

CARCINOMA ESPINOCELULAR EM BORDA LATERAL DE LÍNGUA: RELATO DE CASO

ORAL CANCER SQUAMOUS CELLS CARINOMA IN VENTROLTERAL BORDER OF THE TONGUE: CASE REPORT

MATHEUS SANTOS MACHADO^{1*}, MATHEUS ALMEIDA BARBOSA², DAYANE ALINE DOS SANTOS¹, JULIANA MACHADO DA SILVA³, LUIZ FERNANDO ZONZIN QUERINO⁴, GISLANE DA SILVA RODRIGUES⁵, FLÁVIA DORNAS DE FREITAS⁶, LEONARDO MARTINS REIFF⁷

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário Newton Paiva; 2. Graduado em Odontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB); 3. Graduando de Odontologia na Universidade Salgado de Oliveira – Universo; 4. Graduando em Odontologia pela Universidade Presidente Antônio Carlos; 5. Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário UniFTC – Campus Juazeiro; 6. Graduanda em Odontologia pela Faculdade de Sete Lagoas – FACSETE; 7. Graduado em Odontologia pela Universidade de Nova Iguaçu.

* Rua Miguel Mirante, 197, Centro, Brumado, Bahia. Brasil. CEP: 46100-065. dr.matheussmachado@gmail.com

Recebido em 22/10/2023. Aceito para publicação em 07/11/2023

RESUMO

O carcinoma espinocelular (CEC) da cavidade oral é um quadro patológico agressivo que se apresenta inicialmente como uma massa indolor. A etiologia do CEC é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, sendo atrelada a alta exposição de agentes carcinogênicos derivados, fundamentalmente, do tabaco e do álcool. O objetivo desse trabalho foi relatar um caso de um paciente atendido na clínica da liga de estomatologia e medicina oral (LAEMO), diagnosticado com CEC. Paciente sexo masculino, 44 anos, encaminhado para a clínica da LAEMO, da Universidade Católica de Brasília, para avaliação e conduta de lesão branca ulcerativa na borda lateral direita da língua. Durante a anamnese o paciente relatou presença de hábitos etilistas e tabagistas. O histórico da lesão possui evolução de 2 meses e o paciente relatou presença de placa esbranquiçada na região ventrolateral direita pré-existente à lesão atual, a qual apresenta-se como lesão nodular palpável e ulcerada com presença de áreas necróticas, em região ventrolateral direita de língua. Foi realizado uma biópsia incisional da lesão. A hipótese diagnóstica de CEC foi confirmada. Após a confirmação do diagnóstico o paciente foi encaminhado para o serviço de cabeça e pescoço do Instituto Hospital de Base de Brasília (IHBB).

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma espinocelular; diagnóstico oral; patologia oral.

ABSTRACT

The Oral Cancer Squamous Cells Carcinoma (OSCC) is a aggressive pathological condition that initially presents as a painless mass. The etiology of OSCC is more prevalent in males, being linked to high exposure to carcinogenic agents derived, mainly, from tobacco and alcohol. The objective of this literature was to report a case of a patient treated at the clinic of the League of Stomatology and Oral and Medicine (LSOM), diagnosed with OSCC. Male patient, 44 years old, referred to the LSOM clinic, at Catholic University of Brasília, for evaluation and treatment of white ulcerative lesion on the right lateral border of the tongue. During the anamnesis, the patient reported the

presence of alcohol and smoking habits. The history of the injury lasted 2 months and the patient reported the presence of a whitish plaque in the right ventrolateral region, pre-existing to the current injury, which appears as a palpable and ulcerated nodular lesion with the presence of necrotic areas, in the right ventrolateral region of the tongue. An incisional biopsy of the lesion was performed. The diagnostic hypothesis of OSCC was confirmed. After confirming diagnosis, the patient was referred to the head and neck service of the Institute Base Hospital of Brasília (IBHB).

KEYWORDS: Oral Cancer Squamous Cells Carcinoma; oral diagnosis; oral pathology.

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma espinocelular (CEC) representa mais de 90% das neoplasias malignas em cavidade oral, sendo o sexto mais diagnosticado do mundo¹. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹, o número estimado de casos novos de câncer da cavidade oral para o Brasil, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 15.100 casos, correspondendo ao risco estimado de 6,99 por 100 mil habitantes, sendo 10.900 em homens e 4.200 em mulheres.

O tabaco e o álcool ainda são os maiores fatores de risco para o desenvolvimento da lesão, porém outros podem ser citados como fatores etiológicos como infecções microbianas, radiação e imunossupressão. Nos dias atuais, estima-se que a sobrevida em 5 anos seja de aproximadamente 60%², com baixa expectativa de vida nas décadas seguintes ao diagnóstico¹⁻⁵.

Os homens apresentam incidência aumentada em relação às mulheres, chegando a ser 2,5x maior, e os leucodermas se apresentam ligeiramente à frente dos melanodermas, com incidência de 5,7 contra 3,6 a cada 100.000 homens. Os sítios anatômicos mais acometidos pelo CEC são borda lateral de língua, assoalho bucal e gengiva, respectivamente¹⁻⁵.

O CEC pode evoluir de lesões pré-existentes, conhecidas como potencialmente malignas. Elas

podem se apresentar como um alteração leucoplásica, eritroplásica, como uma junção das duas se chamando eritroleucoplasia, como queilite actínica, leucoplasia verrucosa proliferativa, entre outras¹⁻⁵.

A conduta adequada frente à hipótese de um CEC é a biópsia incisional, ou seja, removendo apenas uma parte da lesão, seguida do exame anatomohistopatológico. Em estágios mais avançados da doença, ela pode se apresentar de formas variadas, incluindo as formas exofíticas e endofíticas¹⁻⁵. O tratamento se baseia de acordo com o estadiamento da lesão, sendo a ressecção cirúrgica é a modalidade de tratamento de escolha, com a quimioterapia e a radioterapia sendo adjuvantes no processo de cura¹⁻⁵.

2. CASO CLÍNICO

O relato de caso é sobre o paciente de 44 anos, do sexo masculino, leucoderma, tabagista e alcoolista, sem alterações sistêmicas dignas de nota. Durante a anamnese, o paciente apresentou queixa sobre a alteração em borda lateral de língua, e chegou a procurar outros profissionais, que não chegaram ao diagnóstico correto e chegaram a indicar laserterapia e hexomedine. Ele não soube dizer ao certo o tempo de evolução da lesão, que era assintomática e não o atrapalhava nas suas atividades diárias.



Figura 1. fotografia da lesão em região de borda lateral de língua direita. **Fonte:** os Autores.

Ao exame físico extra-oral não foi constatada assimetria facial ou cervical, nenhuma alteração cutânea e linfonodal. No momento do exame intra-oral foi identificada uma alteração em borda lateral direita da língua. A lesão era indolor, de crescimento exofítico, ulcerada, com superfície sangrante ao toque, eritroleucoplásica, de bordas irregulares e endurecidas ao toque, possuindo cerca de 40mm em seu maior e 23mm no seu menor diâmetro. Sob suspeita de malignidade, a biópsia incisional foi indicada. A região mais anterior da lesão foi a escolhida para ser biopsiada, uma vez que era a mais eritroleucoplásica, e apresentava características de maior agressividade. O espécime retirado possuía forma de cunha, com aproximadamente 10mm x 7mm x 5mm.



Figura 2. fotografia do transoperatório no momento da remoção do espécime. **Fonte:** os Autores.



Figura 3. fotografia do aspecto cirúrgico final após a realização da síntese. **Fonte:** os Autores.



Figura 4. fotografia do espécime removido ao lado da lâmina de bisturi. **Fonte:** os Autores.

A amostra foi armazenada em uma solução de formol a 10% e enviada ao laboratório para análise anatomohistopatológica. O laudo confirmou a hipótese diagnóstica inicial de carcinoma espinocelular com a descrição histopatológica presente na imagem 5.

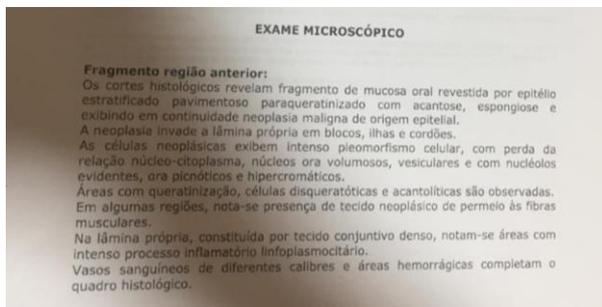


Figura 5. fotografia do laudo histopatológico analisando a peça enviada. **Fonte:** os Autores.

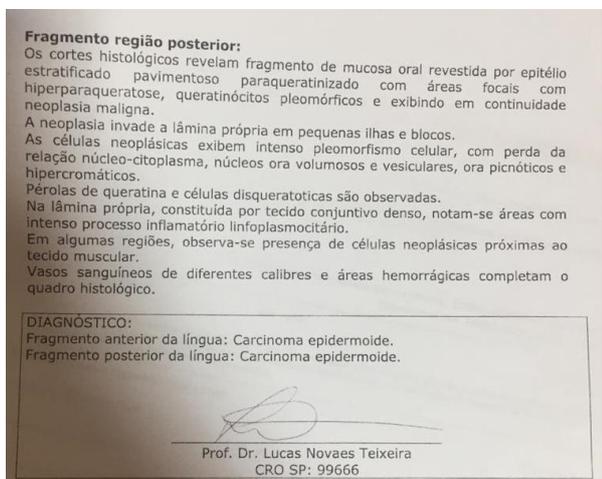


Figura 6. fotografia do laudo histopatológico analisando a peça enviada. **Fonte:** os Autores.

3. DISCUSSÃO

A cavidade oral é evidenciada como um sítio altamente acometido por patologias malignas, sendo estas de uma grande variedade em relação ao tecido de origem. Entretanto, o CEC é a neoplasia maligna mais incidente das que acometem a cavidade oral, perfazendo mais de 90% do total¹⁻².

Os dados epidemiológicos evidenciam os indivíduos do sexo masculino, leucodermas e de idade superior a 40 anos como os mais acometidos pelo CEC¹⁻⁵. Esse maior acometimento da população masculina pode estar associado a maior exposição desse público aos fatores de risco, principalmente o tabagismo e o etilismo, podendo ter relação, ainda, com sua resistência em buscar os serviços de saúde, sobretudo quando o objetivo é criar medidas preventivas e voltadas à educação em saúde, o que pode dificultar a conscientização sobre os fatores de risco e retardar o diagnóstico do câncer oral¹⁻⁵. Em contraste, nos últimos anos as mulheres e a população jovem vêm ganhando destaque nas evidências, essa informação possui embasamento no notável aumento do uso de álcool e tabaco por estas populações⁶⁻⁷. No presente relato, foi evidenciado um paciente do sexo

masculino, leucoderma, 44 anos com lesão acometendo a lateral de língua.

O desenvolvimento desta condição é associado a diversos fatores de risco, que atuam em conjunto com a carcinogênese²⁻⁶. Estão relacionados com agentes endógenos como predisposição genética, desnutrição e fatores ambientais e comportamentais exógenos, como falta de higiene, tabagismo, alcoolismo, exposição excessiva à radiação ultravioleta, produtos químicos cancerígenos e micro-organismos cuja interação pode resultar na manifestação da doença²⁻⁶. No entanto, alguns estudos destacam pacientes sem os fatores de risco mais comumente associados, como o tabagismo e o etilismo, e notam a agressividade dos casos⁸⁻⁹. O caso em questão, o indivíduo destacou por ser etilista e tabagista, se enquadrando em um caso clássico de CEC em relação a todas as características mais evidenciadas.

Salienta-se que o tabagismo é o principal fator de risco, pois o tabaco contém mais de 50 substâncias com potencial carcinogênico². Já o álcool atua como agente potencializador². Essa associação aumenta em até 30 vezes os riscos do desenvolvimento de câncer oral. Outros fatores de risco são: o HPV, em particular o tipo 16, associado com o câncer de orofaringe; e a exposição solar, em especial das 10:00 às 16:00, estando relacionado com o câncer de lábio⁹⁻¹¹. Dessa forma, são fundamentais estratégias de educação em saúde que promovam a conscientização da população sobre esses fatores de risco, para que as pessoas adotem comportamentos que evitem ou reduzam a exposição a eles.

O diagnóstico propriamente dito é feito através de exames físicos e clínicos; queixas dos pacientes; história médica pregressa; exames endoscópicos e realização de anatomopatológico (biópsia) para confirmação do diagnóstico e determinação da área afetada. O diagnóstico precoce da doença aumenta as chances de cura do paciente, podendo tornar o tratamento menos doloroso e preservando tecidos saudáveis¹²⁻¹⁴. O diagnóstico do presente relato de caso foi realizado através de uma minuciosa anamnese, realização de uma biópsia incisiva e análise anatomopatológica (Figura 02 e 03).

O CEC origina-se do epitélio displásico, sendo histologicamente caracterizado por ilhas e cordões de células epiteliais malignas. A invasão é representada pela extensão irregular epitélio neoplásico através da membrana basal em direção ao tecido conjuntivo. Células epiteliais individuais, lençóis ou ilhas de células proliferam para o interior do tecido conjuntivo, sem adesão ao epitélio superficial. A neoplasia invade e destrói o tecido normal e pode se estender em profundidade para o tecido adiposo, músculo ou osso. As células neoplásicas geralmente mostram abundante citoplasma eosinofílico com núcleos volumosos e hiperromatômicos e uma relação núcleo-citoplasma aumentada. Graus variados de pleomorfismo celular e nuclear são observados. O produto normal do epitélio pavimentoso é a queratina, e pérolas de queratina (focos arredondados de camadas concêntricas de

células queratinizadas) podem ser produzidas no interior do epitélio neoplásico. Células isoladas também podem sofrer queratinização individual². No presente relato de caso, foram evidenciados cordões e ilhas de epitélio maligno invadindo tecido conjuntivo subjacente, com intenso pleomorfismo celular, perda de relação núcleo citoplasma (eosinofílico), núcleo hiper cromático, mitoses atípicas, na lâmina própria pode-se evidenciar intenso infiltrado linfoplasmocitário e com a presença de pérolas de queratina (Figura 05 e 06).

As formas de tratamento para o câncer são quimioterapia, radioterapia e cirurgia; podendo ser usadas isoladamente ou simultaneamente, isso irá depender da conduta médica ou gravidade da doença. Assim quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados “quimioterápicos” (ou antineoplásicos) administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. Já a radioterapia é definida como o método de tratamento local ou loco-regional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas. E o ato cirúrgico compreende a remoção total ou parcial no órgão afetado^{2,4,9}. O paciente do relato em questão foi encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) para realização do tratamento adequado a sua condição.

4. CONCLUSÃO

O CEC é uma patologia com alto índice de morbidade e mortalidade. Sendo assim, o diagnóstico precoce é o principal fator prognóstico determinante para o tratamento. Entretanto, devido a diversas condições socioeconômicas, culturais e genéticas nem sempre essa meta seja alcançada. Dessa forma, torna-se imprescindível a atuação do cirurgião-dentista tanto no diagnóstico quanto no tratamento. O treinamento de estudantes e profissionais na área da semiologia oral deve ser rigoroso, com a finalidade de formar profissionais atentos e competentes a realizar um diagnóstico estomatológico precoce e correto.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Oliveira SM, Lima FCDS, Martins LFL, Oliveira, JFP, Almeida LM., Camargo Cancela M. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Revista Brasileira de Cancerologia*.2023; 69(1).
- [2] Neville BW, Damm DD. Título: *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2016.
- [3] Antunes AA, Antunes AP, Silva PV, Avelar RL, Santos TS. Câncer de língua: estudo retrospectivo de vinte anos. *Rev Bras Cir Pescoço*. 2007 jul- ago; 36(3):152-154.
- [4] Aquino RCA, Lima MLLT, Menezes CRXM, Rodrigues M. Speech-language disorders and access to the speech therapists in cases of death from lip, oral cavity and oropharyngeal cancer: a retrospective study. *Rev. CEFAC*. 2016 Maio-Jun; 18(3):737-74.
- [5] Santos JCS, Rocha CEMC, Costa REAR, Pinto ESS, Almeida ALRB, Teles JBM, Pinto LSS. Avaliação Clínico-epidemiológica de Pacientes com Carcinoma de Células Escamosas Oral. *Revista Brasileira de Cancerologia*.2022; 68(1).
- [6] Albuquerque R, Esteves R, López-López J, Estrugo-Devesa A, Chimenos-Kustner E. Carcinoma Escamoso do Bordo Lingual. Caso Clínico. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2008; 49(3):141-147.
- [7] Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PA, Gyl HA, Stramandinoli RT, Gugelmin G, Salomão FS. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010; 7(1):105-109.
- [8] Lira AAB, Godoy GP, Gomes DQC, Pereira JV, Nonaka CFW, Pinto LP. Carcinoma de células escamosas indiferenciado em paciente jovem: relato de caso. *Int J Dent*. 2009 jul-set; 8(3):172-176.
- [9] Oliveira DFG, Cavalcante DRA, Feitosa SG. Qualidade de vida dos pacientes com câncer oral: revisão integrativa da literatura. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*.2020; 19(1):10.
- [10] El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. *WHO Classification of Head and Neck Tumours*. 4. ed. Lyon:IARC Press; 2017.
- [11] Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde pública. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo [serial on the internet]*. 2014.
- [12] Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*. 2011;10(3):207-210.
- [13] Santos FDC. Tratamento odontológico em pacientes com câncer: Revisão sistemática. 2014.
- [14] Albuquerque RA, Morais VLL, Sobral APV. Odontologic protocol of attendance the pediatric oncology patients: review of literature. *Rev Odontol UNESP*.2007 36(3):275-280.