Vol.9, No.1, 46-51 (2020) RvACBO
ISSN 2316-7262

Ocorrência sincrônica de Carcinoma Espinocelular Bucal Microinvasor e Adenocarcinoma Pulmonar: Relato de caso

Adilson César dos Santos Araújo[1], Arilma Selma de Oliveira Carvalho[2], Juliana Arôxa Pereira Barbosa[3], João Carlos de Melo Araújo[4], André Vasconcelos de Barros Lima[5], Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani[6]

[1]Graduando do curso de Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac, Maceió, Alagoas.
[2]Graduanda do curso de Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (FOUFAL), Maceió, Alagoas.
[3]Mestre em Anatomia Patológica. Médica Patologista do HUPAA-UFAL e CEPAMA, Maceió, Alagoas.
[4]Mestre em Anatomia Patológica. Médico Patologista do SVO-UNCISAL e CEPAMA
[5]Cirurgião-dentista da Prefeitura Municipal de Campo Alegre, Maceió, Alagoas.
[6] Doutora em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP) em período sanduíche com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Cesmac e da FOUFAL. Professora do Curso de Medicina da UNCISAL. Patologista Bucal do CEPAMA, do Centro Universitário Cesmac e do HUPAA-UFAL, Maceió, Alagoas.

Endereço correspondência
Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani
Centro Universitário Cesmac
Rua Cônego Machado, 918, Farol, Maceió, AL.
camila.panjwani@cesmac.edu.br

Recebido em 25 de dezembro (2019) | Aceito em 11 de Janeiro (2020)

RESUMO

O carcinoma espinocelular (CEC) compõe até 95% das lesões malignas da cavidade bucal. Apresenta predileção por pessoas de pele branca, gênero masculino e acomete mais as regiões de língua, assoalho bucal e rebordo alveolar. Clinicamente é caracterizado pela presença de úlcera persistente de bordas irregulares e elevadas, lesões exofíticas ou placas eritroleucoplásica, de sintomatologia dolorosa ou não. Este caso aborda o diagnóstico de um CEC bucal microinvasor (CECBM) em paciente do gênero feminino, com 59 anos de idade que apresentou lesão de aparência clínica de placa leucoplásica associada a diminuta área de ulceração. Após o diagnóstico de CECBM a paciente foi encaminhada para tratamento oncológico. O serviço de oncologia solicitou exames de imagem de radiografia póstero-anterior e Ressonância Magnética Nuclear de tórax os quais revelaram imagem sugestiva de lesão tumoral localizada em pulmão, cujo diagnóstico foi de Adenocarcinoma Pulmonar (AP), confirmado por meio de punção aspirativa e posteriormente excisão cirúrgica do lobo pulmonar acometido. A paciente foi então tratada e hoje encontra-se livre de lesão. Conclui-se portanto que lesões de CECBM devem ser diagnosticadas sem subestimar a apresentação clínica e além disso deve-se considerar a ocorrência de segundo tumor maligno primário que nesse caso foi diagnosticado durante a avaliação pré tratamento oncológico da lesão primária da boca.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas. Diagnóstico. Patologia.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) makes up 95% of the malignant lesions of the oral cavity. It presents a predilection for people with white skin, male gender and affects the tongue, mouth floor and alveolar ridge. Clinically it is characterized by the presence of persistent ulcer of irregular and raised borders, exophytic lesions or erythroleukoplastic plaques, painful or not. This case deals with the diagnosis of a microinvasive buccal OSCC (MOSCC) in a female patient, 59YO, which presented a leukoplastic plaque associated with a small area of ulceration with 1 year of evolution. After the diagnosis of MOSCC, the patient was referred for cancer treatment. The oncology department requested imaging tests of radiography and Nuclear Magnetic Resonance of the postero-anterior thorax region, which revealed a suggestive image of tumor located in the lung, whose diagnosis was Pulmonary Adenocarcinoma, confirmed by aspiration puncture and subsequently excision of the pulmonary lobe affected. The patient was then treated and is now free of injury. Therefore, it is concluded that MOSCC lesions should be diagnosed without underestimating the clinical presentation and in addition, the occurrence of the second primary malignant tumor, which in this case was diagnosed during the pre-cancer treatment evaluation of the primary lesion of the mouth, should be considered.

Keyword: Carcinoma, Squamous Cell. Diagnosis. Pathology.

Copyright © 2016 Openly accessible at http://www.rvacbo.com.br/

1. INTRODUÇÃO

O Carcinoma Espinocelular (CEC) é uma das lesões cancerígenas mais frequentes encontradas em cabeça e pescoço, havendo predileção na região de língua e assoalho bucal1. Comumente está associado a seus principais fatores de risco: o tabagismo e o alcoolismo [1,2], mas, também possui uma forte associação com o vírus papiloma humano (HPV 16), com incidência entre a quinta e a sexta década de vida1 e predileção pelo sexo masculine [1,3].

De modo geral, sua etiopatogenia é inexata, mas, acredita-se que esteja relacionada com a presença de múltiplos fatores de risco carcinogênicos que atuam sobre o epitélio normal que, por sua vez, resultam em uma displasia e na presença de atipias celulares com concomitante perda de estratificação do tecido acometido[1-5].

Clinicamente, o CEC pode apresentar-se como uma mancha persistente escamosa, vermelha, com bordas irregulares e que sangra com facilidade comumente localizada em face, orelha, nariz, pescoço, dorso de mãos e mucosas oral e genital[3]. Especificadamente em mucosa oral, ele apresenta-se como uma lesão exofítica, endofítica ou ainda, como lesões leucoplásicas, eritroplásicas e eritroleucoplásicas associadas ou não a ulcerações de bordas evertidas e endurecidas, indolores e com ausência de halo eritematoso que não cicatrizam em até 15 dias.[1,5-7]

Radiograficamente, a lesão apresenta destruição óssea subjacente que, quando presente, pode apresentar sintomatologia dolorosa ou ser assintomática. Aparece como uma radiolucidez em "roído de traça" com margens mal definidas ou bordas irregulares de aparência similar à osteomielite, que pode estender-se por vários centímetros ao longo de um nervo sem rompê-lo.[6,7]

De modo geral, a apresentação histopatológica vai depender da localização do CEC. Geralmente ele surge a partir de um epitélio displásico e é caracterizado por ilhas e cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas. Quando biopsiado, está em seu mais precoce momento de invasão e, por isso, termos como "superficialmente invasivo" e "microinvasivo" são empregados.[6]

Essa invasão é caracterizada pela extensão irregular do epitélio lesional pela membrana basal para o interior do tecido conjuntivo subepitelial que podem estender-se profundamente ao interior do tecido adiposo, músculo e osso subjacentes, destruindo o tecido original à medida da progressão. Geralmente, existe uma resposta inflamatória forte ou imune celular ao epitélio invadido com áreas focais de necrose, o que pode induzir angiogênese e desmoplasia ou alteração cirrótica.[6]

As células lesionais geralmente mostram um citoplasma eosinofílico abundante com núcleos grandes e hipercromáticos com relação núcleo-citoplasma aumentada. Diferentes graus de pleomorfismo celular e nuclear são observados e pérolas de ceratina podem ser produzidas em seu interior, assim como células isoladas também podem sofrer ceratinização individual. [6,7]

O CEC é classificado de acordo com o seu tecido de origem numa classificação denominada "gradação". As lesões são graduadas em escalas de 3 ou 4 pontos onde as lesões menos diferenciadas recebem os menores números. Assim sendo, tumores que lembram mais seu tecido de origem são menos invasivos do que aqueles anaplásicos ou pobremente diferenciados, tendo um melhor prognóstico. [6]

Apesar dos esforços relacionados às técnicas de tratamento, o câncer da cavidade oral ainda representa um prognóstico desfavorável com altas taxas de mortalidade.[1] Comumente o diagnóstico diferencial acaba por englobar úlcera traumática[8], leucoplasias, quando em fase inicial sem aumento de volume ou ulceração[6], HPV[1,9,10], paracoccidioidomicose quando em lábio[11] e, raramente, tumor de células glanulares.[12]

O prognóstico para a sobrevida depende do estadiamento do tumor. Considera-se em 53% a 68% dos casos uma taxa relativa de 5 anos para tumores relativamente pequenos (<4cm) sem metástase o momento do diagnóstico (estágios I e II); 41% se maiores sem metástase ou com metástase em um linfonodo ipsilateral menor ou igual a 4cm (estágio III); e 27% se o tumor tiver invadido estruturas adjacentes e metastatizado para um sítio distante ou associado à metástase regional em múltiplos linfonodos ou para um único ipsilateral entre 3cm e 6cm ou um linfonodo maior que 6cm (estágio IV).[6]

Diante do exposto, o objetivo do trabalho é relatar a ocorrência sincrônica de dois neoplasmas malignos descobertos em fase inicial e tratados cirurgicamente e discutir os achados com a literatura visto que não foram observados casos semelhantes ao caso em tela.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 59 anos, compareceu ao serviço de odontologia do Centro Universitário Cesmac sob queixa de placa branco-avermelhada ulcerada, sem sintomatologia dolorosa.

Na anamnese, retratou ser ex-fumante e ex-etilista; apresentou, ao exame extra-oral, linfonodos cervicais de aderências móveis, indolores, de superfície lisa e de consistência macia. No exame intra-bucal, foi constada a lesão em área de rebordo alveolar inferior esquerda com evolução de aproximadamente 1 ano (Figura 1).

Figura 1: Exame Clínico Intra-bucal. Lesão do tipo placa, branco-avermelhada, à distal do dente 34.

Após exclusão de linfadenopatia inflamatória, foi realizada biópsia incisional da lesão bucal. Na macroscopia do material recebido constava de 4 fragmentos irregulares de tecido, medindo o maior 0,8x0,5x0,4cm e o menor 0,7x0,4x0,3cm. Apresentam coloração castanho-claro e consistência firme-elástica.

Os cortes histológicos da análise microscópica áreas de leucoplasia associada à displasia intraepitelial acentuada e área focal de carcinoma epidermóide microinvasor (□). A área da neoplasia apresentou diâmetro de 5mm de espessura e 1,5 mm Nível II de Clark, além de margem cirúrgica periférica livre de neoplasia, distando a menor margem de 5mm e margem cirúrgica profunda livre de neoplasia distando 2mm (Figuras 2 A e B, e Figura 3 A e B).

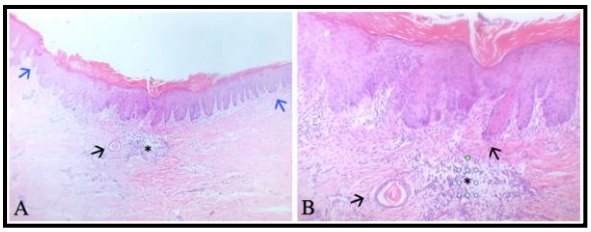

Figura 2: Fotomicroscopia de cortes histológicos mostrando o panorama completo da lâmina histopatológica que revelou áreas de hiperceratose e acantose (□) e área central de CECM (□) e infiltrado inflamatório crônico (*) (A: em coloração HE 40x; B em coloração HE 100x).

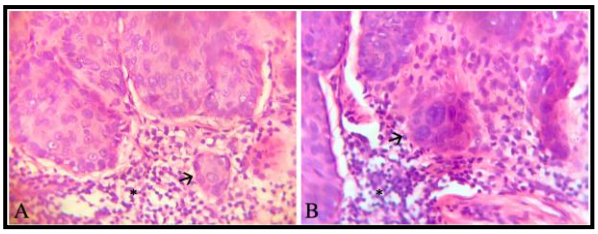

Figura 3: Fotomicroscopia de cortes histológicos mostrando detalhe da área central de CECM (□) e infiltrado inflamatório crônico (*) (A e B: Coloração HE 400x).

Frente este resultado, foram solicitadosexames complementares de imagem – radiografias periapicais da área de rebordo alveolar inferior esquerda, radiografia panorâmica, tomografia computadorizada em feixe cônico e reconstrução 3D – foram solicitados para designar a extensão da lesão e nível de comprometimento ósseo (Figuras 4, 5, 6) as quais revelaram que a lesão não comprometia o osso subjacente, corroborando com os achados histopatológicos.

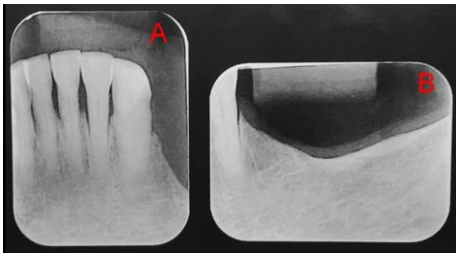

Figura 4: Radiografias Periapicais da área de rebordo alveolar inferior esquerda. A e B. Periapical da sem alterações da crista óssea.

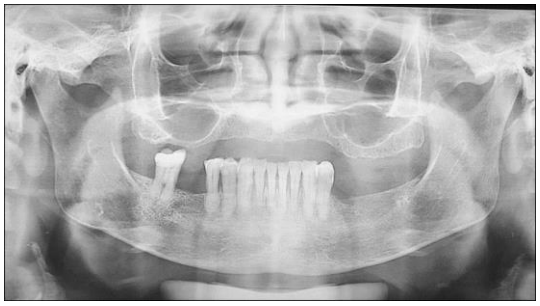

Figura 5: Radiografia Panorâmica.

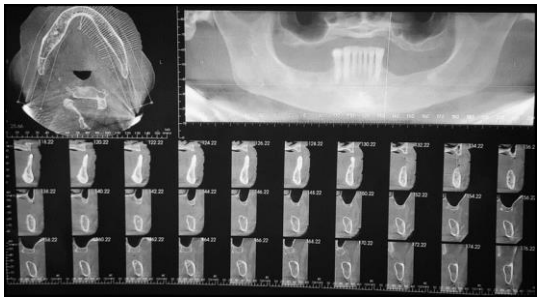

Figura 4: Tomografia Computadorizada em Feixe Cônico. Corte axial de mandíbula evidenciando alteração em profundidade.

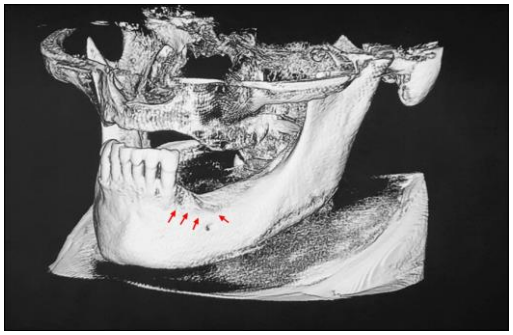

Figura 5: Reconstrução em 3D. Evidenciação de anormalidade em suporte ósseo delimitada pelas setas vermelhas.

Dados os resultados, uma vez constatada uma condição de saúde bucal clínica precária na paciente, houve a necessidade de encaminha-la para a realização de um condicionamento bucal competente, o que se constituiu de exodontias, raspagem e alisamento corono-radicular e restaurações. Seguido disso, esta recebeu um novo encaminhamento para uma instituição oncológica competente.

A paciente foi encaminhada para tratamento oncológico que foi realizado apenas com exérese cirúrgica da lesão bucal. A qual revelou CEC microinvasor e peça cirúrgica com margens livres de neoplasia.

Entretanto, durante os exames preliminares, foi constatado nódulo pulmonar a partir de radiografia ântero-posterior de tórax e ressonância magnética nuclear. Após realizada uma biópsia por agulha fina, foi diagnosticada com um adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Figura 6).

Foi realizada uma excisão total da lesão com esvaziamento de linfonodos pulmonares (Figura 7A e B), confirmou-se seu diagnóstico com de lesão de adenocarcinoma pouco diferenciado sem metástases linfonodais. Após excisão total do lobo pulmonar afetado, foi concluído o tratamento apenas com cirurgia. Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento estomatológico e oncológico sem sinais de recorrência das duas lesões.

3. DISCUSSÃO

No Brasil, são 390 mil casos de câncer de boca e orofaringe são registrados por ano. Destes, 95% são neoplasias epiteliais do tipo carcinoma de células escamosas ou espinocelular com maior prevalência em raça branca, na faixa etária dos 50 aos 60 anos e gênero masculino.[2,3,5,7]

A etiopatogenia do CEC ainda é incerta, mas comumente é associada a múltiplos fatores de risco oncogênicos.[2,4-7] Embora a literatura defenda uma maior probabilidade de seu desenvolvimento na região de cabeça e pescoço em indivíduos tabagistas e alcoolistas, não se atendo a desistentes do hábito,[1,2,5] ainda é comum que também seja associado a fatores ambientais como disparidades sociais, o processo de industrialização progressiva no país[2], radiação, avitaminoses A, B e C, deficiência de ferro e a presença de oncogenes, por exemplo.[5]

Geralmente, o fumo e o álcool são comumente eleitos como fatores de risco principais pela sua composição. O tabaco possui compostos carcinogênicos como o alcatrão e a nicotina que, quando associados ao álcool, aumentam a possibilidade de desenvolvimento do CEC em 141 vezes. Mas, por via de regra, por si só, o fumo

constitui o maior fator de risco para o desenvolvimento de câncer em qualquer idade, 5 já que cerca de 90% dos indivíduos diagnosticados com CEC consomem tabaco sob forma de cigarro, charuto, cachimbo ou mascado. [13]

Frequentemente esse tipo de tumor possui maior incidência em língua e assoalho bucal,[2-8] mas, não é incomum que se instale em face, nariz, orelhas, pescoço, dorso de mãos e mucosa genital, uma vez que seja capaz de evoluir de uma lesão de pele preexistente.[3] Este caso foi conivente com a literatura ao apresentar histórico de hábitos deletérios do tabaco e do álcool, além da faixa etária esperada. No entanto, nesse caso houve predileção pelo gênero feminino e o CEC acometeu região de rebordo alveolar inferior.

Clinicamente, comumente o CEC é representado pelo rompimento do epitélio e consequente formação de úlcera, com base e consistências endurecidas, sendo incomum a consistência mole e macia.[7] No presente relato, o clínico mostrou-se semelhante, mas, ainda assim incomum pela presença de placa e consistência, sendo requisitado o exame histopatológico para sua confirmação.

Pereira et al.[8] apresentaram um caso semelhante onde uma úlcera em borda lateral de língua teve diagnóstico histopatológico de úlcera traumática em primeira instância que, ao longo de 06 meses de evolução, resultou na necessidade de uma segunda biópsia, diagnosticando um caso atípico de CEC, o que o faz um estudo muito interessante ao enfatizar a importância do exame histopatológico e acompanhamento de lesões.

Em relação à apresentação histológica, o CEC se desenvolve a partir da camada de células espinhosas em pele e em mucosas com tendência de ceratinização. Normalmente, quando menor a diferenciação histológica da lâmina, maior é a malignidade da lesão.[3] Assim, é comum que seja caracterizado por um epitélio displásico com ilhas e cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas em sua composição.[6]

Apesar dos avanços na área da saúde como um todo, o diagnóstico em estado avançado de lesões malignas é muito comum e, geralmente, resulta em altas taxas de morbidade e mortalidade com sobrevida de até 5 anos,[1,5] variando em decorrência da singularidade individual no que se diz respeito aos hábitos, características socioeconômicas, expectativa de vida, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade de assistência médica. [14]

Por ser de fácil acesso para pacientes, médicos e cirurgiões-dentistas, em tese toda a alteração em cavidade bucal deveria ser perceptível e resultar num diagnóstico precoce. No entanto, isso não acontece muitas vezes devido à falta de conhecimento ou de recursos dos profissionais da área da saúde ou devido ao envolvimento de medo e preconceito por parte dos pacientes, que refletem sua ansiedade no atraso do diagnóstico e, muitas vezes, prejudicam o tratamento e contribuem com um prognóstico desfavorável, o que torna as neoplasias um importante problema de saúde pública. [15,16]

Quando duas lesões malignas de histologias distintas se desenvolvem em localizações diferentes, elas são consideradas sincrônicas. Esse fenômeno pode ser visto como um efeito colateral do tratamento utilizado para diagnosticar o primeiro tumor ou associado a possíveis fatores de risco como a exposição a carcinógenos no meio ambiente, efeitos da radiação ionizante ou ao uso de modalidades progressivas de tratamento como manipulação hormonal, terapia alvo-induzida, manipulação genética e imunomodulação.[17,18]

Ainda assim, por via de regra, todo o tratamento eletivo para lesões malignas consiste na remoção de toda a lesão tumoral.[1] Na ocorrência de malignidades sincrônicas, torna-se necessário, ainda, investigar o caso e buscar correlações possíveis, uma vez que há maior incidência do acometimento de cânceres num mesmo órgão ou num outro do mesmo sistema se comparados a órgãos sem relação que, na grande maioria dos casos, pode indicar a presença de indícios da possível circulação de metabólitos carcinogênicos.[17]

Nesse caso, duas lesões malignas foram encontradas em estágio inicial e tratadas cirurgicamente no ato da biópsia, devido a conduta satisfatória dos profissionais envolvidos no diagnóstico. O profissional da área da saúde precisa estar atento a todo o tipo de situação. No caso do Cirurgião-Dentista, sendo a boca seu ambiente de trabalho, visando o bem-estar do paciente, é indispensável que exames clínicos e físicos sejam realizados objetivando não só encontrar problemas de origem local como também agravantes de possíveis evoluções e lesões atípicas, sendo necessária sua intervenção e posterior encaminhamento a colegas competentes.

4. CONCLUSÃO

Diante do exposto conclui-se que é fundamental que as lesões atípicas sejam biopsiadas e observadas a

longo prazo, a fim de prevenir ou agir frente a uma situação indesejada de evolução, a depender da predisposição e fatores de risco associados ao paciente. Assim sendo, quanto mais precoce o diagnóstico, melhor o prognóstico que, por sua vez refletirá na qualidade de vida do paciente. Além disso, casos de CECBM devem ser diagnosticados sem subestimar a apresentação clínica e além disso deve-se considerar a ocorrência de segundo tumor maligno primário que nesse caso foi diagnosticado durante a avaliação pré tratamento oncológico da lesão primária da boca. Uma vez que a terapêutica esteja fortemente associada ao desenvolvimento da lesão, torna-se imprescindível que o diagnóstico seja realizado o quanto antes a fim de melhorar o prognóstico e, consequentemente, ter um impacto positivo na qualidade de vida do paciente. Assim sendo, esse trabalho tem como intenção estimular a utilização de recursos para o diagnóstico do CEC. Salienta-se também a importância de mencionar a necessidade de buscar um panorama de saúde no indivíduo como um todo e não em áreas localizadas assim como no caso descrito onde, concomitantemente, foi descoberta outra neoplasia maligna.

REFERÊNCIAS

[1] Valle CN, Passos RMM, Gonçalves JTCL, Gomes C, Bastos AMTN, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. Rev Patol Tocantins. 2016; 3(4): 82-102.

[2] Fernandes VS, Tomo S, Santos IS, Figueira JA, Felipini RC, Bernabé DG et al. Recidiva de carcinoma espinocelular de lábio: relato de caso. Arch Health Invest. 2017; 6(Spec Iss 2): 228.

[3] Silva RD, Dias MAI. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. REFACS (online). 2017; 5(2): 228-234.

[4] Cosin RF, Bastos DB, Furuse C, Biasoli ER, Miyahara GI, Bernabé DG. Carcinoma espinocelular de gengiva: aspectos relacionados ao diagnóstico e aderência ao tratamento. Arch Health Invest. 2016; 5(Spec Iss 1): 153.

[5] Gaetti-Jardim EC, Rossi AC, Santiago-Júnior JF, Shinohara EH, Castro AL, Miyahara GI et al. Carcinoma espinocelular: a importância do diagnóstico precoce. Uningá. 2010; 24(1): 1-6.

[6] Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi A. Patologia Oral e Maxilofacial. 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

[7] Jogaib JC, Silveira TJ, Cantini AMR, Gasparini Netto G, Tong CK. Caso clínico – carcinoma de células escamosas oral. Cad UniFOA. 2006; 1(2): 1-11.

[8] Pereira ANV, Trentin GA, Deliberali DE, Rizzo LA, Aburad AT, França DCC. A importância do diagnóstico diferencial entre úlcera traumática e o carcinoma oral de células escamosas. UNIVAG. 2017; 1(Spec Iss 1): 7.

[9] Petito G, Carneiro MAS, Santos SHR, Silva AMTC, Alencar RC, Gontijo AP et al. Papilomavírus humano (HPV) em carcinomas de cavidade oral e orofaringe na região central do Brasil. Braz J Otorhinolaryngol. 2017 83(1): 38-44

[10] Pinto DA. Influência do HPV na saúde oral e a perspectiva da medicina dentária: estado da arte [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; 2017.

[11] Peres GL, Hernandes ACP, Armelin AML, Tomo S, Stefanini AR, Simonato LE. Carcinoma epidermóide em lábio inferior com prognóstico favorável. Arch Health Invest. 2017; 6(Spec Iss 3): 53.

[12] Ferreira VYN, Lyra TC, Bonan PRF, Perez DEC, Pereira LL. Tumor de células granulares bifocal em mucosa jugal. Rev Cubana Estomatol. 2016; 53(3): 162-167.

[13] Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Rev Bras Cancerol. 2007; 53(1): 63-69.

[14] Pádua TC, Braga JC, Souza MCA, Costa EMA, Gonçalves SJC, Oliveira RVS. Carcinoma de células escamosas bucal: prevalência no município de Vassouras/RJ entre 2012-2015. Rev Saúde. 2017; 8(1): suplemento 98.

[15] Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer bucal: um problema de saúde pública. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2014; 26(1): 46-52.

[16] Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima Neto EA. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. Rev. Bras. Epidemiol. 2015; 18(3): 618-629.

[17] Ferri JVV, Gornatti VP, Martins TV. Malignidades primárias sincrônicas de pulmão e reto: relato de caso e revisão da literatura. Rev Med (São Paulo) 2016; 95(3): 152-155.

[18] Adhikari J, Sharma P, Bhatt VR. Risk of secondary solid malignancies after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation and preventive strategies. Future Oncol. 2015;11(23):3175-85.