

**Wagner Seroli**

**Avaliação odontológica em pacientes com carcinoma  
espinocelular bucal primário**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação do Hospital Heliópolis –  
HOSPHEL, para obtenção do título de  
mestre em Ciências da Saúde**

**São Paulo**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Wagner Seroli**

**Avaliação odontológica em pacientes com carcinoma  
espinocelular bucal primário**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação do Hospital Heliópolis –  
HOSPHEL, para obtenção do título de  
mestre em Ciências da Saúde**

**Orientador: Prof. Dr. Abrão Rapoport**

**São Paulo  
2009**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Seroli, Wagner

Avaliação odontológica em pacientes com carcinoma espinocelular bucal primário /Seroli, Wagner – São Paulo, 2009.  
x, 51f.

Dissertação (Mestrado)- Hospital Heliópolis. Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Dental evaluation in patients with primary oral squamous cell carcinoma.

1.Câncer. 2.Boca. 3. Carcinoma epidermóide. 4. Saúde bucal.

# **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me presentear com a realização de mais uma etapa em minha vida, possibilitando com isso, que eu possa ajudar aos mais necessitados.

Aos meus pais, Laércia e Wilson, pela oportunidade de realizar os meus estudos, vibrando a cada conquista alcançada em minha vida acadêmica e profissional.

# AGRADECIMENTOS

A equipe do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis pelos ensinamentos passados de forma brilhante em função da extrema capacidade intelectual de todos.

Ao Prof. Dr. Abrão Rapoport, Coordenador do Curso de Pós-Graduação do Hospital Heliópolis, por me dar a oportunidade de realizar este curso e pelo incentivo dado quando mais precisei para continuar nesta caminhada.

Aos amigos Dr. Carlos Ademar Ferreira e Dr. Paschoal Pippa Neto pelo incentivo à realização da Pós-Graduação.

Ao Prof. Dr. Silvio Boraks pela oportunidade dada para que eu iniciasse minhas atividades em Estomatologia.

A Rosicler Aparecida de Melo, pessoa fantástica que conheci e que, sem motivos maiores, me incentivou e lutou pela minha continuidade no curso de pós-graduação.

Aos pacientes, integrantes deste trabalho e de minha vida profissional, por me ensinarem muito mais do que pude ajudá-los.

# Sumário

Lista de tabelas	vi
Lista de abreviaturas	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
1.INTRODUÇÃO	1
2.OBJETIVO	5
3.REVISÃO DA LITERATURA	7
4.CASUÍSTICA E MÉTODO	14
4.1 Casuística	15
4.2 Método	15
4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	15
4.2.1 Coleta de dados	16
4.3 Método Estatístico	17
5. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	19
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO	31
8. CONCLUSÃO	39
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
10. ANEXOS	50

# Lista de Tabelas

		Página
Tabela 1	Etnia grupo Oncologia	20
Tabela 2	Etnia grupo Controle	20
Tabela 3	Gênero grupo Oncologia	21
Tabela 4	Gênero grupo Controle	21
Tabela 5	Tabagismo grupo Oncologia	23
Tabela 6	Tabagismo grupo Controle	23
Tabela 7	Etilismo grupo Oncologia	24
Tabela 8	Etilismo grupo Controle	24
Tabela 9	Localização anatômica da neoplasia maligna	26
Tabela 10	Localização das lesões grupo Controle	26
Tabela 11	Presença de dentes grupo Oncologia	28
Tabela 12	Presença de dentes grupo Controle	28
Tabela 13	Próteses dentais grupo Oncologia	29
Tabela 14	Uso e tipo de próteses dentais grupo Controle	30
Tabela 15	Estrutura dental grupo Oncologia (n=10)	30
Tabela 16	Estrutura dental grupo Controle (n=18)	31
Tabela 17	Diagnóstico de lesões bucais grupo Controle	32



# Lista de Abreviaturas

CEC = Carcinoma espinocelular

CEE = Carcinoma escamoso esofagiano

ADH = Enzima álcool desidrogenase

ICAVC = Instituto do Câncer Doutor Arnaldo Vieira de Carvalho

# RESUMO

**Introdução:** Dentre os fatores ligados a etiologia do câncer bucal destacam-se o tabagismo e o alcoolismo, porém, ultimamente tem se dado ênfase à qualidade da higiene bucal, ao estado de saúde bucal, aos traumas provocados por próteses mal adaptadas e por dentes quebrados ou pontiagudos. **Objetivo:** Avaliar o estado de saúde bucal em relação ao número e integridade estrutural dos dentes, ao uso de próteses dentais e a presença concomitante de lesões não neoplásicas na mucosa bucal em pacientes com carcinoma espinocelular bucal primário, na fase anterior ao tratamento anti-neoplásico. **Casuística e métodos:** Estudo prospectivo, baseado em 17 pacientes com carcinoma epidermóide bucal primário onde se observou clinicamente o estado de saúde bucal, no período de setembro a dezembro de 2008. **Resultados:** Em relação à saúde bucal, 52% dos pacientes deste estudo eram desdentados parciais, 41% eram desdentados totais, 35% eram portadores de próteses dentais e 51% dos dentes presentes nos pacientes dentados apresentaram-se com coroas quebradas ou pontiagudas. Não houve a presença de outra lesão em mucosa bucal concomitante a neoplasia maligna bucal. **Conclusão:** Todos os pacientes com carcinoma espinocelular bucal participantes deste estudo, apresentaram ausência total ou parcial de dentes e não recolocados por meio de próteses, cáries e bordas cortantes em grande parte dos dentes presentes e ausência de outra lesão bucal concomitante à neoplasia maligna.

# ABSTRACT

**Introduction:** Among the etiological factors related oral cancer stand out tobacco and alcohol but lately has emphasized quality of oral hygiene, state of oral health, injuries by poorly adjusted prostheses and broken or pointed teeth. **Objective:** Assess the state of oral health in relationship to the number and integrity of the teeth, use of dental prosthesis and other non-neoplastic mucosal lesions in patients who have primary oral squamous cell carcinoma before the anti neoplastic treatment. **Method:** A prospective study based on 17 patients who have primary oral squamous cell carcinoma which was clinically observed the state of dental health and other mucosal lesions in the period September - December 2008. **Results:** In relation to oral health, 52% of the patients were partial edentulous, 41% were total edentulous, 35% of the teeth were broken crowns or pointed. No found mucosal lesions non malignant. **Conclusion:** All patients this study who have oral squamous cell carcinoma in the mostly had absence of teeth not replaced by prostheses, the mostly teeth had caries and cutting edge and no other lesions non malignant.

# 1.INTRODUÇÃO

O câncer bucal representa cerca de 4% de todas as neoplasias malignas e tem no carcinoma epidermóide ou espinocelular (CEC), o tipo mais incidente (Fossion, DeCoster, Ehlinger 1994, Lockart, Norris, Pulliam 1997, Vanderlei, Pereira, Hojajj, Nichio 1998, Borges, Sena, Ferreira, Roncalli 2009).

A incidência de câncer bucal aumentou consideravelmente durante o século XX, especialmente em indivíduos com mais de 60 anos de idade em decorrência da ampliação do processo de industrialização na América Latina conduzindo a uma maior exposição aos fatores ambientais e ocupacionais. Estes novos padrões de exposição, além do processo de envelhecimento da população, provavelmente contribuíram para uma modificação no perfil da distribuição do câncer que poderá favorecer uma elevação na incidência de câncer em futuro próximo (Koifman 1998, Gillison, 2007).

No Brasil há dois padrões de incidência para o câncer bucal e de orofaringe, um para as regiões norte, nordeste e centro-oeste, mais pobre, e um para a região sul e sudeste onde há um maior índice percentual de incidência do câncer oral e maior ocorrência da doença entre os homens (Wünsch-Filho 2002).

Dentre os fatores ligados à ocorrência do câncer bucal destacam-se o tabagismo e o etilismo que, quando associados, estão presentes em mais de 90% dos casos. (Boyle, MacFarlane, Maisonneuve, Zheng, Scully e Tedesco 1990, Aguilar, Antunes, Lehn, Marcucci 2006, Riera, Martinez 2005, Ide, Mizoue, Fujino, Hoshiyama, Sakata, Tamakoshi, Yoshimura 2008).

O câncer bucal é mais frequente nos países desenvolvidos, provavelmente pelo maior uso do tabaco, de álcool e a fatores de risco como higiene bucal precária e nutrição deficiente (Fossion, DeCoster, Ehlinger 1994).

Alguns autores, através de trabalhos epidemiológicos, encontraram correlação clínica com fatores bucais, denominados secundários, como higiene bucal precária, traumatismos provocados por dentes quebrados, pontiagudos e por próteses mal adaptadas (Boyle, MacFarlane, Maisonneuve, Zeng, Scully, Tedesco 1990, Kowalski 1991, Fossion, DeCoster, Ehlinger 1994, Rezende, Dias, Denardin, Rapoport, Carvalho Neto, Besserra Jr 2007).

Estudos prévios têm demonstrado a evidência do efeito do estado de saúde bucal e da higiene bucal no desenvolvimento do câncer bucal. A precária saúde bucal tem sido implicada como fator predisponente e de risco significativo, na gênese do carcinoma espinocelular bucal (Cianfriglia, Perrino 1984, Marques, Eluf-Neto, Figueiredo, Góis-Filho, Kowalski, Carvalho, Abrahao, Münsch-Filho 2008, Holmes, des Vignes, Slomka, Mahabir, Beeravolu, Emani 2009).

Saúde bucal não tem sido definida consensualmente na literatura, no entanto, um meio é considerar a inadequada saúde bucal quando processos inflamatórios, infecção e trauma estiverem presentes. A ênfase é muito maior no diagnóstico precoce de lesões malignas e no diagnóstico de lesões benignas da mucosa bucal (Epstein, Villines, Drahos, Kaufman, Gorsky 2008 Rezende, Ramos, Daguila, Dedivitis, Rapoport 2008).

Em geral, 95% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço necessitam de cuidados rotineiros odontológicos, previamente ao tratamento antineoplásico. (Scully, Epstein 1996, Minasian, Dwyner 1998, Suttharong, Jansisyanont, Boonyopastham 2005). O processo da doença maligna em si e os efeitos colaterais do tratamento para o câncer, comprometem a saúde bucal e o estado nutricional do paciente. O atendimento

odontológico e os cuidados quanto à higiene bucal são importantes para eliminar fatores predisponentes às complicações que ocorrem e, podem se agravar durante e após o tratamento anti-neoplásico.

A proposta deste trabalho foi de se constatar o estado de saúde bucal relativo aos dentes e mucosa bucal de pacientes com câncer bucal primário, no momento do estabelecimento do diagnóstico pelo exame anatomopatológico e, antes de qualquer tipo de intervenção com vistas ao tratamento anti-neoplásico.

## **2.OBJETIVO**

Avaliar o estado de saúde bucal em relação ao número e a estrutura dos dentes, ao uso de próteses dentais e ao acometimento da mucosa bucal por lesões não neoplásicas concomitantes em pacientes com carcinoma epidermóide bucal primário anteriormente ao tratamento anti-neoplásico.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Zegarelli, Kuscher, Cohen, Ketcham, Ochoa e Stanton (1969) as agressões à mucosa bucal provocadas por próteses removíveis, cúspide cortante e coroas protéticas volumosas, podem levar à formação de erosões e úlceras com graves conseqüências quando o paciente se submeter a tratamento por radiação na região de cabeça e pescoço.

Cianfriglia e Perrino (1984) avaliaram as condições de saúde bucal em 50 pacientes portadores de neoplasias malignas bucais e concluíram que a pobre saúde bucal pode ser um fator de risco significativo na gênese dos carcinomas bucais.

Young, Ford, Brandenburg (1986) observaram que a irritação provocada pelas próteses estava significativamente associada com a presença de câncer bucal, tanto em homens como em mulheres.

Franco, Kowalski, Oliveira, Curado, Pereira, Silva, Fava e Torloni (1989) reportaram que o trauma na mucosa bucal por dentes pontiagudos ou quebrados e a pobre higienização bucal, pode estar associado a uma série de mudanças que levam ao desenvolvimento do câncer.

Zheng, Boyle, Hu (1990) observaram o papel da higiene bucal, condição dental, dieta e nutrição em 404 pacientes com câncer bucal na China e concluíram que, a pobre higiene bucal estava fortemente associada com o risco de desenvolvimento da doença. Os resultados, também sugeriram que, o risco para câncer bucal aumenta com o número de dentes perdidos e não recolocados.

Fossion, DeCoster e Ehlinger (1994) relatam que mais de 90% das malignidades intra-orais são carcinomas epidermóides, cuja maior incidência ocorre



nos países desenvolvidos devido ao maior uso e frequência do tabaco e álcool além de fatores secundários como a higiene oral, a nutrição e a resistência orgânica.

Reis, Lima, Marchionni e Setubal (1997) em estudo caso-controle em 404 pacientes da cidade de Salvador, Bahia, obtiveram resultados na qual a presença de dentes fraturados e o trauma por próteses mal adaptadas, foram identificados como fatores de risco adicionais nos pacientes com câncer bucal que são etilistas e tabagistas.

Segundo Lockart, Norris, Pulliam (1997) a pobre higiene bucal, as próteses mal adaptadas, o trauma por dentes pontiagudos e o edentulismo têm sido implicados como co-fatores na gênese do câncer bucal. Em estudo com 99 pacientes portadores de carcinoma epidermóide na região de cabeça e pescoço, verificaram que, 56 pacientes tinham câncer bucal localizado na região de contato da mucosa com dentes ou próteses. Todos os casos de câncer em soalho bucal (n=6) ocorreram em pacientes portadores de prótese inferior na área desdentada. Claramente há pessoas com alguns anos de irritação mucosa crônica por dente ou prótese que não desenvolvem câncer, porém, há uma alta porcentagem de ocorrência da doença em áreas de contato direto com dentes naturais ou artificiais.

Velly, Franco, Sclecht, Pintos, Kowalski, Oliveira e Curado (1998) sintetizaram que o pouco número de dentes, o trauma por próteses mal ajustadas, dentes pontiagudos ou lacerados cortantes e a pobre higienização bucal podem estar associados ao câncer bucal. Um proeminente achado foi o número elevado de câncer de língua observado entre aqueles pacientes que relataram dor resultante de próteses grosseiras ou traumáticas sem referência de tempo desde o primeiro uso.

Segundo Leite e Koifman (1998) um dos primeiros relatos clínicos a respeito do estado de saúde bucal e o câncer data de 1957, onde se usou o edentulismo para caracterizar a pobre saúde bucal.

Allison, Locker e Feine (1999) realizaram estudo em 188 indivíduos portadores de câncer no trato aerodigestivo superior com o intuito de investigar a relação entre o estado de saúde bucal e a qualidade de vida desses pacientes e concluíram que, o grupo onde os pacientes com a neoplasia maligna, eram parcialmente dentados e não usavam nenhum tipo de prótese.

Lissowska, Pilarska, Pilarski, Samolczyk-Wanyura, Piekarczyk, Bardin-Mikollajczak, Zatonski, Herrero, Munoz e Franceschi (2003) através de estudo caso-controle realizado em Varsóvia, Polônia, em 122 pacientes entre 23 e 80 anos de idade com câncer oral e de orofaringe constataram que a pobre saúde oral foi associada ao número de dentes perdidos, frequência de escovação diária e número de visitas anuais ao dentista. Os autores referem também que, o uso de prótese não é um fator de risco para o câncer bucal.

Carvalho (2003) reportou que a incidência de câncer de boca é um problema de saúde pública mundial e que, cerca de 80% das neoplasias são atribuídas a influências ambientais onde a agregação de vários fatores como o uso do tabaco, do álcool e a má higiene bucal foram considerados como favorável para o desenvolvimento de doença maligna.

Barker, Donachie (2005) realizaram estudo para avaliar as necessidades odontológicas em função da situação bucal de pacientes com patologias malignas em várias regiões do corpo. Os resultados mostraram que mais de 50% dos pacientes tinham patologias dentais, alterações periodontais e lesões em mucosas bucais.

Rosenquist (2005) em estudo realizado na Suécia com 132 pacientes diagnosticados com carcinoma espinocelular primário não recidivante de boca e orofaringe, avaliou a higiene oral, a situação dental, a presença de lesões na mucosa oral e o uso de tabaco e álcool constatou que, a pobre higiene bucal e o uso de prótese inadequada ou mal adaptada foram identificados como fatores de risco significativos para o desenvolvimento de câncer bucal e de orofaringe.

Bonan, Lopes, Pires e Almeida (2006) realizaram estudo para avaliar a condição odontológica de 40 pacientes portadores de neoplasia maligna na região de cabeça e pescoço previamente à radioterapia e observaram que, 28 pacientes (70%) eram dentados e todos apresentavam péssimas condições saúde geral e higiene bucal deficiente.

Rezende, Dias, Denardin, Rapoport, Carvalho Neto e Besserra Jr (2007) relataram que, além do tabaco e do etilismo, outros fatores estão relacionados ao desenvolvimento do câncer da boca como os agentes biológicos e a higiene bucal precária. Alguns aspectos da saúde bucal como más condições dentais, próteses mal adaptadas e periodontopatias, também podem participar como coadjuvantes no desenvolvimento do câncer bucal e de orofaringe. Ao lado disso, existiria um maior risco de desenvolvimento de câncer bucal com a associação entre o tabagismo, consumo de álcool e má condição bucal.

Guha, Boffetta, Wünsch-Filho, Eluf Neto, Shangina, Zaridze, Curado, Koifman, Matos, Menezes, Szeszenia, Fernandez, Mates, Daudt, Lisosowska, Dikshit & Breenan (2007) relatam que a precária saúde bucal tem sido colocada como um fator de risco na etiologia do câncer de cabeça e pescoço independentemente do consumo de tabaco e alcoolismo. Em estudo realizado com mais de 1500 pacientes na Europa e América Latina com câncer na região de cabeça e pescoço concluíram

que, a pobre higiene bucal e o número de dentes perdidos podem ser causas independentes desta neoplasia maligna.

Meurman e Uittamo (2008) apresentaram um novo conceito na carcinogênese mediada pela microbiota bucal apontando para uma associação entre pobre higiene bucal e câncer bucal. Relatam em seu trabalho que, o etanol não é carcinogênico, porém, o seu primeiro metabólito, denominado acetaldeído, é indiscutivelmente carcinogênico. Alguns espécimes da microbiota gastrointestinal e da microbiota bucal, como o *Streptococcus Viridans* e *Candida SP*, possuem a enzima álcool desidrogenase (ADH), responsável pelo metabolismo do álcool no fígado. Pacientes com pobre estado de saúde bucal mostram concentrações altas de ADH na saliva em relação aos pacientes com boa saúde bucal. Subentende-se que, microorganismos da região bucal, que possuem ADH, apresentam um risco para a produção de ADH carcinogênico potencialmente capaz para desenvolver câncer oral, particularmente entre os etilistas.

Rezende, Ramos, Daguíla, Dedivitis e Rapoport (2008) relatam que pouco progresso foi observado para o diagnóstico precoce do câncer bucal e que, o melhor a fazer é reduzir a exposição aos fatores de risco identificando às doenças inflamatórias e os traumas bucais, principalmente aqueles provocados por próteses ou dentes fraturados, onde as lesões são predominantemente encontradas na língua, região gengivo-jugal e palato.

# 4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

## 4.1 Casuística

O presente trabalho é de caráter epidemiológico, transversal e prospectivo onde se avaliou 40 pacientes consecutivos com lesões bucais recebidos e atendidos no setor de Estomatologia do Departamento de Cabeça e Pescoço do Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho (ICAVC) em São Paulo, Capital, no período de setembro a dezembro de 2008. Estes pacientes foram divididos em dois grupos denominados respectivamente de grupo Oncológico, composto por 17 indivíduos, maiores de 18 anos de idade, com diagnóstico histopatológico primário de carcinoma espinocelular bucal e, um segundo grupo denominado de grupo Controle composto por 23 indivíduos não portadores de neoplasia maligna. Todos os pacientes deste estudo foram encaminhados por cirurgiões dentistas para elucidação de diagnóstico por serem portadores de algum tipo de lesão bucal. A elaboração do diagnóstico seguiu a rotina de trabalho do setor de Estomatologia do ICAVC e, os resultados dos exames anatomopatológicos foram obtidos por meio de biópsias realizadas no próprio local de atendimento clínico e enviadas para um mesmo laboratório de patologia.

## 4.2 Método

### 4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios para participação e enquadramento neste trabalho, foram delineados como itens de exclusão:

*a) Histórico anterior de diagnóstico e/ou tratamento para neoplasia maligna independente da localização anatômica.*

*b) A lesão bucal ser diagnosticada, pelo exame anatomopatológico, como metástase.*

Os itens de inclusão de pacientes neste trabalho foram os seguintes:

a) Os pacientes serem encaminhados exclusivamente por cirurgiões dentistas para o setor de Estomatologia do ICAVC.

b) A lesão neoplásica maligna bucal ser primária.

c) O diagnóstico histopatológico no grupo Oncologia ser carcinoma espinocelular.

#### **4.2.2. Coleta de dados**

Foram coletados os seguintes dados para ambos os grupos:

**a) Identificação dos pacientes:** através das letras iniciais do seu nome, número de registro na Instituição, gênero, idade e etnia.

**b) Diagnóstico da lesão bucal:** para o grupo Controle, cujas patologias não eram neoplasias malignas, baseou-se no diagnóstico clínico, radiográfico ou histopatológico. Para os pacientes do grupo Oncológico o diagnóstico, obrigatoriamente, foi estabelecido pelo exame anatomopatológico.

**c) Localização da lesão:** Para ambos os grupos usou-se a localização da patologia bucal segundo a topografia anatômica.

**d) Tabagismo e Etilismo:** os pacientes relataram se eram ou não usuários de tabaco detalhando a quantidade e o tipo de tabaco usado. Quanto ao etilismo foi perguntado se o paciente era usuário de bebida alcoólica e, para as respostas afirmativas, a quantidade diária ingerida. Foram considerados ex-tabagistas e/ou ex-etilistas aqueles que não faziam uso tanto do tabaco e/ou do álcool por 6 meses ou mais.

**e) Presença de dentes:** através da observação clínica, classificando-os em desdentados totais quando nenhum dente era observado nas arcadas superior e inferior, dentados parciais quando pelo menos um dente estava ausente em qualquer das arcadas dentárias e dentados totais quando o paciente possuía todos os dentes permanentes. Não foi considerada a presença ou ausência dos terceiros molares.

**f) Higiene e integridade dos dentes presentes:** foram considerados através da observação clínica os dentes sem cáries, os dentes cariados sem cavidade, cariados com cavidade, cariados sem a coroa dental, com a coroa quebrada ou cariada pontiagudos e/ou lacerados.

**g) Uso de próteses:** foram consideradas as próteses totais, próteses parciais removíveis e próteses fixas.

**h) Relato de trauma:** através do relato do paciente e/ou por constatação clínica, independente do tipo de agente causal e da associação com o tipo de lesão do grupo em questão.

**i) Presença de qualquer outra lesão nos tecidos moles bucais:** presença de outra lesão, que não a neoplásica, para o grupo Oncologia anotando-se a lesão fundamental presente.

#### **4.3 Método Estatístico**

A análise estatística foi elaborada através do desvio padrão através do cálculo da soma dos quadrados dos fatores onde, por meio da raiz quadrada da variância, obteve-se um desvio padrão para cada dado colhido por grupo separadamente.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho sob o registro 181/08/CAAE: 0025.0296.000-08.

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Pacientes de etnia branca foram aqueles de maior incidência, conforme podemos verificar nas tabelas 1 e 2, em ambos os grupos e, isto está de acordo com os trabalhos de Sampaio, Birman e Paula (1990), Lung, Tascau, Almasan e Muresan (2007) e Molina, Cheung, Perez, Byrne, Franceschi, Moffat, Livingstone, Goodwin, Gutierrez e Koniaris (2008).

**Tabela 1- Etnia no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Branco</b>	11	64,71	50,0	14,71
<b>Negro</b>	6	35,29	50,0	(14,71)
<b>Total</b>	17	100,0		

**Tabela 2- Etnia no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Branco</b>	15	65,22	50,0	15,22
<b>Negro</b>	8	34,78	50,0	(15,22)
<b>Total</b>	23	100,0		



Quanto ao gênero dos pacientes, a tabela 3 mostra que no grupo Oncologia os homens representam mais de 80% dos pacientes portadores de CEC bucal. No grupo Controle houve uma equivalência numérica entre homens e mulheres, conforme indica a tabela 4. A maior incidência de CEC em homens também foi verificado por Sampaio, Birman e Paula (1990), Boyle, MacFarlene, Maisonneuve, Scully e Tedesco (1990), Velly, Franco, Slecht, Pintos, Kowalski, Oliveira e Curado(1998), Scully e Bedi(2000), Losi-Guembarovski, Menezes, Poliseli, Chaves, Kuasne, Leichsenring, Maciel, Guembarovski, Oliveira, Ramos, Mizuno, Cavalli, Ribeiro e Cólus (2009).

**Tabela 3- Gênero no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Masculino</b>	14	82,35	50,0	32,35
<b>Feminino</b>	3	17,65	50,0	(32,35)
<b>Total</b>	17	100,0		

**Tabela 4- Gênero no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Masculino</b>	11	47,83	50,0	(2,17)
<b>Feminino</b>	12	52,17	50,0	2,17
<b>Total</b>	23	100,0		

Lockart, Norris, Pulliam (1997) e Gonzales e Lozier (2007) relataram que o CEC bucal ocorre em maior número nos pacientes acima dos 40 anos de idade e

idade média em torno dos 60 anos. A idade média aferida em nosso estudo foi de 62 anos e, portanto, mais elevada quando comparada aos resultados de trabalhos de outros autores.

A maior idade verificada entre os pacientes do grupo Oncologia foi de 85 anos, a menor idade foi de 39 anos e a idade média obtida foi de 62 anos de idade.

Em relação ao tabagismo as tabelas 5 e 6 mostram um predomínio de fumantes no grupo Oncologia (64,71%) sendo que, 2 deles (18,18%) faziam uso de fumo de corda. Quanto ao número de cigarros de papel industrializado, houve um número médio de 21 cigarros por dia enquanto que para o fumo de corda foi verificado o uso médio de 5 cigarros por dia. No grupo Controle os não fumantes estão em maior número (60,8%). Estes dados estão de acordo com os trabalhos de Maier, Zoller, Hermann, Kreiss e Heller (1993), Fossion, DeCoster e Ehlinger (1994), Lu, Yen, Ho, Ko, Tsai, Hsieh e Lan (1996), Leite e Koifman (1998), Alpizar, Montenegro, Martell e Hernandez (2001), Wünsch-Filho (2002), Carvalho (2003) Marques (2005), Rezende, Dias, Denardin, Rapoport, Carvalho Neto e Besserra Jr (2007), Ide, Mizoue, Fujino, Hoshiyama, Sakata, Tamakoshi e Yoshimura (2008).

**Tabela 5 - Tabagismo no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>SIM</b>	11	64,71	33,3	31,37
<b>NÃO</b>	4	23,53	33,3	(9,80)
<b>EX-TABAGISTA</b>	2	11,76	33,3	21,57
<b>Total</b>	17	100,0		

**Tabela 6- Tabagistas no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>SIM</b>	8	34,78	47,83	(13,04)
<b>NÃO</b>	14	60,87	47,83	13,04
<b>EX-TABAGISTA</b>	1	4,35	47,83	(43,48)
<b>Total</b>	23	100,0		

O número de etilistas, conforme as tabelas 7 e 8 mostram, foi maior no grupo Controle (56,62%) quando comparado com o grupo Oncologia (47,06%). O número de pacientes que fazem uso do álcool foi ligeiramente superior no grupo Controle (56%) enquanto que, no grupo Oncológico, 35% dos pacientes eram fumantes e etilistas reiterando as afirmações dos trabalhos de Kowalski 1991, Maier, Zoller, Hermann, Kreiss, Heller 1993, Leite, Koifman 1998), Alpizar, Montenegro, Martell, Hernandez(2001), Andreotti, Rodrigues, Cardoso, Figueiredo, Eluf-Neto, Wünsch-Filho (2006), Gillison (2007), Ide, Mizoue, Fujino, Hoshiyama, Sakata, Tamakoshi e Yoshimura (2008).

**Tabela 7- Etilismo no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>SIM</b>	8	47,06	50,0	(2,94)
<b>NÃO</b>	9	52,94	50,0	2,94
<b>Total</b>	17	100,0		

**Tabela 8- Etilismo no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>SIM</b>	13	56,62	50,0	6,52
<b>NÃO</b>	10	43,48	50,0	(6,52)
<b>Total</b>	23	100,0		

Constatou-se que, 6 pacientes (35,29%) eram etilistas e tabagistas no grupo Oncologia reforçando o fato da maior ocorrência de câncer bucal quando estes dois elementos estão associados. Não houve nenhum paciente referindo ser ex-etilista em ambos os grupos. Dos 8 pacientes que eram etilistas ativos, todos referiram que ingeriam, em média, 1 dose de bebida destilada ou cerca de 350 ml de bebida alcoólica fermentada por dia, exceto um deles que referiu ingerir, em média, 4 doses de bebida alcoólica destilada por dia.

A localização de maior incidência da neoplasia maligna oral foi a língua conforme mostra a tabela 9. Quanto à localização anatômica das lesões bucais no grupo controle, conforme a tabela 10, o maior número de casos (73,91%) ocorreu na região de rebordo alveolar. Estes dados estão de acordo com os trabalhos de Sampaio, Birman e Paula (1995), Sortino e Milici (1998), Marques (2005), Marques, Eluf-Neto, Figueiredo, Góis Filho, Kowalski, Carvalho, Abrahão e Wünsch Filho (2008), O'Sullivan (2008), Losi-Guembarovski, Menezes, Polisel, Chaves, Kuasne, Leichsenring, Maciel, Guembarovski, Oliveira, Ramos, Mizuno, Cavalli, Ribeiro e Cólus (2009).

**Tabela 9- Localização anatômica da neoplasia maligna**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Lábio inferior</b>	3	17,65	16,67	0,98
<b>Língua</b>	5	29,41	16,67	12,75
<b>Soalho bucal</b>	4	23,53	16,67	6,86
<b>Rebordo Alveolar</b>	2	11,76	16,67	(4,91)
<b>Palato mole</b>	2	11,76	16,67	(4,91)
<b>Mucosa jugal</b>	1	5,88	16,67	(10,79)
<b>Total</b>	17	100,0		

**Tabela 10-Localização das lesões no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Palato duro</b>	1	4,35	20,0	(15,65)
<b>Língua</b>	1	4,35	20,0	(15,65)
<b>Gengiva</b>	2	8,70	20,0	(11,30)
<b>Rebordo Alveolar</b>	17	73,91	20,0	53,91
<b>Palato mole</b>	2	8,70	20,0	(11,30)
<b>Total</b>	23	100,0		

## 5.RESULTADOS

Em relação a presença de dentes, conforme as tabelas 11 e 12, foi verificado que no grupo Oncologia há pacientes com menos dentes presentes na boca (94,12%) em relação ao grupo Controle (78,26%).

**Tabela 11- Presença de dentes no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Desdentados totais</b>	7	41,18	33,3	7,84
<b>Parcialmente dentados</b>	9	52,94	33,3	19,61
<b>Dentados totais</b>	1	5,88	33,3	(27,45)
<b>Total</b>	17	100,0		

**Tabela 12- Presença de dentes no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Desdentados Totais</b>	6	26,09	33,33	(7,25)
<b>Parcialmente dentados</b>	12	52,17	33,33	18,84
<b>Dentados Totais</b>	5	21,74	33,33	(11,59)
<b>Total</b>	23	100,0		

A tabela 13 mostra o uso e tipo de próteses do grupo Oncologia, onde se observa que 17,6% dos pacientes (n=3) eram desdentados totais, porém, possuíam próteses totais somente na região superior, enquanto que, 23,5% dos pacientes (n=4) eram portadores de próteses totais, superior e inferior.

**Tabela 13- Próteses dentais no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Prótese total dupla</b>	2	11,79	25,0	(13,24)
<b>Prótese total superior</b>	3	17,59	25,0	(7,35)
<b>PPR superior e inferior</b>	1	5,88	25,0	(19,12)
<b>Não usam</b>	11	64,74	25,0	30,71
<b>Total</b>	17	100,0		

Naqueles pacientes que necessitariam de algum tipo de prótese, por serem desdentados parciais ou totais, verificamos que dos 16 pacientes nesta condição no grupo Oncologia, 11 deles (68,75%) não usam próteses e, dentre estes, 12,5% (n=2) deixaram de usar porque as próteses traumatizavam a área onde está presente a lesão maligna.

No grupo Controle 60,87% dos pacientes não usam nenhum tipo de prótese embora somente 21,74% dos pacientes sejam dentados totais e, portanto, não necessitam de qualquer tipo de prótese. (tabela 14)

**Tabela 14- Uso e Tipo de Próteses dentais no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Prótese total dupla</b>	4	17,39	14,29	3,11
<b>PPR dupla</b>	1	4,35	14,29	(9,94)
<b>PPR superior</b>	1	4,35	14,29	(9,94)
<b>Prótese fixa superior</b>	1	4,35	14,29	(9,94)
<b>Prótese fixa inferior</b>	1	4,35	14,29	(9,94)
<b>Prótese fixa superior e inferior</b>	1	4,35	14,29	(9,94)
<b>Não usam prótese</b>	14	60,87	14,29	46,58
<b>Total</b>	23	100,0		



Em relação à higidez e integridade dos dentes, há um maior número de casos de pacientes com dentes cariados, cariados sem coroa dental e dentes lacerados e pontiagudos no grupo Oncologia quando comparado ao grupo Controle, conforme mostram as tabelas 15 e 16.

**Tabela 15- Estrutura dos dentes no grupo Oncologia**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Íntegros</b>	2	20,0	25,0	(5,0)
<b>Cariados</b>	3	30,0	25,0	(15,29)
<b>Sem coroa</b>	2	20,0	25,0	(5,0)
<b>Lacerados e pontiagudos</b>	3	30,0	25,0	15,29
<b>Total</b>	10	100,0		

**Tabela 16- Estrutura dental no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Íntegros</b>	15	83,33	50,0	33,33
<b>Cariados</b>	3	16,67	50,0	(33,33)
<b>Total</b>	18	100,0		

Observamos que, quatro pacientes (23,5%) do grupo Oncologia, com queixa e histórico de trauma na área da lesão tiveram confirmados, pelo exame histopatológico, o diagnóstico de carcinoma espinocelular. Três destes pacientes (17,64%) apresentavam, ao exame físico, trauma em mucosa devido a próteses mal adaptadas e um deles (5,88%), apresentava trauma por dentes lacerados.

Não foram observadas outras lesões concomitantes na mucosa bucal, nos pacientes do grupo Oncologia.

No grupo Controle foram diagnosticadas lesões não neoplásicas onde o maior número de casos (36,36%) foi de cisto odontogênico. Os diagnósticos no grupo Controle podem ser observados na tabela 17.

**Tabela 17- Diagnósticos das lesões bucais no grupo Controle**

	<b>Unidade</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Cisto Odontogênico</b>	8	36,36	7,69	28,67
<b>Lesão Células Gigantes</b>	2	9,09	7,69	1,40
<b>Úlcera Traumática</b>	2	9,09	7,69	1,40
<b>Adenoma Pleomorfo</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Líquen Plano</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Leucoplasia</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Fibromatose gengival</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Osteomielite crônica</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Hiperplasia Fibrosa</b>	1	4,55	7,69	(3,14)

<b>Inflamatória</b>				
<b>Displasia Fibrosa</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Ceratocisto</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Osteoma</b>	2	9,09	7,69	1,40
<b>Ameloblastoma</b>	1	4,55	7,69	(3,14)
<b>Total</b>	23	100,0		

## 6.DISSCUSSÃO

Em relação ao edentulismo, no grupo Oncológico, apenas 5,8% dos pacientes apresentaram todos os dentes em suas arcadas dentais. Mais de 94% dos pacientes com CEC bucal apresentaram edentulismo parcial ou total e, destes pouco mais de 64% não fazem uso de nenhum tipo de prótese. Estes resultados estão em concordância com os relatos de Marques, Eluf-Neto, Figueiredo, Góis Filho, Kowalski, Carvalho, Abrahão e Wünsch Filho (2008) e Yanagisawa, Marugame, Ohara, Inoue, Tsugane e Kawaguci (2009). Em nosso estudo, dos 17 pacientes do grupo Oncológico, 8 deles (47%) eram desdentados totais e, destes, 6 deles (75%) não faziam uso de próteses totais sendo que, em 2 casos (33%) os pacientes não as usava por referirem trauma das mesmas na área anatômica onde se diagnosticou a neoplasia maligna bucal. De acordo com Zheng, Boyle e Hu (1990) e Mack, Schwahn, Feine, Mundt, Bernhardt, John, Kocher e Biffar (2005) a perda de dentes e a não reposição por meio de próteses, faz aumentar o risco para o desenvolvimento do câncer bucal. No entender de Marques (2005), que avaliou a qualidade de vida em 30 pacientes com câncer de cabeça e pescoço e os fatores relacionados às condições de saúde bucal, não há relação do número de dentes perdidos ou cariados com a ocorrência de câncer.

No pacientes do grupo Oncológico, 80% dos dentes presentes estavam cariados e com algum tipo de perda da estrutura dental e no grupo Controle apenas 20% dos dentes apresentavam cárie dental e com menor destruição da estrutura dental. Estes resultados estão acordo com os índices relatados nos trabalhos de Doifode, Ambadekar, Lanewar, Gonzales e Lozier (2000), Abnet, Kamangar, Islami, Nasrollahzadeh, Brennan, Aghcheli, Merat, Pourshams,

Marjani, Ebadati, Sotoudeh, Boffetta, Malekzadeh e Dawsey (2008). Diante disto, podemos atestar para as péssimas condições de saúde dental dos pacientes com câncer bucal neste estudo de acordo com o relato de Maier, Zoller, Hermann, Kreiss e Heller (1993). Para Cianfriglia e Perrino (1984), Carvalho (2003), Rezende, Dias, Denardin e Rapoport(2007) e Conway (2009) a pobre condição de saúde bucal é um fator de risco para os cânceres de cabeça e pescoço independente do consumo de tabaco e do álcool. Neste ponto em particular, além de poder estarem associados à gênese do câncer bucal, as péssimas condições bucais favorecem o desenvolvimento e a gravidade das complicações bucais decorrentes do tratamento radioterápico e quimioterápico. Scully e Epstein (1996) referenciaram que as complicações orofaciais são comuns após a radioterapia na região de cabeça e pescoço e a quimioterapia para doenças malignas em geral. Em função disto, é necessário que os pacientes apresentem previamente a essas terapias antineoplásicas, condições de saúde bucal adequadas para não haver o agravamento de possíveis complicações decorrentes do tratamento instituído. Doifode, Ambadekar, Lanewar, Gonzales e Lozier (2000) em estudo realizado na cidade da Nagpur, Índia, a respeito do estado de saúde oral da comunidade e a relação de alguns fatores epidemiológicos entre si observaram que, 43% dos pacientes tinham cáries dentais e 34% apresentavam doença periodontal, sendo estes os mais comuns problemas de saúde bucal. Os cuidados com a saúde bucal, segundo Sutthavong, Janisyanont e Boonyopastham (2005), antes do tratamento para o câncer bucal são importantes para eliminar fatores predisponentes de complicações bucais decorrentes da terapia antineoplásica. Segundo Ingram, Seo, Sloane, Francis, Clipp, Doyle, Montana e Cohen (2005) os problemas bucais ou dentais acarretam maior dificuldade de alimentação

propiciando uma menor ingestão de alimentos e do aproveitamento de nutrientes. Barker e Donachie (2005) avaliando pacientes com câncer em diferentes regiões do corpo antes do tratamento radioterápico observaram que, mais de 50% tinham problemas dentais, periodontais ou alterações patológicas na mucosa bucal. Em vista disto, os autores concluem sobre a necessidade do serviço de Odontologia para pacientes com câncer com o intuito de se viabilizar a prevenção, adequação e resolução de problemas bucais que interferirão pós tratamento radioterápico e quimioterápico.

O trauma, no presente trabalho, foi verificado em 23,5% dos casos (n=4) de CEC bucal, provocado por dentes quebrados e pontiagudos (n=3) e por prótese mal adaptada (n=1). Estas ocorrências foram referidas pelos pacientes e constatadas clinicamente pela presença do agente traumático, dente ou prótese, no local de ocorrência da neoplasia maligna. Neste estudo, 47% dos casos de CEC bucal estavam localizados na língua e soalho bucal. Destes casos, apenas um deles era portador de prótese, dois deles (25%) não usavam prótese porque as mesmas traumatizavam a área mucosuportada. Segundo Zegarelli, Kuscher, Cohen, Ketcham, Ochoa, Stanton (1969) as irritações e injúrias da mucosa bucal podem ser provocadas por próteses removíveis, cúspide cortante, coroas volumosas, barra de próteses cortantes e margens pontiagudas de coroas. Segundo o relatado por Lockart, Norris e Pulliam (1997), o trauma por dentes quebrados ou pontiagudos e por bordas cortantes de próteses tem sido implicado como co-fatores na gênese do câncer bucal. Ainda segundo o autor, em estudo com 117 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, os pacientes dentados tiveram uma tendência a tumores maiores quando localizados próximos aos dentes 66% dos casos de CEC na região de trigono retromolar estão sobre a área chapeável da

prótese e, 44% dos casos de CEC de língua apresentavam algum tipo de irritação mecânica por dentes ou por próteses. Para Reis, Lima, Marchionni e Setubal (1997) o trauma é um fator de risco quando o tabaco e o álcool estão associados. Em nosso estudo, um paciente apresentou trauma por dentes quebrados com evolução de 5 anos exatamente na região onde se realizou biópsia e cujo exame anatomopatológico mostrou tratar-se CEC bem diferenciado.

Cianfriglia e Perrino (1984) e Rezende, Ramos, Daguíla, Dedivitis e Rapoport (2008) relataram que dentes pontiagudos e próteses mal adaptadas são co-fatores na gênese do câncer bucal. Velly, Franco, Schlecht, Pintos, Kowalski, Oliveira, Curado (1998) relatam que há um maior risco de câncer de língua entre os usuários de prótese por um período longo de tempo porque tendem a estarem mal adaptadas e, em consequência disto, provocarem traumas crônicos em uma mesma área da mucosa bucal. O uso de prótese dentária, segundo Aguilar, Antunes, Ferreira, Lehn e Marcucci (2006), não apresenta associação com o risco de desenvolvimento de câncer bucal em estudo com 170 pacientes com câncer bucal.

No presente estudo não constatamos a presença de qualquer outra alteração ou lesão na mucosa bucal nos pacientes do grupo Oncologia, concordante com os achados de Rosenquist (2005). Para Zegarelli, Kuscher, Cohen, Ketcham, Ochoa e Stanton (1969) e Velly, Franco, Schlecht, Pintos, Kowalski, Oliveira e Curado (1998) é frequente a ocorrência de Candidíase nos pacientes com CEC bucal. Há um maior risco de transformação maligna da Candidíase quando esta se associa a um quadro de algia bucal. Os autores ainda discorrem sobre as atrofia e lesões erosivas e ulceradas presentes na mucosa bucal naqueles pacientes com CEC bucal por entenderem que estas áreas podem ser portas de entrada a infecções ou até mesmo levar à uma susceptibilidade aos carcinógenos bucais.

Segundo estudos de Sampaio, Birman, Paula (1990), 30% dos pacientes com CEC bucal apresentam outra lesão na mucosa bucal, sendo a maioria diagnosticada como hiperqueratose, candidose ou líquen plano. .

Dos pacientes avaliados no grupo Controle, apenas dois deles (8,69%) tiveram o diagnóstico baseado exclusivamente no exame clínico e não através do exame anatomopatológico, por se tratar de úlcera traumática onde o fator etiológico traumático estava evidente, permitindo a sua remoção com subsequente remissão total da lesão.



## 7.CONCLUSÕES

1. Os pacientes com CEC bucal são desdentados, totais ou parciais, em 94% dos casos.
2. Grande parte dos pacientes (64%) com CEC bucal não fazem uso de nenhum tipo de prótese para repor dentes ausentes.
3. Os dentes presentes nos pacientes com CEC bucal, em 84% dos casos são cariados, lacerados, quebrados ou com bordas cortantes e traumáticas.
4. Não se observou a presença de outra lesão em mucosa bucal concomitante a neoplasia maligna bucal.

## 8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abnet CC, Kamangar F, Islami F, Nasrollahzadeh D, Brennan P, Aghcheli K, Merat S, Pourshams A, Marjani HA, Ebadati, Sotoudeh M, Boffetta P, Malekzadeh R, Dawsey SM. Tooth loss and lack of regular oral hygiene are associated with higher risk of esophageal squamous cell carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 17(11):3062-8, 2008.

Aguilar LT, Antunes JLF, Lehn CN, Marcucci G. Prótese, higiene, escolaridade e renda no risco do carcinoma epidermóide bucal: estudo caso-controle. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 60(1):26-30, 2006.

Allison PJ, Locker D, Feine JS. The relationship between status and health related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. *Oral Oncol* 35(2):138-43, 1999.

Alpizar MCM, Montenegro IV, Martell TP, Hernandez ALR. Programa de pesquisaje del cancer bucal. Su impacto em un área de salud. *Rev Cuba Med Gen Integr* 17(3): 240-3, 2001.

Andrade, SSCA. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Porto Alegre. Apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para a obtenção do grau de Mestre. 2005.

Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Publica* (22):543-52, 2006.

Barker D, Donachie MA. The need for dental treatment in a group of patients undergoing treatment for malignancies other than of the head and neck. *Eur J Prosthodont Restor Dent*;13(4):182-5, 2005.

Boing AF, Peres MA, Antunes JL. Mortality from oral and pharyngeal cancer in Brazil: trends and regional patterns, 1979-2002. *Rev Panam Salud Pública* 20:1-8, 2006.

Bonan PRF, Lopes MA, Pires FR, Almeida OP. Dental management of low socioeconomic level patients before radiotherapy of the head and neck with special emphasis on the prevention of osteoradionecrosis. *Braz Dent J* 17(4):338-42, 2006.

Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condições sócio-econômicas no Brasil. *Cad Saúde Publica* 25(2):321-7, 2009.

Boyle P, MacFarlane GJ, Maisonneuve P, Zheng T, Scully C, Tedesco B. Epidemiology of mouth cancer in 1989: a review. *J R Soc Med* 83(11):724-30, 1990.

Carvalho C. Cresce influência de câncer da boca no Brasil. *Rev Bras Odontol* 60(1): 36-9, 2003.

Carvalho AL; Singh B; Spiro RH; Kowalski LP; Shah JP Cancer of the oral cavity: a comparison between institutions in a developing and a developed nation. *Head Neck* 26 (1): 31-8, 2004.

Cianfriglia F, Perrino A. Assessment of oral conditions in patients with cancer of the mouth. *Minerva Med* 75(27):1633-6, 1984.

Conway D. Oral health, mouthwashes and cancer. What is the story? *Evid Based Dent* 10(1):6-7, 2009.

Doifode W, Ambadekar NN, Lanewar AG. Gonzales YM, Lozier EB. Oral cancer screening, dental needs assessment and risk factors literacy in Hispanic pop York. *NY State Dent J* 73(6):32-5, 2000.

Epstein JB, Villines D, Drahos G, Kaufman E, Gorsky M. Oral lesions in patients participating in an oral examination screening week at an urban dental school. *JADA* 139(10):1338-44, 2008.

Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, Fava AS, Torloni H. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. *Int J Cancer* 43(6):992-1000, 1989.

Fossion E, DeCoster D, Ehlinger P. Oral cancer: epidemiology and prognosis. *Rev Belge Med Dent* 49(1):9-22, 1994.

Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal centers. *Head Neck* 29(8):779-92, 2007.

Gonsalves WC, Wrightson AS, Henry RG. Common oral conditions in older persons. *Am Fam Physician* 78(7):814-5, 2008.

Gonzales YM, Lozier EB. Oral cancer screening dental needs assessment and risk factor literacy in Hispanic population of New York. *NY State Dent J* 73(6):32-5, 2007.

Guha N, Boffetta P, Wünsch-Filho V, Eluf Neto J, Shangina O; Zaridze D, Curado MP, Koifman S, Matos E, Menezes A, Szeszenia ND, Fernandez L, Mates D, Daudt AW, Lisosowska J, Dikshit R,

Breenan P. Oral health and risk of squamous cell carcinoma of the head and neck and esophagus: results of two multicentric case-control studies. *Am J Epidemiol* 166(10): 1159-73, 2007.

Holmes-Jr L, des Vignes K, Slomka J, Mahabir S, Beeravolu S, Emani SR. Is dental care utilization associated with oral cavity cancer in a large sample of community-based United States residents? *Com Dent Oral Epidemiol* 37(2):134-42, 2009.

Ide R, Mizoue T, Fujino Y, Hoshiyama Y, Sakata K, Tamakoshi A, Yoshimura T. Cigarette, smoking, alcohol drinking and oral and pharyngeal cancer mortality in Japan. *Oral Dis* 14(4):314-9, 2008.

Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2008: incidência de câncer oral no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2007. Disponível em <http://www.inca.gov.br> acessado em 22 de dezembro de 2008.

Ingram SS, Seo PH, Sloane R, Francis T, Clipp EC, Doyle ME, Montana GS, Cohen HJ. The association between oral health and general health and quality of life in older male cancer patients. *J Am Geriatr Soc* 53(9):1504-9, 2005.

Koifman S. Câncer ambiental e ocupacional na América Latina. *Cad Saúde Pública* 14(3):4-5, 1998.

Kingsley K, O'Malley S, Ditmyer M, Cheno M. Analysis of oral cancer epidemiology in the US reveals state-specific trends: implications for oral cancer prevention. *BMC Public Health* 8:87, 2008. Disponível em <http://www.biomedical.com/1471-2458/8/87> acessado em 22/12/2008.

Kowalski LP, Magrin J, Riera C, Coelho FR, Zeferino LC. Modelo de programa de prevenção e detecção precoce do câncer. *Saúde Debate* 32:66-71, 1991.

Kowalski,LP. Carcinoma da boca: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Acta WHO* 10(3):128-34, 1991.

Leite ICG, Koifman S. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe. *Rev Bras Cancerol* 44(4):317-25, 1998.

Lissowska J; Pilarska A; Pilarski P; Samolczyk-Wanyura D; Piekarczyk J; Bardin-Mikollajczak A; Zatonski W; Herrero R; Munoz N; Franceschi S. Smoking, alcohol, diet and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *Eur J Cancer Prev* 12(1): 25-33, 2003.

Lockart PB, Norris Jr CM, Pulliam C. Dental factors in the genesis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Oral Oncol* 34:133-9, 1997.

Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Poliseli F, Chaves VM, Kuasne H, Leichsenring A, Maciel MEM; Guembarovski AL, Oliveira BW, Ramos G, Mizuno LT, Cavalli IJ, Ribeiro EMSF, Cólus IMS. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 25(2):393-400, 2009.

Lu CT, Yen YY, Ho CS, Ko YC, Tsai CC, Hsieh CC, Lan SJ. A case-control study of oral cancer in Changhua County, Taiwan. *J Oral Pathol Med* 25(5):245-8, 1996.

Lung T, Tascau OC, Almasan HA, Muresan O. Head and neck cancer, epidemiology and histological aspects. Part I: a decade's results. *J Craniomaxillofac Surg* 35(2):120-5, 2007.

MacFarlane GJ, McCredie M, Coates M. Patterns of oral and pharyngeal cancer incidence in New South Wales, Australia. *J Oral Pathol Med* 23(6):241-5, 1994.

Mack F, Schwahn C, Feine JS, Mundt T, Bernhardt O, John U, Kocher PT, Biffar R. The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomerania. *Int J Prosthodont*. 18(5):414-9, 2005.

Maier H, Zoller J, Hermann A, Kreiss M, Heller WD. Dental status and oral hygiene in patients with head and neck cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 108(6):655-61, 1993.

Marinière S. Epidemiology of head and neck cancer. *Rev Prat* 56(15):1637-41, 2006.

Marques LA, Eluf-Neto J, Figueiredo RAO, Góis-Filho JF, Kowalski LP, Carvalho, MB, Abrahão M, Wünc-Filho, V. Saúde bucal, práticas de higiene bucal e ocorrência de câncer da cavidade oral. *Rev Saúde Pública* 42(3):471-9, 2008.

McDowell JD. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am* 39(2):277-94, 2006.

Meyer MS, Joshipura K, Giovanucci E, Michaud DS. *Cancer Causes Control* 19(9):895-907, 2008.

Meurman JH, Uttamo J. Oral micro-organisms in the etiology of cancer. *Acta Odontol Scand* 66(6):321-6, 2008.

Minasian A, Dwyner JT. Nutritional implications of dental and swallowing issues in head and neck cancer. *Oncology (Williston Park)* 12(8):1155-62, 1998.

Mollina MA, Cheung MC, Perez EA, Byrne MM, Franceschi D, Moffat FL, Livingstone AS, Goodwin WJ, Gutierrez JC, Koniaris LG. *Cancer* 113(10): 2797-2806, 2008.

O'Sullivan EM. International variation in the incidence of oral and pharyngeal cancer. *Com Dent Health* 25(3):148-53, 2008.

Ogunbobede EO, Ugboko VI, Ojo MA. Oral malignancies in the Ile-Ife, Nigéria. *East Afr Med J* 74(1):33-6, 1997.

Omer O, MacCarthy D, Nunn J, Cotter E. Oral health needs of the head and neck radiotherapy patient. 2: Oral and dental care before, during and after radiotherapy. *Dent Update* 32(10): 575-80, 2005.

Otoh EC, Johnson NW, Olassoji HO, Danfillo IS, Adeleke OA. Intra oral carcinomas in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral Dis* 11(6):379-85, 2005.

Reis SRA, Lima CR, Marchionni AMT, Setubal MG. Fatores de risco do câncer da cavidade oral e orofaringe. I. Fumo, álcool e outros determinantes. *RPG* 4(2):127-32, 1997.

Rezende CP, Dias MO, Denardin OVP, Rapoport A, Carvalho Neto PB, Besserra Jr IM. Mudança do paradigma da saúde bucal em pacientes com cancer de boca e orofaringe. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 36(1): 19-22, 2007.

Rezende CP, Ramos MB, Daguíla CH, Dedivitis RA, Rapoport A. Oral health changes in patients with Oral and Oropharyngeal cancer. *Rev Bras Otorrinolaringol* 74(4):596-600, 2008.

Rodriguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, Franceschi S, Levi F, Talamini R, La Vecchia C. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in Young adults. *Oral Oncol* 40(2):207-13, 2004.

Rosenquist k. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population based case-control study in southern Sweden. *Swed Dent J Suppl*(179):1-66, 2005.

Rich, AM, Radden BG. Squamous cell carcinoma of oral mucosa: a review of 244 cases in Australia. *J Oral Pathol Med* 13(5):459-71, 1984.

Riera P, Martinez B. Morbidity and mortality for oral and pharyngeal cancer in Chile. *Rev Med Chil* 133(5):555-63, 2005.

Saavedra GA, Amador VR, Camacho MEI, Romero AZ, Zepeda MAZ. Oral and pharyngeal cancer mortality rates in Mexico, 1979-2003. *J Oral Pathol Med* 37(1):11-7, 2008.

Sampaio MCC, Birman EG, Paula CR. Aspectos dos quadros clínico, citológico e da microbiota fúngica da mucosa bucal de pacientes com carcinoma da boca, antes e durante a radioterapia. *Rev Bras Cancerol* 36(1/4):31-6, 1990.

Scully C, Epstein JB. Oral health care for the cancer patient. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 32B(5):281-92, 1996.

Scully C, Bedi R. Ethnicity and oral cancer. *Lancet Oncol* 1: 37-42, 2000.

Shavers VL, Harlan LC, Winn D, Davis WW. Racial/ethnic patterns of care for cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, sinuses and salivary glands. *Cancer Metastasis Rev* 22(1):25-38, 2003.

Smith EM. Epidemiology of oral and pharyngeal cancers in the United States: review of recent literature. *J Natl Cancer Inst* 63(5):1189-98, 1979.

Sortino F, Milici A. Epidemiology of oral cavity tumors. *Minerva Stomatol* 47(5):197-202, 1998.

Sutthavong S, Jansisyanont P, Boonyopastham N. Oral health care in head and neck cancer. *J Med Assoc Thai* 8(3):339-53, 2005.

Talamini R, Vaccarella S, Barbone F, Tavani A, La Vecchia C, Herrero R, Munoz N, Franceschi S. Oral hygiene, dentition, sexual habits and risk of oral cancer. *Br J Cancer* 83(9):1238-42, 2000.

Vanderlei FAB, Pereira FC, Hajaj FC e Nichio S. Importância do exame da cavidade oral no diagnóstico precoce dos tumores de boca. *Rev Med (São Paulo)* 37(2): 101-12 1998.

Velly AM, Franco EL, Sclecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol* 34(4):284-91, 1998.

Yanagisawa T, Marugame T, Ohara S, Inoue M, Tsugane S, Kawaguchi Y. Relationship of smoking and smoking cessation with number of teeth present. *Oral Dis* 15:69-75, 2009.

Young TB, Ford CN, Brandenburg JH. An epidemiologic study of oral cancer in a statewide network. *Am J Otolaryngol.* 7:200-8, 1986.

Zegarelli EV, Kuscher AH, Cohen W, Ketcham AS, Ochoa JR.M, Stanton G. Maintaining the oral and general health of the oral cancer patient. Part 1. *CA Cancer J Clin* 19(3):168-94, 1969.

Zheng T, Boyle P, Hu H. Dentition, oral hygiene and risk of oral cancer: a case-control study in Beijing, People's Republic of China. *Cancer Causes Control* (1):235-41, 1990.

## 9. ANEXOS

### Apêndice 1 – Ficha de coleta de dados de pacientes do grupo Controle

1. Nome
2. RG ICAVC
3. Gênero      ( ) M      ( ) F                      Cor:                      Idade:
4. Tabagismo: N ( )      ( ) S
5. Etilismo:    N ( )      ( ) S
6. Presença de dentes: ( ) não
Superior ( ) dentado total ( ) dentado parcial ( )
Inferior ( ) dentado total ( ) dentado parcial ( )
7. Integridade dos dentes: ( ) íntegros
( ) cariados sem cavidade    ( ) cariados com cavidade    ( ) sem coroa    ( ) lacerados pontiagudos
7. Prótese ( ) não
( ) prótese parcial removível    ( ) prótese total                      ( ) prótese fixa
8. Integridade das mucosas: ( ) sem lesão
( ) lesão fundamental:
Observações:



**Apêndice 2 – Ficha de coleta de dados de pacientes do grupo Oncologia**

8. Nome
9. RG ICAVC
10. Gênero ( ) M ( ) F Cor: Idade:
11. Tabagismo: N ( ) ( ) S
12. Etilismo: N ( ) ( ) S
13. Diagnóstico:
14. Local Neoplasia:
15. Presença de dentes: ( ) não
Superior ( ) dentado total ( ) dentado parcial ( ) Inferior ( ) ( ) dentado total ( ) dentado parcial ( )
16. Integridade dos dentes: ( ) íntegros ( ) cariados sem cavidade ( ) cariados com cavidade ( ) sem coroa ( ) lacerados pontiagudos
7. Prótese ( ) não
( ) prótese parcial removível ( ) prótese total ( ) prótese fixa
9. Integridade das mucosas: ( ) sem lesão
10. Com Lesão ( ) Lesão fundamental:
Observações:

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)