



ISSN: 2230-9926

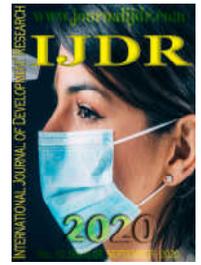
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 09, pp. 40270-40273, September, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19715.09.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

DIAGNÓSTICO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO CARCINOMA ESPINOCELULAR: UM RELATO DE CASO

*¹Tiago dos Santos de Freitas, ¹Henry Mcarter Senra Almeida, ¹Jeisielle Alves da Anunciação Barreto, ¹Northon Duarte Silva and ²Paulo Henrique Pola

¹Student at the Adventist College of Bahia, Cachoeira-BA, Brazil

²Dental Surgeon, Master in Radiology and Oral Imaging and Specialist in Stomatology and Professor of Adventist College of Bahia, Cachoeira-BA, Brazil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th June 2020

Received in revised form

26th July 2020

Accepted 27th August 2020

Published online 30th September 2020

Key Words:

Carcinoma Espinocelular, Câncer de Boca, Neoplasias Buciais, Carcinoma oral, Diagnóstico.

*Corresponding author:

Tiago dos Santos de Freitas

ABSTRACT

Introdução: O câncer é um conjunto de doenças agressivas que tem em comum o crescimento celular desordenado, que podem invadir tecidos e órgãos. O carcinoma espinocelular (CEC) é o mais prevalente na cabeça e pescoço, localiza-se principalmente em assoalho bucal e língua, apresentando baixos índices de cura. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de CEC, com ênfase no processo diagnóstico e fatores de risco associados. **Relato de caso:** Paciente, masculino, 70 anos, melanoderma, trabalhador rural, etilista, tabagista, compareceu ao serviço de estomatologia do Centro de especialidades odontológicas com sintomatologia dolorosa e queixa de “uma ferida de baixo da língua após ter comido uma castanha”. Ao exame físico intrabucal, observou-se extensa massa nodular, medindo 7 cm, firme a palpação, ulcerada, com áreas leucoeritoplásicas, bordas elevadas, em assoalho bucal se estendendo para borda lateral de língua e orofaringe. A hipótese diagnóstica foi de CEC e para a confirmação, realizou-se biópsia incisiva. O resultado anatomopatológico confirmou a presença de CEC. O paciente foi referenciado para tratamento oncológico e adequação do meio bucal. **Conclusão:** O Cirurgião-Dentista deve estar preparado para diagnosticar o CEC, associando informações clínicas e indicando exames histopatológicos para um diagnóstico precoce e melhor prognóstico.

Copyright © 2020, Tiago dos Santos de Freitas et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Tiago dos Santos de Freitas, Henry Mcarter Senra Almeida, Jeisielle Alves da Anunciação Barreto, Northon Duarte Silva et al. 2020. “Diagnóstico e fatores de risco associados ao carcinoma espinocelular: Um relato de caso”, *International Journal of Development Research*, 10, (09), 40270-40273.

INTRODUCTION

O carcinoma espinocelular (CEC) também chamado de carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermóide é uma neoplasia maligna originada do epitélio com maior prevalência no complexo estomatognático (Silva *et al.*, 2017). Caracteriza um problema de saúde pública mundial, sendo estimado aproximadamente 300.000 novos casos a cada ano (Thomson 2012). As maiores taxas de incidência são na América do Norte, Europa Ocidental, Japão, Coréia do Sul, Austrália e Nova Zelândia (Ferlay *et al.*, 2015). No Brasil, estima-se que no ano de 2020, 15.190 novos casos de câncer de boca serão diagnosticados, sendo que 90% a 95% serão representados pelo CEC e os demais por neoplasias mesenquimais e de glândulas salivares (INCA, 2020). Indivíduos do gênero masculino e com idade superior a 40 anos, apresentam maior incidência e prevalência.

Os sítios mais acometidos pelo CEC são: o assoalho bucal e língua (Silva *et al.*, 2017; INCA, 2020). A etiopatogenia do câncer bucal, está relacionada com múltiplos fatores de risco que podem ser intrínsecos (genéticos, estados sistêmicos ou generalizados, como desnutrição) e extrínsecos (comportamentais e ambientais). Esses apresentam potencial de atuar sobre o epitélio normal resultando em um processo de displasia, a qual se caracteriza pela presença de atipias celulares e perda da estratificação normal do tecido. Basicamente, a conjugação dos fatores do próprio indivíduo com os de ordem extrínseca, somada ao tempo de exposição a estes, constitui condições básicas e características para explicar a origem dos tumores malignos que acometem a cavidade oral (Feitosa, 2019; Andrade, 2015).

O tabagismo é tido como um fator de risco completo, pois atua nas três fases da carcinogênese (iniciação, promoção e

progressão), sendo que, esse destaca-se por apresentar em sua composição mais de 60 substâncias carcinogênicas, incluindo o alcatrão, benzopirenos, aminas aromáticas e produtos derivados da nicotina. Além disso, quando associado ao etilismo o efeito carcinogênico é aumentado substancialmente, pois o consumo do álcool pode aumentar a permeabilidade celular da mucosa aos agentes tóxicos diversos. (Ferreira, 2012). Outros fatores de risco incluem: hábitos alimentares (deficiências nutricionais específicas podem causar alterações epiteliais, deixando a mucosa mais vulnerável) e a exposição solar crônica (exerce grande influência para o câncer de lábio inferior). Outros autores citam ainda a irritação mecânica crônica, consumo de noz de areca e má higiene bucal como potenciais agentes carcinógenos. Estudos recentes têm demonstrado forte associação com a presença do papiloma vírus humano (HPV 16 e 18) com o CEC, constituindo atualmente um fator de risco adicional para o desenvolvimento deste tipo de tumor (Bakardzhiev *et al.*, 2015., Wolff, 2012). A presença de lesões potencialmente malignas deve ser investigada, de forma a contribuir para a prevenção e intervenção/tratamento precoce do câncer. Essas lesões apresentam, em seu curso natural de evolução, potencial para malignizarem, sendo representadas especialmente pela leucoplasia, eritroplasia, leucoeritroplasia ou eritroleucoplasia, queilite actínica e líquen plano erosivo. A porcentagem para o potencial de transformação maligna pode variar (Thomson 2012).

O CEC apresenta-se mais comumente como uma lesão ulcerada (ulcero-infiltrativa/ulcero-destrutiva), com bordas elevadas, nítidas e endurecidas, com centro necrosado e base endurecidas. O diagnóstico padrão-ouro em lesões com suspeita de malignidade consiste em anamnese detalhada, exame físico com boa inspeção visual e palpação, associado a biópsia incisional e análise histopatológica (Lestón, 2010., Chen *et al.*, 2016). O tratamento dessas neoplasias é complexo, de caráter multidisciplinar e multimodal. Consiste em cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou associações dessas modalidades terapêuticas (Marur, 2016). As taxas de controle local e de sobrevida aumentaram com os tratamentos nos últimos 30 anos. Entretanto, apesar dos importantes avanços no diagnóstico e tratamento, 50% dos pacientes com CEC ainda morrem em 5 anos. Mesmo após uma intervenção terapêutica bem-sucedida, o prognóstico a longo prazo é comprometido por consequência do diagnóstico tardio, grandes dimensões do tumor e gradação histopatológica (Thomson, 2012). Neste contexto, considerando que o CEC constitui um problema de saúde pública em virtude da sua elevada letalidade e possibilidades de prevenção e identificação precoce, o objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de CEC, enfatizando o processo de diagnóstico e os fatores de risco associados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Paciente do sexo masculino, 70 anos, melanoderma, trabalhador rural, etilista, tabagista desde sua adolescência (fumando aproximadamente duas cartelas de cigarro por dia), sem história pregressa de doenças. Compareceu ao serviço de estomatologia do Centro de especialidades odontológicas CEO-Cachoeira com sintomatologia dolorosa e queixa principal de “um incômodo na língua após ter comido uma castanha” a alteração foi notada a aproximadamente 6 meses, de início lento nos 4 primeiros meses e evolução rápida nos

últimos 2 meses SIC. Ao exame físico intrabucal, observou-se múltiplas raízes residuais, periodontite generalizada, placa bacteriana calcificada em todos remanescentes dentários, lesão em região de assoalho bucal se estendendo para borda lateral de língua e orofaringe caracterizando uma massa nodular, firme a palpação, ulcerada, com áreas necróticas e leucoeritoplásticas, bordas elevadas, de odor fétido, medindo aproximadamente 7 cm (Figura 1). A hipótese diagnóstica de CEC foi considerada e para a confirmação da mesma, realizou-se biópsia incisional da lesão selecionando as 3 áreas com maior riqueza de características. Inicialmente foi feito anestesia do nervo lingual e alveolar inferior com solução de Articaina 4%+ Epinefrina 1:100.000, incisão em cunha com lâmina de bisturi 15c nas áreas previamente selecionadas, pinçamento e remoção do espécime (Figura 2). Aspecto clínico após sutura simples para auxílio de hemostasia (Figura 3). Em uma visão macroscópica mostrou-se 3 fragmentos de tecido mole, pardacento de com áreas acastanhadas e consistência elástica (Figura 4). Os espécimes foram acondicionados em frascos de boca larga com solução de formol 10% e encaminhado ao laboratório de anatomia patológica para análise microscópica. A análise histopatológica consistiu com a síntese anatomopatológica de CEC moderadamente diferenciado (Figura 5). O paciente foi referenciado para tratamento oncológico no hospital Geral Roberto Santos e orientado ao retorno para adequação do meio bucal.

RESULTADOS



Figura 1. Aspecto clínico intrabucal



Figura 2. Biópsia incisional da lesão

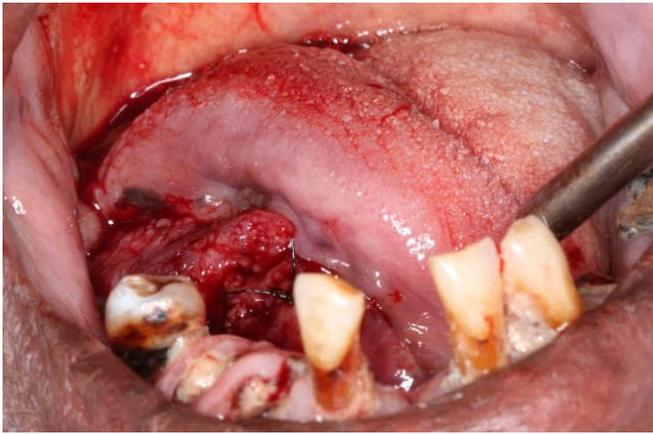


Figura 3. Aspecto clínico após sutura



Figura 4. Vista macroscópica dos espécimes

Macroscopia

Recebido em formol, 03 fragmentos irregulares de tecido pardacento com áreas acastanhadas de permeio e consistência elástica medindo o maior 1,7 x 1,0 x 0,5 cm. Aos cortes o tecido é pardo-esbranquiçado.

Secções: 08/TMI/3c

Microscopia

As características histopatológicas são consistentes com a seguinte síntese anatomopatológica.

Conclusão

CARCINOMA ESCAMOCELULAR MODERADAMENTE DIFERENCIADO
MARGENS CIRÚRGICAS NÃO PODEM SER AVALIADAS

Figura 5. Laudo anatomopatológico

DISCUSSÃO

O controle mundial do câncer representa atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta, pois é a segunda doença com maior índice de mortalidade, necessitando da realização de ações com variados graus de complexidade (Silva *et al.*, 2017). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), cerca de 60% dos pacientes admitidos, chegam com a doença em estágios avançados, com prognóstico desfavorável (INCA, 2020). A falta de acesso dos indivíduos ao serviço de saúde e o despreparo dos profissionais para a detecção do câncer bucal em estágio precoce constituem fatores para o diagnóstico tardio (D'souza., Addepalli, 2018). A maior parte das neoplasias malignas bucais é representada por CEC. Esse acomete com maior prevalência homens com idade superior a 40 anos, sendo que, a região de língua, assoalho bucal e lábio inferior, constituem os sítios com maior preferência para a manifestação da doença. (Iamarron *et al.*, 2004). Semelhante ao descrito na literatura, o presente relato de caso, exibiu um CEC em paciente do gênero

masculino, com idade superior a 40 anos e manifestando-se em assoalho bucal, estendendo-se para borda de língua. (Delatim *et al.*, 2017., Neville *et al.*, 2009., Comachio *et al.*, 2017). Por apresentar-se comumente, em seus estágios iniciais, como uma lesão assintomática, a lesão pode passar-se despercebida pelo paciente, sendo notada apenas quando em estágios mais evoluídos. Cabe ao profissional examinar, reconhecer, diagnosticar e encaminhar o paciente com eficiência (D'souza., Addepalli, 2018). Os fatores etiológicos associados ao CEC são: consumo crônico de tabaco e álcool, exposição excessiva à radiação ultravioleta, infecções virais pelo papiloma vírus humano HPV, deficiências nutricionais e hereditariedade. (Andrade, 2015). Embora seja uma doença com múltiplos fatores de risco, o tabagismo associado ao etilismo, são considerados como agentes sinérgicos, potencializando o risco de desenvolvimento do câncer bucal. (Brener *et al.*, 2007., Iamarron *et al.*, 2004). No presente caso clínico, pode-se observar que o paciente se enquadrava no grupo de risco para desenvolvimento do câncer bucal, pois apresentava idade >40 anos, era etilista e tabagista crônico e estava exposto a fatores ocupacionais (radiação solar UVA e UVB). A má higiene bucal, com presença de sítios inflamados podem constituir fatores potencializadores.

Cabe ao profissional, orientar o paciente para que abandone os hábitos carcinogênicos e examinar cuidadosamente a cavidade oral desses, buscando possíveis anormalidades. O profissional deve ainda eliminar focos infecciosos e agentes irritantes capazes de gerar traumatismo (D'souza., Addepalli, 2018).

No Brasil estima-se o surgimento de 15.190 novos casos, sendo 11.180 homens e 4.010 em mulheres (INCA, 2020). O presente relato de caso corrobora com os achados literários estatísticos, exibindo predileção pelo sexo masculino. Além disso, a maior prevalência está associada a exposição excessiva dos homens aos hábitos carcinogênicos de tabagismo e etilismo quando comparado com o sexo feminino (Brener *et al.*, 2007). A detecção precoce do câncer de boca é extremamente eficaz para de reduzir os altos índices de mortalidade, além de minimizar a morbidade da doença e seu tratamento, que estão frequentemente associados com perda de função e desfiguração, o que implica negativamente na qualidade de vida desses pacientes (Mehrotra, 2011., D'souza., Addepalli, 2018). A determinação do diagnóstico de CEC tem sido auxiliado por diversas técnicas, sendo elas: biópsia com bisturi, Citologia esfoliativa, tomografia computadorizada, biópsia por escova e análise salivar para monitorar possíveis recidivas pós tratamento (Neville *et al.*, 2009 Mehrotra, 2011). Apesar das novas técnicas auxiliarem no diagnóstico de lesões malignas na cavidade oral, somente as técnicas de biópsia com escova e biópsia com bisturi são métodos de diagnóstico seguros para avaliar suspeitas lesões pré-cancerosas ou cancerígenas ((Wolff, 2012., Mehrotra, 2011., Lestón, 2010., Chen *et al.*, 2016).

O diagnóstico foi obtido através de exame clínico, seguido de biópsia incisional (indicada para lesões com características de malignidade) e exame anatomopatológico, já que, a lesão pode mimetizar outras patologias bucais, como tuberculose, sífilis e paracoccidiodomicose. (Neville *et al.*, 2009., Lestón, 2010., Chen *et al.*, 2016). O prognóstico do paciente depende de diversos fatores como: idade, condição sistêmica, localização da lesão, estágio de tumor TNM, grau de diferenciação celular e condições socioeconômicas (Brener *et al.*, 2007). No presente caso clínico, a idade avançada do paciente, diferenciação celular moderada, tamanho e localização da

lesão são condições que desfavorecem o prognóstico (D'souza, Addepalli, 2018). A carcinogênese é portanto, um processo composto por uma série encadeada de eventos, sendo que, quando as linhas básicas de prevenção não conseguem impedir a ocorrência da doença, procura-se intervir com a máxima eficácia possível e precocemente (Wolff, 2012). O tratamento do câncer bucal e planejamento do mesmo envolve uma equipe multidisciplinar, incluindo cirurgiões-dentistas, médicos, radioterapeutas, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos. A equipe planeja o tratamento e deve estar preparada para as complicações e sequelas advindas do mesmo. A terapêutica a ser implantada usualmente consiste na excisão cirúrgica da lesão, radioterapia, quimioterapia, que podem estar associadas ou não. Os efeitos secundários da terapia incluem: mucosite, radiodermite, xerostomia, cárie de radiação e osteorradionecrose (Brener *et al.*, 2007; D'souza, Addepalli, 2018).

CONCLUSÃO

É responsabilidade do cirurgião-dentista realizar exame clínico detalhado, identificar anormalidades em boca e indicar biópsia incisional ao suspeitar de CEC, já que seu diagnóstico precoce é de suma importância para evitar mutilação ao paciente em seu tratamento e melhor prognóstico. Se faz necessário também campanhas de prevenção e educativas, que visem a redução de exposição da população aos fatores de risco associados com essa patologia.

REFERÊNCIAS

- Andrade, JOM., Teles, Santos CAST., Oliveira MC. 2015. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.*, 184: 894-905.
- Bakardzhiev, I., Chokoeva, A.A., Maximov, G.K., Wollina, U., Lotti, T., Gianfaldoni, S., Tchernev, G. 2015. Neglected giant spinocellular carcinoma of the lower lip. *J Biol Regul Homeost Agents.*, v. 29, n 4: 865-7.
- Brener, S., Jeunon, AF, Alvimar., Barbosa, A., Grandinetti, HAM. 2007. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de Cancerologia.*, 531: 63-69.
- Chen, S., Forman, M., Sadow, PM., August, M. 2016. A precisão diagnóstica da biópsia incisional na cavidade oral. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.*, 74 5, 959–964.
- Comachio, C.A., Riga-neto, A.A., Andrade, C.R., Massucato, S.E.M. 2017. Carcinoma espinocelular bem diferenciado de lábio. *Rev Odontol UNESP.* v. 47, n.19.
- Delatim, AC., Armelin, AML., Delatim, LE., Stefanini, AR., Trovati, LCM., Cruz, MCC, *et al.* 2017. Diagnóstico e tratamento de carcinoma espinocelular em estágio avançado. *Arch Health Invest.*, v.6. n. 3.
- D'souza S, Addepalli V. 2018. Preventive measures in oral cancer: An overview. *Biomed Pharmacother.*107:72-80.
- Feitosa, TFS., Santos. WB., Sarmiento, PBR., Gusmão, VCA., Peixoto, FB., Ferreira, SMS. 2019. Carcinoma espinocelular localizado em palato: Relato de caso *RvAcBO.*, 83:142-145.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D., Forma, D., Bray, F. 2015. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *J Cancer.*, 1365: 359-386.
- Ferreira, FV., Nedel, F., Etges, A., Neutzling., Gomes, APN., Furuse, C., Tarquinio, SBC. 2012. Etiologic Factors Associated with Oral Squamous Cell Carcinoma in Non-Smokers and Non-Alcoholic Drinkers: A Brief Approach *Braz Dent J.*, 235: 586-590.
- Iamarron, A., Pattanaporn, K., Pongsirivet, S., Wanachantararak, S., Prapayasatok, S., Jittidecharaks, S., Chitapanarux, I., Lorvidhaya, V. 2004. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg.*, 331:84-8.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA., [acesso em 1.º de março de 2020]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa2020>.
- Lestón, JS e Diz Dios, P. 2010. Diagnostic clinical aids in oral câncer. *Oral Oncology.*, 46: 418–422.
- Marur, S. e Forastiere, AA 2016. Carcinoma de células escamosas da cabeça e pescoço: atualização sobre epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Mayo Clinic Proceedings*, 91 3, 386-396.
- Mehrotra, R., & Gupta, D. K. 2011. Exciting new advances in oral cancer diagnosis: avenues to early detection. *Head & Neck Oncology*, 31, 33.
- Neville, BW., Damm, DD., Alen, CM., Bouquot, JE. 2009. *Patologia oral e maxilofacial.* Rio de Janeiro: Elsevier., 2009.
- Silva, R.D e Dias, M.A.I. 2017. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. v.5, n. 2, p.228-234.
- Thomson PJ. 2012. *Oral Carcinogenesis-Diagnosis and Management of Potentially Malignant Disorders.* Chichester: Wiley - Blackwell., 2012. 31-47.
- Wolff, K., Follmann, M., Nast, A. 2012. The Diagnosis and Treatment of Oral Cavity Cancer: Clinical practice guideline. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 109, n. 48, p.829-835.
