

# Carcinoma del labbro

## Differenti possibilità terapeutiche

F. D'ANDREA, G. COLELLA, S. BRONGO, G. P. TARTARO\*, G. A. FERRARO, V. M. MINIERI

### Surgical treatment of carcinoma of the lip.

**Lip carcinoma is a relatively unique malignant disease because the lip is a junctional structure. The lip is bounded externally by the facial skin and it is in continuity with the buccal mucosa of the oral cavity. The lymphatic drainage of the upper and lower lips is primarily directed to the mandibular group of lymph nodes. To a lesser extent, drainage may go to submental intraparotid, or internal jugular lymph nodes. Lip carcinoma is almost exclusively a squamous cell carcinoma, the major etiologic factor being prolonged iat exposure. Treatment for lip carcinoma is usually surgical, in the form of full-thickness excision. Neck dissection is also performed when clinically palpable lymph nodes are present.**

Key words: **Lip neoplasms pathology - Lip neoplasms surgery - Carcinoma, squamous cell.**

Il labbro è una struttura giunzionale che forma una zona di transizione tra la mucosa della cavità orale e la cute del volto. Il labbro superiore e quello inferiore agiscono come una singola struttura anatomica, la cui funzione primaria è quella di regolare il passaggio di alimenti o altre sostanze dall'esterno all'interno della cavità orale<sup>1-17</sup>.

Il carcinoma del labbro è uno dei tumori maligni più comuni nella regione cervico-

facciale. La maggior parte di questi è rappresentata dal «*carcinoma a cellule squamose*» che interessa in particolare modo il labbro inferiore (88-98%) mentre per il labbro superiore si rinviene una maggiore incidenza del «*carcinoma a cellule basali*».

Nonostante l'incidenza alquanto elevata di questi tumori, la possibilità di guarigione risulta più elevata rispetto ad altri tumori interessanti il distretto cervicofacciale.

### Clinica

Il carcinoma del labbro si manifesta maggiormente nei maschi bianchi di età superiore ai 60 anni e in particolare modo in coloro la cui attività lavorativa si svolge all'aperto risultando quindi una maggiore esposizione all'azione dei raggi solari.

Altri fattori di rischio sono considerati il fumo, la cattiva igiene orale e l'alcolismo.

Fra gli agenti chimici che possono indurre

*Il Università degli Studi di Napoli  
Istituto di Chirurgia Orale e Maxillo-Facciale  
Scuola di Specializzazione  
di Chirurgia Maxillo-Facciale  
(Direttore: Prof. S. Tartaro)  
Cattedra di Chirurgia Plastica  
(Titolare: Prof. F. D'Andrea)  
\*Università degli Studi di Pisa  
Istituto di Odontoiatria  
(Direttore: Prof. M. Marcucci)*

Pervenuto il 25 luglio 1996.  
Accettato il 5 settembre 1997.

Indirizzo per la richiesta di estratti: G.P. Tartaro - Via Egiziaca a Pizzofalcone, 43 - 80128 Napoli.

una carcinogenesi (per la loro diffusione) ricordiamo, la paraffina, gli oli minerali ed il catrame.

Clinicamente si possono osservare aspetti variabili. Questi tumori nella maggior parte rimangono localizzati crescendo lentamente, ma occasionalmente possono raggiungere dimensioni notevoli. L'interessamento delle strutture adiacenti di solito è minimo dato che la crescita tumorale avviene più orizzontalmente che non nei tessuti profondi. Tuttavia esistono alcune forme particolarmente aggressive che infiltrano rapidamente oltre il labbro ed i tessuti molli adiacenti, le strutture ossee (mandibola), alcuni nervi del mento o altre zone della cavità orale. Inoltre esiste la possibilità di formazione di metastasi linfonodali (30%) che interessano maggiormente i linfonodi sottomandibolari, poi i submentali e gli intraparotidei.

Dal punto di vista morfologico queste neoplasie possono presentarsi sotto forma nodulare, infiltrante, ulcerativa e vegetante; la più pericolosa e rapidamente infiltrante è rappresentata dalla forma ulcerata.

Nella forma «*nodulare*» il carcinoma compare come un nodulo rossastro, sovente pruriginoso che va rapidamente ad accrescersi in maniera irregolare andando incontro ad erosione e sanguinamento, con formazione di croste molto aderenti. Il nodulo, circondato da un alone eritematoso, tende rapidamente ad accrescersi in maniera irregolare, assumendo una consistenza dura ed una caratteristica fissità sul piano sottocutaneo. Durante l'evoluzione della neoplasia, l'ulcerazione diventa più evidente e profonda con margini rilevati e callosi, ricoperta da croste ematiche e sieropurulente o più raramente da una formazione cornea sporgente a tipo corno cutaneo.

La forma «*ulcerativa*» tipica dei carcinomi su cicatrici (ulcera di Marjolin) è talora presente a carico del labbro o dei genitali; si presenta all'esordio come un'erosione che non manifesta alcuna tendenza alla guarigione ma piuttosto all'espansione e all'approfondimento. Il fondo è inizialmente crostoso e facilmente sanguinante per divenire in seguito necrotico e sanioso, mentre i margini sono rilevati ed infiltrati. Se la lesione viene trascurata, come accade di sovente

TABELLA I. — *Stadiazione.*

T1: tumore di 2 cm o meno
T2: tumore compreso fra 2 e 4 cm
T3: tumore di dimensioni maggiori di 4 cm
T4: tumore invadente le strutture adiacenti

nelle forme insorte su cicatrici, essa diventa irregolarmente rilevata, esofitica e papillomatosa con superficie friabile, in preda a fenomeni colliquativi sia batterici che da necrosi ischemica.

La forma «*infiltrante*» esordisce come una piccola placca lievemente rilevata, a margini sfumati, colorito normale o iperemico, superficie liscia, spesso incavata, di consistenza dura, strettamente aderente ai piani circostanti.

L'evoluzione è verso l'ulcerazione con margini eversi ed irregolari, fondo crostoso o necrotico, mentre l'infiltrazione progredisce sia in superficie che, soprattutto, in profondità.

La forma «*vegetante o papillomatosa*», tipica delle regioni orale, genitale ed anale, si presenta come una lesione rilevata ed irregolarmente lobulata (a cavolfiore); ha uno sviluppo prevalentemente esofitico ma aderisce ai piani circostanti ed in profondità. La superficie può essere erosa e facilmente sanguinante con diffusi aspetti macerativi ed infettivi, talora invece, può presentarsi ipercheratosica, spessa e resistente (*forma verrucosa*).

La malignità del carcinoma a cellule squamose è collegata, oltre che alla rapidità di sviluppo sia in superficie che in profondità, alla possibilità di diffusione metastatica soprattutto per via linfatica. I dati statistici circa l'effettiva incidenza delle metastasi sono molto variabili, a seconda delle differenti casistiche, in quanto collegati alla durata, allo sviluppo della neoplasia, alla sede, e al grado di differenziazione cellulare.

Bisogna inoltre tenere presente la frequente possibilità di un concomitante ingrossamento dei linfonodi regionali di tipo reattivo semplice (linfadenite aspecifica), conseguente a episodi infettivi e necrotici sovrapposti alla neoplasia. Sulla base dell'esame clinico sia ai fini prognostici che per un corretto inquadramento terapeutico, i carcinomi spinocel-

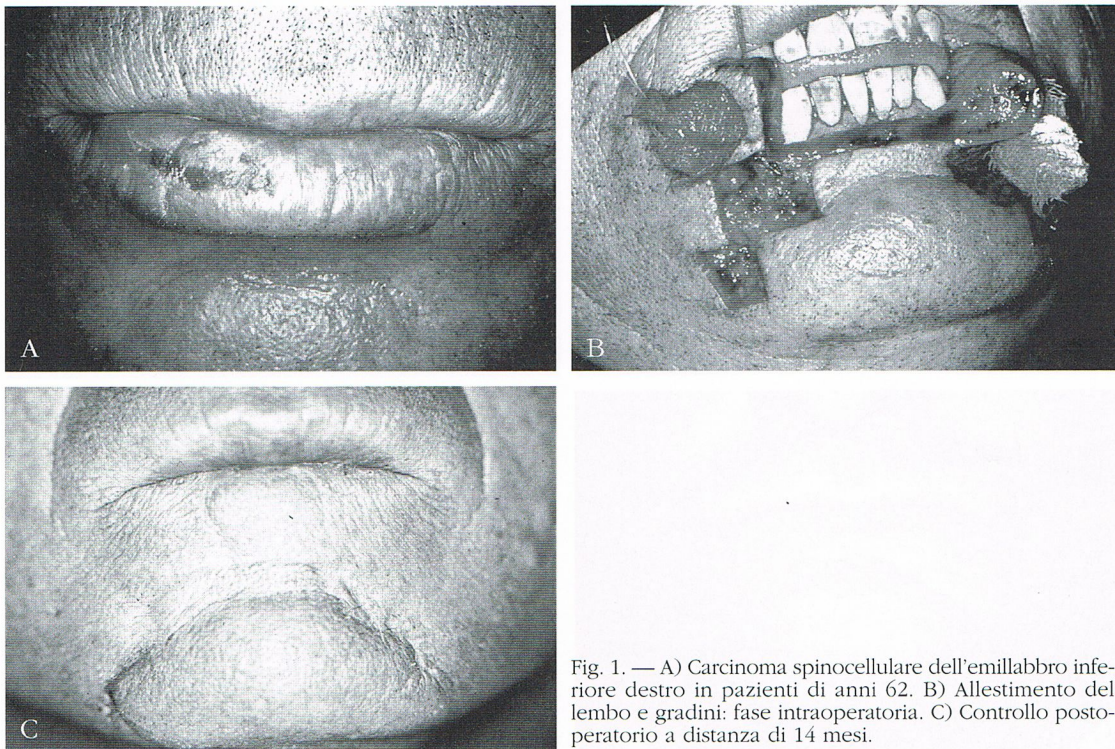


Fig. 1. — A) Carcinoma spinocellulare dell'emilabbro inferiore destro in pazienti di anni 62. B) Allestimento del lembo e gradini: fase intraoperatoria. C) Controllo postoperatorio a distanza di 14 mesi.

lulari vengono classificati in base al sistema TNM (dimensione del tumore, invasione linfonodale, metastasi), di cui però esistono diverse formulazioni in quanto riferite alle diverse sedi di insorgenza.

Per un giudizio prognostico globale devono essere considerati i dati istologici postoperatori, relativi al livello di infiltrazione, al grado di anaplasia cellulare ed alla eventuale effettiva presenza di una colonizzazione metastatica (tab. I).

#### Trattamento

Il trattamento terapeutico può essere radioterapico o chirurgico. La terapia chirurgica ha sicuramente vantaggi maggiori rispetto a quello radioterapico, alcuni dei quali possono essere così schematizzati:

- 1) Rapidità del trattamento e della riabilitazione.
- 2) Possibilità di effettuare un esame istologico per la completa valutazione della neoplasia.
- 3) Migliori risultati estetici e funzionali.

4) Assenza di complicanze dovute alla radioterapia.

Quindi si può senza dubbio affermare che il trattamento d'elezione è quello chirurgico mentre si ricorre alla radioterapia solo in quei casi in cui l'intervento stesso è controindicato.

La scelta della tecnica chirurgica dipende sia dalla localizzazione che dalle dimensioni del tumore. La procedura più appropriata per l'intervento dipende ovviamente dalla scelta del chirurgo che comunque deve rispettare alcune regole generali di chirurgia oncologica, la più importante delle quali riguarda i margini dell'escissione che devono comprendere un minimo di 8-10 mm di tessuto sano per un'asportazione completa e sicura della neoplasia. Inoltre in quei casi in cui sono interessati anche la mandibola o i linfonodi, si deve ricorrere all'asportazione di queste strutture.

Nei casi in cui risulti interessato il labbro inferiore, se le dimensioni del tessuto da asportare non eccedono 1/3 del totale, utilizziamo un'incisione a tutto spessore del

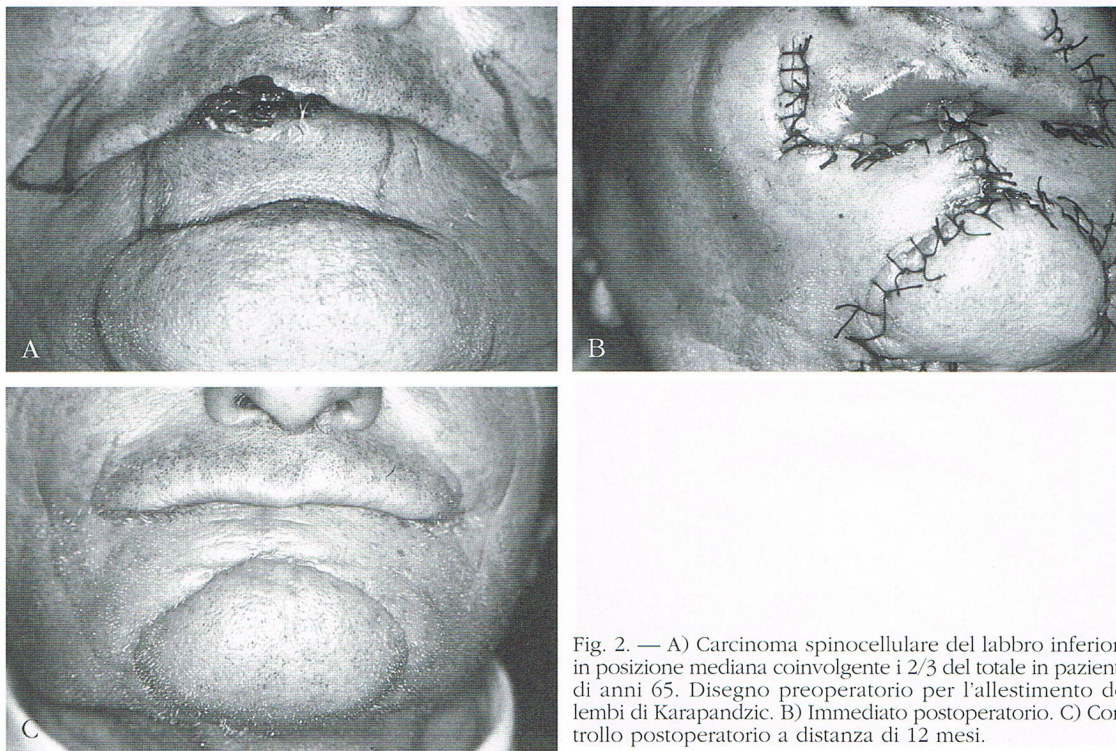


Fig. 2. — A) Carcinoma spinocellulare del labbro inferiore in posizione mediana coinvolgente i 2/3 del totale in paziente di anni 65. Disegno preoperatorio per l'allestimento dei lembi di Karapandzic. B) Immediato postoperatorio. C) Controllo postoperatorio a distanza di 12 mesi.

labbro a forma di V o W con chiusura diretta per strati della lesione.

Questa tecnica permette di ricostituire la continuità del muscolo orbicolare senza determinare una distorsione delle strutture labiali.

Se le dimensioni superano 1/3 dell'estensione del labbro inferiore per evitare una distorsione eccessiva ed eventuale incontinenza salivare è preferibile utilizzare tecniche basate sull'utilizzazione di lembi locali.

Nei difetti che interessano fino a 2/3 del totale del labbro utilizziamo la tecnica del «*lembo a gradini*» (caso 1, fig. 1).

Questa tecnica, descritta da Johanson nel 1974, richiede di solito l'impiego di anestesia locale. La ricostruzione del labbro inferiore, dopo la rimozione del carcinoma con un margine di circa 8-10 mm di tessuto sano, si effettua allestendo due lembi di avanzamento laterali praticando delle incisioni a gradino al di sotto e lateralmente alla perdita di sostanza.

Le incisioni sono effettuate a tutto spessore a livello del labbro mentre vengono circonscritte alla sola cute perifericamente. Per ogni

gradino un rettangolo di cute viene eliminato per consentire l'avanzamento del lembo.

I due lembi sono avanzati orizzontalmente a coprire il difetto residuo all'escissione e sono suturati a strati comprendenti la mucosa, il muscolo e la cute.

Se la lesione è centrale i due lembi laterali sono disegnati simmetricamente. La prima linea di incisione orizzontale del lembo è solitamente tracciata parallelamente al bordo del vermiglione ed è pari alla metà dell'ammontare del difetto.

I restanti gradini, variabili in numero da due a quattro, sono solitamente allestiti nella misura di 8 mm verticalmente e 10 mm orizzontalmente evitando di intersecare obliquamente il solco labiomentale.

Se il difetto è situato nella parte paramediane del labbro i due lembi sono allestiti di misura asimmetrica con un numero di gradini superiore nel lembo laterale.

Se invece il carcinoma è situato a livello dell'angolo della bocca il lembo allestito è unico e basato su un peduncolo mediale.

Il paziente è di solito trattato in regime

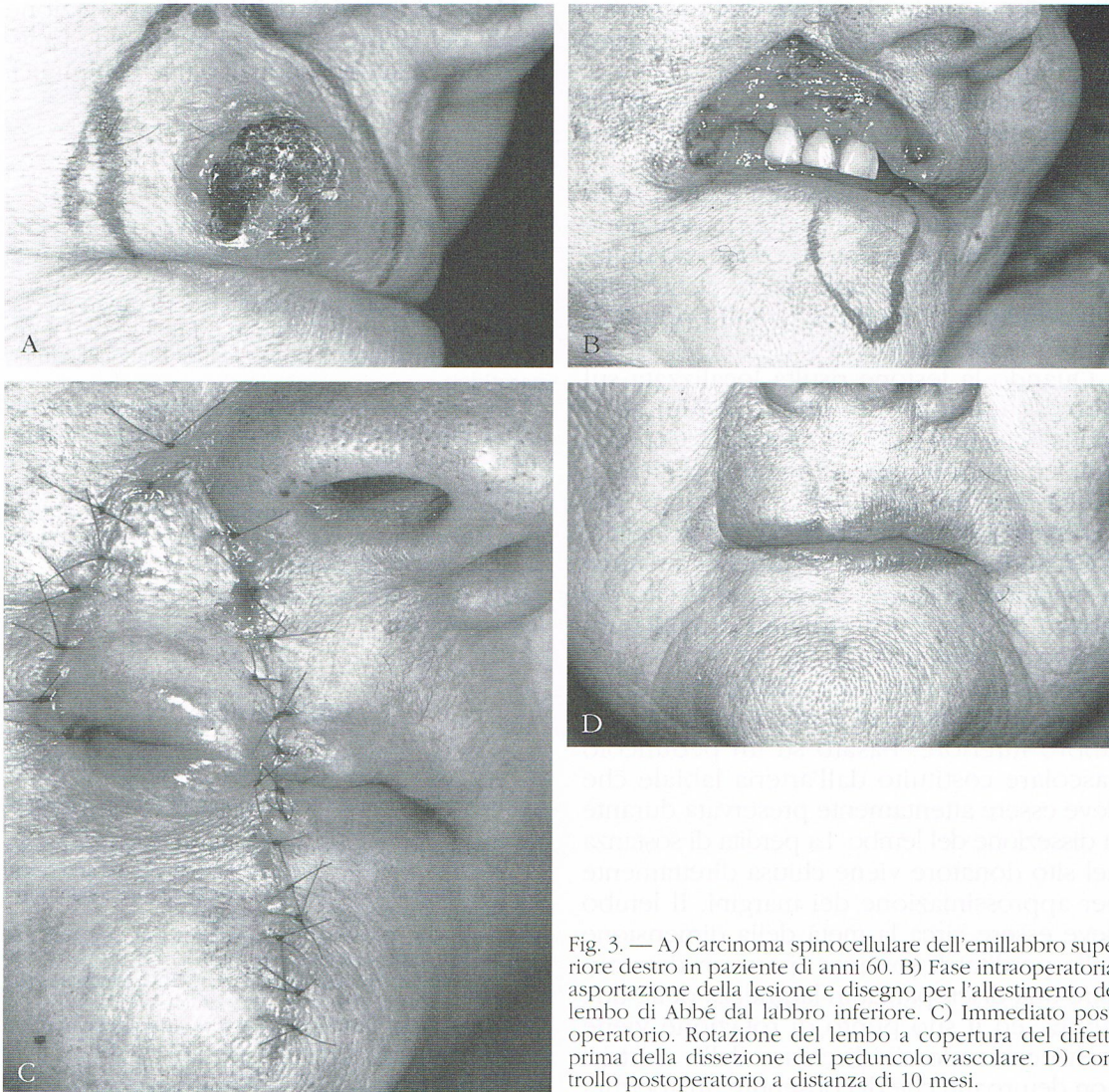


Fig. 3. — A) Carcinoma spinocellulare dell'emilabbro superiore destro in paziente di anni 60. B) Fase intraoperatoria: asportazione della lesione e disegno per l'allestimento del lembo di Abbé dal labbro inferiore. C) Immediato postoperatorio. Rotazione del lembo a copertura del difetto prima della dissezione del peduncolo vascolare. D) Controllo postoperatorio a distanza di 10 mesi.

ambulatoriale, con una medicazione leggera e prescrivendogli un'alimentazione liquida per circa due giorni ed una terapia antibiotica ed antinfiammatoria.

I risultati residui all'utilizzo di tale tecnica appaiono particolarmente soddisfacenti sia da un punto di vista funzionale, essendo possibile ricreare la continuità del muscolo orbicolare, sia da un punto di vista morfologico dato che si evitano sia alterazioni della commissura che alterazioni di carattere quantitativo evidenti a carico del vermiglione.

Quando la lesione risulta di dimensioni maggiori, tali da richiedere l'asportazione

fino a  $3/4$  del labbro: utilizziamo la tecnica di Karapandzic (caso 2, fig. 2).

Tale tecnica prevede, dopo l'asportazione totale della neoplasia con un margine di tessuto sano perilesionale, l'allestimento di due lembi labiali muscolocutanei.

Le incisioni cutanee vengono effettuate in senso orizzontale a partire dalla base del difetto e lateralmente ad esso su entrambi i lati contornando le commissure labiali e prolungandosi nel solco nasogenieno. L'ampiezza dei lembi deve risultare uguale all'altezza del difetto residuo. Il muscolo orbicolare viene sezionato longitudinalmente fino

alla mucosa orale che deve essere preservata, facendo attenzione a non danneggiare le strutture vascolari e nervose.

Tale tecnica risulta semplice da eseguire ed estremamente rapida con buoni risultati funzionali ed estetici.

In casi particolari quando il tessuto adiacente non risulta idoneo alla ricostruzione del labbro inferiore siamo costretti ad utilizzare tecniche più complesse che richiedono l'allestimento di lembi regionali oppure di lembi microchirurgici.

Quando la lesione risulta localizzata sul labbro superiore, per difetti residui all'asportazione fino a 1/3 del totale la scelta cade sulla chiusura diretta, in maniera simile a quella descritta per il labbro inferiore. Nei casi in cui il difetto risulta fino a 2/3 del totale, utilizzando la maggiore quantità di tessuto e la maggiore elasticità presente a livello del labbro inferiore, effettuiamo di solito un «*lembo di Abbe*» (caso 3, fig. 3).

Tale tecnica prevede l'allestimento di un lembo di rotazione di forma triangolare del labbro inferiore, basato su un peduncolo vascolare costituito dall'arteria labiale che deve essere attentamente preservata durante la dissezione del lembo. La perdita di sostanza nel sito donatore viene chiusa direttamente per approssimazione dei margini. Il lembo deve essere circa la metà della dimensione della perdita di sostanza, per non determinare una discrepanza in larghezza delle due labbra, ed il suo punto di rotazione viene scelto cercando sia di creare delle cicatrici non deturpanti che di consentire un'apertura buccale più ampia possibile. Sia il lembo che la zona donatrice vengono suturati a strati, mucosa, muscolo e cute, in modo da preservare la continuità anatomica e funzionale delle labbra. Il peduncolo del lembo viene diviso circa 14 giorni dopo il primo intervento ed allo stesso tempo viene effettuata una revisione con definitiva chiusura della zona donatrice.

Tale lembo risulta di prima scelta nei casi in cui il difetto del labbro superiore e di dimensioni fino ad 2/3 del totale oppure quando interessa la porzione mediana dato che con tale metodica risulta possibile ricostruire il filtro.

Nei casi in cui è richiesta l'asportazione totale del labbro superiore si prevede l'allestimento di lembi regionali o microchirurgici.

### Riassunto

Il labbro è una struttura giunzionale, compresa tra la cute del volto, la mucosa buccale fino alla cavità orale.

Il drenaggio linfatico, sia del labbro superiore che di quello inferiore, è diretto in primo luogo ai linfonodi sottomandibolari, poi a quelli submentali e intraparotidei.

Il carcinoma del labbro, nella maggior parte dei casi, è rappresentato dal carcinoma «*a cellule squamose*», il cui principale fattore etiopatogenetico è costituito da una prolungata esposizione ai raggi solari. Il trattamento è prevalentemente chirurgico, associato all'asportazione dei linfonodi eventualmente risultati positivi all'esame clinico e diagnostico.

Parole chiave: Labbro, neoplasie - Carcinoma a cellule squamose.

### Bibliografia

1. Baley BJ. Management of carcinoma of the lip. *Laryngoscope* 1977;87:250-60.
2. Balier SR, Krause CI. Carcinoma of the lip. *Laryngoscope* 1980;90:19-27.
3. Batsakis JG. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx. In: Tumors of the Head and Neck: Clinical and Pathological Considerations. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979:144-76.
4. Cruse CW, Radocha RF. Squamous cell carcinoma of the lip. *Plast Reconstr Surg* 1987;80:787-91.
5. Jorgensen K, Elbrond O, Andersen AP. Carcinoma of the lip: A series of 869 cases. *Acta Radiol* 1973;12:177-90.
6. Langdon JD, Ord RA. The surgical management of lip cancer. *J Craniomaxillofac Surg* 1987;15:281-7.
7. Lindqvist C, Teppo L. Is upper lip cancer "true" lip cancer? *J Cancer Res Clin Oncol* 1980;97:187-91.
8. Longenecker C, Ryah R. Cancer of lip in a large charity hospital. *South Med J* 1965;58:1459-60.
9. Luce EA. Carcinoma of the lower lip. *Surg Clin North Am* 1986;66:3-11.
10. MacKay EN, Sellers AH. A statistical review of carcinoma of the lip. *Can Med Assoc J* 1964;90:670-2.
11. Martin H, MacComb WS, Blady JV. Cancer of the lip. Part I. *Ann Surg* 1941;114:226-42.
12. Martin H, MacComb WS, Blady JV. Cancer of the lip. Part II. *Ann Surg* 1941;114:341-68.
13. Molnar L, Ronay P, Tapolcsanyi L. Carcinoma of the lip. *Oncology* 1974;29:101-21.
14. Rice DH, Spiro RH. General management guidelines. In: Current Concepts in Head and Neck Cancer. Atlanta: The American Cancer Society, 1989:1-15.
15. Stoddart TG. Conference on cancer of the lip. *Can Med Assoc J* 1964;90:666-70.
16. Wurman LH, Adams GL, Meyerhoff WL. Carcinoma of the lip. *Am J Surg* 1975;130:470-4.
17. Yonkers AJ, Yarrington CT. Cancer of the lip. *Laryngoscope* 1972;82:625-30.