



ANA CAROLINA SOUZA

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LÁBIO INFERIOR:
RELATO DE CASO**

**Sinop/MT
2018**

ANA CAROLINA SOUZA

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LÁBIO INFERIOR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - Fasipe, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Monografia II.

Orientador(a): Profª. Ms. Juliene N. de Souza Passoni

**Sinop/MT
2018**

ANA CAROLINA SOUZA

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LÁBIO INFERIOR:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 2018.

Giuliane N. de Souza Passoni

Professor(a) Orientador(a)

Departamento de Odontologia –FASIPE

Katieli F. Gonçalves

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Odontologia –FASIPE

Alessandro O. Arantes

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Odontologia - FASIPE

Giuliane N. de Souza Passoni

Coordenador do Curso de Odontologia

FASIPE - Faculdade de Sinop

**Sinop-MT
2018**

Ana (SOUZA, Carolina). **Carcinoma de Células Escamosas de Lábio Inferior: Relato de Caso.** 2018. 17 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

RESUMO

Em sua maioria o câncer de cabeça e pescoço é representado por neoplasias epiteliais do tipo carcinoma de células escamosas, ou também denominado carcinoma espinocelular. Considerada muito frequente no Brasil, tem prevalência na raça leucoderma, gênero masculino, na faixa etária de 50 a 60 anos. A localização mais comum do carcinoma de células escamosas é na língua e assoalho bucal, podendo acometer também a região inferior do lábio. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi relatar o caso clínico de um paciente com carcinoma de células escamosas. Paciente I.R.S., 51 anos, gênero masculino, xantoderma, procurou atendimento na clínica de Especialização de Estomatologia da Universidade Positivo. O mesmo relatou ser etilista e tabagista. Ao exame clínico notou-se a presença de um nódulo fixo, localizado no lábio inferior do lado esquerdo, apresentando coloração esbranquiçada com crostas no centro, tratava-se de uma lesão com superfície sésil, bordas endurecidas, de 2,5 a 3cm de diâmetro. O diagnóstico diferencial sugerido foi de úlcera traumática ou carcinoma de células escamosas. A conduta realizada foi a solicitação de exames complementares e, posteriormente, biópsia incisional. A peça obtida foi enviada para análise histopatológica, confirmando tratar-se de carcinoma de células escamosas *'in situ'*. O tratamento consistiu em remoção cirúrgica com margem de segurança da lesão, e acompanhamento do paciente. O prognóstico foi extremamente favorável ao paciente, graças ao diagnóstico precoce.

Palavras chave: Carcinoma de células escamosas. Diagnóstico. Prognóstico.

ABSTRACT

Most head and neck cancer are epithelial carcinomas of the squamous cell carcinoma type (SCC). Considered very common in Brazil, it has a prevalence in the leukoderma race, male gender, in the age group of 50 to 60 years. The most common localization of squamous cell carcinoma is in the tongue and buccal floor and may also affect the lower lip region. Therefore, the objective of this work is to report the clinical case of a patient with squamous cell carcinoma. Patient IRS, 51 years old, male, Asian, sought care at the Stomatology Specialist Clinic at Positive University. He also reported being an alcoholic and a smoker. The clinical examination revealed a fixed nodule, located in the lower lip of the left side, showing whitish color with crusts in the center, a lesion with sessile surface, hardened edges, 2.5 to 3 cm in diameter. The differential diagnosis suggested was of traumatic ulcer or squamous cell carcinoma. The conduct was the request of complementary exams and, subsequently, incisional biopsy. The piece obtained was sent for histopathological analysis, confirming that it is squamous cell carcinoma 'in situ'. The treatment consisted of surgical removal with margin of safety of the lesion, and follow-up of the patient. The prognosis was extremely favorable to the patient, thanks to the early diagnosis.

Key words: Squamous cell carcinoma. Diagnosis. Prognosis.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é representado por neoplasias epiteliais malignas que se apresentam, em sua maioria, do tipo carcinoma de células escamosas, ou também conhecido como carcinoma epidermóide, ou ainda carcinoma espinocelular, e representam 90% das patologias mais comuns da cavidade oral^{1,2,3}. Para alguns autores essa neoplasia é considerada maligna, pois apresenta aspectos morfológicos de um epitélio escamoso, exibindo uma fase pré-maligna consideravelmente breve^{4,5}.

No Brasil, o câncer bucal tem uma das taxas de incidência mais altas do mundo, e é considerado o sexto tipo de câncer que mais acomete o gênero masculino e o oitavo mais frequente dentre o gênero feminino. Segundo estimativas do INCA (Instituto Nacional do Câncer), estima-se que haverá cerca de 14.700 novos casos de câncer de boca, sendo 11.200 em homens e 3.500 em mulheres. No decorrer dos últimos anos, a incidência desse tipo de neoplasia diminuiu, entretanto, ainda não pode ser considerada como uma neoplasia rara. Os casos mais atuais relatados podem ser vistos com uma maior frequência em indivíduos acima dos 30 anos^{6,7,8}. A incidência de mortalidade por câncer bucal é relativamente maior nos homens do que nas mulheres^{9,10}.

A etiologia do carcinoma de células escamosas é considerada multifatorial. É possível que, seja necessária a associação de mais de um fator etiológico carcinogênico e a predisponência do indivíduo para que se desenvolva essa neoplasia. São inúmeros os fatores que estão relacionados ao desenvolvimento dessa doença, assim como, são vários os agentes carcinógenos que estimulam uma cascata de eventos que resultam nesse tipo de neoplasia. Dentre os fatores extrínsecos estão incluídos agentes externos, como tabaco, álcool, sífilis e luz solar. Já como fatores intrínsecos estão incluídos, os estados patológicos sistêmicos ou generalizados do indivíduo, bem como a deficiência de ferro, e desnutrição geral^{5,3,11}.

Acredita-se que de todos os agentes, que contribuem para o desenvolvimento do câncer de boca, o tabaco é o principal agente etiológico carcinogênico e mais relevante no desenvolvimento dessa neoplasia, principalmente por conter compostos altamente carcinogênicos como o alcatrão e a nicotina. O tabagismo em suas variadas formas de uso incluem cigarros, charutos, fumo de cachimbo, e o quid Betel (um tipo de tabaco que é mascado), estes são os mais citados na literatura e estão intimamente associados à

transformação de células epiteliais normais da mucosa oral em carcinoma de células escamosas. Sassi 2010⁶, relata em seus estudos que o uso da maconha em associação com o tabaco e álcool, é também considerado um agente etiológico de alto risco para desenvolvimento dessa neoplasia, principalmente por conter compostos altamente carcinogênicos^{1,5,3,12,13}.

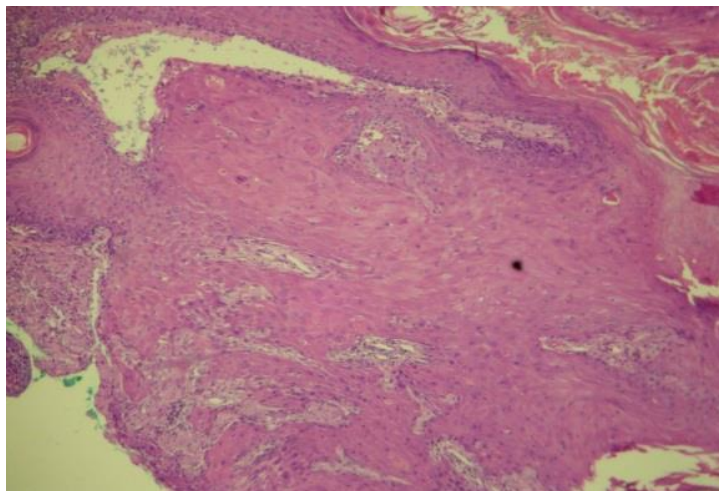
Outro fator extrínseco a ser considerado é o álcool, mas o etanol, administrado isoladamente, não é considerado um agente carcinogênico¹⁴. O alcoolismo aumenta a atividade metabólica do fígado, podendo assim estimular substâncias carcinogênicas. O álcool é considerado como um irritante local da mucosa, e também agindo como um solvente para os agentes carcinogênicos, principalmente em associação ao tabaco, potencializando assim seus efeitos carcinogênicos¹⁵. Bauman 2016¹² e Sassi 2010⁶ acreditam que a exposição crônica do indivíduo ao tabagismo e etilismo, estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de carcinoma de células escamosas.

O carcinoma de células escamosas tende a se apresentar de formas variadas, dentre elas: exofítica, endofítica, leucoplásica, e ainda eritroleucoplásica¹⁶. Os aspectos que se assemelham ao carcinoma em seu estágio inicial e lesões pré-malignas são resultados de processos de ceratinização e displasias epiteliais, não indicando necessariamente que o carcinoma evoluiu da lesão preexistente^{5,16,17}.

Comumente as lesões se iniciam no vermelhão do lábio, e podem se apresentar através de úlceras que não apresentam um processo de cicatrização. Invasões profundas dessa neoplasia ocorrem geralmente em estágios mais avançados da doença. A metástase para os linfonodos locais é pouco comum¹⁸. As evidências clínicas que mais ajudam a diagnosticar esse tipo de neoplasia são lesões que não cicatrizam espontaneamente dentro de um período de 15 dias e são indolores no início¹.

Histologicamente, o carcinoma de células escamosas de lábio inferior é considerado como tumor bem diferenciado, pois produzem grandes quantidades de ceratina. A patologia apresenta-se em formas de ninhos, colunas e cordões de células do epitélio pavimentoso maligno, que invadem o interior da própria lâmina, e então ocorre a formação das pérolas de ceratina (Figura 1)^{4,5}.

Figura 1 – Características histopatológicas da lesão.



Fonte: NEVILLE, et al., 2017.

O diagnóstico definitivo e confiável permanece sendo através de biópsia incisional, e o espécime obtido encaminhado para exame anatomopatológico ou a fluorescência clínica^{17,9}. O diagnóstico precoce é uma das maneiras de se melhorar o prognóstico do câncer bucal e, por conseguinte aumentar a sobrevida do paciente^{19,20}. É de extrema importância ressaltar que, um diagnóstico tardio leva a um prognóstico extremamente desfavorável ao paciente, e taxa de sobrevida relativamente baixa^{21,11,9}.

A grande maioria dos carcinomas de células escamosas de lábio é tratada por meios cirúrgicos, como excisões em forma de cunha e geralmente já resulta em cura. Cabe ainda ressaltar que, os fatores etiológicos de risco devem ser removidos para que não haja recidivas, já que não são consideradas comuns nesse tipo de neoplasia^{16,13}.

O método de pesquisa utilizado foi do tipo exploratório e uma revisão de literatura de 2006 a 2018, sobre etiologia, fatores de risco, diagnóstico diferencial e tratamentos propostos a pacientes diagnosticados com carcinoma de células escamosas, com base em livros de patologia oral e artigos publicados pelo PubMed e Scielo. O relato de caso foi cedido pela Dra. Luciana Lyra, cujo prognóstico foi extremamente favorável ao paciente, graças ao diagnóstico e tratamento realizados precocemente. Após a biópsia e confirmação do diagnóstico, o paciente foi conduzido ao médico oncologista que realizou a remoção cirúrgica da lesão com margens de segurança adequadas.

Diante disso, o presente estudo e relato de caso se faz relevante por, enfatizar a importância do cirurgião dentista em realizar com eficiência o atendimento inicial, de

modo a reconhecer adequadamente esse tipo de lesão, diagnosticar e tratar precocemente.

RELATO DE CASO

Paciente I.R.S. do gênero masculino, xantoderma, 51 anos de idade, autônomo, sem uso de medicamento e não relatando nenhuma alteração sistêmica, procurou por atendimento na clínica de especialização da Universidade Positivo, em Curitiba. Na anamnese, o paciente relatou ser etilista e tabagista há mais de 20 anos. Sua queixa principal era de uma lesão no lábio inferior esquerdo, que adveio de uma “espinha” e que ao ser comprimida, na intenção de removê-la, formou-se um nódulo que não desapareceu, e aumentou de tamanho. O paciente relatou que, o tempo de evolução da lesão era de aproximadamente três meses. O mesmo assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando assim a utilização e exposição de seus dados e fotos.

Ao exame físico extra oral, não foi notada a presença de linfonodos suspeitos, ou palpáveis, sem queixa de dor na face. Observou-se uma lesão única, nodular, fixa, localizada no lábio inferior do lado esquerdo (Figura 2), apresentando uma coloração esbranquiçada com crostas no centro, superfície séssil, com bordas endurecidas e limites bem definidos em torno da lesão. Apresentava um tamanho de cerca de 2,5 a 3 cm, relatou ainda que, somente sentia dor ao toque. Foi observado também que, a higiene bucal do paciente era insatisfatória, apresentava inúmeras cáries e periodontite avançada localizada.

Figura 2 – Exame clínico extra oral, aspectos clínicos da lesão.

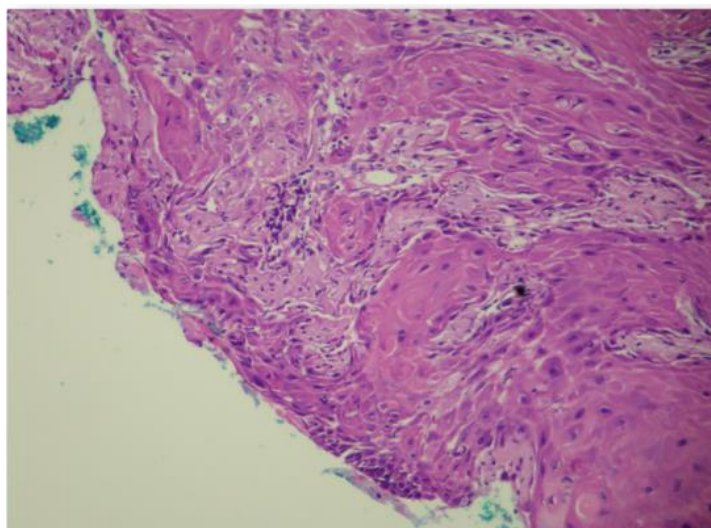


Fonte: Imagem cedida pela Dra. Luciana Lyra.

Não foi notada a presença de linfo adenopatias. A hipótese de diagnóstico foi de úlcera traumática, principalmente por se tratar de uma lesão no lábio inferior, podendo estar associada ao trauma inicial de compressão da lesão e carcinoma de células escamosas.

Foram solicitados exames complementares como biópsia incisional da lesão, na qual o espécime obtido foi enviado para a análise histopatológica. Através das análises dos cortes histológicos obtidos, revelou-se a presença de células epiteliais displásicas, com a formação de pérolas de queratina, compatível com carcinoma de células escamosas. Assim que fora confirmado o diagnóstico, o paciente foi encaminhado ao Centro de Oncologia do Hospital Erasto Gaertner (Figura 3).

Figura 3 – Características histopatológicas da lesão.



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Luciana Lyra.

Tendo em vista que, se tratava de uma lesão ainda em sua fase pré-maligna, o tratamento foi realizado pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, pelo médico oncologista e o tratamento de escolha para o paciente foi remoção cirúrgica com margens de segurança em torno da lesão, assim como o acompanhamento do mesmo. Não sendo necessárias terapias antineoplásicas, como quimioterapia e radioterapia (Figura 4A, B).

Figura 4A – Remoção da lesão com margens de segurança.



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Luciana Lyra.

FIGURA 4B – Aspecto final da remoção da lesão.



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Luciana Lyra.

Após o tratamento cirúrgico, o paciente retornou no para preservação e acompanhamento em um período de tempo de 10 meses, não relatando mais nenhum desconforto, além disso, o aspecto cirúrgico da remoção da lesão já estava completamente cicatrizado (Figura 5). O mesmo foi orientado, principalmente com relação aos fatores etiológicos de risco do tabaco e do álcool, para que não houvesse recidivas.

Figura 5 – Aspecto após o tratamento cirúrgico.



Fonte: Imagem cedida pela Dra. Luciana Lyra.

DISCUSSÃO

A maior parte das neoplasias bucais é representada por carcinoma de células escamosas ^{1,2,3}. Tem uma maior predileção pelo gênero masculino, e em indivíduos que apresentam uma faixa etária igual, ou superior a 45 anos. Entretanto, nas últimas décadas houve também um aumento dessa neoplasia no gênero feminino, principalmente, pela disseminação entre elas do hábito de fumar. É considerado no Brasil, o sexto tumor mais prevalente entre o gênero masculino e o oitavo no gênero feminino ^{6,9,7}.

Muito embora, vários fatores etiológicos tenham sido postulados pelos autores, há um consenso de que o tabagismo, isoladamente, é considerado um dos principais fatores etiológicos de risco para desenvolvimento dessa neoplasia. Principalmente, por conter em sua composição substâncias altamente carcinogênicas ^{1,6,5,3,12,13}. Entretanto, a etiologia do carcinoma de células escamosas é considerada multifatorial. Sendo assim, é possível que se faça necessário à associação de mais de um fator etiológico e agente carcinogênico e a predisposição do indivíduo, para o desenvolvimento desta neoplasia ^{5,3}.

Outro fator etiológico muito relatado nas literaturas é o álcool, mas ainda não há correlações que quando administrado isoladamente seja considerado como um iniciador da carcinogênese. No entanto, acredita-se que seja capaz de aumentar os riscos do

indivíduo a desenvolver o câncer bucal ¹⁴. Sendo assim, a exposição crônica do indivíduo ao tabagismo e etilismo estão intimamente correlacionados ao desenvolvimento do carcinoma de células escamosas ^{15,12,21,3,20,6}.

O caso clínico descrito vem corroborar com os relatos da literatura para forte predileção para o gênero masculino, tendo como explicação em partes, a alta exposição e a associação do indivíduo aos fatores etiológicos considerados de alto risco para desenvolvimento do carcinoma de células escamosas ¹. É de extrema importância que o cirurgião dentista esteja sempre atento durante a anamnese, e durante o exame clínico intra e extraoral. Já que o carcinoma de células escamosas pode ser localizado nos lábios, bordas laterais da língua e também no assoalho bucal. Contudo, a evidência clínica, que mais ajuda no diagnóstico desse tipo de lesão, é que esta não cicatriza espontaneamente durante um período de 15 dias e que as lesões são assintomáticas no início ^{5,16,22,17}.

O diagnóstico precoce é de extrema importância, este pode ser definido durante a fase pré-maligna, extremamente curta, que esta neoplasia apresenta. Na qual a chance de cura e de não haver recidivas da lesão aumentam. Para que seja possível identificar definitivamente que se trata de carcinoma de células escamosas, é necessário que seja realizado exame físico, logo após este a biópsia, na qual o espécime deve ser encaminhado para um exame anatomopatológico para que haja a confirmação. Cabe ressaltar que, qualquer atraso durante a detecção pode aumentar as chances de evolução da doença. E o diagnóstico tardio tem prognóstico e taxa de sobrevivência extremamente pobre ao paciente ^{22,17,11}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma anamnese minuciosa e um exame clínico acurado são de extrema importância em todas as consultas rotineiras por todos os profissionais da saúde. De um modo geral, admite-se que todo cirurgião dentista deva ter conhecimento sobre o câncer bucal, e sobre seus fatores de riscos relacionados. Indivíduos em que sejam observadas lesões com possível potencial para malignização devem ser avaliados criteriosamente. Sempre que possível o cirurgião dentista deve utilizar exames complementares, para que estes auxiliem em um diagnóstico mais preciso e confiável. Cabe ressaltar que, o diagnóstico precoce é um dos fatores primordiais e que determinam o tratamento, o

prognóstico e a sobrevida de pacientes com câncer bucal, além disso, também possibilita uma melhor qualidade de vida ao paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força e saúde. Sem Ele nada seria possível.

A Dra. Luciana Lyra, que me cedeu o caso clínico, bem como todas as informações que me foram necessárias. E agradeço também ao paciente, o qual autorizou o fornecimento de todos os dados.

Agradecimento muito especial a minha orientadora, Giuliene Passoni, por todo incentivo, suporte e paciência em me orientar.

Aos meus mestres Rosecler e Robson, por todo auxílio na formulação deste trabalho.

Agradecimento mais que especial a minha avó, por ser minha fonte de força e inspiração.

Ao meu namorado, por todo apoio, companheirismo e compreensão.

Agradeço também a esta instituição, bem como todos os seus setores, pelo ambiente propício à evolução e crescimento, por ter me acolhido ao longo desses cinco anos, e pela oportunidade de concluir este curso.

E a todos os que direta ou indiretamente estiveram ao meu lado durante todos esses anos, o meu agradecimento especial.

REFERÊNCIAS

1. Jardim ECG, Pereira CCS, Guastaldi FPS, Shinohara EH, Garcia IRJ, Jardim EGJ. Carcinoma de células escamosas de grandes dimensões. Rev. Odontol. Araçatuba, v. 31, n. 2, p. 09-13, Julho/Dezembro, 2010.
2. Daniel FI, Granato R, Grando LJ, Fabro SML. Carcinoma De Células Escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. Bras. Patol. Med. Lab. V.42 n. 4 p. 279-283, agosto 2006.
3. Alves CCM, Netto FOG, Sousa SF, Bernardes VF, Aguiar MCF. Carcinoma de células escamosas de boca: relação entre graduação histopatológica e características clínicas da neoplasia. Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. João Pessoa, 11(4):485-89, out./dez., 2011.
4. Sapp JF, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. [Tradução Miriam Beatriz Jordão Moreira] – São Paulo: Santos, 2012.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. [Tradução Danielle Resende Camisasca Barroso... et al.]. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
6. Sassi, et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. Ver. Sul. Bras. Odontol. 2010 Mar.
7. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativas 2018 – Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018.
8. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevivência de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. Bras. Patol. Med. Lab. v. 42 • n. 5 • p. 385-392 • outubro 2006.
9. Patasz P, Adamski A, Chzastek MG, Starzyńska A, Studniarek M. Contemporary diagnostic imaging of oral squamous cell carcinoma: a literature review. Int. J. Mol. Sci. Agosto 2017.
10. Souza SAJ. Etiopatogenia do câncer bucal: fatores de risco e de proteção. sábios-Rev. Saúde e Biol., Campo Mourão, v. 1, n. 2, p.48-58, jul./ dez., 2006.

11. Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade IG, Arcurio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo sistema único de saúde, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(5):983-997, mai, 2014.
12. Bauman JE, et al. Prevention of carcinogen induced oral cancer: by sulforaphane. *Cancer Prev. Res.* 2016.
13. Castilho RM, Squarize CH, Alemida LO. Epigenetic modifications and head neck cancer: implications for tumor progression and resistance to therapy. *Int. J. Mol. Sci.* Julho 2017.
14. 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. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007.
15. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: Revisão. *Rev. de Clín. Pesq. Odontol.*, v.1, n.3, jan./mar. 2005.
16. Lemos, CAJ, Alves FA, Pereira CCT, Biazevic MGH, Pinto DSPJ, Nunes FD. Câncer De Boca Baseado Em Evidências Científicas. *Rev. assoc. paul cir dent.* 2013.
17. Cawson's RA, Odell EW, Fundamentos básicos de patologia oral e medicina oral – Oitava e Edição / R. A. Cawson, E. W. Odell; [tradução Terezinha Oppido]. – São Paulo: Santos, 2013. 494p.
18. Regezi J, Sciubba J, Jordan R. Patologia oral correlações clinicopatológicas. [Tradução Tatiana Ferreira Robaina, et al] – Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
19. Falcão MML, Alves TDB, Freitas VLS, Coelho TCB. Conhecimento dos cirurgiões dentistas em relação ao câncer bucal. *RGO*, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 27-33, jan./mar. 2010.
20. Santos GL, Freitas VS, Andrade MC, Oliveira MC. Fumo e álcool como fatores de risco para o câncer bucal. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 9 (2) 131-133, abr./jun., 2010.

21. Monti LM, França DCC, Castro AL, Soubhia AMP, Aguiar SMHCA. Carcinoma escamoso oral: análise retrospectiva de 185 casos. Revista Odontológica de Araçatuba, v.31, n.1, p. 34-37, Janeiro/Junho, 2010.

22. Santos IV, Alves TDB, Falcão MML, Freitas VS. O papel do cirurgião-dentista em relação ao câncer de boca. Odontol. Clín.-Cient, Recife, 10 (3) 207-210, jul./set., 2011.