

**NEOPLASIAS MALIGNAS DA LÍNGUA: um estudo sobre a mortalidade em  
Pernambuco**

NEOPLASMS MALIGNANT LANGUAGE: a study on mortality in Pernambuco

José Felipe de Assis Guedes - Graduando do 10º período da Faculdade de Odontologia  
de Caruaru ASCES-UNITA

felipeguedesjgaf@hotmail.com

Jeymesson Allef Santos Lopes - Graduando do 10º período da Faculdade de Odontologia  
de Caruaru ASCES-UNITA

Wamberto Vieira Maciel – Professor Doutor da Faculdade de Odontologia da ASCES-  
UNITA

Patrícia Lins Azevedo do Nascimento – Professora Doutora da Faculdade de Odontologia  
da Asc-es-UNITA

**NEOPLASIAS MALIGNAS DA LÍNGUA: um estudo sobre a mortalidade em  
Pernambuco**

## **RESUMO**

Neoplasias da boca correspondem a décima primeira posição das malignidades mais comum relatadas em todo o mundo, sendo responsável por 3% de todos os casos de câncer diagnosticados e pelas altas taxas de mortalidade entre todas as neoplasias malignas. No Brasil, ocupam a quinta posição dentre todos os tipos de câncer que acometem homens e mulheres. Diante desse contexto, é de suma importância conhecer a mortalidade por neoplasias malignas da língua em residentes de Pernambuco, visando traçar estratégias para minimizar ou reduzir essas taxas. Um estudo de base populacional usando os dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde foi realizado e mostrou que as neoplasias da língua representaram a primeira causa de morte dentre as demais localizações anatômicas da boca. Essas neoplasias atingem mais indivíduos do sexo masculino, da cor branca, de 50 a 59 anos de idade, de baixa escolaridade e sem companheiros. Novos estudos epidemiológicos devem ser realizados para conhecer a relevância não somente da mortalidade por esse tipo de neoplasia, mas também de sua incidência, enfatizando principalmente os fatores etiológicos desse tipo de câncer, levando informações a pessoas que apresentam fatores de risco da doença, além da ampliação nas áreas mais necessitadas de profissionais capacitados, odontólogos ou não.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasias da boca, Neoplasias da língua, Mortalidade

## **INTRODUÇÃO**

As neoplasias da boca ocupam a décima primeira posição das malignidades mais comum relatadas em todo o mundo, sendo responsável por 3% de todos os casos de câncer diagnosticados e pelas altas taxas de mortalidade entre todas as neoplasias malignas.<sup>8</sup> No

Brasil, representam a quinta posição dentre todos os tipos de câncer que acometem homens e mulheres, porém, atingem mais indivíduos da cor branca, do sexo masculino e com mais de quarenta<sup>14</sup> ou cinquenta anos de idade.<sup>18</sup>

Elas podem ser diagnosticadas por meio do exame clínico da cavidade bucal realizado pelo cirurgião dentista, onde esse profissional observa o tamanho, aspecto e forma da lesão, localização e as áreas anatômicas atingidas.<sup>16</sup>

As áreas anatômicas mais comumente atingidas são o assoalho bucal e a língua.<sup>1</sup> Nos Estados Unidos da América, os dados dos registros de câncer de base populacional mostraram aumento das taxas de incidência das neoplasias da base da língua, havendo a necessidade de aumentar a vigilância e interpretar as tendências na incidência dessas neoplasias em relação à epidemia do papiloma vírus humano – HPV.<sup>17</sup>

Diante desse contexto, é de suma importância conhecer a mortalidade por neoplasias malignas da língua em residentes de Pernambuco, visando traçar estratégias para minimizar ou reduzir essas taxas. Tendo em vista que, no Brasil, o carcinoma de células escamosas de boca é um dos tipos de câncer mais frequentes, representando cerca de 90 a 95 por cento de todas as neoplasias malignas da boca no país.<sup>2</sup> E que o índice de sobrevida em 5 anos é baixo e permaneceu estável nas últimas décadas, apesar dos avanços nas terapias.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo de base populacional com óbitos por neoplasias malignas da língua ocorridos em residentes do estado de Pernambuco, nos anos de 2011 a 2014. O estudo foi realizado com dados secundários obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, disponibilizados online, no tabulador de dados da internet – TabNet

do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus, do Ministério da Saúde.

Inicialmente, os óbitos foram consolidados por meio do tabulador de dados da internet – TabNet, e em seguida, para avaliar a importância da mortalidade por neoplasias da língua em relação a todas as demais localizações anatômicas da boca foi calculada a mortalidade proporcional (MP). Nessa situação, a MP foi calculada dividindo-se os óbitos por neoplasias malignas da língua pelo total de óbitos por neoplasias da boca.

As variáveis estudadas foram as características do falecido: faixa etária (0-9; 10-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79 e 80 ou mais anos), sendo os menores de 1 ano excluídos do estudo devido à baixa mortalidade por neoplasias malignas da língua nessa idade; sexo (feminino; masculino); cor/raça [branca; não branca (parda, negra, amarela, indígena)]; situação conjugal [sem companheiro (solteiro, viúvo, separado judicialmente) e com companheiro (solteiro; em união consensual)]; instrução (nenhuma; 1 a 3 anos; 4 a 7 anos; 8 a 11 anos; 12 e mais anos de estudo) e local de ocorrência do óbito (hospital; domicílio), assim como o ano do óbito e a causa básica da morte, que são selecionadas a partir das declarações de óbito (DO) segundo regras de uso internacional, normatizadas e padronizadas pela Organização Mundial de Saúde. Optou-se em utilizar municípios de residência do falecido ao invés de município de ocorrência, com o objetivo de diminuir a influência dos fenômenos de evasão e invasão dos óbitos

Posteriormente, os dados foram analisados e tratados estatisticamente, através de uma análise descritiva dos mesmos. Calculam-se as frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas, sendo essas frequências apresentadas de forma tabular.

Ressalta-se que, como se trata de dados de domínio público disponibilizados no site do Datasus/MS, que não identifica os sujeitos da pesquisa e dispensa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, essa pesquisa não necessitou ser submetida

a Plataforma Brasil e apreciada por um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme a Resolução nº 466 de dezembro de 2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estado de Pernambuco, independente do ano estudado, as neoplasias da língua representaram a primeira causa de morte dentre as demais localizações anatômicas da boca (tabela 1), cabendo aqui ressaltar a sua importância, assim como a preocupação com este achado para os cirurgiões-dentistas, visto que estudos<sup>7-9</sup> têm demonstrado que tumores localizados em língua estão relacionados a maior ocorrência de óbitos, em função do seu comportamento agressivo e frequente metastatização cervical precoce.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas de língua dentre as neoplasias da boca segundo categoria CID-10. Pernambuco, 2011-2014.

Categoria CID-10	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lábio	1	0,8	3	2,0	2	1,3	6	3,7
Língua	43	33,3	75	49,0	88	56,1	77	47,8
Gengiva	0	0,0	0	0,0	3	1,9	3	1,9
Assoalho da boca	8	6,2	3	2,0	5	3,2	6	3,7
Palato	10	7,8	15	9,8	10	6,4	7	4,3
Outras partes e partes NE da boca	57	44,2	57	37,3	49	31,2	62	38,5
Total	129	100,0	153	100,0	157	100,0	161	100,0

Achados de outros estudos<sup>1-17-8-4-14</sup> também apontam a neoplasia da língua como o tipo de neoplasias da boca que mais acomete as pessoas. Nos Estados Unidos da América, após estudo realizado com o registro de base populacional<sup>17</sup>, recomendou-se aumentar a vigilância das neoplasias da base da língua em função do aumento de suas taxas de incidência e interpretar as tendências dessa incidência em relação à epidemia do papiloma vírus humano – HPV, recomendações essas que podem ser aplicadas no Estado de Pernambuco, visto que, no presente estudo, trabalhando-se com uma base de dados populacional, a de mortalidade do SIM, a neoplasia da base da língua aparece em primeiro lugar. Apesar de haver achados divergentes<sup>2</sup>, aparecendo a borda lingual em primeiro lugar no ranking.

Cabe aqui ressaltar, apesar de não ser objeto de estudo, que o tipo histológico de maior acometimento nos carcinomas de língua é o carcinoma espinocelular, nos seus diversos graus de diferenciação.<sup>19</sup> E 90% das lesões das neoplasias da boca são carcinoma espinocelular, as quais apresentam como fatores de riscos primordiais para o agravamento do câncer, o etilismo e tabagismo.<sup>6</sup> Além disso, os tipos de papiloma vírus humano (HPV) são agentes etiológicos de várias lesões benignas e malignas das mucosas e do epitélio da pele e quando a infecção por esse vírus é persistente, é uma das principais causas de carcinoma da base da língua.<sup>12</sup>

A presença do HPV, por exemplo, é comum no cancro da base da língua, mas não na língua móvel, e está associada com um prognóstico favorável da neoplasia na base da língua.<sup>5</sup> No que se refere às neoplasias da língua móvel, os fatores de risco ambientais conhecidos incluem o uso de tabaco, quer seja através do tabagismo<sup>8</sup>, do tabaco mastigado<sup>3</sup> e do consumo de álcool<sup>13</sup>. Os pacientes diagnosticados, em fases iniciais (I ou II), com esse tipo de neoplasia têm um prognóstico significativamente melhor quando comparados a outros estudos, o que pode ser atribuído ao fato de que nos estudos

anteriores sobre as neoplasias da língua, normalmente os casos de câncer ocorridos na língua móvel não são separados das neoplasias da base da língua, de outros tipos de neoplasias da boca ou, de forma mais ampla, das neoplasias de cabeça e pescoço.<sup>21</sup>

Além do exposto anteriormente, ressalta-se que essa doença é multifatorial, estando idade, sexo, etnia e outros fatores socioeconômicos associados a mesma.<sup>10</sup> A tabela 2 mostra dados sobre alguns desses fatores de risco.

Tabela 2 – Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas da língua segundo as características pessoais. Pernambuco, 2011-2014.

Características										
Pessoais	2011		2012		2013		2014		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa Etária										
5 a 9	0	0	0	0	0	0	1	1,3	1	0,3
10 a 14	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
20 a 39	1	1,9	5	6,7	4	4,5	3	3,9	13	4,4
40 a 49	8	15,1	13	17,3	8	9,1	10	13,0	39	13,3
50 a 59	21	39,6	24	32,0	19	21,6	21	27,3	85	29,0
60 a 69	10	18,9	15	20,0	33	37,5	19	24,7	77	26,3
70 a 79	5	9,4	10	13,3	16	18,2	14	18,2	45	15,4
80 anos e mais	7	13,2	8	10,7	8	9,1	9	11,7	32	10,9
Sexo										
Masculino	39	73,6	53	70,7	65	73,9	64	83,1	221	75,4
Feminino	14	26,4	22	29,3	23	26,1	13	16,9	72	24,6
Cor										

Branca	17	35,4	20	29,0	28	33,7	25	33,3	90	35,6
Não Branca	31	64,6	49	71,0	55	66,3	50	66,7	163	64,4
Escolaridade										
0 – 3	25	64,1	41	69,5	38	58,5	39	58,2	143	62,2
4 a 7	8	20,5	10	16,9	11	16,9	16	23,9	45	19,6
8 a 11	5	12,8	8	13,6	9	13,8	8	11,9	30	13,0
12 e mais	1	2,6	0	0,0	7	10,8	4	6,0	12	5,2
Situação Conjugal										
Sem companheiro	30	63,8	45	65,2	43	51,8	40	55,6	158	58,3
Com companheiro	17	36,2	24	34,8	40	48,2	32	44,4	113	41,7

---

\*Excluídos os óbitos com dados ignorados

Pessoas adultas, especialmente as que se encontram na faixa etária de 50 a 59 anos e idosas morreram mais por câncer da língua, ratificando assim os achados de outros estudos.<sup>8-4-13-2</sup>

Quanto ao sexo, verifica-se que os homens morrem mais que as mulheres, concordando com vários estudos que têm demonstrado que a maior incidência ocorre no sexo masculino. No estudo que compreendeu 1816 prontuários da base de dados do Centro de Especialidade Odontológica - CEO do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre, no qual 78,08% eram homens.<sup>20</sup> No estudo que mostrou que cerca de oitenta por cento eram homens.<sup>8</sup> No Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Centro de Oncologia (CEON) do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Universidade de Pernambuco (UPE), no período de janeiro de 1983 a janeiro de 2003 demonstrou uma proporção de 3:1 em relação ao feminino.<sup>2</sup> No Hospital de Uberaba, no período de 1999

a 2003, que apresentou uma relação homem/mulher de 3,8:1.<sup>4-14</sup> Sendo que, no presente estudo, a razão de sexo foi maior (4,9 homem:1 mulher) do que as dos demais estudos.

Quanto à cor, observou-se que, independente do ano do estudo, morreram mais pessoas não brancas que brancas. O que leva a refletir sobre a existência de uma possível disparidade racial no estado de Pernambuco, visto que estudos têm comprovado essa associação. Nos Estados Unidos, no período de 1973 a 2002, observou-se por meio do registro de base populacional a existência de disparidades significativas raciais com respeito à fase de diagnóstico e sobrevivência entre os adultos com neoplasias da boca, o que pode ser explicada devido a menor sobrevivência entre os negros em função da diferença no acesso e utilização de serviços de saúde.<sup>19</sup> Para investigar a relação da privação material com a incidência e mortalidade por neoplasias da boca no nordeste da Inglaterra, entre meados dos anos 1970 e início dos anos 1990, observou-se que as taxas de incidência e mortalidade específicas por sexo e idade aumentaram com a idade. Quando as taxas de mortalidade padronizadas por idade foram comparados entre a Inglaterra e Região Norte e País de Gales, apenas aqueles para câncer de boca em homens foram significativamente diferentes; a sobrevivência bruta a partir de câncer da língua em homens melhorou na Região Norte a partir de 1971-74 a 1983-86, mas não houve melhora nas mulheres, e nem para o câncer da boca, em ambos os sexos. Nos homens, tanto para o câncer de língua quanto para o da boca, houve um aumento gradual nas proporções de registro e de mortalidade padronizadas dos mais ricos para as áreas mais necessitadas, mas essas diferenças foram menos acentuadas nas mulheres. Essas diferenças na incidência de câncer de boca encontradas entre a Inglaterra e País de Gales e da Região do Norte provavelmente refletem diferenças nos estilos de vida, pois o Norte ocupa a pior região entre as regiões da Inglaterra e País de Gales em uma série de critérios de privação

material e o longo período de desemprego é uma dos mais altos do país. A análise pela privação tem mostrado uma clara relação à privação material.<sup>15</sup>

Quanto à escolaridade verificou-se que, a mortalidade por câncer de língua é inversamente proporcional aos anos de estudo da pessoa, ou seja, a mortalidade por câncer de língua é maior em pessoas com nenhum ou 3 anos de estudo. Provavelmente, em função da falta de acesso aos serviços de saúde, decorrentes possivelmente da falta de informação.

No que se refere à situação conjugal, a mortalidade por câncer da língua foi maior em pessoas sem companheiros, ou seja, solteiras, viúvas ou separadas judicialmente.

E finalmente, verificou-se que o maior número de óbitos ocorreu no hospital (tabela 3), provavelmente em função de uma maior assistência.

Tabela 3 – Distribuição dos óbitos por neoplasias malignas da língua segundo local de ocorrência do óbito. Pernambuco, 2011-2014.

Local de Ocorrência do Óbito	2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hospital	39	75,0	59	78,7	68	81,0	66	85,7
Domicílio	13	25,0	16	21,3	16	19,0	11	14,3
Total	52	100,0	75	100,0	84	100,0	77	100,0

\*Excluindo-se outros estabelecimentos e via pública

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para um melhor prognóstico é necessário intervir precocemente, tendo assim que levar informações a pessoas que apresentam fatores de risco da doença, além da ampliação nas áreas mais necessitadas de profissionais capacitados, odontólogos ou não.

Outros estudos devem ser realizados sobre a epidemiologia das neoplasias da língua para conhecer a relevância não somente da sua mortalidade, mas também de sua incidência, fatores enfatizando principalmente os fatores originadores desse tipo de câncer.

## **ABSTRACT**

Mouth Neoplasms correspond to eleventh position of the most common malignancy reported worldwide, accounting for 3% of all cancer cases diagnosed and the high rates of mortality among all malignancies. In Brazil, occupying the fifth place among all types of cancer that affect men and women. In this context, it is extremely important to know the mortality from malignant neoplasms of the language in residents of Pernambuco, aiming to devise strategies to minimize or reduce these rates. A population-based study using secondary data from the Information System of the Ministry of Health Mortality was conducted and showed that the language of neoplasms were the primary cause of death among the other anatomical locations of the mouth. These cancers affect more males, white color, 50-59 years of age, low education and without companions. Further epidemiological studies should be conducted to know the significance not only of mortality from this type of cancer, but its incidence, especially emphasizing the etiologic factors of this cancer, bringing information to people who have the disease risk factors, as well as expansion in the most deprived areas trained professionals, dentists or not.

**KEYWORDS:** Mouth neoplasms, Tongue neoplasms, Mortality

## REFERENCIAS

1. ANDRADE, J.O.M.; SANTOS, C.A..S.L; OLIVEIRA, M.C., Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de epidemiologia*, v. 18, n. 4, p. 894-905, 2015. DOI: 10.1590/1980-5497201500040017.
2. ANTUNES, J.L.F.; TOPORCOV, T.N.; WUNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. v. 21, n. 1, p. 30-36, 2007.
3. BOFFETTA, P. et al. Smokeless tobacco and cancer. ***Lancet Oncology***. v. 9, p. 667–75, 2008.
4. DAHER, G.C.A.; PEREIRA, G.A.; OLIVEIRA, A.C.D. Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. ***Revista Brasileira de Epidemiologia***. v. 11, n. 4, p. 584-596, 2008.
5. DAHLGREN, L. et al. Human papillomavirus is more common in base of tongue than in mobile tongue cancer and is a favorable prognostic factor in base of tongue cancer patients. ***International Journal of Cancer***. v. 112, p.1015–9, 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15386365>. Acesso em: 20 de abril de 2016
6. DEDIVITIS, R.A. Características clínicas-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. ***Revista Brasileira de Otorrinolaringologia***. v. 70, n.1, p. 35-40, 2004.
7. Farshadpour F, Hordijk GJ, Koole R, Slootweg PJ. Nonsmoking and non-drinking patients with head and neck squamous cell carcinoma: a distinct population. *Oral Diseases* 2007; 13(2): 239-43.

8. HONORATO, J. et al. Análise de sobrevida global em pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 12, n. 1, p. 69-81, 2009.
9. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol* 2006;24(14):2137-50.
10. Leite, A.C.E; Guerra, E.N.S; Melo, N.S Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: Revisão. **Revista de clínica pesquisa odontológica.**, v.1, n.3, jan./mar. 2005. Brasília.
11. LI, R. et al. Clinical, genomic, and metagenomic characterization of oral tongue squamous cell carcinoma in patients who do not smoke. *Head Neck*. v. 37, n. 11, p. 1642-9, 2015.
12. LOPUKHOV, P.D. et al. Papillomavirus infection: Principle characteristics, clinical manifestations, vaccine prophylaxis. **Zhurnal Mikrobiologii Epidemiologii i Immunobiologii**. v. 1, p. 71-8, 2016.
13. MAASLAND, D.H., et al. Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of subtypes of head-neck cancer: results from the Netherlands Cohort Study. **BMC Cancer**. v. 14, n.187, 2014. DOI: 10.1186/1471-2407-14-187.
14. MATEUS, F.O. Câncer bucal no Brasil: revisão de literatura. Monografia do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008. 29 p.
15. O'HANLON, S.; FORSTER, D.P.; LOWRY, R.J. Oral cancer in the North-East of England: incidence, mortality trends and the link with material deprivation. **Community Dent Oral Epidemiol**; 25(5): 371-6, 1997 Oct.

16. PINHEIRO, S.M.S.; CARDOSO, J.P.; PRADO, F.O. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de odontologia de Jequié, Bahia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.2, p.195-205. 2010.
17. POLEDNAK, A.P.; PHILLIPS, C.J. Cancers coded as tongue not otherwise specified: relevance to surveillance of human papillomavirus-related cancers. *Registry Manager*. v. 41, n. 4, p. 190-5, 2014.
18. SANTOS, V.C.B. et al. Câncer de boca: análise do tempo decorrido da detecção ao início do tratamento em centro de Oncologia de Maceió. **Revista Brasileira de Odontologia**. v.69, n.2, p.64-159, 2012.
19. SHIBOSKI, C.H.; SCHMIDT, B.L.; JORDAN, R.C. Tongue and tonsil carcinoma: increasing trends in the U.S. population ages 20–44 years. **Cancer**. v. 103, p. 1843–9, 2005.
20. Volkweis, M.R., **Epidemiologic Profile of the Patients with Oral Cancer in a CEO**. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* v.14 no.2 Camaragibe Abr./Jun. 2014
21. WANGSA, D. et al, Phylogenetic Analysis of Multiple FISH Markers in Oral Tongue Squamous Cell Carcinoma Suggests that a Diverse Distribution of Copy Number Changes Is Associated with Poor Prognosis **Int J Cancer**. 2016 Jan 1; 138(1): 98–109.