



UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

PREVALÊNCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS NA REGIÃO ORAL E
MAXILOFACIAL ORIUNDAS DO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS: CASUÍSTICA DE 30 ANOS

MANAUS
2019

THAÍSE DA ROCHA CAVALCANTI

PREVALÊNCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS NA REGIÃO ORAL E
MAXILOFACIAL ORIUNDAS DO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS: CASUÍSTICA DE 30 ANOS

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico em
Odontologia da Universidade
Federal do Amazonas como
requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Odontologia.

ORIENTADORA: PROF^a. DRA. TATIANA NAYARA LIBÓRIO KIMURA

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. DIRCEU BENEDICTO FERREIRA

MANAUS
2019

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C376p Cavalcanti, Thaise da Rocha
Prevalência de neoplasias malignas na região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da universidade federal do amazonas : casuística de 30 anos / Thaise da Rocha Cavalcanti. 2019
67 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Tatiana Nayara Libório Kimura
Coorientador: Dirceu Benedicto Ferreira
Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Câncer de boca. 2. Patologia Bucal. 3. Amazonas. 4. Epidemiologia. I. Kimura, Tatiana Nayara Libório II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

THAÍSE DA ROCHA CAVALCANTI

**PREVALÊNCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS NA REGIÃO ORAL E
MAXILOFACIAL ORIUNDAS DO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS: CASUÍSTICA DE 30 ANOS**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico em
Odontologia da Universidade
Federal do Amazonas como
requisito parcial à obtenção do título
de Mestre em Odontologia.

Aprovado em 08 de março de 2019

BANCA EXAMINADORA

Professora. Dr^a. Tatiana Nayara Libório Kimura, Presidente
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a. Dr. Luiz Carlos de Lima Ferreira, Membro
Universidade Federal do Amazonas

Prof.^a. Dr^a. Lia Mizobe Ono, Membro
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter possibilitado a abertura deste caminho, ter me dado forças, paciência e sabedoria para continuar.

A minha família. Minha irmã, Laís, por nunca duvidar da minha capacidade e sempre me mostrar o caminho. Meu pai, Carlos, por ter me ensinado a determinação e o prazer pelos estudos. A minha sobrinha, Maria Júlia, por ser sempre meu anjo. A minha mãe, Socorro, por me apoiar, acompanhar, ajudar de todas as formas possíveis para eu ter sempre os melhores resultados.

Ao meu grande amor, André, que sempre acredita em mim, sempre me mostra a realidade, me acalma nos momentos mais difíceis e está ao meu lado acima de tudo. Somente ao seu lado eu consigo mostrar o melhor de mim e ver o significado da vida.

A professora Tatiana Nayara Libório Kimura, principalmente pelos seus ensinamentos, sua paciência, sua dedicação ao mundo da pesquisa e a seus orientandos.

As colaboradoras Larissa, Alyne e Pamela pela participação e conhecimentos trocados.

Aos colegas, mestrandos da turma de 2017 pelos momentos compartilhados.

A Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e ao Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO) por permitir a realização do programa de mestrado.

Aos demais professores do PPGO, que de alguma forma contribuíram para meu desenvolvimento.

Ao secretário do PPGO, Paulo, por não medir esforços em ajudar sempre que necessário.

Ao Departamento de Patologia e Medicina legal (DPML/UFAM) por além de permitir a realização da pesquisa, contribuir para que a mesma fosse realizada da melhor forma possível.

A CAPES e FAPEAM pelo apoio ao desenvolvimento de pesquisas através da concessão de bolsas.

RESUMO

Introdução: Câncer em boca pode ser definido como uma neoplasia maligna que se origina nos tecidos que compõem o aparelho bucal. Mundialmente as neoplasias malignas bucais ocupam o sexto lugar dentre os cânceres mais comuns. No Brasil é considerado o sétimo tipo mais comum de câncer, mostrando altos índices de mortalidade no país. A similaridade entre as neoplasias que podem ocorrer nesta região faz com que o diagnóstico represente um desafio diário para os profissionais da área da saúde. **Objetivo:** avaliar a prevalência de neoplasias malignas envolvendo a região oral e maxilofacial (OMF) diagnosticadas no Laboratório de Patologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por um período de 30 anos, entre janeiro de 1987 a dezembro de 2016. **Metodologia:** estudo transversal, retrospectivo, onde foram analisadas as fichas de requisição de exames e/ou prontuários, dados referentes ao paciente, como faixa etária, sexo e raça, além daqueles referentes à lesão propriamente dita, como localização e região anatômica, características clínicas e o diagnóstico histopatológico da lesão. Os dados foram tabulados e submetidos ao teste exato de Fisher. **Resultados:** Foram analisados 62.005 laudos, dos quais 3,45% (n=2140) eram em região oral e maxilofacial e destes, 4,7% (n=101) representavam neoplasias malignas em região OMF. As neoplasias malignas mais encontradas foram as de origem epitelial com 77,2% (n=78) dos casos, especialmente o carcinoma epidermóide (CEB) (61,38%, n=62). Os casos remanescentes foram de neoplasias de origem mesenquimal (6,9%, n=7), glandular (10,9%, n=11) e hematolinfóides (5,0%, n=5). Não foram encontrados casos de neoplasias malignas de origem odontogênica. Quanto à faixa etária o maior número de casos ocorreu em pacientes acima dos 50 anos de idade, tendo pico de prevalência entre 51-60 (21,8%, n=22), pacientes com idade entre 0-10 anos representaram o grupo de menor acometimento (2%, n=2). Indivíduos pardos foram os mais frequentemente acometidos (25,75, n=26), seguidos de brancos (12,9%, n=13) e negros (4%, n=4). Das 101 lesões encontradas 94,1% (n=95) tratava-se de neoplasias primárias e 5,0% (n=5) de metastáticas. **Conclusão:** as neoplasias malignas em região OMF representaram uma pequena fração dentre a grande quantidade de doenças que podem ocorrer nestes tecidos. A literatura aponta o

CEB como a neoplasia maligna mais comum em boca em concordância com o encontrado no presente estudo.

Palavras-chave: Câncer de boca; Patologia Bucal; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer can be defined as a malignant neoplasm that originates in the tissues that will develop the oral cavity. Worldwide malignant neoplasms of the mouth occupy the sixth place among the most common cancers. In Brazil it is considered the seventh most common type of cancer, showing high mortality rates in the country. The similarity between the neoplasms that can occur in this region, makes the diagnosis a daily challenge for health professionals. **Objective:** To evaluate the prevalence of malignant neoplasms involving the oral and maxillofacial region (OMF) diagnosed in the Laboratory of Pathology of the Federal University of Amazonas (UFAM) for a period of 30 years, between January 1987 and December 2016. **Methodology:** a cross-sectional, retrospective study, where the records of requesting exams and/or medical records, data concerning the patient, such as age, gender and race were analyzed, as well as those referring to the actual injury, such as location and anatomical region, clinical characteristics and the histopathological diagnosis of the lesion. Data were processed and submitted to Fisher's exact test. **Results:** A total of 62,005 reports were analyzed, of which 3,45% (n=2140) were in the oral and maxillofacial regions, and 4,7% (n=101) represented malignant neoplasms in the OMF region. The most frequent malignant neoplasms were those of epithelial tissue with 77,2% (n=78) of the cases, especially squamous cell carcinoma (SCC) (61,38%, n=62). The remaining cases were neoplasms of mesenchial tissue (6,9%, n=7), glandular (10,9%, n=11) and hematolymphoid (5,0%, n=5). No cases of malignant neoplasms of odontogenic tissue were found. Regarding the age range, the highest number of cases occurred in patients over 50 years of age, with a prevalence peak between 51-60 (21,8%, n=22), patients aged 0-10 years represented the group of lower involvement (2,0%, n=2). Brown individuals were the most frequently affected (25,7%, n=26), followed by whites (12,9%, n=13) and blacks (4,0%, n=4). Of the 101 lesions found 94.1% (n=95) were primary neoplasms and 5,0% (n=5) of metastatic lesions. **Conclusion:** malignant neoplasms at the OMF region represented a small fraction among the large number of diseases that can occur in these tissues. The literature

appoints the SCC as the most common malignant neoplasm in the mouth, in agreement with that found in the present study.

Keywords: Oral cancer; Oral Pathology;; Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Proporção total de laudos, laudos em região oral e maxilofacial e neoplasias malignas em região oral e maxilofacial	30
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Quantidade de pastas-arquivo e número total de laudos pertencentes ao arquivo do DPML/FM/UFAM, organizadas por ano de pesquisa	27
Tabela 2-	Classificação das lesões malignas no aparelho bucal organizadas tendo como parâmetro a organização feita pela OMS (El-Naggar et al. 2017)	28
Tabela 3-	Quantitativo total de dados coletados por ano de coleta	29
Tabela 4-	Distribuição dos dados de acordo com o sexo, idade, raça, tipo de biópsia, classificação e acometimento das neoplasias malignas em região oral e maxilofacial	31
Tabela 5-	Distribuição dos dados em relação as informações presentes nas requisições de biópsias enviadas ao laboratório	35
Tabela 6-	Análise estatística das variáveis sexo, faixa etária, raça, tipo de biópsia e aparecimento com a variável origem da lesão	36
Tabela 7-	Distribuição das neoplasias malignas primárias quanto a classificação e tipos histológicos	38
Tabela 8-	Neoplasias malignas primárias com origem em tecido epitelial de revestimento	39
Tabela 9-	Neoplasias malignas primárias com origem em tecidos mesenquimais	40
Tabela 10-	Neoplasias malignas primárias com origem em glândulas salivares	41
Tabela 11-	Neoplasias malignas de origem hematolinfoide	42
Tabela 12-	Neoplasias malignas metastáticas	43
Tabela 13-	Neoplasias malignas em pacientes infanto-juvenil (0-18 anos)	43
Tabela 14-	Distribuição das neoplasias malignas em relação a localização anatômica	44
Tabela 15-	Comparação dos dados gerais com a literatura nacional e mundial	51
Tabela 16-	Comparação de dados dos casos de carcinoma epidermóide com a literatura	52
Tabela 17-	Comparação de dados dos casos de neoplasias com origem em tecidos mesenquimais com a literatura	53

Tabela 18-	Comparação de dados dos casos de neoplasias com origem em tecidos glandular com a literatura	53
Tabela 19-	Comparação de dados dos casos de neoplasias com origem em tecidos odontogênico	54
Tabela 20-	Comparação de dados dos casos de neoplasias metastáticas com o encontrado na literatura	55
Tabela 21-	Comparação de dados dos casos de neoplasias em pacientes infanto-juvenis (0-18 anos) com o encontrado na literatura	55
Tabela 22-	Relação de dados gerais quantitativos, por ano de coleta, referentes as variáveis sexo, faixa etária e raça	64
Tabela 23-	Relação de dados gerais quantitativos, por ano de coleta, referentes as variáveis classificação das neoplasias malignas, tipo de biópsia, acometimento, requisição de biópsia e situação da requisição de biópsia	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição dos dados de acordo com o sexo	32
Gráfico 2-	Distribuição dos dados de acordo com a faixa etária	32
Gráfico 3-	Distribuição dos dados de acordo com o grupo étnico	33
Gráfico 4-	Distribuição dos dados de acordo com o tipo de biópsia realizada	33
Gráfico 5-	Distribuição dos dados de acordo com a classificação dos tecidos de origem das neoplasias malignas	34
Gráfico 6-	Distribuição dos dados de acordo com acometimento	34
Gráfico 7-	Distribuição dos dados de acordo com a localização anatômica	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Adenocarcinoma
AM	Ameloblastoma maligno
CA	Carcinoma ameloblástico
CAC	Carcinoma adenóide cístico
CC	Carcinoma de células claras
CEB	Carcinoma epidermóide
CME	Carcinoma mucoepidermóide
DPML	Departamento de patologia e medicina legal
NM	Neoplasia maligna
NMH	Neoplasia maligna hematolinfoide
OMS	Organização mundial da saúde
OS	Osteossarcoma
SK	Sarcoma de Kaposi
TOM	Tumor odontogênico maligno

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 Geral	16
2.2 Específicos	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Neoplasias malignas bucais	17
3.2 Neoplasias malignas bucais de origem epitelial	18
3.3 Neoplasias malignas bucais de origem mesenquimal	19
3.4 Neoplasias malignas bucais de origem glandular	20
3.5 Neoplasias malignas bucais de origem odontogênica	21
3.6 Neoplasias malignas bucais de origem hematolinfóide	22
3.7 Neoplasias malignas bucais metastáticas	22
4. METODOLOGIA	24
4.1 Desenho do estudo	24
4.2 Localização e amostragem	24
4.3 Sujeitos da pesquisa	24
4.4 Critérios de inclusão	24
4.5 Critérios de exclusão	25
4.6 Aspectos éticos	25
4.7 Detalhamento do estudo	25
4.8 Interpretação dos dados e análise estatística	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	46
7. CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
Apêndices	62
Anexos	67

1. INTRODUÇÃO

Câncer em boca pode ser definido como uma neoplasia maligna que se origina nos tecidos que compõem o aparelho bucal. São incluídos nesta região: lábios, língua, assoalho bucal, palato, glândulas salivares, ossos gnáticos e mucosa oral (RIVERA, 2015; SLOTWEEG; EVESON, 2009). Diferentes neoplasias podem acometer esses tecidos, porém devido o carcinoma epidermóide (CEB) representarem 90% dos casos, o termo câncer oral tem sido usado como sinônimo desta neoplasia específica (RIVERA, 2015; RAO et al., 2013).

Mundialmente as neoplasias malignas bucais ocupam o sexto lugar dentre os cânceres mais comuns. No Brasil, estudos mostram que os cânceres nesta região representam o sexto tipo mais comum, mostrando altos índices de mortalidade no Brasil. Foi estimado, para o ano de 2016, o surgimento de aproximadamente quinze mil novos casos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016; ROCHA; OLIVEIRA; BONAN; 2013; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

Os cânceres que acometem o aparelho bucal podem ser classificados como de origem epitelial (epitélio de revestimento e epitélio glandular), mesenquimal, hematolinfoide e ainda odontogênicas. Juntas, estas lesões correspondem a mais de 40 diferentes tipos de cânceres que podem ocorrer em região oral e maxilofacial (SLOTWEEG; EVESON, 2009).

A similaridade entre as neoplasias e a grande quantidade destas faz com que o diagnóstico represente um desafio diário para os profissionais da área da saúde. Porém como forma de auxílio neste processo o profissional pode utilizar informações de prevalência de tais patologias. Dados como a faixa etária mais acometida, grupo étnico, localização, formas de apresentação, entre outros fatores, se caracterizam como uma relação perfil-paciente que auxilia no direcionamento do diagnóstico (TREVISAN; WAGNER; VOLKWEIS, 2013).

A realização de estudos epidemiológicos faz-se muito importante na área odontológica visto que o conhecimento das características comumente observadas em determinada doença permitem que o profissional as identifique em sua prática clínica (HOFF; SILVA; CARLI, 2016).

Diversos trabalhos mostram um perfil epidemiológico classicamente conhecido para os casos de câncer oral quando relacionados ao carcinoma epidermóide. Em geral a neoplasia acomete pacientes do sexo masculino (2:1), acima dos 40 anos de idade. O uso de tabaco e álcool tem sido demonstrado com fatores de risco para o desenvolvimento da doença (KATSANOS et al., 2015).

Os dados epidemiológicos de frequência e padrão das neoplasias malignas bucais mostram-se diferentes na população mundial e nacional havendo então uma variação geográfica da prevalência desta doença. Cerca de 75% das neoplasias bucais ocorre em países desenvolvidos (KAMULEGEYA; KALYANYAMA, 2008; CHIDZONGA, 2006).

A apresentação diversificada e a gravidade do desenvolvimento da lesão mostra que o câncer bucal representa um problema de saúde pública. Vale ressaltar que o Brasil é um país com grande diversidade populacional, cultural e geográfica fazendo com que seja necessário o estudo das diferentes doenças em diferentes localizações do país. (TREVISAN; WAGNER; VOLKWEIS, 2013; CASTILLO et al., 2012). Em função da carência de estudos regionais e publicações científicas sobre o tema é de suma importância o estudo das características epidemiológicas de neoplasias malignas em boca no Estado do Amazonas. Desta forma contribuindo para um maior conhecimento a respeito de seu perfil na região e assim no desenvolvimento de políticas públicas direcionadas às lesões mais prevalentes.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a prevalência de neoplasias malignas envolvendo a região oral e maxilofacial diagnosticadas no Laboratório de Patologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) por um período de 30 anos.

2.2 Específicos

- Verificar o percentual de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial (OMF) em relação às demais doenças bucais não neoplásicas.
- Identificar o perfil epidemiológico dos casos de neoplasias malignas em região OMF diagnosticados no Departamento de Patologia e Medicina Legal da UFAM (DPML/UFAM).
- Analisar os tipos histológicos mais prevalentes de neoplasias malignas em região OMF.
- Comparar a diferença na prevalência entre pacientes adultos e infanto-juvenis
- Comparar dados do presente estudo com os dados da literatura.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS

As neoplasias em sítios anatômicos orais podem se desenvolver com caráter benigno ou maligno tendo origem em diferentes estruturas teciduais como epitélios, tecidos mesenquimais, hematolinfóides e odontogênicas, sendo esta última uma particularidade da região oral e maxilofacial (ROCHA; OLIVEIRA; SOUZA, 2006; SLOTWEEG; EVESON, 2009).

Lesões neoplásicas malignas em boca estão entre os dez tipos mais comuns de câncer em pacientes do sexo feminino e masculino. Nos últimos anos vem-se observando o aumento das taxas de incidências associadas a altos índices de morbimortalidade que, dentre outros fatores, está relacionado a um diagnóstico tardio prejudicando o prognóstico da doença (ROCHA; OLIVEIRA; BONAN, 2013).

Comumente o termo “câncer bucal” é utilizado como sinônimo de carcinoma epidermóide, carcinoma espinocelular ou carcinoma epidermóide (CEB) por este representar 90% dos casos de neoplasias malignas na região (RIVERA, 2015). Entretanto diferentes tipos histológicos de câncer podem ocorrer nos sítios considerados como boca e não somente o CEB (FREIRE et al., 2017).

Diversos estudos mostram que o câncer em boca apresenta mais frequência em pacientes do sexo masculino, sendo estes acometidos de duas vezes mais que os pacientes do sexo feminino (MALEKI et al., 2015; FREIRE et al., 2017). Quanto à faixa etária são mais observados acima dos 40 anos e em relação à raça estudos mostram maior frequência em leucodermas (KATSANOS et al., 2015).

Análises a cerca dos hábitos nocivos relacionados ao desenvolvimento de câncer bucal mostram, que paciente que fazem uso em conjunto de tabaco e álcool apresentam probabilidades aumentadas para o desenvolvimento da doença. Em contra partida é observado o surgimento de cânceres orais em indivíduos não fumantes e não etilistas, fato que sugere a relação de outros

fatores envolvidos no desenvolvimento de neoplasias bucais (IWIAKI et al., 2012; ORDONEZ et al., 2014; SINGH et al 2015).

Além dos carcinógenos mais comentados, tabaco e álcool, estudos mostram que a infecção pelo Papiloma Vírus Humana (HPV) também contribui para o surgimento de câncer bucal (KATSANOS et al., 2015).

O prognóstico dos casos de câncer bucal pode apresentar-se de forma sombria. A progressão da lesão associada ao local de desenvolvimento da doença leva, muitas vezes, a um tratamento mutilador comprometendo aspectos estéticos, funcionais e sociais dos pacientes (IWIAKI et al., 2012; MALEKI et al, 2015).

3.2 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS DE ORIGEM EPITELIAL

Neoplasias carcinomatosas envolvendo a região de cabeça e pescoço são representadas por um grupo heterogêneo de lesões que podem se originar a partir de lesões pré-malignas assim como de expansão clonal alterações genéticas. O CEB é considerado o carcinoma mais comum em cavidade oral e esta é a localização mais frequentemente afetada entre as neoplasias epiteliais de cabeça e pescoço (SHARMA; SAXENA; AGGARWAL, 2010; LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

Clinicamente lesões de CEB podem se apresentar de diferentes formas, sendo observadas apresentações em forma de leucoplasias, eritroplasias, verrucosas e ainda aspectos exofíticos ou endofíticos. Além da diversidade de apresentações clínicas, os CEB também exibem diferentes aspectos histológicos sendo os subtipos convencional, verrucoso e basalóide os mais encontrados microscopicamente (GUL et al. 2017).

O fator etiológico altamente associado ao desenvolvimento de CEB é o tabaco em suas mais diferentes formas (betel, tabaco com cal, narguilé entre outros). Os estudos evidenciam que a associação de mascar tabaco associado ao fumo potencializa o desenvolvimento de câncer assim como a associação do tabagismo com o alcoolismo (SMITHA; MOHAN; HEMAVATHY et al. 2017)

Pesquisas realizadas ao longo dos anos, confirmam extensivamente o encontrado na literatura quanto aos aspectos epidemiológicos dos casos de

CEB em região oral e maxilofacial. Gul et al., (2017) relatam uma série de 40 casos de carcinoma epidermóide em cabeça e pescoço, onde o grupo populacional mais atingido foi o de indivíduos do sexo masculino, com média de idade 49.9 anos.

Estudos realizados a nível nacional apontam que as características epidemiológicas observadas na literatura também são observadas na população brasileira. Alves et al. (2017), em uma série de 806 casos realizado na universidade de Pelotas (RS), relata que os homens foram os mais acometidos, assim como os caucasianos e tendo os lábios como região de maior aparecimento.

O estadiamento de tumores representa um importante parâmetro para o prognóstico. Porém, tumores em região oral e maxilofacial podem representar casos de dificuldade devido sua anatomia complexa. Assim, como forma de auxílio, foram estabelecidos critérios como: tipo de procedimento realizado, espécime enviado, dimensões do tumor, tipo histológico, gradação histológica, invasão óssea, vascular e neural (MÜLLER et al. 2018).

3.3 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS DE ORIGEM MESENQUIMAL

Neoplasias malignas derivadas células mesenquimais são denominadas de sarcomas e representam menos de 1% dos cânceres. Os tecidos de origem são diversos podendo tais neoplasias iniciar-se, por exemplo, em tecido ósseo, cartilaginoso, muscular, fibroso, entre outros. (YAMAGUCHI et al., 2003; VASSILIOU et al., 2017).

No âmbito das neoplasias em região de cabeça e pescoço, os sarcomas são considerados extremamente raros, representando aproximadamente de 4-10% de todos os sarcomas (ALISHAHI; KARGAHI; HOMAYOUNI, 2015). Nesta região podem surgir a partir de variados tecidos apresentando assim um amplo espectro de subtipos histológicos. Apesar de sua variabilidade histológica, existindo mais de 50 subtipos identificados, tendem a ser agrupados devido a similaridades clínicas, prognósticos e de tecidos embrionários de origem (BAROSA et al., 2014).

Dentre as características epidemiológicas é observado que os sarcomas ocorrem com maior frequência em pacientes masculinos com idade entre 2ª e 3ª década de vida (VASSILIOU et al., 2017). No entanto, estudos mostram variações no perfil epidemiológico de tais lesões de acordo com a área geográfica e o número de casos estudados (ALISHAHI; KARGAHI; HOMAYOUNI, 2015).

Chidzonda e Mahomva (2007) revisaram 88 casos de sarcoma na região oral e maxilofacial no Zimbábue e obtiveram que os homens foram mais afetados, em uma proporção de 3:1, e a mandíbula como sítio mais afetado. Alishahi, Kargahi e Homayouni (2015) avaliaram 105 sarcomas de cabeça e pescoço e tiveram como resultados os homens mais comumente afetados, mandíbula como local mais frequente e uma média de 41 anos. Quanto ao subtipo histológico de maior prevalência, pesquisas mostram que o osteossarcoma, seguido do condrossarcoma e sarcoma de Ewing são os mais encontrados nesta região (CHIDZONGA 2006; ALISHAHI; KARGAHI; HOMAYOUNI, 2015).

3.4 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS DE ORIGEM GLANDULAR

Neoplasias malignas salivares representam, em média, 3% de todas as neoplasias em região de cabeça e pescoço (AGGARWAL et al., 2014; LIMA et al., 2005). Estas podem se desenvolverem em glândulas salivares maiores assim como em glândulas menores, sendo as neoplasias originárias destas menos observadas apresentando 25% das neoplasias glandulares (AGGARWAL et al., 2014).

As lesões malignas de glândulas salivares são considerados como tumores de alta complexidade devido apresentarem variado aspecto histológico, diferentes padrões e diferenciação de mais de um tipo celular, sendo desta forma um importante campo na patologia oral e maxilofacial (SARDAR; GANVIR; HAZAREY, 2018; LIMA et al., 2005). O comportamento biológico de tumores glandulares estão intimamente relacionados ao seu tipo histológico podendo apresentar diferentes prognósticos e padrões de recorrência dependendo da sua classificação. Alguns subtipos de carcinomas glandulares, como o adenocarcinoma basocelular e o de células acinares) são

considerados mais indolentes porém outros, como o carcinoma do ducto salivar, apresentam uma característica agressiva (SEETHALA et al., 2018).

Aggarwal et al. (2014), em uma série de 30 casos, relatou uma maior incidência em pacientes do sexo masculino, com idade entre 51-60 anos e tendo o carcinoma mucoepidermóide (CME) como a neoplasia maligna mais encontrada. Porém, em relação ao tipo histológico de neoplasias glandulares mais frequentes, outros estudos evidenciam ainda o carcinoma adenóide cístico (CAC) como um dos padrões mais observados (SARDAR; GANVIR; HAZAREY, 2018; LIMA et al., 2005).

3.5 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS DE ORIGEM ODONTOGÊNICA

O termo tumores odontogênicos refere-se a um grupo de variadas lesões neoplásicas que derivam de tecidos associados ao desenvolvimento de elementos dentários ou de seus remanescentes (MARTINEZ et al. 2013). Estas neoplasias odontogênicas podem se caracterizar como benignas ou malignas, sendo os tumores odontogênicos malignos (TOM) eventos raros de serem observados representando, aproximadamente, de 0 a 6,06% de todas as neoplasias odontogênicas (TAYLOR et al., 2003).

A patogênese, assim como a etiologia, dos TOM ainda não são bem documentos, mas relatos mostram que estas lesões podem se desenvolver a partir de um precursor benigno, como cistos odontogênicos ou mesmo neoplasias odontogênicas benignas, ou podem surgir primariamente como neoplasias malignas processo conhecido como *de novo* (LAWAL; SOYELE; AKINYAMOJU, 2015; MARTINEZ et al. 2013). Quanto à localização, podem se desenvolver em maxila ou mandíbula, tendo os tumores maxilares um comportamento pior com até um terço produzindo metástases para pulmão (SLOOTWEG et al, 2018)

Dentre os aspectos clinicopatológicos apresentados pelos TOM ressalta-se que estes ocasionam sinais clínicos semelhantes a outras neoplasias malignas bucais, como mobilidade dentária, dor e parestesia. Histologicamente os TOM podem surgir a partir de tecidos epiteliais ou mesenquimais, classificando-se como carcinomas ou sarcomas odontogênicos, respectivamente. Os sarcomas odontogênicos tentem a se apresentar de

baixo grau com recorrências locais porém com altas taxas de mortalidade devido envolvimento de estruturas vitais (SLOOTWEG et al, 2018).

Estudos mostram que os carcinomas odontogênicos são os mais observados sendo as neoplasias mais comuns, neste grupo, o ameloblastoma maligno e carcinoma ameloblástico (MARTINEZ et al. 2013, TAYLOR et al., 2003). Este último mostra ter um prognóstico melhor quando comparado a outros subtipos histológicos, sem razões aparentes (SLOOTWEG et al, 2018).

3.6 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS DE ORIGEM HEMATOLINFOIDES

A região de cabeça e pescoço também pode ser afetada por neoplasias malignas de origem hematolinfoide (NMH), estando consideradas ora como a segunda (ADISA etc al., 2011), ora como a terceira neoplasia mais prevalente nesse região (OWOSHO et al., 2014), atrás do carcinoma epidermóide e neoplasias de glândulas salivares. Neste grupo, os linfomas representam os cânceres mais comumente observados, sobretudo o linfoma difuso de grandes células B. Linfomas orais primários eram considerados lesões incomuns de serem observadas, entretanto estudos mostram após a região de trato gastrointestinal, os sítios de cabeça e pescoço são a segunda localização mais frequente de linfomas extranodais (IGUCHI et al., 2012).

Com a pandemia da infecção pelo HIV e da síndrome da imunodeficiência adquirida tem-se notado um aumento no número de casos de linfomas, que hoje representam 2% das neoplasias orais. Casos de linfoma em boca podem surgir como a primeira manifestação da doença em aproximadamente 1% dos casos (ALLI; MEER, 2017).

3.7 NEOPLASIAS MALIGNAS BUCAIS METASTÁTICAS

Tumores metastáticos em região oral representam menos de 1% das neoplasias malignas orais, sendo assim eventos raros de serem observados. Podem ocorrer tanto nos tecidos orais moles assim como em ossos gnáticos. A

localização descrita como a mais frequentemente afetada por metástases em boca é a região posterior de mandíbula (IRANI, 2016; HIRSBERG et al., 2008).

As lesões metastáticas em boca mostram uma diversidade quanto às apresentações clínicas, mimetizando sintomas de uma odontalgia, osteomielite, disfunção temporomandibular ou ainda de neuralgia do trigêmeo (GLASER et al., 1997). Estudos mostram que a apresentação clínica das lesões metastáticas varia de acordo com os diferentes sítios de implantação na cavidade oral (HIRSBERG et al., 2008). Aniceto et al. (1990) relataram que os achados mais frequentes foram o de inchaço, dor, anestesia do lábio inferior e mobilidade dos dentes da região afetada.

Dentre os tipos histológicos a literatura tem apontado casos de adenocarcinoma tem como o principal tipo das neoplasias primárias com metástase para boca (ANTUNES; ANTUNES, 2008; WALL; BUTER; WAAL, 2003).

Quanto aos sítios primários de neoplasias que metastizam para região oral, órgãos como pulmões, reto, rins, mama, órgãos genitais e tireoide tem sido apontados como os mais frequentes. (HIRSHBERG et al., 2008; BODNER et al., 2006; ANTUNES; ANTUNES, 2008; DALEY; DARLING, 2011; WAAL; BUTER; WAAL, 2003).

4. METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente trabalho é um estudo observacional, retrospectivo e documental com o intuito de avaliar as características epidemiológicas dos casos de neoplasias malignas bucais diagnosticadas no laboratório do DPML/UFAM no período de janeiro de 1987 a dezembro de 2016 (30 anos).

4.2 LOCALIZAÇÃO E AMOSTRAGEM

A pesquisa foi realizada no Departamento de Patologia e Medicina Legal (DPML) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) localizado na Rua Afonso Pena, número 1053, bairro Praça 14 de Janeiro na cidade de Manaus – AM.

O estudo utilizou como fonte para a coleta dados referentes ao paciente, como faixa etária, sexo e raça, além daqueles referentes à lesão propriamente dita, como localização e região anatômica, características clínicas como a sintomatologia e o diagnóstico histopatológico da lesão propriamente dita. Estes dados foram localizados nos seguintes arquivos:

- Livro de registro de exames histopatológicos de lesões situadas na cavidade bucal;
- Laudos histopatológicos;
- Arquivo nosológico do DPML/UFAM.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo teve como fonte de informações documentos de registro de pacientes cujo laudo histopatológico de neoplasia maligna foi liberado pelo DPML/UFAM.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes de qualquer idade e sexo

- Envolvimento oral e maxilofacial, compreendendo maxila, mandíbula, articulação temporomandibular, mucosa labial, mucosa jugal, gengiva, palato duro, língua e glândulas salivares maiores e menores
- Lesões neoplásicas malignas em região oral e maxilofacial, de diversas histogêneses, sejam elas primárias ou metastáticas;
- Neoplasias malignas comprovadas por meio de laudo histopatológico

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Laudos com informações insuficientes
- Laudos de neoplasias com localização anatômica em: úvula, palato mole, orofaringe, pele de face, linfonodos cervicais, base de língua.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas sob o CAAE 82714817.7.0000.5020 (ANEXO A)

4.7 DETALHAMENTOS DO ESTUDO

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, os pesquisadores iniciaram a coleta de dados, dos arquivos disponíveis, que foi dividida em 3 momentos: análise de laudos histopatológicos, análise do livro de registro das lesões em boca e análise do arquivo nosológico do DPML/UFAM.

Para a análise dos laudos histopatológicos fez-se necessário a busca ativa em pastas-arquivo disponíveis no arquivo no DPML/UFAM. Visando organizar e planejar o desenvolvimento da pesquisa foi realizado, previamente, o levantamento da quantidade de pastas-arquivo disponíveis por ano (Tabela 1). A partir do número de pastas-arquivo pode-se obter o quantitativo de laudos a serem analisados. O número de laudos contidos em cada pasta-arquivo pode sofrer alterações de acordo com o ano, portanto na tabela 1 pode-se observar

a distribuição de laudos por pastas-arquivo assim como o número total de laudos que deverão ser analisados na pesquisa. Foi alcançado o total de 251 pastas contendo **61.140 laudos que representam todo o material recebido pelo DPML/UFAM durante este período de tempo das mais diversas localidades anatômicas** (Tabela 1). A partir do planejamento prévio e levantamento de dados dessa tabela teremos 3 momentos da pesquisa:

- 1) Dos 61.140 laudos foram selecionados aqueles que somente apresentem doenças do aparelho bucal, momento em que tivemos o percentual das doenças localizadas em boca em relação ao total de doenças recuperadas no DPML/UFAM.
- 2) As doenças da boca especificamente foram divididas em dois grandes grupos: Grupo 1: lesões malignas e Grupo 2: lesão não malignas, a fim de verificar o percentual de neoplasias malignas em boca considerando o universo de doenças nessa região em especial (Apêndice A).
- 3) Finalmente os pacientes do Grupo 1, tiveram seus dados realmente coletados e aprofundados para verificação do tipo histológico da lesão maligna assim como seus dados clínicos.

A coleta de dados ocorreu em um período de 10 meses. Assim, estipulamos a análise de 27 pastas-arquivo por mês, sendo necessária a análise de no mínimo 7 pastas por semana. Os casos encontrados foram registrados na folha de registro desenvolvida pelos pesquisadores exclusivamente para a realização deste estudo (APÊNDICE A e B).

As informações coletadas são relacionadas ao paciente e a lesão tumoral. Quanto ao paciente analisamos os seguintes dados: nome, idade, sexo, raça e profissão. Quanto à lesão tumoral foram considerados os dados referentes a: localização anatômica, tipo de biópsia, diagnóstico histopatológico e tecido de origem. As neoplasias foram classificadas a partir de uma adaptação das divisões apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (EL-NAGGAR et. Al, 2017) como mostra a tabela 2.

De posse dos dados coletados nos laudos histopatológicos, as outras fontes da pesquisa foram analisadas. As informações já colhidas foram

complementadas e/ou confirmadas com as já encontradas no livro de registro das lesões bucais e no arquivo nosológico do DPML/UFAM.

Tabela 1: Quantidade de pastas-arquivo e número total de laudos pertencentes ao arquivo do DPML/FM/UFAM, organizadas por ano de pesquisa.

Ano	Número De Pastas	Total De Laudos
1987	11	2801
1988	14	4058
1989	16	3451
1990	12	2637
1991	4	953
1992	4	1138
1993	5	1207
1994	6	1280
1995	6	1430
1996	7	1865
1997	7	1767
1998	9	1731
1999	13	2497
2000	14	2792
2001	12	2460
2002	8	2045
2003	9	2121
2004	7	2145
2005	7	2044
2006	8	2263
2007	7	1581
2008	5	1123
2009	9	2077
2010	5	1501
2011	9	1746
2012	8	1953
2013	8	1959
2014	8	1952
2015	11	2586
2016	12	2842
TOTAL	261	62005

Tabela 2: Classificação das lesões malignas no aparelho bucal organizadas tendo como parâmetro a organização feita pela OMS (El-Naggar et al. 2017).

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES MALIGNAS
1. Epitelial
2. Mesenquimais
3. Glandulares
4. Odontogênicas
5. Hematolinfóide
6. Metastáticas

4.8 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta nas fichas de registro, os dados foram transmitidos para tabelas no *software* Excel (Microsoft Office 2010 ®) onde foram tabulados por ano. De posse de todos os dados da pesquisa, os resultados foram submetidos ao teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$) utilizando *software* IBM® Statistical Package for the Social Sciences® Statistics (versão 20; SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Para análise das informações disponíveis na literatura acerca de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial, foi realizada busca por periódicos referentes ao tema. Para tanto foram empregados termos que se referissem especificamente ao grupo de neoplasias estudado.

5. RESULTADOS

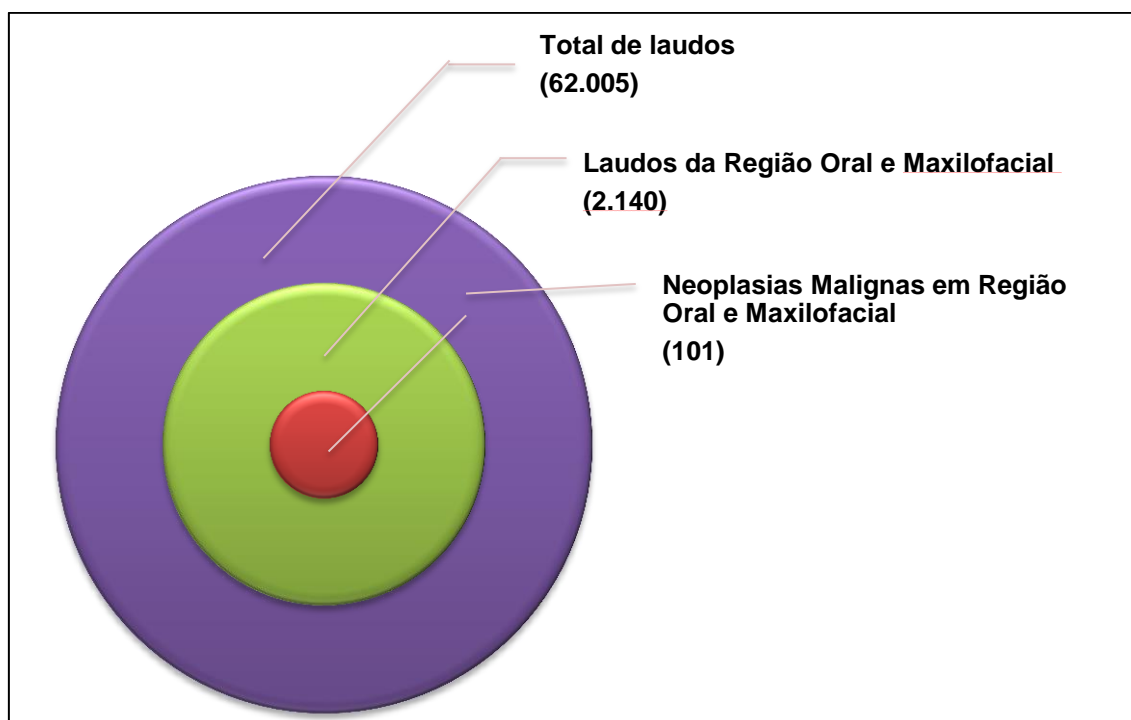
Foram analisados 62.005 laudos distribuídos em 261 pastas arquivo contendo todos os laudos histopatológicos liberados no período entre janeiro de 1987 a dezembro de 2016 (Tabela 3). Destes 2.140 laudos eram referentes a lesões em região oral e/ou maxilofacial representando 3,45% da demanda total do serviço de patologia. Dentre os laudos nesta região, 101 (4,72%) caracterizavam-se como lesões neoplásicas malignas, estando o restante representado por lesões neoplásicas benignas, reacionais, infecciosas, imunológicas e de desenvolvimento (Figura 1).

Tabela 3 – Quantitativo total de dados coletados por ano de coleta.

Ano	Número De Pastas	Total De Laudos	Laudos em Boca – n (%)	Neoplasias Malignas em Boca – n (%)
1987	4	953	21 (2,2%)	2 (9,5%)
1988	4	1138	29 (2,5%)	2 (6,9%)
1989	5	1207	23 (1,9%)	3 (13,0%)
1990	6	1280	23 (1,8%)	4 (17,4%)
1991	6	1430	17 (1,2%)	1 (5,9%)
1992	7	1865	27 (1,4%)	1 (3,7%)
1993	7	1767	13 (0,7%)	0 (0,0%)
1994	9	1731	26 (1,5%)	1 (3,8%)
1995	13	2497	36 (1,4%)	1 (2,8%)
1996	14	2792	29 (1,0%)	1 (3,4%)
1997	12	2460	58 (2,4%)	5 (8,6%)
1998	8	2045	83 (4,1%)	0 (0,0%)
1999	9	2121	60 (2,8%)	1 (1,7%)
2000	7	2145	99 (4,6%)	0 (0,0%)
2001	7	2044	66 (3,2%)	4 (6,1%)
2002	8	2263	43 (1,9%)	2 (4,6%)
2003	7	1581	55 (3,9%)	3 (5,4%)
2004	5	1123	54 (4,8%)	3 (5,6%)
2005	9	2077	67 (3,2%)	1 (1,5%)
2006	5	1501	100 (6,7%)	0 (0,0%)
2007	9	1746	123 (7,0%)	4 (3,2%)
2008	8	1953	95 (4,9%)	2 (2,1%)
2009	8	1959	98 (5,0%)	16 (16,3%)
2010	8	1952	108 (5,5%)	8 (7,4%)
2011	11	2586	110 (4,2%)	8 (7,3%)
2012	12	2842	70 (2,5%)	1 (1,4%)

Tabela 3 – Quantitativo total de dados coletados por ano de coleta. (Continuação)

2013	11	2801	96 (3,4%)	4 (4,2%)
2014	14	4058	163 (4,0%)	4 (2,4%)
2015	16	3451	146 (4,2%)	6 (4,1%)
2016	12	2637	202 (7,7%)	13 (6,4%)
TOTAL	261	62005	2140 (3,4%)	101 (4,7%)

Figura 1 – Proporção total de laudos, laudos em região oral e maxilofacial, neoplasias malignas em região oral e maxilofacial.

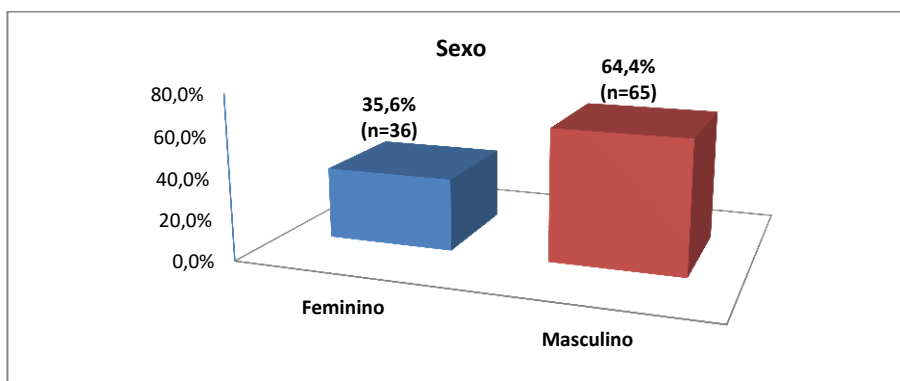
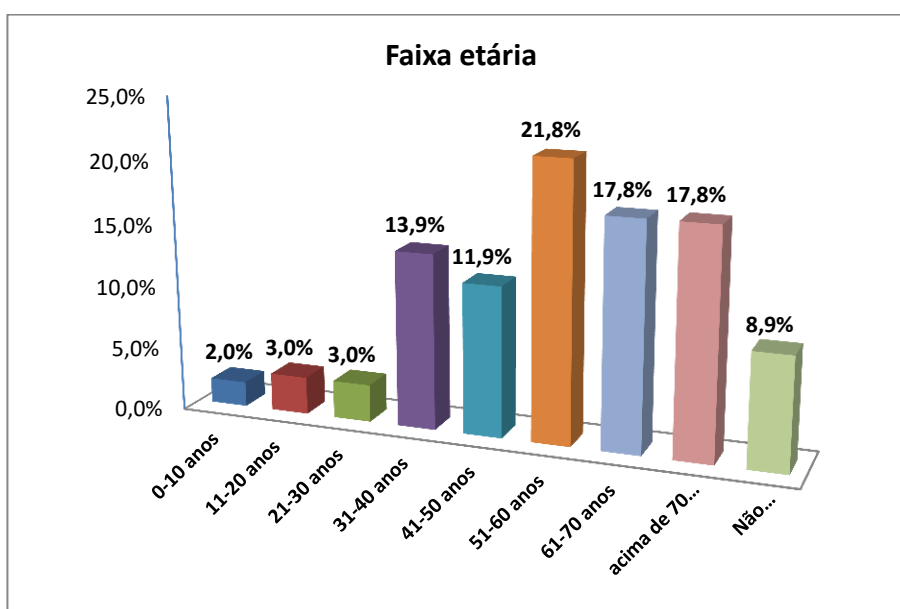
Quanto ao sexo 64,4% (n=65) dos pacientes eram masculinos e 35,6% (n=36) do sexo feminino (Gráfico 1).

Quanto a faixa etária os pacientes com idades a partir da sexta década de vida em diante foram os mais acometidos com pico de incidência entre 51 e 60 ano (21,8%; n=22) , seguido por pacientes na sétima e oitava década de vida, representando 17,8% cada. Os pacientes da primeira década de vida representaram o grupo de menor acometimento com um total de 2,0% (n=2) dos casos encontrados (Gráfico 2).

Tabela 4 - Distribuição dos dados de acordo com o sexo, idade, raça, tipo de biópsia, classificação e acometimento das neoplasias malignas em região oral e maxilofacial.

Características Gerais	Número de casos (n=101)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	65	64,4%
Feminino	36	35,6%
Faixa etária		
0-10 anos	02	2,0%
11-20 anos	03	3,0%
21-30 anos	03	3,0%
31-40 anos	14	13,9%
41-50 anos	12	11,9%
51-60 anos	22	21,8%
61-70 anos	18	17,8%
Acima de 70 anos	18	17,8%
Não informado	9	8,9%
Raça		
Pardo	26	25,7%
Negro	4	4,0%
Branco	13	12,9%
Não informado	58	57,4%
Tipo de Biópsia		
Incisional	36	35,6%
Excisional	5	5,0%
Peça Cirúrgica	9	8,9%
Não informado	51	50,5%
Classificação das NM		
1. Epiteliais	78	77,2%
2. Mesenquimais	07	6,9%
3. Glandulares	11	10,9%
4. Odontogênicas	00	0,00%
5. Hematolinfóides	05	5,0%
Acometimento		
Primário	96	95,0%
Metastático	5	5,0%

Legenda: NM – neoplasia maligna, NI – não informado

Gráfico 1 - Distribuição dos dados de acordo com o sexo.**Gráfico 2** - Distribuição dos dados de acordo com a faixa etária.

Em relação a raça foram encontrados 25,7% (n=26) de pacientes declarados pardos, representado o grupo étnico mais acometido. Os grupos de pacientes branco e negros representaram 12,9% (n=13) e 4,0% (n=4) respectivamente. Foi observado número expressivo de dados não informados, representados por 57,4% (n=58) dos casos (Gráfico 3).

Foram analisadas ainda as informações quanto ao tipo de biópsia realizada. Os casos diagnosticados a partir de biópsias incisionais representaram 35,6% (n=36) dos laudos. Aqueles diagnosticados com base em biópsias excisionais e peças cirúrgicas representaram um quantitativo

menor, correspondendo a 5,0% (n=5) e 8,9% (n=9), respectivamente. Os laudos com dados não informados totalizaram 50,5% (n=51) (Gráfico 4).

Gráfico 3 - Distribuição dos dados de acordo com o grupo étnico.

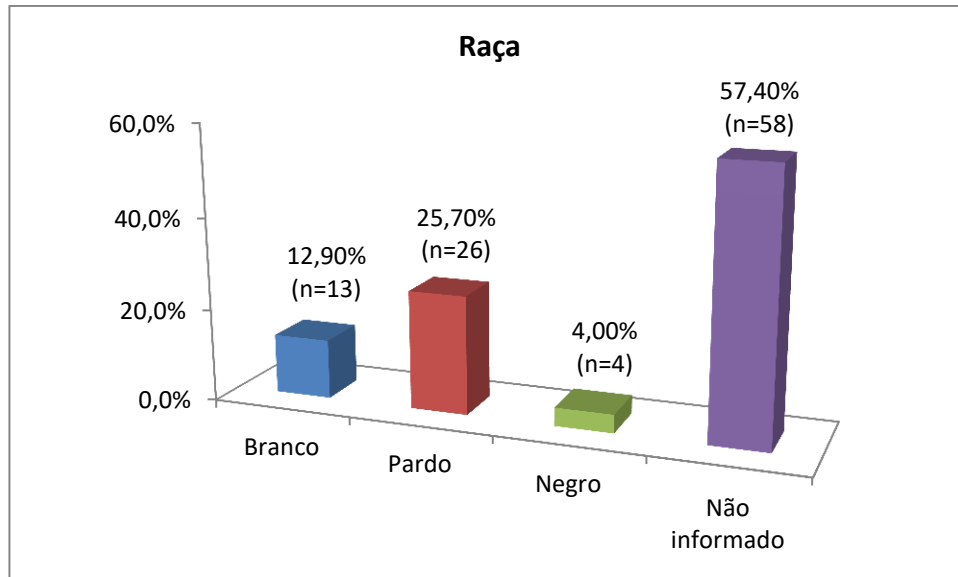
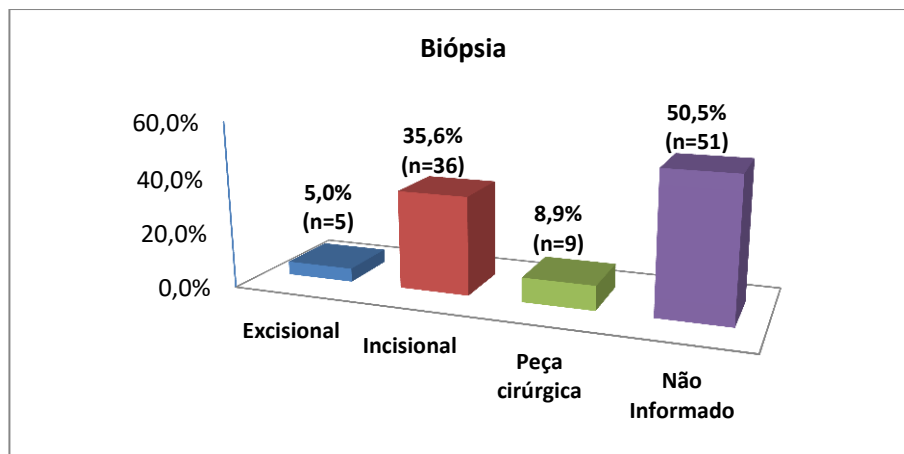


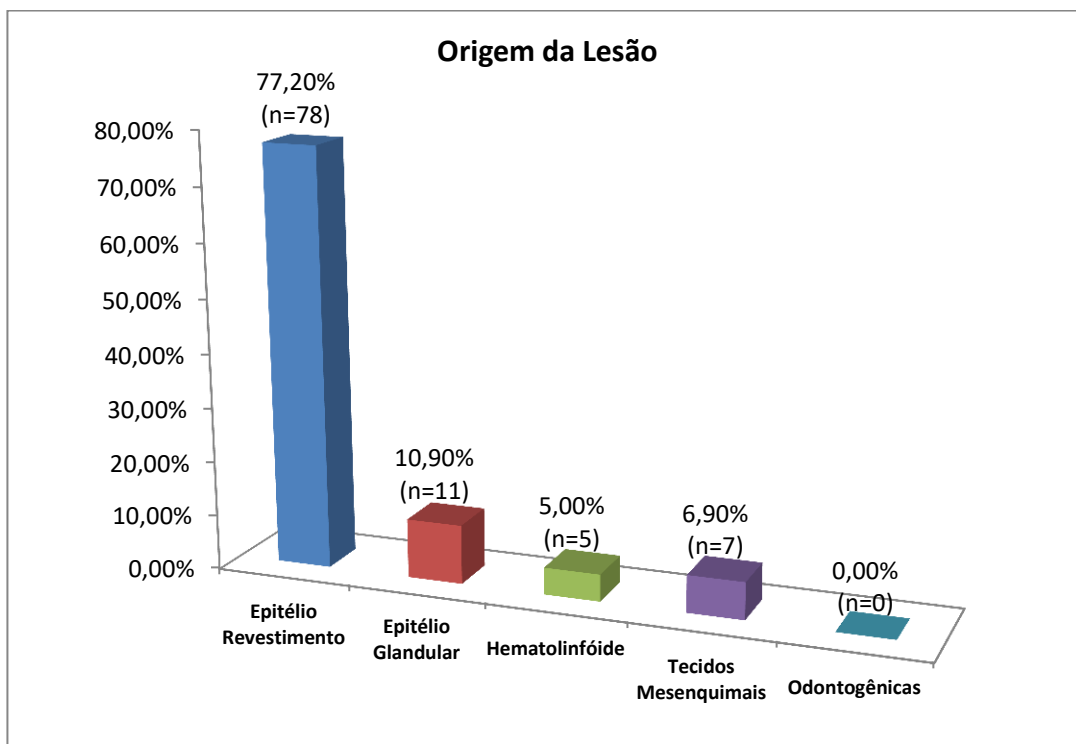
Gráfico 4 - Distribuição dos dados de acordo com o tipo de biópsia realizada.



De posse dos diagnósticos liberados a partir dos laudos histopatológicos as lesões foram subclassificadas de acordo com os tecidos de origem. As lesões epiteliais se mostraram mais prevalente com montante de 72,2% (n=78) dos casos. Seguindo das lesões epiteliais, de forma decrescente, foi observado aquelas de origem em tecidos glandulares 10,9% (n=11), mesenquimais 6,9% (n=7), hematolinfóides 5,0% (n=5) e odontogênicas 0% (Gráfico 5).

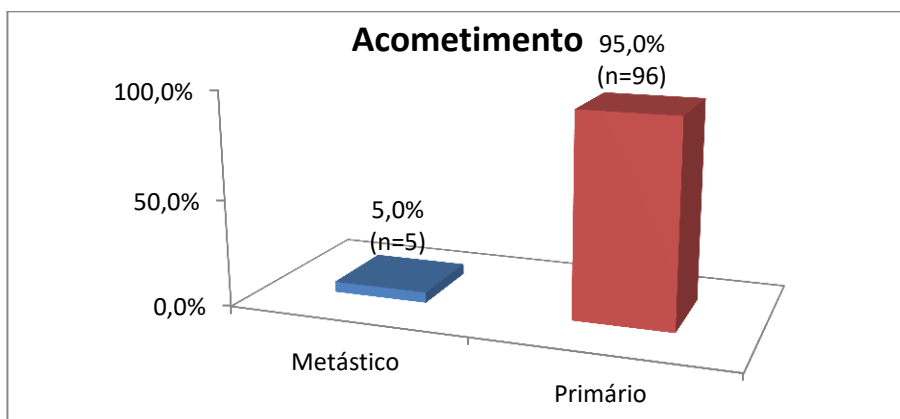
Dentre os laudos de neoplasias malignas encontrados no presente estudo, houve a exclusão de 1 caso. A remoção ocorreu devido o diagnóstico do caso em questão apresentar-se impreciso, variando entre uma neoplasia de origem glandular ou de origem odontogênica.

Gráfico 5 - Distribuição dos dados de acordo com a classificação dos tecidos de origem das neoplasias malignas.



Quanto ao acometimento, se primárias ou metastáticas, foram encontrados 95,0% (n=96) de neoplasias primárias, sendo uma recidivante, e 5,0% (n=5,0) de neoplasias metastáticas. (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Distribuição dos dados de acordo com acometimento.



No que se referem as localizações acometidas obtivemos o total de 11 regiões diferentes. Destas, 24,8% (n=25) dos casos ocorreram em língua sendo a região de aparecimento mais frequente, seguida de assoalho bucal com 14,9% (n=15) dos casos (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição dos dados de acordo com a localização anatômica.

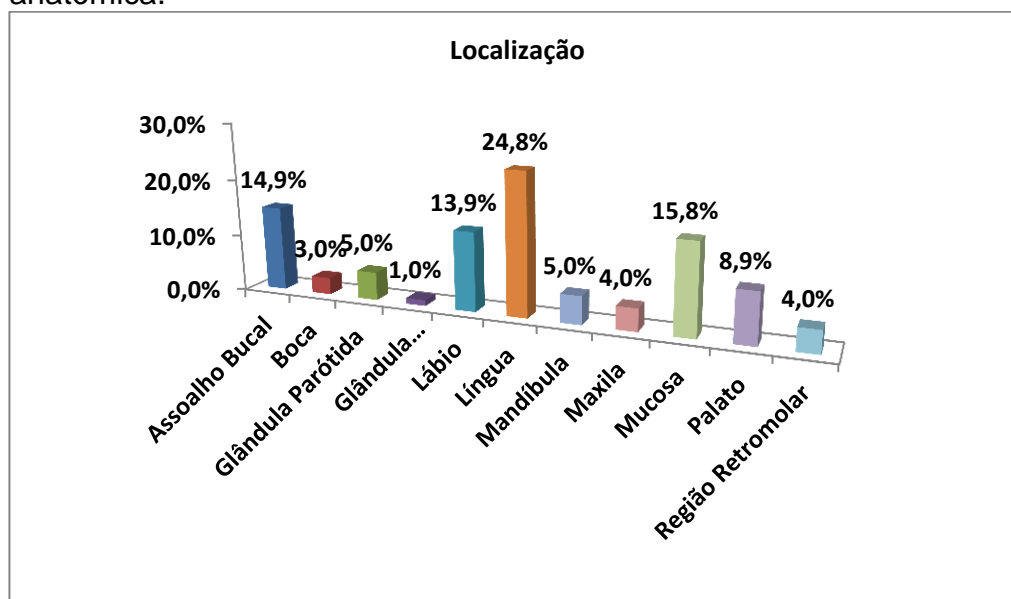


Tabela 5 - Distribuição dos dados em relação as informações presentes nas requisições de biópsias enviadas ao laboratório.

Dados de Requisição	Número de casos (n=101)	Porcentagem
Modelo		
Nova DPML	31	30,7%
Antiga DPML	35	34,7%
Outras	35	34,7%
Condição de Preenchimento		
Completa	17	16,8%
Incompleta	84	83,2%

Legenda: DPML: departamento de patologia e medicina legal da Universidade Federal do Amazonas

Em relação as requisições de biópsias foi observado que em 65,4% (n=66) dos casos os profissionais utilizaram as requisições disponibilizadas pelo laboratório de patologia, sendo estas 31,68% (n=31) do modelo novo e 34,33% (n=35) do modelo antigo. Entretanto 1/3 (34,7%, n=35) dos casos

foram enviados com outros tipos de requisições sendo estas específicas do serviço de saúde onde foi realizado o procedimento cirúrgico, e ainda solicitações realizadas em receituários ou outros formulários não específicos para análise histológica (Tabela 5).

A tabela 6 mostra os cruzamentos das variáveis sexo, faixas etárias, raça, tipo de biópsia e acometimento com a variável origem da lesão, onde temos os quantitativos de ambas variáveis cruzadas e o p-valor, calculado através do teste exato de Fisher e, entre esses p-valores, comparando com valor de α fixado em 0,05 (5%), concluímos que existem diferenças estatísticas significativas apenas nas variáveis sexo (0,004), faixas etárias ($< 0,001$) e localização ($< 0,001$), tendo prevalência significativa em pacientes masculinos, na sexta década de vida e com lesões em língua. Nas demais variáveis (raça, biópsia e acometimento) os p-valores calculado ficaram acima do p-valor fixado em 5% (0,05) mostrando que não existem diferenças estatísticas significativas entre elas e a variável origem da lesão.

Tabela 6 – Análise estatísticas das variáveis sexo, faixa etária, raça, tipo de biópsia e aparecimento com a variável origem da lesão.

Variáveis	Origem da Lesão								Total	p-valor
	Epitélio Revestimento		Epitélio Glandular		Hematolinfóide		Tecidos Mesenquimais			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo										
Feminino	22	28,2	9	81,8	2	40,0	3	42,9	36	0,004
Masculino	56	71,8	2	18,2	3	60,0	4	57,1	65	
	78	100	11	100,0	5	100	7	100,0	101	
Faixa Etária										
0-10 anos	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	14,3	2	$< 0,001$
11-20 anos	0	0,0	1	9,1	1	20,0	1	14,3	3	
21-30 anos	1	1,3	0	0,0	0	0,0	2	28,6	3	
31-40 anos	9	11,5	3	27,3	0	0,0	2	28,6	14	
41-50 anos	10	12,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	12	
51-60 anos	18	23,1	2	18,2	2	40,0	0	0,0	22	
61-70 anos	17	21,8	0	0,0	1	20,0	0	0,0	18	
Acima de 70 anos	14	17,9	3	27,3	0	0,0	1	14,3	18	
Não Informado	9	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	
	78	100,0	11	100,0	5	100,0	7	100,0	101	
Localização										
Assoalho Bucal	14	17,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	15	$< 0,001$
Boca	1	1,3	0	0,0	0	0,0	1	14,3	2	

Tabela 6 – Análise estatísticas das variáveis sexo, faixa etária, raça, tipo de biópsia e aparecimento com a variável origem da lesão. (Continuação)

Glândula Parótida	3	3,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	5	
Glândula Submandibular	0	0,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	1	
Lábio	14	17,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	
Língua	23	29,5	1	9,1	0	0,0	1	14,3	25	
Mandíbula	3	3,8	0	0,0	1	20,0	1	14,3	5	
Maxila	2	2,6	0	0,0	1	20,0	1	14,3	4	
Mucosa	11	14,1	1	9,1	2	40,0	2	28,6	16	
Não Informado	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	
Palato	4	5,1	5	45,5	0	0,0	0	0,0	9	
Região Retromolar	2	2,6	1	9,1	0	0,0	1	14,3	4	
	78	100,0	11	100,0	5	100,0	7	100,0	101	
Raça										
Branco	10	12,8	0	0,0	1	20,0	2	28,6	13	
Pardo	19	24,4	4	36,4	1	20,0	2	28,6	26	
Negro	2	2,6	1	9,1	0	0,0	1	14,3	4	0,293
Não Informado	47	60,3	6	54,5	3	60,0	2	28,6	58	
	78	100,0	11	100,0	5	100,0	7	100,0	101	
Biópsia										
Excisional	3	3,8	1	9,1	0	0,0	1	14,3	5	
Incisional	27	34,6	2	18,2	1	20,0	6	85,7	36	
Peça Cirúrgica	8	10,3	1	9,1	0	0,0	0	0,0	9	0,062
Não Informado	40	51,3	7	63,6	4	80,0	0	0,0	51	
	78	100,0	11,0	100,0	5	100,0	7	100,0	101	
Acometimento										
Metastático	3	3,8	2	18,2	0	0,0	0	0,0	5	
Primário	74	94,9	9	81,8	5	100,0	7	100,0	95	0,443
Recidiva	1	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	
	78	100	11	100,0	5	100,0	7	100,0	101	

Teste de Exato de Fisher

Depois de realizadas as análises dos dados em conjunto, as informações obtidas também puderam ser analisadas de acordo com as categorias histológicas apresentadas anteriormente. Assim foram estudadas separadamente as características epidemiológicas das lesões epiteliais, mesenquimais, glandulares, hematolinfóides e metastáticas encontradas assim como as principais neoplasias malignas em grupos por faixa etária e localização.

Na tabela 7 pode-se observar a distribuição das neoplasias malignas localizadas no presente estudo de acordo com as classificações e subtipos histológicos. Foram encontrados no total 21 diferentes tipos histológicos de lesões malignas.

Tabela 7 – Distribuição das neoplasias malignas primárias quanto a classificação e tipos histológicos.

Classificação	Tipo histológico	Número de casos (n=101)	Porcentagem
Epitelial	Carcinoma epidermóide	62	61,38%
	Carcinoma basocelular	07	06,93%
	Carcinoma verrucoso	01	00,99%
	Carcinossarcoma	01	00,99%
	Carcinoma <i>in situ</i>	03	02,97%
	Carcinoma anaplásico	01	00,99%
Mesenquimal	Sarcoma de Kaposi	03	02,97%
	Osteossarcoma	01	00,99%
	Sarcoma de Células fusiformes	01	00,99%
	Rabdomiossarcoma	01	00,99%
	Lipossarcoma pleomórfico	01	00,99%
Glandular	Carcinoma mucoepidermóide	03	02,97%
	Carcinoma adenóide cístico	02	01,98%
	Adenocarcinoma polimorfo	01	00,99%
	Adenocarcinoma cribiforme de língua	01	00,99%
	Carcinoma ex-adenoma pleomórfico	01	00,99%
	Carcinoma hialinizante de células claras	01	00,99%
Hematolinfóide	Infiltração leucêmica	02	01,98%
	Linfoma de burkitt	01	00,99%
	Linfoma linfoblástico	01	00,99%
	Inespecífico (origem linfoblástica)	01	00,99%
Metastáticas	Adenocarcinoma metastático (mama)	01	0,99%
	Carcinoma metastático (N.I)	04	3,96%

Legenda: N.I: não informado

No que concerne as neoplasias malignas epiteliais foi constatado que os grupos mais acometidos foram: quanto ao sexo os pacientes masculinos (70,7%), quanto a faixa etária os entre 51 a 60 anos (24,0%), quanto a raça os pardos (25,3%) e quanto a localização a região de língua (30,66%). O carcinoma epidermóide mostrou-se como o tipo histológico mais comum com 62 (82,7%) lesões (Tabela 8).

Tabela 8 – Neoplasias malignas primárias com origem em tecido epitelial de revestimento.

Características Gerais	Número de casos (n=75)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	53	70,7%
Feminino	22	29,3%
Faixa etária		
31-40 anos	09	12,0%
41-50 anos	10	13,3%
51-60 anos	18	24,0%
61-70 anos	16	21,3%
Acima de 70 anos	13	17,4%
Não informado	09	12,0%
Raça		
Pardo	19	25,3%
Melanoderma	02	02,7%
Leucoderma	10	13,3%
Não informado	44	58,7%
Localização		
Língua	23	30,7%
Mucosa	12	16,0%
Assoalho bucal	14	18,7%
Lábio	14	18,7%
Palato	04	05,3%
Maxila	02	02,7%
Mandíbula	02	02,7%
Região de parótida	01	01,3%
Trígono retromolar	01	01,3%
“Boca” – Não especificado	02	02,7%
Tipo histológico		
Carcinoma epidermóide	62	82,7%
Carcinoma basocelular	07	9,4%
Carcinoma verrucoso	01	1,3%
Carcinossarcoma	01	1,3%
Carcinoma in situ	03	4,0%
Carcinoma anaplásico	01	1,3%

A cerca das neoplasias malignas originárias de tecidos mesenquimais obtivemos que o sexo mais afetado foi dos pacientes masculinos com discreta diferença quando comparado ao sexo feminino, sendo representados por 4 (57,2%) e 3 (42,8%) casos respectivamente. A faixa etária mais afetada variou entre 21-40 anos totalizando 4 (57,2%) dos 7 casos apresentados. O tipo

histológico e a localização mais frequente foram o sarcoma de kaposi (42,8%) e mucosa bucal (42,8%) respectivamente (Tabela 9).

Tabela 9 – Neoplasias malignas primárias com origem em tecidos mesenquimais.

Características Gerais	Número de casos (n=7)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	04	57,2%
Feminino	03	42,8%
Faixa etária		
0-10 anos	01	14,3%
11-20 anos	01	14,3%
21-30 anos	02	28,5%
31-40 anos	02	28,5%
Acima de 70 anos	01	14,3%
Não informado	00	0,00%
Raça		
Pardo	02	28,5%
Melanoderma	01	14,3%
Leucoderma	02	28,5%
Não informado	02	28,5%
Tipos Histológicos		
Sarcoma de Kaposi	03	42,8%
Osteossarcoma	01	14,3%
Sarcoma de células fusiformes	01	14,3%
Rabdomiossarcoma embrionário	01	14,3%
Lipossarcoma pleomórfico	01	14,3%
Localização		
Língua	01	14,3%
Mucosa	03	42,8%
Maxila	01	14,3%
Mandíbula	01	14,3%
“Boca” – Não especificado	01	14,3%

Quando examinado separadamente o grupo de neoplasias malignas primárias de origem em tecido glandular, notou-se que o sexo e raça mais acometidos foram o feminino (77,8%) e pardos (33,3%) respectivamente. Quanto a idade houve predominância na faixa etária entre 31-60 anos (66,6%) e localização mais frequente foi o palato com 55,6% dos casos. Dentre os tipos histológico o com maior número de casos foi carcinoma mucoepidermóide (33,3%) seguido de carcinoma adenóide cístico (22,2%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Neoplasias malignas primárias com origem em glândulas salivares.

Características Gerais	Número de casos (n=09)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	02	22,2%
Feminino	07	77,8%
Faixa etária		
11-20 anos	01	11,1%
31-40 anos	02	22,2%
41-50 anos	02	22,2%
51-60 anos	02	22,2%
61-70 anos	01	11,1%
Acima de 70 anos	01	11,1%
Raça		
Pardo	03	33,3%
Melanoderma	01	11,1%
Leucoderma	00	00,0%
Não informado	05	55,6%
Tipo Histológico		
Carcinoma mucoepidermóide	03	33,3%
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	01	11,1%
Carcinoma adenóide cístico	02	22,2%
Adenocarcinoma cribriforme de língua	01	11,1%
Carcinoma ex-adenoma pleomórfico	01	11,1%
Carcinoma hialinizante de células claras	01	11,1%
Localização		
Glândula Parótida	01	11,1%
Palato	05	55,6%
Língua	01	11,1%
Mucosa	01	11,1%
Assoalho bucal	01	11,1%

Com relação as neoplasias malignas hematolinfoides observou-se predominância em pacientes do sexo masculino (60,0%) e na faixa etária entre 51-60 anos (40%). Dentre os tipos histológicos identificados a infiltração leucêmica foi a de maior acometimento com 2 (40,0%) dos casos (Tabela 11).

As neoplasias metastáticas com apresentação em boca representaram 5 (5,0%) das 101 lesões encontradas. Nestas os perfis observados foram o de pacientes do sexo masculino (80,0%) e idade acima dos 70 anos (60,0%). As localização mais atingidas foram as de trígono retromolar e parótida com 2 casos cada. Vale ressaltar que no contexto geral (101 neoplasias) foram

encontradas 4 em região retromolar sendo 2 (50,0%) destas lesões metastáticas (Tabela 12).

A tabela 13 mostra o perfil das neoplasias malignas em região oral e maxilofacial localizadas em pacientes infanto-juvenil (de 0 a 18 anos). Neste grupo etário notou-se o maior acometimento do sexo feminino (80,0%) e de neoplasias com origem em tecidos mesenquimais e hematolinfoides com 2 (40,0%) casos cada.

Tabela 11 – Neoplasias malignas de origem hematolinfóide.

Características Gerais	Número de casos (n=05)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	03	60,0%
Feminino	02	40,0%
Faixa etária		
0-10 anos	01	20,0%
11-20 anos	01	20,0%
51-60 anos	02	40,0%
61-70 anos	01	20,0%
Raça		
Pardo	01	20,0%
Melanoderma	00	00,0%
Leucoderma	01	20,0%
Não informado	03	60,0%
Tipo Histológico		
Infiltração leucêmica	02	40,0%
Linfoma de Burkitt	01	20,0%
Linfoma linfoblástico	01	20,0%
Inespecífico (origem linfoblástica)	01	20,0%
Localização		
Glândula Submandibular	01	20,0%
Mucosa	02	40,0%
Maxila	01	20,0%
Mandíbula	01	20,0%

Tabela 12 – Neoplasias malignas metastáticas.

Características Gerais	Número de casos (n=05)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	04	80,0%
Feminino	01	20,0%
Faixa etária		
21-30 anos	01	20,0%
61-70 anos	01	20,0%
Acima de 70 anos	03	60,0%
Raça		
Pardo	01	20,0%
Melanoderma	00	00,0%
Leucoderma	00	00,0%
Não informado	04	80,0%
Localização		
Trígono retromolar	02	40,0%
Parótida	02	40,0%
“Boca” – não especificado	01	20,0%

Tabela 13 – Neoplasias malignas em pacientes infanto-juvenil (0-18 anos).

Características Gerais	Número de casos (n=05)	Porcentagem
Sexo		
Masculino	01	20,0%
Feminino	04	80,0%
Faixa etária		
0-10 anos	02	40,0%
11-20 anos	03	60,0%
Raça		
Pardo	03	60,0%
Melanoderma	00	00,0%
Leucoderma	00	00,0%
Não informado	02	40,0%
Tipo histológico		
Linfoma de burkit	01	20,0%
Infiltração leucêmica	01	20,0%
Rabdomiossarcoma embrionário	01	20,0%
Carcinoma mucoepidermóide	01	20,0%
Sarcoma de células fusiformes	01	20,0%
Localização		
Maxila	02	40,0%
Mandíbula	01	20,0%
Parótida	01	20,0%
Língua	01	20,0%

Tabela 14 – Distribuição das neoplasias malignas em relação a localização anatômica.

Localização Anatômica	Número de casos (%) (n=101)	Neoplasias Malignas	Número de casos	Porcentagem
Língua	25 (24,8%)	Carcinoma epidermóide	22	88,0%
		AC cribriforme de língua	01	4,0%
		Rabdomiossarcoma	01	4,0%
		Carcinossarcoma	01	4,0%
Mucosa	16 (15,8%)	Carcinoma epidermóide	10	62,5%
		Carcinoma in situ	01	6,25%
		Osteossarcoma	01	6,25%
		Sarcoma de kaposi	01	6,25%
		Infiltração leucêmica	01	6,25%
		Carcinoma adenóide cístico	01	6,25%
		N. de origem linfocitária	01	6,25%
Assoalho Bucal	15 (14,9%)	Carcinoma epidermóide	11	73,3%
		Carcinoma in situ	02	13,3%
		Carcinoma verrucoso	01	6,7%
		Carcinoma hialinizante de CC	01	6,7%
Lábio	14 (13,9%)	Carcinoma epidermóide	07	50,0%
		Carcinoma basocelular	07	50,0%
Palato	9 (8,9%)	Carcinoma epidermóide	04	44,5%
		Carcinoma mucoepidermóide	02	22,2%
		Adenocarcinoma polimorfo	01	11,1%
		Carcinoma ex-adenoma pleomórfico	01	11,1%
		Carcinoma adenóide cístico	01	11,1%
Glândula Parótida	5 (5,0%)	Carcinoma epidermóide	01	20,0%
		Carcinoma mucoepidermóide	01	20,0%
		Carcinoma metastático	01	20,0%
		Carcinoma anaplásico	01	20,0%
		Carcinoma de células claras	01	20,0%
Mandíbula	5 (5,0%)	Carcinoma epidermóide	03	60,0%
		Infiltração leucêmica	01	20,0%
		Lipossarcoma pelomórfico	01	20,0%
Maxila	4 (4,0%)	Carcinoma epidermóide	02	50,0%
		Sarcoma de células fusiformes	01	25,0%
		Linfoma de burkitt	01	25,0%
Região retromolar	4 (4,0%)	Carcinoma metastático	01	25,0%
		Adenocarcinoma metastático	01	25,0%
		Carcinoma epidermóide	01	25,0%
		Sarcoma de kaposi	01	25,0%
"Boca" -Não especificado	3 (3,0%)	Carcinoma epidermóide	01	33,3%
		Sarkoma de kaposi	01	33,3%
		Carcinoma metastático	01	33,3%

Legenda: N: neoplasia, A.C: adenocarcinoma, C.C: células claras

Acerca das neoplasias mais comuns em determinados sítios anatômicos, podemos observar a distribuição dos tipos histológicos encontrados de acordo com a localização na tabela 14. Nota-se que o carcinoma epidermóide apresentou-se como o mais frequente nas regiões de língua, assoalho bucal, palato, mandíbula e maxila. Entretanto se considerarmos a classificação de acordo com a histogênese da lesão, em região de palato houve o predomínio de neoplasias malignas glandulares com 5 casos. Em região retromolar observa-se que o número maior de casos foi representado por neoplasias metastáticas. Foram coletados ainda dados referentes a análises histoquímicas e imunohistoquímicas, porém devido a escassez de informação tais dados foram excluídos do estudo.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo tivemos por objetivo analisar a prevalência, bem como as características epidemiológicas, de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial. Para tanto foram examinados laudos histopatológicos onde 101 lesões puderam ser consideradas no trabalho. Tal estudo faz-se importante visto a carência de pesquisas neste campo de estudo no estado do Amazonas.

Levando em consideração todas as neoplasias malignas identificadas (n=101), foram analisadas características referentes aos indivíduos portadores de tais doenças e características referentes as lesões tumorais. De maneira geral, em nossa revisão de literatura, comparamos os dados do presente estudo com as informações obtidas na literatura nacional e mundial (tabela 13).

Em relação ao sexo, observamos que o maior número de casos encontrava-se em pacientes masculinos. Tal característica epidemiológica das neoplasias orais já é extensivamente conhecida e documentada como pôde ser observada nos mais diferentes estudos encontrados na literatura (CHIDZONGA, 2006; KAMULEGEYA; KALYANYAMA, 2008; HAN et al., 2010; ONO, 2011; CASTILLO et al., 2012; IWAKI et al., 2012; ORDONEZ et al., 2014; KUMAR et al., 2015; ALI et al., 2016; TAVARES et al., 2016; HESHAM et al., 2017; AJAY et al., 2018; DHANUTHAI et al., 2018).

Quanto a faixa etária mais atingida por neoplasias malignas em região oral e/ou maxilofacial, os estudos apontam que pacientes acima dos 50 anos de idade representam a população de maior risco. Tal dado é semelhante ao encontrado no presente trabalho onde o maior número de casos foi identificado em paciente entre 51-60 anos (CHIDZONGA, 2006; HAN et al., 2010; ONO, 2011; CASTILLO et al., 2012; IWAKI et al., 2012; ORDONEZ et al., 2014; KUMAR et al., 2015; ALI et al., 2016; TAVARES et al., 2016; HESHAM et al., 2017; AJAY et al., 2018; DHANUTHAI et al., 2018). Exceção pode ser observada no estudo de Kamulegeya e Kalyanyama (2008), desenvolvido no continente africano, onde a população mais afetada foi o de pacientes infantis com faixa etária entre 0 a 10 anos representado principalmente por casos de linfoma de burkit. Neste mesmo estudo quando levado em consideração os casos de carcinoma epidermóide o pico de idade mais uma vez se mostrou em pacientes na 6ª década de vida.

Na presente pesquisa foi identificado como localização de maior acometimento, das neoplasias malignas, a região de língua. Informação esta que corrobora com o encontrado na literatura nos estudos de (ONO, 2011; CASTILLO et al., 2012; ORDONEZ et al., 2014; TAVARES et al., 2016; HESHAM et al., 2017; DHANUTHAI et al., 2018). Outras pesquisas apresentaram localizações divergentes ao encontrado no presente, como por exemplo no estudos de Iwaki et al. (2012), Kumar et al. (2015), Kamulegeya e Kalyanyama (2008) onde as localizações mais acometidas foram a de lábio, mucosa bucal e palato respectivamente.

No que diz respeito aos grupos de características étnicas a literatura mostra uma prevalência aumenta em indivíduos leucodermas, diferente do encontrado no atual estudo onde a população com maior número de casos foi representada por pacientes pardos (IWAKI et al., 2012; CASTILLO et al., 2012). Contudo, devem-se considerar as variante geoambientais das diferentes regiões onde os estudos são realizados, mostrando assim uma característica de determinada população e não necessariamente relacionada a predileção das neoplasias por determinado grupo étnico. Vale ressaltar ainda que no presente estudo 57,4% dos casos havia ausência de tal informação, podendo ter esse dado influência sobre o resultado final.

Ainda no tocante dos dados como um conjunto geral, obtivemos que a neoplasia mais comumente observada foi o carcinoma epidermóide (CEB). Esta correlação de câncer bucal ser representado principalmente por CEB é amplamente confirmada pela literatura nacional e mundial, praticamente todos os estudos pesquisados mostram tal neoplasia como a mais frequente. (CHIDZONGA, 2006; HAN et al., 2010; ONO, 2011; CASTILLO et al., 2012; IWAKI et al., 2012; ORDONEZ et al., 2014; KUMAR et al., 2015; ALI et al., 2016; TAVARES et al., 2016; HESHAM et al., 2017; AJAY et al., 2018; DHANUTHAI et al., 2018). Como exceção o estudo de Kamulegeya e Kalyanyama (2008) que retrata o sarcoma de kaposi como neoplasias mais encontrada. Esta diferença de dado pode se dar devido a região de coleta das informações.

Adentrando nos grupos de classificação de acordo com a histogênese a tabela 14 confronta as características das neoplasias de origem epitelial do atual estudo com os localizados na bibliografia. Em consequência de os

estudos trabalharemos especificamente com lesões de CEB, aqui iremos confrontar as informações deste subtipo histológico específico.

Desta forma, nos casos diagnosticados como CEB obtivemos que o maior número de casos foi aquele de pacientes do sexo masculino, com idade entre 51-70 anos e a língua localidade mais acometida. Dados similares foram encontrados nos estudos de Losi-guembarovski et al. (2009) e de Gul et al. (2017). Porém no estudos de Singh et al. (2016) e de Alves et al. (2017) houve divergência quanto aos sítios anatômicos onde estes apresentaram como mais comuns a mucosa bucal e lábio, respectivamente.

Em relação as neoplasias malignas com origem em tecidos mesenquimais nota-se uniformidade, entre os estudos analisados quanto a faixa etária, localização e tipo histológico mais frequente sendo estes pacientes com média de 40 anos idade, sexo masculino e osteossarcoma. Informações diferentes foram encontradas no presente estudo onde a faixa etária dos pacientes acometidos foi de 21-40 anos, tendo a mucosa como região mais afetada e o sarcoma de kaposi como o subtipo histológico mais observado. Estas divergências podem ser explicadas pela casuística apresentada pelos estudos anteriormente citados que trabalham com número maiores de séries de casos. (YAMAGUCHI et al., 2003, CHIDZONGA 2006; ALISHAHI; KARGAHI; HOMAYOUNI, 2015) (Tabela15).

No que se refere aos casos originados em tecidos glandulares, este estudo mostrou a predominância de pacientes do sexo feminino, semelhante ao encontrado na pesquisa de Lima et al. (2005), sendo o palato a região de maior número de casos como observado também no estudo de Aggarwal et al. (2014). Houve discordância quanto a sexo quando comparado ao estudo de Aggarwal et al. (2014), que mostrou o sexo masculino como mais prevalente em uma serie de 30 casos. E ainda quanto ao sítio no estudo de Lima et al. (2005) que apresentou a parótida como região mais afetada em uma série de 58 casos (Tabela 16).

Com base no observado na literatura as neoplasias malignas originárias de tecidos odontogênicos apresentam-se como sendo mais incidentes em pacientes do sexo masculino, e naqueles com idades entre a 4ª e 5ª década de vida. Quando analisados os tipos histológicos, aqueles mais comuns são o carcinoma ameloblástico (CA) e o ameloblastoma maligno (AM). No presente

estudo não foram identificadas lesões de origem em epitélio odontogênico (Tabela 17) (TAYLOR et al., 2003; MARTÍNEZ et al., 2013; LAWAL; SOYELE; AKINYAMOJU, 2015; LEE et al., 2015).

As neoplasias malignas classificadas como hematolinfóides no vigente estudo mostraram-se mais frequentes em pacientes masculino, com idade entre 50-60 anos, ocorrendo principalmente na região de mucosa. Tais dados assemelham-se ao encontrado no estudo de Alli e Meer (2017) que constatou, em uma série de 504 casos de linfomas, a prevalência em pacientes do sexo masculino com média de idade de 40.4 anos, diferindo apenas quanto a localização anatômica onde relataram linfonodos da região como a área mais comum de acometimento.

Na tabela 18 estão listados os trabalhos referentes a neoplasias metastáticas em região oral e maxilofacial assim como a comparação com o encontrado no presente estudo. Quanto a localização encontramos que os casos apresentados mostraram-se com maior frequência em mandíbula, esta particularidade das metástases para a região oral já é confirmada pela literatura como pode ser observado também nas pesquisas de Owosho et al. (2016), Daley e Darling (2011) e Hirshberg et al. (2008). Quanto ao sexo e faixa etária vemos que estas neoplasias acontecem mais comumente em indivíduos do sexo masculino e naqueles acima dos 60 anos de idade, informação esta que é confirmada nos estudos de Hirshberg et al. (2008) e Daley e Darling (2011). Apesar de a grande maioria dos trabalhos mostrarem estas características para as lesões metastáticas bucais, o estudo de Antunes e Antunes (2008), realizado em Pernambuco(BR) com uma série de 10 casos, mostra os pacientes do sexo feminino e entre as idade de 11-40 anos como sendo os grupos populacionais mais afetados. No que diz respeito ao sítio primário dos tumores de origem, estudos mostram maior frequência de neoplasias metastáticas originadas nos pulmões, próstata e tireoide (DALEY; DARLING, 2011; HIRSHBERG et al., 2008; OWOSHO et al., 2016; ANTUNES; ANTUNES, 2008). No presente estudo foram encontrados um total de 5 casos de neoplasias metastáticas sendo 1 deles confirmada a origem em mama e os demais com sítio primário desconhecido.

Ao fazermos um paralelo das neoplasias identificadas em pacientes infanto-juvenis no presente estudo com os dados disponíveis na literatura,

nota-se que as pesquisas trabalham principalmente a região de cabeça e pescoço. Desta forma, os estudos mostram regiões de faringe como sendo as localizações mais frequentes. Entretanto, quando avaliadas as localizações subsequentes tem-se que são sítios considerados em região oral. Esta situação pode ser observada por exemplo nas pesquisas de Maciel et al. (2010) e Levi et al. (2017) que apresentam como sítios secundários as regiões de língua e glândula salivar, respectivamente. No presente estudo encontramos a maxila como sendo a área de maior surgimento destas lesões (Tabela 19).

Tabela 15 – Comparação dos dados gerais (101 casos) com a literatura nacional e mundial.

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.E/M.I	Sexo	Loc.	NM
Chidzonga, 2006	Oral Malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals	Zimbabwe	1982-1991 (10 anos)	428	50-59	M	Gengiva mandibular	CEB
Kamulegeya, 2008	Oral maxillofacial neoplasms in as East African population a 10 year retrospective stud of 1863 cases using histopathological reports	Multicentrico Africa	1989-1999 (10 anos)	967	0-10	M	Palato	S.K
Han, 2010	Epidemiology and cost analysis for patients with oral cancer in a university hospital in China	China	2007 (1 ano)	456	54	M	N.I	CEB
Ono, 2011	Estudo epidemiológico retrospectivo das lesões bucais diagnosticadas na fundação centro de controle de oncologia do estado do Amazonas (FCECON) entre os anos de 1998 a 2009	Amazonas (BR)	1998-2009 (12 anos)	276	50.7	M	Língua	CEB
Castillo, 2012	Levantamento Epidemiológico De Câncer Bucal: casuística de 30 anos	Mato Grosso do Sul (BR)	1981-2010 (30 anos)	195	40-69	M	Língua	CEB
Iwaki, 2012	Prevalência de neoplasia bucais em Maringá/PR	Paraná (BR)	1995-2010 (16 anos)	100	51-60	M	Lábio	CEB
Ordonéz, 2014	Câncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análises poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad	Multicentrico Colombia	1962-2007 (45 anos)	1637	>65	M	Língua	CEB
Kumar, 2015	Clinical profile and epidemiological factors of cancer patients from North India	Índia	2010-2012 (3 anos)	479	51-60	M	Mucosa bucal	N.I
Ali, 2016	Oral cancer incidence and survival rates in the Republic of Ireland, 1994-2009	Multicentrico Irlanda	1994-2009 (16 anos)	2147	>60	M	N.I	N.I
Tavares, 2016	Epidemiological profile of malignant oral cancers in a population of northern Portugal	Multicentrico Portugal	2004-2009 (6 anos)	1041	50-60	M	Língua	CEB
Hesham, 2017	Incidence, clinical presentation and demographic factors associated with oral cancer patients in the	Multicentrico Arábia Saudita	10 anos	94	51-70	M	Língua	N.I

Tabela 15 – Comparação dos dados gerais (101 casos) com a literatura nacional e mundial. (Continuação)

	southern Region of Saudi Arabia: a 10-year retrospective study							
Ajay, 2018	Oral cancer prevalence in Western population of Maharastra, India, for a period of 5 years	Multicentrico Índia	2011-2016 (5 anos)	142	≥60	M	Mucosa Bucal	N.I
Dhanuthai, 2018	Oral cancer: a multicenter study	Multicentrico	2005-2014 (10 anos)	6151	50-59	M	Língua	CEB
Presente Estudo (2019)	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	101	51-60	M	Língua	CEB

Legenda: Classif.:Classificação, F.E: Faixa Etária, M.I: Média de idade, M: Masculino, Loc: localização , NM: Neoplasia Maligna, CEB: Carcinoma Epidermóide, S.K: Sarcoma de Kaposi, N.I – não informado, BR: Brasil.

Tabela 16 – Comparação de dados dos casos de carcinoma epidermóide com a literatura.

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.Etária	Sexo	Loc.
Guembarovski, 2009	Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil	Multicentrico (Paraná-BR)	2002-2005 (3 anos)	91	51-60	M	Língua
Sharma, 2010	Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in Western UP: an institutional study	Índia	2004-2009 (5 anos)	80	36-65	M	Mucosa bucal
Singh, 2016	Clinico-epidemiological study of oral squamous cell carcinoma: a tertiary care centre study in north India	Índia	2010-2013 (4 anos)	611	40-49	M	Mucosa bucal
Alvez, 2017	Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma from a service-based population	Pelotas (BR)	1959-2012 (54 anos)	806	51-70	M	Lábio
Gul, 2017	Epidemiology and pathological trends in oral squamous cell carcinoma in a local tertiary care hospital	Paquistão	2016-2017 (1 ano)	40	40-70	M	Língua
Presente Estudo (2019)	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	62	51-60	M	Língua

Legenda: Classif.:Classificação, F.Etária: Faixa Etária, M: Masculino, Loc: localização

Tabela 17 – Comparação de dados dos casos de neoplasias com origem em tecidos mesenquimais com a literatura.

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.E	Sexo	Loc.	NM
Yamaguchi, 2003	Sarcomas of the oral and maxillofacial region: a review of 32 cases in 25 years	Tokyo	1974-1998 (25 anos)	32	42	M	Mandíbula	OS
Chidzonga, 2005	Sarcomas of the oral and maxillofacial region: a review of 88 cases in Zimbabwe	Zimbabwe	24 anos	88	42	M	Mandíbula	OS
Alishahi, 2015	Epidemiological evaluation of head and neck sarcomas in Iran (the study os 105 cases over 13 years)	Iran	2001-2014 (13 anos)	105	41	M	Mandíbula	OS
Presente Estudo (2019)	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	7	21-40	M	Mucosa	SK

Legenda: Classif.:Classificação, F.Etária: Faixa Etária,M: Masculino, Loc: localização, N.I: Não informado, CO: Carcinoma odontogênico.

Tabela 18 – Comparação de dados dos casos de neoplasias com origem em tecidos glandular com a literatura

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.Etária	Sexo	Loc.	NM
Lima, 2005	Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares: análise de 245 casos	Aracajú (BR)	1980-1999 (20 anos)	58	61-70	F	Parótida	CAC
Aggarwal, 2014	Demographics of Salivary Gland Tumors: an institucional study in western Uttar Pradesh	Meerut (IN)	2004-2010 (7 anos)	30	40-49	M	Palato	CME
Presente Estudo (2019)	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	09	41-60	F	Palato	CME/ CAC

Legenda: F.Etária: Faixa Etária,M: Masculino, F: Feminino, Loc: localização , NM: Neoplasia Maligna, N.I – não informado, BR – Brasil, IN – India, CAC: Carcinoma adenóide cístico, CME: Carcinoma mucoepidermóide

Tabela 19 – Comparação de dados dos casos de neoplasias com origem em tecidos odontogênico.

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.Etária	Sexo	Loc.	NM
Taylor, 2003	Tumores odontogênicos malignos. Estudio retrospectivo y colaborativo de 7 casos.	México	1979-2001 (22 anos)	7	25-40	M	Mandíbula	Ameloblastoma maligno/ CO.Células claras
Martínez, 2013	Malignant odontogenic tumors: a multicentric Latin American study of 25 cases.	Multicentrico (América Latina)	N.I	25	41.44	M	Mandíbula	Carcinoma ameloblástico
Lawal, 2015	A retrospective study of 21 cases of malignant odontogenic tuors from two tertiary health centres in Nigeria	Multicentrico (Nigéria)	2003-2013 (10 anos)	21	31-40	M	Mandíbula	Carcinoma ameloblástico
Lee, 2015	Epidemiology, prognostic factors, and management of malignant odontogenic tumors: an analysis of 295 cases	Multicentrico (Estados Unidos)	1973-2011 (38 anos)	295	50.5	M	Mandíbula	Ameloblastoma maligno
Presente Estudo (2019)	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	0	N.I	N.I	N.I	N.I

Legenda: Classif.:Classificação, F.Etária: Faixa Etária,M: Masculino, Loc: localização, N.I: Não informado, AM: Ameloblastoma maligno, COCC: Carcinoma odontogênico de células claras, CA: Carcinoma ameloblástico.

Tabela 20 – Comparação de dados dos casos de neoplasias metastáticas com o encontrado na literatura.

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.Etária	Sexo	Loc.	Sítio Primário
Antunes, 2008	Metástases dos ossos gnáticos: estudo retrospectivo de 10 casos.	Pernambuco (BR)	1980-2000 (20 anos)	10	11-40	F	Maxila/ Mandíbula	Tireóide Próstata
Hirsberg, 2008	Metastatic tumours to the oral cavity – pathogenesis and analysis of 673 cases	Revisão	1916 -2006 (90 anos)	673	40-70	M	Mandíbula	Pulmão
Daley, 2011	Metastases to the mouth and jaws: a contemporary canadian experience	Multicentrico Canadá	1992-2010 (18 anos)	38	69.6	M	Mandíbula	Próstata
Owasho, 2016	Metastatic solid tumors to the jaw and oral soft tissue: a retrospective clinical analysis of 44 patients from a single institution	Multicentrico (USA)	1996-2015 (20 anos)	44	N.I	M	Mandíbula	Pulmão
Presente Estudo (2019)	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	05	>70	M	Trígono retromolar/ Parótida	Mama

Legenda: F.Etária: Faixa Etária, M: Masculino, F: feminino, Loc: localização.

Tabela 21 – Comparação de dados dos casos de neoplasias em pacientes infantojuvenis (0-18 anos) com o encontrado na literatura.

Autores	Título	Localidade	Período	Casuística	F.Etária	Sexo	Loc.
Maciel, 2010	Câncer de boca e faring em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo descritivo	Multicentrico (Brasil)	1999-2005 (7 anos)	167	15-19	M	1º Orofaringe 2º Língua
Levi, 2017	Epidemiology of oral, salivary gland and pharyngeal cancer in children and adolescents between 1970 and 2011	Multicentrico (Israel)	1970-2011 (42 anos)	367	14-19	M	1º Nasofaringe 2º Glândulas salivares
Presente Estudo	Prevalência de neoplasias malignas em região oral e maxilofacial oriundas do laboratório de patologia da Universidade Federal do Amazonas: casuística de 30 anos	Amazonas (BR)	1987-2016 (30 anos)	05	0-18	F	Maxila

Legenda: F.Etária: Faixa Etária, M: Masculino, F: feminino, Loc: localização , BR: Brasil.

7. CONCLUSÃO

- As neoplasias malignas em região oral e maxilofacial (OMF) representam apresentam baixa prevalência dentre todos os tipos de doenças que podem se desenvolver nesta região.
- O perfil epidemiológico de pacientes com neoplasias em região OMF mostrou-se semelhante ao encontrado na literatura, sendo o grupo populacional mais afetado os pacientes de sexo masculino, acima dos 50 anos.
- As neoplasias malignas mais comuns em região OMF são as de origem epitelial, tendo o carcinoma epidermóide como o tipo histológico mais prevalente.
- As neoplasias malignas em região oral e maxilofacial em pacientes infanto-juvenis são extremamente raras de serem observadas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADISA, Akinyele; et al. Clinico-pathological profile of head and neck malignancies at University College Hospital, Ibadan, Nigeria. **Head Face Med**, v. 07, n. 09, 2011
- AGGARWAL, Pooja et al. DemographicsofSalivaryGlandTumors: AnInstitutionalStudyinWesternUttar Pradesh. **Int J Oral-med Sci**, S.l., v. 2, n. 13, p.75-80, dez. 2014.
- AJAY, Padhiar Rutvij et al. Oral cancer prevalence in Western population of Maharashtra, India, for a period of 5 years. **Journal Of Oral Research And Review**, S.l., v. 10, n. 1, p.11-14, jan. 2018.
- ALI, Hala et al. Oral cancer incidence and survival rates in the Republic of Ireland, 1994-2009. **Bmc Cancer**, S.l., v. 950, n. 16, p.2-7, out. 2016.
- ALISHAHI, Batoul; KARGAHI, Neda; HOMAYOUNI, Solmaz. Epidemiological Evaluation of Head and Neck Sarcomas in Iran (the Study of 105 Cases Over 13 Years). **Iran J Cancer Preven.**, S.l., v. 4, n. 8, p.1-4, ago. 2015.
- ALLI, Nasreen; MEER, Shabnum. Head and neck lymphomas: A 20-year review in an Oral Pathology Unit, Johannesburg, South Africa, a country with the highest global incidence of HIV/AIDS. **Oral Oncology**, [s.l.], v. 67, p.17-23, abr. 2017.
- ALVES, Alessandro Menna et al. Demographic and Clinical Profile of Oral Squamous Cell Carcinoma from a Service-Based Population. **Brazilian Dental Journal**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.301-306, jun. 2017.
- ANICETO, Gregorio Sanchez et al. Tumors Metastatic to the Mandible:: Analysis of Nine Cases and Review of the Literature. **J Oral Maxillofac Surg**, [s.l.], v. 48, n. , p.246-241, jan. 1990.
- ANTUNES, Antonio Azoubel; ANTUNES, Antonio Pessoa. Metástases dos ossos gnáticos: estudo retrospectivo de 10 casos. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, S.l., v. 4, n. 74, p.561-565, mar. 2008.
- BAROSA, J. et al. Head and neck sarcoma: Analysis of 29 cases. **European Annals Of Otorhinolaryngology, Head And Neck Diseases**, [s.l.], v. 131, n. 2, p.83-86, abr. 2014.
- CASTILLO, Kelly Andrade et al. Levantamento Epidemiológico do Câncer Bucal: casuística de 30 anos. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**. S.l, p. 19-23. ago. 2012.
- CHIDZONGA, M.m.. Oral malignant neoplasia:: A survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. **Oral Oncology**. S.l, p. 177-183. jan. 2006.
- DALEY, Tom; DARLING, Mark R.. Metastases to the Mouth and Jaws: A Contemporary Canadian Experience. **J Can Dent Assoc**, S.l., v. 77, p.1-7, jan. 2011.
- DHANUTHAI, K et al. Oral cancer: A multicenter study. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, [s.l.], p.23-29, jan. 2018. Medicina Oral, S.L..

El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T. World Health Organization Classification of tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck tumors. 4th Lyon: IARC Press; 2017.

FREIRE, Julliana Cariry Palhano et al. Incidência de neoplasias malignas orais em las regiones brasileiras. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, [s.l.], v. 5, p.141-145, 3 fev. 2017.

GLASER, C. et al. Clinical manifestations and diagnostic approach to metastatic cancer of the mandible. **Int. J Oral Maxillofac. Surg.**, [s.l.], v. , n. 26, p.365-368, mar. 1997.

GUL, Hamna et al. Epidemiology and pathological trends in oral squamous cell carcinoma in a local tertiary care hospital. **International Journal Of Comm Unity Medicine And Public Health**], S.l., v. 4, n. 12, p.4400-4444, dez. 2017.

HAN, Sheng et al. Research article Epidemiology and cost analysis for patients with oral cancer in a university hospital in China. **Bmc Cancer: Public Health**, S.l., v. 192, n. 10, p.1-12, abr. 2010.

HESHAM, Abdulrahman et al. Ncidence, Clinical Presentation, and Demographic Factors Associated with Oral Cancer Patients in the Southern Region of Saudi Arabia: A 10-year Retrospective Study. **Journal Of International Oral Health**, S.l., v. 9, n. 3, p.105-109, jun. 2017.

HIRSHBERG, Abraham et al. Metastatic tumours to the oral cavity – Pathogenesis and analysis of 673 cases. **Oral Oncology**, [s.l.], v. 44, n. 8, p.743-752, ago. 2008. Elsevier BV.

HOFF, Karen; SILVA, Soluete Oliveira da; CARLI, João Paulo de. Levantamento epidemiológico das lesões bucais nos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. **Revista da Faculdade de Odontologia - Upf**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.319-324, 18 maio 2016.

IGUCHI, Hiroyoshi et al. Anatomic distribution of hematolymphoid malignancies in the head and neck: 7 years of experience with 122 patients in a single institution. **Acta Oto-laryngologica**, [s.l.], v. 132, n. 11, p.1224-1231, out. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: Incidência do Câncer do Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

IRANI, Soussan; MOSHREF, Mohammad; LOTFI, Ali. Metastasis of a gastric adenocarcinoma to the mandible: Oral Oncology. **Oral Oncology**, [s.l.], v. , n. 40, p.85-87, maio 2004.

IWAKI, Lilian Cristina Vessoni et al. Prevalência de neoplasias bucais malignas em Maringá/PR. **Odontol.Clín.-cient**, Recife, v. 2, n. 11, p.139-143, jun. 2012.

KAMULEGEYA, Adriane; KALYANYAMA, Boniphace M. Oral maxillofacial neoplasms in an East African population a 10 year retrospective study of 1863 cases using histopathological reports. **Bmc Oral Health**.S.l, p. 1-11. 23 jul. 2008.

KATSANOS, Konstantinos H. et al. Oral Cancer and Oral Precancerous Lesions in Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review. **Journal Of Crohn's And Colitis**, [s.l.], v. 9, n. 11, p.1043-1052, 10 jul. 2015.

KUMAR, Vijay et al. Clinical profile and epidemiological factors of oral cancer patients from North India. **National Journal Of Maxillofacial Surgery**, S.l., v. 6, n. 1, p.21-26, 2015.

LAWAL, Ahmed Oluwatoyin; SOYELE, Olujide Oladele; AKINYAMOJU, Akindayo Olufunto. A retrospective study of 21 cases of malignant odontogenic tumours from two tertiary health centres in Nigeria. **Pan African Medical Journal**, S.l., v. 371, n. 20, p.1-5, abr. 2015.

LEE, Robert J. et al. Epidemiology, prognostic factors, and management of malignant odontogenic tumors: an analysis of 295 cases. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology**, [s.l.], v. 120, n. 5, p.616-621, nov. 2015.

LEVI, Shai et al. Epidemiology of oral, salivary gland and pharyngeal cancer in children and adolescents between 1970 and 2011. **Oral Oncology**, [s.l.], v. 67, p.89-94, abr. 2017.

LIMA, Solange Souza et al. Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares: análise de 245 casos. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, S.l., v. 71, n. 3, p.335-340, jun. 2005.

LOSI-GUEMBAROVSKI, Roberta et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 25, p.393-400, jan. 2009.

MACIEL, Shirley Suely S. V. et al. Cânceres da boca e faringe em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo descritivo. **Rev Paul Pediatr**, S.l., v. 4, n. 28, p.359-365, jun. 2010.

MALEKI, Davood et al. Epidemiology of Oral Cancer in Iran: a Systematic Review. **Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention**, [s.l.], v. 16, n. 13, p.5427-5432, 3 ago. 2015.

MARTINEZ, M Martínez et al. Malignant odontogenic tumors: a multicentric latin american study of 25 cases. **Oral Diseases**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.380-385, 4 jun. 2013.

MULLER, Susan et al. Data Set for the Reporting of Oral Cavity Carcinomas: Explanations and Recommendations of the Guidelines From the International Collaboration of Cancer Reporting. **Arch Pathol Lab Med**, S.l., v. 1, n. 1, p.1-6, nov. 2018.

OMITOLA, Olufemi Gbenga et al. A multi-centre evaluation of oral cancer in Southern and Western Nigeria: an African oral pathology research consortium initiative. **Pan African Medical Journal**, [s.l.], v. 28, n. 64, p.1-10, set. 2017.

ONO, Lia Mizobe. **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO RETROSPECTIVO DAS LESÕES BUCAIS DIAGNÓSTICADAS NA FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO ESTADO DO AMAZONAS (FCECON) ENTRE OS ANOS DE**

1998 A 2009. 2011. 80 f. Tese (Doutorado) - Curso de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2011.

ORDÓÑEZ, Dora et al. Câncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. **Salud Pública de México**, S.I., v. 5, n. 56, p.465-472, out. 2014.

OWOSHO, Adepitan A. et al. Metastatic solid tumors to the jaw and oral soft tissue: A retrospective clinical analysis of 44 patients from a single institution. **Journal Of Cranio-maxillofacial Surgery**, [s.l.], v. 44, n. 8, p.1047-1053, ago. 2016.

OWOSHO, Adepitan; et al. Large B-cell lymphoma on the base of the tongue and oral cavity: a practical approach to identifying prognostically important subtypes. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol**, v. 118, n. 03, p. 338-47, mai-set, 2014.

RAO, SreeVidya Krishna et al. Epidemiology of Oral Cancer in Asia in the Past Decade- An Update (2000-2012). **Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention**, [s.l.], v. 14, n. 10, p.5567-5577, 30 out. 2013.

RIVERA, César. Essentials of oral cancer. **Int J ClinExpPathol**, S.I., v. 9, n. 8, p.11884-11894, set. 2015.

ROCHA, Danielle Albuquerque Pires; OLIVEIRA, Livia Marinho de Miranda; SOUZ, Lélia Batista de. Neoplasias Benignas Nas da Cavidade oral: estudo epidemiológico Co de 21 a Nos (1982 a 2002). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, S.I., v. 18, n. 1, p.53-60, jan. 2006.

ROCHA, Okms; OLIVEIRA, Acm; BONAN, Prf. Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes com Neoplasias Malignas de Cabeça e Pescoço em um Hospital de Referência em Piracicaba-SP. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.155-160, 30 jun. 2013. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saúde Bucal).

SARDAR, Manishaaba; GANVIR, Sm; HAZAREY, Vk. A demographic study of salivary gland tumors. **Srm Journal Of Research In Dental Sciences**, [s.l.], v. 9, n. 2, p.67-74, 2018.

SEETHALA, Raja R. et al. Data Set for the Reporting of Carcinomas of the Major Salivary Glands: Explanations and Recommendations of the Guidelines From the International Collaboration on Cancer Reporting. **Arch Pathol Lab Med**, S.I., v. 1, n. 1, p.1-10, out. 2018.

SHARMA, Preeti; SAXENA, Susmita; AGGARWAL, Pooja. Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in western UP: An institutional study. **Indian Journal Of Dental Research**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.316-322, 2010.

SINGH, Mahendra Pratap et al. Clinical profile and epidemiological factors of oral cancer patients from North India. **National Journal Of Maxillofacial Surgery**, S.I., v. 1, n. 6, p.21-24, maio 2015.

SINGH, Mahendra Pratap et al. Clinico-epidemiological study of oral squamous cell carcinoma: A tertiary care centre study in North India. **Journal Of Oral Biology And Craniofacial Research**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.32-35, jan. 2016.

SLOOTWEG, Pieter J. et al. Data Set for the Reporting of Malignant Odontogenic Tumors: Explanations and Recommendations of the Guidelines From the International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR). **Arch Pathol Lab Med**, S.l., v. 1, n. 1, p.1-7, nov. 2018.

SLOTWEEG, P. J.; EVESON, J.w.. Tumores de Cavidade Bucal e Orofaringe. In: BARNES, Leon et al. **Genética e Patologia dos Tumores**. S.l.: Livraria Santos, 2009. p. 164-208.

SMITHA, T; MOHAN, Cv; HEMAVATHY, S. Clinicopathological features of oral squamous cell carcinoma: A hospital-based retrospective study. **J Ntr Univ Health Sci**, S.l., v. 6, n. 1, p.29-34, mar. 2017.

TAVARES, Cátia et al. Epidemiological profile of malignant oral cancers in a population of northern Portugal. **Revista Portuguesa de Estomatologia, medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, S.l., v. 4, n. 57, p.229-235, nov. 2016.

TAYLOR, Adalberto Mosqueda et al. Tumores odontogénicos malignos: Estudio retrospectivo y colaborativo de 7 casos. **Medicina Ora**, S.l., v. 8, p.110-121, mar. 2003.

TREVISAN, Bruno; WAGNER, João Carlos Birnfield; VOLKWEIS, Mauricio Roth. Diagnóstico histopatológico das lesões bucais. A experiência do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. **Revista da Faculdade de Odontologia - Upf**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.55-60, 10 dez. 2013.

VASSILIOU, Leandros-vassilios et al. Head and neck sarcomas: A single institute series. **Oral Oncology**, [s.l.], v. 65, p.16-22, fev. 2017.

WAAL, R.i.f van Der; BUTER, J; WAAL, I van Der. Oral metastases: report of 24 cases. **British Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [s.l.], v. 41, n. 1, p.3-6, fev. 2003.

YAMAGUCHI, Satoshi et al. Sarcomas of the oral and maxillofacial region: a review of 32 cases in 25 years. **Clinical Oral Investigations**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.52-55, 30 out. 2003. Springer Nature.

APÊNDICE B

Estudo Epidemiológico das Neoplasias Malignas na Região Oral e Maxilofacial oriundas do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Universidade Federal do Amazonas: Casuística de 30 anos

FICHA DE REGISTRO

Nº: _____

PC-DPML: _____

ANO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

- SEXO: _____
- IDADE: _____
- RAÇA: _____
- OCUPAÇÃO: _____

2. TIPO DE BIÓPSIA:

- INCISIONAL
- EXCISIONAL
- PEÇA CIRURGICA

2. LOCALIZAÇÃO: _____

3. CARACTERÍSTICAS DA LESÃO:

- DOR: _____
- COLORAÇÃO: _____
- CONSISTÊNCIA: _____
- TEMPO DE EVOLUÇÃO: _____

4. DIAGNÓSTICO: _____

5. ORIGEM:

- EPITÉLIO DE REVESTIMENTO
- TECIDOS MESENQUIMAIS
- EPITÉLIO ODONTOGÊNICO
- EPITÉLIO GLANDULAR
- HEMATOLINFÓIDE
- MELANOMA

6. APARECIMENTO:

- PRIMÁRIA
- METASTÁTICA

7. IMUNOHISTOQUÍMICA:

- PRESENTE
- AUSENTE

8. FICHA: NOVA ANTIGA

9. MACROSCOPIA:

- TAMANHO:
- ESTADIAMENTO:

APÊNDICE C

Tabela 22 – Relação de dados gerais quantitativos, por ano de coleta, referentes as variáveis sexo, faixa etária e raça.

ANO	Q. Neo. Malignas	Sexo		Faixa Etária								Raça				
		M	F	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	NI	P	M	L	NI
1987	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1
1988	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
1989	3	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	2
1990	4	1	3	0	1	0	1	0	0	2	0	0	2	0	1	1
1991	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
1992	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
1993	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1994	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
1995	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
1996	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
1997	5	1	4	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	2	2
1998	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	4	2	2	0	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0	2
2002	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
2003	3	2	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	2	0	0	1
2004	3	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1
2005	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
2006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2007	4	1	3	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	4
2008	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
2009	16	12	4	0	0	1	1	2	3	4	3	2	3	0	1	12
2010	8	6	2	0	0	1	0	0	4	3	0	0	1	0	2	5

Tabela 22 – Relação de dados gerais quantitativos, por ano de coleta, referentes as variáveis sexo, faixa etária e raça (continuação).

2011	8	5	3	0	0	0	1	2	1	2	2	0	2	0	0	6	
2012	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
2013	4	4	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	1	1	
2014	4	3	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0	1	2	
2015	6	5	1	0	0	0	1	1	2	0	2	0	2	1	0	3	
2016	13	8	5	0	0	1	2	1	3	3	3	0	4	1	3	5	
TOTAL:	101	64	37	2	3	5	12	10	23	19	18	9	26	4	13	58	
PORCENTAGEM:		63,37	36,63	1,98	2,97	4,95	11,88	9,90	22,77	18,81	17,82	8,91	25,74	3,96	12,87	57,43	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
TOTAL POR CATEGORIA (n):		101						101						101			

Legenda: M: Masculino, F: feminino, P: pardo, M: melanoderma, L: leucoderma, NI: não informado

Tabela 23 – Relação de dados gerais quantitativos, por ano de coleta, referentes as variáveis classificação das neoplasias malignas, tipo de biópsia, acometimento, requisição de biópsia e situação da requisição de biópsia.

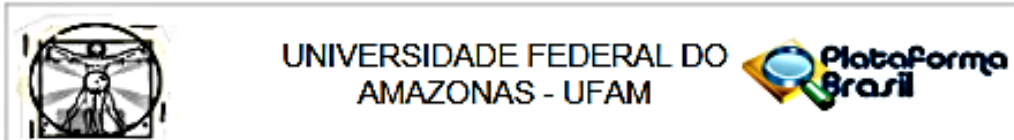
ANO	Q. Neo. Malignas	Classificação					Biópsia				Acometimento			Requisição de Biópsia			Situação Requisição	
		1	2	3	4	5	Inc.	Exc.	PC	NI	Prim.	Met.	Nova	Antiga	Outros	Compl.	Incompl.	
1987	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	2	0	1	1	
1988	2	1	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	1	1	0	2	
1989	3	3	0	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	3	0	0	3	
1990	4	2	0	0	0	2	1	0	0	3	4	0	0	4	0	1	3	
1991	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	
1992	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	
1993	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
1994	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	
1995	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	
1996	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	

Tabela 23 – Relação de dados gerais quantitativos, por ano de coleta, referentes as variáveis classificação das neoplasias malignas, tipo de biópsia, acomedimento, requisição de biópsia e situação da requisição de biópsia (continuação).

1997	5	4	1	0	0	0	3	0	0	2	5	0	1	2	2	1	4
1998	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1999	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
2000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2001	4	2	0	2	0	0	0	0	1	3	4	0	0	4	0	0	4
2002	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	0	2
2003	3	1	0	1	0	1	1	0	0	2	3	0	1	1	1	0	3
2004	3	2	1	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	2	1	1	2
2005	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
2006	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2007	4	4	0	0	0	0	1	1	0	2	4	0	0	4	0	0	4
2008	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1
2009	16	16	0	0	0	0	9	1	0	6	15	1	0	4	12	1	15
2010	8	6	0	1	0	1	0	0	1	7	8	0	4	2	2	0	8
2011	8	5	0	3	0	0	0	0	1	7	7	1	3	3	2	0	8
2012	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
2013	4	3	1	0	0	0	4	0	0	0	4	0	4	0	0	2	2
2014	4	4	0	0	0	0	2	0	2	0	4	0	2	0	2	2	2
2015	6	3	1	2	0	0	4	1	0	1	5	1	5	0	1	3	3
2016	13	9	2	2	0	0	6	1	3	3	12	1	10	0	3	4	9
TOTAL:	101	78	7	11	0	5	36	5	9	51	96	5	32	35	34	17	84
PORCENTAGEM:	77,23	6,93	10,89	0,00	4,95	35,64	4,95	8,91	50,50	95,05	4,95	31,68	34,65	33,66	16,83%	83,17%	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
TOTAL POR CATEGORIA (n):				101				101			101		101		101		101

Legenda: Classificação: 1 – epitelial, 2 – mesenquimal, 3 – glandular, 4 – odontogênica, 5 – hematolinfoide; Inc.: incisional, Exc.:excisional, PC: peça cirúrgica, Prim.:primária, Met.:metastática, Compl.: completo, Incompl.: incompleto.

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Neoplasias Malignas na Região Oral e Maxilofacial oriundas do Laboratório de Patologia da Universidade Federal do Amazonas: Casuística de 30 anos

Pesquisador: THAÍSE DA ROCHA CAVALCANTI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82714817.7.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.530.285

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa na segunda versão. Na primeira versão estava com pendências: "I) Folha de rosto - quem assina a folha de rosto, representado a instituição proponente, e o coordenador(a) do programa de pós-graduação. II) Deverá ser apresentado carta de anuência do representante do laboratório de anatomia patológica da UFAM. Por tratar-se de instituição de pleno direito a Carta de Anuência deve ser expedida pela própria instituição anuente, em seu papel timbrado e com a assinatura do maior gestor ou gestor com autoridade para tal." conforme parecer número 2.508.087, emitido pelo CEP da UFAM em 22 de Fevereiro de 2018.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos - apresentados na primeira versão, conforme parecer número 2.508.087, emitido pelo CEP da UFAM em 22 de Fevereiro de 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios - apresentados na primeira versão, conforme parecer número 2.508.087, emitido pelo CEP da UFAM em 22 de Fevereiro de 2018.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia - apresentada na primeira versão, conforme parecer número 2.508.087, emitido pelo CEP da UFAM em 22 de Fevereiro de 2018.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com