

Carcinoma verrucoso: revisão da literatura e apresentação de um caso

Alberto Consolaro*
Luiz A. de A. Taveira*
Pantelis Varvaki Rados **

RESUMO

Este trabalho tem o propósito de apresentar uma revisão da literatura sobre o carcinoma verrucoso, e apresentar um caso desta lesão para chamar a atenção sobre alguns aspectos deste tumor como a importância do diagnóstico clínico bem orientado, assim como um planejamento criterioso para a execução da biópsia, passos importantes para um correto diagnóstico.

SUMMARY

This paper presents a review of the literature and a case report about verrucous carcinoma of the oral mouth. It is stressed the importance in the correct diagnosis and biopsy procedure in order to reach a precise final diagnosis.

UNITERMOS

Carcinoma Verrucoso, Tumores da Cavidade Bucal, Carcinoma Epidermóide.

Introdução

O carcinoma verrucoso é uma variante de carcinoma espinocelular de crescimento local, raramente determinando metastase (1,3,6,7,11,13). É uma lesão mais frequente em pacientes idosos, em média acima dos 50 anos (1,3,4,8).

O objetivo deste trabalho é o de realizar uma revisão dos trabalhos publicados na literatura com casuísticas extensas sobre o assunto, além de propor aspectos mais conclusivos no que se refere a suas características de etiopatogenia. Como ilustração apresentaremos um caso desta, diagnosticado em um paciente de 72 anos.

O carcinoma verrucoso foi descrito por Ackerman (1), em 1948, definindo a lesão com aspecto verrucoso encontrado em mucosa jugal ou labial em pacientes idosos. Durante algum tempo acreditou-se que o carcinoma verrucoso fosse uma entidade exclusiva de mucosas (2,5,8,11,15).

Em outras regiões anatômicas também foram descritos carcinomas

verrucosos, por exemplo em faringe, esôfago, fossas nasais, ou região genito glútea (2,5,7,9).

Existem casos descritos na literatura de tumores de pele que acometem os membros inferiores ou a planta dos pés e histopatologicamente se parecem muito com os Carcinomas Verrucosos, conhecidos como Condilomas Acuminados Gigantes ou Carcinomas Cuniculatum (1,5,9,13).

Aspectos epidemiológicos e anatômicos do Carcinoma verrucoso da cavidade bucal

Os aspectos epidemiológicos do carcinoma verrucoso da cavidade bucal, colhidos da reunião das grandes casuísticas encontradas na literatura compreendem os estudos de Eisenberg e Rosemberg (3), McCoy e Waldron (7), Shafer (12), Ackerman (1), Jacobson e Shear (6) e o de Medina, Ditchel e Lima (8) perfazendo um total de 257 casos apresentados. Deste total, 140 pacientes do sexo

masculino, 108 do sexo feminino, em 9 casos o sexo era uma informação não encontrada. Os extremos de idades variavam entre 20 e 100 anos. A média de idade dos pacientes gira em torno dos 60 anos com uma maior incidência da lesão entre a quinta e sétima década de vida.

A proporção entre carcinomas epidermóides e carcinomas verrucosos, encontrados neste levantamento consideram os trabalhos de Jacobson e Shear (6) McCoy e Waldron (7), Shafer (12), Eisenberg e Rosemberg (3), e indicam uma média geral de 6,1%, de todos os carcinomas da cavidade bucal. É importante salientar que este dado foi obtido da média aritmética da percentagem indicada nos estudos.

A localização anatômica observada na amostra de 257 casos, revelou que 105 casos ocorreram em muco-

* Professor de Patologia Geral e Buco-Dentária da Faculdade de Odontologia da USP/Bauru

** Aluno de Pós-Graduação do curso de Patologia da Faculdade de Odontologia da USP/Bauru

sa vestibular, o rebordo alveolar e gengiva estão em segundo lugar com 103 casos, o assoalho de boca com 25 casos, palato com 24 casos, língua com 23 casos, lábio com 21 casos, fundo de sulco com 12 casos, amígdala com 1 caso, em 19 casos a localização anatômica não estava referida. A discrepância entre o total de casos relatados e a totalização das localizações anatômicas se deve a que algumas das lesões era muito extensas impossibilitando determinar a área de início do tumor. Os dados expostos acima estão resumidos na tabela 1.

berg (3) onde foram considerados os aspectos morfológicos das células epiteliais dos carcinomas verrucosos constatou-se a presença de algumas alterações morfológicas compatíveis com a presença de vírus no interior das células. As mais significativas são a hiper cromasia e lobulações nucleares, inclusões e vacuolização intranuclear ou perinuclear.

Das possíveis formas de vírus envolvidos na etiologia do carcinoma verrucoso o HPV (vírus do papiloma humano) parece desempenhar algum papel no desenvolvimento da lesão ou como fator de cocarcinogê-

crescimento lento com histórias de vários anos de evolução, sendo encontrada por exames de rotina sem que os pacientes tenham consciência da existência desta patologia (1,2,4,5,11,13). A característica clínica das lesões de boca revela um aspecto verrucoso ou papilomatoso de superfície esbranquiçada ou com áreas avermelhadas, fato este considerado mais raro por Eisenberg e Rosenberg (3) inserindo-se de maneira sessil sobre a mucosa sem provocar dor ou qualquer desconforto para o paciente.

A lesão tende a crescer lentamente de forma centrípeta, o que explica em alguns casos a dificuldade de localização do local de início do carcinoma verrucoso.

A presença de linfonodos com aumento de volume, para Medina et alii (8) é um aspecto raro já que somente 13 dos 104 pacientes examinados apresentavam esta característica, sendo que em nenhum foi possível encontrar metástase, este fato é confirmado por outros autores (3,8,14).

Aspectos histopatológicos do carcinoma verrucoso

O diagnóstico histopatológico do carcinoma verrucoso pode ser feito sem maiores problemas desde que sejam respeitados alguns cuidados básicos com relação a obtenção da biópsia. Uma amostra significativamente abrangente de tecido, de preferência com parte de tecido saudável. Outro cuidado que necessita-se durante a biópsia diz respeito a profundidade, incluindo parte de tecido conjuntivo subjacente. Lever (5) contra indica biópsia por "descamação". Alguns autores como Ortega e Lopes (9) citam que a necessidade de uma nova biópsia é frequente nos casos de diagnóstico histopatológico de carcinoma verrucoso.

O quadro microscópico do carcinoma verrucoso revela proliferação de células epiteliais apresentando sinais atípicos sem invadirem francamente o tecido conjuntivo, além de mostrar proliferação exofítica (1,3,4,7).

TABELA 1

Tabela resumo dos dados coletados da literatura sobre Carcinoma Verrucoso

Autor	Total	Sexo		Idade (média)	Localização Preferencial
		M	F		
Ackermn (1)	31	26	5*	67a	18/31 M.Vest
Eisenberg (3)	17	8	8	61a	5/17 M.Vest
Jacobson (6)	15	5	10	---	5/15 Gengiv
McCoy (7)	49	15	28*	66a	11/49 M.Vest
Medina (8)	104	57	47	65a	46/104 M.Vest
Shafer (12)	41	22	19	68a	25/41 Gengiv
TOTAL	257	133	108	---	-----

* existem pacientes com sexo ignorado

Etiologia

Vários aspectos estão relacionados com a etiologia do carcinoma verrucoso, o tabagismo parece ser um dos mais importantes, como um fator promotor ou adjuvante (1,3,6,8).

Os trabalhos com grandes séries de casos apresentados são incompletos por falta de informação clínica, mas é possível constatar-se que os pacientes em sua maioria revelam o hábito de fumar, na casuística onde estas informações existiam, se constata que 84% dos pacientes referem algum tipo de uso de tabaco (1,3,6). No que se refere ao etilismo os dados são pouco significativos, mas a maioria dos autores considera este fator como outra possível etiologia no desenvolvimento do carcinoma verrucoso.

A ação viral sobre as células epiteliais, deve desempenhar algum papel na gênese do carcinoma verrucoso. No estudo de Eisenberg e Rosen-

nese. Sua associação a outros como o tabagismo, outras infecções virais poderiam determinar o desenvolvimento dos carcinomas. O crescimento indolente desta lesão reforça a teoria da possível etiologia viral. Outro aspecto que deve ser salientado é a intensa infiltração inflamatória crônica subjacente à invasão do tumor. Esta característica representa a apresentação de antígenos virais pelas células do hospedeiro em colaboração com moléculas de classe I ou mesmo de classe II. Para Campbell et alii (2) a etiologia viral nos casos de carcinoma verrucoso da região genito glútea ou plantar é possível mas ressaltam que os estudos de hibridização ou estudos em microscopia eletrônica não têm confirmado esta idéia.

Aspectos clínicos do carcinoma verrucoso

Esta lesão se traduz por apresentar

A tendência de empurrar o tecido normal da periferia da lesão, para cima e para o lado e daí em diante apresentar os sinais da atipia celular e hiperplasia, representa uma característica microscópica significativa. É importante salientar a transição abrupta entre o epitélio normal e o tumoral (2,4,6,7,10). As proliferações celulares em direção ao conjuntivo têm um aspecto bulboso apresentando morfologia de projeções grossas que mantêm uma certa organização tecidual com as células da camada basal razoavelmente organizadas. Outra característica microscópica significativa da lesão é a formação de fendas de queratina que assumem o aspecto de torres de igrejas para Shear e Pindborg (14) ou com aspecto de tocas de coelhos para Campbell et alii (2) o que é conhecido como "cuniculatum". É importante salientar que esta característica não representa um sinal patognomônico da doença mas sim mais um dos vários aspectos morfológicos que constituem o carcinoma verrucoso.

Em microscopia eletrônica os estudos de Prioleau e colaboradores (10), demonstraram que as células epiteliais do carcinoma verrucoso produzem hemidesmossomas em abundância o que explicaria o seu menor poder invasivo. Outros aspectos relatados por estes autores são uma camada de células basais mais espessa, lâmina basal secretada e espessa, além da maior proporção de células queratinizadas.

Aspectos relacionados ao tratamento do carcinoma verrucoso

O tratamento do carcinoma verrucoso pode seguir duas filosofias distintas, uma delas indica a cirurgia para estas lesões (3,4,8,9). Por outro lado existe a possibilidade de tratamento com radioterapia, mas como salienta Figueiredo e colaboradores (4), esta alternativa de tratamento deve ser reservada para aquelas situações em que o paciente não pode ser submetido a cirurgia. Outro aspecto bem documentado na literatu-

ra é a transformação ou o aparecimento de carcinomas espinocelulares indiferenciados em áreas de mucosa que foram irradiadas com o objetivo de tratamento de carcinoma verrucoso (3,4,9,14). Entretanto mais recentemente de acordo com Regezi e Sciubba (11) a radioterapia agressiva associada a cirurgia tem demonstrado uma margem de sucesso grande.

Apresentação de caso de carcinoma verrucoso

Tratava-se de um paciente de sexo masculino com 72 anos que procurou o serviço de Estomatologia do Hospital Lauro de Souza Lima em Bauru/SP, por causa de lesão localizada na mucosa jugal do lado direito, notada há aproximadamente 2 meses. O paciente relatou ser fumante, de 1 maço de cigarros ao dia, ter o hábito de ingerir bebidas alcoólicas ocasionalmente. A história médica passada revelou deficiência auditiva, compensada por utilização de aparelho para surdez. O exame clínico intra bucal permitiu constatar que o paciente portava dentaduras superior e inferior confeccionadas há mais de 20 anos "sic", desadaptadas não oferecendo desconforto para a mastigação.

Na região retro comissural de ambos lados existiam lesões de aspecto leucoplásico, sendo a do lado direito de aspecto verrucoso com áreas periféricas eritoplásicas, o diagnóstico clínico foi de leucoplasia e executou-se biópsia incisional sob anestesia local.

Este aspecto da evolução do processo de diagnóstico nos mostra a importância do estabelecimento de um diagnóstico diferencial com o carcinoma verrucoso já que neste primeiro momento não foi aventada esta hipótese.

O aspecto histopatológico observado na figura 1A mostra de novo a incapacidade de se estabelecer um diagnóstico microscópico quando o patologista recebe somente uma porção do material onde não estão incluídas porções das bordas da lesão. Nota-se tecido epitelial de re-

vestimento com áreas hiperplásicas, mostrando sinais francos de atipia celular e hiperplasia, o tecido conjuntivo fibroso está inflamado densamente, com áreas de supuração, com este quadro microscópico estabeleceu-se o diagnóstico de displasia epitelial severa, compatível com o diagnóstico clínico de leucoplasia.

Uma semana após optou-se por indicar a remoção cirúrgica total da lesão do lado direito, sob anestesia local. A remoção estendeu-se até a porção superficial do plano muscular.

A figura 2A mostra o aspecto clínico da lesão no momento de sua remoção cirúrgica, é possível constatar o seu aspecto verrucoso.

A macroscopia constatou de um fragmento de tecido mole recoberto parcialmente por mucosa medindo em seus maiores comprimentos 12mm x 15mm x 8mm. Ao corte nota-se que a lesão tem um aspecto papilomatoso com tendência de proliferação endofítica. Foram incluídos segmentos do material de biópsia de acordo com a figura 1B visando a observação de toda a extensão do material. Durante estes procedimentos de macroscopia foi levantada a hipótese de tratar-se de carcinoma verrucoso. Este aspecto ilustra um ponto pouco salientado na literatura ou seja, o cuidado na descrição macroscópica dos carcinomas verrucosos que podem ser de muita importância no estabelecimento do diagnóstico definitivo.

Os cortes microscópicos mostram um aspecto verrucoso, em muitos pontos com projeções bulbosas das cristas epiteliais para o interior do tecido conjuntivo. As células epiteliais apresentam sinais de hiperplasia e atipia celular discreta.

Notam-se fendas profundas no epitélio de revestimento com presença de queratina no seu interior formando aspectos de tocas de coelho "cuniculatum". O tecido conjuntivo subjacente apresenta denso infiltrado inflamatório mononuclear. As células epiteliais não invadem de maneira profunda o tecido conjuntivo,

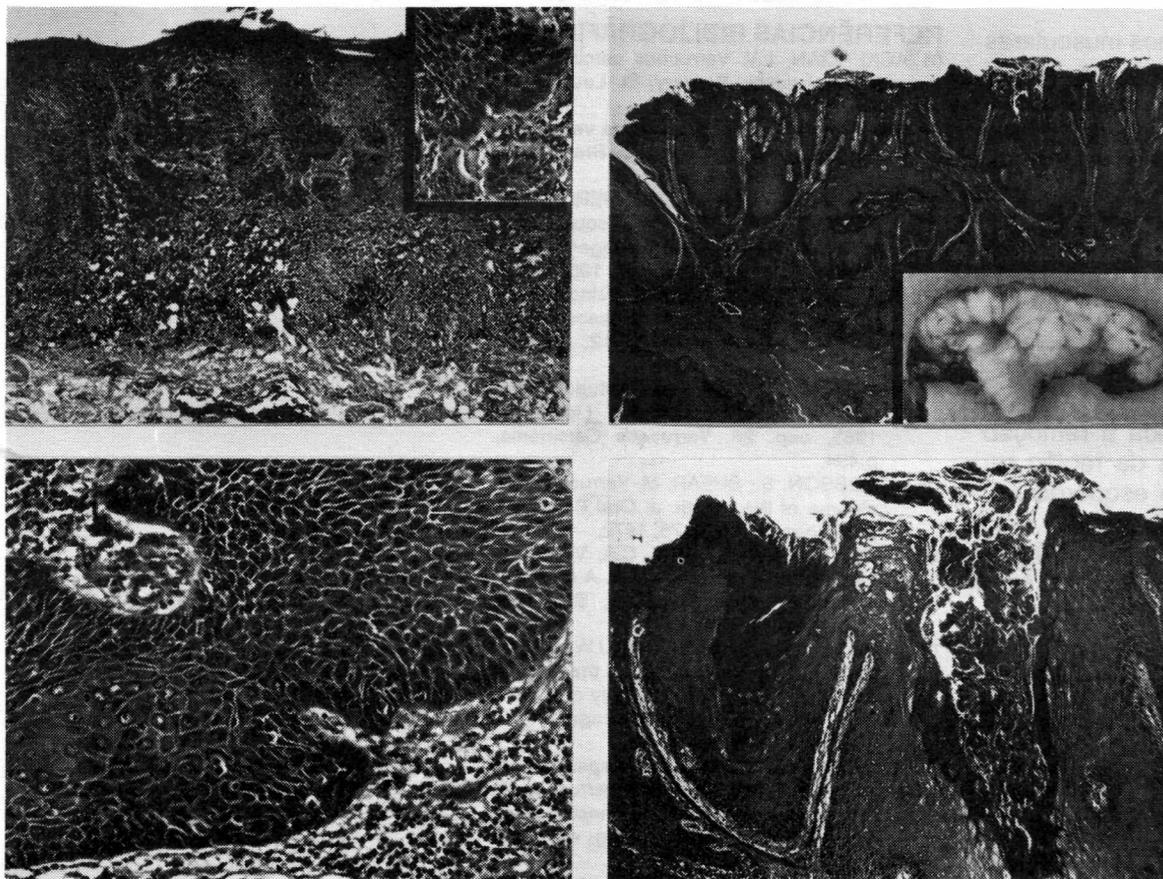


FIGURA 1
Aspecto clínico do caso apresentado. Característica verrucosa e leucoplásica da lesão localizada em posição retrocomissural (1A). Comissura oposta com lesão leucoplásica e de aspecto discretamente hiperplásico (B). Controle pós-operatório com aproximadamente 30 dias (C). Aspecto clínico da lesão da comissura oposta nesta mesma época (D).

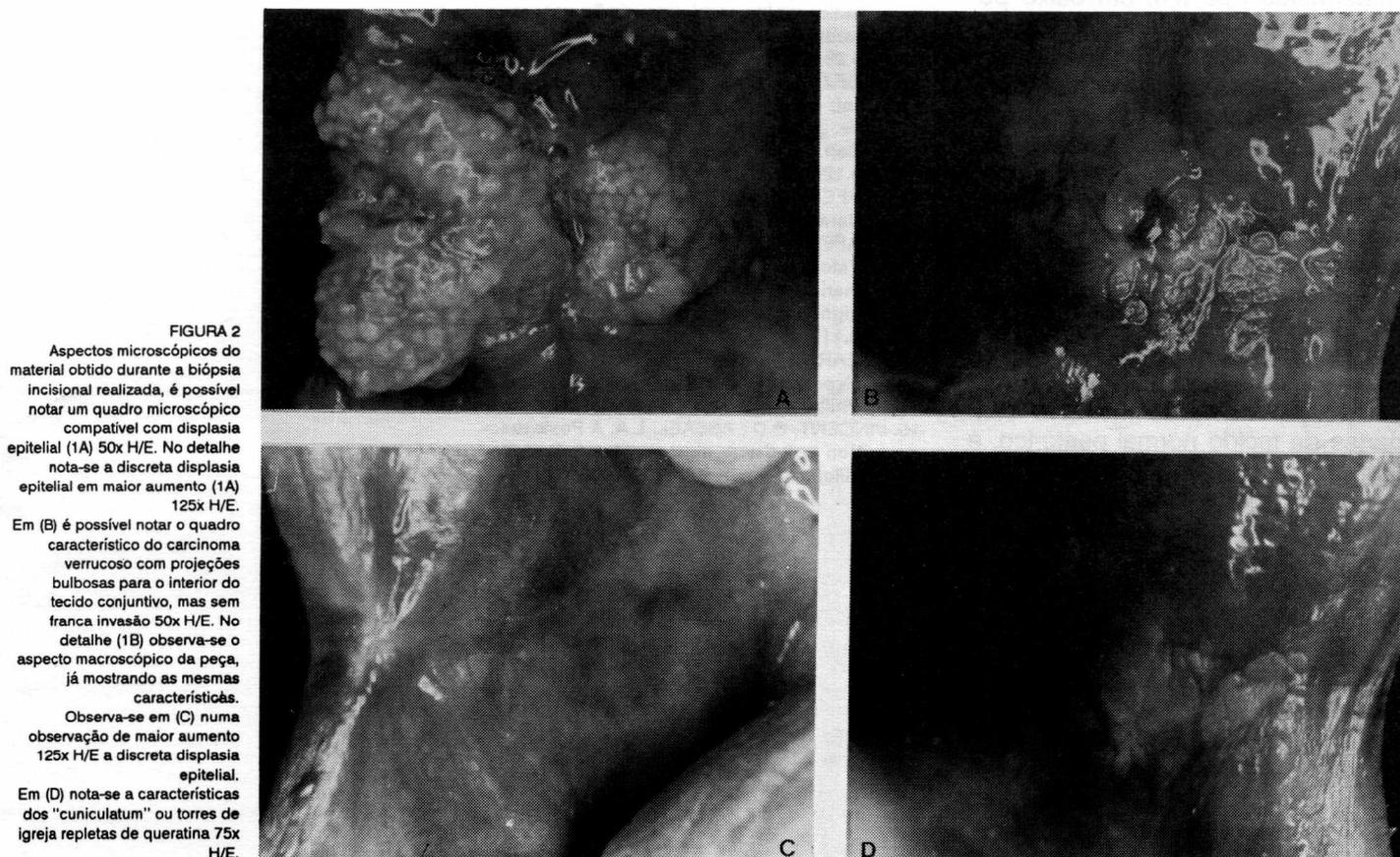


FIGURA 2
Aspectos microscópicos do material obtido durante a biópsia incisiva realizada, é possível notar um quadro microscópico compatível com displasia epitelial (1A) 50x H/E. No detalhe nota-se a discreta displasia epitelial em maior aumento (1A) 125x H/E.
Em (B) é possível notar o quadro característico do carcinoma verrucoso com projeções bulbosas para o interior do tecido conjuntivo, mas sem franca invasão 50x H/E. No detalhe (1B) observa-se o aspecto macroscópico da peça, já mostrando as mesmas características.
Observa-se em (C) numa observação de maior aumento 125x H/E a discreta displasia epitelial.
Em (D) nota-se a características dos "cuniculatum" ou torres de igreja repletas de queratina 75x H/E.

deixando livres os planos musculares mais superficiais observados. Em alguns dos níveis foi possível constatar-se a continuidade da lesão nas bordas do material examinado. Figuras 1B, C, D.

No controle pós-operatório do paciente 30 dias após constatou-se a cicatrização total da área operada.

Diante desta observação estabeleceu-se controle clínico do paciente de 4 em 4 semanas.

Na segunda consulta pós-operatória também foi realizada a remoção da lesão leucoplásica da região retrocomissural do lado esquerdo novamente sob anestesia local, e cujo exame histopatológico revelou áreas de hiperplasia epitelial porém sem apresentar sinais de displasia epitelial. Figuras 2B, D.

O controle pós-operatório de 3 meses mostra que o paciente continua livre da lesão. Figura 2C.

Conclusões

A partir do estudo apresentado pode-se constatar que o carcinoma verrucoso é um tipo de carcinoma epidermóide que tem um baixo potencial de agressividade traduzindo-se por sua evolução clínica lenta.

Outro aspecto que se pode salienta é a característica clínica de ser uma lesão de pacientes idosos em média com diagnóstico clínico após os 60 anos, relacionado com o hábito de fumar, apesar desta não estar demonstrada de maneira definitiva nos estudos encontrados na literatura.

A importância de uma biópsia significativa, que compreenda uma ampla porção da lesão inclusive com partes de tecido normal periférico, é um procedimento mandatório para um diagnóstico histopatológico definitivo já na primeira biópsia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ACKERMAN, L.V. Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery, St. Louis*, v.23, p.670-78, 1948.
02. CAMPBELL, G. et al. Carcinoma verrucoso. A propósito de um caso. *An. Bras. Derm.* v.66, p.123-25, 1991.
03. EISENBERG, E.; ROSENBERG, B.; KRUTSCHKOFF, D.J. Verrucous Carcinoma: A possible viral pathogenesis. *O. Surg., St. Louis*, v.59, p.52-7, 1985.
04. FIGUEIREDO, M.A.Z. et al. Carcinoma Verrucoso - Apresentação de casos. *Odon-to-Ciênc.*, Porto Alegre, v.12, p.63-74, 1991.
05. LEVER, W.F.; LEVER, G.S. *Histopathology of the Skin Philadelphia: Lippincott*, 1983, cap. 26. Verrucous Carcinoma, p.494.
06. JACOBSON, S.; SHEAR, M. Verrucous carcinoma of the mouth. *J. Oral Path., Copenhagen*, v.1, p.66-75, 1972.
07. McCOY, J.M.; WALDRON, C.A. Verrucous carcinoma of the oral cavity. A review of forty-nine cases. *O. Surg., St. Louis*, v.52, p.623-9, 1980.
08. MEDINA, J.E.; DICHTEL, M.A.J.W.; LUNA, M. Verrucous carcinomas of the oral cavity. A clinicopathologic study of 104 cases. *Arch Otolaryng.*, Chicago, v.110, p.437-40, 1984.
09. ORTEGA, F.E.; LOPEZ, A.C. Aspectos controvertidos del carcinoma verrucoso de laringe: etiología viral, diagnóstico y tratamiento. *Acta Otorrinolaring. esp.*, Madrid, v.42, p.443-9, 1991.
10. PRIOLEAU, P.G. et al. Verrucous carcinoma A light and electron microscopic, autoradiographic, and immunofluorescence study. *Cancer, Philadelphia*, v.45, p.2849-57, 1980.
11. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. *Patologia bucal: correlações clínico patológicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. Cap. 6. Lesões verrucoso-papilares. p.124-27.
12. SHAFER, W.G. Verrucous Carcinoma. *Int. Dent. J.* v.22, p.451-9, 1972.
13. SHAFER, W.G.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. - *Patologia bucal*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. Cap. 2, Tumores Benignos e Malignos da Cavidade Bucal. p.117-20.
14. SHEAR, M.; PINDBORG, J.J. Verrucous Hyperplasia of the oral mucosa. *Cancer, Philadelphia*, v.46, p.1855-62, 1980.
15. VINCENT, S.D.; ASSAEL, L.A. A Postextraction soft-tissue abnormality. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.49, p.397-400, 1990.