
Carcinoma Primário da Comissura Labial- Tratamento pelas Irradiações

Osolando Judice Machado*
Joaquim Teixeira de Freitas**

O carcinoma primitivo das comissuras labiais é pouco freqüente, razão pela qual as técnicas de seu tratamento são pouco discutidas e difundidas. Na literatura médica é sempre estudado em conjunto com os carcinomas dos lábios ou das mucosas genianas (1). Com os últimos, é particularmente confundido, pois após certo estágio evolutivo há invasão daquela mucosa geniana pela neoplasia, então classificada como primitiva desta última região.

Por seu comportamento, pela sua configuração do território que afeta e porque a técnica de seu tratamento difere daquela das regiões vizinhas, ele merece e precisa, a nosso ver, ser estudado à parte. Assim, podemos atender, com maior propriedade, às lesões desta localização, obtendo melhores estatísticas de cura, ao lado de melhores resultados cosméticos, para não falarmos em estética, quando os comparamos com os de cirurgia.

A freqüência deste carcinoma é baixa, mesmo nos serviços especializados, como a Se-

ção de Radioterapia do Instituto Nacional de Câncer, onde, desde sua fundação, até o ano de 1973, atendemos a 45 casos, constituindo apenas 1,94% de todos os pacientes com câncer na boca, que atingiam a 2.312.

Em nossos pacientes não houve maior incidência de localização de lesão na comissura direita ou esquerda. Os números foram praticamente idênticos: 23 na comissura direita e 22 na oposta. O mesmo não ocorreu com relação ao sexo dos pacientes: houve franca predominância do masculino, representado por 38 pacientes, em comparação com apenas 7 mulheres. O mais jovem de nossos pacientes tinha 36 anos de idade e o mais velho 80, enquanto a maioria se encontrava na sexta década da vida, não fugindo, pois, à regra dos carcinomas com relação às faixas etárias.

Todos os casos tratados tinham diagnóstico histológico, embora nem todos tenham sido

* Do Instituto Nacional de Câncer — R.J.

** Do Instituto Nacional de Câncer — R.J.

feitos no mesmo laboratório, ou por um único patologista, por isto a existência de certas discrepâncias, do ponto de vista prático, não têm maior significado. O carcinoma espino-celular foi o tipo histológico mais freqüente, seguido do carcinoma espino-celular diferenciado. Em segundo plano, contamos com cinco casos de carcinoma epidermóide e dois de carcinoma basocelular. Tivemos três lesões catalogadas como papiloma, sendo uma rotulada como papiloma maligno. Também contamos com seis casos cujo laudo histológico foi de hiperplasia epitelial. No entanto, tanto aquele como estes devem ser considerados como carcinomas, face ao seu comportamento clínico. Os dois casos de carcinoma basocelular merecem consideração especial, pois, a nosso ver, deveriam ser considerados como neoplasias cutâneas propagadas à comissura labial, e não primitivos desta. No entanto, dado o seu aspecto macroscópico, e sua situação, não houve outra alternativa senão incluí-los neste grupo.

Carcinoma epidermóide	05
Carcinoma espino-celular	19
Carcinoma espino-celular diferenciado	10
Carcinoma basocelular	02
Papiloma	02
Papiloma maligno	01
Hiperplasia epitelial	06
	<hr/>
	45

Outro fator que naturalmente altera o prognóstico é a presença de linfonodo ou linfonodos secundários, por constituírem a maior evidência de doença não mais restrita à localização primitiva. Em nossa casuística encontramos 14 casos nos quais já existiam linfonodos presentes quando os pacientes se apresentaram para tratamento, embora, inesperadamente, a análise de nossa casuística tenha mostrado que muitas destas adenomegalias não eram neoplásicas, pois desapareceram sem tratamento. Fizeram exceção a

esta observação dois doentes que foram submetidos a esvaziamento ganglionar cirúrgico: um devido à evolução do linfonodo, com recidiva da lesão primitiva; e o outro que faleceu, 16 meses após o tratamento, com metástases pulmonares.

Por outro lado, o aparecimento do linfonodo após o tratamento tem significado diverso. Contamos com sete destes casos, dos quais apenas três evoluíram bem após o esvaziamento cirúrgico. Aliás, em princípio, consideramos o tratamento dos linfonodos da alçada cirúrgica. No entanto, quando a lesão primitiva é mais avançada, podemos tratá-la em monobloco, empregando a radioterapia de megavoltagem com o auxílio de filtros em cunha. Felizmente, tais casos não foram freqüentes em nossa estatística. Creemos que isto acontece por serem estas lesões de evolução lenta.

TRATAMENTO

No tratamento dos portadores de carcinoma da comissura labial, empregamos três técnicas radioterápicas diferentes podendo, algumas vezes, usá-las associadamente. Como veremos mais tarde, de início, a intenção era aplicá-las independentemente, de acordo com o caso, princípio alterado em consequência da evolução da neoplasia ou de sua resposta ao tratamento. Assim, algumas vezes, complementamos a dose com outra técnica.

Graças aos resultados imediatos obtidos, à facilidade de sua execução e às condições clínicas das lesões, naturalmente predominou a técnica do implante plano de agulhas de radium. As duas outras — aplicador duplo de radium e radioterapia externa — foram relegadas a plano secundário. A primeira, devido a sua aplicação mais difícil; a segunda, por ser indicada para lesões em estágio mais avançado.

Resumindo, podemos dizer ter sido a escolha da técnica de irradiação orientada no sentido de melhor atender a cada caso, de acordo com suas características individuais. Para melhor compreensão da razão desta escolha, descreveremos as três técnicas em pauta, limitando e orientando esta descrição às neoplasias em estudo.

O implante plano de radium é indicado para os carcinomas de extensão limitada da comissura labial. Nas lesões pouco extensas, porém, com espessura superior a um centímetro, são feitos implantes planos duplos, isto é, dois implantes planos paralelos contendo a lesão entre eles.

Após o estabelecimento do diagnóstico e da extensão da lesão, estudamo-la do ponto de vista geométrico. Este estudo torna-se necessário para o planejamento e a boa execução dos implantes, já que a aplicação das regras contidas nos trabalhos de Paterson—Parker exige a distribuição geométrica correta das fontes de irradiação.

Dada a localização do carcinoma, e a necessidade das agulhas de radium formarem uma figura geométrica, o implante é feito transcutaneamente, partindo do seu limite posterior, e progredindo em direção da comissura labial, para finalizar transfixando a última agulha do lábio inferior para o superior. A esta altura, os lábios são suturados para terem as suas metades juntas durante o tratamento. Isto é feito para que ambas as porções dos lábios, macroscopicamente lesadas ou próximas da lesão, portanto suspeitas, recebam homogêaneamente a irradiação.

Ao fazer o implante, a introdução das agulhas é orientada pelo médico que, colocando um ou dois dedos na boca do paciente, sente sua progressão e dá o sentido necessário à boa posição das mesmas. Elas são colocadas o mais próximo possível da mucosa bu-

cal, respeitando, no entanto, a distância em que vão ficar da base ou da superfície da lesão. Aliás, de acordo com a concepção físico-geométrica das regras de Paterson—Parker, as agulhas que constituem um implante plano devem ficar distribuídas paralelamente no centro de um prisma, cuja espessura ideal é de um centímetro. Além de ficarem todas paralelas, deve-se manter entre elas distância idêntica, isto é, não superior a um centímetro, para que a irradiação se distribua homogêaneamente.

Quando a espessura da lesão é superior a 1 centímetro, empregamos dois implantes planos e paralelos. Nestas circunstâncias, ambos obedecem às mesmas regras e princípios já citados para os implantes planos únicos, sendo a quantidade de radium para os dois dividida pro-rata, de acordo com a área de cada um deles (3).

Após estudo detalhado da lesão e da região, confeccionamos o aplicador duplo em duas etapas. Na primeira, com godiva, tomamos a impressão do segmento das duas arcadas dentárias compreendendo dos caninos do lado oposto aos molares do mesmo lado da neoplasia. À superfície externa desta impressão, tirada em monobloco, acrescentamos certa quantidade do mesmo material, de maneira a torná-la mais espessa para afastá-la do osso e da mucosa gengival. Isto é feito porque naquela superfície serão colocadas as fontes radioativas.

Uma vez confeccionado o aplicador interno com todos os detalhes necessários à sua finalidade, fixamos nele um suporte para articular o aplicador externo. Este é feito com uma lâmina de acrílico, devidamente encurvada, para ficar paralela à superfície externa do aplicador interno e, principalmente, à pele da região. A distância ideal entre os dois aplicadores é estabelecida através de cálculo matemático, que determina a quan-

tidade de substância radioativa necessária a cada um para que se obtenha a dose desejada nos diversos planos da lesão a ser tratada (2). Encontrada esta distância, os dois aplicadores são preparados para que o afastamento entre eles seja mantido durante todo o tratamento. No aplicador externo também são preparados suportes para a fixação das fontes radioativas, distribuídas de acordo com as regras de Paterson—Parker, tendo como referência a pele da região geniana.

Prontos os dois aplicadores, e devidamente carregados com os tubos de radium ou de outro radionuclídeo, o tratamento é, de preferência, feito em seis dias ficando o paciente com eles colocados determinado número de horas por dia, o que variará de acordo com a disponibilidade de material radioativo.

O aplicador duplo sofre uma série de restrições, como veremos:

- 1.º No que se refere a espessura e extensão da lesão.
- 2.º Exposição demasiada de radiação do técnico, não só no carregamento como na colocação e retirada do aparelho.

Daí a razão pela qual poucas vezes se utiliza esta técnica, preferindo outras para o tratamento do Carcinoma da Comissura Labial.

As neoplasias mais avançadas foram, de preferência, tratadas com irradiações externas de megavoltagem, ou com unidades de tele-Cobalto 60, ambas empregando filtros compensadores em cunha para homogeneizar e limitá-las à área lesada. Estes filtros desviam o máximo da irradiação do centro para um dos lados do feixe. Geralmente são empregados em um par de campos, articulados em ângulo reto ou não, de maneira que a soma da irradiação dos dois feixes não só é muito

homogênea na área visada, como a ela limita o máximo da dose feita.

Com tais filtros, a limitação do volume a ser tratado será obtida com a redução do tamanho dos dois campos empregados. Visando a mesma finalidade, também podemos usar campos de tamanhos diferentes sem, contudo, alterar a homogeneidade da irradiação.

Esta técnica nos permite irradiar adenopatias submaxilares, ao mesmo tempo em que tratamos a lesão primitiva. Aliás, na presença de linfonodos submaxilares suspeitos ou comprometidos, preferimos sempre o emprego dos filtros em cunha, mesmo que a lesão primitiva seja pequena. Assim o fazemos por julgarmos contaminado todo o trajeto percorrido pelas células neoplásicas, para atingir o gânglio em que se estabeleceram.

Às vezes, quando após o tratamento com implante de agulhas de radium sentimos que, em algum ponto da área tratada existe lesão residual, ou percebemos que a reação às irradiações está aquém do desejado, fazemos um reforço de dose, empregando para isto a roentgenterapia superficial, ou mesmo a chamada contatoterapia. Nestas circunstâncias, a área a ser irradiada é eleita pelo tato ou pelo seu aspecto, portanto em bases exclusivamente clínicas. O mesmo acontece com relação à magnitude da dose, pois embora a determinação da área do implante e a distribuição da irradiação sejam radiograficamente feitas, é impossível, após a retirada das agulhas, restabelecer, com relativa precisão, o ponto ou área clinicamente suspeita de apresentar lesão residual. Achamos que, com o exame radiográfico imediato do implante, e mesmo dispondo de computador para o cálculo da distribuição, na presença de área ou áreas de subdose, a sua correção só poderá ser feita enquanto as agulhas estiverem ainda implantadas, e no primeiro dia de tratamento.

Atualmente as lesões que têm maior comprometimento cutâneo podem ser atendidas com feixes de elétrons, enquanto as de localização, principalmente mucosa, ainda são melhor tratadas com o implante de agulhas radioativas. Esta ponderação é baseada, principalmente, na física das irradiações, pois enquanto a ação dos elétrons se distribui desde a superfície até determinada profundidade, as irradiações de um implante se fazem predominantemente em torno dele. A primeira irradia, com dose máxima, apenas uma fatia de tecido de um centímetro de espessura, no caso do implante plano único, e de dois centímetros ou pouco mais, no caso de implante duplo. Para além deste volume, a quantidade de irradiação proveniente do ou dos implantes, cai rapidamente, no inverso do quadrado da distância, o que é benéfico para os tecidos vizinhos. Assim, com a curieterapia intersticial podemos poupar a pele ou nela fazer dose menor que a recebida pela mucosa, o que não acontece com os feixes de elétron. Nesses, a quantidade de irradiação recebida pela mucosa é idêntica à recebida pela pele, fato que pode trazer complicações tardias ou mesmo imediatas, graças à tolerância cutânea às vezes ultrapassada.

RESULTADOS

Em nosso meio, as estatísticas são precárias por dificuldade no seguimento dos pacientes após seu tratamento. Grande proporção deles tão logo melhora da doença não mais retorna às consultas marcadas, por não compreender a importância dos exames periódicos pós-tratamento, ou por carência de recursos para transporte, etc.. Ante tal situação, só apresentaremos nossos resultados, sem procurar analisá-los estatisticamente.

Como primeira impressão dos resultados, consideramos a reação dos tecidos locais e do neoplásico às irradiações. A radiomucite

e a epitelite foram satisfatórias em todos os pacientes que terminaram o tratamento. A exceção verificou-se em dois casos, ambos avançados, que abandonaram o tratamento. Só não houve fusão total da neoplasia em quatro doentes que tinham lesão muito espessa, e que foram submetidos a implante plano único de radium. Como uma semana após o término do tratamento ainda era notada evidente presença de lesão residual, foi aplicada dose de reforço com Raios—X de baixa voltagem. Em um dos pacientes, o nódulo remanescente desapareceu logo após o término do tratamento. No outro, não conseguimos redução da lesão residual, que ficou estacionária durante 19 meses, para então voltar a evoluir. Nestas condições, foi encaminhado à cirurgia para ressecção.

Com reação considerada excessiva tivemos dois casos. Destes, um apresentou necrose um mês após a retirada das agulhas do implante, fato ocorrido devido à dose exagerada por erro de cálculo. O outro, após reação e cicatrização satisfatórias, sete meses depois do término do tratamento apresentou ulceração de aspecto necrótico na comissura irradiada, que tanto poderia ser consequência de sobredose, como secundária a traumatismo. Tivemos ainda dois casos de necrose tardia que foram submetidos à cirurgia plástica. Num, ela surgiu um ano após o tratamento, no outro, três anos.

O aspecto cicatricial da mucosa foi satisfatório em todos os demais casos, o que não ocorreu com a pele. Esta apresentou maior ou menor grau de atrofia perfeitamente aceitável como bom resultado cosmético. Além disto, permitiu razoável exposição aos raios solares sem a apresentação de reação acima dos limites normais. Verificamos a presença de telangiectasia em um paciente cujo implante foi indevidamente feito muito próximo à pele.

Observamos três casos de recidiva. Em um, ela se apresentou 11 meses após o tratamento; em outro, três anos; e no último, sete anos. Esta derradeira poderia ser considerada como uma nova lesão, face ao tempo decorrido após o tratamento. No entanto, afastamos qualquer conjectura e consideramos como recidiva.

Fato que obscurece consideravelmente o prognóstico é a presença de linfonodos. Embora consideremos o esvaziamento cirúrgico da cadeia ganglionar a terapêutica de eleição para tais casos, tratamos um paciente com irradiação externa, incluindo a adenomegalia e a lesão primitiva em um único volume. A evolução imediata deste caso foi satisfatória até que retornou com outro linfonodo submaxilar inoperável. Outro caso apresentou linfonodos 16 meses após a radioterapia, sendo submetido a esvaziamento ganglionar de toda a cadeia.

Como já dissemos, o seguimento dos pacientes em nosso meio é muito difícil, mesmo assim conseguimos seguir 11 casos que estavam bem cinco anos ou mais após o tratamento; 4, quatro anos após; 6, três; 4,

dois; e 10 um ano depois do tratamento. Desaparecidos — que não voltaram a controle antes de completar um ano de tratamentos — totalizaram 10 casos.

SOBREVIDA

Desaparecidos	10
Vivos após 1 ano	10
Vivos após 2 anos	04
Vivos após 3 anos	06
Vivos após 4 anos	04
Vivos após 5 anos	11
	<hr/>
	45

Assim, julgamos poder concluir que a radioterapia constitui a terapêutica de eleição para o tratamento do carcinoma primário da comissura labial. Nos casos iniciais, com a curieterapia intersticial o tratamento é rápido e radical, obtendo bom resultado funcional e estético, além de boa estatística de cura. Nos casos avançados, a radioterapia de megavoltagem pode obter resultados semelhantes, com estatísticas mais moderadas por serem ainda lesões freqüentemente localizadas.

CONCLUSÃO

O carcinoma primário da comissura labial é pouco encontrado e, geralmente, estudado com os carcinomas dos lábios ou os da mucosa geniana. É neoplasia predominantemente do sexo masculino e ocorre, em geral, na sexta década da vida.

Seu tratamento radiológico pode ser feito com implante plano único ou duplo de agulhas de radium, com aplicador duplo de radium, com radiação externa, ou com a associação da primeira com a última técnica de radioterapia.

A eleição da técnica de radiação é feita em função do estágio clínico da neoplasia. Os casos iniciais são, preferentemente, irradiados com implante de agulhas de radium podendo, também, se beneficiar do emprego de aplicador duplo. Os avançados são tratados com radiação externa de megavoltagem, de preferência com o auxílio de filtros em cunha.

A reação ao tratamento é perfeitamente tolerada pelos pacientes, embora seja intensa. As complicações são raras, podendo, no en-

tanto, haver certo grau de secura na boca e perda de paladar. A complicação mais frequente é a osteoradionecrose que, felizmente, não foi encontrada em nossa casuística.

A presença de linfonodos constitui fator de mau prognóstico e, em nossos casos, foi mais grave quando surgiu após o tratamen-

to. Seu tratamento é cirúrgico, embora possa também ser irradiado em monobloco com a lesão primária.

A observação dos 45 casos por nós atendidos nos levou à convicção de que a radioterapia é o elemento de eleição para tratar o carcinoma primário da comissura labial.

SUMMARY

The primary lips carcinoma is not frequent and is predominantly found in male patients after the sixtyth year of life.

Early lesions have being treated with single radium needles implants. The thick lesions are treated with double implant. The more advanced tumors are imediated with tele-CO 60 employing wedge filters.

The treatment reactions are tolerable and there are rare complications. The presence of lymph-node is of bad prognosis.

Forty five patients have being treated, 11 of which are well after 5 year, 4 after 4 and 20 with less than 3 years are being followed.

BIBLIOGRAFIA

1. Murphy, W.T.
"Radiation Therapy"
W.B. Saunders Company, London, 1967
2. Paterson, R. e Parker, H.M.
"A Dosage System for Gamma-Ray Therapy"
Brit. J. Radiol., 7:592-632, 1934
3. Patterson, R. e Parker, H.M.
"A Dosage System for Interstitial Radium Therapy"
Brit. J. Radiol., 11:252-266, 1938.