

*Artigo de Relato de Caso*  
*Case Report Article*

# Carcinoma espinocelular de boca em pacientes sem fatores de risco: relato de dois casos

## Oral squamous cell carcinoma without risk factors: report of two cases

Fabíola da Rosa Luz<sup>1</sup>  
Stephanie Von Stein Cubas Warnavin<sup>1</sup>  
Mariana Lena Sassi<sup>1</sup>  
Natália Schepanski<sup>1</sup>  
Juliana Lucena Schussel<sup>1</sup>  
Heliton Gustavo de Lima<sup>1</sup>  
Melissa Rodrigues de Araujo<sup>1</sup>

**Autor para correspondência:**

Melissa Rodrigues de Araujo  
Av. Prof. Lothário Meissner, n. 632 – Jardim Botânico  
CEP 80210-170 – Curitiba – PR – Brasil  
E-mail: melissararaujo@ufpr.br

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná – Curitiba – PR – Brasil.

**Data de recebimento: 22 mar. 2023. Data de aceite: 31 ago. 2023.**

**Palavras-chave:**

câncer da boca;  
neoplasia bucal;  
tumores da cavidade bucal.

### Resumo

**Introdução:** O carcinoma espinocelular (CEC) é a neoplasia maligna de boca que ocorre com menor frequência entre mulheres e jovens; os fatores de risco são imprescindíveis ao desenvolvimento da doença. Indivíduos do sexo masculino, adultos e idosos, etilistas e tabagistas são a população mais frequentemente acometida. **Objetivo:** Relatar dois casos de CEC em pacientes sem exposição aos hábitos nocivos ou fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas. **Relato dos casos:** Pacientes jovens, mulheres, sem hábitos nocivos ou doenças preexistentes, apresentaram lesões ulceradas com bordas elevadas, áreas esbranquiçadas e indolor. As lesões foram avaliadas por meio de biópsia incisional. As análises microscópicas levaram ao diagnóstico de CEC. **Conclusão:** O CEC deve ser considerado em indivíduos que não representam os perfis epidemiológicos frequentes. A avaliação por intermédio de biópsia incisional permitirá diagnóstico e conduta terapêutica mais precoces.

**Keywords:**

oral cancer; oral neoplasia; oral cavity tumors.

**Abstract**

**Introduction:** Squamous cell carcinoma (SCC) is a malignant neoplasm of the mouth that occurs less frequently among women and young people and risk factors are essential for the development of the disease. Adult and elderly male individuals, alcoholics and smokers are the most frequently affected population. **Objective:** To report two cases of SCC in patients without exposure to harmful habits or risk factors for the development of malignant neoplasms. **Case reports:** Young patients, women, without harmful habits or pre-existing diseases; that presented ulcerated lesions with raised borders, whitish areas and painless, the lesions were evaluated through incisional biopsy. Microscopic analyzes led to the diagnosis of SCC. **Conclusion:** SCC should be considered in individuals who do not represent frequent epidemiological profiles. The evaluation through incisional biopsy will allow earlier diagnosis and therapeutic management.

**Introdução**

O câncer de boca está entre as doenças malignas mais comuns [8, 27]. É o mais frequente câncer de cabeça e pescoço. O perfil dos indivíduos mais acometidos pelo câncer de boca é caracterizado por homens, brancos, acima de 55 anos, trabalhadores expostos ao sol, usuários crônicos de tabaco e álcool e de baixo estrato socioeconômico e educacional [11, 31].

Há predominância pelo sexo masculino; sendo 11.180 casos notificados em homens e 4.010 em mulheres por ano. São diversos os fatores que influenciam, tais como exposição aos principais fatores de risco, falta de disponibilidade e acesso ao diagnóstico e ao tratamento precoce [13]. Os fatores de risco mais frequentemente associados ao câncer de boca incluem o tabagismo e o consumo excessivo de álcool; o risco é 30 vezes maior para os indivíduos que fumam e bebem do que para aquelas pessoas que não têm tal hábito [33].

A maior prevalência de neoplasias malignas em região de cabeça e pescoço encontra-se na população adulta ou em envelhecimento; com 98% dos casos em pessoas com mais de 40 anos e cerca de 50% em pessoas com mais de 60 anos [23]. O carcinoma espinocelular (CEC) apresenta baixa incidência em jovens com menos de 40 anos (3 a 6% dos casos). Nesses pacientes, o curso da doença é ainda mais agressivo, com maior risco de metástase cervical com prognóstico desfavorável [26].

O papilomavírus humano (HPV) também está associado a alguns CECs de região oral. A vulnerabilidade à infecção por HPV e grande consumo de álcool aumentam a suscetibilidade à carcinogênese em região de cabeça e pescoço

[28]. Os subtipos HPV 16 e 18 são de alto risco de malignidade e têm sido relacionados com alterações neoplásicas do epitélio escamoso [3, 4]. Recentemente, inúmeras pesquisas tentam estabelecer a prevalência do HPV no tecido normal, em lesões benignas e no carcinoma espinocelular da cavidade oral na tentativa de comprovar a presença do vírus em tecidos da cavidade oral e relacioná-lo à ocorrência de alterações morfológicas [30].

Há 30 anos, aproximadamente, estudos já revelavam a ocorrência de CEC em pacientes que nunca fumaram ou beberam álcool e/ou tiveram tempo de exposição insuficiente para induzir alterações celulares malignas [5, 25]. Em mulheres jovens, autores apontam para causa multifatorial e a associação de fatores como: agentes virais (HPV), tipo de dieta, ambiente de trabalho, medicamentos imunossupressores, anemia de Fanconi, antecedentes genéticos e fatores hormonais [9].

Os pacientes mais jovens são considerados portadores de doença mais agressiva, com taxas de recorrência locoregional e mortalidade mais altas em comparação com a população de faixa etária mais avançada [23]. Em relação ao aspecto clínico da mucosa oral, parece não apresentar características distintas qualquer que seja a idade do paciente [15]. Clinicamente, o carcinoma exibe um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão [10].

A sobrevida do câncer de boca é baixa, variando de 30-57% para sobrevida global [2, 6, 35]. Alguns autores consideram que o CEC em mulheres jovens

é particularmente mais agressivo e com pior prognóstico do que em pacientes mais idosos [9].

A detecção precoce do câncer de boca é indispensável, e seu diagnóstico deve ser feito, inicialmente, por exame físico seguido de uma biópsia [23, 31]. A detecção precoce é extremamente importante para que se tenha uma melhor qualidade de vida durante e após o tratamento; quanto mais cedo for diagnosticada a doença, mais favorável será o prognóstico [25].

O comportamento do CEC em indivíduos jovens é bastante agressivo, apresentando metastatização cervical precoce [26]. Esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente e, como consequência, observa-se, na grande maioria dos casos, a necessidade de tratamento mutilador [1, 14, 16, 33].

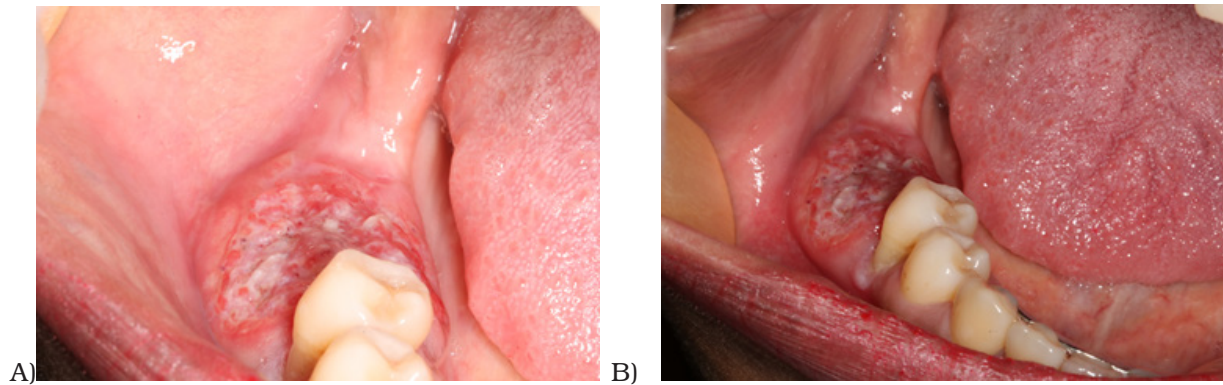
Desmistificando a prevalência do CEC em um perfil, frequentemente, descrito na literatura, serão relatados neste artigo dois casos de CEC em pacientes do sexo feminino, jovens e sem histórico de fatores de risco associados.

## Relato dos casos

### Paciente 1

Paciente do sexo feminino, 34 anos, melanoderma, auxiliar de cozinha, procedente de São Luís (Maranhão). Na anamnese relatou não ter problemas de saúde, não faz uso de medicações. Negou consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. A queixa principal relatada foi de “aumento na gengiva”, sem dor ou desconforto. Ao exame físico extraoral não foram observadas alterações da normalidade. E a palpação de linfonodos mostrou um linfonodo cervicofacial direito aumentado e endurecido.

Ao exame físico intraoral notou-se uma úlcera exofítica, em região posterior de rebordo alveolar inferior direito, área desdentada. A superfície era avermelhada, irregular e ulcerada, ora recoberta por pseudomembrana esbranquiçada, medindo aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro (figura 1). Ao exame radiográfico percebeu-se discreta radiolucidez difusa na área da lesão (figura 2).



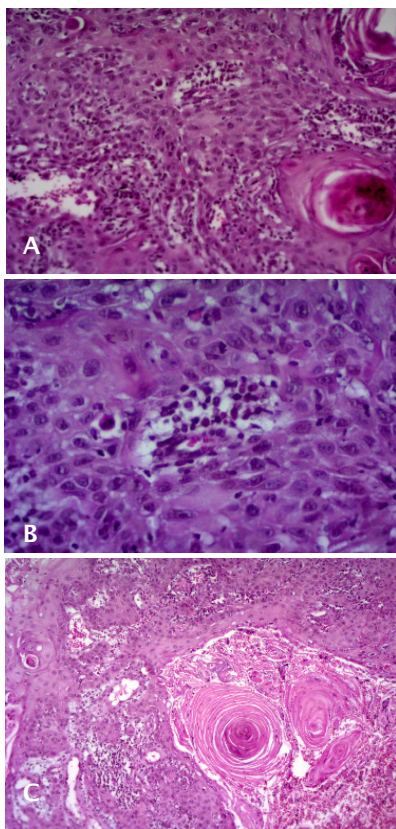
**Figura 1** – Aspecto clínico da lesão com bordas exofíticas, áreas elevadas e ulceradas, recobertas com pseudomembrana esbranquiçada em extensão aproximada de 3 cm localizada em rebordo alveolar inferior direito (2022)



**Figura 2** – Radiografia panorâmica apresentando radiolucidez difusa na região de rebordo mandibular direito, na região correspondente aos dentes 46, 47 e 48, e aumento do espaço do ligamento periodontal do dente 45



Com base nos exames clínico e radiográfico, as hipóteses diagnósticas foram de paracoccidioidomicose e CEC. Realizou-se uma biópsia incisional, sob anestesia local. O fragmento removido era friável e sangrante. A análise histopatológica revelou presença de ilhotas tumorais de células epiteliais invadindo o tecido conjuntivo, exibindo atipias celulares e pérolas de queratina. O diagnóstico microscópico foi de CEC bem diferenciado (figura 3).



**Figura 3** - Coloração HE. A: presença de atipias celulares (40x); B: infiltrado inflamatório abundante (20x); C: pérolas de ceratina (10x) (2022)

Encaminhou-se a paciente ao serviço oncológico, onde ela foi submetida a tratamento cirúrgico.

## Paciente 2

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 43 anos, não etilista e não tabagista, apresentou queixa de “afta” na língua e disfagia, principalmente ao se alimentar com alimentos ácidos e condimentados, havia 3 meses. A paciente relatou que a lesão tinha períodos de regressão e exacerbação. Ela apresentava boa higiene oral e sem histórico de câncer na família.

Ao exame físico intraoral constatou-se lesão em placa branca entremeada por áreas erosivas e eritoplásticas localizada na margem direita da língua, com bordos irregulares e limites pouco precisos, sangrante a raspagem. A lesão apresentava aproximadamente 3 cm em sua maior extensão (figura 4).



**Figura 4** - Aspecto inicial clínico da lesão em placa branca entremeada por áreas erosivas (2022)

As hipóteses diagnósticas levantadas foram de líquen plano e eritroleucoplasia.

Fez-se uma biópsia incisional da lesão para fins de diagnóstico. A análise microscópica revelou no tecido conjuntivo fibroso ilhotas e cordões epiteliais neoplásicos, de tamanhos variáveis, compatível com invasão tumoral, cujas células apresentaram atipia celular. De permeio a essas ilhotas e cordões celulares, observou-se intenso infiltrado de células inflamatórias mononucleares e vasos sanguíneos. Adjacente, verificou-se mucosa bucal constituída por epitélio estratificado pavimentoso hiperplásico, com pequena área de hiperqueratose, o qual se apresentou displásico, exibindo hiperchromatismo, pleomorfismo e mitoses atípicas. O diagnóstico foi de CEC.

A paciente foi encaminhada ao serviço oncológico e submetida à cirurgia com esvaziamento cervical; ela segue em acompanhamento (figura 5).



**Figura 5** - Imagens realizadas 1 mês após o tratamento demonstrando o aspecto clínico após intervenção cirúrgica; houve boa cicatrização após a remoção local da lesão e do esvaziamento cervical dos linfonodos, não foi necessária radioterapia e a paciente apresentava ausência de mobilidade lingual (2022)

## Discussão

A ocorrência de carcinoma espinocelular em mulheres jovens e sem fatores de risco conhecidos é pouco relatada na literatura. O perfil epidemiológico do câncer de boca é confluyente ao sexo masculino a partir da 4.<sup>a</sup> década de vida e associado aos fatores de risco comuns, como a exposição frequente aos agentes carcinogênicos (tais como sol, álcool, fumo e agrotóxicos), além da predisposição genética [3, 11, 19, 24, 31].

No mundo, em 2018 foram estimados 246 mil casos novos de câncer de boca em homens e 108 mil em mulheres; o risco estimado para essa neoplasia foi de 6,4/100 mil em homens e 2,9/100 mil em mulheres [7]. No Brasil, a proporção de homens *versus* mulheres para o câncer de cabeça e pescoço é de 2,5:1 [17]. O CEC é o décimo primeiro câncer mais frequente no sexo masculino e o décimo sexto nas mulheres [37].

O comprometimento de grupos etários mais jovens e de mulheres provavelmente deve-se à universalização dos fatores de risco, levando a essa modificação do perfil epidemiológico [19]. Um aumento no risco de câncer de boca em pacientes jovens está relacionado à exposição ao álcool e cigarro por mais de 21 anos [19]. Os fatores de risco não estavam presentes nos casos aqui relatados.

As características clínicas do CEC oral não diferem de acordo com o perfil etiológico e apresentam-se normalmente, com um fundo granuloso e grosseiro, com bordas elevadas circundando a lesão [10]. As lesões da boca mostram-se ulceradas, nodulares e vegetantes [23]. As lesões nodulares caracterizam-se por recobrimento de mucosa normal, já as lesões vegetantes se exteriorizam e, por isso, são denominadas exofíticas [18].

Os dois casos relatados neste artigo são de mulheres jovens e que não tinham hábitos

nocivos, principais fatores etiológicos associados ao câncer de boca. É difícil estabelecer a relação etiológica do CEC, com ausência de fatores extrínsecos e intrínsecos conhecidos e favoráveis ao desenvolvimento da doença. Aspectos relacionados ao estilo de vida, como uma boa dieta e a prática de atividades físicas, podem prevenir o aparecimento do câncer de boca. Entretanto a genética parece ser um fator preponderante no surgimento dessa neoplasia [24].

O diagnóstico precoce parece ser o meio mais efetivo para aumentar a sobrevida, reduzir a morbidade e minimizar a seqüela facial mutilante provocada por cirurgias para tratamento do câncer de boca [23, 29].

## Conclusão

Este artigo coloca em discussão a importância do diagnóstico precoce, bem como o perfil investigativo e qualificado do profissional, independentemente da presença ou ausência dos principais fatores de risco associados. A informação e a prevenção do câncer de boca devem atingir todas as faixas etárias.

## Referências

1. Abdo EN, Garrocho AA, Barbosa AA, Oliveira EL, Franca-filho L, Negri SL et al. Time elapsed between the first symptoms, diagnosis and treatment of oral cancer patients in Belo Horizonte, Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007(12):469-73.
2. Affonso VR, Montoro JRMC, Freitas LCC, Saggiore FP, Souza L, Mamede RCM. Peritumoral infiltrate in the prognosis of epidermoid carcinoma of the oral cavity. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015;81(4):416-21.

3. Andrade FP, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Braz Oral Res.* 2006 Out;20(4).
4. Bakardzhiev, L, Chokoeva AA, Maximov GK, Wollina U, Lotti T, Gianfaldoni S et al. Neglected giant spinocellular carcinoma of the lower lip. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2015 Oct-Dec;29(4):865-7.
5. Burzynski NJ, Flynn MB, Faller NM, Ragsdale TL. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in patients 40 years of age and younger. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;4:404-8.
6. Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(5):983-97.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2020 incidência de câncer no Brasil. Brasília, DF; 2019.
8. D'Souza S, Addepall V. Medidas preventivas no câncer oral: uma visão geral. *Biomedicina e Farmacoterapia.* 2018;107:72-80.
9. Da Silva Pinheiro CA, Carvalho PAG. Câncer de boca em mulheres jovens: estudo dos fatores de risco. *Braz J Develop.* 2020;6(9):65174-81.
10. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínico-epidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004 Jan-Feb;70(1):35-40.
11. Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer de boca: um problema de saúde pública. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2014;26:46-52.
12. Genden E, Ferlito A, Silver CE, Takes RP, Suárez C, Owen R et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010;267:1001-17.
13. Gilson LC, Mafra T, Bottan ER. Câncer de boca: conhecimento de motoristas de transportes de carga em um município de Santa Catarina (Brasil). *J Oral Investig.* 2019;8(1):34-44.
14. Gomez I, Warnakulasuriya S, Varela Centelles PI, Lopez Jornet P, Suarez Cunqueiro M, Diz Dios P et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis.* 2010;16:333-42.
15. Higashi T, Shiba JKC, Hiroyuki I. Atlas de diagnóstico oral por imagens. São Paulo: Santos, 1999.
16. Horowitz AM. Perform a death-defying act. The 90-second oral cancer examination. *J Am Dent Assoc.* 2001;132:36S-40S.
17. Inca - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro; 2016. Available from: URL:<https://www.inca.gov.br/publicacoes/informativos/informativo-deteccao-precoce-no-1-2016>.
18. Jogaib, JC, Silveira TJ, Cantini AMR, Gasparini Netto A, Tong CK. Caso clínico - carcinoma de células escamosas oral. *Cadernos UniFOA.* 2006;1(2):70-7.
19. Leite ICG, Koifman S. Revisão dos fatores de risco para o câncer de boca e faringe. *Rev Bras Cancerol.* 2022;44(4):317-25. Available from: URL:<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/282>.
20. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people: a comprehensive literature review. *Oral Oncol.* 2001;37:401-18.
21. Mehanna H, Paleri V, West CML, Nutting C. Head and neck cancer - part 1: epidemiology, presentation, and preservation. *Clin Otolaryngol.* 2011;36:65-8.
22. Messadi DV, Wilder-Smith P, Wolinsky L. Improving oral cancer survival: the role of dental providers. *J Calif Dent Assoc.* 2009;37:789-98.
23. Nascimento CG, Leu E, Gama MN, Marchi LF. Carcinoma espinocelular de boca: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. In: 19. Congresso Nacional de Iniciação Científica. São Paulo; 2019.
24. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab.* 2006;42:385-92.
25. Oliver RJ, Dearing J, Hindle I. Oral cancer in young adults: report of three cases and review of the literature. *Br Dent J.* 2000;188:362-5.
26. Plzák J, Bouček J, Bandúrová V, Kolář M, Hradilová M, Szabo P et al. The head and neck squamous cell carcinoma microenvironment as a potential target for cancer therapy. *Cancers.* 2019 Mar;11(4):1-19.
27. Shavi GR, Thakur B, Bhambal A, Jain S, Singh V, Shukla A. Oral health related quality of life in patients of head and neck cancer attending cancer Hospital of Bhopal City, India. *J Int Oral Health.* 2015;7(8):21-7.
28. Sankaranarayanan R, Najeeb Mohideen M, Krishnan Nair M, Padmanabhan TK. Aetiology of oral cancer in patients < 30 years of age. *Br J Cancer.* 1989;59:439-40.



29. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *RSBO*. 2010;7(1):105-9.
30. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin*. 2011;61:212-36.
31. Silva IIC, Lawrence C, Silva Júnior JA, Pires ARC, Bastos OMP. Percepção de vulnerabilidade ao HPV e câncer de cabeça e pescoço: comportamentos sexuais e de risco em jovens de Niterói – RJ. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(2):85-92.
32. Silva PSL, Leão VML, Scarpel RD. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de Salvador – BA. *Revista CEFAC*. 2009;11:441-7.
33. Silverman JRS, Kerr AR, Epstein JB. Oral and pharyngeal cancer control and early detection. *J Cancer Educ*. 2010;25:279-81.
34. Soares ACR, Pereira CM. Associação do HPV e o câncer bucal. *Rev Ciênc Odontol*. 2018;2(2):22-7.
35. Scheufen RC, Almeida FCS, Silva DP, Araujo ME, Palmiere M, Pegoretti T et al. Prevenção e detecção precoce do câncer de boca: screening em populações de risco. *Pesqui Bras Odontoped Clín Integr* 2011;11:245-9.
36. Smith RA, Kimberly SA, Durado B, Stacey A, Fedewa DMB, Debbie S et al. Cancer screening in the United States, 2019: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(3):184-210.
37. Wade J, Smith H, Hankins M, Llewellyn C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? *Fam Pract*. 2010;27:77-84.
38. Wolff K, Follmann M, Nast A. The diagnosis and treatment of oral cavity cancer: clinical practice guideline. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012;109(48):829-35.
39. World Health Organization. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. 2020. Available from: URL:[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019\\_daly-methods.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf).