CARCINOMA DA LÍNGUA

DR. CARLOS PORTUGAL Director do Serviço de Estomatologia do IPOFG MARIA DA PIEDADE BRITO COSTA Interna de Estomatologia dos Hospitais Civis de Lisboa

RESUMO

O carcinoma espino-celular da língua ocupa o primeiro lugar no cancro oral, sendo mais frequente nos homens entre os 50-60 anos, fumadores, alcoólicos e com má higiene oral.

A incidência particularmente elevada em certas regiões do globo, indica a influência de factores étnicos e ambienciais na sua etiopatogenia.

Localiza-se com maior frequência no terço médio do bordo livre da porção móvel e apresenta-se como uma úlcera assente numa base endurecida, de evolução insidiosa, sendo a dor e limitação dos movimentos sinais tardios.

A disseminação linfática nos gânglios regionais é a mais importante.

Apesar dos avanços terapêuticos e da associação cirurgia, radioterapia e quimioterapia o prognóstico é sombrio, sendo os da base os de pior prognóstico devido à menor diferenciação histológica e diagnóstico mais tardio.

SOMMAIRE

Le carcinome de la langue est à présent le plus fréquent des cancers de la bouche, survenant entre 50-60

ans surtout chez des hommes avec des habitudes de tabagisme, d'alcoolisme et avec mauvaise hygiéne oral. Son incidence est particulièrement elevée dans certaines régions du Globe traduisent une combinaison de facteurs d'ambience et ethnics.

La plupart se localize au tiers moyen du bord libre, le plus souvent sous une forme ulcéreuse ou ulcéro-bourgeonnante avec une base indurée et evoluant insidieusement. La douleur et limitacions des mouvementes sont des signes tardifs.

L'extension lymphatic est rapide et la plus importante, souvent bilateral. Malgré les progrés thérapeutiques le prognostic est sombre avec une survie de 25 a 35% à 5 ans. Le cancer de la base a un prognostic particulièrement deplorable (10 a 15% de survie à 5 ans) dû au diagnostic tardif et moindre differentiation histologique.

SUMMARY

Squamous carcinome of the tongue occurs most frequently in males in the 50-60 year age group, smokers, alcoholics and with poor oral hygiene. It's in the present the most common malignant neoplasm of the mouth. There are marked differences in occurence around the world reflecting combinations of ethnic and environmental factors. The lesions may appear as an ulceration, cauliflower-like mass or both on an indurated base, more commonly on the middle third-of the lateral border. Pain and restricted mobility are signs of advanced lesion.

Regional lymph nodes are early affected, often on both sides. The prognosis is still poor: 25-35% of survival. The carcinome of the base has even a poorer prognosis for the late diagnostics and less cellular differentiation.

I — DEFINIÇÃO

O carcinoma da língua é uma neoplasia maligna que se desenvolve a partir do epitélio da mucosa lingual e representa 95% de todas as doenças malignas que atingem este órgão, sendo os restantes 5% tumores das glândulas salivares acessórias e sarcomas.

II — EPIDEMIOLOGIA

Hoje em dia ocupa o primeiro lugar no cancro oral e representa 1-1,6% de todas as neoplasias malignas. Fig. II-1

Site	1965-1969			1970-1974			Latest Interval	
	M	F	M/F	$\overline{\mathbf{M}}$	F	M/F	Change Combined	
Tongue	422	233	1.8	474	242	2.0	+9 +7	
Oropharynx	354	154	2.3	366	178	2.1		
Floor of mouth	245	119	2.1	260	123	2.1	+5	
Lip	372	34	10.9	258	31	8.3	29	
Total	1393	540	2.6	1358	574	2.4	0	

Fig. II-1

Em 6% dos casos desenvolve-se a partir de uma lesão pré-existente e nos restantes 94% numa mucosa pre-viamente sã.

Excepcional nas primeiras décadas de vida, atinge a incidência máxima aos 50-60 anos.

A relação homem-mulher era na década de cinquenta de 6:1, mas actualmente é de 2,4:1 nos países industrializados, coincidindo com o aumento do consumo do tabaco pelas mulheres. Fig. II-2.

	Distribution by Percent of Cases			
Age	Male	Female		
≤19	1	1		
20-39	3	5		
40-49	12	14		
50-59	29	$\frac{1}{27}$		
60-69	30	$\frac{21}{24}$		
≥70	25	29		

Fig. II-2

A incidência varia consoante as regiões do globo, reflectindo a combinação de múltiplos factores implicados. A alta incidência nas mulheres escandinavas é devida à prévia existência do S. de Plummer-Vinsen e em certas regiões do globo ao uso do tabaco e betel associados a avitaminoses e outras carências nutritivas, ao uso de especiarias e comida picante. Fig. II-3

ORAL CANCER PER 100,000 POPULATION 1974-75 (45 Nations Studied)

Country	Males (R)* Females (R)				
Hong Kong	19.3	(1)	7.4	(1)	
Singapore	15.2	(2)	5.0	(2)	
France	14.5	(3)	1.1	(20)	
Puerto Rico	9.6	(4)	2.2	(5)	
Switzerland	6.2	(6)	1.0	(27)	
Italy	5.8	(7)	0.8	(33)	
United States	4.7	(12)	1.6	(8)	
Philippines	4.7	(13)	3.4	(3)	
Ireland	3.9	(16)	1.8	(7)	

Canada	3.9	(17)	1.2	(16)
Spain	3.8	(18)	0.5	(44)
England	2.7	(29)	1.3	(13)
Venezuela	2.6	(31)	2.1	(6)
Germany	2.6	(32)	0.7	(36)
Sweden	2.3	(36)	1.1	(22)
Denmark	1.9	(39)	0.9	(28)
Japan	1.7	(42)	0.7	(38)
Mexico	1.5	(43)	0.6	(42)
Israel	1.3	(45)	1.2	(17)

^{*}R=relative ranking

Fig. II-3

III. ETIOLOGIA. PATOGENIA. FACTORES PREDISPONENTES

A causa é ainda desconhecida, mas o uso do tabaco em qualquer das suas formas aumenta o risco do seu aparecimento — nove em cada dez indivíduos atingidos fumam e o risco é maior nos grandes fumadores. O tabaco induz, além disso, o aparecimento de lesões pré-cancerosas como a leucoplasia e eritoplasia. Fig. III-1

	NT		Never		,	Tobac	co Users
Sex	No Patie			Cigarettes	Cigar	Pipe	Chewing
Male	10	4 4	(4%)	82 (79%)	9	9	0
Fema	le 7	0 11	(16%)	58 (83%)	0	0	1
Total	17	4 15	(9%)	140 (80%)	9	9	1

Fig. III-1

O álcool, com a sua acção desidratante sobre a mucosa, torna-a mais vulnerável aos cancerígenos, sendo por isso um co-factor.

Outros factores apontados incluem a sífilis, traumatismos crónicos (prótese, cárie dentária, má higiene, etc.), avitaminoses, carências proteicas, uso de betel, etc.

A acção cancerígena dos virús, particularmente do virús do herpes simplex, não está comprovada assim como a hereditariedade segundo um padrão mendeliano.

IV — ANATOMIA PATOLÓGICA

O carcinoma da língua é, na maior parte dos casos, um carcinoma espino-celular moderadamente bem diferenciado com alguma evidência de queratinização, podendo no entanto apresentar graus de menor diferenciação.

V - ASPECTO MORFOLÓGICO

Apresenta-se com maior frequência sob as formas ulcerativa, vegetante ou úlcero-vegetante.

A úlcera assenta numa base endurecida, infiltrada, de bordos elevados e pode evoluir até se converter numa massa exofítica ou infiltrar as camadas mais profundas sem grande extensão em superfície. De fundo irregular, sangrando facilmente ao toque, pode encontrar-se recoberta de exsudado.

Menos frequentemente pode apresentar-se como um nódulo intersticial, sob um forma infiltrativa pura ou estender-se em superfície com infiltração em profundidade pouco importante. Fig. V



VI — CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

O V lingual divide a língua em duas porções: os 2/3 anteriores que representam a porção móvel e o terço posterior ou porção fixa.

O tipo clínico, histológico e prognóstico diferem bastante nos tumo-

res de ambas as regiões.

O carcinoma da porção móvel representa 75% dos carcinomas da língua, estando 50% localizados no terço médio do bordo livre.

O carcinoma da face dorsal é classicamente a transformação maligna de uma glossite sifilítica; o de face ventral não deve estender-se no pavimento da boca em mais de um terço das suas dimensões; para além disso trata-se de uma variante pelvi-lingual de um tumor do pavimento.

O carcinoma da base da língua rerepresenta 25% dos carcinomas da língua e localiza-se mais frequentemente a meia distância entre o V lingual e a prega glosso-epiglótica na região mediana ou para-mediana.

O diagnóstico é raramente precoce devido ao carácter insidioso, latente e indolor com que inicialmente se apresenta. No carcinoma da porção móvel 40% dos doentes já apresentam no primeiro exame gânglios linfáticos regionais palpáveis e a percentagem aumenta para 60-70% nos de porção fixa, devido à dificuldade de observação.

A dor é sintoma de lesão avançada e pode ser referida através dos nervos lingual e aurículo-temporal ao meato auditivo externo e articulação temporo-mandibular.

A limitação dos mor

A limitação dos movimentos da língua também é indicativo de lesão avançada.

A maioria dos carcinomas apresenta-se como uma úlcera, mas também pode apresentar-se como uma adenopatia isolada, uma otalgia intermitente ou ter um carácter súbito e agudo simulando uma amigdalite, com febre, disfagia e adenopatias colorosas.

Só a biopsia dá o diagnóstico definitivo. Não representa qualquer risco de disseminação e deve englobar tecido aparentemente são e ser suficientemente profunda para avaliar a infiltração tumoral. Por vezes é necessário proceder a biópsias em mais de um local suspeito. A sutura com pontos de seda OO não deve englobar a região ulcerada.

A citologia exfoliativa, coadjuvante que deve ser usada no despiste de lesões aparentemente benignas,

não substitui a biópsia.

O RX simples de perfil ou com contraste pode dar uma ajuda no diagnóstico do carcinoma de porção fixa, apresentando uma imagem lacunar e a cinerradiografia uma alteração no primeiro tempo de degluticão.

VII — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tem de fazer-se com situações que se podem confundir mais ou menos com o carcinoma tais como ulcerações traumáticas, lesões inflamatórias específicas e inespecíficas, lesões tumorais benignas e lesões pré-malignas.

VII — DISSEMINAÇÃO TUMORAL

O carcinoma da língua dissemina-se por extensão directa, via linfática e sanguínea.

A extensão directa determina o envolvimento das estruturas vizinhas à do tumor como o pavimento da boca, região retro-molar, pilares amigdalinos, mandíbula e também véu do paladar, faringe e epiglote. Ao atingir a laringe provoca tosse e

falsos trajectos com a possibilidade de ocorrência de pneumopatia de aspi-

ração.

A disseminação por via linfática é a mais importante devido a uma rede linfática difusa que drena para as cadeias ganglionares regionais. Os linfáticos apicais drenam para os gânglios sub-mentonianos bilateralmente e frequentemente para o gânglio supra-omo-hioideu.

Os linfáticos marginais para os gânglios sub-maxilares, júgulo-digástricos e júgulo-carotídeos, assim como os linfáticos da região central, mas estes bilateralmente através do

septo mediano.

Os troncos basais, posteriores, terminam nos gânglios júgulo-digástricos, júgulo-parotídeos e faríngeos laterais.

O carcinoma das áreas apical, central e base, metastisam numa percentagem importante de casos bilateralmente e podem apresentar precocemente metástases centro-laterais. Fig. VIII-1 e Fig. VIII-2

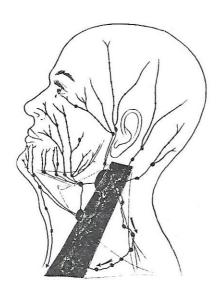


Fig. VIII-1

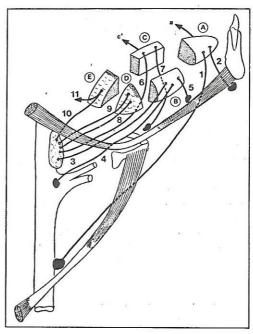




Fig. VIII-2

A disseminação hematogénea é rara, mas importante no desenvolvimento de metástases a distância nos pulmões, ossos e fígado, principalmente.

IX — TRATAMENTO

A língua é um órgão muscular com múltiplas funções: fonação, paladar, tacto, mastigação, e não só a extensão do tumor, mas também o tratamento, vão provocar efeitos, por vezes graves, na fisiologia da cavidade oral e sistema estomatognático.

O tratamento é complexo e está longe de ser unanimemente aceite

em todos os centros e é obrigatoriamente multidisciplinar. Requer cooperação do cirurgião, radioterapeuta, quimioterapeuta, estomatologista, psiquiatra ou psicólogo e para--médicos.

Hoje em dia aplicam-se isolados ou em associação três tipos de tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dependendo a escolha, em linhas gerais, do estadio clínico da doença e localização do tumor, mas também da idade do paciente, nível sócio-económico, tipo psicológico e estado geral.

O estadio clínico da doença é determinado pela classificação TNM. Quadro IX-1 e Quadro IX-2

Quadro IX-1 — Estadiamento Clínico do Carcinoma da Cavidade Bucal

I:	T1 N0 M0
II:	T2 N0 M0
III:	T3 N0 M0
	T1 N1 M0
	T2 N1 M0
	T3 N1 M0
IV:	T1 N2 M0 T1 N3 M0
	T2 N2 M0 T2 N3 M0
	T3 N2 M0 T3 N3 M0
ıalqu	er categoria T ou N com Mi
	II: III: IV:

Quadro IX-1

Quadro IX-2 — Definição das Categorias TNM dos Tumores Malignos da Cavidade Bucal

-Tumor primário

T1S — Carcinoma in situ.

T1 - Tumor medindo 2 cm ou menos em seu diâmetro maior.

Tumor medindo mais de 2 cm, porém menos de 4 cm em seu diâmetro maior.

T3 - Tumor medindo mais de 4 cm em seu diâmetro maior.

N — Linfonodos regionais

N0 - Linfonodos cervicais clinicamente impalpáveis, ou palpáveis, mas sem suspeita de metástase.

N1 — Linfonodos cervicais homolaterais ou bilaterais clinicamente palpáveis. mas sem suspeita de metástase.

N2 — Linfonodos cervicais contralaterais ou bilaterais clinicamente palpáveis, móveis, suspeita de metástase.

N3 — Linfonodos clinicamente palpáveis, fixos; suspeita de me-

tástase.

M - Metástase distante

M0 — Ausência de metástase dis-

M1 — Evidência clínica e/ou radiográfica de metástase, além dos linfonodos cervicais.

Quadro IX-2

A cirurgia tem um propósito curativo e só raramente paliativo. É em muitos casos tão eficaz como a radioterapia ou mesmo mais, mas tem a desvantagem de sacrificar estética e função, e desde 1970 que foi abandonada a excisão muito radical com largas margens de segurança que levavam a consequências funcionais e cosméticas desastrosas.

A principal causa de falha é a extensão microscópica para lá da excisão ou excisão inadequada, levando a recidiva, uma vez que na cavidade bucal dificilmente se conseguem margens superiores a 1-2 cm.

A radioterapia cura os T1, quase todos os T2, poucos T3 e nenhum T4. O aparecimento de novas técnicas abriu grandes perspectivas tanto com a radioterapia externa como com a

curieterapia. (Ir 192).

A quimioterapia é utilizada num carcinoma localmente muito extenso com adenopatias volumosas ou em recidivas brutais após terapêutica inicial. Nas formas depassées locais e/ou ganglionares pode utilizar-se a quimioterapia como tratamento inicial, seguida de irradiação ou associação rádio-cirúrgica.

X — PROGNÓSTICO

Apesar de todo o avanço terapêutico a sobrevida aos 5 anos é modesta: 25 a 35% em média. No entanto, quando precocemente detectada (lesão menor que 2 cm e sem evidência de metástases) a sobrevida aumenta consideravelmente.

Não existe uma correlação absoluta entre a morfologia, a diferenciação histológica e o prognóstico, mas de um modo geral pode dizer-se que os tumores exofíticos têm menor tendência à infiltração, são geralmente menos agressivos e mais diferenciados, ao contrário dos infiltrativos que, além disso, recidivam mais frequentemente.

O carcinoma da porção fixa da língua, menos diferenciado é geralmente diagnosticado mais tardiamente tem pior prognóstico que o da porção móvel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Précis de Stomatologie, M. Dechaume M. Grellet P. Laudenbach J. Payen, 5ème edition 1980, 363.364.
- 2 Ord Cancer, Published by the American Cancer Society 1981.
- 3 Pathologic Basis of Disease, Robbins, 891 - 1974.
- 4 Hamilton Bailey's, Demonstration of Physical Signs in Clinical Surgery, 120, 121, 122, 124, 125 - 1973.
- 5 Tratado de Patologia Bucal, Shafer, Hine, Lany, 4.ª edição, 104, 113-1985.
- 6 A Colour Atles and Textbook of Oral Anatomy, BKB Berkovitz, Gr. Holland, BJ Moxham, 1984.
- 7 Encyclopédie Médico Chirurgicale, I 22001 B₃₀, 4-3-11 — IV 22063 A₁₀, 11 - 1984.