BJCR
Brazilian Journal of Case Reports

PCAA
Publicações Científicas de Acesso Aberto

Relato de Caso

Carcinoma Espinocelular Avançado de Língua em Paciente Idoso: Relato de Caso Clínico e Histopatológico

Marcelo Rodrigues Azenha [1, 2, *], Plauto Christopher Aranha Watanabe [3], Brenda Pattigno Forero [3], Renan de Barros e Lima Bueno [4], Kléber Augusto Loureiro [1], Jorge Squiche Leon [2]

[1] Universidade de Franca (UNIFRAN), Franca, São Paulo, Brasil.
[2] Departamento de Cirurgia, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
[3] Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP), Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
[4] UniEvangélica, Goiânia, Goiás, Brasil.

* Correspondência: marceloazenha@yahoo.com.br.

Resumo: O carcinoma espinocelular de língua é uma neoplasia altamente agressiva que frequentemente se apresenta em estágios avançados, especialmente em pacientes idosos. Este relato descreve o caso de um paciente do sexo masculino, de 81 anos, com uma lesão extensa na língua, com foco na apresentação clínica, considerações anatômicas, abordagem diagnóstica, análise histopatológica e manejo cirúrgico definitivo. A discussão detalhada aborda a complexidade do tratamento do carcinoma espinocelular de língua, incluindo sua etiologia, comportamento clínico, desafios terapêuticos e impacto em pacientes geriátricos. O caso enfatiza a importância do cuidado multidisciplinar e do diagnóstico precoce para otimizar os desfechos em cânceres orais tão agressivos e extensos.

Palavras-chave: Carcinoma espinocelular; Câncer de língua; Neoplasia oral; Lesão oral.

Citação: Azenha MR, Watanabe PCA, Forero BP, Bueno RBL, Loureiro KA, Leon JS. Carcinoma Espinocelular Avançado de Língua em Paciente Idoso: Relato de Caso Clínico e Histopatológico. Brazilian Journal of Case Reports. 2025 Jan-Dec;05(1):bjcr 104.

https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2025.5.1.bjcr104

Recebido: 7 Abril 2025
Aceito: 7 Maio 2025
Publicado: 23 Julho 2025

Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Carcinoma espinocelular (CEC) de língua é a forma mais prevalente de câncer oral e caracteriza-se por sua natureza agressiva e pelo impacto significativo na qualidade de vida do paciente. Essa neoplasia representa mais de 90% dos cânceres orais e tem um prognóstico desfavorável quando diagnosticada em estágios avançados, especialmente em populações idosas [1]. A língua, devido à sua rica vascularização e drenagem linfática, é altamente suscetível à disseminação rápida do CEC para os linfonodos regionais, o que complica os desfechos terapêuticos. A anatomia da língua e suas funções críticas a tornam um local único para o desenvolvimento de neoplasias. Ela é dividida em duas regiões principais: a língua oral, responsável pela fala e mastigação, e a base da língua, que desempenha papel fundamental na deglutição. A localização e a extensão do tumor frequentemente ditam a estratégia terapêutica, pois lesões que envolvem tanto a língua oral quanto áreas adjacentes, como o assoalho da boca, apresentam grandes desafios cirúrgicos e reconstrutivos [2].

O consumo de tabaco e álcool continua sendo o fator de risco mais bem documentado para o CEC de língua. No entanto, outros fatores, como irritação crônica, má higiene bucal, predisposição genética e infecção por cepas de papilomavírus humano (HPV) de alto risco, têm sido cada vez mais reconhecidos. Em pacientes idosos, comorbidades e reservas fisiológicas reduzidas complicam ainda mais a progressão da doença e o tratamento,

frequentemente levando a diagnósticos tardios e piores desfechos [2–4]. O diagnóstico do CEC de língua requer uma combinação de avaliações clínicas, radiológicas e histológicas. Uma compreensão aprofundada da anatomia da língua é essencial para o estadiamento preciso e o planejamento terapêutico. Exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e tomografia por emissão de pósitrons (PET), são ferramentas indispensáveis para determinar a extensão do tumor e identificar metástases regionais ou à distância. A biópsia permanece o padrão-ouro para o diagnóstico, com a análise histopatológica fornecendo informações cruciais sobre diferenciação tumoral, padrões de invasão e indicadores prognósticos [3,5].

Este é um relato de caso que visa ilustrar os desafios do tratamento de CECs extensos de língua em pacientes idosos. O caso destaca as considerações anatômicas, histológicas e cirúrgicas envolvidas no manejo de uma neoplasia oral avançada. A discussão detalhada explora os desafios associados ao tratamento de CECs extensos de língua, enfatizando a necessidade de diagnóstico precoce, manejo multidisciplinar e estratégias terapêuticas individualizadas para melhorar os desfechos clínicos.

2. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 81 anos, apresentou lesão ulcerada de crescimento progressivo na borda lateral direita da língua, notada aproximadamente um ano antes da consulta inicial (Figuras 1A e 1B). O paciente relatou dor crescente, disfagia e perda de peso significativa (10 quilos) nos últimos seis meses. Ao exame clínico, observou-se tumor exofítico extenso, com aproximadamente 8 cm, estendendo-se até a superfície ventral da língua e invadindo o assoalho da boca. Linfonodos submandibulares bilaterais palpáveis sugeriam metástase regional.

Figura 1. A e B. Lesão ulcerada na borda lateral direita da língua, medindo aproximadamente 8 cm, estendendo-se até a superfície ventral da língua e invadindo o assoalho da boca.

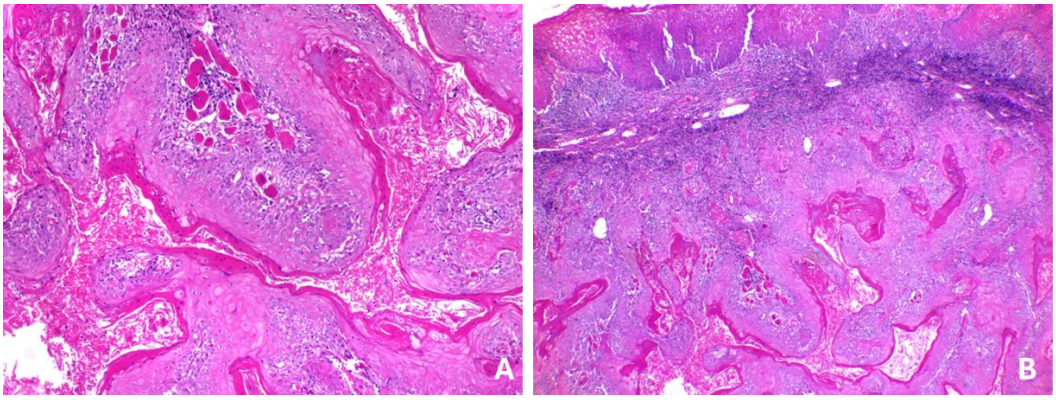
A anatomia da língua e de suas estruturas adjacentes foi fundamental para a avaliação da extensão tumoral. A porção oral da língua é composta por músculos intrínsecos e extrínsecos, permitindo movimentos precisos essenciais para a fala e a mastigação. O assoalho da boca, situado inferiormente, contém estruturas vitais como as glândulas sublinguais e submandibulares, o nervo lingual e o músculo milo-hióideo. Tumores que

invadem essa região frequentemente comprometem múltiplas funções, dificultando as ressecções cirúrgicas.

Para confirmação diagnóstica, foi realizada biópsia incisional na área indurada da lesão. A análise histopatológica e imuno-histoquímica revelou um carcinoma espinocelular bem diferenciado, com presença de pérolas córneas e pontes intercelulares infiltrando estruturas anatômicas vizinhas e delimitando espaços pseudocísticos representando alterações degenerativas nas porções mais profundas da lesão, sugerindo comportamento agressivo (Figuras 2A e 2B). Os exames de imagem, incluindo tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), demonstraram invasão tumoral do assoalho da boca e linfadenopatia cervical unilateral. A intervenção cirúrgica foi planejada como modalidade terapêutica primária. O paciente foi submetido a glossectomia parcial com ressecção em bloco do assoalho da boca, acompanhada de dissecção cervical parcial, sem reconstrução com retalho. A cirurgia teve como objetivo alcançar margens livres, preservando funções críticas como deglutição e fala.

A análise histológica pós-operatória confirmou a ressecção completa e o diagnóstico inicial de CEC. O paciente teve boa recuperação, sem complicações significativas, e foi encaminhado para radioterapia adjuvante no setor de oncologia, com o objetivo de minimizar o risco de recidiva, sendo acompanhado por equipe multidisciplinar. Atualmente, o paciente está completando um ano de seguimento sem sinais de recidiva, em acompanhamento rigoroso. Terapias de suporte, como fonoterapia, acompanhamento nutricional e fisioterapia oral, têm sido realizadas semanalmente, contribuindo de forma extremamente importante para a qualidade de vida do paciente.

Figura 2. A e B. Achados histopatológicos com coloração de hematoxilina e eosina (HE). A análise microscópica revelou um carcinoma espinocelular bem diferenciado, infiltrando estruturas anatômicas vizinhas e delimitando espaços pseudocísticos nas regiões mais profundas da amostra (aumento de 4x). Em maior ampliação, observa-se a cavidade pseudocística delimitada por projeções tumorais, revestida por células pleomórficas, envolvendo feixes de músculo estriado esquelético (aumento de 10x).



4. Discussão

O carcinoma espinocelular (CEC) de língua é uma neoplasia particularmente agressiva, com impacto significativo no bem-estar físico e psicológico dos pacientes. A borda lateral da língua, como observado neste caso, é um local comum para o desenvolvimento de CEC, devido à sua exposição frequente a carcinógenos e à elevada densidade linfática. O grande tamanho da lesão e a invasão do assoalho da boca refletem uma apresentação em estágio avançado, ressaltando a importância do diagnóstico precoce para a melhoria dos desfechos clínicos. O diagnóstico do CEC depende fortemente da avaliação histopatológica. Os achados neste caso — incluindo ceratinização, invasão perineural e invasão linfovascular — são indicativos de comportamento agressivo e prognóstico reservado.

Essas características destacam a necessidade de um planejamento pré-operatório minucioso e de um manejo pós-operatório intensivo [5–7].

O tratamento cirúrgico permanece como a principal abordagem para o manejo do CEC avançado de língua. O objetivo da cirurgia é a ressecção completa do tumor com margens livres, preservando funções críticas como a fala e a deglutição. No entanto, em casos de tumores extensos, como o descrito aqui, alcançar esses objetivos pode ser desafiador. A reconstrução com retalhos livres, como o retalho de antebraço radial, desempenha papel vital na restauração da funcionalidade e da estética [4,7,8].

A radioterapia adjuvante é frequentemente necessária em casos avançados para lidar com fatores de alto risco, como margens cirúrgicas próximas e invasão perineural. Embora eficaz na redução da recidiva local, a radioterapia pode representar desafios adicionais em pacientes idosos, que podem ter menor tolerância a tratamentos agressivos [8]. Isso ressalta a necessidade de abordagens terapêuticas individualizadas que equilibrem o controle oncológico com a qualidade de vida. O prognóstico do CEC de língua depende de diversos fatores, incluindo o estágio tumoral, o comprometimento linfonodal e as características histológicas [3,9]. Infelizmente, apresentações em estágios avançados, como neste caso, estão associadas a taxas de sobrevida reduzidas. Isso reforça a importância de iniciativas em saúde pública voltadas à detecção precoce e à redução de fatores de risco, como o uso de tabaco e álcool.

O manejo do CEC de língua exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, oncologistas, radiologistas e fonoaudiólogos. Em pacientes idosos, fatores adicionais como comorbidades e o estado funcional devem ser considerados para garantir o melhor cuidado possível. A integração dos cuidados paliativos também é essencial para o controle da dor e para a melhora do conforto geral do paciente [7,10]. Este caso ilustra os desafios associados ao manejo de grandes CECs de língua em pacientes idosos. A natureza agressiva da doença, somada às complexidades anatômicas e funcionais da língua, reforça a necessidade de estratégias terapêuticas abrangentes e individualizadas. Avanços nas técnicas cirúrgicas e nos métodos reconstrutivos oferecem esperança para melhores desfechos, mas o diagnóstico precoce continua sendo fundamental para reduzir o impacto dessa doença devastadora.

4. Conclusões

Este caso de um CEC extenso de língua em um paciente de 81 anos ilustra a natureza agressiva dos cânceres orais avançados e os desafios associados ao seu manejo. Os achados ressaltam a importância do diagnóstico precoce, do planejamento cirúrgico meticuloso e do cuidado multidisciplinar para alcançar os melhores resultados possíveis. Apesar dos avanços terapêuticos, o prognóstico dos CECs extensos de língua permanece reservado, especialmente em populações idosas. Pesquisas contínuas e esforços em saúde pública são essenciais para melhorar a detecção precoce, reduzir fatores de risco e ampliar a qualidade de vida dos pacientes com cânceres orais avançados.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Todos os procedimentos realizados em estudos envolvendo participantes humanos estiveram de acordo com os padrões éticos da comissão de pesquisa institucional e/ou nacional e com a Declaração de Helsinque de 1964 e suas emendas posteriores ou padrões éticos comparáveis. O consentimento livre e esclarecido foi obtido do indivíduo incluído neste estudo.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Baehring JM, Betensky RA, Batchelor TT. Malignant peripheral nerve sheath tumor: The clinical spectrum and outcome of treatment. Neurology. 2003 Sep 9;61(5):696–698. doi:10.1212/01.wnl.0000078813.05925.2c. PMID: 12963767.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018;1:1-31.
3. Warnakulasuriya S. Global epidemiology oral câncer. Oral Oncol 2009;45:309-316.
4. d'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, Kulcsar MA, Cernea CR, Brandão LG, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. Braz J Otorhinolaryngol 2015;81:248-54.
5. Lorini L, Bescós Atín C, Thavaraj S, Müller-Richter U, Alberola Ferranti M, Pamias Romero J, Sáez Barba M, de Pablo García-Cuenca A, Braña García I, Bossi P, et al. Overview of Oral Potentially Malignant Disorders: From Risk Factors to Specific Therapies. Cancers. 2021;13(15):3696.
6. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. Oral Oncol 2008;44(1):10-22.
7. Chi AC, Day TA, Neville BW. Oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma--an update. CA Cancer J Clin 2015;65(5):401-21.
8. Christianen ME, Schilstra C, Beetz I, Muijs CT, Chouvalova O, Burlage FR, Doornaert P, Koken PW, Leemans CR, Rinkel RN, de Bruijn MJ, de Bock GH, Roodenburg JL, van der Laan BF, Slotman BJ, Verdonck-de Leeuw IM, Bijl HP, Langendijk JA. Predictive modelling for swallowing dysfunction after primary (chemo)radiation: results of a prospective observational study. Radiother Oncol. 2012;105(1):107-14.
9. Neville BW, Day TA. Oral cancer: Diagnosis and management. CA Cancer J Clin. 2002.
10. Myers JN. Head and Neck Cancer. Lancet 2018.
11. Haddad RI, Shin DM. Recent Advances in Head and Neck Cancer. N Engl J Med 2008;359(11):1143-54.