

A importância do médico dentista no diagnóstico precoce do carcinoma escamoso do lábio

XXXIV Congresso Anual SPEMD | 10-11 outubro 2014, Coimbra

Rocha, Francisco¹; Rosa, Aura¹; Marques, Tiago¹; Freitas, Filipe^{1,2}; Costa, Miguel³

¹Universidade Católica Portuguesa; ²Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; ³Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo Facial do IPOCoimbra

1. Introdução

O cancro oral é definido como uma neoplasia maligna do lábio e da boca, sendo o sexto mais comum no mundo.(1) A sua incidência tem vindo a aumentar em Portugal, nomeadamente na população mais jovem. De acordo com os registos oncológicos de 2001, o cancro oral afeta 11,4 homens e 2,8 mulheres por cada 100 000 habitantes, surgindo cerca de 1500 novos casos por ano no nosso país.(2)

O consumo de tabaco e/ou de álcool, bem como a infeção pelos subtipos 16 e 18 do vírus do papiloma humano, são considerados fatores de risco.(3, 4) Indivíduos com história familiar de carcinoma escamoso da cabeça-pescoço correm maior risco de desenvolver tumores do mesmo tipo.(5) Alguns carcinomas orais são precedidos por alterações potencialmente malignas, como a leucoplasia, eritroplasia e queilite actínica.(6-8)

Histologicamente, cerca de 95% destes tumores malignos da cavidade oral são carcinomas escamosos. Trata-se de um tumor maligno de natureza epitelial que pode manifestar vários graus de diferenciação pavimentosa e cuja progressão local é reconhecidamente invasiva, podendo ainda envolver, por metastização, os gânglios linfáticos regionais e outras estruturas à distância.(9)

O diagnóstico tardio sustenta baixas taxas de sobrevivência de 50 e 41% a 5 e 10 anos.(1, 3) Estima-se que mais de 60% dos pacientes apresentem estádios III e IV no momento do diagnóstico.(10) Em Portugal, por ano, morrem cerca de 300 pessoas por doença oncológica da cavidade oral.(2)

2. Descrição do caso clínico

Homem leucodérmico, 65 anos, ex-operário de construção civil, não fumador, ASA 2. Sem linfadenopatias.

Apresentava lábio inferior fissurado, indolor, com lesão central, que não cicatrizava, com tempo de evolução desconhecido, amarelada, séssil, endurecida, contornos definidos, bordos elevados, comprimento 12mm e largura 6mm, sem descontinuidade entre vermelhão e porção cutânea, compatível com queilite actínica ou carcinoma escamoso.

Procedeu-se à biópsia incisional, incluindo tecido clinicamente são, com as dimensões: 1,1*0,4*0,3cm.

O relatório anato-patológico indicou a coloração da peça operatória com tinta da china para identificação dos bordos cirúrgicos, tendo sido observado um fragmento parcialmente recoberto por epitélio ligeiramente acantótico não displásico, em continuidade com lesão proliferativa epitelial, papilomatosa, hiperqueratósica com queratose paraqueratótica. A proliferação apresentava maturação parcial, mas também focos de displasia evidente, células disqueratóticas, e foco de microinvasão do córion, ocupando toda a espessura do fragmento e um dos bordos cirúrgicos laterais.

O estudo anato-patológico resultou na identificação de um carcinoma escamoso bem diferenciado, na maior parte do fragmento intraepitelial, com um foco de microinvasão, inferior a 1 mm.

Paciente encaminhado para o IPO de Coimbra, onde não foi identificada invasão perineural, linfadenopatia ou metastização à distância. Sob anestesia geral e intubação nasotraqueal foi feita vermilioneotomia radical do lábio inferior e reconstrução do mesmo, com mucosa da face interna do lábio. A histopatologia revelou carcinoma escamoso T1N0M0, largura 9mm, bem diferenciado, e margens livres mínimas de 5mm.



Fig.1 - Aspeto inicial da lesão



Fig.2 - Biópsia incisional



Fig.3 - Sutura pontos simples após a biópsia incisional



Fig.4 - Controlo 5 meses após vermilioneotomia

3. Discussão

No que ao cancro do lábio inferior diz respeito, Czerninski et al definem a população de risco como homens leucodérmicos, com mais de 53 anos, sendo o carcinoma escamoso o mais comum. A sua maior incidência na face externa sugere a exposição solar como interveniente na carcinogénese.(11)

A decisão terapêutica deve ser acompanhada de raio-x torácico e de TAC cervical.(12)

O carcinoma escamoso no lábio apresenta um prognóstico mais favorável, ao contrário da sua localização intra-oral. Os tratamentos são habitualmente mais conservadores.(10) O paciente é monitorizado no IPO de Coimbra, encontrando-se estável após 5 meses, sem sinais de doença e com funcionalidade labial.

4. Conclusão

O médico dentista, pelo seu contacto privilegiado com os doentes, desempenha um papel fundamental na prevenção e diagnóstico precoce do cancro oral. Deve ser capaz de diagnosticar precocemente alterações potencialmente malignas e lesões malignas, encaminhando os seus doentes para unidades de saúde especializadas.

5. Bibliografia

- Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral oncology*. 2009;45(4-5):309-16.
- WHO. Country fact sheets <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspx?ISOCountryCd=620>; EUCAN: 2012 [cited 2014 27 July].
- Lingen MW, Pinto A, Mendes RA, Franchini R, Czerninski R, Tilakaratne WM, et al. Genetics/epigenetics of oral premalignancy: current status and future research. *Oral diseases*. 2011;17 Suppl 1:7-22.
- Mishra R. Biomarkers of oral premalignant epithelial lesions for clinical application. *Oral oncology*. 2012;48(7):578-84.
- Chin D, Boyle GM, Theille DR, Parsons PG, Coman WB. Molecular introduction to head and neck cancer (HNSCC) carcinogenesis. *British journal of plastic surgery*. 2004;57(7):595-602.
- van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral oncology*. 2009;45(4-5):317-23.
- Reibel J. Prognosis of oral pre-malignant lesions: significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics. *Critical reviews in oral biology and medicine*: an official publication of the American Association of Oral Biologists. 2003;14(1):47-62.
- Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of oral pathology & medicine*: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology. 2007;36(10):575-80.
- Barnes LE, JW; Reichart P; Sidransky D. WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
- Brocklehurst P, Kujan O, O'Malley LA, Ogden G, Shepherd S, Glenn AM. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;11:CD004150.
- Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. *The British journal of dermatology*. 2010;162(5):1103-9.
- McNamara KK, Martin BD, Evans EW, Kalmar JR. The role of direct visual fluorescent examination (VELscope) in routine screening for potentially malignant oral mucosal lesions. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*. 2012;114(5):636-43.