

## Carcinoma epidermóide: diagnóstico e condutas imediatas

### *Squamous cell carcinoma: diagnosis and first behavior*

Irineu Gregnanin Pedron\*  
Endrigo Sperto Rodrigues dos Santos\*\*  
Arlindo Aburad\*\*\*  
Isabel Peixoto Tortamano\*\*\*\*  
Carlos Alberto Adde\*\*\*\*

#### Resumo

O carcinoma epidermóide apresenta moderada freqüência na cavidade bucal, podendo ser considerado um problema de saúde pública. O escopo deste trabalho é apresentar o caso de um paciente portador de carcinoma epidermóide em lábio inferior, o qual foi submetido ao tratamento cirúrgico. Foram discutidas as características clínicas, radiográficas e histopatológicas, freqüência, incidência e modalidades de tratamento.

Palavras-chave: Lábio, lesões; Neoplasias labiais; Carcinoma de células escamosas, diagnóstico

#### Abstract

*The squamous cell carcinoma is frequent in the oral cavity, and is considered an important public health concern. The purpose of this study is to present the case of squamous cell carcinoma on lip that was submitted to the surgical treatment. We discussed the clinical, radiographic and histopathologic characteristics, frequency, incidence and treatment modalities.*

*Key words: Lip, injuries; Lip neoplasms; Carcinoma, squamous cell, diagnosis*

## Introdução

Atualmente, no Brasil, o câncer é a segunda causa de morte, sendo somente ultrapassado pelas doenças cardiovasculares. O câncer bucal atinge, respectivamente, a 8ª e 9ª posições no gênero masculino e feminino<sup>15</sup>. Dentre os diversos tipos de câncer bucal, o carcinoma epidermóide representa 95% destas lesões. Geralmente esta neoplasia vem sendo diagnosticada em fase avançada, decorrente da falta de atenção e despreparo do cirurgião-dentista, principalmente para o diagnóstico precoce apresentando alto índice de mortalidade e morbidade, reduzindo assim as expectativas de tratamento e/ou cura<sup>7,14,19,20</sup>. Segundo McGurk *et al.*<sup>14</sup> (2005), alguns tumores podem se apresentar assintomáticos nos estágios iniciais, não sendo diagnosticados necessariamente na fase inicial da doença.

O carcinoma epidermóide apresenta-se como uma massa tumoral geralmente caracterizada por aspecto crateriforme (lesão com depressão central e bordas elevadas e endurecidas), que muitas vezes podem dificultar o diagnóstico. Apresenta maior predileção pelo gênero masculino ocorrendo, normalmente a partir da 6ª década de vida, preferencialmente

atingindo pacientes com hábitos de etilismo e tabagismo associados. O tratamento preconizado depende de fatores associados entre as características clínicas e anátomo-patológicas, sendo a cirurgia a modalidade mais instituída. Em alguns casos, pode ser associada à quimioterapia e à radioterapia<sup>1,5,7,14,17-18,20</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar o caso de um paciente portador de carcinoma epidermóide em lábio inferior, submetido ao tratamento cirúrgico. São apresentadas e discutidas as características clínicas e histopatológicas, incidência e freqüência e modalidades de tratamento.

## Relato de caso

Paciente leucoderma, do gênero masculino, 73 anos de idade, compareceu ao consultório particular queixando-se de lesão em lábio inferior que não cicatrizava.

Clinicamente o paciente apresentou lesão ulcerada, com bordas elevadas; superfície rugosa; coloração eritematosa; medindo aproximadamente de 10 a 15 mm de diâmetro; assintomática; com histórico de evolução de seis meses (Figura 1).

\* Periodontista. Mestrando da Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). E-mail: igpedron@apcd.org.br

\*\* Cirurgião-dentista. Estagiário do Setor de Urgências da FOUSP.

\*\*\* Doutorando da Disciplina de Patologia Bucal da FOUSP.

\*\*\*\* Professores Doutores da Disciplina de Clínica Integrada da FOUSP.



**Figura 1. Aspectos clínicos iniciais do carcinoma epidermóide em lábio inferior**

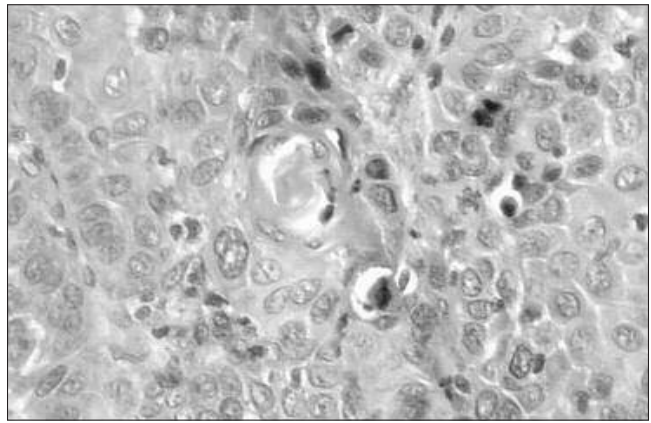
Referente à condição sistêmica, o paciente reportou úlcera e infecção gástrica, tratados com ranitidina e amoxicilina, respectivamente. O paciente reportou ainda os hábitos de etilismo, tabagismo e exposição freqüente ao sol.

Sob anestesia local infiltrativa, foi realizada biópsia incisiva da lesão. O fragmento removido foi fixado em formol a 10% e enviado ao Laboratório de Patologia Cirúrgica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, com as hipóteses diagnósticas de carcinoma epidermóide e paracoccidioidomicose. Os cortes histopatológicos revelaram fragmento de neoplasia de origem epitelial que invadiu e substituiu o tecido conjuntivo adjacente, formando ninhos e cordões epiteliais. As células apresentaram-se poliédricas, de núcleo grande e ovalado, com intenso pleomorfismo. Foram observadas diversas atipias, como a formação de pérolas córneas, alteração na relação núcleo/citoplasma, hiper-cromatismo e mitoses abundantes (Figura 2). O estroma foi constituído por tecido conjuntivo denso e permeado por intenso infiltrado inflamatório agudo. Em plano mais profundo, tecido muscular liso também foi invadido pela neoplasia. Áreas hemorrágicas complementaram o quadro histológico. O diagnóstico foi carcinoma epidermóide.

O paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Santa Marcelina (São Paulo), sendo realizada a cirurgia ressectiva do lábio inferior, com margem de segurança. O paciente encontra-se em fase de preservação, sem sinais de recidiva, decorridos 12 meses da terapia cirúrgica (Figura 3).

## Discussão

Clinicamente, o carcinoma epidermóide apresenta-se como massa tumoral de base séssil; textura e superfície rugosas; eritematosa, rósea ou esbranquiçada; de contorno irregular; com margens difusas, que impossibilitam sua delimitação exata. Geralmente sintomático, embora podendo apresentar-se assintomático. Sangramento, halitose e linfadenopatia maxilo-mandibular podem estar associados, e quando adjacente às glândulas salivares, pode apresentar sialorréia. Referente ao aspecto radiográfico, foi citada a imagem de “roído de traça”, decorrente da perda óssea<sup>1,5,9,16-17</sup>.



**Figura 2. Aspectos histológicos do carcinoma epidermóide (Coloração original: HE; maior aumento). Observar células cancerosas exibindo intenso pleomorfismo celular, queratinizações individuais e formação de pérola córnea**



**Figura 3. Aspectos clínicos pós-operatórios (12 meses)**

O carcinoma epidermóide apresenta maior incidência na 6ª década de vida e predisposição pelo gênero masculino em relação ao feminino, numa proporção de 2 a 8:1. Entretanto, O'regan *et al.*<sup>18</sup> (2005) apresentaram incremento na incidência (4,6%) de carcinoma epidermóide em adultos jovens (17 a 40 anos de idade; média de 33 anos). Os sítios da cavidade bucal mais acometidos foram o lábio inferior, a língua, soalho bucal, região de trigono-retro-molar, gengiva e mucosa jugal<sup>7,9-10,12-13,19</sup>.

Histologicamente o carcinoma epidermóide apresenta ninhos e cordões epiteliais formados pela proliferação de células epiteliais escamosas, que invadem o tecido conjuntivo. A invasão pode ainda acometer outros tecidos adjacentes como o ósseo, muscular, adiposo e vasos sanguíneos. Podem ser observados pleomorfismo, hiper-cromatismo e mitoses atípicas que são visualizados nos núcleos celulares. A resposta celular inflamatória exarcebada geralmente eosinofílica, áreas focais de necrose e fibrose densa podem complementar o quadro histológico. Apresenta ainda potencial de angiogênese. A lâmina própria e a submucosa podem ser invadidas por células epiteliais, característica esta que auxilia na identificação do estadiamento patológico e no grau de malignidade do tumor<sup>3,7,14,18-20</sup>.

As características histopatológicas são, normalmente, elucidativas, embora as características clínicas e radiográficas sejam sugestivas. Além do exame anátomo-patológico, a citologia esfoliativa e o teste com o azul de toluidina foram preconizados<sup>4,10</sup>. O teste com azul de toluidina indica a área de abrangência da biópsia. Contudo, Lopes *et al.*<sup>13</sup> (2001) discutiram a relevância deste método. As características clínicas e anátomo-patológicas auxiliam na classificação do grau de estadiamento, conduzindo ao tratamento adequado e prevendo o prognóstico<sup>4,10,20</sup>. Esta classificação está sintetizada no Quadro 1.

Inerente a etiopatogênese, diversos fatores foram sugeridos, como o tabagismo e o etilismo (associados ou não); exposição à luz ultravioleta (solar); predisposição genética; deficiências nutricionais; infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)<sup>2,5,7,12,14,16,18-19</sup>. Recentemente, O'ryan *et al.*<sup>18</sup> (2005) discutiram o papel do abuso de drogas ilícitas e práticas sexuais promíscuas na etiopatogenia do carcinoma epidermóide, sem, entretanto, alcançar evidências conclusivas desta relação. Remotamente, foram citados os fatores irritativos locais, como traumas decorrentes de dentes fraturados, próteses mal adaptadas, câmaras de vácuo, que podem causar lesões hiperplásicas ou hiperqueratóticas<sup>2,7-8,12,14,16-17,19</sup>. Entretanto, acredita-se atualmente que estes fatores irritativos podem ter ação modificadora e indutora, mas não iniciadora. Pode ocorrer ainda a associação entre a predisposição genética e os fatores químicos ou físicos<sup>12</sup>.

Dependendo do grau de estadiamento e das caracte-

rísticas anátomo-patológicas, foram indicadas diversas modalidades terapêuticas. Entretanto, nem sempre existe esta correlação entre a evolução clínica e os parâmetros clínico-patológicos<sup>4,6,9</sup>. Foram propostas a cirurgia, radioterapia e quimioterapia, usualmente associadas. Lopes *et al.*<sup>13</sup> (2002) instituíram a cirurgia como o tratamento em 82 casos (66,67%); cirurgia associada a radioterapia em 25 casos (20,32%); cirurgia associada a quimioterapia em 8 casos (6,50%); cirurgia associada a quimioterapia e radioterapia em 6 casos (4,88%); radioterapia e quimioterapia em 2 casos (1,83%). A radioterapia e a quimioterapia não foram empregadas isoladamente. O tratamento cirúrgico foi indicado nos estádios I e II, enquanto que nos estádios III e IV foi indicada a radioterapia associada à cirurgia. Foram ainda preconizadas cirurgias reconstrutivas estéticas, na reabilitação da mastigação e fonação<sup>3,4-5,7,18-19</sup>.

Concerente ao prognóstico, 50% dos casos de câncer bucal são diagnosticados em estádios avançados, reduzindo a sobrevida do paciente, limitando o tratamento e influenciando na qualidade de vida<sup>5,14,16,20-21</sup>. Segundo Scott *et al.*<sup>20</sup> (2005), cerca de 50% dos pacientes que apresentaram lesões avançadas, chegaram a sobreviver por até cinco anos e as taxas de sobrevida aumentaram a expectativa de vida dos pacientes em até 20%, com o diagnóstico precoce, o que reduziu a mortalidade.

O cirurgião-dentista desempenha um papel de destaque na equipe de saúde, referente ao diagnóstico precoce da doença, encaminhando o paciente ao oncologista

**Quadro 1. Estadiamento clínico<sup>19</sup>**

Estadiamento Clínico	Tamanho (T)	Linfonodos (N)	Metástases (M)
I	Até 2 cm de diâmetro (T <sub>1</sub> )	Ausência de linfonodos palpáveis (N <sub>0</sub> )	Ausência de metástases (M <sub>0</sub> )
II	De 2 a 4 cm de diâmetro (T <sub>2</sub> )	Ausência de linfonodos palpáveis (N <sub>0</sub> )	Ausência de metástases (M <sub>0</sub> )
III	Mais de 4 cm de diâmetro (T <sub>3</sub> )	Ausência de linfonodos palpáveis (N <sub>0</sub> )	Ausência de metástases (M <sub>0</sub> )
III	Até 2 cm de diâmetro (T <sub>1</sub> )	Presença de linfonodos homolaterais palpáveis e moles (N <sub>1</sub> )	Ausência de metástases (M <sub>0</sub> )
III	De 2 a 4 cm de diâmetro (T <sub>2</sub> )	Presença de linfonodos homolaterais palpáveis e moles (N <sub>1</sub> )	Ausência de metástases (M <sub>0</sub> )
III	Mais de 4 cm de diâmetro (T <sub>3</sub> )	Presença de linfonodos homolaterais palpáveis e moles (N <sub>1</sub> )	Ausência de metástases (M <sub>0</sub> )
IV	De 2 a 4 cm de diâmetro (T <sub>2</sub> )	Presença de linfonodos contra-laterais palpáveis e moles (N <sub>2</sub> ); linfonodos palpáveis e fixos (N <sub>3</sub> )	Presença de metástases (M <sub>1</sub> )

ou cirurgião de cabeça e pescoço, bem como no aspecto preventivo anti-etilismo e anti-tabagismo. Entretanto, o cirurgião-dentista ainda negligencia o exame bucal<sup>2,14-15,19</sup>. O exame clínico bucal deve ser realizado mesmo que a queixa principal do paciente seja outra. Deve ser dispensada maior atenção aos pacientes etilistas e tabagistas. Referente às campanhas de prevenção e diagnóstico do câncer bucal, Bittencourt *et al.*<sup>3</sup> (2001) evidenciaram que o rastreamento por meio do exame clínico e auto-exame bucal não foram eficazes e não reduziram a mortalidade. Contudo o cirurgião-dentista deve orientar a população sobre a importância das visitas regulares e freqüentes, na busca pelo diagnóstico precoce.

## Conclusões

Baseado nas evidências clínicas pode-se concluir que:

1. O carcinoma epidermóide apresenta características clínicas e incidências típicas, além dos fatores etiológicos associados a sua prevalência. Tais características devem direcionar o cirurgião-dentista à suspeita e ao diagnóstico dessa lesão.

2. O cirurgião-dentista, particularmente o clínico-geral, deve conhecer as características clínicas iniciais do carcinoma epidermóide, para poder diagnosticá-lo precocemente e garantir que o mesmo seja tratado rapidamente pelo médico especialista, garantindo ao paciente o maior tempo de sobrevida, bem como qualidade de vida.

## Referências

1. Abdo EM, Garrocho AA, Aguiar MCF. Papel do cirurgião-dentista no encaminhamento de pacientes com câncer bucal. *Rev Bras Odontol* 2003; 60(3):205-7.
2. Andrade M. Prazer letal. *Rev ABO Nac.* 1999; 7(6): 328-31.
3. Bittencourt ME, Loureiro CA, Coimbra WH, Palmier A, Zanatta G, Paza A. Validação do Exame Clínico Meticuloso (ECM) para triagem de câncer bucal. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo.* 2001;6(1):71-7.
4. Bundgaard T, Tandrup O, Elbrond O. A functional evaluation of patients treated for oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1993;22(1):28-34.
5. Carvalho C. Cresce incidência de câncer de boca no Brasil. *Rev Bras Odontol;* 60(1):36-9.
6. Carvalho FCR, Dias EP, Cabral MG. Fatores prognósticos do câncer bucal. *Rev Bras Odontol.* 2003; 60(1):21-3.
7. Chandu A, Adams G, Smith AC. Factors affecting survival in patients with oral cancer: an Australian perspective. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 34(5):514-20.
8. Figueiredo AL, Macêdo AC, Guimarães CD, Silveira MF. Frequência de óbito por câncer bucal em Pernambuco no período de 1979 a 1995. *Rev Cons Reg Odontol Pernambuco.* 2000;3(1):39-43.
9. La Selva A, Weinfeld I. O papel do fumo e do álcool no desenvolvimento do câncer bucal. *Odonto.* 2001;9(19):39-43.
10. Leite IC, Koifman S. Survival analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Oral Oncol.* 1998;34(5): 347-52.
11. Lima NL, Taveira LAA. Estudo das alterações morfológicas causadas pela indução concomitante de DMBA e bebidas alcoólicas de alto teor na carcinogênese química bucal. *Rev Fac Odontol Bauru.* 1999;7(1):61-6.
12. Lopes FF, Cutrin MCFN, Silva MAF. Contribuição ao estudo da epidemiologia do câncer bucal. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2001;19(1):51-6.
13. Lopes FF, Cutrin MCFN, Casal CP, Fagundes DM, Montoro LA. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. *Rev Bras Odontol.* 2002; 59(2):98-9.
14. McGurk M, Chan C, Jones J, O'regan E, Sherriff M. Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43(4):281-4.
15. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativas da Incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2005 – Disponível em: [www.inca.gov.br/estimativas/2005](http://www.inca.gov.br/estimativas/2005).

16. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Normas e recomendações do INCA. Prevenção do câncer da boca. Rev Bras Cancerol. 2003;49(4):206.
17. Moreira CA, Lopes A, Donato AC, Milner E, Mistro FZ, Kignel S. Epidemiologia do carcinoma espinocelular da boca: análise de 244 casos. Rev Paul Odontol. 1997;19(6):24-7.
18. O'regan EM, Timon C, Sheils O, Cood M, O'Leary JJ, Toner M. Squamous cell carcinoma of the head and neck in young Irish adults. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005; [Epub ahead of print].
19. Piraja F. Enfrentando o câncer bucal. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1999;53(5):353-60.
20. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2005;41(4):396-403.
21. Tromp DM, Brouha XD, Hordijk GJ, Winnubst JA, de Leeuw RJ. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. Oral Oncol. 2005;41(3):313-9.

Recebido em 02/2/2006

Aceito em 04/4/2006