

## Considerações sôbre o diagnóstico e tratamento cirúrgico do câncer do lábio

LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA JR.

Cirurgião do S. N. C.

### CONSIDERAÇÕES GERAIS



O presente trabalho baseia-se em 192 casos de carcinoma do lábio observados no Serviço Nacional de Câncer, no período de 1938 a 1949.

A localização do câncer ao nível dos lábios permite, em geral, diagnóstico precoce e tratamento adequado em sua fase inicial, pois desde o início chama a atenção do doente, que quase sempre procura logo recursos médicos. Com exceção das lesões negligenciadas pelo próprio paciente ou inadequadamente tratadas, o câncer do lábio é passível, na maior parte dos casos, de tratamento eficaz e precoce.

Consideramos como câncer do lábio apenas as lesões que se localizam na mucosa dos lábios ou em sua orla cutâneo-mucosa. Os carcinomas basocelulares, que quase nunca têm origem nas mucosas, são habitualmente carcinomas cutâneos que podem invadir secundariamente a mucosa labial e como tal não serão aqui estudados.

*Esbôço anatômico* — O lábio, tanto o superior como o inferior, é uma prega cutâneo-mucosa e muscular, de espessura e conformação variáveis com a raça e idade, estendendo-se transversalmente de uma a outra comissura labial, e verticalmente de sua borda livre ao sulco gengivo-labial. Internamente, são os lábios recobertos de mu-

cosa que se continua para dentro com a mucosa gengival após formar o sulco gengivo-labial. Externamente, a mucosa une-se à pele formando orla nítida. Tanto a pele como a mucosa revestem um conjunto de inúmeros músculos cuticulares, dos quais o principal é o orbicular, vasos, nervos e glândulas salivares mucosas, sebáceas e folículos pilosos.

*Linfáticos* — A drenagem linfática da mucosa do lábio inferior faz-se à custa de três troncos principais: um mediano e dois laterais. O primeiro termina nos gânglios sub-mentonianos enquanto que os últimos se dirigem obliquamente para traz e para baixo cruzando a borda da mandíbula e terminando nos gânglios sub-maxilares pré-vasculares faciais. Êsses linfáticos excepcionalmente cruzam a linha mediana. Os linfáticos da pele do lábio inferior também terminam nos gânglios sub-mentonianos e sub-maxilares, porém, cruzam com freqüência a linha mediana e terminam nos gânglios do lado oposto (Rouvière).

Êste detalhe anatômico explica a freqüência de adenopatias cruzadas ou controlaterais, nos casos de câncer de lábio com invasão da pele.

Os linfáticos do lábio superior são mais numerosos que os do lábio infe-

**N. da R.:** Os clichés publicados no presente trabalho são todos de doentes matriculados no Serviço Nacional de Câncer e foram operados, alguns pelo Autor e outros por cirurgiões do Serviço.

rior, fato este talvez responsável pelo prognóstico mais reservado das lesões desse lábio.

Os linfáticos da mucosa reúnem-se em cerca de 5 troncos coletôres, que se lançam nos gânglios pré-auriculares, cervicais superiores, infra-parotidianos, sub-maxilares pré e retro-vasculares e sub-mentonianos; mais raramente, alguns dos troncos linfáticos dirigem-se ao gânglio bucinador, situado para fora do músculo do mesmo nome, aproximadamente ao nível do meio de uma linha que une a comissura labial ao tragus.

Os linfáticos cutâneos seguem curso idêntico, porém, como os do lábio inferior, cruzam freqüentemente, a linha mediana, terminando nos gânglios sub-mentonianos e sub-maxilares do lado oposto.

*Esbôço histológico* — Para que se tenha idéia dos tipos de tumores que se originam no lábio, é preciso que se conheça a constituição histológica da região. A pele dos lábios nada de característico apresenta a não ser uma maior riqueza de pêlos nos indivíduos do sexo masculino. Como a pele de outras regiões, possui, além de suas camadas normais, glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. A mucosa, que se caracteriza, como a de outras regiões, pela ausência das camadas mais superficiais (stratum lucidum e camada córnea), reveste glândulas salivares mucosas numerosas. Entre a mucosa e a pele, num corte transversal, encontram-se músculos cuticulares, tecido conjuntivo, vasos e nervos.

#### FREQÜÊNCIA

De acôrdo com os arquivos do Serviço Nacional de Câncer, o câncer do lábio representa cerca de 0,8% do número total de casos de câncer até hoje

registados no Serviço. Nas estatísticas americanas a percentagem é de 4%, segundo Hayes Martin, e de 2%, segundo Widmann e Stewart.

*Idade* — Na estatística do Serviço, a freqüência dos casos em relação à idade foi a seguinte:

Idade	N.º de casos	Percentagem
0 a 10	0	0%
11 a 20	1	0,5%
21 a 30	7	3,6%
31 a 40	24	12,6%
41 a 50	42	21,7%
51 a 60	45	23,4%
61 a 70	48	25,0%
71 a 80	18	9,3%
81 a 90	3	1,5%
91 a 100	4	2,0%

Na estatística de Hayes Martin, a maioria de casos ocorreu, como nessa, entre 50 e 70 anos.

*Sexo* — Em nossa estatística, o câncer do lábio é muito mais freqüente no homem que na mulher. Dos 192 doentes observados 156 (81,2%) eram homens e somente 36 (18,7%) mulheres. Em outras estatísticas, como por exemplo na de Lacassagne, publicada em 1929, compreendendo 136 casos, apenas 14 apareceram em indivíduos do sexo feminino. Na Clínica de Cabeça e Pescoço do Memorial Hospital de New York, a afecção limita-se quase que exclusivamente aos homens (98%). Outros investigadores verificaram que a incidência do câncer do lábio no sexo feminino varia de 1 a 16%. Nos países escandinavos, Ahlbom observou freqüência quase igual nos 2 sexos. Segundo este autor, a explicação deste fato reside na freqüência das alterações mucosas, que, ao lado da aqloridria e da anemia, são comuns nas mulheres suecas. (Síndrome de Plummer-Vinson).

**Raça** — O câncer do lábio é mais freqüente na raça branca. Em estatística de 192 casos, apenas 13 indivíduos eram de raça negra, o que representa percentagem de 6,7%. A raça branca entrou com 179 casos, ou sejam 93,2%. Sugerem os autores como razão provável da imunidade relativa da raça negra a proteção conferida à pele e às mucosas pelo pigmento melânico. Na estatística de Hayes Martin, todos os 375 portadores de câncer do lábio eram brancos. Segundo Brewer, o câncer do lábio não é raro nas mulheres de raça negra fumadoras de cachimbo.

**Localização** — O câncer do lábio ocorre quase que exclusivamente no lábio inferior. Em nossos casos, 150 pacientes (78,1%) apresentavam lesão do lábio inferior, 24 (12,5%) do superior e 18 (9,3%) da comissura labial. Em outras estatísticas há preponderância muito maior de lesão do lábio inferior. Na estatística de Hayes Martin, por exemplo, 93% dos casos eram de lesão do lábio inferior, 6% do superior, e apenas 1% da comissura. No lábio inferior a lesão se localiza, na maior parte dos casos, entre a comissura e a linha mediana.

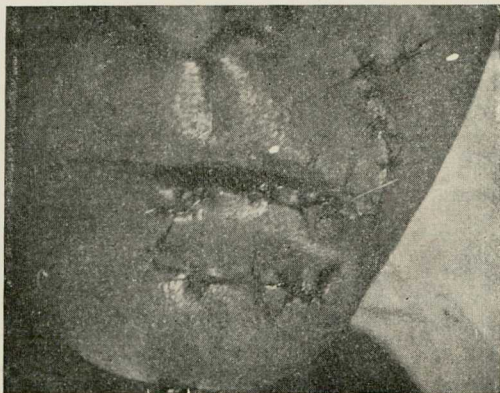


Carcinoma epidermóide espinocelular de lábio inferior.

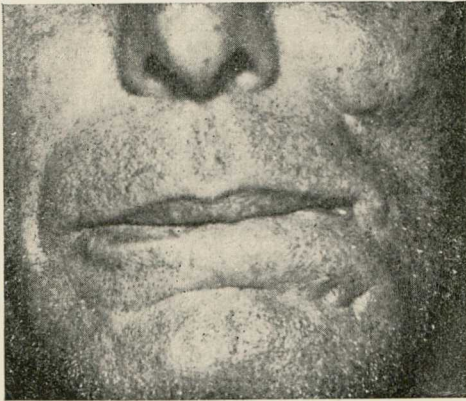
## FATORES ETIOLÓGICOS

O câncer do lábio incide quase sempre sobre mucosa com sinais evidentes de irritação crônica. Estes sinais podem exteriorizar-se sob a forma de queilite descamativa, queratoses múltiplas, leucoplasia, tendência ao pregueamento transversal e às fissuras. Estas alterações são conseqüentes a certo número de fatores irritativos, cuja influência, todavia, é difícil de estabelecer.

**Fumo** — A influência do tabaco na produção do câncer do lábio é assunto ainda discutido. O estudo das estatísticas demonstra que a percentagem de fumantes entre os portadores de câncer do lábio é praticamente a mesma que entre os indivíduos normais, que nunca apresentaram quaisquer lesões ao nível dos lábios. Em nossa estatística, 137 pacientes admitiram o uso do tabaco, o que representa percentagem de 71,3%. Se bem que considerado fator importante em alguns casos, a produção do câncer é, com toda certeza, um dos efeitos menos nocivos do tabaco. O câncer dos fumadores de cachimbo parece ser devido mais a uma ação do calor e do traumatismo repetido produzido pela piteira sobre o mesmo pon-



Resultado operatório imediato de ressecção de carcinoma do lábio inferior e plástica.



**Resultado final.**

to do lábio, do que pròpriamente a efeito nocivo do fumo.

*Sol* — A exposição repetida ao sol e às inclemências do tempo constituem talvez um dos mais importantes fatores na produção do câncer do lábio, nos indivíduos predispostos. Segundo grande número de autores, a maior incidência do câncer no lábio inferior seria devida a se achar mais exposto à influência dos raios solares. É bem sabido que a exposição ao frio e ao sol produz queratoses múltiplas na pele exposta e nos lábios, dando origem ao clássico aspecto de pele de marinheiro (*sailor's skin*).

*Sífilis* — A incidência de sífilis em nossos casos foi de 20,3%. As alterações degenerativas produzidas pela sífilis são mais acentuadas ao nível da língua e da mucosa das bochechas do que ao nível dos lábios. Assim sendo, parece-nos que a sífilis deva exercer papel menos destacado na etiologia deste câncer do que nas demais localizações.

*Falta de higiene dental e bucal* — Os lábios são também menos sujeitos do que a língua e as bochechas à irritação crônica produzida pelos dentes fragmentados ou irregularmente implantados. Ocasionalmente, porém, podem ser

êles responsabilizados pela irritação crônica, que precede o aparecimento do câncer. Cutler refere um caso de carcinoma do lábio, recidivado após tratamento, que só curou definitivamente após remoção do fator irritativo, no caso em apreço um dente fragmentado.

*Leucoplasia* — Em nossos casos nenhum esforço especial foi feito para verificar a existência de placas de leucoplasia em todos os pacientes portadores de câncer na bôca. Na estatística de Martin, a incidência de leucoplasia acompanhando o câncer do lábio foi de 28%, enquanto que na de Schreiner a percentagem foi apenas de 2,6%. A leucoplasia bucal, após certa idade, não constitui anomalia, pois, na maior parte dos casos, representa resposta da mucosa à irritação crônica prolongada, e, como tal, constitui parte do processo natural de envelhecimento. Ao nível dos lábios, as placas de leucoplasia são, em geral, superficiais, evoluindo muito lentamente, sem apresentar grandes alterações.

Em casos esporádicos a placa leucoplásica espessa-se, torna-se endurecida, secundariamente infectada e, em futuro mais ou menos remoto, dá origem à lesão maligna.

## PATOLOGIA

*Macroscopia* — A grande maioria dos carcinomas do lábio origina-se na mucosa ou na orla cutâneo-mucosa, entre a linha mediana e a comissura. No lábio superior, há maior freqüência de lesões próximo à linha mediana (Ackermann e Del Regato). Há três formas clínicas principais de câncer do lábio: a forma vegetante ou exofítica, a ulcerada ou endofítica e a verrucosa.

A forma exofítica caracteriza-se pelo aspecto vegetante da lesão, enquanto que a forma endofítica exterioriza-se como ulceração mais ou menos profunda, de bordas endurecidas, quase sempre elevadas e fundo friável.

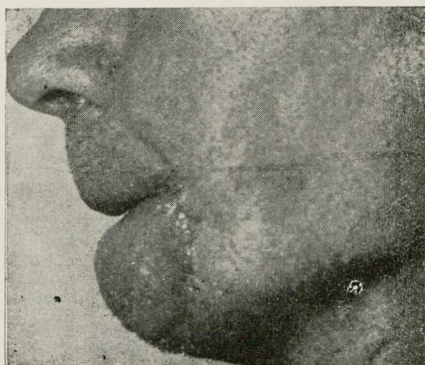
Na forma verrucosa, a lesão tem aspecto papilomatoso, sendo de diagnóstico diferencial difícil com os papilomas, não só do ponto de vista clínico como algumas vezes do histológico.

De tôdas estas formas, a mais freqüente é a vegetante.

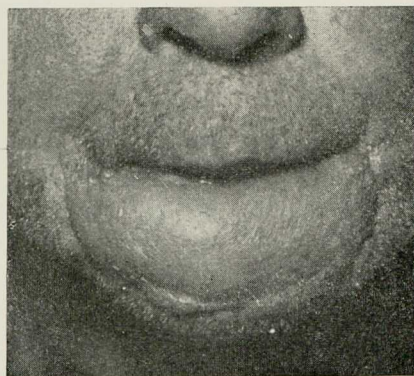
As metástases secundárias ao câncer do lábio inferior não são tão freqüentes e precoces quanto nas demais localizações do câncer na boca. Em geral, os gânglios sub-maxilares e submentonianos do lado da lesão são os primeiros a serem invadidos. A invasão dos gânglios carotidianos é muito mais tardia e de regra só ocorre após invasão da cadeia sub-maxilar. As metástases

metástases ganglionares são mais freqüentes e mais precoces que no inferior. Na estatística de Martin, de 21 casos de carcinoma de lábio superior, 48% apresentaram metástases ganglionares. Em nossa casuística, a percentagem de metástases ganglionares foi de 20,8% em casos de câncer do lábio superior. Os gânglios invadidos são em geral os cervicais superiores, pré-auriculares e sub-maxilares. Do total de nossos 192 casos, apenas 60 apresentavam adenopatias secundárias palpáveis no momento da admissão, o que corresponde a uma percentagem de 31,2%. Na estatística de Martin, a percentagem de metástases ganglionares palpáveis foi apenas de 29%.

*Microscopia* — A forma histológica mais freqüente de câncer do lábio é o carcinoma epidermóide espino-celular. Dos 192 casos de nossa estatística, 155 (80,7%) eram carcinomas deste tipo. O restante (37 casos) era constituído



Mesmo caso após plástica cutânea de tipo tubular (perfil).



Idem (frente).

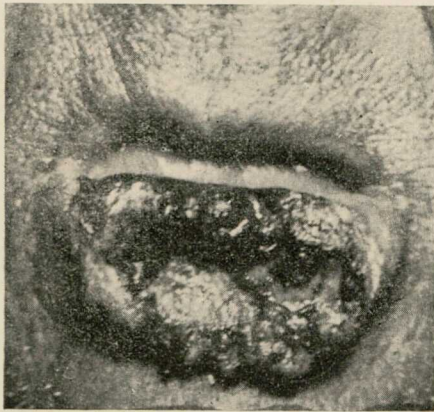
ganglionares cruzadas são mais freqüentes nos casos em que a lesão invade o tegumento cutâneo, cuja drenagem linfática também se faz com freqüência, para os gânglios do lado oposto. As metástases viscerais são excepcionais no câncer do lábio. No lábio superior as

de papilomas, muitos dos quais em carcinização inicial. A maior parte dos carcinomas é em geral, bem diferenciada (graus 1 e 2 da classificação de Broders). Na estatística de Ackermann e Del Regato, em 248 casos de carcinoma do lábio inferior, 66% eram de grau 1, 20%

de grau 2, 2% de grau 3 e 11% não classificados. As formas anaplásticas, menos freqüentes, são de evolução mais rápida, produzindo metástases precocemente. Ocasionalmente, encontram-se nos lábios adeno-carcinomas originados das glândulas salivares mucosas, assim como tumores mistos. Estas lesões são mais freqüentemente observadas ao nível do lábio superior.

### DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do câncer do lábio pode ser feito clinicamente com facilidade na maior parte dos casos. Nas lesões iniciais, a biopsia é quase sempre



**Carcinoma espinocelular muito extenso do lábio inferior.**

indispensável para esclarecimento do diagnóstico. Mesmo nas lesões avançadas deve ser praticada, não só para confirmar o diagnóstico clínico, como para orientar o tratamento, apesar de, em muitos casos, parecer desnecessária. O diagnóstico diferencial do câncer do lábio deve ser feito com grande número de lesões que em muitos casos se prestam à confusão com o câncer. O *furúnculo* e o *antraz* do lábio, quase sempre o superior, são lesões que só excepcionalmente podem confundir-se com o

câncer. Ao contrário deste, evoluem em poucos dias, acompanham-se de fenômenos inflamatórios acentuados e são lesões excessivamente dolorosas desde o início. A *perlêche*, infecção estreptocócica do lábio, de localização quase sempre comissural, uni ou bi-lateral, inicia-se por conglomerado de vesículas diminutas, logo depois transforma-se em pústulas, que, mais tarde se rompem, dando origem à lesão úlcero-crostosa, de evolução mais ou menos tórpida. O *herpes labialis* caracteriza-se pela reunião de vesículas sobre fundo eritematoso, acompanhadas de sensação de ardor intenso. As queilites banais,

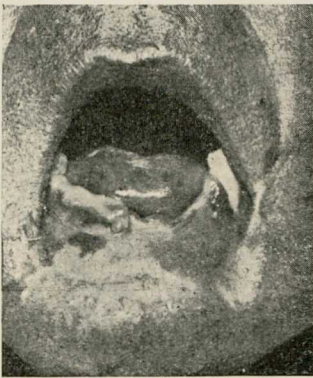


**Resultado operatório imediato.**

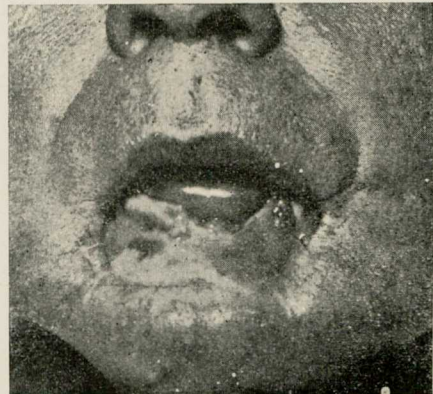
quase sempre consecutivas a processos irritativos mecânicos, físicos ou químicos, muita vez se desencadeiam em indivíduos que apresentam fenômenos de carência vitamínica (riboflavina). São lesões que se não limitam exclusivamente aos lábios, aparecendo simultaneamente na língua e na mucosa da boca. As *queratoses* e a *leucoplasia*,

constituem, após certa idade, resposta normal da mucosa a fatores irritativos crônicos. Exteriorizam-se sob a forma de placas esbranquiçadas, mais ou menos extensas, ora lisas, ora de aspecto verrucoso. A alteração do aspecto de uma placa leucoplástica deve constituir sempre sinal de alarme de degeneração cancerosa. A *sífilis* apresenta-se no lábio em qualquer de seus períodos. A lesão primária aparece quase sempre sob a forma de ulceração rasa regular, de coloração avermelhada, acompanhada de grande infiltração dos tecidos circunvizinhos. Há sempre adenopatias precoces volumosas, sensíveis à pressão. A pesquisa do espiroqueta na lesão e as reações sorológicas confirmam o diagnóstico. As lesões do secundarismo sífilítico (placas mucosas) são de diagnóstico fácil. Os antecedentes, a existência de outras lesões na mucosa da boca e no tegumento cutâneo, e as reações so-

lábios apresenta-se quase sempre como ulceração irregular de bordas descoladas, não infiltradas e fundo granuloso, ora limpo, ora de aspecto necrótico. É sempre lesão de contaminação secundária. A biopsia, o exame de escarro e o estudo radiológico dos campos pulmonares auxiliam muito o diagnóstico. A *blastomicose sul-americana*, também denominada micose de Lutz ou granuloma paracoccidioidico, aparece no lábio sob a forma de ulcerações rasas, irregulares, frequentemente múltiplas, de bordas talhadas a pique e fundo de aspecto lardáceo, com pontilhado hemorrágico característico. Os tecidos vizinhos às ulcerações mostram-se em grande parte dos casos edemaciados e hiperemiados, dando à "facies" aspecto sui-generis. A leishmaniose, lesão menos freqüentemente observada, apresenta-se como ulceração superficial, quase sempre cutâneo-mucosa, recoberta de



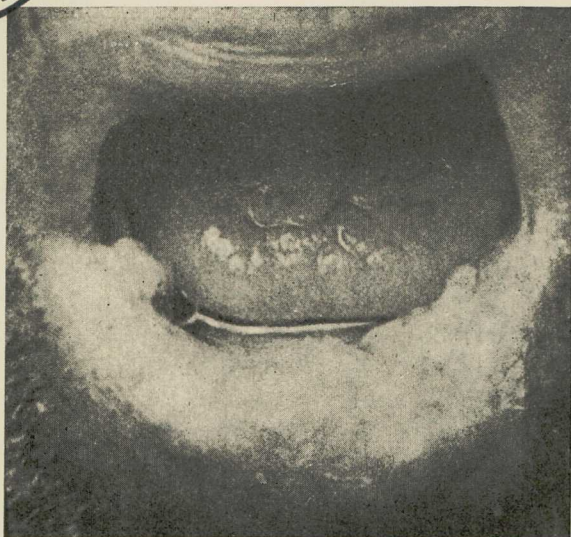
Carcinoma do lábio inferior.



Mesmo caso após ressecção total do lábio.

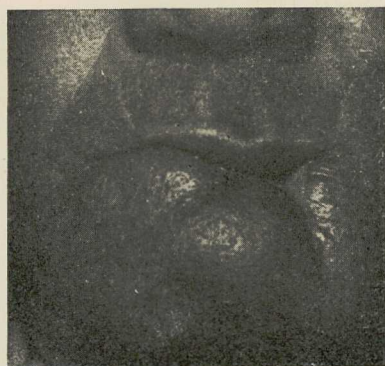
rológicas são suficientes para estabelecer o diagnóstico. A sífilis terciária constitui lesão muitas vezes de diagnóstico diferencial difícil com o câncer. A biopsia e um tratamento de prova em espaço de tempo relativamente curto esclarecem, na maior parte dos casos, o diagnóstico. A *tuberculose* ao nível dos

crosta melicérica. O diagnóstico é quase sempre confirmado pela cuti-reação de Montenegro e pela biopsia. O *granuloma piogênico*, freqüente ao nível dos lábios, constitui lesão de aspecto vegetante, quase sempre pediculada, de coloração vinhosa, sangrando fácil e



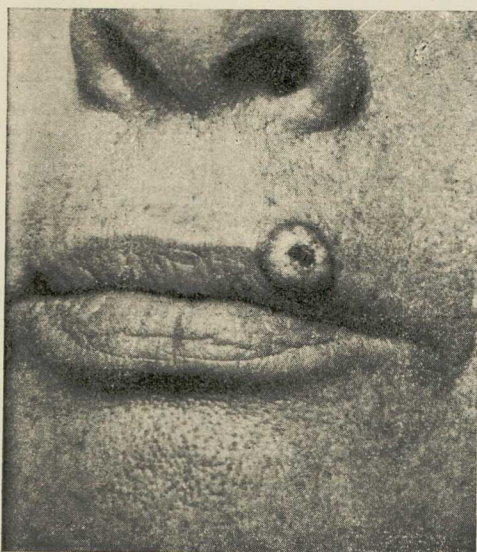
**Carcinoma epidermóide espinocelular invadindo tôda a extensão do lábio inferior.**

abundantemente ao menor traumatismo. Os *cistos epidermóides*, assim como os *cistos de retenção* constituem lesões, cujo diagnóstico não oferece dificuldades. São tumores arredondados, de consistência cística, não aderentes aos tecidos circunvizinhos. Dos tumores benígnos, os mais freqüentemente



**Resultado imediato após tratamento cirúrgico (ressecção do lábio e autoplastia imediata).**

encontrados ao nível dos lábios, são os linfangiomas, hemangiomas e papilomas. Os linfangiomas, ora difusos, ora císticos, caracterizam-se pela coloração pálida, sendo responsáveis freqüentes pela macroqueilia congênita, malformação que consiste no volume anormal do lábio. Os hemangiomas aparecem nos lábios sob qualquer de suas formas clínicas: simples, capilar, cavernoso ou plexiforme. Apresentam aspecto e coloração arroxeada característico e vo-



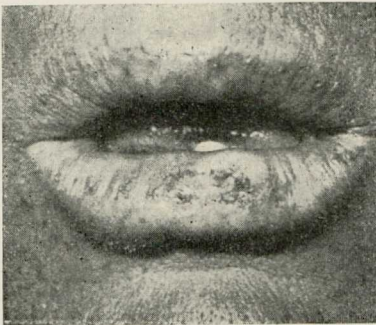
**Carcinoma epidermóide espinocelular de lábio superior (lesão inicial).**



**Hemangiona cavernoso de lábio superior.**



lume variável de acôrdo com a forma clínica e a extensão. Desaparecem totalmente ou reduzem de volume pela pressão, e são dotados, em certas formas, de batimentos sincrônicos ao pulso (aneurismas cirsoides). Os *papilomas* apresentam-se ao nível do lábio como tumores de aspecto vegetante, sésseis ou pediculados e muitas vezes se prestam à confusão com as formas verrucosas do carcinoma. Os tumores mistos localizam-se com maior frequência no lábio superior, originam-se das glândulas salivares, têm evolução relativamente lenta, são arredondados, de consistência firme, indolores e não aderentes aos tecidos circunvizinhos. És-



Disceratose de lábio inferior.

tes tumores, apesar de histologicamente malignos, comportam-se clinicamente como tumores benignos, não recidivando após extirpação.

#### TRATAMENTO

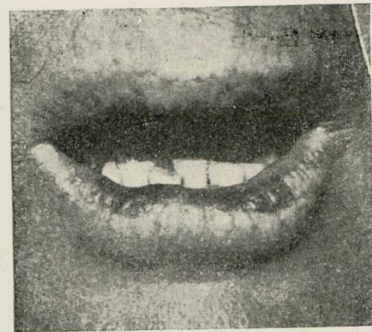
Na fase inicial do carcinoma do lábio, os resultados do tratamento cirúrgico equivalem aos do tratamento pelas irradiações, quer do ponto de vista cosmético, quer do ponto de vista de percentagem de curabilidade. O tratamento do câncer do lábio consta de duas partes:

- 1.º) o tratamento da lesão primária
- 2.º) o tratamento das metástases cervicais.

#### *Tratamento da lesão primária*

No presente trabalho, estudaremos apenas as indicações e a técnica dos diferentes processos cirúrgicos usados no tratamento das lesões malignas do lábio.

*Ressecção em Cunha* — Na fase inicial, quando a lesão pode ser extirpada com boa margem de segurança, sem que a perda de substância ultrapasse um terço da extensão do lábio, pode-se lançar mão da *ressecção em*



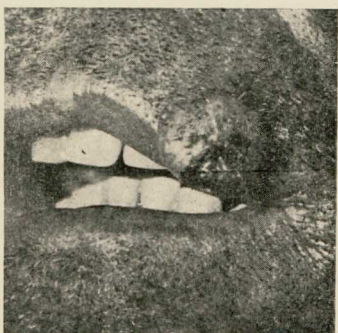
Mesmo caso após tratamento cirúrgico (*ressecção da mucosa do lábio*).

*cunha* ou em “V”, que consiste na extirpação de um fragmento cuneiforme do lábio, seguida de justaposição e sutura das superfícies cruentas da perda de substância.

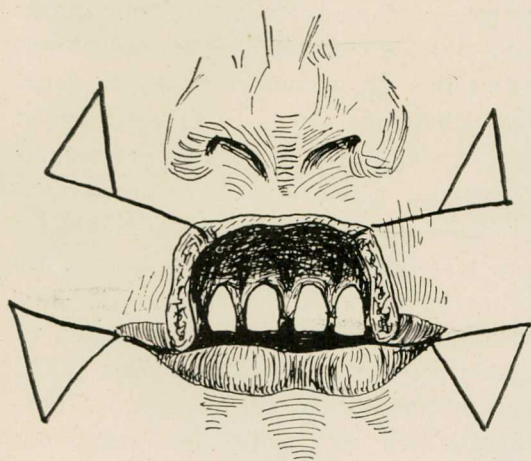
*Técnica* — Anestesia de preferência troncular, por infiltração do nervo mentoniano ou do infra-orbitário, conforme se trate de lesão do lábio inferior ou superior. Devido à presença do nariz, a *ressecção em “V”* é mais indicada no lábio inferior. Após a anestesia, pratica-se incisão em forma de “V” passando meio centímetro pelo menos dos limites aparentes da lesão e abrangendo

tôda a espessura do lábio. Hemostasia dos vasos orbiculares labiais, seguida de sutura mucosa com pontos separados de catgut fino, tendo-se a precaução de passar o fio, de modo que o nó fique situado no interior da bôca. Sutura cutâneo-muscular com pontos de sêda fina, tipo Donati, afrontando-se com especial cuidado a orla cutâneo-mucosa. Neste tipo de intervenção, não há necessidade de pontos de sustentação, pois um de seus requisitos principais é que a perda de substância não ultrapasse um terço da extensão do lábio.

*Operação de Camille Bernard* — Nas intervenções em que se faz mister ressecção mais ampla, há necessidade de plástica labial, que aumente a circun-



**Carcinoma epidermóide espinocelular do lábio superior.**

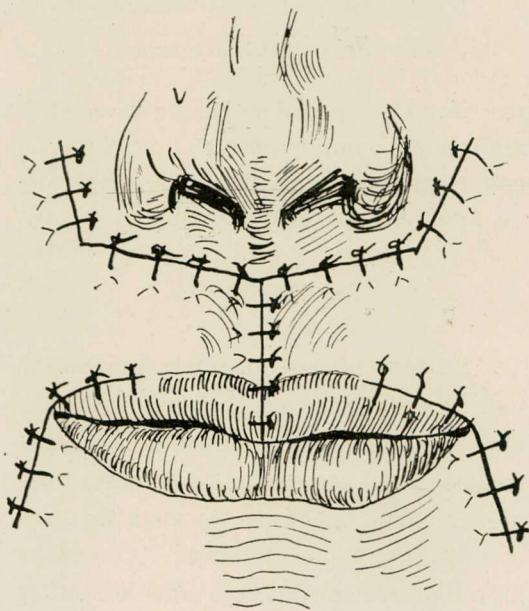


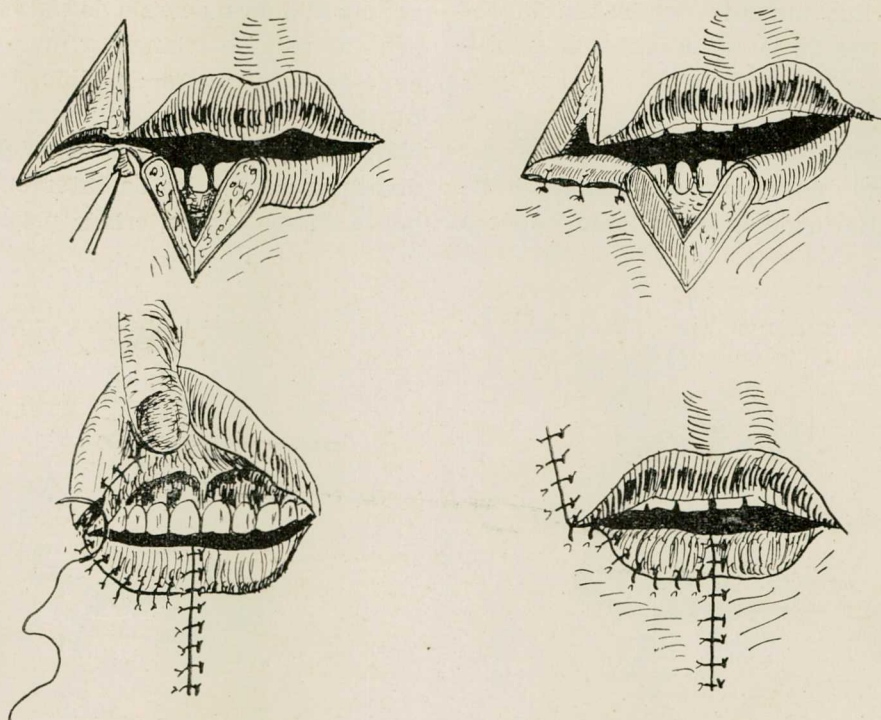
**Processo de autoplastia para ressecção extensa do lábio superior.**



**Mesmo caso após ressecção cuneiforme do lábio.**

ferência dos lábios diminuída pela intervenção. A mais antiga operação proposta para tratamento do câncer do lábio consistia, após a ressecção da lesão, no prolongamento da fenda labial ao longo da bochecha, cuja mucosa era suturada à pele à guisa de lábio. Como, porém, o aumento do lábio se verificava, não só no lábio reseccado, como no lábio oposto, deformando a bôca, Camille Bernard, em 1853, propôs uma modificação de técnica, que consiste na





Operação de Camille Bernard (1863).

ressecção de um triângulo cutâneo-mucoso do lábio oposto, que, desta forma, ficava de dimensões idênticas às do lábio ressecado. Esta intervenção pode ser executada de um ou de ambos os lados simultaneamente, conforme a localização da lesão e a extensão da perda de substância. A intervenção bilateral é principalmente indicada nas ressecções que atingem a parte média dos lábios.

*Técnica* — Anestesia troncular, por infiltração dos nervos mentonianos e infra-orbitários, de um ou de ambos os lados, conforme a natureza da intervenção, uni ou bilateral. Ressecção da lesão, obedecendo às exigências de se passar pelo menos a meio centímetro de distância dos limites aparentes da infiltração. Ressecção de um retalho

triangular cutâneo-mucoso, conforme a figura anexa.

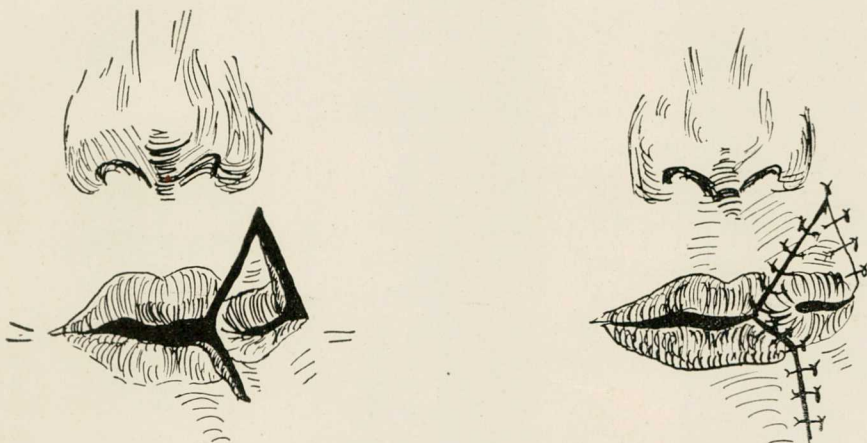
Quando a lesão se localiza na linha mediana, deve praticar-se a ressecção triangular cutâneo-mucosa de ambos os lados, para que se não deforme a boca. A sutura é feita como na ressecção em "V": pontos separados de catgut fino na mucosa e pontos separados de seda fina na pele.

*Operação de Estlander* — A operação de Estlander, idealizada em 1865, consiste em reparar o defeito criado pela ressecção cuneiforme do lábio, à custa de um retalho triangular, tomado do lábio oposto, e virado, conforme o caso, para baixo ou para cima, formando nova comissura labial e aproveitando a circulação através da coronária do lábio. Este tipo de intervenção é indi-

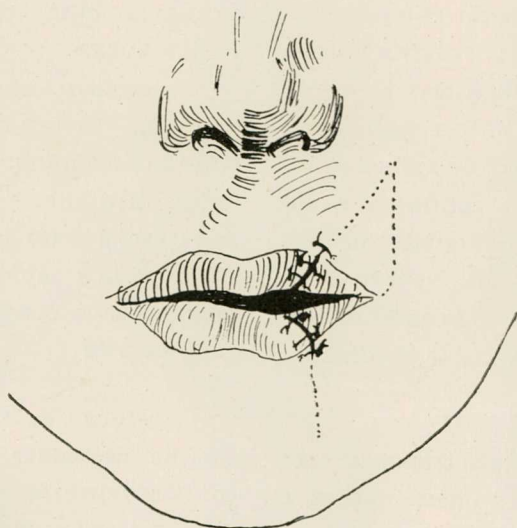
cado principalmente nas lesões do têrço externo do lábio, próximas à comisura.

*Técnica* — Anestesia troncular, por infiltração dos nervos mentoniano e infra-orbitário do lado da lesão. Após a

catgut fino na mucosa e de sêda fina na pele. O retalho triangular, que abrange tóda a espessura do lábio, tem sua nutrição garantida pela coronária labial, cuja proteção é absolutamente indispensável ao êxito da intervenção. A perda de substância, criada pela obten-



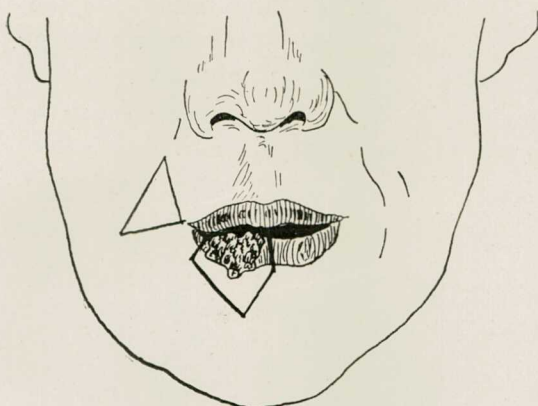
Operações de Estlander modificada por Abbe.



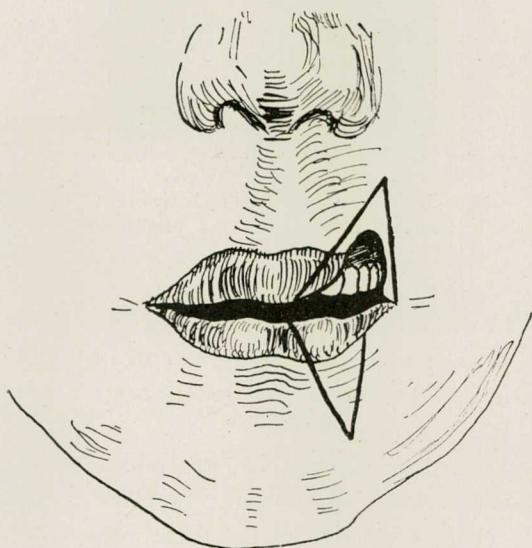
Operação de Estlander modificada por Abbe.

resseção em "V", traça-se um retalho triangular no lábio oposto, que é torcido para cima ou para baixo, conforme o lado da perda de substância e a esta suturado, por pontos separados, de

ção do retalho, é suturada, por meio de pontos separados de catgut fino na mucosa e de sêda na pele. Nas lesões mais extensas do lábio, nas quais êste se acha totalmente invadido ou destruído



Operação de Estlander



Operação de Estlander modificada por Abbe.

pelo processo carcinomatoso, há indicação de excisão larga dos tecidos lesados, seguida de reparação plástica tubular tardia.

*Comando operation* — Quando, além da lesão labial há invasão óssea, acompanhada ou não de adenopatia metastática, há justificativa para um tipo de intervenção, denominada, pelos americanos, de “Commando operation”, que consiste na reseção labial, hemi-ressecção da mandíbula e esvaziamento ganglionar cervical.

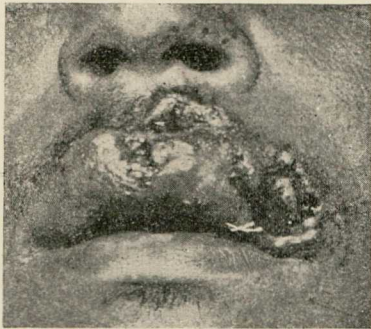
*Técnica* — Anestesia de preferência gasosa, por intubação traqueal em tamponamento cerrado do oro-faringe. A intervenção deverá ser feita de preferência de baixo para cima, isto é, praticando-se inicialmente o esvaziamento ganglionar cervical e, em seguida, a ressecção da lesão labial e hemi-ressecção da mandíbula, invadida pelo processo maligno.

#### *Tratamento das metástases cervicais*

O tratamento das metástases ganglionares, secundárias ao carcinoma do lábio, deve ser feito, de preferência, pela cirurgia. Constitui fato provado ser a radioterapia pouco eficaz como terapêutica profilática ou curativa das metástases ganglionares, ficando, por isso, reservada para os casos inoperáveis ou para os tumores muito anaplásticos. A questão da indicação do esvaziamento ganglionar cervical, como complemento ao tratamento da lesão primária do lábio, constitui ainda assunto debatido entre os diversos autores. Formamos entre os que só indicam o esvaziamento na vigência de adenopatias palpáveis. Duffy estabelece como indicações do esvaziamento cervical:

- 1º) a lesão primária deve estar controlada;
- 2º) a lesão primária deve estar limitada a um lado da boca;
- 3º) o carcinoma deve ser bem diferenciado;
- 4º) as metástases devem limitar-se a grupos de gânglios em dois triângulos cervicais contínuos;
- 5º) não deve haver perfuração da cápsula do gânglio, com fixação do mesmo aos tecidos vizinhos;

- 6º) não deve haver adenopatia cruzada;  
 7º) não deve haver metástase à distância;  
 8º) o estado geral do doente deve ser compatível com a intervenção.



Sífilis terciária do lábio superior.

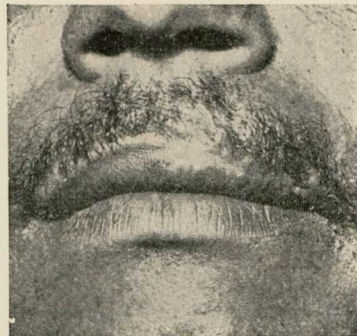
O tamanho da lesão primária, assim como o seu grau de diferenciação histológica, segundo a classificação de Broders, têm importante papel na frequência da invasão ganglionar. Na estatística de Richards, em 224 carcinomas de menos de 1,5 cm. de diâmetro, só houve metástases ganglionares em 5 casos. Em 20 casos de lesão de mais de 3 cm. de diâmetro, houve metástases ganglionares em 13 casos.

A influência do grau de diferenciação histológica na frequência das metástases ganglionares foi demonstrada por Broders. Em 354 casos de carcinoma do lábio de graus 1 e 2, 11% apresentaram metástases; em 95 casos de graus 3 e 4 a percentagem de metástases ascendeu a 66%.

Do ponto de vista terapêutico, a orientação seguida no Serviço Nacional do Câncer é a seguinte:

Os casos são divididos em três graus clínicos:

- Grau 1 — Lesão limitada ao lábio  
 — Ausência de adenopatias palpáveis.  
 ” 2 — Adenopatias palpáveis, porém móveis.  
 ” 3 — Adenopatias fixas, ulceradas ou não.

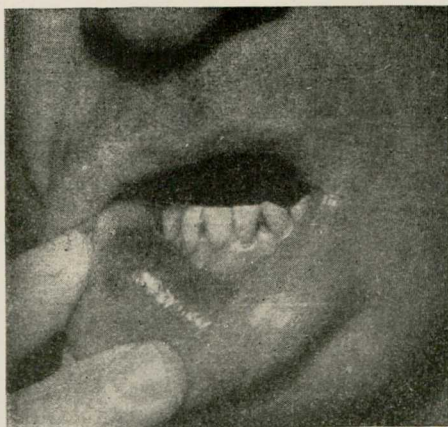


Mesmo caso após tratamento anti-sifilitico (iodeto e bismuto).

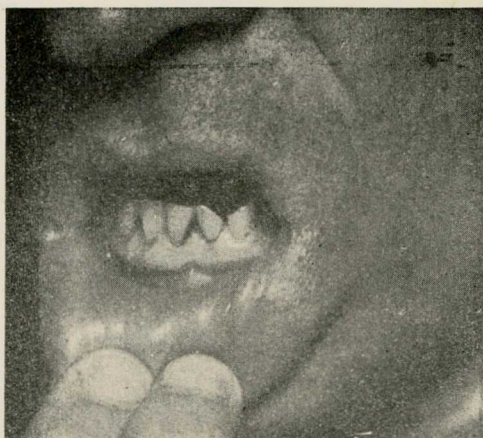
Nos casos classificados como grau 1, limitamo-nos ao tratamento da lesão primária, mantendo o paciente sob vigilância periódica freqüente, após o tratamento.

Nos casos grau 2, praticamos o esvaziamento ganglionar cervical após controle da lesão primária, quando o grau de diferenciação histológica fôr 1, 2 e 3. As lesões anaplásticas, grau 4, pertencem exclusivamente ao domínio da radioterapia.

Quando as adenopatias forem bilaterais, praticamos o esvaziamento ganglionar bilateral em duas sessões, operando sempre em primeiro lugar o lado menos invadido, a fim de evitar, se possível, a resseção da veia jugular interna, que todavia pode ser ressecada bilateralmente, sem acidentes, desde que haja um intervalo de pelo menos 15 dias entre uma intervenção e outra. Abandonamos o esvaziamento ganglionar supra-hioideu, pois foi grande o número



Hemangioma cavernoso de lábio inferior.



Mesmo caso após tratamento esclerosante.

de casos operados que apresentaram, posteriormente, metástases ganglionares cervicais.

No grau 3 praticamos sempre que possível intervenção alargada do tipo "comando", ou então fazemos o tratamento paliativo pelas irradiações.

Uma adenopatia fixa aos órgãos vizinhos não constitui, a nosso ver, causa de contra-indicação cirúrgica, pois em muitos casos, é possível praticar sua remoção juntamente com o órgão ao qual se acha fixa (mandíbula, pneumogástrico, carótida primitiva, etc.).

Del Regato alega que o tratamento cirúrgico do câncer do lábio deve ser o preferido nas seguintes eventualidades:

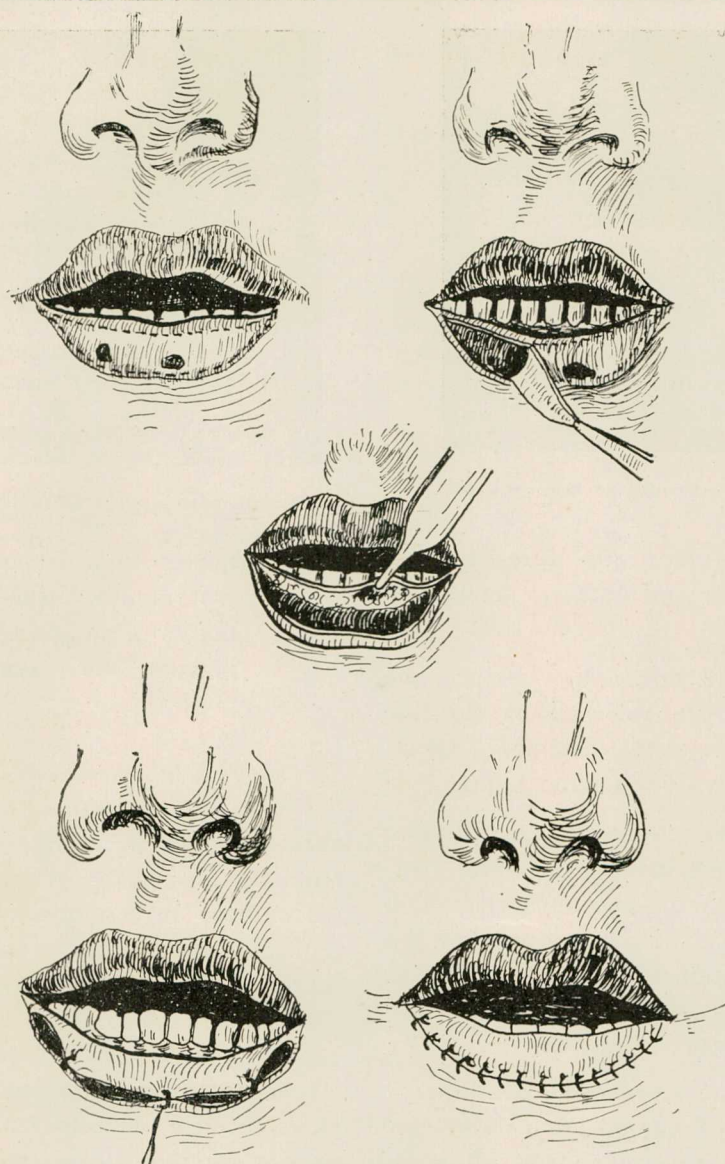
- 1) quando a lesão é inicial e a circunferência bucal relativamente grande;
- 2) nas lesões muito extensas, nas quais há necessidade de reparação plástica após a ressecção;
- 3) nas lesões que já se acompanham de adenopatias secundárias;
- 4) quando há recidiva post-radium;

- 5) quando não há possibilidade de tratamento pelas irradiações por falta de aparelhagem ou de pessoal adequadamente treinado.

*Resumo da técnica do esvaziamento cervical* — O esvaziamento radical é em geral por nós praticado sob anestesia troncular do plexo cervical. Em casos esporádicos recorreremos à narcose por inalação com intubação traqueal. A intervenção, em linhas gerais, consiste na ressecção em bloco feita de baixo para cima, incluindo os músculos esternocleido-mastoidêo e omoiodêo, veia jugular interna, gânglios cervicais, glândula e gânglios sub-maxilares, músculos digástrico e estiloiodêo e gânglios sub-mentonianos. É intervenção que exige conhecimento profundo da anatomia da região.

*Profilaxia do câncer do lábio* — A profilaxia do câncer do lábio só pode ser feita de duas maneiras:

- 1º) suprimindo as causas de irritação crônica que poderiam dar lugar à alterações que ul-



Ressecção da mucosa do lábio (ap. John Erick).

teriormente dariam origem ao câncer (fumo, sol, dentes mal tratados, etc.);

- 2º) removendo lesões consideradas pré-cancerosas (leucoplasias, queratoses, fissuras recidivantes, descamação crônica).

A remoção destas lesões só pode ser feita cirurgicamente. A mucosa le-

sada é excisada sob anestesia local por incisão fusiforme, sendo a mucosa da borda da perda de substância descolada em certa extensão e suturada anteriormente ao retalho cutâneo por pontos separados de seda fina. O resultado cosmético, conforme tivemos já oportunidade de verificar, é excelente, apesar da extensão de mucosa algumas vezes ressecada.



- 1 — MARTIN, HAYES & MACCOMB, WILLIAM S. — "Cancer of the Lip". *Ann. Surg.* 114:226, 1941.
- 2 — ACKERMAN & DEL REGATO — "Cancer, diagnosis, treatment and prognosis".
- 3 — CUTLER & BUSCHKE — "Cancer, its diagnosis and treatment".
- 4 — DUCUING, J. — "Précis de Cancérologie".
- 5 — VIANA, JOÃO B. — "Reparação das grandes perdas de substância do lábio inferior". *O Hospital* — janeiro de 1943.
- 6 — COUTINHO, ALBERTO — "Câncer do lábio". *O Hospital* — Outubro de 1943.
- 7 — MACHADO, OSOLANDO J. — "Câncer da boca" — *Med. Cir. Farm.*, julho 1950.
- 8 — OLIVEIRA JUNIOR, LUIZ CARLOS — "Câncer do lábio" — *O Hospital* — Janeiro 1947.
- 9 — BARSKY — "Plastic Surgery".
- 10 — MARTIN, H. E. — "Cheiloplasty for Advanced Carcinoma of the Lip". *Surg. Gyn. Obst.*; 54, 914, 1932.
- 11 — ROUVIÈRE, H. — "Anatomy of the Human Lymphatic System".
- 12 — SOMERVELL, T. H. — "Recent Advances in the Treatment of Carcinoma of the Mouth and Jaws" — *Brit. Journ. Surg.* 32, 35, 1944.
- 13 — MORTON, JOHN J. — "Surgical Approach to Cancer". *Arch. Surg.* 58:1-15, 1949.
- 14 — DINGMANN, REED O. — "Chronic Fissure of the Lower Lip". *Plast & Reconst. Surg.* 3:613-618, 1948.
- 15 — KREDEL, F. E. — "Cancer of the Oral Cavity". *J. South Carolina M. A.* 46: 123-124, 1950.
- 16 — MAROON, SAM Z. & KENNEDY, ROBERT H. — "Carcinoma of the Lower Lip". *Ann. Surg.* 130:896-901, 1949.
- 17 — ANDREWS, GEORGE CLINTON — "Diseases of The Skin".
- 18 — CRISTOPHER, FREDERICK — "A Textbook of Surgery".
- 19 — WARD, GRANT E. & HENDRIK JAMES W. — "Results of Treatment of Carcinoma of The Lip.". *Surgery*, 27:321-341, 1950.
- 20 — TAYLOR, G. W. & NATHANSON, I. T. — "Evaluation of Neck Dissection in Carcinoma of The Lip". *Surg, Gy Obst.* 69:484, 1939.
- 21 — FIGI, FREDERIK A. — "Epithelioma of Lower Lip". — Results of Treatment. *Surg. Gyn. Obst.* 59:810, 1934.