

Caso Clínico – Carcinoma de Células Escamosas Oral Clinical Case – Oral Scaly Cells' Tumor

Professor Jairo Conde Jogaib (Curso de Odontologia-Radiologia Odontológica e
Imaginologia– UniFOA) –
jairo.jogaib@foa.org.br

Professora Trindade Joana da Silveira (Curso de Odontologia-Diagnóstico
Clínico/Estomatologia – UniFOA) – trindade.silveira@foa.org.br

Professora Adriana Manes Reis Cantini (Curso de Odontologia-Diagnóstico
Clínico/Estomatologia – UniFOA) –
reiscantini@uol.com.br

Professor Alcemar Gasparini Netto (Curso de Odontologia-Diagnóstico
Clínico/Estomatologia, Radiologia Odontológica e Imaginologia– UniFOA) –
alcemar.netto@foa.org.br

Professor Cheong Kuen Tong (Curso de Odontologia-Radiologia Odontológica e
Imaginologia– UniFOA) –
coickt@ig.com.br

Resumo

Caso clínico de paciente com carcinoma de células escamosas oral, em estado avançado, diagnosticado no Curso de Odontologia do UniFOA, acompanhado e preservado por profissionais da Associação de Aposentados e Pensionistas de Volta Redonda.

Palavras chave: Câncer ; Carcinoma de Células Escamosas; Neoplasma maligno

Abstract

Clinical case of a patient with oral scaly cell tumor, at a higher level, diagnosed by the Dentistry Course from UniFOA, followed and preserved by professionals from the association of the retired and pensioner ones in Volta Redonda.

Key-words: Cancer; Scaly Cell Tumor; Malignant Tumor.

1. Introdução

O carcinoma de células escamosas representa de 90 a 95% dos neoplasmas malignos da cavidade oral, também conhecido como carcinoma espino-celular ou epidermóide.

De etiologia discutível e multifatorial. Alguns autores abordam fatores genéticos, ambientais e comportamentais. O fumo e o álcool são considerados fatores de risco de relevância.

Hábitos pessoais, a higiene precária, como também a desnutrição merecem atenção. Ainda deve-se ressaltar que os traumas ocasionados por próteses iatrogênicas e elementos dentais com bordas cortantes são fatores a serem considerados, todavia, segundo alguns autores, por si só não determinam a existência desse tipo de lesão.

A rotina seguida pelas disciplinas de Diagnóstico Clínico/Estomatologia, Radiologia Odontológica e Imaginologia ao receber e examinar os pacientes, está subordinada ao Prontuário Odontológico que abrange a anamnese, o exame clínico envolvendo o exame físico extra e intra-oral e exames complementares.

Os pacientes que apresentam lesões com características neoplásicas, após a biópsia e em caso positivo, são encaminhados a serviços especializados, para o respectivo tratamento, que é por nós acompanhado.

2. Revisão Literária

Dos cânceres que ocorrem na boca, segundo DONATO et al (1996) afirmam que 90% a 95% referem-se ao carcinoma epidermóide, também chamado de espinocelular ou de células escamosas. Ele geralmente se caracteriza pelo rompimento do epitélio, com formação de uma úlcera de consistência e base endurecida e raramente apresenta consistência mole. O carcinoma exhibe normalmente um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão. Do ponto de vista clínico, pode-se classificar as lesões da boca em ulceradas, nodulares e vegetantes. As ulceradas são divididas em superficial, quando se situa paralelamente ao plano do epitélio, infiltrante quando invade os tecidos subjacentes; e infiltrante destrutiva, quando, além da infiltração, ocorre perda de tecido e a lesão se aprofunda constituindo-se numa lesão endofítica. As lesões nodulares caracterizam-se por serem recobertas de mucosa normal e geralmente representam lesões benignas ou malignas de glândulas salivares menores. Já as lesões vegetantes se exteriorizam e por isso, são denominadas exofíticas.

O câncer bucal pode ser induzido por uma combinação de fatores, hábitos pessoais, atividade profissional e região onde o indivíduo habita, tendo como causas fatores genéticos, ambientais e comportamentais. A incidência do câncer de boca tem acompanhado os padrões de consumo de tabaco e de álcool há várias décadas. PARISE (2000), VIGNESWARAN et al (1995), SILVERMAN Jr S (1999).

De acordo com DONATO (1996), outras doenças que estimulam no organismo reação do tipo granulomatosa (leishmaniose, tuberculose, paracoccidiomicose e cancro sífilítico), podem causar confusão diagnóstica com o câncer de boca.

Para PARISE (2000), a avaliação da cavidade oral requer um bom conhecimento anatômico da região para que seja possível uma interpretação satisfatória das imagens. A cavidade oral é formada por estruturas de dimensões reduzidas que muitas vezes se sobrepõem umas às outras aos exames por imagem, o que dificulta assim mais sua análise.

Segundo PASLER (1999), o tumor maligno epitelial mais comum da cavidade bucal é o carcinoma epitelial de células escamosa, que cresce infiltrativamente para dentro dos ossos dos maxilares, partindo da gengiva, da mucosa da assoalho bucal, da língua e do palato, para colocar lá os primeiros sinais radiologicamente perceptíveis do tumor.

WUEHRMANN & MANSON-HING (1997), registram que a radiografia deve ser considerada como meio ou método pelo qual uma tentativa de diagnóstico pode ser feita.

As radiopacidades em tecidos ósseos são mais frequentemente associadas com alterações de desenvolvimento lento que, causando alterações ósseas, podem ser vistas basicamente como não destruidoras. Por outro lado, as radiolucências são, de alguma forma, necessariamente destrutivas.

O Ministério da Saúde (2000), orienta que os exames por imagem local devem ser realizados antes da biópsia, para que não haja alterações anatômicas e tumorais provocadas pelo hematoma cirúrgico. É rotina realizar radiografias simples que nem sempre são de boa qualidade, onde é feito o diagnóstico de tumor ósseo, avaliando-se a lesão é primária ou metastática, benigna ou maligna, com estudo da extensão, destruição, contorno e osso reacional junto ao tumor.

De acordo com NEVILLE et al (2004), a destruição do osso subjacente, pode ser dolorosa ou assintomática, e aparece em radiografias como uma radiotransparência ‘roída por traças’, com margens rotas e mal definidas, uma aparência semelhante a osteomielite.

Segundo HIGASHI (1999), os tipos de destruições ósseas em carcinomas são: “*Permeável*” – que se assemelha à permeabilidade da água na areia, com bordos “*Rotos*” e mal-definidos, “*Comido por mariposa*” – em que rarefações que literalmente se assemelham à imagem de “*Comido por mariposa*” com remanescentes de fragmentos ósseos e “*Por pressão*” – cavidade como prato fundo, com margens relativamente suaves, mas a análise radiográfica cuidadosa revela bordo infiltrativo. Este tipo é comum em arcos inferiores edêntulos.

As características radiográficas do carcinoma gengival são: destruição óssea permeável com margens mal-definidas, rarefações com remanescentes de pequenos fragmentos ósseos, destruições ósseas corticais e fraturas patológicas, rarefações sem bordas escleróticas e a lesão está localizada e se espalha rapidamente.

Segundo PASLER (1999), o espaço periodontal apresenta-se alargado, assim que a invasão progressiva atinge as paredes alveolares. A lâmina dura é destruída, com que os dentes atingidos sejam descolados. Fraturas espontâneas são frequentes em estágios tardios.

De acordo com PARISE (2000), os exames utilizados atualmente para o estadiamento das neoplasias de cavidade oral são a Tomografia Computadorizada e a Ressonância Magnética. Ambos são exames que proporcionam uma visão global óssea e de partes moles da lesão e de áreas adjacentes. A ultra-sonografia e cintilografia óssea podem ser usadas como exames complementares.

3. RELATO DO CASO

Paciente L.C.T. 46 anos, sexo masculino, raça negra, casado, pai de um menino, desempregado, nascido e criado na zona rural da Região Sul Fluminense, etilista e tabagista desde a adolescência, vício estimulados pelo pai. O paciente foi profissional da área de saúde (Auxiliar de Enfermagem) profissão que exerceu por mais de 10 anos em ambiente hospitalar. Foi atendido nas Disciplinas de Diagnóstico Clínico/Estomatologia, Radiologia Odontológica e Imaginologia do UniFOA com a seguinte queixa principal: “Estou com a boca cheia de sangue há uns quinze dias, desde quando eu mesmo arranquei o meu dente, mas não sinto dor.”

EXAME CLÍNICO



Ao exame físico extra-oral observou-se assimetria facial, enfartamento gânglionar (gânglios submentonianos, submandibulares e cervicais) do lado esquerdo, fixos, assintomáticos, irregulares, consistentes, com características de gânglios metastáticos. Verificou-se também, a presença de úlcera de aproximadamente 2 cm, fistulada e drenando um líquido amarelo-turvo. (Figura 1)

Figura 1 – Terço inferior da face, mostrando tumefação com fístula.

Ao exame físico intra-oral observou-se higiene oral sofrível, periodontopatia e forte halitose.

Características clínicas da lesão: Lesão exofítica e endofítica. A lesão exofítica mostra uma massa nodular firme, dura ao toque, base séssil, entremeada de áreas eritroleucoplásicas. A lesão endofítica apresenta-se com ulceração de bordas elevadas, endurecidas e de fundo necrótico.

Constatou-se perda da motricidade lingual, dificuldade na abertura da boca, mobilidade dos elementos dentais envolvidos, disfagia e dor à palpação.(Figura 2)



Figura 2 - Lesão exofítica com superfície irregular, pedregosa com áreas leucoplásicas e eritroplásicas com ulceração infiltrante.

EXAME RADIOGRÁFICO

Na análise radiográfica, a lesão mostrava-se ampla, radioluscente estendendo-se da região dos molares inferiores esquerdo à região dos pré-molares inferiores direito, envolvendo estrutura óssea, com limites mal definidos e aspecto de “ruído de traça” na periferia. Mostrando aparência de flutuação dental, com destruição da lâmina dura dos elementos envolvidos na lesão, aspecto de fratura patológica, reabsorção óssea alveolar do tipo “por pressão” e de limites mal definidos. (Figura 3 a 6)



Figura 3 - Radiografia oclusal inicial. Reabsorção óssea alveolar do tipo "por pressão", mostrando aparência de "comido por mariposa" com margens irregulares. Aparência de dente solto no alvéolo e aspecto de fratura patológica.



Figura 4 - Radiografia panorâmica - mostra destruição da lâmina dura dos alvéolos dos elementos dentários, aspecto de flutuação dental com margens mal definidas e fratura patológica na mandíbula.

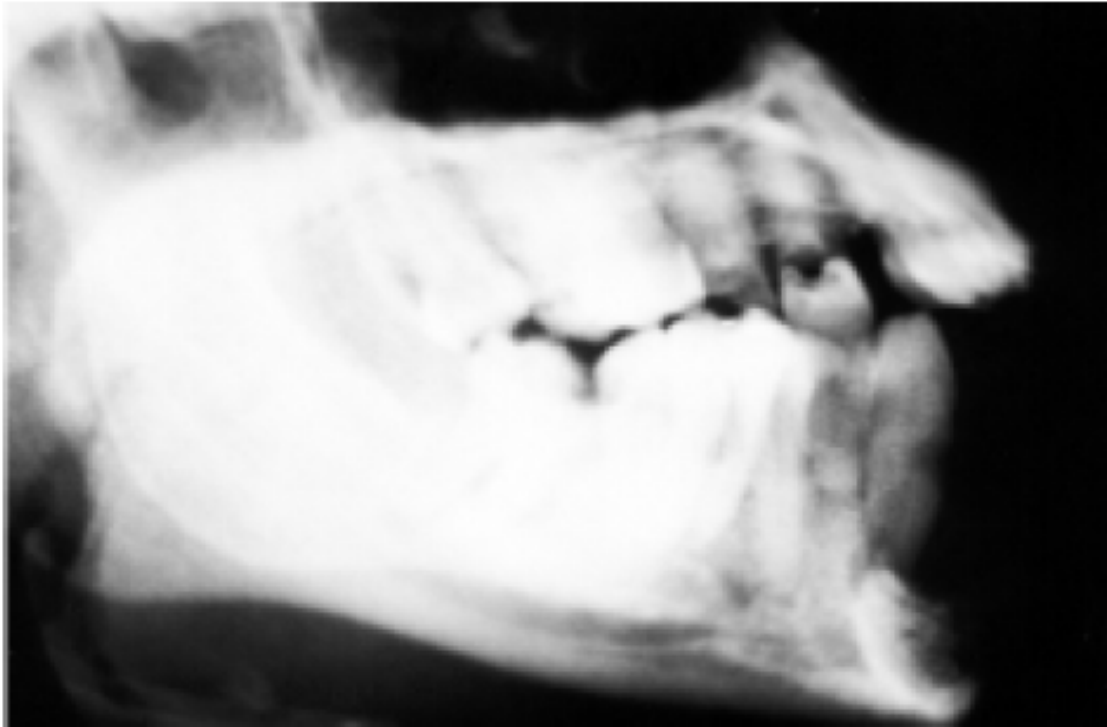


Figura 5 - Radiografia de perfil - mostra osteólise difusa na região anterior da mandíbula.

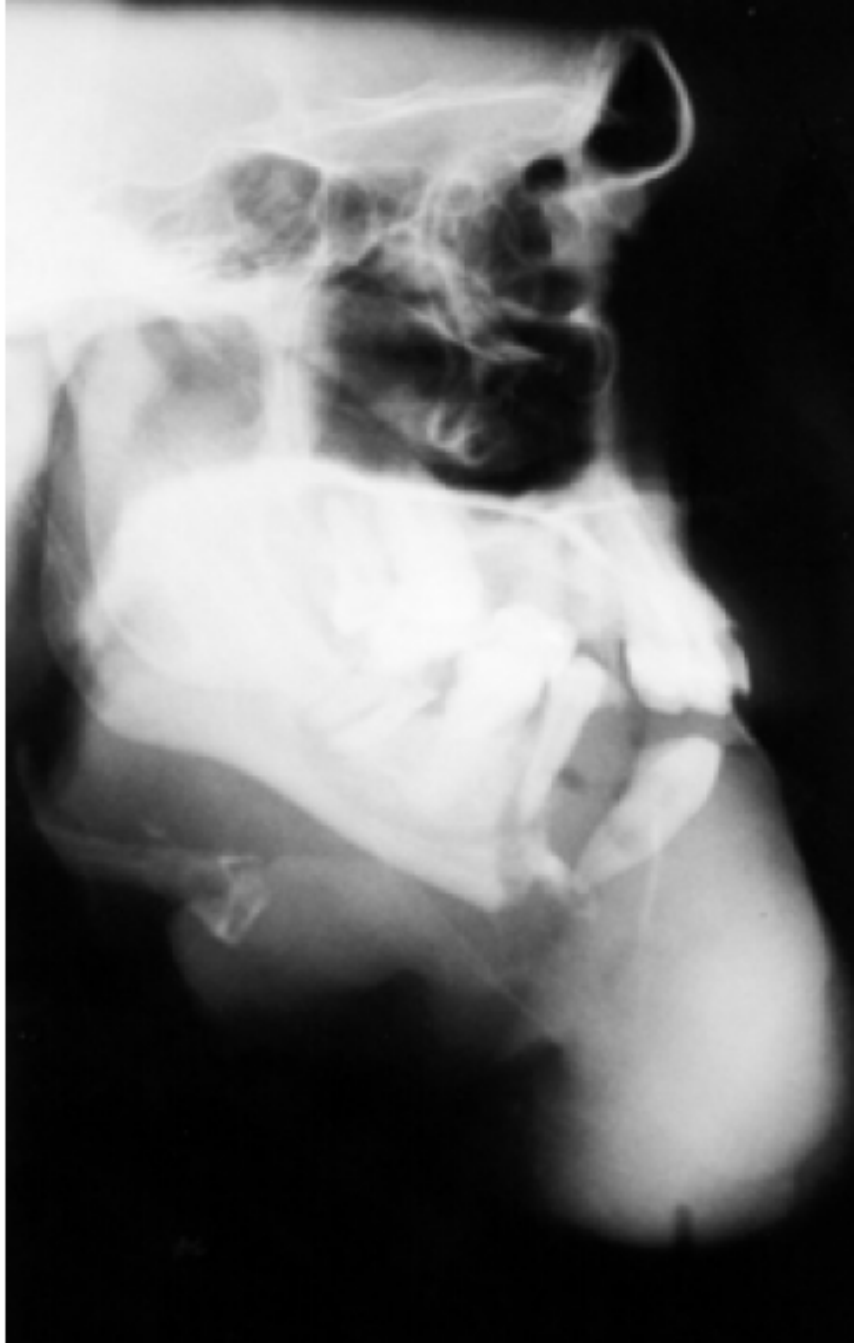


Figura 6 – Radiografia de perfil – três meses após a biópsia, pode-se observar a extensão da lesão e os limites mal definidos e aspecto de flutuação dental.

EXAME ANÁTOMO-HISTO-PATOLÓGICO

Foi realizado biópsia incisional, objetivando o exame histopatológico, cultura e citologia esfoliativa.

O resultado do exame anátomo-histo-patológico revelou carcinoma de células escamosas infiltrante. (Figura 7)

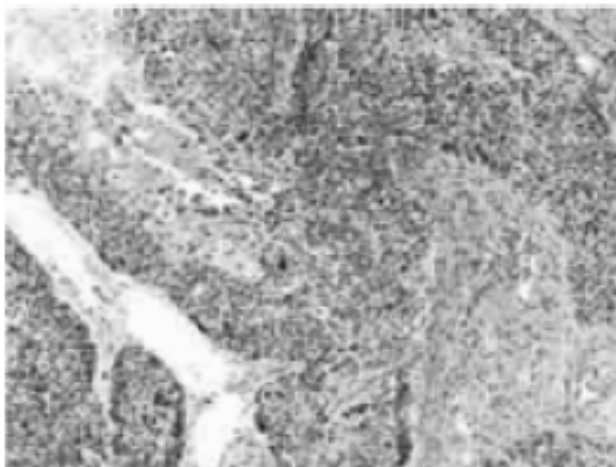


Figura 7 – Cortes histológicas da lesão tumoral constituída por células escamosas atípicas, com núcleos hipercromáticos e citoplasma eosinófilo com ceratinização. A lesão infiltra o estroma subjacente

O paciente foi encaminhado para o INCA, onde devido ao estágio avançado da doença, o procedimento terapêutico foi radioterapia. (Figura 8)



Figura 8 – Aspecto clínico 3 meses após a biópsia, antes da radioterapia, apresentando lesão exofítica, ulcerações, nódulos superficiais extensos e superfícies irregulares com presença de necrose.

O paciente retornou ao serviço de Estomatologia da Associação de Aposentados e Pensionistas de Volta Redonda (AAP-VR).

Após o retorno do INCA o paciente foi encaminhado para o serviço de radioterapia em Volta Redonda. Concomitante foram feitos os curativos semanais.

O paciente também estava assistido por equipe multidisciplinar, inclusive acompanhamento médico, por um período de 6 meses, quando abandonou o tratamento. Ao retornar cinco meses após, ainda foi por nós atendido. Todavia o processo patológico na região de localização inicial, compromete o estado geral do paciente de tal forma que este veio a falecer.

4. CONCLUSÃO

1. Para diagnosticar foi necessário reconhecer e diferenciar o processo.
2. Priorizamos a urgência no atendimento por tratar-se de processo incidioso e de prognóstico duvidoso.
3. Por reconhecermos após os exames objetivos e subjetivos trata-se, de processo cancerígeno, providenciamos o encaminhamento do paciente ao serviço especializado.

5. REFERÊNCIAS

- BORAKS, S. **Diagnóstico Bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- CASTRO A. L. **Estomatologia**. São Paulo: Santos, 1995.
- DONATO, A. P. et al. **Manual de Detecção de Lesões Suspeitas de Câncer de Boca**. INCA, Ministério de Saúde. Rio de Janeiro, 1996.
- FRANCO, E.L. et al. **Risk factors for oral câncer in Brazil:a case-control study**. Int., J. Câncer . 43: 992-1000, 1989.
- FREITAS, A. et al. **Radiografia Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.
- MAKOWSKI GJ, MCGUFF S, VAN SICKELS JE. **Squamous cell carcinoma in a maxillary odontogenic keratocyst**. J Oral Maxillofac Surg 59(1):76-79,2001.
- HIGASHI, T. et al. **Atlas de Diagnóstico Oral por Imagens**. São Paulo: Santos, 1999.
- JONSON L M, SAPP JP, McINTIRE DN. **Squamous cell carcinoma arising in a dentigerous cyst**. J Oral Maxillofac Surg 52:987-990,1994
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Instituto Nacional do Câncer Unidade I – **Abordagem inicial dos Tumores Ósseos**. Rio de Janeiro: 2000.

- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- PARISE, O.J. **Câncer de Boca – Aspectos Básicos e Terapêuticos**. São Paulo: Sarvier, 2000.
- PASLER, A. F. **Radiologia Odontológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- REGEZI, A.J., SCIBBA, J. J. **Patologia Bucal, Correlações Clínico Patológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- REICHART, A. P. et al. **Patologia Bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- SCHANTZ, S.P. **Biologic staging of head and neck cancer**. Curr. Opin. Otolaryngol, Head Neck Surg. 1: 107-113, 1993.
- SILVERMAN Jr S. **Oral Câncer**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 88(2):122-126, 1999.
- VIGNESWARAN N, et al. **Tabacco use and cancer**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 80(2):178-182, 1995.
- WUEHRMANN, M. A. & MANSON-HING, R. L. **Radiologia Dentária**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

Informações bibliográficas:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma: JOGAIB, Jario Conde; SILVEIRA, T. J.; CANTINI, Adriana Manes Reis; GASPARINI NETTO, Alcemar; TONG, Cheong Kuen. Caso Clínico – Carcinoma de Células Escamosas Oral. Cadernos UniFOA , Volta Redonda, ano 1, n. 2, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/edicao/02/70.pdf>>