

CARCINOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES EM LÁBIO, RELATO DE CASO CLÍNICO. SPINDLE CELL CARCINOMA OF THE LIP, A CASE REPORT



Tamires Cunha Santos¹, Daniele Otoni Silva¹, Cintia Bueno de Paula¹, Pablo Agustin Vargas², Marcio Ajudarte Lopes², Leonardo Amaral dos Reis¹

¹Faculdade de Odontologia - Atenas campus Passos/MG.

²Departamento de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP.

Artigo Original

Resumo

O câncer de lábio é uma lesão maligna causada principalmente pela exposição crônica aos raios UV e comumente presente em pacientes com a cor da pele clara. Poucos estudos relatam a variante histológica de células fusiformes, extremamente rara e agressiva, associada a um prognóstico ruim. O caso clínico relata um paciente branco, com 66 anos de idade apresentando uma extensa lesão em lábio inferior. A associação entre os achados clínicos e histopatológicos com o auxílio da imunohistoquímica permitiu estabelecer o diagnóstico de carcinoma de células fusiformes. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica com reconstrução labial. Embora o diagnóstico tenha sido tardio, o paciente segue em acompanhamento médico e odontológico há 2 anos sem evidências de recidiva ou metástases. Destacamos a importância de se realizar o diagnóstico mais precocemente possível, possibilitando conseqüentemente que os pacientes tenham melhor sobrevida e melhor qualidade de vida.

Introdução

O lábio inferior é o local de maior ocorrência de tumor maligno da boca. A estimativa para o câncer de boca (cavidade oral e lábio) é de 275.000 novos casos a cada ano¹.

A etiologia do CEC (carcinoma espinocelular) oral é multifatorial³. Sabe-se que o uso de tabaco e álcool são fatores de risco bem estabelecidos para a cavidade oral. No lábio, o CEC ocorre principalmente na região de vermelhão do lábio inferior de indivíduos de pele clara com histórico de exposição crônica à radiação UV^{1,2}. Esta malignidade pode se desenvolver através de uma lesão precursora, denominada de queilite actínica, lesão considerada potencialmente maligna³.

As lesões em lábio são, inicialmente, assintomáticas, destacando a necessidade de uma avaliação criteriosa pelo cirurgião-dentista em especial pelo especialista em diagnóstico oral, o Estomatologista. O padrão ouro para diagnóstico é a realização de uma biópsia incisiva e a confirmação histológica⁴. O CEC apresenta variantes clínicas e histológicas que podem influenciar no prognóstico do paciente, como é o caso dos subtipos verrucoso, células

fusiformes e basaloide⁵.

O carcinoma de células fusiformes é uma variante rara, caracterizado pela presença de um componente maligno indiferenciado de aparência sarcomatoide. Estudos relatam a maior agressividade dessa variante com forte tendência a metástase para os linfonodos cervicais ou até a presença de metástase à distância. O componente fusiforme pode ser evidenciado e melhor caracterizado por reações de imunohistoquímica^{6,7}.

A modalidade terapêutica mais indicada para o CEC oral é a ressecção cirúrgica⁸. A modalidade varia de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença no momento do diagnóstico, variando de uma excisão local até uma ampla remoção⁹. A radioterapia (RT) deve ser a modalidade terapêutica de escolha para o CEC oral, quando o paciente não apresenta condições clínicas para ser submetido à cirurgia, ou então pode ser feito a associação das duas modalidades – Cirurgia e Radioterapia, sendo menos frequente o uso de RT para CEC de lábio¹⁰.

O objetivo deste artigo é apresentar o diagnóstico tardio de um caso clínico de carci-

noma de lábio inferior com uma variante histológica rara e destacar a importância da caracterização histológica, para o diagnóstico preciso.

Caso Clínico

Paciente do gênero masculino, branco, com 66 anos de idade, compareceu Orocentro (Serviço de diagnóstico e tratamento de lesões bucais) da Faculdade de Odontologia de Pira-

cicaba-UNICAMP apresentando uma extensa lesão ulcerada, assintomática de consistência fibroelástica, afetando praticamente toda a extensão do vermelhão do lábio inferior (Figura 1). O paciente relatou que a lesão tinha aproximadamente um ano de evolução. A biópsia incisional foi realizada, após a anestesia local e o material foi encaminhado para análise histológica.

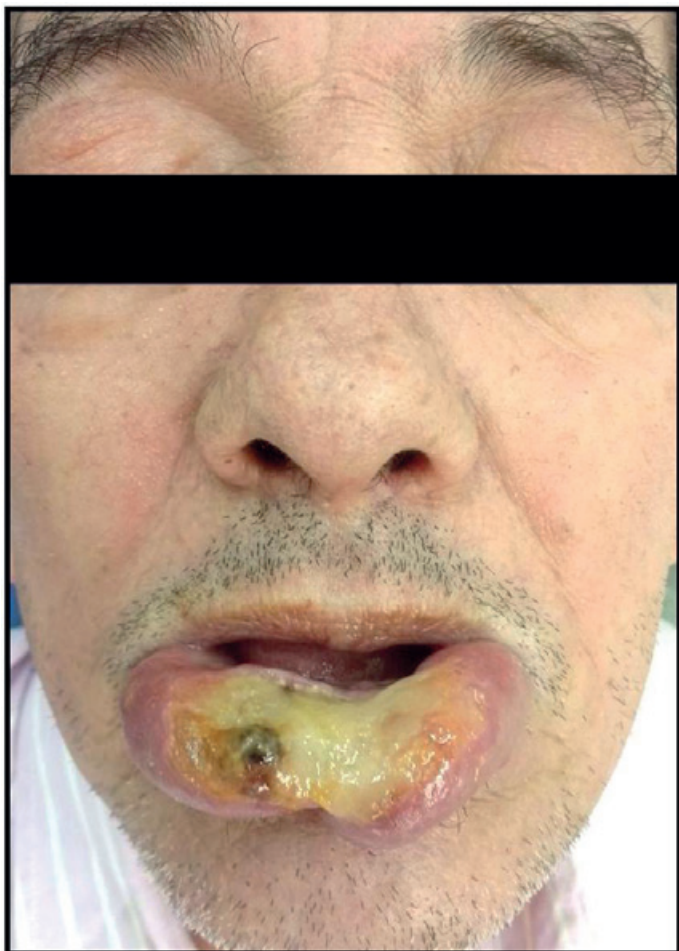


Figura 1 - Extensa lesão ulcerada acometendo praticamente toda a região do vermelhão do lábio inferior (primeiro atendimento).



Figura 2 - Em maior aumento é possível observarmos com mais detalhes a lesão de bordas elevadas com o centro ulcerado (segundo atendimento após a remoção de sutura).

Os achados histopatológicos corados em hematoxilina e eosina mostraram dois componentes: um escamoso e outro de células fusiformes sarcomatóides. Com esses achados foi estabelecido o diagnóstico de carcinoma espinocelular. Para realizar a caracterização do componente maligno de células fusiformes com aparência mesenquimatosa, realizou-se algumas reações de imunohistoquímica com os marcadores AE1/AE3; Vimentina e por fim Ki 67 para evidenciar o quão proliferativo era a lesão.

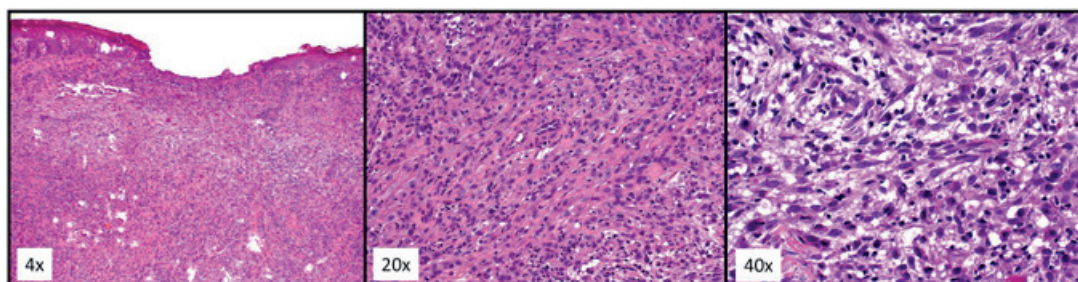


Figura 3 - Os achados histopatológicos corados em hematoxilina e eosina (H&E) mostraram dois componentes derivados do epitélio: um componente escamoso e um componente de células fusiformes sarcomatóides. Em maior aumento notam-se os feixes de células fusiformes com aparência incomum, basofílica, hiper cromática, pleomórfica com presença de mitoses atípicas. Além disso, grande quantidade de colágeno foi identificada nas zonas sarcomatóides.

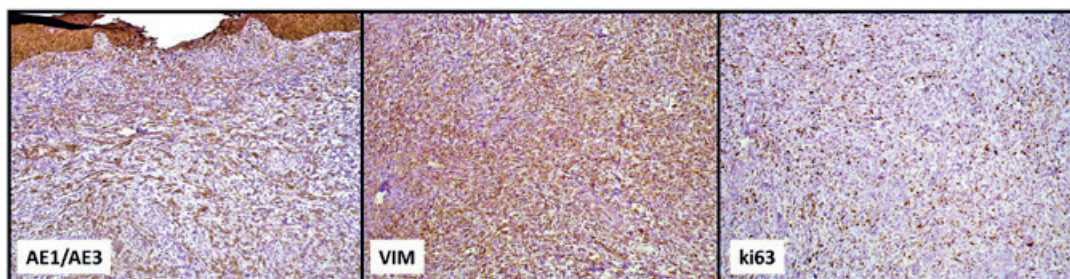


Figura 4 - A imunohistoquímica revelou que o componente epitelial era fortemente positivo para citoqueratina (CK) AE1/AE3 (4X). O componente fusiforme era fortemente positivo para vimentina (20X) e o índice de proliferação utilizando o Ki 67 (20X) positivo em 60% das células.

A associação das características clínicas, histológicas e imunohistoquímicas permitiu estabelecer o diagnóstico de Carcinoma de células fusiformes. O paciente foi submetido a ressecção cirúrgica com reconstrução labial. Durante o estadiamento clínico não foram constatados envolvimento de outras estruturas como linfonodos cervicais. Atualmente, o paciente se encontra em acompanhamento médico e odontológico, sem recidiva e metástase.

Discussão

A radiação ultravioleta é o principal agente etiológico do CEC de lábio e países tropicais como o Brasil apresentam altas taxas de incidência dessa neoplasia maligna¹¹. No artigo, relata-se um caso clínico e uma breve discussão sobre o CEC de células fusiformes em lábio inferior. A idade e o sexo do paciente descrito estão de acordo com a literatura, uma vez que, a idade média para o diagnóstico varia entre 40 a 65 anos e acomete principalmente indivíduos do sexo masculino^{44, 45}. A neoplasia está diretamente relacionada com a exposição à luz solar e acomete principalmente a raça branca^{8,12}, características estas presentes no paciente relatado.

O câncer labial pode se apresentar em lábio inferior, lábio superior e comissura labial, com a maioria absoluta dos casos (90%) acometendo o vermelhão do lábio inferior⁶, assim como no caso clínico apresentado.

A localização mais comum para a variante histológica de células fusiformes em cavidade oral é a região posterior de língua, e está associado principalmente ao uso de tabaco^{6,12}. Poucos estudos abordam o CEC de células fusiformes em lábio, associado à exposição crônica aos Raios UV. A análise microscópica da maioria dos casos relatados na literatura revela características compatíveis com tumores bem diferenciados com a presença de pérolas de queratina,

disqueratose, pleomorfismo leve e hiperchromatismo com mitose atípica¹³, achados diferentes da análise do paciente, que apresentava um tumor indiferenciado com alto grau de pleomorfismo, mitoses atípicas.

O carcinoma de células fusiformes é uma variante agressiva do carcinoma escamoso com maior propensão a espalhar-se para linfonodos regionais e sítios à distância e maior recidiva local em aproximadamente 45% dos casos⁷. O que pode ser explicado em partes, pelo aspecto clínico agressivo e extensão da lesão no paciente aqui relatado.

O tratamento mais utilizado para o carcinoma de lábio é a ressecção cirúrgica. A recidiva local gira em torno de apenas 8%, apresentando um bom prognóstico e boa sobrevida em cinco anos (95^a a 100%)⁸. Para aqueles pacientes diagnosticados com a variante histológica de células fusiformes a prognóstico e a sobrevida em cinco anos assumem números mais baixos (aproximadamente 60%)¹⁴.

O carcinoma labial em geral é uma patologia de fácil diagnóstico, uma vez que, localiza-se em região de fácil visualização, o que diferencia de outros tumores malignos do corpo. Se diagnosticado precocemente a sobrevida pode chegar a 90% e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes tratados¹.

Felizmente no caso clínico apresentado, embora com o diagnóstico tardio e com a confirmação de uma variante histológica agressiva, o paciente apresentou boa evolução. O conhecimento das características clínicas e histopatológicas é fundamental para um diagnóstico adequado do CEC de lábio, direcionando a melhor estratégia terapêutica, gerando assim um melhor prognóstico. É de suma importância criar políticas públicas de saúde que levem mais informações a população em geral, como a prevenção.

Agradecimentos

Agradecimentos ao professor Dr. Oslei Paes de Almeida, responsável pelo serviço de rotina em Histopatologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP/UNICAMP.

Referências

1. Cabello B T, Sazo B N, Salgado F A, Martínez R B. Sobrevida en carcinoma espinocelular de labio. *Rev Med Chil.* 2015;143(7):847–55.
2. Sassi LM, Giustina JC Della, Cesa TS, Stramandinoli RT, Schusse MsJ. Caso raro de carcinoma epidermoide de lábio superior em paciente feoderma. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac.* 2011;11(1):27–30.
3. Vasconcelos ECF de A, Silva MNC da, Filha MBGA, Araújo KTD de, Leite RB. Carcinoma Epidermoide De Lábio Inferior : Análise Da Incidência E Mortalidade No Brasil. *Rev Odontológica Araçatuba.* 2019;40(3):34–7.
4. Chone CT, Magalhães RS, Etchehebere E, Camargo E, Altemani A, Crespo AN. Predictive value of sentinel node biopsy in head and neck cancer. *Acta Otolaryngol.* 2008;128(8):920–4.
5. Ereño C, Gaafar A, Garmendia M, Etxezarraga C, Bilbao FJ, López JI. Basaloid squamous cell carcinoma of the head and neck: A Clinicopathological and Follow-Up Study of 40 Cases and Review of the Literature. *Head Neck Pathol.* 2008;2(2):83–91.
6. Morais EF De, Augusto R, Macedo DP, Inacio D, Reges DS, Silva DL. Carcinoma epidermoide de células fusiformes de cabeça e pescoço : revisão sistemática. 2014;51(2):151–8.
7. Rizzardi C, Frezzini C, Maglione M, Tirelli G, Melato M. A look at the biology of spindle cell squamous carcinoma of the oral cavity: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(2):264–8.
8. Gutiérrez-Pascual M, Vicente-Martín FJ, Fernández-Álvarez JG, Martín-López R, Pinedo-Moraleda F, López-Estebaranz JL. Squamous cell carcinoma of the lip. A retrospective study of 146 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(9):1116–21.
9. Carvalho MB DE, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermoide de cavidade oral no sexo feminino. *Rev Assoc Med Bras.* 2001;47(3):208–14.
10. Yan J, Wang P, Li L, Zhang L, Zhang G, Tang Y, et al. Surgery sequential with 5-Aminolevulinic acid photodynamic therapy for lip squamous cell carcinoma: Two cases reports. *Photodiagnosis Photodyn Ther [Internet].* 2020;32(September):102043. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2020.102043>
11. Fontes Damaceno M, Simões Garcia A, Tostes Oliveira D, Da Silva Santos PS. Clinical and microscopic characteristics of lip squamous cell carcinomas in an oral diagnostic service. *Rev Estomatológica Hered.* 2017;27(2):74.
12. Moreira DGL, Morais EF de, Santos HB de P, Freitas R de A. Immunohistochemical expression of DNA repair proteins in oral tongue and lower lip squamous cell carcinoma. *Braz Oral Res.* 2020;34:e101.
13. Quaedvlieg PJF, Creytens DHKV, Epping GG, Peutz-Kootstra CJ, Nieman FHM, Thissen MRTM, et al. Histopathological characteristics of metastasizing squamous cell carcinoma of the skin and lips. *Histopathology.* 2006;49(3):256–64.
14. de Morais EF, Santos HB de P, Cavalcante IL, Rabenhorst SHB, dos Santos JN, Galvão HC, et al. Twist and E-cadherin deregulation might predict poor prognosis in lower lip squamous cell carcinoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019;127(4):318–29.