

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL WALTER CANTÍDIO
SERVIÇO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

Diagnóstico e Tratamento dos Tumores de Lábio e Cavidade Oral

**Francisco Bomfim Junior
Cirurgia de Cabeça e Pescoço**

INTRODUÇÃO

- Neoplasia mais freqüente da cabeça e pescoço
- Carcinoma epidermóide (CEC)
- Prevenção primária muito importante
- Na prática, diagnóstico em fases avançadas (estádio III e IV)

"...infelizmente, os casos que nos têm vindo às mãos são geralmente muito avançados. É natural que assim seja, em um país pobre e extenso como o nosso. Lamentavelmente constatamos que, dos nossos pacientes que foram atendidos há 03 ou mais anos, 34% não puderam receber nenhum tratamento com finalidade curativa, tal era o grau de desenvolvimento que suas lesões apresentavam por ocasião da admissão."

Câncer da Boca (Segunda edição – 1968)

Barbosa, JF

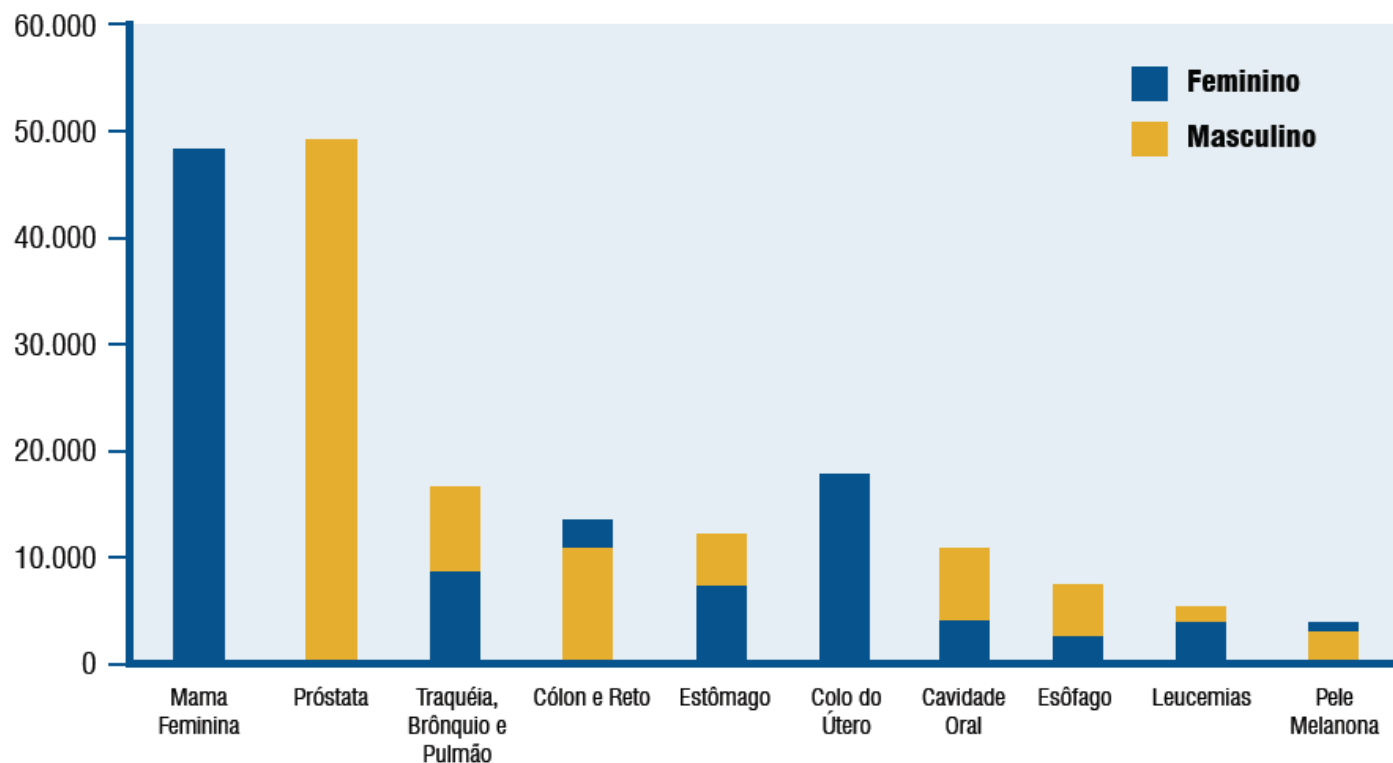
EPIDEMIOLOGIA – ano 2009

- EUA: 22.500 (25% mortes)
 - H:M 2:1
 - 9º lugar entre americanos
 - 6º lugar entre afro-americanos
- Brasil: 10.380 novos casos, 3.780 em mulheres e 14.160 em homens em 2008
- Ceará: 450 novos casos
- Fortaleza: 120 novos casos

EPIDEMIOLOGIA

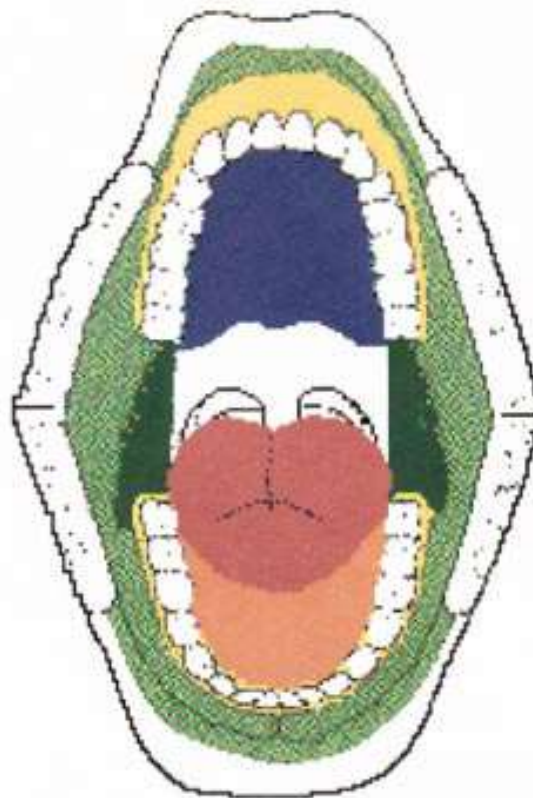
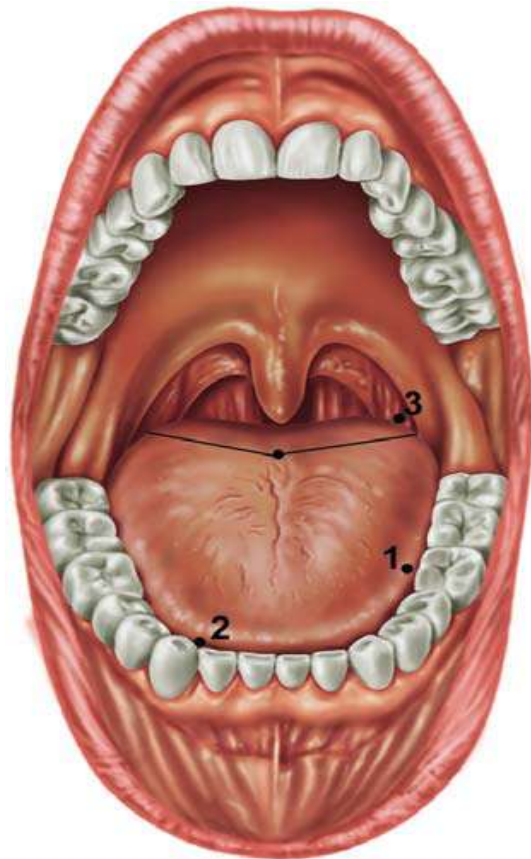
Tipos de câncer mais incidentes, estimados para o ano de 2008, na população brasileira, sem pele não melanoma.

Nº de Casos



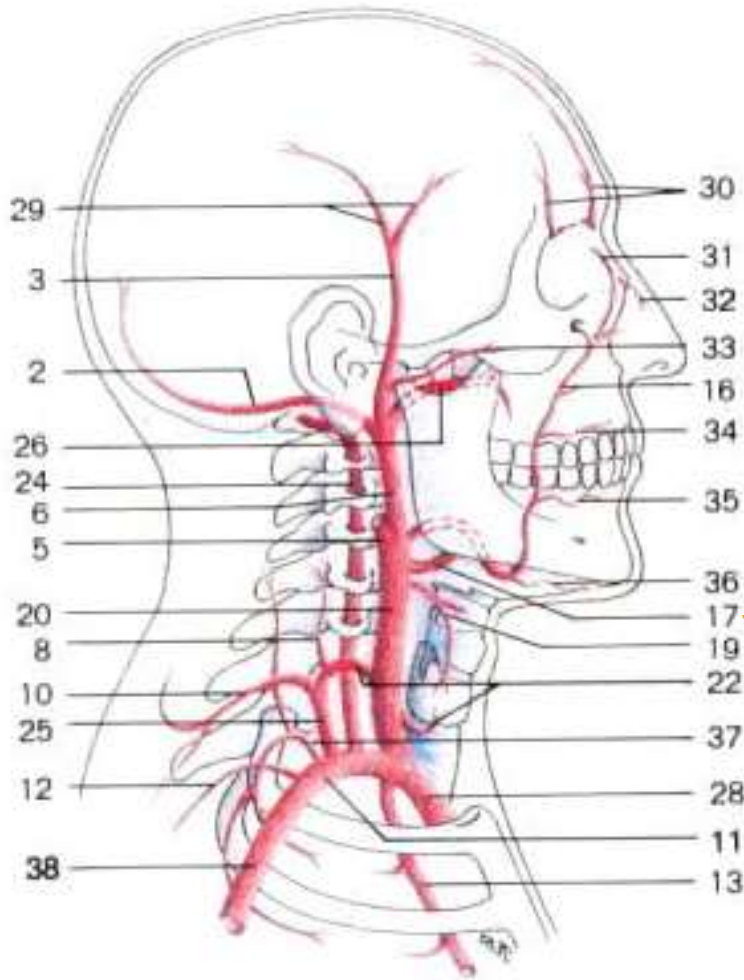
Fonte: MS/Instituto Nacional de Câncer - INCA

ANATOMIA



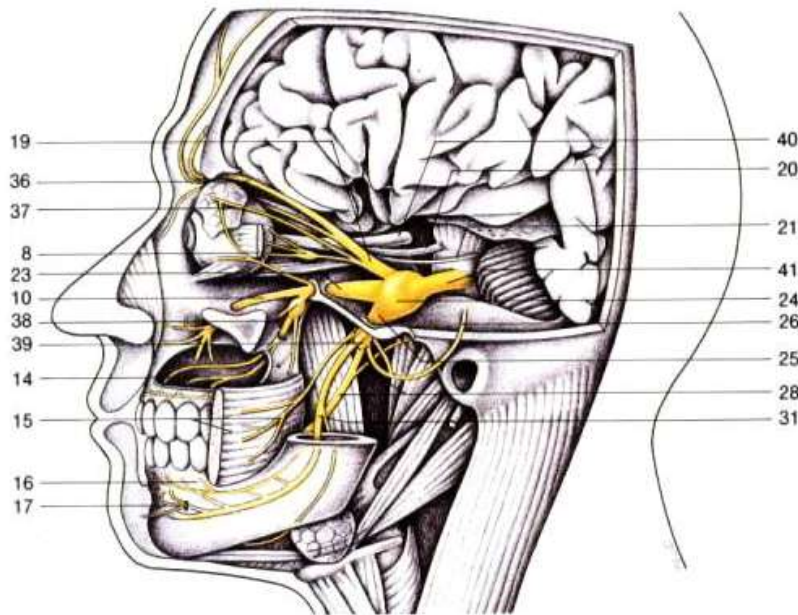
- ☐ Lip
- ☐ Tongue
- ☐ Floor of Mouth
- ☐ Gingiva
- ☐ Buccal Mucosa
- ☐ Retromolar Trigone
- ☐ Hard Palate

Anatomia – Suprimento sanguíneo



- Suprimento da cavidade oral
 - Ramos da carótida externa
- Lábio
 - AA. Labiais – Ramos AA. faciais
- Mucosa bucal
 - A. Facial
- Língua
 - A. lingual
- Palato duro
 - A. palatina

Anatomia – Inervação



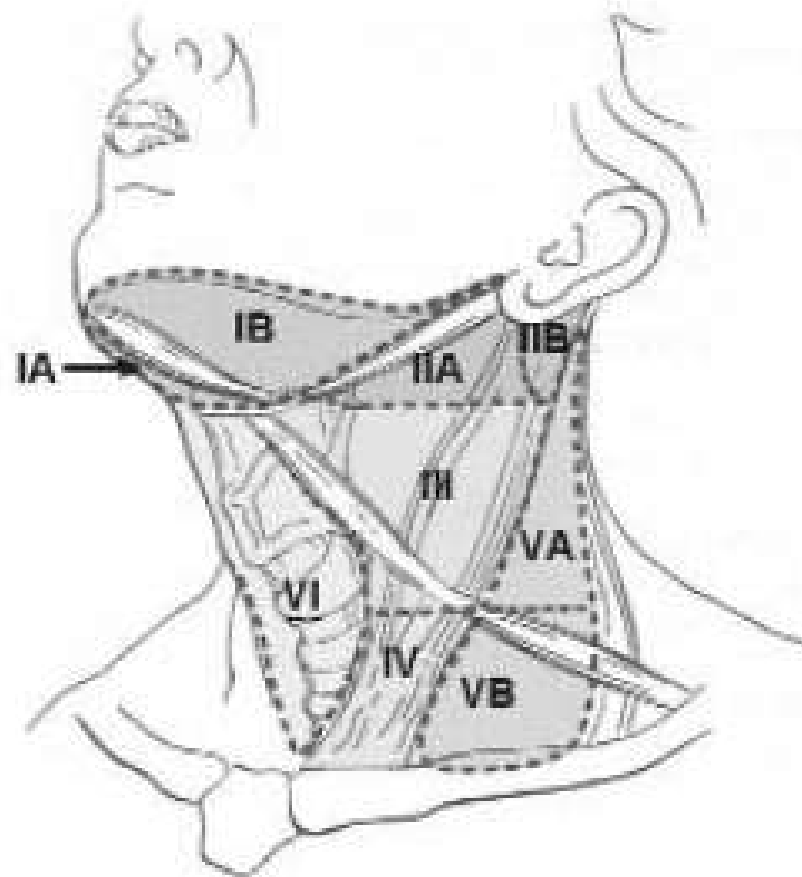
■ Sensitiva

- Trigêmeo – Cavidade oral – Ramos Mandibular e maxilar
- N. lingual – 2/3 anteriores da língua

■ Motor

- N. Hipoglosso – Língua
- Trigêmeo (2ª e 3ª divisão) MM da mastigação
- N. facial – lábio e bochecha

Anatomia - Níveis linfonodos cervicais



SÍTIOS DE DISTRIBUIÇÃO

 Hard palate

 Lip

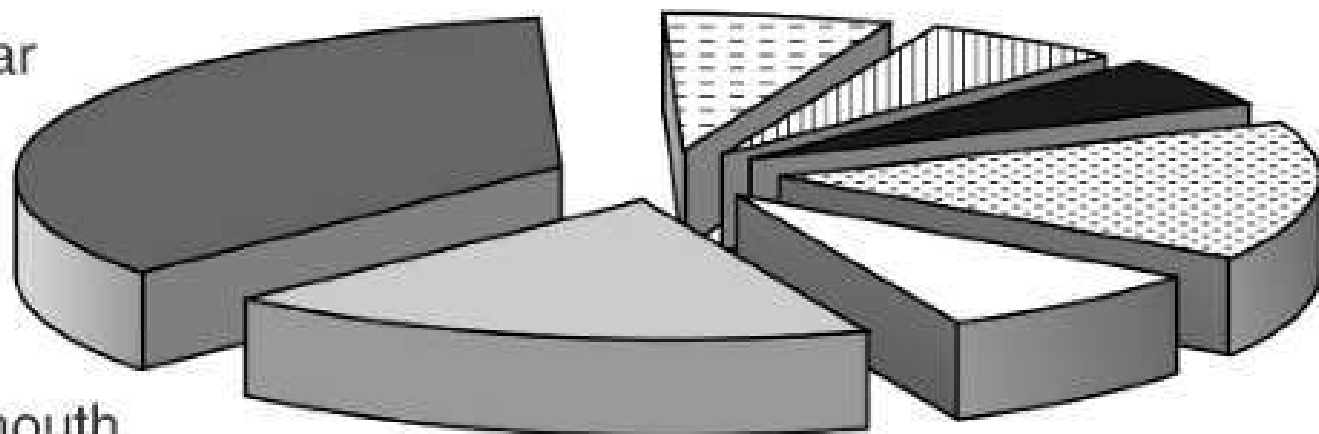
 Retromolar trigone

 Gum

 Cheek

 Floor of mouth

 Tongue

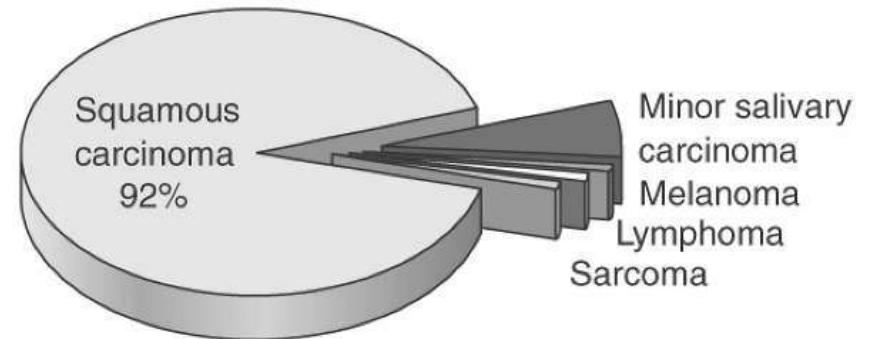


PATOLOGIA

- Mucosa
 - Carcinoma escamoso
 - Melanoma maligno
- Glândulas Salivares Menores (mais comum não CEC)
 - Tumor mucoepidermóide (mais comum)
 - Adenocarcinoma baixo grau polimorfo
 - Carcinoma adenóide cístico
 - Tumores de células acinares
 - Outros adenocarcionomas

Patologia

- Sarcomas
 - Kaposi – HIV
 - Osteosarcoma
 - Mandibula e maxila
 - Sarcoma mais comum



FATORES DE RISCO

- TABAGISMO
- ALCOOLISMO
- Higiene oral
- Afecções dentárias e periodontais
- Próteses mal-adaptadas
- Carência nutricional
- HPV – HIV – Epstein Baar
- Doença enxerto versus hospedeiro
- Lliquem plano e anemia fanconi – pczes jovens



Álcool

Ano 11 • Nº 05 • Junho 97

 unimed

Qualidade
de Vida

e Medicina Preventiva

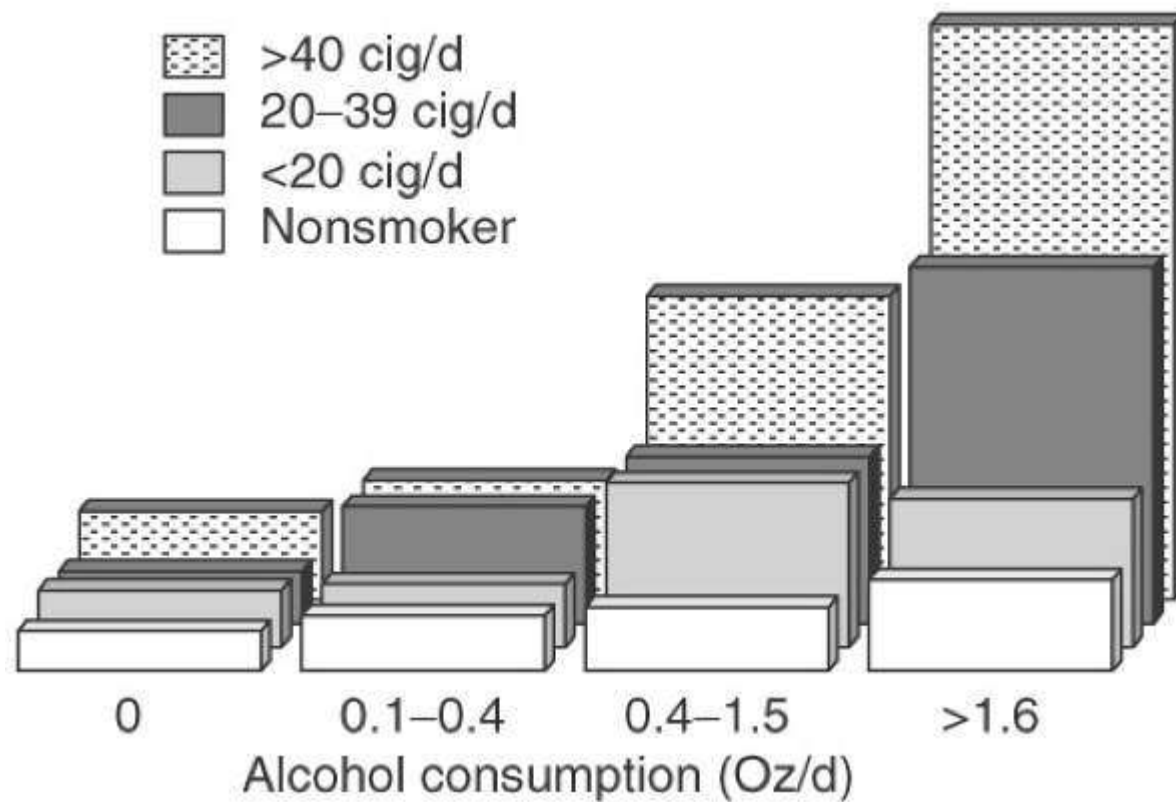


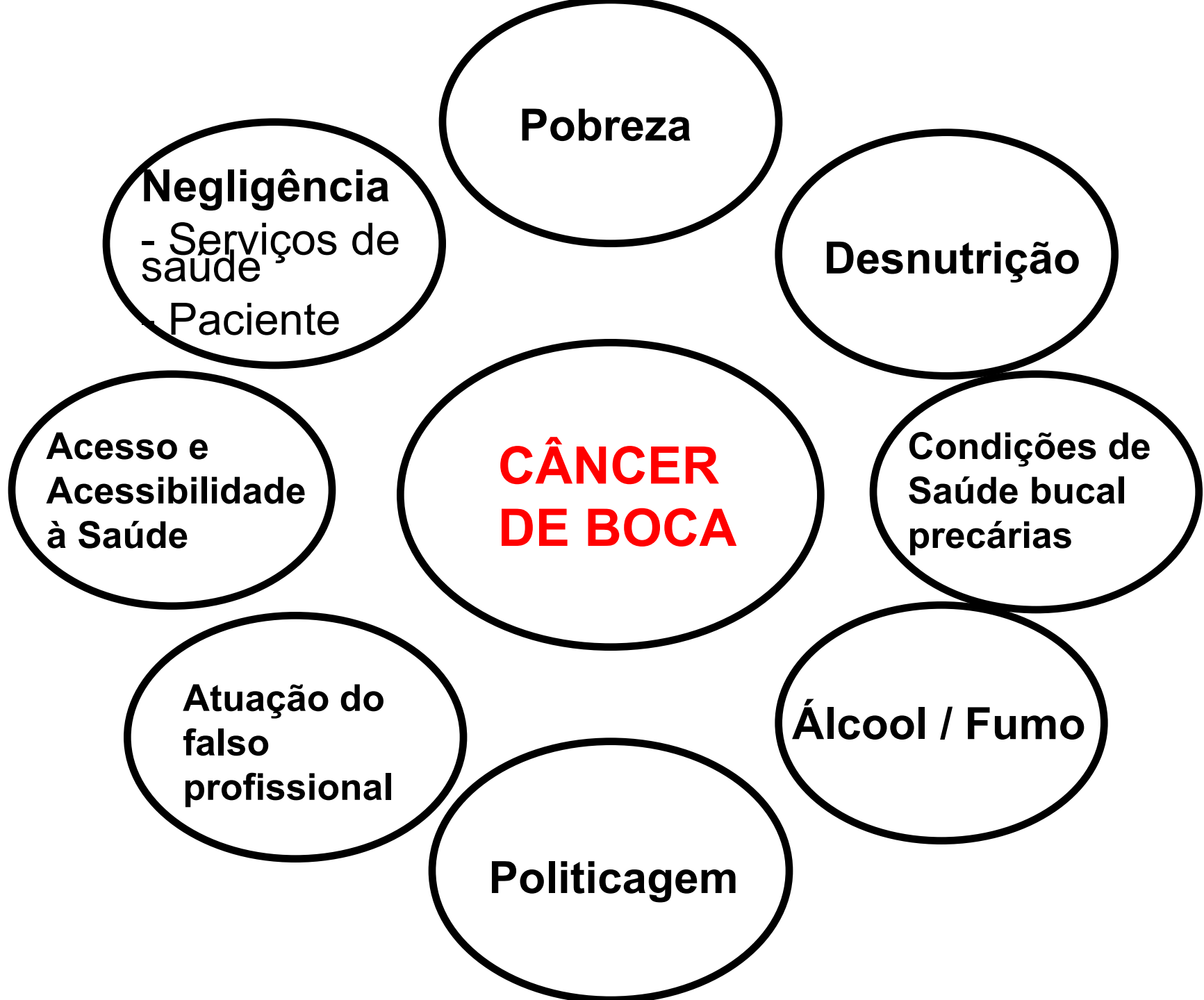
A close-up photograph of a lit cigarette and a burnt matchstick. The cigarette is positioned diagonally from the top left towards the bottom right, with its glowing tip in the upper left. The matchstick is positioned vertically in the lower left, showing its charred end. The background is a dark, gradient surface.

Your
cigarette

You

Álcool e tabagismo - sinergismo





**PACIENTE JOVEM, ALTO NÍVEL
SÓCIO ECONÔMICO, SEM USO DE
ÁLCOOL OU FUMO**



LESÕES PRÉ-CANCEROSAS

- Atipia citológica → displasia → *CA in situ* → CA invasivo
- Leucoplasia
- Eritroplasia
- Submucoso (não visível)
- Líquen plano
- Estomatite tabágica
- Queilite actínica
- Fibrose submucosa oral

Leucoplasia plana de superfície lisa

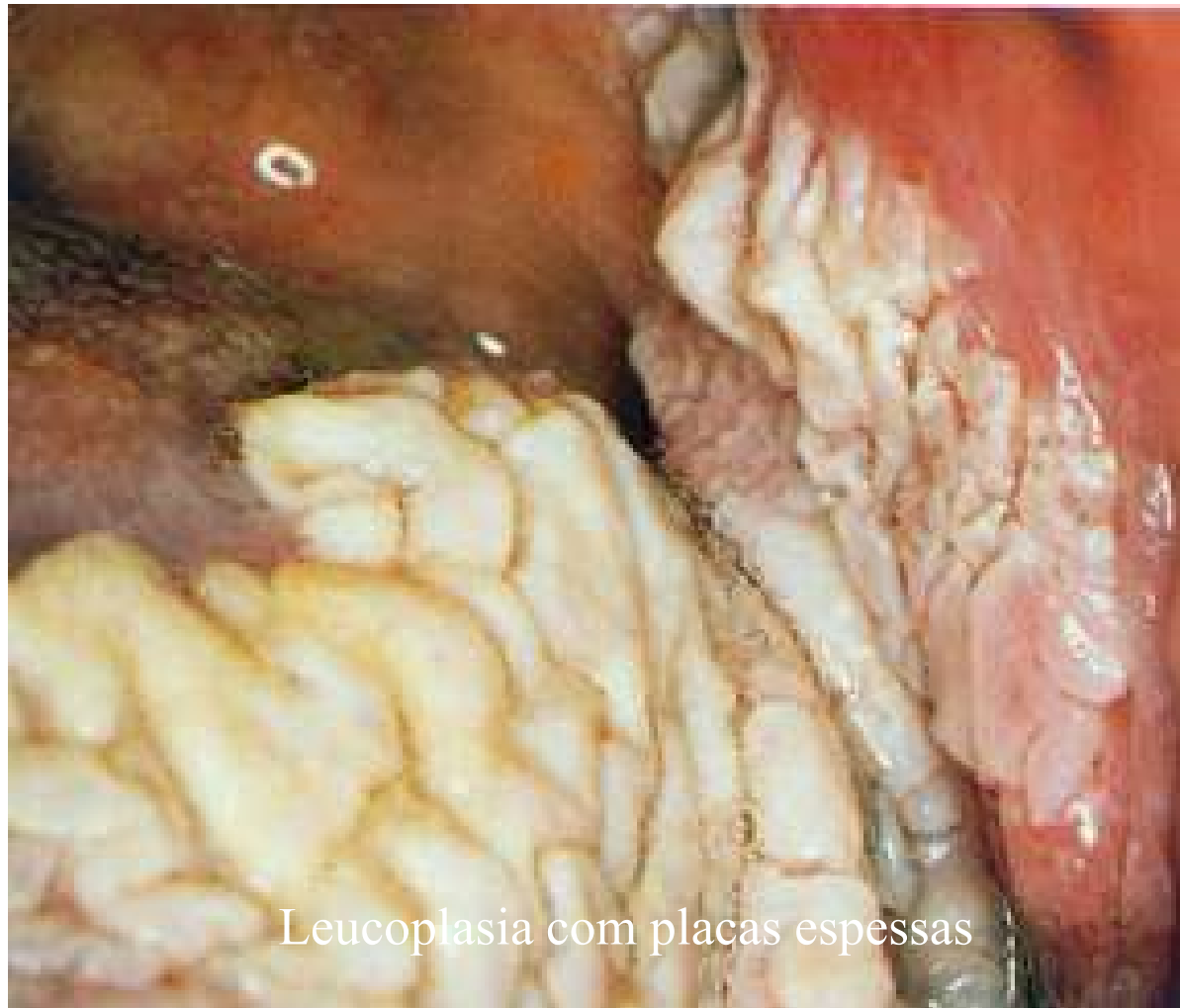


Leucoplasia plana de superfície lisa

Leucoplasia homogênea



Leucoplasia com placas espessas

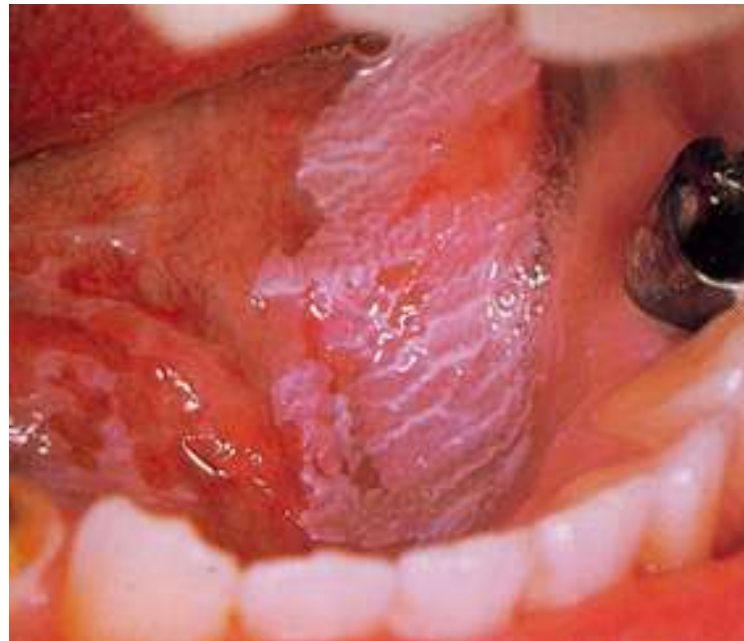


Leucoplasia com placas espessas

Leucoplasia difusa com áreas verrucosas



Leucoplasia difusa com áreas verrucosas

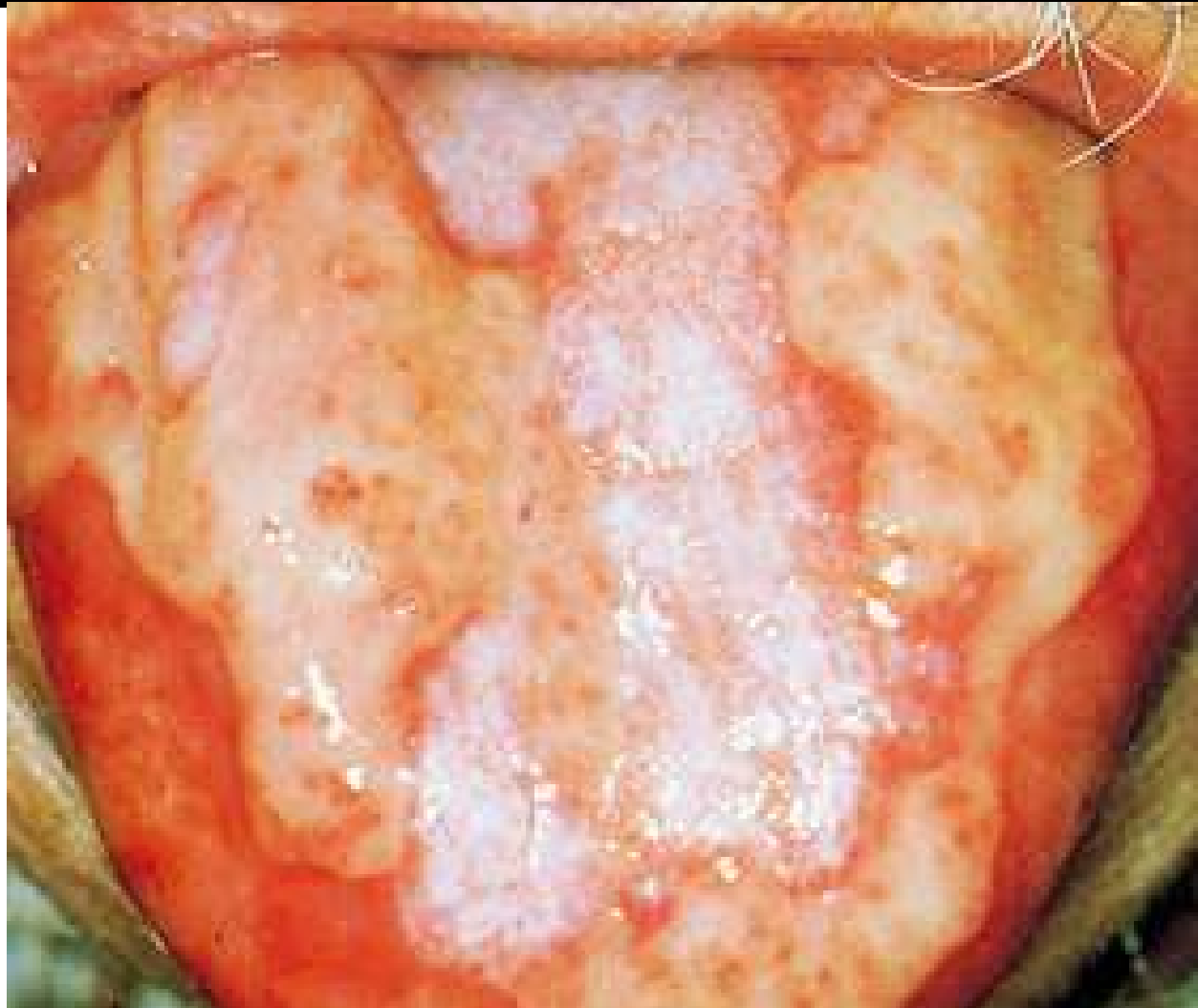


Leucoplasia salpicada



Leucoplasia salpicada

LP erosivo



Genética

- Field cancerization
 - Clones alterados de células
 - Exposição a carcinógenos comuns
- Field recurrence
- P53 (50% dos CEC)
- Hipermetilação da área do promotor
 - P16
 - DCC
 - HDMZ
 - Ac. retinóico
 - Interferon alfa

Genética

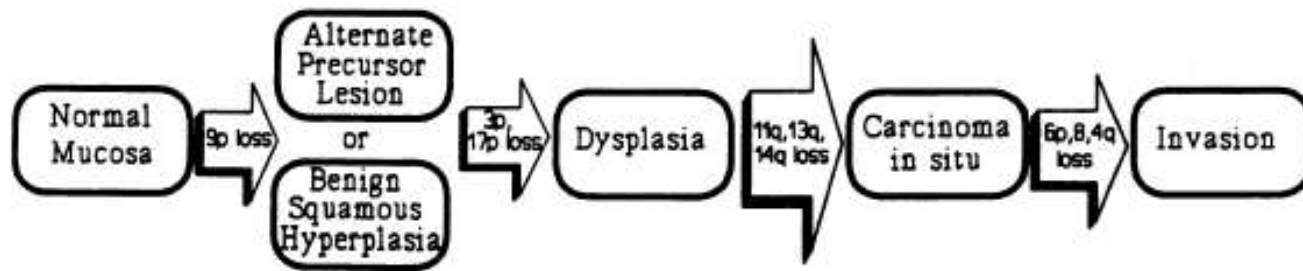


Fig. 3. Genetic progression of HNSCC. Genetic changes associated with the histopathological progression of HNSCC based on loss of chromosomal material (allelic loss). Genetic alterations have been placed prior to the lesion where the frequency of the particular event plateaus. It is the accumulation and not necessarily the order of genetic events that determines progression. A small fraction of benign squamous hyperplastic lesions contain 9p21 or 3p21 loss, suggesting that an unidentified precursor lesion (or cells) may also give rise to dysplasia. Candidate tumor suppressor genes include *p16* (9p21), *p53* (17p), and *retinoblastoma* (13q), and a candidate proto-oncogene includes *cyclin D₁* (11q13).

Modelo genético de
Progressão dos
tumores de cabeça e
pescoço
(*Califano e col.*)

ESTADIAMENTO (AJCC)

- Classificação T para cavidade oral
 - Tx – tumor primário não pode ser avaliado
 - To – sem evidência de tumor primário
 - Tis – carcinoma *in situ*
 - T1 – tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão
 - T2 – tumor com mais de 2 e até 4 cm em sua maior dimensão
 - T3 – tumor com mais de 4 cm em sua maior dimensão
 - T4a – (lábios) tumor invade osso cortical, nervo alveolar, assoalho da boca ou pele da face (bochecha ou nariz)
 - T4a – (Cavidade oral) tumor invade estruturas adjacentes através do osso cortical, dos músculos profundos extrínsecos da língua, seio maxilar, pele da face
 - T4b – tumor invade espaço mastigatório, a placa pterigoídea ou a base do crânio e/ou engloba artéria carótida interna

A erosão superficial apenas do alvéolo do osso/dente devido a tumor primário gengival é insuficiente para classificar o tumor como T4

ESTADIAMENTO

TABLE 9 N Staging for All Head and Neck Sites Except the Nasopharynx and Thyroid

Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in a single ipsilateral lymph node, 3 cm or less in greatest dimension
N2	Metastasis in a single ipsilateral lymph node, more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension; or in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension; or in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
N2a	Metastasis in a single ipsilateral lymph node more than 3 cm but not more than 6 cm in greatest dimension
N2b	Metastasis in multiple ipsilateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
N2c	Metastasis in bilateral or contralateral lymph nodes, none more than 6 cm in greatest dimension
N3	Metastasis in a lymph more than 6 cm in greatest dimension

Used with the permission of the American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002) published by Springer-Verlag New York, www.springeronline.com.

TABLE 13 Stage Grouping for All Head and Neck Sites Except the Nasopharynx and Thyroid

Stage Group	T Stage	N Stage	M Stage
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
IVA	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4a	N2	M0
IVB	T4b	Any N	M0
	Any T	N3	M0
IVC	Any T	Any N	M1

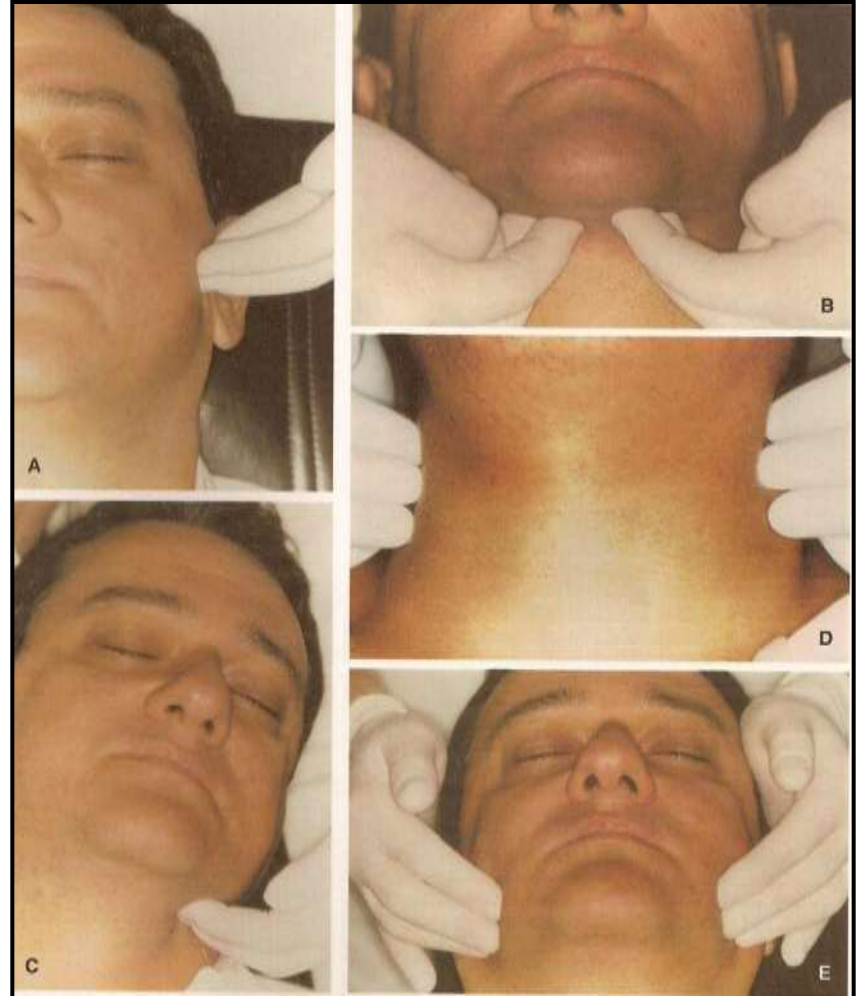
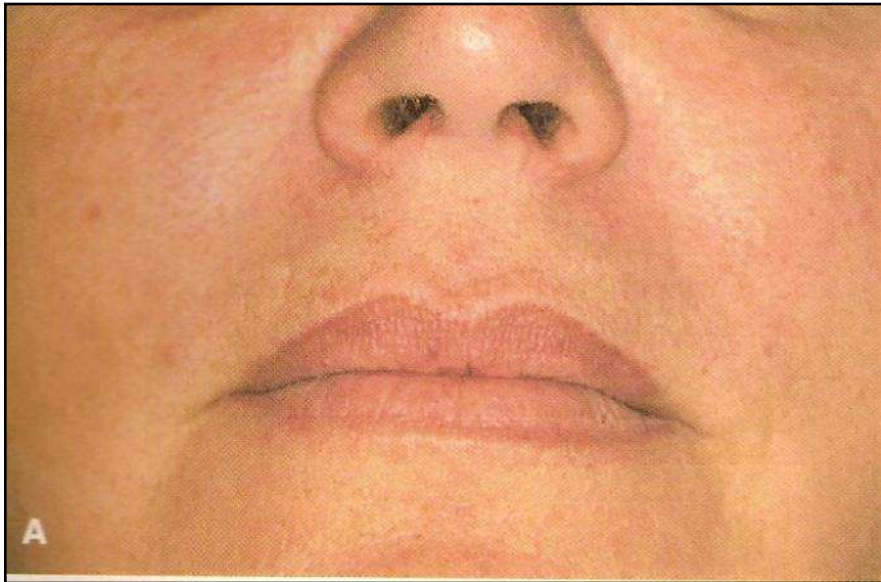
Used with the permission of the American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The original source for this material is the AJCC Cancer Staging Manual, Sixth Edition (2002) published by Springer-Verlag New York, www.springeronline.com.

QUADRO CLÍNICO

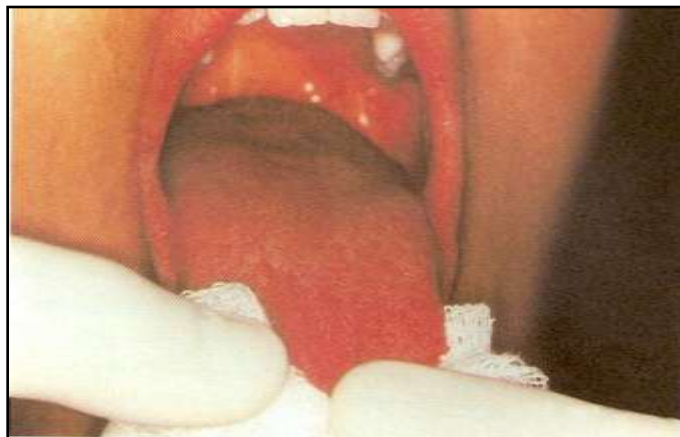
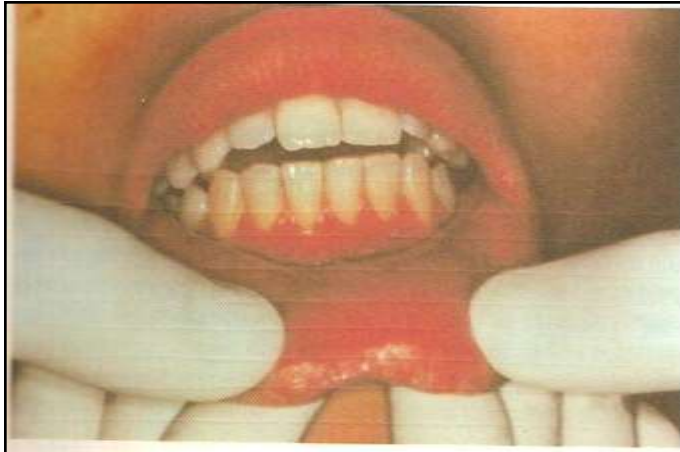
- Exofítico a ulcerado
- Presença de tumor com dor local (46% e 18%) – Otalgia referida
- Disfagia
- Saliva sanguinolenta
- Incômodo de próteses
- Mobilização dos dentes
- Imobilidade de língua
- Trismo
- Linfonodomegalia

Diagnóstico – exame físico

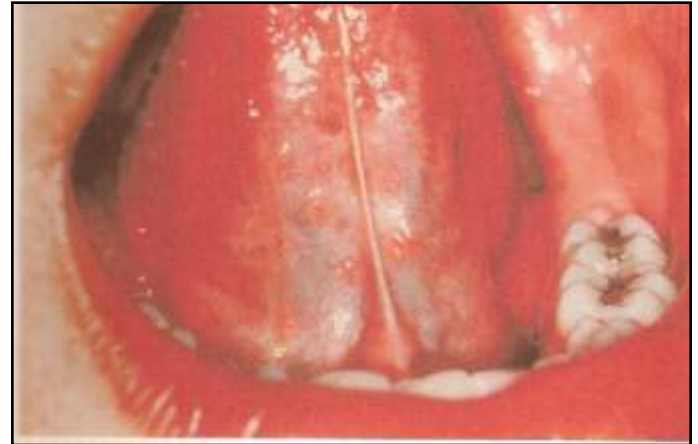
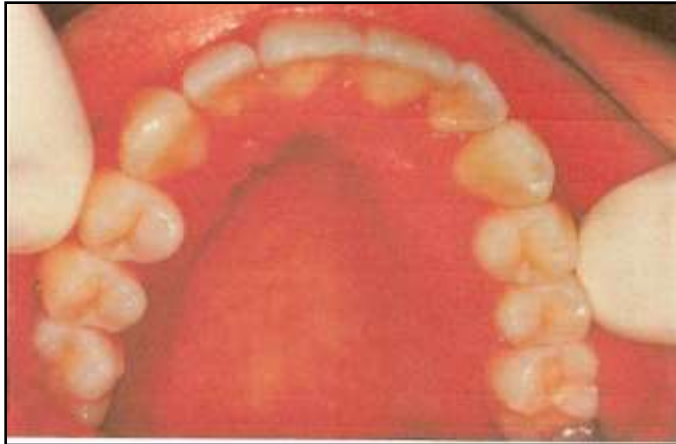
- Inspeção extra bucal
- Inspeção intrabucal



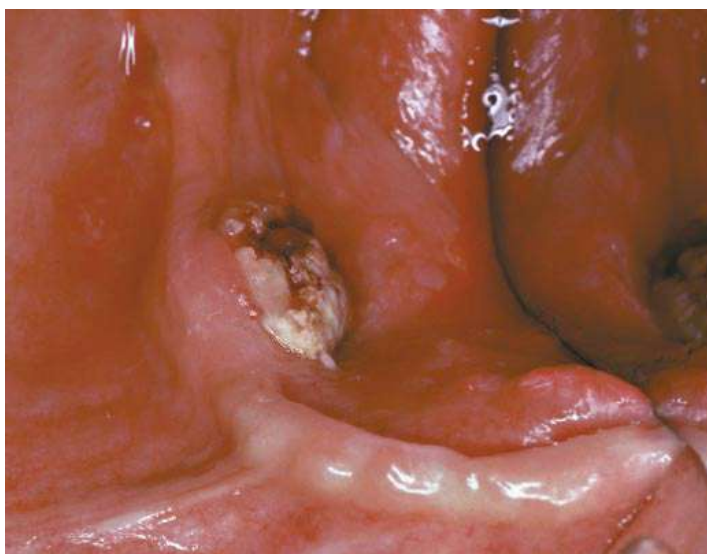
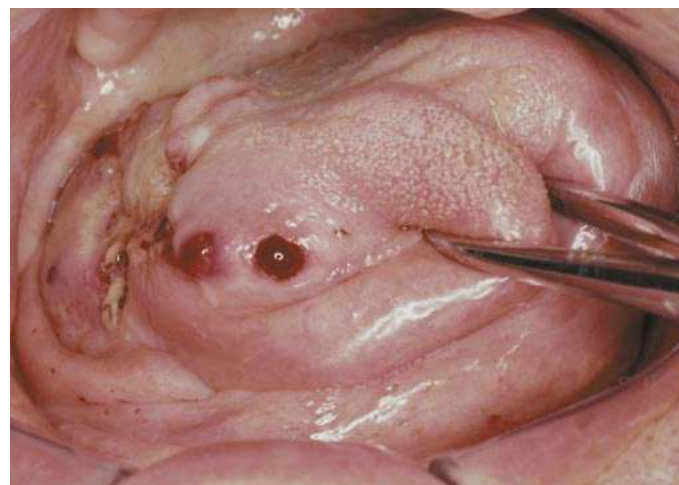
Diagnóstico – exame físico

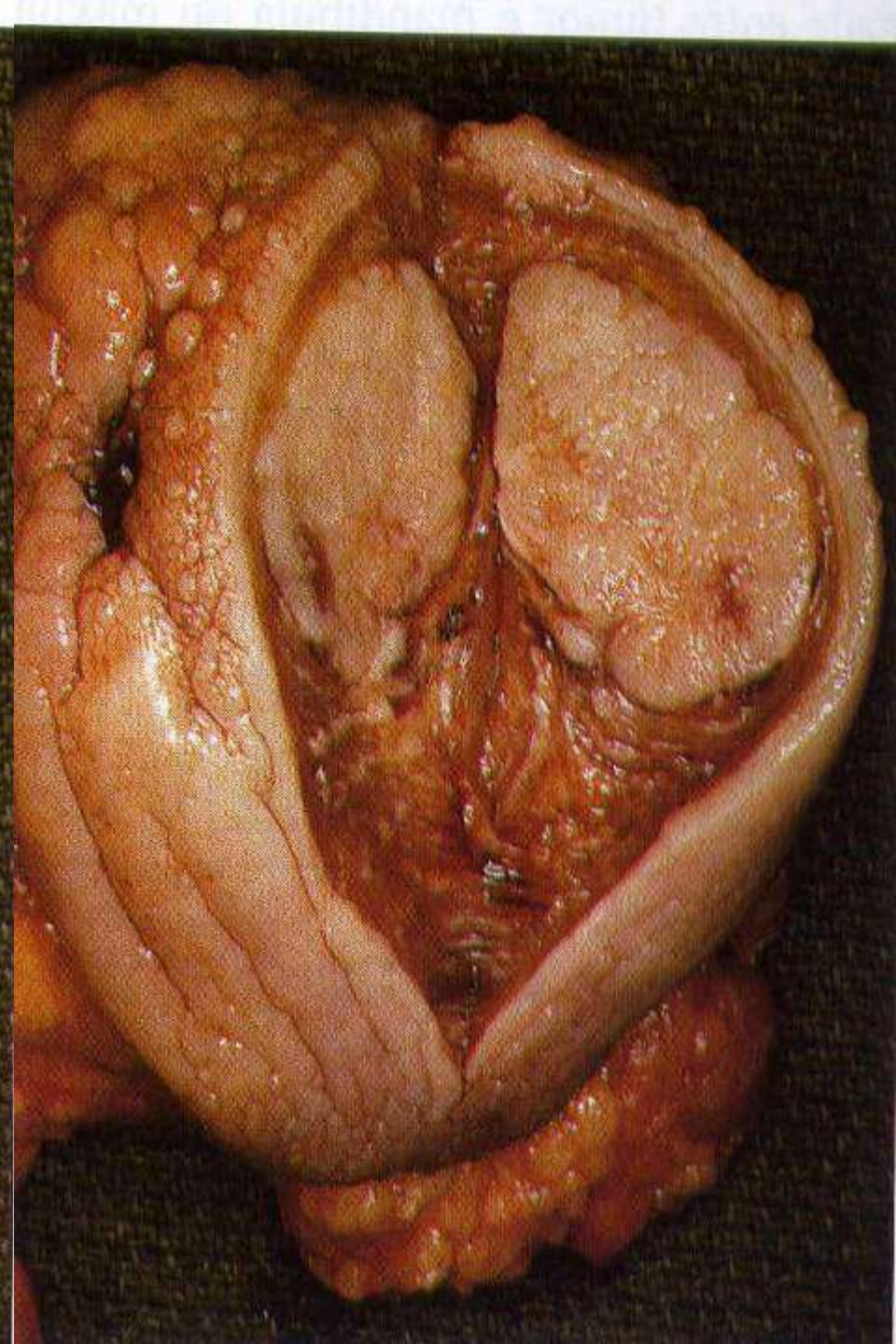
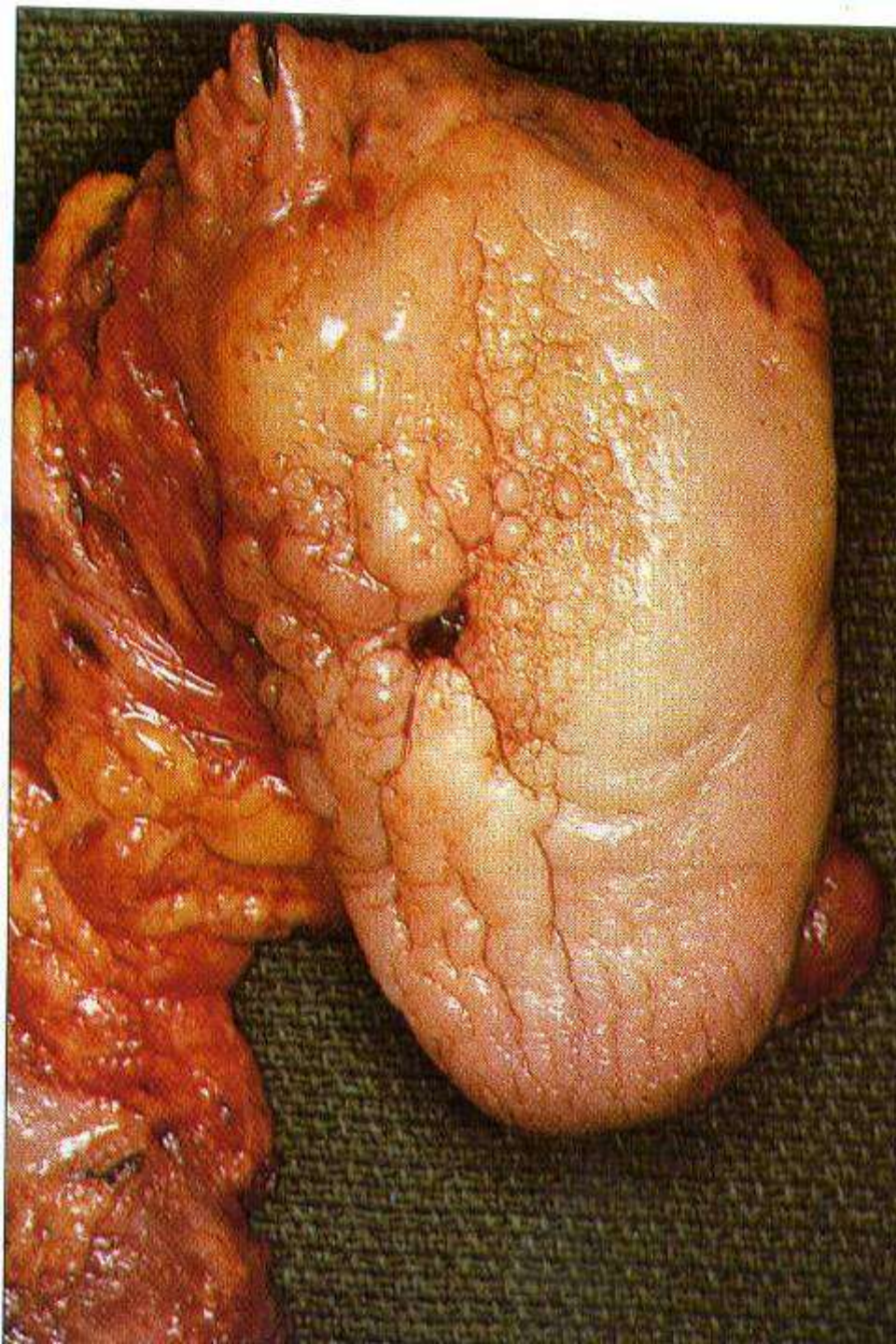


Diagnóstico – exame físico



Diagnóstico – exame físico





DIAGNÓSTICO

■ Exames

- Faringoscopia e Laringoscopia (consultório)
- Tomografia contrastada (1ª escolha)
- Ressonância nuclear magnética (partes moles)
- Ultra-sonografia
- Radiografia panorâmica
- PET/TC (metastases)
- Exame sob narcose
- Biópsia

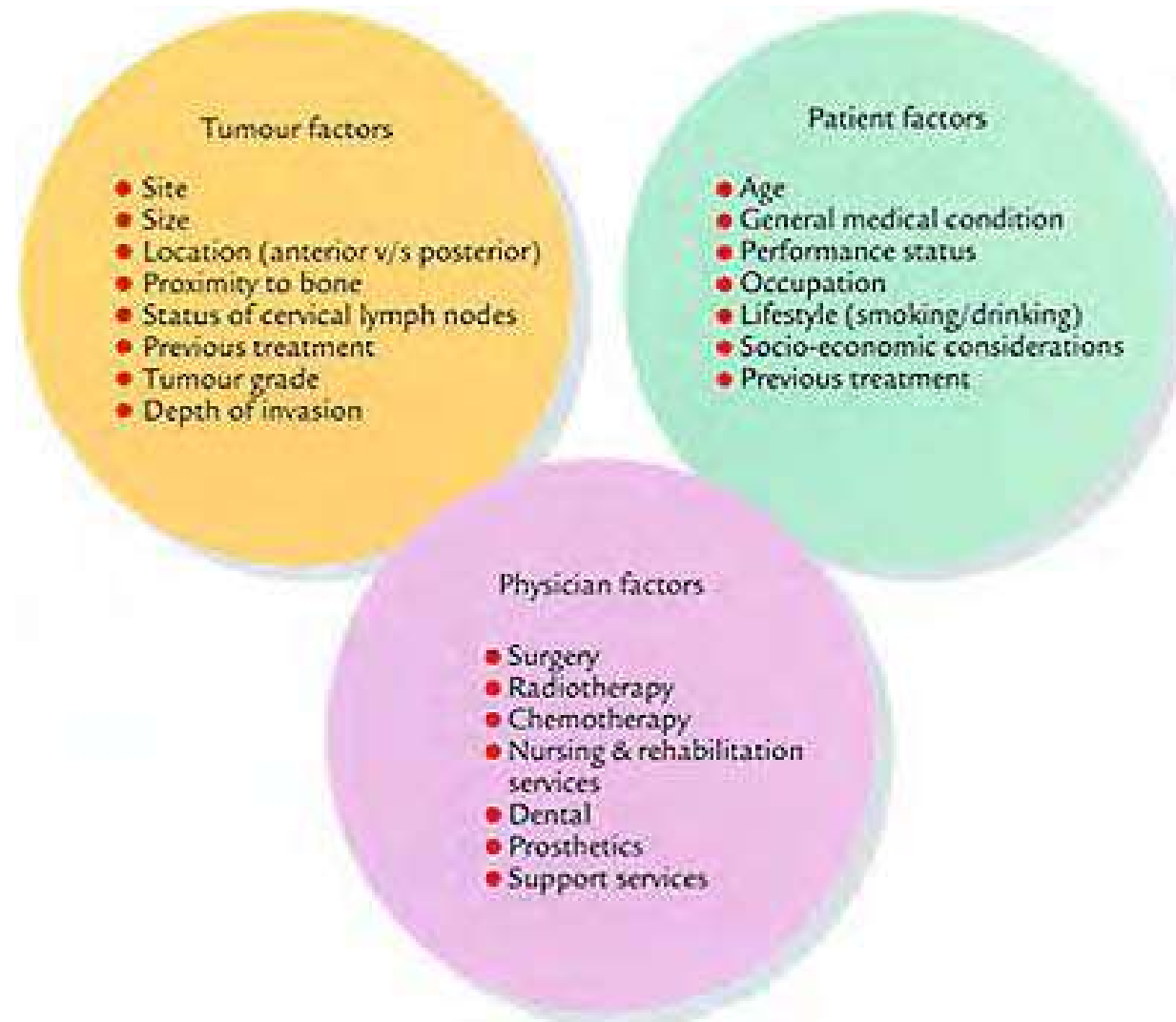
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Manifestações bucais da SIDA
- Candidíase
- Doença granulomatosas
- Neoplasias benignas
- Vasculites

TRATAMENTO

- Cura
- Sobrevida e reabilitação de funções normais
- Qualidade de vida – funcional, estética, social e controle da dor

TRATAMIENTO



TRATAMENTO

- Cirurgia
 - Tratamento de escolha
 - Ressecção com margem tridimensional maior que 1 cm
 - Esvaziamento cervical
 - Reconstrução
 - Melhora resposta a RxT
- Radioterapia primária e QT
 - Alto risco cirurgico

Língua

- T₁-T₂
 - Glossectomia parcial
 - Acesso transoral
- Lesões mais avançadas
 - Glossectomia total
 - Mandibulotomia
 - Acesso transcervical
 - Mandibulectomia marginal ou segmentar
- Esvaziamento cervical (controverso)
 - Lesões precoces <2mm – expectante
 - Lesões avançadas – dissecação seletiva I-IV

Câncer de boca

Glossectomia parcial



Câncer de boca

Glossectomia parcial



Câncer de boca

Glossectomia parcial



Câncer de boca

Glossectomia parcial



Câncer de boca

Glossectomia parcial







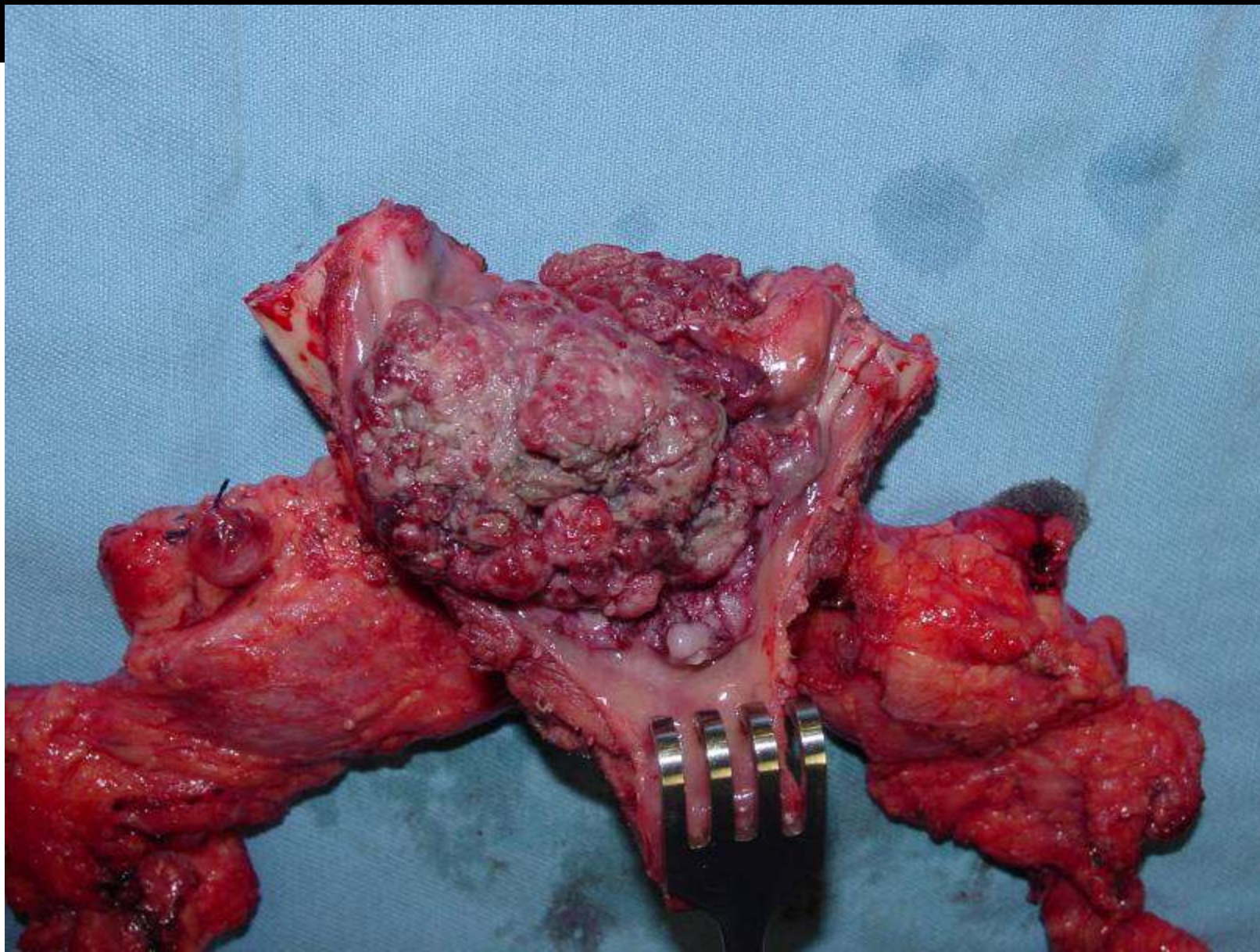
Câncer de boca

Operação retromolar ampliada



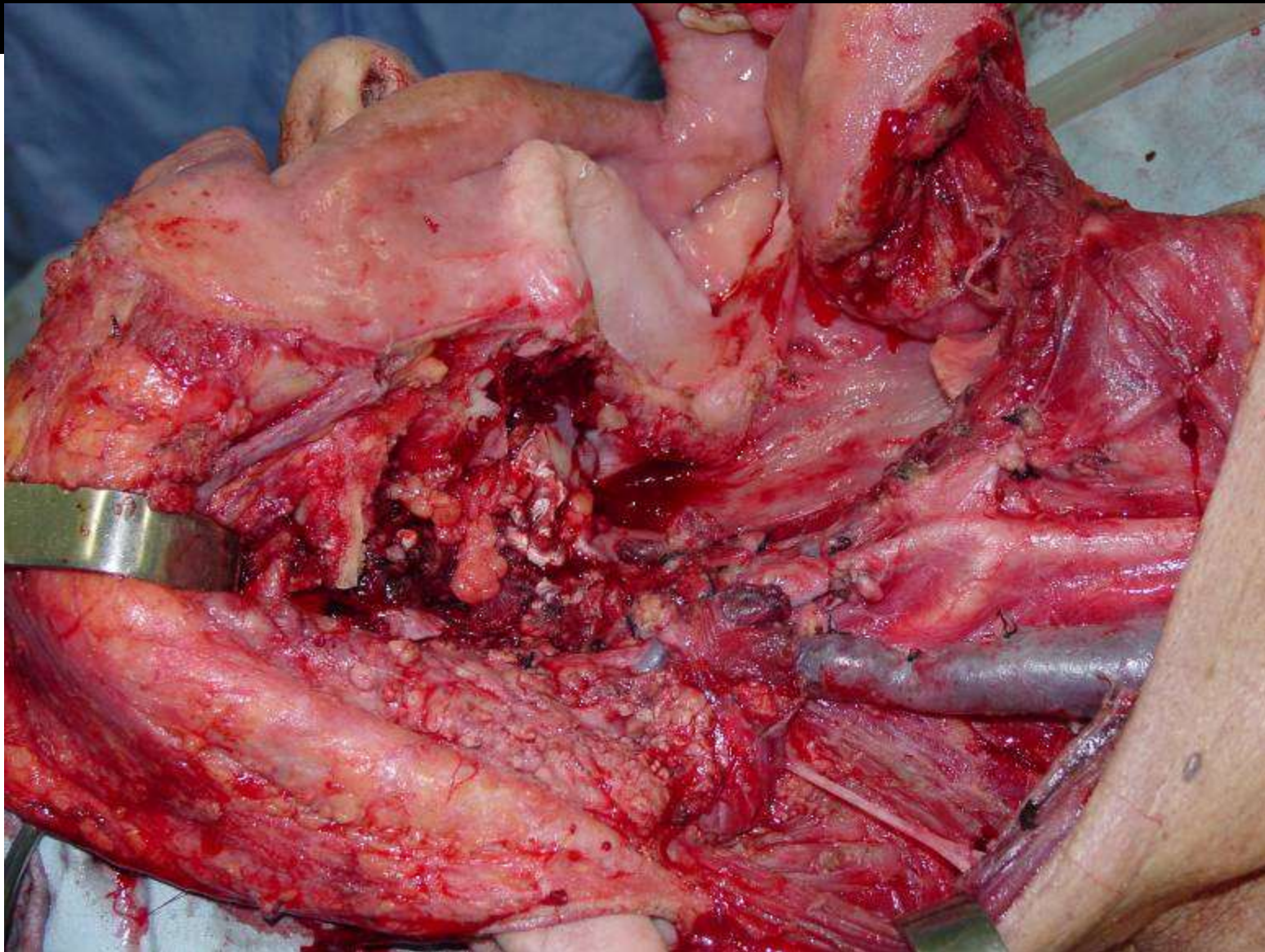
Câncer de boca

Operação retromolar ampliada



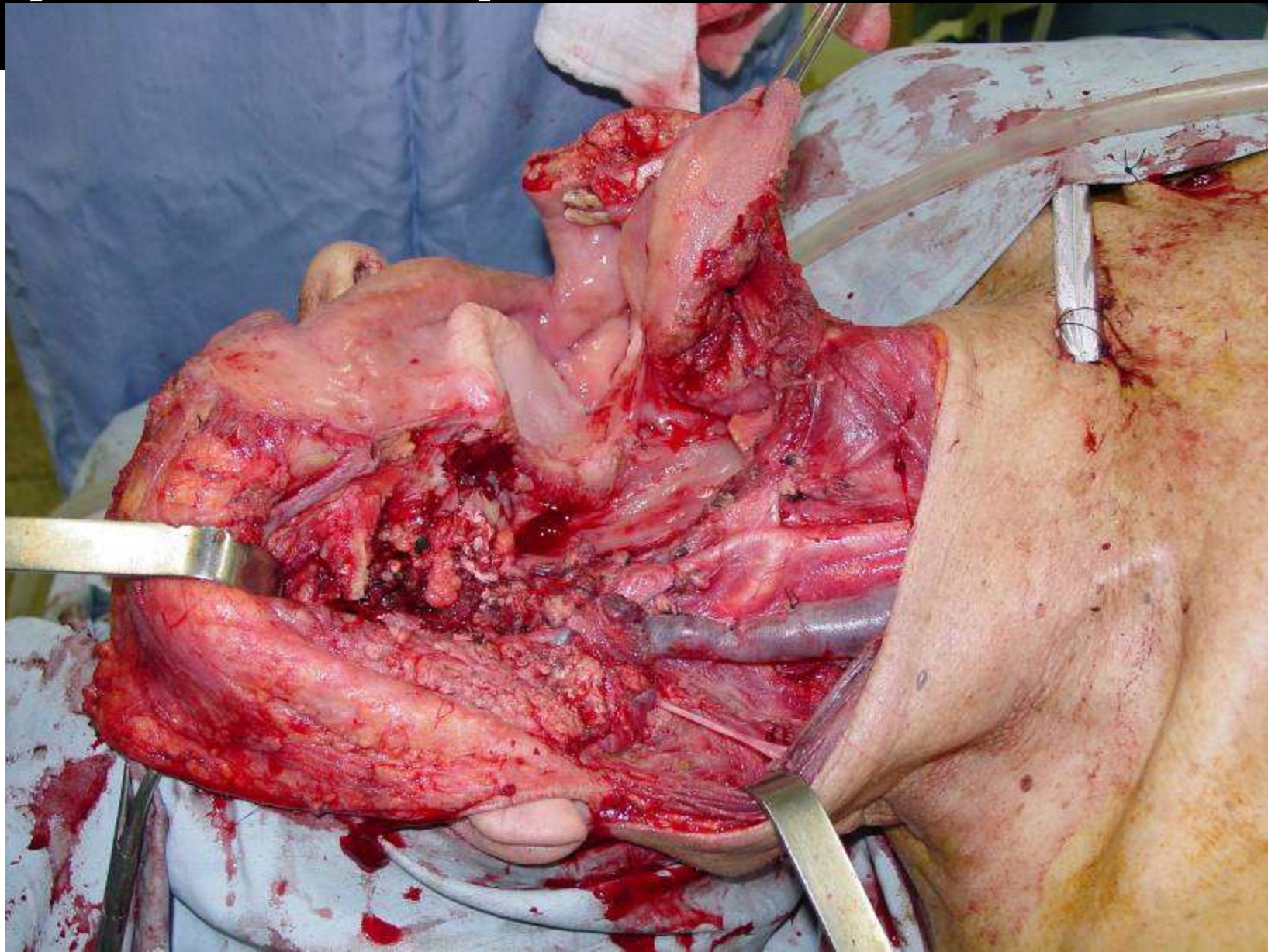
Câncer de boca

Operação retromolar ampliada



Câncer de boca

Operação retromolar ampliada



Câncer de boca

Operação retromolar ampliada



Câncer de boca

Operação retromolar ampliada

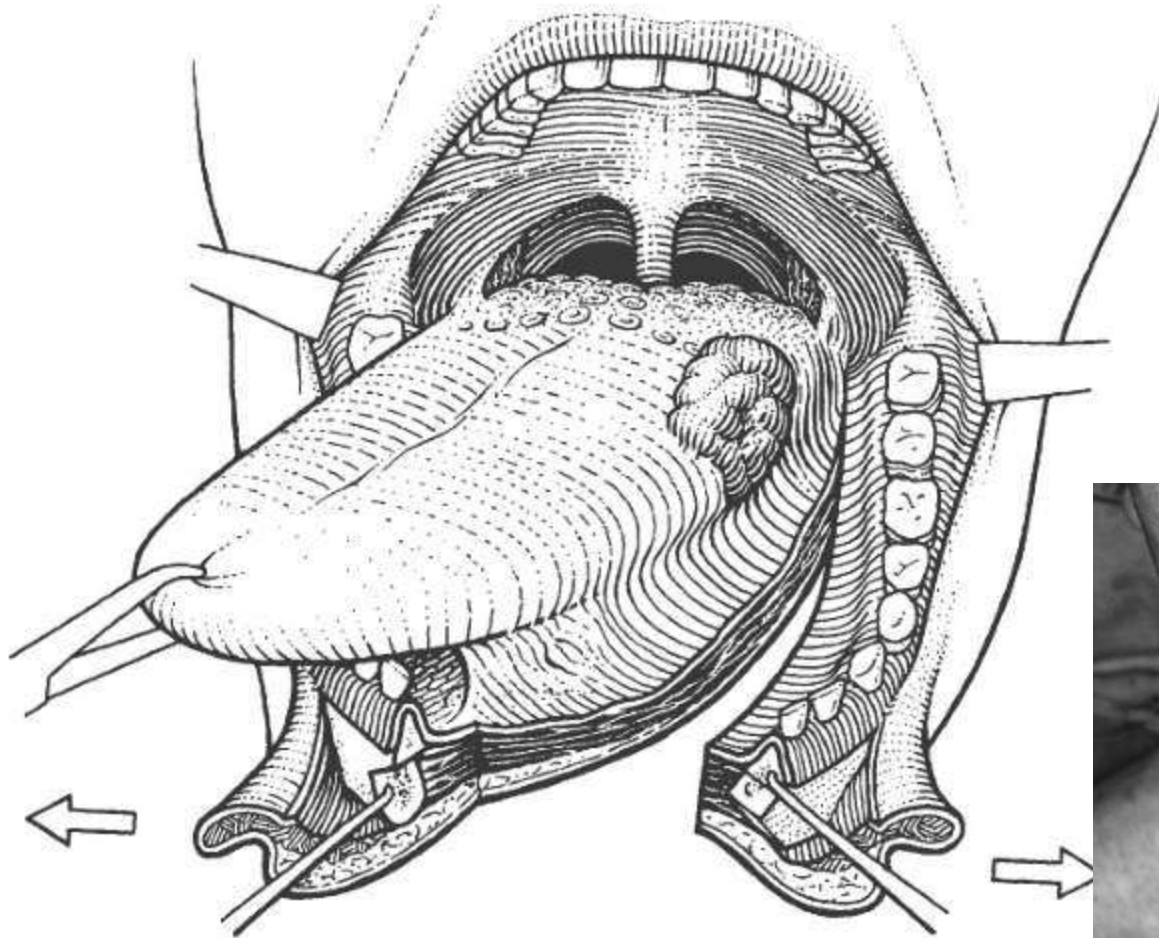


Câncer de boca

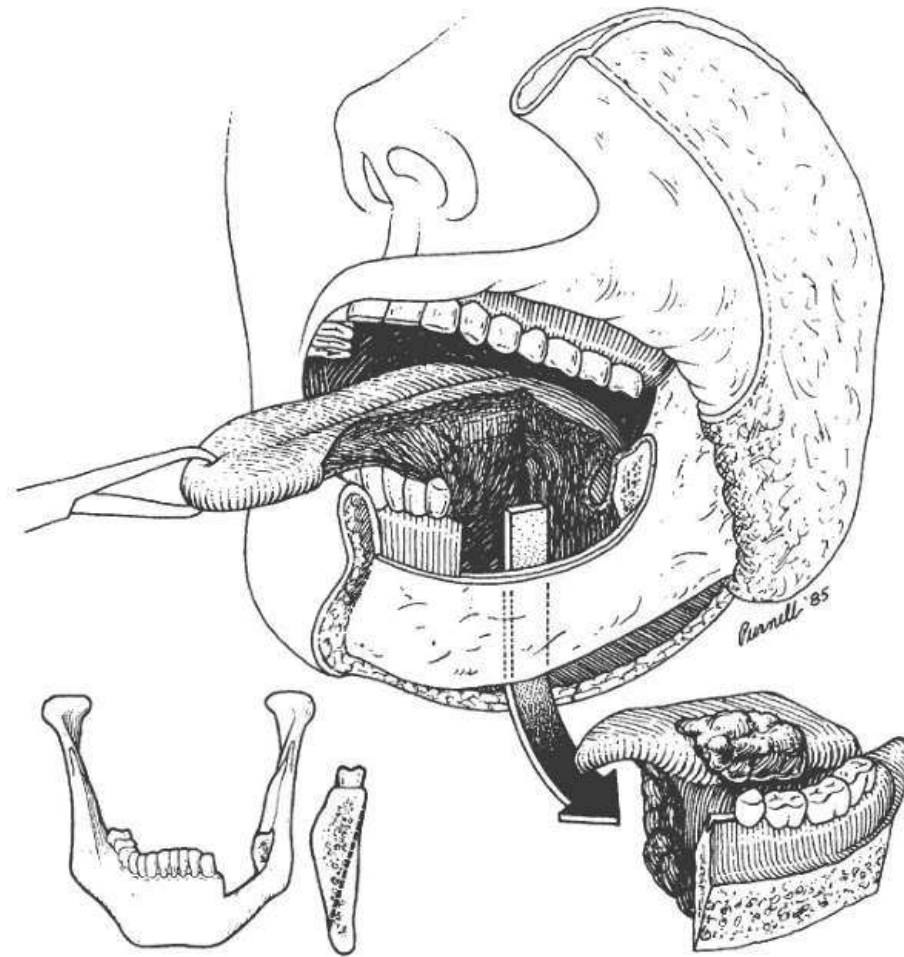
Operação retromolar ampliada



Mandibulotomy



Mandibulectomia marginal



Mandibulectomia segmentar

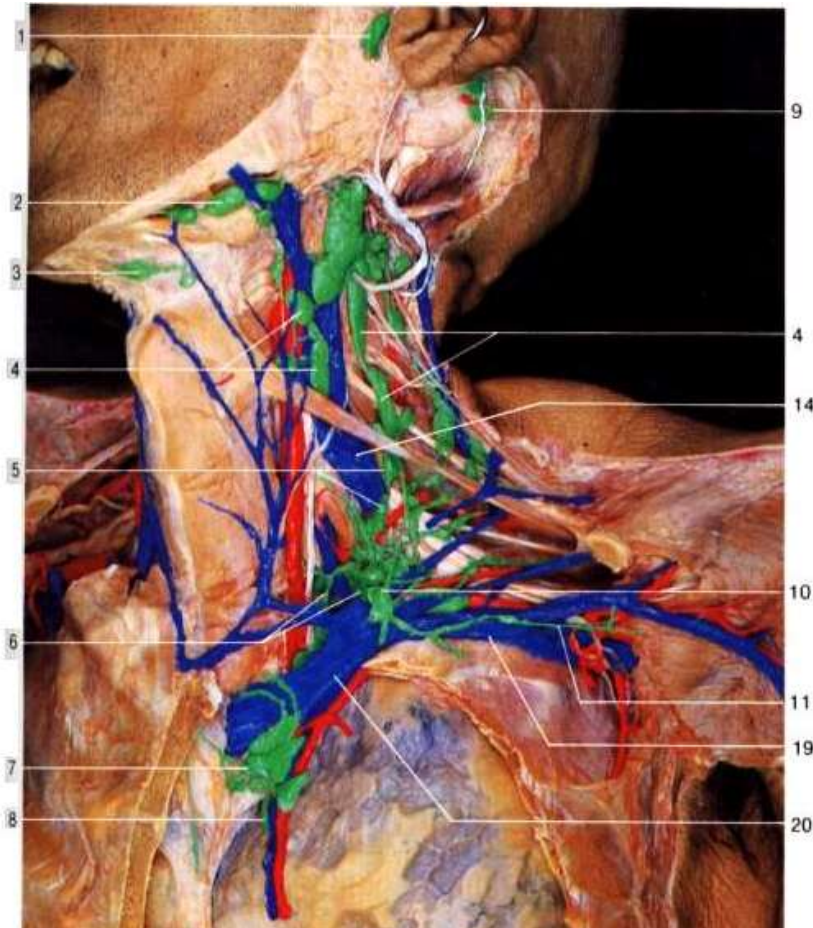


Soalho

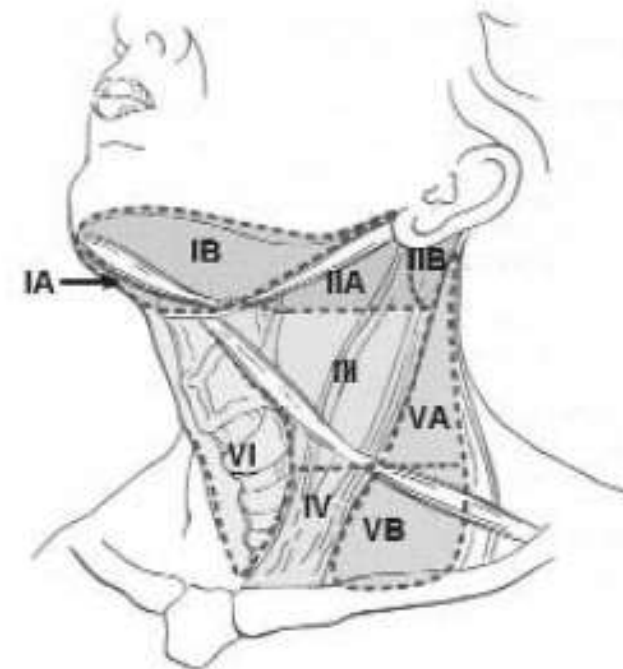
- Lesões pequenas
 - Acesso transoral (T₁-T₂)
 - Fechamento primário ou retalho
- Lesões maiores
 - Mandibulotomia
 - Mandibulectomia marginal ou segmentar
 - Reconstrução com retalhos locais, regionais pediculados ou livres
- Metástase cervical precoce



Drenagem linfática



1. Ganglios parotídeos
2. Ganglios submaxilares
3. Ganglios submentonianos
4. Grupo superior de los ganglios cervicales profundos, tronco yugular
5. Grupo inferior de los ganglios cervicales profundos
6. Conducto torácico
7. Ganglios mediastínicos superiores
8. Tronco broncomediastínico
9. Ganglios retroauriculares
10. Ganglios supraclaviculares
11. Tronco subclavio izquierdo
12. Vena facial
13. Ganglios occipitales
14. Vena yugular interna
15. Ganglios cervicales profundos
 - a. Ganglio yugulodigástrico (principal de Kuttner)
 - b. Ganglio yuguloomohioideo
16. Vena yugular externa
17. Tronco yugular
18. Ganglios infraclaviculares
19. Vena subclavia
20. Vena braquiocefálica izquierda



Risco para invasão cervical

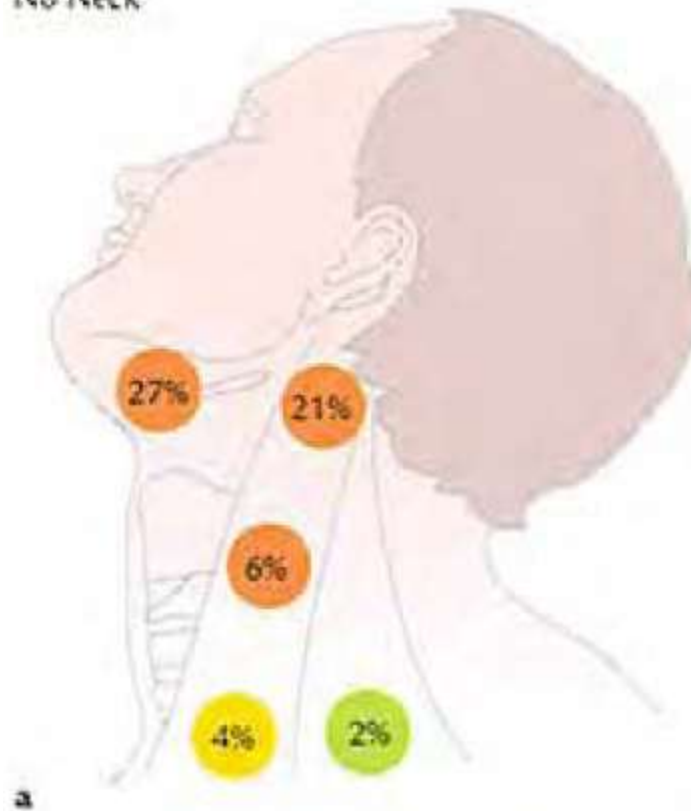
- Local
- Tamanho
- Estadio T
- Localização (anterior x posterior)
- Características histológicas
- Endofítico x exofítico
- Espessura do tumor
- Diferenciação
- Metastase distante - rara



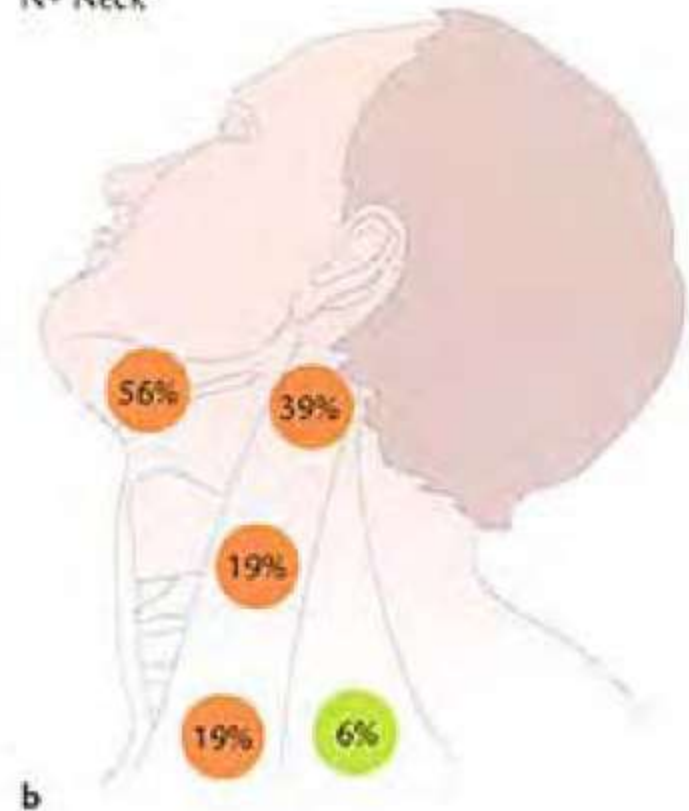


ESVAZIAMENTO CERVICAL CARCINOMA ALVEOLAR

N0 Neck

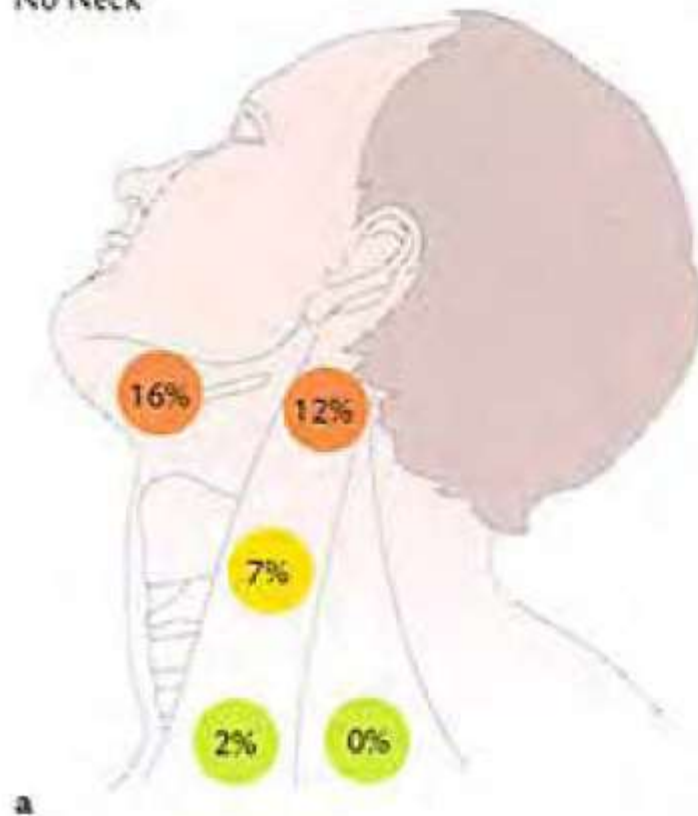


N+ Neck

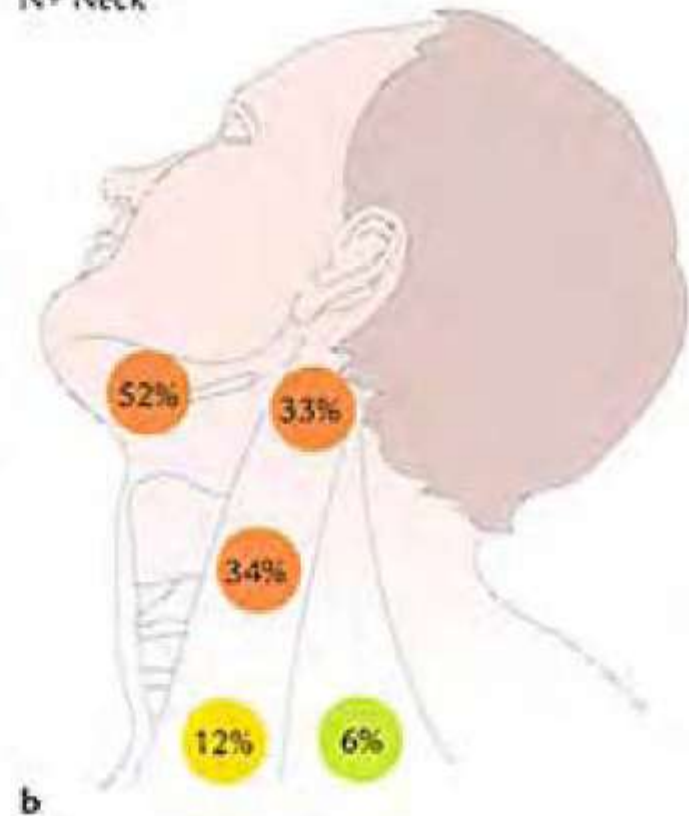


ESVAZIAMENTO CERVICAL ASSOALHO BUCAL

N0 Neck

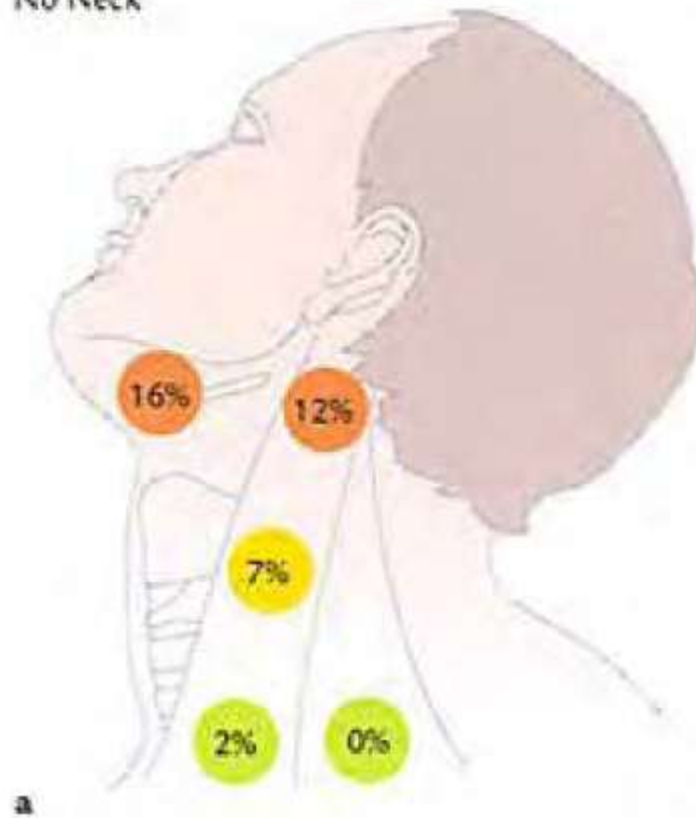


N+ Neck

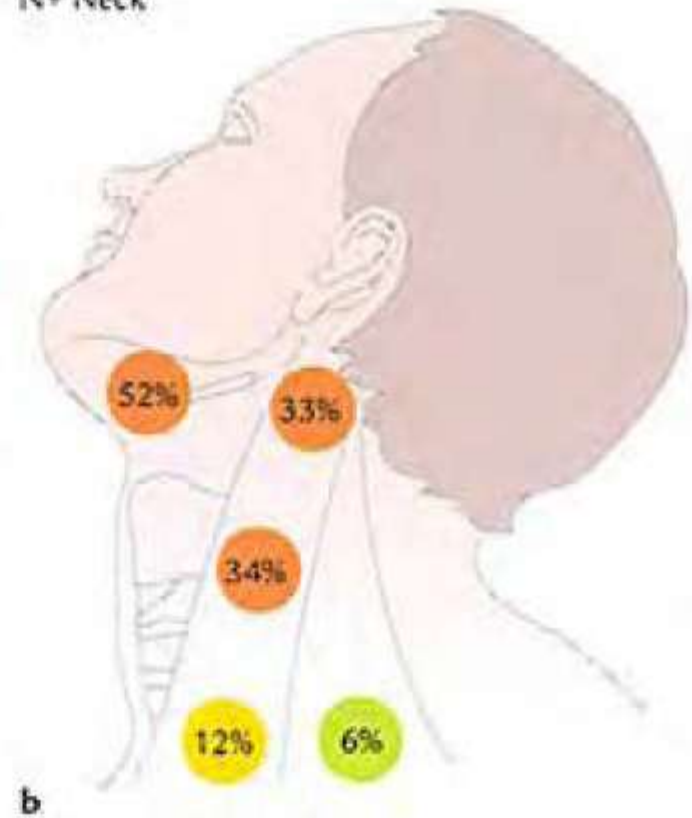


ESVAZIAMENTO CERVICAL LÍNGUA

N0 Neck



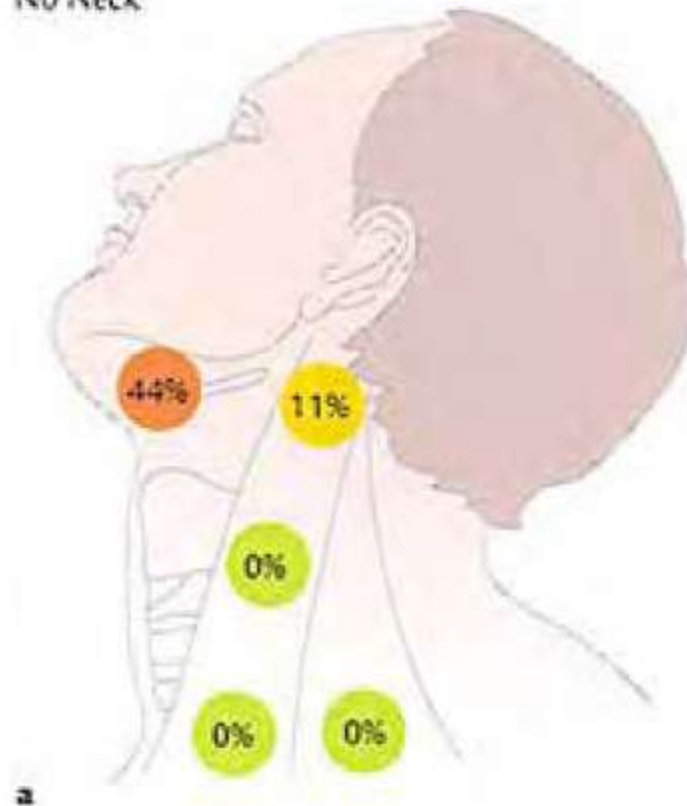
N+ Neck



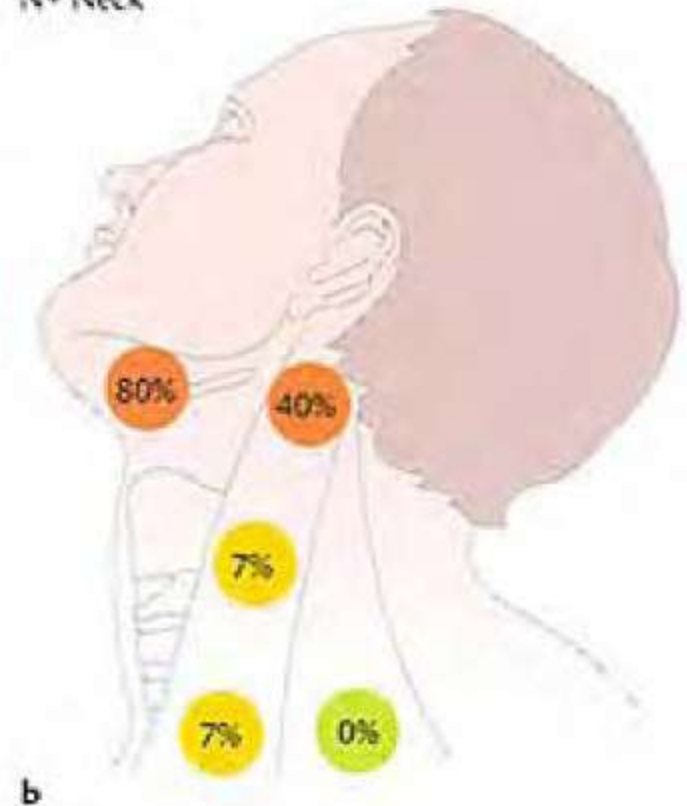
ESVAZIAMENTO CERVICAL

MUCOSA BUCAL

N0 Neck



N+ Neck



TRATAMENTO

- Radioterapia pós-operatória
 - Estádios III e IV
 - Margens cirúrgicas comprometidas ou exíguas
 - Embolização vascular ou invasão perineural
 - Alto grau histológico
 - Linfonodos comprometidos em mais de um nível cervical, múltiplos linfonodos comprometidos ou ruptura capsular
- Realizá-la em no máximo 6 semanas após a cirurgia

Prognóstico

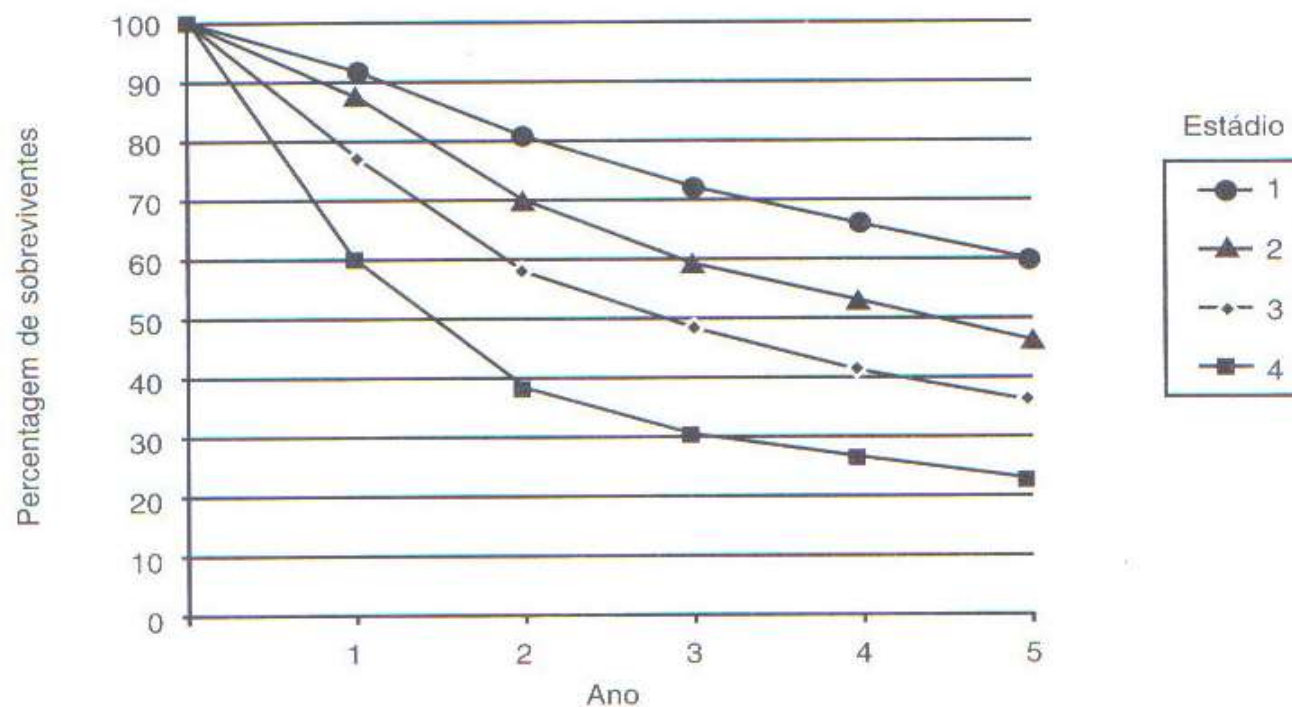
- Margens cirúrgicas livres
- Estadio
- Acometimento linfonodal
- Invasão perineural e extracapsular

RESULTADOS A 3 ANOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EXCLUSIVO OU ASSOCIADO À RADIOTERAPIA EM 542 CASOS DE CÂNCER DA BÔCA

Estatística do Serviço de Cabeça e Pescoço do Instituto Central da A.P.C.C.

1953 — 1954

<i>Regiões</i>	<i>Número de casos</i>	<i>Fracassos</i>	<i>Sucessos %</i>
Lábios	232	65	167 = 72 %
Língua e/ou soalho .	153	95	58 = 37,9%
Palatos	43	23	20 = 46,5%
Gengiva inferior	39	14	25 = 64,1%
Área retromolar	27	14	13 = 48,1%
Região jugal	13	6	7 = 53,8%
Gengiva superior ...	15	11	4 = 26,7%
Mendíbula	20	7	13 = 65 %



Sobrevida observada por estágio	1	2	3	4	5	IC 95%*	Casos
1	91,6	80,6	72	66,1	59,8	57,7-61,8	2511
2	87	69,6	59,7	53	46,3	43,8-48,7	1839
3	76,7	58,1	48,7	41,6	36,3	33,6-38,9	1431
4	60,2	38,4	30,9	26,5	23,3	21,5-25	2433

FIGURA 3.3A Sobrevida observada em cinco anos para o estadiamento "combinado" do AJCC, para carcinoma de células escamosas da cavidade oral, 1985 a 1991. (* Intervalos de confiança de 95% correspondem às taxas de sobrevida no ano 5.)

BIBLIOGRAFIA

- Wayne M. Koch . Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach, 3rd edition. Cancer of the Oral Cavity. Chapter 13
- Atlas of Clinical Oncology Cancer of the Head and Neck. Jatin P. Shah, MD, E.W. Strong. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. BC Decker, New York, 2003
- Tratado de Cirurgia de Pescoço e Otorrinolaringologia – Carvalho, Marcos Brasilino de São Paulo: Editora Atheneu, 2001.
- TNM Staging of Cancers of the Head and Neck: Striving for Uniformity Among. Snehal G. Patel and Jatin P. Shah. CA Cancer J Clin 2005;55;242-258
- Câncer de Cabeça e Pescoço – Diagnóstico e Tratamento. Parise O, Kowalski LP, Lehn C. São Paulo, Editora Âmbito, 2006
- A.C.N. Nassif Filho e cols. Cirurgia reconstrutiva de lábio inferior com recuperação estético-funcional. Relato de dois casos. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.44 n.3 São Paulo July/Sept. 1998

“O sentido da vida consiste em que não tem nenhum sentido dizer que a vida não tem sentido”.

Niels Bohr

Obrigado!!!