

CARCINOMA ESPINOCELULAR: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

SQUAMOUS CELL CARCINOMA: THE IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS

ELLEN CRISTINA GAETTI-JARDIM. Mestranda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

ANA CLÁUDIA ROSSI. Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

JOEL FERREIRA SANTIAGO-JUNIOR. Mestrando em Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

ELIO HITOSHI SHINOHARA. Professor Doutor da Pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

ALVIMAR LIMA DE CASTRO. Professor Titular do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

GLAUCO ISSAMU MIYAHARA. Professor Doutor do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

ANA MARIA PIRES SOUBHIA. Professora Adjunto do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Endereço para correspondência:

Ellen Cristina Gaetti Jardim, Rua José Bonifácio 1193,
Vila Mendonça, CEP 016015-050, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

E-mail: ellengaetti@gmail.com ou ellengaetti@bol.com.br

Telefone: 18-3636-3237

RESUMO

O câncer bucal está entre as principais causas de óbito por neoplasias, uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estádios avançados da doença. 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, 69 anos de idade, leucoderma que procurou atendimento a fim de confeccionar uma prótese total. Relatou fumo e alcoolismo freqüente. No exame físico extrabucal, verificou-se a presença de nódulo linfático fixo, indolor de 2cm de diâmetro em região submandibular. Ao exame físico intrabucal constatou-se lesão ulcerada com cerca de 3cm em sua maior extensão, localizada em assoalho bucal direito, coloração avermelhada, bordas endurecidas, superfície corrugada e base cartonada de evolução de 3 meses. O diagnóstico diferencial sugerido foi úlcera traumática, paracoccidiodomicose e carcinoma espinocelular. A

conduta realizada foi biópsia incisional e a peça obtida enviada à análise histopatológica, confirmando se tratar de carcinoma espinocelular. 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 cuidadoso é importante em todas as consultas, mesmo que a queixa principal não se concentre nesta topografia. Nos indivíduos de maior risco o exame deve ser sistemático e indivíduos com lesões suspeitas devem ser encaminhados à consulta especializada.

Palavras-chave: Neoplasias bucais; Carcinoma espinocelular; Carcinoma oral.

ABSTRACT

The oral cancer is among the leading causes of death from cancer, since more than 50% of cases are diagnosed in advanced stages of disease. It affects the males more intense and 70% of cases are in individuals over 50 years of age. It is located usually on the floor of the mouth and tongue. In this light, this study is to report a case of male patient, 69 years old, Caucasian who sought treatment in order to fabricate a denture. Reported frequent smoking and alcoholism. On physical examination, headgear, it was the presence of lymph node fixed, painless 2 cm in diameter in the submandibular region. On physical examination, oral cavity was found with an ulcerated lesion about 3 cm at its greatest extent, located on the right floor of the mouth, reddish edges hardened surface corrugated carton and on the evolution of 3 months. The differential diagnosis suggested was traumatic ulcer, paracoccidioidomycosis and squamous cell carcinoma. Conduct incisional biopsy was performed and the obtained number sent to histopathological analysis confirmed the case of squamous cell carcinoma. The treatment consisted in clarifying the patient about the disease and the need to search for a cancer center. Concluded that the clinical oral careful is important in all queries, even if the complaints are not located at this location. In individuals at high risk examination should be systematic and individuals with suspicious lesions should be referred to a specialist.

Key-words: Mouth neoplásicas; Squamous cell carcinoma; Oral carcinoma.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Espinocelular (CEC) constitui uma neoplasia epitelial maligna que exhibe diferenciação escamosa apresentando formação de ceratina e/ou paraceratina. Não há um agente carcinogênico isolado, mas sim uma somatória de agentes associada à predisponência 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 neoplasia (DEDIVITIS et al., 2004). Não há um estudo comprovando que o álcool seja etiologia do carcinoma espinocelular, porém o etanol associado aos componentes do fumo eleva em 141 vezes a possibilidade de se adquirir essa patologia (BUNDGAARD et al., 1994; OLIVEIRA, SILVA e ZUCOLOTO, 2006) 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 Brasil (FRANCO et al., 1989), sendo que mais de 80% dos cânceres de boca são carcinomas espinocelulares. A prevalência é na raça branca, gênero masculino, na faixa etária de 50 a 60 anos

(SUGERMAN e SAVAGE, 2002). 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 tecido (VEEK et al., 1992).

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, eritroplásica ou eritroleucoplásica. Porém, há evidências clínicas que auxiliam no diagnóstico do carcinoma espinocelular, 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 regionais (COSTA, ARAÚJO JÚNIOR e RAMOS, 2005). Entretanto tumores clinicamente precoces, mesmo tratados adequadamente, podem causar a morte do paciente. Assim, classificações histopatológicas para os carcinomas de células escamosas (CCE) 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 celular (SCANAVINI JÚNIOR et al., 2007).

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 espinocelular são considerados como importantes na predição de futuras metástases para linfonodos regionais e no prognóstico (CHERPELIS, MARCUSSEN e LANG, 2002; ROWE, CARROLL e DAY, 1992; SCANAVINI JÚNIOR et al., 2007).

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 precoce.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 69 anos de idade, residente em Araçatuba, apresentou-se a Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, queixando-se de lesão no assoalho bucal direito com 3 meses de evolução. O paciente relatou ser tabagista e etilista, e na sua história familiar já havia ocorrido o aparecimento de câncer.

No exame físico extrabucal, verificou-se a presença de nódulo linfático fixo, indolor de 2cm de diâmetro em região submandibular direita. Ao exame físico intrabucal constatou-se lesão ulcerada com cerca de 3cm em sua maior extensão, localizada em assoalho bucal direito, coloração avermelhada, bordas endurecidas, superfície corrugada e base cartonada. O diagnóstico diferencial sugerido foi úlcera traumática, paracoccidiodomicose e carcinoma espinocelular (Figura 1).



Figura 1. Fotografia intrabucal.

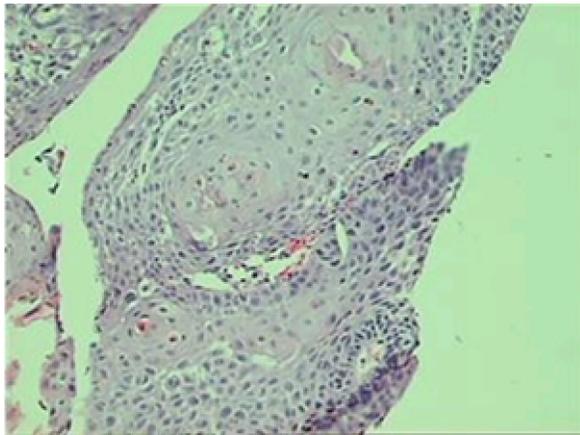


Figura 2. Corte histológico do carcinoma espinocelular.

A conduta realizada foi biópsia incisional e a peça obtida enviada à análise histopatológica, confirmando se tratar de Carcinoma Espinocelular (Figura 2).

Com o intuito de facilitar o prognóstico, analisou-se a lesão e concluiu-se que esta apresentava Estadiamento $T_2N_1M_0$, visto que o tumor possuía 3 cm de diâmetro, único nódulo ipsilateral clinicamente positivo e menor de 2 cm de diâmetro e sem evidência de metástase.

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

DISCUSSÃO

É sabido que o carcinoma espinocelular (CEC) 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 mortalidade (McDOWELL, 2006).

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 (PERUSSI et al., 2002; DEDIVITIS et al., 2004), 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 5ª e 6ª décadas de vida. Está frequentemente associado ao tabagismo, etilismo (DEDIVITIS et al., 2004) e a vírus oncogênicos como o HPV8. Língua e assoalho bucal representam os sítios anatômicos mais comuns do câncer intra-oral (PERUSSI et al., 2002; DEDIVITIS et al., 2004).

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 etilismo, (RAMOS et al., 2007).

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 idade (IYPE et al., 2004). Atualmente sabe-se que a quantidade de cigarros industrializados consumidos por um indivíduo se reflete diretamente numa maior probabilidade de desenvolvimento do câncer bucal (DOLL et al., 2004). 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 mais de 3 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., (2004) observaram que, em pacientes irradiados submetidos a extrações dentárias, 26% apresentaram complicações moderadas, como exposição óssea, necrose de tecidos moles, fistulas, 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 cuidadoso é de suma importância em todas as consultas, mesmo que a queixa principal não se concentre nesta topografia. 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 precoce é fundamental para uma melhor qualidade de vida de nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Doll, R. et al. Mortality in relation to smoking: 50 years observation on male British doctors. **BMJ**, v. 328, n.7455, p.1519-527, 2004.
- McDowell, J.C. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. **Otolaryngol Clin North Am**, v.39, n. 2, p. 277-94, 2006.
- Iype, E.M. et al. Squamous cell cancer of the buccal mucosa in young adults. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 42, n. 3, p.185-89, 2004.
- Hinerman, R.W. et al. Postoperative irradiation for squamous cell carcinoma of the oral cavity: 35-year experience. **Head Neck**, v.26, n,11, p.984-94, 2006.
- Perussi, M.R. et al. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**, v.48, n.4, p.341-4, 2002.
- Dedivitis, R.A. et al. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.70, n.1, p.35-40, 2004.
- Bundgaard, T.; Bentzen, S.M.; Wildt, J. The prognostic effect of tobacco and alcohol consumption in intra-oral squamous cell carcinoma. **Eur J Cancer B Oral Oncol**, v. 30B, n. 5, p. 323-8, 1994.
- Oliveira, L.R.; 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**, v.42, n.5, p.385-392, 2006.
- Dedivitis, R.A.; França, C.M.; Mafra, A.C.B. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.70, n.1, 35-40, 2004.
- Franco, E.L. et al. Risk factors for oral cancer in Brazil: a case-control study. **Int J Cancer**, v. 43, p.992-1000, 1989.
- Sugerman, P.B.; Savage, N.W. Oral cancer in Australia: 1983-1996. **Austr Dent J**, v.47, p. 45-56, 2002.
- Costa, A.L.L; Araújo-Júnior, R.F.; Ramos, C.C.F. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.71, n.2, p.181-7, 2005.
- Scanavini Júnior, R.C.; Martins, A.S.; Tincani, A.J. Fatores prognósticos do carcinoma espinocelular cutâneo de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.36, n.4, p.226 -229, 2007.