

**UM INTERESSANTE CASO DE LESÃO  
DO LABIO INFERIOR**

**Separata da Revista RIOGRANDE ODONTOLÓGICO**

S/D - REV. RS - ODONTU - 'LESÃO LABIO INFERIOR'

# UM INTERESSANTE CASO DE LESÃO DO LABIO INFERIOR

PROF. SECCO EICHENBERG

Catedrático Interino da 2.<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

"Z. O. M., com 32 anos de idade, de cor branca, agricultor, brasileiro, natural deste Estado, residente em Butiá, baixou em 21 de Maio de 1945, á enfermaria "Professor Guerra Blessmann", onde passou a ocupar o leito n.º 5, sob papeleta n.º 7207, caso n.º 187.

Queixava-se que, ha mais ou menos 3 para 4 meses, lhe apparecera uma pequena ferida no labio inferior á E, sobre a mucosa, a qual apezar de todos os cuidados, não cicatrizou, se alastrando lenta, mas progressivamente.

De uns 15 dias para cá, na mesma altura do labio inferior, mas do lado D, agora, se iniciara um processo de irritação da mucosa, processo idêntico ao observado pelo paciente quando do início da lesão no lado E do mesmo labio. Este processo de irritação ainda não levára á total ulceração da mucosa.

Fóra destas lesões, de nada mais se queixava e sua anamnese era completamente negativa.

A ulceração do lado E era arredondada, de um por um cms, com os bordos elevados, endurecidos, fundo avermelhado, sem inducto ou secreção apreciáveis.

No lado oposto, á D, a mucosa estava irritada, numa extensão semelhante á da ulcera á E, e sangrava facilmente a qualquer trauma.

O paciente não referia nenhum traumatismo sofrido anteriormente, não fumava e o aspecto da lesão se aproximava de um sifiloma primário.

O exame da boca não revelava, na arcada dentária superior, nenhuma aresta ou fragmento saliente de dente, que pudessem ser mencionados e incriminados de causantes das lesões apresentadas pelo paciente. No entanto, algo nos despertou a atenção, nesta arcada superior. E' que exatamente por sobre as duas lesões do lábio inferior, correspondendo a elas perfeitamente, havia, de cada lado, duas coroas juxtapostas, mas de metaes diferentes. Ambos os incisivos lateraes eram cobertos por coroas de metal branco e os caninos por coroas de metal amarelo.

Quiçá, a diversidade de metais, em contato, num meio habitualmente húmido, fosse a causa de uma irritação crônica, química ou eletrolítica, agindo sobre a mucosa do labio inferior. Em nenhuma das quatro coroas encontramos arestas ou irregularidades.

Aconselhamos a retirada das coroas, a que se opôs o paciente.

Para melhor conhecer da natureza da ulceração, que se apresentava suspeita por seus bordos elevados e endurecidos, a 22 de Maio de 1945, sob anestesia local pela novocaina sem adrenalina, procedemos á colheita de um fragmento da ulcera, como biopsia, e aproveitamos a ocasião para electrocoagula-la.

O exame histo-patologico, procedido pelo dr. Heitor Masson Cirne Lima, revelou:

"Há intensa infiltração inflamatória crônica por linfocitos, celulas grandes monocleares e alguns leucocitos polimorfonucleares e acentuada proliferação do epitêlio de revestimento, com nitida hiperqueratose. No material enviado, não foram encontrados sinais de malignidade".

Este exame nos demonstrava que causa irritativa devia ter determinado o aparecimento da ulceração. Como não houvessem sido encontrados sinais de malignidade, resolvemos aguardar a evolução da lesão, após a electrocoagulação.

Nos primeiros dias, a ulcera apresentou melhora, e a 26 de Junho de 1945, por necessidade de afazeres pessoais, o paciente pediu e obteve alta. Conforme combinação, volta semanalmente ao serviço, mas a cicatrização da ulcera á E, que, como informamos, se processava algo satisfatoriamente de início, estaciona, e logo após, a ulceração volta a progredir, alastrando-se novamente. Durante estas visitas, foram cauterizados alguns pontos mais suspeitos e a 7 de Julho de 1945, o paciente volta a baixar ao nosso serviço, onde passa a ocupar o leito n.º 24, sob papeleta n.º 9364, caso n.º 225.

A ulcera à E, reassume o aspecto primitivo com os bordos endurecidos e dolorosos. Enviamos o paciente ao Serviço Odontológico da Santa Casa, a cuidado da Associação dos Antigos Alunos de Odontologia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, onde, sob a direção do Professor E. Cirne Lima, são retiradas as duas coroas do lado E, e a de metal branco (a do incisivo lateral) do lado D.

E, a 18 de Julho de 1945, sob anestesia local pela novocaina, praticamos a ressecção da ulcera em cunha, e a plastica do lábio inferior, com uma incisão auxiliar ao nível da comissura labial à E. Hemostasia e sutura com fio de algodão. Curativo exterior com pensostat. Cicatrização por primeira intensão.

A peça enviada ao dr. Heitor Masson Cirne Lima, revelou no exame histopatológico:

"Há hiperqueratose e intensa proliferação do epitélio de revestimento, que apresentava varias mitoses, e, em alguns pontos, nitido polimorfismo nuclear. Há, sob o epitélio, acentuada infiltração inflamatória crônica por linfócitos, células grandes mononucleares se alguns leucocitos polimorfonucleares. Não foram encontrados, no material enviado, sinais seguros de malignidade. Há a considerar porém, ao lado da intensa proliferação do epitélio, os aspectos atípicos que se observam em algumas zonas".

A comparação dos resultados de ambos os exames histopatológicos nos demonstra nitidamente uma evolução já perfeitamente orientada no sentido de uma futura malignidade. Si no primeiro exame, o anatomo-patologista afirma não haverem sido encontrados sinais de malignidade, no segundo, ressalva que não os ha, seguros, o que deixa a suspeitar a evolução da lesão no sentido da malignidade, conforme se deduz do periodo final de seu segundo relatório.

Daí o acertado de nossa indicação operatória, com ressecção da lesão em cunha e plastica.

A 28 de Julho de 1945, o paciente obteve alta, deixando, para terminar ambulatoriamente, o serviço protético, requerido pela retirada das coroas. Indicamos mais, para 30 dias após, uma série de irradiações por roentgenerapia profunda, no local e nos territórios ganglionares vizinhos.

O caso vertente não apresenta maior interesse pela lesão em si, uma ulceração do lábio inferior com processo degenerativo em progressão, ou mesmo, pela técnica operatória seguida, simples e carecedora de importância.

O que lhe empresta certa característica de raridade e de interesse, é a causa determinante da ulcera.

Do estudo do caso clinico não nos podemos furtar a aceitar, como única causa possível, a ação irritativa, constante, de origem quimica ou eletrolitica, produzida pelo contato de dois metais diferentes (as coroas, já mencionadas) num meio húmido como o é a boca.

As causas traumaticas mais comuns das ulcerações e dos epitelomas do lábio foram pesquisadas e não puderam ser verificadas. O cigarro (1), cujo trauma pelo calor ou mesmo pela queimadura direta, é o maior causante do cancer do lábio inferior, segundo a opinião de boa parte dos autores, neste caso não pode ser invocado, pois o paciente não fuma, nem fumava anteriormente.

Outro mecanismo traumatico, profissional (1), mas que produz lesões no lábio superior, não se enquadra no nosso caso. E' a lesão produzida, nas costureiras, pelo fio de linha cortado com os dentes. Também o cancer profissional dos pintores, que trabalham com tinta fosforescente e que, tendo de pintar objetos delicados, afinam, com os lábios, a ponta do pincel, não se adapta ao caso presente.

A ação traumatica, irritante e persistente, por arestas ou fragmentos irregulares de dentes ou de trabalhos protéticos, não encontrou justificativa no exame. Nada encontramos neste sentido, no que fomos confirmados pelo Serviço Odontológico da Santa Casa.

O desenvolvimento de uma lesão degenerativa, á base de uma leucoplasia ou um papiloma verrucoso, no caso vertente não encontrava apoio na anamnese do paciente. Tinhamos a história da progressão da lesão à E, e a evolução da lesão à D nos foi possível observar pessoalmente, acompanhando o desenvolvimento do processo de irritação a que era submetida a mucosa labial.

Torroella (1) chama a atenção para o caracter de lesão unica que apresenta o epiteloma do lábio, que somente mui raramente se apresenta multiplo. No nosso caso, as duas lesões, identicas em evolução, a da E, alguns meses mais antiga que a da D, se desenvolveram simetricamente, em zonas opostas e em contato direto com os dois pares de coroas feitas de metais diferentes.

A evolução da lesão, inicialmente com o aspecto de um processo irritativo, que depois se transformava numa ulcera, se bem que esta, uma vez formada, viesse apresentar os bordos endurecidos, no entanto afastava, desde logo, a hipótese de um cancro ou mesmo de uma goma sifilitica ulcerada.

A anamnese e o cuidadoso exame clinico auxiliaram a afastar esta hipótese, da mesma maneira que, juntamente com o aspecto da lesão, eliminavam a possibilidade de uma ulcera tuberculosa.

Os exames histopatológicos demonstravam plenamente a ação de um agente irritante, que pouco a pouco, mas progressivamente, levava a um estado de atipia celular, o que nos permitia pressupor o fenómeno da evolução degenerativa.

Indicada estava, pois, a retirada do material metálico à E (ambas as coroas), onde a lesão suspeita, estava exigindo a extirpação cirúrgica do segmento labial, no qual estava sediada. A persistencia de uma das coroas, como do lado D, por sobre o ferimento operatório, não era aconselhavel, razão pela qual foram, à E, retiradas ambas as coroas, e, à D, somente a de metal branco.

O resultado foi satisfatório, com a normalização da mucosa, à D, e com a cicatrização, por primeira intensão, do ferimento operatório, à E, sem a menor retração.

O epiteloma do lábio inferior é muito mais frequente que o do lábio superior, cujas metástases são menos precoces que as do primeiro (1).

Apresenta-se no geral, como uma ulcera de bordos duros, irregulares, evertidos, com fundo sujo e mamelonado. Sangra facilmente. Apresenta, com frequencia, crostas. Não é diretamente doloroso.

BRODERS (2) afirma que em 63,3% dos casos, ao epiteloma precede uma ulcera simples ou uma irritação da mucosa. A forma inicial mais comum é a de uma leucoplasia, sendo que também é possível observar uma queratose seca.

ECKERT (2) entre 420 casos, observados entre 1928-1939, encontrou a seguinte distribuição por idade:

20/9 - 11	40/9 - 59	60/9 - 122	80/9 - 22
30/9 - 29	50/9 - 101	70/9 - 76	

informando também, que esta afecção é pouco frequente entre os negros.

BELL (6) diz que o epiteloma do lábio representa 1/3 dos cânceres tegumentares e 95% se desenvolvem em homens.

Em relação á pequena frequencia no lábio superior, ECKERT só a encontrou a este nível em 43% dos casos, WAGENS-TEEN e RANDALL em 1,6% e KENNEDY em 8%. BABCOCK (3) encontrou seguinte distribuição regional:

Lábio inferior	93%
Lábio superior	5%
Comissuras	2%

As metástases se propagam por via linfatica, mais lentamente nos baso celu-

lares. Para ECKERT, o emprego de outra via, a sanguinea, pelas metástases, constitue uma exceção. São metástases sub-maxilares e sub-mentaneas, para o epiteloma do lábio inferior, e sub-maxilares, para o do lábio superior.

Segundo BABCOCK (3) no epiteloma do lábio inferior, a distribuição percentual das metástases se faz segundo a estatística seguinte:

Sub-maxilares	52%
Sub-mentaneas	10%
Carotídeos	6%

Os epitelomas são, no geral, basocelulares, isto é, de menor malignidade, em contrário aos espinocelulares, mais agressivos.

No diagnóstico, a biopsia se impõe e é de facil execução. ECKERT (2) diz textualmente: "There is no excuse for not obtaining a biopsy in even the least suspicious case".

WHITCOMB, (4) quanto ao prognóstico, é de opinião que nos casos de morte, esta depende muito mais das metástases cervicais, que do próprio epiteloma em si.

BOYD (5) cita a opinião de BRODERS, que encontrando a mesma percentagem de epitelomas em fumantes, ou não não acredita no fumo como causa contribuinte.

No entanto, esta opinião ainda permanece isolada, no meio da grande maioria, que aceita o fumo ou o ato de fumar como um elemento desencadeante do epiteloma do lábio inferior.

Para BOYD, a extirpação do tumor e dos ganglios satélites, leva a uma percentagem de 70% de cura.

ECKERT, BABCOCK, e outros são unanimes em afirmar que o tratamento é primeiramente cirúrgico (extirpação e esvaziamento ganglionar) e depois radioterapeutico (irradiação pela roentgenerapia profunda, especialmente das zonas ganglionares satélites).

Concordamos plenamente com esta opinião, que coincide com a nossa e de GUERRA BLESSMANN, e a respeito nos permitimos reproduzir a estatística de Enfermaria "Professor Guerra Blessmann".

De 1939 a 1945, foram verificados e operados na enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 16 casos de epitelomas do lábio, todos do lábio inferior, em indivíduos do sexo masculino e de cor branca. Deste, 90% fumavam, sendo que em nenhum dos casos pôde ser invocada uma causa profissional.

A distribuição foi a seguinte:

1939 — 1 caso	1942 — 2 casos
1940 — 3 casos	1944 — 4 casos
1941 — 2 casos	1945 — 4 casos

Deste, 2 casos (12,5%) foram em indivíduos até 40 anos, e os restantes 14 casos (37,5%) em pessoas de mais de 40 anos. Quanto ao exame histo-patológico — 1 caso ou sejam em 6,25%, era um espinocelular, enquanto que os 15 restantes ou sejam 93,75% eram baso celulares. Em 10 casos, ou sejam 62,5%, foi feita unicamente a resecção em cunha e a sutura, enquanto que em 6 casos ou sejam 37,5%, foi necessário, dada a extensão da lesão, além da resecção, praticar a plastica de um ou dois triângulos. Em 40% dos casos, havia adenopatia satélite evidente, pelo que foi feito o esvaziamento ganglionar. Os resultados, tanto quanto nos foi possível verificar, foram favoráveis em 15 casos, ou sejam 93,75%, enquanto um apesar da radioterapia profunda associada a uma larga intervenção, veio a falecer em consequencia de metástases cervicais profundas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. — TORROELLA, E. — Lecciones de Clinica Quirurgica. Habana - 1944.
2. — ECKERT, C. T. & PETRY, J. L. — Carcinoma of the lip Surg. Cl. of N. America - October 1944 - 1064.
3. — BABCOCK, W. W. — Principles and Practice of Surgery - Lea & Febigar - USA. - 1944.
4. — WHITCOMB, C. A. — A study of 50 five-year cases of carcinoma of the lip (Amer. J. Surgery - 1944. The 1944 Yearbook of General Surgery - E. Graham Yearbook Publishers. USA.
5. — BOYD, W. — Surgical Patology Saunders. - 5 th. ed. - 1943 - USA.
6. — BELL, E. T. — A Textbook of Pathology 5 Th. ed. - 1944 - Lea & Febiger - USA.