



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

NAYARA SILVA DE FARIA

**CARCINOMA ESPINOCELULAR MIMETIZANDO ÚLCERA
TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO**

PIRACICABA

2019

NAYARA SILVA DE FARIA

**CARCINOMA ESPINOCELULAR MIMETIZANDO ÚLCERA
TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Schausltz Pereira Faustino

Coorientador: Prof. Dr. Marcio Ajudarte Lopes

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO PELA ALUNA NAYARA SILVA DE FARIA E ORIENTADA PELA PROF^a DR^a ISABEL SCHAUSLTZ PEREIRA FAUSTINO.

PIRACICABA

2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

F225c Faria, Nayara Silva de, 1996-
Carcinoma espinocelular mimetizando úlcera traumática : relato de caso /
Nayara Silva de Faria. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Isabel Schausltz Pereira Faustino.
Coorientador: Márcio Ajudarte Lopes.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Neoplasias bucais. 2. Carcinoma de células escamosas. 3. Úlceras. 4.
Diagnóstico diferencial. I. Faustino, Isabel Schausltz Pereira, 1987-. II. Lopes,
Márcio Ajudarte, 1967-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:

Mouth neoplasms

Carcinoma, squamous cell

Ulcers

Diagnosis, differential

Titulação: Cirurgião-Dentista

Data de entrega do trabalho definitivo: 01-10-2019

DEDICATÓRIA

Dedico este, assim como todos os meus triunfos, aos meus queridos e amados pais, Joselito Cardoso de Faria e Renata de Cássia Silva de Faria, e à minha irmã Emily Silva de Faria, que sempre me acompanharam durante essa jornada, apoiando, aconselhando e me assistindo nos momentos em que mais necessitei e se não fosse o incentivo, amor e encorajamento de vocês, eu não teria chegado tão longe e de nada valeria. Também dedico este meu trabalho a todos os professores do curso, que foram essenciais para a minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que é o principal responsável por todas as minhas conquistas, que graças ao Seu imensurável amor e misericórdia pude chegar até aqui. Eu O louvo e O engrandeço.

Agradeço também a todos os professores que sempre estiveram dispostos a me ajudar e me ensinar, fundamentando dessa forma, os meus conhecimentos. Em especial meu professor Márcio Ajudarte Lopes e à minha orientadora Isabel Schausltz Pereira Faustino, que sempre se mostraram muito atenciosos, pacientes e dedicados, puderam partilhar sua sabedoria, e edificar o meu âmbito profissional.

À minha instituição por ter me dado a chance e todas as ferramentas necessárias que me permitiram chegar hoje, ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

Às minhas amigas, Della Monteiro, Eduarda Oliveira, Flávia Alves, Lyvia Hamparian e Rubia Figueiredo, que estiveram presentes desde os primeiros dias de Graduação compartilhando todos os bons momentos e os mais difíceis também e que sem vocês tudo seria muito sem graça. Saibam que a amizade de vocês contribuiu muito para a minha formação e o meu desejo é que eu possa ter vocês sempre comigo.

RESUMO

Os carcinomas de células escamosas representam aproximadamente 94% de todas as malignidades orais. Na literatura, vários relatos são mostrados em relação aos fatores de risco existentes, como o consumo de tabaco e álcool. O carcinoma de células escamosas oral apresenta aspectos clínicos diversos, e podem surgir mimetizando outras lesões mais comuns, como a úlcera traumática. A úlcera traumática pode se desenvolver em borda lateral de língua e deste modo, pode-se obter uma hipótese de diagnóstico clínico errônea. Nesse trabalho consta um relato de caso que tem como objetivo descrever um carcinoma espinocelular em fase inicial mimetizando uma úlcera traumática em borda lateral direita de língua. A partir da hipótese clínica o tratamento inicial realizado foi alisamento das cúspides dos dentes envolvidos com a úlcera e prescrição de Gingilone®, contudo a lesão persistiu e foi realizada biópsia que revelou um carcinoma de células escamosas. O paciente foi encaminhado para o cirurgião de cabeça e pescoço para tratamento e estava em acompanhamento clínico periódico. Entretanto, infelizmente ele desenvolveu recidiva e veio a óbito, apesar do diagnóstico precoce. Dessa forma, uma ampla visão do profissional de saúde e atenção para as diversas possibilidades de lesões intraorais é fundamental para se estabelecer o devido manejo e influenciar de forma positiva o prognóstico e a sobrevida do paciente.

Palavras-chave: Neoplasias bucais, carcinoma de células escamosas, úlcera, diagnóstico diferencial, diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Squamous cell carcinomas represent approximately 94% of all oral malignancies. In the literature, several reports are shown in relation to existing risk factors, such as tobacco and alcohol consumption. Oral squamous cell carcinoma has several clinical aspects, and may arise mimicking other common lesions, such as traumatic ulcer. Traumatic ulcer may develop on the lateral border of the tongue and thus an erroneous hypothesis of clinical diagnosis can be obtained. This paper presents a case report that aims to describe an early squamous cell carcinoma mimicking a traumatic ulcer on the right lateral border of the tongue. Based on the clinical diagnosis the initial approach performed was straightening the involved teeth in contact with the lesion and prescription of Gingilone®, however the lesion persisted and a biopsy was performed establishing the diagnosis of a squamous cell carcinoma. The patient was referred to the head and neck surgeon and was under follow-up periodically. However, unfortunately he developed recurrence and died, despite the early diagnosis. Thus, a broad view of health professionals and attention to the various possibilities of intraoral lesions is important to establish proper management and to influence patient prognosis and survival.

Key words: Mouth neoplasia, carcinoma squamous cells, differential diagnosis, ulcers, early diagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DA LITERATURA	10
3 PROPOSIÇÃO	17
4 RELATO DE CASO	18
5 DISCUSSÃO	22
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	28
Anexo 1 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio	28
Anexo 2 – Comitê de Ética em Pesquisa	29

1 INTRODUÇÃO

Os carcinomas de células escamosas (CCE) representam aproximadamente 94% de todas as malignidades orais (Neville et. al., 2016; Campbell et. al., 2018). O risco do surgimento da malignidade intraoral cresce com o avanço da idade, com maior incidência em pessoas do gênero masculino (Chi et. al., 2015). A relação universal homem-mulher da incidência de carcinomas intraorais é de 3:1 (Neville et. al., 2016). A etiologia do CCE orais é multifatorial, contudo, alguns fatores como uso prolongado de tabaco e álcool se destacam como fatores importantes para surgimento deste tumor. Exposição solar prolongada e HPV (vírus papiloma humano) estão associados ao câncer de lábio inferior e orofaringe, respectivamente (Kumar, et. al., 2016; Gigliotti et. al., 2019).

Os aspectos clínicos encontrados nos CCE oral são diversos, e podem ocasionalmente se manifestar como lesões eritroplásicas, leucoplásicas, leucoeritroplásicas, endofíticas e exofíticas, (Neville et. al., 2016). A área que é frequentemente acometida pelo tumor é a língua, habitualmente a borda lateral e, ventre (Gamez et. al., 2018).

Devido esta variação no seu padrão clínico, muitas vezes o CEC oral pode se confundir ou mimetizar outras alterações. Dentre os diagnósticos diferenciais, está a úlcera traumática que pode se assemelhar com um CCE inicial e envolve os mesmos sítios habituais de acometimento (Neville et. al., 2016). Dessa forma, pode-se considerar uma hipótese diagnóstica equivocada, o que pode fazer com que muitas vezes o diagnóstico seja realizado tardiamente (Stoopler et. al., 2016).

Soma-se a isso o fato de que os pacientes, em sua grande parte, tardam em buscar alguma intervenção profissional, porque o CCE oral em sua fase inicial é indolor e faz com que não haja uma preocupação significativa. Sendo assim, o cirurgião-dentista precisa estar atento e com um grau de suspeita elevado quanto à possibilidade de lesões malignas serem clinicamente semelhantes com lesões benignas e assim seja realizada a correta intervenção para obtenção do diagnóstico (Gameza et. al., 2018).

2 REVISÃO DA LITERATURA

A doença câncer é um problema de saúde pública em todo o mundo e constitui uma das principais causas de morte. Os cânceres intraorais estão na décima primeira colocação dos cânceres mais comuns mundialmente, com uma frequência registrada consideravelmente alta em vários países e dentre eles, o Brasil, onde estima-se cerca de 15 mil novos cânceres de boca, que incluem os tumores com localização em cavidade oral, lábios e glândulas salivares e orofaringe (Brasil, 2018). Dessas malignidades, cerca de 94% são classificadas como carcinomas de células escamosas (CCE) (Neville et. al., 2016).

Embora o CCE oral tenha etiologia multifatorial, o tabaco é o fator etiológico mais conhecido para o surgimento desta doença. Dentre os pacientes com CCE, acredita-se que 80% sejam tabagistas. O risco de surgimento do tumor é relacionado com a duração e quantidade do hábito, ou seja, quanto mais tempo e quanto maior for a quantidade de cigarros utilizados por dia, maior a chance de desenvolver CCE oral. O cigarro possui muitas substâncias carcinogênicas, e, além disso, o ato de fumar produz radicais livres e agentes oxidantes, e dessa forma, seu uso deve ser evitado. Além do cigarro, o álcool é outro fator importante, pois seu uso combinado com cigarro pode elevar em 15 vezes a chance do usuário em desenvolver CEC oral. Outros fatores como radiação, dieta e alterações genéticas também são citadas como fatores etiológicos (Neville et. al., 2009; Neville et. al., 2016).

Deste modo, a incidência desse tumor ocorre principalmente em homens, entre a quinta e sétima décadas de vida, com hábitos de tabagismo e/ou etilismo. Entretanto, mulheres e pacientes jovens não tabagistas e etilistas também podem ser acometidos pela doença (Campbell et. al., 2019).

Estudos mostram que o CCE oral pode ser antecedido por alterações que são consideradas como lesões potencialmente malignas, sendo elas a leucoplasia, eritroplasia e a queilite actínica para tumores de lábio (Neville et. al., 2016).

Deste modo, clinicamente, o CCE da cavidade oral pode exibir aspectos distintos em suas etapas iniciais, mostrando-se como uma lesão leucoplásica eritroplásica, leucoeritroplásica e pode exibir padrões exofítico e endofítico ou até mesmo lesões ulcerativas que constantemente não apresentam um processo de

cicatrização (Ganly et. al., 2012; Gameza et. al., 2018; Koyfman et. al., 2019). Algumas apresentações clínicas do CCE oral estão ilustradas nas figuras 1,2,3 e 4.

O CCE oral pode acometer diferentes sítios, como lábio, assoalho bucal, gengiva, palato e mucosa jugal. Entretanto, a língua é o principal local de acometimento dos CCE orais. Clinicamente, apresentam-se geralmente como úlceras assintomáticas, com bordas elevadas e rígidas (Campbell et. al., 2018). A borda lateral de língua, principal local de acometimento do CCE oral, é frequentemente um local de trauma durante a mastigação, onde geralmente ocorrem lesões ulceradas por trauma de mordida (Vigarios et. al., 2019). Clinicamente as úlceras traumáticas se caracterizam por uma perda de tecido, coberta por uma membrana fibrinopurulenta, destacável e amarelada, podendo exibir um contorno branco e endurecido, o que muitas vezes se assemelham com CCE. Entretanto, as úlceras traumáticas cicatrizam quando o agente agressor é removido ou quando alguma medicação é utilizada (Lima et. al., 2005; Neville et. al., 2016).

Este diagnóstico diferencial é muito importante, pois os locais com maior frequência do surgimento de CCE oral podem sugerir primeiramente a hipótese de um diagnóstico mais comum, como lesões traumáticas, que podem ser causadas pelo trauma de oclusão, por prótese ou até traumas químicos. Além disso, no estágio inicial, a lesão muitas vezes tem um tamanho reduzido que pode se assemelhar ainda mais a algum tipo de trauma (Ganly et. al., 2012).



Figura 1. CCE exibindo padrão clínico leucoplásico na superfície lateral direita da língua.

Fonte: Neville WD et. al., 3ªedição.



Figura 2. CCE exibindo padrão eritroplásico em mucosa jugal.

Fonte: Neville WD et. al., 3ª edição.



Figura 3. CCE com apresentação exofítica na borda lateral posterior de língua.

Fonte: Neville WD et. al., 3ª edição.



Figura 4. CCE em lábio inferior apresentando-se como úlcera rasa e crostosa.

Fonte: Neville WD et. al., 3ª edição.

Microscopicamente, o CCE oral é originado pela displasia do epitélio de revestimento da mucosa oral que invade o tecido conjuntivo subjacente (Figuras 5 A e B). Conforme a invasão ocorre, todo o tecido de origem vai perdendo sua conformação original e tecidos subjacentes são invadidos. A diferenciação dessas células malignas pode ser classificada de acordo com sua semelhança do tecido de origem em bem, moderadamente ou pobremente diferenciadas. Essa classificação é importante, pois a diferenciação do tumor pode influenciar no prognóstico, onde tumores bem diferenciados tendem a crescer mais lentamente e terem menor potencial para metastatizar. Por outro lado, tumores pobremente diferenciados tendem a crescer rapidamente e terem maior possibilidade de desenvolver metástases (Neville et. al., 2008; Gigliotti et. al., 2019).

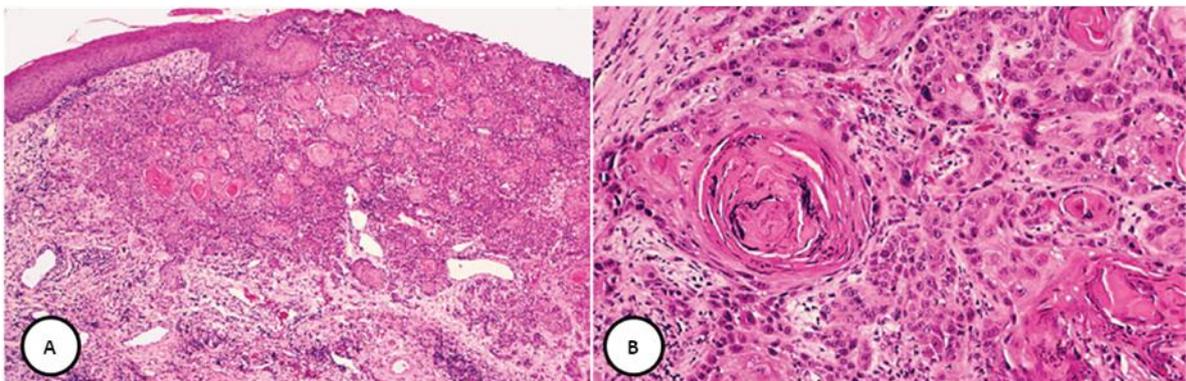


Figura 5. CCE bem diferenciado: exibindo ilhas de epitélio escamoso maligno invadindo o tecido conjuntivo subjacente (A) e células epiteliais displásicas e a formação de pérolas de queratina (B).

Fonte: Neville WD et. al, 3ª edição.

Outras características também são importantes no prognóstico do paciente. As características dimensionais do tumor referentes ao tamanho e extensão, são os principais indicadores do prognóstico do indivíduo. Para classificar essas características, existe uma forma de estadiamento chamado TNM (Tumor-node-metastasis, em inglês), onde se avalia o tamanho (T), presença de metástase locoregional em linfonodos cervicais (N) e presença de metástase à distância (M) (Tabela 1) (Lourenço et. al., 2016). A partir dessas informações, pode se agrupar os tumores em estágios que vão de do estágio I ao estágio IV (Tabela 2).

Quanto maior for o estadiamento do tumor, pior é o prognóstico do paciente. Além de guiar o prognóstico, o TNM também guia qual o tratamento será utilizado em cada paciente.

Tabela 1. Sistema TNM de classificação para o carcinoma de cavidade oral.

T1	Tumor com tamanho máximo de 2 cm ou menor e profundidade de invasão igual ou inferior a 5 mm
T2	Tumor com tamanho máximo de 2 cm ou menor e profundidade de invasão superior a 5 mm, mas não superior a 10 mm, ou tumor com tamanho máximo de mais de 2 cm mas não mais de 4 cm e profundidade de invasão não superior a 10 mm.
T3	Tumor com tamanho máximo de mais de 4 cm ou profundidade de invasão superior a 10 milímetros.
T4a	O tumor invade o osso cortical da mandíbula ou seio maxilar ou invade a pele da face.
T4b	O tumor invade o espaço mastigatório, as placas pterigóideas ou a base do crânio ou envolve a artéria carótida interna.
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0	Sem metástase de linfonodos regionais.
N1	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, com tamanho máximo de 3 cm ou menor e sem extensão extranodal.
N2a	Metástase em um único linfonodo ipsilateral, com tamanho máximo de 3 cm com extensão extranodal, ou com tamanho máximo de 6 cm, e sem extensão extranodal.
N2b	Metástase em múltiplos linfonodos ipsilaterais, nenhum com tamanho máximo de mais de 6 cm e sem extensão extranodal.
N2c	Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum com tamanho máximo superior a 6 cm e sem extensão extranodal.
N3a	Metástase em linfonodo, com tamanho máximo de mais de 6 cm e sem extravasamento extranodal.
N3b	Metástase em um linfonodo com no máximo 3cm com extravasamento extranodal, ou múltiplos ipsilaterais ou qualquer contralateral ou bilateral com extensão extranodal.
MX	Metástase à distância não foi avaliada.

M0 Sem evidência de metástase à distância.

M1 Metástase à distância presente.

Fonte: Adaptado de Head and Neck Cancer Study Group (HNCSG) et al., 2019.

Tabela 2. Categorias de Estadiamento Clínico TNM para o Carcinoma de Células Escamosas Oral e taxa de sobrevida em 5 anos a partir do estadiamento.

TAXA DE SOBREVIDA RELATIVA DE 5 ANOS		
Estágio	Classificação TNM	Cavidade oral
Estágio I	T1 N0 M0	68%
Estágio II	T2 N0 M0	53%
Estágio III	T3 N0 M0 ou T1, T2 ou T3 N1 M0	41%
Estágio IV		27%
IVA	T3a N0 ou N1 M0 ou T1, T2, T3 ou T4a N2 M0	
IVB	Qualquer T N3 M0 ou T4b, qualquer N M0	

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6a ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004; Neville WD et al, 3ª edição

Os pacientes em sua grande parte tardam em buscar alguma intervenção profissional, porque em sua fase inicial, a lesão é indolor e faz com que não haja uma preocupação significativa (Neville et. al., 2016; Gamez et. al., 2018). Para que não se perca muito tempo até o diagnóstico correto e início do tratamento, o profissional de saúde precisa estar atento e com um grau de suspeita elevado quanto à natureza maligna da lesão para que seja realizada a biópsia em tempo apropriado (Fitzpatrick et. al., 2019).

Uma vez diagnosticado, o tratamento do CCE oral consiste principalmente em intervenção cirúrgica, radioterapia, quimioterapia ou na combinação de ambas (Neville et. al., 2016; Campbell et. al., 2018). Para as malignidades intraorais que possuem um tamanho reduzido, na maioria das vezes apenas uma modalidade de tratamento é selecionada, geralmente a cirurgia. Já em pacientes que apresentam

tumores grandes e que tenham linfonodos suspeitos palpáveis durante a o exame físico, utiliza-se uma terapia combinada (Neville et. al., 2016). Além disso, tumores com classificação clínica T1/T2 e N0, que mostram uma profundidade maior de invasão (tumor com uma espessura maior que 3 ou 4 milímetros), apresentam um risco elevado de metástase para a região dos linfonodos, portanto, durante a intervenção cirúrgica deve-se realizar a remoção dos linfonodos para análise histopatológica, e caso os linfonodos apresentem focos de tumor e extravasamento extranodal, o paciente deve receber tratamento combinando de radioterapia e quimioterapia (Gameza et al., 2018; Levi & Lalla, 2018).

O prognóstico do CCE oral ainda é desafiador (Neville et. al., 2016; Stoopler et. al., 2016). Cerca de metade dos pacientes morrem nos primeiros 5 anos desde o início do tratamento (Neville et. al., 2016; Gamez et. al., 2018; Levi & Lalla, 2018). Dessa forma, o conhecimento das possíveis apresentações clínicas, assim como intervenções e diagnóstico precoce são essenciais para a mudança dessas estatísticas de prognóstico dos pacientes com CCE oral (Levi & Lalla, 2018).

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de um carcinoma de células escamosas em borda lateral de língua, que mimetizava uma úlcera traumática, salientando então, a importância dos diagnósticos diferenciais e intervenções necessárias para o correto diagnóstico.

4 RELATO DE CASO

Paciente P.B., gênero masculino, cor de pele branca, 51 anos de idade, foi encaminhado ao Orocentro da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP para avaliação de lesão em borda lateral de língua, presente há 2 anos com períodos de remissão e exacerbação. O paciente referiu que fez uso de pomadas corticóides nos últimos 2 meses e não percebeu melhora.

A anamnese revelou que o paciente é ex-tabagista e que cessou o hábito há 10 anos, contudo fumou durante 20 anos cerca de 20 cigarros por dia. Não possuía nenhuma doença de base e era sistemicamente saudável.

A avaliação extra-oral não evidenciou nenhum tipo de alteração, inclusive não possuía cadeias linfonodais palpáveis. Ao exame físico observou-se uma úlcera rasa em borda lateral direita de língua, com bordas brancas e formato triangular que estava em íntimo contato com as cúspides dos dentes da região (Figuras 6 e 7). A borda lateral esquerda de língua apresentava pequena área branca compatível com trauma de mordida (Figura 8). O histórico de períodos de remissão e exacerbação somado ao íntimo contato com os dentes, e da lesão na borda lateral contralateral da língua levou à hipótese clínica de úlcera traumática. Desta forma, a conduta clínica baseou-se na realização do polimento das cúspides dos dentes da região, além de prescrição de Gingilone® para auxílio na cicatrização. Após duas semanas, a lesão persistiu mesmo após medicação tópica e alisamento das cúspides dos dentes relacionados. Diante da persistência da lesão, foi realizada biópsia sob anestesia local que evidenciou um carcinoma de células escamosas pobremente diferenciado (Figuras 9, 10 A e B).



Figura 6. Imagem clínica inicial da lesão na borda lateral direita da língua com úlcera em formato triangular, semelhante ao formato das cúspides dos dentes adjacentes, com borda esbranquiçada circundante.



Figura 7. Detalhe do aspecto clínico da lesão ulcerativa em formato triangular, com bordas elevadas e leucoplásicas.



Figura 8. Imagem do lado esquerdo da língua do paciente, demonstrando pequena lesão retilínea branca, compatível com trauma de mordida.

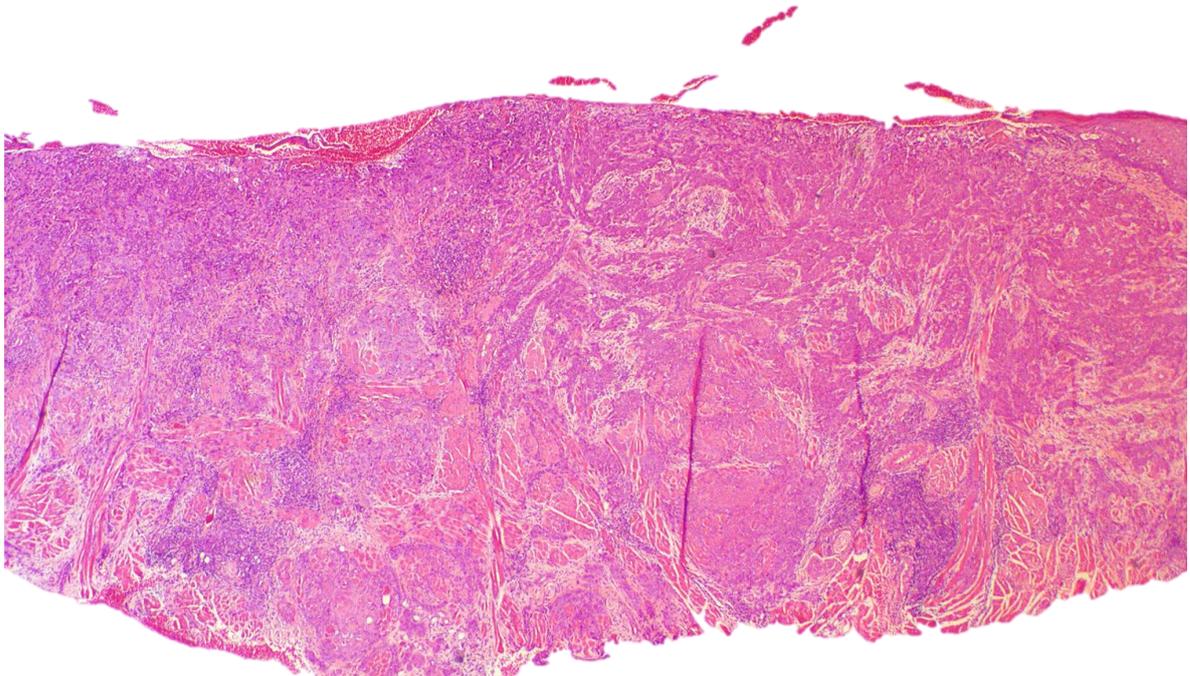


Figura 9: Visão em menor aumento do fragmento de biópsia exibindo superfície ulcerada e invasão de células epiteliais neoplásicas no tecido conjuntivo subjacente (Objetiva 5x, HE).

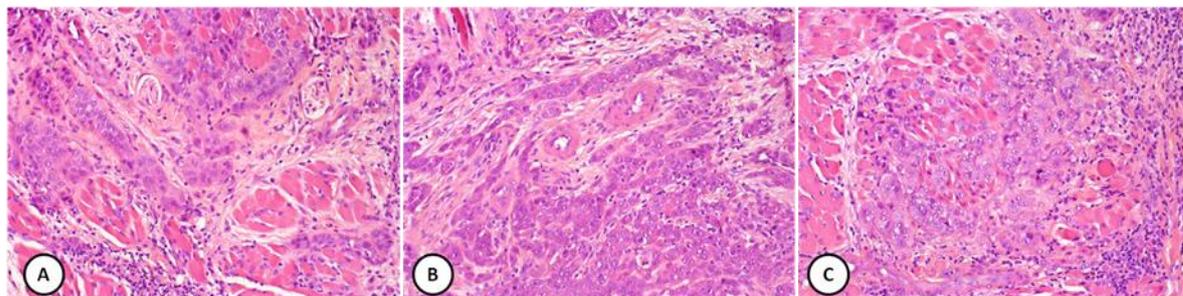


Figura 10: Células epiteliais neoplásicas pouco diferenciadas circundando tecido nervoso (A), vasos sanguíneos (B) e infiltrando tecido muscular (C) (Objetiva 20x, HE).

Paciente foi encaminhado ao cirurgião de cabeça e pescoço e tratado com glossectomia parcial e esvaziamento cervical. A análise microscópica da peça cirúrgica evidenciou comprometimento de linfonodos ipsilaterais com extensão extranodal, caracterizando o estadiamento em T1N3b, pela classificação atual. A partir do estadiamento, o paciente foi submetido à 32 sessões de radioterapia e 3 sessões de quimioterapia. O paciente esteve em acompanhamento clínico periódico. Entretanto, infelizmente desenvolveu recidiva após um ano de seguimento e foi tratado por quimioradioterapia. Dois anos após, o paciente veio à óbito pela doença.

5 DISCUSSÃO

Dentre todas as malignidades orais, os carcinomas de células escamosas (CCE) representam aproximadamente 90% dos casos (Chi et. al., 2015; Gigliotti et. al., 2019). O perfil das pessoas que são acometidas por essa malignidade é de indivíduos do gênero masculino, acima dos 50 anos de idade, que possuem hábitos de risco, como o etilismo e tabagismo (Kumar et. al., 2016; Gigliotti et. al., 2019). O caso relatado demonstra que o perfil demográfico do paciente está em concordância com o que a literatura descreve, ilustrando um CCE oral que acometeu um paciente do gênero masculino, que apesar de ter cessado o tabagismo há 10 anos, fumou cerca de 20 cigarros por dia durante o período de 20 anos, o que demonstra que ainda que o hábito tenha sido interrompido, os prejuízos do tabaco podem permanecer e originar lesões. Os CCEs intraorais atingem a região da língua com maior frequência, representando cerca de 50% dos casos (Davies et. al., 2006; Neville et. al., 2009; Vigarios et. al., 2019). A borda lateral de língua consiste em dois terços dos casos de CCE, seguido do ventre e raramente o dorso. Tumores localizados na borda lateral de língua podem gerar metástase locoregionais para os linfonodos cervicais e ocasionalmente metástases à distância, principalmente para pulmões e fígado (Neville et. al., 2009). O presente caso relata um tumor pequeno em borda lateral de língua que após análise histopatológica dos linfonodos cervicais foi constatado metástase locoregional.

O CCE apresenta diversos aspectos clínicos. Inicialmente, podem se manifestar como lesões brancas, vermelhas e úlceras indolores e tardiamente os CCE causam dor e apresentam-se como úlceras profundas e infiltrativas capazes de causar o endurecimento da região adjacente (Almeida 2016). Este aspecto diverso contribui para distintos diagnósticos diferenciais, o que gera uma necessidade de atenção do cirurgião-dentista. A úlcera traumática está entre esses diagnósticos diferenciais e foi a hipótese inicial desse relato. O caso apresentado, trata-se de um paciente com uma lesão pequena em formato triangular, com ulceração na parte central e contorno branco localizada em borda lateral direita de língua, bem próxima a linha de oclusão. O fato de a lesão ter um formato coincidente com as cúspides dos dentes adjacentes, e por ter um histórico de episódios de exacerbação e remissão levou à hipótese diagnóstica de uma úlcera traumática. O que também

sugeriu essa primeira hipótese de diagnóstico é que a lesão apresentava contorno esbranquiçado, que insinuava um processo de cicatrização.

O tempo de duração da úlcera traumática varia de poucos dias a duas semanas. Após a utilização de algum agente corticóide ou a remoção da causa do trauma ela tende a cicatrizar por completo (Lima et. al., 2005). Dessa forma, se não houver regressão depois desse período, deve-se realizar biópsia. O resultado histopatológico do presente relato indicou que a lesão se tratava de um CCE. Mesmo o paciente recebendo um diagnóstico de uma pequena lesão e sendo submetido a tratamentos combinados de cirurgia, quimioterapia e radioterapia, houve a presença de recidiva depois de um ano, levando o paciente à óbito. Este prognóstico ruim pode ser explicado pelo comportamento biológico agressivo do tumor, ainda que o tumor fosse pequeno (T1).

O CCE em sua fase inicial é indolor e faz com que não haja uma preocupação significativa, assim os pacientes em sua grande parte, tardam em buscar alguma intervenção profissional, o que pode prejudicar o prognóstico (Neville et. al., 2016; Gamez et. al., 2018). O presente relato demonstra que o paciente demorou dois anos após o surgimento da úlcera para buscar auxílio profissional, provavelmente pela característica assintomática da lesão. Quando buscou o atendimento, a característica clínica mais perceptível foram as compatíveis com úlcera traumática. Entretanto, a persistência da lesão após os procedimentos para excluir associação com trauma, biópsia foi realizada o que permitiu estabelecer o diagnóstico de CCE. Embora o diagnóstico tenha sido realizado precocemente, o paciente demorou dois anos para buscar auxílio profissional. Desta forma, políticas de saúde pública que envolva a capacitação da população na avaliação das condições orais e como e onde buscar atendimento são importantes. Além disso, uma ampla visão do profissional de saúde e atenção para as diversas possibilidades de lesões intraorais é fundamental quanto à possibilidade da natureza maligna, porque o prognóstico e a sobrevida do paciente podem ser prejudicados.

Vale ainda ressaltar que o cirurgião-dentista participa ativamente nos cuidados ao paciente com câncer oral. A atuação odontológica passa pelo diagnóstico, condutas pré-terapia, controle dos efeitos da radioterapia e quimioterapia e na reabilitação de pacientes que sofreram perdas dentais decorrentes do tratamento oncológico (Almeida 2016, Levi & Lalla, 2018).

6 CONCLUSÃO

O CCE de língua está entre as malignidades orais mais comuns, com predileção para pacientes do gênero masculino, com idade acima dos 50 anos e com histórico do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Este tumor apresenta diversos aspectos clínicos que mimetizam outras lesões, dentre elas a úlcera traumática. Desta forma, é fundamental que os profissionais de Odontologia estejam aptos a identificar as lesões e estabelecer o correto diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Almeida OP. Patologia Oral. São Paulo: Artes Médicas; 2016.
2. Brad W. Neville; Douglas D. DAMM; Carl M. Allen; Jerry E. Bouquot. Patologia Oral e Maxilofacial - 3ª Edição – Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
3. Brad W. Neville; Douglas D. DAMM; Carl M. Allen; Jerry E. Bouquot. Patologia Oral e Maxilofacial - 4ª Edição – Rio de Janeiro. Elsevier, 2016.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativa. 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6a ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
6. Campbell BR, Netterville JL, Sinard RJ, Mannion K, Rohde SL, Langerman A, et al. Early onset oral tongue cancer in the United States: A literature review. *Oral Oncol.* 2018 Dec;87:1-7. doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.10.009.
7. Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma—an update. *CA Cancer J Clin.* 2015 Sep-Oct;65(5):401-21. doi: 10.3322/caac.21293.
8. Davies L, Welch HG: Epidemiology of head and neck cancer in the United States. *Otolaryngol Head Neck Surg* 135:451-457, 2006 Sep;135(3):451-7.
9. Fitzpatrick SG, Cohen DM, Clark AN. Ulcerated Lesions of the Oral Mucosa: Clinical and Histologic Review. *Head Neck Pathol.* 2019 Mar;13(1):91-102. doi: 10.1007/s12105-018-0981-8.
10. Gamez ME, Kraus R, Hinni ML, Moore EJ, Ma DJ, Ko SJ, et al. Treatment outcomes of squamous cell carcinoma of the oral cavity in young adults. *Oral Oncol.* 2018 Dec;87:43-48. doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.10.014.
11. Ganly I, Patel S, Shah J. Early stage squamous cell cancer of the oral tongue—clinicopathologic features affecting outcome. *Cancer.* 2012 Jan 1;118(1):101-11. doi: 10.1002/cncr.26229.
12. Gigliotti J, Madathil S, Makhoul N. Delays in oral cavity cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2019 Sep;48(9):1131-1137. doi: 10.1016/j.ijom.2019.02.015.

13. Head and Neck Cancer Study Group (HNCSG), Monden N, Asakage T, Kiyota N, Homma A, Matsuura K, et al., A review of head and neck cancer staging system in the TNM classification of malignant tumors (eighth edition). *Jpn J Clin Oncol*. 2019 Jul 1;49(7):589-595. doi: 10.1093/jjco/hyz052.
14. Koyfman SA, Ismaila N, Holsinger FC. Management of the Neck in Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity and Oropharynx: ASCO Clinical Practice Guideline Summary. *J Oncol Pract*. 2019 May;15(5):273-278. doi: 10.1200/JOP.18.00727.
15. Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review. *J Cancer Res Ther*. 2016 Apr-Jun;12(2):458-63. doi: 10.4103/0973-1482.186696.
16. Levi LE., Lalla RV. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer. *Dent Clin North Am*. 2018 Jan;62(1):121-130. doi: 10.1016/j.cden.2017.08.009.
17. Lima ASS, Grégio AMT, Tanaka O, Machado MAN, França BHS. Tratamento das ulcerações traumáticas bucais causadas por aparelhos ortodônticos. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial [online]*. 2005, vol.10, n.5, pp.30-36.
18. Lourenço SQC, Schueler AF, Camisasca DR, Lindenblatt RC, Bernardo VG. Classificações Histopatológicas para o Carcinoma de Células Escamosas da Cavidade Oral: Revisão de Sistemas Propostos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2007; 53(3): 325-333.
19. Stoopler ET, Sollecito TP. Recurrent Oral Ulcers. *JAMA*. 2015 Jun 16;313(23):2373-4. doi: 10.1001/jama.2015.1637.
20. Vigarios E, Siegfriedb A, Hebraudc B, Sibaudd V, Marete D. An ulceration on the tongue: A case report. *2019 Oral Oncol*. 2019 Oct;97:141-142. doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.08.012.

ANEXOS

Anexo 1 – Verificação de originalidade e prevenção de plágio

CARCINOMA ESPINOCELULAR MIMETIZANDO ÚLCERA TRAUMÁTICA: RELATO DE CASO			
RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE			
8%	4%	1%	6%
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS
FONTES PRIMÁRIAS			
1	Submitted to Universidade Estadual de Campinas Documento do Aluno		6%
2	repositorio.ufscar.br Fonte da Internet		<1%
3	accessmedicine.mhmedical.com Fonte da Internet		<1%
4	repositorio.unicamp.br Fonte da Internet		<1%
5	issuu.com Fonte da Internet		<1%
6	docplayer.com.br Fonte da Internet		<1%
7	www.j3.jstage.jst.go.jp Fonte da Internet		<1%
8	www.sioechcf.it Fonte da Internet		<1%

9 www.repositorio.ufc.br
Fonte da Internet

<1%

Excluir citações Desligado
Excluir bibliografia Desligado

Excluir correspondências Desligado

Anexo 2 – Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Carcinoma espinocelular mimetizando lesão ulcerativa traumática: relato de caso", CAAE 20736719.1.0000.5418, dos pesquisadores Márcio Ajudarte Lopes, Isabel Schausitz Pereira Faustino e Nayara Silva de Faria, satisfaz as exigências das resoluções específicas sobre ética em pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde e foi aprovado por este comitê em 18/09/2019.

The Research Ethics Committee of the Piracicaba Dental School of the University of Campinas (FOP-UNICAMP) certifies that research project "Squamous cell carcinoma mimicking traumatic ulcerative injury: case report", CAAE 20736719.1.0000.5418, of the researcher's Márcio Ajudarte Lopes, Isabel Schausitz Pereira Faustino and Nayara Silva de Faria, meets the requirements of the specific resolutions on ethics in research with human beings of the National Health Council - Ministry of Health, and was approved by this committee on September, 18 2019.

Prof. Fernanda Miori Pascon
 Vice Coordenador
 CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Jacks Jorge Junior
 Coordenador
 CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo e a lista de autores aparecem como fornecidos pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
 Notice: The title and the list of researchers of the project appears as provided by the authors, without editing.