

Diagnóstico e tratamento de carcinoma epidermoide oral em paciente jovem – relato de caso

Diagnosis and treatment of oral epidermoid carcinoma in a young patient - case report

Diagnóstico y tratamiento del carcinoma epidermoide bucal en un paciente joven - reporte de caso

Recebido: 24/10/2021 | Revisado: 31/10/2021 | Aceito: 02/11/2021 | Publicado: 03/11/2021

Luiz Arthur Barbosa da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0031-4950>

Centro Universitário Mário Pontes Jucá, Brasil

E-mail: larthurbarbosa@hotmail.com

Ana Karla de Almeida Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9588-3907>

Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, Brasil

E-mail: a_karlaa@yahoo.com.br

Maria Edvania Caetano da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8750-8621>

Centro Universitário Mário Pontes Jucá, Brasil

E-mail: maried.silvaa@gmail.com

Isaine Priscila Abreu da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6207-8426>

Centro Universitário Mário Pontes Jucá, Brasil

E-mail: isaine_abreu@hotmail.com

Resumo

O carcinoma epidermoide oral (CEO) é o sexto tipo de câncer mais comum em todo o mundo, acometendo, principalmente, pacientes do sexo masculino, acima dos 45 anos, tabagistas e etilistas crônicos. Entretanto, sua prevalência entre indivíduos mais jovens e em mulheres tem aumentado gradativamente ao longo dos últimos anos. Esta neoplasia apresenta comportamento biológico agressivo, com altas taxas de recidiva e potencial metastático, principalmente, quando diagnosticado tardiamente. O esquema terapêutico é escolhido baseado no estadiamento clínico de cada caso. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de CEO diagnosticado pela Equipe de Saúde Bucal de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um paciente jovem, não exposto aos fatores de risco mais fortemente associados à doença.

Palavras-chave: Carcinoma epidermoide; Diagnóstico; Terapêutica.

Abstract

Oral Epidermoid Carcinoma (OEC) is the sixth most common type of cancer worldwide, affecting mainly male patients over 45, smokers and chronic drinkers. Its prevalence among younger individuals and in women, however, has gradually increased over the past few years. This neoplasm presents an aggressive biological behavior, with high recurrence rates and metastatic potential, especially when diagnosed late. The therapeutic scheme is chosen based on the clinical stage of each case. This paper aims to report an OEC case diagnosed by the Oral Health Team of a Family Health Unit (FHU) in a young patient unexposed to the risk factors most strongly associated with the disease.

Keywords: Carcinoma squamous cell; Diagnosis; Therapeutics.

Resumen

El carcinoma epidermoide oral (CEO) es el sexto tipo de cáncer más común en todo el mundo, afectando principalmente a pacientes masculinos mayores de 45 años, fumadores y consumidores crónicos de bebidas alcohólicas. Sin embargo, su prevalencia entre las personas más jóvenes y las mujeres ha aumentado gradualmente en los últimos años. Esta neoplasia presenta un comportamiento biológico agresivo, con altas tasas de recurrencia y potencial metastático, principalmente cuando es diagnosticado de forma tardía. El esquema terapéutico se elige en función del estadio clínico de cada caso. El presente trabajo tiene como objetivo reportar un caso de CEO diagnosticado por el Equipo de Salud Bucal de una Unidad de Salud de la Familia (USF) en un paciente joven, no expuesto a los factores de riesgo más fuertemente asociados a dicha enfermedad.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide; Diagnóstico; Terapêutica.

1. Introdução

O CEO é o câncer que se origina a partir do epitélio que reveste a mucosa bucal, sendo considerado o sexto tipo de neoplasia maligna mais prevalente no mundo (Binmadi & Basile, 2011; Jardim et al., 2015; López-Cedrum & Llano, 2015). A literatura destaca que tanto fatores intrínsecos quanto extrínsecos participam da carcinogênese oral, sendo o uso crônico do fumo e álcool o mais importante fator de risco para o estabelecimento da doença.

O CEO ainda afeta, predominantemente, indivíduos do sexo masculino, com mais de 45 anos de idade, porém sua incidência entre os mais jovens e em mulheres tem crescido consideravelmente nos últimos anos (De Moraes et al., 2016). Neste subgrupo, muitos pacientes não se expuseram aos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da lesão. Acredita-se que a suscetibilidade genética individual influencie o surgimento de malignidades nesta faixa etária, tendo sido dada grande importância a mutações nos genes de reparo do DNA (Bodner et al., 2014). Em indivíduos mais jovens, o CEO tende a exibir um curso clínico, tipicamente, mais agressivo, com piores taxas de sobrevida (Oliver et al., 2018).

Clinicamente, o CEO exibe-se como uma lesão variando de assintomática a discretamente dolorosa no seu início, com apresentação clínica bastante diversa, podendo apresentar-se como nódulo exofítico papilar ou verrucoso ou como lesão endofítica de aspecto crateriforme ou ulcerado, podendo ainda ser leucoplásica, eritroplásica ou leucoeritroplásica (Neville et al., 2016). Quando levados em consideração apenas os casos intraorais, 25%-40% das lesões acometem a porção oral da língua (López-Cedrum & Llano, 2015). O CEO exibe alta tendência à recorrência e metástases (linfonodais e à distância) principalmente quando diagnosticado tardiamente, gerando impacto significativamente negativo no prognóstico do paciente (Acharya et al., 2019).

Do ponto de vista histopatológico, o CEO apresenta-se sob a forma de uma proliferação de células epiteliais malignas com graus variados de diferenciação e atipias celulares, arrançadas sob a forma de lençóis, ilhas, cordões e ninhos intensamente dispersos no estroma de tecido conjuntivo e em estruturas musculares, glandulares, nervosas e vasculares na submucosa da periferia do tumor (EL-Naggar et al 2017).

O planejamento terapêutico do CEO é, tipicamente, baseado no seu estadiamento clínico, ou seja, através da avaliação do tamanho do tumor, presença de metástases linfonodais e à distância, tendo sido mais recentemente adicionados os parâmetros profundidade de invasão e extensão extranodal (estadiamento TNM) (Singhavi et al., 2019). Apesar de todos os avanços até hoje alcançados no tratamento do CEO, a taxa de sobrevida em 5 anos não melhorou ao longo das últimas décadas, permanecendo em torno de 55% (Mucke et al., 2016).

Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de CEO diagnosticado pela Equipe de Saúde Bucal de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um paciente jovem, não exposto aos fatores de risco mais associados à doença e que, em seguida, recebeu o tratamento em uma unidade de referência em oncologia.

2. Metodologia

Refere-se a um estudo de caso clínico qualitativo descritivo tratando-se de um estudo teórico e o correspondente emprego em investigação de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (Turato, 2003). No caso descrito foi relatado o diagnóstico de um carcinoma epidermoide oral de um único paciente jovem, o resultado deste tratamento e sua discussão com os achados na literatura. O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esteve ciente da divulgação das imagens clínicas (sem sua identificação) e dos procedimentos cirúrgicos realizados para enriquecimento da comunidade científica.

3. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 43 anos, não-tabagista e não-etilista e sem doenças progressas, compareceu a uma USF com queixa lesão em língua, com evolução de aproximadamente 6 meses. O paciente relatou que antes de buscar atendimento odontológico, foi avaliado por profissional médico que prescreveu Omeprazol como tratamento.

Ao exame físico intraoral, notou-se a presença de lesão tumoral, leucoeritoplásica, de bordas elevadas e endurecidas, facilmente sangrante, com áreas de úlceras e tecido necrótico, medindo, aproximadamente 4cm, em seu maior diâmetro, localizada em borda lateral direita de língua. Neste momento, a lesão que, de acordo com o paciente, era inicialmente assintomática já provocava dor. Diante do aspecto clínico observado, levantou-se a hipótese diagnóstica de CEO (Figura 1). O paciente foi submetido à biópsia incisional, na própria USF, sem intercorrências, e o material removido foi fixado em formol a 10% e encaminhado ao laboratório de Anatomia patológica conveniado ao SUS para análise histopatológica.

Os cortes histopatológicos corados em hematoxilina-eosina revelaram neoplasia maligna de origem epitelial que invadia o estroma de tecido conjuntivo em ilhas, ninhos e células dissociadas. Observou-se atipia celular com células exibindo citoplasmas amplos, núcleos pleomórficos e cromatina grosseira. Notou-se também disqueratose e formação de pérolas de ceratina. Invasão perineural, invasão vascular sanguínea e invasão vascular linfática foram descartadas. Diante dos achados, foi estabelecido o diagnóstico de carcinoma epidermoide oral bem diferenciado queratinizante (Figura 2).

O paciente foi encaminhado a um serviço de cirurgia de cabeça e pescoço para início do tratamento oncológico. Para investigar a presença de focos metastáticos, foram solicitadas radiografia de tórax (PA e perfil) e tomografia computadorizada de crânio e pescoço com contraste. A radiografia de tórax evidenciou campos pulmonares com transparência normal (Figura 3A). Ao exame tomográfico, não foram observados comprometimento da porção craniana (Figura 3B), entretanto, notou-se linfadenomegalia nos níveis IB e IIA, sendo levantada a hipótese de metástases linfonodais (Figura 3C).

Diante dos achados clínicos e dos resultados dos exames complementares, realizou-se a ressecção da lesão associada a esvaziamento cervical (Figura 4) O laudo histopatológico das peças cirúrgicas evidenciou margens livres de lesão com distância de 0,4cm da margem cirúrgica mais próxima, 1,0cm da margem mais distante e 0,3cm da margem profunda. Além disso, foi descartado o comprometimento metastático nos 48 linfonodos removidos. Após essas análises, o pTNM do paciente foi estabelecido com T2N0M0. Diante de tais achados, a equipe médica descartou a necessidade de realização de radioterapia e quimioterapia adjuvantes num primeiro momento.

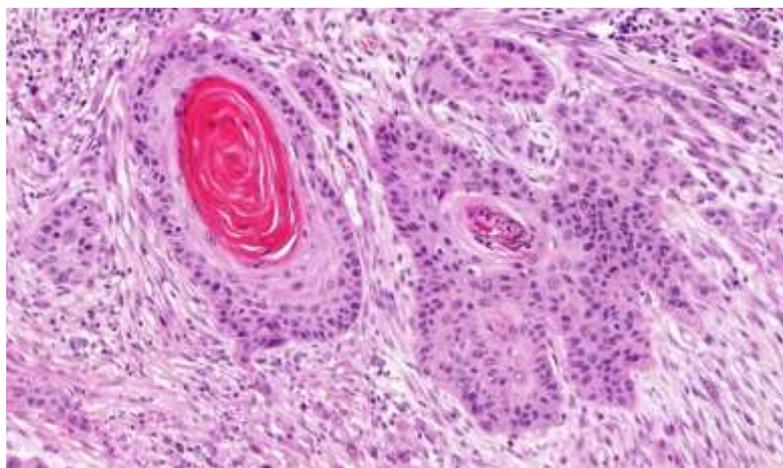
O paciente permanece em acompanhamento pós-operatório e, após 3 meses de cirurgia, apresenta boa cicatrização das feridas cirúrgicas (Figura 4B) e ausência de sequelas na fala e deglutição. O mesmo foi orientado com relação à importância da higienização da língua, pois identificou-se a presença de saburra lingual (Figura 5). O mesmo está ciente da necessidade de frequentar com assiduidade as consultas de acompanhamento para verificação de indícios de recidivas da lesão ou disseminação metastática.

Figura 1: Aspecto clínico. Lesão tumoral, de bordos elevados, com área de úlcera central e coloração leucoeritoplásica.



Fonte: Autores (2021).

Figura 2: Aspecto histopatológico. Ilhas e ninhos de células neoplásicas malignas epiteliais que invadem o estroma de tecido conjuntivo e exibem pleomorfismo celular e nuclear e formação de pérolas córneas.



Fonte: Autores (2021).

Figura 3: Exames de imagem para investigação de metástases. A. Radiografia de tórax com campos pulmonares com transparência normal. B. Tomografia computadorizada demonstrando ausência de comprometimento da porção craniana, C. Linfadenomegalia nos níveis IB e IIA.



Fonte: Autores (2021).

Figura 4: Esvaziamento cervical para a investigação de metástases linfonodais. A. Pós-cirúrgico imediato. B. Pós-operatório de 3 meses.



Fonte: Autores (2021).

Figura 5: Pós-operatório de 3 meses da ressecção da lesão em língua. Nota-se ausência de indícios de recidiva da lesão e acúmulo de saburra lingual.



Fonte: Autores (2021).

4. Discussão

Em todo o mundo, são esperados, anualmente, cerca de 355.000 novos casos e 177.000 mortes atribuídas ao CEO. Os estudos determinam que esta neoplasia acomete principalmente língua, lábios e assoalho da boca. A disseminação ocorre por invasão de estruturas adjacentes, como musculatura profunda da língua, musculatura pterigóidea, mandíbula, maxila, laringe, hipofaringe, nasofaringe e por via linfática (Scully & Bagan, 2009; Rivera, 2015). As neoplasias de língua, sítio do tumor no paciente aqui apresentado, tendem a serem lesões mais agressivas, invasivas, menos diferenciadas, com alto potencial metastático e prognóstico desfavorável (Thiagarajan et al., 2014; Almangush et al., 2015)

As metástases linfonodais representam um dos fatores prognósticos mais importantes para CEO, com influência significativa nas taxas de sobrevida. Frequentemente, metástases linfonodais ocultas são encontradas em pacientes com CEO, por este motivo, o esvaziamento cervical eletivo é preconizado por boa parcela dos cirurgiões durante a abordagem cirúrgica, exceto para lesões superficiais (Kelner et al., 2014; Acharya et al., 2019). No caso aqui apresentado, o paciente foi submetido ao esvaziamento cervical para investigação de metástases linfonodais, entretanto, em nenhum dos 48 linfonodos removidos e avaliados histopatologicamente foram identificados focos metastáticos. Também foi descartada, no presente caso, a presença de metástases a distância. Quando acontecem, os órgãos mais comumente acometidos por metástases do CEO são pulmão,

ossos e fígado (Neville et al., 2016).

O planejamento terapêutico do CEO é, na maioria das vezes, baseado no seu estadiamento clínico estabelecido pelo sistema TNM. A Classificação TNM de tumores malignos é um padrão reconhecido mundialmente. Seus objetivos centrais são auxiliar o planejamento terapêutico, prever o prognóstico, auxiliar na avaliação dos resultados das terapias, facilitar a troca de informações entre profissionais e contribuir para pesquisas contínuas envolvendo o câncer (Singhavi et al., 2019). Ao serem avaliados o tamanho do tumor e a presença de metástases linfonodais e à distância, o paciente aqui apresentado teve o TNM estabelecido como T2N0M0, sendo classificado como estágio II.

A abordagem cirúrgica do tumor primário é a principal ferramenta de tratamento, e o manejo da doença metastática cervical é considerado imprescindível. A avaliação das margens cirúrgicas é, geralmente, considerada um dos mais importantes fatores prognósticos dos pacientes afetados por CEO, uma vez que determina se o tumor foi completamente ressecado e significa o único fator potencialmente controlável pelo cirurgião. Além disso, este parâmetro auxilia a orientar os tratamentos adjuvantes pós-operatórios (Cariatti et al., 2019). A radioterapia possui a indicação de controlar o tumor com o mínimo de danos aos tecidos normais adjacentes (Wolff et al., 2012). Pacientes em estágios mais avançados requerem protocolos quimioterápicos associados a regimes radioterápicos, a fim de melhorar o controle local da doença (Hino et al., 2011; Mehanna et al., 2016). Por apresentar margens livres após análise da peça cirúrgica e ausência de metástases, a equipe médica optou pela não realização de tratamentos adjuvantes.

As manifestações clínicas do CEO e os efeitos do tratamento podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento cirúrgico geralmente mutila e os tratamentos químico e/ou radioterápicos causam danos que podem ser agudos e desenvolver-se durante a terapia com um curso transitório e resolução após o tratamento, tais como a mucosite, a xerostomia, a disgeusia, a disfonia, a candidose e a radiodermite. Outras sequelas surgem após a conclusão do tratamento oncológico, como as cáries relacionadas à radiação, o trismo, a fibrose, a atrofia da mucosa, a necrose dos tecidos moles e a osteorradionecrose. Além disso, o câncer promove danos psicossociais não apenas no paciente, mas em seus familiares (Deboni et al., 2012; Valdez & Brennan, 2018). Pelo fato de ter preservado a estrutura lingual, não houve comprometimento da fala e deglutição do paciente aqui descrito.

5. Considerações Finais

O CEO apresenta comportamento biológico agressivo sendo uma causa importante de morbidade e mortalidade na população, principalmente quando diagnosticado tardiamente. Apesar de acometer, tipicamente, pacientes tabagistas e etilistas, a partir dos 45 anos de idade, nos últimos anos vem sendo observado o aumento dos casos em pacientes mais jovens e não expostos aos fatores de risco associados à doença, como o paciente descrito neste relato. Destaca-se a necessidade da realização de novos estudos que visem a melhor compreensão da etiologia e do comportamento biológico de carcinomas epidermoides orais em pacientes jovens. Por fim, destaca-se a equipe de saúde da família, atuando frente ao rastreamento e diagnóstico de lesões orais malignas na prática da atenção primária à saúde.

Referências

- Acharya, S., Kumari, N., Srivastava, P., Arnold, D., & Nikhil, K. (2019). Alterações arquitetônicas nos linfonodos regionais do carcinoma de células escamosas oral. *J Oral Maxillofac Pathol*. 23 (6),305. http://dx.doi.org/10.4103/jomfp_71_18
- Almangush, A., Bello, I.O, Coletta, R., Makitie, A.A., Makinen, LK., Kauppila, J.H., Pukkila, M., Hagstrom, J., Laranne, J., Soini, Y., Kosma, V.M., Koivunen, P., Kelner, N., Kowalski, L.P., Grénman, R., Leivo, I., Laara, E., & Salo, T. (2015). Para o câncer de língua oral em estágio inicial, a profundidade da invasão e o pior padrão de invasão são os mais fortes preditores patológicos de recorrência locoregional e mortalidade. *Virchows Arch*. 467, 39–46. <https://doi.org/10.1007/s00428-015-1758-z>
- Binmadi, O.N., & Basile, J.R. (2011) Invasão perineural no carcinoma de células escamosas oral: uma discussão sobre a importância e revisão de literatura. *Oral Oncology*. 47(11), 1005-1010. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.08.002>.

- Bodner, L., Manor, E., Friger, M.D., & Waal, I.V. (2014) Carcinoma de células escamosas oral em pacientes com 20 anos de idade ou menos - Revisão e análise de 186 casos relatados. *Oral Oncology*. 50(2), 84-89. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.11.001>.
- Cariati, P., Serrano, A. C., Fernandez, AM., & Martinez, M. A. (2019). Comportamento do carcinoma de células escamosas da mucosa bucal: um estudo retrospectivo de 53 carcinomas desta região anatômica. *Curr Probl Cancer*. 43(6). <https://doi.org/10.1055/s-0038-1668583>.
- De Moraes, E. F. , Mafra, R. P., Gonzaga, A. K., De Souza, D. L. B., Pinto, L. P., & Da Silveira, E.J.D. (2016) . Fatores prognósticos do carcinoma epidermóide oral em pacientes jovens: uma revisão sistemática. *J Oral Maxillofac Surg*. 75(7), 1555-66. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2016.12.017>.
- Deboni, A.L., Giordani, A. J., Lopes, N. N. F., Dias, R. S., Segreto, R. A., Jensen, S. B., & Segreto, H. R. C. (2012). Efeitos orais de longo prazo em pacientes tratados com radioquimioterapia para câncer de cabeça e pescoço. *Support Care Cancer*. 20(3), 2903–2911. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1418-7>.
- El-N, A. K. (2017). O que há de novo na classificação histopatológica de 2017 da Organização Mundial da Saúde ?. *Curr. Tratar. Opções em Oncol*. 18(43). <https://doi.org/10.1007/s11864-017-0469-x>.
- Hino, S., Hamakawa , H., Miyamoto , Y., Ryoke , K., Sekine , J., Sasaki , A., & Yamamoto, T. (2011) Efeitos de uma quimiorradioterapia concomitante com S-1 para câncer oral localmente avançado. *Oncol Lett*. 2(5), 839-843. <https://doi.org/10.3892/ol.2011.347>.
- Kelner, N., Vartanian, J. G., Pinto, C. A., Coutinho-Camillo, C. M., & Kowalski, L. P. (2014). O esvaziamento cervical eletivo no carcinoma T1 / T2 de língua oral e assoalho da boca influencia as taxas de recorrência e sobrevida? .*Oral Maxillofac Surg*, 52(7), 590-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.03.020>.
- López-C., J. L., & De Llano, J. A. (2015). Uma sobrevida de 22 anos e análise de fatores prognósticos em uma série homogênea de 64 pacientes com câncer avançado de língua e assoalho da boca. *Elsevier Ltd*. 43(3), 376-381. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2015.01.007>.
- Mehanna, H., Evans , M., Beasley , M., Chatterjee , S., Dilkes , M., Homer , J., O'Hara , J., Robinson , M., Shaw , R., & Sloan, P. (2016). Câncer orofaríngeo: Diretrizes Multidisciplinares Nacionais do Reino Unido. *The Journal of Laryngology & Otology*. 130 (S2), S90-S96. doi: 10.1017 / S0022215116000505.
- Mücke, T., Kanatas, A., Ritschl, L. M., Koerdt, S., Tannapfel, A., Wolff, K., Loeffelbein, D., & Kesting, M. (2016). Espessura do tumor e risco de metástase de linfonodo em pacientes com carcinoma de células escamosas da língua. *Oral Oncol*. 53, 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2015.11.010>.
- Neville, B. W., & Damm, D. D. (2016). Título: Patologia Oral & Maxilofacial.
- Rivera, C. (2015). Fundamentos do câncer oral. *Int J Clin Exp Pathol*. 8(9), 11884-94. PMC4637760
- Scully, C., & Bagan, J. V. (2009). Carcinoma de células escamosas oral: visão geral da compreensão atual da etiopatogenia e implicações clínicas. *Oral Dis*. 15 (6), 388-99. doi: 10.1111 / j.1601-0825.2009.01563.x.
- Singhavi, H. R., Chakrabarti, S., Singh, A., Mair, M., Bhattacharjee, A., Shetty, R., Qayyumi, B., Pai, A., Joshi, P., Nair, D., Nair, S., & Chaturvedi, P. (2019). Comparação da sétima e oitava edições Sistema de classificação do American Joint Committee Cancer em cânceres de células escamosas da cavidade oral. *International journal of cancer*. 146(12), 3379-3384. <https://doi.org/10.1002/ijc.32720>.
- Thiagarajan, S., Nair, S., Nair, D., Chaturvedi, P., Kane, S. V., Agarwal, J. P., & D'Cruz, A. K. (2014). Preditores de prognóstico para carcinoma espinocelular de língua oral. *Journal Surgical Oncology*, 109(7),639-44. <https://doi.org/10.1002/jso.23583>.
- Turato, E. R. (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. *Petropolis Vozes*. 106(2). ID Lil:386156.
- Valdez., J. A., & Brennan M. T.(2018). Impacto do câncer bucal na qualidade de vida. *Dent Clin North Am*. 62(1), 143-54. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2017.09.001>.
- Wolff, K.D., Follmann, M., & Nast A. (2012). O diagnóstico e tratamento do câncer de cavidade oral. *Dtsch Arztebl Int*, 109 (48), 829-35. <https://doi.org/10.3238 / arztebl.2012.0829>.