

Líquen Plano Oral vs Carcinoma Espinho Celular – desafio clínico a propósito de um caso

Sousa, A B¹, Vascan O¹, Lopes F C², Cardoso A R³, Carrilho, M¹, Cardoso, J A³,
1 – Serviço de Estomatologia Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)
2 – Serviço de Estomatologia Centro Hospitalar do Porto (CHP)
3 – Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo Facial do Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPO)

Introdução

O líquen plano, é uma patologia crónica inflamatória de causa desconhecida, com atingimento cutâneo e mucoso. O líquen plano oral, é um subtipo que afeta a mucosa oral, atinge adultos de meia idade, entre 50-60 anos. A sua apresentação varia de padrão reticular, em placas, erosões e ulcerações. A forma reticular é normalmente assintomática, no entanto os outros padrões, sobretudo erosivo e ulceroso, são dolorosos. É necessária a correta abordagem, com biópsia quando necessário, e acompanhamento clínico pois, apesar de não bem esclarecido, há risco de transformação maligna.

Descrição do Caso Clínico

11/01/2018 - Doente do género masculino de 61 anos, recorreu ao serviço urgência do CHUC por “úlceras dolorosas do bordo direito língua, com 2 semanas de evolução”. Referiu trauma oclusal há 4 meses, com resolução.

Negou sinais e sintomas sistémicos. Sem antecedentes pessoais, medicação habitual ou alergias conhecidas, não fumador, consumo moderado álcool.

Exame Objectivo: padrão reticular na língua, com estrias de Wickman associado a úlceras bilaterais nos bordos da língua, a maior à direita, dolorosa. Observou-se ainda um padrão em placa bilateral da mucosa jugal, clinicamente muito sugestivo de líquen plano oral. (Imagens 1– 4)

Feita ameloplastia de dente 47, medicado com betametasona gotas e efetuado controlo em 2 semanas.

24/01/2018 – Consulta controlo – doente com melhoria ligeira da dor, mas com persistência das lesões, pelo que foi feita biópsia incisional da lesão em placa da mucosa jugal direita. Manteve medicação betametasona gotas e marcado controlo 1 mês.

28/02/2018 – Resultado histologia – “retalho mucoso com hiperplasia verrucosa, hipergranulose e espessa camada ortoqueratótica. Não há displasia ou inflamação.”

Quadro mantido, com dor ligeira na úlcera bordo direito língua. Mantém betametasona em gotas e acrescenta-se creme de *propionato de clobetasol* na úlcera.

26/03/2018 – Consulta controlo – Feita ameloplastia e reconstrução com amálgama de dente e 47, para evitar focos traumáticos.

26/04/2018 – Consulta controlo – Mantém sintomas apesar de remoção de focos traumáticos e medicação, pelo que é realizada biópsia incisional de lesão do bordo direito da língua .

21/05/2018 – Resultado histologia – “Carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado, do bordo lateral direito da língua com 0,7 e que infiltra 0,4cm, desenvolvido no contexto de displasia de alto grau.”

24/05/2018 – Encaminhamento ao IPO Coimbra – foi estadiado como um Tc2N0M0, pedida TC que revelou “sem qualquer alteração na língua; (...) No espaço paratraqueal direito vemos múltiplas formações adenopáticas, provavelmente metastáticas. Sem metastização pulmonar.”

19/07/2018 – Avaliação pneumologia – por lesões encontradas em TC, foi realizada broncofibroscopia com biópsias, com resultado final de “Sem aspecto de metástase de carcinoma. Sugestivo de histiocitose sinusoidal”

03/10/2018 – Submetido a cirurgia - realizado esvaziamento cervical selectivo níveis I/II/III + glossectomia marginal direita + glossectomia marginal esquerda, com o estadiamento patológico à direita de Carcinoma espinho celular do bordo língua T1N1M0 e histologia à direita e esquerda compatível com líquen plano oral.

30/10/2018 – Decisão Terapêutica – proposta radioterapia adjuvante, doente recusou pelo que ficou em seguimento clínico e imagiológico apertado.

02/09/2019 – Consulta controlo – 11 meses pós operatório. Sem sinais de recidiva. (Imagens 5–8)

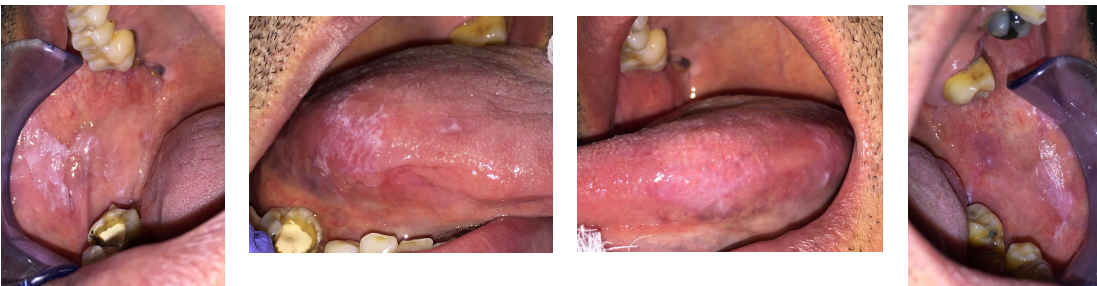


Imagem 1 – 4 – Primeira observação 11/01/2018

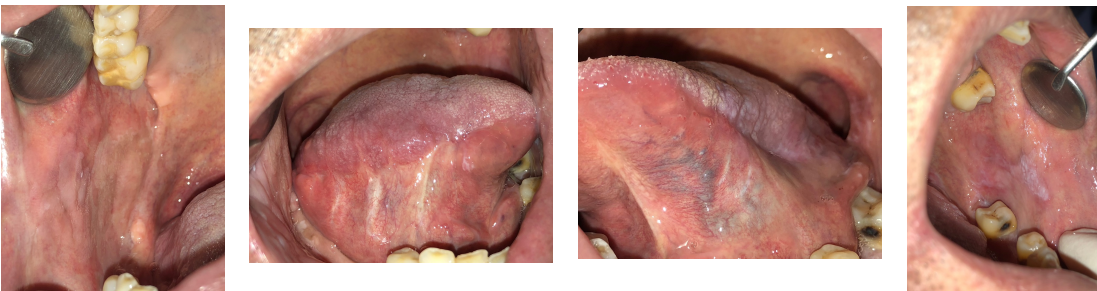


Imagem 5 - 8 – Observação 02/09/2019 – 11 meses pós operatório

Conclusão

Este caso representa um desafio diagnóstico com que um Estomatologista se pode deparar no serviço de urgência e consulta. É importante um alto grau de suspeita e avaliação clínica neste tipo de doentes. A primeira hipótese diagnóstica não se confirmou, reforçando aqui a importância de biopsar precocemente lesões sem resposta clínica. A dificuldade diagnóstica de lesões erosivas de líquen plano oral estão bem patentes neste caso, bem como a alta suspeita e persistência necessárias para o diagnóstico precoce de carcinoma espinho celular associado a líquen plano oral.

Bibliografia

Medscape
Regezi et Al., Oral Pathology – Clinical Pathologic Correlations, 4th edition