

Prevalência de Lesões Orofaciais em um Centro de Especialidades Odontológicas Localizado no Município de Venturosa-PE, Brasil: Estudo Transversal

Prevalence of Orofacial Injuries in a Dental Specialty Center Located in the City of Venturosa-PE, Brazil: Cross-Sectional Study

Prevalencia de Lesiones Orofaciales en un Centro de Especialidades Odontológicas Ubicado en la Ciudad de Venturosa-PE, Brasil: Estudio Transversal

Herlla Sofia Sales de **MELO**

Cirurgiã-Dentista - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-9569-9488>

Rodrigo Henrique Mello Varela Ayres de **MELO**

Médico - Cirurgião-Geral - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Sapucaia do Sul, RS, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-4076-5035>

Milena Mello Varela Ayres de **MELO**

Graduanda em Medicina - Faculdade de Medicina de Olinda (FMO) - Olinda - PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-5956-1553>

Victor Leonardo Mello Varela Ayres de **MELO**

Graduando em Medicina - Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU) - Recife - PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-3758-6060>

Lohana Maylane Aquino Correia de **LIMA**

Doutoranda em Odontologia - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE);

Especializanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Faculdade do Centro Oeste Paulista (FACOP) - Recife - PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-1864-8329>

Elizabeth Arruda Carneiro **PONZI**

Docente do curso de Odontologia - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife - PE, Brasil

<https://orcid.org/0000-0002-2657-9343>

Ricardo Eugenio Varela Ayres de **MELO**

Professor Titular de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Coordenador do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Faculdade do Centro Oeste Paulista (FACOP) - Recife - PE, Brasil

Docente do Curso de Odontologia - Universidade FACOL (UNIFACOL)

<https://orcid.org/0000-0003-1401-457X>

Resumo

Introdução: De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no ano de 2022 o câncer oral ocupou a quinta posição em prevalência no sexo masculino e a décima terceira em mulheres. Além disso, no Brasil as neoplasias malignas cutâneas são as mais comuns, especialmente o câncer de pele não melanoma. Objetivo: Compreender a prevalência e epidemiologia do câncer orofacial na população estudada. Material e Método: Trata-se de um estudo observacional transversal, no qual foi avaliada a prevalência de lesões em boca e face e os aspectos clínicos e sociodemográficos associados ao diagnóstico, em um Centro de Especialidades Odontológicas localizado no interior pernambucano. Resultados: 116 indivíduos participaram do estudo, 51,72% (n=60) da amostra tinham problemas dentários, 35,34% (n=41) apresentaram lesões em face, 7,75% (n=9) demonstraram lesões localizadas em boca, 5,17% (n=6) apresentaram disfunção da articulação temporomandibular ou outro problema. No tocante às lesões orofaciais, a distribuição por sexo demonstrou prevalência de 60,0% em mulheres e 40,0% em homens. 58% dos indivíduos eram leucodermas e 42% melanodermas. 56,0% identificavam-se como agricultores. Não foi diagnosticada nenhuma neoplasia maligna intraoral, mas identificou-se uma lesão com potencial de malignização, a queilite actínica. Isolando-se as lesões em face, 14,63% foram representadas pelo carcinoma basocelular e 26,82% pelo nevo melanocítico. Conclusão: O estudo demonstrou maior prevalência de lesões faciais em relação às orais, justificada pelo alto índice de exposição desprotegida à radiação solar. Dentre as lesões faciais, carcinoma basocelular e nevo melanocítico merecem destaque. Assim, fazem-se necessárias medidas preventivas efetivas direcionadas para grupos de maior risco.

Descritores: Neoplasias de Cabeça e Pescoço; Neoplasias Cutâneas; Neoplasias Bucais; Prevalência; Epidemiologia.

Abstract

Introduction: According to the National Cancer Institute (INCA), in 2022, oral cancer ranked fifth in prevalence in males and thirteenth in females. In addition, in Brazil, malignant cutaneous neoplasms are the most common, especially non-melanoma skin cancer. Objective: To understand the prevalence and epidemiology of orofacial cancer in the studied population. Material and Method: This is a cross-sectional observational study, which evaluated the prevalence of lesions in the mouth and face and the clinical and sociodemographic aspects associated with the diagnosis, in a Dental Specialty Center located in the interior of Pernambuco. Results: 116 individuals participated in the study, 51.72% (n=60) of the sample had absorbed problems, 35.34% (n=41) had lesions on the face, 7.75% (n=9) lesions located in the mouth, 5.17% (n=6) had temporomandibular joint dysfunction or another problem. With regard to orofacial lesions, the distribution by sex showed a prevalence of 60.0% in women and 40.0% in men. 58% of the subjects were white and 42% black. 56.0% identified themselves as farmers. No intraoral malignancy was diagnosed, but a lesion with malignization potential was identified, actinic cheilitis. Isolating the lesions on the face, 14.63% were represented by basal cell carcinoma and 26.82% by melanocytic nevus. Conclusion: The controlled study showed a higher prevalence of facial lesions in relation to oral lesions, justified by the high rate of unprotected exposure to solar radiation. Among the lesions, basal cell carcinoma and melanocytic nevus are noteworthy. Therefore, effective preventive measures should be taken aimed at higher risk groups.

Descriptors: Head and Neck Neoplasms; Skin Neoplasms; Mouth Neoplasms; Prevalence; Epidemiology.

Resumen

Introducción: Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), en el año 2022, el cáncer oral ocupó el quinto lugar en prevalencia en hombres y el decimotercer en mujeres. Además, en Brasil, las neoplasias cutáneas malignas son las más comunes, especialmente el cáncer de piel no melanoma. Objetivo: Comprender la prevalencia y epidemiología del cáncer orofacial en la población estudiada. Material y Método: Estudio observacional transversal que evaluó la prevalencia de lesiones orofaciales y los aspectos clínicos y sociodemográficos asociados al diagnóstico, en un Centro de Especialidades Odontológicas ubicado en el interior de Pernambuco. Resultados: Participaron del estudio 116 individuos, 51,72% (n=60) de la muestra presentaba problemas dentales, 35,34% (n=41) presentaba lesiones en el rostro, 7,75% (n=9) presentaba lesiones localizadas en la boca, 5,17% (n=6) tenía disfunción de la articulación temporomandibular u otro problema. En cuanto a las lesiones orofaciales, la distribución por género mostró una prevalencia de 60,0% en mujeres y 40,0% en hombres. 58% de los sujetos eran blancos y 42% negros. 56,0% se identificaron como agricultores. No se diagnosticó malignidad intraoral, pero se identificó una lesión con potencial de malignización, queilitis actínica. Aislando las lesiones en el rostro, 14,63% estuvo representado por carcinoma basocelular y 26,82% por nevo melanocítico. Conclusión: El estudio mostró una mayor prevalencia de lesiones faciales que orales, justificado por la alta tasa de exposición sin protección a la radiación solar. Entre las lesiones faciales destacan el carcinoma basocelular y nevo melanocítico. Son necesarias medidas preventivas eficaces dirigidas a los grupos de mayor riesgo.

Descritores: Neoplasias de Cabeza y Cuello; Neoplasias Cutáneas; Neoplasias de la Boca; Prevalencia; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado o principal problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade na maioria dos países. A incidência e mortalidade da doença estão aumentando, não apenas em função do envelhecimento e crescimento populacional, mas também devido à mudança na distribuição e prevalência dos fatores de risco¹.

O câncer oral está entre os dez tipos de câncer mais comuns no mundo, geralmente apresentando diagnóstico clínico tardio e, conseqüentemente, um pior prognóstico, com possibilidades terapêuticas de custo elevado. A doença pode reduzir consideravelmente a qualidade de vida das pessoas acometidas^{2,3}. A etiologia é multifatorial e tanto fatores extrínsecos quanto intrínsecos podem atuar. Os fatores de risco extrínsecos mais associados são agentes químicos carcinógenos, como o tabaco e o álcool⁴⁻⁷. A exposição crônica à radiação ultravioleta da luz solar também constitui um fator importante, especialmente para o câncer de lábio. Os fatores intrínsecos incluem condições sistêmicas, como desnutrição geral ou anemia por deficiência de ferro, já a hereditariedade parece não ter destaque na causalidade do câncer oral⁸.

O atraso no diagnóstico pode ser explicado pelo retardo na busca por cuidado profissional, pois na maioria dos casos, durante a fase inicial de crescimento da neoplasia, a sensibilidade dolorosa é mínima. Estima-se que mais de 90% das neoplasias malignas orais são representadas pelo carcinoma epidermoide, que por vezes têm sido associado ou precedido por lesões potencialmente malignas, principalmente as leucoplasias e eritroplasias⁹⁻¹⁰. Além disso, algumas neoplasias benignas também podem apresentar potencial de tornar-se uma lesão maligna, a exemplo do adenoma pleomórfico¹¹⁻¹³. Contudo, embora sejam conhecidos os principais fatores de risco e a história natural do câncer oral, ações que apresentem impacto positivo em indicadores de incidência e morbimortalidade ainda são insuficientes^{3,14}.

Por outro lado, as neoplasias cutâneas possuem elevada prevalência no Brasil, por ser um país tropical, com grande irradiação solar¹⁵. Existem três principais tipos de câncer cutâneo: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e o melanoma. Os carcinomas do tipo basocelular e espinocelular são classificados como câncer de pele não melanoma, acometem principalmente as regiões de cabeça e pescoço, não apresentam altos índices de letalidade e são curáveis por ressecção cirúrgica. O carcinoma basocelular surge das células basais, localizadas na camada

mais profunda da epiderme e consideradas células-tronco da pele, pois estão em constante processo de proliferação, produzindo queratinócitos que são continuamente empurrados para a superfície. O carcinoma espinocelular tem origem em células escamosas que compõem a camada mais superficial da epiderme, essas células são queratinócitos com formato semelhante à escama de peixe, originados a partir das células basais. O melanoma é o câncer de pele mais mortal, embora apresente uma taxa de incidência dez vezes menor que o câncer de pele não melanoma. Os melanomas surgem dos melanócitos, células que têm como principal função produzir pigmentos e distribuí-los aos queratinócitos, dando, assim, diferentes tonalidades de cores à pele^{16,17}.

Um tipo específico de neoplasia benigna enegrecida em pele, denominada de nevo melanocítico, apresenta potencial de transformação maligna para o melanoma, devendo receber atenção com relação a suas características clínicas e histopatológicas para diferenciação das duas lesões¹⁸.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2016 as neoplasias cutâneas chegavam a atingir cerca de 25% da população brasileira, com altas taxas de incidência na população mais idosa¹⁹⁻²⁰. A exposição desprotegida à radiação solar pode induzir inúmeros efeitos adversos à saúde, principalmente devido a seu componente ultravioleta (UV), que é cumulativo no organismo. Essa exposição é considerada o principal fator de risco para o surgimento de câncer de pele melanoma e não melanoma, principalmente em pessoas de pele clara²¹⁻²⁴. O tipo de ocupação, o grau de escolaridade e outros indicadores socioeconômicos também são fatores de risco importantes, pois a exposição desprotegida durante grande parte da vida profissional atinge números elevados de trabalhadores ao ar livre no mundo^{22,25-27}.

Nesse contexto, as ciências biomédicas, em especial a Odontologia, possuem grande importância na prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral e maxilofacial^{2,28}. Assim, enfatiza-se a necessidade de produção de evidências científicas direcionadas para ações isoladas, que atuem a nível microrregional. Para isso, devem ser avaliadas as características epidemiológicas e socioeconômicas que demonstram verdadeiro impacto sobre os indicadores do câncer nas populações estudadas^{14,29,30}.

Esta pesquisa teve como principal objetivo compreender a prevalência e epidemiologia de lesões em boca e face no interior pernambucano. Evidenciar a prevalência dessas lesões e os fatores de risco associados pode auxiliar na instauração de

medidas preventivas mais efetivas e direcionadas. Ademais, o estudo auxiliará o Cirurgião-Dentista quanto à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da condição, a fim de reduzir seus índices de morbidade e mortalidade, garantindo melhor qualidade de vida para a população.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional transversal, no qual foi avaliada a prevalência de lesões em boca e face e os aspectos clínicos e sociodemográficos associados ao diagnóstico. A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2021 a setembro de 2022, no Centro de Especialidades Odontológicas Maria Salete da Costa, localizado no município de Venturosa, Pernambuco, Brasil, que é referência no diagnóstico do câncer de boca e face na região. Voluntariaram-se a participar do estudo um total de 116 indivíduos.

Os pacientes foram inscritos para esta pesquisa de acordo com os critérios de inclusão: necessidade de atendimento especializado no Centro de Especialidades Odontológicas Maria Salete da Costa; pacientes de ambos os sexos; pacientes maiores de 18 anos. Todos os indivíduos incluídos foram examinados quanto à presença de lesões na região orofacial, de modo que, sendo identificadas estas lesões, realizou-se um exame físico direcionado para documentação das características relacionadas a elas, enquanto os demais voluntários foram excluídos dessa fase da coleta de dados. Utilizou-se uma ficha clínica para cada indivíduo incluído na pesquisa, contendo um questionário de anamnese e as informações a respeito do exame físico extraoral e intraoral. Essa ficha foi preenchida por um único examinador devidamente calibrado, sob supervisão de um profissional responsável com especialidade na área e posterior assinatura do paciente, para garantir a veracidade das informações preenchidas.

A ficha clínica continha a identificação de cada paciente, além de dados epidemiológicos referentes ao sexo, idade, cor da pele, naturalidade, local de residência, profissão. Aspectos de saúde sistêmica e hábitos nocivos (tabagismo e etilismo) também foram avaliados. A respeito do exame extraoral e intraoral, documentou-se a presença de lesões, identificando sua localização anatômica, consistência, presença de mobilidade (móvel ou imóvel à palpação), simetria/assimetria, bordas, coloração, dimensão, tempo de evolução e diagnóstico. Documentaram-se informações a respeito de exames complementares, quando solicitados, e em alguns casos foram realizadas tomadas fotográficas como forma de arquivo.

Os dados coletados nas fichas clínicas

foram organizados e transferidos para planilhas no software Microsoft Office Excel 2010, com base nas seguintes variáveis: sexo, idade, cor da pele, ocupação, queixa principal, consumo de álcool e tabaco. Tratando-se de lesões em boca ou em face, as variáveis avaliadas foram: localização anatômica mais prevalente, características clínicas das lesões (simetria, bordas, coloração, tamanho, classificação, tempo de evolução) e diagnóstico da lesão. Em seguida, foram realizadas análises quantitativas das variáveis, utilizando estatísticas simples, mensuradas por meio de valores percentuais absolutos e relativos.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, número do parecer de aprovação: 45619921.2.0000.5208.

RESULTADOS

Na amostra de 116 pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Maria Salete da Costa, que se voluntariaram a participar da pesquisa, 61,20% (n=71) são do sexo feminino e 38,80% (n=45) são do sexo masculino. Em relação à distribuição por faixa etária da amostra total, identificou-se que 25% (n=29) apresentavam entre 18-29 anos, seguidos por 19,82% (n=23) na faixa dos 50-59 anos, 18,10% (n=21) na faixa dos 30-39 anos, 15,50% (n=18) na faixa dos 40-49 anos, 12,93% (n=15) na faixa dos 60-69 anos e 8,62% (n=10) acima dos 70 anos de idade.

Dentre os 116 voluntários, observou-se que 51,72% (n=60) da amostra buscaram o serviço em função de problemas dentários, 35,34% (n=41) apresentaram lesões em face, 7,75% (n=9) demonstraram lesões localizadas em boca, enquanto 5,17% (n=6) procuraram o serviço devido à disfunção da articulação temporomandibular (ATM) ou algum outro problema. Todos esses dados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição de todos os participantes da pesquisa (n=116) de acordo com: queixa principal, sexo e idade.

Queixa principal	Percentual (%) / Número
Problemas dentários	51,72% (n=60)
Lesões em face	35,34% (n=41)
Lesões em boca	7,75% (n=9)
Problemas na ATM ou outros	5,17% (n=6)
Sexo	Percentual (%) / Número
Feminino	61,20% (n=71)
Masculino	38,80% (n=45)
Idade	Percentual (%) / Número
18-29 anos	25,00% (n=29)
30-39 anos	18,10% (n=21)
40-49 anos	15,50% (n=18)
50-59 anos	19,82% (n=23)
60-69 anos	12,93% (n=15)
Acima dos 70 anos	8,62% (n=10)

Tratando-se exclusivamente dos dados relacionados aos pacientes que apresentaram alguma lesão oral ou facial, representados por um

total de 50 indivíduos, identificou-se maior prevalência do sexo feminino, representando 60,0% (n=30), enquanto o sexo masculino correspondeu a 40,0% (n=20). A distribuição de lesões por cor de pele demonstrou uma prevalência de 58% (n=29) em indivíduos leucodermas e 42% (n=21) em melanodermas. Em relação a ocupação, a maior parte dos pacientes que apresentaram lesões em boca ou em face identificavam-se como agricultores, representando 56% (n=28). Tais dados estão detalhados na Tabela 2. A distribuição de lesões em boca e em face de acordo com localização anatômica e diagnóstico está representada, respectivamente, nas tabelas 3 e 4.

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos que apresentaram lesões em boca ou face (n=50) por sexo, idade, cor da pele e ocupação

Variáveis	Número	Percentual (%)
Lesões		
Lesões em face	41	82,0%
Lesões em boca	9	18,0%
Sexo		
Feminino	30	60,0%
Masculino	20	40,0%
Faixa etária		
18-29 anos	8	16,0%
30-39 anos	4	8,0%
40-49 anos	6	12,0%
50-59 anos	12	24,0%
60-69 anos	11	22,0%
70 anos ou mais	9	18,0%
Cor de pele		
Leucoderma	29	58,0%
Melanoderma	21	42,0%
Ocupação		
Agricultor	28	56,0%
Aposentado	6	12,0%
Estudante	4	8,0%
Pedreiro	1	2,0%
Outros	11	22,0%

Tabela 3. Distribuição de lesões em boca de acordo com localização anatômica e diagnóstico (n=9)

Variáveis	Número	Percentual (%)
Localização anatômica em boca		
Mucosa jugal	3	33,33%
Lábio inferior	2	22,22%
Língua	2	22,22%
Lábio superior	1	11,11%
Gengiva	1	11,11%
Diagnóstico das lesões em boca		
Fibroma	4	44,44%
Adenoma Pleomórfico	1	11,11%
Lipoma	1	11,11%
Mucocele	1	11,11%
Queilite Actínica	1	11,11%
Líquen Plano	1	11,11%

Tabela 4. Distribuição de lesões em face de acordo com localização anatômica e diagnóstico (n=41)

Variáveis	Número	Percentual (%)
Localização anatômica em face		
Região zigomática	10	24,19%
Região frontal	9	21,95%
Nariz	5	12,19%
Pálpebra inferior	4	9,75%
Região auricular	4	9,75%
Região bucinadora	4	9,75%
Sulco nasogeniano	2	4,87%
Pálpebra superior	1	2,43%
Região mentoniana	1	2,43%
Região de ângulo mandibular	1	2,43%
Diagnóstico das lesões em face		
Nevo melanocítico	11	26,82%
Nevo comum	8	19,51%
Fibroma	8	19,51%
Carcinoma basocelular	6	14,63%
Cisto sebáceo	6	14,63%
Lipoma	1	2,43%
Xantelasma	1	2,43%

As lesões em boca detectadas por ordem de prevalência foram: fibroma 44,44% (n=4), seguidas por queilite actínica, líquen plano, adenoma pleomórfico, mucocele e lipoma, cada uma com igual prevalência de 11,11% (n=1). Dentre essas lesões, existem condições, como a queilite actínica, o líquen plano e o adenoma pleomórfico, que apresentam potencial de transformação maligna relatado na literatura.

Tratando-se das lesões localizadas na face, as mais prevalentes foram: nevos melanocíticos 26,82% (n=11), seguidos por nevos comuns 19,51% (n=8), fibromas 19,51% (n=8), carcinoma basocelular 14,63% (n=6), cistos sebáceos 14,63% (n=6), xantelasma 2,43% (n=1) e lipoma 2,43% (n=1).

Não foi detectada nenhuma lesão maligna em boca na amostra pesquisada. No tocante aos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de câncer oral, verificou-se que 18% (n=9) dos 50 indivíduos com lesões em boca ou em face consomem álcool, 14% (n=7) já consumiram, enquanto 68% (n=34) nunca fizeram uso de álcool. Tratando-se do consumo de tabaco, 12% (n=6) relataram ainda consumirem, enquanto 14% (n=7) assumem já terem consumido e 74% (n=37) nunca fizeram uso do tabaco.

DISCUSSÃO

Não foram encontradas na literatura outras pesquisas que abordassem conjuntamente a prevalência de lesões em boca e face, o que seria interessante para uma análise comparativa mais detalhada, sendo esse um diferencial do estudo em questão.

Existem três principais lesões com maior potencial de transformação maligna para um câncer oral, sendo elas: leucoplasias, eritropiasias e queilite actínica. Alguns autores também consideram que o líquen plano oral apresenta este potencial, embora ainda existam controversas na literatura. O diagnóstico dessas desordens é realizado por meio da avaliação clínica e confirmado pelo exame histopatológico, para descartar outras lesões que possuem aspecto clínico semelhante⁸⁻¹⁰. Em grande parte dos casos, há compatibilidade do diagnóstico clínico com o histopatológico. Lesões como eritroplasia, leucoplasia e eritroleucoplasia estão comumente relacionadas ao hábito de fumar, enquanto a queilite actínica relaciona-se com a exposição solar. Entre essas lesões, a eritroleucoplasia normalmente apresenta maior grau de malignização^{8,9}. Dentre as lesões mencionadas, a presente pesquisa detectou casos de queilite actínica e líquen plano oral.

Na amostra estudada houve um caso de neoplasia benigna que merece destaque, o adenoma pleomórfico, localizado na região de

mucosa jugal, em paciente do sexo feminino, quinta década de vida. Autores^{12,13} afirmam que o adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna de glândulas salivares mais comum, acometendo principalmente a glândula parótida, sendo mais frequente em mulheres entre a quarta e a sexta décadas de vida. Por ser uma lesão assintomática, normalmente é detectada durante a palpação em exames físicos de rotina. Quando tratada previamente, a lesão apresenta bom prognóstico, sem características de recorrência. Entretanto, segundo pesquisa¹¹, um percentual de 3 a 4% de casos de transformação maligna dessa neoplasia foi relatado na literatura, resultando em um carcinoma ex-adenoma pleomórfico.

O exame clínico cuidadoso favorece a identificação de lesões potencialmente malignas e é de extrema importância, pois quanto mais cedo a doença for descoberta, melhor seu prognóstico. No entanto, é lamentável que no Brasil a identificação do câncer oral em estágio inicial corresponda a menos de 10,0% dos diagnósticos²⁹. Assim, é fundamental que seja dada maior atenção ao diagnóstico precoce de lesões orais potencialmente malignas, para a escolha da melhor conduta terapêutica e controle da lesão, impedindo sua transformação maligna^{2,9}.

Não foi identificado nenhum tipo de câncer oral nos participantes desta pesquisa e houve uma exposição relativamente baixa da amostra a hábitos nocivos como o tabagismo e o etilismo. Estudo⁴ relata existir uma correlação significativa entre os casos de câncer bucal e fatores como o tabagismo e o etilismo, sejam eles usados isoladamente, ou de maneira ainda mais acentuada, se ambos os fatores estiverem associados, uma vez que esses hábitos estão diretamente relacionados à carcinogênese oral.

As regiões Nordeste e Sudeste apresentam os maiores percentuais de câncer oral. Estudos apontam que a doença apresenta maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, cor branca e faixa etária a partir de 50 anos de idade. As localizações anatômicas mais comuns são a língua e o assoalho de boca; indivíduos com baixo nível de escolaridade, etilistas e tabagistas são os mais acometidos. A identificação de fatores de risco auxilia no diagnóstico precoce da doença. Avaliar o perfil epidemiológico do câncer de boca no Brasil contribui para o planejamento de ações de controle, prevenção e diagnóstico precoce. Por isso, é importante que sejam intensificadas políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento direcionadas para populações específicas^{29,30}.

Tratando-se das neoplasias cutâneas, o tipo de câncer de pele mais mortal é o melanoma, com incidência muito menor quando comparado ao câncer de pele não melanoma¹⁶. A maioria dos

melanomas não surgem a partir de uma lesão pré-existente, mas, em uma porcentagem variável de melanomas podem ser observados indícios histológicos de um nevo melanocítico¹⁸. Embora durante a pesquisa não tenha sido diagnosticado nenhum caso de melanoma, observou-se um alto índice de nevos melanocíticos dentre as lesões em pele apresentadas pela população estudada.

Vários estudos demonstraram uma associação clínica ou histológica significativa entre melanomas e nevos melanocíticos. Uma análise agregada de um total de 16.162 pacientes verificou que cerca de 30% dos melanomas estão associados histologicamente a um nevo melanocítico. A associação histológica do melanoma com um nevo se correlaciona com fatores prognósticos favoráveis, enquanto uma associação clínica se correlaciona a fatores desfavoráveis. Contudo, artigos publicados anteriormente não demonstraram diferenças significativas na sobrevida¹⁸.

O tipo de câncer diagnosticado com mais frequência e a principal causa de morte pela doença variam substancialmente entre os países e dentro de cada país, dependendo do grau de desenvolvimento econômico, dos fatores sociais e de estilo de vida associados à população^{1,14}. A incidência de câncer ainda é maior em países mais desenvolvidos, entretanto, a mortalidade é proporcionalmente maior naqueles menos desenvolvidos. Na população brasileira, a grande maioria das neoplasias malignas apresentam taxas crescentes de mortalidade, com exceção dos cânceres de estômago e de colo do útero que estão com taxas em declínio, porém, ainda consideradas altas em relação a outras nações²⁴.

O câncer de cabeça e pescoço está entre os mais comuns, com elevada prevalência no sudeste asiático, Brasil e Europa central, sendo representado principalmente pelo câncer de pele não melanoma. A base do tratamento continua sendo a cirurgia^{5,6,17}. O carcinoma basocelular foi o único tipo de câncer observado neste estudo, representando 14,63% (n=6) do total de indivíduos com lesões faciais (n=41).

No Brasil, o câncer de pele não-melanoma é a neoplasia maligna de maior incidência e prevalência, sendo 90% representados pelo carcinoma de células escamosas e pelo carcinoma basocelular, enfatizando-se que este último unicamente representa 70% desses casos. Isso ocorre, pois o Brasil é um país tipicamente tropical, com grande irradiação solar. A exposição excessiva ao sol e a ausência de medidas de proteção são os principais fatores de risco para o surgimento de neoplasias em pele e efeitos adversos nos olhos, atingindo principalmente pessoas de pele e olhos claros. Em idosos existem

fatores agravantes, pois normalmente são portadores de um sistema imune mais deficiente, além de sofrerem as consequências dos fatores ambientais aos quais foram expostos ao longo de toda vida^{15,19,21,23,27}. Tais dados fundamentam este estudo, pois se tratando especificamente da parcela da amostra que apresentou o carcinoma basocelular, os indivíduos estavam na faixa etária dos 50-59 anos ou apresentavam 70 anos ou mais, havendo maior prevalência do sexo feminino, destacando-se que todos os indivíduos eram leucodermas e agricultores.

Nesse contexto, em concordância com os resultados obtidos neste estudo, autores²⁷ identificaram que o carcinoma basocelular acomete um pouco mais mulheres, porém, o carcinoma de células escamosas é mais prevalente na população masculina brasileira. A faixa etária mais acometida no Brasil é correspondente a indivíduos com 70 anos ou mais. Segundo Carvalho e Paes²⁰, embora as taxas de incidência e prevalência sejam altas, principalmente na faixa etária acima de 70 anos, a mortalidade desse tipo de câncer é baixa quando comparada a outros cânceres de grande incidência, como o de próstata em homens e o de mama em mulheres.

A atividade desenvolvida por todos os indivíduos que demonstraram câncer de pele na amostra em questão estava relacionada à agricultura. Segundo pesquisa²², a exposição ocupacional constitui um fator muito relevante e atinge um número elevado de trabalhadores ao ar livre no mundo, expostos durante grande parte de sua vida profissional. Estudo²⁶ verificou que, embora trabalhadores rurais possuam algum tipo de informação e orientação sobre o câncer de pele e sua prevenção, a maioria não utiliza medidas de proteção como roupas e protetor solar adequados, além de estarem expostos ao sol em horários inadequados. Ademais, a maioria possui uma pequena propriedade e o trabalho é manual, levando-os a uma exposição ainda maior. Muitos possuem histórico familiar de câncer de pele, fator que influencia o desenvolvimento. Essa população também é afetada pela falta de acesso à educação e de ações de promoção e prevenção à saúde.

Acredita-se que a maior prevalência de lesões em face nesse estudo, quando comparadas às lesões em boca, deve-se à distribuição sociodemográfica e à ocupação dos indivíduos atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas Maria Salete da Costa em Venturosa-PE. Observou-se um alto padrão de exposição da amostra à radiação ultravioleta da luz solar, que é o principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões em pele, pois muitos pacientes que se voluntariaram para esta pesquisa exerciam a agricultura como principal atividade

socioeconômica.

Por ser o mais incidente e prevalente no Brasil, o câncer de pele representa um grave problema de saúde pública. O conhecimento dos fatores de risco e a adesão a medidas protetoras são necessários, para que se reduzam as chances de desenvolvimento de neoplasias, visto que a radiação solar é cumulativa. Por isso, a prevenção e, sobretudo, ações de rastreamento para diagnóstico precoce apresentam grande importância, sendo primordial conscientizar todos os indivíduos, especialmente os idosos e as pessoas que trabalham diariamente expostas à radiação solar, sobre os cuidados de fotoproteção que ainda não são aderidos diariamente pela população, visando à prevenção do câncer de pele e visando melhor qualidade de vida^{19,24-27}.

Sendo assim, o Cirurgião-Dentista apresenta um importante papel dentro da equipe multiprofissional, na sensibilização da população para a aquisição de hábitos saudáveis e prevenção do câncer orofacial. Entretanto, muitos profissionais ainda não apresentam conhecimento suficiente sobre a doença, fazendo-se necessárias ações de educação continuada, a fim de aprofundar conhecimentos e proporcionar o diagnóstico precoce^{3,7,28}.

Nesse contexto, novos estudos devem ser propostos, com maior tempo de acompanhamento e rigor metodológico, visando evidenciar a prevalência do câncer de boca e face, bem como os fatores de risco mais associados a eles. Desse modo, com base no conhecimento dos principais indicadores epidemiológicos da doença, poderão ser propostas medidas de prevenção mais efetivas, direcionadas aos grupos que mais necessitem.

CONCLUSÃO

Grande parcela da amostra estudada apresentou alguma lesão em boca ou em face. Não foi detectada nenhuma neoplasia maligna intraoral. Dentre as lesões em face detectadas, merecem destaque o carcinoma basocelular e o nevo melanocítico. O maior número de lesões em face em relação às orais deve-se ao padrão de atividade socioeconômica desenvolvida pelos participantes da pesquisa, direcionada para a agricultura, com uma alta taxa de exposição à radiação ultravioleta da luz solar. Nesse contexto, é primordial que ocorra a instauração de medidas preventivas mais efetivas, direcionadas principalmente para os grupos de maior risco, além da realização novos estudos com maior tempo de acompanhamento. Assim, o Cirurgião-Dentista tem um papel fundamental nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das lesões orofaciais, a fim de garantir melhor qualidade de vida para a população e reduzir os índices de morbidade e mortalidade relacionados ao problema.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA*. 2018;68(6):394-424.
2. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884-94.
3. Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-60.
4. Freitas RM, Rodrigues AMX, Matos Júnior AF et al. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. *Rbac*. 2016;48(1):13-18.
5. Kaidar-Person O, Gil Z, Billan S. Precision medicine in head and neck cancer. *Drug Resist Updat*. 2018;40:13-6.
6. Kfoury SA, Eluf Neto J, Koifman S, et al. Fração de câncer de cabeça e pescoço atribuível ao tabaco e ao álcool em cidades de três regiões brasileiras. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21:e180005.
7. Lopes AC, Barbosa KC, Barroso ML, et al. Brasil: tabagismo e consumo de bebida alcoólica nos últimos dez anos (vigitel) e o papel do Cirurgião-Dentista na prevenção do câncer bucal. *Res Soc Dev*. 2021;10(8):e39110817278.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4.ed. Elsevier: Rio de Janeiro; 2016.
9. Maia HC, Pinto NA, Pereira JD, et al. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein*. 2016;14(1):35-40.
10. Binda, NC, Binda, AL, Pinho, RA, et al. Lesões potencialmente malignas da região bucomaxilofacial. *Res Soc Dev*. 2021; 10(11):e185101119452-e185101119452.
11. Oliveira LJ, Castro HHO, Leão PLR, et al. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2016;57(1):55-61.
12. Nair V, Thomas D, Thomas S. Pleomorphic adenoma: An unusual presentation on upper lip - A case report. *J Indian Acad Oral Med Radiol*. 2017;29(3):217.
13. Cardoso JA, Gama EP, Vilela DDC, et al. Adenoma pleomórfico em mucosa jugal: Relato de caso clínico. *Rev Cir Traumatol Buco Maxilo Fac*. 2018;18(3):41-44.
14. Torres-Pereira CC, Angelim-Dias A, Melo NS, et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(suppl):s30—s39.
15. Moura PF, Paula CD, Oliveira CF, et al. Câncer de pele: Uma questão de saúde pública. *Visao Acad*. 2017;17(4).
16. Liu-Smith F, Jia J, Zheng Y. UV-Induced Molecular Signaling Differences in Melanoma and Non-melanoma Skin Cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2017;996:27-40.
17. Kansara S, Bell D, Weber R. Surgical management of non melanoma skin cancer of the head and neck. *Oral Oncol*. 2020;100:104485.
18. Martín-Gorgojo A, Nagore E. Melanoma Arising in a Melanocytic Nevus. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018;109(2):123-132.
19. Imanichi D, Moraes CF, Sotero RC, et al. Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2017;22(1):3-7.
20. Carvalho JB, Paes NA. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste brasileiro. *Cienc Amp Saude Coletiva*. 2019;24(10):3857-66.
21. Feller L, Khammissa RA, Kramer B, et al. Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the head and face. *Head Amp Face Med*. 2016;12(1):1-7.
22. Modenese A, Korpinen L, Gobba F. Solar Radiation Exposure and Outdoor Work: An Underestimated Occupational Risk. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2063.
23. Castro-Maqueda G, Lagares Franco C, Gutiérrez-Manzanedo JV, et al. What Sun Protection Practices Should Be Adopted by Trainee Teachers to Reduce the Risk of Skin Cancer and Other Adverse Outcomes? *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):529.
24. Soares LS, Mendes AC, Sampaio JR. Incidence and mortality of malignant neoplasms in the Northeast/Brazil in the period from 1979 to 2016: an Integrative Review. *Braz J Dev*. 2021; 7(3):33262-75.
25. Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CS, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):102-15.
26. Dalcin MM, Krause GC, Scherer CM, et al. Câncer de pele em trabalhadores rurais: fotoexposição e orientação quanto a fatores de risco. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e15110111594.
27. Victor YA, Costa IS, Batalha Júnior ND, et al. Análise comparativa do perfil epidemiológico do câncer de pele não-melanoma no Brasil, Nordeste e Maranhão, no período 2015-2019. *Res Soc Dev*. 2021;10(5):e14410514552.
28. Barros AT, Silva CC, Santos VD, et al. Knowledge of oral and oropharyngeal cancer by dental surgeons: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1): e20200080.
29. Volkweis MR, Blois MC, Zanin IIR, et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer Bucal em um CEO. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2014;14(2):63-70.
30. Soares EC, Bastos Neto BC, Santos LP. Estudo epidemiológico do câncer de boca no Brasil. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa Sao Paulo*. 2019;64(3):192-98.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Herlla Sofia Sales de Melo

Avenida Professor Artur de Sá, Nº 1170,
Várzea/Cidade Universitária,
50740535 Recife, Pernambuco, Brasil
Email: herllasales@gmail.com

Submetido em 26/05/2023

Aceito em 26/07/2023