

Câncer do Lábio Inferior

CARLOS ALBERTO BARRETO DE MENDONÇA
Residente do 3º ano da Seção de Cabeça e Pescoço do INCa.

JACOB KLIGERMAN
Chefe da Seção de Cabeça e Pescoço do INCa.

FERNANDO ANTONIO OLIVEIRA DE MEDEIROS
Residente do 1º ano da Seção de Cabeça e Pescoço do INCa.

RESUMO

Os autores apresentam a análise de 190 casos selecionados de câncer do lábio inferior tratados no Instituto Nacional de Câncer — RJ, no período de 1970 a 1978.

Dados estatísticos revelam ser este tumor mais freqüente em pacientes do sexo masculino, de raça branca e com idade superior a 50 anos. Aspectos etiológicos e de histopatologia são também discutidos.

A importância do diagnóstico precoce é enfatizada, e quanto ao tratamento houve semelhança nos resultados obtidos com cirurgia ou radioterapia nas lesões iniciais e superioridade evidente da cirurgia nas lesões avançadas.

UNITERMOS: *Lábio Inferior, Carcinoma*

INTRODUÇÃO

O câncer do lábio inferior é uma das neoplasias mais freqüentes no setor de cabeça e pescoço.

O presente trabalho pretende analisar uma série de 190 casos de câncer do lábio inferi-

or, diagnosticados e tratados no Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — no período compreendido entre 1970 e 1978.

De uma série inicial de 457 casos de afecções que atingiam o lábio inferior, procuramos selecionar aquelas que ti-

nham diagnóstico histopatológico que comprovassem o carcinoma epidermóide e fornecessem um mínimo de informações avaliáveis.

Todos os casos analisados localizavam-se sobre a mucosa do lábio inferior; foram excluídas as invasões secundárias por lesão da pele.

INCIDÊNCIA

Segundo o Third National Cancer Survey (1969-1971), (USA), o câncer do lábio inferior representa somente 1,1% de todos os tumores malignos no homem e 25 a 30% de todos os tumores da cavidade¹ bucal. Ocorre de preferência no sexo masculino, entre a quinta e sétima décadas de vida. É raro nos jovens, exceto em portadores de xeroderma pigmentoso, e em mulheres com *síndrome de Plummer-Vinson*¹. Os indivíduos de cor branca e olhos claros são mais

suscetíveis ao câncer de lábio¹.

Na casuística do Instituto Nacional de Câncer, no período compreendido entre 1970 e 1978, o sexo masculino preponderou na proporção de 4:1, o que corresponde em números absolutos a 152 casos (80%) para 38 casos, sendo 20% no sexo feminino (Tabela 1). A frequência nos brancos foi de 179 casos (94,2%); nos negros, quatro casos (2,1%). Dados correspondentes encontrados na literatura sugerem ser a raça negra mais resistente a esse tipo de tumor pela ação protetora oferecida pela melanina (Tabela 2)².

Tabela 1

SEXO		
Masculino	152	80%
Feminino	38	20%

Tabela 2

COR		
Branca	179	94,2%
Preta	4	2,1%
Outras	6	3,2%

A tabela 3 mostra que substancial porcentagem de pacientes situa-se acima dos 50 anos de idade^{1,12}. Somente cinco casos apresentam-se abaixo dos 20 anos, e em todos eles o câncer de lábio originou-se em lesões de xeroderma pigmentoso.

ETIOLOGIA

O câncer do lábio inferior, como as lesões malignas da pele, é comum em indivíduos com predisposição, especialmente quando expostos a elementos como a luz solar intensa². É controversa a influên-

Tabela 3

ANOS	Nº	%	IDADE
0 a 10	1	0,05	
11 a 20	4	2,10	
21 a 30	6	3,15	
31 a 40	16	8,42	
41 a 50	25	13,15	48,94%
51 a 60	46	24,21	
61 a 70	47	24,73	
71 a 80	32	16,84	
+ 80	13	6,84	
TOTAL	190		

cia do fumo na etiologia deste tipo de câncer¹²; entretanto parece evidente que entre fumantes de cachimbo seja mais freqüente, pois o traumatismo continuado e o calor sobre um mesmo local do lábio podem ser responsáveis pelo seu surgimento^{2,6}. Na nossa série (Tabela 4) 116 pacientes faziam uso habitual de fumo isoladamente, e em 46 casos além do fumo, havia também ingestão de álcool, que é outro fator irritativo da mucosa.

Tabela 4

FATORES DE ALTO RISCO	
Xeroderma pigmentoso	5
Fumo	116
Álcool	56
Sol	2
Radiação	1
Fumo e álcool	46
Sem informações	62

A má higiene bucal e traumatismos repetidos nas suas mais variadas formas produzem irritação crônica da mucosa, como a deficiência dietética que a maioria destes pacientes apresentam, são considerados fatores de alto risco na gênese das lesões neoplásicas. As lesões benignas do lábio, como ceratoses ou leucoplasias, fissuras crônicas, papilomas, podem ser pontos de origem do câncer do lábio. A ressecção da

lesão pré-cancerosa por procedimento cirúrgico simples pode evitar o aparecimento de grande número de casos.

HISTOPATOLOGIA

Por definição, o câncer do lábio se localiza na mucosa (vermelhão do lábio) ou na orla cutâneo-mucosa entre a linha média e a comissura. Ocasionalmente pode comprometer praticamente toda a superfície do lábio, sendo originado de focos múltiplos.

Todos os 190 casos da nossa série histopatologicamente comprovados eram de carcinomas epidermóides. Os graus de diferenciação variaram de bem diferenciados (o que representa 185 casos do total), enquanto em apenas quatro casos o diagnóstico foi de carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado; houve somente um caso de carcinoma epidermóide indiferenciado (Tabela 5).

Há três formas clínicas principais: exofítico ou vegetante, endofítico ou úlcero-infiltrante e o verrucoso². O tipo mais encontrado é o vegetante, com pouca infiltração da lesão. Já no úlcero-infiltrante, o comprometimento de estruturas mais profundas é mais evidente, com bordas endurecidas e crescimento mais lento, evoluindo em direção à pele, musculatura e algumas vezes à man-

Tabela 5

TIPO HISTOLÓGICO	Nº DE CASOS
Carcinoma epidermóide bem diferenciado	185
Carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado	4
Carcinoma epidermóide indiferenciado	1
TOTAL	190

díbula. A forma verrucosa confunde-se bastante com os papilomas, cujo diagnóstico diferencial é difícil. Esta forma tem a peculiaridade de ser menos agressiva, embora localmente comprometa extensas áreas. E em termos de prognóstico, esta é a forma clínica que apresenta maiores índices de curabilidade; entretanto quando submetidos a tratamento radioterápico tais lesões podem se tornar indiferenciadas com a agressividade biológica que lhes é peculiar.

METÁSTASES

O sistema linfático no lábio inferior foi muito bem descrito por Rouvière (Apud Gutman e Suen)^{2, 4}. Os linfáticos drenam para os linfonodos submentonianos e submandibulares. O grupo submandibular coleta a rede mucosa e porção lateral da pele do lábio, principalmente os linfonodos pré-vasculares, enquanto o grupo submentoniano recebe os linfáticos aferentes da porção média do lábio⁵, nesta o comprometimento contralateral é freqüente e deve ser observado na exploração propedêutica.

A pesquisa sistemática dos grupamentos ganglionares permite um correto estadiamento, fator principal no planejamento terapêutico e no prognóstico.

DIAGNÓSTICO

O câncer do lábio é em geral diagnosticado em sua fase inicial e graças a essa precocida-

de diagnóstica, excelentes resultados são relatados na literatura. Comumente o paciente procura o médico apresentando no lábio uma ferida cuja cicatrização não se efetivou em uma ou duas semanas. Esta queixa representou 100% na nossa série. As lesões precursoras da neoplasia, como ceratoses, leucoplasia, corno cutâneo, fissuras crônicas e papilomas devem sempre que possível, ser ressecados, pois não é infreqüente o encontro do carcinoma *in situ* nestas lesões. Toda lesão suspeita, obrigatoriamente deverá ser biopsiada e levada a exame histopatológico, que é a única forma efetiva de diagnóstico seguro².

Existe uma relação direta entre o tempo de evolução da doença e sua extensão; e relação inversa quanto ao prognóstico. Lesões iniciais são geralmente tratadas com ótimos resultados tanto pela cirurgia como pela radioterapia, enquanto que nas lesões avançadas os resultados obtidos são quase sempre precários, envolvendo ressecções cirúrgicas amplas, com mutilações inevitáveis (Tabela 6).

O prognóstico e o tratamento do câncer do lábio baseiam-

Tabela 6

TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA		
Menos de 6 meses	65	34,2%
De 6 a 12 meses	45	23,7%
De 12 a 24 meses	21	11,8%
Acima de 24 meses	32	16,8%
Sem informações	27	14,2%

se na extensão local da lesão, grau de diferenciação histológica, tempo de evolução da doença e presença ou ausência de linfonodos comprometidos — determinados principalmente por suas características palpatórias: situação, consistência e mobilidade. A tabela 7 mostra o estadiamento clínico observado nos 190 casos por ocasião do primeiro exame. Em 73 casos, não foi feito o estadiamento e dos 117 casos estadiados, 58 pacientes apresentavam lesões com menos de 2 cm, e linfonodos cervicais palpáveis foram detectados em somente três casos. Lesões entre 2 a 4 cm em 28 casos; cinco destes apresentavam linfonodos palpáveis. As lesões mais avançadas foram encontradas em 33 casos, e linfonodos clinicamente positivos em sete pacientes.

Tabela 7

ESTADIAMENTO CLÍNICO			
	NO	N+	TOTAL
T1	55	3	58
T2	21	5	26
T3	23	5	28
T4	3	2	5
	102	15	117
OBS: Os casos previamente tratados num total de 73 não foram estadiados.			

De maneira global, não considerando a extensão da lesão

no lábio, a porcentagem de linfadenopatia palpável clinicamente foi de 12,8% em nossa série.

TRATAMENTO

No tratamento do câncer do lábio inferior é necessário considerarmos separadamente o tratamento da lesão primária e o das metástases cervicais, quando presentes. Deve também ser considerado qualquer tratamento prévio — quando utilizado — e o grau de diferenciação da neoplasia.

Por mais de uma ocasião nos referimos ao fato de que as lesões iniciais tanto podem ser tratadas pela cirurgia como pela radioterapia.

A literatura médica mostra índices de curabilidade excelentes^{6, 8}. Ward e Hendrick¹¹ apontam 89% para cirurgia e 79% para radioterapia em cinco anos; Regato¹⁰ mostra 81% para radioterapia e 94% para cirurgia. Na nossa série houve equivalência de resultados entre cirurgia e radioterapia com ligeira superioridade para a última, devido ao fato de que as lesões mais agressivas são tratadas pela cirurgia.

O seguimento de pacientes por cinco anos em nosso meio é extremamente difícil. Cerca de 50% dos casos não retornaram ao hospital após o primeiro ano e nenhum dos que foram chamados respondeu. Nosso grupo com seguimento de cinco anos representa 20% do total de casos.

Nas lesões avançadas a superioridade do tratamento cirúrgico é evidente, pois as lesões residuais após tratamento radioterápico são freqüentes, requerendo quase sempre tratamento cirúrgico complementar para controle da doença (Tabelas 8 e 9)^{2, 3}.

No grupo tratado pela radioterapia — 47 casos — as lesões residuais estiveram presentes em 12 casos e ocorreu um óbito por doença não controlada.

Tabela 8

TRATAMENTO CIRÚRGICO				
Estadiamento	Nº de Casos	Recidiva	Óbitos	N+ após tratamento
T1 NO MO	48	1	0	3
T2 NO MO	15	0	3	4
T3 NO MO	14	0	1	1
T4 NO MO	2	0	1	1
T1 N+ MO	1	0	0	0
T2 N+ MO	2	1	0	0
T3 N+ MO	3	0	1	0
T4 N+ MO	2	0	1	0
Não estadiados	41	2	2	2
TOTAL	128	4	9	11

Tabela 9

TRATAMENTO RADIOTERÁPICO				
Estadiamento	Nº de Casos	Recidiva	Óbitos	N+ após tratamento
T1 NO MO	7	0	0	0
T2 NO MO	6	0	0	0
T3 NO MO	9	5	1	0
T4 NO MO	1	1	0	0
T1 N+ MO	2	0	0	0
T2 N+ MO	3	0	0	0
T3 N+ MO	2	1	0	0
T4 N+ MO	0	0	0	0
Não estadiados	17	5	5	1
TOTAL	47	12	1	1

No grupo tratado pela cirurgia isoladamente — 128 casos — ocorreram recidivas em quatro casos e nove pacientes faleceram por doença não controlada. Em relação ao aparecimento de metástases cervicais após tratamento da lesão primária, nossa série apresentou o seguinte quadro: radioterapia 4,7% e cirurgia 8,5%.

CONCLUSÃO

O câncer de lábio inferior, quando inicial, tem um prognóstico excelente, desde que convenientemente tratado. A precocidade de diagnóstico tem favorecido o tratamento e grande parte dos portadores desta lesão procuram atendimento

em fase inicial da doença. A diferenciação histológica e as características macroscópicas da lesão deverão ser observadas no planejamento terapêutico.

O baixo índice de comprometimento metastático dos linfonodos cervicais nas lesões iniciais contra-indica o tratamento profilático do pescoço, ficando este reservado para os casos de invasão clinicamente demonstrável de linfonodos ou para lesões indiferenciadas^{7, 8, 9}.

No caso de pescoço com linfonodos clinicamente "positivos", a indicação para dissecação radical do pescoço é absoluta. Nos casos de lesão indiferenciada e agressiva, porém com pescoço clinicamente "ne-

gativo", a disseção será modificada. O esvaziamento supra-omohioideu fica reservado somente para os casos de lesão mediana.

Apesar dos resultados de sobrevivência se equivalerem com o tratamento pela cirurgia ou pela radioterapia, a longo prazo o tratamento cirúrgico é superior, tendo-se observado casos de radionecrose tardia em pacientes irradiados há vários anos.

SUMMARY

The authors present an analysis of 190 selected cases of lower lip carcinoma treated in the National Cancer Institute of Rio de Janeiro (Brazil) between 1970 and 1978.

Statistical survey showed that the tumor was more frequent in white males over fifty years.

No difference was obtained when surgical treatment or radiotherapy were compared in early lesions. In advanced lesions, surgical treatment was significantly superior to radiotherapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA, J.F. — Câncer da Boca, São Paulo, Prociencx, 1962, 19ª ed.
2. BAKER, S.R.; KRAUSE, C.J. — Cancer of the lip. *in*: Cancer of Head and Neck., Suen, J.Y.; Myers, E.N., Churchill Livingstone, 1981.
3. BROWN, R.G. *et al.* — Advanced and Recurrent Squamous Carcinoma of the Lower Lip., *Am. J. Surg.* 32: 492, 1976.
4. GUTMAN, A.S. — Tratamento do Câncer do Lábio Inferior pelo Aplicador Duplo de Rádium. *Revista Brasileira de Cancerologia* 26: 5-43, 1976.
5. HAAGENSEN, C.D.; FEIND, C.R.; HERTER, F.P.; SLANETZ, C.A.; WEINBERG, J.A. — The Lymphatics in Cancer., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1972.
6. HELLER, K.S.; SHAH, J.P. — Carcinoma of the lip., *Am. J. Surg.* 138: 600, 1979.
7. HENDRICKS, J.L. *et al.* — Carcinoma Invasivo do Lábio Inferior, Clínicas Cirúrgicas da América do Norte 57: 837-44, 1977.
8. HORNBEACK, N.B.; SHIDNIA, H. — Carcinoma of the Lower Lip., *Cancer* 41: 352, 1978.
9. PERRAS, C. — Carcinoma of the lip., *Am. J. Surg.* 104:746, 1962.
10. REGATO, J.A.; SPJUT, H.J. — Ackerman and del Regato Cancer Diagnosis, Treatment and Prognosis, ed. The C.V. Mosby Co., St. Louis., 1977.
11. WARD, G.E.; HENDRICK, J.W. — Cancer of the Lips., *in*: Diagnosis and Treatment of tumors of the Head and Neck, Williams & Wilkins Co. Baltimore, 1950.
12. WURMAN, L.H.; ADAMD, G.L.; MEYERHOFF, W.L. — Carcinoma of the lip., *Am. J. Surg.* 130: 470, 1975.
13. ROUVIÈRE, H. — Anatomia Humana, Descritiva Topográfica — Tomo I, 3ª ed., Madri — Bailly — Bailliere.