

CARCINOMA VERRUCOSO E BIÓPSIA INCISIONAL INCONCLUSIVA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Gonçalo Cunha Coutinho¹, José Ricardo Ferreira¹, Cecília Caldas¹, Rita Simão¹, Miguel Amaral Nunes¹, Francisco Salvador¹
1 – Clínica Universitária de Estomatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Introdução

O carcinoma verrucoso é uma variante rara e de baixo grau do carcinoma pavimento-celular. É mais frequente em homens, a partir dos 50 anos, e associa-se ao consumo de tabaco e álcool. Pode, porém, aparecer em mulheres e na ausência de fatores de risco.¹ Apresenta-se geralmente como uma placa espessa, de distribuição difusa, bem demarcada e indolor, com projeções papilares ou verruciformes, mais frequentemente em áreas edentadas dos rebordos alveolares e nos vestíbulos orais e/ou mucosa jugal. Apesar de localmente agressivo, o seu crescimento é indolente e a metastização é pouco frequente.²

O diagnóstico é histológico, podendo, porém, confundir-se com outras entidades de apresentação semelhante, nomeadamente hiperplasia verrucosa, hiperplasia pseudoepitelial ou leucoplasia proliferativa verrucosa. Além de que estas lesões verrucosas podem incluir zonas de carcinoma verrucoso.³

Discussão e Conclusões

Destaca-se a importância da experiência clínica na identificação deste tipo de lesões, dada a sua frequente confusão com outras entidades não-malignas.²

Dada a frequência de falsos negativos nas biópsias incisionais superficiais, sempre que exista uma forte suspeita clínica de carcinoma verrucoso, deve realizar-se excisão.^{2,3}

Confirmando-se o diagnóstico de carcinoma verrucoso, o tratamento deverá passar pela sua excisão com margens livres, com lâmina ou laser, que habitualmente é curativa, sendo rara a necessidade de tratamentos adicionais.^{2, 4, 5}

Descrição do Caso Clínico

Mulher de 82 anos, encaminhada pelo seu médico de família por lesão branca extensa do rebordo alveolar do 2º quadrante, véstíbulo e mucosa jugal adjacentes, com aspecto nodoso de consistência dura e indolor.

Tinha antecedentes pessoais de insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular, estando medicada com apixabano, digoxina, furosemida e valsartan. Mencionava história de alergia aos beta-lactâmicos e ausência de hábitos tabágicos ou alcoólicos.

Pela extensão da lesão optou-se por biópsia incisional em dois locais da lesão. O diagnóstico histológico foi respetivamente, hiperqueratose paraqueratótica e papiloma, com focos de displasia ligeira em ambos.

Apesar do diagnóstico histológico inocente, dada a elevada suspeita clínica, optou-se pela excisão sob anestesia geral. Não houve intercorrências pós-operatórias. O exame anatomopatológico revelou carcinoma verrucoso, com margens de segurança livres.

Em reavaliação ao primeiro mês pós-operatório a ferida cirúrgica apresentou boa evolução, mas detectou-se nova área branca irregular suspeita, que motivou nova intervenção para alargamento de margens.



FIGURA 1

Situação inicial, apresentando lesão branca verrucosa do rebordo alveolar do 2º quadrante.



FIGURA 2

Reavaliação ao 1 mês, apresentando boa evolução da área operatória mas nova área branca irregular suspeita

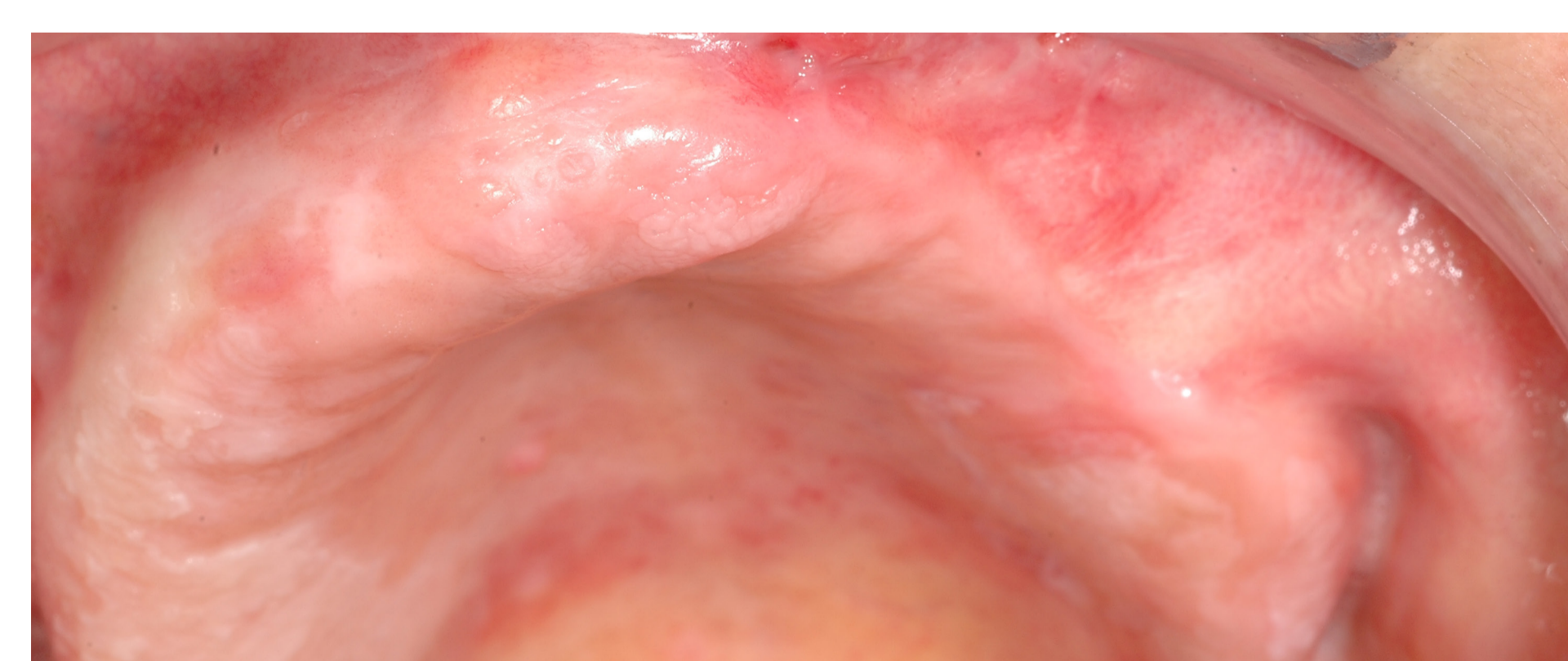


FIGURA 3

Evolução após cirurgia de alargamento de margens, com boa cicatrização e livre de lesões

Referências bibliográficas:

1. Neville, BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology. Fourth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2016.
2. Walvekar RR, Chaukar DA, Deshpande MS, Pai PS, Chaturvedi P, Kakade A, Kane SV, D'Cruz AK. Verrucous carcinoma of the oral cavity: A clinical and pathological study of 101 cases. Oral Oncology (2009) 45, 47-51.
3. Franklyn J, Janakiraman R, Tirkey, Thankachan C, Muthusami J. Oral Verrucous Carcinoma: Ten Year Experience from a Tertiary Care Hospital in India. Indian J Med Paediatr Oncol. 2017; 38(4): 452-455.
4. Jangam DK, Phad UN, Raut AS. Management of oral verrucous carcinoma with CO2 Lasers. J Dent Lasers 2012; 6:11-3.
5. Kang CJ, et al. Surgical treatment of oral verrucous carcinoma. Chang Gung Med J. 2003 Nov; 26(11):807-12.