

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS - UM RELATO DE CASO

SQUAMOUS CELL CARCINOMA - A CASE REPORT

 <https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-103>

Submetido em: 20/07/2026 e Publicado em: 28/07/2026

SAS: e26324

João Pedro Senczuk Clazer

Cirurgião-dentista – Faculdade Cesumar

ORCID: 0009-0002-9661-8536

Andressa dos Reis Fernandes

Cirurgião-dentista – Faculdade Cesumar

ORCID: 0009-0006-7926-4886

Marcela Martins

Cirurgião-dentista – Faculdade Cesumar

ORCID: 0009-0007-8834-2652

Ketelin Dal Pra

Cirurgião-dentista – Universidade Estadual de Londrina

ORCID: 0000-0002-5035-7011

Romulo Lazzari Molinari

Cirurgião-dentista – Faculdade Federal do Paraná

ORCID: 0009-0007-1394-8975

Beatriz Maria Consolim

Cirurgiã-dentista – Faculdade Dom Bosco

ORCID: 0009-0005-2681-2730

Rafael Delinski dos Santos

Cirurgião-dentista – Faculdade Dom Bosco

ORCID: 0009-0005-9659-6818

Julia Ribas Cesar Durscki

Cirurgião-dentista – Universidade Federal do Paraná

ORCID: 0009-0003-1748-8049

Resumo

O carcinoma de células escamosas (CCE) representa 90% das neoplasias malignas que podem acometer a cavidade oral, apresentando grande poder de destruição local e capacidade de gerar metástases regionais e à distância. O caso refere-se a um paciente do sexo masculino, de 53 anos, tabagista e etilista. Ele buscou atendimento na Universidade Cesumar, em Curitiba, apresentando como queixa principal um aumento de



volume na região mandibular esquerda e parestesia no mento. Após o exame clínico, identificou-se uma lesão ulcerada com bordas irregulares, mal definidas, endurecidas e de base sésil. Foi realizada uma biópsia incisional, estabelecido o diagnóstico e feito o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS). Após o encaminhamento pela UBS para atendimento no Hospital Erasto Gaertner, o CCE foi classificado como estágio IV, sendo indicada a realização de cuidados paliativos, visto que o paciente se encontrava em estágio terminal. Dez semanas após a confirmação do diagnóstico, o paciente veio a óbito. O diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento do CCE; portanto, ressalta-se a importância de que os profissionais dominem o conhecimento sobre as alterações patológicas bucais. Além disso, é de extrema importância conhecer os fatores de agravamento relacionados à neoplasia.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas; Cuidados Paliativos; Diagnóstico Precoce.

Abstract

Squamous Cell Carcinoma (SCC) represents 90% of the malignancies that can affect the oral cavity, with great local destructive power and ability to suffer regional and distant metastasis. A 53 years old male patient, smoker and alcoholic. She sought care at the Cesumar University of Curitiba, presenting as the main complaint an increase in volume in the left mandibular region and paresthesia in the chin. After clinical examination, an ulcerated lesion of continuity was identified, with irregular, ill-defined, sessile-based and hardened borders. An incisional biopsy was performed, diagnosed and referred to the Basic Health Unit (BHU). After referral to the BHU, directing them to care at the Erasto Gaertner Hospital, the SCC was classified as stage IV, receiving the indication of palliative care, in terminal stage. Ten weeks after the diagnosis was confirmed, the patient died. Early diagnosis is essential for the treatment of SCC, so the importance of professionals mastering oral pathological alterations is emphasized. In addition, it is extremely important to know about the aggravating factors related to neoplasm.

Keywords: Carcinoma, Squamous Cell; Early Diagnosis; Palliative Care.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a incidência de câncer bucal no Brasil seja uma das mais altas do mundo. A idade média dos pacientes é de 60 anos, e 95% dos casos ocorrem após os 45 anos (Sassi et al., 2010). O carcinoma de células escamosas (CCE) — também conhecido como carcinoma epidermoide ou carcinoma espinocelular — é a neoplasia maligna mais comum da cavidade oral, representando de 90% a 96% dos casos de câncer bucal. Sua incidência varia de acordo com idade, sexo, hábitos, ocupação, grupo étnico e localização geográfica (Mendonça et al., 2019). O carcinoma de células escamosas (CCE) apresenta



etiologia multifatorial, envolvendo fatores endógenos, como a predisposição genética, e fatores exógenos ambientais e comportamentais — tais como tabagismo, alcoolismo, exposição excessiva ao sol, higiene bucal inadequada, desnutrição, imunodeficiências e infecções secundárias —, os quais podem estar relacionados ao vírus Epstein-Barr (EBV), ao vírus do herpes simples (HSV) e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV). Trata-se de uma neoplasia que acomete mais frequentemente homens entre 50 e 70 anos, sendo mais prevalente em fumantes e etilistas. Pacientes com CCE oral precisam lidar com o impacto do tratamento em aspectos estéticos e funcionais, visto que a boca é o sítio anatômico de funções vitais básicas, como fala, deglutição e respiração, o que interfere na qualidade de vida (Silva et al., 2019; Souza, 2017).

Embora possa ocorrer em qualquer região da cavidade oral, os principais sítios anatômicos do carcinoma de células escamosas (CCE) são a língua, o assoalho da boca, o palato mole, a gengiva, a mucosa jugal, a zona de transição do lábio (vermelhão), o palato duro e a orofaringe (Souza, 2017). O tratamento do CCE é multidisciplinar; o prognóstico depende da localização anatômica do tumor, de seu estágio clínico, de sua gradação histopatológica e do estado geral de saúde do paciente. O tratamento pode ser realizado por meio de excisão cirúrgica completa da lesão, quimioterapia e radioterapia, ou até mesmo pela combinação desses métodos (Neville et al., 2016). Quanto mais precoce for o diagnóstico de uma neoplasia maligna, melhor será o prognóstico; daí a importância da detecção precoce e da prevenção. O diagnóstico e o tratamento preventivos de lesões são limitados pela baixa proporção de dentistas que utilizam a biópsia como exame complementar ou que não realizam um exame clínico mais minucioso. Isso se soma ao encaminhamento tardio por parte do paciente (Guedes et al., 2021).

Este estudo relata o caso clínico de um paciente com uma neoplasia localizada no rebordo alveolar anterior da mandíbula e no assoalho da boca. Após uma biópsia incisiva, o paciente foi encaminhado para análise histopatológica e diagnosticado com carcinoma de células escamosas (CCE). A apresentação tardia aos serviços de saúde e a identificação da lesão tornaram o prognóstico desfavorável. O tabagismo e o alcoolismo são considerados potenciais fatores de risco. Ao longo do artigo, serão discutidos os fatores de risco e as características clínicas do CCE, destacando-se a importância da identificação precoce e da prevenção do câncer bucal.

2 METODOLOGIA

2.1 LOCAL DO ESTUDO

Universidade Cesumar de Curitiba.

2.2 CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE

Um paciente do sexo masculino, de 53 anos, pardo, natural do município de Lapa (Paraná), compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Cesumar de Maringá (campus de Curitiba) em 23 de



fevereiro de 2022, queixando-se de dor, edema na região mandibular esquerda e parestesia no mento. Segundo o paciente, ele é fumante e consumidor de álcool há mais de 30 anos e trabalhou por aproximadamente vinte anos em ambiente rural, o que resultou em exposição excessiva à radiação ultravioleta. 2.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.

2.3 AVALIAÇÃO CLÍNICA

O exame clínico extraoral revelou aumento de volume na região posterior esquerda da mandíbula e no mento. Ambos os aumentos de volume eram firmes, bem delimitados e fixos. A palpação também identificou linfadenopatia submandibular e submentoniana; os linfonodos apresentavam-se endurecidos, móveis e dolorosos à palpação. Figura 1. (A, B, C, D).

Figura 1. Aspecto clínico extraoral inicial do paciente, mostrando aumento de volume na região anterior (A) e na região lateral esquerda da mandíbula (B). Presença de alteração cutânea (C) e eritema (D).



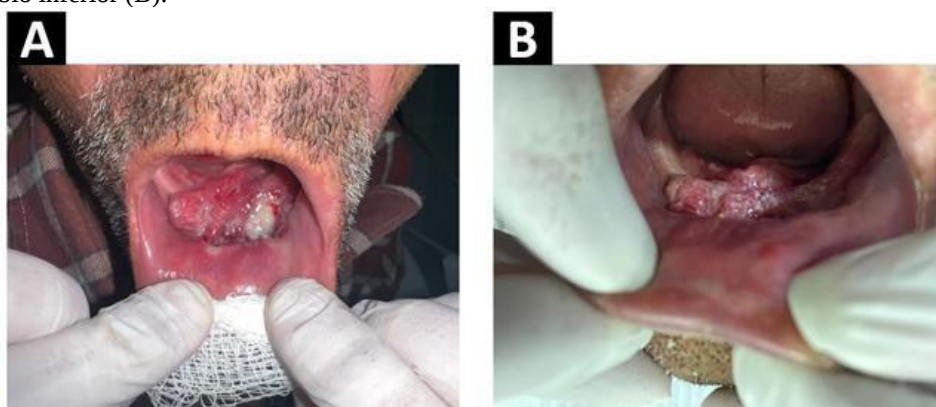
Fonte: Acervo do autor

O exame intrabucal revelou uma lesão ulcerada contínua, com bordas irregulares e mal definidas, base séssil e bordas endurecidas, localizada no rebordo alveolar mandibular anterior e no assoalho bucal. Observou-se também a presença de um coágulo medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro. A área adjacente ao coágulo apresentava aspecto irregular, com áreas esbranquiçadas e espículas ósseas. A



palpação interna revelou aumento de volume no rebordo alveolar mandibular anterior. Figura 2. (A, B).

Figura 2. Aspecto intraoral inicial do paciente: lesão ulcerada de contorno irregular na região do rebordo alveolar e vestibular (A) e eritema no lábio inferior (B).



Fonte: Acervo do autor

2.3.1 Exames de imagem

Além das informações obtidas durante o exame clínico, foram solicitados exames complementares, como radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. A paciente havia realizado previamente uma radiografia panorâmica, que evidenciou perda óssea acentuada na região anterior da mandíbula. A tomografia computadorizada revelou extensa destruição óssea na mandíbula, na região do mento, com comprometimento da cortical óssea local. Figuras 3 e 4 (A, B e C).

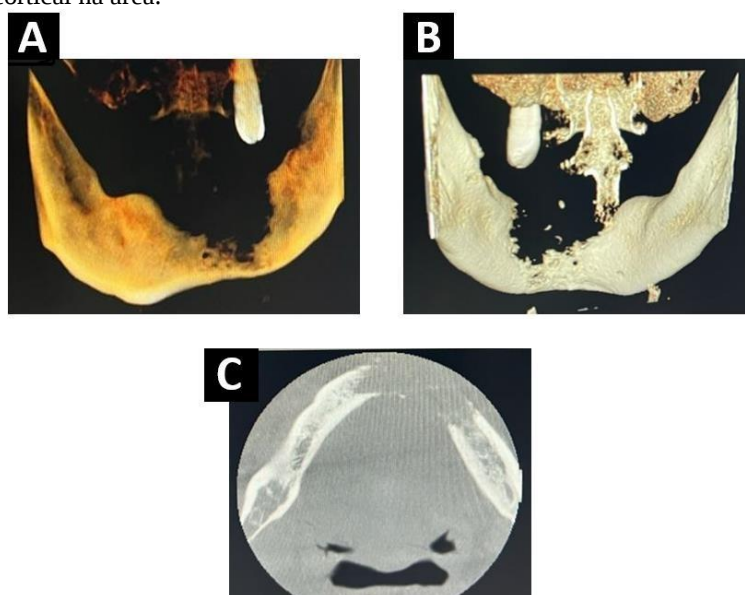
Figura 3. Observou-se perda óssea significativa na região anterior da mandíbula.



Fonte: Acervo do autor



Figura 4. A tomografia computadorizada revelou extensa destruição óssea na mandíbula, na região do mento, com comprometimento do osso cortical na área.



Fonte: Acervo do autor

2.4 PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Com base nessas informações, levantou-se hipótese diagnóstica de carcinoma de células escamosas (CCE) e planejou-se uma biópsia incisional da lesão. O paciente retornou à clínica para a remoção dos pontos e acompanhamento após 7 dias.

2.5 PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

O medicamento prescrito na ocasião foi o Tylex (500 mg de paracetamol e 30 mg de fosfato de codeína).

2.6 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

A biópsia foi realizada sob anestesia local, utilizando articaína a 4% com epinefrina (adrenalina) na concentração de 1:100.000. Realizou-se uma incisão ao redor de uma porção da lesão, seguida pela remoção parcial e sutura. O espécime removido foi acondicionado em um frasco contendo formaldeído a 10%, devidamente identificado, e posteriormente enviado para análise histopatológica. Ao preencher a solicitação de exame microscópico, o carcinoma de células escamosas (CCE) foi apontado como possível hipótese diagnóstica.

2.7 TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

Diante desse resultado, o paciente foi encaminhado à Unidade Básica de Saúde do município de Colombo, no Paraná, para posterior encaminhamento e tratamento oncológico no Hospital Erasto Gaertner.



Devido ao estágio avançado da lesão, classificada como estágio IV, não foi possível realizar a ressecção do tumor, visto que a doença encontrava-se em fase terminal. Portanto, recomendou-se a realização de cuidados paliativos como medida de conforto. Entre as medidas adotadas, incluíram-se o uso de suplementos nutricionais para suprir as necessidades do paciente e a administração de morfina para alívio da dor e promoção de sedação paliativa.

2.8 EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS

O laudo histopatológico revelou carcinoma de células escamosas invasivo e moderadamente indiferenciado.

2.9 ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO

O paciente também foi acompanhado pela Unidade Básica de Saúde do município de Colombo, Paraná, enquanto residia no município. A neoplasia maligna progrediu rapidamente, acometendo os linfonodos regionais, o assoalho da boca, a língua e a garganta. Figura 5 (A, B e C). O paciente passou a utilizar sonda nasogástrica devido à incapacidade de deglutir, o que resultou em uma perda de peso de aproximadamente 10 kg. Tal condição também comprometeu sua fala e ocasionou uma fístula ativa na região do mento. Figura 6.

Figura 5. Aspecto clínico extraoral do paciente após a progressão da neoplasia maligna.



Fonte: Acervo do autor.



Figura 6. O paciente submetido à passagem de sonda nasogástrica.



Fonte: Acervo do autor.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo apresenta limitações inerentes ao seu delineamento, uma vez que aborda a evolução clínica de um único paciente. Além disso, o período de acompanhamento a partir do diagnóstico foi limitado, restringindo a avaliação de desfechos a longo prazo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o câncer de cabeça e pescoço representa aproximadamente 10% de todas as neoplasias malignas (Silva et al., 2019). O carcinoma de células escamosas (CCE) é a neoplasia maligna oral mais comum, prevalente em homens com mais de 50 anos, tendo o tabagismo e o alcoolismo como principais fatores de risco. A incidência dessa neoplasia em jovens com menos de 40 anos é rara (3% a 6% dos casos). Nesses pacientes, a evolução da doença é ainda mais agressiva, com maior risco de metástase cervical e prognóstico desfavorável (Sassi et al., 2010).

O câncer bucal é o sexto tipo de câncer mais comum em todo o mundo (Silva et al., 2019). O conhecimento sobre sua epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento é cada vez mais importante para sua detecção precoce e o devido encaminhamento (Lira et al., 2009). O câncer bucal está associado principalmente ao tabagismo e ao alcoolismo, mas trata-se de uma neoplasia multifatorial que envolve fatores endógenos, como a predisposição genética, bem como fatores exógenos, ambientais e comportamentais — tais como tabagismo, alcoolismo, exposição excessiva ao sol, higiene bucal inadequada, desnutrição, imunodeficiências e infecções secundárias que podem estar relacionadas ao vírus Epstein-Barr (EBV), ao vírus do herpes simples (HSV) e ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Silva et al., 2019). Pacientes com carcinoma de células escamosas (CCE) na cavidade oral apresentam déficits na imunidade celular, o que contribui para o crescimento neoplásico (Campana; Goiato, 2013). O comportamento dessa neoplasia maligna é bastante agressivo, apresentando metástase cervical precoce



(Affonso et al., 2015).

Na literatura, há alguns anos, identificavam-se apenas dois subgrupos (SG) preexistentes relacionados ao desenvolvimento do CEC: o SG1, que incluía homens com idade entre 40 e 45 anos, com lesões orais, de nível socioeconômico elevado, fumantes, com tumores histologicamente queratinizados e HPV-negativos. Por outro lado, o SG2 caracterizava-se por homens com idade entre 40 e 50 anos, com lesões orofaríngeas, de nível socioeconômico não elevado, não fumantes, com tumores histologicamente não queratinizados e HPV-positivos. No entanto, estudos atuais indicam um número crescente de indivíduos afetados pelo CEC, observando-se uma prevalência de aproximadamente 5,5% em pacientes com menos de 40 anos de idade. O surgimento de um novo subgrupo (SG3) é alarmante, pois é composto por mulheres com menos de 40 anos, com lesões na língua, não consumidoras de álcool, não fumantes, com tumores histologicamente queratinizados e HPV-negativas (Oliveira; Colatino, 2019).

Anatomicamente, o CEC apresenta os seguintes locais principais: língua, assoalho da boca, palato mole, gengiva, mucosa jugal, borda do vermelhão do lábio, palato duro e orofaringe. Vale ressaltar também que a falta de conhecimento — e, conseqüentemente, de prática clínica — pode decorrer de um treinamento inadequado. Por outro lado, é elevada a prevalência de estudantes de odontologia no Brasil que classificam seu conhecimento sobre câncer bucal como satisfatório (Souza, 2017).

4 CONCLUSÃO

O diagnóstico precoce é essencial para o tratamento do carcinoma de células escamosas (CCE); portanto, é fundamental que os profissionais compreendam as alterações patológicas bucais. Além disso, o conhecimento dos fatores agravantes associados à neoplasia é crucial.

REFERÊNCIAS

1. SASSI, L. M., et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia (RSBO)**, Joinville, v. 7, n. 1, p. 14-18, mar. 2010.
2. MENDONÇA, D. W. R., et al. Carcinoma espinocelular em assoalho bucal: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 11, p. 711-716, 2019.
3. SILVA, A. A. F., et al. Perfil clínico-epidemiológico do carcinoma epidermóide bucal em pacientes adultos jovens dos 20 aos 45 anos: revisão sistemática. **Revista da Faculdade de Odontologia da UPF**, Passo Fundo, v. 24, n. 1, p. 89-95, jan./abr. 2019.
4. SOUZA, A. V. **Carcinoma de células escamosas**: uma revisão da literatura. 2017. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, 2017.



5. NEVILLE, B. W., et al. Patologia óssea. In: NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. cap. 10, p. 410-423.
6. GUEDES, C. C. F. V., et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura. **Scientia Generalis**, v. 2, n. 2, p. 165-176, 2021.
7. LIRA, A. A. B. et al. Carcinoma de células escamosas indiferenciado em paciente jovem: relato de caso. **International Journal of Dentistry**, Recife, v. 8, n. 3, p. 172-176, jul./set. 2009.
8. CAMPANA, I. G.; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 34, n. 1, p. 20-26, jan./jun. 2013.
9. AFFONSO, V. R., et al. Peritumoral infiltrate in the prognosis of epidermoid carcinoma of the oral cavity. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 4, p. 416-422, 2015.
10. OLIVEIRA, G. M.; COLATINO, J. C. F. **Carcinoma de células escamosas**: relato de caso. 2019. 24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade de Uberaba, Uberaba, 2019.