

A importância do cirurgião-dentista no perioperatório de paciente com carcinoma de células escamosas: relato de caso

The influence of the dentist during the treatment of oral squamous carcinoma: case report

La importancia del odontólogo en el período perioperatorio de paciente con carcinoma de células escamosas: reporte de caso

Thiago Porto **GOMES**¹
Diego Filipe Bezerra **SILVA**²
Gustavo Araújo de **FREITAS**¹
Isabella Jardelino **DIAS**³
Tiago João da **SILVA FILHO**⁴
Daliana Queiroga de Castro **GOMES**⁴

¹Curso de Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, 58429-500 Campina Grande – PB, Brasil

²Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, 58429-500 Campina Grande – PB, Brasil

³Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, 58429-500 Campina Grande – PB, Brasil

⁴Professor(a) Doutor(a), Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba, 58429-500 Campina Grande – PB, Brasil

Resumo

Introdução: O carcinoma de células escamosas (CCE) constitui a neoplasia maligna mais comum da boca, afetando, principalmente, indivíduos com mais de 50 anos. Clinicamente, apresenta-se, geralmente, como úlcera persistente com bordas endurecidas, podendo a lesão estar ou não associada a vegetações, máculas eritroplásticas ou leucoplásticas. As localizações mais acometidas borda lateral de língua e assoalho oral. **Objetivo:** relatar um caso clínico de CCE microinvasivo em língua, enfatizando a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento do cirurgião-dentista durante e após o tratamento oncológico. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, apresentou-se para avaliação placa leucoplástica em borda lateral de língua, do lado direito, com aproximadamente 2,0 cm em seu maior diâmetro, de superfície rugosa, contornos irregulares e limites bem definidos, o qual tinha aparecido há cerca de dois meses. Sob a hipótese diagnóstica de leucoplasia, realizou-se biópsia incisiva, cujo resultado histopatológico foi CCE microinvasivo. O diagnóstico final de CCE predominantemente *in situ* foi observado, após remoção cirúrgica radical da lesão. O paciente complementou o tratamento oncológico com radioterapia e foi acompanhado no período trans-operatório pela equipe da odontologia, para prevenir e tratar as complicações consequentes do tratamento radioterápico. O paciente não apresentou sinais de recidiva um ano após a cirurgia e ainda encontra-se em preservação. **Considerações finais:** O diagnóstico precoce foi de fundamental importância para o bom prognóstico da doença. Além disso, a equipe de odontologia foi de suma importância durante todo o tratamento oncológico.

Descritores: Carcinoma de Células Escamosas; Leucoplasia Oral; Mucosa Bucal.

Abstract

Background: Squamous cell carcinoma (SCC) represents the most common malignant neoplasm of the mouth which affects mainly subjects over 50 years of age. Clinically it usually presents as persistent ulcers with hardened edges, that may be associated with vegetation, erythroplastic or leukoplasic plaques. The most affected sites are the lateral edge of the tongue and the oral floor. **Objective:** to report a clinical case of microinvasive SCC on the tongue, emphasizing the importance of early diagnosis and follow-up by the dentist during and after cancer treatment. **Case presentation:** A 42-years-old male patient showed a leucoplasic plaque on the right side edge of the tongue, with diameter approximately 2,0 cm, rough surface, irregular contours and well-defined limits, which had appeared about two months ago. Under a diagnostic hypothesis of oral leukoplakia, an incisive biopsy was performed and the histopathological outcomes showed CCE microinvestment. The final diagnosis of SCC predominantly *in situ* was observed after radical surgery removal of the lesion. The patient preceded the cancer treatment with radiotherapy and was followed-up during the transoperative period by the group of dentists to prevent and treat the complications resulting from the radiotherapy. The patient showed no signs of recurrence after one year and remains in monitoring. **Closing remarks:** Early diagnosis was primordial for the good prognosis of the disease. In addition, the performance of the dentist group was very important during the cancer treatment.

Descriptors: Carcinoma, Squamous Cell; Leukoplakia, Oral; Mouth Mucosa.

Resumen

Introducción: El carcinoma de células escamosas (CCE) es la neoplasia maligna más frecuente de la boca, que afecta principalmente a personas mayores de 50 años. Clinicamente, generalmente se presenta como una úlcera persistente con bordes endurecidos, que puede o no estar asociada con vegetación, máculas eritroplásticas o leucoplásticas. Los lugares más afectados son el borde lateral de la lengua y el piso oral. **Objetivo:** Informar un caso clínico de CCE microinvasivo en la lengua, enfatizando la importancia del diagnóstico temprano y el seguimiento del dentista durante y después del tratamiento del cáncer. **Descripción del caso clínico:** Paciente masculino, de 42 años, presentado para evaluación placa leucoplástica en el lado derecho de la lengua, con aproximadamente 2 cm de diámetro, con superficie rugosa, contornos irregulares y límites bien definidos, que habían aparecido hace unos dos meses. Bajo la hipótesis diagnóstica de leucoplasia, se realizó una biopsia incisiva, cuyo resultado histopatológico fue un SCC microinvasivo. El diagnóstico final de CCE predominantemente *in situ* se observó después de la extirpación quirúrgica radical de la lesión. El paciente complementó el tratamiento del cáncer con radioterapia y fue seguido durante el período transoperatorio por el equipo dental, para prevenir y tratar las complicaciones resultantes del tratamiento de radioterapia. El paciente no mostró signos de recurrencia un año después de la cirugía y todavía está en preservación. **Consideraciones finales:** El diagnóstico temprano fue de fundamental importancia para el buen pronóstico de la enfermedad. Además, el equipo de odontología fue de suma importancia durante todo el tratamiento del cáncer.

Descriptores: Carcinoma de Células Escamosas; Leucoplasia Bucal; Mucosa Bucal.

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é um dos mais frequentes na região de cabeça e pescoço e representa entre 2 a 4% das neoplasias malignas, sendo o carcinoma de células

escamosas (CCE) o tipo mais comum¹. O CCE oral é mais prevalente em pacientes acima de 60 anos de idade e possui etiologia multifatorial, cujos principais fatores etiológicos são o

consumo de tabaco e álcool. Outros fatores como higiene bucal deficiente, presença de infecções virais e bacterianas, e imunossupressão podem estar associados ao surgimento do CCE oral². Os sítios mais acometidos são língua e assoalho oral e língua, mas outros sítios como palato mole, gengiva, rebordo alveolar, mucosas jugal e labial, além do palato duro, podem ser acometidos. Clinicamente, o CCE pode apresentar-se como úlcera com margens elevadas; nódulo; mácula leucoplásica, eritoplásica ou leucoeritoplásica; podendo estar associado a linfonodos palpáveis fixos e indolores³. As modalidades de tratamento são ressecção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, podendo ser empregados de forma isolada ou associados^{4,5}.

Alterações bucais podem ocorrer no decorrer e após o tratamento oncológico, como xerostomia, hipossalivação, candidose e mucosite oral (MO), o que pode causar interrupção do tratamento⁶. O cirurgião-dentista tem papel fundamental no diagnóstico precoce, bem como na indicação correta do preparo de boca, antes de instituída a terapia oncológica; acompanhamento do paciente no período trans-operatório e pós-operatório para prevenir e tratar essas complicações⁷. Esse acompanhamento reflete diretamente na sobrevida, morbidade e tempo/tipo de tratamento que o indivíduo acometido será submetido⁸.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de CCE microinvasivo em língua, enfatizando a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento do cirurgião-dentista durante e após o tratamento oncológico.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade, branco, apresentou queixa de uma mancha branca localizada na língua, com história evolutiva de aproximadamente dois meses. Na anamnese, o paciente não relatou comorbidades, negou tabagismo e etilismo, bem como história de câncer na família. No exame físico extraoral, não foi observado comprometimento de linfonodos. Ao exame físico intraoral, observou-se uma placa leucoplásica localizada em borda lateral de língua, do lado direito, estendendo-se ao dorso da língua, com superfície rugosa, medindo, aproximadamente, 2,0 cm em seu maior diâmetro (Figura 1). Sob a hipótese diagnóstica de leucoplasia, foi realizada biópsia incisional da lesão. A análise histopatológica revelou revestimento de tecido epitelial pavimentoso

estratificado hiperortoceratinizado com áreas de atrofia e de acantose, degeneração hidrópica, espongirose e exocitose. Também foi identificado pleomorfismo celular e nuclear, alteração na relação núcleo/citoplasma, nucléolos evidentes, figuras de mitose típicas e atípicas, com perda de coesividade habitual. O tecido conjuntivo subjacente era do tipo fibroso de densidade variada, com as fibras colágenas dispostas de forma desregular, permeadas por um infiltrado inflamatório misto, além de vasos sanguíneos congestionados por hemácias, feixes de fibras musculares, fascículos nervosos e extravasamento hemorrágico (Figura 2). Foi estabelecido o diagnóstico de CCE microinvasivo e o paciente foi encaminhado para adequação de boca.



Figura 1: Aspecto clínico inicial, onde observa-se placa branca em borda lateral de língua, do lado direito.

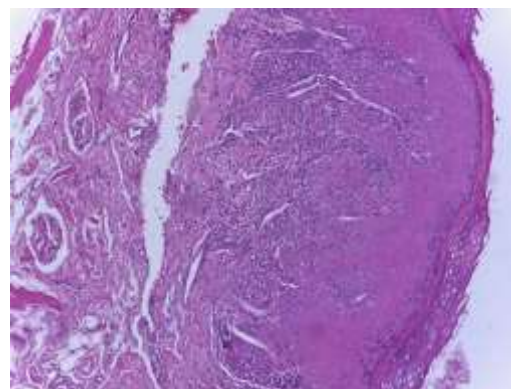


Figura 2: Fotomicrografia HE (40x), evidenciando CCE microinvasivo, com projeções do tecido epitelial displásico invadindo o tecido conjuntivo subjacente que, por vezes, parecem perder o contato com o epitélio de revestimento.

O paciente foi encaminhado ao médico cirurgião de cabeça e pescoço, o qual removeu o remanescente da lesão com margens de segurança (Figura 3) e realizou esvaziamento cervical e remoção da glândula submandibular do lado direito (Figura 4). O exame histopatológico da peça cirúrgica constatou CCE predominantemente in situ, com focos de invasão estromal, de margens livres e medindo 2,5 cm. A microscopia resultante do esvaziamento cervical revelou glândula submandibular com ausência de atipias, com congestão vascular no estroma e linfadenite reacional em 34 linfonodos dissecados. Após a

cirurgia, o paciente foi encaminhado para a realização de tratamento radioterápico. O paciente submeteu-se a 25 sessões de radioterapia, realizada diariamente, com exceção de fins de semana e feriados, totalizando uma dose de 5.000 cGy.



Figura 3: Aspecto clínico três meses após a hemiglossectomia.



Figura 4: Aspecto clínico extraoral após esvaziamento linfático.

Previamente ao tratamento radioterápico, o paciente recebeu as orientações sobre higiene oral e cuidados necessários para prevenir e/ou reduzir a severidade das complicações decorrentes da RT, bem como submeteu-se à fotobiomodulação com laser diodo (Therapy XT – DMC Equipamentos Ltda, São Carlos, SP, Brasil). Foi utilizada com fonte de luz vermelha, com comprimento de onda de 660 nm, potência de 100 mW, energia de 0,24 J, três segundos por ponto, modo contínuo, numa frequência de três vezes por semana. Com exceção da região de ressecção tumoral, toda mucosa oral foi irradiada. Nesse período, o paciente queixou-se de leve ardência oral, discreta disgeusia e xerostomia. Clinicamente, foi identificada área de hiperemia na mucosa jugal do lado direito, caracterizando mucosite oral grau I, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. 9. Contudo, o paciente não apresentou disfagia e não necessitou interromper sua alimentação.

Após um ano da ressecção cirúrgica do CCE sem apresentar recidiva da lesão, o paciente continua em acompanhamento médico e odontológico.

DISCUSSÃO

O câncer é um problema de saúde pública e sua ocorrência tem aumentado a cada ano. Estima-se para o ano de 2020 a ocorrência

de 15 milhões de novos casos¹⁰. Os tumores em região oral e de orofaringe estão entre os mais frequentes¹¹, sendo responsáveis por mais de 219 mil mortes em todo o mundo, anualmente¹². Aproximadamente 90% dessas malignidades correspondem ao CCE¹³, onde a língua é acometida em 44% dos casos¹⁴. No presente caso, a lesão encontrava-se na borda lateral da língua.

Conhecer o perfil dos portadores de CCE é muito importante para auxiliar o direcionamento das campanhas de prevenção, especialmente em populações com características socioeconômicas e culturais tão específicas como no Brasil¹⁵. No caso clínico descrito anteriormente, o paciente era do sexo masculino, branco e com 42 anos de idade, em consonância com a literatura, que afirma que os indivíduos do sexo masculino¹⁶, leucodermas¹⁷, acima dos 40 anos de idade¹⁸. No caso clínico ora relatado, o paciente afirmou não fazer uso do tabaco e bebidas alcoólicas.

No caso aqui relatado, a lesão apresentava-se como placa branca. No estudo de Gervásio et al.¹⁹, a placa branca foi a apresentação clínica mais frequente dessas lesões. O paciente deste caso relatou o surgimento da lesão há cerca de dois meses. A média do intervalo de tempo entre a percepção dos primeiros sinais e sintomas e o diagnóstico é de sete a oito meses²⁰. No entanto, outros estudos enfatizam um intervalo de tempo variando de três a 14 meses^{14,18}.

O paciente foi encaminhado para tratamento com cirurgião de cabeça e pescoço, que realizou cirurgia local, com esvaziamento cervical do lado direito e remoção da glândula submandibular também à direita. O cirurgião de cabeça e pescoço, pós-tratamento cirúrgico, encaminhou o paciente para a realização de tratamento radioterápico. O paciente foi submetido a 25 sessões de RT, realizadas diariamente. No estudo de Dedivitis et al.²¹, entre os pacientes diagnosticados com CCE, 47% haviam sido submetidos à radioterapia adjuvante pós-operatória e os demais casos 53% à cirurgia exclusiva.

Previamente ao tratamento radioterápico, o paciente recebeu as orientações com relação à higiene oral e aos cuidados necessários para prevenir ou, pelo menos, reduzir a severidade das complicações decorrentes da RT no período transoperatório e pós-operatório. Dessa forma, o tratamento odontológico prévio à radioterapia é indicado para adequação do meio oral e eliminação de focos de infecção ativos, bem como identificação e remoção de possíveis fatores de

risco para complicações orais durante o tratamento, como dentes com infecções endodônticas e periodontais²²⁻²⁴.

No período de transtratamento, o paciente queixou-se de leve ardência oral, discreta disgeusia e xerostomia. As principais complicações orais observadas com o início da radioterapia foram a xerostomia, disgeusia, candidose, disfagia e mucosite oral²³, as quais também são complicações decorrentes dos tratamentos radio e quimioterápico. A mucosite oral é uma das complicações mais comuns e dolorosas induzidas pela radioterapia e/ou quimioterapia. Não existe um consenso sobre a melhor abordagem terapêutica para MO. Os tratamentos são diversificados e buscam atenuar a sintomatologia dolorosa das lesões ou preveni-las. A crioterapia, o laser de baixa potência, o uso terapias florais (cúrcuma e camomila), antimicrobianos, anti-inflamatórios, citoprotetores, fator de crescimento de granulócitos e macrófagos, fator de crescimento de ceratinócitos e anestésicos locais são citados como agentes profiláticos e/ou terapêuticos para a MO²⁵. O paciente do caso ora relatado foi submetido à fotobiomodulação com laser de diodo durante toda radioterapia, o que proporcionou uma melhora na qualidade de vida do paciente, pela redução rápida dos efeitos da radioterapia.

Os elevados índices de mortalidade e de morbidade devido ao câncer oral indicam que essa doença constitui em um problema de saúde pública. A possibilidade de redução da incidência do câncer de boca está relacionada ao conhecimento e controle dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento da doença²⁶. O cirurgião-dentista exerce um papel primordial na prevenção do câncer de boca, principalmente quando atua nos níveis de prevenção primária e secundária, ao propor ações que facilitem o reconhecimento dos indivíduos pertencentes ao grupo de risco e ao realizar práticas que busquem diagnosticar precocemente as lesões suspeitas.

O panorama atual do conhecimento e a atitude dos cirurgiões-dentistas sobre o câncer oral apontam para a necessidade de reformulação do ensino em odontologia, de forma a capacitar os profissionais para a prevenção e o diagnóstico da doença, permitindo o ganho de tempo clínico, e maior sobrevida do paciente, bem como a diminuição de metástases e recidiva da lesão. O diagnóstico precoce, e correto acompanhamento pela equipe multidisciplinar de saúde permitiram que o tratamento do

paciente do presente caso pudesse ter sido realizado em tempo hábil e de forma eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste relato clínico, enfatiza-se que o diagnóstico precoce foi de fundamental importância para o tratamento eficaz e o bom prognóstico da doença, o que aumenta as possibilidades de recuperação sem sequelas e de não recidiva da lesão, visando a melhoria da qualidade de vida do paciente, durante todo o período perioperatório. O cirurgião-dentista apresenta enorme responsabilidade no reconhecimento das desordens com potencial de malignização, na eliminação dos fatores locais traumáticos, bem como na orientação para a redução à exposição de fatores carcinogênicos ambientais.

REFERÊNCIAS

1. Brabyn PJ, Naval L, Zylberberg I, Muñoz-Guerra MF. Oral squamous cell carcinoma after dental implant treatment. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2018; 40(4):176-86.
2. Salgado-Peralvo AO, Arriba-Fuente L, Mateos-Moreno MV, Salgado-Garcia A. Is there an association between dental implants and squamous cell carcinoma?. *Br. Dent. J.* 2016; 221 (10): 645-9.
3. Rikardsen OG, Bjerkli I, Uhlin-Hansen L, Hadler-Olsen E, Steigen S. Clinicopathological characteristics of oral squamous cell carcinoma in Northern Norway: a retrospective study. *BMC Oral Health.* 2014; 14 (1): 103.
4. Wunsch Filho V, Mirra AP, Lopez RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):175-87.
5. Omura K. Current status of oral cancer treatment strategies: surgical treatments for oral squamous cell carcinoma. *Int J Clin Oncol.* 2014;19(3):423-30.
6. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGC, Falabella MEV, Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Cien Saúde Colet.* 2010; 15(1):1085-94.
7. Martins de Castro RF, Dezotti MSG, Azevedo LR, Aquilante AG, Xavier CRG. Atenção odontológica aos pacientes oncológicos antes, durante e depois do tratamento antineoplásico. *Rev Odontol UNICID.* 2002;14(1):63-74.
8. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people – a comprehensive literature review. *Oral oncology.* 2001;37(5):410-18.
9. Miller AB, Hoogstraten B, Staquet M, Winkler A. Reporting results of cancer treatment. *Cancer.* 1981;47(1):207-14.

10. Mignogna MD, Fedele S, Russo LL. The world cancer report and the burden of oral cancer. *Eur J Cancer Prev.* 2004;13(2):139-42.
11. Chin D, Boyle GM, Porceddu S, Theile DR, Parsons PG, Coman WB. Head and neck cancer: past, present and future. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2006;6(7):1111-18.
12. World Health Organization. World Cancer Report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2015:423.
13. Dewan AK, Dabas SK, Pradhan T, Mehtá S, Dewan A, Sinha. Squamous cell carcinoma of the superior gingivobuccal sulcus: an 11-year institutional experience of 203 cases. *Jpn J Clin Oncol.* 2014;44(9):807-11.
14. Durazzo MD, Araujo CEN, Brandão-Neto JS, Potenza AS, Costa P, Takeda F, et al. Clinical and epidemiological features of oral cancer in a medical school teaching hospital from 1994 to 2002: increasing incidence in women, predominance of advanced local disease, and low incidence of neck metastases. *Clinics.* 2005;60(4):293-8.
15. Hamada GS, Bos AJ, Kasuga H, Hirayama T. Comparative epidemiology of oral cancer in Brazil and India. *Tokai J Exp Clin Med.* 2011;16(1):63-72.
16. Güneri P, Çankaya H, Yavuzer A, Güneri EA, Erisen L, Özkul D, et al. Primary oral cancer in a Turkish population sample: association with sociodemographic features, smoking, alcohol, diet and dentition. *Oral Cancer.* 2005; 41(10):1005-12.
17. Borges DML, Sena MFS, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortality for oral cancer and socioeconomic status in Brazil. *Cad Saúde Pub.* 2009;25(2):321-27.
18. Antunes AA, Takano JH, Queiroz TC, Vidal AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/UPE e HCP. *Odontologia Clín Cientif.* 2003;2(3):181-86.
19. Gervásio OLAS, Dutra RA, Tartaglia SMA, Vasconcellos WA, Barbosa AA, Aguiar MCF. Oral squamous cell carcinoma: a retrospective study of 740 cases in Brazilian population. *Braz Dent J.* 2001;12(1):57-61.
20. Radoi L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(2):97-109.
21. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular e boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2014;70(1):35-40.
22. Chambers MS, Garden AS, Kies MS, Martin JW. Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: pathogenesis, impact on quality of life, and management. *Head and neck.* 2004;26:796-807.
23. Rubira CMF, Devides NJ, Úbeda LT, Bortolucci Jr, Lauris JR, Rubira-Bullen IZR, et al. Evaluation of some oral postradiotherapy sequelae in patients treated for head and neck tumors. *Braz. Oral Res.* 2007;26(1):272-77.
24. Sennhenn-Kirchner S, Friederike F, Grundmann S, Martin A, Zapelin MB, Christiansen H, et al. Dental therapy before and after radiotherapy – an evaluation on patients with head and neck malignancies. *Clin Oral Investing.* 2009;2:156-64.
25. Jham BC, Freire ARS. Oral complications of radiotherapy in the head and neck. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006;72(5):704-8.
26. Robertson AG, Soutar DS, Burns H, Robertson C. Treatment of oral cancer: the need for defined protocols and specialist centres. Variations in the treatment of oral cancer. *Clin Oncol.* 2011;2(13):409-15.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Daliana Queiroga de Castro Gomes

Rua Baraúnas, 351 – Universitário,

Campina Grande – PB, Brasil

E-mail: dqcgomes@hotmail.com

Submetido em 27/05/2020

Aceito em 23/10/2020