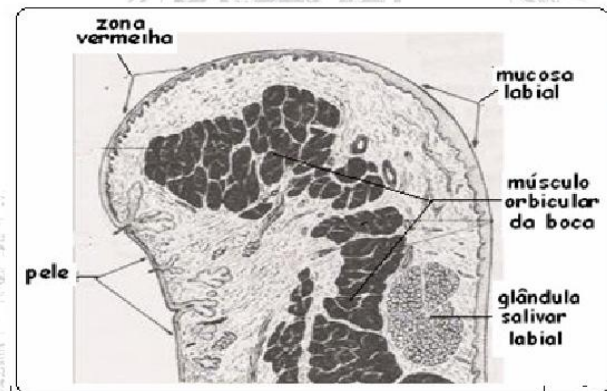
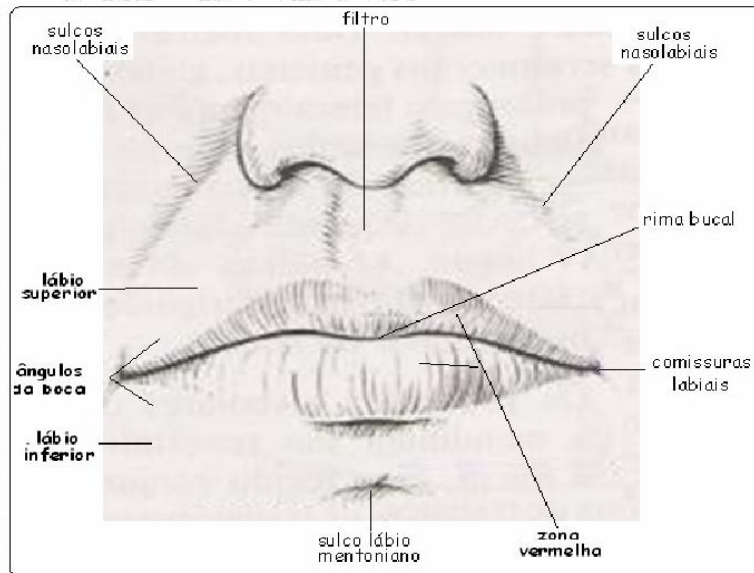
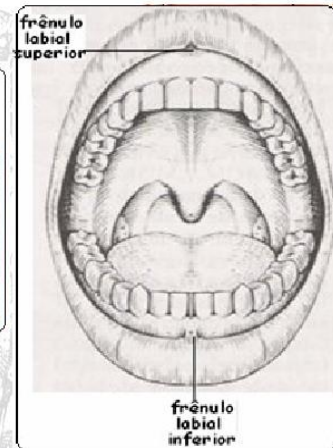
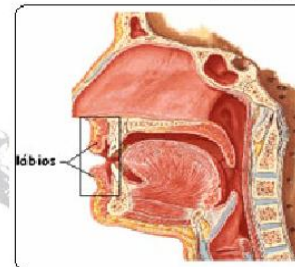
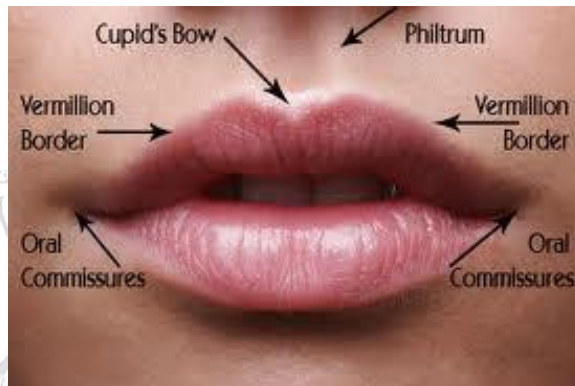


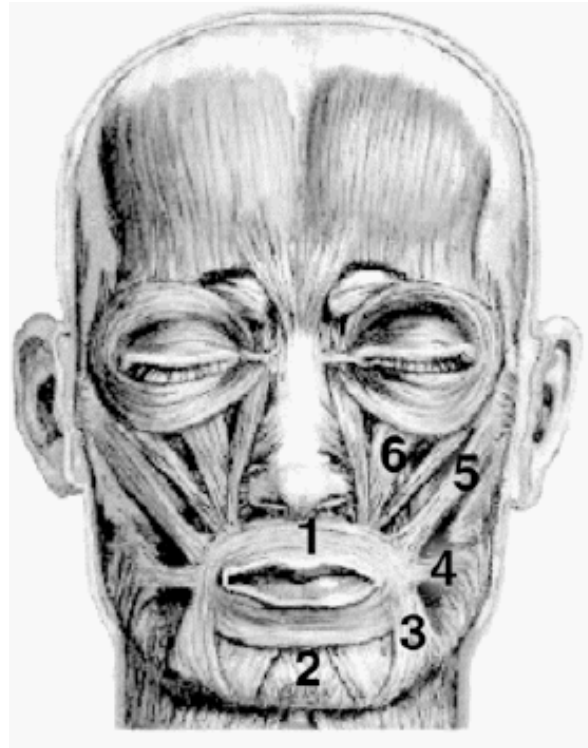


R3 – Humberto Brito

INTRODUÇÃO - ANATOMIA



INTRODUÇÃO - ANATOMIA

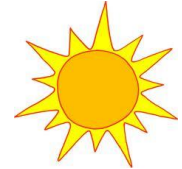


1. Músculo orbicular de la boca, 2. Músculo mentoniano, 3. Músculo depresor del ángulo bucal, 4. Músculo risorio, 5. Músculo cigomático mayor y 6. Músculo elevador del labio superior.

INTRODUÇÃO

- 15% dos tumores da cabeça/pescoço
- 25-30% dos tumores do aparelho bucal
- Lábio inferior(91-97%) > lábio superior(2-8%) > comissura(1%)
- No geral 79% são CEC
 - 2/3 são CEC bem diferenciados
- 19% são CBC
- 2% de outros tumores (p.ex.: CBE, melanoma e outros)

EPIDEMIOLOGIA

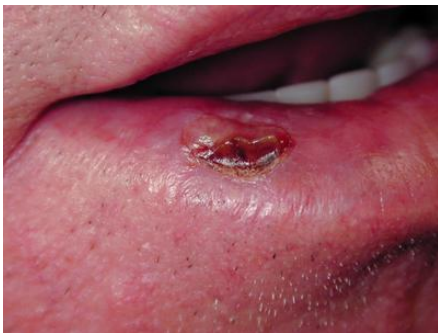


- Incidência 1,8/100.000 (EUA)
- Masculino:feminino = 5:1
- Concentram-se da 5ª a 7ª décadas
- Raro em negros (0,47% dos casos) e em crianças (exceção no xeroderma pigmentoso)
- Principais fatores de risco: radiação solar, tabagismo, etilismo e trauma local crônico
- O câncer de lábio inferior predomina no sexo masculino e no superior predomina no sexo feminino

APRESENTAÇÃO CLÍNICA



- A maioria ocorre no vermelhão dos lábios e pequena parte nas comissuras
- Maioria com crescimento exofítico, também podendo ser ulcerado, infiltrativo, úlcero-infiltrativo e verrucoso



APRESENTAÇÃO CLÍNICA

- Metástase cervical ocorre de 6-20% dos casos (principalmente do Dx ao fim do 2º ano de tratamento)
- Sempre palpar linfonodos cervicais
- Lesões na comissura tem comportamento mais agressivo já com Mx em 15-20% dos casos ao diagnóstico



Antunes & Antunes, 2004

DIAGNÓSTICO



- O diagnóstico não oferece dificuldades ao especialista, mas sempre que houver dúvida = Bx
- 60% das lesões labiais são benignas
 - O lábio pode ser sede de várias neoplasias benignas: neurofibroma, adenoma pleomórfico, papiloma escamoso, papiloma fibroepitelial, fibrohistiocitoma, blastomicose, queratose solar, granuloma piogênico, nevus intradérmico, pênfigo vulgar, hiperplasia pseudoepitelial, hamartoma, hemangioma capilar e cavernoso, mucocele, leucoplasia, queilite crônica, adenoma tubular, queratoacantoma, schwannoma, fibrolipoma e cisto epidermóide



ESTADIAMENTO

Lábio, Cavidade Oral	
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 até 4 cm
T3	> 4 cm
T4a	<i>Lábio:</i> invade cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, pele <i>Cavidade oral:</i> invade cortical óssea, músculos profundos extrínsecos da língua, seios maxilares, pele
T4b	Espaço mastigador, lâminas pterigóides, base do crânio, artéria carótida interna
N1	Homolateral, único, ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único, > 3 até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo, ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

TRATAMENTO

- Objetivos do tratamento
 - Radicalidade -> Retirada por completo do tumor primário e Mx linf.
 - Funcionalidade -> Manutenção da competência oral (fala, retenção de saliva e mastigação)
 - Estética



TRATAMENTO

- O padrão é a cirurgia na maioria dos casos
 - Margens > 1cm (recomendada confirmação por congelação intra-op. de margens livres)
- Cirurgia sem EC profilático indicado
 - Lesões até 2cm (T1) sem linfonodo suspeito (5% de chance de Mx)-> seguro só tratar o TU primário
- Mx linfonodal em
 - T₁= até 5%
 - T₂= até 50%
 - T₃ = até 70%

TRATAMENTO

- Esvaziamento cervical
 - Lesões 2-4cm (T2) apresentam maior chance de Mx linfonodal (13-50%)-> avaliar caso a caso a necessidade de EC (geralmente é feito, principalmente nas >3cm)
 - Lesões T3 e T4 sempre esvaziar
- As metástases geralmente acometem o nível I enquanto os níveis III, IV e V raramente são atingidos, o que permite realizar um esvaziamento cervical com menor extensão

TRATAMENTO

- Esvaziamento cervical
 - O esvaziamento cervical profilático menos extenso aceitável é o do nível I (Ia e Ib)- supra-híodeo
 - T2 em diante sempre com pescoço N₀
 - Caso linfonodo positivo em nível I procede-se o esvaziamento do II e III (supra-omo)
 - A congelação é útil
 - Radical modificado/seletivo
 - Somente se suspeita de outro nível acometido

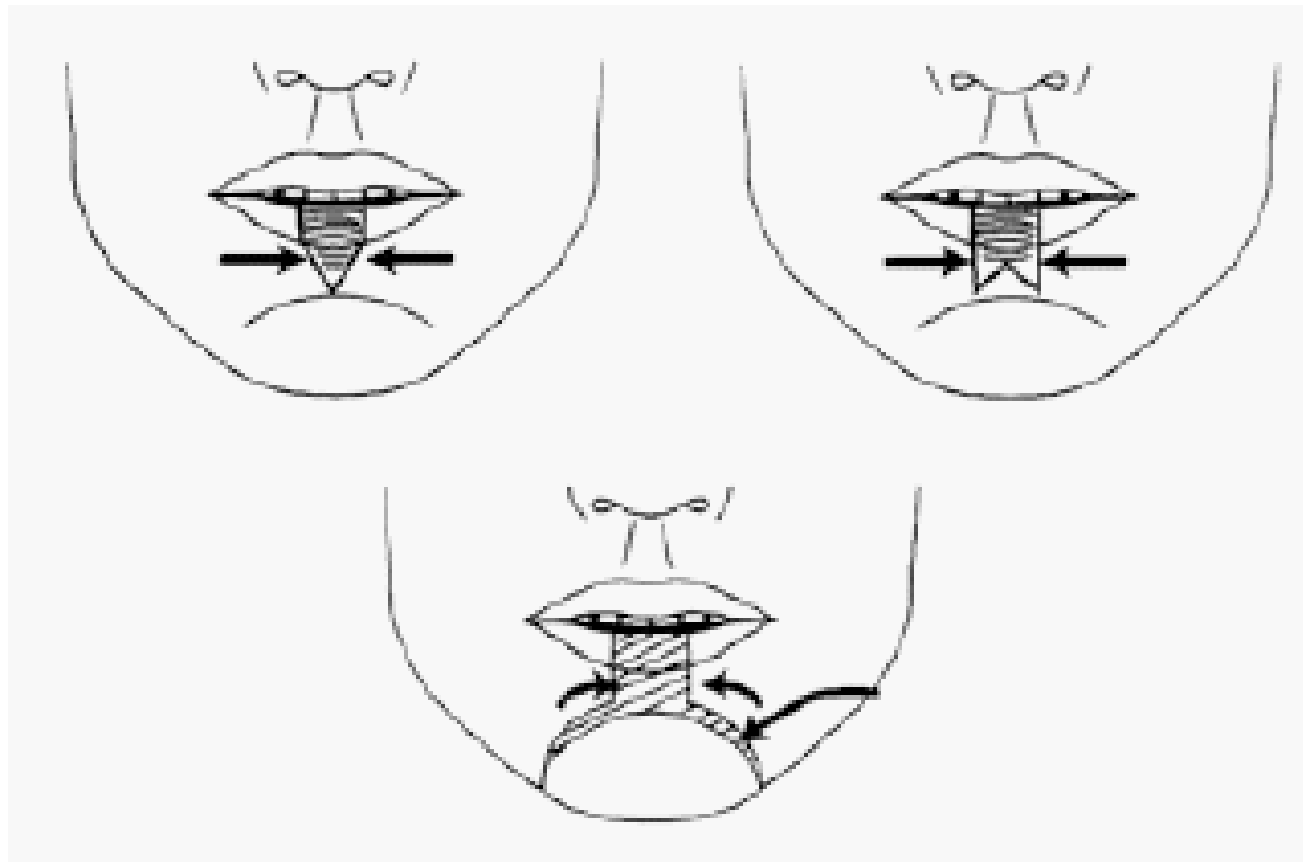
TRATAMENTO

- A RT exclusiva somente indicada em pacientes sem condições cirúrgicas (elevadas taxas de recidiva 80% X 20% na cirurgia exclusiva)
- Pode ser adjuvante a cirurgia especialmente quando
 - Margens (+) ou exíguas
 - Invasão perineural/linfática presentes
 - Lesões pouco diferenciadas
 - Lesões mais extensas/profundas
- A QT é pouco usada (somente em casos selecionados)

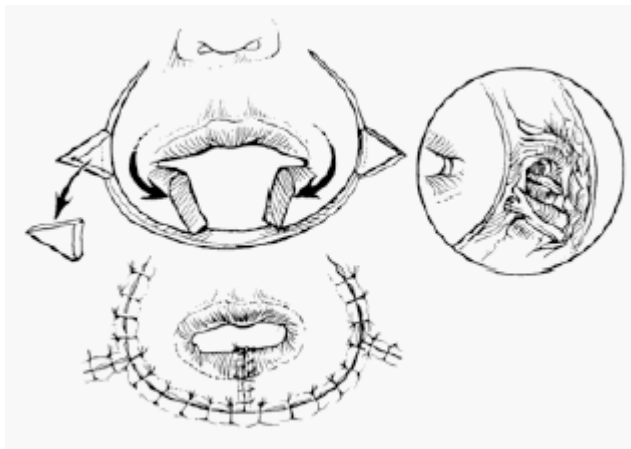
TRATAMENTO

- Lábio inferior
 - Defeitos até $\frac{1}{3}$ do lábio -> fechamento primário
 - Defeitos de $\frac{1}{3}$ a $\frac{2}{3}$ do lábio -> uso de retalhos (ex: Karapandzic, Abbé-Estlander, Goldstein, Bernard)
 - Defeitos $>\frac{2}{3}$ do lábio -> uso de retalhos (Burow, Bernard, Karapandzic, nasolabiais, a distância ou microcirúrgicos)

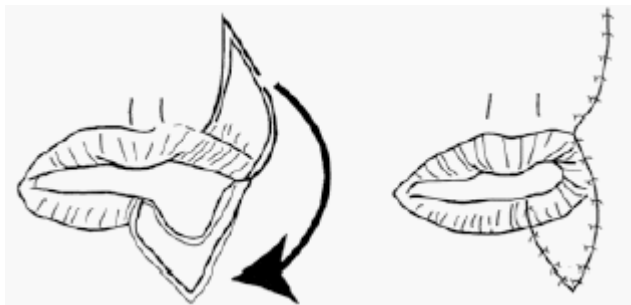
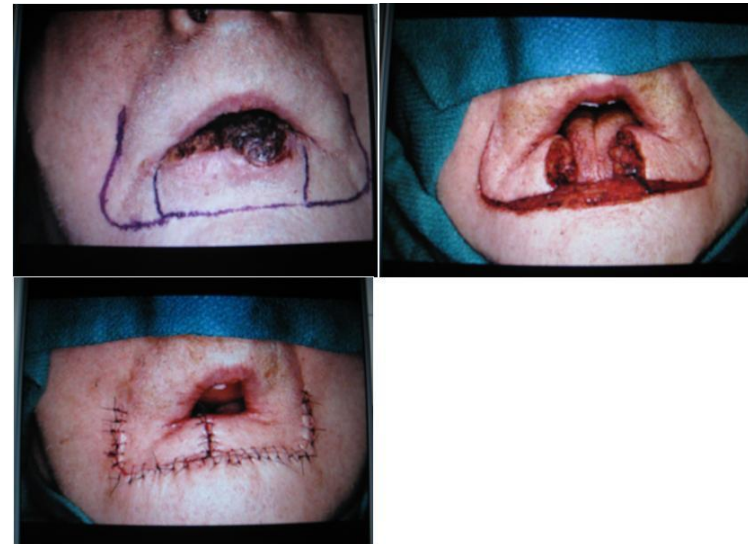
TRATAMENTO – LÁBIO INFERIOR <1/3



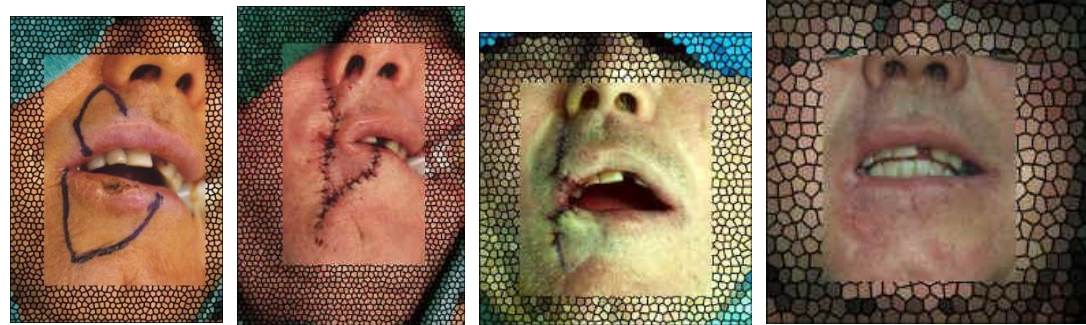
TRATAMENTO – LÁBIO INFERIOR 1/3 A 2/3



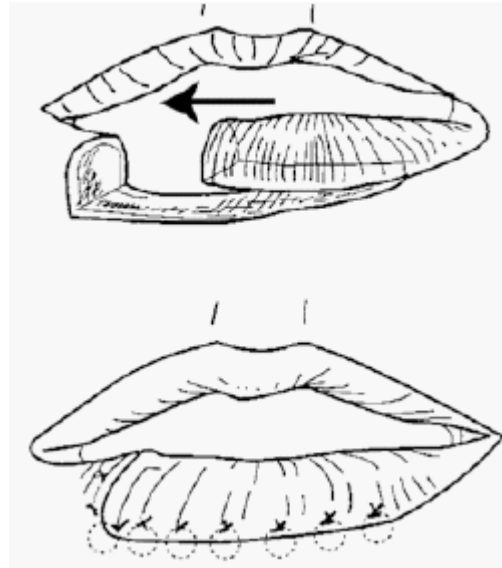
Retalho de Karapandzic



Retalho de Abbe-Estlander

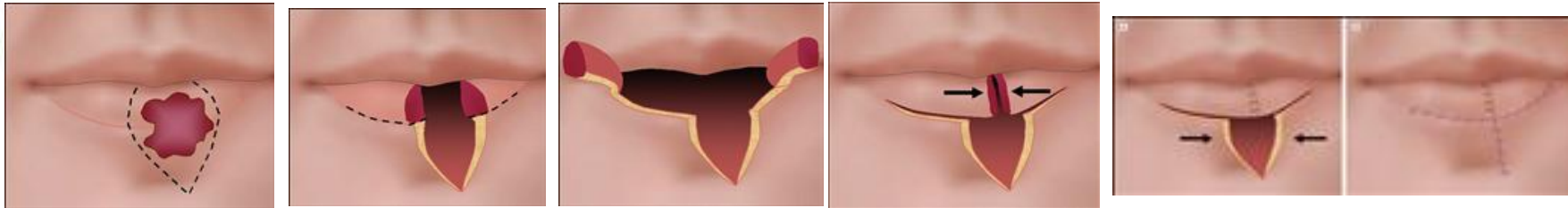


TRATAMENTO - LÁBIO INFERIOR 1/3 A 2/3



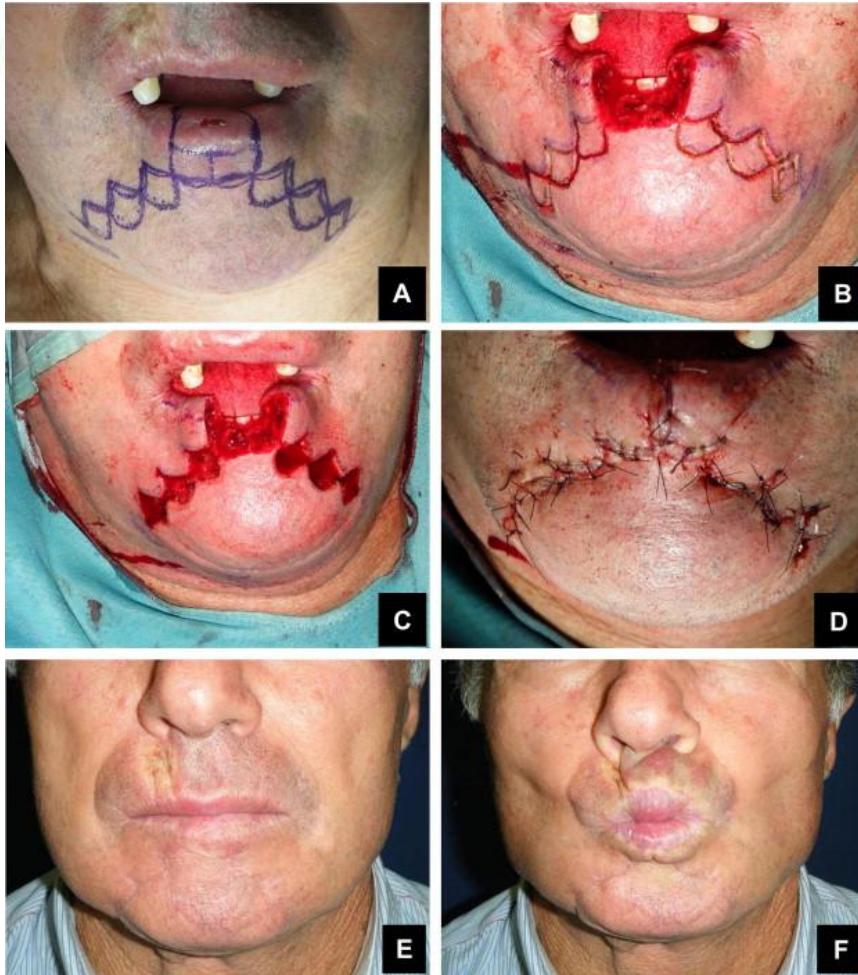
Retalho miomucoso de Goldtstein

TRATAMENTO - LÁBIO INFERIOR 1/3 A 2/3



Retalho miomucoso de Goldstein modificado

TRATAMENTO – 1/3 A 2/3 – W plastia



TRATAMENTO - LÁBIO INFERIOR $> 2/3$



Retalho de Bernard



Retalho de Bernard



TRATAMENTO - LÁBIO INFERIOR >2/3

- O primeiro retalho para reconstrução labial em defeitos extensos foi o de Bernard-Borow (1853)

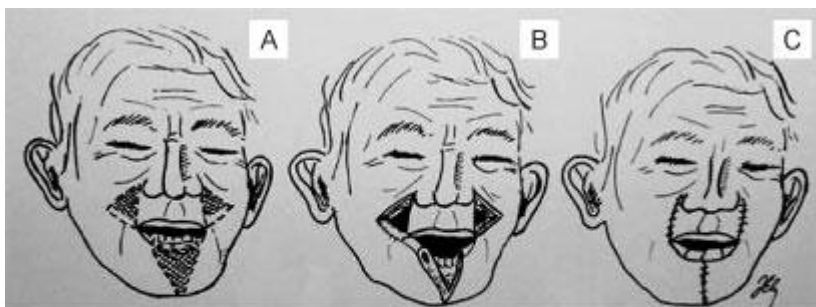


Figura 6 – Desenho esquemático da técnica de Bernard-Burow.
A: Demarcação em pontilhado da área que será ressecada; **B:** Completada a ressecção; **C:** Terminada a sutura.

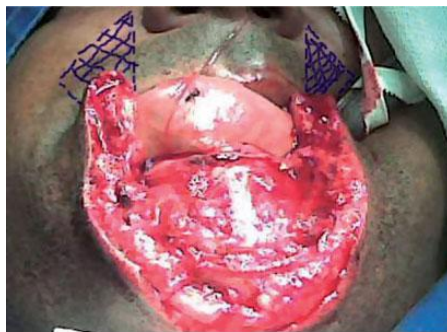
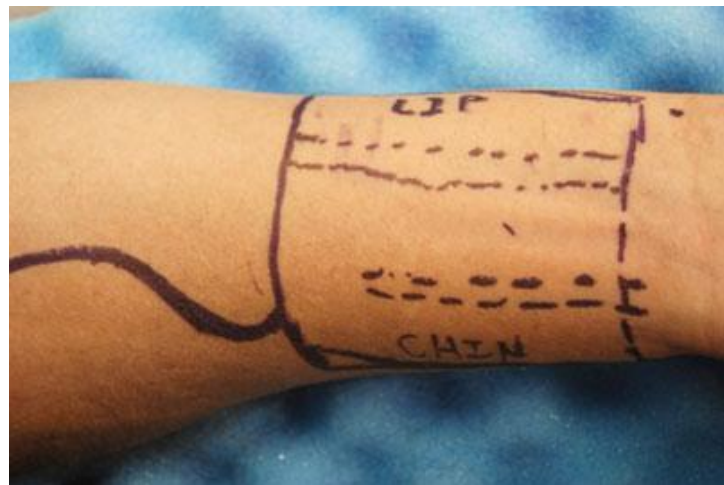


Figura 7 – Demarcação dos triângulos superiores no paciente.



Figura 8 – Resultados. **A:** Pós-operatório imediato. **B:** Pós-operatório de 4 meses.

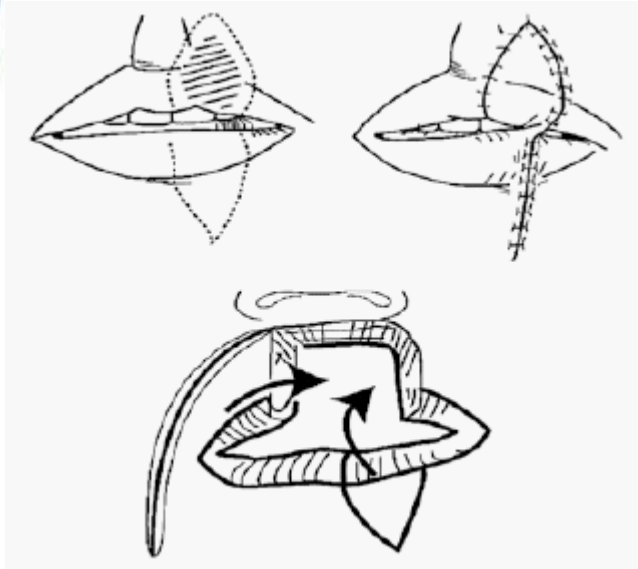
TRATAMENTO - LÁBIO INFERIOR $>2/3$



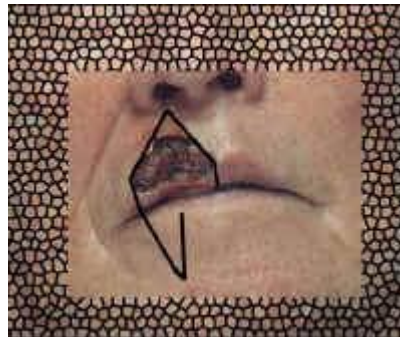
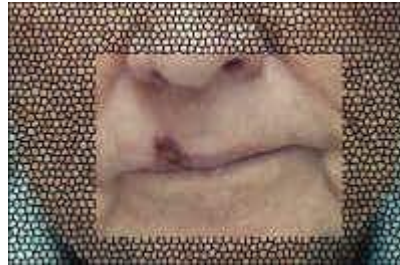
TRATAMENTO

- Lábio superior
 - Lesões até $\frac{1}{3}$ do lábio -> fechamento primário
 - $\frac{1}{3}$ a $\frac{2}{3}$ do lábio -> uso de retalhos (ex: Karapandzic, Abbe-Estlander)
 - $>\frac{2}{3}$ do lábio -> uso de retalhos (Webster, Dieffenbach, nasogeniano, frontais, a distância ou microcirúrgicos)

TRATAMENTO



Retalho de Abbe-Estlander



TRATAMENTO – OUTROS RETALHOS



PROGNÓSTICO

- Tumores de bom prognóstico
 - Sobrevida global em 5 anos de 90%
 - Local visível ao paciente e a outros levam a tto precoce
 - Incômodo para atividades diárias (comer, barbear e etc) também apressam o tratamento
- Tumores com invasão óssea: sobrevida em 5 anos <50%
- Tumores N_{2c} e N₃: sobrevida em 5 anos 33%

PROGNÓSTICO

- Fatores de pior prognóstico
 - Tumor > 3cm
 - Linfonodo (+)
 - Invasão perineural
 - Invasão óssea
 - Lesões pouco diferenciadas
 - Lesões de comissura
 - Tumores recidivados

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Antunes, A. A., Antunes, A. P. **Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos** Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(4): 295-300
- 2 - Vartanian JG, Carvalho AL, Araújo Filho MJ, Junior MH, Magrin J, Kowalski LP. **Predictive factors and distribution of lymph node metastasis in lip cancer patients and their implications on the treatment of the neck.** Oral Oncol 2004; 40(2): 223-7.
- 3 - Teichgraber JF, Larson DL. **Some oncologic considerations in the treatment of lip cancer.** Otolaryngol Head Neck Surg 1988; 98(6):589-92.
- 4 - INCA, BRASIL. **TNM Classificação dos tumores malignos** - 6ª edição 2004
- 5 - Aimar, A. et al. **Esvaziamento cervical no tratamento do carcinoma epidermóide de lábio** Rev. Bras. Otorrinolaringol. vol.70 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2004
- 6 - Cruse CW, Radocha RF. **Squamous cell carcinoma of the lip.** Plast Reconstr Surg 1987; 80(6):787-91.
- 7 - Grover R, Douglas RG, Shaw JH. **Carcinoma of the lip in Auckland, New Zealand, 1969-1987.** Head Neck 1989; 11(3):264-8.
- 8 - Sena, M. F. et al. **Avaliação dos Fatores Prognósticos Relacionados ao Câncer de Lábio: Revisão Sistemática** Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(1): 93-102
- 9- Rocha F. P. et al **Reconstrução de lábio inferior pós-mordedura equina: descrição de técnica e revisão anatômica** Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.) vol.25 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2010
- 10 - 2- Salgarelli, A. C., Magnoni, C., Bellin, P., **Wave technique for treatment of lower lip cancer** Journal of craniomaxillofacial surgery Available online 20 March 2012 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2012.02.005>)
- 11 - Ydranko Ducic, MD, FRCSC; Rhagu Athre, MD; Christopher Spencer Cochran, MD **The Split Orbicularis Myomucosal Flap for Lower Lip Reconstruction** Arch Facial Plast Surg. 2005;7(5):347-352. doi:10.1001/archfaci.7.5.347
- 12 - Sbalchiero, J. C. et al. **Reconstrução Labial: Abordagem Funcional e Estética após Ressecção Tumoral** Revista brasileira de cirurgia plástica Vol. 20 nº 1 - Jan/Fev/Mar de 2005
- 13 - Rapoport, A., Kowalski, L. P., Herter, N. T., Brandão, L. G., Walder, F. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca** Projeto diretrizes, 2001 -MS-AMB-SBCCP
- 14 - Salen, C. Z. **Reconstrucción labial: principios y técnicas** Cuadernos de Cirugía, Vol. 18 N° 1, 2004, p. 98-105