



ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA INCIDÊNCIA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE CAVIDADE ORAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

Bolsista: Isabella Grieger

Orientador: Carlos Takahiro Chone

Coautor: Gustavo Mercuri

Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular de cavidade oral (CECO) é a principal neoplasia maligna da boca, que compreende os lábios, 2/3 anteriores da língua, palato duro, gengiva, mucosa bucal, alvéolos dentários e assoalho da boca¹. Esse é o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo, com maior prevalência em homens e pico de incidência entre a sexta e sétima décadas de vida^{2,3}. No Brasil, no ano de 2018, foram relatados 14700 novos casos dessas neoplasias na cavidade oral, que foi o quinto mais incidente no sexo masculino, com 11200 casos; na região Sudeste é o quarto tumor mais frequente em homens, segundo dados do INCA⁴.

OBJETIVOS

Analisar a incidência de carcinoma espinocelular de cavidade oral no estado de São Paulo, análises descritivas por gênero, faixa etária, estadiamento clínico ao diagnóstico, tipo de tratamento (cirúrgico ou não cirúrgico), presença de recidiva geral (local, regional e à distância), recidiva local e metástases à distância e análise de fatores relacionados com óbito, recidiva geral, recidiva local e óbito por recidiva.

MÉTODOS

O estudo possui caráter observacional retrospectivo, com cortes transversais e quantitativo. Foi realizada uma análise epidemiológica do banco de dados da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) relativo a pacientes com carcinoma espinocelular de cavidade oral diagnosticados entre 2004 e 2014 no Estado de São Paulo. Foram realizadas análises univariadas e multivariadas por regressão COX para avaliação de fatores relacionados com recidiva geral, óbito e recidiva local. Para avaliação da relação entre desfechos e variáveis foi utilizado o teste de Qui-quadrado, com construção de curvas de Kaplan-Meier para sobrevida. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

No estudo, foi analisado um banco de dados com 10122 pacientes. foram utilizados n=8658 pacientes para análise de fatores relacionados com óbito, n=8655 para fatores relacionados com recidiva geral e local e n= 975 para os fatores relacionados com óbito por recidiva local.

A média de idade observada entre os pacientes acometidos pela neoplasia maligna foi de 60 anos, sendo que a faixa etária >60 anos correspondeu à 49,27% dos afetados. A maioria dos pacientes eram do sexo masculino (78,33%), o diagnóstico foi realizado com estadio clínico avançado (III e IV) em 61,97% dos casos e a modalidade de tratamento adotada foi cirúrgico em 69,62%, com média de 69 dias de intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento e mediana de 52 dias.

Foi calculada a incidência de CECO, através de dados populacionais da Fundação SEADE. Em 2005 a população estimada do estado de São Paulo foi de 39.201.179 habitantes, o número de casos novos foi de 918, resultando em incidência de 23,42 casos novos/milhão de habitantes; em 2010, a população foi de 41.223.683 habitantes e houve 871 novos casos, resultando em uma incidência de 21,13 casos novos/milhão de habitantes; para o ano de 2014, o total de habitantes foi de 42.673.386, com 995 novos casos, o que resultou em uma incidência de 23,32 casos novos/milhão.

Em relação aos fatores relacionados com o óbito, através de análises uni e multivariada, constatou-se que as variáveis sexo, estadiamento, tipo de tratamento, metástase a distância e recidiva local tiveram relação com o desfecho óbito, sendo que o estadio ao diagnóstico foi a variável com maior influência. Na análise multivariada o estadiamento avançado ao

diagnóstico elevou em 4,25 vezes o risco desse desfecho (HZ=4,253); os casos em que foi realizado tratamento não cirúrgico apresentaram 2,546 vezes mais chances de irem a óbito, em comparação aos que foram submetidos a cirurgia; presença de recidiva local ou metástase a distância elevaram em 1,3 vezes as chances desse desfecho (HZ=1,305 para metástase a distância; HZ=1,306 para recidiva local).

Dos fatores relacionados com a recidiva geral, na análise univariada, as variáveis sexo, estadiamento clínico e tipo de tratamento apresentaram relação direta com a recidiva geral (compreende recidiva local, regional e à distância), assim como ocorre com o desfecho óbito. Tanto na análise multivariada quanto na univariada, foi observado que o estadiamento e o tipo de tratamento influenciaram na evolução com recidivas, de modo que EC avançado ao diagnóstico elevou as chances em 2 vezes (HR=2,021) e o tratamento não cirúrgico resultou em 22,8% mais chances de recidiva (HR=1,228).

Quando observados os pacientes que evoluíram com recidiva local, EC avançado e tratamento não cirúrgico também foram as variáveis mais influentes: na análise multivariada aqueles diagnosticados com neoplasias em estadio III ou IV tiveram 94,8% mais chances de recidiva local; aqueles que foram submetidos a tratamento não cirúrgico tiveram chances 40% maiores.

Sobre os fatores relacionados ao óbito por recidiva local, na análise univariada, estadiamento clínico avançado, tratamento não cirúrgico e ser do sexo masculino elevaram o risco de óbito por recidiva local; na análise multivariada EC avançado e tratamento não cirúrgico elevaram as chances de óbito, em contrapartida, o sexo não apresentou influencia.

Foram observadas, através de curvas de Kaplan-Meier, uma probabilidade de óbito de 50,37% em 5 anos e de 57,62% em 10 anos para a população com neoplasia maligna de cavidade oral no estado de São Paulo, com média 6,7 anos após diagnóstico e mediana de 4,84 anos.

A probabilidade de recidiva local observada foi de 15,27% em 5 anos e de 21,29% em 10 anos, sendo que os pacientes apresentaram uma média de 10,02 anos até seu aparecimento. As chances de recidiva geral observadas nessa população foi de 23,98% em 5 anos e de 31,54% em 10 anos, com uma média de 9,07 anos.

Como era esperado, observou-se que aqueles pacientes diagnosticados durante os estágios iniciais (I e II) e que foram submetidos à tratamento cirúrgico apresentaram maior sobrevida livre de recidiva. Em contrapartida, aqueles com diagnóstico em estadio clínico avançado e submetidos a tratamento não cirúrgico apresentaram menores índices de sobrevida livre de recidiva.

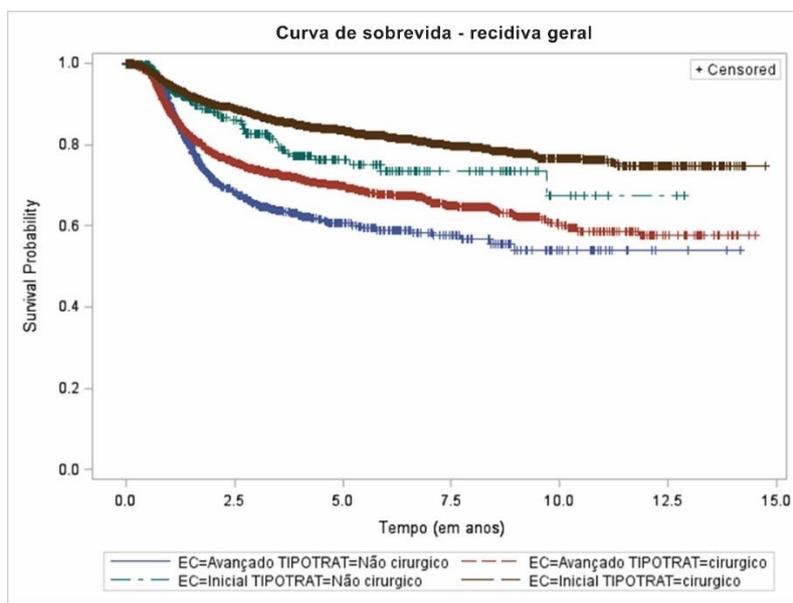


Gráfico 1. Curva de sobrevida livre de recidiva em porcentagem de acordo com estadio clínico ao diagnóstico (inicial e avançado) e tipo de tratamento realizado (cirúrgico e não cirúrgico).

CONCLUSÃO

Como esperado, a essa neoplasia maligna é muito mais frequente em indivíduos do sexo masculino do que encontrado no sexo feminino, a população afetada é majoritariamente composta por idosos e o sítio mais frequente de acometimento da cavidade oral é a língua. A incidência encontrada no estado de São Paulo foi maior do que a incidência do Brasil, segundo dados do INCA. Também, observou-se, como constatado na literatura, que o estadio clínico ao diagnóstico é um dos mais importantes fatores que influenciam no desfecho desses pacientes, afetando diretamente nas chances de recidiva e na sobrevida. O tratamento cirúrgico foi a modalidade que se mostrou mais eficiente, com maiores sobrevidas livres de recidivas para pacientes, tanto com diagnóstico em estadio clínico inicial quanto no avançado.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo apoio financeiro para a realização da pesquisa e também ao Serviço de Estatística – Câmara de Pesquisa – FCM Unicamp pelo apoio técnico.

REFERÊNCIAS

1. LOPES, V. et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity rarely harbours oncogenic human papillomavirus. *Oral Oncol*, v. 47, n. 8, p. 698-701, Aug 2011.
2. PANARESE, I. et al. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: histopathological parameters of aggressive behavior. *Expert Rev Anticancer Ther*, Dec 2018.
3. MELLO, L. C. et al. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *Rev Gaúcha Odontol*, v. 58, n. 3, p. 351-355, Jul – Set 2010.
4. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Tipos de câncer: *Boca*. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-boca>>. Acesso em: 19 Fev. 2019.