

Carcinoma espinocelular em borda de língua tratado com rádio e quimioterapia

Scamous cell carcinoma in the tongue border treated with radio and chemotherapy

Onofre Francisco de Quadros¹, Gisele Rovani², Maria da Conceição Andrade e Silva², Márcia Aparecida Rosolen², Karen Dantur Chaves², Anelise Fagundes Ligoki², Fabiana Ckless Moresco²

¹Professor-Doutor do curso de mestrado em Patologia Bucal da FO-Ufrgs. ²Aluna do curso de mestrado em Patologia Bucal da FO-Ufrgs.

Resumo

Os autores apresentam um caso clínico de carcinoma espinocelular indiferenciado de borda de língua, de um paciente do sexo masculino, 56 anos, raça branca. São apresentadas a revisão da literatura e a discussão pertinente ao assunto, os efeitos do tratamento e a preservação.

Palavras-chave: carcinoma espinocelular, radioterapia, quimioterapia.

Introdução

O câncer é a segunda maior causa de morte nos países industrializados, perdendo apenas para as doenças obstrutivas do coração. As estatísticas sobre a prevalência e mortalidade do câncer bucal não revelam, suficientemente, o impacto sobre a qualidade de vida causado por ele e pelas conseqüências de seu tratamento. O tratamento tem várias técnicas, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia, determinados pela localização, tipo histológico, extensão do tumor primário e envolvimento ganglionar, e as seqüelas podem ser tanto lesões agudas quanto persistentes (Sonis *et al.*, 1985; Strauss, 1989; National Institutes of Health, 1989).

Este trabalho relata um caso de carcinoma espinocelular indiferenciado de borda de língua, lado direito, T₄N₁M₀, a conduta realizada, regressão da lesão e conseqüências do tratamento realizado.

Recebido em 3/3/98. Aceito em 18/6/98

Revisão da literatura

Felizmente, a palavra câncer não tem mais significado *morte* para o paciente e, sim, *tratamento*. As técnicas de diagnóstico e tratamento dessa doença têm mostrado avanços desde que o câncer começou a ser investigado.

A cirurgia, como um dos principais meios de tratamento, tem auxiliado os pacientes com câncer bucal, restabelecendo a saúde e aumentando a sobrevida. Porém, essa conduta pode resultar em um tratamento mutilador, comprometendo a função de estruturas anatômicas em vários graus, causando assimetrias faciais, disfunções na fala ou na deglutição, dores neurológicas locais. Isso provoca profundas mudanças no relacionamento social e familiar, que poderão acarretar problemas psicológicos e sociais no paciente (Strauss, 1989; Eversole, 1996).

Precedente à cirurgia, a radioterapia também é utilizada no tratamento do câncer. Segundo Sonis *et al.* (1985), o objetivo principal da radiação pré-operatória numa neoplasia é o de tornar a lesão operável, induzindo a contração marginal suficiente para removê-la, auxiliando na redução das recidivas locais e nas metástases a distância. Esse tratamento é mais eficiente em lesões neoplásicas superficiais, capazes de oferecer maior exposição à radiação; assim, as neoplasias invasivas, profundas, e os tumores hipóxicos, como o do tecido ósseo, mostram-se radorresistentes. Normalmente, é aplicada de forma fracionada para permitir a recuperação dos tecidos normais adjacentes.

O tratamento radioterápico também possui efeitos indesejáveis. Vários tecidos normais (pele, mucosas, medula óssea, sistema linfóide) podem exibir toxicidade precoce ou tardia à radioterapia e limitar a sua dosagem. Sobre outras estruturas bucais, como glându-

las salivares, mucosa bucal, músculos e osso alveolar, essa terapia pode provocar diretamente xerostomia, mucosites, osteorradionecrose, dermatites, trismo; indiretamente, pode causar extensas cáries de colo dentário, diminuição da gustação e infecções, além de aplasia medular (Sonis *et al.*, 1985; National Institutes of Health, 1989; Rugo, 1995; Silva *et al.*, 1996).

Outro tratamento coadjuvante é a quimioterapia com uso de drogas citotóxicas, a quais, administradas por um oncologista, agem auxiliando ou potencializando a ação da radioterapia e como adjuvante na redução da recidiva. As principais complicações desse tratamento são os resultados da mielossupressão, imunossupressão e efeitos citotóxicos sobre os tecidos bucais. Os problemas clínicos mais comumente encontrados também são a mucosite, infecções locais ou sistêmicas e hemorragias gengivais (De Paola *et al.*, 1986; National Institutes of Health, 1989; Rugo, 1995).

O cirurgião-dentista desempenha papel importante no tratamento do câncer de boca, não só no diagnóstico da lesão, mas na avaliação e tratamento dentário prévio ao tratamento do carcinoma. Essa conduta tem objetivo de minimizar os efeitos colaterais do tratamento oncológico, como, por exemplo, a osteorradionecrose (Eversole, 1996; Silva *et al.*, 1996).

A osteorradionecrose ocorre devido ao efeito citotóxico da radiação sobre os osteoblastos e células endoteliais, resultando em fibrose dos vasos sanguíneos, hipovascularização do tecido ósseo e dificuldade de neoformação óssea. Quando o osso é injuriado, tornando-se suscetível a infecções secundárias, devido à disfunção no mecanismo de reparo, pode progredir para infecção disseminada aos

tecidos moles e formação de flegmões, fistulas cutâneas e fraturas patológicas (Sonis *et al.*, 1985).

Todas essas complicações resultam do tratamento agressivo necessário para o câncer e não ocorreriam se essa neoplasia fosse diagnosticada precocemente e tratada nas fases iniciais.

Caso clínico

Paciente masculino, 56 anos, branco, fumante desde os dez anos de idade, etilista há 15 anos, queixou-se de dor de ouvido no lado direito, dor na língua e surgimento de um nódulo na região submentoniana, há quatro meses. Consultou, em julho de 1996, um médico otorrinolaringologista, no Posto de Saúde de Novo Hamburgo - RS, que administrou antibioticoterapia para otite e encaminhou-o ao estomatologista. O paciente procurou a Unidade de Estomatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para exame clínico.

No exame extrabucal encontrou-se um nódulo endurecido, fixo, sem sintomatologia, medindo aproximadamente 6 cm de diâmetro, na região submentoniana.

No exame intrabucal observou-se uma úlcera na borda direita da língua, com centro necrótico, bordos elevados e endurecidos, medindo 4 cm de diâmetro, que se tornava dolorida durante a manipulação da língua (Fig. 1).

O restante da mucosa bucal mostrou aspecto normal, encontrando-se apenas a presença de cálculo sub e supragengival em alguns dentes anteriores, retração gengival e nenhuma atividade de cárie diagnosticada.

Na anamnese, o paciente relatou casos de câncer na família em indivíduos fumantes e etilistas. Nessa ocasião, o tratamento da otite, realizado com ampicilina, já havia sido



Figura 1 - Úlcera na borda direita da língua, centro necrótico, bordos elevados e endurecidos, medindo 4 cm de diâmetro.

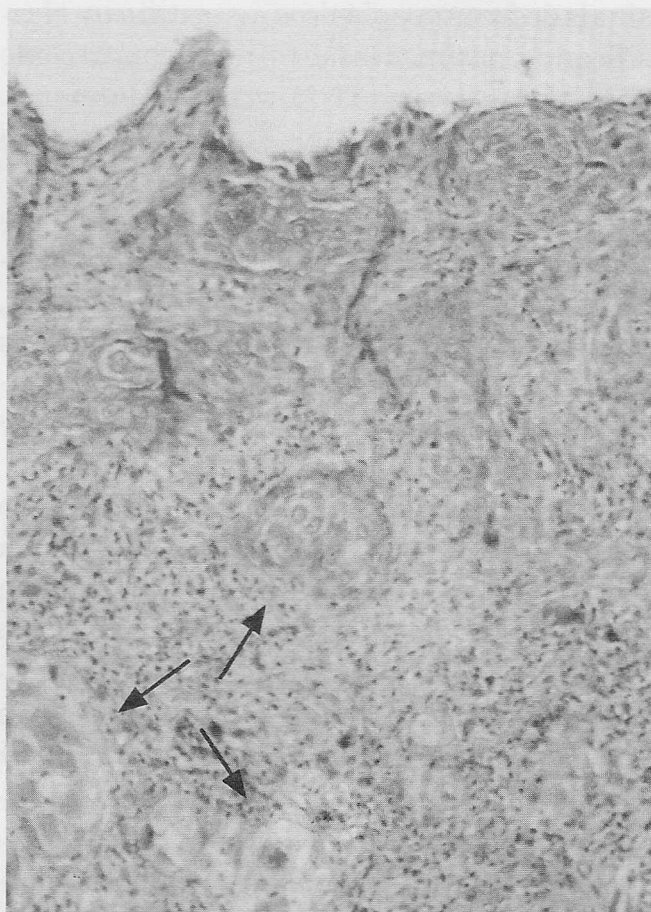


Figura 2 - Carcinoma espinocelular indiferenciado: células epiteliais neoplásicas e atípicas invadem o tecido conjuntivo (seta); coloração HE, magnificação aproximada 100 vezes.

encerrado, e a sintomatologia não havia regredido.

Realizou-se a biópsia incisional, abrangendo parte da úlcera e de tecido sadio adjacente, e encaminhou-se para exame histopatológico. Os cortes examinados mostraram proliferação neoplásica de células epiteliais com presença de atipia, hiperchromasia e figuras de mitose bizarras que invadiam o tecido conjuntivo. O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma espinocelular indiferenciado (Fig. 2).

Frente a esse resultado, o paciente foi encaminhado à Unidade de Otorrinolaringologia no Setor de Cabeça e Pescoço, iniciando-se os exames pré-operatórios para avaliação do tratamento a ser estabelecido. Solicitou-se uma radiografia torácica, a qual não mostrou sinais de focos neoplásicos metastáticos, classificando, assim, a lesão primária bucal como $T_4 N_1 M_0$, no sistema TNM, segundo Hermanek e Sobin (1987) e Martins Neto (1996), para o estadiamento de lesões malignas.

Outros exames complementares solicitados foram o hemograma completo com testes de coagulação, taxa de fosfatase alcalina, creatinina, hormônios hepáticos e glicose, os quais não mostraram nenhuma anormalidade nos resultados, além de VRDL, teste de hepatite e HIV, todos negativos.

Na Unidade de Fisiologia Pulmonar do Hospital de Clínicas da Ufrgs, realizou-se uma espirometria com prova farmacodinâmica, em que foi avaliada a capacidade respiratória do paciente, obtendo-se a conclusão de insuficiência ventilatória obstrutiva de grau leve reversível, além de uma radiografia de tórax na qual não foram detectados focos metastáticos de tumor maligno no pulmão. Na Cardiologia, o eletrocardiograma revelou hipertensão que ainda não havia sido diagnosticada, tendo sido iniciado, então, o tratamento com anti-hipertensivo. Após os exames, o trata-

mento estipulado foi a radioterapia associada à quimioterapia, prévios à cirurgia.

O tratamento com o quimioterápico foi realizado na Unidade de Quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de segunda a quinta-feira, durante seis semanas, num total de 24 doses. A solução quimioterápica foi um composto de DDP, Dexametazona, Ondansetron, SF, Kcl, $MgSO_4$, Cisplatina e Manitol, perfazendo o total de um litro, administrado por via endovenosa durante quatro horas, no período da manhã.

A radioterapia foi realizada na Unidade de Radioterapia do Hospital São Lucas da PUCRS, fracionada em 12 aplicações de 500 rads, uma vez por semana, durante 15 minutos, aplicada na face com o raio central direcionado para a região da úlcera, totalizando 6 000 rads. Durante o tratamento, o paciente foi acompanhado pelo oncologista por meio de consultas e hemogramas semanais e por exame clínico no setor de Patologia da FO-Ufrgs.

Com uma semana de tratamento, relatou alívio da otite e redução do nódulo submandibular, e a lesão neoplásica da língua mostrou aumento da área de necrose. Uma semana após, o paciente relatou dor na mucosa bucal e durante a alimentação. Clinicamente, observaram-se áreas erosivas e avermelhadas de bordos irregulares na mucosa lingual e jugal (Fig. 3). Com um mês de tratamento químico e radioterápico, essas lesões tornaram-se ulceradas e extensas, atingindo o palato, a língua e a mucosa jugal, causando desconforto e dor para a higienização, alimentação e comunicação do paciente, que referiu ainda sensação de boca seca. A úlcera neoplásica mostrou redução em suas dimensões e o gânglio submandibular apresentou-se discreto (Fig. 4).

Frente a esses sinais e sintomas, o tratamento foi reavaliado na Otorrinolaringolo-



Figura 3 - Aspecto da lesão neoplásica após duas semanas de tratamento rádio e quimioterápico: a borda da língua mostra áreas eritroplásicas e dolorosas.

gia Cabeça e Pescoço, onde se solicitou temporariamente a redução da quantidade de radiação e a suspensão das doses seguintes de quimioterápico, permanecendo essa terapêutica por mais um mês e meio.

Sete dias após a alteração no tratamento, observou-se presença de placas leucoplásicas, rugosas e indolores na mucosa mastigatória vestibular anterior, não removíveis durante a raspagem e diagnosticadas como mucosite. As ulcerações persistiam, mas com sintomatologia branda e acompanhadas por pla-



Figura 4 - Aspecto da mucosa bucal após quatro semanas de tratamento rádio e quimioterápico: áreas eritroplásicas tornaram-se ulceradas e extensas, atingindo o palato, mucosa jugal e língua, causando desconforto e dor; observa-se a presença de candidíase pseudomembranosa.

cas brancas removíveis compatíveis com candidíase pseudomembranosa. A quantidade de placa bacteriana havia aumentado, e a saliva mostrou-se escassa e viscosa (Fig. 5). Clinicamente, a epiderme apresentava-se ressecada, escura, com aparência de bronzeamento solar, além de alopecia na área correspondente à incidência da radiação. O nódulo ganglionar não se mostrou palpável (Fig. 6).

A radioterapia foi encerrada 75 dias após seu início, quando o paciente foi encaminhado

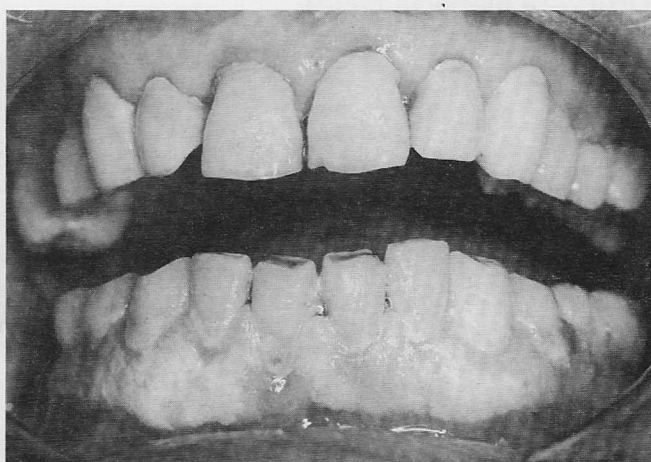


Figura 5 - Vista da mucosa alveolar após a suspensão da quimioterapia e redução da radiação: observa-se a presença de placas leucoplásicas, rugosas e indolores na mucosa mastigatória (mucosite); placa bacteriana visível, gengivite, saliva escassa e viscosa.

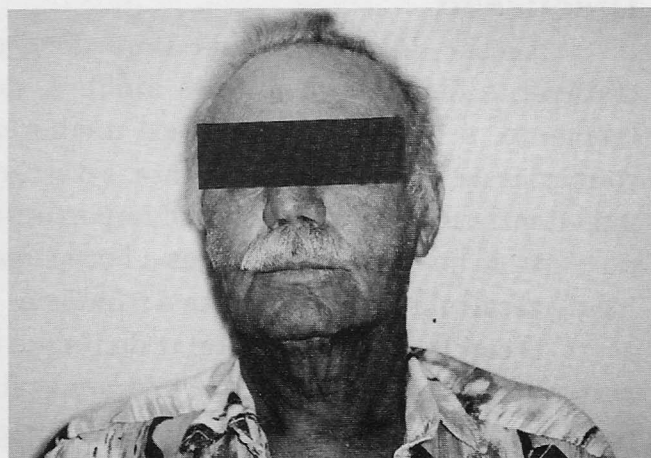


Figura 6 - Epiderme ressecada, escura, com aparência de pele bronzeada e alopecia na área correspondente à incidência da radiação.

para cirurgia da lesão tumoral. Na biópsia incisional realizada anteriormente à cirurgia, não foi encontrada presença de células malignas, suspendendo-se, então, a conduta.

O paciente recebeu alta e passou a ser acompanhado trimestralmente pelo oncologista e estomatologista nos seis anos seguintes. Não apresentou sinais de recidiva da neoplasia até um ano após o tratamento, porém observou-se o aumento de placa bacteriana, xerostomia, mucosa bucal pálida e atrófica (Fig. 7) e alopecia facial.



Figura 7 - Aspecto da região após ter sido encerrado o tratamento do carcinoma.

Discussão

Apesar de o câncer ser uma doença tratável, o diagnóstico precoce ainda é, no momento, a conduta que oferece melhores condições de sobrevida ao paciente, e o cirurgião-dentista desempenha papel importante no controle do câncer bucal, pois a boca é um local acessível ao exame clínico e à biópsia.

O carcinoma espinocelular da língua é responsável por 25 a 40 % dos carcinomas da boca e localiza-se comumente na região posterior, seguido da base e dorso da língua, exigindo atenção para seu diagnóstico por apresentar-se geralmente assintomático em uma área

de visualização difícil (Regezi e Sciubba, 1991).

No caso relatado, o tumor só foi diagnosticado a partir de uma manifestação de otite, a qual não mostrou regressão da sintomatologia após a terapêutica convencional, exatamente por não se tratar de uma infecção local, mas, sim, de dor irradiada da invasão do carcinoma nos tecidos da língua.

Os exames de tórax e pulmão são meios auxiliares para o diagnóstico de possíveis focos metastáticos nessa região, frequentemente acometida por esse prognóstico devido à drenagem vascular e linfática da região de cabeça e pescoço se direcionar aos pulmões. Os demais exames complementares são responsáveis para auxiliar no diagnóstico de possíveis distúrbios fisiológicos ou infecções crônicas do paciente que impossibilitariam qualquer intervenção cirúrgica posterior.

As lesões menores são geralmente tratadas pela cirurgia, coadjuvada pela radiação quando há risco de recidiva, porém não é incomum o uso exclusivo da radiação nessas lesões (Sonis *et al.*, 1985; De Paola *et al.*, 1986). A dissecação ou a radiação cervical profilática são manobras comuns para a eliminação de metástases subclínicas ou ocultas (Rugo, 1995). No carcinoma bucal, a quimioterapia é mais utilizada para auxiliar na diminuição da extensão do que na eliminação do tumor (De Paola *et al.*, 1986; National Institutes of Health, 1989).

No caso relatado, o carcinoma apresentava grau indiferenciado e comprometimento ganglionar palpável, mas respondeu significativamente à terapia química e iônica, evitando a ressecção cirúrgica e o esvaziamento ganglionar, segundo relatado por Sonis *et al.* (1985). Porém, a morbidez associada a esses tratamentos também trouxe efeitos colaterais temporários e permanentes ao paciente,

como úlceras mucosas, dor, mucosite, candidíase, xerostomia, atrofia epitelial e alopecia, além do risco eminente da recidiva.

Um problema grave e oculto que a radiação provoca ao tecido ósseo é a osteorradionecrose (De Paola *et al.*, 1986). As lesões podem ocorrer devido a traumatismos, extrações, doença periodontal e inflamação periapical em dentes despolpados, causando desde perda óssea até infecções disseminadas, pois o componente celular e vascular ósseo está prejudicado pela ação da radiação (Rugo, 1995; Eversole, 1996). A ausência ou redução do fluxo salivar eleva o risco de cárie, exigindo do paciente atenção com a higiene ou até o uso de saliva artificial como meio profilático para evitar infecções nos maxilares, pois as medidas terapêuticas existentes para auxiliar os pacientes com osteorradionecrose atualmente não se mostram eficazes (Sonis *et al.*, 1985; Rugo, 1995).

Apesar de os esforços estarem direcionados para o tratamento do câncer, o risco de se desenvolver uma lesão maligna secundária também existe. Por isso, a educação e informação ao paciente e aos seus familiares a respeito dos procedimentos que antecedem o tratamento, seus efeitos e conseqüências são essenciais para facilitar a colaboração da terapêutica, ressaltando a procura pela qualidade de vida e a aceitação das novas condições após o tratamento, lembrando sempre que o diagnóstico precoce do câncer ainda é a melhor garantia de prognóstico (Strauss, 1989; Silva *et al.*, 1996).

Agradecimentos

Ao dr. Osvaldo Miller e dr. Ramirez Sanches, da Unidade de Otorrinolaringologia Cabeça e Pescoço, e dr. Luís Fernando Venegas, do Setor de Oncologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Abstract

The authors present a case report of a poor differentiated squamous cell carcinoma in the tongue border of white male, 56 years old. We have presented literature review, discussion, treatment effects and management.

Key words: squamous cell carcinoma, radiotherapy, chemotherapy.

Referências bibliográficas

- DE PAOLA, L.G., PETERSON, D.E., OVERHOLSER Jr., et al. Dental care for patients receiving chemotherapy. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 112, n. 2, p. 198-203, 1986.
- EVERSOLE, L. R. *Oral medicine*. Philadelphia: Saunders, 1996.
- HERMANEK, P., SOBIN, L.H. TNM Classification of malignant tumours. *International Union Against Cancer*. New York: Springer-Verlag, 1987.
- MARTINS NETO, M. *Associações entre os estadiamentos clínicos T1, T2, T3 e T4 e a graduação histopatológica do carcinoma epidermóide de língua*. Porto Alegre, 1996. 73 p. Dissertação (mestrado), Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. National institutes of health consensus development conference statement: oral complications of cancer therapies: diagnosis, prevention and treatment. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 119, n. 7, p. 179-183, 1989.
- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. *Patologia bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- RUGO, H. S. Câncer. In: TIERNEY Jr, L. M.; MCPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A.; et al. *Diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Ateneu, 1995.
- SILVA, B. A. C.; SILVA, P.; FARIAS, A. M. C. *Pacientes de alto risco em odontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. p. 55-56.
- SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. *Medicina oral*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- STRAUSS, R.P. Psychosocial responses to oral and maxillofacial surgery for head and neck cancer. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.47, p. 343-348, 1989.

Endereço para correspondência

Gisele Rovani
Rua Aspirante Genner, 1270
Bairro Lucas Araújo
CEP 99074-360 - Passo Fundo - RS
Fone (054) 315-1680