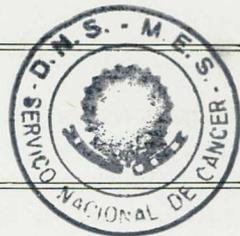


DIVULGAÇÃO



CÂNCER DA CABEÇA E DO PESCOÇO

JOHN J. CONLEY, M. D.

Pack Medical Group, New York

As pesquisas médicas e científicas sobre o problema do câncer têm sido muito intensificadas nos últimos dez anos. Este terrível mal mata mais de 200.000 norte-americanos anualmente; sua frequência continua aumentando e hoje é responsabilizado por 13,5 % de todas as mortes nos Estados Unidos. Ataca de modo igual os dois sexos em suas respectivas idades, mas é mais frequente nas 4ª, 5ª e 6ª décadas da vida humana. Órgão algum da economia escapa à sua devastação, si bem que tenha predileção característica pelo aparelho digestivo no homem e pelo genital na mulher. É mal traiçoeiro e inexorável que leva milhões de indivíduos à sepultura e deixa milhares outros mutilados e aterrorizados.

O câncer da cabeça e do pescoço tem sido de particular importância para nós e cremos que seu estudo será muito oportuno e valioso. Pode ser responsabilizado por cerca de 6 % de todas as mortes produzidas pelo câncer.

Dividiremos nosso trabalho, do ponto de vista prático, nos seguintes itens: 1) Câncer cutâneo da região frontal, das pálpebras, do nariz, região geniana, lábio superior, lábio inferior, pavilhão auricular, conduto auditivo, crânio e pescoço; 2) Câncer dos seios da face; 3) Câncer da cavidade bucal, incluindo os localizados na região palatina, rebordo alveolar, mandíbula, mucosa bucal, assoalho da boca, língua, amígdalas, lábios, naso-faringe, oro-faringe e hipo-faringe; 4) Câncer das glândulas salivares; 5) Câncer primitivo e metastático do pescoço; 6) Me-

lanomas malignos da face e do pescoço e 7) Linfomas malignos da cabeça e do pescoço, incluindo a doença de Hodgkin e a leucemia.

Até hoje se desconhece a verdadeira causa do câncer. Várias formas de irritação crônica e permanente têm sido estudadas como outros tantos fatores capazes de desencadear o câncer. Estes fatores podem ser internos ou externos. Entre os primeiros citam-se algumas moléstias específicas, moléstias por carência e reações degenerativas. No segundo grupo estudam-se os traumatismos, os agentes químicos e as irradiações. As ulcerações crônicas, as leucoplasias e os papilomas que resultam de irritações crônicas, frequentemente precedem o processo canceroso ou fazem parte integrante do mesmo.

Estas grandes forças de irritação e degenerativas existem na clínica diária e devem ser energeticamente combatidas. A mortalidade pelo câncer pode ser reduzida de 50 % pelo tratamento sistemático das lesões pré-cancerosas e pela eliminação dos fatores irritativos crônicos. Contudo, nós com isto não atingimos às forças básicas, intrínsecas, intra-celulares e bio-químicas que, como resultado de certas alterações em sua estrutura química, produzem a transformação dos tecidos sãos, em tecidos neoplásicos.

CÂNCER CUTÂNEO DA CABEÇA E DO PESCOÇO

A maioria dos casos de câncer cutâneo ocorre na face. Trata-se de localização relativamente frequente,

responsável por cerca de 2 % de todas as mortes produzidas pelo câncer. As variedades clínicas do câncer cutâneo são os carcinomas espino-celulares, os baso-celulares, melanomas malignos e adeno-carcinomas. O câncer baso-celular produz grandes destruições locais mas não dá metástases. O espino-celular e o baso-celular "adenóide cístico" (adenoid cystic basal cell cancer) comprometem mais a vida pela sua capacidade de dar metástases locais e à distância. Os melanomas malignos serão estudados em um capítulo a parte. Os adeno-carcinomas, que têm sua origem nas glandulas sebáceas e sudoríparas, são raros. São muito resistentes à radioterapia e devem ser tratados por amplas exérese cirúrgicas. Sua orientação terapeutica será estudada em conjunto com a dos carcinomas espino-celulares.

As irritações crônicas são consideradas como um dos fatores causais de algumas variedades de câncer cutâneo. As longas exposições ao sol, traumatismos constantes e repetidos, ulcerações crônicas, irritações químicas prolongadas, queimaduras pelo radium ou pelos raios X, reações degenerativas epiteliais, são outros tantos fatores incriminados.

O carcinoma baso-celular típico começa nas camadas profundas da pele como um nódulo firme, liso, ligeiramente saliente. A medida que este nódulo cresce, a epiderme que o recobre se torna cada vez mais fina, acabando por ulcerar-se na parte mais central da lesão. As bordas desta ulceração são elevadas e a lesão é essencialmente superficial. Com o crescimento do tumor a ulceração e a destruição vão se tornando cada vez mais extensas. Os carcinomas baso-celulares "adenóides císticos" são elevados, lobulados, em sua fase inicial. Mais tarde eles se ulceram também. Os espino-celulares as-

semelham-se mais a uma verruga cornificada e protuberante em seu estado inicial. Por debaixo desta cornificação existem pequenos nódulos. Eventualmente a lesão se ulcera, infiltra os tecidos vizinhos e torna-se destrutiva. Estas diversas variedades de câncer localizam-se em zonas de predileção na face. Os baso-celulares são mais frequentes nas pálpebras, nariz, mento e áreas pré-auriculares. Os carcinomas baso-celulares "adenóides císticos" preferem as pálpebras, o nariz e a região frontal. Os espino-celulares predominam na região geniana, na região frontal, no crânio, pavilhão auricular e lábios.

Não ha sintomas característicos. O que chama mais a atenção do médico e do doente é a ulceração crônica, de crescimento contínuo e que sangra com facilidade. Em geral não ha dór nem mal-estar.

O diagnóstico de câncer, em última análise, só pode ser feito por biopsia. Ou biopsia comum, do tipo pré-operatório ou exérese total da lesão se esta mede apenas 2 ou 3 milímetros e tem aspecto clínico de câncer. O diagnóstico tem que ser exato e deve ser feito o mais precocemente possível. Qualquer atraso ou insegurança pode custar a vida do doente.

O prognóstico do câncer cutâneo incipiente, tanto do baso como do espino-celular, é bom. Cerca de 90 % dos casos são curáveis nesta fase. Entretanto, destruindo e dando metástases, as possibilidades de cura caem rapidamente de 50 %.

Tanto a exérese cirúrgica, como o radium e os raios X podem ser usados no tratamento do câncer cutâneo da cabeça e do pescoço. Ha mesmo necessidade de recorrer-se a todos os agentes terapeuticos eficientes na luta contra tão terrível moléstia. Estes agentes devem ser usados em conjunto, uns

suprindo as faltas dos outros e nunca em contraposição. Em determinadas mãos uma técnica pode às vezes ser mais eficiente. Entretanto, não é possível ou não é prático, aplicar-se uma única técnica para tratamento de todos os tipos de câncer. Como resultado de toda a experiência que se vem acumulando, as orientações terapêuticas mudam e atualmente, em algumas clínicas dos Estados Unidos, ha uma tendencia a abandonar-se o uso intensivo das irradiações em troca de maiores indicações cirúrgicas e de uma técnica cirúrgica mais radical.

Se bem que o câncer cutâneo seja muito acessível às irradiações, ele é bastante resistente às mesmas. As lesões pequenas e superficiais são tratadas com sucesso pelas irradiações. Também seu emprego é de grande valor quando o câncer está localizado de modo tal que sua remoção cirúrgica venha prejudicar bastante a função de um órgão altamente especializado. Quando a infiltração é muito grande, a exérese cirúrgica encontra sua maior indicação. O uso intempestivo do radium ou dos raios X na cabeça e no pescoço pode trazer como maiores acidentes, a osteo-radionecrose, a condrite, úlceras post-irradiação e formação de catarata. O uso inadequado destas mesmas armas pode ser responsabilizado pelas recidivas do tumor, possibilidade de metástases e enfraquecimento dos tecidos, dificultando futura cirurgia ou nova irradiação. A cirurgia também tem seus perigos e suas desvantagens, principalmente no que toca às perturbações funcionais, formação de cicatrizes e efeitos plásticos. O princípio básico do ataque cirúrgico é a remoção total ou a destruição do neoplasma. Este ataque é planejado nas três direções: comprimento, largura e profundidade.

O *câncer da região frontal* é, em geral, do tipo espino-celular. Deve ser

tratado por larga exérese cirúrgica com sutura imediata da pele seguindo, de preferência, as pregas naturais da região. Na impossibilidade desta última hipótese, pode-se recorrer a um enxerto livre de pele total, retirado da região supra-clavicular, para cobrir a solução de continuidade resultante da exérese. Damos preferência à pele da região supra-clavicular porque sua coloração e sua consistencia se assemelham muito às da pele da face. Além disto, pode-se conseguir boa quantidade de pele de uma zona em que a cicatriz fica escondida. As plásticas por deslizamento ou pediculadas são pouco empregadas nesta região devido à elasticidade limitada do tecido com que se trabalha e às implantações pilosas do couro cabeludo, das sobrancelhas e das pestanas. Cerca de 30 % destes cânceres dão metástases para os gânglios pré e infra-auriculares.

O *câncer das pálpebras*, na maioria dos casos, é da variedade baso-celular. Esta localização acarreta os problemas da paralisia palpebral, do ectropion e da epifora. Pode-se ressecar cerca de 35 % de toda a pálpebra sem grandes perturbações funcionais. Isto se consegue descolando o restante da pálpebra segundo um plano horizontal e usando a parte assim liberada numa plástica por deslizamento. Se a lesão fôr superficial e puder ser extirpada pela remoção só da pele e do tecido sub-cutâneo, a exérese deve ser mais larga e a perda de substancia corrigida, na pálpebra superior, por extenso deslocamento e sutura direta. Na pálpebra inferior o uso desta técnica é limitado pelo perigo do ectropion, sendo preferível um enxerto de pele total. As perdas de substancia produzidas no canto interno ou no externo poderão ser corrigidas por deslizamentos ou pequenos retalhos pediculares retirados da pálpebra superior ou da região geniana, ou ainda por en-

xertos livres para evitar a formação de rugas. A reconstrução total das pálpebras pode ser feita por meio de plásticas pediculadas rotativas. Cerca de 25% dos carcinomas espino-celulares e dos baso-celulares "adenóides císticos" das pálpebras dão metástases para o pescoço.

O carcinoma do nariz é, na maioria dos casos, da variedade baso-celular. Os pequenos tumores desta região devem ser extirpados e a pele suturada por aproximação direta. Se a lesão mede mais de 3 a 4 centímetros e está localizada no dorso, deve-se preferir um enxerto de pele total. Se a sua localização se faz porém numa das asas do nariz, pode-se recorrer a uma plastica pediculada rotativa da região geniana. Na ponta do nariz, se a perda de substancia não fôr muito grande, pode-se fazer um transplante de lóbulo da orelha. Nas perdas limitadas da asa do nariz, obtêm-se resultados muito satisfatórios com enxertos totais livres de pavilhão auricular. Nas grandes perdas há necessidade de transplante de grandes massas de tecido por meio de plásticas pediculadas e tubuladas. Muito recomendavel nestes casos é um processo em três tempos com retalho em foice retirado da região temporal. Estes cânceres raramente dão metástases precoces.

Na região geniana, via de regra, o câncer é espino-celular. Depois da exérese de lesões pequenas, a ferida operatória pode ser fechada completamente com auxílio de deslocamentos mais ou menos extensos e seguindo as linhas de Langer. Deve-se ter cuidado para evitar o ectropion. As feridas maiores são fechadas por meio de plasticas por deslizamento. Conseguem-se grandes retalhos cutâneos pediculados utilizando a pele e o tecido sub-cutâneo da face e da parte superior do pescoço. Cerca

de metade da face pode ser reparada por este método, que permite também a reconstrução simultânea das pálpebras. Nas perdas de substancia muito grandes ha necessidade, às vezes, de dois ou três retalhos para a face e mais um para cobrir a área do pescoço que deu o enxerto. De modo geral, quando a exérese do câncer cutâneo exige uma ressecção muito profunda, os enxertos pediculados ou por deslizamento dão melhores resultados do que os livres. Cerca de 20 % destes cânceres dão metástases nos gânglios pré-auriculares ou cervicais.

O câncer da pele do lábio superior é, em geral, da variedade espino-celular. E' menos frequente, porém de prognóstico mais sombrio do que o câncer do lábio inferior. A reconstrução cirúrgica do lábio superior é muito difícil. Os pequenos tumores superficiais são ressecados até à camada muscular, suturando-se a ferida operatória depois dos descolamentos necessários. Por este processo podem ser tratados, com bons resultados plásticos, os cânceres localizados no sulco sub-nasal, na orla cutâneo-mucosa e os que ficam próximos à asa do nariz. As lesões superficiais que medem cerca de 1/2 cm. de diametro exigem, para sua correção, pequenos retalhos pediculados ou plásticas por deslizamento. Se o câncer estiver localizado perto da orla cutâneo-mucosa e se estender em profundidade, é preferível fazer a ressecção de toda a espessura do lábio. 30% de um lábio podem ser ressecados em sua espessura total e a ferida fechada diretamente, sem recorrer-se a plásticas. Nos grandes processos carcinomatosos, cerca de 30 a 80% do lábio superior podem ser extirpados em toda a sua espessura, fechando-se depois a ferida com o recurso de plásticas por deslizamento bilaterais. Se o descolamento fôr inferior a 2 cms. em cada bochecha, a cicatriz pode ficar es-

condida sob o sulco naso-labial. Há casos porém em que a mobilização exige incisões paralelas que podem ir até o pavilhão auricular. A reconstrução total do lábio superior se faz melhor com plasticas pediculadas. Quando a ressecção do lábio atinge 80 %, a mobilidade residual é muito pequena. Contudo, pode-se utilizar a musculatura da bochecha e do lábio inferior para reorganizar os movimentos do lábio superior. Cerca de 20 % destes carcinomas dão metástases para o pescoço.

O câncer cutâneo da margem da orelha é, em geral, do tipo espinho celular. Seu melhor tratamento consiste na ressecção angular de toda a parte lesada. Isto acarreta quasi sempre uma diminuição do tamanho do pavilhão. Contudo, os contornos e o formato são conservados e os resultados plásticos são bons. Quando o câncer é superficial e está localizado numa das faces, anterior ou posterior, do pavilhão, impõe-se a sua ressecção simultaneamente com um pedaço da cartilagem, recorrendo-se depois a uma plástica com enxerto de pele total tirado da região supraclavicular. A deformidade resultante da ressecção de extensões relativamente grandes de cartilagem é pequena, uma vez que a estrutura básica cartilaginosa não se altere. Nos grandes tumores ha necessidade de realizar-se uma amputação parcial da orelha, recorrendo-se depois ao uso de uma prótese. Não havendo recidiva e se o doente estiver se dando bem com a prótese, nada mais deve ser feito. A reconstrução cirúrgica do pavilhão auricular só deve ser tentada depois de se ter uma base razoavel de estar afastado o perigo da recidiva e depois de explicar-se ao doente as dificuldades técnicas do processo. Os pequenos cânceres da pele do conduto auditivo externo são extirpados através de uma incisão por dentro do canal, fazendo-se imediatamente

um enxerto livre de pele. Os grandes tumores do conduto auditivo exigem ressecção de toda a orelha, da pele circunvizinha e da mastóide. A ferida resultante é recoberta por um enxerto livre de pele enquanto o doente fica em observação até poder usar uma prótese. Cerca de 30 % destes cânceres dão metástases para o pescoço. As lesões do conduto auditivo externo são mais malignas e dão metástases mais precoces para o ouvido médio, mastóide e cerebros.

O câncer cutâneo do pescoço é, em geral, da variedade espinho-celular e deve ser ressecado segundo um plano horizontal, elíptico. Os tecidos vizinhos são descolados e faz-se uma sutura direta. As vezes, ha necessidade de enxertos livres. Cerca de 20 % destes cânceres dão metástases para os gânglios cervicais.

Os cânceres localizados no couro cabeludo são, em geral, da variedade espinho-celular e podem atingir dimensões relativamente grandes antes de serem percebidos. Devem ser largamente ressecados e as bordas da incisão aproximadas quando possível. O couro cabeludo não é elástico. Ha, por conseguinte, maior indicação para enxertos livres, mesmo em áreas pequenas. As áreas enxertadas poderão ser recobertas por cabeleiras postiças ou com artificios de penteado. Nos casos muito avançados o tumor pode comprometer a resistente fascia occipito-frontal. Nestes casos o peri-crânio fica exposto. A granulação pode ser estimulada fazendo-se pequenas perfurações da tábua óssea, em antecipação aos enxertos cutâneos. Estes cânceres raramente dão metástases.

CÂNCER DOS SEIOS PARA-NASAIS

O câncer dos seios para-nasais constitui cerca de 0,2 % de todos os

casos de câncer e 3% deles se localizam nos sistemas respiratório e digestivo superiores. Predomina no sexo masculino (65%) e é mais frequente nas 6ª e 7ª décadas. O tipo histológico mais comum é o espino-celular ou epidermóide. Mais raramente encontram-se outras variedades como sarcomas, carcinomas anaplásticos, adenocarcinomas, carcinomas "adenóides císticos" e tumores malignos muco-epidermóides. Desconhecem-se os fatores que originam ou facilitam o desenvolvimento deste tumores. Os sintomas iniciais são raros e em geral só se manifestam quando o tumor já atingiu grau bem adiantado do seu desenvolvimento. O primeiro e, muitas vezes único sintoma, é o aparecimento do próprio tumor, que se manifesta nas regiões palatina, geniana, para-nasais ou post-orbitarias. Esta ocorrência significa que já houve destruição óssea e expansão produzidas pelo crescimento do tumor. Mais tarde podem surgir epistaxis, obstrução nasal e sensação de pressão. Não ha dor nem mal-estar nos estadios iniciais da moléstia.

O câncer do seio maxilar é o mais frequente e, felizmente, comporta melhor prognóstico. Quando se localiza no assoalho do antro, perfura o palato e pode ser convenientemente tratado pela ressecção do maxilar superior. A localização em qualquer das outras paredes do seio maxilar é muito mais grave devido às zonas que invade: parede mediana — etmóide; parede anterior — bochecha; parede lateral — fossa pterigoidea; parede posterior — esfenóide e parede superior — cavidade orbitária. O tratamento cirúrgico nestes casos compreende também a exérese de toda a área invadida.

O câncer dos seios etmoidais quando diagnosticado, em geral, já invadiu a cavidade nasal, o seio maxilar ou a

orbita. Nestes casos a melhor orientação terapeutica é uma pan-sinusectomia acompanhada, às vezes, de enucleação do globo ocular. Esta ressecção deve ser feita a bisturi electrico.

O câncer localizado nos seios esfenoidais ou os que a eles se propagam provenientes dos seios vizinhos, raramente são curáveis. São muito raros os tumores malignos primitivos dos seios frontais ou a invasão secundária destes seios. Os cânceres localizados nestes dois últimos grupos de seios aéreos são tratados pela ressecção cirúrgica completada pelas irradiações nos casos indicados.

A reconstrução plástica da face depois das operações radicais por cânceres dos seios, levanta um problema inteiramente diverso do que se segue à exérese do câncer cutâneo. Este último é superficial e pode ser diagnosticado com facilidade desde seu início. Os seios da face porém estão profundamente situados e uma das condições indispensaveis para se garantir a boa evolução do processo é a possibilidade de se inspecionar diretamente, de tempos em tempos, a área operada. Qualquer recidiva poderá ser assim precocemente diagnosticada e tratada. Se a área operada for completamente coberta, estas recidivas poderão passar despercebidas. Nos casos em que só se faz a ressecção do maxilar superior, a perda de substancia resultante pode ser preenchida com uma prótese dentária. Nas pan-sinusectomas acompanhadas de enucleação, a ferida operatória não deve ser totalmente fechada, deixando-se uma janela para as cavidades sinusais. Esta janela poderá ser utilizada para inspeção rotineira e através dela poderá ser feita a terapeutica nos casos indicados.

O prognóstico do câncer dos seios, tanto dos que vêm para cirurgia co-

mum ou eletro-cirurgia ou irradiação, é mau. A cura não vai além de 15%. A moléstia pode ficar localizada durante meses e anos, mas, eventualmente, pode dar metástases para o pescoço, cavidade torácica ou cérebro.

CÂNCER DA CAVIDADE BUCAL

O câncer da boca ou da cavidade bucal é mais frequente do que se pensa. Representa 4% de todas as localizações e 70% de todos os casos localizados nos tratos respiratório e digestivo superior. Predomina francamente no sexo masculino. Cerca de 90% dos cânceres do lábio inferior e do assoalho da boca e de 80% dos localizados na língua, amígdalas, palato, bochecha e rebordo alveolar, se desenvolvem no homem. A incidência é maior nos indivíduos de idade madura e nos velhos.

Como fatores reconhecidamente produtores do câncer na cavidade bucal, reconhecem-se a super-exposição aos raios solares e o traumatismo provocado pelo uso do cachimbo quente nos casos de câncer do lábio inferior. São frequentes as glossites lúéticas ou não específicas no câncer da língua. Os indivíduos que costumam mascar nóz de Betel (Burma) são frequentemente sujeitos à câncer da bochecha. É mais frequente a incidência do câncer da boca nos grandes tabagistas. As irritações produzidas pelo uso de dentaduras mal ajustadas ou o hábito crônico de morder a mucosa bucal que tem alguns indivíduos, são também fatores importantes. Cerca de 90% dos cânceres da boca são epidermoides. Os restantes 10% estão distribuídos entre adeno-carcinomas, carcinomas espinocelulares, sarcomas osteogênicos, carcinomas muco-epidermoides malignos, linfomas e melanomas. Muitos destes cânceres são bem diferenciados e de baixa malignidade. Os tumores menos diferenciados e mais malignos situam-

se, de preferência, na parte posterior da oro-faringe, amígdalas e base da língua. Apesar de serem os cânceres da boca acessíveis e superficiais, nem sempre são reconhecidos e diagnosticados precocemente e isto principalmente porque são lesões absolutamente indolores na sua fase inicial. O edema e o mal-estar só surgem quando a lesão se ulcera e a infecção secundária produz um processo local de celulite ou adenopatia. Há mesmo cânceres da boca que só são diagnosticados depois que se desenvolve uma adenopatia metastática no pescoço. O diagnóstico é firmado, a não ser nos pequenos cânceres do lábio, pela biopsia pré-operatória. Deve-se tomar como regra absoluta a biopsia sistemática de todas as lesões crônicas ulceradas da boca; no diagnóstico diferencial destas lesões, o câncer é o mal mais importante e deve ser pesquisado com toda a minúcia. As estatísticas mostram que a curabilidade melhora em 100% com o diagnóstico e o tratamento precoces. Conclui-se daí que os doentes devem mandar examinar periodicamente a boca, com inspeção e palpação cuidadosas, além do exame geral de rotina. A lesão cancerosa mais típica na boca é uma ulceração vermelha, granulosa, com bordas elevadas e endurecidas. O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com a goma sífilítica, tuberculose, angina de Vincent, ulcerações crônicas, traumatismos e deficiências tissulares que, entretanto, em hipótese alguma, podem prejudicar o diagnóstico de câncer.

O câncer do lábio inferior é responsável por 0,3% de todas as mortes por câncer. A incidência desta localização é grande, mas a curabilidade também é alta, cerca de 80%. As pequenas lesões devem ser tratadas pelos raios X ou pela cirurgia e as maiores pela ex-

rese cirurgica. Os cânceres pequenos são extirpados por meio de ressecções amplas, em cunha. Até 30% do lábio inferior podem ser ressecados e as bordas da incisão operatoria diretamente aproximadas sem grandes dificuldades e sem alteração da função. As lesões maiores exigem a ressecção de mais de 30% do lábio e esta perda de substancia pode ser reparada por meio de retalhos laterais, tirados da bochecha, por deslizamento, usando-se a mucosa para confecção de novo sulco gengivo-labial e borda corada do lábio. Si houver necessidade, estes retalhos podem ir até o ângulo da mandíbula. Si não se fizer um novo sulco gengivo-labial em boas condições, o paciente ficará babando. Nos casos em que fica destruída toda a musculatura, a mobilidade será praticamente nula, si bem que se possa, às vezes, conseguir alguma coisa com o uso dos músculos da bochecha. Raramente ha necessidade de recorrer-se a enxertos tubulados ou pediculados.

O *câncer primitivo do pálato mole e do pálato duro*, é raro. Mais frequentemente estas regiões são invadidas por processos tumorais oriundos do maxilar superior, rebordo alveolar, amígdalas e naso-faringe. Cerca de 35% dos casos são curáveis. O tratamento pode ser feito pelas irradiações, pela exérese cirurgica simples ou com bisturi elétrico ou por qualquer forma de combinação destes três processos. As pequenas lesões do pálato mole são extirpadas e reparadas sem grandes prejuízos à deglutição e à fonação. Grandes perdas de substancia do pálato duro ou do pálato mole podem ser cobertas por próteses dentárias. Nos carcinomas extensos do pálato ha necessidade de ressecar grandes porções do seio maxilar, do rebordo alveolar e do assoalho do nariz. Uma prótese dentária fixada na frente no assoalho da narina

e atraz na borda do pálato mole corrige perfeitamente o defeito resultante destas grandes ressecções.

O *câncer da mandíbula e dos alvéolos* é responsável por cerca de 0,6% de todas as mortes por câncer. A afecção é pouco frequente e a percentagem da cura aproxima-se dos 30%. O tratamento é essencialmente cirurgico. A lesão se inicia nas partes moles do alvéolo ou no periosteo da mandíbula. No primeiro caso verifica-se a existência de uma ulceração vermelha, granulosa e no segundo edema ou tumefacção. As lesões pequenas, com menos de 2 cms. de diâmetro, são raras. Em geral elas invadem o assoalho da boca, a língua ou a bochecha. Nos poucos casos de carcinoma limitado ao alvéolo, deve-se fazer uma ressecção parcial do mesmo e da mandíbula. O rebordo inferior da mandíbula deve ser conservado para manter a continuidade do arco. Em casos mais avançados ha indicação de uma ressecção segmentária da mandíbula. Nestes casos desaparece a continuidade do arco mandibular e recorre-se então a um enxerto livre, osteo-perióstico tirado do ilíaco, enxerto este que será mantido em sua posição por fixação interna. Quando o câncer vai além deste estadio inicial, deve-se recorrer a um tipo mais radical de cirurgia: ressecção da mandíbula e do conteúdo cervical em sua continuidade, ou, em casos ainda mais avançados, mandíbula, assoalho da boca, língua e conteúdo cervical. Os enxertos osseos livres nestes últimos casos, em que ha grande perda de substancia, muitas vezes são mal sucedidos. Pode-se então recorrer a próteses com metais inertes ou matéria plástica, na restauração da mandíbula. Deve-se contudo ter sempre em mente que cirurgia alargada significa sempre tumor muito amplo e, nestes casos, a repara-

ção assume um caráter secundário. Quando o paciente fica só com a metade da mandíbula, uma prótese dentária pode dar uma reabilitação parcial.

O *câncer da mucosa bucal* pode ser responsabilizado por 0,2 % de todas as mortes por câncer. Trata-se de uma localização rara com uma percentagem de cura de cerca de 30 %. É muito frequente a sua associação à leucoplasia e surge, na maioria dos casos, como uma ulceração vermelha, lisa, em qualquer parte da mucosa geniana, desde a commissura labial até o ramo ascendente. O tratamento deve ser feito pela cirurgia ou pelos raios X ou por ambos. A ressecção de pequenos carcinomas nesta localização não é difícil. Contudo, tumores muito desenvolvidos só podem ser tratados a custa de grandes deformidades, com sacrifício de parte do facial e do canal de Stenon. Nestes casos a reconstrução plástica pode ser feita quasi sempre com retalhos tubulados ou pediculados.

O *câncer do assoalho da boca* pode ser responsabilizado por 0,4 % de todas as mortes por câncer. É pouco frequente e somente cerca de 25 % dos doentes se curam. Aparece sob a forma de uma ulceração vermelha, granulosa, que pode mesmo passar despercebida até atingir regular tamanho. O tratamento deve ser feito pela cirurgia ou pelas irradiações ou pelos dois métodos. O acesso cirúrgico ao assoalho da boca é dificultado pela presença do arco mandibular. Contudo, nos estádios iniciais, pode-se fazer uma ressecção perfeita sem abrir o arco da mandíbula. Nos casos mais avançados há invasão da língua, dos alvéolos, da mandíbula e até do pescoço. O tratamento consiste na ressecção de todas estas estruturas em um só bloco. Os problemas post-operatórios são os mesmos já estudados a propósito do carcinoma da mandíbula.

O *câncer da língua* é responsável por 0,7 % de todas as mortes por câncer. Não é muito frequente e seu índice de cura atinge cerca de 28 %. Contudo, quando tratado precocemente, esta percentagem atinge o dobro. É surpreendente e desanimador verificar que, apesar do hábito de escovar os dentes diariamente, de procurar o dentista, os médicos e as clínicas, tantos casos de câncer intra-oral, que poderiam ser facilmente visualizados, atinjam tão grandes proporções antes de que qualquer tratamento útil seja instituído. O câncer localizado nos 2/3 anteriores da língua é, em geral, cirúrgico, se bem que o radium e os raios X não devam ser excluídos. A língua é um órgão acessível, movel, associada intimamente à deglutição, articulação de palavras, gosto e mastigação. A extirpação de pequenos tumores da ponta ou das bordas da língua não reduz sua capacidade funcional e a própria hemiglossectomia traz uma incapacidade apenas moderada. A glossectomia total traz uma incapacidade total durante alguns meses, mas, a pouco e pouco, as funções de deglutição e articulação das palavras são recuperadas. Quando se fazem extensas ressecções do revestimento epitelial da língua, por leucoplasia ou câncer, é conveniente recorrer-se a um enxerto livre de pele para evitar retrações cicatriciais muito grandes e manter a mobilidade da porção restante. Nos casos mais avançados, há, em geral, invasão do assoalho da boca, da mandíbula e do pescoço. Todas estas formações podem ser ressecadas em sua continuidade. Já nos referimos ao que deve ser feito, nestes casos, quanto à ferida operatória, bem como os cuidados subsequentes.

O *câncer do naso-faringe* é responsável por menos de 0,1 % de todas as mortes por câncer. É um tumor raro,



porém de alta malignidade, sendo quatro vezes mais frequente no homem do que na mulher. Não se conhece nenhum fator etiológico, si bem que sua grande predominância nas raças orientais possa fazer pensar numa predisposição congênita. As variedades histológicas mais frequentes são os carcinomas anaplásticos e os linfo-sarcomas. Os sintomas ou sinais iniciais são raros e imprecisos; em geral, quando o tumor surge nas choanas ou nos orifícios das trompas de Eustaquio, já ocorreram metástases no pescoço ou houve invasão da base do crânio. Muitas vezes mesmo o primeiro sintoma é um nódulo cervical. O diagnóstico pode ser feito visualizando o naso-faringe pela técnica indireta com um espelho e pela biopsia. Esta biopsia pode ser feita com mais facilidade passando-se uma pinça reta através do assoalho da cavidade nasal até à região do naso-faringe. Nos casos iniciais ha muitas vezes necessidade de repetir as biopsias até se chegar a um diagnóstico positivo. A palpação e a naso-faringoscopia podem ser auxiliares valiosos na elucidação diagnóstica. O tratamento deve ser feito sistematicamente pelos raios X e pelo radium. São tumores anaplásticos e felizmente sensíveis às irradiações, tanto no naso-faringe como nas regiões cervicais. Cerca de 25 % destes doentes se curam.

O *câncer da amígdala* é responsável por cerca de 0,2 % de todas as mortes produzidas por câncer. Trata-se de uma localização rara e altamente maligna. Não ha sintomas enquanto a lesão não se ulcera e surge a dor em consequência da infecção secundária. Nos estadios mais avançados o tumor invade o palato, a laringe e a faringe, tornando-se a dor nestes casos muito intensa e de difícil tratamento. Sob o ponto de vista histológico estes tumo-

res são carcinomas epidermoides anaplásticos ou linfossarcomas. Dão precocemente metástases cervicais e encontram sua melhor terapeutica nas irradiações. O índice de curabilidade oscila em torno de 20 %.

O *câncer das paredes da faringe* é responsável por cerca de 0,3 % de todas as mortes por câncer. Tumor raro e de grande malignidade. Não ha sintomas na fase inicial. A medida que o mal progride surgem dores rebeldes e disfagia. Cerca de 90 % destes tumores são do tipo epidermoide ou espinocelular. As irradiações, que têm sido até hoje muito usadas no seu tratamento, dão uma cura de 5 % somente. Hoje ha uma maior tendencia para a cirurgia nestes casos.

CÂNCER DAS GLANDULAS SALIVARES

Cerca de 85 % dos tumores das glandulas salivares se localizam na parótida e 15 % nas glandulas sub-maxilares. Na parótida, em 25 % dos casos trata-se de tumor maligno e nas glandulas sub-maxilares esta percentagem sobe para 75 %. Os tumores mistos benignos mostram frequentemente uma degeneração maligna. Os tumores malignos da parótida raramente dão sintomas iniciais. Eles mostram uma certa tendencia a permanecerem localizados e só raramente se mostram invasores. Eventualmente contudo eles podem infiltrar ou comprimir o facial. Nos tumores malignos das glandulas sub-maxilares, ha em geral, fortes dores.

O diagnóstico é feito de preferencia pela biopsia por aspiração.

O tratamento consiste em largas exéreses cirurgicas associados à irradiação, sendo que esta última também pode ser usada isoladamente. A paro-



tidectomia total é uma intervenção difícil, mas a ressecção de qualquer dos lobos laterais da glandula pode ser feita sem dificuldade. Na região parotídea o facial pode ser exposto no buraco estilo-mastoideo e, si não estiver comprometido pelo processo blastomatoso, deve ser poupado. No caso de invasão, não deve haver hesitação em seccionar o tronco principal ou qualquer de seus ramos. Nesta última hipótese um levantamento parcial imediato da face, associado a uma tarsorrafia lateral, será muito útil para corrigir a deformidade facial resultante. O facial deve ser poupado na cirurgia dos tumores mistos da parótida.

Os tumores malignos das glandulas sub-maxilares devem ser largamente ressecados em continuidade com uma dissecação cervical lateral. O índice de curabilidade oscila em torno de 50 %.

CÂNCER DO PESCOÇO

Os tumores malignos do pescoço podem ser primários ou secundários. O câncer secundário metastático dos ganglios cervicais é muito mais frequente do que o câncer primário do pescoço. Por outro lado, os linfomas malignos primários do pescoço, a saber linfossarcoma e moléstia de Hodgkin, são bastante frequentes. A orientação terapêutica em cada um destes tumores é bem diversa.

Uma das características principais da maioria dos cânceres da cabeça e do pescoço é a faculdade que eles têm de dar, quando não curados e em determinadas fases de sua evolução, metástases para os ganglios linfáticos cervicais. A disposição das cadeias ganglionares do pescoço é tal que alguns tumores primitivos da bôca, da faringe e da cavidade nasal, dão metástases características em determinados gru-

pos linfáticos. A presença de adenopatias cervicais de regular volume num adulto é de tal importância que imediatamente se deve fazer um exame meticoloso de toda a cabeça e do pescoço em busca da lesão primitiva. No caso de ser esta encontrada, deve se fazer imediatamente uma biopsia e o tratamento deve ser dirigido simultaneamente à lesão primária e à metástase ou sucessivamente, tendo, nestes casos, a lesão primária prioridade. A ressecção em bloco da região cervical lateral é o tratamento de escolha para as lesões metastáticas do pescoço. Esta ressecção pode mesmo ser bilateral uma vez que haja um intervalo de sete a dez dias entre a primeira e a segunda intervenção. Quando possível, deve-se fazer a exérese da lesão primária e das metástases cervicais em continuidade. Casos ha em que se pode ressecar em massa uma porção da língua, o assoalho da bôca, a mandibula e o conteúdo cervical. As irradiações são de pouco valor no tratamento das lesões anaplásicas e metastáticas do naso-faringe, da base da língua e da amigdalas.

Si a pesquisa do câncer primário, na cabeça e no pescoço fôr infrutífera, deve-se fazer um exame geral de todos os aparelhos do doente e também uma biopsia por aspiração da massa cervical. Muitas vezes consegue-se algum esclarecimento diagnóstico com estes recursos. Contudo ha uma pequena percentagem de casos em que é impossível descobrir a lesão primária mesmo depois das mais minuciosas pesquisas. Algumas vezes ela se manifesta acidentalmente, mas casos ha em que nem a autopsia consegue descobri-la. No caso de não ser encontrado o foco primário, mesmo assim deve ser feito o tratamento radical do secundário porque aquele pode ser criptico, muito pequeno ou estar latente.

O câncer primário do pescoço, excetuando o da tireóide e o das glândulas salivares, é extremamente raro. Os tumores dos restos branquiais embrionários constituem uma entidade clínica ainda duvidosa e os do corpusculo carotidiano são muito raros. Estes últimos devem ser tratados por métodos conservadores.

Os sarcomas primitivos das estruturas somáticas do pescoço não são raros. Ocorrem frequentemente na primeira e na segunda décadas da vida. Têm um caráter mais invasor e dão metástases pulmonares mais precoces do que os cânceres epiteliais. Seu tratamento consiste na exérese radical.

As leucemias, os linfossarcomas e a moléstia de Hodgkin, representam os linfomas malignos que se manifestam no pescoço. Trata-se, em geral, de adenopatias bi-laterais, difusas, moles, volumosas. A moléstia pode se manifestar também nas paredes torácicas ou nas cavidades viscerais. Raramente ela tem uma manifestação isolada no pescoço. Nestes casos indicam-se a ressecção cervical e as irradiações. O diagnóstico é feito pela biopsia. As irradiações dão 50 % de curas de 5 anos nestes casos.

MELANOMAS

Os melanomas são tumores de grande malignidade que se desenvolvem nas terminações dos órgãos tácteis. Surgem como tumores epidérmicos primitivos, resultantes de neoplasia dos filamentos destes órgãos terminais. As células nevicas podem ou não produzir pigmentos. Os melanomas amelanicos são considerados mais malignos do que os pigmentados. Cerca de 50 % destes tumores têm sua origem em nevus benignos pigmentados já existentes há muitos anos. Não se deve fazer confusão entre os nevus benignos

pigmentados e os neuro-nevus, que são muitas vezes precursores dos melanomas e os verdadeiros melanomas malignos. Nem tampouco o melanoma maligno deve ser confundido com o melanoma da pré-puberdade que é idêntico microscopicamente ao melanoma adulto, mas comporta um prognóstico menos grave.

Os traumatismos repetidos sobre as lesões benignas pigmentadas podem contribuir para sua degeneração maligna. Tais traumatismos são mais frequentes na face, ao fazer a barba e em regiões sujeitas a pressões ou irritações diárias, como as produzidas pelo colarinho, cinto ou sapatos.

Cerca de 34 % dos melanomas se localizam no pescoço e na cabeça. A moléstia é mais frequente na quinta década da vida e se distribue igualmente entre os dois sexos.

O diagnóstico é feito pela inspecção clínica. Não é aconselhável a biopsia pré-operatória. Em toda a lesão pigmentada que muda de cor ou de forma, principalmente si se torna maior, mais escura, de bordas elevadas, sangra, dóe ou dá sensação de prurido, deve ser levantada a idéia de melanoma. A confirmação diagnóstica é feita pelo exame microscópico da peça cirúrgica.

O único tratamento satisfatório é a exérese cirúrgica radical da lesão. Pelo menos de 6 a 10 centímetros de pele normal devem ser incluídos na ressecção. Na pele restante deve-se libertar o tecido gorduroso sub-cutâneo por mais cerca de 4 centímetros e extirpar-se este tecido sub-cutâneo em massa juntamente com a lesão. Em alguns casos a ferida cutânea pode ser fechada por simples aproximação mas, na maioria das vezes, há necessidade de reuorrer a enxertos livres de pele ou retalhos pediculados para cobrir a superfície cruenta. Si houver evidencia de

invasão metastática de gânglios linfáticos regionais, estes deverão ser incluídos na ressecção, fazendo-se uma dissecação em bloco do pescoço, em continuidade com a lesão primária e seu leito linfático. A chave do sucesso no tratamento dos melanomas reside sem dúvida na cirurgia radical. A percentagem dos casos que sobrevivem 5 anos, apesar-de tudo, não vai além de 10 a 15 %. Ha muito poucos casos de cura de melanomas das mucosas. Contudo os últimos resultados obtidos, indicam que a aplicação da cirurgia radical precoce pode melhorar estes resultados.

TÉCNICA DAS BIOPSIAS

Como o diagnóstico do câncer só pode ser feito pelo exame microscópico de um fragmento da lesão especialmente retirado com esta finalidade, deveremos também discutir a indicação e o uso das várias técnicas de biopsia. A forma mais simples, direta, se faz pela remoção de um fragmento de tecido canceroso por meio de uma pinça especial ou de um bisturi, com ou sem anestesia. Esta técnica é aplicável em todos os cânceres superficiais excetuando-se os melanomas malignos e pequenas lesões típicas em que o material para exame é a própria lesão radicalmente ressecada.

No diagnóstico dos linfomas malignos, cânceres primitivos e sarcomas e, às vezes, de carcinomas metastáticos da cabeça e do pescoço deve-se recorrer à anestesia local e amplas incisões a bisturi para proceder à biopsia.

Na técnica indireta de biopsia, recorre-se ao uso de um espelho para visualizar o tumor. Por meio desta imagem refletida e com o uso de pinças especiais pode-se retirar tecido para exame em casos de lesões do naso-faringe, da faringe e da laringe.

Qualquer que seja a técnica usada, os fragmentos devem ser sempre de

regular tamanho. Depois de colocados num pedaço de mata-borrão, são passados para um recipiente contendo formol a 40 %.

A biopsia por aspiração tem um valor muito maior do que o geralmente imaginado. Esta técnica é feita sob anestesia local, mergulhando uma agulha calibre 17 através de um pequeno pertuito feito na pele com bisturi. A massa tumoral é fixada solidamente com a outra mão. Adapta-se uma seringa à agulha e faz-se um forte vácuo a medida que esta é introduzida no tumor. Retira-se a seringa e depois de pequenos movimentos de rotação, puxa-se a agulha. O tecido que vem dentro da mesma é colocado numa lamina fazendo-se logo um esfregaço que é, a seguir, fixado. Esta técnica é de grande valor no diagnóstico dos tumores malignos das glândulas salivares, mandíbula, seios de face e particularmente do pescoço.

Na biopsia por congelação, em geral, usa-se uma incisão ampla. Tem grande vantagem ao estabelecer a extensão da invasão microscópica do câncer e a presença de lesões metastáticas durante a operação. Oferece também ao cirurgião a oportunidade de prosseguir imediatamente com uma operação radical quando dá um resultado positivo.

A técnica de Papanicolaou consiste em colher secreção de qualquer orifício em um frasco contendo álcool a 70% e enviar este material a pessoal especialmente treinado neste gênero de exame. É simples de execução e tem valor no diagnóstico do câncer em diversos órgãos. Tem contudo pouca indicação na maioria dos casos de câncer da cabeça e do pescoço, facilmente acessíveis a instrumentos que podem com facilidade retirar fragmentos para exame.