

*Artigo de Relato de Caso*  
*Case Report Article*

# Carcinoma espinocelular invasivo bem diferenciado em cavidade oral: relato de caso

## Well differentiated invasive spinocellular carcinoma in oral cavity: case report

Lucas Nunes de Brito Silva<sup>1</sup>  
Daniela Ferreira de Oliveira<sup>2</sup>  
Edselma Ferreira de Oliveira<sup>3</sup>  
Ilma Ferreira de Oliveira<sup>4</sup>

**Autor para correspondência:**

Lucas Nunes de Brito Silva  
Universidade de Pernambuco/Faculdade de Odontologia de Pernambuco  
Av. General Newton Cavalcanti, n. 1650  
CEP 54753-220 – Camaragibe – PE – Brasil  
E-mail lucasnuns@hotmail.com

<sup>1</sup> Departamento de Pós-Graduação em Perícias Forenses, Universidade de Pernambuco – Camaragibe – PE – Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas – Maceió – AL – Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Pós-graduação em Ortodontia, Faculdade Integradas do Norte de Minas – Maceió – AL – Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Residência Médica em Pediatria, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Maceió – AL – Brasil.

**Data de recebimento: 21 out. 2020. Data de aceite: 3 maio 2021.**

**Palavras-chave:**  
língua; neoplasia  
maligna; carcinoma  
espinocelular.

### Resumo

**Introdução:** O carcinoma espinocelular é a neoplasia maligna mais comum da cavidade bucal. Apresenta tabagistas e estilistas crônicos como o maior grupo de risco. Seu surgimento tem predileção pelo sexo masculino, entre a sexta e a sétima décadas de vida. **Objetivo:** Relatar um caso de carcinoma espinocelular diferenciado e bem invasivo em língua e assoalho de boca. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 66 anos, pardo, agricultor, compareceu ao posto de saúde local queixando-se de fortes dores em região de língua. No exame intraoral, foi possível constatar a presença de uma lesão endofítica em dorso de língua e assoalho de boca, de contorno irregular e bordas enrijecidas. Por meio de biópsia e exame histopatológico, o paciente foi diagnosticado com carcinoma espinocelular e tratado com radioterapia e quimioterapia. Após 5

meses do término do tratamento, houve agravamento da lesão, o que levou ao óbito do paciente enquanto aguardava a cirurgia para retirada da neoplasia. **Conclusão:** O carcinoma espinocelular tem etiologia multifatorial, e sua abordagem terapêutica dependerá do estadiamento e do grau de diferenciação histológica do tumor.

**Keywords:** tongue; malignant neoplasm; squamous cell carcinoma.

## Abstract

**Introduction:** Squamous cell carcinoma is the most common malignant neoplasm of the oral cavity. It presents chronic smokers and alcohol addict as the highest risk group and, its appearance has a predilection for males, between the sixth and seventh decades of life. **Objective:** The present study aimed to report a case of differentiated and very invasive squamous cell carcinoma on the tongue and floor of the mouth. **Case report:** Male patient, 66 years old, brown, farmer, came to the local health clinic complaining of severe pain in the tongue region. In the intraoral examination, it was possible to verify the presence of an endophytic lesion on the dorsum of the tongue and floor of the mouth, with irregular contour and stiff edges. Through biopsy and histopathological examination, he was diagnosed with squamous cell carcinoma and treated with radiotherapy and chemotherapy. Five months after the end of the treatment, the lesion worsened, which led to the patient's death while waiting for the surgery to remove the neoplasia. **Conclusion:** Squamous cell carcinoma has a multifactorial etiology and its therapeutic approach will depend on the stage and the degree of histological differentiation of the tumor.

## Introdução

O carcinoma espinocelular ou de células escamosas (CEC) é uma neoplasia maligna, considerado o tipo de câncer bucal mais comum. Acomete fumantes e etilistas crônicos, de ambos os sexos, com predominância pelo masculino, principalmente entre a sexta e a sétima décadas de vida [15]. A patologia tem origem no epitélio de revestimento, comprometendo de forma mais prevalente lábio inferior, assoalho bucal e borda lateral de língua [5, 15].

Sua etiologia é multifatorial, com associação de fatores intrínsecos e extrínsecos. Além das influências intrínsecas, ou oncopromotoras, entre as quais alterações genéticas e imunossupressão, há a marcante correlação do carcinoma espinocelular com certos fatores extrínsecos, como o uso crônico de tabaco e álcool ou exposição à radiação ultravioleta, quando, caracteristicamente, acomete o lábio inferior [16]. O CEC tem demonstrado fortes associações com a prévia infecção oral pelo papilomavírus humano (HPV), constituindo um fator de risco ao desenvolvimento do tumor, sobretudo nos adultos jovens [14].

A principal apresentação clínica da neoplasia é de uma lesão ulcerada, assintomática, endurecida e com periferia infiltrada, associada a manchas avermelhadas e esbranquiçadas, a vegetações ou a áreas de necrose. Dessa forma, pacientes que apresentem quadro clínico compatível, por mais de 15 dias, devem ser acompanhados por um especialista, necessitando-se de biópsia e exame histopatológico para sua confirmação [12, 14].

Diante da necessidade do conhecimento dessa neoplasia maligna e da sua correta abordagem clínica, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de carcinoma espinocelular diferenciado e bem invasivo em língua e assoalho de boca.

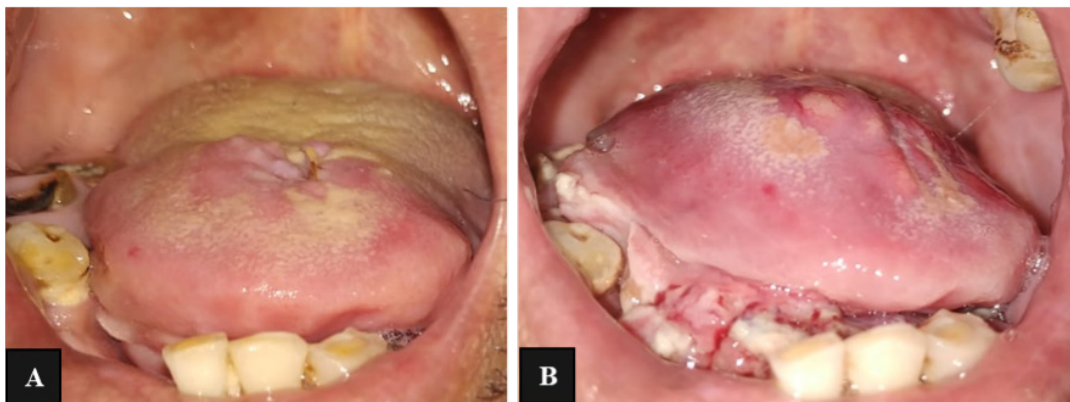
## Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 66 anos, pardo, agricultor, compareceu ao posto de saúde local de sua cidade queixando-se de uma ferida na boca e de fortes dores na região da língua, com evolução de um mês. Em virtude dessa sintomatologia

álgica na boca, ele relatou dificuldade de ingestão de alimentos, o que, conseqüentemente, resultou em acentuada perda de peso. Além disso alegou ter sido usuário de tabaco e bebida alcoólica por muitos anos, mas que havia deixado tais hábitos havia certo tempo.

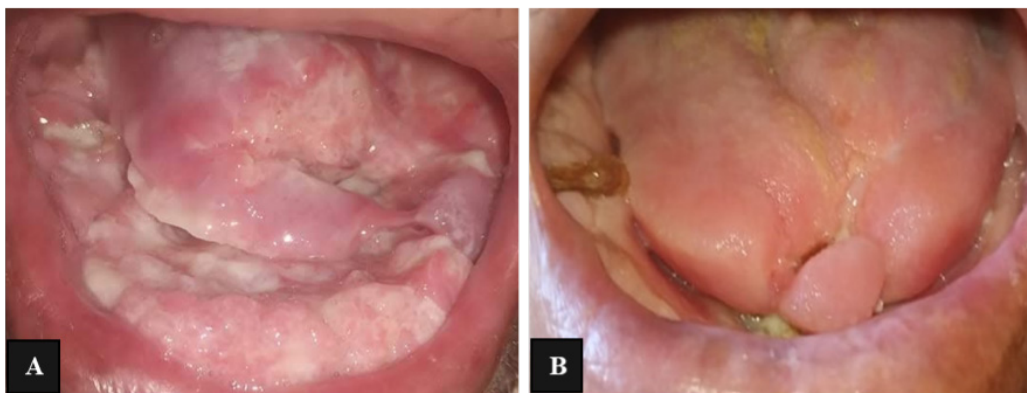
Ao exame físico observou-se linfonodomegalia das cadeias submandibulares; na avaliação da cavidade oral, constatou-se extensa lesão endofítica eritroleucoplásica em dorso de língua e assoalho de boca, de contorno irregular e bordas enrijecidas, medindo aproximadamente 3 cm x 5 cm (figura 1A). O paciente foi encaminhado pelo médico ao estomatologista para a realização de biópsia.

O paciente retornara à unidade de saúde 15 dias após a primeira consulta, e detectou-se, em um segundo exame intraoral, que houve agravamento da lesão (figura 1B). O paciente apresentou o resultado do exame histopatológico de biópsia incisiva realizada em dorso de língua e assoalho de boca: proliferação de células escamosas atípicas, com moderada a grande quantidade de citoplasmas acidófilos; núcleos irregulares, vesiculosos e hipercromáticos, com nucléolos centrais eusínfilos; mitoses atípicas; infiltração do estroma, induzindo resposta inflamatória mononuclear. No laudo histopatológico concluiu-se que se tratava de quadro compatível com carcinoma espinocelular invasivo e bem diferenciado.



**Figura 1** - Lesão endofítica de contorno irregular e bordas enrijecidas em dorso de língua e assoalho de boca: A) apresentação durante a primeira consulta; B) aspecto após 15 dias de evolução

Diante disso, o corpo médico local encaminhou o paciente ao serviço de referência em cirurgia de cabeça e pescoço da região, onde foram feitas, como conduta terapêutica ao caso, duas sessões de quimioterapia e dez de radioterapia. Ao fim do tratamento, obteve-se uma melhora clínica do caso, com a remissão dos sintomas. O paciente continuou em acompanhamentos mensais com o serviço médico da sua cidade de origem e com a equipe oncológica responsável pelo tratamento (figuras 2A e 2B).



**Figura 2** - Evolução clínica da lesão perante radioterapia e quimioterapia: A) durante o tratamento, após algumas sessões; B) aparência no fim do tratamento

Após 5 meses do término do tratamento, em uma consulta de rotina, o paciente relatou recorrência da dor em língua, além de queixar-se de disfagia. Nesse momento o enfermo apresentava condição física debilitante, como o estado de inanição, resultante da dificuldade de ingestão de alimentos pela boca. A língua e o assoalho oral evoluíram com áreas necróticas, associadas à infecção secundária (figura 3). Como conduta de urgência, realizou-se controle da dor, por meio de analgésicos opioides, até o retorno ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. O paciente veio a falecer algumas semanas após, enquanto estava em processo de preparo pré-cirúrgico.



**Figura 3** - Presença de diversas áreas necróticas associadas à infecção secundária

## Discussão

O carcinoma espinocelular apresenta-se como uma das neoplasias que mais acometem a região de cabeça e pescoço, sendo o terceiro maior causador de mortes por câncer no mundo. Atinge homens em maior porcentagem, principalmente em uma faixa etária acima dos 45 anos. Com relação ao sítio de ocorrência, a língua é o mais acometido e também o que tem pior prognóstico [10]. O presente estudo corrobora com tais dados epidemiológicos e relata um caso de CEC em língua e assoalho oral, em paciente do sexo masculino, diagnosticado aos 66 anos.

A sua etiopatogenia tem relação com a presença de fatores que atuam sobre o epitélio normal, promovendo displasia, caracterizada por atipias celulares e perda da estratificação normal do tecido [14]. Os aspectos histopatológicos característicos do tumor são hiperchromatismo e picnoses dos núcleos,

pleomorfismo celular e nuclear, perda da proporção núcleo-citoplasma, hiperqueratose, pérolas malignas queratinizadas, canibalismo celular, perda da polaridade do epitélio e da aderência epitelial [9].

A agressividade de um CEC pode ser indicada de acordo com seu estágio clínico, por intermédio da classificação dos tumores malignos (TNM), em que o T está correlacionado às dimensões do tumor primário e sua consequente invasão nas estruturas vizinhas, o N é o comprometimento dos linfonodos regionais, e o M refere-se à metástase a distância [1]. O aumento das dimensões do tumor está correlacionado a metástases, a maiores índices de recorrência e a piores prognósticos. O seu tamanho impacta na escolha do tratamento e na necessidade de terapias adjuvantes. Metástases aos linfonodos afetam negativamente a sobrevida, principalmente quando da presença de múltiplas metástases e de invasão extracapsular [8].

De acordo com o grau de diferenciação histológica, segundo o estudo de Nair *et al.* [8], a maior fração da população pesquisada, aproximadamente 73%, apresentou câncer moderadamente diferenciado no momento do diagnóstico, seguido por aqueles pobremente diferenciados, e, por último, os bem diferenciados, responsáveis por apenas 7,7% dos casos de CEC. Dados contrastantes com os encontrados na pesquisa de Momares *et al.* [7], em que mais da metade das 215 biópsias realizadas era da variante bem diferenciada, e apenas 20 sendo pouco diferenciadas. Os tumores bem diferenciados e moderadamente diferenciados apresentam um curso clínico melhor, em comparação aos indiferenciados ou pobremente diferenciados, pois os primeiros possuem quantidade inferior de mitoses [3, 4].

A seleção do tratamento para o CEC é dependente de vários fatores, entre os quais se destacam a ressecabilidade do tumor, o estado de saúde geral do paciente e os resultados estéticos e funcionais esperados. A sua abordagem terapêutica preferencial é a excisão cirúrgica total, com ampla margem de segurança, podendo ser associada a radioterapia adjuvante, a qual melhora o controle local da doença, pois o carcinoma espinocelular é altamente sensível a tal terapia [2, 3, 6].

O diagnóstico precoce está ligado a melhor prognóstico da doença, a tratamentos cirúrgicos menos invasivos e a uma maior taxa de sobrevida, enquanto neoplasias malignas avançadas na região de cabeça e pescoço requerem tratamentos extensivos e mutiladores, ocasionando em significativa disfunção, como comprometimento da fala, mastigação e deglutição [3, 13].

Embora não seja uma escolha terapêutica rotineira, a radioterapia como abordagem primária, associada ou não a quimioterapia, pode ser empregada em pacientes que, em decorrência de suas condições clínicas e de consequente elevado risco cirúrgico, poderiam não suportar um procedimento operatório invasivo. Tal conduta também é considerada para neoplasias em estágios avançados, em que a cirurgia de ressecção tumoral comprometeria a qualidade de vida pós-operatória, por causa dos resultantes defeitos funcionais e estéticos [6, 11].

## Conclusão

O carcinoma espinocelular é a neoplasia maligna preponderante da cavidade oral e uma das mais prevalentes na região da cabeça e pescoço. Sua etiologia é multifatorial, destacando-se os fatores extrínsecos, como o tabagismo e etilismo crônicos. A escolha da abordagem terapêutica dependerá do estadiamento clínico e do grau de diferenciação histológica do tumor, como também da situação clínica de saúde geral em que o paciente se encontra.

## Referências

1. Almeida FCS, Cazal C, Nunes FD, Araújo ME, Dias RB, Silva DP. Fatores prognósticos no câncer de boca. *Rev Bras Cir Saúde*. 2011;15(4):471-8.
2. Arévalo JI, Mella PO. Efficacy of combined radiotherapy and chemotherapy versus radiotherapy for oral squamous cell carcinoma. *Rev Cuba Estomatol*. 2015;52(4):52-8.
3. Ávila MF, Jara MD, Rondanelli BM. Carcinoma espinocelular de lengua: estudio de sobrevida a 5 años. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral*. 2016;1:74-8.
4. Brandwein-Gensler M, Teixeira MS, Lewis CM, Lee B, Rolnitzky L, Hille JJ et al. Oral squamous cell carcinoma: histologic risk assessment, but not margin status, is strongly predictive of local disease-free and overall survival. *Am J Surg Pathol*. 2005;29(2):167-78.
5. Dragomir LP, Simionescu C, Mărgăritescu C, Stepan A, Dragomir IM, Popescu MR. P53, p16 and Ki67 immunexpression in oral squamous carcinomas. *Rom J Morphol Embryol*. 2012;53(1):89-93.
6. Huang SH, O'Sullivan B. Oral cancer: current role of radiotherapy and chemotherapy. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):e223-e240.
7. Momares B, Contreras G, Martínez B, Ávalos N, Carmona L. Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. *Rev Chil Cir*. 2014;66(6):568-76.
8. Nair S, Singh B, Pawar PV, Datta S, Nair D, Kane S et al. Squamous cell carcinoma of tongue and buccal mucosa: clinico-pathologically diferente entities. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2016;273(11):3921-8.
9. Pereira GAE, Filliu MM, Tarradell EAL, Gómez ERP. Tratamiento crioquirúrgico de pacientes con carcinoma espinocelular bucal. *MEDSAN*. 2013;17(3):469-76.
10. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *RSBO*. 2009;7(1):105-9.
11. Scher ED, Romesser PB, Chen C, Ho Felix, Wu Y, Sherman EJ et al. Definitive chemoradiation for primary oral cavity carcinoma: a single institution experience. *Oral Oncol*. 2015;51(7):709-15.
12. Silva TFA, Souza RB, Rocha DR, Araújo FAC, Morais HHA. Levantamento das biópsias realizadas no serviço de cirurgia buco-maxilo-facial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2011;11(2):91-100.
13. Soares JRN, Dias FL, Lima RRMA, Toscano UB, Pontes ACP, Botinelly RD et al. Assessment of quality of life in patients with advanced oral cancer who underwent mandibulectomy with or without bone reconstruction. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(8):710-16.
14. Valle CN, Passos RMM, Campos JTLG, Gomes C, Bastos AMTN, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. *Rev Pat Tocantins*. 2016;3(4):82-102.
15. Vargas-Ferreira F, Nedel F, Etges A, Gomes AP, Furuse C, Tarquinio SB. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. *Braz Dent J*. 2012;23(5):586-90.
16. Vieira RA, Minicucci EM, Marques ME, Marques AS. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):105-14.