

LESÕES POTENCIALMENTE MALIGNAS EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA DE MEDICINA BUCAL. Andréia Bufalino, Cláudia Maria Navarro. – inter-áreas – 2.15 – Departamento de Diagnóstico e Cirurgia – Faculdade de Odontologia – Campus de Araraquara.

Atualmente a leucoplasia, o líquen plano e a queilite actínica podem ser incluídas no grupo das lesões potencialmente malignas (LEPMs), anteriormente denominadas pré-cancer. A expressão pré-cancer não parece exata devido aos vários índices de eventual transformação maligna sofrida por tais lesões. Assim, sabe-se que, por exemplo, nem toda leucoplasia dará origem a um câncer (Speight et al, 1993⁶).

A transformação maligna dessas lesões depende de múltiplos fatores relacionados ao estilo de vida, incluindo tabaco, álcool e radiação ultravioleta (Thomas et al, 2003⁷).

Classicamente a leucoplasia foi definida pela Organização Mundial da Saúde (WHO et al, 1978⁹) como “uma placa branca na mucosa bucal que não se destaca e nem pode ser classificada como qualquer outra doença diagnosticável”. A probabilidade de transformação maligna não é a mesma para todas as formas de leucoplasia visto que certas características como a presença de displasia, tipo e localização das lesões, podem estar associadas ao aumento do risco de malignização (Van der Waal et al, 1997⁸). A gengiva (38,8%) e a mucosa jugal (30,9%) são os locais mais afetados. O pico de prevalência em homens ocorre entre 40 e 49 anos, enquanto para as mulheres este pico aparece após os 70 anos (Scheifele et al, 2003⁵). A prevalência da leucoplasia bucal difere em todo o mundo. Em um recente estudo na Alemanha a prevalência para homens foi de 2,3%, para mulheres 0,9% (Reichart et al, 2001⁴).

O líquen plano (LP) é a doença mucocutânea imunomediada que se caracteriza por inflamação crônica dos tecidos afetados e cuja causa permanece desconhecida. É uma doença característica de adultos, sendo aproximadamente duas vezes mais freqüente em mulheres. Qualquer local da boca pode ser acometido, embora a mucosa jugal e a gengiva sejam as localizações preferenciais (Lozada-Nur et al, 1997²). Embora o líquen plano possa ser sintomático e trazer incômodo ao paciente, a complicação mais importante é o desenvolvimento de carcinoma de células escamosas, sendo este um aspecto ainda controvertido na literatura (Laeijendecker et al, 2005¹).

Queilite actínica é uma LEPM que afeta a semimucosa labial inferior principalmente de homens com pele clara, com mais de 50 anos, em decorrência da exposição crônica à radiação ultravioleta (UV) (Nicolau et al, 1964³).

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos portadores de LEPMs atendidos no serviço de Medicina Bucal (SMB) e compara-los aos relatos da literatura.

De 1.789 prontuários do SMB da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, entre 1994 e 1998, foram avaliados 192 prontuários (10,7% do total da amostra) com 387 casos de leucoplasia, 90 de líquen plano e 93 de queilite actínica. As informações foram codificadas e inseridas em um banco de dados do programa Epi info 3.3.2. Foram coletados os seguintes dados:

1. Dados demográficos: gênero, raça e idade.
2. Hábitos: utilização de tabaco, consumo de bebida alcoólica e exposição a radiação ultravioleta.
3. Localização das lesões: Lábio, língua, mucosa jugal, assoalho bucal, rebordo alveolar, palato, gengiva e outras localizações.
4. Características das Lesões: bilateralidade, sintomatologia e lesões concomitantes.

A idade média dos portadores de líquen plano foi 50,8 anos, para queilite actínica foi 52,8 anos e para leucoplasia 58,7 anos; sendo o desvio padrão de $\pm 15,40$, $\pm 16,70$ e $\pm 14,33$ respectivamente. Da amostra de leucoplasia (N=38) encontramos 25 (65,7%) homens e 13 (34,2%) mulheres, para o líquen plano (N=90) foi observado uma maior incidência em mulheres 58 (64,4%) do que em homens 32 (35,5%) e para queilite actínica (N=93) encontramos 60 (64,5%) homens e 33 (35,4%) mulheres. Para as três LEPMs os caucasianos foram acometidos em mais 94,2% dos casos da amostra total (N=192).

O líquen plano foi a lesão que apresentou maior sintomatologia (2,2% dos casos) entre as LEPMs. Porém, na amostra total (N=192) de pacientes com qualquer uma das três LEPMs, a queixa principal relatada pela maioria (55,2%) foi a presença de sinais como mancha branca, úlcera e lábio ressecado.

Foram observadas bilateralidade em 60% da amostra de líquen plano (N=90) e 68,4% da amostra de leucoplasia (N=38).

O lábio (44,7%) foi a localização mais freqüente para a leucoplasia, enquanto que a mucosa jugal (65,5%) foi o local mais acometido pelo líquen plano em ambos os sexos. Os homens apresentaram alto índice de exposição aos fatores de risco. Na amostra total (N=192) 31,3% dos homens e 27,2% das mulheres utilizavam alguma forma de tabaco; 28,3% dos homens e 4,3% das mulheres consumiam pelo menos uma dose por dia de álcool; e 14% dos homens e 1% das mulheres eram expostos à radiação ultravioleta.

A presença concomitante de candidose foi observada em 52 pacientes (27% de 192 casos).

Com base nesses resultados podemos sugerir que as LEPMs estão intimamente associadas aos fatores de risco (tabaco, álcool e radiação ultravioleta), apresentando-se com maior freqüência em homens brancos, com pico de incidência acima dos 50 anos de idade. Isso ocorre provavelmente porque eles estão mais expostos aos fatores de risco do que as mulheres, como relatado na literatura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laeijendecker R, Van Joost T, Kuizinga MC, Tank B, Neumann HA. Premalignant nature of oral lichen planus. **Acta Derm Venereol**, Oslo, v.85, n.6, p.516-20, Nov 2005.
2. Lozada-Nur F, Miranda C. Oral lichen planus: epidemiology, clinical characteristics, and associated diseases. **Semin Cutan Med Surg**, Philadelphia, v.16, n.4, p.273-7, Dec 1997.
3. Nicolau SG, Balus L. Chronic actinic cheilitis and cancer of the lower lip. **Br J Dermatol**, Oxford, v.76, p.278-89, Jun 1964.
4. Reichart PA. Identification of risk groups for oral precancer and cancer and preventive measures. **Clin Oral Investig**, Berlin, v.5, n.4, p.207-13, Dec 2001.
5. Scheifele C, Reichart PA, Dietrich T. Prevalence of oral leukoplakia in the US is not clearly established. **J Evid Base Dent Pract**, Oxford, v.39, n.6, p.619-25, Sep 2003.
6. Speight PM, Morgan PR. The natural history and pathology of oral cancer and precancer. **Commun Dental Health**, London, v.10, p.31-41, Jun 1993.
7. Thomas G, Hashibe M, Jacob BJ, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, Zhanq ZF. Risk factors for multiple oral premalignant lesions. **Int J Cancer**, New York, v.107, n.2, p.285-91, Nov 2003.
8. Van der Waal I, Schepman KP, Van der Meij EH, Smeel LE. Oral leukoplakia: a clinicopathological review. **Oral Oncol**, Oxford, v.33, n.5, p.291-301, Sep 1997.
9. WHO Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. **Oral Surg**, St. Louis, v.46, n.4, p.518-39, Oct 1978.

BOLSA: FAPESP (2006/00613-9)