



FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
CURSO BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ELÁINE CRISTINA VELÊZ RODRIGUES

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LÁBIO INFERIOR: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

JOÃO PESSOA-PB

2023

ELÁINE CRISTINA VELÊZ RODRIGUES

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LÁBIO INFERIOR: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade Nova Esperança como parte dos
requisitos exigidos para a conclusão do curso de
Bacharelado em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Hellen Bandeira de Pontes Santos

JOÃO PESSOA-PB

2023

ELÁINE CRISTINA VELÊZ RODRIGUES

**CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LÁBIO INFERIOR: REVISÃO INTEGRATIVA
DA LITERATURA**

Relatório apresentado à Faculdade Nova Esperança como parte das exigências para a obtenção do título de Cirurgião-dentista.

João Pessoa, 06 de Junho de 2023.

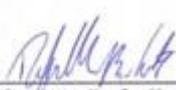
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Hellen-Bandeira de Pontes Santos
Faculdades Nova Esperança



Profa. Dra. Fernanda Mariz Suassuna
Faculdades Nova Esperança



Profa. Dra. Rafaella Bastos Leite Cavalcanti
Faculdades Nova Esperança

Este trabalho é dedicado a Deus e a minha família, que são meus alicerces, foram minhas inspirações.

*“Por isso não tema, pois estou com você;
não tenha medo, pois sou o seu Deus.
Eu o fortalecerei e o ajudarei; eu o segurarei
com a minha mão direita vitoriosa”
(Isaias 41:10)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que durante este período acadêmico me fez lembrar todos os dias, que em todas as circunstâncias, Ele sempre esteve comigo, com seu amor da forma mais pura e genuína, me abençoando, me dando forças, saúde, sabedoria, ânimo, providenciando recursos para que nada me faltasse e que este sonho pudesse passar a ser realidade.

Agradeço aos meus pais Manoel (*in memoria*) e Fátima, que foram o portal para que eu chegasse até aqui, me dando a vida. Em especial a minha mãe, por todo amor, suporte, compreensão das minhas ausências, por não duvidar do meu potencial, me incentivar a seguir em frente, me auxiliar nas dificuldades, por ter acreditado em mim quando eu mesma cheguei a desacreditar, por me encorajar e inspirar diariamente. Gratidão minha mãe.

Ao meu tio João, que sempre esteve na torcida pela minha evolução acadêmica e sempre incentivou a conclusão deste curso, quando eu mesma já não queria mais seguir, sempre me mostrando novos caminhos e possibilidades.

À minha filha, Catarina, que veio no meio deste percurso e com sua mais pura inocência compreendeu a minha ausência para esta produção, sendo fonte inesgotável de amor, carinho e dona do melhor abraço que eu poderia receber. Eu amo você.

Grata a minha querida amiga, Gilvaneide, que sempre esteve firme me incentivando para a conclusão desta caminhada, sendo meu ombro amigo, que tem me auxiliado em meus momentos de preocupações e desânimo.

À Alayde, minha amiga e também dentista, a quem muitas vezes me apresentei pronta a interromper em definitivo e ela jamais concordou com a desistência desta caminhada acadêmica, me encorajou e foi fonte inspiradora.

À minha eterna mestre, Jainara Ferreira, que esteve me incentivando desde o primeiro dia de aula, com ética, profissionalismo, amizade e respeito, e por todo o conhecimento transmitido.

À minha orientadora, Hellen Bandeira, que acreditou em mim e com muita maestria conduziu esse trabalho, de forma genuína, sempre com calma, sabedoria e sendo atenciosa. Agradeço por ter se tornado uma inspiração profissional e pessoal para mim, por todo carinho que teve comigo, me transmitindo seus conhecimentos e me dando todo apoio possível.

A todos os meus professores, que são profissionais diferenciados e inspiradores, por todo o aprendizado, em especial a minha banca Fernanda, Yuri e Rafaella, que além de terem sido professores incríveis, enriqueceram o estudo e por terem me deixado tão segura e confiante quanto para apresentação dele.

À coordenadora de curso, Fernanda Mariz, e a coordenadora de clínica escola, Mara Ilka, por serem sempre solícitas e buscarem o melhor para seus alunos e, sobretudo, por acreditarem no potencial de cada um.

A toda equipe da clínica de odontologia e da Faculdade Nova Esperança por atenderem sempre nossas demandas com toda atenção e cortesia.

Aos amigos que fiz durante o curso, por todos os momentos vividos, pela oportunidade do convívio e pela cooperação mútua, todos os aprendizados, conversas, aflições e alegrias durante estes anos.

Aos meus queridos pacientes que me deram a oportunidade de executar técnicas e me inspiraram, me fizeram perseverar e ter a certeza de que estava no caminho certo.

RESUMO

O Carcinoma de células escamosas de lábio inferior (CCELI) pode suceder da evolução de desordens potencialmente malignas, como a Queilite Actínica (QA), ou surgir como uma nova lesão, tendo como principal fator a exposição à radiação solar ultravioleta A ou B. O objetivo deste estudo foi descrever os aspectos clínicos do carcinoma em células escamosas de lábio inferior, bem como abordar a epidemiologia, etiopatogênese, aspectos histopatológicos e tratamento desta patologia, por meio de uma revisão da literatura. A busca foi realizada nas bases de dados *PubMed*, Google Acadêmico, utilizando as palavras-chave "*Lower Lip Squamous Cell Carcinoma*" e "*Lip Squamous Cell carcinoma*", no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2023. Logo, foram incluídos 9 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Assim, foi visto que o CCELI acomete, principalmente, indivíduos do sexo masculino na quarta década de vida, que possuam trabalhos com exposição excessiva ao sol. Diante disso, pode-se concluir que o CCELI se caracteriza, na maioria das vezes, como uma lesão ulcerada, crostosa, indolor com áreas eritroplásicas e leucoplásicas. Histologicamente, a maioria das lesões foram classificadas como bem diferenciada e moderadamente diferenciada e descritas com aspecto de ilhas e ninhos de células tumorais escamosas invasivas, apresentando pleomorfismo e hipercromia celular e nuclear. Ademais, sugere-se a realização de novos estudos clínicos direcionados na descrição dos aspectos clínicos do CCELI e possíveis impactos no seu prognóstico.

Palavras-chave: Carcinomas de Células Escamosas Orais. Lábio. Neoplasia oral.

ABSTRACT

Squamous cell carcinoma of the lower lip (CCELI) may result from the Evolution of potentially malignant disorders, such as actinic cheilitis (AC), or arise as a new lesion, with exposure to ultraviolet A or B solar radiation as the main factor. The objective of this study was to describe the clinical aspects of squamous cell carcinoma of the lower lip, as well as to address the epidemiology, etiopathogenesis, histopathological aspects and treatment of this pathology, through a literature review. The search was carried out in the PubMed and Google Scholar databases, using the keywords "Lower Lip Squamous Cell Carcinoma" and "Lip Squamous Cell Carcinoma", from January 2010 to January 2023. Therefore, 9 articles were included from the inclusion and exclusion criteria. Thus, it was seen that the CCELI affects mainly male individuals in the fourth decade of life, who have jobs with excessive exposure to the sun. In view of this, it can be concluded that the CCELI is characterized in the most times as an ulcerated, crusted, painless lesion with erythroplastic and leukoplasic areas. Histologically, most lesions were classified as well differentiated and moderately differentiated and described as looking like islands and nests of invasive squamous tumor cells, presenting pleomorphism and cellular hyperchroma and nuclear. In addition, it is suggested that new clinical studies be carried out aimed at describing the clinical aspects of the CCELI and possible impacts on its prognosis.

Keywords: Oral Squamous Cell Carcinomas. Lip. Oral Neoplasia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
METODOLOGIA.....	13
RESULTADOS E DISCURSÕES.....	15
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas (CCE), também denominado como Carcinoma Espinocelular Oral, Carcinoma escamocelular e Carcinoma Epidermoide, é um tumor maligno de origem epitelial, correspondendo cerca de 90,0% de todas as neoplasias orais¹. A mortalidade referente ao CCE oral é de 3,1 por 100.000 em homens e de 1,4 por 100.000 em mulheres, se desenvolvendo na quarta e quinta década de vida.^{2,3}

Com relação à etiopatogenia, o tabagismo, etilismo, exposição à radiação UVA ou UVB solar e papiloma vírus humano (HPV), são considerados como principais fatores de risco⁹. Merecendo destaque para a radiação (UV), a qual já é bem elucidada para a patogênese do CCELI.^{10,7}

O Carcinoma de células escamosas de lábio inferior (CCELI) pode suceder da evolução de desordens potencialmente malignas, como a Queilite Actínica (QA), ou surgir como uma nova lesão. Apesar de ocorrer em um local de fácil visualização, é comum acontecer um atraso na procura de tratamento, justificado muitas vezes pelo fato de a lesão ser assintomática^{6,8}.

As porcentagens de incidência e mortalidade para o CCE variam de países e região^{2,4}. As diferenças ocorrem por diversos fatores, como características socioeconômicas, fatores ambientais, hábitos, raça e educação preventiva⁵. A localização mais prevalente dos Carcinomas de células escamosas em lábio (CCEL) é o inferior, devido à sua projeção anatômica, que consequentemente torna-se mais exposto à radiação solar sem proteção, sendo este o principal fator^{6,7}.

Geralmente, o CCEL é assintomático nos primeiros meses, tendo a busca de seu diagnóstico, pelos pacientes, muitas vezes negligenciada. Devido a isto, esta lesão, em sua maioria, possui tamanho maior que 1cm de diâmetro, apresentando-se clinicamente de forma variável, desde lesões similares a QA de aspecto grave, até ulcerações endurecidas, indolores, crostosas e exsudativas^{11,12}.

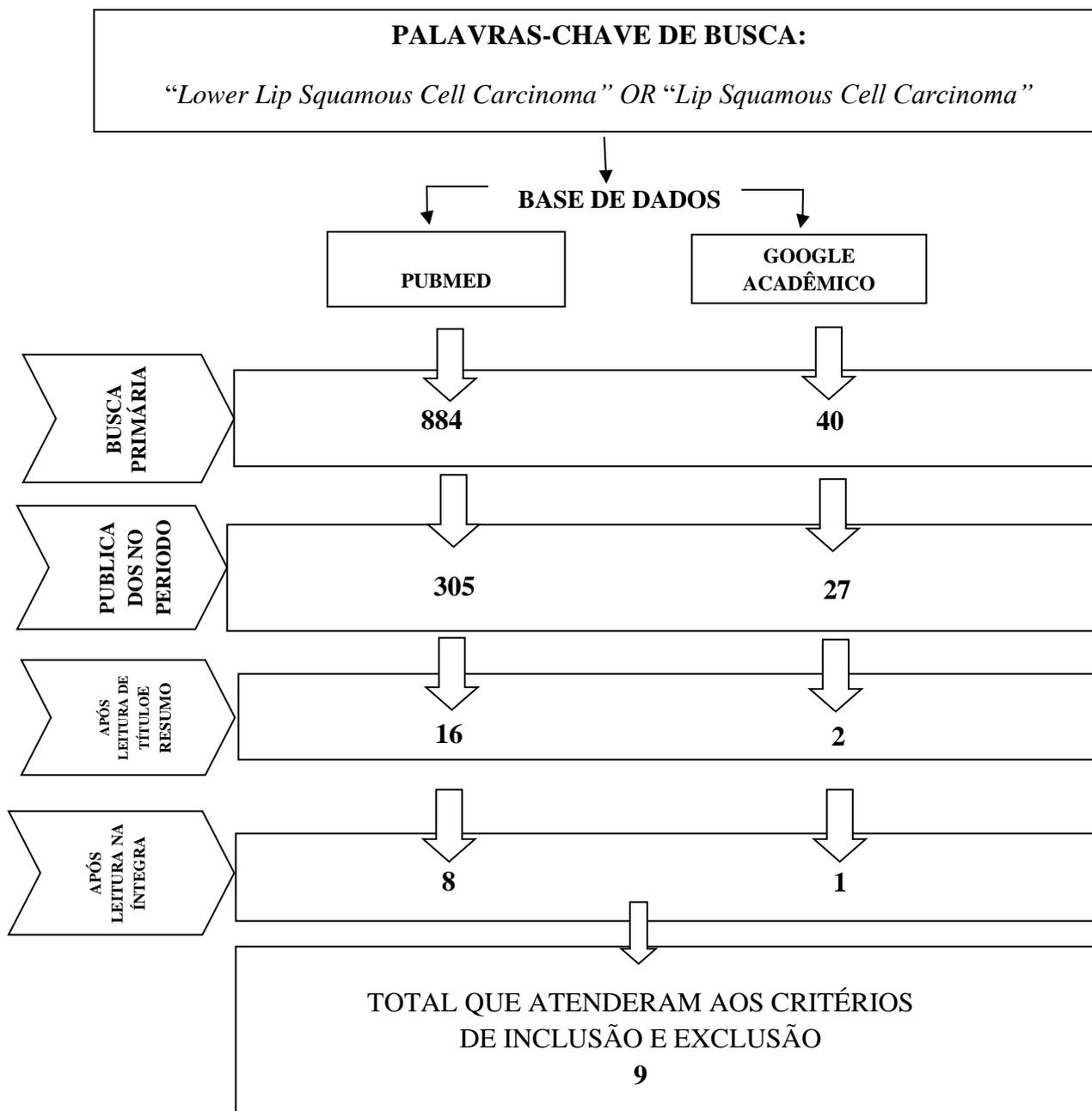
O tratamento do CCEL baseia-se no sistema TNM - tamanho do tumor (T), na ausência ou presença de metástase nos linfonodos regionais (N) e na ausência ou presença de metástase a distância (M). A depender do estágio, o tratamento pode consistir em cirurgia, radioterapia ou até mesmo ressecção cirúrgica ampla associada à radioterapia^{13,14, 15}.

Diante do exposto, ressalta-se a importância do conhecimento dessa lesão pelos cirurgiões-dentistas, a fim de realizar o diagnóstico precoce e proporcionar a melhor conduta para os pacientes. Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever os aspectos clínicos do carcinoma em células escamosas de lábio inferior, bem como abordar a epidemiologia,

etiopatogênese, aspectos histopatológicos e tratamento desta neoplasia, por meio de uma revisão da literatura.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, a busca eletrônica de publicações nas bases de dados *PubMed*, oito títulos e um no Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas foram: "*Lower Lip Squamous Cell Carcinoma*" e "*Lip Squamous Cell carcinoma*", separados pelo operador booleano "OR". Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão para a busca dos estudos: a) estudos que avaliavam os aspectos clínicos do CCELI; b) estudos que avaliavam os aspectos epidemiológicos, histopatológicos e terapêuticos do CCELI e c) divulgados no período 2010 a 2023. Como critérios de exclusão: a) artigos sobre CCE em localização intraoral; b) trabalhos de conclusão de cursos, teses e dissertações; c) relatos de caso e d) revisão de literatura. Ao final, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão para o desenvolvimento do estudo, foram excluídos os artigos que não se enquadraram nos critérios pré-estabelecidos, sendo selecionados os artigos de maior relevância sobre o tema para serem utilizados, totalizando 9 artigos (Figura 1).

FIGURA 1: Fluxograma para exemplificar a busca dos artigos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O carcinoma de células escamosa em lábio inferior (CCELI) é uma neoplasia maligna que possui etiologia multifatorial.¹⁶ Geralmente, o fator genético está diretamente relacionado ao desenvolvimento de neoplasias, contudo, para o câncer oral, este não tem sido um fator determinante de forma isolada,^{16, 17, 18} podendo ser desenvolvido por meio da ação de agentes intrínsecos (estado imunológico e fatores genéticos) e extrínsecos (tabaco, álcool, papiloma vírus humano e exposição a raios solares).¹⁸

O principal fator de risco para o CCELI é a exposição excessiva à radiação ultravioleta B (UV-B) sem proteção^{19, 20, 21}. Essa exposição excessiva provoca mutações no DNA, causando alterações de dímeros de timina entre as bases de pirimidina do DNA, sendo esta uma das alterações mais importantes ocasionadas pela UV-B^{22,23}.

Vale ressaltar que, no Brasil, o Nordeste é uma região que possui alta taxa de radiação solar quando comparada com as demais regiões do país¹⁶. Nesse contexto, Gomes et al.¹⁶ realizaram um estudo fazendo um levantamento de presença de neoplasias malignas em lábio, com foco na Região Nordeste do Brasil, em um período de 15 anos (2002-2017), através dos dados do INCA, com um grupo amostral de 1.870 indivíduos no total. Logo, notou-se que o estado do Rio Grande do Norte apresentou maior número de indivíduos com neoplasias em lábio, com 21,07% (n=394) sendo todos tratados, seguido pelo estado da Paraíba com 17,70% (n=331) e com o menor número de casos no estado do Maranhão, com 1,87% (n=35)¹⁶.

Além disso, os estudos de Gutierrez-Pascual et al.¹, Rena et al.²⁴, Salihu et al.²⁵, Lima et al.⁶, Damaceno et al.¹², Mello et al.²⁶ e Gomes et al.¹⁶ mostraram que os indivíduos acometidos pelo câncer de lábio também possuem ou possuíam alguma atividade na qual estivessem submetidos à exposição contínua da radiação UV-B, variando de 39,7% a 91,5%, com atividades como: agricultura, construção civil, lavoura e pesca. Além disso, vale ressaltar que, devido a esta alta exposição solar, o lábio inferior é o local mais acometido²⁷, assim como no estudo de Mello et al.²⁶, onde os autores relatam que 96,8% (n=120) dos casos localizavam-se no lábio inferior, pela projeção anatômica.

Nesse mesmo contexto, pôde-se notar a prevalência de carcinoma de células escamosas em lábio inferior (CCELI) no estudo de Han et al.²⁸, que teve em sua pesquisa 15.832 pacientes com presença de CCEL, entre os anos de 1973 e 2012, que estavam na sessão de listagem de casos do *Surveillance, Epidemiology, and End Results* (SEER), que é um programa de vigilância, epidemiologia e resultados que fornece informações sobre estatísticas de câncer entre a população dos Estados Unidos. Dentre estes, 81,8% (12.945) eram do sexo masculino e a maioria dos tumores localizava-se no lábio inferior externo e na mucosa do lábio inferior (77,8% e 10,2%, respectivamente).

Logo, é de extrema importância conhecer o perfil epidemiológico dos portadores de CCE, auxiliando nas campanhas de prevenção, principalmente, em populações que possuam características e

fatores para o desenvolvimento da mesma. Assim, estudos mostram que o CCEL tem maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, variando entre 69% a 81,76%^{1, 6, 12, 24, 26, 28, 29, 31, 32}.

Ainda sobre o perfil epidemiológico, Coelho, Macedo e Sulami³³ relataram que homens de pele clara, juntamente com outros fatores associados, são mais suscetíveis a desenvolver o CCEL. De acordo com isto, os estudos apresentaram que as amostras correspondiam em média de 82,75% em indivíduos de pele clara, incluindo brancos e pardos, tendo maior destaque, em porcentagem, no estudo de Damaceno et al.¹², onde todo o grupo amostral (n=18) eram brancos.

Nesse mesmo universo, Alves et al.³⁴ analisaram o perfil demográfico e clínico do CCEO, baseando-se em 20.206 amostras, da cidade de Pelotas-RS, Brasil, de 1959 a 2012. Destes, 806 tiveram diagnóstico de CCEO e suas variantes, sendo o local mais frequente o vermelhão do lábio inferior (23,3%). Ainda nesse estudo, 76,6% do grupo eram indivíduos do sexo masculino e 92,2% brancos, concordando com os estudos mencionados anteriormente nesta revisão, em relação ao sexo e etnia, simultaneamente.

Além disso, de acordo com a idade, a literatura relata que o CCEL acomete, principalmente, indivíduos acima de 40 anos de idade^{33, 35}. Logo, foi visto que a média de idade variou entre 54,3 e 71,5 anos^{1, 6, 12, 24, 26, 27, 28, 31, 32}. Também, o estudo de Rena et al.^{24, 29}, realizado com 109 pacientes com diagnóstico de CCEL, tratados de 1999 a 2008, no departamento de cirurgia oral e maxilo facial do *Xi'na Jiao Tong University stomatological hospital*, notou maior frequência entre as idades de 61 e 70 anos, equivalente a 41,3% (n=45) e, mais especificamente, o estudo de Lima et al.⁶, com amostra baseada em 184 casos de CCELI, diagnosticados de 2000 a 2010, no Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa (PB), mostrou que no sexo masculino (n=40) a idade média de diagnóstico do CCELI foi de 63,4 anos.

No relatório do levantamento dos dados de câncer de boca e lábio, realizado a partir do levantamento dos anos de 2018 e 2019⁴, os dados obtidos coincidem com os resultados apresentados nesta revisão, mostrando que as faixas etárias de 40 a 59 anos e 60 a 79 anos tiveram a maior frequência em todas as regiões e que o número de casos se apresentou maior no sexo masculino.⁴

Vale ressaltar que os CCEL, em sua maioria, são assintomáticos nos primeiros meses, podendo ser confundida com a Queilite Actínica (QA), surgindo como uma placa eritroplásica ou leucoplásica, atrófica, com presença de crostas e/ou fissuras nas áreas de descamação, podendo trazer desconfortos ao paciente apenas quando a lesão começa a ulcerar, provocando dor e sangramento na região, por vezes, pode apresentar irritação na cavidade oral que não cicatriza^{36, 37}. Em casos mais avançados, a lesão apresenta bordas endurecidas com sua base infiltrada, além de poder apresentar crescimento verrugoso exófito sangrante, frequentemente localizada nos terços laterais dos lábios, medindo cerca de 2cm de diâmetro³⁸.

Alves et al.³⁴ relataram que a lesão de lábio é mais fácil de ser diagnosticada quando comparada a lesões orais, pois tem maior facilidade de visualização, podendo ser diagnosticada de forma precoce, sendo fundamental para a sobrevivência do paciente, além de permitir a chance de um tratamento menos invasivo.³⁹

Para isso, é importante que o exame clínico seja feito de forma minuciosa, favorecendo na identificação de distúrbios potencialmente malignos, como a QA, na qual, quando não diagnosticada precocemente, tem potencial para transformação, podendo evoluir para um CCELI.^{7, 39}

Assim, Salihu et al.²⁵ observaram que 387 de 614 casos (63%) com CCELI apresentavam formação exofítica. Semelhante a isto, no estudo de Elmas, Metin e Kilitçi,²⁹ 53,84% dos casos também possuíam esse aspecto clínico (QUADRO 1).

A presença de úlcera foi descrita por Gutierrez-Pascual et al.¹ correspondendo a 64,6%. O estudo de Elmas, Metin e Kilitçi²⁹ também menciona que 23,07% dos casos tinham aparência plana, enquanto no estudo de Damaceno et al.¹², mostraram que 67% das lesões possuíam superfície irregular (Quadro 1).

Ainda, Damaceno *et al.*¹², em um estudo com 18 casos de CCELI, descreveram a consistência da lesão, sendo 44% com consistência predominantemente firme e 33% com consistência elástica. Além destas, outras características clínicas encontradas foram: a presença de fundo vermelho leitoso sem estrutura e escamas de queratina (100%); máculas eritematosas em escamas espessas de queratina (61,53%) e halo branco (7,69%)²⁹ (Quadro 1).

Além disso, o tumor pode ser descrito através do estadiamento clínico (classificação TNM), permitindo avaliar as características fundamentais do carcinoma de células escamosas, tais como: extensão do tumor primário (T); a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais (N) e a ausência ou presença de metástase a distância (M). Também, pode-se adicionar número a estes três componentes, com intuito de indicar a extensão da doença.¹⁵ Este estadiamento auxilia na determinação de tratamento mais adequado para o paciente e, dependendo do estágio que a lesão se encontre, isso implicará diretamente no prognóstico.³⁰

Nesse contexto, de acordo com as características clínicas das lesões encontradas, pode-se observar que alguns autores^{1, 12, 29} descrevem a lesão de acordo com o tamanho (cm), tendo como dimensão média variando entre 1cm a 1,6 cm, contudo, a maioria dos autores descrevem o tamanho de acordo com o sistema de estadiamento TNM (Figura 1), notando que a maioria estava nos estágios T1 (variando de 16,6% a 95,7% dos casos) e T2 (variando de 4,3% a 61,9% dos casos)^{6, 24, 27, 28, 31, 32} (Tabela 1)).

Histopatologicamente, o CCELI é caracterizado por cordões de células epiteliais escamosas malignas, originando-se no epitélio displásico, na camada epitelial superficial, com o aparecimento de células epiteliais malignas, diferenciando-se das outras células escamosas do epitélio normal e tem um comportamento invasivo em direção ao tecido conjuntivo subjacente⁴⁰. O pleomorfismo e o hiperchromatismo celular e nuclear, queratinização individual das células e pérolas de queratina são alterações celulares que podem ser encontradas nos ninhos, cordões e lençóis dessas células malignas que proliferam no tecido conjuntivo.⁴¹

Assim, foi visto que dos estudos incluídos, quatro descrevem as características histopatológicas das lesões^{1, 12, 29, 31}. Destes, Elmas, Metin e Kilitçi²⁹, Gutierrez-Pascual e et al.¹ e Ozkulet al.³¹, descreveram a lesão quanto à gradação histopatológica, classificando-as, principalmente, em bem diferenciadas (variando de 30,76% a 73,9%) ou moderadamente diferenciadas (variando de 25% a 46,15%).

Elmas, Metin e Kilitçi²⁹ e Damaceno et al.¹² foram os autores que descreveram as características histológicas mais detalhadas, como: ilhas e ninhos de células tumorais escamosas invasivas, presença de queratinização proeminente e atipia leve a moderada e mitose (poucas ou numerosas, inclusive atípicas).

Para o tratamento, é de extrema importância haver uma abordagem multidisciplinar com cirurgiões de cabeça e pescoço, oncologistas, radiologistas, cirurgiões-dentistas e fonoaudiólogos⁴². A escolha do tratamento será realizada de acordo com o estágio da lesão, podendo ser realizado a partir de cirurgia, que pode ser feita através de uma excisão local ou de uma excisão maior, dependendo do estadiamento da doença ou da extensão clínica⁴³. As outras terapias devem ser indicadas quando a lesão não é removida cirurgicamente com margem de segurança ou quando se apresenta em fase avançada no momento do diagnóstico.^{43, 44}

Assim, no estudo de Han et al.²⁸, 91,2% (n=14.327) dos pacientes foram submetidos à cirurgia, 7,7% (n=1.207) receberam radioterapia e 4,7% (n=740) receberam tratamento de modalidade dupla.

No estudo de Rena et al.²⁴, 8 de 109 dos pacientes desenvolveram metástases linfonodais. O esvaziamento cervical foi realizado nos pacientes com linfonodos clinicamente palpáveis (14/109). Para pacientes com defeitos menores que um terço do comprimento do lábio inferior (n=36) foi usada uma excisão em forma de U ou V em W. Para pacientes com defeitos entre um terço e dois terços do lábio inferior (n=56) foi realizado retalho de Abbe, retalho de Bernad, retalho de Karapandzic. Os autores relatam que diferentes técnicas cirúrgicas foram utilizadas para a reconstrução labial após exérese do tumor.

A recidiva local ocorreu em 5 pacientes (4,58%), 3 pacientes (2,75%) desenvolveram metástases cervicais, 6 (5,50%) das quais recuperadas com cirurgia e/ou radioterapia²⁴. Já no estudo de Gutierrez-pascual et al.¹, apenas 11 de 146 pacientes (7,5%) sofreram recidiva local do CCEL. Na maioria das recidivas (75%) o estágio do tumor novamente correspondeu ao estágio T1 e a repetição de cirurgia foi a conduta mais frequente (77,8%). Apenas 2 pacientes (1,46%) receberam terapia coadjuvante com radioterapia ou quimioterapia.

O prognóstico do CCEO é variável, dependendo do estadiamento clínico, localização e fatores de riscos associados ao paciente. As lesões localizadas em lábio inferior, por exemplo, apresentam um prognóstico favorável comparado aos localizados em borda lateral de língua ou palato, justificando maior facilidade de diagnóstico clínico pela posição a qual ocupa quando comparada as outras regiões de boca.⁴⁵

De acordo com Carvalho, Ramos e Pires⁴⁶, a sobrevida em 5 anos das lesões de lábio diagnosticadas em estágio inicial chega a 80%, enquanto lesões diagnosticadas tardiamente atingem 20%, sendo assim, o diagnóstico precoce, com a realização da biópsia incisiva, é essencial para aumentar a sobrevida dos pacientes com o Carcinoma de Células Escamosas e outras lesões malignas.^{46, 47}

CONCLUSÃO

O carcinoma de células escamosas de lábio acomete, principalmente, indivíduos do sexo masculino de pele clara na quarta década de vida, sobretudo os que possuem ou já possuíram atividades com exposição contínua ao sol. O aumento de volume, coloração avermelhada e ulceração crostosa foram características comuns encontradas. Histologicamente, as lesões foram classificadas, maiormente, em bem diferenciada e moderadamente diferenciada e descritas com a presença de ilhas e ninhos de células tumorais escamosas invasivas, presença de queratinização proeminente e outras. O tratamento observado em todos os estudos foi o cirúrgico e alguns estudos associaram a cirurgia com a radioterapia, variando de acordo com o tamanho da lesão. O mesmo acontece com o prognóstico, que se torna favorável quando a lesão é diagnosticada precocemente e tem maior índice de recidiva com lesões com maior extensão.

Contudo, apesar de alguns estudos descreverem algumas características semelhantes da lesão, também foram descritas características diferentes entre elas. Com isso, nota-se a importância de novos estudos clínicos direcionados à descrição dos aspectos clínicos do CCELI e possíveis impactos no seu prognóstico.

Tabela 1: Características clínicas do Carcinoma de Células Escamosas em Lábio Inferior (CCELI) apresentadas nos estudos.

AUTOR	AMOSTRA (n)	TAMANHO (média em cm e/ou estadiamento tumoral)	LOCALIZAÇÃO (%)	OUTRAS CARACTERÍSTICAS (%)
Elmas, Metin e Kilitçi ²⁹	13	Média = 1,2cm	NI	Aspecto nodular exofítica (53,84%) Aparência plana (23,07%) Ulceração (15,38%) Fundo vermelho leitoso sem estrutura e escamas de queratina (100%) Manchas de sangue em escamas espessas de queratina (61,53%) Halo branco (7,69%)
Guitierrez- pascual et al. ¹	146	Média = 1cm T1 = 91,7%	Metade do lado direito do lábio inferior (32,1%) Metade do lado esquerdo do lábio inferior (26,7%) Região central do lábio inferior (31,5%)	Úlcera (64,6%)

Han et al. ²⁸	15.832	T1=80,4% T2 = 13,8% T3 = 3,6% T4 = 2,2%	Lábio inferior externo (77,8%) Mucosa do lábio inferior (10,2%)	NI
Ozkul et al. ³¹	46	T1= 95,7% T2 = 4,3%	NI	NI
Rena et al. ²⁴	109	T1 = 35,8% T2 = 47,7% T3 = 14,7% T4 = 1,8%	Lado direito do lábio inferior (31,2%) Lado esquerdo do lábio inferior (24,8%) Ambos os lados do lábio inferior (44,0%)	NI
Salihu et al. ²⁵	614	ND	Lado direito do lábio inferior (56,9%) Lado esquerdo do lábio inferior (35,8%) Região central do lábio inferior (7,3%)	Formação exoftica (63%).

Thanh Phamet <i>al.</i> ³²	93	T1 = 60,2% T2 = 39,7%	NI	NI
Damacenoet <i>al.</i> ¹²	18	Média = 1,6cm	NI	Superfície irregular (67%) Consistência predominantemente firme (44%) Consistência elástica (33%)
LIMA et al. ⁶	58	T1 = 37,9% T2 = 44,8% T3 = 13,8% T4 = 3,5%	NI	NI

*NI= Não informado

FONTE: Autoria própria, 2023.

REFERÊNCIAS

1. Gutiérrez-pascual M et al. Squamous cell carcinoma of the lip. A retrospective study of 146 patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and venereology*, 2011; 26(9):1116-1121.
2. Bray F et al. Global câncer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(6):394-424.
3. Sharma P, Saxena S, Aggarwal P. Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in Western UP: An institutional study. *Indian Journal of Dental Research*. Índia. 2010; 21(3):316-9.
4. Instituto nacional de câncer – INCA. Intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico dos casos de câncer de lábio e cavidade oral. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br>>. Acesso: 08 de junho de 2022.
5. Ribeiro I *et al*. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo. 2015; 18(3):618-629.
6. Lima F *et al*. Estudo clínico e histopatológico de carcinomas de células escamosas de lábio inferior. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. Paraíba. 2014; 4(3):24-33.
7. Silva LT, Polignano GA, Labuto MM. Carcinoma de células escamosas em lábio inferior: Relato de caso. *Cadernos de odontologia do UNIFESO*. 2022; 4(1):57-61.
8. Warnakulasuriya S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology*. 2018; 125:582–90.
9. Sardella A, Polignano G. Incidência do carcinoma de células escamosas da cavidade oral em jovens. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO*. 2020; 1(2):4-15.
10. Lopes P, Dos Santos M. Carcinoma de células escamosas labial em paciente jovem. *Clinical & Biomedical Research*. 2012; 32(1):82-86.
11. Pilate, S. Estudo de características clínicas e histopatológicas da Queilite Actínica e carcinoma epidermoide de lábio. Dissertação de pós-graduação em Odontologia, Florianópolis, 2012.
12. Damaceno, M. *et al*. Clinical and microscopic characteristic of lip squamous cell carcinomas in an oral diagnostic service. *Rev. Estomatol. Herediana*, 2017; 27(2):74-80.

13. Crescenzi D, Laus M, Radici M, Croce A. TNM classification of the oral cavity carcinomas: some suggested modifications. *Otolaryngol Pol.* 2015; 69(4):18-27.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
15. Rivera C. Essentials of oral câncer. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015; 8(9): 11884-11894.
16. Gomes A, Leite J, Dantas J, Pires A, Santos H. Neoplasias malignas em lábio: caracterização clínica de 15 anos no nordeste brasileiro. *Rev. Saber científico, Porto Velho.* 2020; 9(2):21-29.
17. Ribeiro I *et al.* Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. *Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo* 2015; 18(3): 618-629.
18. Ramos *et al.* Leucoplasia oral: conceitos e repercussões clínicas. *Revista Brasileira de odontologia.* 2017; 74(1):52-55.
19. Alaeddini M, Etemad-Moghadamy S, Lymphangiogenesis and angiogenesis in oral cavity and lower lip squamous cell carcinoma. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 2016; 82(4):385-390.
20. Narayanan D, Saladi R, Fox J. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int. J. Dermatol.* 2010; 49(9):978-986.
21. Vasconcelos E *et al.* Carcinoma epidermoide de lábio inferior: análise da incidência e mortalidade no Brasil. *Revista Odontologica de Araçatuba.* 2019; 40(3):34-37.
22. Ozturk K *et al.* Squamous cell carcinoma of the lip: survival analysis with long-term follow-up. *Eurarchoto-rhino-laryngol.* 2015; 272(11):3545-50.
23. Becquart, O.; Guillot, B. *Carcinoma epidermoide cutâneo y sus precursores.* EMC - Dermatologia. 2020; 54(1):1–19.
24. Rena W *et al.* Surgical management of squamous cell carcinoma of the lower lip: Na experience of 109 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2014; 19(14):398-402.
25. Salihu, S *et al.* A clinical study on survival rate of patients with squamous cell carcinoma of the lower lip in Kosovo. *Journal of Cranio-maxilo-facial Surgery.* 2014; 42:1773-1777.
26. Mello F *et al.* Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. *J. Clin Exp Dent.* 2019; 11(1):62-69.

27. Borges J et al. Lower Lip squamous cell carcinoma in patients with photosensitive disorders: Analysis of cases treated at the Brazilian National Cancer Institute (INCA) from 1999 to 2012. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018; 23(1):7-12.
28. Han A et al. Epidemiology of Squamous Cell Carcinoma of the Lip in the United States. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016; 145(12):1216-1223.
29. Elmas O, Metin, M, Kilitçi A. Dermoscopic Features of Lower Lip Squamous Cell Carcinoma: A descriptive Study. *Indian Dermatol Online J*. 2019; 10(5):536-541.
30. Bramati C et al. Early diagnosis of oral squamous cell carcinoma may ensure better prognosis: A case series. *Clinical Case Reports*. 2021; 9(10):1-7.
31. Ozkul Y et al. Early stage squamous cell carcinoma of the lower lip: predictive factors for recurrence. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2016; 130:369-372.
32. Thanh pham T et al. Squamous cell carcinoma of the lip in Australian patients: definitive radiotherapy is an efficacious option to surgery in select patients. *Dermatol Surg*. 2015; 41(2):219-225.
33. Coelho H, Macedo J, Silami M. Uma análise retrospectiva de lesões malignas e desordens potencialmente malignas em sete anos. *Revista naval de odontologia*. 2019; 46(1):5-13.
34. Alves A et al. Demographic and Clinical profile of oral squamous cell carcinoma from a service-based population. *Brasilian Dental Journal*. 2017; 28(3):301-306.
35. Cintra J. Queilite actínica: estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracicaba- SP. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*. 2013; 67(2):118-121.
36. DuarteBet *al*. Características clinico-epidemiológicas de pacientes portadores de carcinoma de células escamosas de boca. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2021; 50(1):232-245.
37. Santos Tet *al*. Carcinoma de células fusiformes em lábio. Relato de caso clínico. *RESIC*. 2021; 3(1):5-8.
38. Rocha A *et al*. Carcinoma espinocelular do diagnóstico a adequação da cavidade oral: relato de caso. *BrasilianJournalof health Review*. 2019; 2(6):5464-5476.
39. Carvalho CC, Ramos HN, Pires WR. Importância da biopsia no diagnóstico precoce de carcinoma de células escamosas. *Arch Health Invest*. 2022; 11(2):348-351.
40. Silveira E. Analysis of local immunity in squamous cell carcinoma of the tongue and lowe lip. *Experimental and molecular pathology*, 2010; 88(1):171-175.
41. Patel Ket *al*. Concordance Between Clinical and Histopathologic Diagnoses of Oral Mucosal Lesions. *J Oral MaxillofacSurg*.2011;69:125-33.

42. Cruz AC *et al.* Carcinoma de células escamosas da boca: Concordância diagnóstica em exames realizados no laboratório de anatomia patológica da Universidade Federal de Alfenas. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(4):655-661.
43. Ferreira P *et al.* Carcinoma de células escamosas em lábio: análise clínico patológica. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2019; 47(2).
44. Francisco L *et al.* Carcinoma de Células Escamosas oral: Revisão de Literatura. *Revista Fluminense de Extensão Universitária*. 2021; 11(2):18-23.
45. Batista A *et al.* Distinctive clinical and microscopic features of Squamous cell carcinoma of oral cavity and lip. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2010; 109(3):74-9.
46. De Carvalho C, Ramos H, Pires W. Importância da Biópsia no Diagnóstico Precoce de Carcinoma de Células Escamosas. *Archives of health investigation*. 2022; 11(2):348-351.
47. Sarode S, Sarode G, Tupkari J. Oral potentially malignant disorders: A proposal for terminology and definition with review of literature. *J Oral Maxillo fc Pathol*, 2014; 18(1):77-80.