

## INTRODUÇÃO

- O carcinoma epidermóide da língua representa 25 a 40 % de todos os carcinomas intra-orais.<sup>1,2,6</sup>
- Predileção pelo género masculino (2:1), sobretudo da 6ª a 8ª décadas de vida<sup>1</sup> e a sua prevalência é maior em indivíduos de raça negra<sup>2,3</sup>.
- Tem-se, no entanto, observado um aumento na incidência em indivíduos mais jovens<sup>2,4</sup>.
- Factores etiológicos principais são os **hábitos tabágicos e alcoólicos**<sup>1</sup>, mas também a infecção por *Candida Albicans*, vírus do papiloma humano (subtipos 16 e 18 presentes em 6 a 10% dos casos), imunodepressão, inflamação crónica da mucosa oral, trauma mecânico, higiene oral deficitária<sup>1</sup>.
- **Tipicamente assintomático**: dor e disfagia são sintomas que surgem em estadios mais avançados da doença<sup>1</sup>.
- Apresentação: úlcera com bordos exófitos endurecidos que não cicatriza, eritroplasia, leucoplasia, leucoeritroplasia ou nódulo endurecido<sup>1</sup>.
- O bordo postero-lateral da língua é o local mais frequentemente acometido (45%), muito raramente acometendo o dorso ou a ponta da língua<sup>1</sup>.
- As lesões de localização mais posterior apresentam um prognóstico mais reservado: difícil visualização e consequente diagnóstico mais tardio, podendo apresentar, ao diagnóstico, invasão local extensa e metástases regionais<sup>1</sup>.
- As metástases, quando existem, são normalmente ipsilaterais à lesão<sup>1</sup>; os primeiros gânglios normalmente envolvidos são os submandibulares e jugulodigástricos (níveis anatómicos I e II); muito raramente existem metástases pulmonares ou hepáticas<sup>1</sup>.
- Tratamento de eleição: ressecção cirúrgica do tumor primário assim como dos gânglios linfáticos cervicais associados, dependendo da localização e estadiamento do tumor; margem livre de doença de 1 a 1,5 cm é aconselhada<sup>1</sup>.
- O prognóstico depende do estadiamento do tumor<sup>1</sup>, sendo a taxa de sobrevivência globalmente baixa embora tenha vindo a melhorar<sup>1</sup>.

## DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

- Indivíduo do sexo masculino, com 42 anos de idade, caucasiano, recorreu ao serviço de urgência de Estomatologia do CHUC por lesão no bordo direito da língua, **6 meses de evolução**, associada a dor e dificuldade da higienização, sem trauma associado. Referiu ter realizado **vários tratamentos** (analgesia tópica e por os, antifúngico tópico e antibioterapia per os) **sem resolução do quadro clínico**.
- **Negou** antecedentes pessoais, medicação habitual, **hábitos tabágicos e alcoólicos**.
- **Exame Objectivo**: higiene oral razoável, mucosa jugal, vestibulo e gengiva coradas e hidratadas, sem sinais inflamatórios, tumefacções ou abaulamentos. Pavimento oral livre. Apresentou uma lesão ulcerada, eritroplásica, com aproximadamente 2 x 2 cm no 1/3 médio do bordo lateral direito da língua, com bordos irregulares e duros à palpação que se revelou algo dolorosa. Sem adenopatias palpáveis.
- **Exames complementares de diagnóstico**: **biópsia incisional** (forte suspeita de diagnóstico de carcinoma)
- **Diagnóstico Anátomo-patológico**: **Carcinoma Epidermóide bem diferenciado do bordo direito da língua**
- **Tratamento**: Glossectomia marginal direita com encerramento directo através de rotação da ponta da língua e esvaziamento supra-hióideu ipsilateral, através de incisão cervical direita, que em análise anatómo patológico se revelou sem metástases.

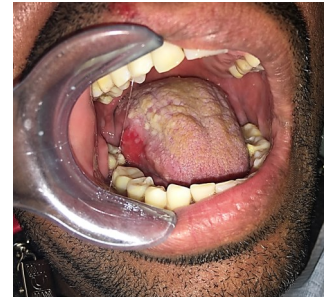


Fig. 1 e 2 - Exame objectivo aquando da vinda ao serviço de urgência: lesão ulcerada, eritroplásica, 2x2 cm, 1/3 médio do bordo lateral direito da língua, com bordos irregulares e duros à palpação.

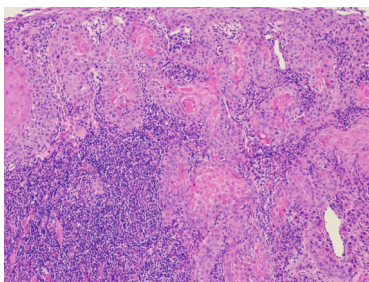


Fig. 3 - Exame Anátomo-Patológico: HE\_100x - Maciços de células epiteliais tumorais com pérolas de queratina, assentam num estroma com infiltrado linfoplasmocitário moderado.

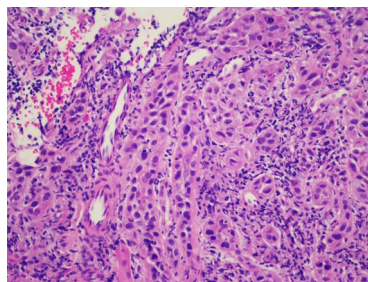


Fig. 4 - Exame Anátomo-Patológico: HE-200x - Área de marcada atipia citonuclear.



Fig. 5 - Primeira consulta de Estomatologia, pós-operatória (glossectomia marginal direita).

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

- Este caso clínico vem reforçar a necessidade de obtenção de uma história clínica detalhada e da realização de um exame objectivo minucioso de toda a cavidade oral, assim como das cadeias ganglionares cervicais, tendo sempre em conta que **úlceras crónicas, vermelhas, nodulares e persistentes durante mais de 3 semanas devem sempre ser objecto de biópsia**<sup>4,6</sup>.
- O carcinoma da cavidade oral em fases precoces é normalmente assintomático, o que leva a um atraso no seu diagnóstico.
- Ao médico cabe o papel de incentivar o doente a minimizar os factores de risco, como são os hábitos tabágicos e alcoólicos, bem como uma actuação precoce no evoluir da doença.
- Este caso clínico prima pelo facto de o doente ser um indivíduo **jovem** e, involuntariamente, **não apresentar os principais factores de risco** para o aparecimento da patologia em causa (hábitos tabágicos e alcoólicos).

1. Regazzi Joseph A., Sciubba James J., Jordan Richard Ck., Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, 7ed, St Louis Missouri, 2017

2. <https://emedicine.medscape.com/article/1075729-overview>

3. Tomar S1, Loree M, Logan H. Racial differences in oral and pharyngeal cancer treatment and survival in Florida. Cancer Causes Control. 2004 Aug; 15(8):602-9

4. Scully C. Rule for cancer diagnosis. Br Dent J. 2013 Sep; 215(6):265-6

5. Silverman S Jr. Early diagnosis of oral cancer. Cancer. 1988 Oct 15; 62 (8 Suppl): 1796-9

6. Silverman S Jr. Oral Cancer. 5th ed. Hamilton, Ont, Canada: B. C. Decker Incorporated; 2003. Vol 1