

Estudo Epidemiológico do Carcinoma Espinocelular da Boca e Orofaringe

Epidemiologic Study of Squamous Cell Carcinoma of the Mouth and Oropharynx

Ricardo Salinas Perez*, **Simone Marques de Freitas***, **Rogério Aparecido Dedititis****,
Abrão Rapoport***, **Odilon Victor Porto Denardin******, **Josias de Andrade Sobrinho*******.

* Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, Hospshel, São Paulo (Bolsista do MEC/CAPES).

** Doutor em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Professor Titular de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Metropolitana de Santos.

*** Livre Docente pelo Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, Hospshel, São Paulo.

**** Doutor em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Endocrinologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Docente Permanente do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, Hospshel, São Paulo.

***** Doutor em Medicina pelo Curso de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Docente Permanente do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, Hospshel, São Paulo.

Instituição: Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Hospital Heliópolis, São Paulo.

Endereço para correspondência: Rogério A. Dedititis – Rua Cônego Xavier, 276 – São Paulo / SP – CEP: 04231-030 – Fax (11) 2273-8224 – E-mail: hospshel.cpg@terra.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da R@IO em 6 de maio de 2007, 13:05:41. Cód. 250. Artigo aceito em 9 de julho de 2007.

Suporte Financeiro: não houve.

RESUMO

- Objetivo:** Estabelecer a relação entre variáveis demográficas, clínico-patológicas, hábitos, estadiamento e prognóstico das neoplasias malignas da boca e orofaringe.
- Casística e Método:** Em pesquisa retrospectiva observacional, foram estudados 552 pacientes que tiveram diagnóstico de carcinoma espinocelular da boca e orofaringe, atendidos de 2000 a 2004. As variáveis estudadas incluíram: gênero, etnia, idade, tabagismo, etilismo, estadiamento e seguimento.
- Resultados:** Em relação ao gênero, houve um predomínio do masculino, na proporção de 5:1, enquanto que, para a etnia, houve da caucasiana em relação às demais, na proporção de 3:1. Quanto aos fatores de risco, a associação de tabagismo e etilismo mostrou-se constante, principalmente nos estádios avançados (III e IV). Quanto à localização, encontrou-se nítido predomínio do andar inferior da cavidade oral (língua, soalho e gengiva), sendo que, somente na língua ocorreu diagnóstico precoce da doença. Quanto ao estadiamento, não houve diagnóstico precoce no câncer de boca e, ao seguimento, somente 25,5% dos pacientes sobreviveram. Constatou-se um aumento dos casos de estadiamento inicial (estádios I e II) e uma diminuição dos casos avançados (III e IV) no período de 2000 a 2004.
- Conclusão:** Houve uma frequência elevada do câncer da boca e orofaringe no gênero masculino, os carcinógenos (tabaco e álcool) mostraram-se presentes em todos os estádios da doença, a recidiva e a perda de seguimento estão associadas aos óbitos entre os pacientes, onde os estádios avançados III e IV foram predominantes.
- Palavras-chave:** carcinoma espinocelular, boca, orofaringe, epidemiologia.

SUMMARY

- Objective:** To establish the relationship among demographic variables, clinico-pathological factors, habits, stage and prognostic of squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx. Patients and methods: retrospective observational study of 552 patients with squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx treated from 2000 to 2004. The variables studied were: gender, ethnics, age, smoking, alcohol consumption, stage and follow up.
- Results:** There was a prevalence of men over females in a 5:1 ratio, whereas for ethnics there was a prevalence of Caucasians over the other ones in a 3:1 ratio. For the risk factors, the association of smoking and alcohol consumption was constant, mainly in patients with advanced stage (III and IV), demonstrating the connection between the carcinogens and these stages. Regarding the location, a clear prevalence of the inferior portion of the oral cavity was found, and only in the tongue the diagnosis was early. It was also highlighted that early diagnosis was not found in the oral cancer. The survival rate was 25.5%. At the end of the study an increase in cases of initial stage (stages I and II), and a decrease in advanced cases (III and IV) in the period between 2000 and 2004 was verified.
- Conclusion:** There was a higher incidence of oral and oropharyngeal cancer in men, the carcinogens were present in all stages of the disease, the recurrence and the follow up interruption were the usual determinants of death and the advanced stages III and IV were prevalent.
- Key words:** squamous cell carcinoma, mouth, oropharynx, epidemiology.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas da cavidade oral constituem-se em sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde de 2004, o câncer bucal é a sétima neoplasia maligna mais freqüente no Brasil (1). Muitos fatores contribuem para seu aumento crescente, sendo que o envelhecimento da população decorrente do desenvolvimento sócio-econômico impede mortes prematuras e permite que se estabeleçam programas de diagnóstico da doença, com conseqüente melhoria dos controles estatísticos populacionais. Todavia, a urbanização e o desenvolvimento tecnológico expõem a população às enfermidades dependentes de aditivos alimentares, pesticidas, poluição ambiental, tabagismo e etilismo. Esses dois últimos fatores são responsáveis pelo aumento do risco relativo da incidência do câncer bucal em até 140 vezes (1).

O problema do câncer oral no Brasil é preocupante, pois o aumento das taxas de incidência e conseqüente mortalidade estão entre as mais elevadas do mundo. Além disso, o diagnóstico, que pode ser realizado facilmente pela localização da neoplasia, é feito usualmente nas fases mais avançadas da doença (estádios III e IV), o que explica os maus resultados de sobrevida por esta doença, independente do planejamento terapêutico adotado. Ocorre ainda a falta de informação da população geral e dos profissionais de saúde na prevenção do câncer da boca e orofaringe, determinando atraso de diagnóstico e início tardio do tratamento (1).

O conhecimento do comportamento epidemiológico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe, nos diversos serviços, permitirá um planejamento adequado dos recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos para essa doença. Os objetivos deste estudo foram estabelecer as relações entre os fatores demográficos, estádios clínico-patológicos, hábitos, estadiamento e o seguimento no carcinoma espinocelular da boca e orofaringe.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Este trabalho é um levantamento epidemiológico retrospectivo de 552 pacientes com diagnóstico de carcinoma espinocelular da cavidade oral e orofaringe, tratados no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hosphel, São Paulo, de 2000 a 2004. O trabalho foi aprovado sob o número 541, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Heliópolis, em 12/06/2007. Os dados foram coletados em fichas contendo as seguintes informações: nome, código do processo, gênero, idade, etnia, alcoolismo, fumo, sitio da

lesão, classificação TNM (que categoriza tumor primário - T, metastatização linfonodal - N e à distância - M) e seguimento.

Quanto às variáveis do estudo, aferimos a idade em anos completos, gênero (masculino e feminino) etnia (branco, negro, pardo e amarelo), hábitos (álcool e fumo). Quanto ao consumo de álcool e fumo, classificamos em “sim” e “não”, para quem tinha o hábito e para quem não tinha, respectivamente. Quanto à quantidade consumida, classificamos de acordo a uma escala em que para tabaco: + consome 10 cigarros com filtro/dia ou dois cigarros sem filtro/dia; ++ consome 20 cigarros com filtro/dia ou quatro cigarros sem filtro/dia; +++ consome 30 cigarros com filtro/dia ou seis cigarros sem filtro/dia; e ++++ consome 40 cigarros com filtro/dia ou mais que seis cigarros sem filtro/dia. Para o etilismo, usamos uma escala onde: + consome um dose/dia de destilados ou meia garrafa/dia de fermentados; ++ consome dois doses/dia de destilados ou uma garrafa/dia de fermentados; +++ consome três doses/dia de destilados ou uma e meia garrafas/dia de fermentados; e ++++ consome quatro doses/dia ou mais de destilados ou duas garrafas/dia de fermentados. Quanto à localização, foram observados os sítios da cavidade oral e orofaringe. O estadiamento seguiu a classificação TNM (2). Em relação ao seguimento, os pacientes foram classificados em vivo sem doença, vivo com doença, óbito por outros motivos e óbito por doença (CEC), sendo a estatística descritiva foi contemplada através de tabelas vinculadas com distribuição das variáveis nominais (gênero, etnia, fatores de risco, local da lesão, seguimento e ano do diagnóstico) ou numéricas (idade, tempo de tabagismo e tempo de etilismo) em freqüências absoluto-relativas e medidas de tendência central e dispersão, de acordo com o ano de diagnóstico e estágio (agrupados em estágio inicial I e II e avançado III e IV). Para a inferência estatística (teste de hipóteses) das variáveis nominais não paramétricas, distribuídas em tabelas de associação, foi utilizado o teste do qui-quadrado. Para as variáveis numéricas contínuas optou-se pela comparação com testes paramétricos de acordo com as possibilidades de evento da variável independente - teste t de Student não pareado para a distribuição do estágio (análise bivariada) e análise de variância de um passo (one way ANOVA) para a distribuição do ano de diagnóstico (análise multivariada). A significância estatística foi descrita, nas tabelas de associação, com asteriscos acompanhados da apresentação do valor da probabilidade associada ao evento (p). Os casos de ausência de significância estatística foram indicados com a sigla NS. Em todas as situações de análise foi escolhido um erro alfa menor do que 5% ($p < 0,05$) para rejeição da hipótese de nulidade.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, constatamos que, com relação ao gênero, houve predomínio do masculino (456

casos) em relação ao feminino (95 casos), permitindo estabelecer uma relação de 5:1. Na análise do quinquênio, percebemos que o percentual de incidência no gênero masculino mantém-se sem alteração significativa variando de 79,2% a 89,2%. Quanto ao gênero feminino, percebemos, nesse período, diferença mais acentuada com percentagem variando de 10,8% para 20,8%. Todavia, não houve variações estatísticas significativas, apesar de notarmos uma discreta tendência ao aumento da incidência de casos do gênero feminino comparando o início e o fim do período pesquisado.

Para a etnia, houve o predomínio de caucasianos, com 75,3% em relação aos negros com 14,7%, pardos com

9,3% e 0,7% de amarelos, em um total de 551 casos com informação, o que demonstra uma proporção de 3:1. Tais variações mantiveram-se praticamente constantes no período analisado.

Quanto aos fatores de risco, a associação do tabagismo e etilismo é muito impactante no câncer da boca e de orofaringe (valores variando de 77,1% a 83,9%, por ano pesquisado), sendo um total de 443 pacientes (80,3%) de todos os pacientes estudados apresentaram essa associação. Já o uso isolado de álcool e do tabaco (1,4% e 10,3%, respectivamente), não foram impactantes na casuística, bem como a não utilização dos mesmos restringiu-se a cifras de 8%, não sendo significativa estatisticamente.

Tabela 1. Distribuição das variáveis de acordo com o ano de inclusão dos participantes.

Variáveis	Ano de inclusão					Total
	2000	2001	2002	2003	2004	
Gênero ^{NS} (n = 551)						
Masculino	56 (84,8)	83 (89,2)	76 (79,2)	103 (81,7)	138 (81,2)	456
Feminino	10 (15,2)	10 (10,8)	20 (20,8)	23 (18,3)	32 (18,8)	95
Etnia ^{NS} (n = 550)						
Branco	52 (78,8)	65 (70,7)	75 (77,3)	90 (72,0)	132 (77,6)	414
Negros	7 (10,6)	16 (17,4)	15 (15,5)	17 (13,6)	26 (15,3)	81
Amarelos	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,8)	1 (0,6)	4
Pardos	6 (9,1)	11 (12,0)	6 (6,2)	17 (13,6)	11 (6,5)	51
Fatores de risco ^{NS} (n = 552)						
Tabagismo	4 (6,1)	10 (10,2)	12 (12,4)	11 (8,7)	20 (11,8)	57
Etilismo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,4)	5 (2,9)	8
Ambos	55 (83,3)	78 (83,9)	76 (78,4)	103 (81,7)	131 (77,1)	443
Nenhum	7 (10,6)	5 (5,4)	9 (9,3)	9 (7,1)	14 (8,2)	44
Local da lesão ^{NS} (n = 552)						
Loja tonsilar	7 (10,6)	12 (12,9)	8 (8,2)	10 (7,9)	17 (10,0)	54
Área retromolar	2 (3,0)	1 (1,1)	4 (4,1)	8 (6,3)	15 (8,8)	30
Soalho da boca	15 (22,7)	25 (26,9)	21 (21,6)	30 (23,8)	42 (24,7)	133
Língua	19 (28,8)	21 (22,6)	21 (21,6)	19 (15,1)	33 (19,47)	113
Gengiva	5 (7,6)	9 (9,7)	6 (6,2)	9 (7,1)	12 (7,1)	41
Lábio	4 (6,1)	2 (2,2)	4 (4,1)	14 (11,1)	11 (6,5)	35
Região jugal	1 (1,5)	0 (0,0)	4 (4,1)	6 (4,8)	3 (1,8)	14
Palato	3 (4,5)	8 (8,6)	13 (13,4)	11 (8,7)	11 (6,5)	46
Orofaringe	10 (15,2)	15 (16,1)	16 (16,5)	19 (15,1)	26 (15,3)	86
Estádios* (n = 525)						
Estádio I	5 (7,6)	2 (2,4)	1 (1,1)	7 (5,8)	23 (14,0)	38
Estádio II	7 (10,6)	17 (20,0)	16 (17,8)	32 (26,7)	41 (25,0)	113
Estádio III	9 (13,6)	20 (23,5)	28 (31,1)	23 (19,2)	36 (22,0)	116
Estádio IV	45 (68,2)	46 (54,1)	45 (50,0)	58 (48,3)	64 (39,0)	258
Seguimento** (n = 550)						
Óbito por câncer	34 (51,5)	35 (37,6)	42 (43,3)	57 (45,6)	52 (30,8)	220
Óbito por outras causas	0 (0,0)	2 (2,2)	0 (0,0)	3 (2,4)	0 (0,0)	5
Perda de seguimento	23 (34,8)	33 (35,5)	30 (30,9)	42 (33,6)	57 (33,7)	185
Vivo com doença	0 (0,0)	10 (10,8)	14 (14,4)	6 (4,8)	20 (11,8)	50
Vivo sem doença	9 (13,6)	13 (14,0)	11 (11,3)	17 (13,6)	40 (23,7)	90

Legenda: NS = diferença não significativa ($p > 0,05$); * = diferenças significativas ; * $p < 0,001$; ** $p = 0,002$

Tabela 2. Distribuição das médias \pm desvio padrão das variáveis contínuas de tempo e idade, de estudo de acordo com o avanço de estágio ao diagnóstico.

Variáveis	Estádio ao diagnóstico		Total
	Inicial (I e II)	Avançado (III e IV)	
Idade (anos) ^{NS}			
Média \pm desvio padrão	57 \pm 13	56 \pm 12	56 \pm 12
Tempo de tabagismo (anos) ^{NS}			
Média \pm desvio padrão	39 \pm 13	39 \pm 13	39 \pm 13
Tempo de etilismo (anos) ^{NS}			
Média \pm desvio padrão	34 \pm 13	34 \pm 12	34 \pm 13

Legenda: NS = diferença não significativa ($p > 0,05$)

Quanto à localização da lesão, houve um nítido predomínio do andar inferior da boca, com 317 pacientes (57,5%), seguido da orofaringe com 140 pacientes (25,3%), depois palato e lábios com 11 casos e (6,5%) ambos, não sendo significativa o local do diagnóstico inicial.

Para o seguimento, consideramos o óbito por câncer em 220 pacientes (40%), a perda de seguimento em 185 pacientes (33,6%). No total, foram a óbito 405 pacientes (73,3%), tivemos 90 pacientes que estão vivos (16,3%) e vivos com doença 50 pacientes (9%). Podemos considerar que 140 pacientes (25,5%) constituem o grupo que está vivo, dos quais 90 pacientes estão vivos assintomáticos, o que permite afirmar que somente 25,5% dos nossos pacientes sobreviveram aos procedimentos terapêuticos estabelecidos.

Quanto aos hábitos de fumo e álcool, aferimos que o tempo médio de uso em nossos pacientes foi de 56 ± 13 anos para o tabagismo e 34 ± 13 anos para o etilismo, sem a observação de mudanças anuais no tempo médio de uso ou comportamento quanto ao consumo de carcinógenos.

Quando consideramos as mesmas variáveis para estádios iniciais (I e II) e avançados (III e IV), os mesmos fatos repetem-se, não ocorrendo variações das variáveis idade, tabagismo e etilismo que alterassem os seus valores no início e no fim da doença (Tabela 2).

Com relação à distribuição das variáveis do estudo, em função dos estadiamentos, inicial (I e II) e avançado (III e IV), houve uma distribuição que permite aferir uma discreta tendência ao aumento de casos iniciais no fim do quinquênio em relação ao início e uma discreta diminuição dos casos avançados no mesmo período (Tabela 3).

Com relação ao gênero, houve uma distribuição mais equilibrada no diagnóstico precoce ocorrendo um desequilíbrio nos casos avançados. Percebe-se que, nos estádios iniciais, a relação de gênero (masculino/feminino) foi de 3:1 e, nos estádios avançados, foi de 5:1.

Quanto à etnia nos estádios iniciais, a distribuição mostrou-se com predomínio dos caucasianos em relação aos demais, o que se repete nas fases avançadas da doença.

Quanto aos fatores de risco, acentua-se nitidamente associação de etilismo com o tabagismo nos estádios avançados (III e IV) em relação aos estádios iniciais (I e II). Isso permite afirmar que, é nítida a associação dos carcinógenos com as fases avançadas da doença, com forte significado estatístico.

Para localização da lesão, o predomínio do diagnóstico nas fases avançadas é nítido com exceção do câncer de lábio, onde o diagnóstico habitualmente é feito mais precocemente, (75% para estádios I e II e 25% para III e IV), sendo essa distribuição estatisticamente significativa ($p=0.001$).

DISCUSSÃO

Entre os diferentes aspectos epidemiológicos do câncer da boca e orofaringe, encontramos um predomínio do gênero masculino, na proporção de 5:1, que está de acordo com a literatura (3-9). Todavia, o aumento da incidência no gênero feminino, com um maior consumo de carcinógenos é um fato observado nas últimas décadas (10-12).

Quanto à etnia, notamos predomínio de caucasianos em relação aos demais em proporção de 3:1, o que vem se mantendo como uma constante em outras séries no Brasil (5,10). Pacientes negros e amarelos são pouco acometidos pelo câncer da boca em nossa casuística por razões distintas. Enquanto que os negros sofrem exclusão social, não tendo acesso a programas de prevenção, os amarelos, por questões genéticas, são pouco acometidos pelo câncer da boca e orofaringe (5,6,9,10).

Quanto aos fatores de risco, a associação do tabagismo com o etilismo é predominante, sendo constatada em

Tabela 3. Distribuição das variáveis de acordo com o avanço de estágio ao diagnóstico dos participantes.

Variáveis	Estádio ao diagnóstico				Total		p
	Inicial (I e II)		Avançado (III e IV)		n	%	
	n	%	n	%			
Ano de diagnóstico (n = 525)							
2000	12	18,2	54	81,8	66	100	0,001
2001	19	22,4	66	77,6	85	100	
2002	17	18,9	73	81,1	90	100	
2003	39	32,5	81	67,5	120	100	
2004	64	39,0	100	61,0	164	100	
Gênero (n = 524)							
Masculino	117	26,9	318	73,1	435	100	0,039
Feminino	34	38,2	55	61,8	80	100	
Etnia (n = 523)							
Branços	122	30,8	274	69,2	396	100	0,304
Negros	15	19,5	62	80,5	77	100	
Amarelos	1	25,0	3	75,0	4	100	
Pardos	13	28,3	33	71,7	46	100	
Fatores de risco (n = 525)							
Tabagismo	20	37,7	33	62,3	53	100	0,007
Etilismo	5	62,5	3	37,5	8	100	
Ambos	110	25,8	317	74,2	425	100	
Nenhum	16	43,2	21	56,8	37	100	
Local da lesão (n = 525)							
Loja tonsilar	12	23,1	40	76,9	52	100	0,001
Área retromolar	4	14,3	24	85,7	28	100	
Soalho da boca	36	27,7	94	72,3	130	100	
Língua	34	31,5	74	68,5	108	100	
Gengiva	8	20,5	31	79,5	39	100	
Lábio	21	75,0	7	25,0	28	100	
Região jugal	2	20,0	8	80,0	10	100	
Palato	12	26,7	33	73,3	45	100	
Orofaringe	22	25,9	63	74,1	85	100	
Seguimento (n = 523)							
Óbito por câncer	35	16,3	180	83,7	215	100	0,001
Óbito por outras causas	2	40,0	3	60,0	5	100	
Perda de seguimento	42	24,0	133	76,0	175	100	
Vivo com doença	22	46,8	25	53,2	47	100	
Vivo sem doença	49	60,5	32	39,5	81	100	

praticamente três quartos dos pacientes (3,13-16). No que diz respeito ao uso isolado de álcool e tabaco, a dependência química isolada é pouco freqüente. Assim, o emprego desses carcinógenos é feito em associação e raramente de forma isolada (3,15).

Há acentuado predomínio dos estádios clínicos III e IV, sendo que nos estádios iniciais I e II, o diagnóstico ocorre em cifras muito baixas. Apesar de os programas de detecção precoce do câncer da boca e de orofaringe serem uma preocupação para os especialistas, o atraso no diagnóstico é uma constante nessas neoplasias (11,17-21).

Há uma significativa perda de seguimento dos pacientes, que procuram centros especializados e, após o tratamento, mudam de residência ou retornam à de origem. Tivemos 33% de pacientes com destino ignorado dentro do primeiro ano de seguimento, sendo considerados mortos por câncer e analisados em conjunto com os diagnósticos de recidiva e óbito, fato conforme a literatura (6,10,12,22,23).

Quanto à idade, a quinta década de vida é a mais freqüente. Para o tempo de consumo das drogas (tabagismo e etilismo), detectamos uma média superior a 30 anos, fato que se repete em países onde os hábitos são diversos dos

nossos, como a Índia, onde os pacientes são consumidores de betel e do tabaco (3,5,13,15).

Quanto à relação entre o estadiamento do câncer e os hábitos, tanto nos estádios I e II quanto nos III e IV, as taxas de consumo dos mesmos são constantes, permitindo afirmar que a relação entre o estadiamento da doença e os hábitos não tem relação direta (avanço da doença versus quantidade de carcinógenos utilizados) (3,7,13,15,18).

Finalmente, se tentamos correlacionar as variáveis de estudo de acordo com o avanço do estágio da neoplasia, podemos estabelecer frequências constantes nos cinco anos de análise, permitindo afirmar que a incidência do câncer de boca e orofaringe se manteve uniforme no período de análise ($p=0,003$) e concorde com a literatura (6,9,19,20,24). Tal período de uniformidade de distribuição foi também constatada na análise das variáveis demográficas (gênero e etnia) no período estudado, fato este também observado em outras series (3,5,6,8,18).

Todavia, analisando-se variáveis como fatores de risco (álcool e fumo), localização da lesão e seguimento, podemos afirmar que o consumo de carcinógenos, localização no andar inferior da boca e seguimento, são causas significantes ($p=0,001$) do prognóstico reservado dessas neoplasias malignas, onde as recidivas loco-regionais determinam prognóstico reservado da doença (4, 12,13, 17,19,20,23-25).

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que: (1) o carcinoma espinocelular da boca e orofaringe incide predominantemente no gênero masculino em relação ao feminino na proporção de 5:1; (2) o álcool e o fumo são hábitos associados ao diagnóstico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe; (3) o óbito por carcinoma espinocelular da boca e orofaringe é associado à recidiva da doença e a perda de seguimento; (4) o achado predominante de estádios avançados III e IV limitou o prognóstico do carcinoma espinocelular da boca e orofaringe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INCA. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA, Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2004.p.83.
2. Sobin LH. TNM Classificação dos tumores malignos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Instituto Nacional de Câncer. 5ª edição. Rio de Janeiro: Coordenação de Programas de Controle de Câncer; 1997.pp.235.
3. Johnston WD, Ballantyne AJ. Prognostic effect of tobacco and alcohol use in patients with oral tongue cancer. *Am J Surg.* 1977;134(4):444-7.
4. Brown B, Barnes L, Mazariegos J, Taylor F, Johnson J, Wagner RL. Prognostic factors in mobile tongue and floor of mouth carcinoma. *Cancer.* 1989;64(6):1195-202.
5. Herter NT, Stahlschmidt R, Bruno L. Câncer de boca. *Rev Med S Casa Porto Alegre.* 2000;11(18):1909-10.
6. Wünsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. *Oral Oncol.* 2002;38(8):737-46.
7. Pimenta Amaral TM, Da Silva Freire AR, Carvalho AL, Pinto CA, Kowalski LP. Predictive factors of occult metastasis and prognosis of clinical stages I and II squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth. *Oral Oncol.* 2004;40(8):780-6.
8. Kurokawa H, Zhang M, Matsumoto S, Yamashita Y, Tomoyose T, Tanaka T, Fukuyama H, Takahashi T. The high prognostic value of the histologic grade at the deep invasive front of tongue squamous cell carcinoma. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(6):329-33.
9. Choi KK, Kim MJ, Yun PY, Lee JH, Moon HS, Lee TR, Myoung H. Independent prognostic factors of 861 cases of oral squamous cell carcinoma in Korean adults. *Oral Oncol.* 2006;42(2):208-17.
10. Berto JC, Rapoport A, Carlos LN, Cestari Filho GA, Javaroni AC. Relação entre o estadiamento, o tratamento e a sobrevida no câncer de faringe. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(4):207-210.
11. Iro H, Waldfahrer F. Evaluation of the newly updated TNM classification of head and neck carcinoma with data from 3247 patients. *Cancer.* 1998;83(10):2201-7.
12. Urist MM, OBrien CJ, Soong SJ, Visscher DW, Maddox WA. Squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: analysis of prognostic factors. *Am J Surg.* 1987;154(4):411-4.
13. Bundgaard T, Bentzen SM, Wildt J. The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intra-oral squamous cell carcinoma. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994;30B(5):323-8.
14. Muñoz Herrera A, Santa Cruz Ruiz S, Fonseca Sánchez E, Nieto Palacios A, Blanco Pérez P, Gómez González JL. [Survival rate in epidermoid carcinoma of the oral cavity] Supervivencia en el carcinoma epidermoide de cavidad oral. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2001;52(5):381-6.

15. Garzino-Demo P, DellAcqua A, Dalmasso P, Fasolis M, La Terra Maggiore GM, Ramieri G, Berrone S, Rampino M, Schena M. Clinicopathological parameters and outcome of 245 patients operated for oral squamous cell carcinoma. *J Craniomaxillofac Surg.* 2006;34(6):344-50.
16. Dedititis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe / Clinic and epidemiologic characteristics in the with squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1):35-40.
17. Evans SJ, Langdon JD, Rapidis AD, Johnson NW. Prognostic significance of STNMP and velocity of tumor growth in oral cancer. *Cancer.* 1982;49(4):773-6.
18. Rich AM, Radden BG. Prognostic indicators for oral squamous cell carcinoma: a comparison between the TNM and STNMP systems. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1984;22(1):30-6.
19. Fang FM, Leung SW, Huang CC, Liu YT, Wang CJ, Chen HC, Sun LM, Huang DT. Combined-modality therapy for squamous carcinoma of the buccal mucosa: treatment results and prognostic factors. *Head Neck.* 1997;19(6):506-12.
20. Gluckman JL, Pavelic ZP, Welkoborsky HJ, Mann W, Stambrook P, Gleich L, Wilson K, Righi P, Portugal LG, McDonald J, Biddinger P, Steward D, Gartside P. Prognostic indicators for squamous cell carcinoma of the oral cavity: a clinicopathologic correlation. *Laryngoscope.* 1997;107(9):1239-44.
21. Dantas DD, Ramos CC, Costa AL, Souza LB, Pinto LP. Clinical-pathological parameters in squamous cell carcinoma of the tongue. *Braz Dent J.* 2003;14(1):22-5.
22. El-Husseiny G, Kandil A, Jamshed A, Khafaga Y, Saleem M, Allam A, Al-Rajhi N, Al-Amro A, Rostom AY, Abuzeid M, Otieschan A, Flores AD. Squamous cell carcinoma of the oral tongue: an analysis of prognostic factors. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2000;38(3):193-9.
23. Sasaki T, Moles DR, Imai Y, Speight PM. Clinicopathological features of squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients <40 years of age. *J Oral Pathol Med.* 2005;34(3):129-33.
24. Jones KR, Lodge-Rigal RD, Reddick RL, Tudor GE, Shockley WW. Prognostic factors in the recurrence of stage I and II squamous cell cancer of the oral cavity. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992;118(5):483-5.
25. Jones AS. Prognosis in mouth cancer: tumour factors. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994;30B(1):8-15.