

CÂNCER DO LÁBIO E DA LÍNGUA. TRATAMENTO RADIOTERÁPICO -- RESULTADOS *)

NELSON CARVALHO

Qualquer erosão, fissura, papiloma, leucoplasia, tumefação, endurecimento ou ulceração da língua pode ser reconhecida pelo paciente, e deve ser examinada e diagnosticada por médico cuidadoso, desde o primeiro dia de aparecimento. Qualquer secura anormal, descamação, erosão, fissura, endurecimento, ulceração ou tumefação do lábio pode ser vista, sentida e diagnosticada.

O aumento da frequência do câncer e os insucessos de seu tratamento são devidos inteiramente à ignorância, à negligência ou pelo menos, à falta de atenção ao sintoma inicial. O primeiro médico consultado tem a melhor oportunidade para curar; a espera, ou falta de tratamento adequado, pode acarretar a perda da vida do paciente. É evidente assim, que nossa maior oportunidade para vencer o câncer da boca está na educação do público leigo, nos conhecimentos, na perícia, e no senso de responsabilidade do médico prático, primeiro a ter contacto com o paciente portador de lesão dos lábios ou da língua. Reais progressos podem ser feitos por esforços nesse sentido, maiores do que na busca de cura específica, melhora de aparelhamento ou mesmo do emprego de técnica especial que qualquer um possa apresentar para o tratamento dos casos avançados. No diagnóstico e tratamento das lesões pré-cancerosas e cancerosas iniciais está toda a possibilidade de cura. Em geral, seria aconselhá-

vel, que o médico examinasse a boca de todo paciente por ocasião de um exame e se esta se apresenta em má condição de higiene, (raízes dentárias, dentaduras causando irritação, fístulas, fissuras), medidas adequadas devem ser tomadas.

Uma erosão deve desaparecer quando se afasta a causa determinadamente e se institui tratamento pelo nitrato de prata, que deve ser usado com parcimônia. Já temos visto cânceres causados, sem dúvida alguma, por aplicações muito repetidas e intempestivas do nitrato de prata. Desde que a lesão não mostre tendência para a cura após algumas aplicações, deve ser abandonado o nitrato de prata. As fissuras podem também curar-se após uma ou duas aplicações de nitrato de prata; achamos porém, que melhores resultados são obtidos com a destruição eletro-térmica.

O papiloma é facilmente removido pelo bisturi elétrico após anestesia local.

A leucoplasia exige a cessação do uso do fumo, a remoção de toda irritação dentária e o tratamento da sífilis quando presente. Se a leucoplasia está em fase inicial, a simples alcalinização de boca é suficiente para curá-la. Quando a ceratinização já teve lugar, então o tratamento local pelo "rádium" se impõe, em quantidade suficiente para a *dose eritema*. Quando a placa de leucoplasia já apresenta tumefação, endurecimento ou ulceração, também o tratamento pelo "rádium" é aconselhável. Qualquer uma dessas 3 variedades sob as quais se apresenta a leucoplasia, pode ser ponto de partida para câncer.

* Trabalho do Instituto de Rádium São Francisco de Assis - São Paulo. Direção de: Dr. Nelson Carvalho, Dr. Carl Fried e Dr. Américo Rufino.

CÂNCER DO LÁBIO :

— Quanto mais escrevermos e falarmos sobre os sinais e sintomas iniciais e, sobre o sucesso favorável do tratamento pelo método mais simples, tanto menos serão tratados cânceres tardios, fazendo baixar a morbidade e a mortalidade do câncer do lábio.

Pfahler obtem 98% de curas de 5 anos nas lesões com menos de 1,5 cms., 68% nas lesões maiores e 48% quando já existem gânglios palpáveis.

O câncer do lábio é sempre um problema sério porque metástases extensas facilmente ocorrem, inclusive, nos casos iniciais. Entretanto um cuidadoso tratamento do paciente e da lesão, por ocasião do primeiro exame, pode melhorar as possibilidades de cura. O resultado final depende da prontidão com que o paciente procura o médico para elucidar o diagnóstico. O exame minucioso, o diagnóstico apurado são o primeiro passo. A existência de câncer ou não, pode ser estabelecida clinicamente por médico experimentado, mas o grau de malignidade ou de diferenciação celular, só o pode ser pelo exame microscópico de fragmento da lesão. Por isso, a biópsia é sempre necessária para essa finalidade e também, para os casos em que clinicamente não se pode afirmar com segurança a natureza maligna do processo. Mas, há sempre certo risco em praticá-la, sendo boa norma apresentar o resultado e tomar uma orientação terapêutica imediata.

No tratamento do carcinoma do lábio, a questão de maior interesse é a escolha do método a empregar, cirurgia ou irradiação, isoladamente ou em conjunto. O processo cirúrgico usualmente empregado, é a incisão em V da lesão local ou a ressecção total do lábio e dos gânglios cervicais de um ou dois lados. Quando se usa a irradiação, a lesão local é tratada com "rádium" aplicado em superfície ou dentro da massa do tumor. Em alguns

casos, as áreas de drenagem linfática são enquadradas para tratamento pelos raios X. Para avaliar e comparar as vantagens relativas da cirurgia sobre a irradiação, é conveniente dividir os casos em dois grupos: os que já apresentam e os que não apresentam gânglios palpáveis. Nos casos sem gânglios palpáveis, a simples excisão da lesão labial, tem muita vez se mostrando inadequada, provocando frequentes recidivas e eventual desenvolvimento de gânglios metastáticos. Com a cirurgia radical, as recidivas são menos frequentes. Bremer, fazendo uma revisão das estatísticas cirúrgicas, encontrou 66% de sobrevivência de 5 anos com a simples excisão local e 92% com a cirurgia radical. Resultados igualmente bons são obtidos sem que seja necessário recorre-se a processos tão radicais e deformantes, como demonstram as estatísticas publicadas por vários radioterapeutas.

No segundo grupo de casos, onde já são palpáveis os gânglios infartados, grande percentagem de casos já está fora do alcance cirúrgico; já são inoperáveis, devido a difusão da meléstia além da capsula ganglionar. Também, atualmente, não se consegue curar esses casos avançados pela irradiação. Todavia, esta proporciona resultados paliativos assás compensadores com sobrevivência prolongada em condições satisfatórias.

Nos casos limítrofes, quando já existem nódulos palpáveis, mas isolados e móveis, há grande divergência de opinião sobre o método de tratamento a ser empregado, pois nesses casos, nem sempre o infartamento ganglionar é maligno. Shedden encontrou gânglios palpáveis em 68% dos casos e destes, somente 20% eram malignos. Lennedy relatou que em 60% de seus casos com gânglios palpáveis, somente 33% o eram por câncer. É interessante, pois, anotar que, dos casos com gânglios palpáveis clinicamente, somente 25% apresentam-se histologicamente malignos. Por outro lado, nos casos onde não se

palpam gânglios, 10% já os têm invadidos pela moléstia na ocasião em que é feita a disseção cervical, profilática. Como não existem processos para determinar clinicamente quais os gânglios comprometidos pelo tumor e quais os inflamatórios, os cirurgiões dizem ser necessária a operação radical, o que permite enradicar a moléstia no caso de os gânglios estarem invadidos e eliminar uma ameaça potencial quando os gânglios forem apenas inflamatórios. Na opinião dos radioterapêutas, a baixa incidência de casos comprovadamente positivos não justifica um processo tão radical, com mortalidade operatória elevada, mutilação acentuada e prolongado período de hospitalização, principalmente porque êsses 25% de casos malignos podem ser vantajosamente tratados pelo método das irradiações.

O mais sério problema do tratamento do câncer do lábio, é antes de tudo o da difusão, isto é, a metástase. Quanto mais depressa o câncer do lábio for tratado, tanto menor a possibilidade de metástases em qualquer época. Daí ser sempre recomendável a irradiação profilática (com raios X) das regiões submentoniana e sub-maxilar, mesmo quando não apresentam gânglios palpáveis. Autores que seguem sistematicamente essa regra, apresentam melhores resultados estatísticos, tal Pfahler, que consegue 98% de curas de 5 anos. E como êle diz, os restantes 2%, que apresentaram tardiamente recidivas ganglionares, ficou apurado, não receberam a irradiação profilática. Essa, tem por finalidade tornar o tecido são menos receptível a difusão do câncer, ou poder destruir as células já instaladas, mas ainda não desenvolvidas em tumor palpável. Ewing é de opinião que os processos inflamatórios preparam o terreno para o desenvolvimento do câncer e sua propagação pelos linfáticos. É bem conhecida a eficiente ação dos raios X na cura daquê-

les. Por isso tudo, pode avaliar-se o valor da irradiação profilática.

O tratamento do câncer do lábio varia de acôrdo com o tipo da lesão. O câncer do lábio pode exteriorizar-se sob duas formas distintas: a infiltrativa e a papilomatosa. No primeiro caso, há em geral uma ulceração central, limitada por bordos endurecidos; o crescimento é relativamente lento e a excisão da lesão é quase sempre seguida de difusão ganglionar e recidiva. Metástases fazem-se frequente e precocemente neste grupo. A lesão papilomatosa apresenta-se fungóide, cresce rapidamente; é menos perigosa que a infiltrativa.

Empregamos em nossa Clínica a seguinte técnica de tratamento: Inicialmente irradiações externas sôbre os gânglios cervicais do mesmo lado da lesão. Para isso, usamos 200 Kv, filtros de 2 mm. de Cu., mais 1 de Al, 30 cms. de distância F.P. num total de 1.400 a 1.800 r, sendo 240 r por dia. Durante o período de tratamento local, o paciente é hospitalizado. Conforme o tipo da lesão, usamos o "rádium" em superfície ou intersticial. Com o "rádium" em superfície, moldes de massa plástica medindo aproximadamente de 1 a 2cms. de espessura, adaptado a todo o lábio, e extendendo-se para baixo a fim de ser fixado, são construídos para cada paciente. O molde é feito de tal maneira, que o lábio é repuxado para fora e para baixo, sendo que nessa posição, a lesão pode ser irradiada, sem dano para os tecidos vizinhos. O "rádium" em tubos filtrados por 1,0 mm. de platina, mais 1,0 de Al é colocado na superfície externa do molde, e distribuído pela periferia da lesão. Êste tratamento requer hospitalização por período de 3 ou 4 dias. O molde é deixado no lugar continuamente, exceto nas horas das refeições, com pequeno ou nenhuma sacrifício para o paciente. A dose aplicada é de aproximadamente 1.200 — 2.000 mgh. dependendo da extensão da lesão. De 10 a 14 dias, típica "rá-

dium" *membrana* aparece no local irradiado. Nessa ocasião o paciente queixa-se de ardência no lábio. Curativos devem ser feitos com compressas de água boricada ou com pomadas à base de vitamina A. A "rádium" mucite gradualmente desaparece, surgindo então, escara esbranquiçada que permanece de 2 a 4 semanas. Usualmente, durante êsse último período, o paciente de nada se queixa. A deformidade que permanece, depende da extensão da lesão. Assim, no tipo papilomatoso, em que a infiltração é pequena, a área curada pode ser indistinguível de área normal do lábio. No tipo ulcerativo, uma depressão permanece no local anteriormente ocupado pela lesão.

Nos casos em que há gânglios com metástases, maiores doses de raios X são empregadas abrangendo o pescoço, às vezes, de ambos os lados. Se com êsse método alguns gânglios não regredirem completamente, podem, após terminada a reação cutânea provocada pelo raios X, sofrer nova irradiação com tubos ou agulhas de "rádium".

CÂNCER DA LÍNGUA

Esta forma de câncer ganha importância, porque com exceção de alguns casos recentes, os resultados cirúrgicos são precários e obtidos à custa de grandes mutilações. Não se tem conseguido melhoras substanciais com êsse processo desde os dias de Butlin.

Com a introdução do "rádium" na prática médica, novas esperanças surgiram. Entretanto, no que diz respeito à cura da moléstia, as estatísticas de resultados finais já publicadas, deixam ainda muito a desejar. Verifica-se que os resultados, de maneira global, isto é, que abrangem tôdas as fases da doença, não dão mais 25% de curas de 5 anos. É verdade que a maior parte das estatísticas são sobre carregadas com casos avançados, cuja cura não se poderia esperar, o que preju-

dica os resultados globais e leva a pessimismo exagerado. Outra causa, que traz muita confusão na apreciação dos resultados finais, é a disparidade de classificação adotada pelos autores, o que impossibilita comparações.

Parece então óbvio que o primeiro passo para melhor entendimento do problema seria a adoção de classificação uniforme, baseada nas fases da moléstia. A retirada dos casos avançados para grupo à parte, faria melhorar de muito a estatística dos resultados finais.

As vantagens de um sistema uniforme de classificação, de acôrdo com a fase da moléstia, dispensaria maiores comentários, mas a verdade é que, relativamente ao câncer da língua, nada nêsse sentido foi feito. No câncer do colo do útero, os casos são agrupados em 4 estádios, bem discriminados e conhecidos. Ninguém, analisando resultados, vai comparar os casos das fases I e II com os das fases III e IV. Mas, no que tange ao câncer da língua, é ainda comum agruparem-se todos os casos simplesmente como "câncer da língua" tal se o problema fosse o mesmo para tôdas as localizações e fases da moléstia. Uma pequena lesão de 1 cm. de diâmetro, na margem da língua, que não compromete gânglios, é muito diferente de uma outra maciça, infiltrativa, com gânglios fixos. São dois estádios que estão longe de poderem ser comparados.

Repetidas tentativas foram feitas para encontrar um sistema de classificação que combinasse com apurada descrição da lesão primária e da invasão secundária. Devido ao fato de serem êstes dois problemas inteiramente diferentes, não somente em seus característicos clínicos, mas também no tratamento, pensou-se ser melhor dividi-los separadamente. O seguinte método de classificação, por fases da moléstia, que vem sendo usado há mais de 10 anos, por Richards, de Toronto, é simples e pode ser aplicado por todos com razoável uniformidade.

1 — *A Lesão Primária :*

Fase I — Lesão unilateral, medindo menos que 1,5 cms. de diâmetro.

Fase II — Lesão menor que 3 cms. de diâmetro com um correspondente grau de ulceração ou infiltração.

Fase III — Lesão atingindo metade da língua ou invadindo tecidos vizinhos.

Fase IV — Lesão atingindo mais da metade, ou toda a língua.

2 — *Invasão secundária :*

A classificação da invasão regional linfática é a seguinte :

Fase I — Ganglio pequeno, móvel, unilateral.

Fase II — Gânglio maior que uma azeitona, ainda único, unilateral ; ou nódulos pequenos, móveis, mas bilaterais.

Fase III — Metástases ganglionar maciça, imóvel, uni ou bilateral.

A adoção dessa classificação traria grandes vantagens para a apreciação dos resultados obtidos, possibilitando justa crítica dos métodos empregados.

A classificação por localização da lesão primária tem, a nosso vêr, apenas importância prognóstica. A diferença na resposta ao tratamento, nas diferentes localizações, é de algum interesse. As lesões localizadas no terço posterior da língua apresentam geralmente maior radiosensibilidade que as em qualquer outra situação, mas em compensação, oferecem maior tendência de difusão aos gânglios cervicais, complicação de suma gravidade.

Nêstes últimos anos, o tratamento mais empregado para o câncer da língua é a aplicação de "rádium", sob a forma de agulhas, tubos, modelagens etc.. A média de curas de 5 anos, de modo global, vai de 25 a 30%. Todos os métodos são passíveis de crítica. Com os tubos de "rádium" é impossível aplicar-se dose suficiente de radiação que seja útil sem provocar graves necroses, com reações dolorosas. Além disso, os efeitos são locais, muito superficiais e assim, o tratamento pode falhar. As agulhas de "rádium" apresentaram o inconveniente de não poderem ser

inseridas na língua sem traumatismo. Hoje é universalmente admitido que, para o tratamento e cura do câncer, a abolição do traumatismo é tão essencial à boa técnica, como a assepsia o é para a cirurgia geral. E tanto mais verdadeiro num órgão como a língua, ricamente suprido de vasos sanguíneos e linfáticos, onde a invasão dos gânglios regionais é complicação que reduz imediatamente de 50% a curabilidade. Nossos esforços devem pois ser dirigidos para métodos tanto quanto possível, não traumatizantes.

O sucesso variável da radioterapia do carcinoma da língua depende grandemente de meticulosa atenção numa série de detalhes. O exame geral do paciente é aconselhável e as condições de higiene da boca bem vigiada. As raízes dentárias devem ser retiradas antes de ser aplicado o "rádium", porque depois, qualquer manipulação dessa ordem pode acarretar males ao paciente.

Ewing diz que "metástases são inegavelmente favorecidas por estrutura maligna muito atípica ; por origem mais profunda que superficial ; por ulceração profunda ; por longa duração da moléstia e pela presença de complicações inflamatórias". Podemos juntar ao enumerado toda espécie de traumatismos da lesão, tais as operações parciais, as palpações intempestivas e os antissépticos cáusticos.

A propagação aos gânglios linfáticos faz-se principalmente por embolia, como tão bem foi demonstrado por Heidenhain. Antigamente, admitia-se a propagação ao longo do colar ganglionar cervical como extremamente rara. Metástases à distância fazem-se em aproximadamente 1% dos casos.

As opiniões variam quanto ao melhor método de tratamento na ausência de gânglios palpáveis. Alguns cirurgiões advoam a disseção em bloco sistemática ; outros, acham que esta só deve ser feita nos casos em que há evidência de metásta-

ses. A maioria dos radioterapêutas é mais favorável à irradiação que à cirurgia.

Nos casos com gânglios palpáveis, a orientação cirúrgica ou radioterápica é grandemente influenciada pelo tipo do carcinoma. Em geral, êsses tumores são formados por células planas e quando nêses casos existe um único gânglio infartado e o processo primário acha-se curado, os cirurgiões opinam pela extirpação do ganglio. Se o tumor é formado por células linfo-epiteliais, a irradiação tem a preferência da maioria.

Nossa orientação terapêutica tem sido a seguinte: Verificar o diagnóstico e, enquadrar o caso em uma das fases já citadas; quando pertence à fase I ou II, em que a lesão é limitada, após cuidadoso preparo da boca, inserimos agulhas de "rádium", evitando ao máximo manobras desnecessárias. Após a retirada das agulhas, irradiamos profilaticamente as regiões ganglionares cervicais. Nos casos nas fases III ou IV, iniciamos o tratamento com irradiação pelos raios X, orientando os raios de forma a atingir os gânglios cervicais, cruzando-os sobre a lesão primária da língua. Quando a lesão primária reduziu-se e a ulceração fechou ou está bastante diminuída, a higiene oral deixou de ser obstáculo à radioterapia e os gânglios cervicais infartados estão menores, aplica-se o "rádium" sobre o tumor residual. Êste tratamento é executado inserindo agulhas de "rádium", contendo 2 mgr. de "rádium", filtrados com 0,5 mm de platina, mais 1,0 mm de Au, na dose de 80 mgrh por cent. cubico de tecido lesado. Note-se que esta dose é intencionalmente baixa, pois êsse tratamento é executado pouco tempo após a irradiação externa. É preciso reconhecer a importância deste ponto, porque o "rádium", nessas condições, tem por função aplicar o "Knock out" às células remanescentes já seriamente desvitalizadas pela irradiação externa. Nêstes casos, a irradiação externa, por si só, é impotente para esterilizar tô-

das as células cancerosas sem causar sérias lesões aos tecidos sãos de vizinhança. Reduz a lesão e prepara o campo para a radioterapia. A associação dêsses dois métodos terapêuticos oferece um máxima de vantagens com um mínimo de riscos para o paciente.

CÂNCER DO LÁBIO

RESULTADOS EM RELAÇÃO AOS TIPOS CLINICOS

TIPOS CLINICOS	N.º de Casos	Curá primária	Cura 5 anos
I — a) Sem gânglios, lesão menor que 1,5 cms.,	33	100%	82%
b) Sem gânglios, lesão maior que 1.5 cms.,	22	100%	42%
II — Gânglios palpáveis	18	89%	0%
III — Avançados	4	25%	0%

RESULTADOS TOTAIS

FASE CLINICA	1.º ano	2.º ano	3.º ano	4.º ano	5.º ano	%
Sem Gânglios		2	14	3	36	46,7%
Com Gânglios	6	11	5	0	0	0%

LOCALIZAÇÃO

	N.º de casos	Sobrevivência de 5 anos	%
Lábio Superior	8	5	62,5%
Lábio Inferior	65	29	44,5%
Angulos	4	2	50%

SEXO

Homens	69	89,8%
Mulheres	8	10,2%
Total	77	

CÂNCER DA LÍNGUA

RESULTADOS

TIPO CLINICO	N.º de casos	1.º ano	2.º ano	3.º ano	4.º ano	5.º ano	%
Grupo I	9				2	7	78%
Grupo II	13		1	5	5	2	16%
Grupo III	19	7	6	4	1	1	6%
Grupo IV	7	6	1	0	0	0	

DURAÇÃO DA LESÃO

TIPO CLINICO	1—3 meses	3—6 meses	6—12 meses	1 ano	2 anos
Grupo I	5	4			
Grupo II	1	8	1	2	1
Grupo III	2	7	9	1	
Grupo IV		3	3	1	

DIFUSÃO LINFÁTICA

	N.º de casos	5 anos		Sobrevivência %
		Mortos	Vivos	
Sem gânglios	16	7	9	56,2%
Com gânglios	32	31	1	1,5%

LOCALIZAÇÕES

	N.º de casos	%
Bordo direito	12	25%
Bordo esquerdo	3	39%
Dorso	3	6,25%
Base	10	20,9%
Ponta	1	2,05%
Ventral	3	6,25%

SEXO

Homens	43	89,5%
Mulheres	5	10,5%
Total	48	

“Diz-se geralmente que o câncer resulta do crescimento celular descontrolado. Infelizmente, apesar de sabermos que os tecidos e os órgãos param de crescer assim que atingem um determinado desenvolvimento, nada nos é dado conhecer sobre o exato mecanismo dessa parada de crescimento. O controle do desenvolvimento celular permanece um enigma. É fora de dúvida que o organismo dispõe de meios para sustar o crescimento dos tecidos: não sabemos todavia quais são esses meios, nem como entram em jogo. Enquanto estivermos nesse estado de desconhecimento, continuaremos incapazes de compreender e de tratar eficientemente o crescimento celular desenfreado.”

A broad approach to the cancer problem — Roger J. Williams — Cancer Studies, 4507 : 8, fev. 1945.

CÂNCER DA PELE

Tailhefer e J. Courtial. (Bull. Assoc. franç. p. l'étude du cancer — 31 : 85-115, 1943), mostram que os epitelomas da pele e dos orifícios cutâneo-mucosos, são de prognóstico variável, que depende da localização e da extensão da lesão. Não há diferença evidente, entre os baso e os espi-no-celulares, do ponto de vista da rádio-sensibilidade.

Quando há metástases, os autores dão preferência à cirurgia, que deve ser completada pela remoção total das adenopatias. Quando há recidiva após tratamento cirúrgico, a radioterapia é indicada. Por outro lado, a cirurgia é indicada, se o tratamento anterior foi a radioterapia.