

INTRODUÇÃO

O cancro oral é uma das 10 neoplasias mais comuns no mundo.¹ O carcinoma espinhocelular é o tipo mais comum e tem como principais fatores de risco o tabagismo e a ingestão alcoólica.² Contudo, estes não serão únicos, com a literatura a referir outras etiologias subjacentes como o HPV ou a imunossupressão (comumente presente em doentes transplantados).^{2,3}

CASO CLÍNICO

Homem, 52 anos, referenciado ao Serviço de Urgência de um hospital terciário por apresentar lesão oral ulcerada, com um mês de evolução e já submetida a biópsia incisional, cujo estudo anatomopatológico revelou 2 carcinomas espinhocelulares síncronos. Ao exame objetivo, constatou-se lesão vegetante vestibular no 4º quadrante, com 5 cm de maior eixo e adenopatias cervicais palpáveis (Fig. 1).

Como antecedentes relevantes, o doente apresentava vasculite PR3-ANCA com atingimento orgânico, a qual condicionou a realização de um transplante renal 14 meses antes, e artrite reumatóide, assim como hábitos etílicos ligeiros e tabágicos (15UMA), já cessados. Farmacologicamente, registou-se a toma crónica de corticosteroides, a qual se fazia acompanhar, desde o transplante, de inibidores da calcineurina (tacrolimus) e da linagem branca (micofenolato de mofetilo).

Após realização de TC cervical e torácica, estadiou-se a doença como T2N2cM0. Quinze dias após a avaliação inicial, e apresentando a lesão já um aspeto mais ulcerado (Fig.2), o doente foi submetido a mandibulectomia marginal (Fig. 3) com esvaziamento ganglionar cervical bilateral (Fig. 4) e traqueotomia de proteção. A reconstrução do defeito foi feita com recurso a um retalho nasogeniano (RNG) (Fig. 5-7).



FIGURA 1: CARCINOMA ESPINHOCELULAR EM DO



FIGURA 2: CARCINOMA ESPINHOCELULAR EM D15

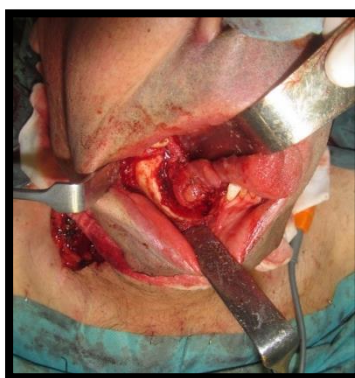


FIGURA 3: EXERESE DA LESÃO COM MANDIBULECTOMIA

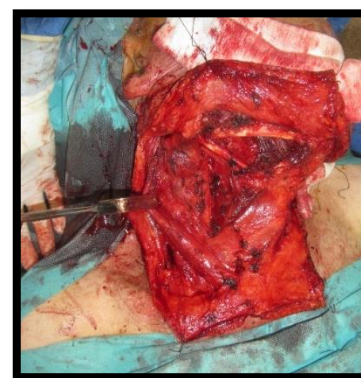


FIGURA 4: ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL



FIGURA 5: ESBOÇO DO RETALHO NASOGENIANO



FIGURA 6: CONFORMAÇÃO E RAFIA DO RNG



FIGURA 7: CICATRIZAÇÃO INTRAORAL AOS 15 DIAS

O estudo anatomopatológico da peça operatória (Fig.4) confirmou o diagnóstico inicial, embora apresentando comprometimento das margens e crescimento ganglionar extracapsular, com reclassificação do estágio para T4N3R1.

Foi preconizada terapêutica adjuvante, porém, antes que esta tivesse sido iniciada, o doente apresentou rejeição aguda do transplante renal e recidiva ganglionar cervical de aparecimento rápido, seguida de exuberante reação leucemóide, admitindo-se como causa possível a disseminação neoplásica e/ou infeção. Sem condições para a implementação de qualquer terapêutica de resgate, registou-se o óbito do doente.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os doentes transplantados apresentam um risco de neoplasia 2 a 5 vezes superior ao da população em geral, pelo que carecem de uma vigilância apertada.^{3,4} Este caso é modelar pela rápida evolução e pelo desfecho, ressaltando-se que o impacto da terapêutica imunossupressora não poderá deixar de ser considerado na etiologia e progressão rampante das complicações registadas.

BIBLIOGRAFIA

¹ Rivera C. Essentials of oral cancer. Int J Clin Exp Pathol. 2015 Sep 1;8(9):11884-94. ² Wong T, Wiesenfeld D. Oral Cancer. Aust Dent J. 2018 Mar;63 Suppl 1:S91-S99. ³ Billups K, Neal J, Salyer J. Immunosuppressant-driven de novo malignant neoplasms after solid-organ transplant. Prog Transplant. 2015 Jun;25(2):182-8. ⁴ Guillemin A, Rousseau B, Neuzillet C, Joly C, Bousson H, Grimbert P, Compagnon P, Duvoux C, Tournigand C. Cancers solides après transplantation d'organe : épidémiologie, pronostic et spécificités de prise en charge. Bull Cancer. 2017 Mar;104(3):245-257. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2016.12.008. Epub 2017 Feb 23.