

Carcinoma epidermoide lingual com esvaziamento cervical unilateral supra-omohioideo: relato de caso

Supraomohyoid neck dissection in squamous cell carcinoma of the tongue: a case report

El carcinoma epidermoide lingual con disección cervical unilateral supraomohioideo: reporte de un caso

Jose Carlos Garcia de **MENDONÇA**¹
 Rosana Leite de **MELO**²
 Rosana Mara Giordano de **BARROS**³
 Fernando Ribeiro **TEIXEIRA**⁴
 Ellen Cristina **GAETTI JARDIM**⁵
 Juliana Andrade **MACENA**⁶
 Danilo Chizzolini **MASOCATTO**⁶
 Murilo Moura **OLIVEIRA**⁶
 Cauê Monteiro dos **SANTOS**⁶
 Diones Calado de **QUADROS**⁶

¹Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF),
 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília – UnB,
 Doutor em Ciências da Saúde (CTBMF) pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS
 Professor Adjunto de CTBMF da Faculdade de Odontologia – Faodo/UFMS
 Coordenador do Programa de Residência em CTBMF do Núcleo de Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” – UFMS
²Professora da Disciplina de Semiologia da Faculdade de Medicina da
 Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Cirurgiã de Cabeça e Pescoço e Oncologista
³Professora Titular da Disciplina de Patologia Bucal da
 Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS
⁴Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”,
 Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS - Especialista em Implantodontia
⁵Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF),
 Mestre e Especialista em Estomatologia; Mestre e Doutora em CTBMF pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Unesp
⁶Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”,
 Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, UFMS

Resumo

O Carcinoma epidermoide lingual pode ser definido como uma neoplasia maligna, com altos índices de incidência na cavidade oral, ocorrendo na maioria dos casos em pacientes com idade superior a 40 anos, está intimamente relacionados a alcoolismo e tabagismo. Possuindo altos índices de metástases cervicais, deve ser diagnosticado precocemente. Objetivo deste trabalho é demonstrar a importância do diagnóstico precoce, que deverá ser realizada por Cirurgiões Dentistas quando presente na cavidade oral. Possuindo difícil diagnóstico na fase inicial por profissionais não qualificados em virtude da pouca familiaridade com as estruturas bucais, ficando inversamente proporcional a taxa de sobrevivência do enfermo.

Descritores: Carcinoma de Células Escamosas; Língua; Cirurgia Bucal.

Abstract

Squamous cell carcinoma is defined with a malignant neoplasm, with high incidence rates in the oral cavity, occurring in most cases in patients older than 40 years, it is closely related to alcoholism and smoking. Having high rates of cervical metastases, should be diagnosed early. This study aims to demonstrate the importance of early diagnosis, which should be performed by dentists. These diseases are difficult to diagnose in the early stages by unqualified practitioners because of unfamiliarity with the oral structures, being inversely proportional to the patient survival rate.

Descriptors: Carcinoma, Squamous Cell; Tongue; Surgery, Oral.

Resumen

El carcinoma epidermoide lingual se define con una neoplasia maligna, con altas tasas de incidencia en la cavidad oral, que se producen en la mayoría de los casos en pacientes mayores de 40 años, que está estrechamente relacionada con el alcohol y el tabaco. Esto demuestra altas tasas de metástasis cervicales y se debe diagnosticar temprano. El objetivo de este estudio es demostrar y la importancia del diagnóstico precoz, el cual debe ser realizado por los dentistas. Estas enfermedades son difíciles de diagnosticar en las primeras etapas por practicantes no calificados debido a la falta de familiaridad con las estructuras orales, siendo inversamente proporcional a la tasa de supervivencia del paciente.

Descriptores: Carcinoma de Células Escamosas; Lengua; Cirugía Bucal.

INTRODUÇÃO

Carcinoma epidermoide ou espinocelular, representa 90% de todos os tumores malignos orais, sendo derivado do epitélio pavimentoso estratificado¹. Semelhante a outras neoplasias, possui predominância em indivíduos entre a sexta e sétima década de vida². Etiologia permanece indefinida, possuindo vários fatores predisponentes; tabaco (fumado ou mascado), consumo de álcool, deficiência nutricional, exposição ao sol, imunossuprimidos, patologias pré-existentes, infecção por HPV, lesões traumáticas de origem dentária. Dando ênfase aos usuários de tabaco e álcool, pois são os fatores mais determinantes para desenvolvimento desta malignidade corroborando com a caso clínico apresentado^{1,3,4}.

Seus aspectos iniciais, maioritariamente, possuem forma de mancha branca, vermelha ou eritematosa. Quando trata-se da região intra-oral, possui necessidade da avaliação do cirurgião-dentista, em virtude da familiaridade com as estruturas e a dificuldade para ser visualizada^{1,3}, principalmente quando localizadas no terço posterior da língua que corresponde 25% a 40% dos casos³⁻⁵, por possuir desenvolvimento inicial silencioso e ser uma área restrita³. Quanto mais cedo o diagnóstico, melhor o prognóstico, dado que as metástases nos gânglios linfáticos cervicais são frequentes chegando a reduzir 50% a sobrevida do enfermo^{4,5}.

Esvaziamento cervical é um procedimento cirúrgico empregado para diagnóstico e tratamento⁶. Introduzido por Crille em 1906, o esvaziamento cervical radical, tem sido modificado ao longo dos anos, passando a ser mais conservador, baseando-se em um padrão previsível de metástases cervicais, mantendo a eficácia e os princípios da cirurgia oncológica^{6,7}.

O trabalho tem como objetivo apresentar a importância do diagnóstico precoce pelo Cirurgião-Dentista, o encaminhamento para Oncologista e tratamento cirúrgico através da exérese do carcinoma epidermoide no terço posterior da língua com esvaziamento cervical seletivo supra-homoióide.

CASO CLÍNICO

Paciente SSR, gênero masculino, 73 anos de idade, veio encaminhado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (FAODO), ao estágio de Oncologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, após biópsia e hipótese de diagnóstico de Carcinoma Espinocelular Estadiamento T₁N₀M₀ Grau I, (Figuras 1, 2 e 3).

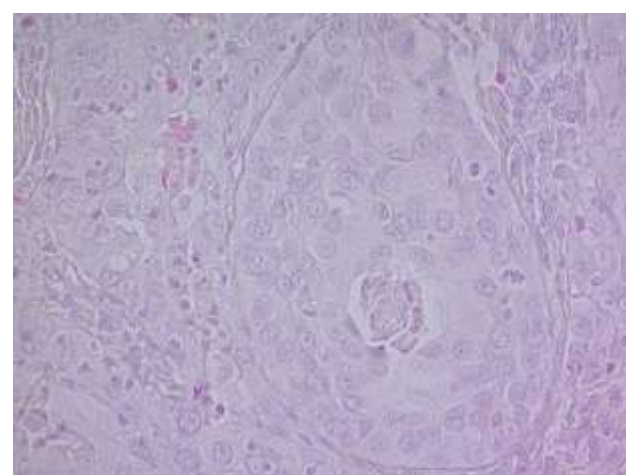


Figura 1. Mitose atípica

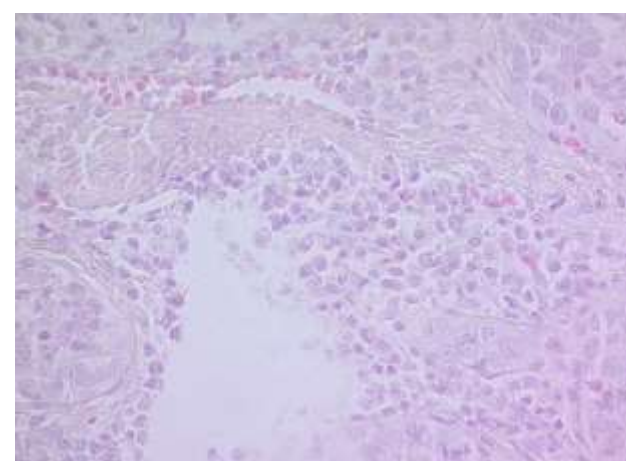


Figura 2. Nucléolos evidentes

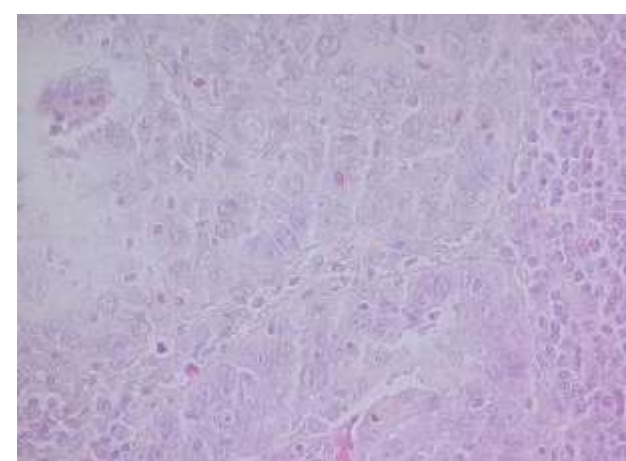


Figura 3. Polimorfismo celular

Após ser examinado pelo serviço oncologia e cirurgia de cabeça e pescoço, anamnese positiva para tabagismo e alcoolismo, diagnosticado com Estadiamento T₂N₀M₀ Grau I, não ultrapassando a linha média lingual e pescoço clinicamente negativo ipsilateral e contralateral (Figura 4).



Figura 4. Lesão em região posterior de língua. Dificil visualização e acesso

Previamente foi explicado ao paciente tratar-se de um procedimento sob anestesia geral, envolvendo risco cirúrgico.

Após realização de todos os exames pré-operatórios, o paciente foi internado e prescrito bochecho com clorexidina 0,12% três vezes ao dia, com início 48 horas antes do ato cirúrgico.

No pré-operatório foi realizado intubação nasal, assepsia e antisepsia extraoral e intraoral com PVPI 10% tópico, e aposição de campos estéreis sobre a paciente.

A cirurgia iniciada pelo esvaziamento cervical, para não ocorrer contaminação do material por saliva. Foi realizada incisão cervical baixa na hemiface direita, região mental à retromandibular (Figuras 5 e 6).



Figura 5. Transoperatório: incisão cervical baixa



Figura 6. Transoperatório: localização do nervo marginal mandibular

Após localizar o nervo marginal mandibular e sua trajetória, realizado reparos com a finalidade de protegê-lo (Figura 7).

Dissecção e ligadura de toda a cadeia linfática da mandíbula até a clavícula entre o platisma e o supra-homioideo, da borda anterior do músculo trapézio a linha sagital mediana que corresponde a cadeia ganglionar S1, S2, J1, J2 e J3 ou níveis (I, II, III e IV), com fio de algodão 4-0, com preservação de todas estruturas nervosas (Figuras 8 e 9).



Figura 7. Proteção do nervo marginal mandibular

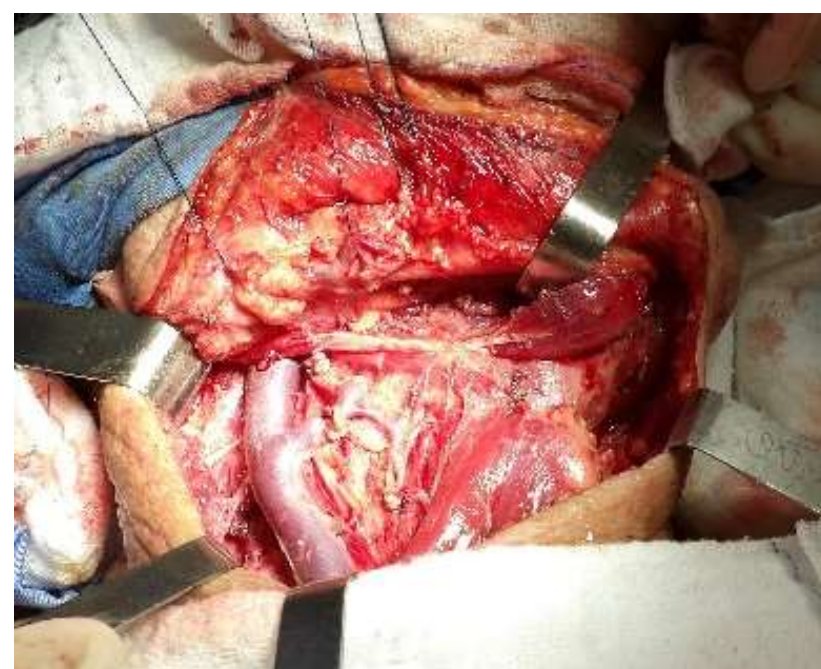


Figura 8. Músculos, veias e nervos preservados



Figura 9. Cadeia ganglionar removida

Após esvaziamento cervical unilateral, realizamos sutura intradérmica com monocryl 4-0 e instalação do dreno suctor 4.8 (Figuras 10 e 11). A remoção do tumor em língua, obedeceu o protocolo oncológico com margens de segurança de 1cm tridimensional, sendo que fragmento ósseo no centro do sítio cirúrgico foi removido a fim de garantir que as margens de segurança foram adequadas; sutura realizada com vicryl 4-0 (Figuras 12 a 15).



Figura 10. Sutura Intradérmica



Figura 11. Curativo com micropore e ativação dreno 4.8



Figura 12. Carcinoma não ultrapassa linha média



Figura 13. sítio cirúrgico após remoção com margem de segurança de 1 cm



Figura 14. Dimensões e aspectos da peça



Figura 15. Material removido do assoalho da loja cirúrgica

Após o fim do procedimento cirúrgico, o paciente permaneceu internado por 07 dias, dieta realizada através de sonda nasoesférica com prescrição de antibióticos, analgésicos, AINEs e antiemético.

Após descartado a hipótese de metástases pelo exame anatomopatológico, não houve a necessidade de tratamento radioterápico ou quimioterápico.

No decorrer de 06 meses de acompanhamento, não houve relato de queixas álgicas, febre, apnéia, êmese, cefaleia ou qualquer tipo de sangramento oral ou cervical, dicção e ausência disgeusia, relatou desconforto ao deglutir nos primeiros 03 meses (Figura 16)



Figura 16. Pós-operatório de 06 meses: bons aspectos cicatriciais da incisão cervical baixa

Encontra-se em bom estado geral e nutricional, cicatrização dentro dos padrões de normalidade, a língua apresenta-se sem lesões e com boa mobilidade, ombro com movimentos normais e similares ao lado contralateral, com neuropraxia do nervo marginal mandibular (Figuras 17 a 19).



Figura 17. Pós-operatório de 06 meses: língua moderadamente disforme, sem aspectos de lesões recorrentes



Figura 18. Pós-operatório de 06 meses: leve assimetria durante o sorriso



Figura 19. Pós-operatório de 06 meses: movimentos labiais dentro dos aspectos de normalidade

DISCUSSÃO

Em virtude de sua baixa incidência e difícil visualização do carcinoma epidermoide no terço posterior da língua ou base de língua, faz com que esses tumores evolua de forma silenciosa e englobe outros sítios anatômicos da orofaringe, agravando e retardando o início do tratamento²⁻⁴. Como o álcool e o fumo continuam sendo os fatores etiológicos principais, e o consumo destes estão intimamente relacionados ao sexo masculino, são uns dos fatores que justificam a alta incidência nesse gênero^{1,3,4,8}.

Cabendo ao cirurgião dentista a incumbência de um bom exame clínico a fim de reconhecer lesões da cavidade oral na fase inicial, dando suporte precoce para o diagnóstico ou encaminhando quando necessário^{1,3}.

A metástase linfonodal torna-se comum nesse tipo de carcinoma devido á rica drenagem linfática da base da língua, ocorrendo com uma frequência de 60 a 90% no lado ipsilateral e de 10 a 20% bilateralmente. Maior comprometimento dos níveis II, III, IV e raramente V, sendo que o aumento da incidência está intimamente relacionado com o crescimento neoplásico (T)⁸.

Por tratar-se de uma neoplasia agressiva, a precoce invasão da cadeia linfática poderá ser vista até nos casos de pescoço clinicamente negativos que foram submetidos a esvaziamento cervical, confirmados no anatomopatológico⁸. Ficando nítido que o tratamento consiste na remoção da lesão primária e esvaziamento cervical^{1,2,3-13}.

Sobre níveis anatômicos (I, II, III, IV e V) a serem esvaziados cirurgicamente, podemos confirmar com base em estudos, quanto mais linfonodos forem removidos, melhor será a taxa de sobrevida do paciente^{12,13}. Pois há uma expectativa que 7% dos casos pN0 possuam micrometástases não identificáveis nos cortes rotineiros¹². Explicando o pior controle da doenças quando removidos em menor número, ou inadequadamente¹².

Suárez¹¹ em 1963, modificou a metodologia proposta por Crille em 1906 que consiste em uma abordagem radical, visando uma tratamento cirúrgico conservador, permitindo a preservação de estruturas vitais como: esternocleidomastóideo, jugular interna, nevo vago e espinhal, não comprometendo a remoção das estruturas linfáticas. Desse modo reduziu o índice de complicações e morbidades, mantendo o protocolo oncológico e a eficácia do procedimento⁶.

A literatura orienta tratamento de acordo com o estadiamento da lesão. Estádio I, corresponde apenas a excisão cirúrgica da lesão⁴. Porém, o estágio II requer por via de regra esvaziamento dos gânglios cervicais para fornecer se há envolvimento ganglionar positivo o qual determinará a necessidade de radiação

adjuvante, pois as metástases ocultas nesse estágio ocorrem em até 40% dos casos^{4,9,10}.

O protocolo seguido para esse caso consistiu na remoção do tumor primário com esvaziamento cervical unilateral e exame anatomopatológico, o qual confirmou o não envolvimento da cadeia linfática cervical, assim o mesmo não necessitou de tratamento adjuvante (quimioterápico ou radioterápico).

CONCLUSÃO

O Cirurgião Dentista possui papel imprescindível no diagnóstico precoce do carcinoma oral em fase inicial, pois muitos casos não apresentam sintomas subjetivos e seus aspectos iniciais são semelhantes a mucosa adjacente com difícil visualização. Ficando responsável por uma inspeção rigorosa de toda cavidade, principalmente quando houver histórico de tabagismo e alcoolismo.

A remoção do lesão primária com esvaziamento cervical permanece como a melhor forma de tratamento quando estadiamento for maior que T₁.

REFERÊNCIAS

1. Silva CC, Barbas do Amaral B, Bulhosa JF. Carcinoma Espinocelular da Língua – Factores de Risco e Importância do Reconhecimento de Lesões Pré-Malignas. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2010;51(1):49-55.
2. Durão APR, Miranda M, Teixeira Koch, Reinhilde Jacobs. Carcinoma epidermóide da língua: caso clínico com destruição óssea e fratura da mandíbula. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2014;55(S1):e1–e44.
3. Albuquerque R, Esteves R, López-López J, Estrugo-Devesa A, Chimenos-Küstner E. Carcinoma Escamoso do Bordo Lingual. Caso Clínico. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2008;49:141-4.
4. Coimbra F, Costab R, Lopesc O, Barbosad E, Felinoe A. Carcinoma do bordo da língua em fase inicial. Apresentação de dois casos clínicos. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2011;52(2):77-82.
5. Amar A, Rapoport A, Curioni OA, Dedivitis RA, Cernea CR, Brandão LG. Prognostic value of regional metastasis in squamous cell carcinoma of the tongue and floor of mouth. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2013;79(6):734-7.
6. Dedivitis RA Guimarães AV, Pfuetsenreiter Jr. EG, Castro MAF. Neck dissection complications. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011;77(1):65-9.
7. Chone CT, Kohler HF, Magalhães R, Navarro M, Altemani A, Crespo NA. Levels II and III neck dissection for larynx cancer with N0 neck. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78(5):59-63
8. Amorim Filho FS, Andrade Sobrinho J, Rapoport A, Ferreira NN, Juliano Y. Paradigma da disseminação linfática no carcinoma espinocelular da base da língua. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006;33(2): 79-83.
9. Aksu G, Karadeniz A, Saynak M, Fayda M, Kadehçi Z, Kocaelli H. Treatment results and prognostic factors in oral tongue cancer: analysis of 80 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006;35:506–13.
10. Hicks WL Jr, North JH Jr, Loree TR, Maamoun S, Mullins A, Orner JB, Bakamjian VY, Shedd DP. Surgery as a Single Modality Therapy for Squamous Cell Carcinoma of the Oral Tongue. *Am J Otolaryngol.* 1998;19:24-8.
11. Suarez O. El problema de las metastasis linfáticas y alejadas del cáncer de laringe e hipofaringe. *Rev Otorrinolaringol.* 1963;23:83-99.
12. Amar A, Chedid HM, Rapoport A, Cernea CB, Dedivitis RA, Curioni OA, Brandão LG. Prognostic significance of the number of lymph nodes in elective neck dissection for tongue and mouth floor cancers. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2012;78(2):22-6.
13. Ebrahimi A, Zhang WJ, Gao K, Clark JR. Nodal yield and survival in oral squamous cancer: Defining the standard of care. *Cancer.* 2011;117(13):2917-25.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Ellen Cristina Gaetti-Jardim

ellengaetti@gmail.com

Submetido em 20/10/2015

Aceito em 30/10/2015