as biópsias obtidas por estes profissionais para exame e diagnóstico histopatológico.

De acordo com as informações obtidas, dirigimo-nos até os laboratórios de patologia dos hospitais ou Centro de Estudo para realizar pessoalmente o levantamento de dados, onde foram manuseados todos os prontuários de seus arquivos.

As fichas elaboradas e adotadas para esse trabalho satisfazem os seguintes critérios:

- a) sede primária do câncer: boca;

b) procedência do paciente: cidades da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, Brasil;

c) data do 1º diagnóstico confirmado.

De cada uma das fichas selecionadas foram utilizadas as seguintes variáveis: nome; sexo; idade; localização e sublocalização do tumor; tipo histopatológico.

As delimitações da boca e sua estrutura seguiram informações obtidas nos trabalhos de Ackerman, Regato,¹ Barbosa³ e Pelton.²²

As localizações das neoplasias malignas na boca foram codificadas segundo os grupos de três dígitos do *Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos* (CID),¹⁹ sendo lábio; língua; gengiva; soalho da boca; outras partes da boca não especificadas; e osso, maxilares superior e inferior (mandíbula). Não são incluídos de glândulas salivares e dos linfomas.

O tipo histológico foi codificado segundo o *Manual de nomenclatura e codificação de tumores* (M. N. C. T.).²⁰

Resultado e discussão

Dos 340 (trezentos e quarenta) questionários enviados aos cirurgiões-dentistas, obtivemos resposta de 170 (cento e setenta), representando 50%, que nos indicaram os seguintes locais de envio para diagnóstico das biópsias: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Laboratório de Patologia da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba, Fundação Antonio Prudente de São Paulo, Hospital Amaral de Carvalho, de Jaú – SP, Hospital de Base São Judas Tadeu de Barretos – SP e Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP.

Convém salientar que, embora não tivesse sido pedida a identificação do profissional, 75% dos que responderam o questionário se identificaram e 7% se preocuparam em escrever referências positivas, cumprimentando-nos pela nossa proposição e demonstrando, dessa maneira, a preocupação do cirurgião-dentista com o câncer de boca.

Foi realizado o levantamento de dados nos fichários das entidades citadas, totalizando 44.999 fichas, como mostra a Tabela 1.

Dentre as fichas, foram classificadas somente as que registravam diagnósticos de câncer bucal. Foram encontrados 18 casos de 1º diagnóstico de paciente do sexo masculino e 6 do sexo feminino em 1979, 27 do sexo masculino e 3 do sexo feminino em 1980, e 27 do sexo masculino e 8 do sexo feminino em 1981, ressaltando que 64,1% dos exames foram realizados em Araçatuba (FOA e Santa Casa de Misericórdia), e, 19,1%, no Hospital Amaral de Carvalho, de Jaú (Tabela 2).

Tabela 1 – Número de fichas examinadas nos hospitais e/ou laboratórios para o levantamento de câncer bucal da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo

Fonte de informação	1979	1980	1981	Total
Dep. Patol. da Fac. Odont. Araçat.	330	432	410	1172
Labor. Patol. de Araçatuba e Labor. Sta. Casa de Araçatuba	3723	4311	4177	12211
Fund. Antonio Prudente – SF	5274	6179	5994	17447
Hosp. Amaral de Carvalho – Jaú	3250	4850	3843	11943
Hosp. São Judas Tadeu – Barretos	89	90	108	287
Hosp. de Base de S. J. do Rio Preto	347	731	861	1939
Total				44999

Tabela 2 – Número e porcentagem do 1º Diagnóstico de câncer bucal de Pacientes, distribuídos segundo sexo e fonte de informação, no período de 1979 a 1981, da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo

Ano	1979				1980				1981				Total
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		
Sexo													
Fonte de Informação	N.	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%
Fac. de Odontol. de Araçatuba	01	4.2	02	8.3	08	26.8	01	3.3	12	34.3	05	14.3	32.6
Sta. Casa Misericórdia Araçatuba	07	29.2	02	8.3	09	30.0	00	0.0	08	22.8	02	5.7	31.5
Fundação Antonio Prudente – SP	02	8.3	00	0.0	00	0.0	01	3.3	00	0.0	00	0.0	3.4
Hospital Amaral de Carvalho – Jaú	03	12.5	01	4.2	07	23.3	01	3.3	04	11.4	01	2.9	19.1
Hospital S. Judas Tadeu – Barretos	03	12.5	01	4.2	03	10.0	00	0.0	02	5.7	00	0.0	10.0
Hospital de Base S.J. do Rio Preto	02	8.3	00	0.0	00	0.0	00	0.0	01	2.9	00	0.0	3.4
Total	18	75.0	06	25.0	27	90.1	03	9.9	27	77.1	08	22.9	100%

Com os resultados encontrados, verificamos um total de 89 casos novos de biópsias confirmadas de neoplasias malignas de boca, ficando evidente a incidência maior no sexo masculino.

A Tabela 3 mostra as freqüências absolutas dos casos de câncer bucal da região em estudo no triênio 1979 – 1981, como também a distribuição percentual dessas freqüências dentro dos 89 casos novos confirmados.

Tabela 3 – Número e porcentagem da incidência de câncer bucal, distribuídos segundo ano e sexo, na 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo

Sexo	Masculino		Feminino	
	Vr. Absol.	%	Vr. Absol.	%
Ano				
1979	18	20.22	6	6.74
1980	27	30.34	3	3.37
1981	27	30.34	8	8.99
Total	72	80.9	17	19.1

O coeficiente de incidência de câncer bucal verificado em 1979 foi de 6,8 no sexo masculino e 2,3 no sexo feminino; em 1980, de 10,2 no sexo masculino e 1,2 no sexo feminino; e, em 1981, de 10,2 no sexo masculino e 3,1 no sexo feminino por 100.000 habitantes.

No Gráfico 1 apresentamos os coeficientes de incidência dessa doença, no intuito de uma melhor visualização da situação encontrada.

A relação masculino/feminino em vários continentes é apresentada com maior incidência no sexo masculino, como mostra o Waterhouse:³⁰ em Newfoundland (Canadá), 29,9/1,6; Bombaim (Índia), 19,6/8,9; Bulawayo (Rodésia), 4,5/0; Miyagi (Japão), 1,4/0,9.

Considerando a sublocalização do câncer de boca, a maior concentração de freqüência dos casos novos encontrados ocorreu nos lábios (47,1%) e língua (25,9%) em todos os anos em estudo, totalizando 73% dos casos, segundo a Tabela 4.

Para Gayford & Haskell,¹² a maioria das neoplasias orais ocorre no lábio (25% a 30%) e na língua (20%), e a porcentagem restante engloba bochecha, soalho da boca, gengiva e palato.

Em São Paulo, Samira²³ encontrou, para o sexo masculino, o coeficiente específico de câncer de língua 4,8; de lábio, 4,4, e, de todas as outras partes da boca, 5,5; para o sexo feminino, o coeficiente específico de câncer de lábio, 1,0; de língua, 0,7, e, de todas as outras partes da boca, 1,1.

A maior concentração de incidência no lábio e língua também foi verificada em outros continentes, como é mostrado por Waterhouse et. al.,³⁰ como, por exemplo, em Newfoundland (Canadá), onde o coeficiente específico de incidência de câncer de lábio no sexo masculino é 27,1, de língua, 1,2, e, de todas as outras partes da boca, 1,6.

O tipo histopatológico foi codificado segundo o *Manual de nomenclatura e codificação de tumores*,²⁰ verificando alta porcentagem do carcinoma espinocelular (76,4%), seguido do epiteloma basocelular (9,0%) e carcinoma basocelular (4,5%).

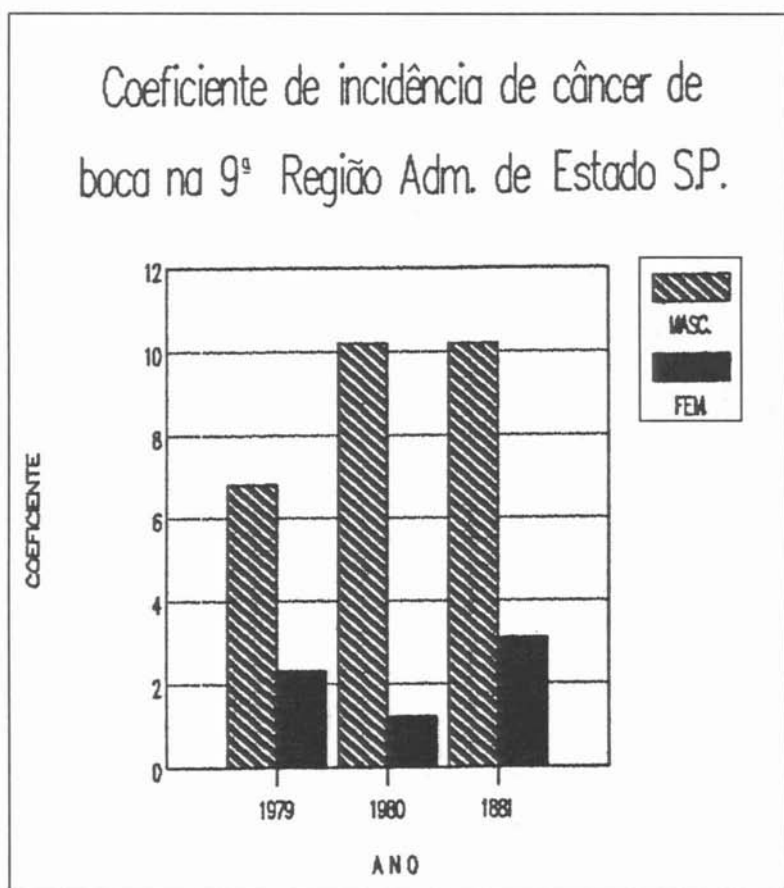


Gráfico 1: Coeficiente de incidência de câncer de boca na 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo.

Tabela 4 – Número e porcentagem de novos casos de câncer bucal, distribuídos segundo a sublocalização, no período de 1979 a 1981, da 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo

Sublocalização da boca	N.	%
Boca – SOE	01	1.2
Lábio – SOE	10	11.2
Lábio inferior	22	24.7
Lábio superior	10	11.2
Soalho da boca	02	2.2
Bochecha	01	1.2
Região retromolar	02	2.2
Língua – SOE	22	24.7
Gengiva	03	3.4
Palato duro	05	5.6
Palato mole	02	2.2
Palato – SOE	02	2.2
Mandíbula	03	3.4
Língua e Palato	01	1.2
Gengiva e Soalho	01	1.2
Maxilar	02	2.2
Total	89	100%

Na Tabela 5 apresentamos todos os tipos encontrados com frequência absoluta e percentual.

Esses resultados são bastante semelhantes aos da literatura, pois, segundo Spouge²⁷ e Kerr & Ash,¹⁴ o carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comum entre os neoplasmas malignos bucais.

Barbosa³ encontrou o carcinoma espinocelular em 83% dos casos, seguido do adenocarcinoma e tumores mistos de glândulas salivares.

Na Tabela 6, apresentamos a incidência de câncer de boca, distribuídos em grupos etários de 20 em 20 anos. Podemos observar que o grupo etário de 40 a 60 anos apresenta maior incidência (42,8%), seguido do de 60 a 80 anos (33,7%) e do de 20 a 40 anos (19,5%).

Tabela 5 – Número e porcentagem de novos casos de câncer bucal, segundo tipo histopatológico, no triênio 1979, 1980 e 1981, na 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo

Casos novos		
Tipo histopatológico	N.	%
Carcinoma espinocelular	68	76.4
Carcinoma edipde. <i>in situ</i>	3	3.4
Carcinoma indiferenciado	2	2.2
Adenocarcinoma	3	3.4
Carcinoma adenocístico	1	1.1
Carcinoma basocelular	4	4.5
Epitelioma basocelular	8	9.0
Total	89	100%

Tabela 6 – Número e porcentagem de pacientes portadores de câncer bucal na 9ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, classificados segundo grupo etário, sexo e ano do 1º diagnóstico

Sexo	Masculino						Feminino						Total	
	1979		1980		1981		1979		1980		1981		N.	%
Grupo Etário	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%		
0 – 20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50.0	1	14.3	2	2.2
20 – 40	2	11.1	4	14.8	9	33.3	1	12.5	0	0	1	14.3	17	19.5
40 – 60	9	50.0	13	48.2	10	37.1	2	25.0	0	0	4	57.1	38	42.8
60 – 80	6	33.3	9	33.3	8	29.6	5	62.5	1	11.4	1	14.3	30	33.7
80 em diante	1	5.6	1	5.6	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.2
Total	18	100%	27	100%	27	100%	8	100%	2	100%	7	100%	89	100%

Neste trabalho não foi feita a distribuição das diferentes localizações dos tumores nos grupos etários.

Samira²³ fez essa comparação no Município de São Paulo, e observou que a incidência do tumor segundo a localização foi diferente em cada grupo etário, mas que, considerando toda a boca, houve um aumento contínuo com a idade, em ambos os sexos.

Conclusões

No período de 1979 a 1981 a incidência de câncer bucal no sexo masculino foi de 80,9%, e, no feminino, de 19,1%.

A sublocalização mais atingida foi lábio (47,1%) e em seguida a língua (25,9%).

O tipo histopatológico mais freqüente foi o carcinoma espinocelular (76,4%).

A faixa etária que apresentou maior incidência foi a de 40 a 60 anos de idade (42,8%), seguida da de 60 a 80 anos (33,7%).

SUNDEFELD, M. L. M. M., SALIBA, O., SALIBA, N. A. Descriptive study of occurrence of oral cancer in the 9th Administrative Region of State of São Paulo. Brazil. *Rev. Odontol. UNESP*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 135-145, 1993.

■ **ABSTRACT:** *Analysing about 50.000 files of patients in archives of hospitals and laboratories, indicated by dental surgeons of the 9th. Administrative Region of State of São Paulo, Brazil, was calculated the coefficient of incidence of oral cancer in 1979, 1980, 1981. These data were organized in tables and classified by year, sex, sublocation, histological type, and age group. The results founded were in accord with the world literature in existence today. It was founded to be a higher incidence of oral cancer in males than in females. Also was founded to be most frequent after 40 years of age, and with lips and tongue the sublocation most affected. The squamous cell carcinoma was most frequent histological type. The coefficient of incidence of oral cancer was calculated in each year to each sex, in three years analysis.*

■ **KEYWORDS:** *Carcinoma; squamous cell; mouth neoplasm.*

Referências bibliográficas

1. ACKERMAN, L. V., REGATO, J. A. *Cancer: diagnosis, treatment, and prognosis*. 4 ed., St. Louis: Mosby, 1970.
2. AMICHETTI, M. Squamous cell carcinoma of the oral tongue in patients less than fifteen years of age. Report of a case and review of the literature. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, v. 17, p. 75-7, Feb. 1989.
3. BARBOSA, J. F. *Câncer da boca*. 2. ed., São Paulo: Sarvier, 1968.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil: dados histopatológicos – 1976-80*. Rio de Janeiro, 1982.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*. Rio de Janeiro, 1991.
6. CANCER STATISTICS. 1988. *CA*, v. 38, p. 5-22, Jan/Feb. 1988.
7. COPPER, J. S. et al. Second malignancies in patients who have head and neck cancer: incidence effect on survival and implications based on the RTOG experience. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, v. 17, p. 449-56, 1989.

8. DEMOGRAPHIC YEARBOOK. (United Nations) New York, 1974.
9. DOLL, R. Epidemiology of cancer: current perspectives. *Am. J. Epidemiol.*, v. 104, p. 396-404, 1976.
10. DUNHAM, L. J., BAILAR-III, J. C. World maps of cancer mortality rates and frequency rates. *J. Natl. Cancer Inst.*, v. 41, p. 155-203, 1968.
11. FUNDAÇÃO IBGE. *Censo demográfico*: São Paulo. Rio de Janeiro, 1970. v. 1, pt. 2 (8. Recenseamento Geral, 1970).
12. GAYFORD, J. J., HASKELL, R. *Clinical oral medicine*. London: Staples Press, 1971.
13. GOTLIEB, S. L. D. *Mortalidade diferencial por causas*. São Paulo, 1970: tábuas de vida de múltiplo decremento. São Paulo, 1977. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
14. KERR, D. A., ASH, M. M. *An introduction to general and oral pathology for hygienists*. 3. ed., Philadelphia, Lea & Febiger, 1971.
15. KESSLER, S. et al. Spindle cell squamous carcinoma of the tongue in the first decade of the life. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v. 66, p. 470-4, 1988.
16. LEVIN, L. D. et al. *Cancer rates risks*. Washington, D. C.: Public Health Service. National Institute of Health, 1974. (DHEW Publ., (NIH) 75-691).
17. LUCAS, R. B. *Pathology of tumours of the oral tissues*. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1976.
18. MIRRA, A. P. et al. Estudo epidemiológico de câncer de mama numa área de alta paridade. São Paulo, Brasil, *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v. 18, p. 357-64, 1972.
19. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbitos*: 8ª revisão, 1965. Washington, D. C., 1969. (Publ. Cient., 190).
20. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Manual de nomenclatura e codificação de tumores*. 1968. Washington, D. C., 1967. (Publ. Cient., 241).
21. ORR, I. M. Apud LILIENFELD, A. M. et al. *Cancer epidemiology: methods of study*. Baltimore, Md.: Johns Hopkins Press, 1967.
22. PELTON, W. J. et al. *The epidemiology of oral health*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1969.
23. SAMIRA, M. *Câncer da boca – Incidência e mortalidade em residentes no Município de São Paulo, período 1969-1970*. São Paulo, 1977. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
24. SARNAT, B. G., SCHOUR, I. *Câncer da face e da boca*. Rio de Janeiro: Científica, 1956.
25. SCHMID, A. W. Estudos sobre a mortalidade por várias causas no Município de São Paulo. V. Neoplasmas malignos. *Arq. Fac. Hig. S. Paulo*, v. 13, p. 371-88, 1959.
26. SILVERMAN JR., S., GALANTE, M. *Oral cancer*. San Francisco: San Francisco Medical Center, 1966.
27. SPOUGE, J. D. *Oral pathology*. St. Louis: Mosby, 1973.
28. STEIN, J. J. et al. Management of bone in the patient before, during and after treatment for oral cancer. In: *Oral care for oral cancer patients*, report of a conference. Washington, D. C.: Public Health Service, 1958. p. 19-27.

29. WAHI, P. N. et al. Apud ROWE, N. H. Epidemiological concepts relative to cancer of the oral cavity. *Mo. Med.*, p. 660-8, Aug. 1968 (Separata).
30. WATERHOUSE, J. et al, (Ed.). *Cancer incidence in five continents*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1976, v. 3. (IARC Scient. publ., 15).

Recebido em 24.3.1992.