

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS: PROGNÓSTICO E SOBREVIVÊNCIA

Ariane Araújo de Souza¹
Fernanda Santana Queiroz¹
Nataliane Reis Bastos¹
Paulo Victor Araújo Dornelas¹
Adriano Carlos Soares²
professoradrianosouares@gmail.com

AREA DE CONHECIMENTO: Ciências da saúde

PALAVRAS CHAVES: carcinoma; câncer bucal; patologia bucal.

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, estima-se que, no ano de 2016, ocorreram 15.490 casos novos de câncer bucal, constituindo-se na quinta causa mais importante de casos novos em homens e na sétima em mulheres (INCA, 2016). O tipo mais comum de câncer de boca é o carcinoma de células escamosas, que corresponde a cerca de 90% dos casos documentados. Geralmente essa lesão vai acometer, majoritariamente os homens com idade superior a 50 anos, e um dos principais fatores para seu aparecimento é o tabagismo e o alcoolismo, que, quando associados, possuem o maior potencial causador de câncer de boca, aumentando de 10 a 30 vezes a probabilidade de seu desenvolvimento, apesar da multifatorialidade da gênese do câncer oral (NEVILLE, 2016). A etiologia do carcinoma de células escamosas oral, geralmente é multifatorial, onde ação de agentes intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo podem atuar juntos para o desenvolvimento desta patologia (ALMEIDA, 2014; ANDRADE, SANTOS E OLIVEIRA, 2015; NEVILLE, 2016). No exame clínico, o carcinoma de células escamosas se apresenta, como uma lesão indolor no seu estágio inicial, capaz de adquirir características endofíticas ou exofíticas com o decorrer do seu desenvolvimento, somadas a sensação de ardência. Este pode surgir a partir de leucoplasia, eritroplasia e/ou eritroleucoplasia. Os principais locais anatômicos onde ele se manifesta são língua, assoalho bucal, palato mole, gengiva, mucosa jugal, vermelhão do lábio e palato duro, e orofaringe (NEVILLE, 2016). No exame histopatológico, esta lesão é caracterizada por cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas, com a invasão sendo representada pela extensão irregular do epitélio da membrana basal para o interior do tecido conjuntivo. O tratamento desta patologia depende da saúde geral do paciente, e o seu tratamento é multidisciplinar, suas características patológicas são de suma importância. A excisão cirúrgica completa da lesão é geralmente o tratamento de escolha e se apresenta quase sempre associada à radioterapia (NEVILLE; ÁVILA, JARA E RONDANELLI, 2016). A quimioterapia e a imunoterapia têm sido relatadas como importantes terapias adjuvantes em casos mais avançados da doença, onde os pacientes apresentam menores taxas de sobrevivência.

¹ Acadêmico (a) do 9º período do curso de Odontologia da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX.

² Farmacêutico Bioquímico (UFOP), Cirurgião-Dentista (UNIVÉRTIX); Doutor em Bioquímica Aplicada (Biotecnologia) (UFV); Mestre em Ciências Naturais e da Saúde (UNEC); Especialista em Docência do Ensino Superior (UCAM, RJ); Especialista em Farmacologia (UFLA). Professor dos cursos de Farmácia, Psicologia, Enfermagem e Odontologia da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX.

Os linfonodos cervicais geralmente são os primeiros locais a serem acometidos por metástases em pacientes com carcinoma de células escamosas. Mesmo em pacientes onde não se observa disseminação para linfonodos cervicais, recomenda-se o esvaziamento cervical, por essa patologia possuir um padrão de disseminação bem estabelecido. São submetidos ao tratamento padrão que consiste em ressecção do tumor primário seguido do esvaziamento cervical. Isso se dá devido ao risco superior a 20% de metástases ocultas, estudos ainda indicam que a presença de metástases linfonodais é responsável por taxas de até 50% na redução de sobrevida e o prognóstico piora à medida que o número de linfonodos afetados aumenta.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado através de revisão de literatura, na qual foram utilizados artigos pesquisados na plataforma, Google Acadêmico, Scielo, além de informações adicionais pesquisadas no site do INCA. Foram analisados um total de 6 artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Ávila *et al.* (2016), apesar dos avanços dos métodos de diagnóstico, e da compreensão dos mecanismos envolvidos na formação do carcinoma de células escamosas, as taxas de sobrevida ainda são baixas com valores entre 48 e 61,5%. A sobrevida em pacientes que foram acometidos por esta patologia, dependem da localização do tumor e do seu método de tratamento, além disso a metástase dessa patologia para os linfonodos cervicais representa uma queda de 50% na sobrevida do paciente. Momares *et al.* (2014) avaliaram o tempo de sobrevida de cinco anos em uma amostra composta por 161 pacientes portadores de CCE oral diagnosticados através de biópsia da lesão. Na análise dos dados encontraram uma sobrevida média de 6,9 anos. A sobrevida de 5 anos foi encontrada em 46% dos pacientes da amostra. Segundo os autores, as menores taxas de sobrevida foram encontradas nos pacientes 10 com idade inferior aos 45 anos. Ainda, comparando-se sobrevida e localização anatômica do tumor, este estudo demonstrou que a localização que apresentou menor taxa foi o assoalho bucal. Souza *et al.* (2018) em seu estudo nos trouxe a taxa de sobrevida em indivíduos acometidos por câncer de células escamosas em localidades orais diferentes. A justificativa para a demora em seu diagnóstico é de que existe uma falta de conhecimento da população, que faz com que os cuidados para se evitar o CCE sejam negligenciados, bem como o despreparo dos profissionais de saúde em diagnosticar esta patologia. Para obtermos melhores prognósticos, se faz necessário a mudança de hábitos desses indivíduos. O estágio avançado da doença no momento do diagnóstico é um grande problema, muitas vezes as razões para esse diagnóstico tardio são por fatores regionais e socioeconômicos. Em pacientes que não aderem ao tratamento e não deixam hábitos nocivos, há uma diminuição das respostas do organismo a radioterapia e quimioterapia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho foi abordado os principais fatores para o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas e prognóstico. Há uma unanimidade entre os autores

quando se trata da participação do tabaco no desenvolvimento do câncer bucal. Alguns autores relatam que o álcool sem associação do tabaco não tem a potencialização de agir na fase iniciadora da carcinogênese bucal. As regiões mais acometidas são: língua, assoalho bucal, palato mole, gengiva, mucosa jugal, vermelhão do lábio, palato duro e orofaringe. O estadiamento clínico tem grande influência sobre a escolha do tratamento e prognóstico dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. A.; *et al.* Dependência nicotínica e perfil tabágico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. [s.l.], v. 40, n. 3, p. 286-293, 2014.

ANDRADE, J. O.; SANTOS, C. A. S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [s.l.], v. 18, n. 4, p. 894- 905, 2015.

ÁVILA, M. F.; JARA, M. D.; RONDANELLI, B. M. Carcinoma espinocelular de língua: estudo de sobrevida a 5 años. **Revista Clínica Periodontia Implantologia Rehabilitacion Oral**. [s.l.], n.1, p.74-78, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer**. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa> (Acessado em 03 de junho de 2016).

MOMARES, B.; *et al.* Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. **Revista Chilena Cirugía**. [s.l.], v. 66, n. 6, p. 568-576, 2014.

NEVILLE, B. W. *et al.* Patologia Óssea. In: NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 4ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, c. 10. p. 410-423, 2016.