

# CARCINOMA EPIDERMÓIDE DA CABEÇA E PESCOÇO

## Head and neck epidermoid carcinoma

### I - CÂNCER DA CAVIDADE BUCAL

Oral Cancer

#### INTRODUÇÃO

O câncer da boca representou, em 1993, uma ocorrência de 9,2% de todos os tumores malignos levantados pelo Registro Hospitalar de Câncer do Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde, sendo colocado em 3º lugar como o câncer mais freqüente nos homens e 4º lugar na mulher. Podendo ser considerado o câncer mais comum da região da cabeça e pescoço excluindo-se o câncer de pele.

#### Regiões Anatômicas

A cavidade bucal está dividida nas seguintes áreas:

- Lábio;
- 2/3 anteriores da língua;
- Mucosa jugal;
- Assoalho da boca;
- Gengiva inferior;
- Gengiva superior;
- Área retromolar;
- Palato duro.

Todas estas áreas apresentam drenagem linfática para o pescoço, sendo que a primeira estação de drenagem inclui os linfonodos, jugulo-digástricos, jugulo-omohioideos, submandibulares e submentonianos. Linfonodos do segundo escalão de drenagem são os parotídeos, jugulares e cervicais posteriores superior e inferior.

A grande maioria dos tumores malignos da cavidade bucal é constituída pelo carcinoma epidermóide, que se classifica como: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado.

#### Prognóstico

Em relação à taxa de sobrevida aos 5 anos para pacientes com câncer da boca, estatísticas norte-americanas têm mostrado que para

pacientes atendidos entre 1950-1954 essa taxa era de 46% enquanto para aqueles diagnosticados entre 1986-1993, essas taxas passaram a 54,9%. No Brasil, estudo da sobrevida de casos de câncer da boca tratados no Hospital Erasto Gaertner - Curitiba, no período de 1990 a 1992, mostrou que a sobrevida em 5 anos, independente do estadiamento clínico, foi de 50,1%. Essas taxas variaram de 29,0% para pacientes em estágio IV a 74,4% para pacientes em estágio I.

O prognóstico de pacientes com lesões iniciais pode ser considerado como bom.

Localização primária	Sobrevida em 5 anos Estádio (%)			
	I	II	III	IV
Língua Oral	35 - 85	26 - 77	10 - 50	0 - 26
Assoalho da Boca	58 - 75	40 - 64	21 - 43	0 - 15
Rebordo Gengival	73	41	17	0 - 10
Mucosa Bucal	77 - 83	44 - 65	20 - 27	0 - 18

## 1. EXAMES DE AVALIAÇÃO

### 1.1 Confirmação Diagnóstica

**Exame Físico:** O exame de toda a cavidade bucal deve ser feito de maneira metódica, para que todas as áreas sejam examinadas e seja possível a identificação de próteses dentárias. As lesões mais posteriores da cavidade bucal por vezes necessitam de visualização por espelho para avaliação de sua extensão. As lesões, sempre que possível, devem ser palpadas para avaliação de seus reais limites e acometimento de estruturas adjacentes. A palpação das cadeias linfáticas cervicais vai completar o exame sendo importante a determinação do tamanho dos linfonodos, e sua mobilidade e relação com estruturas vizinhas.

**Biópsia da lesão:** biópsia incisional, dependendo da facilidade de acesso pode ser feita por pinça de saca-bocado sob anestesia local.

## 1.2 Extensão de Doença

O sistema de estadiamento são avaliações clínicas baseadas na melhor determinação possível da extensão da lesão antes do tratamento. Esta avaliação clínica é baseada na inspeção e quando possível, palpação e tanto por exame endoscópico indireto quanto direto, quando necessário. As áreas de drenagem devem ser examinadas por palpação cuidadosa.

**Estudo radiológico:** quando indicado, faz-se o estudo radiográfico panorâmico da mandíbula (avaliação de acometimento ósseo), radiografia simples (RX) de seios da face (lesões de palato duro) e, rotineiramente, faz-se RX de tórax.

## 1.3 Exames de Exceção

A tomografia computadorizada e o exame de ressonância magnética são procedimentos de exceção, devendo ser usados para avaliação da extensão da lesão em casos que o exame clínico não é suficiente ou em casos em que o tamanho do tumor ou o status de linfonodos cervicais determinarão a operabilidade ou a extensão da cirurgia a ser proposta.

## 1.4 Exames Pré-Operatórios

- Hemograma Completo + Bioquímica Sérica;
- Eletrocardiograma;
- Risco Cirúrgico.

## 2. TRATAMENTO POR ESTÁDIOS\*

Dependendo do local e extensão do tumor primário e do status dos linfonodos cervicais, o tratamento do câncer da cavidade bucal pode ser cirúrgico, radioterápico, ou uma combinação de ambos. A cirurgia para ressecção dos tumores primários deve incluir sempre toda a lesão tumoral e uma margem de tecido livre de tumor em todas as dimensões.

A radioterapia de lesões extensas deve incluir também as cadeias de drenagem linfáticas, mesmo quando clinicamente elas não estejam acometidas.

Assim, as opções de tratamento vão variar de acordo com o estágio clínico das lesões, sendo:

### ESTÁDIO I (T1 N0 M0)

O tratamento preferencial é cirúrgico, que corresponde à ressecção da lesão com margens de pelo menos 1 cm. Em casos de lesões localizadas na língua, deve-se associar o esvaziamento cervical supra-omohióide em virtude do alto índice de metástase cervical oculta. Nos casos de lesões em assoalho de boca a indicação de esvaziamento cervical eletivo supra-omohióide vai depender do caráter infiltrativo da lesão. Nos casos de pacientes com metástase cervical associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas 1 linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de 1 linfonodo metastático ou extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical.

### ESTÁDIO II (T2 N0 M0)

O tratamento preferencial também é cirúrgico, com ressecção da lesão com margens de pelo menos 1cm. Nos casos de tumores localizados na língua ou assoalho da boca associar o esvaziamento cervical eletivo supra-omohióide.

Nos casos de pacientes com metástase cervical associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas 1 linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de 1 linfonodo metastático ou extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical.

### ESTÁDIO III (T3 N0 M0)/(T1,2,3 N1 M0)

A cirurgia é o tratamento preferencial e consiste de ressecção completa da lesão com margens de no mínimo 1cm e associada ao esvaziamento cervical supra-omohióide em casos de pescoço clinicamente negativo.

Nos casos de pacientes com metástase cervical, associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas 1 linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de 1 linfonodo metastático ou extravasamento capsular, procede-se ao esvaziamento cervical radical.

A radioterapia deve ser usada como tratamento complementar, em casos de pescoço positivo ou lesão primária T3.

\* Brasil. Ministério da Saúde. *TNM Classificação de tumores malignos*. Trad. 5a ed. UICC, 1997. Rio de Janeiro, 1998. 235p.

#### ESTÁDIO IV (T4 N0,1M0) / (T QUALQUER N2,3 M0) / (T QUALQUER N QUALQUER M1)

A cirurgia é o tratamento preferencial e consiste de ressecção completa da lesão com margens de no mínimo 1 cm e associada ao esvaziamento cervical supra-omohióide em casos de pescoço clinicamente negativo.

Nos casos de pacientes com metástase cervical, associar o esvaziamento cervical radical modificado em pacientes com apenas 1 linfonodo metastático e sem extravasamento capsular. Nos casos de mais de 1 linfonodo metastático ou extravasamento capsular procede-se ao esvaziamento cervical radical.

A radioterapia deve ser usada como tratamento complementar.

A radioterapia exclusiva pode ser indicada em pacientes considerados inoperáveis, como palição.

A mandíbula poderá ser ressecada parcialmente (mandibulectomia marginal), em caso de invasão mínima.

**Obs.:** O paciente deverá ser assistido por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo na sua reabilitação após cirurgia.

### 3. EXAMES DE SEGUIMENTO

Os pacientes tratados de câncer da boca devem manter-se sob uma rotina de acompanhamento em busca da detecção o mais precoce possível de qualquer recidiva da lesão primária ou metastática.

**Exame Físico:** mensal no primeiro ano; trimestral no segundo; semestral após o terceiro ano; e anual após o quinto ano. Este exame deve incluir:

- Exame da cavidade bucal e cadeias linfáticas cervicais;
- Avaliação do estado geral do paciente (qualidade de vida / ganho ponderal);
- Radiografica simples (RX) de tórax, realizada anualmente;
- Esofagoscopia, realizada anualmente - pesquisa de segundo tumor primário no trato aerodigestivo superior;
- Laringoscopia indireta - pesquisa de segundo tumor primário, no trato aerodigestivo superior.

#### NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas, é considerada experimental ou irregular.

#### BIBLIOGRAFIA

Barttelbort SW, Ariyan S. Mandible preservation with oral cavity carcinoma: rim mandibulectomy versus sagittal mandibulectomy. *Am J Surg* 1993;166:411-5.

Barttelbort SW, Bahn SL, Ariyan S. Rim mandibulectomy for cancer of the oral cavity. *Am J Surg* 1987;154:423-8.

Byers RM, El-Naggar AK, Lee Y, et al. Can we detect or predict the presence of occult nodal metastases in patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Head Neck* 1998;20:138-44.

Byers RM, Wolf PF, Ballantyne AJ. Rationale for elective modified neck dissection. *Head Neck* 1988;10:160-7.

Cunningham MJ, Johnson JT, Myers EN, et al. Cervical lymph node metastasis after local excision of early squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Am J Surg* 1986;152:361-6.

DeSanto LW, Johnson JT, Million RR. Cost-effective management of T1N0 carcinoma of the tongue. *Head Neck* 1996;18:573-6.

Dias FL, Kligerman J, Matos de Sá G, et al. Elective neck dissection versus observation in Stage I squamous cell carcinomas of the tongue and floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001;125:23-9.

Frazell EL. A review of the treatment of cancer of the mobile portion of the tongue. *Cancer* 1971;28(5):1178-81.

Ho CM, Lam KH, Wei WI, et al. Occult lymph node metastasis in small oral tongue cancers. *Head Neck* 1992;14:359-63.

Ho CM, Lam KH, Wei WI, et al. Treatment of neck nodes in oral cancer. *J Surg Oncol* 1992;1:73-8.

Jones KR, Lodge-Rigal RD, Reddick RL, et al. Prognostic factors in the recurrence of Stage I and II squamous cell cancer of the oral cavity. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118:483-5.

Kligerman J, Lima RA, Soares JR, et al. Supraomohyoid neck dissection in the treatment of T1/T2 squamous cell carcinoma of oral cavity. *Am J Surg* 1994;168:391-4.

Kligerman J, Lima RA. Tratamento das áreas ganglionares. In: Parise Jr O, eds. Câncer da boca: aspectos básicos e terapêuticos. 1a ed. São Paulo: Sarvier, 2000:143-51.

Kligerman J, Lima RA. Tratamento cirúrgico do câncer da boca. In: Petroianu A, eds. Terapêutica cirúrgica. Rio de Janeiro: Granabara Koogan, 2001:20-5.

Lima RA, Santos IC, Farias T. Elective neck dissection in the treatment of oral cavity cancer and laryngeal cancer. In: Johnson JT, Shaha AR, eds. Proceedings of the fifth International Conference on Head and Neck Cancer. San Francisco: OMNIPRESS, 2000.

Lydiatt DD, Robbins KT, Byers RM, et al. Treatment of Stage I and II oral tongue cancer. Head Neck 1993;15:308-12.

Mendelson BC, Woods JE, Beahrs OH. Neck dissection in the treatment of carcinoma of the anterior two-thirds of the tongue. Surg Gynecol Obstet 1976;143:75-80.

Mohit-Tabatabai MA, Sobel HJ, Rush BF, et al. Relation of thickness of floor of mouth Stage i and ii cancers to regional metastasis. Am J Surg 1986;152:351-3.

Pinsolle J, Demeaux H, Coustal B, et al. Results of surgical treatment of T3 and T4 tumors of the oral cavity and oropharynx. Am J Surg 1992;164:587-91.

Rodgers LW, Stringer SP, Mendenhall WM, et al. Management of squamous cell carcinoma of the floor of mouth. Head Neck 1993;15:16-9.

Shaha AR. Preoperative evaluation of the mandible in patients with carcinoma of the floor of mouth. Head Neck 1991;13:398-402.

Silver CE, Moisa II. Elective treatment of the neck in cancer of the oral tongue. Semin Surg Oncol 1991;7:14-9.

Spiro RH, Huvos AG, Wong GY, et al. Predictive value of tumor thickness in squamous carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. Am J Surg 1986;152:345-50.

Spiro RH, Strong EW. Epidermoid carcinoma of the mobile tongue. Treatment by partial glossectomy alone. Am J Surg 1971;122:707-10.

Vandenbrouck C, Sancho-Garnier H, Saravane D, et al. Elective versus therapeutic radical neck dissection in epidermoid carcinoma of the oral cavity. Results of a randomized clinical trial. Cancer 1980;46:386-90.

Whitehurst JO, Droulias CA. Surgical treatment of squamous cell carcinoma of the oral tongue. Arch Otolaryngol 1977;103:212-5.

Yuen APW, Wei WI, Wong YM, et al. Elective neck dissection versus observation in the treatment of early oral tongue carcinoma. Head Neck 1997;19:583-8.

## II - CÂNCER DA OROFARINGE

### Oropharynx Cancer

#### INTRODUÇÃO

Os tumores malignos da orofaringe acometem mais frequentemente o sexo masculino e relaciona-se com tabagismo e etilismo, além de avitaminoses. Importante ressaltar a clínica de otalgia reflexa e odinofagia, comum a maioria desses pacientes.

#### Regiões Anatômicas

A orofaringe possui quatro regiões anatômicas, sendo limitadas por dois planos transversais, um passando na borda do palato duro e o outro pelo osso hióide:

- Parede anterior, área glosso-epiglótica, onde encontra-se a base da língua (1/3 posterior da língua) e a valécua;
- Parede lateral, área de localização da loja amigdaliana, das amídalas palatinas, dos pilares e dos sulcos glosso-amigdalianos;
- Parede superior, onde encontra-se a superfície inferior do palato mole e a úvula;
- Parede posterior, que se continua com suas análogas da naso e hipofaringe, delimitada pelos planos transversais que limitam a orofaringe.

#### Classificação Histopatológica

Apesar de se encontrar os mais variados tipos histopatológicos de tumores malignos, desde os mesenquimais até os de glândulas salivares menores, o tumor mais frequente é o carcinoma epidermóide em seus variados graus de diferenciação.

#### Prognóstico

Como em outros tumores, a sobrevida é maior nos estádios iniciais da doença:

Estádio	Sobrevida em 5 anos (%)
I	75
II e III	45 - 85
IV	<25
Todos os Estádios	50

### 1. EXAMES DE AVALIAÇÃO

#### 1.1 Confirmação Diagnóstica

**Biópsia:** incisional com pinça saca-bocado em lesões de difícil acesso, (i.e. base da língua, a biópsia poderá ser conseguida com a laringoscopia direta ou indireta).

## 1.2 Extensão de Doença

- Oroscoopia;
- Palpação dos linfonodos cervicais, base de língua e valécula;
- Laringoscopia indireta (avaliação da base da língua e valécula);
- Palpação digital;
- Rinoscopia posterior (avaliação da extensão para rinofaringe);
- Exames radiológicos:
  - Radiografia simples (RX) de tórax (avaliação de metástase pulmonar);
  - Tomografia computadorizada da faringe (avaliação de propagação no pescoço e dos linfonodos retrofaríngeos).

## 2. TRATAMENTO POR ESTÁDIOS\*

### ESTÁDIO I E II (T1,2 NO M0)

Cirurgia ou radioterapia dependendo da localização. A cirurgia é preferencial em lesões infiltrantes ou carcinomas verrucóides. Avaliar a relação entre o benefício e o custo, considerando-se a ocorrência de xerostomia versus déficit funcional.

### ESTÁDIO III (T3 NO M0) / (T1,2,3 N1 M0)

Cirurgia da lesão primária associada ao esvaziamento cervical radical modificado em casos de pescoço negativo; em casos de pescoço positivo N1, sem extravasamento capsular está indicado o esvaziamento cervical radical modificado, em outros casos esvaziamento cervical radical. Em casos de T3N0M0, com lesão superficial e completa mobilidade da faringe, pode-se indicar a radioterapia, para evitar defeitos de fonação e deglutição.

A radioterapia complementar está indicada em casos com pescoço N1 com extravasamento capsular, e N2 ou N3.

Nos casos de difícil acesso endo-bucal, será utilizada a mandibulectomia paramediana.

### ESTÁDIO IV (T4 NO,1 M0) / (T QUALQUER N2,3 M0) / (T QUALQUER N QUALQUER M1)

Cirurgias combinadas com reconstrução e radioterapia complementar. Reserva-se a quimioterapia para estudos experimentais.

**Obs.:** O paciente deverá ser assistido por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo na sua reabilitação após cirurgia

## 3. EXAMES DE SEGUIMENTO

O seguimento pós-tratamento deve incluir a oroscopia, laringoscopia indireta, exame do pescoço e a radiografia simples (RX) de tórax. A endoscopia digestiva alta deve ser solicitada em casos de suspeita de segundo tumor primário no esôfago.

No primeiro ano deve ser mensal, no segundo ano trimestral; no terceiro ano semestral; e anual após o quinto ano ou alta com orientação de retorno em caso de novos sintomas.

## NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas é considerada experimental ou irregular.

## BIBLIOGRAFIA

Civantos FJ, Goodwin WJ. Cancer of the oropharynx. In: Myers EN, Suen JY. Cancer of the head and neck. Philadelphia: W B Saunders, 1996:361-80.

Houck JR, Medina JE. Management of cervical lymph nodes in squamous carcinoma of the head and neck. *Semin Surg Oncol* 1995;11:228-39.

Kligerman J, Lima RA. Afecções cirúrgicas da cabeça e pescoço: tumores da faringe. In: Vinhães, JC. Clínica e terapêutica cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997:322-9.

Mamelle G, Pampurik J, Luboinski B, et al. Lymph node prognostic factors in head and neck squamous cell carcinomas. *Am J Surg* 1994;168:494-8.

Moose BD, Kelly MD, Levine PA, et al. Definitive radiotherapy for T1 and T2 squamous cell carcinoma of the tonsil. *Head Neck* 1995;17:334-8.

O'Brien CJ, Lee KK, Castle GK, et al. Comprehensive treatment strategy for oral and oropharyngeal cancer. *Am J Surg* 1992;164:582-6.

Parsons JT, Million RR. Treatment of tumors of the oropharynx-radiation therapy. In: Thawley SE, Panje WR. Comprehensive management of head and neck tumors. Philadelphia: W B Saunders, 1987:684-99.

Pinsolle J, Demeaux H, Coustal B, et al. Results of surgical treatment of T3 and T4 tumors of the oral cavity and oropharynx. *Am J Surg* 1992;164:587-91.

(\*) Brasil. Ministério da Saúde. *TNM Classificação de tumores malignos. Trad. 5a ed. UICC, 1997. Rio de Janeiro, 1998. 235p.*

Robbins KT, Medina JE, Wolfe GT, et al. Standardizing neck dissection terminology: Official Report of the Academy's Committee for Head and Neck Surgery and Oncology. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1991;117:601-5.

Shah JP, Medina JE, Shaha AR, et al. Cervical lymph nodes metastasis. Curr Probl Surg 1994;30(3):273-344.

### III - CÂNCER DA NASOFARINGE Nasopharynx Cancer

#### INTRODUÇÃO

Os carcinomas originados na nasofaringe podem, por invasão direta e a partir das paredes laterais ou póstero-superior, alcançar a fossa cranial média e acometer estruturas nervosas ao nível do seio cavernoso e dos forâmens aí existentes e, em decorrência disto, provocar uma variedade de sintomas, constituindo quadros clínicos como:

**Síndrome retro-esfenoidal:** caracterizada pela invasão do Iº ao VIº par craniano, que provoca sintomas como oftalmoplegia unilateral, ptose palpebral, dor e trigeminalmias associados à paralisia unilateral dos músculos da mastigação.

**Síndrome do espaço retroparotídeo:** decorrente da compressão do IXº ao Xº nervo craniano e do nervo simpático por linfonodos metastáticos, que resulta em dificuldade de deglutição, diminuição da gustação e salivação, assim como disфонia associada à paralisia do músculo trapézio e esternocleidomastoídeo, musculatura unilateral da língua, palato mole, e a Síndrome de Claude-Bernard-Horner (enoftalmia, ptose palpebral e miose unilateral).

**Outros sinais e sintomas comuns são:** presença de linfonodos cervicais aumentados uni ou bilaterais com características metastáticas (principal queixa em 90% dos casos); cefaléia, epistaxe, obstrução nasal, às vezes unilateral, otites repetidas por obstrução da trompa de Eustáquio e conseqüente diminuição da audição.

**Rede Linfática:** a nasofaringe apresenta uma rica rede linfática, o que favorece o surgimento precoce de metástase cervical. A metástase linfática cervical está presente unilateralmente em cerca de 75 % dos casos e bilateralmente, em 50 %.

De início, são envolvidos os linfonodos existentes no espaço retrofaringeo e parafaringeo, seguidos dos linfonodos do terço superior da cadeia jugular interna (nível II) e da cadeia do nervo espinhal.

#### Classificação Histopatológica

##### *Tumores malignos*

- Carcinoma - 85%.  
Tipo 1 - carcinoma epidermóide diferenciado;  
Tipo 2 - carcinoma não queratinizado;  
Tipo 3 - carcinoma linfoepitelioma.
- Linfomas - 10%
- Outros - 5%  
Adenocarcinoma;  
Sarcomas.

#### Prognóstico

O prognóstico dos casos que se apresentam com metástase cervical é reservado, apesar das opções terapêuticas disponíveis e empregadas. A sobrevida em 5 anos é de 65% a 95 % para lesões T1 (muito iniciais); 50% a 65 % para lesões T2; 30% a 55% para lesões T3; e 5% a 40% para lesões T4. O estadiamento do pescoço também afeta diretamente a sobrevida: N1 - 55% a 60 %; N2 - 30% a 50 %; e N3 - 5% a 40 %.

## 1. EXAMES DE AVALIAÇÃO

### 1.1 Confirmação Diagnóstica

**Biópsia:** rinoscopia posterior com biópsia. Em caso de metástase cervical realiza a punção aspiratória de agulha fina (PAAF) de linfonodo cervicais.

Exame direto através de óticas rígidas de 90º ou através da cavidade oral ou óticas rígidas de 30º ou 0º através das fossas nasais, seguido de biópsia para diagnóstico histopatológico.

## 1.2 Extensão de Doença

- Exame da cavidade bucal e orofaringe;
- Laringoscopia indireta;
- Rinoscopia anterior;
- Rinoscopia posterior ou exame indireto do cavum;
- Exame do pescoço;
- Radiografia simples (RX) de tórax;
- Exame de tomografia computadorizada ou de ressonância magnética está indicada na avaliação da extensão da lesão e estadiamento. Em pacientes obesos com pescoço de difícil palpação, estes podem ser utilizadas para detecção de linfonodos cervicais.

## 2. TRATAMENTO POR ESTÁDIOS\*

A nasofaringe se encontra em uma localização anatômica de difícil acesso, tanto para o diagnóstico em estádios iniciais como para acesso cirúrgico, o que conduz à indicação da radioterapia mesmo em lesões pequenas, sendo deixada a cirurgia como opção de exceção para o tratamento de doença residual. O tratamento com radioterapia deve ser feito em altas doses, com inclusão de campos cervicais em áreas de drenagem, mesmo em lesões iniciais.

A cirurgia como indicação de exceção, deve ser reservada para casos em que o tumor primário foi controlado pelo tratamento, pelas irradiações e a metástase cervical está presente, e operável com a radicalidade necessária. Nestes casos, é indicado o esvaziamento cervical radical ou radical modificado, dependendo do volume da doença cervical.

Em casos excepcionais, a cirurgia pode estar indicada para remoção de pequenas lesões residuais da nasofaringe pós-radioterapia. Deve-se também, considerar a braquiterapia e reirradiação de lesões residuais.

### ESTÁDIO I E II

**Opção Principal:** Radioterapia do tumor primário e nas cadeias de drenagem cervical bilaterais. A dose e campos da radioterapia devem ser individualizados, levando-se em conta o local, tamanho do tumor primário e linfonodos. Apesar da maioria dos tumores

ser tratada com radioterapia externa, podem ser utilizados implantes intracavitários ou intersticiais como reforço de dose em alguns tumores. Para garantir adequada cobertura do local primário, a recomendação é incluir toda a nasofaringe, seio esfenoidal, base do crânio, terço posterior dos seios maxilares e dos seios etmoidais. Nas lesões iniciais (T1 ou T2) são aplicados 6.600cGy.

### ESTÁDIO III

**Opção Principal:** Radioterapia do tumor primário e nas cadeias de drenagem cervical bilaterais. A dose e campos da radioterapia devem ser individualizados, levando-se em conta o local, tamanho do tumor primário e linfonodos. Apesar da maioria dos tumores ser tratada com radioterapia externa, podem ser utilizados implantes intracavitários ou intersticiais como reforço de dose em alguns tumores. Para garantir adequada cobertura do local primário, a recomendação é incluir toda a nasofaringe, seio esfenoidal, base do crânio, terço posterior dos seios maxilares e dos seios etmoidais. Nas lesões avançadas (T3), são aplicados 7.000cGy na lesão primária.

É indicado o esvaziamento cervical radical ou radical modificado, dependendo do estágio da doença cervical, em casos de metástase cervical residual ou de recidiva cervical.

### ESTÁDIO IV

**Opção principal:** Radioterapia na lesão primária e nas cadeias de drenagem cervical bilaterais. A dose e campos da radioterapia devem ser individualizados, levando-se em conta o local e tamanho do tumor primário e linfonodos. Apesar da maioria dos tumores ser tratada com radioterapia externa, podem ser utilizados implantes intracavitários ou intersticiais como reforço de dose em alguns tumores. Para garantir adequada cobertura do local primário, a recomendação é incluir toda a nasofaringe, seio esfenoidal, base do crânio, terço posterior dos seios maxilares e dos seios etmoidais. Nas lesões avançadas (T4), são aplicados 7.000cGy na lesão primária.

\* Brasil. Ministério da Saúde. *TNM Classificação de tumores malignos. Trad. 5a ed. UICC, 1997. Rio de Janeiro, 1998. 235p.*

O esvaziamento cervical radical ou radical modificado, dependendo do estágio da doença cervical, é indicado em casos de metástase cervical residual ou de recidiva cervical.

**Obs.:** O paciente deverá ser assistido por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo na sua reabilitação após cirurgia.

### Alternativa em tumores avançados

Pacientes com carcinoma da rinofaringe avançados (estádios III e IV), podem ser tratados com quimiorradioterapia concomitante, com: 100 mg/m<sup>2</sup> de cisplatina, a cada três semanas e, concomitante à radioterapia em dose única diária até o total de 7.000 Gy, seguida de três ciclos adicionais de quimioterapia adjuvante com cisplatina 80 mg/m<sup>2</sup> no primeiro dia de cada ciclo e 5-FU 1.000 mg/m<sup>2</sup>/dia nos dias 1 a 4 em infusão contínua, a cada 4 semanas.

### Doença recidivada

Pacientes selecionados com carcinoma de rinofaringe recorrente, podem ser retratados com radioterapia externa em dose moderada, usando-se campos limitados e um reforço com irradiação intersticial ou intracavitário, no local da recorrência. Em pacientes muito selecionados, a ressecção cirúrgica da recorrência pode ser utilizada.

Em pacientes com doença metastática ou recorrência local não tratável, com radioterapia ou cirurgia, a quimioterapia com cisplatina e 5-FU, ou outras associações quimioterápicas, pode ser indicada, principalmente nos casos de carcinoma indiferenciado da rinofaringe.

## 3. EXAMES DE ACOMPANHAMENTO

O seguimento após o tratamento dos pacientes sem evidência de doença, deve ser feito mensalmente no primeiro ano, trimestralmente no segundo ano, semestralmente a partir do terceiro ano, e anualmente a partir do quinto ano.

O exame deve incluir: exame completo da cavidade oral e orofaringe, rinoscopia anterior e posterior, avaliação da função dos nervos cranianos e de queixas sistêmicas que possam ser devidas a metástases à distância.

Radiografia simples (RX) de tórax deve ser realizada anualmente. Avaliação funcional da tireóide devido a alta incidência (30% a 40%) de hipotireoidismo em pacientes irradiados, para o devido tratamento deste efeito colateral.

### NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas é considerada experimental ou irregular.

### BIBLIOGRAFIA

Al-Sarraf M, Leblanc M, Giri PG, et al. Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advance nasopharyngeal cancer: phase III randomized intergroup study 0099. *J Clin Oncol* 1998;16(4):1310-7.

Fu KK. Treatment of tumors of the nasopharynx-radiation therapy. In: Thawley SE, Panje WR. *Comprehensive management of head and neck tumors*. Philadelphia: W B Saunders, 1987:649-62.

Houck JR, Medina JE. Management of cervical lymph nodes in squamous carcinoma of the head and neck. *Semin Surg Oncol* 1995;11:228-39.

Kligerman J, Lima RA. Afecções cirúrgicas da cabeça e pescoço: tumores da faringe. In: Vinhães JC. *Clínica e terapêutica cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997:322-9.

Perez CA, Devinemi VR, Marcial-Vega, et al. Carcinoma of the nasopharynx: factors affecting prognosis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992; 23(2):271-80.

Robbins KT, Medina JE, Wolfe GT, et al. Standardizing neck dissection terminology: Official Report of the Academy's Committee for Head and Neck Surgery and Oncology. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:601-5.

Shah JP, Medina JE, Shaha AR, et al. Cervical lymph nodes metastasis. *Curr Probl Surg* 1994;30(3):273-344.

Turner SL, Tiver KW, Boyages SC. Thyroid dysfunction following radiotherapy for head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1992;23(2):457-67.

Wei WI, Sham JS. Cancer of the nasopharynx. In: Myers EN, Suen JY. *Cancer of the head and neck*. Philadelphia: W B Saunders, 1996:277-93.

## IV - CÂNCER DA HIPOFARINGE

### Hypopharynx Cancer

#### INTRODUÇÃO

Cerca de 30% dos tumores da faringe se localizam na hipofaringe, apresentando predileção pelo sexo masculino e pela localização em seio piriforme (80%). Como os demais tumores de mucosa da cabeça e pescoço, há estreita relação com o tabagismo e o etilismo. A sideropenia e a sífilis também são condições relacionadas.

#### Regiões Anatômicas

A hipofaringe é limitada por dois planos transversais: um passando pelo osso hióide e o outro, pela borda inferior da cartilagem cricóide. Com isso, a hipofaringe fica dividida em três regiões anatômicas:

- Área pós-cricóide (junção faringo-esofageana), que se estende das cartilagens aritenóides e dobras conectivas à borda inferior da cartilagem cricóide.
- Seio piriforme, que se estende das pregas faringo-epiglóticas à extremidade superior do esôfago. Seu limite lateral é a cartilagem tireóide e o medial é a superfície da prega aritenoepiglótica.
- Parede posterior da faringe, delimitada por plano que vai do assoalho da valécua a outro, ao nível das articulações crico-aritenoideas.

#### Classificação Histopatológica

O tumor maligno mais freqüente (90%) da hipofaringe é o carcinoma epidermóide em seus variados graus de diferenciação. Atentar para a possibilidade da ocorrência de adenocarcinomas, linfoepiteliomas e tumores mesenquimais variados.

#### Prognóstico

Os percentuais médios de freqüência e sobrevida por estádios, são:

Estádio	Freqüência (%)	Sobrevida em 5 anos (%)
I e II	5	66
III	23	56
IV	72	32
Todos os Estádios	-	40

## 1. EXAMES DE AVALIAÇÃO

### 1.1 Confirmação Diagnóstica

**Biópsia:** por laringoscopia direta ou indireta dependendo da facilidade de acesso.

### 1.2 Extensão de Doença

- História clínica;
- Inspeção e palpação externa;
- Laringoscopia indireta;
- Laringoscopia direta (com biópsia);
- Exames radiológicos:
  - Radiografia simples (RX) de Tórax;
  - Tomografia Computadorizada, em casos selecionados, para evidenciar invasão e partes moles do pescoço e de cartilagem da laringe.
- Esofagoscopia - busca de segundo tumor primário concomitante.

## 2. TRATAMENTO POR ESTÁDIOS \*

### T1 e T2

Radioterapia – 6.600cGy em 33 seções. Na medula espinhal, a dose é limitada a 4.500cGy. Em casos selecionados passíveis de procedimentos parciais, pode-se optar por cirurgia. Nos casos cirúrgicos, associar o esvaziamento cervical seletivo lateral.

### T3 e T4

Laringectomia total com faringectomia parcial ou faringo-laringectomia com esvaziamento seletivo lateral, em casos de pescoço negativo; ou esvaziamento cervical radical modificado, em casos de pescoço positivo; ou faringo-laringectomia “near-total” com esvaziamento seletivo lateral, em casos de pescoço negativo; ou esvaziamento cervical radical ou radical modificado, em casos de pescoço positivo.

Reserva-se a quimioterapia para estudos investigacionais de preservação de órgão.

## 3. EXAMES DE SEGUIMENTO

O seguimento após o tratamento de doentes sem evidência de doença deve incluir a oroscopia, laringoscopia indireta, exame do pescoço e radiografia simples (RX) de tórax. A endoscopia digestiva alta deve ser solicitada em casos de suspeita de segundo tumor primário no esôfago.

\*Brasil. Ministério da Saúde. TNM Classificação de tumores malignos. Trad. 5a ed. UICC, 1997. Rio de Janeiro, 1998. 235p.

No primeiro ano o seguimento deve ser mensal; no segundo ano trimestral; a partir do terceiro ano semestral; e anual após o quinto ano; ou alta orientada para retorno em caso de novos sintomas.

#### NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas, é considerada experimental ou irregular.

#### BIBLIOGRAFIA

Clayman GL, Weber RS. Cancer of the hypopharynx and cervical esophagus. In: Myers E N, Suen JY. Cancer of the head and neck. Philadelphia: W B Saunders, 1996:423-38.

Houck JR, Medina JE. Management of cervical lymph nodes in squamous carcinoma of the head and neck. *Semin Surg Oncol* 1995;11:228-39.

Kligerman J, Lima RA. Afecções cirúrgicas da cabeça e pescoço: tumores da faringe. In: Vinhães JC. Clínica e terapêutica cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997:322-9.

Mamelle G, Pampurik J, Luboinski B, et al. Lymph node prognostic factors in head and neck squamous cell carcinomas. *Am J Surg* 1994;168:494-8.

Marks JE. Treatment of tumors of the hypopharynx: radiation therapy. In: Thawley SE, Panje WR. Comprehensive management of head and neck tumors. Philadelphia: W B Saunders, 1987:756-74.

Robbins KT, Medina JE, Wolfe GT, et al. Standardizing neck dissection terminology: Official Report of the Academy's Committee for Head and Neck Surgery and Oncology. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:601-5.

Shah JP, Medina JE, Shaha AR, et al. Cervical lymph nodes metastasis. *Curr Probl Surg* 1994;30(3):273-344.

Spaulding CA, Hahn SS, Constable WC. The effectiveness of treatment of lymph nodes in cancers of the pyriform sinus and supraglottis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1987;13:963-8.

Thawley SE, Sessions DG. Treatment of tumors of the hypopharynx-surgical therapy of hypopharyngeal tumors. In: Thawley SE, Panje WR. Comprehensive management of head and neck tumors. Philadelphia: W B Saunders, 1987:774-812.

## V - CÂNCER DA LARINGE

### Larynx Cancer

#### INTRODUÇÃO

O câncer de laringe é um dos mais comuns a atingir a região da cabeça e pescoço, representando cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas. Aproximadamente 2/3 desses tumores surgem na corda vocal verdadeira e 1/3 acomete a laringe supraglótica. A associação entre o tabagismo, ingestão de álcool e o desenvolvimento de carcinoma epidermóide do tubo aéreo-digestivo superior tem se mostrado muito clara: mesmo com um tumor já diagnosticado, a persistência do tabagismo e do etilismo diminui o índice de cura do doente e aumenta a ocorrência de um segundo tumor primário. O segundo tumor primário ocorre frequentemente no trato aéreo-digestivo superior tem sido descrito em quase 25% dos pacientes que têm o primeiro câncer controlado.

A preservação da voz é um importante parâmetro de avaliação na indicação do tratamento.

Por causa de problemas clínicos relacionados ao hábito de fumar ou etilismo, muitos pacientes morrem de doenças intercorrentes. Pacientes que permanecem fumando durante a radioterapia parecem apresentar menor índices de resposta ao tratamento assim como sobrevida menor do que aqueles que pararam completamente de fumar. Portanto estes pacientes aconselhados antes do início da radioterapia, a parar de fumar.

Evidências têm mostrado a alta incidência de hipotireoidismo (30% a 40%) em pacientes que receberam radiação externa na tireóide e hipófise. Provas de função tireoidiana devem ser consideradas antes do início da terapia como parte do seguimento pós-tratamento.

#### Regiões Anatômicas

A laringe é dividida em três regiões anatômicas:

- A laringe supraglótica, que inclui epiglote, falsas-cordas, ventrículos, pregas ariepiglóticas e aritenóides;
- A glote, que inclui as cordas vocais verdadeiras e as comissuras anterior e posterior;

- A subglote, que começa a 1cm abaixo das cordas vocais verdadeiras e se estende até a borda inferior da cartilagem cricóide ou primeiro anel traqueal.

A drenagem linfática é inicialmente feita para os linfonodos jugulo-digástricos e jugulares médios. Dependendo do tamanho do tumor primário, de 25% a 50% dos pacientes apresentam acometimento linfonodal.

As cordas vocais verdadeiras são livres de linfáticos. Por isso, o câncer confinado à corda vocal raramente ou nunca apresenta acometimento de linfonodos. A extensão da lesão para cima ou para baixo das cordas vocais, pode cursar com invasão linfonodal. Tumores subglóticos primários, que são muito raros, drenam através das membranas crico-tiroideia e crico-traqueal para os linfonodos pré-traqueais, para-traqueais, jugulares inferiores e ocasionalmente, mediastinais.

### Classificação Histopatológica

A grande maioria dos cânceres da laringe são do tipo carcinoma epidermóide, que se classifica como graus bem, moderadamente e pouco diferenciado.

### Prognóstico

O prognóstico dos casos de lesões iniciais que não se disseminaram para linfonodos cervicais é muito bom, de 75% a 95% em 5 anos, dependendo da região anatômica e do grau de infiltração. Embora a maioria das lesões iniciais (T1) possa ser curada tanto pela radioterapia como pela cirurgia, o tratamento pelas irradiações parece ser o mais razoável devido à preservação da voz, deixando-se a cirurgia para o resgate, em caso de falhas ou recidivas pós-radioterapia.

Lesões localmente avançadas, especialmente aquelas com extensa invasão de linfonodos, são pouco controladas com cirurgia, radioterapia ou tratamento combinado. As metástases à distância são comuns, mesmo em pacientes com lesão primária controlada.

Lesões intermediárias T2/T3 têm prognóstico intermediário, dependendo da região, estadiamento T ou estadiamento N, assim como da performance status do doente. A recomendação terapêutica para estes pacientes é baseada em uma variedade de

complexos anatômicos, clínicos e sociais, os quais devem ser analisados caso a caso e discutidos em reuniões multidisciplinares.

Pacientes tratados de câncer da laringe têm um alto risco de recidiva nos primeiros 2 ou 3 anos pós-tratamento. As recidivas após o 5º ano são raras e geralmente representam um segundo tumor primário.

Um seguimento cuidadoso é crucial para detectar recidivas e aumentar as chances de resgate.

Os diversos resultados terapêuticos estabelecidos são:

#### • Tumores Glóticos - Sobrevida em 5 anos (%)

Estádios	Cirurgia	Radioterapia
I	90	80
II	80	60
III	50	50
IV	20-40	20

#### • Tumores Supra-Glóticos - Sobrevida em 5 anos (%)

Estádios	Cirurgia	Radioterapia	Terapia Combinada
I	80	90	95
II	75	70	80
III	50-60	50	70
IV	20-30	30	50

## 1. EXAMES DE AVALIAÇÃO

### 1.1 Confirmação Diagnóstica

**Biópsia:** laringoscopia direta com biópsia, pré ou per operatoriamente.

### 1.2 Extensão de Doença

- Exame geral da cabeça e pescoço: visa identificar a presença de outros tumores primários na região da cabeça e pescoço, assim como a detecção de linfonodos regionais metastáticos;

- Laringoscopia indireta: pode ser feita com uso de espelhos de Garcia ou óticas de 70º ou 90º que promovem melhor visualização do tumor;

- Laringoscopia direta com biópsia: deve ser utilizada nos casos em que a laringoscopia indireta não foi possível, ou em casos de exame indireto difícil em que se deseja melhor visualização ou avaliação da extensão de doença;

- Tomografia computadorizada ou de ressonância magnética está indicada, quando se pretende indicar alguma cirurgia parcial, ou quando se pretende avaliar a operabilidade de pacientes com recidiva ou em estádios muito avançados.

## 2. TRATAMENTO

Pequenas lesões superficiais sem fixação da laringe ou invasão de linfonodos são tratadas com sucesso ou por radioterapia ou cirurgia exclusiva, incluindo as ressecções a laser. A radioterapia pode ser selecionada com a intenção de se preservar a voz deixando-se a cirurgia para resgate de pacientes recidivados. Os campos e a dose de radioterapia são determinados pela localização e tamanho do tumor primário.

Uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos são também recomendados, sendo que alguns deles preservam a função vocal. Procedimentos cirúrgicos adequados devem ser considerados individualmente, conforme os problemas anatômicos identificados, a capacidade funcional do doente (performance status) e a habilidade individual dos profissionais envolvidos no tratamento. O câncer avançado da laringe é sempre tratado com a combinação de cirurgia e radioterapia.

Como os índices de cura para lesões avançadas são muito baixos, podem ser tentados ensaios clínicos explorando a quimioterapia, radioterapia hiperfracionada, rádio-sensibilizadores ou radioterapia com feixe de partículas.

O risco de metástase linfática cervical em pacientes com tumor de glote estágio I varia de 0% a 2% e, para lesões mais avançadas, como aqueles em estágio II ou III, está em aproximadamente 10% a 15%, respectivamente. Portanto não há a necessidade de se tratar eletivamente o pescoço de pacientes com tumores glóticos em estágio I ou pequenos tumores glóticos em estágio II. Entretanto sempre deve ser considerada a possibilidade do esvaziamento cervical eletivo para tumores mais avançados ou supra-glóticos. Para pacientes com câncer de subglote, é preferido o tratamento combinado, embora possa ser utilizado a radioterapia exclusiva em pequenas lesões (estádio I ou II).

### ESTÁDIO I

#### Tumor da Supraglote

- Radioterapia exclusiva, através de campos paralelos opostos látero-laterais e campo direto sobre região supraclavicular bilateral com feixe de fótons de 6 MV ou Co 60. Dose de 6.600cGy em 33 seções. Dose limitada em 4.500cGy na medula espinhal;
- Ressecção a laser (em casos selecionados), em base livre de epiglote.
- Opções para resgate de falhas à radioterapia:
  - Laringectomia supraglótica;
  - Laringectomia supra-cricóide com crico-hióidepexia (CHP);
  - Laringectomia total em pacientes com problemas respiratórios e sem condições para cirurgias parciais.

#### Tumor de Glote

- Ressecção a laser (lesões superficiais de 1/3 médio de corda vocal);
- Radioterapia, através de campos paralelos opostos látero-laterais com a utilização de filtro para compensar irregularidade do contorno. Dose 5.000 a 6.000cGy em 20 a 25 seções. Dose limitada a 4.500cGy na medula espinhal;
- Laringectomia fronto-lateral;
- Laringectomia supra-cricóide com crico-hióide-epiglotepexia (CHEP);
- Cordectomy a base de CO<sub>2</sub>.
- Opções para resgate de falhas à radioterapia:
  - Laringectomia fronto-lateral;
  - Laringectomia supra-cricóide com CHEP;
  - Laringectomia total.

#### Tumor de Subglote

- Radioterapia é o tratamento de escolha para a preservação da voz. A cirurgia é reservada para os casos em que ela falha. Plano radioterápico: campos paralelos opostos látero-laterais com a dose de 6.600cGy em 33 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada a 4.500cGy.

### ESTÁDIO II

#### Tumor de Supraglote

- Laringectomia supraglótica em lesões localizadas anteriormente que acometam epiglote, estendendo-se à falsa corda sem no entanto invadir o ventrículo;

- Laringectomia supracricóide com crico-hióidepexia em lesões de epiglote que alcancem as cordas vocais;
- Laringectomia “near-total” em lesões que acometam apenas um lado da laringe, não se estendam até as aritenóides e não se enquadrarem nas anteriores;
- Laringectomias total em lesões que acometam ambas as aritenóides;
- Ressecção a base de CO<sub>2</sub> em casos selecionados.

**Em casos cirúrgicos:** as indicações de cirurgias parciais devem ser feitas após uma cuidadosa seleção, avaliando as comorbidades, sobretudo em relação à idade e a capacidade respiratória.

**Em casos de pescoço negativo:** deve-se proceder ao esvaziamento cervical seletivo lateral (níveis 2,3,4), bilateralmente.

**Em casos de pescoço positivo:** deve-se proceder ao esvaziamento cervical radical ou radical modificado, dependendo da extensão da invasão do pescoço.

A radioterapia complementar será utilizada nos casos de doença primária que invade o espaço pré-epiglote e em casos de linfonodos cervicais com extravazamento capsular, ou mais de um linfonodo acometido.

Estes pacientes são tratados através de campos paralelos opostos látero-laterais com a dose de 5.000cGy em 25 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto.

### Tumor de Glote

- Laringectomia supracricóide com crico-hióide-epiglotepexia (CHEP), em casos de lesões que não acometam a comissura posterior, ou apofise vocal bilateral;
- Radioterapia, nos casos não elegíveis para procedimentos cirúrgicos parciais. As doses de 5.000cGy em 20 seções ou 6.000cGy em 30 seções são administradas através de campos paralelos e opostos, látero-laterais em região cervical, e campo direto sobre regiões supraclaviculares direita e esquerda, com fótons de 6 MV e ou Co60;
- Laringectomia total em casos que acometam a comissura posterior ou de falha à radioterapia;
- Laringectomia “near-total” em casos cirúrgicos com contra-indicação para laringectomia supra-cricóide ou radioterapia;
- Ressecção a base de CO<sub>2</sub> em casos selecionados.

### Tumor de Subglote

- Radioterapia, deixando-se a cirurgia para falhas dela, ou em pacientes cujo seguimento adequado pode ser difícil.
- A radioterapia é aplicada através de campos paralelos opostos látero-laterais, na dose de 6.600cGy em 33 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada em 4.500cGy.

### ESTÁDIO III

#### Tumor da Supraglote

- Laringectomia supracricóide (CHP) em casos de lesões com fixação de cordas vocais com aritenóide móvel ou que apresentem apenas invasão limitada do espaço pré-epiglótico (apenas 1/3 inferior). A invasão de subglote, comissura posterior e de aritenóides é contra-indicação cirúrgica formal;
- Laringectomia “near-total”, em casos de lesões que acometam apenas um lado da laringe, sem se estender à comissura posterior ou subglote;
- Laringectomia total, em casos que não se enquadrem nos anteriores (invasão maciça do espaço pré-epiglótico, fixação de aritenóides) ou em pacientes com acometimento pulmonar;
- Radioterapia definitiva em pacientes que não queiram ser tratados cirurgicamente: campos paralelos opostos látero-laterais em região cervical e campo direto sobre a região supraclavicular com a dose de 6.600cGy em 33 seções. A dose na medula espinhal é limitada a 4.500cGy;
- Radioterapia complementar em pacientes com tumor em estágio III pode melhorar o controle local da doença em casos cujo pTNM seja correspondente a estágio IV: campos paralelos opostos látero-laterais com a dose de 5.000cGy em 25 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto;
- Pacientes com pescoço negativo devem ser tratados com esvaziamento cervical seletivo lateral bilateral;
- Pacientes com pescoço positivo devem ser tratados com esvaziamento cervical radical ou radical modificado dependendo da extensão da invasão cervical.

*Indicações para pesquisa em grupos cooperativos:*

- Pacientes que requeiram laringectomia total para controle da doença pode-se tentar a combinação de quimioterapia pré ou concomitante à radioterapia. Nestes casos a laringectomia deve

ser efetuada em pacientes com menos que 50% de resposta à quimioterapia ou com doença persistente após a radioterapia;

- Uso de quimioterapia, radiosensibilizadores ou radioterapia com partículas.

### **Tumor de Glote**

- Laringectomia supracricóide com cricohióide-epiglotepexia (CHEP), em casos de lesões com fixação de cordas vocais com aritenóide móvel. A invasão de subglote, comissura posterior e fixação de aritenóides são contra-indicação cirúrgica formal;
- Laringectomia “near-total”, em casos de lesões que acometam apenas um lado da laringe e que não invadam a aritenóide, a comissura posterior ou subglote;
- Laringectomia total, em casos que não se enquadrem nos anteriores (invasão maciça do espaço pré-epiglótico, fixação de aritenóides) ou em pacientes com acometimento pulmonar;
- Radioterapia definitiva em pacientes que não queiram ser tratados com cirurgia: campos paralelos opostos látero-laterais com a dose de 6.600cGy em 33 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada em 4.500cGy;
- Radioterapia complementar em pacientes com tumor e estádios III poderá melhorar o controle local da doença em casos cujo pTNM seja correspondente a estágio IV: dose de 5.000cGy em 25 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto;
- Pacientes com pescoço negativo devem ser tratados com esvaziamento cervical seletivo lateral bilateral;
- Pacientes com pescoço positivo devem ser tratados com esvaziamento cervical radical ou radical modificado, dependendo da extensão da invasão cervical.

#### *Indicações para pesquisa em grupos cooperativos:*

- Pacientes que requeram laringectomia total para controle da doença pode-se tentar a combinação de quimioterapia pré- ou concomitante à radioterapia. Nestes casos, a laringectomia deve ser efetuada em pacientes com menos que 50% de resposta à quimioterapia ou com doença persistente após a radioterapia;
- Uso de quimioterapia, radiosensibilizadores ou radioterapia com partículas.

### **Tumor de Subglote**

- Laringectomia total em campo alargado, seguida por radioterapia complementar. A radioterapia é aplicada através de campos paralelos opostos látero-laterais, na dose de 6.600cGy em 33 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada em 4.500cGy;
- A radioterapia exclusiva pode ser indicada em pacientes que não são candidatos à cirurgia, e o seguimento deverá ser cuidadoso, para permitir cirurgia de resgate nos casos de recidivas locais ou cervicais. Dose 6.600cGy em 33 seções, limitadas em 4.500cGy na medula espinhal.

#### *Sob avaliação clínica:*

- A radioterapia hiperfracionada pode melhorar o controle local do tumor, assim como diminuir a toxicidade tecidual tardia;
- Uso de quimioterápicos, radiosensibilizadores ou radioterapia por partículas.

## **ESTÁDIO IV**

### **Tumor de Supraglote**

- Laringectomia total em campo alargado com radioterapia complementar. A radioterapia é aplicada através de campos paralelos opostos látero-laterais, na dose de 6.600cGy em 33 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada em 4.500cGy;
- Laringectomia “near-total” em casos selecionados e com radioterapia complementar (indicação de exceção).

### **Tumor de Glote**

- Laringectomia total em campo alargado com radioterapia complementar. A radioterapia é aplicada através de campos paralelos opostos látero-laterais, na dose de 6.600cGy em 33 seções. A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada em 4.500cGy;
- Laringectomia “near-total” em casos selecionados, com radioterapia complementar (indicação de exceção).

### **Tumor de Subglote**

- Laringectomia total em campo alargado e tireoidectomia;
- Radioterapia exclusiva para pacientes não candidatos à cirurgia: campos paralelos opostos látero-laterais, na dose de 6.600cGy em 33 seções.

A região supraclavicular é tratada com campo direto e a dose na medula espinhal é limitada a 4.500cGy.

**Obs.:** O paciente deverá ser assistido por fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo na sua reabilitação após cirurgia.

### Câncer Recidivado

O tratamento do câncer recidivado de supraglote, glote e subglote inclui cirurgia ou estudos investigacionais.

O resgate é possível para falhas ao tratamento cirúrgico exclusivo ou radioterápico exclusivo, e reintervenções cirúrgicas ou radioterápicas devem ser tentadas, se possível.

Pacientes selecionados podem ser candidatos à laringectomia parcial para tratamento de falhas à radioterapia.

Reserva-se a quimioterapia sistêmica para projetos de pesquisa.

### 3. EXAMES DE SEGUIMENTO

Os pacientes tratados de câncer da laringe devem manter uma rotina de acompanhamento em busca da detecção o mais precoce possível de qualquer recidiva, da lesão primária ou de metástase cervical.

Oroscopia, laringoscopia indireta ou direta e palpação do pescoço: mensal no primeiro ano; bimestral no segundo ano; semestral no terceiro ano; semestral a partir do terceiro ano; e anual após o quinto ano. Este exame deve incluir a cavidade bucal e cadeias linfáticas e a avaliação do estado geral do paciente (qualidade de vida / ganho ponderal).

- Radiografia simples (RX) de tórax, realizada anualmente;
- Esofagoscopia, realizada anualmente (segundo tumor primário);
- Avaliação da função tireoidiana logo após o término no tratamento cirúrgico e/ou radiográfico e tratamento do hipotireoidismo pós-radioterapia ou por tireoidectomia.

### NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas é considerada experimental ou irregular.

### BIBLIOGRAFIA

- Byers RM, Wolf PF, Ballantyne AJ. Rationale for elective modified neck dissection. *Head Neck* 1988;10:160-7.
- DeSanto LW. T3 glottic cancer: options and consequences of the options. *Laryngoscope* 1984;94:1311-5.
- Eiband JD, Elias EG, Suter CM, et al. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the larynx. *Am J Surg* 1989;158:314-7.
- Fagan JJ, D'Amico F, Wagner RL, et al. Implications of cartilage invasion in surgically treated laryngeal carcinoma. *Head Neck* 1998;20:189-92.
- Gallo O, Boddi V, Bottai GV, et al. Treatment of clinically negative neck in laryngeal cancer patients. *Head Neck* 1996;18:566-72.
- Houck JR, Medina JE. Management of cervical lymph nodes in squamous carcinoma of the head and neck. *Semin Surg Oncol* 1995;11:228-39.
- Kligerman J, Olivatto LO, Lima RA, et al. Elective neck dissection in the treatment of T3/T4 N0 squamous cell carcinoma of the larynx. *Am J Surg* 1995;170:436-9.
- Laccourreye H, Laccourreye O, Weinstein G, et al. Supracricoid laryngectomy with cricothyroidoepiglottopexy: a partial laryngeal procedure for glottic carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990;99:421-6.
- Laccourreye H, Laccourreye O, Weinstein G, et al. Supracricoid laryngectomy with cricothyroidopexy: a partial laryngeal procedure for selected supraglottic and transglottic carcinomas. *Laryngoscope* 1990;100:735-41.
- Laccourreye O, Brasnu D, Merite-Drancy A, et al. Cricothyroidopexy in selected infrahyoid epiglottic carcinomas presenting with pathological preepiglottic space invasion. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;119:881-6.
- Lima RA, Freitas EQ, Kligerman J, et al. Near-total laryngectomy for treatment of advanced laryngeal cancer. *Am J Surg* 1997;174:490-1.
- Lima RA, Freitas EQ, Kligerman J, et al. Near-total laryngectomy - functional results and outcome. *J Surg Oncol* 1999;70:139.
- Lima RA, Freitas EQ, Kligerman J, et al. Análise dos fatores prognósticos no carcinoma epidermóide avançado da laringe T3, T4/N0. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço* 1995;19:47-51.
- Lima RA, Freitas EQ, Kligerman J, et al. Supracricoid laryngectomy with chep: functional results and outcomeotolaryngol. *Head Neck Surg* 2001;124:258-60.

- Lima RA, Freitas EQ, Kligerman J, Sá GM, Santa IC, Farias T. Laringectomia supracríóide (CHEP) para câncer glótico. *Rev Col Bras Cir* 2001;28:254-8.
- Nicolai P, Zinis LOR, Tomenzoli D, et al. Prognostic determinants in supraglottic carcinoma: univariate and cox regression analysis. *Head Neck* 1997;19:323-34.
- Pera E, Moreno A, Galindo L. Prognostic factors in laryngeal carcinoma: a multifactorial study of 416 cases. *Cancer* 1986;58:928-34.
- Piquet J, Chevalier D. Subtotal laryngectomy with crico-hioido-epiglottopexy for the treatment of extended glottic carcinomas. *Am J Surg* 1991;162:357-61.
- Piquet JJ, Desaulty A, Decroix G. La Crico-hyoido-epiglottopexie: technique opératoire et résultats fonctionnels. *Ann Otolaryngol* 1974;91:681-6.
- Sandberg N, Mercke C, Turesson I. Glottic laryngeal carcinoma with fixed vocal cord treated with full-dose radiation, total laryngectomy or combined treatment. *Acta Oncol* 1990;29:509-11.
- Shaw HJ. A view of partial laryngectomy in the treatment of laryngeal cancer. *J Laryngol Otol* 1987;101:143-54.
- Spaulding CA, Hahn SS, Constable WC. The effectiveness of treatment of lymph nodes in cancers of the pyriform sinus and supraglottis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1987;13:963-8.
- Steiner W. Results of curative laser microsurgery of laryngeal carcinomas. *Am J Surg* 1993;14:116-21.
- Terhaard CHJ, Boer MF, Croll GA, et al. Prognostic factors for survival in patients with T3 laryngeal carcinoma. *Am J Surg* 1992;164:682-7.
- Vincentiis M, Minni A, Gallo A. Supraccricoid laryngectomy with cricohyoidopexy (CHP) in the treatment of laryngeal cancer: a functional and oncologic experience. *Laryngoscope* 1996; 106:1108-14.
- Weinstein GS, Laccourreye O. Supraccricoid laryngectomy with cricohyoidepiglottopexy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;111:684-5.
- Wolf GT, Hong WK, Fisher SG, et al. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* 1991; 324:1685-90.