



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**  
**ESCOLA SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**CARCINOMA ESPINOCELULAR RELACIONADO AO HÁBITO DE MASCAR TABACO**  
**RELATO DE CASO CLÍNICO**

**DENIZE PEREIRA DE SOUZA**



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**  
**ESCOLA SUPERIOR CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**CARCINOMA ESPINOCELULAR RELACIONADO AO HÁBITO DE MASCAR TABACO**  
**RELATO DE CASO CLÍNICO**

**DENIZE PEREIRA DE SOUZA**

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgiã-dentista.

**Orientador:** Prof. Dr. Lioneu Nobre Cabral

**TERMO DE APROVAÇÃO**

A Ac. **Denize Pereira de Souza** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado **CARCINOMA ESPINOCELULAR RELACIONADO AO HÁBITO DE MASCAR TABACO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral (Orientador)**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Esp. Antonio Jorge A. Vasconcelos II**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. José Ricardo Prando dos Santos**

**Manaus, 20 de junho de 2017.**

## RESUMO

O carcinoma espinocelular tem sua etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores carcinógenos intrínsecos e extrínsecos. Os principais fatores de risco para seu desenvolvimento são: tabaco, álcool, vírus HPV, desnutrição, hereditariedade, radiação solar e trauma. O objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico de carcinoma espinocelular relacionado ao hábito de mascar tabaco em paciente idoso. Fatores predisponentes são relatados, bem como a revisão da literatura referente ao carcinoma espinocelular. Indivíduo, sexo masculino, mastigou tabaco durante trinta anos, procurou a Policlínica Odontológica da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), com queixa de ferida na boca há aproximadamente 5 meses. O exame clínico intrabucal revelou lesão ulcerada com manchas escuras periféricas cerca de 1cm em seu maior diâmetro, localizada em fundo de sulco vestibular em região retromolar direita. Diante dos dados da anamnese e das características clínicas foram levantadas hipóteses diagnósticas de carcinoma espinocelular e carcinoma verrucoso. Fragmentos de biopsia incisinal foram enviados para exame anatomopatológico no Laboratório de Patologia Bucal da UEA. Os cortes histológicos revelaram mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado hiperplásico apresentando camada basal polarizada, camadas parabasais aumentadas, pleomorfismo, hiperchromatismo, eventuais mitose atípicas, disqueratose e pérolas córneas. Subjacente o tecido conjuntivo apresenta-se desorganizado por ilhotas e lençóis de epitélio neoplásico, apresentando invasão perivascular, hemossiderose focal e moderado infiltrado inflamatório mononuclear linfocitário, disposto na região subepitelial. O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma espinocelular bem diferenciado. O paciente foi encaminhado a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) para avaliação e tratamento. Esse relato mostra a relação do hábito de mascar tabaco por longo período de tempo e o desenvolvimento do carcinoma espinocelular, que foi confirmado pelo exame histopatológico.

**Descritores:** Carcinoma Espinocelular; Tabaco; Mascar.

## **ABSTRACT**

Or squamous cell carcinoma has its multifactorial etiology, resulting from the interaction of intrinsic and extrinsic carcinogenic factors. The main risk factors for its development are: tobacco, alcohol, HPV virus, malnutrition, heredity, solar radiation, trauma. The objective of this work was to describe a clinical case of squamous cell carcinoma related to the habit of chewing tobacco in an elderly patient. Predisposing factors are reported, as well as the review of the literature regarding squamous cell carcinoma. Individual male, chewed tobacco for thirty years, who sought the Dental Polyclinic of the State University of Amazonas (UEA), whit wound complaint in the mouth is about 5 months. The intraoral clinical examination revealed ulcerated lesion with dark spots about 1 cm in peripheral its largest diameter, located at bottom of vestibular Groove in the region right retromolar trigone. Before the data from anamnesis and clinical characteristics were raised diagnostic hypotheses of squamous cell carcinoma and Verrucous carcinoma. Incisional biopsy fragments were sent for pathology in the oral pathology laboratory of the UEA. Histological sections revealed the buccal mucosa lined with stratified epithelium keratinized hyperplastic pavimentoso showing the basal layer, layers increased, parabasais, hiperchromatismo, pleomorphism any atypical mitosis, and Dyskeratosis pearls corneas. Underlying connective tissue appears disorganized by islets and neoplastic epithelium sheets, showing perivascular invasion, focal and moderate hemosiderosis mononuclear inflammatory infiltrate Lympho-histiocytic, provisions of discussion the region. The histopathological diagnosis was of well differentiated squamous cell carcinoma. The patient was referred to the Oncology Center Foundation of the State of Amazonas (FCECON) for evaluation and treatment. This report shows the relationship of tobacco consumption for a long period of time and the development of squamous cell carcinoma, which was confirmed by Histopathological examination.

**Key Words:** Squamous Cell Carcinoma; Tobacco; Chewing gum.

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1.</b> Aspecto clínico da lesão em fundo de sulco vestibular em região retromolar.....	20
<b>Figura 2.</b> Corte histológico: epitélio pavimentoso queratinizado hiperplásico, apresentando camada basal polarizada, camada parabasais aumentadas, infiltrado inflamatório.....	21
<b>Figura 3.</b> Presença de infiltrado inflamatório, pérolas córneas.....	22
<b>Figura 4.</b> Mitoses atípicas, hiperchromatismo.....	22
<b>Figura 5.</b> Sutura ainda presente.....	23
<b>Figura 6.</b> Sutura removida.....	23

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>10</b>
<b>3.REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Carcinoma Espinocelular .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1.1Tabaco.....</b>	<b>17</b>
<b>4.RELATO DE CASO CLÍNICO .....</b>	<b>20</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>31</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Neoplasia, câncer ou tumor são sinônimos genericamente usadas para designar um grupo composto por mais de 100 doenças que afetam qualquer parte do organismo e tem como característica comum principal a proliferação celular anormal, geralmente rápida, desordenada e desenfreada<sup>1</sup>.

Conceitualmente, neoplasia (do grego, *neo*, novo + *plasma*, tecido), coisa formada, ou seja, significa massa tecidual anormal resultante de um crescimento autônomo, progressivo e com proliferação celular excessiva, não coordenada com a dos tecidos anormais<sup>1</sup>.

O câncer de cabeça e o de pescoço são, na sua maioria, neoplasias malignas que se iniciam no epitélio de revestimento da boca por multiplicação celular desordenada que acomete as vias aerodigestivas superiores. O tipo mais comum é o carcinoma espinocelular, também denominado epidermóide ou escamocelular que corresponde a 90% a 95% dos casos de câncer de boca<sup>2</sup>.

As localizações anatômicas mais afetadas são língua, assoalho de boca e lábio inferior. Esse tumor predomina-se no sexo masculino, sendo que a grande maioria dos casos ocorre entre 50 e 70 anos de idade, havendo uma prevalência maior em indivíduos leucodermas<sup>2</sup>.

A etiologia do câncer de boca é multifatorial, sendo o tabaco e o álcool os fatores de risco mais importantes. Além destes, a exposição solar excessiva sem a devida proteção ao longo dos anos constitui-se em um considerável fator de risco para o câncer de boca, especialmente o de lábio. Outros fatores, como o papiloma vírus humano (HPV), dieta e ocupação também estão associados<sup>3</sup>.

O tabaco é obtido a partir de duas espécies vegetais, a *Nicotiana tubacum* e a *Nicotiana rústica*, nativa dos Andes peruanos e equatorianos<sup>4</sup>.

Todas as principais formas de uso do tabaco são conhecidas por causar câncer. Na Ásia, o tabaco de mascar provoca uma alta incidência de câncer de boca e nos EUA tem havido relatos de rapé oral como fator de risco para o câncer bucal<sup>5</sup>.

O tratamento do câncer de cabeça e pescoço pode ser realizado através das seguintes modalidades terapêuticas: cirurgia, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) ou combinação destas, dependendo do diagnóstico definitivo, estadiamento e localização da lesão; das condições de saúde do paciente e da infraestrutura do serviço (física ou de recursos humanos). Cada uma delas restringe-se ao local do tumor, causando algumas vezes, limitações funcionais e estéticas<sup>6</sup>.

Apesar dos recentes avanços na detecção e tratamento de câncer, acessibilidade visual da mucosa e conhecimento científico sobre fatores de risco ao câncer, o câncer bucal apresentou uma baixa taxa de sobrevivência (cerca de 50%) nas últimas décadas<sup>7</sup>.

O controle do tabaco é uma prioridade da saúde pública, uma vez que dentre as causas de mortalidade que podem ser prevenidas, o tabaco é a maior delas<sup>8</sup>.

O uso do tabaco tanto na forma produtora quanto não produtora de fumaça é causador de neoplasias malignas na cavidade bucal. Existem poucos relatos na literatura quanto ao hábito de mascar tabaco, tornando-se assim relevante o presente estudo de caso.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Relatar um caso clínico de um paciente que apresentou carcinoma espinocelular na cavidade bucal, que tinha hábito de mascar tabaco de rolo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Revisar a literatura para melhor compreensão da carcinogenicidade do tabaco mastigável.
- Mostrar a importância da biópsia incisional para o diagnóstico de lesões em cavidade bucal.
- Relacionar que o uso do tabaco sem fumaça é fator carcinogênico assim como o produtor de fumaça.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Carcinoma espinocelular

Anualmente ocorrem mais de oito milhões de novos casos de câncer no mundo, dos quais 264.000 originam-se na boca<sup>9</sup>. Estima-se para o Brasil, no ano de 2016, 11.140 novos casos de câncer da cavidade bucal em homens e 4.350 em mulheres<sup>10</sup>. O carcinoma espinocelular, também denominado carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermóide, representa aproximadamente 90% das neoplasias malignas da boca e cerca de 38% dos tumores de cabeça e pescoço<sup>11</sup>.

Genericamente designado como câncer bucal, o carcinoma espinocelular é a mais comum neoplasia maligna bucal<sup>37,41,45</sup>. Em dissonância de outras neoplasias, como as de mama, próstata e pele, é uma doença pouco divulgada pelos órgãos midiáticos, de modo que informações importantes referentes a fatores de risco, tratamento e autoexame passam despercebidos<sup>12</sup>.

A maioria dos estudos envolvendo lesões bucais não separa as regiões específicas dentro da boca. No entanto, as localizações mais comuns relatadas são terço anterior da língua, lábios, assoalho e palato duro<sup>13,32,41</sup>. Tipicamente ocorre em pacientes do sexo masculino, entre a quinta e oitava década de vida, sendo raro em pacientes com menos de 45 anos de idade<sup>14,37,40</sup>.

A etiologia do câncer é multifatorial, sendo o tabaco e o álcool os fatores de risco mais importantes<sup>38,41</sup>. Além destes, a exposição solar excessiva sem a devida proteção ao longo dos anos constitui-se em um considerável fator de risco para o câncer de boca, especialmente o de lábio. O Papilomavírus humano (HPV), dieta e ocupação são fatores de risco para o câncer de boca<sup>3,39,45,46</sup>.

Segundo Koch em 1999, existe uma alta taxa de perda de heterozigozidade em 3p, 4q e 11q13, assim como a mutação em p53 também mostrou se mais prevalente em indivíduos fumantes com carcinoma epidermóide de boca<sup>34</sup>. As células esfoliadas da mucosa bucal de indivíduos expostos ao fumo e/ou ao álcool apresentaram maior frequência de micronúcleos, bem como aumentou a proliferação celular<sup>15</sup>.

Em relação à história familiar, foi observado que indivíduos que desenvolveram câncer de boca com idade inferior à 40 anos possuíam familiares com história prévia de neoplasia maligna quando comparados a indivíduos com mais de 40 anos de idade. Outro fato a ser considerado em relação ao desenvolvimento de carcinoma espinocelular em indivíduos com menos de 40 é a dieta<sup>15</sup>.

A exposição à fumaça do cigarro (o chamado fumante passivo), o uso de outros produtos derivados de tabaco (como a maconha, por exemplo) e alguns fatores ocupacionais também devem ser considerados como prováveis fatores etiológicos de risco para o desenvolvimento do carcinoma espinocelular na região de cabeça e pescoço, tanto em mulheres quanto em homens não fumantes e que não ingerem bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana<sup>15</sup>.

A infecção pelo HPV também pode ser considerado um fator relacionado ao desenvolvimento deste carcinoma em indivíduos jovens, que não fumam ou ingerem bebidas alcoólicas<sup>15</sup>.

Dados recentes confirmam que a infecção por HPV-16 é fator de risco independente para carcinoma de cabeça e pescoço, principalmente para carcinoma espinocelular da orofaringe. Além disso, tipos de HPV de alto risco representam fator de risco em 25% dos casos de câncer de cabeça e pescoço, independente de outros fatores de risco conhecidos como consumo de álcool e tabagismo<sup>16</sup>.

As formas de apresentação clínica mais encontradas são: vegetante, ulceradas, infiltrativa e nodular, sendo que o que ocorre habitualmente é a combinação de uma ou mais dessas características<sup>2,16</sup>.

Clinicamente a lesão inicial pode se apresentar como uma alteração leucoplásica ou eritroleucoplásica<sup>49</sup>. Com sua evolução, ocorre crescimento exofítico ou endofítico, de base endurecida e áreas de necrose. Em casos mais avançados quando atinge tecido ósseo subjacente, o exame radiográfico poderá mostrar área radiolúcida com margens mal definidas e aspecto de *roído de traça*<sup>17</sup>.

O CEC, em sua maioria, pode ser descrito como uma lesão ulcerada com bordas elevadas, nítidas e endurecidas (cartonadas), com centro necrosado e base endurecida, devido à infiltração dos tecidos subjacentes, geralmente assintomática em seu início e de rápido crescimento<sup>12,18</sup>.

O diagnóstico definitivo deve ser realizado através de exame anatomopatológico, uma vez que pode se confundir com algumas enfermidades de manifestações bucais como tuberculose, sífilis e paracoccidiodomicose<sup>19</sup>.

Sob o ponto de vista histopatológico, os tumores bem diferenciados mostram ninhos, colunas e cordões de células oriundas do epitélio pavimentoso; pleomorfismo celular e nuclear; hiper cromatismo nuclear; mitoses atípicas em pequeno número; formação de pérola de ceratina e invasão subepitelial. Nos casos mais indiferenciados, a semelhança com o epitélio pavimentoso é menos acentuada, apresentando menor ceratinização e maior número de mitoses atípicas<sup>18,20</sup>. É possível também encontrar resposta inflamatória significativa com linfócitos, plasmócitos e macrófagos<sup>20</sup>.

Em relação ao prognóstico, vários fatores devem ser considerados: graduação histopatológica e localização do tumor, idade avançada, estado de saúde geral e do sistema imunológico do paciente<sup>21</sup>. A avaliação prognóstica desta neoplasia é dada pelos

achados histológicos e imunoistoquímico. Incluindo estadiamento, grau histológico, tamanho do tumor, envolvimento linfonodal, expressão imunoistoquímica do p53 e Ki-67<sup>22</sup>.

O índice de sobrevida é baixo e permaneceu estável nas últimas décadas, apesar dos avanços nas terapias, o que segundo os estudos é resultado de um diagnóstico em estádios tardios<sup>23,44,47</sup>.

Na prática clínica, o plano de tratamento e prognóstico do carcinoma bucal são baseados principalmente no sistema TNM, no qual “T” significa extensão do tumor; “N”, presença de nódulos linfáticos; “M”, presença ou ausência de metástase distantes. O sistema de estadiamento TNM foi concebido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) a fim de ajudar no planejamento, assistir à evolução, facilitar a troca de informações e indicar o prognóstico no tratamento das neoplasias<sup>24</sup>. A classificação por esse sistema dependeria de três características: tamanho do tumor (T), em centímetros; acometimentos dos linfonodos e sua extensão (N); e presença ou não de metástases distantes (M)<sup>25,33,48</sup>.

As terapias de escolha consistem usualmente na excisão cirúrgica (com margem de segurança) e radioterapia, sendo as mesmas utilizadas de forma isolada ou combinada. A indicação da quimioterapia para esse tipo de lesão costuma ser uma escolha paliativa, não objetivando a cura do paciente. Ela fica restrita à lesões extensas ou a casos em que o paciente não apresenta condições físicas para ser submetido a outro procedimento terapêutico<sup>2</sup>.

O impacto do atendimento por médicos especialistas para vários tipos de câncer, entre eles o de boca, sugere que estes pacientes podem ter um aumento médio na sobrevida global em torno de 5% a 10%. Para estes autores, a modalidade terapêutica mais indicada para o carcinoma espinocelular seria a cirurgia. Ao preconizar o tratamento radioterápico associado a uma dose única e alta de quimioterapia (QT), utilizando a cisplatina como agente único, propõe-se elevar para 37% a sobrevida em três anos

quando comparado aos 23% para aqueles submetidos à radioterapia (RT) exclusiva. Alguns médicos preconizam a radioterapia concomitante à quimioterapia no pré-operatório, pela redução do volume tumoral, apesar de os efeitos colaterais serem substanciais e nem sempre aceitáveis para os pacientes<sup>22,38</sup>.

A cirurgia deve permanecer como terapia de escolha, sendo que a modalidade varia de acordo com a extensão clínica ou estágio da doença na apresentação, variando de uma excisão local até uma remoção mais ampla<sup>26</sup>.

A radioterapia deve ser a modalidade terapêutica de escolha para o CEC bucal, quando o paciente não apresentar condições clínicas para ser submetido à cirurgia ou não aceitar os possíveis defeitos que esta pode deixar<sup>22,27</sup>.

A quimioterapia é considerada a modalidade mais comum no tratamento antineoplásico, e sua ação se dá por meio da utilização de compostos químicos, chamados de quimioterápicos. Esses fármacos podem ser utilizados isoladamente ou de forma combinada para a realização da quimioterapia<sup>22,51</sup>.

Na quimioterapia, a medicação age em células com características das neoplásicas, ou seja, células que tenham característica de mitose constante. Na radioterapia, a radiação ionizante age sobre todas as células presentes no local atingido pela radiação, tendo efeito sobre as células malignas, tecidos bucais e peribucais<sup>51</sup>.

Vale ressaltar, porém, que quando se considera somente os tumores de cabeça e pescoço, a radioterapia é mais relevante, pois o tratamento padrão nessa situação consiste na remoção cirúrgica do tumor aliada a radiação ionizante, buscando diminuir o tamanho da neoplasia para tornar a cirurgia o menos mutiladora possível<sup>51</sup>.

A cirurgia permanece como opção de tratamento do CEC bucal, devendo a radioterapia ser indicada quando a lesão não é removida cirurgicamente com margem de segurança ou quando o tumor se apresenta em fase avançada no momento do

diagnóstico. Entre 40% e 45% dos pacientes com lesão em fase III ou IV, consideradas passíveis de remoção pela cirurgia, apresentam recidiva loco-regional ou à distância<sup>22</sup>.

Sugerem-se três modalidades básicas de tratamento para o CEC bucal: cirurgia, radioterapia (feixes externos ou implantes) e quimioterapia. A escolha da modalidade depende do estágio, do tipo do tumor, do envolvimento ósseo, da saúde geral do paciente e da capacitação do especialista<sup>27</sup>.

### 3.1.1 Tabaco

O tabaco advém de uma planta de nome científico *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Seu uso milenar surgiu aproximadamente no ano de 1.000 a.C., iniciado no continente africano e asiático. Nas sociedades indígenas da América Central, era utilizado em rituais mágicos-religiosos com o objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetus guerreiros, além de acreditar que a mesma tinha o poder de predizer o futuro. A planta chegou ao Brasil provavelmente pela imigração de tribos tupi-guaranis. A partir do século XVI, o seu uso foi introduzido na Europa, por Jean Nicot, diplomata francês vindo de Portugal e residente no Brasil, após ter-lhe cicatrizado uma úlcera de perna, até então incurável. Seu uso espalhou-se por todo mundo a partir de meados do século XX, com ajuda de técnicas avançadas de publicidade e marketing, que se desenvolveram nesta época. Atualmente o fumo é cultivado em todas as partes do mundo e é responsável por uma atividade econômica que envolve bilhões de dólares<sup>1</sup>.

Existem diferentes produtos de tabaco, preparados de formas distintas, que podem ser divididos em produtores e não produtores de fumaça (TSF) quanto a sua utilização. Dentre os que produzem fumaça, além do cigarro, citamos o charuto, cachimbo e o narquilé. O tabaco que não produz fumaça pode ser encontrado em preparações para ser mascado ou para ser absorvido pela mucosa oral ou nasal<sup>26,36</sup>.

Segundo Speer em 1999, foram encontrados vários tipos de tabaco sem fumaça (TSF) no mercado:

1) para mascar, caracterizando-se pelo tabaco, ralado e adoçado com alcaçuz ou mel e vendido como “*plug*” ou tijolos, “*twist*” ou trançado / corda , “*finecutt*” ou finamente picado e ainda “*scrap*” ou em pedaços;

2) para simplesmente colocar na mucosa ou “*snuff*” na forma de pó a ser misturado com especiarias, adoçantes e com aroma de menta ou floral;

3) para cheirar, também conhecido como rapé, na qual o tabaco tratado é finamente moído resultando em pó a ser aspirado<sup>27</sup>.

Entre os produtos de TSF, o tabaco de mascar e “*snuff*” são as duas formas mais consumidas nos EUA, consistindo o tabaco de mascar em folhas de tabaco moídas grosseiramente e adoçadas, soltas ou na forma de “*plug*” ou “*twists*”, que podem ser mastigadas ou deixadas entre a bochecha e a gengiva. O “*snuff*” úmido é acondicionado em latas, sem ser espremidos, sendo esta forma mais popular e tipicamente encontradas, podendo também ser encontrado em forma de sachês. O usuário coloca uma pequena porção entre a bochecha e a gengiva e a deixa por variáveis períodos de tempo<sup>27</sup>.

Na Ásia, o tabaco pode ser usado misturado ao “*betel quid*” (“*pan*”), pois mascar o “*pan*” faz parte de cultura e varia de acordo com os costumes locais e preferências individuais. Os componentes do “*pan*”, em sua maioria são constantes e consiste da folha de betel, noz de areca cortada em fatias, cal preparado de pedra calcária ou de coral e “*catechu*” (extrato resinoso da árvore de acácia com alto conteúdo de tanino). A esta mistura pode adicionar-se o tabaco ou ainda outros ingredientes. As folhas de betel são untadas com cal e “*catechu*” e dobradas como um funil e adicionados os outros ingredientes; depois de pronto coloca-se na boca, usualmente na bochecha para ser mascado ou chupado por um período de tempo<sup>27,28</sup>.

Nos EUA, atualmente, o perfil do usuário de TSF compõe-se de pré-adolescentes, adolescentes e adultos jovens, principalmente do gênero masculino, da raça branca, alunos de 2º grau, da classe média e alta. Outros usuários são moradores de área rural, pessoas relacionadas ao meio “*country*” e fumantes tentando substituir o vício do cigarro por acreditar que tabaco sem fumaça seja menos prejudicial à saúde<sup>27</sup>.

Na cartilha de prevenção contra drogas e AIDS do Ministério da Saúde, Bucher em 1995 cita o tabaco como uma droga legal, lícita, estimando que 50% dos homens e 33% das mulheres brasileiras fumam<sup>28,43</sup>.

O ato de fumar/mascar tabaco pode causar reações oxidativas nos tecidos, que têm sido implicadas na iniciação de reações que produzem radicais livres nos eventos celulares. Assim, a presença de oxigênio reativo pode causar danos às proteínas, carboidratos, lipídios e DNA. O menor dano ao DNA pode resultar em mutagênese e em alterações no ciclo celular<sup>29,30,31</sup>.

Em torno de 30 carcinógenos, são identificados no TSF, sendo as N-nitrosaminas tabaco-específicas, as de maior prevalência e atividade carcinogênica, são formadas exclusivamente da nicotina, durante o processo de fermentação e envelhecimento do tabaco<sup>27</sup>. Os ingredientes na preparação do TSF são bastante variáveis de acordo com a cultura, costumes e preferências: folha ou fruto de betel, noz de areca, cal em pó ou pasta, catechu, anis, cardamomo, zarda, bicarbonato de sódio, folha de tabaco.

A prevalência e a severidade das lesões na mucosa bucal variam de acordo com frequência do uso, tempo de exposição aos tecidos moles, tempo de uso, concentração e tipo de tabaco<sup>26</sup>.

#### 4. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente G.M.M, 73 anos, gênero masculino, agricultor, compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade Estadual do Amazonas (UEA), com queixa de uma ferida na boca há aproximadamente 5 meses, que fez uso de medicação no local porém não sentiu efeito, sem dor. Revelou mascar tabaco durante trinta anos, no entanto, há vinte e três não faz mais uso, além de ser cardiopata e hipotenso.

Ao exame clínico, observou-se lesão ulcerada com manchas escuras periféricas cerca de 1cm em seu maior diâmetro, localizado em fundo de sulco vestibular em região retromolar direita (Figura1). Detectou-se uma higiene insatisfatória dos dentes inferiores, e presença de prótese total superior.



Figura 1: Aspecto clínico da lesão em fundo de sulco vestibular em região retromolar. Fonte: Arquivo pessoal.

Diante dos dados da anamnese e das características clínicas foram levantadas as hipóteses diagnósticas de carcinoma espinocelular e carcinoma verrucoso.

Foi realizado biópsia incisional, obtendo-se um fragmento de tecido mole, com forma e superfície irregular, coloração acastanhada, que foi enviado ao Laboratório de Patologia Bucal da UEA. Os cortes histológicos revelaram mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado hiperplásico apresentando camada basal polarizada, camadas parabasais aumentadas, pleomorfismo, hiperchromatismo, eventuais mitoses atípicas, disqueratose e pérolas córneas. Subjacente o tecido conjuntivo apresenta-se desorganizado por ilhotas e lençóis de epitélio neoplásico com as características já descritas, apresentando invasão perivascular, hemossiderose focal e moderado infiltrado inflamatório mononuclear linfocitário, disposto na região subepitelial(Figuras2,3,4).

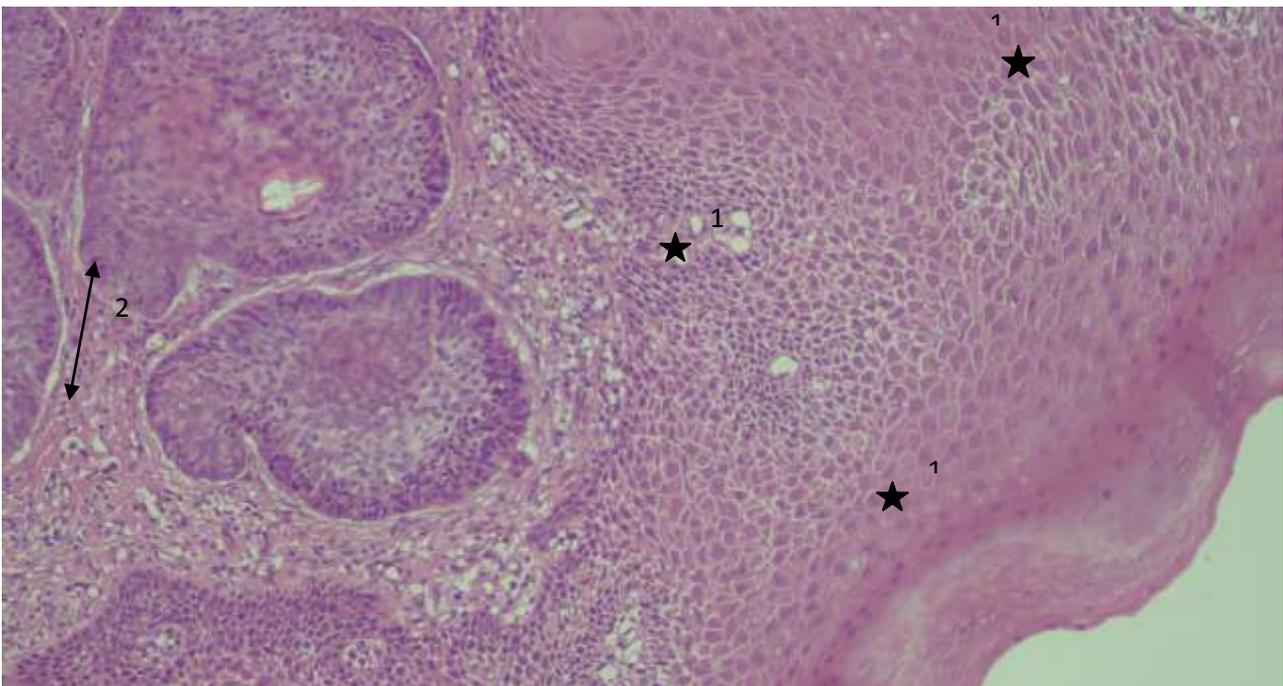


Figura 2: Corte histológico: epitélio pavimentoso queratinizado hiperplásico, apresentando camada basal polarizada, camada parabasais aumentadas(1). Infiltrado inflamatório(2). Fonte: Laboratório de Patologia Bucal-UEA

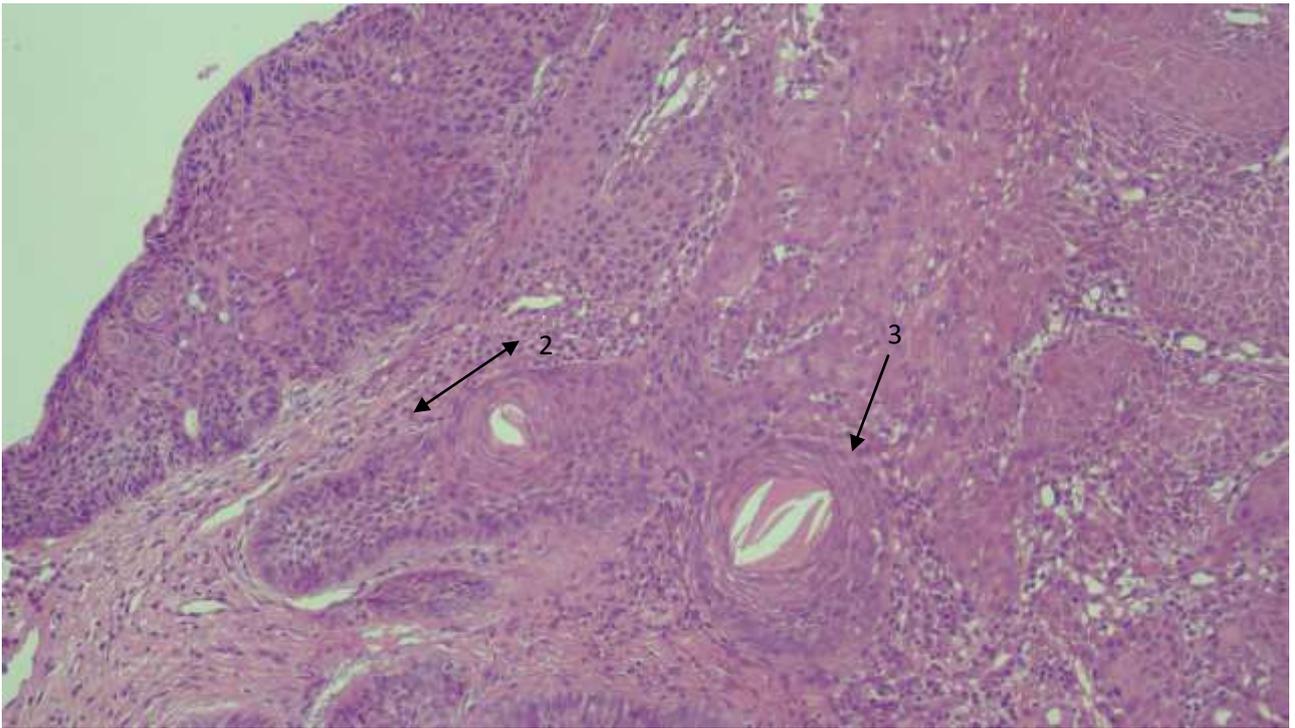


Figura 3: Presença de infiltrado inflamatório (2). Pérolas córneas (3). Fonte: Laboratório de Patologia Bucal-UEA

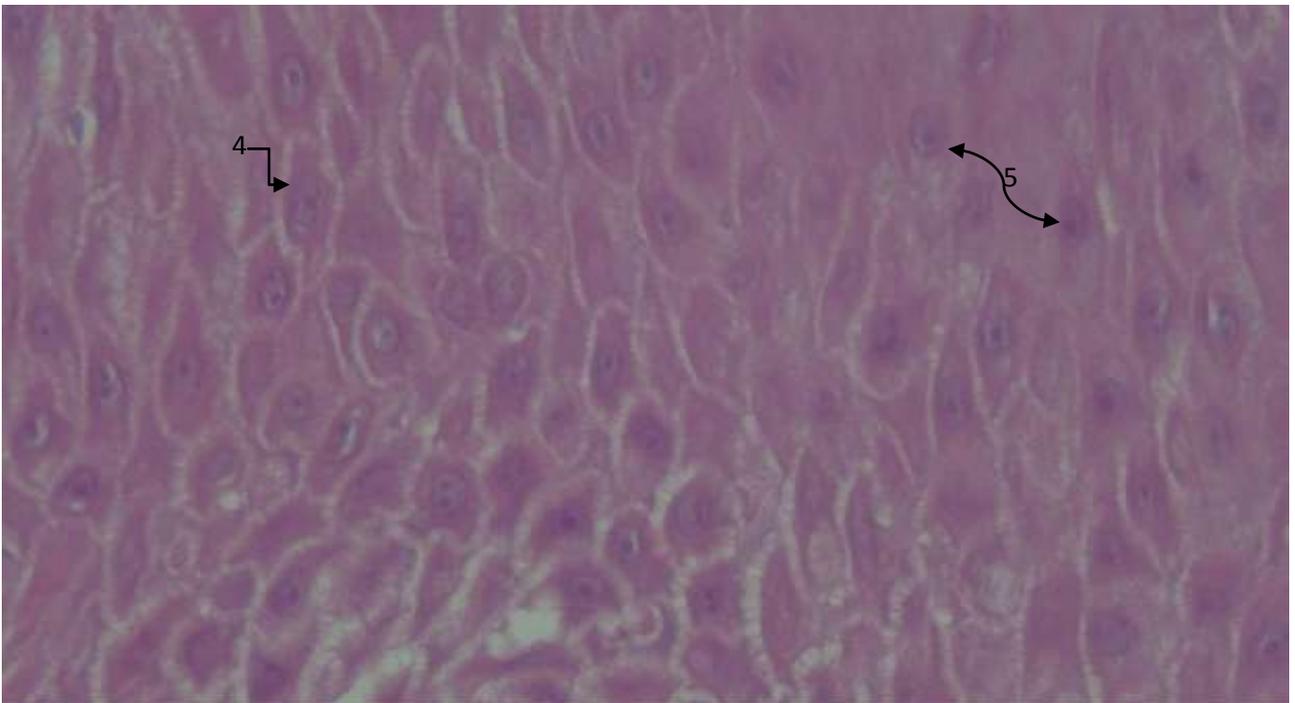


Figura 4: Mitoses atípicas (4), hiperchromatismo nuclear(5). Fonte: Laboratório de Patologia Bucal-UEA

O diagnóstico histopatológico foi de carcinoma espinocelular bem diferenciado.

Após sete dias o paciente retornou para a remoção da sutura (Figura 6,7).



Figura 5: Sutura ainda presente



Figura 6: Sutura removida

O paciente foi encaminhado à Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON), para avaliação e os procedimentos cabíveis. Foram solicitados exames de risco cirúrgico, tomografia de face, pescoço e tórax, para observar extensão da lesão, possível anormalidade maxilomandibular e para ajudar na escolha do tratamento para o paciente.

## 5. DISCUSSÃO

Os fatores etiológicos mais comumente associado ao carcinoma espinocelular são consumo crônico de tabaco e álcool, exposição prolongada à radiação ultravioleta (carcinoma espinocelular de lábio), infecções virais (principalmente pelo papilomavírus humano [HPV], deficiências nutricionais e hereditariedade<sup>3,11,42</sup>.

Os fatores de risco ambientais, particularmente os relacionados ao estilo de vida, são frequentemente associados ao câncer bucal, como o tabaco.

Todas as principais formas de uso do tabaco, como cigarros, charutos, cachimbos e tabaco sem fumaça ( tabaco para mascar e rapé) são conhecidos por causar câncer oral. Isso é evidenciado pela magnitude dos riscos associados à maiores quantidades ou maior duração de uso do tabaco. O ato de fumar/mascar tabaco pode causar reações oxidativas nos tecidos, que tem sido implicadas na iniciação de reações que produzem radicais livre nos eventos celulares. Assim, a presença de oxigênio reativo pode causar danos às proteínas, carboidratos, lipídios e DNA. O menor dano ao DNA pode resultar em mutagênese e em alteração no ciclo celular<sup>29</sup>.

As pessoas que usam tabaco sem a produção de fumaça absorvem nicotina de forma semelhante aos que inalam a fumaça<sup>18,20,36</sup>. Quanto maior o tempo em que o tabaco sem fumaça fica em contato com a mucosa bucal maior a lesão para a área, podendo desenvolver uma leucoplasia no local<sup>27,50</sup>. Neste relato de caso, o paciente deixava o tabaco mascado em contato com a mucosa praticamente o dia inteiro.

No Brasil, o carcinoma de células escamosas bucal é mais associado ao tabaco sob a forma de cigarro para fumar e à bebida alcoólica, enquanto na Índia haveria uma forte relação com o fumo mascado<sup>22</sup>.

O diagnóstico do tumor foi realizado através de exame clínico, seguido de biopsia da lesão com exame anatomopatológico. A tomografia computadorizada a ser realizada,

irá servir para avaliação da extensão do tumor e da presença de nódulos cervicais. É o que a literatura preconiza uma vez que se pode confundir com enfermidades bucais, como tuberculose, sífilis e paracoccidiodomicose<sup>11</sup>.

Em relação ao sexo e a idade, não foi diferente ao mostrado na literatura, tipicamente ocorre em pacientes do sexo masculino, entre a quinta e oitava década de vida, sendo raro em pacientes com menos de 45 anos de idade<sup>14,35,37,41</sup>.

As localizações mais comumente relacionadas foram a língua, o assoalho bucal e o lábio inferior<sup>22</sup>, neste relato foi na mucosa em região retromolar.

As terapias de escolha consistem usualmente na excisão cirúrgica ( com margem de segurança) e na radioterapia, sendo as mesmas utilizadas de forma isolada ou combinada<sup>2</sup>. A cirurgia como forma de tratamento também foi a escolha para o presente relato, ainda não realizada devido a complicações de saúde do paciente e também por questões burocráticas presentes na rede pública de saúde.

A sobrevivência frente ao câncer bucal depende do estágio para o tumor. A taxa de sobrevivência de cinco anos livre de doença é de 76%, sendo diretamente relacionada à extensão da lesão, aumentando também a frequência da ocorrência com o aumento da idade<sup>17,18</sup>.

Alguns estudos associam o uso do tabaco sem fumaça a jovens com problemas comportamentais, usuários de bebida alcoólica, discriminação social, nível socioeconômico baixo, analfabetismo ou pouca instrução. Em alguns casos, o uso dessa forma alternativa ao cigarro se dá por manter as mãos livres, não prejudicando as atividades da pessoa<sup>27</sup>. Neste trabalho o paciente é idoso e trabalhador rural.

O que deve ser levado em consideração é que o tabaco é prejudicial tanto mascado quanto fumado ou aspirado.

## 6. CONCLUSÃO

- A participação do tabaco na carcinogênese bucal é uma unanimidade entre os autores. Mesmo com a variação de seu uso como a apresentada pelo paciente em questão.
- São atuais e necessárias campanhas de educação, prevenção e intermédios que visem a redução de todas as formas de uso do tabaco por parte da população.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consolaro RB, Demathe A, Biasoli ER, et al. O tabaco e um dos principais fatores etiológicos do câncer bucal: conceitos atuais. Revista Odontológica de Araçatuba. 2010 Julho/Dezembro; 31(2): 63-67.
2. Domingos PAS, Passalacqua MLC, Oliveira ALBM. Câncer Bucal: um problema de saúde pública. Rev Odontol Univ Cid São Paulo 2014 Jan-Abr; 26(1): 46-52
3. Andrade JOM, Teles, Santos CAST, Oliveira MC. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. Rev Bras Epidemiol 2015 out-dez; 18(4): 894-905.
4. Balbani APS, Montovani. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. Rev Bras Otorrinolaringol 2005 nov/dez; 71(6): 820-7.
5. Hande AH, Chaudhary MS. Cytomorphometric analysis of buccal mucosa of tobacco chewers. Romanian Journal of Morphology embryology. 2010; 51(3): 527-532.
6. Silva MFA. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço após radioterapia.[Monografia]. Campina Grande: UEPB; 2012. 39 p. Graduação em Odontologia.
7. Monteiro LS, Amaral JB, Viscaíno JR, et al. A clinical pathological and survival study of oral squamous cell carcinomas from a population of the North of Portugal. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004 març; 1:19(2): 20-6.
8. Nunes SOV, Castro MRP. Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento. Londrina:EDUEL [on line]. 2011; 224 p. [Acessado em 06 de Março de 2017]. WWW.<http://books.scielo.org>
9. Da Costa AM, Torres LHN, et al. Campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal: perfil dos idosos participantes. Rev Bras Odontol Rio de Janeiro 2013 Jul/Dez; 70(2): 130-5.
10. Brasil. Ministério da saúde. Instituto Nacional do câncer. Estimativa 2016: incidência no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. [Acessado em 06 de Setembro de 2016]. Disponível em <HTTP://www.inca.gov.br/estimativa>
11. Daniel FI, Granato R, Grando LJ, et al. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. J Bras Patol Med Lab 2006 agosto; 42(4): 279-283.
12. Silva SR, Juliano I, Novo NF, et al. Estudo comparativo do conhecimento sobre câncer bucal entre acadêmicos de Odontologia. Einstein [online]. 2016 Sep; 14(3): 338-345 [Acessado em 23 de Novembro 2016] [WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082016000300338&lng=en](WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000300338&lng=en)
13. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevivência de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. J Bras Patol Med Lab 2006 outubro; 42(5): 385-392.

14. Venturi BRM, Pamplona ACF, Cardoso AS. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: revisão de literatura. Rev Bras Otorrinolaringol 2004 set/out; 70(5): 679-86.
15. Bohrer PL. Avaliação dos mecanismos de reparo de DNA por recombinação em células de carcinoma epidermóide de boca.[Doutorado]. Porto Alegre: PUCRS; 2009. 94 p. Programa de pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde.
16. SILVA GAL, ARMANDO PJJ, VICTOR MJ, et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. Braz. j. otorhinolaryngol. [online]. 2013; 79(2): 239-247. [Acessado em 21 de Novembro de 2016] [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-6942013000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-6942013000200018&lng=en).
17. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3<sup>a</sup> ed. Barroso DRC, tradutor. Rio de Janeiro. Elsevier. 2009.10, Patologia Epitelial; 363-453.
18. Regezi JÁ, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia oral: correlações clinicopatológicas. 5<sup>a</sup> ed. Ribeiro AA, tradutor. Rio de Janeiro. Elsevier; 2008. 2, Condições Ulcerativas; 21-71.
19. Motta RR, Zettler CG, Cambruzzi E. Valor prognóstico da correlação do Ki-67 e p53 em carcinomas epidermóides da cavidade oral e língua. Braz J Otorrinolaryngol 2009; 75(4): 544-549.
20. Monti LM, França DCC, Castro AL, et al. Carcinoma escamoso oral: análise retrospectivo de 185 casos. Revista odontológica de Araçatuba. 2010. Janeiro/Junho 31(1): 34-37.
21. Coaracy AEV, Lopes FF, Cruz MCFN, et al. Correlação entre os dados clínicos e histopatológicos dos casos de carcinoma espinocelular oral do Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, em São Luís, MA. J Bras Patol Med Lab 2008 fevereiro 44(1); 31-35.
22. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007; 53(1): 63-69.
23. Joseph E, Baibak L. Head and neck cancer: squamous cell carcinoma. eMedicine [online]. [cited 2017 marc 01]. Available from: <http://www.emedicine.com/plastic/topic376.htm>
24. Vikram B. Adjuvant therapy in the head and neck cancer CA Cancer J Clin. 1998;48(4):199-209.
25. Salvajoli JV. Câncer de cabeça e pescoço. In: Salvajoli JV, Souhami L, Faria SL. Radioterapia em oncologia. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999:335-68.
26. Viegas CAA. Formas não habituais de uso de tabaco. J bras pneumol 2008; 34(12): 1069-1073.
27. Figliolia SLC. Perfil do usuário de tabaco sem fumaça.[Dissertação]. São Paulo. Odontologia em saúde coletiva: Faculdade de Bauru; 2001. 119p. Mestrado em saúde coletiva.

28. Bucher R. Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília 1995 out; 28p.
29. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal: revisão. Rev de Clín Pesq Odontol 2005. Jan/Mar; 1(3): 31-35.
30. Newell J. Tobacco use and oral cancer: a global perspective. Journal of Dental Education.[online] 2001 Abri; 65(4): 328-339.
31. Axel H, Mornstad H, Sundstrom B. The relation of the clinical picture to the histopathology of snuff dipper's lesions in a Swedish population. J Oral Path Med 1976; 5: 229-36.
32. Martins JD, Andrade JOM, Freitas VS, Araújo TM. Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura. Rev Salud Publica 2014; 16 (5): 786-789.
33. Almeida FCS, Cazal C, Nunes FD, et al. Fatores prognósticos no câncer de boca. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 2011; 15(4): 471-478.
34. Marmud S, Mehrdad Pedram, Morteza Ghojzadeh, et al. P53 gene códon 72 polymorphism in patients with oral squamous cell carcinoma in the population of northern Iran. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2014 nov; 19(6): 550-5.
35. Araújo SSC, Padilha DMP, Baldisserotto J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. Rev Bras de Cancerol 2009; 55(2): 129-138.
36. Oliveira IM, Fonseca VAS, Barboza RB, et al. Abordagem multiprofissional de um caso atípico de uso de tabaco. Casos Clin Psiquiatria 2012; 14: [5p].
37. Osterne RVL, Brito RGM, Nogueira RLM, et al. Saúde bucal em pacientes portadores de neoplasias malignas: estudo clínico-epidemiológico e análise de necessidades odontológicas de 421 pacientes. Rev Bras de Cancerol 2008; 54(3): 221-226.
38. Hesopanol FL, Tinoco BEM, Teixeira HGC, et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciência & Saúde Coletiva 2010; 15(1): 1085- 1094.
39. Rezende CP, Ramos MB, Daguila CH, et al. Alterações da saúde bucal em portadores de câncer da boca e orofaringe. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(4): 596-600.
40. Alvarenga LM, Ruiz MT, Bertelli ECP, et al. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev Bras Otorrinolaringol 2008; 74(1): 68-73.
41. Scheidt JHG. Imunodeteção de Vegf, Caspase-3 e p53 em carcinomas bucais de células escamosas de pacientes usuários ou não de tabaco e álcool. [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia, PUCRS; 2011. 76p. Mestrado em Estomatologia Clínica.

42. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol* 2010 mar; 7(1): 105-9.
43. Scarinci IC, Bittencourt L, Person S, et al. Prevalência do uso de produtos derivados do tabaco e fatores associados em mulheres no Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro* 2012 ago; 28(8): 1450-1458.
44. Casotti E, Monteiro ABF, Filho ELC, et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(5): 1573-1582.
45. Quirino MRS, Gomes FC, Marcondes MS, et al. Avaliação do conhecimento sobre o câncer de boca entre participantes de campanha para prevenção e diagnóstico precoce da doença em Taubaté-SP. *Revista de Odontologia da UNESP* 2006; 35(4): 327-333.
46. Souza LRB, Ferraz KD, Pereira NS, et al. Conhecimento acerca do câncer bucal e atitudes frente à sua etiologia e prevenção em um grupo de horticultores de Teresina (PI). *Revista de Cancerologia* 2012; 58(1): 31-39.
47. Pinheiro SMS, Cardoso JP, Prado FO. Conhecimentos e diagnósticos em câncer bucal entre profissionais de Odontologia de Jequié, Bahia. *Revista de Cancerologia* 2010; 56(2): 195-205.
48. Carvalho ALH. Relação entre estadiamento, características histopatológicas, proliferação celular e prognóstico de carcinoma espinocelular de língua. [Dissertação]. Rio Grande do Sul: Faculdade de Odontologia, UFRGS; 2005. 46 p. Programa de pós-graduação. Patologia Bucal.
49. Oliveira JMB, Pinto LO, Lima NGM, et al. Câncer de boca: avaliação do conhecimento de acadêmicos de odontologia e enfermagem quanto aos fatores de risco e procedimentos de diagnóstico. *Rev Bras Cancerol* 2013; 59(2): 211-218.
50. Avon SL. Oral mucosal lesions associated whit use of Quid. *J Can Dent Assoc.* [online]. 2004 Abr; 70(4): 244-248. [Acessado em 21 de Novembro de 2016] [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15120019](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15120019)
51. Menezes AC, Rosmaninho E, Raposo B, et al. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. *Rev. Bras. Odontol.* [online]. 2014 Jun; 71(1): 35-38. [Acessado 2017 Jun 14] [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72722014000100007&lng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000100007&lng=pt).

**ANEXO-Termo de consentimento livre e esclarecido -Policlínica Odontológica na UEA****AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO  
ODONTOLÓGICO NA UEA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente