





SÉRIE DE CASOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR ORAL EM ADULTOS JOVENS

CASE OF ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN YOUNG ADULTS

SERIE DE CASOS DE CARCINOMA ESPINOCELULAR ORAL EN ADULTOS JÓVENES

Maria Gabriella de Lira Ramos¹ , Jurema Freire Lisboa de Castro¹ , Selton Tavares Cruz¹ , Thércia Mayara Oliveira Feitoza¹ , Elaine Judite de Amorim Carvalho¹ 

1. Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Estudar os casos de Carcinoma Espinocelular Oral (CEO) em pacientes jovens enviados a um laboratório de histopatologia oral. **Métodos:** Foram analisados todos os casos diagnosticados em um serviço de histopatologia oral em pacientes com até 45 anos, durante o período compreendido entre 06 de agosto de 1991 até 30 de junho de 2025. **Resultados:** Dos 34 casos analisados, a média de idade foi de 37,79 anos, com proporção equilibrada entre os sexos. As localizações mais comuns foram língua, lábio, assoalho bucal e mucosa jugal, com um tempo médio de evolução de 8,7 meses e concordância em 55,88% dos casos entre diagnóstico clínico e histológico. Em 79,41% dos casos, foi realizada biópsia incisional e em 14,7% dos casos, optou-se pela biópsia excisional. **Conclusões:** Houve menor predominância de casos nessa faixa etária, fato que pode explicar a discreta concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico, uma vez que o CEO apresenta um perfil epidemiológico bem definido na literatura, que induz o profissional a descartar essa hipótese diagnóstica. Contudo, a tendência observada ao longo dos anos reforça a necessidade de uma avaliação clínica atenciosa de quaisquer lesões suspeitas e da realização da biópsia incisional para diagnóstico histopatológico.

Palavras-Chave: Epidemiologia; Neoplasias bucais; Adultos jovens.

ABSTRACT

Objective: To study cases of Oral Squamous Cell Carcinoma (CEO) in young patients referred to an oral histopathology laboratory. **Methods:** All cases diagnosed in the oral histopathology service in patients up to 45 years of age were analyzed during the period from August 6, 1991 to June 30, 2025. **Results:** Of the 34 cases analyzed, the mean age of patients was 37.79 years, with a balanced proportion between sexes. The most common locations were the tongue, lip, floor of the mouth, and buccal mucosa, with mean evolution time of 8.7 months and agreement in 55.88% of cases between clinical and histological diagnosis. In 79.41% of cases, incisional biopsy was performed, and in 14.7% of cases, excisional biopsy was performed. **Conclusions:** There was lower prevalence of cases in this age group, a fact that may explain the slight agreement between clinical and histopathological diagnosis, since CEO presents a well-defined epidemiological profile in literature, which leads the professional to discard this diagnostic hypothesis. However, the trend observed over the years reinforces the need for a careful clinical evaluation of any suspicious lesions and the performance of incisional biopsy for histopathological diagnosis.

Keywords: Epidemiology; Mouth neoplasms; Young adult.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar los casos de Carcinoma Espinocelular Oral (CEO) en pacientes jóvenes remitidos a un Laboratorio de Histopatología Oral. **Métodos:** Se analizaron todos los casos diagnosticados en un servicio de histopatología oral en pacientes de hasta 45 años, durante el periodo comprendido entre el 6 de agosto de 1991 y el 30 de junio de 2025. **Resultados:** De los 34 casos analizados, el promedio de edad fue de 37,79 años, con una proporción equilibrada entre sexos. Las localizaciones más comunes fueron la lengua, el labio, el suelo bucal y la mucosa jugal, con un tiempo promedio de evolución de 8,7 meses y una concordancia en el 55,88 % de los casos entre el diagnóstico clínico y el histológico. En el 79,41 % de los casos se realizó una biopsia incisional y en el 14,7 % de los casos se optó por una biopsia excisional. **Conclusiones:** Hubo una menor predominancia de casos en este grupo de edad, lo que puede explicar la discreta concordancia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico, ya que el CEO presenta un perfil epidemiológico bien definido en la literatura, lo que induce al profesional a descartar esta hipótesis diagnóstica. Sin embargo, la tendencia observada a lo largo de los años refuerza la necesidad de una evaluación clínica cuidadosa de cualquier lesión sospechosa y de la realización de una biopsia incisional para el diagnóstico histopatológico.

Palabras clave: Epidemiología; Neoplasias de la boca; Adulto joven.

Correspondência: Elaine Judite de Amorim Carvalho. Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pernambuco. elaine.carvalho@ufpe.br

Recebido: 14/02/2026

Aprovado: 24/02/2026

Publicado: 13/05/2026

Como citar: Ramos MGL et al. Série de casos de carcinoma espinocelular oral em adultos jovens. Ciênc. Plural. 2026; 12:e 43007. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2026v12n11D43007>

Editor Associado: Jonas Eduardo Monteiro dos Santos 

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto publicado sob uma Licença Creative Commons.



INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer bucal é o oitavo tipo de câncer mais comum e para cada ano do triênio de 2023 a 2025, são estimados de 15.100 casos, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres¹.

O carcinoma espinocelular oral (CEO) representa mais de 90% do total de neoplasias malignas que afetam a boca, o que corresponde, portanto, à maioria dos casos. A prevalência é maior em pacientes do sexo masculino, a partir da quinta década de vida, com algum fator de risco associado, principalmente o uso do tabaco. Porém, é válido destacar o aumento do número de casos de CEO em jovens, pacientes com idade igual ou inferior a 45 anos^{2,3,4}.

Alguns autores têm reportado que a ocorrência em adultos jovens pode variar entre 0,4% e 6% de todos os casos, podendo atingir 16% a depender do local da pesquisa e da idade considerada como jovem no estudo^{5,6}. Os dados existentes em relação a esse grupo populacional, portanto, ainda apresentam divergências quanto ao perfil e comportamento da doença, e poucas pesquisas conclusivas quanto às causas de aparecimento do CEO em indivíduos mais jovens, diferentemente da uniformidade dos dados existentes quando a neoplasia acomete indivíduos dentro da faixa etária esperada^{7,8}.

Os dados existentes na literatura divergem quanto à etiologia e à patogênese do CEO em indivíduos jovens. Contrapondo-se ao que ocorre com o aparecimento da doença em indivíduos com idade mais avançada, em que os fatores de risco associados estão bem estabelecidos, destacando-se a influência do tabaco e do álcool, principalmente. Afirma-se que o tempo de exposição das pessoas na faixa etária estudada não é suficiente para considerar esses dois agentes externos promotores de alterações celulares e consequentes neoplasias, devendo-se considerar outros fatores intrínsecos e extrínsecos, como genética predisponente, infecções como o Papilomavírus Humano (HPV), e maus hábitos alimentares^{4,9}.

Em relação a localização mais comum do CEO em jovens, tem-se a língua como o sítio de maior acometimento e apresenta em sua maioria um comportamento mais agressivo, com elevada ocorrência de metástases linfonodais e pior prognóstico com estadiamento avançado - III e IV, de acordo com o Sistema de Classificação dos Tumores Malignos TNM (tumor, nódulos linfáticos e metástase). Estudos indicam que o avanço da doença pode ser resultado direto do diagnóstico tardio, que resulta em longos períodos de tratamentos e prognóstico desfavorável^{5,10,11}.

Diante das divergências e dados ainda inconclusivos sobre a etiopatogênese do CEO em pacientes jovens, especialmente em relação aos fatores de risco, comportamento clínico e prognóstico, torna-se essencial ampliar o embasamento científico para aprimorar o diagnóstico e o tratamento nesta população. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo apresentar e analisar os casos de CEO em indivíduos com idade igual ou inferior a 45 anos, a fim de contribuir para o conhecimento do perfil epidemiológico desta doença nesta população e alertar os clínicos gerais sobre a necessidade de considerar o diagnóstico de CEO mesmo que em indivíduos jovens.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo baseado em dados secundários de todos os casos de carcinoma espinocelular oral em pacientes com até 45 anos de idade diagnosticados em um único laboratório de histopatologia oral, durante o período compreendido entre 06/08/1991 até 30/06/2025.

Dados clínicos e demográficos como idade, sexo, localização anatômica da lesão, tempo de evolução, hipóteses clínicas de diagnóstico, tipo de biópsia realizada, diagnóstico final foram coletados das fichas clínicas de submissão de espécimes ou dos prontuários clínicos do serviço mencionado e organizados em planilha do software Excel (versão 2510). Outras variáveis clínicas essenciais como hábitos de tabagismo e/ou alcoolismo, exposição solar, infecção por HPV e estadiamento clínico não foram considerados pela ausência destas informações nos relatórios clínicos enviados. Para confirmação do diagnóstico, cortes histológicos corados em hematoxilina-eosina (HE) arquivados no biobanco do serviço referido foram revisados por dois patologistas. Os dados coletados foram analisados a partir da estatística descritiva, obtida para todas as variáveis descritas. O índice de concordância entre hipótese clínicas de diagnóstico e

diagnóstico final ou histopatológico foi calculada através de percentagem de acertos. Para este cálculo, foram consideradas até as três primeiras hipóteses clínicas de diagnóstico.

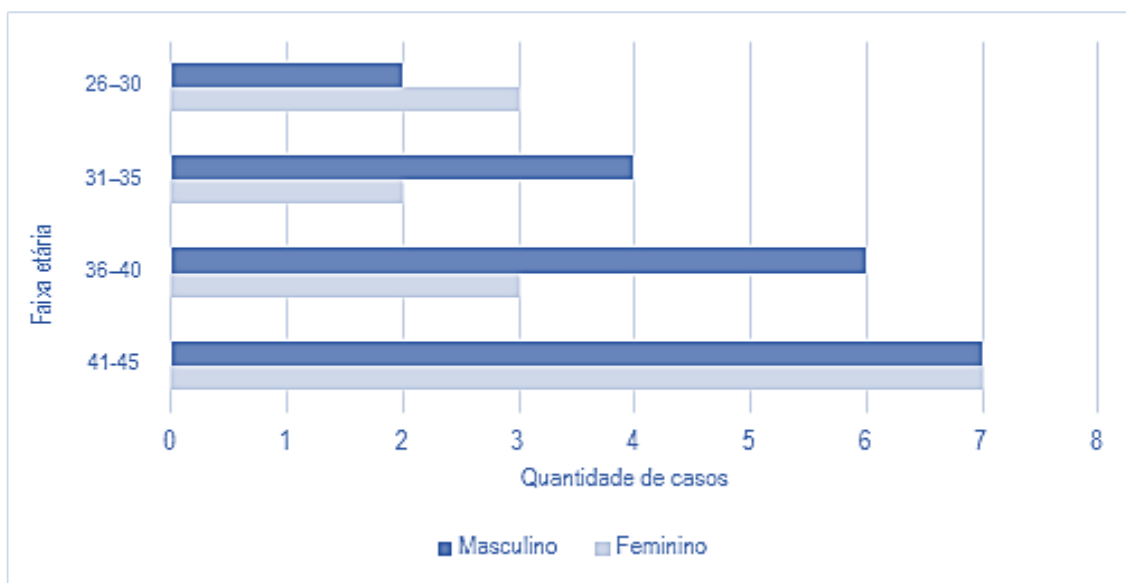
O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da universidade de origem dos autores e seguiu todos os trâmites e exigências em acordo à Declaração de Helsinki, aprovado sob parecer 7.484.102 e CAAE nº 87048225.8.0000.5208.

RESULTADOS

Foram analisados os dados provenientes de 8867 prontuários, desse total, 334 (3,76%) casos receberam o diagnóstico histopatológico de CEO. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, 34 prontuários (0,38%) foram selecionados para o estudo. Assim, entre os casos totais de CEO diagnosticados no laboratório, observou-se a doença em 10,17% dos casos na faixa etária pesquisada, em 34 anos (1991-2025).

A idade dos pacientes variou entre 26, paciente mais jovem do estudo, e 45 anos, sendo este o limite estabelecido pelo delineamento do estudo. A média de idade, portanto, foi de $37,79 \pm 5,97$ anos. Houve predomínio do sexo masculino, com 19 pacientes (55,9%), enquanto 15 pacientes (44,11%) eram do sexo feminino, proporção homem:mulher de 1,26:1,0 (Figura 1).

Figura 1. Distribuição dos casos de Carcinoma Espinocelular Oral em jovens por sexo e idade diagnosticados em um laboratório de histopatologia oral e maxilofacial entre 1991 e 2025.

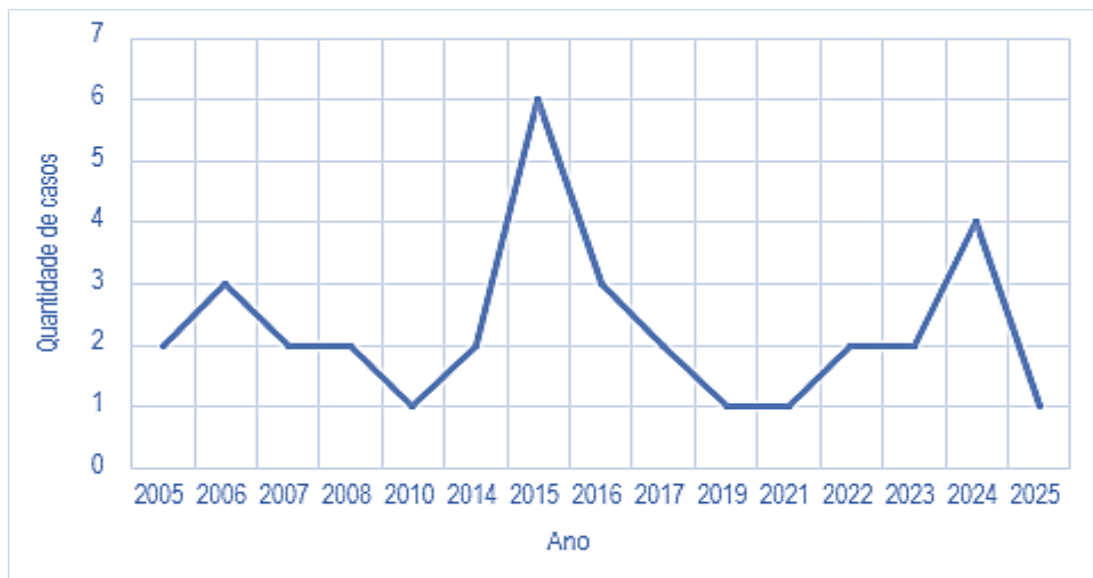


Fonte: Dados da pesquisa.

A frequência do CEO ao longo dos anos demonstrou uma progressão instável, com momentos de picos e de quedas, com o maior número de casos registrados nos anos de 2015 e 2024 (Figura 2).

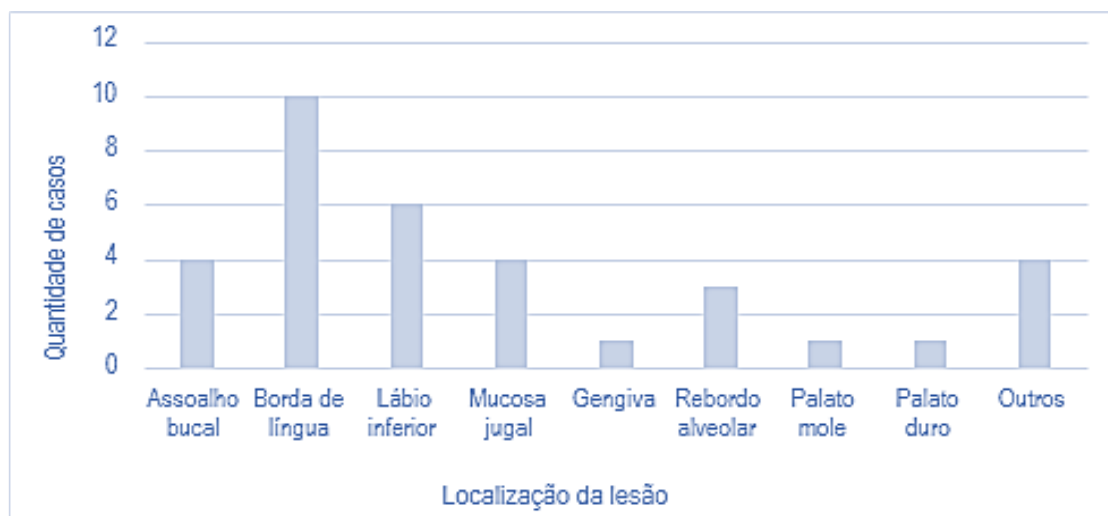
As regiões anatômicas mais frequentemente acometidas foram borda de língua ($n = 10$; 29,41%), lábio inferior ($n = 6$; 17,64%), assoalho bucal ($n = 4$; 11,76%) e mucosa jugal ($n = 4$; 11,76%). Outras regiões envolvidas incluíram rebordo alveolar ($n = 3$; 8,82%), gengiva ($n = 1$; 2,94%), palato duro ($n = 1$; 2,94%), palato mole ($n = 1$; 2,94%) e outros sítios ($n = 4$; 11,76%) (Figura 3).

Figura 2. Distribuição dos casos de Carcinoma Espinocelular Oral em jovens por ano diagnosticados em um laboratório de histopatologia oral e maxilofacial entre 1991 e 2025.



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 3. Distribuição dos casos de Carcinoma Espinocelular Oral em jovens por localização anatômica diagnosticados em um laboratório de histopatologia oral e maxilofacial entre 1991 e 2025.



Fonte: Dados da pesquisa.

Clinicamente, as lesões ulceradas (17 casos; 50%) foram as mais comumente descritas, seguidas por nódulo (9 casos; 26,47%), placa leucoplásica e eritroleucoplásica (4 casos; 11,76%), mais quatro casos (11,76%) em que o aspecto clínico não foi relatado.

O intervalo entre a percepção da lesão e o diagnóstico variou de 25 dias a 10 anos, em 2 dos 34 casos os pacientes não forneceram essa informação. Destes, houve predomínio de casos diagnosticados entre 1 e 4 meses, a média do tempo de evolução da doença foi de 8,7 meses, com mediana de 4,5 meses e moda de 2 meses. Entre os casos avaliados, dois não apresentavam informações sobre o tempo de evolução da lesão no prontuário. Dos 34 casos, a biópsia incisional foi a mais frequente (n = 27; 79,41%). A biópsia excisional foi adotada em cinco

casos (14,70%), em dois deles já havia suspeita de malignidade. Em dois casos, o tipo de biópsia não foi descrito (5,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de Carcinoma Espinocelular Oral (CEO) em jovens diagnosticados em um laboratório de histopatologia oral e maxilofacial entre 1991 e 2025.

Idade	Sexo	Localização	Tempo de evolução (meses)	HD	Tipo de biópsia	Diagnóstico	
1	26	F	Lábio inferior	24 meses	Queilite/CEO	Excisional	Carcinoma in situ
2	26	F	Mucosa jugal	01 mês	Metástase de CA/ Tuberculose	Incisional	CEO bem diferenciado
3	26	M	Borda de língua	06 meses	Leucoplasia	Incisional	CEO microinvasivo
4	28	F	Rebordo alveolar	02 meses	Granuloma piogênico/ Lesão periférica de Células Gigante	Excisional	CEO bem diferenciado
5	30	M	Borda de língua	02 meses	CEO	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
6	32	M	Borda de língua	Não relatado	Não relatada	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
7	32	M	Lábio inferior	04 meses	CEO/ Queratoacantoma	Incisional	CEO bem diferenciado
8	32	M	Lábio inferior	03 meses	CEO/Carcinoma basocelular	Incisional	CEO bem diferenciado
9	33	M	Mucosa jugal	12 meses	Fascite necrosante/ Leishmaniose	Incisional	CEO pobremente diferenciado
10	35	F	Borda de língua	01 mês	CEO	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
11	35	F	Outros	01 mês	Não relatada	Incisional	CEO pobremente diferenciado
12	36	M	Assoalho bucal	04 meses	CEO	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
13	36	F	Borda de língua	04 meses	Reação liquenoide/ Eritroplasia	Não relatada	Carcinoma in situ
14	38	M	Borda de língua	02 meses	Papiloma/CEO	Incisional	CEO bem diferenciado
15	38	M	Outros	01 mês	Lesão periférica de células gigantes	Excisional	CEO bem diferenciado
16	39	F	Assoalho bucal	05 meses	CEO/ Eritroleucoplasia	Incisional	CEO bem diferenciado
17	39	F	Mucosa jugal	0,83 meses (25 dias)	Carcinoma	Incisional	CEO bem diferenciado
18	39	M	Gengiva	12 meses	Não relatada	Não relatada	CEO
19	39	M	Lábio inferior	2 meses	Queilite actínica	Incisional	CEO bem diferenciado
20	40	M	Assoalho bucal	04 meses	CEO	Incisional	CEO bem diferenciado

21	41	F	Mucosa jugal	03 meses	Fibroma	Excisional	CEO bem diferenciado
22	41	M	Lábio inferior	18 meses	Queilite granulomatosa	Incisional	CEO
23	42	M	Borda de língua	02 meses	CEO	Excisional	CEO bem diferenciado
24	42	F	Rebordo alveolar	02 meses	Hiperplasia gengival/CEO	Incisional	CEO pobremente diferenciado
25	43	M	Borda de língua	02 meses	CEO	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
26	43	M	Outros	06 meses	Osteomielite crônica/ CEO/ Osteossarcoma	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
27	43	F	Borda de língua	12 meses	Leucoplasia	Incisional	Carcinoma in situ
28	44	M	Outros	12 meses	CEO	Incisional	CEO bem diferenciado
29	44	F	Lábio inferior	120 meses (10 anos)	Sarcoidose/ Queilite granulomatosa/ Queilite glandular	Incisional	CEO microinvasivo
30	44	M	Borda de língua	Não relatado	Não relatada	Incisional	CEO bem diferenciado
31	44	M	Palato mole	06 meses	Tuberculose/CEO	Incisional	CEO moderadamente diferenciado
32	45	F	Palato duro	01 mês	CEO	Incisional	CEO bem diferenciado
33	45	F	Assoalho bucal	03 meses	CEO	Incisional	CEO pobremente diferenciado
34	45	F	Rebordo alveolar	04 meses	CEO	Incisional	CEO bem diferenciado

Nota: F: Feminino; M: Masculino.
Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação ao grau de diferenciação, o CEO invasivo (bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pobremente diferenciado) foi o diagnóstico mais frequente ($n = 27$; 79,41%), sendo o CEO bem diferenciado o mais comum ($n = 16$), seguido do CEO moderadamente diferenciado ($n=7$) e pobremente diferenciado ($n = 4$). O CEO não invasivo ou superficialmente invasivo (carcinoma in situ e micro invasivo) foram descritos em 5 casos (14,70%), dentre os quais três eram de carcinoma in situ e dois de carcinoma microinvasivo. Além disso, foram identificados dois casos sem informação sobre o grau de diferenciação (5,9%).

Em alguns casos, as fichas clínicas indicaram hipóteses diagnósticas variadas para essas lesões, como leucoplasia, eritroplasia, reação liquenóide, queilite actínica, papiloma, granuloma piogênico, carcinoma basocelular e até suspeitas de lesões infecciosas como tuberculose e leishmaniose, além do próprio CEO. Em apenas 9 casos (26,47%) houve suspeita clínica de CEO, dos quais em 4 casos como primeira hipótese diagnóstica (11,76%) e em 5 casos como segunda hipótese diagnóstica (14,70%). Houve suspeita de outras doenças malignas em 2 casos (5,88%).

Figura 5. Mapa de concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico histopatológico dos casos de Carcinoma Espinocelular Oral em jovens diagnosticados em um laboratório de histopatologia oral e maxilofacial entre 1991 e 2025.

Hipótese Diagnóstica	Diagnóstico Histopatológico	
	CEO Invasivo	CEO Não Invasivo
Carcinoma	1	0
CEO	10	0
CEO/Carcinoma basocelular	1	0
CEO/Eritroleucoplasia	1	0
CEO/Queratoacantoma	1	0
Fascite necrosante/Leishmaniose	1	0
Fibroma	1	0
Granuloma piogênico/Lesão periférica de Células Giga	1	0
Hiperplasia gengival/CEO	1	0
Lesão periférica de células gigantes	1	0
Leucoplasia	1	1
Metástase de CA/Tuberculose	1	0
Não relatada	4	0
Osteomielite crônica/CEO/Osteossarcoma	1	0
Papiloma/CEO	1	0
Queilite actínica	1	0
Queilite granulomatosa	1	0
Queilite/CEO	0	1
Reação liquenoide/Eritroplasia	0	1
Sarcoidose/Queilite granulomatosa/Queilite glandular	1	0
Tuberculose/CEO	1	0
Total	31	3

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Ao considerar a prevalência do CEO em pessoas de até 45 anos em diversos serviços de diagnóstico histopatológico oral, dados equivalentes foram encontrados em 12% dos casos no período de 15 anos (1990-2005)¹² e de 12,4% em 6 anos (2010-2016)⁵ e 15% de frequência em 11 anos (2010-2021)¹³. Enquanto outras pesquisas encontraram uma ocorrência um pouco menor, de 6,1% em 29 anos de pesquisa (1989-2018)¹⁴ e 6,0% em um período de 13 anos (1998 - 2011)¹⁵.

Quanto a variação de idade encontrada, os resultados deste estudo estão de acordo com àqueles encontrados por outros autores que evidenciam uma média de idade equivalente quando considerado esse grupo populacional^{3,6}. Porém, discrepâncias metodológicas no limite inferior de idade para determinação da faixa etária do paciente jovem talvez possam impactar em uma análise estatística precisa, principalmente em razão das publicações envolvendo o grupo analisado possuírem um número reduzido de casos^{2,6,9}.

Estudos demonstram que há distribuição semelhante entre os sexos quando se analisa a ocorrência de CEO nesta população, percebendo-se ocorrência ligeiramente maior no sexo masculino^{3,15}, dados semelhantes foram encontrados na presente pesquisa.

Entre os pacientes mais jovens, destaca-se, ainda, a dificuldade de identificar os fatores de risco que expliquem a ocorrência da doença, considerando que o tempo de exposição aos principais agentes etiológicos, como tabaco e álcool, é relativamente curto para explicar as alterações

celulares e a transformação maligna, ou seja, afirmam uma relação inexistente ou baixa entre os fatores de risco comuns ao CEO e o acometimento dos jovens pela doença¹⁶. Nesse caso, pesquisas citam outros fatores, como desordens genéticas e histórico de risco familiar, além de doenças infectocontagiosas causadas pelo HPV, que vem sendo estudado como fator causal do carcinoma, sobretudo, na região da orofaringe^{2,4,9}.

Contudo, sobre o carcinoma espinocelular no lábio inferior, que é resultado, principalmente, da exposição crônica à luz solar, não foi identificado nos trabalhos levantados citações específicas sobre a influência desse fator de risco no aparecimento da lesão em jovens, sendo os achados limitados a pesquisas realizadas com a população geral^{17,18}. Ressalta-se que, em razão da falta de preenchimento dos prontuários em relação ao estilo de vida dos pacientes, esses hábitos não foram correlacionados na presente pesquisa, o que inviabilizou qualquer correlação entre fatores de risco e desenvolvimento de CEO neste ciclo de vida.

Em relação a localização da lesão, a maior prevalência intraoral foi na borda de língua, o que corrobora com a maioria dos estudos avaliados e condiz com a localização mais comum no coorte de idade mais avançado^{3,4,6,14}. Outros sítios anatômicos relevantes foram lábio inferior, assoalho de boca e mucosa jugal.

O aspecto clínico do CEO pode apresentar diferentes características e aspectos, como lesões ulceradas, nodulares, placas vermelhas ou brancas, caracterizadas como leucoplasia, eritroplasia ou leucoeritroplasia, ou ainda padrões mistos com mais de uma apresentação clínica, que podem interferir no diagnóstico precoce da lesão. Os aspectos clínicos descritos nos casos dos pacientes estudados corroboram com os estudos de Pires et al. (2013)¹⁹ e Gilligan et al. (2025)⁶, em que as lesões ulceradas foram a forma mais prevalentes de apresentação clínica.

O tempo de evolução progressivo da lesão coincidiu com o estudado por Conceição et al. (2010)²⁰, que evidencia a evolução de 1 a 3 meses para casos de CEO. No entanto, percebe-se que, o tempo existente entre o aparecimento do CEO e o diagnóstico clínico não é evidenciado com frequência nos artigos, deve-se citar também que esse dado depende da percepção do paciente, o que o torna subjetivo, devendo-se ter cuidado ao considerá-lo.

No estudo, observou-se uma concordância pouco expressiva entre o diagnóstico clínico e o histopatológico. O percentual de discordância pode estar relacionado à dificuldade dos profissionais frente às apresentações variáveis do CEO²⁰, sobretudo em lesões com pouco tempo de evolução, as quais fazem diagnóstico diferencial com as lesões orais potencialmente malignas¹. Além disso, sugere-se que a faixa etária divergente do perfil etário esperado pode conduzir o clínico a priorizar outras hipóteses diagnósticas à frente do CEO. No entanto, Torabi et al. (2021)²¹ demonstraram um alto percentual de concordância entre o diagnóstico clínico e histopatológico do câncer bucal, os dois especificaram que os diagnósticos clínicos foram realizados por cirurgiões-dentistas especialistas e que esse fator pode ter contribuído para o aumento da concordância.

O diagnóstico de lesões orais, portanto, envolve avaliação clínica, sendo confirmado pelo exame histopatológico obtido por meio de biópsia, procedimento que consiste na obtenção de uma amostra de tecido ou células. A escolha da técnica de biópsia adequada depende do tipo e da localização da lesão, bem como das condições clínicas do paciente, entre elas pode-se citar biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PAAF), biópsia incisional, biópsia excisional, biópsia por escovado e biópsia por punch. No caso de lesões malignas ou potencialmente malignas, como o CEO, a biópsia incisional, que permite a remoção cirúrgica de um fragmento representativo da lesão suspeita, é considerada a técnica de escolha para avaliação morfológica da peça²². A justificativa para tal conduta reside na necessidade de confirmação diagnóstica antes de uma intervenção mais invasiva para assegurar o planejamento terapêutico adequado. Entretanto, verificou-se que, dois entre os cinco casos (caso 01 e caso 23), apesar da hipótese diagnóstica de CEO, optou-se pela biópsia excisional, o que pode ser considerado como conduta iatrogênica por parte do profissional.

De acordo com o grau de diferenciação histopatológica recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os achados de Kaminagakura et al. (2022)⁸, Gilligan et al. (2025)⁹, Mesquita et al. (2014)¹⁰ e Ferreira e Costa et al. (2022)²³ são similares ao apresentado na presente pesquisa, o CEO bem diferenciado apresentou maior prevalência, seguido do moderadamente diferenciado. Entretanto, diferem da pesquisa levantada por Ribeiro et al. (2009)¹², em que o

percentual de casos moderadamente e pobremente diferenciados eram maiores do que àqueles bem diferenciados. Kaminagakura et al.¹¹ (2011)⁸ e Syed Mukith e Ahmed Mujib (2014)²⁴ afirmam, em seus estudos, que os tumores em indivíduos jovens tendem a ser mais anaplásicos e infiltrativos.

No que se refere ao prognóstico da doença em indivíduos mais jovens, não há consenso sobre a interferência da idade na evolução clínica da doença, que em alguns estudos parece ter um comportamento mais agressivo com taxa de recorrência alta e um risco mais elevado de metástase à distância^{5,8}. Esses achados podem estar relacionados a uma etiologia complexa e ainda não totalmente identificada, associada ao diagnóstico tardio, realidade já observada em pacientes mais velhos, e possivelmente agravada pelo fato de ocorrer em um grupo populacional no qual a doença não é inicialmente esperada².

Em suma, o estudo teve como objetivo a avaliação dos casos de CEO em pacientes com idade igual ou inferior a 45 anos, analisados de acordo com variáveis e critérios clínicos, associados às peças encaminhadas para biópsia, submetidas ao exame histopatológico para confirmação diagnóstica. Os resultados devem ser interpretados com cautela, uma vez que se trata de dados provenientes de um único serviço de referência, sujeitos à viés de encaminhamento e ainda, em razão do pequeno número da amostra, da falta de padronização dos dados e preenchimento incompleto dos prontuários, ausência de informações sobre os fatores de risco associados e estadiamento clínico da lesão, caracterizando-se como fragilidade analítica da pesquisa. Essas limitações interferem na investigação mais precisa da temática proposta e compromete a sua compreensão, que poderia contribuir para o entendimento do aparecimento precoce da doença e no prognóstico mais adequado para o paciente. Ainda assim, os resultados obtidos não diferem do que tem sido relatado na literatura sobre o tema. Entretanto, outras pesquisas, incluindo estudos multicêntricos e prospectivos são necessárias para ampliar o conhecimento sobre a neoplasia em indivíduos jovens.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o aumento do número de casos de CEO em jovens nas últimas décadas reforça a necessidade de uma avaliação clínica atenciosa de quaisquer lesões suspeitas e da realização da biópsia incisional para diagnóstico histopatológico, encaminhadas com preenchimento completo da ficha clínica do paciente para melhor compreensão da doença nessa faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. National Cancer Institute. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA. 2022 [cited 2024 Dez 20]. Available from: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
2. Mohideen K, Krithika C, Jeddy N, Balakrishnan T, Bharathi R, Sankari SL. A Meta-analysis of Oral Squamous Cell Carcinoma in Young Adults with a Comparison to the Older Group Patients (2014-2019). *Contemp Clin Dent*. 2021;12(3):213-221. https://doi.org/10.4103/ccd.ccd_466_20
3. Farhat MC, Dyalram D, Ord RA, Lubek JE. Oral squamous cell carcinoma in patients aged 45 and younger: Prognosis, survival, and quality of life. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2022;133(5):518-525. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2021.08.023>
4. Tran Q, Maddineni S, Arnaud EH, Divi V, Megwalu UC, Topf MC et al. Oral cavity cancer in young, non-smoking, and non-drinking patients: A contemporary review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2023; 190:104112. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2023.104112>
5. Amorim MM, Pires ALPV, Assis ALMS, da Silva CAL, dos Santos JN, Freitas VS. Survival of young and elderly adults with oral squamous cell carcinoma in a population in northeastern Brazil. *Braz J Oral Sci*. 2023;22(00):e230008. <https://doi.org/10.20396/bjos.v22i00.8670008>
6. Gilligan G, Morelato R, Criscuolo MI, Zapata M, Belardinelli P, Bolesina N, et al. Clinical and epidemiological profile of oral squamous cell carcinoma in young adults: a multicentric

- study in Argentina. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2025;140(5):544-557. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2025.06.012>
7. Batistella EÂ, Gondak R, Rivero ERC, Warnakulasuriya S, Guerra E, Porporatti AL, et al. Comparison of tobacco and alcohol consumption in young and older patients with oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2022;26(12):6855-6869. <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04719-z>
 8. Kaminagakura E, Tango RN, Cruz-Perez D, Bonan R, Yamamoto de Almeida L, Almeida Lança ML, et al. Oral squamous cell carcinoma outcome in adolescent/young adult: Systematic review and meta-analysis. *Head Neck.* 2022;44(2):548-561. <https://doi.org/10.1002/hed.26940>
 9. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people-a comprehensive literature review. *Oral Oncol.* 2001;37(5):401-18. [https://doi.org/10.1016/s1368-8375\(00\)00135-4](https://doi.org/10.1016/s1368-8375(00)00135-4)
 10. Mesquita JA, Cavalvanti AL, Nonaka CF, Godoy GP, Alves PM. Clinical and histopathological evidence of oral squamous cell carcinoma in young patients: systematized review. *J Bras Patol Med Lab.* 2014;50(1):67-74. <https://doi.org/10.1590/S1676-24442014000100010>
 11. Sampaio AD, Pinhão ED, Soares FF, Correa GT. Profile of young patient with mouth cancer: integrative review. *Res Soc Dev.* 2022;11(8):e29511830934. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30934>
 12. Ribeiro AC, Silva AR, Simonato LE, Salzedas LM, Sundefeld ML, Soubhia AM. Clinical and histopathological analysis of oral squamous cell carcinoma in young people: a descriptive study in Brazilians. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2009;47(2):95-8. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2008.05.004>
 13. Szewczyk M, Pazdrowski J, Golusiński P, Więckowska B, Golusiński W. Oral cancer in young adults: should we approach these patients differently? *Front Oncol.* 2024; 14:1297752. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1297752>
 14. Al-Jamaei AAH, van Dijk BAC, Helder MN, Forouzanfar T, Leemans CR, de Visscher JGAM. A population-based study of the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in the Netherlands 1989-2018, with emphasis on young adults. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2022;51(1):18-26. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2021.03.006>
 15. Cariati P, Cabello-Serrano A, Perez-de Perceval-Tara M, Monsalve-Iglesias F, Martínez-Lara I. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in young adults: A retrospective study in Granada University Hospital. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(6):e679-e685. <https://doi.org/10.4317/medoral.21755>
 16. Alohali AM, Ababtain RA, Binahmed AA. Can Squamous cell carcinoma affect young healthy adults? Case report of oral squamous cell carcinoma of the tongue in 19-year-old female. *Oral Health Care.* 2017; 2:1-3. <https://doi.org/10.15761/OHC.1000107>
 17. Curioso PA, Correia-Neto IJ, Souza LL, Santos ED, Vargas PA, Santos-Silva AR, et al. Clinicopathologic characteristics of young patients with lip squamous cell carcinoma: a retrospective study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2024;29(6):e791-e796. <https://doi.org/10.4317/medoral.26740>
 18. Dai R, Zhang Y, Zou H, Li H, Zhang S. Increased burden of lip, oral, and pharyngeal cancer in adolescents and young adults from 1990 to 2021. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):758. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06166-0>
 19. Pires FR, Ramos AB, Oliveira JB, et al. Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single oral pathology service during an 8-year period. *J Appl Oral Sci.* 2013;21(5):460-7. <https://doi.org/10.1590/1679-775720130317>
 20. Conceição LD, Magrin T, Gomes AP, de Araújo LM. Retrospective study in tongue biopsies - epidemiologic aspects. *RFO.* 2010;15(1). Available from: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000100003

21. Torabi M, Afshar MK, Afshar HM, Mohammazadeh I. Correlation between clinical and histopathologic diagnosis of oral potentially malignant disorder and oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2021;21:e0143. <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.068>
22. Galvão RCK, Belato NG. Carcinoma espinocelular da cavidade oral: uma revisão da literatura. *BJSCR*. 2025;50(1):59-62. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20250305_124740.pdf
23. Ferreira e Costa R, Leão MLB, Sant'Ana MSP, Mesquita RA, Gomez RS, Santos-Silva AR, et al. Oral Squamous Cell Carcinoma Frequency in Young Patients from Referral Centers Around the World. *Head Neck Pathol*. 2022;16(3):755-762. <https://doi.org/10.1007/s12105-022-01503-z>
24. Ur Rahaman SM, Ahmed Mujib B. Histopathological correlation of oral squamous cell carcinoma among younger and older patients. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2014;18(2):183-8. <https://doi.org/10.4103/0973-029X.140734>

Contribuições dos autores: MGLR: Conceitualização, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Visualização, Redação do Rascunho Original. JFLC: Administração do Projeto, Recursos, Supervisão, Redação – Revisão e Edição. STC: Análise Formal, Validação, Visualização, Redação do Rascunho Original. TMOF: Validação, Visualização, Redação do Rascunho Original. EJAC: Conceitualização, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Recursos, Supervisão, Redação – Revisão e Edição.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse de natureza pessoal, comercial, acadêmica ou financeira relacionados a este manuscrito.

Financiamento: Não houve financiamento específico para a realização deste estudo.

Disponibilidade de dados: Os dados que sustentam os achados deste estudo estão disponíveis mediante solicitação ao autor correspondente, respeitadas as restrições éticas e legais.

Uso de IA generativa: Os autores declaram que não houve uso de IA generativa no manuscrito.