

Citologia esfoliativa da cavidade bucal

The Oral Cavity Exfoliative Citology

Dr. Pantelis Varvaki Rados*
 Dr. Manoel Sant'ana Filho*
 Dr. João Jorge Diniz Barbachan*
 Dr. Onofre Quadros*
 Letícia Cavalcanti Fatturi Ruppenthal**
 Patrícia Capra Tagliari**

RESUMO

A citopatologia é um exame baseado na análise de células descamadas da mucosa. Este exame é capaz de revelar atipias celulares antes do seu aparecimento clínico. Entre as neoplasias malignas da cavidade bucal o carcinoma epidermóide é o mais prevalente representando até 95% dos casos. Nas suas fases iniciais muitos dos carcinomas epidermóides não são reconhecidos pelo clínico. O presente estudo tem por objetivo treinar alunos de graduação do curso de Odontologia da UFRGS na coleta, preparo e avaliação microscópica de esfregaços de mucosa bucal. 82 pacientes que procuraram o serviço de Triagem da Faculdade de Odontologia da UFRGS que foram submetidos ao exame citopatológico. As áreas anatômicas utilizadas para a coleta do material foram: o vermelhão do lábio inferior, borda da língua e soalho da boca. A avaliação citopatológica foi realizada em bases quantitativas e qualitativas segundo os critérios de Papanicolaou e Traut. A classe I foi o diagnóstico predominante com (57,8%). A classe II representou (38,2%) e a classe III com (4,0%). A avaliação quantitativa demonstrou a existência de um padrão citopatológico específico para cada sítio anatômico examinado. A presença de achados citopatológicos suspeitos de malignidade e não confirmados clinicamente sugerem a necessidade de mais estudos em populações maiores.

UNITERMOS

Citopatologia - Câncer Bucal - Prevenção.

INTRODUÇÃO

O câncer bucal está entre os 10 cânceres mais frequentes do mundo, com uma incidência de 378.500 casos diagnosticados anualmente⁵. Estima-se que 9% das lesões malignas que são diagnosticadas acontecem na cavidade bucal^{1, 15}. Quando a lesão é surpreendida em estágio inicial, é possível assegurar aos pacientes um tratamento curativo eficiente³⁵. Apesar disso, 50% dos pacientes morrem por falta de um diagnóstico precoce³².

A citopatologia é um exame complementar cuja principal finalidade é a detecção de tumores malignos⁶. Basicamente o citodiagnóstico nasceu com Papanicolaou²¹ em 1943, que aprimorando trabalhos anteriores criou o que se chamou de Colpocitologia para diagnóstico precoce de câncer ginecológico. A Colpocitologia permite o reconhecimento de lesões malignas através de células isoladas que possuem as mesmas características de malignidade observadas histopatologicamente nos cortes dos tecidos²¹. Desde 1949, a Odontologia estuda as características citológicas das diferentes zonas da cavidade bucal utilizando o método da preparação e coloração seletiva cromática preconizada por Papanicolaou¹⁵. No entanto, somente em 1954 Iusem¹⁵ reconhece a necessidade de estudar os conhecimentos de citologia bucal aplicando-os na busca do diagnóstico precoce de lesões malignas³⁸.

A citologia esfoliativa é um procedimento simples que se utiliza de células esfoliadas para estudo microscópico⁶. Fundamenta-se na constante renovação das células epiteliais e sua conseqüente descamação⁶. A citologia é capaz de revelar atipia celular antes que haja uma manifestação clinicamente perceptível da lesão¹⁰. Sua fidelidade, para estudo de tumores malignos, está em torno de 95%, o que confere

credibilidade suficiente para utilizá-la^{6, 10, 30}. Contudo, o exame citopatológico não substitui a biópsia, pois não define o tipo de lesão maligna, sendo temerário iniciar o tratamento com os dados que a citologia oferece^{1, 4, 6, 8, 15, 16, 19, 21, 23, 29, 31, 34, 35}.

A Odontologia encontra-se numa situação de privilégio para colaborar na luta contra o câncer. Boyle et al⁵, em um trabalho de revisão de dados, sugere que um decréscimo na taxa de mortalidade do câncer de boca poderia ser obtido conscientizando-se dentistas, clínicos e o público em geral em relação ao diagnóstico precoce. O cirurgião-dentista pode ser o primeiro a observar lesões até então inadvertidas ou descuidadas pelo paciente, contribuindo de maneira eficaz para a promoção da saúde pública.

A qualidade do esfregaço, assim como a qualidade da biópsia, dependem do conhecimento e da habilidade do operador em obter um material representativo para exame^{31, 35}. O presente trabalho visa treinar um grupo de alunos para realizar a técnica de coleta de material e para interpretar os resultados obtidos. Diante dos resultados, viabilizar a realização do exame citopatológico no grupo de pacientes que busca atendimento no serviço de Triagem da Faculdade de Odontologia da UFRGS, a fim de encontrar alterações citopatológicas suspeitas de malignidade.

REVISÃO DE LITERATURA

Entre as neoplasias malignas, o carcinoma epidermóide, ou carcinoma espinocelular, é a mais comumente encontrada nos tecidos bucais, correspondendo a um percentual de 95% dos casos^{1, 19, 30, 32}.

Entre as áreas de eleição do câncer bucal estão o lábio e borda de língua, ambas perfazendo aproximadamente 25 a 30% das neoplasias malignas da boca. Em relação aos

tumores de lábio, somente o lábio inferior é responsável por 95% dos casos mencionados. Já o carcinoma de soalho de boca é o terceiro sítio de maior frequência (10-15%) das neoplasias bucais¹.

No carcinoma de lábio, a lesão é usualmente encontrada na porção intermediária do lábio inferior, entre a linha média e a comissura, com apresentação inicial de ulceração localizada no vermelhão do lábio. As metástases se fazem para os linfonodos submentonianos, submandibulares e subdigástricos, em especial nas fases mais avançadas¹.

No carcinoma da borda de língua, a lesão geralmente se apresenta em região de molares, na sua porção ventral. Manifesta-se como uma lesão exotífica usualmente ulcerada ou como lesão infiltrativa. Na sua evolução, as lesões comprometem a musculatura da língua e invadem o assoalho bucal, o que determina fixação do órgão. A maioria dos casos diagnosticados apresenta tamanho superior a 2 centímetros de diâmetro, sendo que 40% dos casos já apresentam, ao exame inicial, metástases regionais. As metástases se fazem para os linfonodos subdigástricos e submandibulares¹.

No carcinoma de soalho de boca, o local mais freqüente das lesões é a porção média anterior ou lateral ao freio lingual. O tumor é exotífico e papilar e pode apresentar-se como uma fissura próxima ao rebordo. A disseminação linfática e metástases se fazem para os linfonodos submandibulares e, pela localização mediana da lesão, é comum comprometimento bilateral¹.

Existe uma variação de sinais e sintomas no câncer bucal. As lesões cancerizáveis são inicialmente quiescentes e clinicamente não específicas³². Em estágio inicial, grande parte dos carcinomas epidermóides não são

* Professores de Patologia FOUFRGS

** C.D. Internas da Disciplina de Patologia FOUFRGS

imediatamente reconhecidas no exame clínico^{4, 8, 15, 21, 31, 32, 35, 38}. Segundo Tieke e Blozis³⁵, em um estudo realizado em 2.070 pacientes, 5% das lesões malignas foram totalmente insuspeitas ao exame clínico. Já outro estudo realizado em Washington, nos EUA, pelos "Veterans Administration Cooperative Study"³⁷ mostrou que 20% dos cânceres de boca também foram insuspeitos no momento do exame clínico e as lesões não eram recomendadas para biópsia. Estas lesões poderão apresentar-se clinicamente como uma mancha vermelha aveludada, ferida persistente com ulceração superficial, rachadura, uma pequena verruga ou áreas de vermelhidão ou nódulos em uma mancha branca pré-existente⁸.

Desde que Papanicolau²⁴ empregou o método de citodiagnóstico para prevenção do câncer no aparelho genital feminino, as pesquisas odontológicas buscam sua aplicação também para a cavidade bucal¹⁵. Esse método também é utilizado para detectar câncer de estômago, pulmões, mama, útero, reto e de outros sítios anatômicos inacessíveis³¹.

A principal finalidade da citologia esfoliativa é a detecção de tumores malignos. Pode ser utilizada também como auxiliar diagnóstico em doenças virais, fúngicas, bacterianas ou mesmo em mudanças hormonais que provoquem alteração celular no epitélio⁹.

A citologia esfoliativa é um exame complementar de diagnóstico de fácil execução, econômico, rápido, indolor e não invasivo que se utiliza de células esfoliadas para estudo microscópico^{4, 9, 15, 21}. É fundamentada na renovação constante das células epiteliais e sua consequente esfoliação, o que torna possível sua coleta e análise ao microscópio. Sua limitação se deve à pouca quantidade de material e desvinculado do resto do tecido, de forma que, muitas vezes, indica ou sugere determinada patologia que deverá ser confirmada histopatologicamente^{9, 19, 28}.

Existe correlação de aproximadamente 95% entre os achados citopatológicos e o diagnóstico microscópico após biópsia^{9, 10, 30}. Outra vantagem da citologia é que ela é capaz de revelar atipia celular antes que haja uma manifestação clinicamente perceptível da lesão¹⁰.

O câncer situado na boca, como em qualquer outra parte do organismo, descama células continuamente e o esfregaço preparado de uma zona com alguma lesão maligna apresenta uma abundante variação de células¹⁵. Sandler³⁰, em estudo de 2.758 portadores de alguma anormalidade na mucosa bucal, relatou que 596 tinham indicação para realização da biópsia. Destas, 315 eram cânceres bucais. É importante ressaltar que 62 casos de câncer diagnosticados não tinham características clínicas suspeitas de malignidade e seu diagnóstico como lesões malignas se deu a partir da avaliação citopatológica.

A citologia esfoliativa é um exame cuja fidelidade, para estudo de tumores malignos, está em torno de 95%, o que confere credibilidade suficiente para utilizá-lo^{9, 35}. Dessa forma, pode-se observar os 5% de erro em 2 grupos:

FALSO-NEGATIVO: ocorre em cerca dos 5% de casos de erro e significa que apesar da lesão ser maligna, o patologista nos informa que é benigna.

FALSO-POSITIVO: é raro e ocorre em menos de 1% e significa que o paciente não tem câncer, mas o patologista envia resultado erroneamente positivo dizendo que o paciente tem câncer quando na realidade não tem⁹.

Tieke e Blozis³⁵, em seu estudo de 2.070 pacientes encontraram 73 falsos-negativos (3,5%) e 15 falsos-positivos (0,7%), representando um erro total de 4,2%.

Os fatores ambientais influenciam de forma significativa a ocorrência de câncer em diferentes partes do mundo²⁸. A maior causa de câncer no lábio é a exposição aos raios ultravioleta^{22, 28}. A hereditariedade também desempenha um papel no desenvolvimento do câncer, até mesmo na presença de fatores ambientais bem definidos²⁸. O uso do álcool e do tabaco são os principais fatores que causam câncer de boca e de faringe. O risco aumenta de acordo com a frequência e intensidade de uso. O uso combinado de álcool e tabaco também aumentam consideravelmente o risco, segundo novos autores^{1, 19, 22, 28, 30, 32, 38}.

O câncer bucal, assim como muitos distúrbios neoplásicos, usualmente está associado com a idade. Aproximadamente 95% dos cânceres bucais ocorrem em pessoas acima de 40 anos. Os pacientes jovens podem ocasionalmente desenvolver câncer bucal, sendo recomendado o exame cuidadoso das áreas de maior risco³².

A irritação crônica dos tecidos bucais, resultante de restaurações mal adaptadas, ingestão de alimentos muito quentes, higiene bucal deficiente e um grande número de outros agentes físicos, têm sido implicados como um possível fator de desenvolvimento de lesões malignas bucais³².

MATERIAIS E MÉTODOS

A população avaliada neste trabalho é composta por 82 pacientes examinados junto ao setor de Triagem da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ou acompanhantes destes, com mais de 25 anos, sem lesões aparentes nos tecidos moles e que concordaram verbalmente em realizar o exame.

Após ter sido feito o adequado preparo das lâminas^{17, 26, 33} para a citopatologia, um questionário^{26, 33} era aplicado ao paciente. Cada paciente foi acomodado em posição adequada para o exame clínico, sendo incluídos os pacientes que apresentavam mucosa bucal sem lesão aparente, exceção feita à doença periodontal inflamatória. Pedia-se a ele que bochechasse um pouco de água com a

finalidade de eliminar muco e resíduos alimentares, indesejáveis ao exame citopatológico¹⁴. Da mesma forma, antes da raspagem de cada área, era solicitado ao paciente que engolisse o excesso de saliva da cavidade bucal.

O material de estudo foi o raspado obtido de três áreas anatômicas: lábio inferior, do bordo de língua (lado direito) e assoalho de boca (lado esquerdo)^{1, 19} com uma espátula de madeira, sendo uma para cada sítio raspado^{16, 31}.

O material obtido era imediatamente distendido sobre uma lâmina de microscopia previamente identificada^{17, 19, 33}. As lâminas eram manuseadas somente por suas bordas, para que se evitasse a contaminação pela gordura presente nos dedos^{6, 29}. As amostras eram, então, mergulhadas em um recipiente contendo fixador (álcool absoluto), onde permaneciam por, pelo menos, 30 minutos^{6, 16, 21, 31, 34, 38}.

A próxima fase a ser seguida foi o processo de coloração das lâminas pela Técnica de Papanicolau Modificada de acordo com os passos adotados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e adotada na rotina do Laboratório de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS¹¹.

As lâminas obtidas foram analisadas em microscópio óptico binocular, com um aumento de 400x, o que permite observar com mais facilidade as alterações nucleares^{7, 36}. Foram usados critérios citológicos de malignidade para a avaliação qualitativa das amostras. Dessa forma, para cada esfregaço foi atribuído um grau citológico segundo os critérios de Papanicolau e Traut²⁴, com pequenas variações entre autores^{7, 20, 27, 36, 37}.

Para a avaliação quantitativa da maturação epitelial foram contadas 100 células, ao acaso, em cada esfregaço. Foram consideradas células bem distendidas e isoladas entre si em cada amostra. Células superficiais nucleadas, superficiais anucleadas e células intermediárias foram contadas, tendo em vista serem esses os tipos celulares predominantes nos esfregaços bucais normais¹⁷. Essa avaliação quantitativa busca estabelecer um perfil citológico das diferentes áreas anatômicas da mucosa bucal^{17, 26, 36}.

Os pacientes cujas lâminas apresentaram diagnóstico citológico grau III de Papanicolau foram rechamados para novo exame clínico e citopatológico, a fim de se submeterem a uma nova avaliação.

Na época da coleta de material nos pacientes, o comitê de ética da Faculdade de Odontologia não havia sido implantado, por isso o consentimento esclarecido não aconteceu por meio de documento escrito.

RESULTADOS

A população avaliada no presente trabalho está caracterizada segundo sua faixa etária e sexo na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição, em número e

percentual, dos pacientes submetidos à avaliação pela citopatologia conforme faixa etária (anos) e sexo. F. O. - UFRGS.

FAIXA ETÁRIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
25 - 42	12	14,63	27	32,93	39	47,56
43 - 60	6	7,32	22	26,83	28	35,16
61 - 79	6	7,32	9	10,97	15	18,29
TOTAL	24	29,27	58	70,73	82	100

Porto Alegre, 1998.

A maior parte dos pacientes avaliados é composta por mulheres (70,73%). A faixa etária predominante, em ambos os sexos, situa-se entre 25 e 42 anos, perfazendo uma porcentagem de 47,56% da população examinada.

A relação entre o sexo dos pacientes examinados e as classes de diagnóstico citológico de Papanicolau está exposta na Tabela 2.

TABELA 2: Distribuição, em números absolutos e percentuais, das Classes I, II e III de diagnóstico citológico de Papanicolau segundo sexo. F. O. - UFRGS.

	CLASSE I		CLASSE II		CLASSE III		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
HOMENS	48	20	21	8	3	1	72	30
MULHERES	94	38	73	30	7	3	174	70
TOTAL	142	58	94	38	10	4	256	100

Porto Alegre, 1998.

Os esfregaços classificados como Classe I (58%) foram predominantes sobre os esfregaços Classe II (38%) e Classe III (4%). Em ambos os sexos predominaram os esfregaços citológicos Classe I.

Tabela 3 relaciona as Classes I, II e III de diagnóstico citológico de Papanicolau com as diferentes faixas etárias. O número de diagnósticos apresentados nesta tabela referem-se ao total de exames realizados, 3 por paciente, o que eleva o número final para 246 exames.

TABELA 3: Distribuição, em números absolutos e percentuais, das Classes I, II e III de diagnóstico de Papanicolau segundo a faixa etária (anos). F. O. - UFRGS.

FAIXA ETÁRIA	CLASSE I		CLASSE II		CLASSE III	
	nº	%	nº	%	nº	%
25 - 42	60	42,25	52	55,31	5	50
43 - 60	54	38,02	23	24,46	4	40
61 - 79	28	19,73	19	20,23	1	10
TOTAL	142	100	94	100	10	100

Porto Alegre, 1998.

As Classes I, II, III foram predominantes

na faixa etária situada entre 25 e 42 anos, em que há um maior número de pacientes examinados.

A distribuição das classes de diagnóstico citológico de Papanicolau, segundo os sítios anatômicos avaliados está apresentada na Tabela 4.

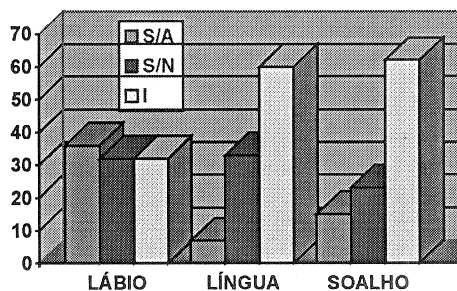
TABELA 4- Distribuição, em números absolutos e percentuais, das Classes de diagnóstico citológico de Papanicolau segundo os sítios anatômicos examinados. F. O. - UFRGS.

SÍTIO	CLASSE I		CLASSE II		CLASSE III		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
LÁBIO	66	80,5	15	18,3	1	1,2	82	100
LÍNGUA	33	40,3	47	57,3	2	2,4	82	100
SOALHO	43	52,5	32	39,0	7	8,5	82	100
TOTAL	142	57,8	94	38,2	10	4,0	246	100

Porto Alegre, 1998.

A Classe I representa 57,8% dos diagnósticos citológicos, enquanto a Classe II 38,2% e a Classe III 4,0%. A maioria dos esfregaços de Lábio e Soalho foram classificados como Classe I (80,5%) e (52,5%) respectivamente. Na língua houve o predomínio de diagnósticos Classe II (57,3%) sobre as Classes I (40,3%) e Classes III (2,4%). A predominância de diagnósticos citológicos Classe III, conforme sítio anatômico, ocorreu no assoalho bucal.

Dos 82 pacientes examinados, 10 apresentaram alguma alteração no esfregaço. Os graus citológicos atribuídos para esses esfregaços não foram superiores ao grau III. Desses 10 pacientes, 4 retornaram para reexame e os achados clínicos serão descritos na Discussão. Contudo, não houve presença de lesão maligna.



Porto Alegre, 1998.

GRÁFICO 1: Distribuição das células superficiais anucleadas, superficiais nucleadas e intermediárias segundo sítio anatômico examinado. F. O. - UFRGS.

Conforme o Gráfico 1, a maior parte (36%) das células encontradas nos esfregaços do lábio são superficiais anucleadas. Já nos esfregaços de língua e de assoalho bucal, 60 e 62%, respectivamente, correspondem a células intermediárias.

DISCUSSÃO

A técnica de coleta mostrou-se adequada,

uma vez que não houve a presença de esfregaços com material insuficiente ou de outro artefato que impossibilitasse sua análise (desidratação da amostra antes de ser fixada ou material inadequadamente destidido). Cowpe, Longmore e Green¹² referem a perda de 8 amostras em 41 obtidas. Folsom *et al.*¹³ relatam em sua pesquisa que em 148 casos de carcinomas bucais, 18 tiveram o material citológico obtido descartado por classe 0, ou seja, material insuficiente para análise. No entanto, Folsom *et al.*¹³ fazem uma ressalva, lembrando que seu trabalho contou com grande número de profissionais envolvidos na coleta de amostras. Kapczinski¹⁷ com análise de 156 esfregaços e Silva³³ com análise de 300, relatam a ausência de classe 0. No presente estudo, composto por 246 esfregaços, também não houve presença de lâminas com material inadequado para exame. Possivelmente isso se deva à padronização da técnica de coleta de material e pela calibragem das pesquisadoras envolvidas na coleta. Essa padronização ocorreu da mesma forma com os estudos de Kapczinski¹⁷ e Silva³³.

Dos 3 sítios anatômicos raspados, o lábio inferior foi a região que apresentou a maior quantidade de material para exame microscópico. Embora a contagem do número de células tenha sido, em alguns esfregaços, inferior a 100, o material existente foi adequado para exame qualitativo. O lábio inferior, por ser uma região muito ceratinizada e seca, dificulta, segundo Banoczy², Ceccotti⁹ e Kapczinski¹⁷, a coleta de material.

Os esfregaços obtidos da borda de língua e soalho bucal mostraram grande quantidade e qualidade de material para análise. Green¹², Kapczinski¹⁷ e Silva³³ referem a mesma facilidade de obtenção de material nessas áreas e necessidade de emprego de maior força¹⁹ para obtenção de amostra adequada na região do lábio.

Na observação microscópica dos esfregaços de lábio, verificou-se uma distribuição de células superficiais anucleadas e nucleadas e intermediárias bastante regular, com leve predominância de células superficiais anucleadas (36%). Havia presença de células hipercoreadas e dobradas nos esfregaços desse sítio. Essas características, assim como a predominância de células superficiais anucleadas, também foram relatadas por Kapczinski¹⁷ e Silva³³, o que permite sugerir um padrão citológico constante para essa região anatômica.

Segundo Kapczinski¹⁷, Rados e Silva²⁶ e Silva³³, a mucosa bucal apresenta variações citológicas de sítio para sítio. Esses achados são confirmados no presente estudo, conforme mostra o Gráfico 1. Há um predomínio de células superficiais anucleadas no lábio, fato citado no estudo de Kapczinski¹⁷ e de células intermediárias no bordo de língua (lado direito) e no assoalho bucal (lado esquerdo), em conformidade com estudos de Kapczinski¹⁷, Rados e Silva²⁶ e Silva³³, tanto em fumantes quanto em não fumantes.

No que se refere ao grau de ceratinização celular, a predominância de células intermediárias no assoalho bucal (sítio de menor ceratinização, histologicamente epitélio não ceratinizado),

encontra respaldo nos estudos de Silverman³⁴ e Araújo e Araújo¹. Já na borda da língua, os autores^{1, 17, 34} descrevem equilíbrio entre células intermediárias e superficiais (região de transição do epitélio ceratinizado do dorso da língua para o epitélio não ceratinizado do ventre lingual). No presente estudo, houve um maior número de células intermediárias nessa região. Nos esfregaços de lábio, os autores^{1, 17, 34} salientam o predomínio de células superficiais anucleadas e nucleadas (histologicamente epitélio ceratinizado).

No presente estudo, observou-se um desequilíbrio em favor das células superficiais anucleadas nesse mesmo sítio (Gráfico 1).

No que se refere ao lábio, 46,47% dos esfregaços foram classificados como classe I de diagnóstico citológico de Papanicolaou (Tabela 2). Essa predominância de células intermediárias em lábio também ocorreu nos trabalhos de Silva³³ e Kapczinski¹⁷, tanto em fumantes quanto em não fumantes.

Na língua, o padrão predominante foi classe II, em concordância com os resultados encontrados nos trabalhos de Silva³³ e Kapczinski¹⁷.

Dos 10 esfregaços classificados como classe III de diagnóstico citológico de Papanicolaou, 7 eram provenientes do assoalho bucal, 2 da língua e 1 do lábio (Tabela 2). Apesar de citar a presença de células basais e parabasais em assoalho bucal, Silva³³ não classificou os esfregaços como sendo classe III. Kapczinski¹⁷ considerou alterações na proporção núcleo/citoplasma como resultantes de reação inflamatória.

Dos 10 pacientes que apresentaram alguma alteração no exame citopatológico, apenas 4 retornaram à Faculdade de Odontologia, a fim de se submeterem a um novo exame clínico e citopatológico, quando se julgou necessário. As alterações clínicas encontradas foram: leucoplasia na região da mucosa jugal, mucosa do dorso da língua eritematosa provocada dente com fratura e pequenas lesões hiperplásicas na região do véstíbulo da maxila esquerda. Um dos pacientes rechamados não apresentou alteração na mucosa bucal. Ao paciente portador de uma leucoplasia a biópsia foi indicada, mas não pôde ser realizada pela condição sistêmica apresentada pelo paciente (diabete não-controlada). Esse paciente vem sendo monitorado através de controles periódicos no departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Ao exame citopatológico de controle destes pacientes com lesões não foram confirmadas as alterações encontradas anteriormente. Os esfregaços antes classificados como classe III nesse exame foram caracterizados como classe II.

Neste estudo pode ter havido uma superestimação dos esfregaços classe III de Papanicolaou. Provavelmente as alterações na relação núcleo/citoplasma encontradas se devem a efeitos inflamatórios¹⁷ e não a alterações de malignidade propriamente ditas. São necessários mais estudos nesta área, a fim de se estabelecer alguma conclusão a esse respeito.

A Citopatologia, como forma de prevenção encontra respaldo nas afirmações de Ross, Hayes

e Lee²⁹. Porém, Folsom *et al.*¹³ questionam a citologia como um recurso diagnóstico para ser utilizado indiscriminadamente em grandes populações. Boraks⁶, Neves, Martins e Green²¹ e Tiece e Blozis³⁵ afirmam que esse tipo de exame tem plena indicação nas áreas de maior prevalência de tumores malignos. O tamanho da amostra do presente trabalho não permite conclusões sobre a aplicabilidade desta técnica como recurso efetivo na prevenção do câncer bucal. Seria conveniente a realização de estudos citopatológicos da mucosa bucal em amostras populacionais mais amplas.

Uma vez que existe a possibilidade de o exame citopatológico revelar alterações na mucosa não perceptíveis clinicamente^{4, 8, 15, 17, 21, 31, 32, 35, 37, 38}, a Citopatologia representa um método auxiliar de diagnóstico precoce do câncer bucal²⁹. Belli, Persisco e Frigieri³ acreditam que a simplicidade do teste^{4, 6, 15, 21} e sua característica não invasiva o torna adequado para uso em grandes populações. Também é sugerido que ela seja usada em populações de risco¹³ (indivíduos do sexo masculino, acima de 40 anos de idade, com história de uso (abusivo ou não) de fumo e álcool^{5, 7, 9, 10, 12, 21}). Boraks⁶, Neves, Martins e Grein²¹ e Tiece e Blozis³⁵ afirmam que a citologia tem plena indicação nas áreas de maior prevalência de tumores malignos. Num país em que há estimativa de 5.000 novos casos/ano¹⁹, a Citopatologia pode atuar como um recurso auxiliar para detecção precoce de câncer, principalmente no que se refere à população de risco. Os estudos de Rados e Silva²⁶ e Silva³³ apesar de serem em grupos populacionais pequenos e de não haverem demonstrado alterações precoces de malignidade, novos estudos devem ser realizados, a fim de confirmar a aplicabilidade da citopatologia como diagnóstico precoce de câncer bucal.

Ceccotti⁹ atribui os falsos-negativos à coleta de material em local não representativo. King¹⁸ e Silva³³ preconizam uma padronização da técnica de citologia bucal, a fim de assegurar maior confiabilidade ao resultado do exame.

CONCLUSÕES

- Existe um padrão citológico típico para cada sítio anatômico examinado.
- Os pacientes com grau citológico suspeito para malignidade mostraram alterações inflamatórias da mucosa, o que sugere uma superestimação dos esfregaços em boca, onde o processo inflamatório é praticamente constante.
- A coleta de material, preparo e avaliação citopatológica exigem um treinamento efetivo, a fim de evitarem-se insucessos ou fracassos ou obtenção de material.

ABSTRACT

Cytopathology is based on the analysis of mucosa scaled cells. It is able to reveal atypias before there is a perceivable clinical manifestation, contributing for the early detection of cytological alterations suspected of malignancy. Among the malignant neoplasias,

the Epidermoid Carcinoma is the most prevalent in the mouth, reaching a percentage of 95 % of cases. By the early stage, most part of Epidermoid Carcinomas are not recognized at the clinical examination. The present study aimed to experience students for the work of collecting, preparing of material and analysis of results obtained by the scaling of the buccal mucosa. 82 patients who were seeking for dental assistance were undertaken to examination at Universidade Federal do Rio Grande do Sul Dental School Triage Division. The selected anatomical areas for the collecting of material were the lower lip redness, tongue lateral edge and mouth ground. Malignancy cytological criteria were used for the qualitative evaluation of samples. For each smear a cytological degree was applied, according to the criteria of Papanicolaou and Traut. Class I was the predominant cytological diagnosis (57.8 %) against Class II cytological diagnosis (38.2 %) and Class III (4.0 %). Most of lip smears (80.5 %) and ground (52.5 %) were classified as Class I, while on the tongue Class II diagnosis were predominant (57.3 %). The quantitative analysis of epithelial maturation enabled the acknowledgement of a specific cell pattern for each anatomical site examined. The presence of suspected smears, clinically unconfirmed, suggests the need of further studies on greater population samples. (CNPq-PIBIC/UFRGS).

KEY WORDS:

Citopathology - Oral Cancer - Oral Pathology

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, N. S.; ARAÚJO, V. C. Patologia Bucal. Artes Médicas, 1984.
2. BANOCZY, Y. La citologia Exfoliativa en las Lesiones Orales Precancerosas. *Rev Assoc Odontol Argent*, Buenos Aires, v.57, n.5, p.38-42, mayo 1969.
3. BELLI, E.; PERSISCO, M.; FRIGIERI, M. Attendibilità della Citologia Esfoliativa nelle Neoplasie del Cavo Orale. *Minerva Stomatologica*, Torino, v.38, n.11, p. 1197-1199, nov. 1989.
4. BEVILACQUA, S. Considerações sobre biópsia e citodiagnóstico. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro v.24, n.136, p.173 - 176, jul./ago.1965.
5. BOYLE, P.; MACFARLANE, G. J.; MAISONNEUVE P.; et al. T. Epidemiology of Mouth Cancer in 1989: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* v.83, p.724-730, nov. 1990.
6. BORAKS, S. Diagnóstico Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 40-45p.
7. CARVALHO, G. Citologia Oncológica. São Paulo: Atheneu, 1993. 5p.
8. BRAMLEY, P. A. et al. Oral Cancer and Precancer: Establishing a Diagnosis. *Brit. Dent. J.*, London, v.168(3), n.10, p.103-107, Feb. 1990.
9. CECCOTTI, E. L. Aplicacion de la Citologia Exfoliativa Bucal al Estudio de la Leucoplasia. *Rev Assoc Odontol Argent*, Buenos Aires, v.79, n.1, p.41 - 42, ene./mar. 1991.

10. CHAUNDRY, A. P.; SCHMUTZ, J. A.; HANKS, C. T. Comparison of Cytologic and Histologic Findings in Induced Carcinomas. *J. Dent. Res.*, v. 46, n.1, p.253-256, jan/fev. 1967.
11. COPETTI, N. **Métodos de coloração histológicos e citológicos**. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS, 1996. 118p.
12. COWPE, J.; LONGMORE, R. B.; GREEN, M. V. Quantitative exfoliative cytology of normal squames: na age, site and sex related survey. *J. R. Soc. Med.*, London, v.78, n.12, p.995-1004, Dec. 1985.
13. FOLSOM, T. C. et al. Oral Exfoliative Study: review of the literature and report of a three-year study. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis v.33, n.1, p.61-74, jan. 1972.
14. HUSAIN, O. A. N.; BUTLER, E. B. **Atlas Colorido de Citologia Ginecológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 125p.
15. IUSEM, R. C. A importância do dentista na citodiagnose. *Rev. Bras. de Odont.*, Rio de Janeiro, v.24, n.133, p.2-8, fev. 1965.
16. JONES, A. C. et al. The Cytobrush Plus Cell Colector in Oral Cytology. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, v.77, n.1, p.101-104, 1994.
17. KAPCZINSKI, M. P. Estudo de Células Epiteliais em Mucosa Bucal Clinicamente Normal de Mulheres Através da Citologia Esfoliativa. Porto Alegre: UFRGS. Faculdade de Odontologia, 1997. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucal). Faculdade de Odontologia, UFRGS. 1997.
18. KING, Jr., O. H. Cytology - Its Value in the Diagnosis of Oral Cancer. *Dent Clin North Am.*, Philadelphia, v.15, n.4, p.817-826, Oct. 1971.
19. KRIEGER, L. (coord.). ABOPREV - Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 438p.
20. MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. Patologia Processos Gerais. 3ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1992. 263p.
21. NEVES, J. F. D.; MARTINS, M. H.; GREIN, R. L. Citologia Esfoliativa e Biópsia. *Odont. Mod.*, São Paulo, v.8, n.6, p.17-24, jun. 1981.
22. NIDR: Prevention and Early Detection: keys to oral Cancer. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.124, p.81-82, Jan. 1993.
23. NOVELLI, M. D.; ARAÚJO, N. S.; VICENTE, S. P.; et al, I. S. Estudo Comparativo entre a Citologia Esfoliativa e os Achados Clínicos de 1.498 Pacientes. *Rev Ass Paul Cirur Dent*, São Paulo, v.35, n.5, p.416-419, set/out. 1981.
24. PAPANICOLAOU, G. N.; TRAUT, H. F. **Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear**. New York: The Commonwealth Foundation, 1947. 75p.
25. PINDBORG, J. J. **Atlas of Diseases of the Oral Mucosa**. 2ed. Copenhagen: C. Hamburgers Bogtrykkeri, 1973. p.66-70.
26. RADOS, P. V.; SILVA, M. C. A. **Avaliação Citológica da Mucosa Bucal de Fumantes e Não-Fumantes**. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 13, 1996, ÁGUAS DE SÃO PEDRO. PROGRAMA GERAL. ÁGUAS DE SÃO PEDRO. SBPqO, 1996. p.187 (Resumo 304).
27. RIOTTON, G.; CHRISTOPHERSON, L. U. M. **Clasificación Histologica de Tumores**. Citologia del Aparato Genital Femenino. Ginebra: OMS, 1973 (Organizacion Mundial de la Salud. 8).
28. ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. **Fundamentos de Patologia Estrutural e Funcional**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 108-1833p.
29. ROSS, W. E.; HAYES, R. L.; LEE, W. D. Citologia Oral na Prevenção do Câncer. *Clínica Geral*, Natal, v.5, n.3, p.80-96, abr. 1971.
30. SANDLER, H. C. Errors of Oral Cytodiagnosis - a Report of Follow-up 1,801 Patients. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.72, p.851-854, apr. 1996.
31. SANDLER, H. C. Reability of oral exfoliative cytology for detection of oral cancer. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.681, n.27, p.489-499, apr. 1964.
32. SAWYER, D. R.; WOOD, N. K. Oral Cancer: etiology, recognition and management. *Dent Clin North Amer*. Philadelphia, v.36, n.4, p.919-944, oct. 1992.
33. SILVA, M. C. A. Citopatologia: um recurso auxiliar na prevenção do câncer bucal em pacientes do sexo masculino. Porto Alegre: UFRGS. Faculdade de Odontologia, 1997. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucal). Faculdade de Odontologia, UFRGS. 1997.
34. SILVERMANN, Jr., S.; BECKS, H.; FARBER, S. M. The Diagnostic Value of Intraoral Cytology. *J. Dent. Res.*, Washington, v.37, n.2, p.195-205, apr. 1958.
35. TIECKE, R. W.; BLOZIS, G. G. Oral Cytology. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.72, n.4, p.855-860, apr. 1966.
36. TOMMASI, A. F. Diagnóstico em Patologia Bucal. 2ed. São Paulo: Pancast, 1989. 653p.
37. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY. **Oral Exfoliative Cytology**. Washington: U. S. Government Printing Office, 1961. 74p.
38. ZAKRZEWSKA, J. Oral Cancer and Precancer - our Responsibility. *Brit. Dent. J.*, v.176, n.23, p.286-287, Apr. 1994.