

CÓRNO LABIAL

Prof. SECCO EICHENBERG

Catedrático Interino Substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre. Catedrático Titular: Professor Luis F. Guerra Blessmann

Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre

Diretor Interino da Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.^a da Santa de Misericórdia de P. Alegre

★

09-10/1948-REV.RS-ODONTO-'CÓRNO LABIAL'

Separata da Revista RIOGRANDE ODONTOLÓGICO

Setembro - Outubro — 1948

★

1948
PORTO ALEGRE
Rio Grande do Sul — Brasil

A 12 de Janeiro de 1948 baixou à enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.^a da Santa Casa de Misericórdia, o paciente:

"W. C. H., com 32 anos de idade, de cor branca, solteiro, agricultor, brasileiro, natural deste Estado e residente no interior do Município de São Sebastião do Cai. Na enfermaria, passou a ocupar o leito número 4, sob papelêta número 616, caso número 41".

Sua história clínica era simples e se iniciara por uma pequena ulceração, que lhe aparecera mais de um ano antes, ao nível do lábio inferior, na sua parte mediana e sobre a mucosa labial.

Não houve cicatrização desta solução de continuidade, nem soube o paciente relacionar o aparecimento desta lesão a qualquer fator irritativo. Sobre esta ulceração foi-se formando lenta mas progressivamente um tumor, que no momento de baixar ao nosso serviço, tinha o aspecto retratado pela descrição que se segue.

Não se queixava de dor ou outro desconforto, a não ser o obstáculo mecânico do próprio tumor. Citava pequenas hemorragias que se produziam ao nível do colo de implantação do tumor sobre a mucosa labial, e provocadas por traumatismos involuntários agindo sobre o próprio tumor.

Fumava e não se lembrava de ter tido qualquer espinha irritativa que agisse sobre a mucosa labial, mesmo nos dentes incisivos superiores.

Na anamnese, quer pessoal remota, quer na familiar, nenhum outro dado de relação ou interesse com o caso vertente foi encontrado.

Pelo exame objetivo, verificamos estarmos em presença de um homem peculiar à nossa zona colonial, algo emagrecido, com uma lesão do tipo cicatricial em relação ao globo ocular E e com certo grau de exoftalmia. De resto um tipo normal.

Ao nível do lábio inferior, em seu terço médio e em parte também no terço direito, notava-se, emergindo da própria mucosa labial, uma formação tumoral, de aspecto estranho, e que em muito principalmente à primeira vista, se assemelhava pelo aspecto e consistência, a um processo cornificado, a um verdadeiro corno ou formação córnea.

Mais situado à direita da linha mediana, visto de lado parecia ser uniforme, enquanto que pela face anterior, se verificava ser composto de dois corpos juxta-postos. Em altura, esta formação córnea, assumia no ponto mais alto, dois centímetros, enquanto sua base média dois centímetros e meio. Em torno da base do tumor, havia uma zona, na qual a mucosa se apresentava endurecida e algo elevada, separada da formação córnea por um sulco, no qual, por vezes, pequenos traumatismos, originavam hemorragias insignificantes.

Na metade esquerda do lábio inferior, a mucosa apresentava, vizinha à base do tumor córneo, uma pequena zona, sede de um processo de irritação, demonstrada por edema e fissuras. Quanto ao lábio superior, no ponto correspondente ao ápice do tumor do lábio inferior, era possível notar um ponto de irritação da mucosa, mas de pequena intensidade.

Os dentes estavam em relativo estado de conservação, não apresentando nas vizinhanças do tumor, arestas, anfractuosidades ou superfícies irregulares. As regiões mentoneana e outras circunvizinhas se apresentavam normaes, tanto em relação aos tegumentos, como os elementos linfáticos (ganglios).

O aspecto típico do tumor, sua consistência, impunham o diagnóstico de corno labial. Não havia diagnóstico diferencial. A única hipótese seria a de que na sua base de implantação poudesse haver secundariamente o desenvolvimento de um processo maligno. Clínicamente não havia apóio para tal idéia.

Da mesma maneira, simples era a questão do tratamento, que não apresentava dificuldades quanto à indicação terapêutica, no caso única, a exeresse cirúrgica.

Aceita esta pelo paciente, a 16 de Janeiro de 1948, auxiliados pelo dr. Arthur Mickelberg, e pelo ddo. Ary Cechella, entrevistamos no caso.

Inicialmente levamos a efeito a anestesia loco-regional, usando uma solução de novocaina a 1% com adrenalina (Parke-Davis). Resultado plenamente satisfatório, pois o ato cirúrgico decorreu indolor.

Praticamos a ressecção quadrangulada de um segmento do lábio inferior, enquadrando a base da formação córneia, incluindo o tecido edemaciado que circundava a base. Plástica fácil, após a execução de duas incisões paralelas ao rebordo labial e partindo de ambos os ângulos inferiores do quadrângulo. Sutura e hemostasia com fio de algodão. Curativo externo com pensostat. Cicatrização se verificou por primeira intenção.

Alta do serviço, a 30 de Janeiro de 1948.

Posteriormente, conforme combinação prévia, voltou a apresentar-se ao serviço em data de 3 de Março de 1948. Aspecto local ótimo. Cicatrizes dífteis. Mucosa de ambos os lábios normal. Nenhuma reação ganglionar. Resultado estético em por cento.



Fig. n.º 1

Paciente visto de frente, mostrando nitidamente os dois corpos principais do corno labial.

Fig. n.º 2

O paciente visto em perfil, demonstrando a implantação do corno labial sobre a mucosa do lábio inferior.

O material ressecado foi enviado ao Serviço de Anatomia e Fisiologia patológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, sob direção do Professor Paulo de Queiroz Tibirigá.

Dêsse serviço obtivemos o relatório, que a seguir reproduzimos na íntegra e firmado pelo patologista da Faculdade de Medicina, nosso estimado colega Dr. Paulo Frederico L. Becker:

"Qualidade da peça: Lábio inferior".

Exame macroscópico: Fragmento de tecido medindo cerca de 3 x 3x1,50 cm, de consistência dura e elástica, apresentando em uma das faces diversas projeções duras irregulares semelhantes a corno.

Exame microscópico: Mostra um epitélio pavimentoso pluri-estratificado com uma intensa hiperqueratose ao lado de uma acantose acentuada. Observa-se muito nitidamente a transição de epitélio cutâneo para o cutâneo-mucoso, que se acompanha de modificações estruturais do derma. Neste vemos uma intensa infiltração linfo-plasmocitária e às vezes gigantócitos em torno de um material acidófilo.

Diagnóstico: — CÔRNO CUTÂNEO.

As figuras que acompanham estas linhas, nos dão uma idéia do aspecto da formação tumoral antes da intervenção e do resultado desta última. Estas fotografias foram tiradas em nosso serviço, pelo nosso assistente dr. Arthur Mickelberg.



Fig. n.º 3

Paciente visto de frente, 10 dias depois de operado.

Fig. n.º 4

Fotografia de perfil, tirada na mesma data.

Os corno cutâneo são papilomas que apresentam um desenvolvimento excessivo do estrato córneo (1). BÉLL (1) os descreve como formações alongadas que as vezes chegam a atingir o comprimento de várias polegadas. Para este patologista, cerca de 10% degeneram, dando lugar à formação de carcinomas. Sua localização preferencial é o escalpe, se bem que podem ser verificados em outros pontos de tegumento cutâneo.

BABCOCK (2) os localiza preferencialmente nas pessoas idosas e que tenham sido expostas ao sol. Divide-os em: cebáceos (couro cabeludo), verrucosos (corona glandis), cicatriciais (queimaduras) e unguiformes (ungües).

Chama a atenção para a possibilidade de se ulcerar a base, ou melhor, a zona de tegumento que circunscreve a base, dando lugar à formação posterior de um carcinoma. Sob ponto de vista terapêutico, recomenda a excisão ou a cauterização, que deve incluir a base afim de evitar a recorrência. Esta excisão, que dever ter seus limites em tecido macroscopicamente são, é de se preferir à cauterização especialmente levando-se em conta que o epiteloma calcificado pôde ser confundido com um corno cutâneo.

BERNABEO (3) o chama também de corneoma. O interpreta como uma hipertrofia papilar na qual se acumulam, camada sobre camada, células malpighianas queratinizadas, dando no conjunto uma formação, que pelo seu aspeto e dureza, se assemelha a um corno. Podem ser únicos ou múltiplos, e suas sedes preferenciais são: fronte — face — couro cabeludo, etc.

Nas pessoas idosas, a proliferação das células queratinosas, ou em sentido inverso, a falta de descamação das mesmas, causam em última análise a sua acumulação, camada sobre camada, tornando-se a formação daí decorrente tão compacta como um corno.

Pode um corno destes, atingir vários centímetros de comprimento e 2 a 3 centímetros de diâmetro. Suas formas são caprichosas.

O exame histopatológico da base, no geral permite suspeitar uma situação menos benigna, mas os bons resultados obtidos com a excisão cirúrgica, parecem provar o contrário, no entanto, não devemos esquecer, que estes resultados são obtidos desde que se retire a base (4) sob as condições apontadas.

Não fala **FOOT** qual o aspeto da base, que lhe parece suspeito, mas não devemos esquecer que tanto nos lábios, como na pele os processos malignos mais frequentes são os baso-celulares, de menor malignidade. Logo uma resecção feita com cuidado e em terreno macroscopicamente são, sempre terá a maior probabilidade de retirar todo o segmento sede do processo blastomatoso maligno.

BURKHARDT (5) descreveu a formação de cornos cutâneos sobre ateromas do couro cabeludo e **PUPPE (5)** relata alguns casos de cornos múltiplos, sendo que **CHRSZASZCZEWSKI (5)** encontrou um com 12 centímetros de comprimento.

URTUBEY (6) os chama de queratomas, por serem resultantes de um processo de hiperqueratinização ou hiperqueratose, nos papilomas.

A pele que circunda o corno é geralmente normal em aparência. Eles podem aparecer em qualquer parte do tegumento cutâneo, onde existam condições favoráveis para a sua formação. São mais frequentes nos velhos e são mais ou menos uma queratose senil. Para **FERGUSON (7)** mais ou menos 12% degeneram.

Na face, suas localizações preferenciais são, as palpebras, o nariz, regiões genianas, lábios e as orelhas. São quasi sempre únicos. Sua multiplicidade já lhes confere o caráter de raridade (8).

São ou curtos e cônicos, ou estreitos e longos (10 a 30 cms.), em forma de garra ou espiral. A superfície pode aparecer parda, preta ou as vezes estriada. Na base, a pele é levemente espessada e avermelhada. A massa mais dura é a periférica. A parte central é formada de uma massa mais mole e quebradiça (9). Para **BURKHARDT** eles se transformam de um papiloma ou crescem sobre um ateroma.

RECCIUS (10) quando trata da localização preferencial na face, fala em primeiro lugar nos lábios, depois no nariz e finalmente nas regiões genianas.

ASCHOFF (11) descreve os cornos cutâneos como sendo formados de um corpo papilar, muito ramificado e momentaneamente engrossado, com hiperqueratose que alcança at seu grão máximo. **FIRKET (12)** afirma que a base de um corno cutâneo é sempre constituída por uma saliência conjuntiva. Ele fala nos papilomas da mucosa da boca. Logo onde existem papilomas simples, também poderão ser formados papilomas côneicos. Chamamos a atenção para este ponto, pois o nosso caso tinha a sua implantação sobre a mucosa labial.

Para **DEMEL (13)** o corno cutâneo se desenvolve por sobre o papiloma cornificado, não lhe sendo sinonimo. E finalmente **BANCROFT** e **HUMPHREYS (14)** os julgam facilmente removíveis cirurgicamente juntamente com a pele sobre a qual repousam.

Como vemos, são pois tumores benignos, que podem se desenvolver em qualquer parte do tegumento cutâneo e das mucosas expostas, que tem sua sede preferencial no couro cabeludo e na face.

São mais frequentes nas pessoas idosas e para uns, nas que vivem mais expostas ao sol. Sua forma e tamanho são variáveis e caprichosas, sendo que só raramente são múltiplos.

A não ser na localização labial ou palpebral, as perturbações que acarretam são mais de ordem estética, mas não devemos esquecer que conforme as estatísticas, 10 a 12% dos casos degeneram, naturalmente dependendo, dos atritos e dos traumatismos a que estão expostos.

Seu diagnóstico se impõe pela simples inspecção, se bem que para **BABCOCK** poderá haver confusão, às vezes, com o epitelioma calcificado.

Seu tratamento é o cirúrgico, pela exérese, que deverá retirar ao mesmo tempo a base de implantação, que é a sede da possível degeneração, bem como a orla de tecido circunvizinho à mesma, especialmente quando edemaciado, elevado, endurecido e irritado.

O prognóstico, respeitadas as condições técnicas acima apontadas na terapêutica, é bonum quod vitam, e no geral, também o é, em relação à estética.

BIBLIOGRAFIA

1. — **BELL, E. T.** — A Textbook of Pathology. 5 th ed. — 1944 — Lea & Febiger — USA.
2. — **BABCOCK, W. WAYNE** — Principles and practice of Surgery. 1944 — Lea & Febiger — USA.
3. — **BERNABEO, GAETANO** — Trattato de Semiotica e diagnostica chirurgica. Vol. 2 — 2.ª ed. — 1928 — Torino.
4. — **FOOT, NATHAN S.** — Pathology in Surgery. 1945 — Lippincott — USA.
5. — **KIRSCHNER-NORDMANN** — Chirurgia — Tratado de Patologia quirúrgica general y especial. Vol. 2 — Parte General. 1944 — tr. espanhola da 2.ª ed. alemã. Labor SA. Barcelona.
6. — **URTUBEY, L.** — Los Tumores. 2.ª ed. — 1942 — Ed. Científica Médica Barcelona.
7. — **FERGUSON, L. K.** — Surgery of the ambulatory patient. 1942 — Lippincott — USA.
8. — **LEXER, ERICH** — Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie. II. Band. 20 a. ed. — 1934 — Enke-Leipzig.
9. — **BRAENDT & HABERLAND** — Die Differentialdiagnose Chirurgischer Erkrankungen. 1935 — Berlin.
10. — **RECCIUS, Adolfo** — Tratado de Diagnostico quirurgico. 1940 — Chile.
11. — **ASCHOFF, L.** — Tratado de Anatomia Patológica. Tomo II — Anatomia patológica especial. 1934 — Labor SA. Tr., da 7.ª ed. alemã.
12. — **FIRKET, JEAN** — Notions d'anatomicopathologique humaine 1947 — Masson — Paris.
13. — **DEMEL, RUDOLF** — Diagnostik chirurgischer Erkrankungen. 1935 — Maudrich Wien.
14. — **BANCROFT & HUMPHREYS** — Surgical treatment of the soft tissues. Lippincott — 1946 — USA.