

CARCINOMA DE LÁBIO COM PROGNÓSTICO SOMBRIO DEVIDO CONDUITA MÉDICA INADEQUADA

LIP CARCINOMA WITH UNFAVORABLE PROGNOSTIC DUE INADEQUATE MEDICAL CONDUCT

Rosângela Conceição Miotti de Souza **AGUIAR***

Kennia Scapin **VIOLA****

Mariane Herrera **ALCALÁ****

Eni Vaz Franco Lima de **CASTRO*****

Henrique José Baldo de **TOLEDO*****

Alvimar Lima de **CASTRO******

RESUMO

O carcinoma de células escamosas é o que mais ocorre entre os cânceres de boca, estimando-se sua incidência em mais de 90%. Como importante fator prognóstico concorrem o diagnóstico precoce e a imediata instituição do tratamento, que pode envolver quimio/radioterapia além da cirurgia. As lesões iniciais não oferecem grandes dificuldades diagnósticas e atualmente exames complementares de laboratório definem o diagnóstico prontamente. No presente relato, a conduta médica inicial deixou a desejar, com interpretação incompleta do resultado laboratorial e adoção de conduta terapêutica inadequada, o que resultou em evolução constante da lesão. Com essa história médica pregressa é que a paciente se apresentou à consulta, após seis meses do primeiro atendimento realizado em outro centro. Ao exame físico, observou-se lesão ulcerada infiltrativa no lábio inferior, com acentuada perda de tecido superficialmente. A paciente acusava dor espontânea e fazia uso de uma pomada, receitada há seis meses por ocasião do primeiro atendimento. Como conduta diagnóstica foi indicada a realização de citologia esfoliativa e biópsia, definindo-se o diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas. A paciente foi imediatamente encaminhada ao serviço médico de seu município para gerenciamento do tratamento oncológico especializado. A paciente foi submetida a cirurgia seguida de radioterapia, constatando-se envolvimento de outras estruturas por contigüidade. Atualmente, a paciente se encontra acamada, sem perspectivas viáveis de cura. O presente relato enfatiza a importância do conhecimento clínico e responsabilidade profissional no manuseio de casos dessa natureza.

UNITERMOS : Carcinoma de células escamosas, Diagnóstico precoce.

INTRODUÇÃO

O termo câncer de boca engloba um conjunto de neoplasias em suas mais variadas etiologias e aspectos histopatológicos, sendo que o carcinoma escamoso corresponde a mais de 90% dos casos^{17,21}.

O carcinoma escamoso, também chamado espinocelular ou epidermóide é um tumor maligno que surge a partir da camada basal do epitélio de revestimento e seu aspecto histopatológico se caracteriza pela formação de ilhas e cordões celulares que lembram a morfologia das células da camada espinhosa do epitélio. Com etiologia multifatorial, há evidências que fatores estimuladores como luz solar, imunodeficiência, fumo e hereditariedade sejam decisivos na oncogênese, além de fatores co-

carcinógenos, também chamados moduladores, como deficiência nutricional, infecções, traumatismos e álcool^{17,19}. A lesão típica de carcinoma espinocelular tende a assumir um aspecto proliferativo ou de uma ulceração endurecida, assintomática, com bordas elevadas e que não cicatrizam, podendo também se desenvolver a partir de lesões já existentes como leucoplasias, eritroplasias e eritroleucoplasias.

A incidência do câncer de boca tem sido crescente nas últimas décadas com maior incidência entre fumantes, acompanhando o aumento no consumo de tabaco e álcool, que tem sido constatado principalmente entre mulheres⁷. No Brasil, é considerado problema de saúde pública^{4,15,16} e seu diagnóstico inclui o exame cuidadoso das mucosas

* Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Área de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp

** Graduandas do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas da Fundação de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul – Funec

***Professores Assistentes Doutores da Disciplina de Estomatologia do Curso de Odontologia das Faculdades Integradas da Fundação de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul – Funec

**** Professor Titular de Estomatologia da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba – Unesp

orais e das vias aerodigestivas superiores, permitindo a determinação de lesões suspeitas, que devem ser submetidas a biópsia prévia ao tratamento³. São também importantes outros sinais e sintomas como dificuldade em falar, mastigar, engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenopatia cervical⁶.

De acordo com Myers et al.¹⁸, Kowalski et al.¹¹, e Massano et al.¹⁴, o tratamento deve ser adequado às necessidades de cada caso, tendo-se por base os resultados esperados de tempo e qualidade de sobrevivida. Nesse processo, cada vez mais o paciente tem participado da decisão terapêutica após esclarecimento dos riscos e benefícios de cada uma das alternativas de tratamento, sendo que a escolha do método de tratamento depende das expectativas do paciente e dos resultados funcionais que podem ser alcançados. A cirurgia é considerada como o procedimento mais importante, especialmente nas lesões incipientes. Como esses tumores são quimio e radiosensíveis, tanto a quimioterapia como a radioterapia podem ser associadas à cirurgia. A radioterapia, apesar de oferecer bons resultados, pode gerar complicações importantes como xerostomia, cáries de radiação e osteorradionecrose.

O tratamento tem por objetivo erradicar o tumor, preservar ou restaurar forma e função, e prevenir desenvolvimento de novo tumor primário. As modalidades de tratamento disponíveis atualmente são cirurgia, radioterapia, quimioterapia, tratamentos combinados e estratégias de prevenção incluindo estilo de vida e quimioprevenção. A sobrevivida do paciente com carcinoma espinocelular varia conforme a localização topográfica primária, sendo que as recidivas ocorrem principalmente nos primeiros 2 a 3 anos^{6,13,14}.

As recidivas são as causas mais comuns de falha no tratamento inicial e ocorrem em torno de 40% a 50% dos pacientes tratados inicialmente com cirurgia com intenção curativa quando nos estágios clínicos mais avançados. As recidivas com envolvimento de região cervical têm melhores resultados por meio do resgate cirúrgico em pescoço clinicamente negativo na apresentação inicial e não submetidos a um esvaziamento cervical, sendo consenso na literatura de que o sucesso da cirurgia de resgate em pescoço previamente submetido a esvaziamento cervical ainda é reservado^{1,11}.

O presente relato aborda um caso de carcinoma escamoso de lábio inferior cujo diagnóstico foi atrasado em seis meses por negligência médica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 84 anos, tabagista e etilista há mais de 40 anos, apresentou-se ao serviço queixando-se de uma ferida em lábio inferior com desenvolvimento há mais de um ano.



FIGURA 1 – Lesão ulcerada em lábio inferior com perda de tecido no vermelhão

Relatou ter realizado uma biópsia nessa região há seis meses, fazendo uso de uma pomada cicatrizante desde então.

Ao exame físico se observou úlcera com extensão aproximada de 2 cm, base endurecida, bordas evertidas e dor constante. No vermelhão do lábio, havia significativa perda de tecido, em forma de V.

A conduta atual adotada foi a realização de uma biópsia incisiva, obtendo-se o diagnóstico histopatológico de carcinoma escamoso, o qual já comprometia uma das bordas laterais e borda profunda da amostra.

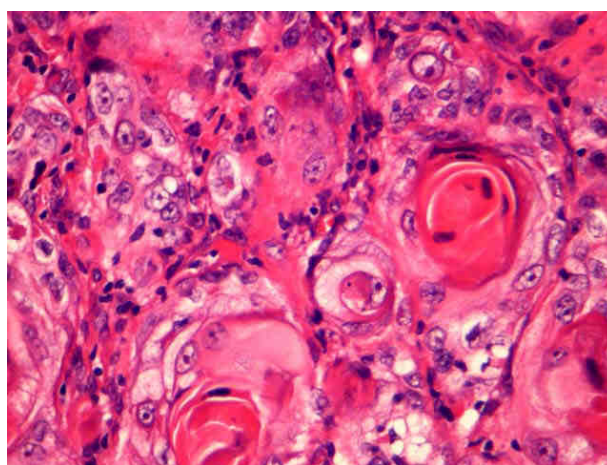


FIGURA 2 – Atipias celulares e ceratinização concêntrica (HE 400X)

A paciente foi encaminhada ao serviço médico de seu município para gerenciamento do tratamento oncológico especializado, que optou por enviá-la ao Hospital de Câncer de Barretos/SP, onde a paciente foi submetida a cirurgia seguida de radioterapia. Durante o tratamento, foi retirado o quadrante inferior direito do lábio e uma raspagem óssea na mandíbula, constatando-se envolvimento de outras estruturas por contigüidade. Após a cirurgia, a paciente foi submetida a 30 sessões de radioterapia. Atualmente, encontra-se acamada, sem perspectivas viáveis de cura.

DISCUSSÃO

De acordo com a documentação apresentada pela paciente, a lesão teve seu início há aproximadamente um ano, em forma de uma pequena ferida indolor no lábio inferior do lado direito. Nesta época, procurou o Serviço de Saúde de sua cidade, que a encaminhou a uma das unidades regionais do AME (Ambulatório Médico de Especialidades), onde foi realizada biópsia de três fragmentos medindo 0,1 cm de diâmetro cada. O diagnóstico obtido foi “hiperplasia do epitélio com células de núcleo hiper Cromático. Sugere-se análise imunoistoquímica para confirmação do diagnóstico”. O médico clínico, segundo a paciente e seus familiares, descartou a necessidade de outro exame, prescrevendo pomada à base de corticóide para aplicação contínua até o desaparecimento da úlcera, o que não ocorreu.

Partindo-se da premissa que o primeiro tratamento tumoral a ser instituído é o que apresenta maior chance de sucesso, é de se considerar que o atendimento clínico anterior ao nosso tenha sido ineficaz, pois, diante de uma evidência histológica de hiper Cromatismo nuclear, é de se considerar a possibilidade de um diagnóstico tumoral, apesar de bordas de úlcera apresentarem também essa imagem. Somando-se o fato de não serem realizadas consultas de retorno, a lesão inicial evoluiu espontaneamente até o estágio atual, com grave perda tecidual na área de vermelhão labial, como se vê na Figura 1.

Para o tratamento dessas lesões, tanto a cirurgia quanto a radioterapia oferecem bons resultados e sua indicação vai depender da localização do tumor e das alterações funcionais provocadas pelo próprio tratamento⁹, tendo-se que quanto mais precocemente se diagnosticar o tumor e se instituir a terapêutica, melhor será o prognóstico.

Com relação ao diagnóstico precoce, pode haver certa dificuldade quando a sintomatologia se mostrar adversa, assim, como na paciente relatada, os principais sintomas são o aparecimento de feridas na boca que não cicatrizam em uma semana, ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não) e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal. Dificuldade para falar, mastigar e engolir, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenopatia cervical^{16,9}. O diagnóstico precoce pode também ser dificultado pelo fato de que as lesões iniciais são em geral assintomáticas, ou pelo fato de alguns dos sintomas serem vagos e semelhantes aos de outras doenças, o que não é valorizado pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde, o que sugere falta de conhecimento da patologia e acarreta deficiência na procura de atendimento médico por parte do paciente. Manobra de grande valor é a realização de auto-exame, onde o próprio paciente pode visualizar diretamente alterações suspeitas, principalmente nos estágios iniciais, facilitando o diagnóstico precoce. No entanto, na maioria dos casos, o diagnóstico é

feito tardiamente, complicando o tratamento e gerando pior prognóstico^{2,10}.

Uma lesão, mesmo que superficial, deve ser avaliada levando-se em conta seu aparecimento, a localização, sensações dolorosas, o aparecimento simultâneo de outras lesões do tipo pelo corpo além dos fatores de risco para o desenvolvimento desse tipo de lesão. No presente relato, a paciente era tabagista e etilista além de ter uma higiene bucal precária, o que são dados importantes a serem obtidos durante a anamnese e exame físico^{9,20}.

Com relação à etiologia, embora diversos trabalhos considerem o álcool como fator determinante na oncogênese, não há evidências científicas de seu envolvimento. Apesar da existência de vários fatores de risco, o tabagismo, por si só é considerado o principal na etiologia do câncer em qualquer idade, pois a exposição contínua do calor da ponta do cigarro potencializa o estímulo sobre a mucosa oral, o que demonstra a relevância do presente relato, já que a paciente tinha como vício o uso diário de cachimbo em quantidade elevada. Essas observações estão de acordo com os resultados das frequências dos riscos relativos de pacientes fumantes encontrados por Franco et al.⁸, que observaram incidência significativamente maior em usuários de cachimbo, seguida do cigarro de palha e cigarro industrializado.

Pelo presente relato, ficou claro que se a paciente tivesse recebido atenção e cuidados necessários por parte do profissional clínico de saúde, estariam aumentadas as possibilidades de um diagnóstico precoce favorecendo o bom prognóstico, obtendo-se melhores resultados nos tratamentos e se descartando a necessidade de procedimentos mais invasivos e desgastantes. Quanto às implicações legais, embora especialidades como cirurgia plástica estética, anatomia patológica, anesthesiologia e radiologia sejam enquadradas com jurisprudência nos tribunais brasileiros, as responsabilidades relativas ao profissional clínico ainda são carentes de medidas regulamentadoras²². Como bem considerado por Carvalho et al.⁵, o erro médico pode ser consequência de uma série de situações, mas não há dúvida que o estabelecimento da boa relação médico-paciente evite sua ocorrência e a grande maioria de processos judiciais. Assim, faz parte da profilaxia do erro profissional saber ouvir e conversar com o doente, entender suas expectativas em relação à doença e estabelecer com ele não apenas um simples contrato, mas um elo de amizade e confiança.

Aos moldes do trabalho de Lima et al.¹², que buscou entre universitários o nível de conhecimento sobre o câncer e suas implicações, talvez fosse de valor esse “feed back” também entre os profissionais da área de Ciências da Saúde, no sentido contributivo de se manter o conhecimento mínimo necessário ao adequado desempenho dessas atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelas informações disponíveis e características do caso relatado, pode-se concluir que o aumento da incidência dessa patologia em mulheres nos últimos anos é fato, e que um dos fatores inegavelmente comprometido na disseminação entre elas seja o hábito de fumar. Os exames laboratoriais são de significativa importância para a definição do diagnóstico, desde que bem solicitados e adequadamente interpretados. Como nem sempre está presente uma imagem microscópica típica da doença, é praxe o patologista emitir um laudo descritivo, na tentativa de proporcionar ao clínico evidências que, embora isoladas, possam contribuir na tomada de decisões futuras, como a indicação de outros exames ou encaminhamento do paciente para outros centros. No presente relato, podemos afirmar que o clínico negligenciou por não atender a sugestão do patologista, pois, com um laudo evidenciando presença de hiperchromatismo nuclear e com a sugestão de se realizar imunoistoquímica, fica claro que o diagnóstico final não foi obtido e que uma evolução desfavorável poderia ocorrer.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a preciosa colaboração do Dr. Luiz Alberto Veronese, pela realização do laudo histopatológico.

ABSTRACT

The Squamous Cell Carcinoma is what more happens among the oral cancers, being considered sweats incidence in more than 90%. As important prognostic factor competes the early diagnosis and the immediate institution of the treatment, that it can involve radiotherapy and chemotherapy besides the surgery. The initial lesions don't offer great diagnostic difficulties and now complemental laboratory exams define the diagnosis quickly, In the present report, the initial medical conduct was inadequate, with incomplete interpretation of the laboratorial result and adoption of inadequate therapeutic conduct, what resulted in constant evolution of the lesion. The patient came to the consultation with that medical history, after six months of the first attendance accomplished in another center. To the physical exam, infiltrative ulcerated lesion was observed in the lower lip, with having accentuated tissue loss superficially. The patient accused spontaneous pain and she did use an ointment, recommended six months ago for occasion of the first attendance. As diagnostic conduct was indicated the accomplishment of cytology and biopsy, being defined the diagnosis of Squamous Cell Carcinoma. The patient was immediately guided to the medical service of its municipal district for manegement of the specialized oncologic treatment. The patient was submitted the surgery followed by radiotherapy, being verified involvement of another

structures by contiguity. Now, the patient meets abed, without viable perspectives of cure. The present report emphasizes the importance of the clinical knowledge and professional responsibility in attendance of cases of that nature.

UNITERMS: *Squamous cell carcinoma, Early diagnosis.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Amar A, Rapoport A. Recidivas regionais nos pacientes com carcinoma epidermóide das vias aerodigestivas superiores submetidos a esvaziamento cervical. Rev Col Bras Cir. 2003; 30:128-33.
- 2 - Anneroth G, Batsakis JG, Luna M. Malignancy grading of squamous cell carcinoma in the floor of the mouth related to clinical evaluation. Scand J Dent Res. 1986; 94: 347-58.
- 3 - Bell RB, Kademani D, Homer L, Dierks EJ, Potter BE. Tongue cancer: is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity? J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65: 229-3.
- 4 - Brinkman MN, Wong DTW. Disease mechanism and biomarkers of oral squamous cell carcinoma. Curr Opin Oncol. 2006; 18:228-33.
- 5 - Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS, et al. Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor. Rev. Ciênc. Méd. 2006; 15: 539-46.
- 6 - Chandu A, Adams G, Smith ACH. Factors affecting survival in patients with oral cancer: an Australian perspective. Int J Oral Mxillofac Surg. 2005; 34:514-20.
- 7 - Costa E, Silva VL, Koifman S. Smoking in Latin America: a major public health problem. Cad Saúde Pública. 1998; 14: 99-108.
- 8 - Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. Int. J. Cancer. 1989; 43: 992-1000.
- 9 - Instituto Nacional de Câncer - INCA. Câncer de boca: tratamento. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/>>. 2011>. Acesso em: 9 dez. 2011
- 10 - Kowalski LP, Franco EL, Torloni H, Fava AS, Andrade Sobrinho J, Ramos G, et al. Lateness of diagnosis of oral and oropharyngeal carcinoma: factors related to the tumor, the patients and health factors. Oral Oncol Eur J Cancer. 1994; 30:167-73.
- 11 - Kowalski LP. Results of salvage treatment of the neck in patients with oral cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128: 58-62.

- 12 - Lima ADS, França BHS, Ignácio AS, Baioni CS. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. *Rev Bras Cancerol.* 2005; 51: 283-8.
- 13 - Martins MAT, Marques FGO, Pavesi VCS, Romão MMA, Lascale CA, Martin MD. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008; 37: 191-7.
- 14 - Massano J, Regateiro FS, Januário G, Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006; 102: 67-76.
- 15 - Mcdowell JD. An Overview of Epidemiology and Common Risk Factors for Oral Squamous Cell Carcinoma. *Otolaryngol Clin NAm.* 2006; 29: 277-94.
- 16 - Mcleod NMH, Saeed NR, Ali EA. Oral cancer: delays in referral and diagnosis persist. *Br Dent J.* 2005; 198: 681-4.
- 17 - Monti LM, França DCC, Castro AL, Soubhia AMP, Aguiar SMHC. Carcinoma escamoso oral: análise retrospectiva de 185 casos. *Rev Odontol Araçatuba.* 2010; 31: 34-7.
- 18 - Myers JN, Elkins T, Roberts D, Byers RM. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. *Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2000; 122: 44-51.
- 19 - Oliveira LR, Ribeiro Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab.* 2006; 42: 85-92.
- 20 - Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of eighteen majors cancers in 1985. *Int J Cancer.* 1993; 54: 594-606.
- 21 - Teixeira AKM, Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, Almeida PC. Carcinoma espinocelular da cavidade bucal: um estudo epidemiológico na santa casa de misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerol.* 2009; 55: 229-36.
- 22 - Timi JRB, Mercer PG. Responsabilidade civil do médico e processo civil. *J Vasc Br.* 2003; 2: 248-52.

Endereço para correspondência:

Alvimar Lima de Castro
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP
alvimar@foa.unesp.br