

Carcinoma espinocelular bucal de grande extensão – protocolo diagnóstico

Oral squamous cell carcinoma of great extent - protocol diagnosis

RESUMO

Introdução e revisão da literatura: o carcinoma espinocelular da cavidade bucal (CECB) corresponde à maior parte dos cânceres de boca, acometendo em maior escala indivíduos do sexo masculino, acima dos 45 anos de idade e que tenham o hábito do tabagismo e/ou etilismo. Um dos aspectos mais importantes acerca do CECB é seu diagnóstico precoce, o qual é melhor realizado por meio de biópsia incisional seguida de exame histopatológico.

Descrição do caso: o presente trabalho apresenta o caso clínico de uma lesão de CECB extensa em paciente do sexo masculino, leucoderma, com 54 anos de idade, agricultor, que teve seu diagnóstico realizado por meio de biópsia incisional e exame histopatológico, com posterior encaminhamento para tratamento médico.

Palavras-chave: Câncer Bucal; Carcinoma Espinocelular; Biópsia Incisional.

ABSTRACT

Introduction and literature review: squamous cell carcinoma of the oral cavity (SCCOC) corresponds to the majority of oral cancers, affecting to a greater extent among males above 45 years old and that have the habit of smoking and / or alcohol. One of the most important aspects about the SCCOC is early diagnosis, which is more appropriately performed by incisional biopsy followed by histopathological examination.

Case description: this paper presents a case study of a extensive SCCOC in a male patient, caucasian, with 54-year-old farmer, who had their diagnosis made by biopsy and histopathology, with subsequent referral to medical treatment.

Keywords: Oral Cancer; Oral Squamous Cell Carcinoma; Incisional Biopsy.

João Paulo De Carli*
Micheline Sandini Trentin**
Maria Salete Sandini Linden**
Ângelo José Gonçalves Bós***
Rejane Eliete Luz Pedro****
Soluete Oliveira da Silva**

*Aluno do curso de Doutorado em Estomatologia da PUCPR e do curso de Especialização em Prótese Dentária da UNICSUL. Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo - FOUPE.

**Professoras da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo - FOUPE.]

***Professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

****Aluna do curso de Doutorado em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Autor para correspondência:

João Paulo De Carli
Rua Bento Gonçalves, 967/204, Centro,
99010-010 Passo Fundo/RS
Fone: (54) 3311-4357
E-mail: joaoestomatologia@yahoo.com.br
Enviado: 7/10/2009.
Aceito: 2/3/2010.

INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular da cavidade bucal (CECB), também denominado carcinoma epidermóide, corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos de câncer de boca. A história natural do câncer da cavidade bucal tem início com a multiplicação celular mais rápida e descontrolada do que as células normais, onde inúmeros fatores ambientais e genéticos interagem durante um período de tempo variável. Sabe-se que o CECB é uma enfermidade que acomete uma parcela considerável da população brasileira e que se não for tratado precocemente leva o paciente a óbito¹.

O câncer da cavidade bucal está entre os dez tipos de neoplasias mais freqüentes na população brasileira, incluindo os carcinomas de orofaringe. Segundo o Instituto Nacional do Câncer², esse tipo de carcinoma é o quinto mais incidente em homens e o sétimo tipo de neoplasia mais incidente em mulheres. A incidência do câncer de boca tem sido crescente nas últimas décadas, acompanhando o aumento no consumo de tabaco e álcool³.

Clinicamente, o CECB pode assumir aspectos diferentes em seus estágios iniciais, podendo estar associado ou ser precedido por lesões cancerizáveis, em especial a leucoplasia⁴. As formas de apresentação clínicas mais encontradas são: vegetante, ulcerada, infiltrativa e nodular, sendo que o que ocorre habitualmente é a combinação de uma ou mais dessas características⁵. Krolls & Hoffman⁶ (1976) analisaram em seu estudo epidemiológico 14.253 casos de carcinoma espinocelular, tendo como regiões anatômicas mais acometidas pela enfermidade o lábio inferior (38%), língua (22%) e assoalho de boca (17%).

Torna-se fundamental no diagnóstico do câncer de boca o exame cuidadoso das mucosas da cavidade bucal e das vias aerodigestivas superiores, permitindo a determinação de lesões sincrônicas e metacrônicas. A confirmação diagnóstica somente é possível por meio da biópsia incisional prévia ao tratamento, devendo-se evitar investigações diagnósticas demoradas e onerosas que apenas retardam o início do tratamento⁷.

Neville *et al.*⁴ (2004) comentam que a sobrevivência frente ao câncer bucal depende do estágio do tumor. A taxa de sobrevivência de cinco anos livre de doença para CECB é de 76%, sendo diretamente relacionada à extensão da lesão, aumentando também a freqüência da ocorrência com o aumento da idade. O estadiamento clínico da lesão é o melhor indicador de prognóstico do paciente, sendo realizado pelo sistema TNM, onde: “T” significa extensão da lesão primária, “N” linfonodos envolvidos e “M” metástases distantes. Os vários aspectos de TNM são reunidos para que se determine o estágio apropriado (I, II, III, IV). Quanto maior a classificação do estágio, pior o prognóstico⁵. Quanto à sobrevida dos pacientes com câncer de boca, a mesma se encontra diretamente relacionada à extensão da doença, razão pela qual é importante intervir precocemente. Com

tudo isto, o presente trabalho apresenta um caso clínico de carcinoma espinocelular enfatizando o seu protocolo diagnóstico.

RELATO DO CASO

O presente trabalho apresenta um paciente do sexo masculino, leucoderma, com 54 anos de idade, agricultor, com queixa principal de “ferida na boca”. Durante a *anamnese* o paciente relatou ser tabagista e etilista há mais de 20 anos. Ao exame clínico da cavidade bucal foi detectada uma lesão ulcerada de bordos endurecidos e leito necrótico, de aproximadamente 5 cm na sua maior extensão, localizada em assoalho de boca e se estendendo para a face inferior da língua (Fig. 1). As próteses totais removidas (Fig. 2) apresentavam-se gastas, com muito tártaro aderido e estavam em uso há aproximadamente 15 anos.



Figura 1. Aspecto clínico da lesão em assoalho bucal e face inferior da língua.



Figura 2. Próteses totais utilizadas pelo paciente há mais de 15 anos.

Notou-se enfartamento ganglionar sublingual e submandibular significativo, com a presença de linfonodos endurecidos e fixos no tecido circunjacente. Não foi notado enfartamento ganglionar cervical.

Frente às informações descritas, chegou-se às hipóteses diagnósticas de carcinoma espinocelular e paracoccidiodomicose, pelo que decidiu-se realizar biópsia incisiva da lesão com posterior encaminhamento do espécime tecidual ao exame histopatológico (Fig. 3 a 5). O resultado da análise microscópica foi “carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado – grau II da Organização Mundial da Saúde”. Frente a este resultado, o paciente foi encaminhado para cirurgião de cabeça e pescoço a fim de realizar tratamento cirúrgico e radioterápico da lesão.

DISCUSSÃO

O câncer bucal no Brasil ainda afeta uma considerável parcela da população, principalmente as classes menos favorecidas². Os fatores de



Figura 3. Realização de biópsia incisional na lesão pela técnica da "pescaria".



Figura 4. Remoção dos espécimes teciduais em assoalho bucal e face inferior da língua.



Figura 5. Espécimes teciduais removidos.

risco que podem levar ao câncer de boca são: idade superior a 40 anos, tabagismo, etilismo, má higiene bucal e uso de próteses dentais mal adaptadas. Quando o paciente é fumante e alcoólatra ao mesmo tempo, os riscos de desenvolvimento de neoplasia maligna se tornam ainda maiores.

Estudo anterior⁸ relata um caso clínico de carcinoma epidermóide em paciente masculino com história de consumo de cigarro e álcool por mais de 20 anos, o que vem ao encontro do relato do presente caso clínico. Os achados clínicos

e histopatológicos mostram a estreita relação entre o consumo concomitante de fumo e álcool por um longo período de tempo, levando ao desenvolvimento do câncer bucal, verificado nestes dois casos clínicos. No caso ora apresentado foi proposta a hipótese diagnóstica de carcinoma espinocelular e para a confirmação deste diagnóstico clínico foi realizada biópsia incisional, cujo exame histopatológico confirmou o diagnóstico.

O indicador mais importante do prognóstico é o estágio clínico da doença⁹. Depois de ocorrida a metástase para os nodos cervicais, o índice de sobrevivência de 5 anos é reduzido pelo menos à metade. A sobrevivência geral de 5 anos para o CECB é de 45% a 50%. Se a neoplasia for pequena e localizada, o índice de cura de 5 anos pode chegar de 60 a 70% (nas lesões do lábio inferior, o índice pode chegar entre 80 e 90%). Entretanto, se existirem metástases cervicais por ocasião do diagnóstico, a sobrevivência cai vertiginosamente para cerca de 20%⁵. Sendo assim, o presente trabalho chama a atenção para a importância do exame minucioso dos linfonodos realizado pelo Cirurgião-dentista a fim de se determinar o prognóstico dos CECB.

CONCLUSÃO

- o carcinoma espinocelular da cavidade bucal, por vezes, assume extensões significativas e a realização de biópsia incisional seguida do exame histopatológico é imprescindível para que se encaminhe o paciente ao tratamento adequado. Chama-se também atenção para o exame de possível enfartamento ganglionar do paciente, o qual funciona como indicador de prognóstico para o CECB.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Registro hospitalar do câncer: dados dos hospitais do INCA relatório anual 1994/1998. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br>
2. Instituto Nacional do Câncer / Ministério da Saúde. Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2007. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br>
3. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerologia* 2005;51(3):227-34.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
5. Parise Júnior O. *Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos*. 1. ed. São Paulo: Sarvier; 2000.
6. Krolls SO, Hoffman S. Squamous cell carcinoma of the oral soft tissues: a statistical analysis of 14,253 cases by age, sex, and race of patients. *J Am Dent Assoc* 1976;92(3):571-4.
7. Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG. Projeto Diretrizes: Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de boca. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 30 de maio de 2001.
8. Santos PPA, Ribeiro BF, Medeiros AMC, Costa ALL, Souza LB. Câncer de língua em adulto jovem: forte associação entre tabaco e álcool. *Odontol Clin Cient* 2008;7(4):353-5.
9. Kowalski LP. Oral carcinoma: epidemiology, diagnosis and treatment. *Acta AWHO* 1991;10:128.