

**PREVALÊNCIA DE 50 CASOS DE CARCINOMAS DE
LÍNGUA EM BAURU – SP ENTRE 1996 E 2002 -
SERVIÇOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL E CABEÇA E PESCOÇO DO
HOSPITAL DE BASE DA ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
DE BAURU ***

**“50 TONGUE CARCINOMAS CASES PREVALENCE IN
BAURU CITY – SP BETWEEN 1996 / 2002 -
BUCCO MAXILLOFACIAL SURGERY AND
TRAUMATOLOGY AND HEAD/NECK SERVICES OF
THE BASE HOSPITAL OF THE BAURU HOSPITALAR
ASSOCIATION”**

**EDGARD JOSÉ FRANCO DE MELO JÚNIOR **
CLÓVIS MARZOLA ***
JOÃO LOPES TOLEDO-FILHO ****
EDUARDO FERRO DE GRAVA *******

-
- * Trabalho de monografia realizado para a conclusão do Curso de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, promovido pela Associação Hospitalar de Bauru.
- ** Médico Chefe do Serviço de Cabeça e Pescoço do Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru e Doutor em Medicina.
- *** Professor Titular de Cirurgia Aposentado da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP. Membro Titular Praticante do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial e seu Ex Presidente. Professor Titular de Cirurgia da UNIP – Campus de Bauru.
- **** Professor Titular de Anatomia da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. Membro Titular Praticante do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF.
- ***** Ex. Residente (R3) em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial - Hospital de Base de Bauru da Associação Hospitalar de Bauru. Autor da Monografia defendida. Especialista em Cirurgia pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial.

RESUMO

O carcinoma espinocelular de língua está conhecidamente associado a um mau prognóstico, principalmente nos casos de lesões diagnosticadas em estágios avançados. No presente estudo foi analisado um total de 50 pacientes acometidos por esta doença, atendidos no Hospital de Base de Bauru, Hospital Manoel de Abreu e Hospital Lauro de Souza Lima pelos Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e de Cabeça e Pescoço, num período compreendido entre janeiro de 1996 e julho de 2002. Foi enfocada a distribuição por idade, gênero, o período de evolução das lesões e, o tipo de tratamento empregado. Observou-se também, a diferenciação entre os locais de ocorrência, a associação do aparecimento destas lesões com fatores de risco, a distribuição de acordo com o resultado microscópico, além do intervalo livre de doença. Foi avaliado ainda, o percentual de sobrevida, relacionando-se a ocorrência dos óbitos com o diagnóstico final, com a ocorrência de novo tumor primário, com as recidivas encontradas e, com os fatores de risco já citados. Por fim, destacou-se a importância e a necessidade do diagnóstico da doença em estágios iniciais.

ABSTRACT

The squamous cell carcinoma of the tongue is highly associated to a poor prognostic, mainly in the cases of lesions diagnosed in advanced stages. In the present study we analyzed an amount of 50 patients attacked by this disease, assisted in the Hospital of Base of Bauru, Hospital Manoel de Abreu and Hospital Lauro de Souza Lima, in a period understood of January of 1996 and July of 2002. We clearly focused the age's average, the gender's distribution, the lesions' evolution and the kind of treatment employed. We also could see the differentiation between the site distributions, the association with risk factors, the results' distribution and the period free of the disease. We still analyze the survival rates, relating the deaths with the final diagnosis, the urge of a new tumor, the recurrences and with risk factors already mentioned. Finally we'll show the importance and needing of the early diagnostic of these lesions.

Unitermos: Tumor de boca/língua; Carcinoma; Cigarro; Álcool.

Unifers: Squamous cell carcinoma of mouth/tongue; Tobacco; Alcohol.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o câncer ainda é a causa de um grande número de mortes em todo o mundo e, talvez esta seja a razão de várias pesquisas realizadas em torno desta doença maligna. Com o avanço da medicina houve um aumento considerável na expectativa de vida da população em geral ⁽⁰⁴⁾.

Estudos avaliando fatores de risco para o desenvolvimento do câncer bucal geralmente, na apresentam resultados para locais específicos dentro da cavidade bucal ⁽⁰²⁾. O estudo do carcinoma espinocelular de língua torna-se importante, quando se considera que é o responsável por valores que atingem até 95% das lesões malignas aí encontradas ⁽³⁷⁾, sendo que dentro da cavidade bucal, é a segunda em número de

ocorrências^(20, 32, 35, 2). Seu aparecimento em pacientes jovens é bem pouco observado^(43, 15, 24, 39, 61) e, a distribuição por faixa etária, além de suas implicações no tipo de tratamento a ser empregado, também, é um fator destacado de discussão.

Quando se divide a língua por regiões, o local acometido pela doença é fator de importância a ser observado e, diferenças quanto ao prognóstico⁽²¹⁾ podem ser observadas entre lesões de base e a porção anterior.

O tempo de desenvolvimento das lesões na cavidade bucal influencia diretamente no prognóstico da doença, estando intimamente relacionado com o ensino à população quanto à realização de auto-exame e, com o conhecimento profissional na detecção destas lesões⁽⁵⁸⁾. Dados colhidos no Brasil⁽¹⁹⁾ apontam que apesar do tempo de evolução alcançar valores inferiores a um ano, em sua maioria, o estágio encontra-se bastante avançado⁽⁰⁶⁾.

A associação entre as lesões cancerígenas localizadas na língua e fatores predisponentes é fato bastante discutido na literatura, sendo que o álcool e o fumo são apontados como os principais “vilões”^(47, 17, 33, 35, 2, 14, 37, 60, 63, 56, 6, 24, 13, 19, 40, 61). A taxa de mortalidade ainda associada aos fatores já citados, também, é encontrada para pacientes com lesões primárias de língua.

Com o objetivo de se curar os pacientes, devolvendo a eles sua vida normal⁽⁶²⁾, terapias adjuvantes são impostas ao tratamento cirúrgico. Tradicionalmente o carcinoma de língua tem sido tratado através de ressecção cirúrgica seguida de radioterapia⁽⁵³⁾. Além da radioterapia^(35, 23, 06, 10, 21, 53, 55), a quimioterapia^(35, 06), também, pode ser utilizada. Os resultados quanto ao seu uso em lesões iniciais apresentam valores opostos de acordo com os autores consultados, entretanto, para lesões mais avançadas, o tratamento combinado parece ser o mais indicado^(35, 23, 10).

Pacientes com câncer de cavidade bucal, particularmente, são mais susceptíveis a desenvolverem novos tumores⁽¹¹⁾. Sua recidiva e o aparecimento de nova lesão primária estão intimamente associados à idade do paciente^(03, 06, 10) ao seu tamanho^(45, 10, 36, 38) e espessura das lesões^(42, 36), ao seu estadiamento^(06, 16, 38, 39, 44, 55) e, diferenciação do tumor^(03, 36, 38), tipo de invasão⁽³⁶⁾, grau de malignidade microscópica⁽³⁶⁾, além da presença de margens livres^(27, 16, 26, 55). A conduta quanto ao tratamento das recidivas e das novas lesões primárias, além dos protocolos propostos para serem evitadas tais complicações, também, apresentam divergências.

Os tumores de língua caracterizam-se pela alta propensão ao desenvolvimento de metástases cervicais, afetando diretamente o controle regional da doença e, a sobrevida dos pacientes⁽⁴⁶⁾. O tratamento desta região, também, é fator bastante controverso⁽⁰³⁾ e, o esvaziamento cervical eletivo está indicado, mesmo no caso de lesões iniciais^(42, 44). **BEERKEN et al., (1999)** por sua vez, não observaram nenhuma melhora no percentual de sobrevida após sua realização.

Além dos tópicos anteriormente citados, através do presente trabalho serão avaliados os percentuais de margens livres obtidos, o índice de sobrevida, a correlação entre os fatores de risco e os óbitos encontrados, além da correlação, também, existente entre o diagnóstico microscópico e o número de óbitos. Essa é a verdadeira importância de um trabalho que está diretamente ligado com a saúde e a vida do povo brasileiro, procurando fazer despertar um novo sentido de coletividade dentro das classes sociais e políticas e, só por isso justifica-se perfeitamente sua realização.

REVISTA DA LITERATURA

A palavra câncer é uma designação genérica para qualquer tumor

maligno ou neoplasia maligna, sendo que antigamente, o termo tumor era aplicado ao intumescimento causado pela inflamação. As neoplasias, por sua vez, também, são capazes de produzir edemas, de modo que a palavra tumor acabou se tornando sinônimo de neoplasia. Segundo os autores, é considerada neoplasia, uma massa anormal de tecido cujo crescimento não está coordenado com o crescimento do tecido normal^(20, 49, 32, 35, 02, 8). Cada neoplasia é formada por dois componentes básicos, o parênquima, ou células neoplásicas proliferantes e, o estroma de suporte, constituído de tecido conjuntivo e vasos sangüíneos. A nomenclatura da neoplasia depende do tipo de células parenquimatosas que a originou e, sua malignidade é dada basicamente pelo grau de diferenciação destas células. Em geral, os tumores benignos são bem diferenciados, ou seja, suas células parenquimatosas são muito semelhantes às do tecido normal. Nos malignos, as células parenquimatosas podem variar desde bem diferenciadas, com alteração apenas no tamanho quando comparadas com as células normais, até células indiferenciadas⁽⁰⁸⁾.

O estadiamento clínico dos tumores está baseado no grau de diferenciação das células neoplásicas e, no número de mitoses presentes dentro do tumor. Eles são classificados em graus de I a IV, com anaplasia crescente. A gradação do câncer está relacionada ao tamanho da lesão primária, na extensão de sua disseminação para linfonodos regionais e, na presença ou não de metástases⁽⁰⁸⁾. De uma maneira geral, a classificação pode ser descrita como⁽²⁰⁾: estágio I: lesão primária, limitada à sua localização de origem; estágio II: lesão primária estendendo-se a estruturas vizinhas, porém sem linfonodos regionais palpáveis; estágio III: lesão primária localizada ou estendendo-se a estruturas adjacentes, com linfonodos regionais palpáveis; estágio IV: lesões nos estádios I ou II ou estendendo-se além da cavidade bucal, com linfonodos metastáticos palpáveis, ou lesão nos estádios I, II ou III, com metástases à distância.

Dentre os vários fatores etiológicos, pode-se citar a predisposição genética individual, a exposição à luz ultravioleta e, outras fontes de radiação, fatores hormonais⁽³⁴⁾, infecções por determinados vírus, como o papiloma vírus humano – HPV, carência nutritiva de alguns alimentos, além do tabagismo e o consumo de álcool⁽³⁰⁾.

É bem conhecida a existência de alterações no comportamento dos carcinomas, de acordo com sua localização dentro da cavidade bucal, relacionadas aos sinais e sintomas, evolução, tratamento e prognóstico. O carcinoma de língua é uma lesão comum na cavidade bucal, menos freqüente que o de lábio e, mais do que a soma de incidência das restantes localizações dentro da boca⁽²⁰⁾.

Existem poucos estudos direcionando fatores de risco a locais específicos de desenvolvimento de lesões na cavidade bucal. **BROSS; COOMBS (1976)** avaliaram 145 mulheres com câncer de boca, e observaram que o consumo de álcool associado ao cigarro antecipava em 15 anos ou mais, seu aparecimento quando comparado com mulheres que não faziam uso de bebida alcoólica ou que não fumavam. Entretanto, o uso do cigarro isoladamente produzia uma ligeira diminuição na idade de ocorrência. O uso da bebida alcoólica, por sua vez, não produzia qualquer mudança significativa nos parâmetros de idade.

JOHNSTON; BALLANTYNE (1977) puderam observar que o uso crônico de álcool e tabaco aumentava o índice de morte devida ao tumor, quando comparado com pacientes com carcinoma de língua, porém sem exposição prévia a tais fatores. Nos pacientes do grupo de estudo, a incidência de novo tumor primário e, a ocorrência de mortes relacionadas ao tumor durante seu tratamento, também, eram

maiores. Os autores concluíram ainda que as diferenças encontradas não estivessem relacionadas à diferença no estadiamento do tumor, idade dos pacientes ou tipo de tratamento recebido.

Alguns tumores, especialmente os sarcomas, ocorrem principalmente em pacientes mais jovens, enquanto que outros, particularmente os carcinomas, ocorrem em grupos de pacientes mais velhos ⁽⁴⁹⁾. Para os tumores de língua, existe uma piora no prognóstico com o aumento da idade e, os efeitos sinérgicos do tabaco e do álcool, além de sua relação com a idade, também, contribuem com isso. O aumento da ocorrência de câncer, bem como de lesões pré-cancerígenas em pacientes com mais idade, deve-se a alterações na mucosa bucal tornando-a mais vulnerável a ação de fatores carcinogênicos.

SMITH (1982) em estudo bastante abrangente, sugere que o álcool poderia atuar como fator carcinogênico, mesmo na ausência do tabaco e, levantamento de dados realizados no Japão, Inglaterra, País de Gales e Estados Unidos confirmam tal prerrogativa.

Para **NEWMAN et al., (1983)** o carcinoma espinocelular da língua é uma doença rara em pacientes jovens. Os fatores etiológicos para esta doença, quando encontrada em pacientes mais velhos, não necessariamente são os mesmos para pacientes jovens, sendo o prognóstico semelhante estágio a estágio. Treze (13) pacientes com menos de 30 anos de idade foram estudados, chegando-se à conclusão que o diagnóstico precoce e o tratamento sistêmico adequado, são necessários para alterar o prognóstico desfavorável desta lesão.

Cento e setenta e seis (176) pacientes com carcinoma espinocelular de língua foram estudados, sendo comparada à ocorrência de lesões nos 2/3 anteriores e, aquelas ocorridas na base ⁽²⁹⁾. As mulheres foram responsáveis por 25% das lesões encontradas na base da língua, enquanto que os homens responderam por 55% das encontradas na porção móvel. A maioria dos pacientes com lesões localizadas na base da língua (77%) encontrava-se em estágio avançado da doença (estádio III ou IV). Em contrapartida, somente 33% das lesões da porção anterior achavam-se nesta situação. Em análise por estágio, não houve diferença estatística na sobrevida dos pacientes quando comparados os dois grupos, porém, o índice de mortalidade de modo geral apresentou-se maior nos pacientes com lesões na base da língua, devido, provavelmente, ao estágio avançado da maioria dos tumores aí encontrados. O desenvolvimento de centros multidisciplinares, cooperativas e protocolos de modalidades terapêuticas, com o objetivo de melhora no tratamento dos pacientes acometidos por esta doença, são necessidades iminentes ⁽²⁹⁾.

Para lesões iniciais de língua em seu estágio I, o tratamento pode ser cirúrgico ou radioterápico, de maneira isolada, obtendo-se bons resultados. Em tumores maiores, mas aparentemente bem localizados do tipo estágio II, está indicado, além da ressecção da lesão, o esvaziamento cervical supraomoióideo, para seleção daqueles que necessitarão de demais cuidados. Em lesões avançadas em estádios III e IV, além da ressecção da lesão, deve-se proceder à mandibulotomia ou mandibulectomia quando necessária, esvaziamento cervical e radioterapia pós-operatória. Através deste protocolo, observou-se melhora no controle loco - regional do tumor, diminuição da morbidade em cirurgias radicais e, diminuição da exposição excessiva à radioterapia ⁽⁵⁸⁾. Exceção unicamente é feita ao controle de metástases à distância, realizado tão somente através da quimioterapia. Educação pública e profissional na detecção e tratamento de lesões em estágios iniciais, além de mudanças no estilo de vida das pessoas com a

diminuição no consumo de álcool e do tabaco, por exemplo, são, de qualquer forma, os melhores meios de se evitar a ocorrência e proliferação desta doença.

CRAIG; TRIEDMAN (1986) estudaram um único paciente com quatro neoplasias malignas. Homem com 60 anos de idade, branco, apresentando carcinoma espinocelular de soalho de boca sincronicamente com adenocarcinoma de pulmão. Quatro anos após o tratamento, desenvolveu carcinoma espinocelular de laringe e língua. A ocorrência dos tumores sincrônicos e dos novos primários deveu-se à exposição excessiva a múltiplos fatores carcinogênicos.

JONES; LAMPE; CHEUNG (1989) estudaram um grupo de 11 pacientes jovens com menos de 40 anos de idade, notando que a sobrevida de cinco anos para lesões nos estágios iniciais (estádio I) foi de aproximadamente 80%. As diferenças quanto aos fatores de risco e proporções homem/mulher apresentaram pouca diferença quando comparadas com grupo de pacientes mais velhos (acima de 40 anos de idade). O grupo de pacientes jovens pareceu apresentar lesões biologicamente mais agressivas que o estágio clínico sugerido. Segundo os autores, estes pacientes requerem tratamento mais complexo, ressecções mais amplas associadas à radioterapia para lesões aparentemente em estágios iniciais.

O uso crônico de maconha e, sua relação com a ocorrência de carcinoma espinocelular de língua, foi estudada ⁽⁰⁷⁾. Apesar de existirem evidências teóricas de que a maconha possa ser carcinogênica, não são correlacionadas evidências diretas de que o uso crônico da erva seja causador de câncer de pulmão, uma vez que os pacientes acometidos por carcinoma do trato aerodigestivo superior, também, estavam expostos a outros possíveis fatores etiológicos, tais como cigarro e álcool. Através do estudo de dois pacientes com carcinoma espinocelular de língua, que consumiam cronicamente maconha (sem nenhum outro fator de risco associado), concluíram que, caso haja relação da droga com o aparecimento de tumores, estes possuem uma predileção pelo trato aerodigestivo superior. Fato este possivelmente associado à maneira diferente de se fumar a maconha quando comparada ao cigarro.

NATHANSON *et al.*, (1990) avaliaram 58 pacientes com carcinoma espinocelular localizado nos 2/3 anteriores da língua, no estágio inicial da doença (estádio I). Após a realização de glossectomia parcial, os resultados obtidos foram de 38% de recorrência, dos 58 pacientes operados. Dez (10) morreram em virtude da doença, sendo que um deles havia apresentado recidiva local (7 no total) e, 9 com recidiva regional (14 no total). Segundo os autores, a espessura do tumor pareceu ser fator significativo na sobrevida dos pacientes. Aqueles com espessura maior que 1,0cm, 58% apresentaram recidiva e 87% foi a óbito. Esvaziamento cervical eletivo é recomendado para carcinoma espinocelular de língua quando a espessura do tumor ultrapassar 1,0cm, mesmo no estágio inicial (estádio I) da doença.

Em dois anos de estudo, os fatores de risco associados ao câncer de língua foram estudados ⁽⁴⁷⁾. De um total de 410 pacientes analisados, concluiu-se que os fumantes de tabaco negro apresentavam risco maior de desenvolverem lesões na língua, se comparados aos fumantes de tabaco claro. Consumidores crônicos de bebidas alcoólicas, também, apresentaram alto risco de desenvolvimento da doença. Dado interessante deste trabalho correlaciona o consumo pouco freqüente de vegetais com o risco relativo de desenvolvimento de câncer. Valores atingiram 50% do encontrado para os usuários de álcool. Ainda, o consumo de infusão de mate apresentou risco considerável.

Pacientes com câncer de boca e faringe, particularmente, apresentam susceptibilidade a desenvolverem novo tumor primário e, **DAY; BLOT (1992)**

estudaram 21.371 pacientes atendidos entre 1973 e 1987, através de levantamento de registros nos Estados Unidos. A média de desenvolvimento de novo tumor primário foi de 3,7% ao ano e, o risco de seu aparecimento foi 2,8 vezes maior que o esperado. Os dados coletados entre homens e mulheres, de raça branca e negra, não apresentaram alterações estatísticas significativas. Predileção maior ocorreu entre aqueles que apresentavam 60 anos de idade ou menos. Ênfase especial deve ser dada, à orientação aos pacientes quanto à limitação e diminuição dos consumos de álcool e tabaco, principais fatores de risco associados ao surgimento da nova doença.

Também, foi objetivo de estudo, os fatores de risco associados ao surgimento de tumores de boca e, assim, cento e dois pacientes (102) com câncer de língua, 104 com câncer de boca e 726 pacientes de controle foram estudados⁽¹⁷⁾. Forte associação do surgimento da doença foi encontrada entre os pacientes fumantes e consumidores crônicos de bebidas alcoólicas. O risco dos pacientes fumantes de charutos e cachimbos apresentou-se menor na língua se comparado com a boca de uma maneira geral. Alimentos selecionados e bebidas, tais como vegetais verdes, cenoura, frutas frescas, grãos, massas, café e chá atingiram de modo similar ambas as regiões, porém de maneira mais marcante a boca.

NYMAN; MEREKE; LINDSTORM (1993) estudaram o prognóstico e a sobrevida de 230 pacientes acometidos por tumores de língua. Vinte e seis por cento (26%) destes apresentava-se no estágio I; 32% no II, 30% no III e 13% no estágio IV. Sessenta por cento (60%) submeteu-se à cirurgia e 32% recebeu quimioterapia e, a média de sobrevida dos pacientes em 5 anos foi de 37% (I – 61%; II – 51%; III – 19%; IV – 0%). O tamanho das lesões, a presença ou não de linfonodos enfartados e, a extensão para a região tonsilar apresentam associação significativa com a sobrevida. A extensão para a região tonsilar, soalho de boca e o nível dos linfonodos enfartados, por sua vez, apresentaram relação estreita com o controle loco - regional da doença.

Em estudo realizado sobre o tratamento de lesões cancerosas da língua, afirma-se que a cirurgia ou a radioterapia podem ser aplicados com resultados semelhantes para lesões nos estágios iniciais da doença⁽³⁵⁾. Para lesões avançadas torna-se imperativa a combinação entre o procedimento cirúrgico e a radioterapia e, a quimioterapia, de acordo com esses autores, ainda encontra-se em fase experimental.

A possível correlação entre o tabaco e o álcool e, a localização dos tumores na cavidade bucal foi objetivo de estudo⁽³³⁾, sendo avaliados 690 pacientes divididos em dois grupos, o de fumantes e aqueles consumidores de bebidas alcoólicas moderados e severos e, o de não fumantes e não bebedores. O risco de desenvolvimento de lesões tumorais associado ao uso de tabaco, potencializado pelo álcool, pareceu ser maior para região retromolar, seguido do soalho de boca, enquanto que a região com menor risco foi a de mucosa jugal. Para os consumidores de bebidas alcoólicas, potencializados pelo fumo, o risco foi relativamente maior para o soalho de boca quando comparado com a língua, enquanto que a região menos afetada, também, foi a mucosa jugal. Os contrastes observados, de acordo com a divisão por local anatômico, pareceram ser mais pronunciados devido ao uso de tabaco em detrimento ao uso de bebidas alcoólicas.

Cento e cinquenta (150) pacientes com carcinoma espinocelular de boca foram avaliados quanto à localização, sendo a língua, o soalho de boca e, a mucosa gengival os locais mais acometidos⁽⁰²⁾. A maior proporção encontrada por estes autores foi de 3,4 homens para 1 mulher, em lesões ocorridas no soalho de boca e, a menor foi observada para mucosa gengival (1:2). A diferença entre a idade média de diagnóstico da doença, não foi significativa para os mais variados locais de incidência. A

porcentagem de fumantes entre os casos em soalho bucal, língua e mucosa gengival foi de 97%, 64% e 50%, respectivamente. Os resultados mostraram ser o soalho bucal, o local de ocorrência das lesões mais fortemente associado ao uso de tabaco.

Por um período de 10 anos, **LLEWELYN; MITCHEL (1994)** acompanharam 454 pacientes com câncer de boca, relatando idade média de 63,8 anos para homens e, de 68,0 anos para mulheres. Sessenta por cento (60%) possuía história de consumo de cigarro, sendo que 24% eram consumidores considerados pesados em bebidas alcoólicas. A língua e o soalho de boca foram os locais de maior incidência das lesões, sendo que 95% delas era carcinoma espinocelular. Grande parte dos pacientes com tumores localizados no soalho bucal possuía história de consumo de tabaco (79%) e, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (41%). O estudo sugere que estes dois agentes carcinogênicos, além do efeito sinérgico, possuem certa predileção para o desenvolvimento de lesões em locais específicos da cavidade bucal.

O baixo percentual de sobrevida para pacientes com tumores de base de língua, faz com que deva haver diferença no tratamento, quando comparado com lesões localizadas na região anterior. **NASON et al., (1996)** avaliaram 300 pacientes com carcinoma espinocelular, sendo que 112 deles apresentavam lesões na região de base de língua e, 188 na região anterior. Setenta e um por cento (71%) daqueles com lesão de base encontravam-se em estágio avançado da doença (estádio III e IV) e, para os 2/3 anteriores o percentual atingiu 32%. O período de cinco anos livre de doença obtido foi de 26% para os pacientes com lesões na região basal e, 64% para região anterior. Os principais fatores de risco para a recidiva tumoral foram a idade maior que 50 anos, os estágios avançados da doença e, a utilização de radioterapia como modalidade única de tratamento. Por fim, afirmam que a resposta ao tratamento aplicado é semelhante para as lesões localizadas em ambas as regiões, e que o pessimismo acerca do controle daquelas localizadas na base, não deve ser aplicado a todos os pacientes.

O carcinoma de boca, em pacientes com menos de 30 anos de idade, é absolutamente incomum e, além disso, o uso de tabaco e a exposição ao álcool não são encontrados nestes casos. **DUROUX et al., (1996)** avaliaram sete pacientes com carcinoma espinocelular na cavidade bucal e, seis (6) destes eram homens com idade média de 26 anos. As lesões encontradas foram divididas nos quatro estádios conhecidos, com 2 no estádio I, 3 no estádio II, 1 no III e 1 no IV. Os estudos realizados mostraram não haver diferença estatística quando comparados com grupos de pacientes mais velhos, além de que a associação com os fatores de risco já citados, não pareceu influenciar significativamente no prognóstico.

O tratamento empregado a 106 pacientes acometidos por câncer de língua foi avaliado ⁽²³⁾ e, vinte e seis por cento (26%) deles encontrava-se com lesões no estádio I da doença; 33%, no estádio II, 16% e 24% nos estádios III e IV, respectivamente. A maioria nos estádios I e II foi tratada através de procedimento cirúrgico isolado (57%), ou em combinação com radioterapia (29%). Lesões avançadas foram tratadas com radioterapia isoladamente (37%), ou em combinação com cirurgia (35%). A sobrevida de 5 anos foi de 44% de um modo geral, sendo que a divisão por estádios foi de 64%, 46%, 42%, e 16%, para I, II, III e IV respectivamente. Mais de 90% das 35 recidivas ocorreu em período menor ou igual a 2 anos, sendo os locais mais afetados nas recidivas tumorais a região cervical (22 pacientes), o local da lesão primária (16 pacientes) e, metástases à distância (5 pacientes). O controle loco - regional da doença permanece como um problema de importância significativa, em se tratando de câncer bucal. O tratamento eletivo da região cervical, ressecção da lesão

primária com margens livres e, o uso de modalidades combinadas de tratamento em estágios avançados da doença, podem ajudar a diminuir o percentual de insucesso.

ZHENG *et al.*, (1997) avaliaram 222 pacientes com câncer de língua que possuíam idade entre 20 e 80 anos. Os resultados mostraram que o risco de desenvolvimento de tumor de língua, é significativamente aumentado entre os ex-fumantes e fumantes. Além disso, o risco aumenta com o aumento no consumo do tabaco. De um modo geral, o consumo de álcool não pareceu estar associado de maneira evidente com o risco de aparecimento de lesões na língua, porém para aqueles que ingeriam bebidas alcoólicas mais de cinco vezes por semana, houve uma discreta associação.

Cinquenta e nove (59) pacientes não fumantes, com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço, foram estudados⁽⁶⁰⁾ sendo o grupo comparado com o de fumantes e possuidores de tumores na região já citada e, também, com aquele de não fumantes e, não possuidores da doença. No grupo estudado pôde-se observar raro consumo de álcool, maior quantidade de pacientes da raça branca e, pouca incidência de tumores na região de laringe. Predominância foi observada de mulheres acometidas com um maior número de lesões na língua. Quando comparados com a população de controle (sem a doença), o grupo apresentou maior risco de exposição à fumaça do cigarro, seja em casa ou no trabalho. Concluiu-se que os pacientes não fumantes e que desenvolveram a doença são em sua maioria, mulheres brancas e com tumor primário na língua. Significante associação do aparecimento dos tumores com exposição involuntária à fumaça, também, foi observada.

A ocorrência de recidiva e o tipo de tratamento aplicado a pacientes nestas condições, que previamente operaram tumores de língua, também, foram objetos de estudo. **SUN *et al.*, (1997)** avaliaram 77 pacientes atendidos entre 1986 e 1995 e, embora as margens cirúrgicas tenham sido negativas para a maioria dos pacientes (67 de 77), a recidiva ocorreu em 15 deles na região da lesão primária, 45 na região do pescoço, e 17 em ambas as regiões. Após o retratamento, a sobrevida média observada foi de 9 meses. Em pacientes em que o intervalo livre de doença foi menor que 6 meses o prognóstico foi pior. Os melhores resultados obtidos foram para aqueles que se submeteram a novo procedimento cirúrgico. Concluiu-se nesse estudo que a recorrência de câncer de língua não é um fato comum e que, apesar dos maus resultados, os mais variados prognósticos podem ser obtidos dependendo do tipo de recidiva e do tipo de tratamento empregado.

O tratamento para o carcinoma espinocelular de língua ainda consiste num grande desafio clínico. A eficácia do tratamento primário cirúrgico versus radioterapia para estágios iniciais da doença e, uma adequada conduta para regiões cervicais clinicamente sem envolvimento tumoral, são geradores de grande debate. **HICKS *et al.*, (1998)** observaram 79 pacientes com lesões na língua tratados com cirurgia isoladamente. Sessenta e nove por cento (69%) encontrava-se nos estádios I e II enquanto que 31% nos estádios III e IV, tendo o procedimento variado desde ressecção parcial até glossectomia total. O intervalo livre de doença para os estádios de I a IV foi de 89%, 95%, 76% e 65%, respectivamente. A recidiva local foi observada em 15% dos pacientes com margens livres, porém exíguas e, 9% daqueles com margens adequadas. A incidência de linfonodos acometidos foi de 6%, 36%, 50% e 67% para os estádios I, II, III e IV. Dos 43 pacientes sem sinais clínicos de envolvimento cervical, 16% desenvolveu recidiva regional. Como conclusão de seu trabalho foi observado que o controle loco - regional de pacientes com carcinoma de língua, pode ser obtido através do tratamento cirúrgico primário. A presença de margens livres é fator essencial ao

controle local; devido ao alto índice de doença oculta na região cervical (41%), recomendando-se o tratamento profilático para lesões primárias no estágio II ou maiores.

A comparação entre tumores de língua ocorridos em pacientes com menos de 45 anos e aqueles com maior idade foi objeto de estudo ⁽⁵⁶⁾. Oitenta e sete pacientes foram analisados, sendo que 30 deles possuía idade menor ou igual a 45 anos e, 57, idade maior ou igual a 46 anos. Houve uma predominância para o gênero masculino; a exposição prévia ao tabaco e/ou álcool foi observada em 40% do grupo de pacientes jovens e, 82% no grupo dos mais velhos. Através de um controle pós-operatório de 29 meses para o primeiro grupo e, de 21 meses para o segundo, não se observaram diferenças estatísticas quanto à ocorrência de recidivas, intervalo livre de doença e sobrevida. Agrupando-se os pacientes entre fumantes e não fumantes, pôde-se observar um intervalo livre de doença maior para aqueles previamente expostos a estes fatores de risco (60% e 38%, respectivamente). Por fim, concluíram que o prognóstico da doença para pacientes com tumores de língua, não é afetado pela variação de idade em que são diagnosticados. O intervalo livre de doença tende a ser menor para os pacientes não expostos previamente ao cigarro a ao álcool. Múltiplas lesões cancerígenas são encontradas somente em pacientes mais velhos.

RAO; DESAI (1998) avaliaram o risco de desenvolvimento de lesões tumorais na língua, comparando-se sua porção anterior com a base. Foram estudados os dados de 142 pacientes do gênero masculino com lesões na porção anterior e, 495 com lesões na base da língua. O grupo controle consistiu de 635 pacientes, também, do gênero masculino, livres de doença. O hábito do fumo de *Bidi* (uma erva local) aumentava significativamente o risco de desenvolvimento de lesões na base, enquanto que os pacientes que mascavam tabaco apresentavam risco maior de desenvolvimento de lesões na porção anterior da língua. O consumo de álcool mostrou um aumento de 45% e 79% no risco de aparecimento tumoral em ambas as regiões. A localização das lesões possuiu relação direta com o tipo e a maneira de utilização do tabaco, além de outros hábitos relacionados.

Estudos realizados em 36 pacientes com carcinoma espinocelular de língua apresentando menos de 40 anos de idade foram efetuados ⁽¹⁸⁾ e, os dados obtidos foram comparados com os de mais velhos. O intervalo livre de doença em 5 anos foi de 62% para os pacientes jovens, contra 69% para o outro grupo. Quanto à recidiva local os valores foram de 28% versus 14%. Vinte e cinco por cento (25%) dos novos apresentaram recidiva regional, enquanto que apenas 17% no 2º grupo. Levando-se em conta a recidiva loco - regional, os valores atingidos foram 44% e 22%. Os índices de metástases e desenvolvimento de nova lesão primária foram semelhantes para os dois grupos. Apesar dos pacientes mais jovens apresentarem valores maiores para recidivas loco - regionais tal fato não interferiu no percentual de sobrevida.

O tratamento adequado para micro metástases cervicais imperceptíveis clinicamente, em pacientes com carcinoma espinocelular de língua, foi objeto de discussão ⁽³⁾ e, cento e sessenta e nove (169) pacientes com lesões nos estádios I e II foram avaliados e, a idade, gênero, diferenciação da doença e a presença de linfonodos palpáveis, influenciaram diretamente no prognóstico. Em 15 pacientes foi realizado o esvaziamento cervical profilático, sendo que 40% deles apresentaram micro metástases. Após a cirurgia, recidiva não foi observada, porém o esvaziamento cervical não pareceu aumentar o percentual de sobrevida. A presença de lesões pouco diferenciadas apresentou pior prognóstico para as lesões nos estádios I e II e, devido à ausência de

recidiva regional após o esvaziamento cervical profilático, os autores indicam tal conduta para estes pacientes.

Avaliação de pacientes acometidos por carcinoma espinocelular de orofaringe e cavidade bucal com menos de 45 anos de idade foi efetuada (HART *et al.*, 1999) sendo avaliados 127 pacientes, sendo que 20 eram adultos jovens e, 13 foram escolhidos para análise. Das lesões encontradas nestes pacientes, 10 estavam em estágio inicial e, 3 em estágio avançado. Até a última consulta, 11 deles encontravam-se livres da doença, enquanto que dois haviam morrido. Trinta e um por cento (31%) deles consumia bebidas alcoólicas em altos níveis e, 77% eram fumantes. A sobrevida de pacientes jovens com tais lesões pareceu ser semelhante aos demais.

O carcinoma espinocelular de base de língua normalmente é diagnosticado em fases avançadas da doença, comumente associado à desnutrição severa e consumo excessivo de álcool e cigarro ⁽⁶⁾. Assim, foram tratados 216 pacientes, com radioterapia inicial e procedimento cirúrgico quando necessário. A classificação dos tumores foi de 14% no estágio I, 26% no II, 44% e 16% nos estádios III e IV, respectivamente. A idade média dos pacientes foi de 58 anos. O controle loco - regional da doença foi de 45% em 5 anos e 37% em 10 anos. A sobrevida em 10 anos foi de 27% para lesões no estágio I, 17% nos estádios II e III e 12% no estágio IV. As causas das mortes nestes períodos foram a recidiva no local da lesão primária (58%), doenças intercorrentes (15%), metástases (10%) e novo tumor primário (8%). Três (3) fatores foram preponderantes para o controle loco - regional e a sobrevida, a regressão do tumor ao fim da radioterapia, a idade do paciente e, o estágio das lesões. Com os resultados obtidos, chegou-se a conclusão de que os tumores de base de língua apresentaram prognóstico desfavorável; a cirurgia e a radioterapia ainda são os tratamentos de escolha para estes pacientes e, a aceleração da radioterapia, além do tratamento concomitante com quimioterapia, aparentam ser alternativas muito promissoras.

É opinião de muitos cirurgiões que o comportamento biológico do câncer que se desenvolve em jovens é diferente daquele encontrado em pacientes mais velhos ⁽⁵⁰⁾. Foram avaliados 28 pacientes e levantados dados de outros 94 com idade inferior a 40 anos, acometidos por carcinoma espinocelular de língua. Um grupo de 150 pacientes, com idade superior a 40 anos, foi tomado como controle. Após o tratamento, o percentual de sobrevida observado foi de 53,3% para o grupo de pacientes jovens e, 55,0% para os pacientes mais velhos. Os índices comprovam fortemente que o tipo de tratamento a ser empregado em ambos os grupos, deve ser o mesmo para as lesões que se encontram em estágios semelhantes.

Setenta e sete (77) pacientes com carcinoma de língua foram avaliados ⁽¹⁶⁾, procurando-se avaliar os fatores envolvidos no prognóstico da doença. Vinte e seis por cento (26%) deles foram tratados apenas com ressecção, 14% com radioterapia e 60% com procedimento cirúrgico seguido de radioterapia. O estadiamento das lesões foi de 61% para os estádios I e II, 36% para os estádios III e IV e, em 3% não foi possível a identificação prévia quanto à presença de metástases ou não. Após o procedimento observou-se que 69% não apresentaram metástases regionais. Trinta pacientes (36) recidivaram, sendo que nove recidivas foram locais, 14 regionais, cinco loco-regionais e dois desses com metástases. O intervalo livre de doença em cinco e 10 anos foi de 56% e 50%, respectivamente. O hábito de mascar tabaco, fumar, peças com margens comprometidas, presença de linfonodos regionais com metástases, lesões no estágio IV e pacientes tratados somente com radioterapia, apresentaram os piores prognósticos. O hábito de fumar e a presença de margens comprometidas foram os

únicos fatores a influenciar diretamente no período livre de doença e, na sobrevida dos pacientes. Para aqueles que mascavam fumo, o índice de recidiva loco - regional apresentou-se maior.

Fatores de risco associados ao desenvolvimento de câncer de orofaringe e cavidade bucal foram estudados ⁽¹³⁾ e, a maioria dos 647 pacientes avaliados apresentava má condição de higiene bucal (85,5%) e, pertencia a faixa etária dos 51-60 anos (35,7%). A língua e o soalho de boca foram as principais regiões afetadas pela doença (77,2%). Oitenta e um por cento (81%) das mulheres mascavam tabaco, enquanto que para os homens a proporção entre os que mascavam tabaco, faziam uso de bebidas alcoólicas e que fumavam foi semelhante. O uso do tabaco e o hábito de fumar apareceram como fatores de risco com maior potencial para o desenvolvimento de lesões dentro da cavidade bucal, sendo que o primeiro foi responsável por lesões ocorridas na mucosa bucal e região alveolar e, o segundo a fossa amigdaliana e soalho de boca. Para usuários de bebidas alcoólicas, as regiões mais acometidas foram a mucosa bucal e o soalho de boca em detrimento da língua.

Dados de 749 pacientes que apresentavam carcinoma espinocelular de língua foram avaliados ⁽¹⁰⁾, sendo que as análises revelaram que o aumento na idade relaciona-se com a piora no prognóstico de intervalo livre de doença. Um aumento de 10 anos na idade dos pacientes, corresponde a um aumento de 18% no risco de morte decorrente da mesma. Os tratamentos, cirúrgico isolado ou associado com radioterapia, apresentaram melhores resultados quando comparados com a radioterapia como tratamento único quanto à sobrevida. Os fatores idade, tamanho da lesão e, a presença de linfonodos cervicais estiveram intimamente relacionados com piora no prognóstico.

O índice de mortalidade relacionada ao câncer de boca permaneceu alto durante um período de 18 anos ⁽⁰¹⁾ e, os dois locais com maior incidência de lesões foram a língua e partes inespecíficas da boca. A região de mais fácil diagnóstico foi a mucosa gengival e, a permanência dos altos níveis de mortalidade relacionados à doença, indica a deficiência no sistema de saúde quanto ao diagnóstico precoce das lesões.

MATHEW IYPE *et al.*, (2001) avaliaram 115 pacientes com carcinoma espinocelular de língua e, todos apresentavam idade inferior a 35 anos, com idade média de 30,5 anos e, a proporção homem/mulher de 1,7:1. História de exposição prévia ao tabaco e ao álcool foi observada em 50,5% dos pacientes. Setenta pacientes (60,9%) possuíam lesões nos estádios III e IV e, 59 deles (51,3%) apresentavam envolvimento de linfonodos regionais. Ao contrário do que se acreditava a sobrevida entre pacientes jovens com tumores de língua pareceu ser similar àquela dos mais velhos.

O carcinoma espinocelular de base de língua historicamente esteve associado a um prognóstico sombrio e, assim, oitenta e sete (87) pacientes com tal patologia foram avaliados ⁽²¹⁾. Nos estádios III e IV encontravam-se 91% dos casos. Esvaziamento cervical contra-lateral foi realizado em 36 pacientes, sendo que a presença de linfonodos com a doença foi observada em 47% deles. Metástases ocultas ocorreram em 61% dos casos e, a recidiva local ocorreu em 5 pacientes, regional em 12 e, metástases à distância se desenvolveram em 22 pacientes. Os níveis de intervalo livre de doença e a sobrevida em 5 anos foram de 56% e 49%, respectivamente. Na divisão por estágio (de I a IV) observou-se 100%, 86%, 62% e 48% quanto ao intervalo livre de doença em 5 anos. O tratamento cirúrgico para tumores de base de língua, aparentou ser altamente efetivo para o controle da doença em sua fase inicial.

As duas principais modalidades de tratamento para lesões tumorais de língua em fase inicial foram testadas ⁽¹²⁾ sendo incluídos 165 pacientes, sendo que 73

encontravam-se com lesões no estágio I, 64 no II, 27 no III e um no IV. Cento e dezessete eram homens e 48 mulheres e, a idade média observada foi de 60 anos. O intervalo livre sem recidiva para 3 e 5 anos foi de 67% e 59% para as lesões no estágio I e, 28% e 26% no estágio II. Mostraram diferença estatística na sobrevida a idade, o tamanho do tumor e, sua forma. A presença de linfonodos envolvidos e, a presença de margens livres apresentaram menor significância.

PEREIRA et al., (2001) avaliaram dois exames complementares para o diagnóstico de lesões cancerígenas em tecidos moles e, osso na cavidade bucal. Foram avaliados 48 pacientes com carcinoma espinocelular localizados em diferentes locais da região maxilofacial. Os exames realizados foram a tomografia computadorizada (TC) e a radiografia panorâmica. Após análise de quatro radiologistas e, confirmação cirúrgica dos achados nos exames, chegou-se a conclusão de que a TC demonstrou ser a técnica mais efetiva na determinação da extensão do tumor em ambos os tecidos, contribuindo de maneira mais precisa para o diagnóstico, planejamento e intervenção cirúrgicos.

Setecentos e quarenta (740) pacientes com carcinoma espinocelular de cavidade bucal foram estudados ⁽¹⁹⁾ e, a média de idade foi de 58,6 anos, com a proporção homem/mulher de 4,8:1. Os tumores foram encontrados principalmente na língua e, encontrou-se relação estreita entre o consumo de álcool e o uso do cigarro, com o surgimento das lesões. Na maioria dos casos a procura por atendimento médico ocorreu antes de se completar o primeiro ano após o aparecimento dos tumores, porém, quase metade das lesões encontrava-se no estágio IV.

Fatores que afetam a recidiva local e regional, além da sobrevida de pacientes com tumores de língua e soalho de boca, foram objeto de estudo ⁽²⁶⁾. Cento e quarenta e dois (142) previamente operados foram avaliados. A sobrevida em três e cinco nos foi de 63,4% e 56,9%, respectivamente. Recidiva local e regional ocorreram em índices que atingiram 22,5% cada. O tamanho das lesões não influenciou no resultado e, sim a presença de margens livres. Além disso, a presença de acometimento cervical apresentou grande impacto em ambos os controles. Ainda, a realização de radioterapia pós-operatória não aumentou a sobrevida destes pacientes.

A incidência de tumores da região de cabeça e pescoço em pacientes jovens, além da sobrevida em cinco anos foi avaliada ⁽⁵⁴⁾ e, foram obtidos resultados de 63.409 pacientes atendidos entre 1973 e 1997, sendo que 3.339 possuíam idade inferior a 40 anos. Pôde-se observar que, entre os anos de 1973 e 1984, houve um aumento de 60% na ocorrência dos tumores de língua, índice que se manteve estável durante os anos seguintes. A sobrevida em 5 anos foi maior para os pacientes com idade inferior a 40 anos (11,7% contra 6,6% para os com idade entre 40 e 64 anos).

O critério para esvaziamento cervical eletivo e, os fatores para suspeita de metástases ocultas nesta região ainda apresentam-se inconclusivos. No presente estudo, foram avaliados 50 pacientes com carcinoma de língua tratados através de glossectomia parcial sem o esvaziamento cervical eletivo ⁽³⁶⁾. As lesões encontravam-se nos estádios I (60%) e II (40%). A média de idade dos pacientes foi de 54,5 anos e, a proporção homem/mulher 1,2:1. A ocorrência de recidiva na região cervical foi de 14%. Os fatores clínico-patológicos relacionados com o desenvolvimento das metástases foram o tamanho da lesão (quando maior ou igual a 3,0cm), a profundidade desta (maior ou igual a 4 mm), a diferenciação, o tipo de invasão e, o grau de malignidade microscópica. Os carcinomas espinocelulares moderadamente diferenciados de língua, com profundidade maior ou igual a 4 mm, apresentaram valores consideráveis para recorrência cervical e diminuição na sobrevida dos pacientes. Tais fatores devem ser considerados para a escolha ou não do esvaziamento cervical eletivo.

O debate permanece quando se discute a piora no prognóstico de lesões tumorais de língua em pacientes com menos de 40 anos de idade, sendo avaliados 129 casos (84 homens e 45 mulheres) com idade média de 60 anos, sendo que 12% apresentavam o limite de 40 propostos para o estudo⁽²⁸⁾. O estágio da doença e a idade foram, de fato, fatores determinantes no intervalo livre de doença, não havendo diferença estatística na sobrevida entre o grupo de jovens (40 anos) e, o de meia idade (40-60 anos). Entretanto, ambos os grupos apresentaram índices maiores se comparados ao dos pacientes mais velhos (maior que 60 anos) tendo este último apresentado 2,9 vezes mais chances de morrer em virtude da doença que os demais. Por fim, observou-se que a idade inferior a 40 anos não apresentou pior prognóstico de sobrevida em comparação com os demais grupos.

Setenta e seis (76) pacientes com idade limite de 45 anos foram avaliados e, o intervalo livre de doença e a sobrevida, ambos em 5 anos, foram de 57,4% e 78%, respectivamente⁽³⁹⁾. O estágio das lesões, a presença de linfonodos acometidos e, o tipo de tratamento empregado foram fatores de influência significativa em tais índices. Os valores encontrados para os pacientes jovens são compatíveis àqueles encontrados em pacientes com mais idade.

O carcinoma espinocelular de língua é caracterizado por alta propensão ao desenvolvimento de metástases cervicais, afetando diretamente o controle regional da doença e a sobrevida dos pacientes⁽⁴⁶⁾. A controvérsia quanto ao esvaziamento cervical eletivo para lesões nos estádios I e II ainda permanece. Foram avaliados 50 pacientes com tumores de língua nos estágios já citados, podendo-se observar a presença de metástases ocultas em 40% dos casos. As lesões com mais de 5,0mm de espessura, apresentaram diferença estatisticamente significante quanto ao aparecimento da doença na região cervical e, nenhum outro fator clínico-patológico foi correlacionado. O período livre de doença e a sobrevida em cinco anos foram de 68,18% e 65,71%, respectivamente. A idade maior que 60 anos foi outro fator indicativo de piora no prognóstico. O tratamento cervical eletivo (cirúrgico ou radioterápico) está indicado para lesões excedendo 5,0mm de espessura.

HAYASHI *et al.*, 2003 avaliaram a efetividade da ultra-sonografia cervical para detecção de metástases regionais em pacientes com carcinoma de língua nos estádios I e II. Dezoito (18) pacientes foram avaliados sendo observada a presença de 7 linfonodos acometidos em 7 pacientes (39%). Com a utilização da tomografia computadorizada (TC), o número subiu para 10. Após o procedimento cirúrgico, a análise microscópica revelou a presença de 12 linfonodos envolvidos com a doença. A sensibilidade observada com a utilização do ultra-som atingiu índice de 58% comparados aos 83% da TC. Ultra-sonografias de controle podem ser utilizadas para a detecção de linfonodos acometidos, ainda sem sinais clínicos, entretanto, para metástases com pequeno tamanho, faz-se necessária a utilização da TC.

Os fatores que afetam a sobrevida de cinco anos após tratamento de carcinoma espinocelular de língua foram estudados⁽³⁸⁾ sendo avaliados 378 pacientes tratados cirurgicamente, com ou sem quimio e/ou radioterapia associados. A maioria dos pacientes era formada por homens (5,78:1) com média de idade de 57,1 anos e, os tumores ocorreram principalmente na mucosa gengival (27,8%), língua (27,2%) e, mucosa bucal (26,5%). Os índices para metástases regionais foram de mais de 60% para soalho de boca, 45,7% para mucosa gengival, 34% para mucosa bucal e, 20,4% para língua. Na divisão por estágios, 27,5% encontrava-se no estágio I, 25,4% no II, 25,9% no III e 21,2% no IV, sendo que a sobrevida de cinco anos observada, seguindo-se a mesma seqüência, foi de 75%, 65,6%, 49% e 30%, respectivamente. O tamanho da

lesão, o envolvimento cervical, a presença de metástases à distância, o estadiamento, a diferenciação da lesão e, o hábito de mascar *betel* foram os principais fatores que afetaram a sobrevida destes pacientes. O tratamento precoce das lesões apresenta-se como a chave para uma melhora no prognóstico.

A ocorrência de metástases cervicais em pacientes com tumores de língua foi estudada ⁽⁴⁴⁾ e, dos 75 casos avaliados, observaram um índice de 35,6% de envolvimento cervical para pacientes nos estádios I e II da doença e, de 62,35% nos estádios III e IV. O estado de avanço do tumor e, a presença de linfonodos acometidos apresentaram impacto significativo no controle do período livre de doença. Em posse dos resultados, concluiu-se que o esvaziamento cervical supraomohióideo, deve ser feito em todos os pacientes com lesões de língua, independente da presença de linfonodos acometidos nesta região.

SESSIONS *et al.*, (2003) avaliaram os resultados de 5 modalidades de tratamento para tumores de base de língua em 262 pacientes, incluindo somente ressecção local, ressecção local mais esvaziamento cervical, somente radioterapia, ressecção local com radioterapia e ressecção local, esvaziamento cervical além da radioterapia. A sobrevida num período de cinco anos foi de 49,6% para todos os grupos de uma maneira geral, sendo que por tipo de tratamento os índices obtidos foram de 70%, 47,6%, 40,4%, 50% e 51,5% seguindo-se a ordem dos tratamentos já descrita, respectivamente. Os pacientes com doença diagnosticada nos estágios iniciais obtiveram melhores resultados que aqueles com doença em estágio mais avançado. A recidiva loco - regional ocorreu em 26% dos casos. Aqueles que tiveram peças com margens livres obtiveram melhores resultados, que aqueles com margem exígua ou comprometida. Os tratados somente com radioterapia obtiveram melhores resultados quanto à capacidade de deglutir, falar e trabalhar, se comparados com aqueles com quaisquer outros tratamentos. Nenhum tratamento se sobressaiu para o controle de sobrevida nos pacientes com tumores de base de língua, entretanto, a radioterapia atingiu melhores resultados pós-tratamento quanto à manutenção da função e qualidade de vida.

A disparidade entre a avaliação clínica da região cervical e o resultado microscópico para pacientes com carcinoma espinocelular de língua foi avaliada ⁽²²⁾. Duzentos e sessenta e seis (266) casos foram revistos e, os resultados obtidos foram de 34% de linfonodos com doença oculta, não detectadas clinicamente. O estado patológico dos linfonodos e o tratamento terapêutico da região cervical devem ser considerados com o objetivo de se identificar pacientes de alto risco e, institucionalização de terapia coadjuvante.

Tratamento radioterápico de eleição foi feito em 45 pacientes com tumores de base de língua ⁽⁵¹⁾. Cinquenta e seis por cento (56%) obtiveram resposta satisfatória; 29%, resposta parcial; 9% não obtiveram resposta e, 7% abandonaram o tratamento. Recidiva cervical foi observada em sete pacientes e, dos 13 com resposta parcial, 5 tiveram persistência da doença e, 4 submeteram-se a esvaziamento cervical. A média de sobrevida encontrada foi de 50% para três anos e, de 32% para cinco anos. O controle regional para aqueles com resposta satisfatória foi de 84% em cinco anos. Devido ao baixo índice de recidiva regional encontrado nos pacientes com resposta satisfatória, é sugerido o acompanhamento destes tão somente. Para aqueles com resposta parcial, o procedimento cirúrgico deve ser prontamente executado.

O câncer nas mucosas da região de cabeça e pescoço normalmente se desenvolve após anos de uso do fumo e abuso de bebidas alcoólicas, entretanto, somente 5% ocorrem em adultos jovens ⁽⁶¹⁾. A etiologia permanece obscura e alguns

autores sugerem prognóstico pior e, doença mais agressiva para estes pacientes. Foram avaliados 106 homens e 58 mulheres com carcinoma espinocelular de língua, sendo que 13,4% apresentavam idade menor ou igual há 40 anos. Oitenta e um por cento (81%) encontrava-se nos estádios I e II. O tratamento realizado em 84,8% dos casos foi a cirurgia ou ainda a cirurgia seguida de radioterapia e, a recidiva ocorreu em 34% dos pacientes, sendo a regional em maior número (33 pacientes). Os pacientes jovens apresentaram recidiva de 45,5%, enquanto que os mais velhos 32,4%. O intervalo livre de doença em cinco anos foi de 62% versus 81% e, a sobrevida neste mesmo período foi de 65% contra 67%. O diagnóstico das lesões ocorridas em pacientes jovens mostram tendência a um pior prognóstico e, o tratamento aplicado deve ser o mesmo para todos os pacientes.

A utilização da radioterapia em conjunto com a quimioterapia previamente ao procedimento cirúrgico, além da ressecção do tumor e, reconstrução num mesmo estágio foram preconizados, para os tumores da cavidade bucal ⁽⁶²⁾. Dois grupos, que receberam tratamentos diferentes, foram avaliados, totalizando 53 pacientes. Um grupo de estudo recebeu o tratamento proposto já descrito, enquanto que o controle submeteu-se a um procedimento cirúrgico prévio, seguido de radioterapia. No período pré-operatório todos os pacientes apresentaram redução na qualidade de vida, entretanto, no grupo de estudo, a saúde global e, o status psicológico estiveram fortemente abalados. Os resultados mostraram que o tratamento proposto possui maior agressividade, podendo resultar num período livre de doença maior, porém a restrição na qualidade de vida foi muito mais severa.

MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho foram obtidos dados, através de levantamento de prontuários e contatos telefônicos, sobre 185 pacientes que apresentaram tumor de boca, atendidos nos hospitais de **Base de Bauru e Hospital Manoel de Abreu**, ambos integrantes da **Associação Hospitalar de Bauru**, no período compreendido entre janeiro de 1996 e julho de 2002. Além destes dois, outra fonte de informações foi o **Hospital Lauro de Souza Lima**.

Após a coleta dos dados, as lesões foram separadas por locais de ocorrência, sendo que neste trabalho, enfoque especial foi atribuído àquelas ocorridas na língua. Para tanto, 50 pacientes foram estudados e, analisados dados relacionados ao gênero, idade, local e evolução das lesões, presença de metástases locais e regionais e associação com fatores de risco como o álcool e o fumo. Após o procedimento cirúrgico, as peças foram enviadas ao Laboratório de Anátomo-patologia da referida Associação onde, em posse dos resultados microscópicos obtidos, estabeleceu-se sua relação com os óbitos ocorridos. Além disso, procurou-se dar ênfase especial à associação dos tratamentos cirúrgicos com a radioterapia e/ou quimioterapia, ao intervalo livre de doença e, ao índice de surgimento de novo tumor.

RESULTADOS

Após avaliação dos 185 pacientes estudados, os seguintes resultados foram encontrados (**Gráfico I**). Pode-se observar maior aparecimento de lesões no lábio, com 28% e na língua (27%).

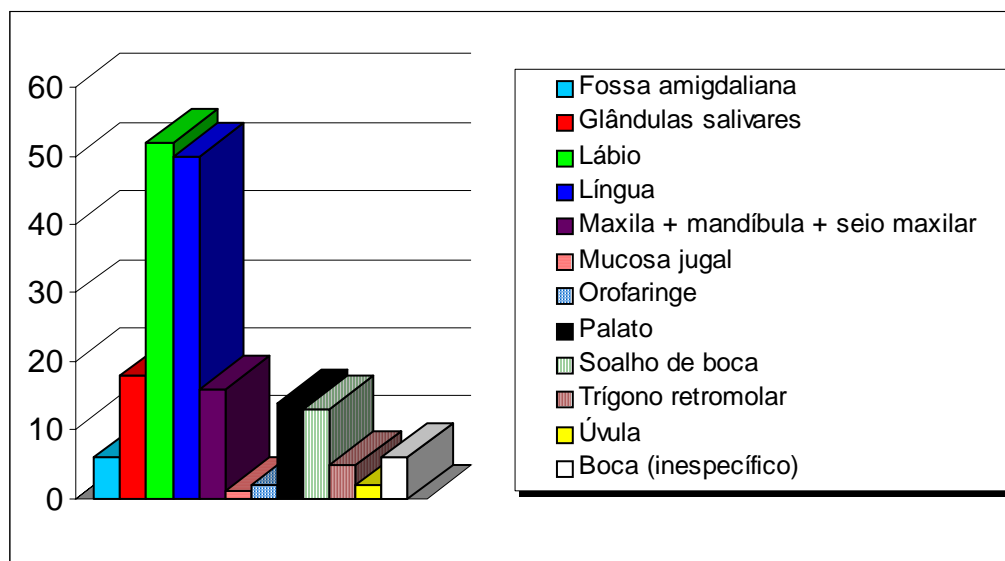


Gráfico I – Distribuição das lesões na cavidade bucal

Pelo enfoque especial deste trabalho aos tumores ocorridos na língua, resultados e análises mais específicas foram obtidos para tais pacientes.

Quanto ao gênero, observou-se uma relação homem/mulher de 4:1, onde somente 18% dos pacientes eram mulheres. A média de idade dos pacientes estudados foi de 56 anos e, a distribuição por idade pode ser observada (**Gráfico II**).

Pode-se notar, através da análise do gráfico acima, maior número de casos ocorridos em pacientes com idade abaixo da média (58%).

Alguns locais são os mais atingidos quando se trata de carcinoma espinocelular de língua. De acordo com análise feita, a base da língua surge como local de maior incidência (22 pacientes), seguida pela associação entre a base e o bordo lateral, o bordo lateral isoladamente e o ventre lingual (12, 10 e 2 pacientes, respectivamente). Em quatro casos a descrição para o local da lesão não foi bem especificada (**Gráfico III**).

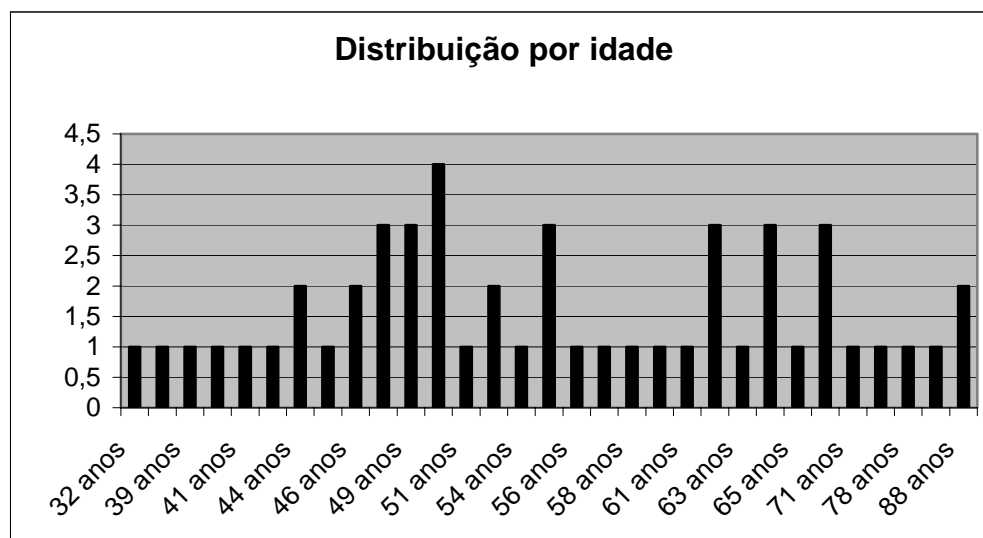


Gráfico II – Distribuição da lesão por idade

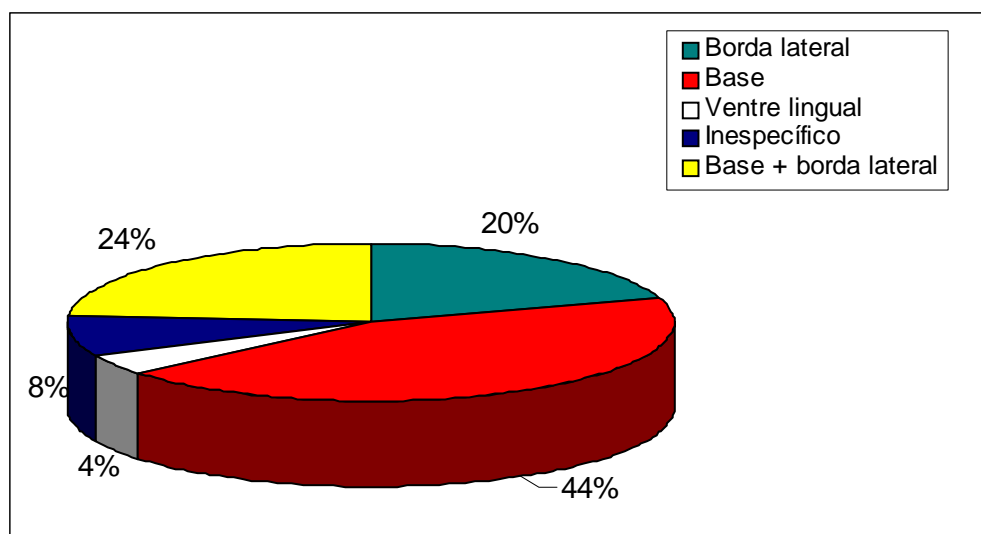


Gráfico III – Distribuição por local

Sendo o diagnóstico precoce fator de extrema importância na sobrevivência dos pacientes acometidos por este tipo de doença, a população ora estudada apresentou-se com dados pouco animadores. A média de tempo para o desenvolvimento das lesões foi de aproximadamente quatro meses e meio, sendo que os picos ocorreram entre 4 e 6 meses (Gráfico IV).

Outros fatores relacionados, também, com o período de evolução da doença são as presenças de metástases regionais e à distância. É sabido que com a evolução da doença, a probabilidade de sua ocorrência torna-se maior. Observou-se um baixo índice de metástases à distância (apenas 4%), sendo que os locais acometidos foram a axila (50%) e o fígado (50%). Quanto ao aparecimento de doença regional, os números encontrados são preocupantes, pois 64% dos pacientes apresentaram linfonodos acometidos durante a realização do esvaziamento cervical contra apenas 36% livres de doença a este nível.

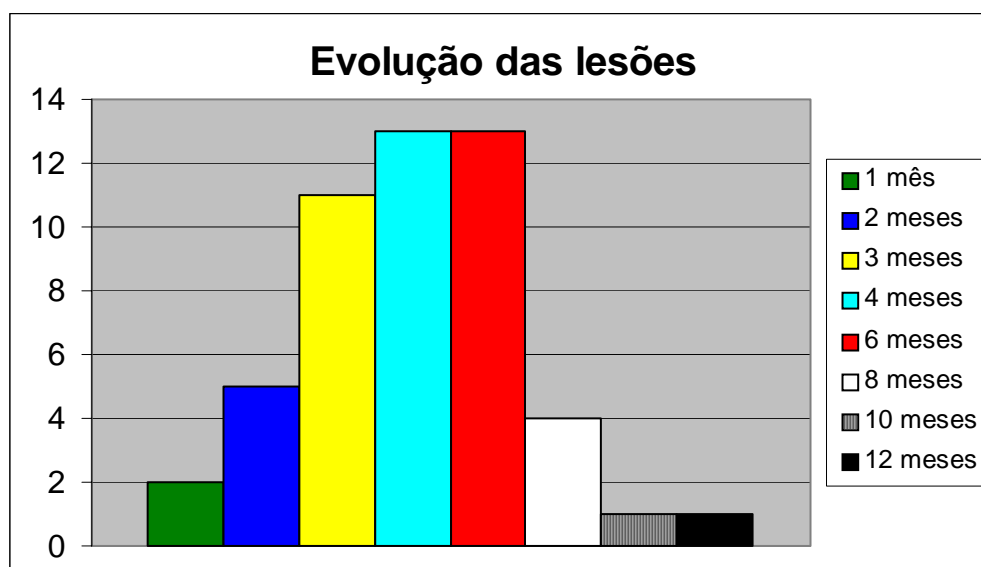


Gráfico IV – Período de evolução das lesões

Fatores de risco, também, estão fortemente associados ao aparecimento de lesões na cavidade bucal. Nos primeiros lugares foram encontrados os hábitos de fumar e, o consumo crônico e excessivo de bebida alcoólica. Dentre os pacientes que apresentaram câncer de língua, 85% eram fumantes (**Gráfico V**). Do total de pacientes estudados, 67% consumiam bebida alcoólica com regularidade (**Gráfico VI**).

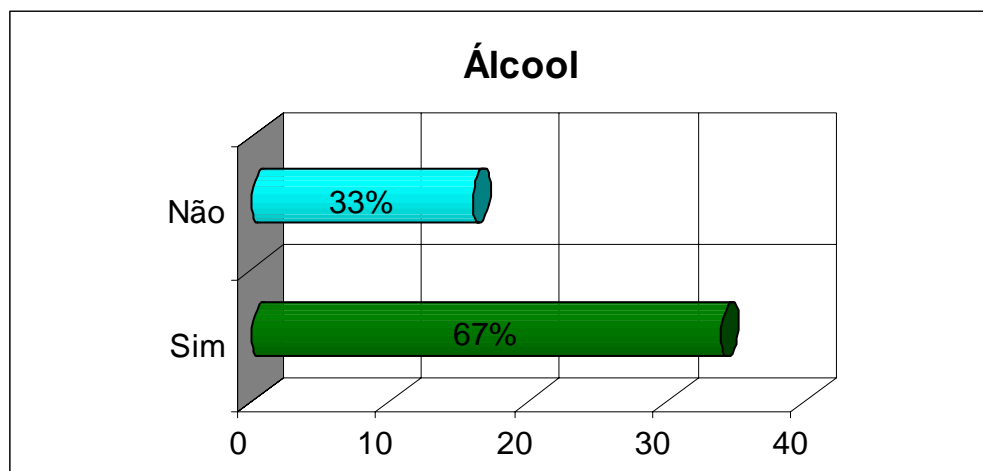


Gráfico V – Relação de pacientes fumantes

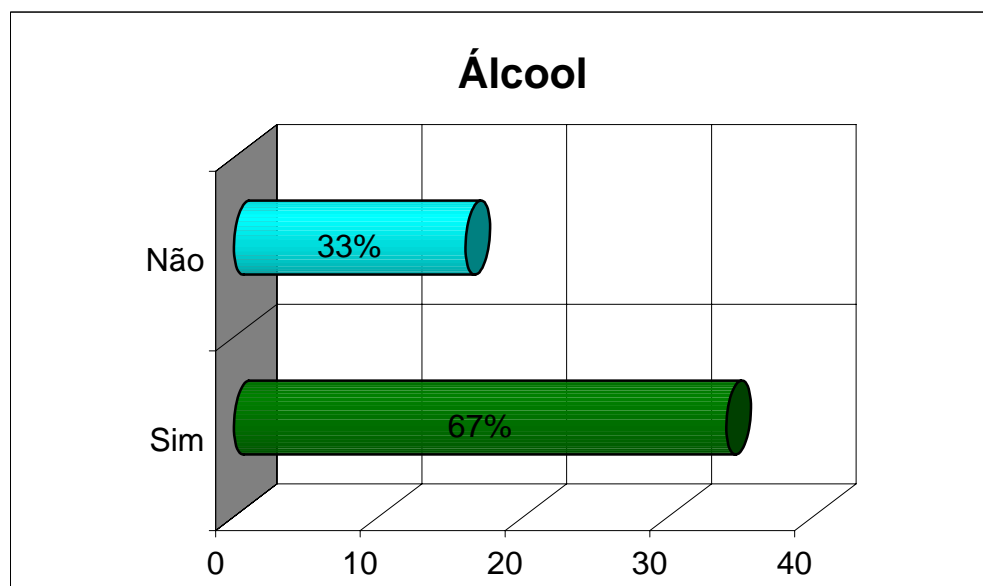


Gráfico VI – Relação de pacientes usuários de bebida alcoólica

Tratamentos coadjuvantes na tentativa de cura e restabelecimento da vida normal dos pacientes, tais como radioterapia e quimioterapia, também, têm sido relatados na literatura, muitas vezes até como modalidade definitiva. Dentre os casos analisados, apenas 18% não foram encaminhados ao Serviço de Radioterapia, enquanto que a quimioterapia não foi realizada em 40% dos pacientes (**Gráficos VII e VIII**).

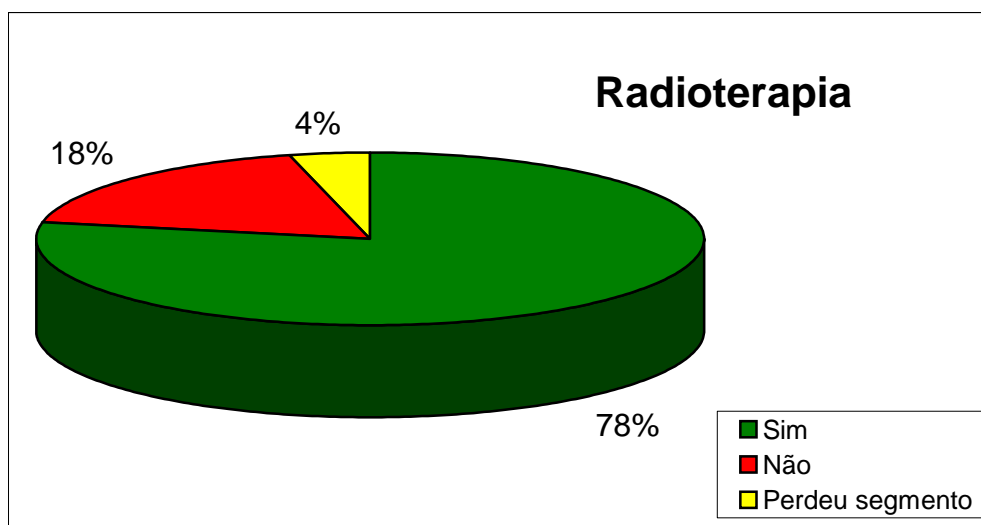


Gráfico VII – Pacientes que se submeteram à radioterapia

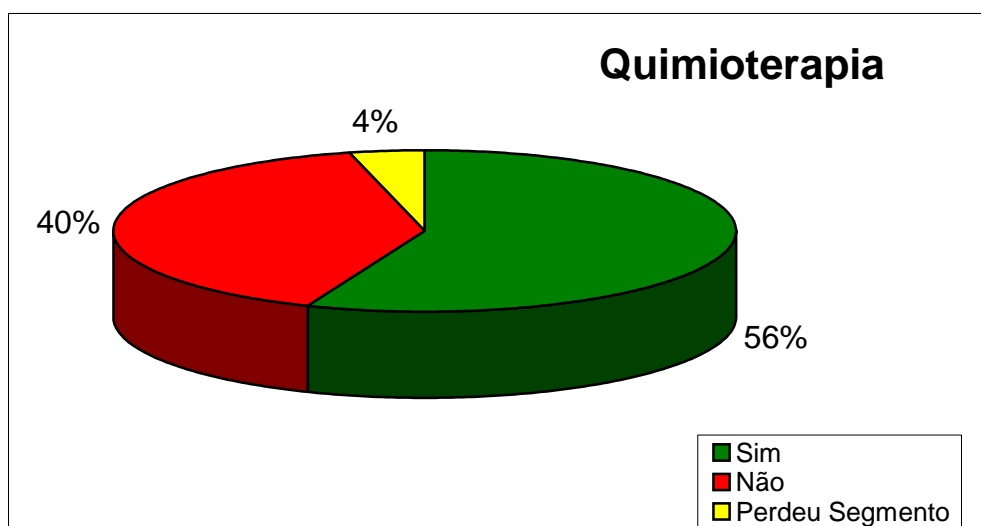


Gráfico VIII – Pacientes que se submeteram à quimioterapia

A ocorrência de novo tumor primário após ressecção da lesão lingual, também, foi outro fator acompanhado neste trabalho. Apenas 10% dos pacientes encontravam-se em tal situação enquanto que outros 8% apresentaram tumores simultâneos. Os novos tumores primários foram encontrados no palato em 40% dos casos, além de 20% na laringe, 20% na língua e, também, 20% no pulmão.

O intervalo livre de doença foi analisado em todos os pacientes estudados, considerando-se para isso a recidiva ou o surgimento de novo tumor primário. Para análise destes dados, os pacientes foram divididos dois grupos, aquele em que continuaram vivos mesmo após o reaparecimento da doença e tratamento e, aqueles que morreram por razões relacionadas ou não à recidiva tumoral. Para os pacientes vivos, (**Gráfico IX**), nota-se que a maioria teve um período livre de doença que girou em torno de 40 a 60 meses (41%). Os intervalos subsequentes correspondem a 32%, 13%, 9% e 5%, respectivamente.

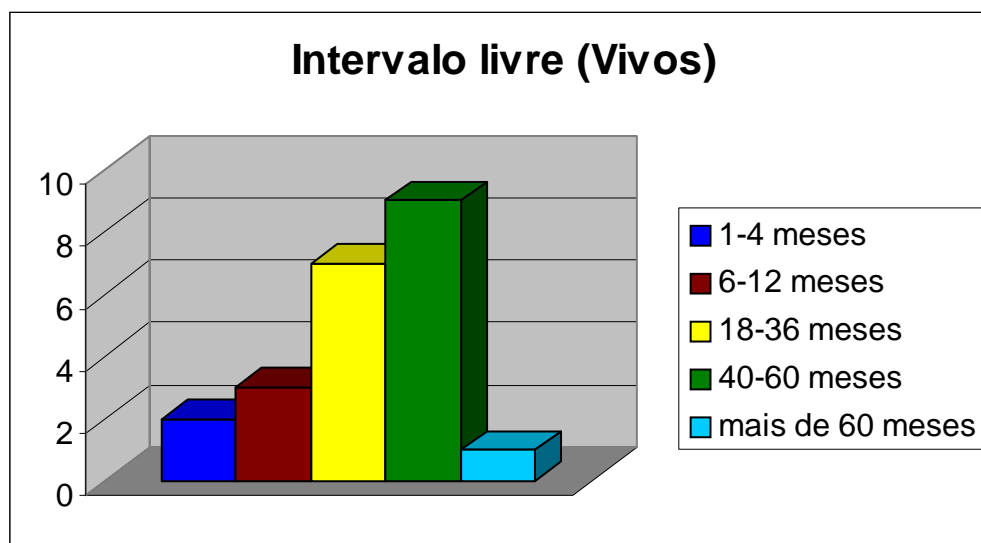


Gráfico IX – Intervalo livre de doença para os pacientes vivos

Para os pacientes que vieram a óbito, os dados não apresentaram semelhança com o primeiro grupo (**Gráfico X**). O intervalo livre para a maioria dos pacientes ocorreu entre 6 e 12 meses (40%), seguido pelos intervalos de 1 a 4 meses (28%), de 18 a 36 meses (24%) e de 40 a 60 meses (8%).

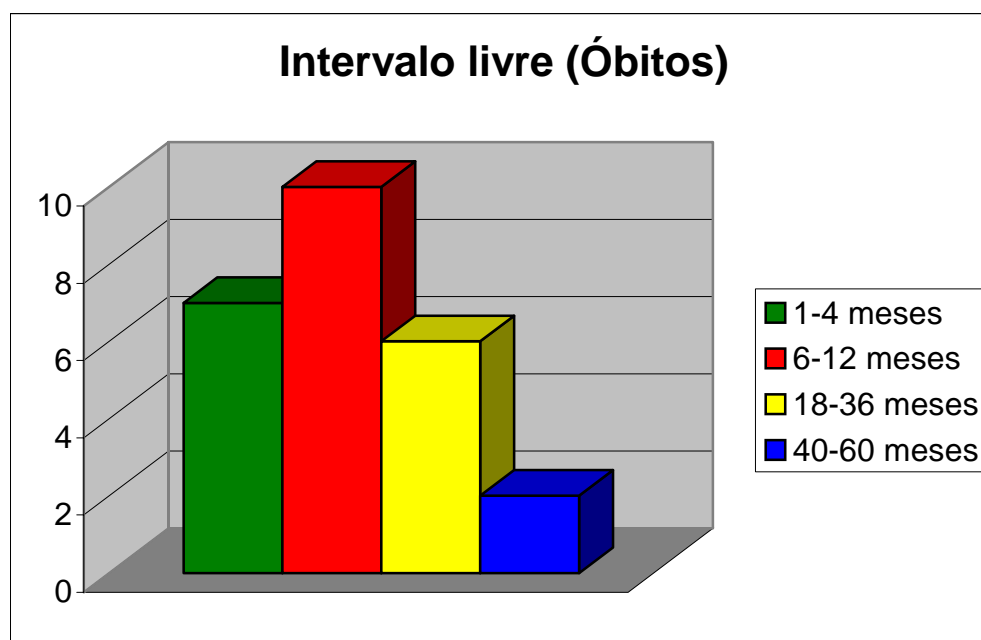


Gráfico X – Intervalo livre de doença para os pacientes que vieram a óbito

O grau de diferenciação e o tipo de infiltração das lesões estudadas, também, foram avaliados e, sua intimidade com o número de óbitos ocorridos, também, foi demonstrada.

Quanto ao tipo de lesão, nota-se, na maioria dos casos (62%), o resultado de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrativo. As lesões com menor incidência foram as descritas como carcinoma espinocelular moderadamente e superficialmente infiltrativo, correspondendo a 2% cada (**Gráfico XI**).

É interessante ser ressaltado ainda que em 76% dos exames realizados as peças principais apresentaram margens livres, outros 6%, margem exígua e, em 16% as margens apresentavam-se comprometidas. Ainda, em 2% das peças não foi possível de se identificar o comprometimento marginal.

Aos casos com êxito letal, também, foram relacionados os diagnósticos encontrados, bem como a idade em que ocorreram, as presenças de recidivas locais ou regionais, a ocorrência de novo tumor primário, além do envolvimento com o fumo e o álcool por estes pacientes, tendo o óbito ocorrido em 50% dos casos. Dos outros 25 pacientes, 22 permaneciam vivos até o encerramento deste trabalho e, outros 3 haviam perdido segmento de controle.

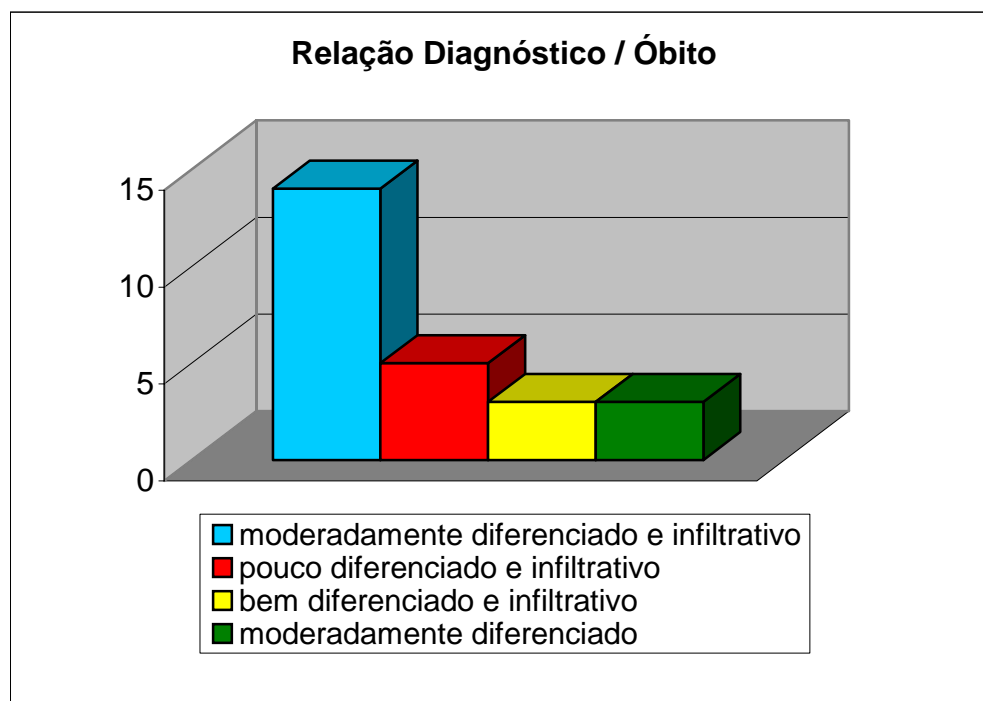


Gráfico XI – Proporção de resultados microscópicos

O diagnóstico encontrado com maior frequência nas peças dos pacientes que faleceram, foi de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrativo (56%), seguido de carcinoma espinocelular pouco diferenciado e infiltrativo, bem diferenciado e infiltrativo e, moderadamente diferenciado (20%, 12% e 12%, respectivamente) (**Gráfico XII**).

Apesar do período de evolução da doença ser inferior a um ano, conforme descrito anteriormente, os graus de infiltração e diferenciação influenciaram diretamente na ocorrência dos óbitos.

Na imagem a seguir, aspecto clínico de um carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrativo, operado no Serviço de Cabeça e Pescoço (Fig. 1).

Um dado preocupante quanto à ocorrência dos óbitos é o de que a maioria dos pacientes que morreram (56%) apresentava idade inferior à média de descoberta da doença (56 anos). Outro ponto de nosso estudo com interesse a ser demonstrado, relaciona a recidiva local, também, com a ocorrência de óbitos. Oitenta por cento (80%) dos pacientes que apresentaram recidivas locais acabaram por sucumbir à doença e, para aqueles que apresentaram novo tumor primário os índices, também, são semelhantes (60%).

Conforme descrito anteriormente, os principais fatores externos desencadeantes da doença encontrados neste trabalho foram o uso de tabaco além do consumo excessivo de bebida alcoólica. Dos 50 pacientes estudados, 67% eram fumantes e bebedores crônicos, ou seja, todos os pacientes que bebiam, também, eram tabagistas. Foram encontrados ainda, valores interessantes quando se relacionou o número de mortes a tais fatores, pois 84% dos pacientes que veio a óbito eram fumantes, enquanto que 80% do total eram consumidores de bebidas alcoólicas.

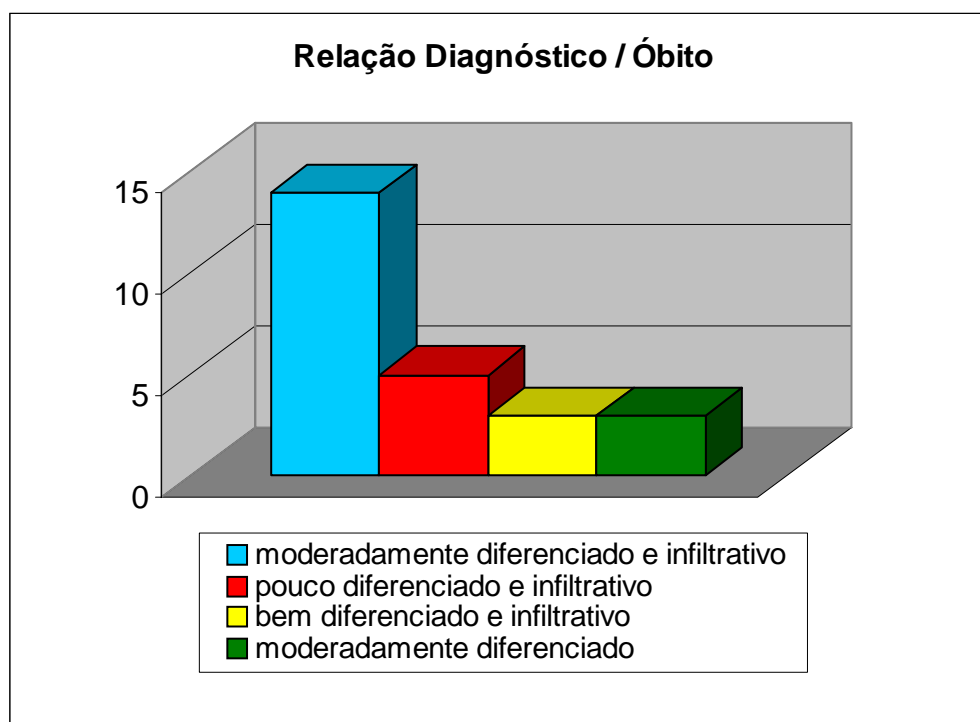


Gráfico XII – Relação entre diagnóstico microscópico e óbito



Fig. 1 – Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado e infiltrativo

DISCUSSÃO

Sendo o câncer um problema de saúde pública ⁽⁰⁴⁾, investigações e estudos são necessários para o aprimoramento no diagnóstico da doença e desenvolvimento de modalidades efetivas de tratamento, sendo que o objetivo final visa sempre a cura do paciente e seu restabelecimento à vida social.

O carcinoma espinocelular de língua constitui-se na segunda patologia maligna mais encontrada na cavidade bucal ^(20, 32, 35, 02), sendo menos freqüente que o de lábio e, mais que a soma de prevalência das restantes localizações dentro da boca ⁽²⁰⁾. Os resultados obtidos estão de acordo com esses autores, porém a prevalência de lesões localizadas nas glândulas salivares, maxila, mandíbula, seio maxilar, palato e soalho de boca, também, foi alta nesta pesquisa e, sua soma foi maior que o número de lesões localizadas na língua.

O aparecimento de carcinoma espinocelular na língua de pacientes jovens é fato extremamente raro ^(43, 15, 24, 39, 61), entretanto, sua freqüência tem aumentado nos últimos anos ^(63, 18). A predileção por pacientes jovens ocorre especialmente nos sarcomas, enquanto que outros, particularmente os carcinomas, se desenvolvem em pacientes mais velhos ⁽⁴⁹⁾. Com exceção aos trabalhos que limitaram a idade máxima em 30, 40 ou 45 anos ^(43, 15, 56, 24, 50, 39), a média de idade em torno da sexta e sétima décadas de vida parece estar de acordo com a maioria dos autores ^(32, 37, 06, 12, 19, 28, 38), fato este, também, encontrado no presente estudo, uma vez que a média foi de aproximadamente 56 anos.

São questionáveis o comportamento biológico ⁽³⁹⁾, a agressividade do tumor ^(32, 39, 61), o prognóstico ^(10, 28, 61), o tipo de tratamento ^(32, 50) e, o intervalo livre de doença ⁽⁵⁶⁾ para pacientes jovens ⁽⁵⁴⁾. Alguns autores, entretanto, não encontraram diferença estatisticamente significativa na comparação com pacientes mais velhos ^(15, 24, 39, 40, 46, 61). Outros ainda, relacionam a piora no prognóstico e, diminuição no intervalo livre de doença, com o aumento da idade ^(49, 10, 54), tendo observado que um aumento de 10 anos na idade dos pacientes, correspondia a um aumento de 18% no risco de morte

decorrente da mesma. Na presente pesquisa, observou-se que 56% dos pacientes que vieram a óbito possuíam idade inferior a idade média da descoberta das lesões, sugerindo um pior prognóstico para os pacientes mais jovens.

Quanto à distribuição por gênero, observou-se um número maior de homens que desenvolveram a doença (4:1), correspondendo a 82% dos casos. Tal resultado encontra-se em conformidade com a literatura consultada (12, 19, 28, 38). Somente TAN *et al.*, (1997) obtiveram resultados diferentes quando traçaram o perfil dos pacientes que não eram fumantes e, desenvolviam a doença, observando que se tratava de mulheres.

Existem poucos estudos acessando fatores de risco para locais específicos dentro da cavidade bucal, quanto ao desenvolvimento de lesões cancerígenas (02, 13). Em sua maioria, a divisão da língua por setores, também, não é observada, sendo somente diferenciada sua porção anterior (31, 29, 45, 41, 3, 16, 10, 12, 22, 39, 44, 46, 61), de sua base (52, 06, 21, 53, 51, 55). Tal diferenciação justifica-se, uma vez que o prognóstico é desfavorável para lesões localizadas na base da língua (29, 21), além de existir um baixo percentual de sobrevida para estes pacientes quando comparado com aqueles com lesões localizadas em sua porção anterior (41). No presente trabalho, foi feita somente a diferenciação quanto aos locais de ocorrência dos tumores, sendo constatado que 68% deles envolveram-se na base da língua e, 48% as regiões de borda lateral e ventre lingual. Pode-se constatar, também, uma ocorrência maior para lesões localizadas na base (52), entretanto, já foram obtidos índices maiores para lesões na porção anterior (41).

Fatores de risco predisponentes ao desenvolvimento de lesões cancerígenas na cavidade bucal e, que influenciam no prognóstico dos pacientes, também, foram estudados (05, 31, 07, 42, 47, 17, 33, 45, 02, 14, 37, 60, 52, 56, 03, 13, 16, 10, 12, 40, 36, 28, 46, 61). A opinião de vários autores é de que o álcool e o cigarro estão diretamente envolvidos com o surgimento das lesões bucais, com a diminuição na sobrevida dos pacientes, ou ainda com a piora no prognóstico (05, 49, 47, 11, 17, 33, 02, 63, 52, 06, 19). O mesmo pode-se observar neste estudo, uma vez que 34 pacientes (67%) faziam ingestão de bebidas alcoólicas com frequência e, 43 deles (85%) eram tabagistas. Entre os óbitos encontrados verificou-se um índice de 84% de fumantes e, de 80% de consumidores de bebidas alcoólicas, o que vem positivar ainda mais estes resultados.

Em pacientes jovens, a associação entre os fatores de risco já citados e, o aparecimento da doença nem sempre foi observada (14). Para estes pacientes, os fatores associados à doença são pouco divulgados na literatura (63), bem como seu desenvolvimento clínico e suas conseqüências (18). Nesta pesquisa, entretanto, foram encontrados nove pacientes (18%) com idade inferior ou igual a 45 anos, sendo que 89% eram tabagistas e, 78% faziam uso de bebidas alcoólicas. Houve, de fato, associação dos fatores de risco, com o surgimento da doença nestes pacientes (15).

Ainda hoje, o tratamento para o carcinoma espinocelular de língua permanece um desafio (27), causando grande impacto na qualidade de vida dos pacientes (15). Entre os tratamentos descritos na literatura, três são os mais conhecidos, sendo utilizados de maneira isolada ou ainda em combinação aleatória de acordo com a preferência do cirurgião, o procedimento cirúrgico, a radioterapia e a quimioterapia. Opiniões divergem quanto à efetividade de cada um deles e, sua maneira de utilização. Tradicionalmente o carcinoma de base de língua tem sido tratado através da ressecção cirúrgica seguida de radioterapia (06, 53) e, demonstrando ser efetivo para fases iniciais da doença (35, 10, 21). Apesar dos avanços recentes no diagnóstico e tratamento do carcinoma espinocelular de língua, a deficiência no tratamento é alta e o prognóstico ruim (44). Quanto à utilização da radioterapia, alguns autores indicam tal modalidade de

tratamento, combinada com o procedimento cirúrgico, para lesões mais avançadas (35, 23, 10, 26), entretanto, não obtiveram bons resultados, sendo que os pacientes tratados isoladamente com a radioterapia apresentaram os piores prognósticos (16). Neste estudo, após a realização do procedimento cirúrgico, a radioterapia foi indicada para 78% dos pacientes e, a quimioterapia para 56% deles, estando de acordo com a literatura revista quanto à sua indicação e realização.

O carcinoma espinocelular de língua é caracterizado por alta propensão ao desenvolvimento de metástases cervicais, afetando diretamente o controle regional da doença e a sobrevida dos pacientes (46). Alguns autores preconizam o esvaziamento cervical eletivo mesmo para lesões iniciais (42, 44) devido ao alto índice de doença oculta (27) e, objetivando diminuir o percentual de insucesso (23). **BEERKEN *et al.*, (1999)** por sua vez, não observaram melhora no percentual de sobrevida após o esvaziamento cervical. Os índices de metástases regionais e cervicais para lesões ocorridas na língua foram de 27,2% e 20,4%, respectivamente (38). **EL-HUSSEINY *et al.* (2000)** obtiveram valores semelhantes, com percentuais que atingiram 31% para metástases regionais e, no presente estudo, sua ocorrência foi observada em 64% dos casos e, em 4%, à distância, valores altos se comparados com a literatura consultada.

Pacientes com câncer de cavidade bucal e de faringe, particularmente, são mais susceptíveis a desenvolverem novos tumores (11). A recidiva tumoral, entretanto, é fato incomum para pacientes com lesões na língua (59) e, apesar de tal afirmação, puderam obter índices de 19% para recidiva local e, 59% para região cervical. **HERRANZ GONZALES-BOTAS *et al.*, (2002)** obtiveram valores de 22,5% para recidiva local e regional, muito semelhante ao encontrado por outros autores (42, 27). **GUJRATHI *et al.*, (1996)** que por sua vez, atingiram patamares de 45% de recidiva local e, 63% na região cervical. Nesta pesquisa, a recidiva tumoral, seja local ou regional, atingiu 40% dos pacientes, num nível um pouco menor que a maioria dos outros trabalhos realizados.

As principais causas das mortes encontradas (06) foram a recidiva no local da lesão primária (58%), metástases (10%) e, novo tumor primário (8%). No presente estudo o surgimento de novo tumor primário, observado em 10% dos casos, esteve relacionado com 12% dos óbitos e, a recidiva, com 64%. Quando se relaciona esses dois últimos fatores observados com a mortalidade, pode-se observar que, dos pacientes que tiveram novo tumor primário, 60% vieram a óbito e, daqueles que apresentaram recidiva, 80% foram a óbito em menos de um ano.

Outro fator importante a ser observado foi o período de evolução das lesões e, devido aos seus fatores desencadeantes, à falta de conhecimento dos pacientes quanto ao auto-exame e, à deficiência no sistema de saúde brasileiro (01). Para a maioria dos pacientes, embora venham a procurar atendimento médico em menos de 12 meses, o prognóstico é bastante desfavorável devido ao estágio avançado das lesões (01, 19). Comparando-se o presente trabalho com dados dos dois grupos de autores nacionais, os índices obtidos são bastante semelhantes e, apesar das lesões terem sido diagnosticadas em período compreendido entre 1 e 12 meses (média de 4 meses e meio), a maioria delas (72%) encontrava-se em estágio avançado de diferenciação e infiltração.

Pode-se constatar dessa maneira que se houvesse uma melhor prática de preservação e, diagnóstico precoce na maioria dos postos de atendimento dos Serviços Nacionais de Saúde, muito possivelmente a erradicação desse mal poderia ser muito minimizada. Aí está um excelente pedido que se faça à boa vontade dos nossos políticos, pois eles, também, poderão um dia sofrer desse mal.

Essa é a verdadeira importância de um trabalho que está diretamente ligado com a saúde e a vida do povo brasileiro, procurando fazer despertar um novo sentido de coletividade dentro das classes sociais e políticas e, só por isso justifica-se perfeitamente sua realização.

CONCLUSÕES

Através da realização deste estudo e, avaliação dos dados obtidos parece lícito concluir-se que:

1. A maioria dos pacientes atingidos pela doença possui menos de 56 anos de idade (58%).
2. A maioria dos pacientes foi do gênero masculino (82%).
3. O local mais acometido pela doença foi a base da língua (68%).
4. Todas as lesões foram diagnosticadas com evolução inferior a 12 meses, porém, encontravam-se em estágios avançados.
5. O índice de metástases regionais foi alto (64%).
6. Os fatores de risco estiveram fortemente associados ao aparecimento das lesões, tanto em pacientes jovens como nos mais velhos.
7. O intervalo livre de doença obteve valor aceitável para os pacientes vivos e, baixo para os que vieram a óbito.
8. A maioria das lesões apresentou-se moderadamente ou pouco diferenciada, influenciando de maneira negativa no prognóstico.
9. O diagnóstico da lesão em estágios iniciais se faz necessário, devido ao alto índice de óbitos relacionado com a diferenciação e infiltração das lesões.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES, J. L. *et al.*, Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in Sao Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncol.*, v. 37, n. 4, p. 345-50, jun., 2001.
2. BARASH, A. *et al.*, Smoking, gender, and age as risk factors for site-specific intra-oral squamous cell carcinoma. A case-series analysis. *Cancer*, v. 73, n. 3, p. 509-13, feb., 1994.
3. BEERKEN, S. W. *et al.*, T1 and T2 squamous cell carcinoma of the oral tongue: prognostic factors and the role of elective lymph node dissection. *Head Neck*, v. 21, n. 2, p. 124-30, mar., 1999.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUO NACIONAL DO CÂNCER. *Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000.
5. BROSS, I. D.; COOMBS, J. Early onset of oral cancer among women who drink and smoke. *Oncology*, v. 33, n. 3, p. 136-9, 1976.
6. BRUNIN, F. *et al.*, Cancer of the base of the tongue: past and future. *Head Neck*, v. 21, n. 8, p. 751-9, dec., 1999.
7. CAPLAN, G. A.; BRIGHAM, B. A. Marijuana smoking and carcinoma of the tongue. Is there an association? *Cancer*, v. 66, n. 5, p. 1005-6, sep., 1990.
8. COTRAN, R.S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. Neoplasia. In: _____. *Robbins – Patologia estrutural e funcional*. 6ª. ed., Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 2000. Cap. 8, p. 233-95.
9. CRAIG, D. M.; TRIEDMAN, L. J. Four primary malignant neoplasms in a single patient. *J. Surg. Oncol.*, v. 32, n. 1, p. 8-10, may, 1986.

10. DAVIDSON, B. J.; ROOT, W. A.; TROCK, B. J. Age and survival from squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Head Neck*, v. 23, n. 4, p. 273-9, apr., 2001.
11. DAY, G. L.; BLOT, W. J. Second primary tumors in patients with oral cancer. *Cancer*, v. 70, n. 1, p. 14-9, July. 1992.
12. DEQUANTER, D. *et al.*, Le résultat compte carcinome de l'epidermoid de la langue mobile classé comme T1-T2. *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.*, v. 118, n. 5, p. 315-22, oct., 2001.
13. DHAR, P. K. *et al.*, Identification of risk factors for specific subsites within the oral and oropharyngeal region – a study of 647 cancer patients. *Indian J. Cancer*, v. 37, n. 2/3, p. 114-22, jun./sep., 2000.
14. DONALD, P. J.; EIBLING, D. L.; DESANTO, L. W. Carcinoma of the oral cavity in a young woman. *Head Neck*, v. 16, n. 2, p. 196-200, mar./apr., 1994.
15. DUROUX, S. *et al.*, Carcinome de la cavité orale dans les adultes moins de 30 années d'âge. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, v. 97, n. 4, p. 225-8, 1996.
16. EL-HUSSEINY, G. *et al.*, Squamous cell carcinoma of the oral tongue: an analysis of prognostic factors. *Br. J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 38, n. 3, p. 193-9, jun., 2000.
17. FRANCESCHI, S. *et al.*, Risk factors for cancer of the tongue and the mouth. A case control study from northern Italy. *Cancer*, v. 70, n. 9, p. 2227-33, nov., 1992.
18. FRIEDLANDER, P. L. *et al.*, Squamous cell carcinoma of the tongue in young patients: a matched-pair analysis. *Head Neck*, v. 20, n. 5, p. 363-8, aug., 1998.
19. GERVASIO, O. L. *et al.*, Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in a Brazilian population. *Braz. dent. J.*, v. 12, n. 1, p. 57-61, 2001.
20. GORLIN, R.J.; GOLDMAN, H.M. *Thoma's oral pathology*. 6^a ed., St. Louis: Mosby, vol. 2, 1970, p. 819-60.
21. GOURIN, C. G.; JOHNSON, J. T. Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the base of tongue. *Head Neck*, v. 23, n. 8, p. 653-60, aug., 2001.
22. GREENBERG, J. S. *et al.*, Disparity in pathologic and clinical lymph node staging in oral tongue carcinoma. Implication for therapeutic decision making. *Cancer*, v. 98, n. 3, p. 508-15, aug., 2003.
23. GUJRATHI, D. *et al.*, Treatment outcome of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *J. Otolaryngol.*, v. 25, n. 3, p. 145-9, jun., 1996.
24. HART, A. K. *et al.*, Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: a report on 3 cases and review of the literature. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, v. 120, n. 6, p. 828-33, jun., 1999.
25. HAYASHI, T. *et al.*, The clinical significance of follow-up sonography in detection of cervical lymph node metastasis in patients with stage I or II squamous cell carcinoma of the tongue. *Oral Surg.*, v. 96, n. 1, p. 112-7, jul., 2003.
26. HERRANZ GONZALES-BOTAS, J. *et al.*, Factores que afectan el mando local y regional y supervivencia de carcinomas de la lengua y suelo de boca. *Acta Otorrinolaringol. Esp.*, v. 53, n. 1, p. 32-8, ene., 2002.
27. HICKS, W.L. Jr. *et al.*, Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Am. J. Otolaryngol.*, v. 19, n. 1, p. 24-8, jan./feb., 1998.
28. HYAM, D. M. *et al.*, Tongue cancer: do patients younger than 40 do worse? *Aust. dent. J.*, v. 48, n. 1, p. 50-4, mar., 2003.
29. IIDSTAD, S. T.; BIGELOW, M. E.; REMENSNYDER, J. P. Squamous cell carcinoma of the tongue: a comparison of the anterior two thirds of the tongue with its base. *Am. J. Surg.*, v. 146, n. 4, p. 456-61, oct., 1983.
30. JOHNSON, N. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. *J. dent. Educ.*, v.

- 65, n. 4, p. 328-39, apr., 2001.
31. JOHNSTON, W. D.; BALLANTYNE, A. J. Prognostic effect of tobacco and alcohol use in patients with oral tongue cancer. *Am. J. Surg.*, v. 134, n. 4, p. 444-7, oct., 1977.
 32. JONES, J. B.; LAMPE, H. B.; CHEUNG, H. W. Carcinoma of the tongue in young patients. *J. Otolaryngol.*, v. 18, n. 3, p. 105-8, apr., 1989.
 33. JOVANOVIC, A. *et al.*, Tobacco and alcohol related to the anatomical site of oral squamous cell carcinoma. *J. oral Pathol. Med.*, v. 22, n. 10, p. 459-62, nov., 1993.
 34. KANE, A. B.; KUMAR, V. Patologia ambiental e nutricional. In: COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. *Robbins pathologic basis of disease*. 6^a ed., Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 2000. Cap. 10, p. 361-411.
 35. KRUPALA, J. L.; GIANOLI, G. J. Carcinoma of the oral tongue. *J. La State Med. Soc.*, v. 145, n. 10, p. 421-2, 425-6, oct., 1993.
 36. KUROKAWA, H. *et al.*, Risk factors for late cervical lymph node metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck*, v. 24, n. 8, p. 731-6, aug., 2002.
 37. LLEWELYN, J.; MITCHELL, R. Smoking, alcohol and oral cancer in southeast Scotland: a 10-year experience. *Br. J. Maxillofac. Surg.*, v. 32, n. 3, p. 146-52, jun., 1994.
 38. LO, W. L. *et al.*, Outcomes of oral squamous cells carcinoma in Taiwan after surgical therapy: factors affecting survival. *J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 61, n. 7, p. 751-8, jul., 2003.
 39. MANUEL, S. *et al.*, Survival in patients under 45 years with squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Int. J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 32, n. 2, p. 167-73, apr., 2003.
 40. MATHEW IYPE, E. *et al.*, Squamous cell carcinoma of the tongue among young Indian adults. *Neoplasma*, v. 3, n. 4, p. 273-7, jul./aug., 2001.
 41. NASON, R. W. *et al.*, A retrospective comparison of treatment outcome in the posterior and anterior tongue. *Am. J. Surg.*, v. 172, n. 6, p. 665-70, dec., 1996.
 42. NATHANSON, A. *et al.*, Evaluation of some prognostic factors in small squamous cell carcinoma of the mobile tongue: a multicenter study in Sweden. *Head Neck*, v. 12, n. 3, p. 273-4, may./jun., 1990.
 43. NEWMAN, A. N. *et al.*, Carcinoma of the tongue in persons younger than 30 years of age. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, v. 109, n. 5, p. 302-4, may., 1983.
 44. NITHYA, C. *et al.*, Patterns of cervical metastasis from carcinoma of the oral tongue. *World J. Surg.*, v. 1, n. 1, p. 10, jul., 2003.
 45. NYMAN, J.; MEREKE, C.; LINDSTORM, J. Prognostic factors for local control and survival of cancer of the oral tongue. A retrospective analysis of 230 cases in western Sweden. *Acta Oncol.*, v. 32, n. 6, p. 667-73, 1993.
 46. O-CHAROENRAT, P. *et al.*, Tumor thickness predicts cervical nodal metastasis and survival in early oral tongue cancer. *Oral Oncol.*, v. 39, n. 4, p. 386-90, jun., 2003.
 47. OREGGIA, F. *et al.*, Risk factors for cancer of the tongue in Uruguay. *Cancer*, v. 67, n. 1, p. 180-3, jan., 1991.
 48. PEREIRA, A. C. *et al.*, Análise de carcinomas epidermóides por meio de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. *Pesqui. Odontol. Bras.*, v. 15, n. 4, p. 320-6, dez., 2001.
 49. PINDBORG, J. J. Oral cancer and precancer as diseases of the aged. *Community Dent. oral Epidemiol.*, v. 6, n. 6, p. 300-7, nov., 1978.

50. PITMAN, K. T. *et al.*, Cancer of the tongue in patients less than forty. *Head Neck*, v. 22, n. 3, p. 297-302, may, 2000.
51. PLETCHER, S. D. *et al.*, Management of cervical metastases in advanced squamous cell carcinoma of the base of tongue. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, v. 129, n. 9, p. 983-6, sept., 2003.
52. RAO, D. N.; DESAI, P. B. Risk assessment of tobacco, alcohol and diet in cancers of base tongue and oral tongue – a case control study. *Indian J. Cancer*, v. 35, n. 2, p. 65-72, jun., 1998.
53. ROBERTSON, M. L. *et al.*, Base-of-tongue cancer: survival, function, and quality of life after external-beam irradiation and brachytherapy. *Laryngoscope*, v. 111, n. 8, p. 1362-5, aug., 2001.
54. SCHANTZ, S. P.; YU, G. P. Head and neck cancer incidence trends in young Americans, 1973-1997, with a special analysis for tongue cancer. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, v. 128, n. 3, p. 268-74, mar., 2002.
55. SESSIONS, D. G. *et al.* Analysis of treatment results for base of tongue cancer. *Laryngoscope*, v. 113, n. 7, p. 1252-61, jul., 2003.
56. SIEGELMANN-DANIELI, N. *et al.*, Oral tongue cancer in patients less than 45 years old: institutional experience and comparison with older patients. *J. Clin. Oncol.*, v. 16, n. 2, p. 745-53, feb., 1998.
57. SMITH, E. M. An analysis of cohort mortality from tongue cancer in Japan, England and Wales and the United States. *Int. J. Epidemiol.*, v. 11, n. 4, p. 329-35, dec., 1982.
58. SPIRO, R. H. Squamous cancer of the tongue. *CA*, v. 35, n. 4, p. 252-6, jul./aug., 1985.
59. SUN, L. M. *et al.*, The relapses patterns and outcome of postoperative recurrent tongue cancer. *J. oral Maxillofac. Surg.*, v. 55, n. 8, p. 827-31, aug., 1997.
60. TAN, E. H. *et al.*, Squamous cell head and neck cancer in nonsmokers. *Am. J. Clin. Oncol.*, v. 20, n. 2, p. 146-50, apr., 1997.
61. VENESS, M. J. *et al.*, Anterior tongue cancer: age is not a predictor of outcome and should not alter treatment. *Aust. N. Z. J. Surg.*, v. 73, n. 11, p. 899-904, nov., 2003.
62. WILTFANG, J. *et al.*, Einschätzung von Qualität von Leben von Patienten mit mündlichem Haut Zell Karzinom. Vergleich von zwei Behandlung-Protokollen in ein künftigen Studium-ersten Ergebnissen. *Strahlenther. Onkol.*, v. 179, n. 10, p. 682-9, oct., 2003.
63. ZHENG, T. *et al.*, Risk of tongue cancer associated with tobacco smoking and alcohol consumption: a case-control study. *Oral Oncol.*, v. 33, n. 2, p. 82-5, mar., 1997.