

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE GRANDES DIMENSÕES

MOUS CELL CARCINOMA OF LARGE DIMENSIONS

Ellen Cristina **GAETTI-JARDIM**¹
Cassiano Costa Silva **PEREIRA**²
Fernando Pozzi Semeghini **GUASTALDI**³
Elio Hitoshi **SHINOHARA**⁴
Idelmo Rangel **GARCIA JUNIOR**⁵
Elerson **GAETTI JARDIM JUNIOR**⁶

RESUMO

O câncer de boca e orofaringe é de comportamento agressivo e, no Brasil, a incidência é considerada uma das mais altas do mundo, sendo o mais comum da região de cabeça e pescoço. Acomete o gênero masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são em indivíduos acima dos 50 anos de idade. Localiza-se, geralmente, em assoalho da boca e língua. Diante disso, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de paciente do gênero masculino, 78 anos de idade, leucoderma que procurou atendimento hospitalar. Relatou fumo e alcoolismo freqüente. No exame físico extrabucal, verificou-se a presença de nódulo linfático fixo, indolor de 1,5 a 2cm de diâmetro em região submandibular. Ao exame físico intrabucal constatou-se lesão ulcerada com cerca de 5 cm em sua maior extensão, localizada de assoalho bucal esquerdo até a região de orofaringe, coloração avermelhada, bordas endurecidas, superfície corrugada e base cartonada. O diagnóstico diferencial sugerido foi úlcera traumática, paracoccidiodomicose e carcinoma de células escamosas. A conduta realizada foi biópsia incisional e a peça obtida enviada à análise histopatológica, confirmando se tratar de carcinoma de células escamosas. O tratamento consistiu no esclarecimento do paciente a cerca da doença e da necessidade de procura por um centro de oncologia. Conclui-se que o exame clínico bucal acurado é importante em todas as lesões em boca, mesmo que a queixa principal não se concentre nesta. Nos indivíduos de maior risco o exame deve ser sistemático e indivíduos com lesões suspeitas devem ser encaminhados à consulta especializada.

UNITERMOS: Patologia; diagnóstico; carcinoma de células escamosas.

INTRODUÇÃO

Câncer de cabeça e pescoço é representado na sua imensa maioria por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma de células escamosas ou também conhecido com carcinoma espinocelular (CEC) que acometem as vias aerodigestivas superiores. Trata-se de doenças neoplásicas das mais freqüentes no Brasil. O tratamento destas neoplasias é complexo, de caráter multidisciplinar e multimodal. As taxas de controle local e de sobrevida aumentaram com tratamentos loco-regionais

avançados nos últimos 30 anos, porém, não mudaram significativamente mais recentemente.

O câncer de boca e orofaringe está relacionado principalmente ao tabagismo e etilismo. Ambos acometem principalmente indivíduos do sexo masculino e acima de 50 anos. Mais de 90% dos casos constituem-se do CEC. O comportamento é bastante agressivo, apresentando metástase cervical precoce e, com freqüência, contra-lateral, já que, sobretudo em orofaringe, os linfáticos cruzam a linha média.

¹Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

²Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

³Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

⁴Professor Doutor da Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

⁵Professor Adj. do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

⁶Professor Adj. do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Não há um agente carcinogênico isolado, mas sim uma somatória de agentes associada à predisposição do indivíduo. O fumo, devido aos seus compostos carcinogênicos como o alcatrão e a nicotina, aumenta em duas vezes o risco de se desenvolver tal neoplasia³. Não há um estudo comprovando que o álcool seja etiologia do CEC, porém o etanol associado aos componentes do fumo eleva em 141 vezes a possibilidade de se adquirir essa patologia^{1,9}. A radiação, problemas nutricionais como a deficiência de ferro na Síndrome de Paterson-Kelly e avitaminoses A, B e C, exposição à luz ultravioleta, presença de oncogenes e a inibição dos genes supressores de tumor como o p53 são outros fatores que podem ocasionar o aparecimento da lesão.

Trata-se de doenças neoplásicas das mais frequentes no Brasil⁵, sendo que mais de 80% dos cânceres de boca são CEC. A prevalência é na raça branca, gênero masculino, na faixa etária de 50 a 60 anos¹³. A localização mais comum é na língua e assoalho bucal. A etiopatogenia consiste no fato de que múltiplos agentes carcinogênicos atuando sobre o epitélio normal geram displasia, a qual se caracteriza pela presença de atipias celulares e na perda da estratificação normal desse tecido¹⁴.

O aspecto clínico do CEC de mucosa oral parece não apresentar características distintas qualquer que seja a idade do paciente. Pode-se apresentar como uma lesão exofítica ou endofítica, ou até mesmo num estágio mais inicial se caracterizando como uma lesão leucoplásica, eritoplásica ou eritroleucoplásica. Porém, há evidências clínicas que auxiliam no diagnóstico do carcinoma de células escamosas, tais quando há lesões que não cicatrizam espontaneamente em 15 dias, de base cartonada, lesões ulceradas de bordas evertidas e endurecidas, com ausência de halo eritematoso e indolores no início.

O sistema de estadiamento clínico de tumores TNM tem sido a classificação adotada para caracterizar os tumores, propor a terapia mais adequada e estimar a sobrevida dos pacientes. As informações obtidas através dos exames clínico e de imagem são utilizadas para estabelecer o estágio clínico (cTNM) e, caso o paciente seja submetido à cirurgia, determina-se o estágio patológico (pTNM) mediante o exame histopatológico do tumor e dos linfonodos regionais². Entretanto tumores clinicamente precoces, mesmo tratados adequadamente, podem causar a morte do paciente. Assim, classificações histopatológicas para esses carcinomas de cavidade oral surgiram na tentativa de explicar o comportamento biológico discrepante dos tumores. Broders, em 1920, propôs uma gradação histopatológica baseada no grau de diferenciação celular¹².

Muitos investigadores reportaram fatores histológicos como sendo relacionados ao prognóstico dos pacientes com câncer. O modo de invasão do

carcinoma espinocelular é definido em quatro grupos 1. O grau 1 apresenta limites bem definidos, o grau 2 possui limites menos marcados e o grau 3 apresenta grupos celulares sem limite distinto. No grau 4, o crescimento é difuso e pode-se dividi-lo em crescimento em cordões (grau 4C) e tipo difuso (grau 4D)². Os parâmetros histológicos concernentes à relação tumor-hospedeiro do carcinoma de células escamosas são considerados como importantes na predição de futuras metástases para linfonodos regionais e no prognóstico¹²

O presente estudo e o relato de caso enfatizarão a importância do profissional, sobretudo da área odontológica, em realizar com eficiência o atendimento inicial para reconhecimento adequado e preciso dessas lesões, para que se possa estabelecer o diagnóstico.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 78 anos de idade, apresentou-se ao atendimento hospitalar, queixando-se de lesão no assoalho bucal esquerdo, sem tempo de evolução definido, mostrando-se indolor, mas com impossibilidade de alimentação adequada. O paciente relatou ser tabagista e etilista, e na sua história familiar já havia ocorrido o aparecimento de câncer.

Ao exame físico extrabucal, verificou-se a presença de nódulo linfático fixo, indolor de cerca de 1,5 a 2cm de diâmetro em região submandibular esquerda (Figura 1). Ao exame físico intrabucal constatou-se lesão ulcerada com cerca de 5 cm em sua maior extensão, localizada desde o assoalho bucal esquerdo, mucosa jugal, até a região de orofaringe, coloração avermelhada, bordas endurecidas, superfície corrugada e base cartonada. O diagnóstico diferencial sugerido foi úlcera traumática, paracoccidiodomicose e CEC (Figura 2) corroborado com as características hiperatenuantes encontradas na tomografia computadorizada janelada para tecidos moles (Figura3).

A conduta realizada foi biópsia incisional e a peça obtida enviada à análise histopatológica, confirmando se tratar de Carcinoma Espinocelular apresentando figuras de mitose, pérolas córneas bem como hiper cromasia nuclear (Figura 4).

Com o intuito de facilitar o prognóstico, analisou-se a lesão e concluiu-se que esta apresentava Estadiamento T₂N₁M₀, visto que o tumor possuía 4 cm de diâmetro, único nódulo ipsilateral clinicamente positivo e sem evidência de metástase.

O paciente foi encaminhado a um centro de Ocologia Bucal especializado, a fim de promover uma terapêutica cirúrgica para ressecção do tumor bem como esvaziamento ganglionar cervical do linfonodo acometido.



FIGURA 1-Vista frontal do paciente.

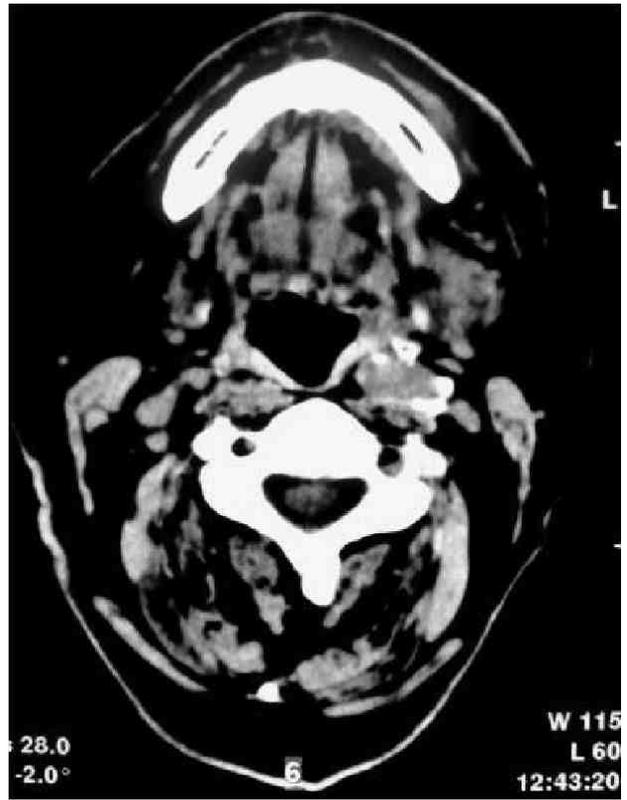


FIGURA 3- Tomografia computadorizada janela para tecidos moles evidenciando lesão hiperatenuante em hemiface esquerda.



FIGURA 2- Exame clínico intra-bucal.

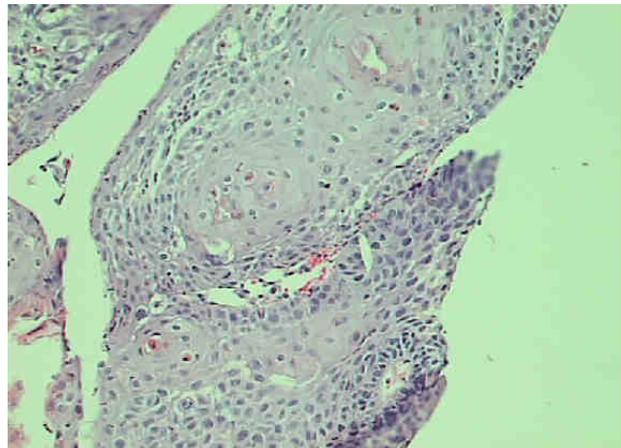


FIGURA 4- Histopatológico coloração HE- aumento de 20X.

DISCUSSÃO

É sabido que o carcinoma de células escamosas da mucosa bucal é uma neoplasia maligna, visto predominantemente em pessoas de idade mais avançada e raramente em indivíduos jovens. O diagnóstico da doença em estágio avançado continua a ser uma situação comum e isto resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade⁹.

O estágio clínico inicial tem influência no tipo de tratamento da patologia, sobretudo em lesões da magnitude proliferativa do CEC. Tal patologia configura-se como o tipo histológico mais comum dos cânceres

que acometem a cavidade oral, correspondendo a cerca de 90% dos casos^{12,3}; tendo predileção pelo gênero masculino, com proporção homem:mulher de 8:1 na população abaixo de 60 anos e de 3:1 na população acima de 60 anos, ocorrendo mais nas 5^a e 6^a décadas de vida⁶. Está freqüentemente associado ao tabagismo, etilismo³ e a vírus oncogênicos como o HPV8. Língua e assoalho bucal representam os sítios anatômicos mais comuns do câncer intra-oral^{12,3}.

O caso clínico vem corroborar então, com os achados da literatura com forte predileção para homens, sendo que isso pode ser explicado, em parte, por maior exposição aos fatores de risco mais associados ao CEC principalmente o tabagismo e etilismo¹¹.

Embora muitos fatores de risco tenham sido postulados, o tabagismo, por si só, tem sido implicado como o principal fator de risco na etiologia para o câncer bucal, em qualquer idade⁷. Atualmente sabe-se que a quantidade de cigarros industrializados consumidos por um indivíduo se reflete diretamente numa maior probabilidade de desenvolvimento do câncer bucal⁴. Isto vem demonstrar a relevância do caso já que o paciente tinha como vício o uso de cigarros de palha em quantidade elevada, diariamente.

Outros fatores extremamente importantes no prognóstico da patologia, além da acurada anamnese que nos indicará os hábitos por vezes deletérios de nossos pacientes, é a demora em procurar atendimento, além da falta de treinamento dos profissionais em diagnosticar. No caso clínico apresentado, a lesão, de crescimento constante, permaneceu silenciosa na cavidade bucal do paciente a vários meses, o que é considerado um tempo extenso de desenvolvimento.

Isto nos leva a pensar na importância de protocolos de atendimento a pacientes portadores de lesões bucais, sobretudo no que tange a efeitos deletérios dos tratamentos destas patologias, como os inúmeros resultados clínicos encontrados pós-radioterapia de cabeça e pescoço. Hinerman et al.,⁶ observaram que, em pacientes irradiados submetidos a extrações dentárias, 26% apresentaram complicações moderadas, como exposição óssea, necrose de tecidos moles, fístulas, e 15% apresentaram complicações severas como a osteorradionecrose.

Dessa forma, foi observado que é de grande importância a participação do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar do tratamento oncológico e que a realização de avaliação odontológica criteriosa, em fases pré-radio e quimioterapia, é necessária para que se tenha um bom tratamento desses pacientes. Através dessa relação e posterior seguimento dos pacientes submetidos ao tratamento oncológico, o risco de infecções orais será reduzido, promovendo saúde bucal e uma melhor qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O exame clínico bucal acurado é importantíssimo em todas as consultas, mesmo que a queixa principal não seja esta. Nos indivíduos de maior risco o exame deve ser sistemático e, sobretudo naqueles com lesões suspeitas de malignidade, devem ser encaminhados a consulta especializada. Um diagnóstico primário é fundamental para uma melhor qualidade de vida de nossos pacientes. Para o diagnóstico é essencial a associação de exames complementares de imagem bem como laboratoriais

ABSTRACT

The oral and oropharyngeal cancer is aggressive and, in Brazil, the incidence is considered one of the world's tallest, the most common of head and neck. It affects males more intensively and 70% of cases are in adults over 50 years of age. It is located usually on the floor of the mouth and tongue. Therefore, the purpose of this study is to report a case of male patient, 78 years of age, leukoderma who sought hospital care. Reported frequent smoking and alcoholism. On physical examination headgear, there was the presence of lymph node fixed, painless 1.5 to 2 cm in diameter in the submandibular region. Physical examination intraoral ulcer was found at about 5 cm at its greatest extent, localized to the left oral floor region of the oropharynx, reddish, hardened edges, surface and bottom corrugated carton. The differential diagnosis suggested was traumatic ulcer, paracoccidioidomycosis and squamous cell carcinoma. The approach employed was obtained by incisional biopsy and the piece sent to histopathological analysis, confirming the case of squamous cell carcinoma. The treatment consisted in clarifying the patient about the disease and the need to search for an oncology center. It is concluded that the oral clinical examination is accurate in all major injuries to mouth, even if the chief complaint does not focus on this. In individuals at high risk examination should be systematic and individuals with suspicious lesions should be referred to specialist consultation.

UNITERMS: Pathology; diagnosis; squamous cell carcinoma.

REFERÊNCIAS

1. Bundgaard T, Bentzen SM, Wildt J. The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intra-oral squamous cell carcinoma. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994; 30B: 323-8.
2. Costa ALL, Araújo Júnior RF, Ramos CCF. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005; 71: 181-7.

3. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma de células escamosas de boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004; 70: 35-40.
4. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observation on male British doctors. BMJ. 2004; 328: 1519-27.
5. Franco EL, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP, Pereira RN, Silva ME, et al. factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. Int J Cancer. 1989; 43: 992-1000.
6. Hinerman RW, Mendenhall WM, Morris CG, Amdur RJ, Werning JW, Villaret DB. Postoperative irradiation for squamous cell carcinoma of the oral cavity: 35-year experience. Head Neck. 2006; 26: 984-94.
7. Iype EM, Pandey M, Mathew A, Thomas G, Nair MK. Squamous cell cancer of the buccal mucosa in young adults. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004; 42:185-9.
8. McDowell JC. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. Otolaryngol Clin North Am. 2006; 39: 277-94.
9. 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; 42:385-92.
10. Perussi MR, Denardin, OVP, Fava AS, Rapaport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2002; 48: 341-4.
11. Ramos DM, Stabenow E, Moyses RA, Brescia MEG, Santos SR, Lorencetti RRG et al. Análise crítica do tratamento atual para o carcinoma espinocelular precoce de língua oral e soalho com invasão perineural. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2008; 37(1): 37 - 43.
12. Scanavini Júnior RC, Martins AS, Tincani AJ. Fatores prognósticos do carcinoma de células escamosas cutâneo de cabeça e pescoço. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2007; 36: 226 -9.
13. Sugerman PB, Savage NW. Oral cancer in Australia: 1983-1996. Austr Dent J. 2002; 47: 45-56.
14. Veek EB, Ribas MO, Fontanella VRC, Lorandi CSA. Estudo epidemiológico dos carcinomas espinocelulares na cavidade bucal. Rev Odonto Ciência 1992; 7:25-34.

Endereço para correspondência

Idelmo Rangel Garcia Júnior
Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada
Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP
idelmo@foa.unesp.br