

Lesão maligna em lábio: do diagnóstico ao tratamento

Malignant injury in lip: from diagnosis to treatment

Lesión maligna en el labio: desde el diagnóstico hasta el tratamiento

Taynara Sayuri Galdino **Novaes**¹

Rodolfo Pollo **Soares**¹

Aline Reis **STEFANINI**²

Luciana Estevam **SIMONATO**³

¹Graduação em Odontologia, Curso de Odontologia da Universidade Brasil, 15600-000 Fernandópolis - SP, Brasil

²Docente do Curso de Medicina da Universidade Brasil, 15600-000 Fernandópolis - SP, Brasil

³Docente do Curso de Odontologia da Universidade Brasil, 15600-000 Fernandópolis - SP, Brasil

Resumo

O carcinoma epidermóide em lábio representa cerca de 15% de todas as neoplasias em região de cabeça e pescoço e é responsável por cerca de 25% de todas as neoplasias malignas em cavidade oral. Em geral, se manifesta no lábio inferior e 90% dos casos acontecem no sexo masculino, 5:1 em relação ao sexo feminino. A raça branca é mais acometida, sendo comum na 5^o e 6^o décadas de vida e raro em crianças. São considerados fatores de risco exposição à radiação solar, tabagismo e etilismo. O câncer de lábio apresenta um bom prognóstico, desde que tratado adequadamente. Este trabalho visou apresentar um caso clínico de carcinoma epidermóide em lábio inferior, abordando os diagnósticos e terapêuticos, com a intenção de propagar informação de tal lesão para a classe odontológica.

Descritores: Neoplasias; Carcinoma de Células Escamosas; Diagnóstico Bucal.

Abstract

Lip cell epidermoid carcinoma accounts for about 15% of all head and neck neoplasms and accounts for about 25% of all malignancies in the oral cavity. In general, it manifests in the lower lip and 90% of cases occur in males, 5: 1 in relation to females. The white race is more affected, being common in the 5th and 6th decade of life and rare in children. Exposure to solar radiation, smoking and alcohol use are considered risk factors. Lip cancer has a good prognosis as long as it is treated properly. This work aimed to present a clinical case of squamous cell carcinoma in the lower lip, approaching the diagnoses and therapeutics, with the intention of propagating information from such lesion to the dental class.

Descriptors: Neoplasms; Carcinoma, Squamous Cell; Diagnosis, Oral.

Resumen

El carcinoma epidermoide en el labio representa alrededor del 15% de todas las neoplasias de la cabeza y el cuello y es responsable de cerca del 25% de todas las neoplasias malignas en la cavidad oral. En general, se manifiesta en el labio inferior y el 90% de los casos ocurren en el sexo masculino, 5: 1 en relación al sexo femenino. La raza blanca es más acometida, siendo común en la 5^o y 6^o década de vida y raro en niños. Se consideran factores de riesgo exposición a la radiación solar, el tabaquismo y el etilismo. El cáncer de labios presenta un buen pronóstico, siempre que se trate adecuadamente. Este trabajo pretendía presentar un caso clínico de carcinoma epidermoide en labio inferior, abordando los diagnósticos y terapéuticos, con la intención de propagar información de tal lesión a la clase odontológica.

Descriptorios: Neoplasias; Carcinoma de Células Escamosas; Diagnóstico Bucal.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas (CEC) pode ser nomeado, também, como carcinoma espinocelular, carcinoma escamocelular ou carcinoma epidermóide. É uma lesão neoplásica maligna originada do epitélio de revestimento¹, e consiste no quinto tumor maligno que mais acomete os homens². Sua maior prevalência ocorre entre a 5^o, 6^o e 7^o décadas de vida³⁻⁵, em pessoas expostas aos fatores de riscos, como: etilismo, tabagismo e radiação solar⁶⁻⁹. O papilomavírus humano (HPV) pode ser considerado um fator determinante carcinogênico¹⁰. Existem inúmeros fatores de risco associados ao aparecimento e desenvolvimento da neoplasia maligna, um dos precursores da patologia bucal, concluiu que não há um agente ou fator individual em específico aceitável, contudo fatores intrínsecos e extrínsecos podem colaborar para o surgimento¹¹.

A cavidade oral pode ser dividida nas seguintes regiões anatômicas: lábio (superior e inferior), 2/3 anteriores da língua, mucosa jugal, assoalho da boca, gengiva (superior e inferior), área retromolar e palato duro². As regiões mais frequentes para o desenvolvimento do CEC são: o assoalho da boca, a língua e o lábio inferior^{4,12,13}. Sendo que, o câncer em lábios representam cerca de 15% a 30% de todas as neoplasias da cavidade oral⁸, relacionado a

todos os tumores malignos do complexo maxilofacial essa porcentagem é de 25% a 30%^{14,15}. Um dos países com maior número de diagnóstico de CEC de lábio é a Austrália, sendo que a cada 100.000 pessoas a uma incidência de 7,7. Sobre o Brasil, com altos níveis de radiação ultravioleta devido o clima tropical, atinge número significativo de lesão maligna em lábio¹⁶. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou 14.700 novos casos de câncer bucal para 2018, sendo 11.200 casos em homens e 3.500 em mulheres².

Uma pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre - RS mostrou que a cavidade oral foi o segundo local com mais acometimento de CEC, relacionado às neoplasias de cabeça e pescoço, sendo mais frequentes no sexo masculino¹⁷. Uma equipe de pesquisadores realizou um estudo onde associaram a frequência que ocorre a lesão maligna no sexo masculino: feminino e a estimativa das idades, sendo que 8:1 antes dos 60 anos de idade, e 3:1 após os 60 anos¹⁸. Entretanto, com o aumento do consumo de tabaco, a incidência no acometimento de CEC em mulheres tem evoluído progressivamente¹⁹. Embora ocorra ausência do consumo de álcool e do tabaco, o acometimento do CEC de boca ocorrerá em uma idade mais elevada, o consumo do tabaco isolado não contribui para a distribuição por faixa etária, quando

há um consumo do álcool isoladamente ou associado ao tabaco a uma ocorrência mais prévia da lesão maligna em boca^{20,21}.

Clinicamente, apresenta característica singular, sendo que os principais sinais observados nos casos de CEC são aparecimento de lesões leuco ou eritoplásticas na mucosa e ulcerações de difícil cicatrização⁴, bordos exofíticos, de formato irregular e endurecido à palpação²².

Histopatologicamente, é caracterizado por ilhas e cordões epiteliais malignas originados do epitélio displásico⁹, está presente pleomorfismo nuclear e celular, aumento de número de mitoses atípicas, invasão das células epiteliais no tecido conjuntivo, hiper cromatismo nuclear, além de encontrar estratificação epitelial irregular e presença de mitoses nas camadas superficiais do epitélio²³.

O grau de agressividade dos tumores malignos em lábio está relacionado a localização topográfica, a diferenciação histológica e ao volume do tumor^{15,24}. Quando possui características histológicas parecidas as dos tecidos de origem, denominam como carcinoma bem diferenciado. O mesmo apresenta agressividade menor, pouca chance de metástase e um prognóstico excelente, desde que seja tratada previamente ao diagnóstico²⁵.

O tratamento para o CEC pode ser a remoção cirúrgica com margem de segurança, radioterapia e/ou quimioterapia²⁶. O tratamento cirúrgico do câncer tem finalidade curativa e paliativa. O tratamento com finalidade curativa é indicado em casos de tumores iniciais, onde consistiu a remoção do tumor primário com margem de segurança. O tratamento paliativo tem a finalidade de diminuir o número de células tumorais ou de controlar sintomas que compromete ou põem a vida em risco². Na maioria dos casos, as lesões de CEC no vermelhão do lábio que são diagnosticadas precocemente tem como tratamento de eleição o cirúrgico, apresentando um ótimo resultado. Em casos mais agressivos, podem ser tratados por radioterapia definitiva ou associados à quimioterapia⁹.

O objetivo desse estudo é apresentar um relato de caso clínico de CEC em lábio inferior, retratando aspectos diagnósticos e terapêuticos, com a intenção de propagar informação de tal lesão para a classe odontológica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 49 anos, sexo feminino, leucoderma, do lar, residente no município de Fernandópolis-SP apresentou-se ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Fernandópolis, encaminhada por cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF) queixando-se de uma ferida no lábio inferior em região central, que não cicatrizava. História médica não significativa. Negou hábito de tabagismo e etilismo.

Ao exame físico extrabucal foi observada ulceração em região mediana do lábio inferior de aproximadamente 3 cm na sua maior extensão, formato irregular, limites pouco definidos, leito sanguinolento, ausência de halo eritematoso e indolor (Figura 1). Ao exame físico intrabucal nada digno de nota foi observado. O diagnóstico clínico sugestivo foi de CEC e a confuta inicial foi a realização de uma biopsia incisional. O material coletado foi encaminhado para análise histopatológica e o diagnóstico definitivo foi de CEC invasor moderadamente diferenciado (Figura 2). A paciente foi encaminhada para o Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto - SP, onde a conduta terapêutica foi a remoção cirúrgica com margem de segurança. A cicatrização aconteceu normalmente após a cirurgia, sendo que após 6 meses da realização do tratamento pode-se verificar cicatrização completa da área (Figura 3).



Figura 1: Aspecto clínico inicial da lesão.

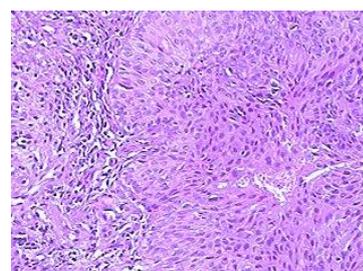


Figura 2: Aspecto histopatológico da lesão (40X HE).



Figura 3: Aspecto clínico final.

A paciente permanece em acompanhamento periódico no CEO, com ausência de sinais clínicos de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O número de casos de CEC em mulheres tem aumentado com o passar dos anos¹⁹, geralmente ocorrendo por volta da 5^o, 6^o e 7^o décadas de vida^{3,4,5}. Clinicamente, apresenta-se como lesões leuco ou eritoplásticas na mucosa e ulcerações⁴, com formato irregular e endurecido²². O caso clínico relatado confirma os dados descritos pela literatura, já que a idade da paciente descrita nesse caso clínica era de 49 anos. Além disso, durante o exame físico extrabucal da paciente verificou-se a presença de ulcerada em lábio inferior, com formato irregular e indolor a palpação.

Os fatores de riscos associados à etiologia do câncer de boca são, como: o etilismo, o tabagismo e a exposição exagerada à radiação solar^{6,7,9} estão bem definidos pela literatura. No entanto, no caso relatado, a paciente não apresentou exposição a esses fatores. Dessa forma, se faz necessário a exploração de outros fatores a fim de esclarecer a etiologia dessa lesão, tais como: condição socioeconômica, hábitos alimentares, estado de imunodeficiência, genética entre outros²⁷.

O tratamento para o CEC pode ser por remoção cirúrgica com margem de segurança, radioterapia e/ou quimioterapia^{2,9,26}. A conduta terapêutica realizada no caso descrito foi a remoção cirúrgica com margem de segurança, que é a mais utilizada para os casos de CEC de lábio.

CONCLUSÃO

Diante do caso relatado, pode-se concluir que para a realização do diagnóstico precoce é fundamental o conhecimento dos aspectos clínicos da lesão, além dos fatores de risco que podem estar relacionados ao desenvolvimento da mesma. Lembrando que quanto mais precoce for o diagnóstico do CEC melhor será o prognóstico do paciente, já que possibilita um tratamento o menos invasivo favorecendo a manutenção da qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(1):63-9.
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2018.
3. Antunes AA, Takano JH, Queiroz, TC, Vidal, AKL. Perfil epidemiológico do câncer bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontol Clín Cient.* 2003;2(3):183-86.
4. Neville BW, Allen CM, Damm DD. Patologia e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
5. Abdo EM, Garrocho AA, Aguiar MCF. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. *Rev Bras Cancerol.* 2002; 48(3):357-62.
6. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinion attitudes and practices to screening for muco lesions and to counseling patients on tobacco alcohol use: baseline data from 1991. *Oral Dis.* 1999;5(1):10-4.
7. Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *J Bras Patol Med Lab.* 2006;42(1):385-92.
8. Salgarelli AC, Sartorelli F, Cangiano A, Pagani R, Collini M. Surgical treatment of lip cancer: our experience with 106 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(4):840-45.
9. Tommasi AF, Tommasi MHM. Diagnóstico em patologia bucal. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
10. Vidal AKL, Caldas Júnior AF, Mello RJV, Brandão VRA, Rocha GI, Taromaru E. HPV detection in oral carcinomas. *J Bras Patol Med Lab.* 2004; 40(1):21-6.
11. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin.* 2002; 52(4):195-215.
12. Costa ALL, Araújo-Júnior RF, Ramos CCF. Correlação entre a classificação clínica TNM e as características histológicas de malignidade do carcinoma epidermóide oral. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2005;71(2):181-87.
13. Dedivitis RA, França CM, Mafra ACB, Guimarães FT, Guimarães AV. Características clínicoepidemiológicas no carcinoma espinocelular de boca e orofaringe. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70(1):35-40.
14. Ochsenius G, Ormeno A, Godoy L, Rojas R. Estudo retrospectivo de 232 casos de câncer y precâncer de lábio en pacientes chilenos. Correlación clínicohistológica. *Rev méd Chile.* 2003;131(1):60-6.
15. Antunes AA, Antunes AP. Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50(4):295-300.
16. Sena MF, Costa APS, Nóbrega AGS, Costa ALL, Ferreira MAF. Avaliação dos fatores prognósticos relacionados ao câncer de lábio: revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol.* 2010;56(1):93-102.
17. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em

- Porto Alegre - RS. Rev Bras Cancerol. 2004;50(2):95-101.
18. Perussi MR, Denardin OVP, Fava AS, Rapoport A. Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. Rev Assoc Med Bras. 2002; 48(4):341-44.
 19. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Rev Bras Cancerol. 2005;51(3):227-34.
 20. Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL et al. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. Rev Assoc Med Bras. 2001;47(3):208-14.
 21. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Prevenção do câncer da boca. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
 22. Chandu A, Adams G, Smith AC. Factors affecting survival in patients with oral cancer: an Australian perspective. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005. 34(5):514-20.
 23. World Health Organization (Switzerland). World Health Organization Classification of Tumours. Pathology & Genetics Head and Neck Tumours. Geneva: IARC Press; 2005; 242-3.
 24. Onercl M, Yilmaz T, Gedikoglu G. Tumor thickness as a predictor of cervical lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the lower lip. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122(1):139-42.
 25. Costa ALL, Pereira JC, Nunes AAF, Arruda MLS. Correlação entre a classificação TNM, gradação histológica e localização anatômica em carcinoma epidermóide oral. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(3):216-20.
 26. Sciubba JJ. Oral cancer and its early detection: historytaking and the diagnostic phase management. J Am Dent Assoc. 2001; 132(Suppl):12S-18S.
 27. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KAAS. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people – a comprehensive literature review. Oral Oncol. 2001;37(5):401-18.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Luciana Estevam Simonato

luciana.simonato@universidadebrasil.edu.br

Submetido em 12/09/2018

Aceito em 12/12/2018