

Caso raro de carcinoma pavimento celular basaloide no pavimento oral

Catarina Vital¹; Paula Almeida¹; Catarina Ferreira¹; Cristina Barros¹; Miguel Cristovão²; Afonso Martins³

¹ Internos de IFE de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
² Interno de IFE de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
³ Assistente Hospitalar de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Hospital de São José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO

O carcinoma pavimento celular (CPC) basaloide é uma variante rara e agressiva do CPC oral.^(1,2) É mais prevalente no sexo masculino, na 6ª e 7ª décadas de vida, em doentes com hábitos tabágicos e alcoólicos.^(1,3,4) Histologicamente distingue-se pelo padrão bimórfico, com características de células escamosas e basais.^(2,5) Ocorre principalmente no trato aerodigestivo superior, sendo que na cavidade oral tem predileção pela língua, palato mole e epiglote.^(2,3,6) Neste trabalho relatamos um caso raro de CPC basaloide no pavimento oral, descrevendo a apresentação clínica, características histológicas, implicações diagnósticas e terapêutica.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Homem de 61 anos, sem antecedentes e medicação habitual relevantes, com hábitos tabágicos (60UMA) e etílicos (60gr/dia) pesados.

Motivo de Consulta: Referenciado à estomatologia pelo médico dentista, por lesão suspeita na cavidade oral.

História da doença atual: Doente refere aumento da mobilidade e abscessos de repetição dos incisivos inferiores, o que motivou extração dos mesmos há quatro meses (Ortopantomografia (OPG) pré extrações - Fig. 1), com posterior cicatrização deficitária e surgimento de lesão retro incisiva.

Exame objetivo:

- sem assimetrias faciais
- sem limitações na abertura bucal, língua com mobilidade mantida
- higiene oral insuficiente
- periodontite generalizada
- lesão com 2cm de maior diâmetro, na linha média do pavimento oral, com limites mal definidos, infiltrativa e ulcerada (Fig. 2)
- à palpação, tecidos envolventes endurecidos, com aparente invasão do freio lingual, osteum das glândulas submandibulares e gengiva alveolar lingual adjacente, com possível invasão periosteal
- eram ainda palpáveis múltiplas adenopatias cervicais à esquerda, a maior com 2cm e uma de 3cm na região submandibular direita, pétreas, aderidas aos planos profundos e indolores

DIAGNÓSTICO

Realizou-se **biópsia incisional** da lesão intraoral, sob anestesia local. Foram dadas as indicações gerais de dieta, cuidados locais, analgesia em SOS e suspensão tabágica.

Diagnóstico histológico de **CPC basaloide** (Fig. 3).

O doente foi encaminhado ao IPO de Lisboa, para estadiamento e orientação terapêutica.

ESTADIAMENTO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA

Realizou uma tomografia axial computadorizada (TAC) maxilofacial no IPO de Lisboa (Fig. 4), que comprovou a lesão no pavimento oral, três componentes nodulares, com 12, 14 e 11 mm de maiores eixos e envolvimento adenopático bilateral, com sinais de extensão extra capsular. Não se observaram sinais de disseminação perineural.

O doente foi estadiado em **T4N3bM0 inoperável** e sem status para quimiorradioterapia, foi proposto para **radioterapia paliativa**, tendo sido submetido a 69.96Gy 33fr sobre a lesão e adenopatias, 59.4Gy 33fr sobre os níveis ganglionares envolvidos e 56Gy 33fr sobre os níveis ganglionares eletivos.

Apresentou resposta favorável na cavidade oral e adenopatias bilaterais, excepto na região mentoniana onde se constou progressão da doença, a condicionar fistula mentoniana. Doente faleceu 11 meses após diagnóstico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O CPC basaloide na região da cabeça e pescoço caracteriza-se por: curso clínico agressivo, diagnóstico tardio em estádios avançados, alta taxa de recidiva, grande potencial de metastização regional e à distância e prognóstico desfavorável.^(1,2,3,5,6) De forma a prevenir desfechos como o do caso apresentado é fundamental consciencializar a população e os profissionais de saúde para esta patologia, promovendo um diagnóstico precoce, tratamento adequado e melhoria da sobrevida.

Referências:

- 1-Peddapelli, K. et al. (2018) 'Basaloid squamous cell carcinoma: Report of two rare cases and review of literature', *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 22(2), p. 285. doi:10.4103/jomfp.jomfp_98_16.
- 2- Protusha, G. and Sivapathasundharam, B. (2021) 'Basaloid squamous cell carcinoma in the maxillary gingiva', *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 17(4), p. 1108. doi:10.4103/jcrt.jcrt_893_19.
- 3- Santhosh Manikandan, V. et al. (2021) 'Basaloid squamous cell carcinoma', *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 25(3), p. 533. doi:10.4103/jomfp.jomfp_382_21.
- 4- Wadhwan, V. et al. (2018) 'Basaloid squamous cell carcinoma: Report of two cases with review of literature', *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 22(1), p. 108. doi:10.4103/jomfp.jomfp_133_16.
- 5- Hicks, M.D., Lin, D. and Buzca, E.P. (2020) 'Revisiting a rare disease: Oral cavity basaloid squamous cell carcinoma at a high-volume Tertiary Center', *American Journal of Otolaryngology*, 41(6), p. 102645. doi:10.1016/j.amjoto.2020.102645.
- 6- Yang, J.-Y., Hwang, D.-S. and Kim, U.-K. (2021) 'Sequential treatment from mandibulectomy on mandibular oral cancer - case review I: Mandibular anterior and the floor of the mouth lesion of basaloid squamous cell carcinoma and clear cell odontogenic carcinoma', *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 47(3), pp. 216-223. doi:10.5125/kaoms.2021.47.3.216.



Figura 1: OPG pré extração do bloco incisivo inferior (BII), edêntulo parcial em ambas as arcadas, com reabsorção de osso alveolar generalizada, reação periapical a nível do BII, raiz retida de 48.



Figura 2: Tumefação por vestibular do BII, sem fistula. Lesão ulcerada na região anterior do pavimento oral, com limites mal definidos, irregular, com tecidos envolventes endurecidos.

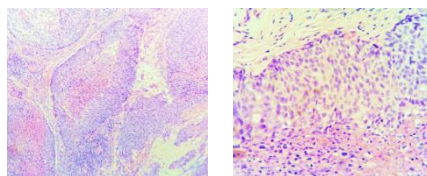


Figura 3: Ninhos sólidos de células neoplásicas com necrose central tipo comedônica. As células tumorais apresentam núcleos de forma oval a arredondada, por vezes com palicada periférica. Estas características histopatológicas são típicas do CPC basaloide. H&E 100x e 400x, respectivamente.

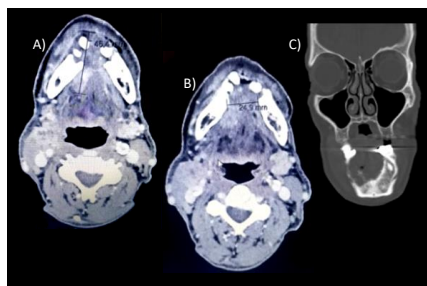


Figura 4: TAC maxilofacial pré radioterapia. Confirma lesão no pavimento oral a condicionar destruição transfixiva mandibular da sínfise e ramo horizontal adjacente. A) e B) cortes transversais e C) corte coronal.