

CÂNCER NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

ÍNDICE DE CÂNCER NAS
ESPECIALIDADES MÉDICAS

Cirurgia de Cabeça e Pescôço	425 — 446
Gastroenterologia	447 — 452 453 — 661
Sangue e Tec. Linfóides	463 — 466
Dermatologia	467 — 488
Ginecologia	489 — 503 505 — 515
Urologia	517 — 533 535 — 544
Pediatria	545 — 553

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS NEOPLASIAS DE CABEÇA E PESCOÇO

NILTON TABAJARA HERTER *
RONALDO DOS SANTOS CARNEIRO **

SINOPSE : Casuística de 262 pacientes portadores de neoplasias malignas na cabeça e pescoço. Exposição semiológica empregada para a elucidação diagnóstica dos casos suspeitos ou prováveis, com ênfase especial nos métodos clínicos de investigação. Exposição dos critérios atuais para o estadiamento clínico pelo sistema TNM, demonstrando as tendências atuais no tratamento de tumores de cabeça e pescoço, pela cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, isoladas ou associadas, e respectivas indicações. Análise das técnicas cirúrgicas mais empregadas.

A Georges Crile e Heyes Martin, criadores da cirurgia contemporânea de Cabeça e Pescoço

A Jorge Fairbanks Barbosa e Jorge Marsilac, maiores expressões nacionais na especialidade.

INTRODUÇÃO

Neste ano de 1970, a Organização Mundial de Saúde honrou aos que participam na luta contra o câncer, dedicando o Dia Mundial da Saúde à prevenção do câncer. Esperamos, com este artigo, poder contribuir com esta campanha.

O câncer se cura quando o diagnóstico é precoce. O câncer se controla quando está ainda regionalizado. O câncer nos foge ao do-

* Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS. Chefe do Grupo de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Cancerologista pela AMB/SBC.

** Doutorando da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS.

mínio quando está disseminado. Ignorância e negligência de enfermos e de profissionais são as maiores causas do retardo diagnóstico e, por isso, são responsáveis pelos baixos índices de cura em nosso meio. Esclarecimento objetivo aos profissionais e campanhas de encorajamento ao público, eis as metas do Serviço Nacional do Câncer (figs. 1, 2 e 3).

A essência do presente artigo não é a prevenção do câncer, mas o diagnóstico e o planejamento terapêutico em geral dos neoplasmas malignos de cabeça e pescoço. Pensamos que aos odontólogos e aos médicos clínicos gerais cabe a grande tarefa de fazer a profilaxia do câncer por adequada orientação aos portadores de afecções pré-neoplásicas. A nós, cancerologistas, compete a orientação diagnóstica nos pacientes rotulados de suspeitos ou de prováveis portadores de neoplasia, bem como uma definida orientação terapêutica, se fôr confirmado o diagnóstico.

Nossa experiência é baseada no estudo de 262 casos de neoplasmas malignos de cabeça e pescoço, assim distribuídos, quanto à localização da lesão primária:

Pele	52	Orofaringe	7
Lábio	45	Rinofaringe	7
Assoalho de bôca	15	Parótida	6
Linfossarcoma	14	Gl. Submandibular	4
Laringe	11	Gengiva	4
Hipofaringe	11	Pálato	3
Língua	11	Partes Moles	3
Tireóide	10	Melanoma	2
Hodgkin	8	Ca Broncogênico (?)	1
Mucosa Bucal	8	Retinoblastoma	1
Reticulossarcoma	8	Reticuloses	2
Seio Maxilar	7	Lesão Primária	
Mandíbula	7	desconhecida	15

OBS.: Nosso material exclui grande número de neoplasias que não receberam tratamento devido ao avançado estadiamento em que se encontravam e que, portanto, não foram hospitalizadas.

Nos Estados Unidos, Nealon apresenta a estatística aproximada de 25% de localizações de neoplasias na cabeça e no pescoço para o sexo masculino, excetuando os tumores do Sistema Nervoso Central; em nosso meio, devido as más condições de higiene e maior exposição a agentes cancerígenos, esta incidência é aparentemente maior. É necessário salientar a importância do diagnóstico precoce destas neoplasias, pois que, nos estágios iniciais, elas são curáveis pelos métodos habituais.

O presente artigo está dividido nas seguintes partes:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO { I) História Clínica
II) Exame Físico
III) Exames Complementares

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

BIÓPSIA

ESTADIAMENTO CLÍNICO

PATOLOGIA

TRATAMENTO { Radioterapia
Cirurgia
Quimioterapia
Métodos Combinados
Aspectos do Tratamento Cirúrgico

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

I) HISTÓRIA CLÍNICA: Os sintomas e sinais das neoplasias de cabeça e pescoço variam segundo a localização anatômica do tumor primitivo, sua extensão local, disfunções produzidas, presença ou não de metástases regionais, afecções intercorrentes, etc.

Os sintomas mais comuns e que devem ser pesquisados, são os seguintes:

a) **Dor Local:** Não é precoce e, quando surge, se deve à extensão do tumor às estruturas vizinhas. "Dor de garganta" persistente pode ser a primeira manifestação de lesões localizadas posteriormente na cavidade oral, advindas do palato, fossa amigdaliana ou base da língua.

b) **Dor Referida:** É mais importante que a dor local e localiza-se habitualmente no ouvido interno e região auricular. Pode ser originária de tumores localizados na cavidade oral, orofaringe e hipofaringe. Nas localizações citadas, a dor se refere ao ouvido por intermédio dos nervos aurículo-temporal, timpânico (Nervo de Jacobson) e auricular (Nervo de Arnold), que seguem os trajetos dos nervos lingual, glossofaríngeo e laringeu superior, respectivamente a partir dos gânglios nervosos de Gasser, petroso e jugular.

c) **Rinorréia, Epistaxe e Obstrução Nasal:** são sintomas de tumores das fossas nasais e seios paranasais. Além destes sinais, pode haver anestesia ou hipoestesia da segunda divisão do trigêmio (Waltner e Fritton), deformidade da face, dor e exoftalmia.

d) **Rouquidão:** sintoma patognomônico de comprometimento anatômico ou funcional, neoplásico ou não das cordas vocais. Quando associado a estridor respiratório, denota maior comprometimento da laringe. Rouquidão por tempo prolongado, é considerado como de origem neoplásica, até prova em contrário.

e) **Disfagia:** é sintoma tardio de tumores de oro, hipofaringe ou esôfago cervical.

f) **Hemoptise:** é uma queixa às vezes encontrada em tumores da epiglote ou outras áreas laríngeas e pode ser o único sintoma.

g) **Trismo:** é um sintoma bem avançado das lesões da fossa amigdaliana com invasão dos músculos pterigoideus.

h) **Paralisia facial:** segundo Potdar, 30% dos pacientes com tumor maligno de Parótida apresentam-se com paralisia facial, devida ao comprometimento do VII par craniano.

i) **Outros sintomas:** podem aparecer sangramentos gengivais ao serem escovados os dentes, em carcinomas alveolares. Podem ser também percebidos desajustes de próteses por alterações do contorno e afrouxamento de dentes por tumores alveolares e gengivais.

II) EXAME FÍSICO: A presença simples de tumor pode constituir-se na única manifestação do mesmo. É o que ocorre com neoplasias de lábio, de pele e com certas neoplasias de cavidade bucal.

Se a presença de um tumor é óbvia em certas regiões, o mesmo não acontece em outras áreas, chamadas silenciosas, onde um tumor pode crescer assintomaticamente, dando como primeira manifestação uma metástase ganglionar cervical.

Como regra geral, podemos dizer que **um tumor no pescoço deve ser considerado maligno até prova em contrário.**

As massas cervicais, mais comumente, se devem a aumentos de linfonódios desta região. Estes aumentos podem ser divididos em malignos e benignos:

MALIGNOS: São nódulos firmes, em geral duros e se devem a metástases malignas de carcinomas ou linfomas.

BENIGNOS: São aumentos, em geral inflamatórios que se devem à tuberculose, amigdalite, abscessos dentários, blastomicose, etc. Os linfonódios são pequenos, macios e dolorosos. São os mais encontrados.

Uma vez palpados nódulos cervicais, o médico é obrigado a iniciar uma busca cuidadosa à causa primária dos mesmos. Afastados os problemas inflamatórios, deverá ele voltar sua atenção às doenças neoplásicas e procurá-las afanosamente.

Geralmente, o tumor primitivo encontra-se próximo aos nódulos maiores, v.g., aumento de gânglios craniais da cadeia linfática jugular profunda muitas vezes deve-se a tumores de nasofaringe ou fossa amigdaliana. Aumento submandibular: tumor de língua ou de assoalho de boca; aumento dos gânglios júbulo-carotídeos: tumor de laringe, hipofaringe, esôfago cervical e tireóide. Naturalmente, como tudo em medicina, esta regra não é fixa, existindo muitas exceções. Uma delas é o aumento ganglionar supra-clavicular, o qual pode ser devido a um tumor primário de pulmão, estômago, mama, etc.

Após uma procura exaustiva, não tendo sido encontrado o tumor primário, faz-se a hipótese diagnóstica de **linfoma**, a qual deverá então ser confirmada por biópsia.

Casos há em que, feita a biópsia, o diagnóstico anátomo-patológico é carcinoma metastático. Reavalia-se então o paciente e, algumas vezes, mesmo após esta reavaliação cuidadosa, não se encontra o tumor primário. Isto acontece, segundo Freund, em 8 e 9% das metástases cervicais.

Em 35 casos, de tumor de origem desconhecida, coletados por Greenberg em 1966, o tumor primário evidenciou-se em 5 casos em exames feitos após ter sido iniciada a radioterapia para as metástases; 11 foram descobertos na autópsia (metade dos casos no pulmão); 7 casos não foram localizados à autópsia (curados com a terapêutica para as metástases?) e 12 casos estavam vivos no momento em que o autor escreveu o artigo ou não tinham sido autopsiados, permanecendo ignorada a localização primária.

Para tumores malignos do pescoço, excetuando-se os linfossarcomas e leucemias linfáticas, Slaughter apresenta o seguinte estudo de 555 casos:

1 — TUMORES MALIGNOS PRIMÁRIOS DO PESCOÇO: 142

- a) Carcinoma de Glândulas Salivares: 32
- b) Carcinoma de Tireóide: 68
- c) Carcinoma de Paratireóide: 1
- d) Hodgkin: 41

2 — TUMORES MALIGNOS METASTÁTICOS: 413

- a) Por tumores primários supra-claviculares: 328
- b) Por tumores primários abaixo da clavícula: 85

Para a identificação do tumor primário e correta avaliação das possíveis metástases cervicais, procede-se da seguinte maneira:

A) Inspeção estática externa: Observação de deformidades cervicais ou faciais, presença de lesões de pele, etc.

B) Inspeção dinâmica: Tumores de tireóide movimentam-se com a deglutição; tumores de glândula parótida podem comprometer o VII par craniano, dando paralisia facial; compressões do gânglio estrelado podem determinar anisocoria, etc.

C) Palpação: Após a palpação das estruturas anatómicas e pontos de referência habituais, palpa-se o tumor primário quando este determina deformidade anatómica. São pesquisadas suas dimensões, sensibilidade, consistência, mobilidade, sintopia e relações com estruturas móveis da vizinhança (mandíbula e laringe).

Após isso, procede-se à palpação dos linfonódios cervicais (submentonianos, submandibulares, cadeia jugular profunda, cadeia do nervo espinhal, cadeia da artéria cervical transversa e linfonódios justaglandulares), habitualmente com o examinador às costas do paciente, ordenando-lhe que flexione a cabeça no sentido dos gânglios que estão sendo palpados.

D) Inspeções endoscópicas: Devem ser feitas sempre com excelente iluminação, tendo o paciente retirado tôdas as próteses de que é portador.

- 1) **Oroscopia:** É feita com o auxílio de abaixador de língua e afastador de bochecha e é complementada com a palpação digital de estruturas intra-bucais, pesquisando-se ulcerações, endurecimentos ou alterações de epitélio (leucoplasias, etc.).
- 2) **Otoscopia.**
- 3) **Rinoscopia anterior.**
- 4) **Faringoscopia:** Inspeção de orofaringe, palato mole, fossas amigdalíneas e parede da faringe.
- 5) **Laringoscopia indireta:** Observação das cordas vocais, vestíbulo laríngeo e seios piriformes.
- 6) **Rinoscopia posterior:** Inspeção do rinofaringe.
- 7) **Laringoscopia direta:** Habitualmente é feita sob anestesia geral e com biópsia concomitante nos tumores de laringe ou hipofaringe.

III) EXAMES COMPLEMENTARES: De acôrdo com as necessidades clínicas, serão solicitados os seguintes exames:

- 1) **Hemograma:** Nos processos infecciosos.
- 2) **VSG:** Nos processos infecciosos e acompanhamento terapêutico.
- 3) **Calcemia:** Na avaliação da função das paratireóides.
- 4) **PBI:** Na avaliação da função da tireóide.
- 5) **Metabolismo Basal:** Na avaliação da função da tireóide.
- 6) **Radiologia óssea:** A procura de invasões ou de metástases.
- 7) **Radiologia de pescoço:** A procura de calcificações em linfônodos tuberculosos.
- 8) **Tomografias de cavidades.**
- 9) **Fistulografias.**
- 10) **Mantoux.**
- 11) **Exames bacteriológicos e micológicos de secreções e exsudatos.**
- 12) **Outros exames para a detecção de metástases à distância.**

DIAGNÓSTICO POSITIVO: É feito pela constatação, muitas vezes óbvia, da presença de um tumor maligno em regiões de fácil acesso ao exame clínico, ou pela pesquisa exaustiva do mesmo após o encontro de um gânglio linfático cervical provavelmente ou certamente metastático.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Ainda que os tumores localizados na boca e na faringe possam, em alguns casos, confundir-se com afecções não neoplásicas dessas regiões, v.g. Blastomicose, Tuberculose, Lues e outras, os maiores problemas de diagnóstico diferencial surgem durante a constatação de uma massa cervical. A maioria dos autores, entre os quais Braasch, apresenta a seguinte classificação:

A) Tumores na linha média: Os mais comuns são os dependentes do tecido tireoidiano, entre os quais estão: tireóide infra-lingual, lobo piramidal hipertrofiado, tumor de istmo de tireóide e cisto tireoglossos, todos eles ligados à laringe — por isso o engolir os movimentam.

Outros tumores de linha média são o nódulo délfico, que é um linfonólio pré-laríngeo e o cisto dermóide, cuja localização habitual é a região submentoniana.

B) Tumores laterais solitários: São os cistos branquiogênicos, tumores de corpo carotídeo, tumores malignos metastáticos, adenoma da tireóide, lipomas, neurofibromas, cisto dermóide lateral, neoplasia ou inflamação de glândula submandibular, linfoma localizado.

Os cistos branquiogênicos apresentam-se normalmente sob o es-

ternocleidomastoídeo, à altura da bifurcação da carótida. Infectam-se com frequência e, quando inadvertidamente drenados, transformam-se em fístulas branquiais. Ocorrem mais na adolescência.

O tumor de corpo carotídeo tem a mesma localização, mas é sólido, menos freqüente e só o conseguimos movimentar no sentido ântero-posterior.

Na eventualidade de tumor maligno de vias aerodigestivas altas, geralmente há mais de um nódulo envolvido, mas ocasionalmente pode ser só um.

Alguns adenomas de tireóide de localização lateral não se movimentam com a deglutição por estarem ligados à glândula apenas por uma pequena porção.

Os aumentos de volume da glândula submandibular são diagnosticados com a palpação bimanual do assoalho da boca, podendo também ser percebida a presença de cálculos com a realização desta manobra.

C) Tumores laterais múltiplos: Carcinomas metastáticos, linfomas, adenites não específicas, escrofulose e higroma cístico são as causas principais.

As adenites não-específicas melhoram com o tratamento clínico. A escrofulose pode ser suspeitada pela presença de calcificações nos linfonódios afetados e reatividade forte à tuberculina. O higroma cístico dá em jovens, atrás do esternocleidomastoídeo, sendo de consistência macia e podendo dar sintomas por compressão de estruturas vizinhas.

Os carcinomas metastáticos são os que mais se encontram nos pacientes de mais de 40 anos, apresentando-se como nódulos duros, móveis e indolores, até o momento em que, surgindo infiltração da cápsula ganglionar, os linfonódios podem fundir-se e apresentarem-se sensíveis e fixos a estruturas vizinhas.

Os linfomas apresentam as mesmas características acima, mas habitualmente os gânglios são macios.

BIÓPSIA:

Os diagnósticos são sempre confirmados por biópsias, antes do início do tratamento. Podem ser usadas biópsias antes da cirurgia definitiva ou biópsias de congelação na hora da cirurgia definitiva. A biópsia deverá ser feita na lesão primária e não no linfonódio metastático, tendo-se o cuidado de não biopsiar áreas de inflamação. O material retirado deve conter o tecido suspeito e tecido normal de vizinhança e, nas lesões submucosas, ser suficientemente profundo para não falsear os resultados.

Quando não se acha a lesão primária, deve-se suspeitar de tumor nas áreas silenciosas e procurá-los exaustivamente. As áreas silenciosas são principalmente: base da língua, fossa piriforme, esôfago cervical e nasofaringe. Faz-se exame mais acurado dessas áreas e às vezes até biópsias cegas. Um método não muito difundido em nosso meio é o uso de esfregaços corados pelo método de Papanicolau, que auxiliariam bastante no diagnóstico desses tumores.

As biópsias dos linfonódios só devem ser feitas na suspeita de linfoma, tendo-se o cuidado de biopsiar de tal maneira que a incisão da biópsia fique incluída na peça cirúrgica, se fôr feita cirurgia posteriormente.

ESTADIAMENTO CLÍNICO:

Tôdas as lesões do grupo carcinoma devem ser estadiadas. Isso deve ser feito no primeiro exame clínico do paciente e não deve ser mudado depois. A aparência da lesão no primeiro exame é a base da determinação do melhor método de tratamento e, desta maneira, constitui a base para determinar o prognóstico.

Os resultados finais podem ser mais corretamente avaliados se as lesões foram divididas em estágios, e o melhor plano de tratamento escolhido para o paciente individualmente. Preconiza-se atualmente a classificação de tumores malignos pelo sistema TNM, conforme recomenda a UICC (União Internacional Contra o Câncer), através da Comissão de Oncologia Clínica.

Neste sistema, T denota a lesão primária e sua extensão; N o estado dos linfonódios regionais e M as metástases à distância.

Embora hajam variações específicas para cada região anatômica, pode-se estabelecer o seguinte critério para os tumores das mucosas de revestimento:

T — TUMOR PRIMITIVO

T₀ : Sem evidência de tumor primitivo.

T₁S: Carcinoma pré-invasor.

T₁ : Tumor com 2 cm ou menos no maior diâmetro, superficial ou exofítico.

T₂ : Tumor com 2 cm ou menos no maior diâmetro, com pequena infiltração em profundidade.

T₃ : Tumor com mais de 2 cm no maior diâmetro ou tumor com infiltração profunda, independente do seu tamanho.

T₄ : Tumor que compromete o osso ou estende-se a mais de uma região vizinha.

N — LINFONÓDIOS REGIONAIS

- N_0 : Sem linfonódios palpáveis.
 N_1 : Linfonódios homolaterais ao tumor, móveis.
 N_2 : Linfonódios contra-laterais ou bilaterais móveis.
 N_3 : Linfonódios fixos.

M — METÁSTASES A DISTÂNCIA

- M_0 : Não há evidências de metástases à distância.
 M_1 : Presença de metástases à distância.

Por exemplo $T_2N_2M_0$ significaria: tumor primário com menos de 2 cm de diâmetro, havendo pequena infiltração, linfonódios homolaterais móveis presentes e ausência de metástases à distância.

Para os tumores cutâneos, T_2 compreende tumores com mais de 2 cm e menos de 5 cm em seu maior diâmetro ou com pequena infiltração da derme, independente do tamanho; T_3 seria o tumor com mais de 5 cm ou com infiltração profunda da derme, independente do tamanho. Para os demais símbolos empregam-se os critérios já descritos.

PATOLOGIA:

Exceto para as neoplasias glandulares em que predominam os adeno-carcinomas ou outros tipos histológicos de tumores, observa-se uma total predominância dos carcinomas epidermóides mais ou menos diferenciados nos tumores de epitélio de revestimento. Ocasionalmente, surge algum adeno-carcinoma de glândulas submucosas. Linfoepiteliomas são comuns no rinofaringe. Carcinomas epidérmicos e basocelulares são os mais comuns na pele.

Com exceção dos carcinomas basocelulares e dos carcinomas epidermóides de lábio inferior, todos os outros apresentam elevada frequência de metástases ganglionares regionais. Metástases à distância são presentes em 20 a 25%, segundo a maioria dos autores, apesar de Gowen e Gyuta terem encontrado metástases em 57% dos casos, em autópsias feitas em seu serviço.

TRATAMENTO:

O tratamento dos tumores malignos de cabeça e pescoço é feito com as mesmas armas disponíveis para as neoplasias de outras localizações, constituindo a cirurgia e a radioterapia, os métodos clássicos

e a quimioterapia antineoplásica um método coadjuvante. Atualmente, os tumores de cabeça e pescoço podem ser classificados em três grupos. Para o um, a terapêutica pelas radiações é o tratamento de escolha, enquanto a cirurgia tem mostrado maior sobrevida no segundo grupo. Para o terceiro grupo, nem radiações nem cirurgia têm provado superioridade, sendo este grupo tratado por métodos combinados ou por quimioterapia.

Indicações do tratamento eletivo pelas radiações

- 1) Linfomas de todos os tipos
- 2) Linfoepitelioma
- 3) Carcinoma de células transicionais
- 4) Plasmocitoma
- 5) Tumores dentro do estadiamento T_1 , T_2 , T_3 , N_0M_0 localizados em áreas de difícil acesso cirúrgico. Por exemplo: carcinoma de rinofaringe
- 6) Tumor adstrito unicamente à corda vocal
- 7) Recorrência de lesão após tratamento cirúrgico adequado.

Contra-indicações ao tratamento pela radioterapia

- 1) Tumores de alto grau de rádio-resistência. Por exemplo: sarcomas em geral, excetuados os da linhagem linfo-reticular.
- 2) Tumores que invadem estruturas ósseas.
- 3) Tumores cutâneos em pacientes com xeroderma pigmentoso.
- 4) Pacientes com comprovada tendência a radiodermites.
- 5) Pacientes em mau estado geral, principalmente quando alcoólatras.
- 6) Pacientes com leucoplasia ou ceratose coexistindo com o carcinoma.
- 7) Pacientes com carcinoma recorrente ou não, em local de prévia e intensa radiação.

Indicações eletivas de tratamento cirúrgico

- 1) Nas contra-indicações da radioterapia.
- 2) Nas recidivas de carcinomas tratados por radioterapia.
- 3) Presença de linfonódios cervicais clinicamente metastáticos.
- 4) Tumores glandulares em geral.
- 5) Tumores de tamanho pequeno ou moderado (T_1 ou T_2): podem ser tratados convenientemente pela cirurgia mediante técnicas de biópsia excisional ampla. Tais tumores também podem ser tratados com técnicas adequadas de irradiação. Ex.: introdução de agulhas de radium nos tumores de língua.
- 6) Tumores avançados (T_3 e T_4): nestes casos, preferimos associar com radioterapia pré-operatória (figs. 4, 5 e 6).

Contra-indicações da cirurgia

- 1) Indicações eletivas de radioterapia.
- 2) Fixação profunda do tumor ou de suas metástases a estruturas não ressecáveis.
- 3) Presença de metástases à distância.
- 4) Negativa do doente de se submeter à cirurgia.

Indicações do emprego exclusivo ou predominante da quimioterapia

- 1) Linfomas no estágio clínico disseminado (Mostarda Nitrogenada, Ciclofosfamida, Vinblastina, Corticóides, Metil-hidrazida).
- 2) Xeroderma Pigmentoso (quimioterapia tópica com 5-FU).
- 3) Ceratose Senil (quimioterapia tópica com 5-FU).
- 4) Certas recorrências marginais de carcinomas baso-celulares pós-radioterapia (quimioterapia tópica com 5-FU).

Indicações de métodos combinados

a) **Cirurgia com radioterapia pós-operatória:** Indicada na impossibilidade de remoção cirúrgica total de um tumor, devendo a radioterapia ser iniciada imediatamente após a cicatrização das suturas.

b) **Radioterapia pré-operatória:** De acordo com Paulson e outros, o propósito da irradiação pré-operatória é alterar a história natural da doença de tal maneira que a lesão se torne mais localizada. Consegue-se este objetivo inibindo a disseminação por destruição das células tumorais periféricas, esclerose dos linfáticos e do leito vascular e diminuição da capacidade de células dispersas sobreviverem após a operação. É mais usada em tumores avançados (T_3 e T_4). Admite duas modalidades:

1) **Radioterapia convencional pré-operatória:** Realizada com doses de 4000 a 5000 Rads em 4 a 6 semanas, devendo a cirurgia ser realizada entre o 28.º e o 42.º dia após o término da radioterapia. Não deve ser feita antes desse período em virtude de ainda não estar concluído o efeito das irradiações, havendo muito processo inflamatório e intensa hiperemia. Após a 6.ª semana, intensa fibrose domina a área irradiada, acarretando graves sequelas pós-operatórias, principalmente necrose de tecidos.

A prevenção de metástases pode ser feita, segundo Henschke e cols., mediante o efeito de 2000 Rads de dose tecidual nos tecidos subcutâneos do pescoço: 400 Rads / 5 dias, seguidos de cirurgia.

2) **Radioterapia pré-operatória de pequena dose:** Recentes trabalhos de MacGravan, Ogura e Powers e de Henschke e cols. e o de

Strong em 1969, procuram demonstrar a eficiência do emprêgo de uma pequena dose de radioterapia — 1500 a 3000 Rads divididas em 4 ou 5 tratamentos iguais, feitos em 4 a 5 dias sucessivos — na tentativa de prevenir a recorrência dos tumores tratados por cirurgia feita poucos dias após a radioterapia. Particularmente, temos dado preferência a êste método, que apresenta as seguintes vantagens:

- Rapidez
- Somação de duas armas clássicas de tratamento
- Diminuição da recorrência dos tumores
- Ausência de complicações pós-operatórias atribuíveis à irradiação.

c) **Radioterapia somada à Cirurgia:** Em determinados casos, pode-se tratar a lesão primária com radioterapia e as metástases ganglionares com cirurgia. Isto é particularmente válido para determinadas localizações primárias em que o tumor é pequeno e a cirurgia implica em grande mutilação.

Se, no curso de uma radioterapia para a lesão primária sem metástases ($T_{1,2,3}$ — N_0 — M_0), surge um gânglio cervical clinicamente metastático, podem ser dados aos gânglios, para impedir seu crescimento, 400 Rads a cada 10 dias de tratamento. A dissecação cervical é realizada 4 a 6 semanas após ter sido completado o tratamento da lesão primária.

d) **Quimioterapia combinada com outros métodos:** Visando melhorar os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico ou radioterápico de neoplasias que comumente apresentam comprometimento linfático regional ou possibilidade de disseminação hematogênica, tem-se usado de maneira crescente agentes quimioterápicos em combinação com a extirpação cirúrgica ou com a radioterapia. Êstes têm sido usados para irrigações locais do campo operatório com o fito de controlar a implantação local. Usa-se também sob a forma sistêmica para controlar a disseminação linfática ou hematogênica ao tempo ou após a operação. Finalmente, pode ser usado no pré-operatório, tentando tornar a doença mais localizada.

Os quimioterápicos agem pela destruição ou interferência com a síntese do ácido nucléico e pelo bloqueio do metabolismo de células neoplásicas. Infelizmente, alguns efeitos colaterais sobre as células normais, particularmente as do tecido hematopoiético, limitam a efetividade dêstes agentes e frequentemente são causas de aumento de morbidade e mortalidade.

As combinações de quimioterápicos com outros métodos de tratamento por nós usados são os seguintes:

1) **Quimioterapia pré-operatória:** É usada com a finalidade de tentar localizar os tumores em vias de disseminação, sendo usados aqui principalmente a Mostarda Nitrogenada, Tio Thepa, Methotrexate e 5-FU, por infusão sistêmica ou perfusão arterial.

Para exemplificar, citamos abaixo um dos métodos usados por alguns autores e que têm dado resultados apreciáveis:

Introduz-se um catéter de polivinil na artéria carótida externa, no vaso próprio da parte afetada pelo tumor ou, via retrógrada, pela artéria temporal superficial. Methotrexate é então perfundido por intermédio de uma bomba de infusão na área do tumor por 24 h por dia, durante 12 dias, na dose de 25 mg / 24 h. Ao mesmo tempo, se dá uma ampola de fator Citrovorum (Leucovorin) IM de 6/6 h. Quatro semanas depois de completada a quimioterapia, faz-se a cirurgia ou a radioterapia indicada para o paciente.

Método semelhante tem sido usado em nosso meio, com bons resultados empregando-se, no entretanto o Methotrexate por via intravenosa, em infusão contínua.

2) Quimioterapia associada à radioterapia: Tem indicação apenas nas formas avançadas de tumores sem indicação cirúrgica. Segundo o excelente trabalho de Ansfield e col., a indicação preferencial deve ser para os tumores com o seguinte estadiamento: T_2N_0 ou N_1M_0 . Estes autores empregaram o 5-FU associado à radioterapia, obtendo uma sobrevida de 5 anos de 36,1%, comparada com a sobrevida de 15% obtida com o uso da radioterapia apenas.

Outros autores como Kligerman e cols. e Southard e cols., têm empregado com aparente sucesso, o Methotrexate associado à radioterapia (fig. 10).

ASPECTOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

1) Neoplasias cutâneas:

a) Tumores pequenos (T_1 e T_2): Exérese do tumor com adequada margem de segurança lateral e em profundidade (aproximadamente 1 cm). Na certeza de uma exérese total, faz-se a plástica reparadora por fechamento simples ou por rotação de retalho de vizinhança. Nos tumores localizados na região nasal, pode-se reparar com enxerto de pele retirado da parte posterior da orelha.

b) Tumores maiores (T_3 e T_4): Após exérese ampla, e tendo-se em vista uma possível recorrência local, é mais prudente não cobrir a área cruenta com rotação de retalhos de vizinhança. Nesta situação, preferimos empregar enxertos de pele parcial, imediatamente ou após haver tecido de granulação (fig. 11).

2) Neoplasias malignas de lábio:

a) Tumores pequenos (T_1 e T_2): Exérese em "V" com reparação por:

- Simples aproximação das margens opostas.
- Técnica de Bürow, que usa triângulos de descarga de Bernard ao nível do sulco naso-labial.
- Técnica de Estlander-Abbé, ou seja, rotação de porção do lábio são.

b) Tumores maiores (T_3 e T_4): Após exérese ampla, incluindo às vezes ressecção parcial de mandíbula, empregamos, para a reparação, rotações de retalhos de vizinhança, habitualmente associados à técnica de Von Bruns-Szymanowski (retalho naso-labial).

No caso de ressecção do mento e da mandíbula, podemos usar um retalho frontal bipediculado "em viseira".

Não indicamos o esvaziamento cervical de rotina para tumores cutâneos e de lábio porque a incidência de metástases é baixa para essas localizações (aproximadamente 10%). Só o fazemos após constatação clínica de linfonódios cervicais suspeitos.

3) Neoplasias malignas de boca:

a) T_1 : Indicamos apenas exérese ampla do tumor.

b) T_2 e T_3 : Operação "Pull-through" — esvaziamento cervical e ressecção do tumor primário, em monobloco, com conservação da mandíbula. Exemplo: Hemiglossectomia com esvaziamento cervical para tratamento de um $T_2N_1M_0$ de bordo lateral de língua (fig. 7).

c) T_3 e T_4 : Operação "Comando": Monobloco compreendendo esvaziamento cervical, exérese da lesão primária e ressecção parcial da mandíbula. Nestes casos, sempre indicamos a radioterapia pré-operatória de pequena dose (figs. 8 e 9).

4) Neoplasias malignas de rinofaringe: Radioterapia na lesão primária e esvaziamento cervical para as metástases.

5) Neoplasias malignas de orofaringe: Radioterapia ou cirurgia para a lesão primária e esvaziamento cervical para as metástases no pescoço. O tratamento deve ser, em nosso entender, radiocirúrgico, sendo empregada radioterapia pré-operatória de pequena dose.

A reparação pode ser feita com o emprêgo de um retalho frontal tipo MacGregor ou, conforme preconiza Dargent, mediante um retalho músculo-aponeurótico (retirado do músculo cuticular do pescoço), coberto por um enxerto de pele parcial.

6) **Neoplasias malignas de hipofaringe:** Laringo-faringectomia parcial com reconstituição de faringe em um só tempo, como preconiza Conlay ou em mais de um tempo, mediante o emprêgo de tubos pediculados tóraco-acromiais.

7) **Indicações dos esvaziamentos cervicais:**

- **Esvaziamento eletivo:** É indicado em todos os casos que apresentem linfonódios cervicais clinicamente metastáticos.
- **Esvaziamento de princípio:** É o esvaziamento cervical na ausência de linfonódios palpáveis. É indicado nos tumores que têm alto índice de metastatização (mais de 50% de linfonódios histologicamente positivos). Exemplo: tumor de faringe, assoalho de boca, língua e laringe.
- **Esvaziamento oportuno:** É feita quando a técnica cirúrgica de remoção do tumor primário proporciona uma exposição operatória do pescoço. Exemplo: cirurgia de tumor da tireóide, da amígdala, etc.
- **Esvaziamentos bilaterais:** Indicados em definida evidência clínica de presença bilateral de metástases nos linfonódios cervicais.
- **Pequeno esvaziamento (esvaziamento supra-hioideu):** Tem poucas indicações. Uma delas seria nos tumores medianos de lábio inferior cujo tamanho fizesse pressupor o comprometimento dos linfonódios regionais.
- **Esvaziamento cervical funcional:** Conserva o músculo esternocleidomastoídeo. É muito empregado pela escola argentina. Não temos experiência com este tipo de cirurgia.

8) **Contra-indicações ao esvaziamento cervical:**

- Impossibilidade de contrôlo da lesão primária.
- Presença de metástases à distância.
- Massa ganglionar fixa a estruturas não passíveis de ressecção.
- Presença de metástases intra-dérmicas.

SUMMARY : The authors present his personal experience, with 262 cases of malignant neoplasms of head and neck, commenting the main diagnostic features, specially outlining the clinical methods of investigation. Are exposed the clinical criteria for TNM classification, as well as therapeutic aspects of surgery, X-ray and chemotherapy.



Fig. 1 — Neoplasma maligno de face, em excelente momento para o tratamento.

Fig. 2 — Avançado neoplasma maligno de lábio inferior devido à negligência do paciente.



Fig. 3 — Avançado neoplasma maligno de região occipito-masseterina que atingiu proporções gigantescas devido a inadequado tratamento.

Fig. 4 — Paciente submetido à parotidectomia com conservação no nervo facial.

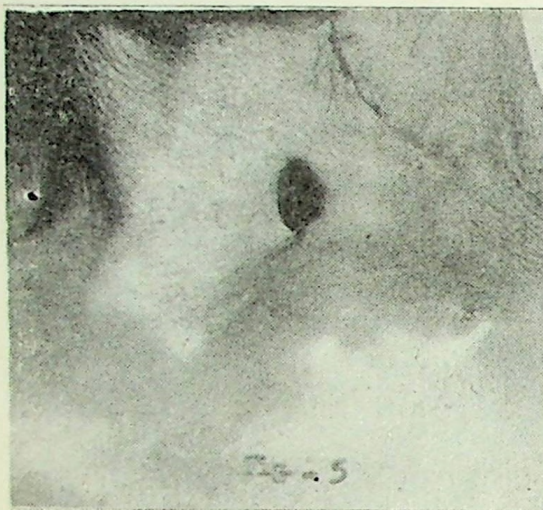


Fig. 5 — Traqueostoma definitivo em paciente submetido à laringectomia com esvaziamento cervical.



Fig. 6 — Paciente submetida à maxilectomia superior direita.

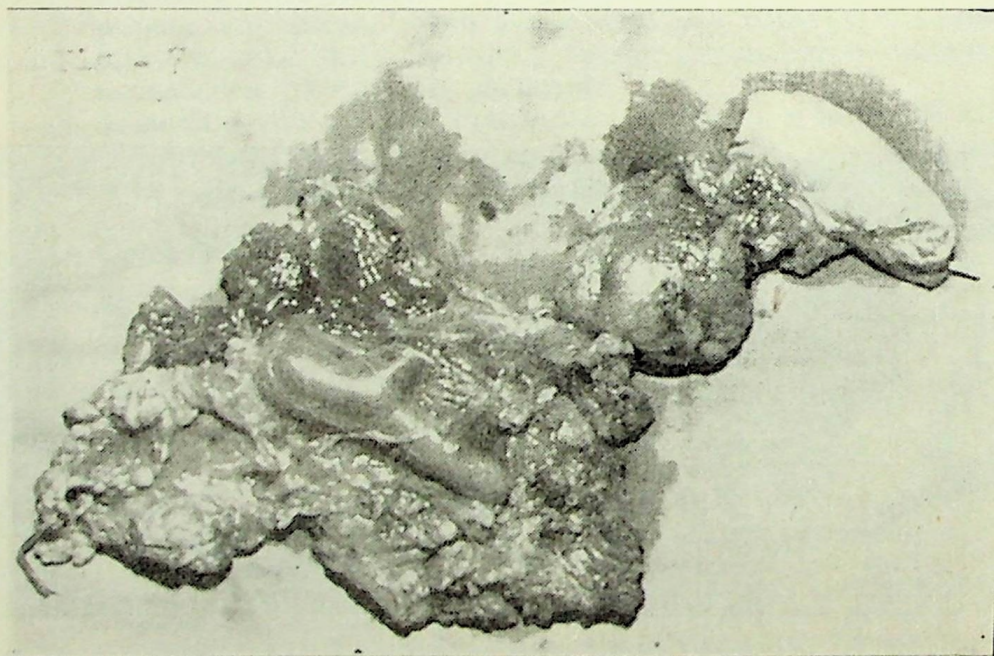


Fig. 7 — Aspecto de peça de ressecção cirúrgica em operação Pull-Through (Hemiglossectomia e esvaziamento cervical radical).

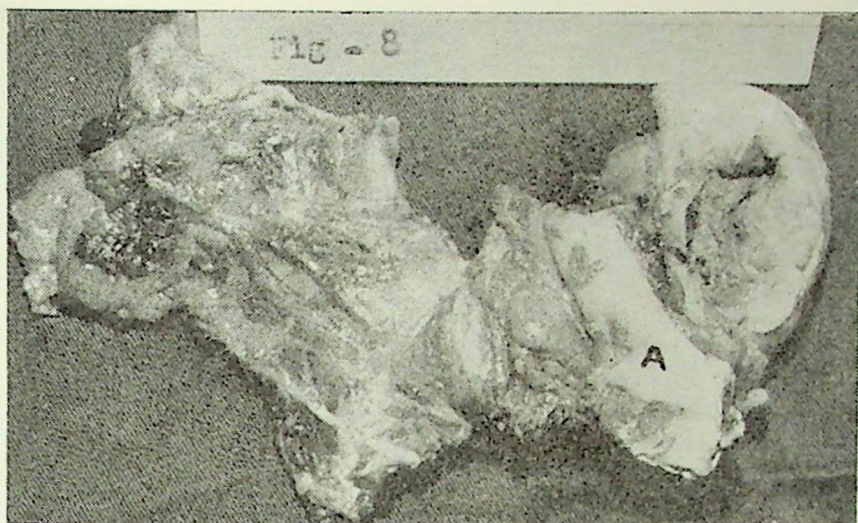


Fig. 8 — Aspecto de peça de ressecção cirúrgica em operação tipo Comando (Hemiglossectomia com mandibulectomia parcial e esvaziamento cervical). Em A, nota-se o pedaço da mandíbula ressecado.

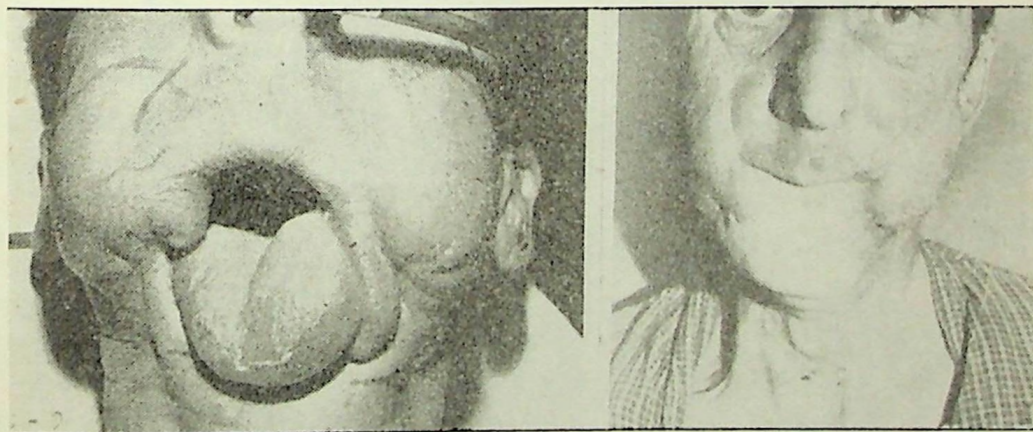


Fig. 9 — Reconstituição da região mandíbulo-mentoniana de um paciente submetido à ressecção cirúrgica radical. (Gentileza do Dr. Luiz Cheffe).

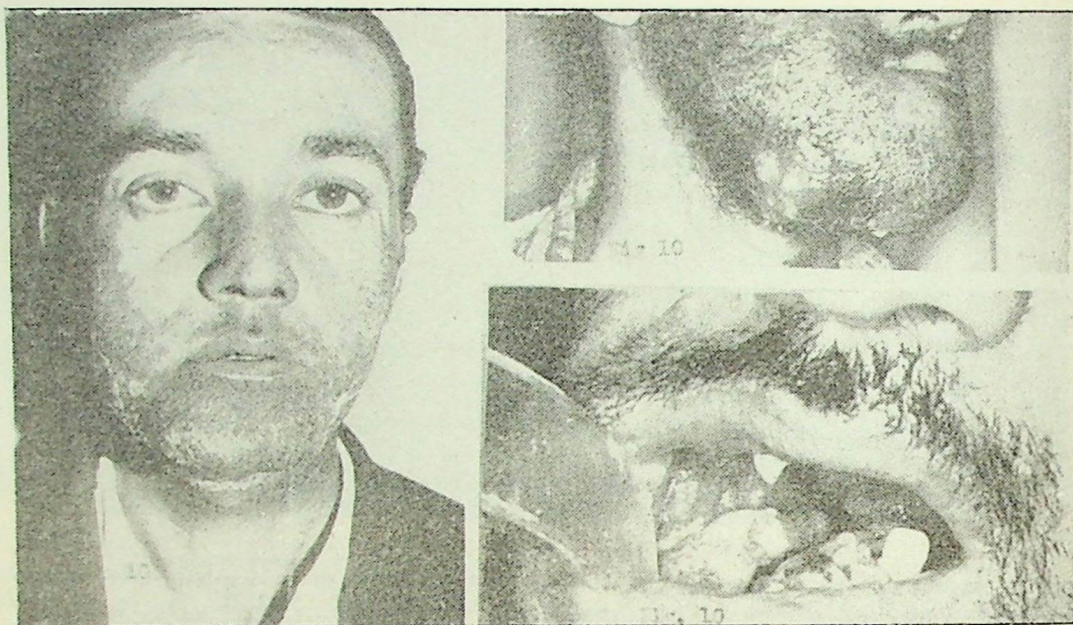


Fig. 10 — Extenso neoplasma maligno de rebordo alveolar com infiltração óssea, controlado razoavelmente por associação de quimioterapia antineoplásica e radium-cobaltoterapia.

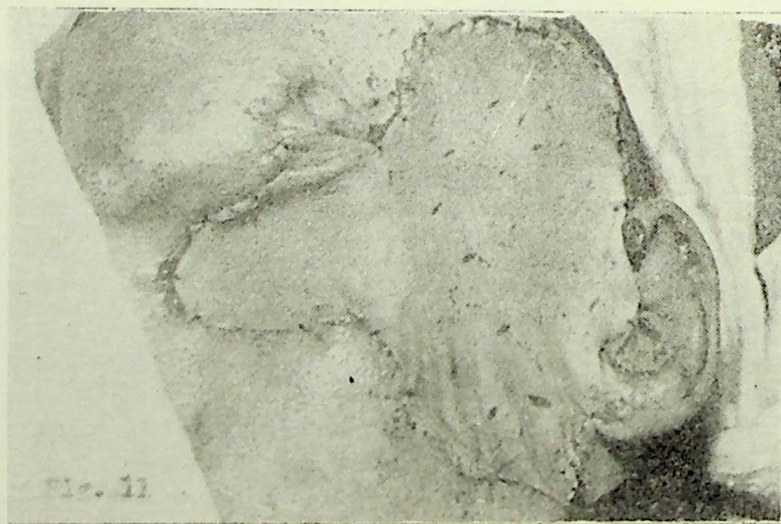


Fig. 11 — Tratamento dado à área cruenta advinda de extensa ressecção de órbita e tecidos vizinhos; enxerto de pele parcial (Gentileza do Dr. Luiz Cheffe).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — ANSFIELD, F.J. et alii — Treatment of advanced cancer of the head and neck. *Cancer*, 25:78-82, Jan. 1970.
- 2 — BALLA, G. et alii — The treatment of head and neck malignancies by continuous intra-arterial infusion of methotrexate. *The American Journal of Surgery*, 10:699-704, Nov. 1962.
- 3 — BARBER JR., K.W. & BEAHRS, O.H. — Bilateral radical dissection of the neck; surgical treatment for carcinoma of mouth and larynx. *Archives of Surgery*, 83:388-94, Sep. 1961.
- 4 — BRAASCH, J.W. — Differential diagnosis of tumors of the neck. *The Surgical Clinics of North America*, 42:613-21, Jun. 1962.
- 5 — BARBOSA, J.F.; SOBRINHO, J.A.; PACCIO, C.H. — Os esvaziamentos cervicais. São Paulo, Prociex, 1962.
- 6 — DARGENT, M. & CHARACHON, R. — La glossopharyngectomie latérale; évolution des techniques et des tactiques: indications actuelles. *Annales de Chirurgie*, 17:930-49, Août, 1963 [Separata]
- 7 — FREUND, H. — Principles of head and neck surgery. New York, Appleton-Century-Crofts, 1967.
- 8 — GOWEN, G.F. & SUTO-NAGY, G. de — The incidence and sites of distant metastases in head and neck carcinoma. *Surgery Gynecology & Obstetrics*, 116: 603-7, May, 1963.
- 9 — GREENBERG, B.E. — Cervical lymph node metastasis from unknown primary sites; an unresolved problem in management. *Cancer*, 19:1091-5, Aug. 1966.
- 10 — HENSCHKE, U.K. et alii — Value of preoperative X-Ray therapy as an adjunct to radical neck dissection. *Radiology*, 86:450-3, Mar. 1966.
- 11 — HUMPHREY, L.J. & RUSH JR., B.F. — Chemotherapy for tumors of chest wall and base of neck by arterial infusion. *Archives of Surgery*, 96:810-3, May, 1968.
- 12 — KLIGERMAN, M.M. et alii — Sequential chemotherapy and radiotherapy; preliminary results of clinical trial with methotrexate in head and neck cancer. *Radiology*, 86:247-50, Feb. 1966.
- 13 — LINKE, A. — Diagnostico precoz del cancer. Barcelona, Cientifico-Medica, 1964.
- 14 — LORÉ JR., J.M. — Treatment of recurrent tumors of the head and neck. *The Laryngoscope*, 78:1445-61, Sep. 1968.
- 15 — MCCOMB, W.S. & FLETCHER, G.H. — Cancer of head and neck. Baltimore, Williams & Wilkins, 1967.
- 16 — MCGRAN, M.H.; OGURA, J.H.; POWERS, W.E. — Small-dose preoperative radiation therapy; a preliminary report based on some histological observations of thirty resected epidermoid carcinomas of the upper respiratory and digestive tracts. *Radiology*, 83:509-19, Sep. 1964.
- 17 — MENDELSON, M. — Chemotherapy in head and neck malignancies. *The Eye, Ear, Nose & Throat Monthly*, 48:501-5, Sep. 1969.
- 18 — MILLER, D. — Three years experience with cryosurgery in head and neck tumors. *The Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 78:786-91, Aug. 1969.

- 19 — MOORE, O.S. — Bilateral neck dissection. *The Surgical Clinics of North America*, 49:277-83, Apr. 1969.
- 20 — MOORE, O.S. & FRAZELL, E.L. — Simultaneous bilateral neck dissection; experience with 151 patients. *The American Journal of Surgery*, 107:565-8, Apr. 1964.
- 21 — NEALON, T.F. — Management of the patient with cancer. Philadelphia, W.B. Saunders, 1965.
- 22 — POTDAR, G.G. & PAYMASTER, J.C. — Tumors of the salivary glands. *The American Journal of Surgery*, 118:440-7, Sep. 1969.
- 23 — SHEDD, D.P.; KLIGERMAN, M.M.; GOWENN, G.F. — Multifocal carcinogenesis in the oral cavity. *The American Journal of Surgery*, 104:692-6, Nov. 1962.
- 24 — SLAUGHTER, D.P.; MAJARAKIS, J.D.; SOUTHWICK, H.W. — Clinical evaluation of swellings in the neck. *The Surgical Clinics of North America*, 36:3-9, Feb. 1956.
- 25 — SOUTHARD, M.E.; KRAMER, S.; MANSFIELD, C.M. — Advances in the management of tumors of the head and neck. *The Surgical Clinics of North America*, 47:1139-45, Oct. 1967.
- 26 — STRONG, E.W. — Preoperative radiation and radical neck dissection. *The Surgical Clinics of North America*, 49:271-6, Apr. 1969.
- 27 — UNIAO INTERNACIONAL CONTRA O CANCER — TNM; Classificação de tumores malignos. Brasil, Serviço Nacional de Cancer, 1969.
- 28 — WALTNER, J.G. & FITTON JR., R.H. — Anesthesia of the cheek; an early sign of carcinoma of the maxillary sinus. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 65:955-9, Dec. 1956.

Rua Farnesi, 183 — Porto Alegre, RS, Brasil