

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE COM CARCINOMA ESPINOCELULAR DE AMÍGDALA ESQUERDA: RELATO DE CASO

Dental follow-up of a patient with spinocellular carcinoma of left amigdal: Case report

Dayse de Castro Brito¹, Victória de Andrade Pires¹, Giovana Camila Paleari Prado²

RESUMO

O carcinoma espinocelular ou também conhecido como carcinoma de células escamosas é uma neoplasia maligna, que pode atingir a cavidade bucal de diferentes formas, podendo apresentar características mais brandas ou extremamente invasivas. O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de um paciente que apresenta diagnóstico de CEC em amígdala esquerda. O referido paciente compareceu à clínica-escola na cidade de Mineiros-Go, encaminhado, em busca de atendimento odontológico. Exibiu, em mãos, exames complementares que diagnosticavam câncer de amígdala esquerda, e seria avaliado pela equipe oncológica do Hospital do Amor de Barretos. No exame clínico, observou-se extensa massa nodular em região de palato duro, palato mole, recobrimo rebordo alveolar e envolvendo região de seio maxilar. Foi proposto o tratamento multidisciplinar, com abordagem paliativa e acompanhamento odontológico. O cirurgião-dentista necessita estar capacitado para identificar as alterações patológicas apresentadas na cavidade oral, podendo assim realizar diagnósticos precoces, viabilizando escolhas de tratamento ideais e intervenções imediatas, fomentando, dessa forma, melhor prognóstico das lesões.

Palavras-chave: Carcinoma. Espinocelular. Câncer.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma, or also known as squamous cell carcinoma, is a malignant neoplasm that can reach the oral cavity in different ways, and may have milder or extremely invasive characteristics. The objective of this work is to report the clinical case of a patient who is diagnosed with CPB in the left amygdala. The same attended the school clinic in the city of Mineiros-Go, forwarded, in search of dental care. He had complementary exams in his hands that diagnosed cancer of the left amygdala, and would be evaluated by the oncology team at the Amor de Barretos hospital. In the clinical examination, an extensive nodular mass was observed in the hard palate, soft palate, and covering the alveolar ridge and involving the maxillary sinus region. A multidisciplinary treatment was proposed, with a palliative approach and dental follow-up. The dental surgeon needs to be trained to identify the pathological changes presented in the oral cavity, thus being able to make early diagnoses, enabling ideal treatment choices and immediate interventions, thus promoting a better prognosis of injuries.

Keywords: Carcinoma. Spinocellular. Cancer.

1. Acadêmica no curso de odontologia, Faculdade Morgana Potrich– Mineiros-GO – Brasil.

2. Professora Mestre do curso de odontologia da Faculdade Morgana Potrich - Mineiros-Go - Brasil.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma espinocelular (CEC) ou também conhecido por carcinoma epidermóide de boca corresponde à neoplasia maligna bucal mais encontrada. Diversas pesquisas apontam no sexo masculino maior prevalência, sendo preferencialmente acima de 45 anos. Múltiplos fatores etiológicos podem estar associados, entre eles se destacam o alcoolismo e o tabagismo. O CEC bucal exibe aspectos clínicos que parecem não variar em suas características. O aspecto clássico da lesão se baseia em úlcera persistente, com endurecimento e infiltração periférica; em alguns casos, associam-se manchas avermelhadas ou esbranquiçadas. Já os sintomas podem se diversificar, entretanto os mais comuns são: dores, fistula salivar, trismo (limitação da abertura bucal) e outros. Dessa forma, torna-se necessário ressaltar a relevância da identificação precoce em lesões de câncer bucal. [10]

A patologia apresenta peculiaridades histológicas como: intenso infiltrado inflamatório crônico, ilhas e cordões invasivos de células epiteliais escamosas malignas, pleomorfismo celular e nuclear. Seu diagnóstico ocorre através dos parâmetros clínicos e histopatológicos. [6]

Consiste em um câncer epitelial maligno, o qual apresenta diferença escamosa, que indica produção de ceratina e/ou paraceratina. Não possui um fator carcinogênico singular, mas sim um conjunto de fatores correlacionados à predisposição do ser humano. As características clínicas do CEC de mucosa oral não evidenciam particularidades diferentes entre idade de pacientes. No entanto, há aspectos clínicos que contribuem para sua identificação, como as lesões que persistem naturalmente por mais de 15 dias, lesões com ausência de dor inicialmente, halo eritematoso inexistente, lesões ulceradas de bordas endurecidas e evertidas. [7]

Para a progressão do câncer, especialmente em cabeça e pescoço, é necessária associação de vários fatores, tais como: o estilo de vida, alcoolismo, consumo de tabaco, dietas, infecções virais, sistema imunológico, alterações genéticas, e fatores ocupacionais. Entretanto, o etilismo e tabagismo se destacam como fatores etiológicos de tumores malignos no trato aero digestivo superior.

Nas últimas décadas, a integração feminina ao mercado de trabalho influenciou a modificação de hábitos sociais, como o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo, dessa forma, ampliou a exposição aos agentes carcinógenos. Partindo desse princípio, pôde se constatar um aumento de casos de CEC em mulheres. [1]

O estágio primário desse tipo de câncer apresenta: eritroplasias, leucoplasias e eritroleucoplasia. Carcinoma

Espinocelular tem uma prevalência por homens de 45 a 60 anos, aumentando gradativamente em mulheres e jovens, pelo uso do seu fator predisponente. Quando comparado às demais lesões malignas que podem acometer a cavidade oral, o carcinoma espinocelular representa 90% delas, e 50% dos CEC acometem região de língua. [13]

Os carcinomas orais são doenças com acometimento universal, por essa razão, torna-se indispensável o conhecimento da doença para seu correto diagnóstico e tratamento. O vírus papiloma humano (HPV 16) tem apresentado uma maior correlação com CEC, acometendo uma faixa etária de 50-60 anos, geralmente em região de língua e assoalho bucal. [14]

Progressos no diagnóstico e na terapêutica se tornam cada vez mais notáveis, como a elaboração de novas drogas quimioterápicas e radioterápicas, e inovações nas técnicas cirúrgicas radicais. Influenciam no prognóstico da doença a necessidade de avaliação de fatores relacionados ao paciente (idade, sexo, raça, condições socioeconômicas e hábitos), ao tumor (sítio, estágio, espessura do tumor, histopatologia e expressão de certos marcadores moleculares) e ao tratamento (tipo de tratamento). As margens cirúrgicas comprometidas e a aplicação de radioterapia complementar apontam consequências na sobrevida. Dessa forma, é de extrema importância evitar a influência negativa. [8]

O câncer de cabeça e pescoço são anomalias que exigem uma intervenção complexa. Os planos de tratamento abrangem quimioterapia, radioterapia, cirurgias e a combinação de ambas. A radiação ionizante atua sobre o DNA nuclear, acontecendo a morte ou ausência de reprodução. O DNA duplica no decorrer da mitose, e células com grande estágio de atuação mitótica são mais radiosensíveis que as com menor índice de mitose. Por encontrarem em constante processamento de multiplicação, as células cancerígenas são sujeitas a sofrer as implicações da radiação. Porém, a possibilidade de aumento diversifica conforme a espécie celular. [2]

Locais com o acometimento de câncer bucal semelhante é provável uma diferenciada intervenção radioterápica. A radioterapia pode ser executada de duas maneiras: teleterapia, na qual a origem de irradiação situa afastada do local a ser irradiado e braquiterapia, cuja origem de irradiação situa perto do local a ser irradiado. A interação dos dois métodos, para algumas pessoas, tem efeito surpreendente. A radioterapia vem sido utilizada cada vez mais no tratamento de câncer bucal, assim fazendo com que o cirurgião-dentista estude mais sobre seu processo e implicações na cavidade oral como: perda do paladar,

osteorradiocrecrose, xerostomia, cáries recorrentes, mucosite. [11]

Neste sentido, o presente trabalho visa realizar um relato de caso de um paciente com Carcinoma Espinocelular de amígdala esquerda, mostrando algumas alterações bucais causadas pela doença para que outros profissionais possam ter conhecimento sobre o assunto e saibam atuar nessa situação.

RELATO DE CASO

Respeitando os termos éticos do Conselho Nacional de Saúde, o trabalho foi aprovado de acordo com o número do parecer 4.217.698.

Paciente do sexo masculino, 68 anos, compareceu na clínica escolar de uma faculdade localizada no sudoeste goiano, buscando atendimento odontológico, encaminhado pela Santa Casa de Cuiabá-MT. Relatou ter sofrido dores de garganta constante, e por esse motivo, procurou a Santa Casa, onde foi avaliado e após a realização de exames complementares, constatou-se a presença de neoplasia maligna na região de amígdala esquerda. Após o diagnóstico, foi realizado um plano de tratamento no qual envolveu remoção cirúrgica e quimioterapia (Cisplatina). Entretanto, logo que sugerido a necessidade de radioterapia, o paciente em questão desistiu do tratamento, assinando um termo de consentimento. Posteriormente, como consequência do abandono ao tratamento, a massa nodular apresentou recidiva e aumento significativo comparado ao quadro clínico inicial, envolvendo assim, regiões de palato mole, palato duro, rebordo alveolar e seio maxilar esquerdo.

Ao comparecer na primeira consulta, o paciente apresentou os exames realizados anteriormente, que determinavam lesão característica de CEC. A princípio, foi executada anamnese, exame clínico e profilaxia (fig 2 e 3), o enfermo foi encaminhado ao Hospital de Amor de Barretos-SP, onde foi atendido, efetuando novos exames para confirmar possíveis metástases naquela região. O paciente retornou à clínica-escola do curso de Odontologia para avaliação e acompanhamento da regressão das lesões com o tratamento quimioterápico, e intervenção dos efeitos colaterais dele (Três ciclos de Cisplatina + Paclitaxel). Assim que o quadro clínico se tornou estável, a equipe médica autorizou a adequação do meio bucal para que, posteriormente, fosse possível a realização de radioterapia. A intervenção odontológica englobou raspagens supra e sub gengival, (fig 6) extrações dos elementos 14 e 24 (fig 7 e 8), que apresentavam mobilidades devido à grande perda óssea derivada do tumor, restaurações nos elementos 12, 13 e 15

(fig 9 e 10). Com meio bucal adequado, o paciente aguarda o protocolo da radioterapia para que, após o término, possa ser executada a reabilitação protética.

Seguem imagens do caso clínico em questão:



Figura 1- Radiografia panorâmica.

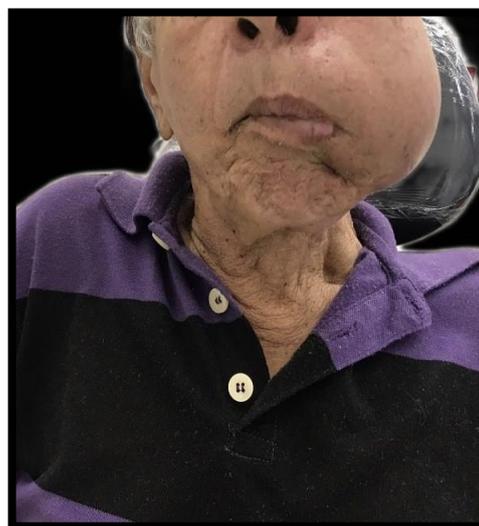


Figura 2 – Vista frontal, extraoral do aspecto inicial da lesão.



Figura 3 - Vista intraoral do aspecto inicial da lesão

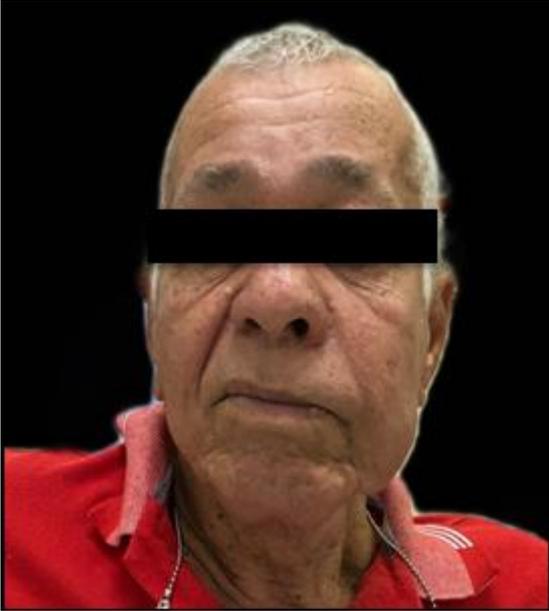


Figura 4 – Vista frontal, extraoral, após concluir as sessões de quimioterapia.



Figura 7 – Vista intraoral durante a realização da exodontia do elemento 24.



Figura 8 – Vista intraoral após a exodontia do elemento 14.



Figura 5 - Vista intraoral, após concluir as sessões de quimioterapia.



Figura 9 – Vista intrabucal antes do procedimento restaurador da lesão cervical no elemento 13 e remoção de tecido cariado interproximal do elemento 15.



Figura 6- Vista intraoral da cavidade antes da realização da adequação.



Figura 11 – Vista intraoral da região tumoral após finalização de quimioterapia e adequação do meio. Paciente autorizado para radioterapia.



Figura 10 – Vista intra oral após adequação da cavidade.

DISCUSSÃO

Este relato de caso se mostra relevante por trazer conhecimento ao cirurgião-dentista referente ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de um paciente com carcinoma espinocelular de amígdala esquerda. Sendo ele o câncer de boca com maior prevalência na população, predominante em homens na faixa etária dos 50 aos 70 anos, contudo vem aumentando entre mulheres e jovens devido ao seu fator etiológico, o tabaco e álcool.

O aspecto clínico de CEC oral não apresenta particularidades quanto à idade do paciente. A lesão é caracterizada por úlceras persistentes, com endurecimento e infiltração periférica, manchas eritematosas e leucoplásicas.

O diagnóstico precoce é importante, porém neste tipo de câncer de boca quase não ocorre, devido à busca tardia de um profissional, por ser uma patologia assintomática em seu estado inicial, assim tendo intervenção quando seu quadro clínico e lesão já estão evoluídos. As ausências de um acesso facilitado ao serviço de saúde pública e condições socioeconômicas estão associadas de modo direto ao diagnóstico tardio dessa neoplasia. Esse diagnóstico é realizado através de exames clínicos, laboratoriais e histopatológicos.

O tratamento do paciente com CEC é realizado através de remoção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia ou a combinação de todos esses métodos. O acompanhamento deste paciente é multidisciplinar, o cirurgião-dentista contribui aliviando e tratando sintomatologias dolorosas que podem surgir devido ao protocolo de tratamento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que há necessidade do diagnóstico precoce através do autoexame, principalmente nas regiões

nas quais o câncer tem predileção. Dessa forma, a implantação de novos métodos de ensino para a população auxilia no diagnóstico precoce, através do qual aumentam as chances de um tratamento com sucesso. A conclusão do caso só ocorrerá mediante o término do ciclo de radioterapia, onde o paciente será reabilitado com prótese bem adaptada, respeitando o período de recuperação da região irradiada, com finalidade de restabelecer e integrar o paciente no meio social e familiar, melhorando assim sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1-Amorim Filho FS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, Carvalho MB, Novo NF, Juliano Y. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais e co-carcinogênicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2003; 69(4).
- 2-Cacelli EMN, Rapoport A. Para-efeitos das irradiações nas neoplasias de boca e orofaringe. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2008; 37(4):198-201.
- 3-Coaracy AEV, Lopes FF, Cruz MCFN, Bastos EG. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia AldenoraBello, em São Luís, MA. *J BrasPatolMedLab.* 2008; 44(1):31-35.
- 4-Curado, MP, Johnson NW, Kerr AR, Silva DRM, Lanfranchi H, Pereira DL, et al. Oral and oropharynx cancer in South America: incidence, mortality trends and gaps in public databases as presented to the Global Oral Cancer Forum. *Research Oral Oncol.* 2016; 1: 1-7.
- 5-Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70 (1): 35-40.
- 6-Feitosa TFSS, Santos WB, Sarmento PBR, Gusmão VCA, Peixoto FB, Ferreira SMS. Carcinoma espinocelular localizado em palato: Relato de caso. *Revista ACBO.* 2019; 8(3).
- 7-Gaetti-Jardim EC, Rossi AC, Santiago-Junior JF, Shinohara EH, Castro AL, Miyahara GI, et al. carcinoma espinocelular: a importância do diagnóstico precoce. *Revista Uningá.* 2010; 24(1).
- 8-Montoro JRMC, Hicz HA, Souza L, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC, Mamede, RC. Fatores prognósticos no carcinoma espinocelular de cavidade oral. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2008; 74(6).
- 9-Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e Maxilofacial.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2009:410-423.
- 10-Sahin B, Bulgurcu S, Arslan IB, Cukurova I. Prognostic factors of recurrence and neck metastasis in oral carcinomas. *Pak J Med Sci.* 2016; 32(6): 1553-1556.
- 11-Sannomiya E K, Medici Filho E, Moraes LC, Castilho JC M, Furukawa S. Evaluation of radiotherapy and chemotherapy treatment in patients of oral squamous cell carcinoma. *Rev. Odontol.* 2003; 32(2): 119-124.

12-Sassi LM, Oliveira B V, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G, Salomão FS. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010; 7(1): 105-109.

13-Silva CC, Amaral B, Bulhosa JF. Carcinoma Espinocelular da Língua Fatores de Risco e Importância do Reconhecimento de Lesões Pré-Malignas. *Ver PortEstomatolMedDentCirMaxilofac*. 2010; 51:49-55.

14-Valle CN, Passos RMM, Gonçalves JTCL, Gomes C, Bastos AMT N, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: Um panorama atual. *sociedade de patologia do tocantins*. 2016; 3(4).