



Carcinoma de células escamosas labial: Características clínicas e histológicas de un caso

Labial squamous cell carcinoma: clinical and histological features of one case

Caciva RC¹, Bachmeier E¹, Giraudo P², Secchi D¹

¹ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Odontología, Departamento de Patología Bucal, Argentina

². Sanatorio Allende. Anatomía Patológica.

Abstract

The most important potentially malignant lesion of labial squamous cell carcinoma affects actinic cheilitis. It found in people whose occupational activities related to chronic sun exposure. Squamous cell carcinoma (SCC) of the lip accounts for approximately 20% of all oral carcinomas with the lower lip more involved than the upper lip. It is more common in men, reaching its peak during its sixth and seventh decade, and is more frequent in the lower lip.

KEY WORDS: actinic cheilitis, lip Carcinoma, oral diagnosis.

Resumen

la queilitis actínica es considerada la lesión potencialmente maligna más importante del carcinoma de células escamosas labial. Se encuentra comúnmente en individuos cuyas actividades ocupacionales están relacionadas con la exposición crónica al sol. El carcinoma de células escamosas (CCE) del labio representa aproximadamente 20% de todos los carcinomas orales con el labio inferior más comúnmente involucrado que el labio superior. Es más común en los hombres, alcanzando su punto máximo durante su sexta y séptima década, y es más frecuente en el labio inferior.

PALABRAS CLAVE: queilitis actínica, carcinoma de labio, diagnóstico oral.

Received 1st november 2020; Received in revised form 15 december 2019; Accepted 10 February 2020

Introducción

El cáncer oral es un problema de salud global. El carcinoma de células escamosas (CCE) es el tumor maligno más frecuente en la cavidad oral, constituye el 90% de todos los tumores orales convirtiéndose en el sexto cáncer más común en el mundo¹⁻⁴. Se ha estimado que el cáncer oral es responsable de más de medio millón de casos incidentes y más de 200,000 muertes en 2012. La incidencia del cáncer oral se espera aumente a 856,000 casos para el año 2035^{5,6}. La incidencia aumenta con la edad, alcanzando su pico en la sexta y séptima décadas y en sexo masculino. El labio inferior se ve afectado mucho más con frecuencia (80% a 95%) que el labio superior (2% a 12%) o comisura (1% a 15%)^{1,3,7-19}. El carcinoma a nivel oral es una enfermedad multifactorial cuya aparición tiene estrecha relación con hábitos de los pacientes, como son el consumo de tabaco y alcohol^{8,14,15,20-23}, otros factores de riesgo son presencia de virus (EBV, CMV, HSV, HPV), factores genéticos, inmunosupresión y estado socioeconómico^{3,9,20-24}. Por lo general se presenta en personas con piel clara que permanecen muchas horas al día expuestas a radiación UV⁸ y con historia de daño causado por el sol a temprana edad, considerándose el factor de mayor riesgo la exposición crónica al sol como ocurre en trabajos en sectores rurales o al aire libre. Esta exposición puede desarrollar queilitis actínica a nivel del labio inferior, lesión que es considerada potencialmente maligna y puede transformarse en un carcinoma epinocelular^{8,15,25-32}.

Presentación de un Caso

Paciente de sexo femenino, raza blanca, de 63 años de edad, con residencia zona rural, que acudió a la cátedra de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Se realizó la confección de la historia clínica, previa firma del consentimiento informado. La paciente fue fumadora pasiva de cigarrillos por más de 10 años, consumidora de mate muy caliente con bombilla metálica y de café, nunca consumió alcohol. Como antecedentes personales se debe destacar exposición solar por más de 30 años. Los

antecedentes patológicos referían tener hipertensión Arterial (compensada), Alergias a cambios estacionales y biopsia de piel por lesiones queratósicas (actínicas).

Al examen clínico extrabucal se puede observar pérdida de límites entre semi-mucosa y mucosa labial inferior (línea de Klein), con exposición de la misma de color rojo aspecto atrófico como el borramiento de la unión de piel y semi- mucosa con epidermización de esta (Fig 1)..



Figura 1. Lesión en semi-mucosa labial inferior.

Lesión única exofítica de aspecto tumoral, queratósica (amarillenta), de bordes nítidos, regulares, blanco leucoedematoso de base sésil, de 14 mm en sentido antero-posterior, 13 mm sentido transversal y 3 mm en altura (Fig. 2), de 15 meses de evolución, de crecimiento lento y asintomático. A la palpación su consistencia era fibrosa de bordes/base en toda su extensión y sin adenopatía. Se ordenaron análisis de sangre rutinario estando dentro de los valores normales para la realización del procedimiento quirúrgico



Figura 2. Lesión aspecto tumoral queratósica de base amplia.

La resolución del caso fue la resección quirúrgica (siendo el tratamiento más aceptado) con margen de seguridad en forma completa de la tumoración bajo anestesia local sin complicaciones (Fig 3).



Figura 3. Control post-operatorio

El análisis anatómo-patológico informó un diagnóstico de Carcinoma Epidermoide bien diferenciado invasor (márgenes laterales y profundos, libre de lesión), completamente eliminado, lo cual corroboró nuestro diagnóstico clínico (Fig 4). Se realizan controles periódicos mensuales y derivación a cirujano de cabeza y cuello para controles más exhaustivo, no se observó recurrencia/recidivancia del tumor. Se recomendó tratamiento fonoaudiológico, uso de pantallas solares labiales y de sombreros que cubran la zona labial.

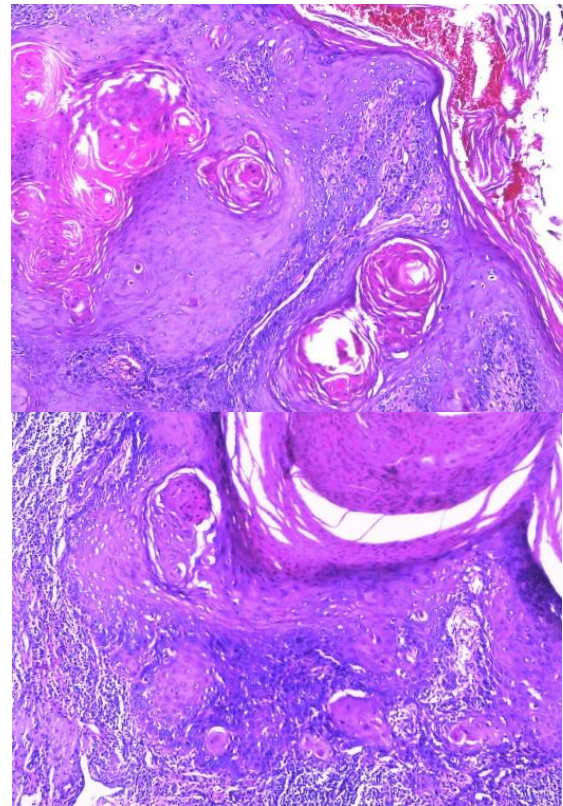


Figura 4. Mucosa oral con carcinoma escamoso bien diferenciado constituido por proliferación de células escamosas atípicas que constituyen nidos con formación de pelotas corneas e invasión tejido sub-epitelial. El estroma sub-epitelial muestra moderada desmoplasia estromal con infiltrado inflamatorio crónico peritumoral.

Discusión:

Un importante factor de riesgo para el CCE de labio es la radiación ultravioleta causando mutaciones en el ADN. El desarrollo del tumor es el resultado de intentos fallidos de reparar estas mutaciones. La exposición al sol, por lo tanto, se considera un importante factor de riesgo para el desarrollo de estas lesiones de cáncer³³. Se considera que las personas que trabajan al aire libre presentan mayores tasas de cáncer labial, por los daños acumulativos en el tiempo³⁴; es difícil registrar con exactitud esta exposición ya que se cuenta sólo con medidas indirectas como ocupación o lugares de residencia. Cabe resaltar como relevante, la importancia del caso clínico en

interrogar exhaustivamente a nuestro paciente no solo su lugar de residencia/procedencia sino también su lugar de trabajo (tiempo de exposición en años como principal factor ambiental), lo que permitió primeramente la aparición de la lesión potencialmente maligna y su posterior transformación carcinomatosa.

La prevalencia informada de carcinomas labiales es variable en la literatura, que van desde 1.27 a 5.3 por 100,000 individuos^{36,37}, y la prevalencia de Queilitis actínica que puede variar entre 4,4% y 5.1% de las lesiones orales³⁸.

El cáncer labial se puede presentar en bermellón del labio inferior, labio superior, comisura y comprometiendo comisura más labio. En nuestro caso, la ubicación de la lesión más prevalente fue el bermellón del labio inferior al igual que Gutiérrez-Pascual et al. (2011) que observó que 91,1% de los pacientes presentaban la lesión en esta zona⁽³⁵⁾. Vieira et al. (2012) por su parte indica que esta ubicación de la lesión es veinte veces más prevalente que en el labio superior. Neville et al. (2009) señala que 90% de las lesiones de carcinoma de labio se ubican en el bermellón del labio inferior; además, 70% de las personas que presentan el carcinoma trabajan al aire libre, lo que se asocia a queilitis actínica y una posible malignización de esta lesión. Según el grado de diferenciación de la lesión, nuestro paciente presentó un carcinoma labial bien diferenciado, como también lo demuestra Gutiérrez-Pascual et al. (2011) donde 75% de las lesiones de su estudio tenían esta característica histopatológica. Vieira et al. (2012) menciona que, si el diagnóstico se realiza en etapas tempranas las tasas de curación van de 80% a 90% y la mortalidad presenta 10% a 15% de ocurrencia. El tratamiento para un paciente con cáncer es variado, contando con cirugía, radiación o quimioterapia, solas o combinadas³⁹⁻⁴¹. La elección de un determinado tratamiento varía según factores asociados al tumor, como su localización, proximidad a tejido óseo, profundidad de invasión y etapa en la que se encuentre (en relación al tamaño, invasión de nódulos linfáticos y metástasis). Otras consideraciones son edad del paciente, comorbilidades que éste presente y complicaciones propias del tratamiento⁴².

El carcinoma labial es una patología de fácil diagnóstico y normalmente es visible, a diferencia

de otros cánceres de la cavidad bucal que, si bien son igualmente silenciosos, pueden no ser tan visibles. Si el carcinoma es detectado en forma temprana (como fue en nuestro caso clínico), llega a tener una sobrevida de 90% en ausencia de metástasis, por esta razón es necesario crear conciencia en la población.

Además, existe falta de cuidado por parte de la población respecto a la radiación solar y los daños que ésta puede causar. Es necesario crear programas de salud que aporten mayor información a la población y fomenten el autocuidado.

Los autores declaran que no existen conflictos potenciales de interés con respecto a la autoría y / o publicación de este artículo.

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article

Referencias

1. Düzgün S, Ünlü E, Pekdemir İ, Yilanci S, Ünlü RE. Management of Squamous Cell Carcinoma of The Lower Lip: Analysis of Five Years' Experience (78 Patients) and Review of The Literature KBB-Forum 2013; 12.
2. Jayaprakash V, Reid M, Hatton E, Merzianu M, Rigual N, Marshall J, et al. Human papillomavirus types 16 and 18 in epithelial dysplasia of oral cavity and oropharynx: a meta-analysis, 1985-2010. *Oral Oncol* 2011; 47 (11): 1048-54.
3. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol* 2009; 45 (4-5): 309-16.
4. Veness MJ, Ong C, Cakir B, Morgan G. Squamous cell carcinoma of the lip. Patterns of relapse and outcome: Reporting the Westmead Hospital experience, 1980-1997. *Australas Radiol* 2001; 45 (2): 195-9.
5. Shield KD, Ferlay J, Jemal A, Sankaranarayanan R, Chaturvedi AK, Bray F, Soerjomataram I. The global incidence of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers by subsite in 2012. *CA Cancer J Clin*. 2017; 67:51-64.
6. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, Curado MP, Ferlay J, Franceschi S, Rosenberg PS, Bray F, Gillison ML. Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers. *J Clin Oncol*. 2013; 31:4550-9.
7. Viviano M, Addamo A, Lorenzini G. Oral Cancer. *Int J Clin Dent* 2013; 6 (3): 291-311.

8. Neville B. Epithelial Pathology. En: Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J, Dolan John, Oral and Maxillofacial Pathology. St. Louis, Estados Unidos: Editorial Saunders-Elsevier, 2009. p. 409-15.
9. de Visscher JG, Schaapveld M, Otter R, Visser O, van der Waal I (1998) Epidemiology of cancer of the lip in The Netherlands. *Oral Oncol* 34:421–426
10. Zitsch RP (1993) Carcinoma of the lip. *Otolaryngol Clin North Am* 26:265–277
11. Rena W, Lia Y, Liua C et al (2014) Surgical management of squamous cell carcinoma of the lower lip: an experience of 109 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 19(4):398–402
12. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin*; 2009; 59: 27-41.
13. Kerawala C, Roques T, Jeannon JP, Bisase B. Oral cavity and lip cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J LaryngolOtol*; 2016; 130 (Suppl 2): S83–S89
14. Han AY, Kuan, Mallen-St Clair J, et al., Epidemiology of squamous cell carcinoma of the lip in the United States: a population-based cohort analysis, *JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg.* 142 (12) (2016) 1216–1223.
15. Maruccia M, Onesti MG, Parisi P, et al., Lip cancer: a 10-year retrospective epidemiological study, *Anticancer Res.* 32 (4) (2012) 1543–1546.
16. Calcaianu N, Popescu SA, Diveica D, Lascar I. Surgical attitude in premalignant lesions and malignant tumors of the lower lip. *J Med Life*, 2015, 8(1):109–111.
17. Lin YM, Sung WW, Hsieh MJ, et al. High PD-L1 expression correlates with metastasis and poor prognosis in oral squamous cell carcinoma. *PLoS One.* 2015;10(11): e0142656.
18. Oliveira ML, Wagner VP, Sant'Ana FM, et al. A 10-year analysis of the oral squamous cell carcinoma profile in patients from public health centers in Uruguay. *Braz Oral Res.* 2015;29: S1806-8324201500010027.
19. Alaeddini M, Etemad-Moghadam S. Correlation between invasion mode and the histologic risk assessment model in oral squamous cell carcinoma. *Oral Maxillofac Surg.* 2016;20(4): 353-358.
20. Radoi L, Luce D. A review of risk factors for oral cavity cancer: the importance of a standardized case definition. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41 (2): 97-109, e78-91.21. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8:11884-94.
21. Neagu M, Caruntu C, Constantin C, Boda D, Zurac S, Spandidos DA, Tsatsakis AM. Chemically induced skin carcinogenesis: updates in experimental models (Review). *Oncol Rep*, 2016, 35(5):2516–2528.
22. Boda D, Neagu M, Constantin C, Voinescu RN, Caruntu C, Zurac S, Spandidos DA, Drakoulis N, Tsoukalas D, Tsatsakis AM. HPV strain distribution in patients with genital warts in a female population sample. *Oncol Lett*, 2016, 12(3):1779–1782.
23. Galyon SW, Frodel JL. Lip and perioral defects. *Otolaryngol Clin North Am*, 2001, 34(3):647–666.
24. Vieira RA, Minicucci EM, Marques ME, Marques SA. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. *An Bras Dermatol* 2012; 87 (1): 105-14.
25. Jadotte YT, Schwartz RA. Solar cheilosis: an ominous precursor: part I. Diagnostic insights. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:173-84.
26. Savage NW, McKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J.* 2010;55:78-84.
27. Pinera-Marques K, Lorenc SV, Silva LF, Sotto MN, Carneiro PC. Actinic lesions in fishermen's lower lip: clinical, cytopathological and histopathologic analysis. *Clinics (Sao Paulo).* 2010;65:363-7.
28. Ron E. Cancer risks from medical radiation. *Health Phys.* 2003, 85(1):47–59.
29. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis.* 2009 Sep;15(6):388-99. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01563.x>.
30. Ribeiro AO, Silva LC, Martins-Filho PR. Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women. *Int J Dermatol.* 2014 Nov;53(11):1370-6. <https://doi.org/10.1111/ijd.12526>.
31. Biasoli, É. R., Valente, V. B., Mantovan, B., Collado, F. U., Neto, S. C., Sundefeld, M. L. M. M., & Bernabé, D. G. (2016). Lip cancer: a clinicopathological study and treatment outcomes in a 25-year experience. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 74(7), 1360-1367. doi: 10.1016/j.joms.2016.01.041.
32. Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. *Br J Dermatol* 2010; 162 (5): 1103-9.
33. Busick TL, Uchida T, Wagner RF. Preventing ultraviolet light lip injury: beachgoer awareness about lip cancer risk factors and lip protection behavior. *Dermatol Surg* 2005; 31 (2): 173-6.
34. Gutiérrez-Pascual M, Vicente-Martín FJ, Fernández-Álvarez JG, Martín-López R, Pinedo-Moraleda F, López-Estebarez JL. Squamous cell carcinoma of the lip. A retrospective study of 146 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26 (9): 1116-21.
35. Jadotte YT, Schwartz RA. Solar cheilosis: an ominous precursor: part I. Diagnostic insights. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:173-84.
36. Videnović G, Ilić D, Miljuš D, Krsić D, Vlahović Z, Živković S, Pavlović A. Lip, oral cavity and pharyngeal

- cancers in the population of the city of Belgrade in the period 1999-2010. *Vojnosanit Pregl.* 2016;73:53-8.
37. Gheno JN, Martins MAT, Munerato MC, Hugo FN, SANT'ANA FILHO M, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Braz Oral Res.* 2015;29:1-6.
 38. Hasson O. Squamous cell carcinoma of the lower lip. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:1259–62.
 39. Jennings L, Schmults CD. Management of high-risk cutaneous squamous cell carcinoma. *J Clin Aesthet Dermatol* 2010;3:39–48.
 40. Motley R, Kersey P, Lawrence C. Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Plast Surg* 2003;56:85–91.
 41. Prelec J, Laronde D. Treatment modalities of oral cancer. *Canadian Journal of Dental Hygiene* 2014; 48 (1): 13-9.
 42. Supreet B , Mathivanan S, Merchant MI, Patil NS. Squamous Cell Carcinoma of Lower Lip Reconstructed with Bilateral Fan Flap. *Ann Maxillofac Surg.* 2019 Jan-Jun;9(1):211-213. doi: 10.4103/ams.ams_3_16.
 43. Mello FW, Melo G, Modolo F, Rivero ER. Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil. *J Clin Exp Dent.* 2019 Jan 1;11(1):e62-e69. doi: 10.4317/jced.55133. e Collection 2019 Jan.
 44. Sena LSB, Santos HBP, Amaral MGD, Gordon-Nuñez MA, Alves PM, Nonoka CFW. Immunoeexpression of human leukocyte antigen-in actinic and lower lip squamous cell carcinoma. *Braz Oral Res.* 2019 Aug 29;33:e085. doi: 10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0085

Corresponding to /correspondencia a:

Dr. Caciva Ricardo

*Departamento de Patología Bucal, Facultad de Odontología,
Universidad Nacional de Córdoba. Haya de la Torre s/n. Pabellón
Argentina, Ciudad Universitaria. Córdoba. Argentina.
E-mail/ Correo electrónico: rccaciva@gmail.com*