Caso Clínico

Carcinoma escamocelular em soalho de boca causando destruição mandibular

Squamocellular carcinoma of the mouth floor causing mandibular destruction

Ana Katarine Almeida Rios* Kaique Carvalho de Souza** Vírginia Dias Uzêda e Silva***

Resumo

O carcinoma espinocelular (CEC) representa o tumor mais frequente dentre todos os cânceres da cavidade oral, com uma média de idade de 60 anos e maior ocorrência no sexo masculino. A característica clássica da lesão é de um nódulo endurecida, com sinais e sintomas que se diferem de acordo com a região oral acometida, muitas dessas lesões são indolores, o que pode causar um retardo no diagnóstico e tratamento da doença. Objetivo: relatar um caso clínico de um paciente com CEC em soalho bucal, ressaltando a importância de o cirurgião-dentista reconhecer e diagnosticar essa doença em estágios iniciais. Relato de caso: paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, faioderma, tabagista, foi encaminhado para avaliação de lesão indolor em soalho de boca. No exame clínico, observou-se lesão nodular endurecida em soalho de boca com aproximadamente 3 cm de diâmetro, com presença de placas leucoplásicas em sua extensão e associada à ulceração na região de rebordo alveolar. O exame radiográfico panorâmico mostrou reabsorção óssea na região de ulceração. Foram realizadas a biópsia incisional da lesão e a análise histopatológica, em que foi compatível com CEC. O paciente foi encaminhado para tratamento oncológico. Considerações finais: assim, é imprescindível ressaltar a importância de um adequado exame clínico, bem como do diagnóstico precoce destas lesões malignas, favorecendo um bom prognóstico ao paciente.

Palavras-chave: Câncer bucal. Carcinoma espinocelular. Diagnóstico bucal.

http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v25i2.11566

^{*} Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário UniRuy, Bahia, Brasil.

^{**} Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário UniRuy, Bahia, Brasil.

Doutora em Odontologia e Saúde, Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário UniRuy, Bahia, Brasil.

Introdução

O câncer tornou-se um problema de saúde pública por se tratar de uma doença com grande incidência, sendo o responsável por uma em cada seis mortes no mundo¹. No Brasil, o câncer é a segunda causa de morte dentre as doenças crônico-degenerativas, sendo o câncer bucal o sexto mais incidente no mundo^{2,3}.

O tabagismo e o consumo de álcool são os principais fatores de risco reconhecidos, atribuindo um efeito em 75% dos casos, com efeito sinérgico quando combinados⁴. Porém, outros fatores de risco também são descritos na literatura, como infecção pelo papiloma vírus, dieta, exposição excessiva aos raios ultravioleta, imunossupressão, má alimentação, variáveis demográficas (nível de escolaridade, etnia, idade, gênero), entre outros.

É demonstrado na literatura que os locais com maior incidência de câncer de boca são aqueles em que a população apresenta comportamento e estilo de vida mais propensos ao tabagismo e ao etilismo. Como descrito no estudo de Tandon et al.⁵ (2017), que afirmaram que a Índia tem uma das maiores incidências de câncer bucal, correspondendo a cerca de 30% de todos os novos casos. Este alto risco para câncer oral e orofaríngeo, nesta região, é devido à prevalência do uso de tabaco, particularmente o seu uso mascado.

Apesar de o perfil epidemiológico ter mudado ao longo do tempo, com variações regionais consideráveis, ainda há maior prevalência de câncer bucal no sexo masculino, o que é consequência da maior exposição a fatores de risco entre os homens, mas esta proporção entre gêneros está diminuindo devido a mudanças no contexto social feminino, em que as mulheres passaram a se expor mais ao tabagismo e ao álcool. Além disso, CECs bucais são mais comuns em adultos, após a quinta década de vida, com média de idade de 62 anos⁶.

Embora o CEC possa ocorrer em qualquer parte da boca, algumas áreas são mais prevalentes, como a borda lateral de língua, o soalho bucal e o lábio, podendo ser acometidos em 50% dos casos⁷. Clinicamente, as lesões podem se apresentar de formas variadas, podendo ser exofiticas (nodular), endofíticas (ulcerativo), verrucosa, leucoplásicas, eritroplásicas ou eritroleucoplásicas⁸.

O atraso no diagnóstico do câncer de boca pode resultar no aumento da morbidade enfrentada pelos pacientes acometidos, além de reduzir as chances de cura e sobrevida. As taxas de sobrevida em 5 anos dos carcinomas oral e orofaríngeo são de aproximadamente 50%.

A invasão do CEC em ossos maxilares é um problema clínico comum. Nesses casos, muitas vezes, torna-se necessária a ressecção cirúrgica, e, com isso, a função dos maxilares acaba sendo comprometida. Esta mutilação pode provocar sérios impactos psicológicos ao paciente¹⁰. Essas consequências podem ser diminuídas se a doença for detectada precocemente. Nesse aspecto, o papel do dentista através do reconhecimento de lesões com potencial de malignidade é de extrema importância¹¹. A palpação das cadeias linfáticas cervicais complementa o exame físico, sendo essencial a determinação do tamanho dos linfonodos, sua mobilidade e a relação com estruturas vizinhas¹². Caso haja esta suspeita, de acordo com o observado na história clínica, torna-se necessário fazer uma biópsia para fins diagnósticos^{13,14}. O CEC possui um padrão de disseminação para linfonodos cervicais importante e bem estabelecido. É de grande importância definir o estágio em que a neoplasia se encontra e, consequentemente, avaliar as suas possíveis metástases.

De acordo com o estágio do carcinoma, o tratamento proposto pode ser cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, e até mesmo a sua associação. Vale ressaltar que o tratamento destas neoplasias deve ser realizado por uma equipe multiprofissional composta por médico cirurgião de cabeça e pescoço, oncologista e radioterapeuta⁷.

O cirurgião-dentista tem relevante importância no diagnóstico do carcinoma espinocelular, e por isso é de extrema necessidade que esse profissional seja capaz de identificar lesões com possíveis características de câncer de boca. Dessa forma, o tempo até o início do tratamento será menor e, com isso, o prognóstico melhora, aumentando a sobrevida do paciente.

Assim, este trabalho visa contribuir com o conhecimento do cirurgião-dentista sobre o CEC e a importância do estabelecimento de um diagnóstico precoce.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 60 anos de idade, foi encaminhado por cirurgião-dentista de Unidade Básica de Saúde para consulta odontológica no serviço de Estomatologia para avaliação de lesão nodular em região de soalho bucal. A queixa do paciente era dor na região da unidade 13, que havia realizado exodontia há aproximadamente 15 dias em clínica odontológica privada. Durante o exame clínico intraoral, observou-se a presença de uma lesão nodular, endurecida à palpação, com placas leucoplásicas em sua superfície, em região de soalho de boca, estendendo-se para rebordo alveolar inferior (Figura 1). O paciente não referia dor na região e relatou ter percebido a lesão há cerca de três meses. Na história social, o paciente afirmou ser tabagista há 40 anos, utilizando cerca de 50 cigarros ao dia. No exame extrabucal, não foram observadas alterações na região de linfonodos.



Figura 1 – Aspecto clínico inicial da lesão – lesão nodular com superfícies leucoplásicas em região de soalho bucal

Fonte: autores.

Devido à queixa de dor na região da unidade 13 e para melhor avaliação da condição bucal do paciente, foi solicitada uma radiografia panorâmica. No exame imaginológico, não foi observado nenhum fragmento radicular, apenas uma área sugestiva de alvéolo em cicatrização. Na região de rebordo alveolar do lado direito, próximo ao soalho de boca, pôde-se observar uma perda óssea, possivelmente, devido à infiltração da lesão (Figura 2).



Figura 2 – Radiografia panorâmica – na região da unidade 13, observa-se ausência de fragmento dentário, área radiolúcida em região de rebordo ósseo na região de mandíbula lado direito

Fonte: autores.

Foi realizada biópsia incisional e a peça foi encaminhada para exame anatomopatológico. O resultado do exame histopatológico foi conclusivo para CEC e o paciente foi encaminhado para tratamento oncológico. Entre as consultas com as equipes oncológicas, o paciente retornou à unidade para adequação do meio bucal, em que foi observada uma lesão mais ulcerada na região de rebordo gengival (Figura 3).



Figura 3 – Aspecto ulcerativo da lesão um mês após consulta inicial

Fonte: autores

O tratamento proposto foi a cirurgia, na qual foi feita uma hemimandibulectomia (Figura 4) com esvaziamento dos linfonodos cervicais do lado direito. O exame histopatológico revelou margens cirúrgicas livres e os linfonodos estavam livres de neoplasia. Após ser descartada a hipótese de metástase linfonodal pelo exame anatomopatológico, não foram realizados tratamentos radioterápico ou quimioterápico. O paciente encontra-se em tratamento fonoaudiológico devido à limita-

ção da mobilidade da língua após a cirurgia. O paciente foi orientado a realizar a higienização adequada das mucosas e será encaminhado para a reabilitação protética.



Figura 4 – Aspecto clínico após mandibulectomia, observa--se ausência de tecido ósseo e das unidades dentárias

Fonte: autores

Discussão

O CEC é o tipo histológico mais frequente e representa cerca de 90% dos casos de câncer de boca¹⁵. Segundo levantamento feito pelo Inca¹⁶ (2018), no Brasil, o CEC tem uma incidência maior em homens. Isso ocorre devido ao fato de os homens, sobretudo aqueles com idade superior à quinta década de vida, estarem mais expostos aos principais fatores de risco, que correspondem ao tabaco e ao álcool, e também por frequentemente ocorrer uma associação desses fatores, o que viabiliza em 75% a ocorrência desta patologia^{4,6}.

Assim, observa-se que o caso relatado corrobora as informações encontradas na literatura, com a ocorrência do CEC na mucosa oral de um homem, com idade superior à quinta década de vida e tabagista crônico.

A língua e o soalho bucal são os locais de maior acometimento das lesões de carcinoma escamoso⁶⁻⁸. Um estudo epidemiológico realizado por Moro *et al.*⁹ (2018) mostrou que a língua tem um maior acometimento em relação ao soalho bucal, diferentemente do que ocorreu no caso abordado, em que a lesão aconteceu na região de soalho bucal.

Esta neoplasia é agressiva e tem tendência à invasão óssea, sendo marcada por alto grau de disseminação local e potencial metastático¹⁰. Nes-

te caso, a literatura corrobora o caso explicitado, pois observou-se lesão com padrão de expansão na região de osso mandibular.

Os exames radiográficos podem ser utilizados para mensurar a invasão e a extensão óssea do CEC. Em estágios mais avançados, a tomografia computadorizada (TC) torna-se mais fidedigna do que a radiografia panorâmica convencional, pois possui diversos cortes e, consequentemente, diversos ângulos de análise¹⁷. No caso relatado, inicialmente, foi solicitada a radiografia panorâmica, com o objetivo principal não de detectar comprometimento ósseo provocado pela neoplasia, já que inicialmente a lesão era em soalho bucal, mas, sim, de verificar a queixa da presença de fragmento dentário resultante de exodontia prévia e avaliar mais adequadamente o paciente. Apesar de a solicitação do exame imaginológico não ter tido o foco em detecção de acometimento ósseo, foi possível detectá-lo, o que sugeriu que a lesão estava em evolução.

Nas lesões pequenas, menores que 3 cm, o paciente pode apresentar-se assintomático¹⁸. Por este motivo, um exame clínico bem detalhado e a habilidade do cirurgião-dentista em suspeitar e diagnosticar estas lesões são de extrema importância. Desta forma, o diagnóstico precoce aumenta as chances de cura e diminui as possíveis mutilações, como resultado do tratamento cirúrgico¹⁹.

No caso relatado, assim como demonstrado na literatura, o paciente estava sem sintomatologia dolorosa, mas, graças ao exame intraoral realizado pelo cirurgião-dentista da unidade básica de saúde, foi possível identificar e, posteriormente, diagnosticar a neoplasia.

Dependendo do tamanho da lesão, pode ser necessário o uso de reconstruções de tecido que promovem resultados aceitáveis tanto do ponto de vista funcional quanto do estético¹⁸. O esvaziamento cervical trata-se de um procedimento cirúrgico utilizado para diagnóstico e tratamento^{13,14}. No caso relatado, não houve alterações clínicas nos linfonodos, mas, devido à invasão óssea, foi realizado o esvaziamento cervical, e a ausência de células neoplásicas na região foi um dos motivos pelo qual o paciente não necessitou de radioterapia, corroborando Mendonça *et al.*¹⁴ (2015).

Alguns autores preconizam o esvaziamento cervical eletivo associado à ressecção do tumor primário mesmo em pacientes clinicamente sem a presença de linfonodos acometidos. Este faz parte do tratamento padrão de alguns autores devido ao risco de metástases ocultas²⁰.

Como mencionado, além da cirurgia, algumas terapêuticas coadjuvantes podem ser utilizadas neste tipo de câncer, é o caso da quimioterapia e/ou da radioterapia. A radioterapia consiste em radiações ionizantes, que atuam sobre o DNA das células malignas, levando à morte celular ou à perda de sua capacidade reprodutiva e, ao mesmo tempo, preservando os tecidos normais, alcançando um índice terapêutico favorável²¹. Porém, esta modalidade de tratamento promove efeitos colaterais que também se manifestam na cavidade oral, é o caso da mucosite, da diminuição do fluxo salivar, que por sua vez facilita o aparecimento da candidíase, da cárie de radiação e da xerostomia. Outro fator importante é que, caso o paciente necessite de cirurgia oral menor, esta deve ser realizada previamente ao tratamento radioterápico, sob risco de desenvolver osteorradionecrose7. Diante dos efeitos colaterais que a radioterapia pode provocar, o fato de o paciente não necessitar deste tipo de terapia foi um fator positivo, o que tornou o seu tratamento de certa forma mais confortável, sem a ocorrência de possíveis efeitos adversos.

Após a excisão cirúrgica do CEC e por muitas vezes se tratar de lesões amplas e com comprometimento ósseo, é comum haver sequelas estéticas e funcionais, o que culmina em problemas psicológicos para o paciente, já que a situação em que ele fica exposto foge dos padrões estéticos aceitáveis pala sociedade, cabendo então ao cirurgião-dentista reinserir este indivíduo socialmente, por meio da prótese bucomaxilofacial²².

Frente a todos os problemas físicos e psicológicos que podem ser observados em pacientes portadores de CEC, observa-se a importância de um diagnóstico precoce, o qual permitirá ao paciente um melhor prognóstico, além de menor intervenção cirúrgica e uma melhor qualidade de vida.

Considerações finais

Devido ao pior prognóstico, à maior mutilação e ao acometimento psicológico ocasionados aos pacientes em estágios mais avançados do carcinoma espinocelular, é de extrema importância o estabelecimento de um diagnóstico precoce. Para isso, o cirurgião-dentista deve realizar um exame clínico (anamnese e exame físico) minucioso, no qual seja possível identificar sinais iniciais da doença, evite sua evolução, aumente a sobrevida e promova melhor qualidade de vida aos pacientes

Abstract

Squamous cell carcinoma (SCC) represents the most frequent tumor among all cancers of the oral cavity, with an average age of 60 years and greater occurrence in males. The classic characteristic of the lesion is a hardened nodule, with signs and symptoms that differ according to the affected oral region, many of these lesions are painless, which can cause a delay in the diagnosis and treatment of the disease. Objective: to report a clinical case of a patient with CPB on the oral floor, emphasizing the importance of the dental surgeon in recognizing and diagnosing this disease in early stages. Case report: male patient, 60 years old, phaderoderma, smoker, was referred for painless lesion on the floor of the mouth. On clinical examination, a hard nodular lesion was observed on the floor of the mouth, approximately 3 cm in diameter, with the presence of leukoplastic plaques in its extension and was associated with ulceration in the region of the alveolar ridge. The panoramic radiographic examination showed bone resorption in the ulceration region. Incisional biopsy of the lesion and histopathological analysis were performed, in which it was compatible with CPB. The patient was referred for cancer treatment. Final considerations: thus, it is essential to emphasize the importance of an adequate clinical examination, as well as the early diagnosis of these malignant lesions, favoring a good prognosis for the patient.

Keywords: Oral cancer. Squamous cell carcinoma. Oral diagnosis.

Referências

- Organização Mundial de Saúde. Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs. Geneva; 2017.
- Souza JGS, Barbosa de Sá MA, Veloso Popoff DA. Comportamentos e conhecimentos de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde quanto ao câncer bucal. Cad Saúde Colet 2016; 24(2):170-7.
- Deusdedit MB, Telles PJ, Cruz AF, Lacerda JCT, Resende RG. Análise da prevalência de carcinoma de células escamosas da cavidade bucal no Serviço de Estomatologia do Hospital Metropolitano Odilon Behrens em Belo Horizonte, Minas Gerais. Arq Odontol 2016; 52(4):182-7.
- Cardemil MF. Epidemiología del carcinoma escamoso de cabeza y cuello. Revista Chilena de Cirurgia 2014; 66(6):614-20.
- Tandon P, Dadhich A, Saluja H, Bawane S, Sachdeva S. The prevalence of squamous cell carcinoma in different sites of oral cavity at our Rural Health Care Centre in Loni, Maharashtra – a retrospective 10-year study. Contemp Oncol (Pozn) 2017; 21(2):178-83.
- Leite AA, Leonel ACLS, Castro AFL, Carvalho EJA, Vargas PA, Kowalski LP, et al. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathological study on 194 cases in northeastern Brazil. A cross-sectional retrospective study. Sao Paulo Medical Journal 2018; 136(2):165-9.
- Lemos Junior CA, Alves FA, Torres-Pereira CC, Biazevic MGH, Pinto Junior DS, Nunes FD. Câncer de boca baseado em evidências científicas. Rev assoc paul cir dent 2013; 67(3):178-86.
- Cruz ACS, Franzolin SOB, Pereira AAC, Beijo LA, Hanneman JAC, Cruz JRS. Carcinoma de células escamosas da boca: concordância diagnóstica em exames realizados no Laboratório de Anatomia Patológica da Universidade Federal de Alfenas. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(4):655-61.
- Moro JS, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevida. Einstein 2018; 16(2):1-5.
- 10. Tang CH, Chuang JY, Fong YC, Maa MC, Way TD, Hung CH. Bone-derived SDF-1 stimulates IL-6 release via CXCR4, ERK and NF
 B pathways and promotes osteoclastogenesis in human oral cancer cells. Carcinogenesis 2008; 24(8):1483-92.
- Stefanescu OM, Dragomir R, Ciurcanu O, Budacu CC. Risk Factors and the Mechanism of Induced Oral Cancer by the Chemical Substances. REV CHIM (Bucharest) 2018; 68(5):1283-7.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço. Revista Brasileira de Cancerologia 2001; 47(4):361-76.
- Dedivitis RA, Guimarães AV, Pfuetzenreiter JR EG, Castro MAF. Neck dissection complications. Braz J Otorhinolaryngol 2011; 77(1):65-9.
- Mendonça JCG, Melo RL, Barros RMG, Teixeira FR, Jardim ECG, Macena JA, et al. Carcinoma epidermoide lingual com esvaziamento cervical unilateral supra-omohioideo: relato de caso. Arch Health Invest 2015; 4(6):31-6.
- 15. Casati MFM, Vasconcelos JA, Vergnhanini GS, Contreiro PF, Graça TB, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço 2012; 41(4):186-91.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2018.

- Pereira AC, Cavalcanti MGP, Tossato OS, Guida FJ, Duaik MCA, Kuroishi M. Análise de carcinomas epidermóides por meio de radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. Pesqui Odontol Bras 2001; 15(4):320-6.
- 18. Lopes PSD, Santos MA. Carcinoma de células escamosas labial em paciente jovem. Revista HCPA 2012; 32(1):82-6.
- Chagas KA, Fernandes LEBA, Santos WB, Feitosa TFS, Peixoto FB, Ferreira SMS. Carcinoma verrucoso em lábio inferior em uma paciente idosa: relato de caso. Revista Eletrônica Acervo Saúde 2019; 20(20):1-6.
- D'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, Kulcsar MAV, Cernea CR, Brandão LG, et al. Carcinoma espinocelular da cavidade oral: fatores relacionados à presença de metástases linfonodais ocultas. Brazilian journal of otorjinolaryngology 2015; 81(3):248-54.
- 21. Borges B, Vale DA, Aoki R, Trivino T, Fernandes KS. Atendimento odontológico de paciente submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço: relato de caso clínico. Rev Odontol Univ Cid São Paulo 2018; 30(3):332-40.
- 22. Kusterer LEFL, Paraguassú GM, Silva VSM, Sarmento VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. Rev cir traumatol buco-maxilo-fac 2012; 12(4):9-16.

Endereço para correspondência:

Ana Katarine Almeida Rios Rua João José Rescala, nº 210, Bairro Imbuí CEP: 41720-000 – Salvador, BA

Recebido: 14/08/2020. Aceito: 23/02/2021.