

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Hospital Walter Cantídio

Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



ESVAZIAMENTO CERVICAL

GEAMBERG MACÊDO

HISTÓRICO

- **Século IX : critério de incurabilidade**
- **1906: George Crile. Mortalidade ↑**
- **Década de 40: entusiasmo com Rtx**
- **II Guerra mundial : maus resultados da Rtx**
- **Década de 50: Martin – extensa casuística**
- **Década de 60: Soarez e Ballantyne – esvaziamentos conservadores**
- **Esvaziamentos parciais**

GEORGE CRILE WASHINGTON **(1864 – 1943)**



INTRODUÇÃO

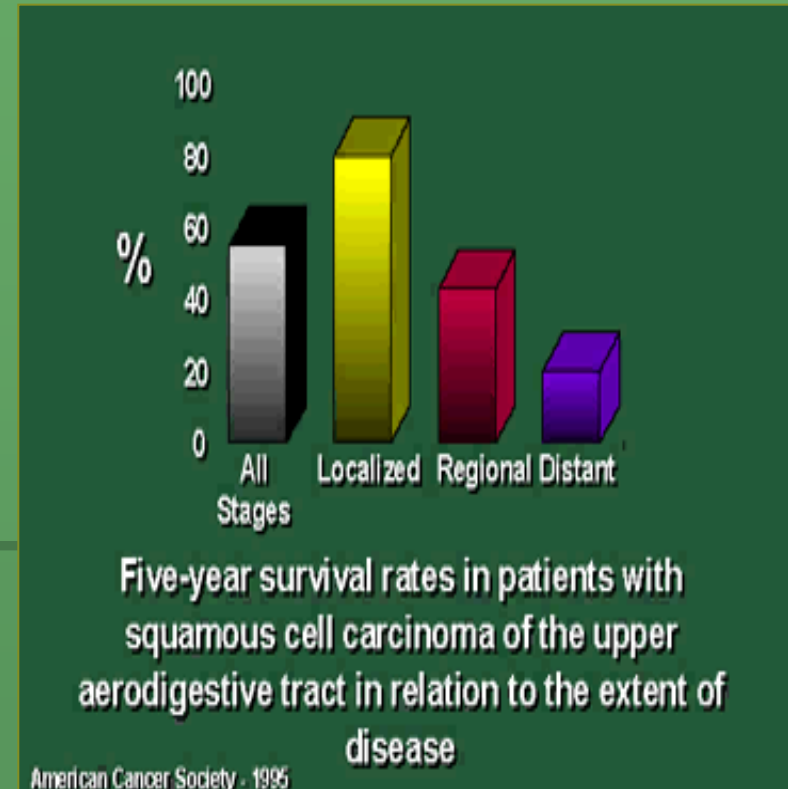
- **Esvaziamento cervicais são indicados no tratamento de metástase cervicais**
- **Ressecção das cadeias ganglionares**
- **300 linfonodos na cabeça e pescoço**
- **30% do total do corpo humano**

INTRODUÇÃO

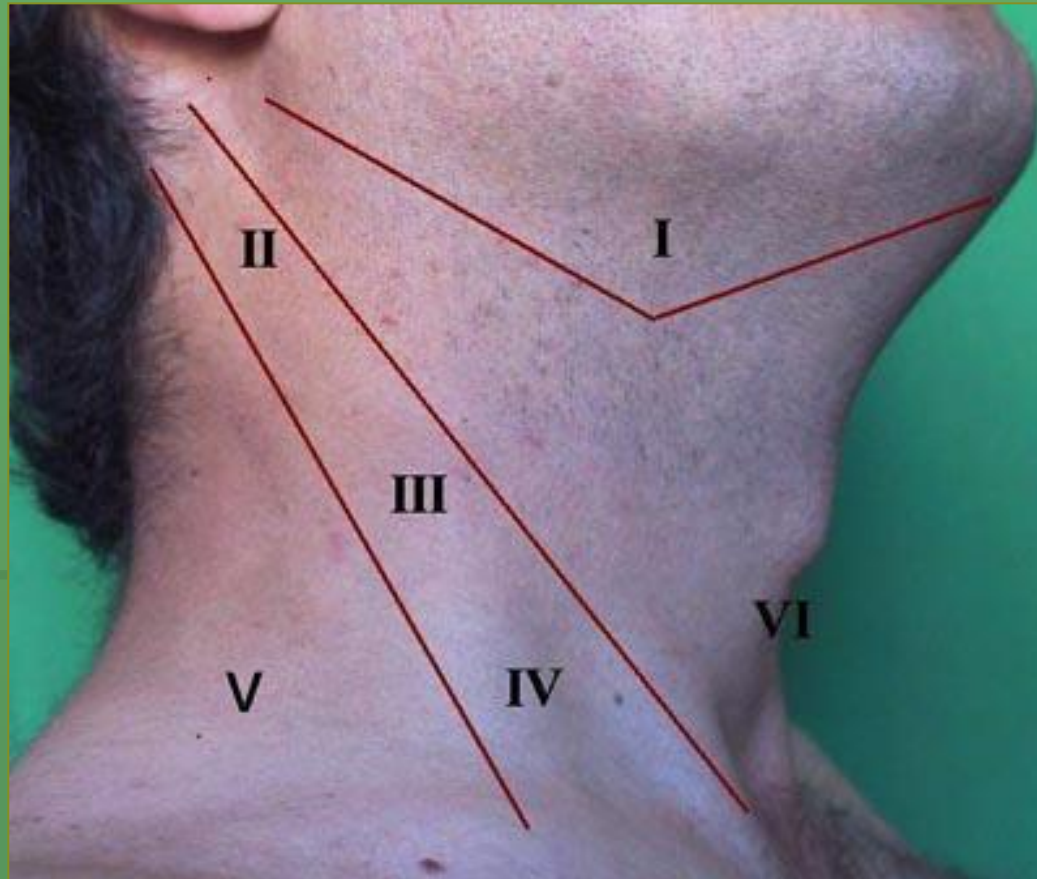
- **A presença de metástase linfática nos tumores malignos primitivos das vias aero digestivas superiores está associada a decréscimo significativo da taxa de sobrevida.**
- **Amar A, Rapoport A. Recidivas regionais nos pacientes com carcinoma epidermoide das vias aero digestivas superiores submetidos à esvaziamento cervical. Rev. Col. Bras. Cir 2003; 30(2): 128-32.**

INTRODUÇÃO

- Ocorrida disseminação linfática, a sobrevida em 5 anos, independente do tratamento, reduz-se a metade



NÍVEIS DO PESCOÇO

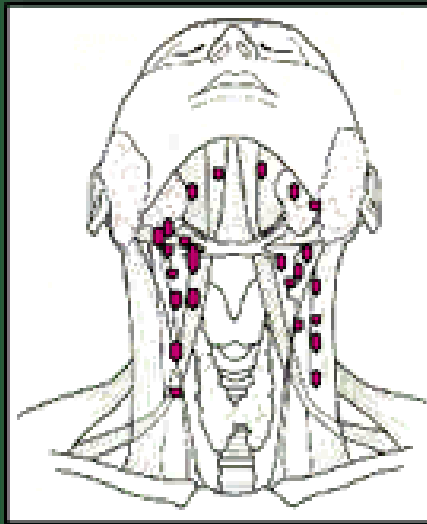


ANATOMIA

- **A drenagem linfática da cabeça e pescoço ocorre para grupos de linfonodos regionais específicos de maneira previsível e seqüencial**

SHAH, 1996

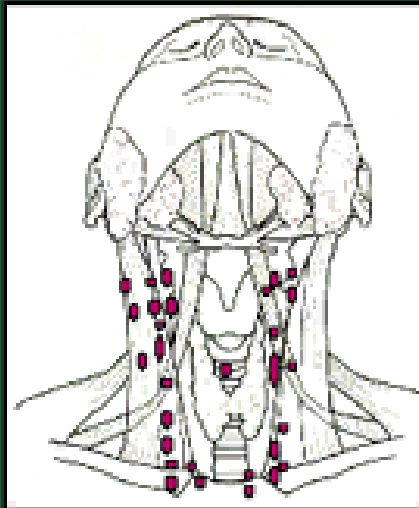
ANATOMIA



- Primary site
 - Oral cavity
- First echelon lymph nodes
 - Level I
 - Level II
 - Level III

The first echelon lymph nodes at highest risk for early dissemination by metastatic cancer, from primary tumors in the oral cavity

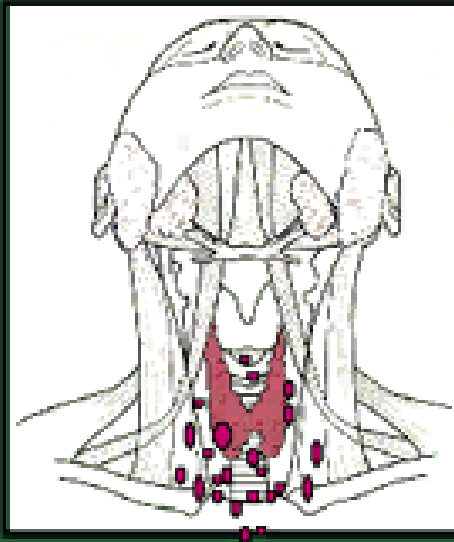
ANATOMIA



- **Primary sites**
 - Larynx
 - Pharynx
- **First echelon lymph nodes**
 - Level II
 - Level III
 - Level IV

The first echelon lymph nodes at highest risk for micrometastasis in the clinically negative neck, from primary tumors of the hypopharynx and larynx

ANATOMIA



● Primary site

- Thyroid

● First Echelon Lymph Nodes

- Tracheo-esophageal groove
- Superior mediastinal
- Level IV

The first echelon lymph nodes at highest risk for micrometastasis in the clinically negative neck from primary carcinoma of the thyroid gland

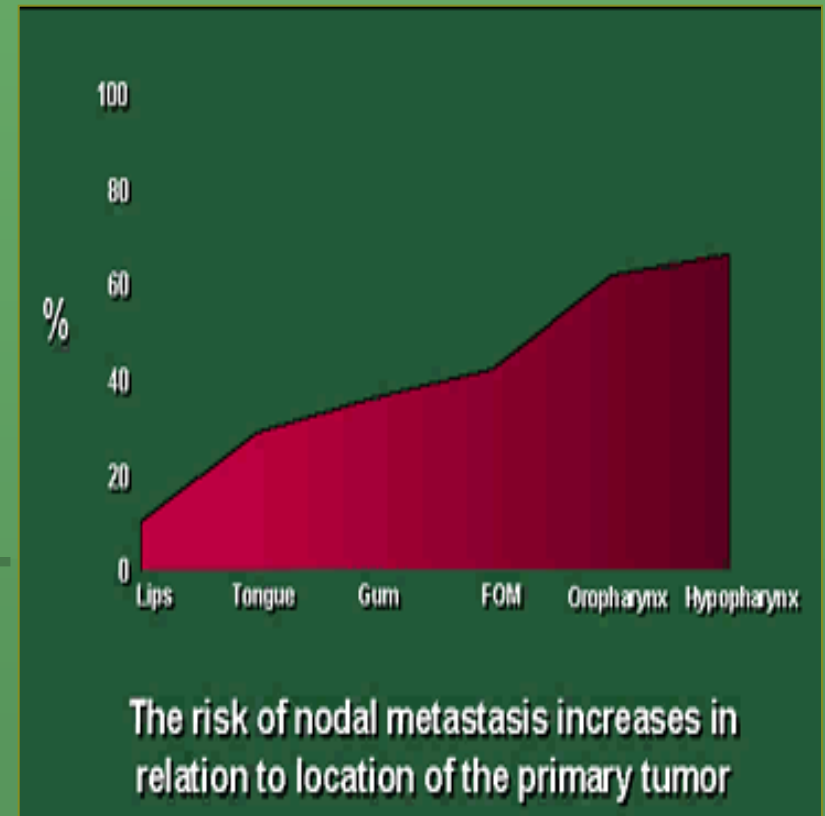
ANATOMIA

- **O conhecimento sobre os padrões seqüenciais de metástase cervical facilita grandemente a conduta cirúrgica dos linfonodos regionais em pescoço clinicamente negativo**

SHAH, 1996

RISCO DE METÁSTASE NODAL

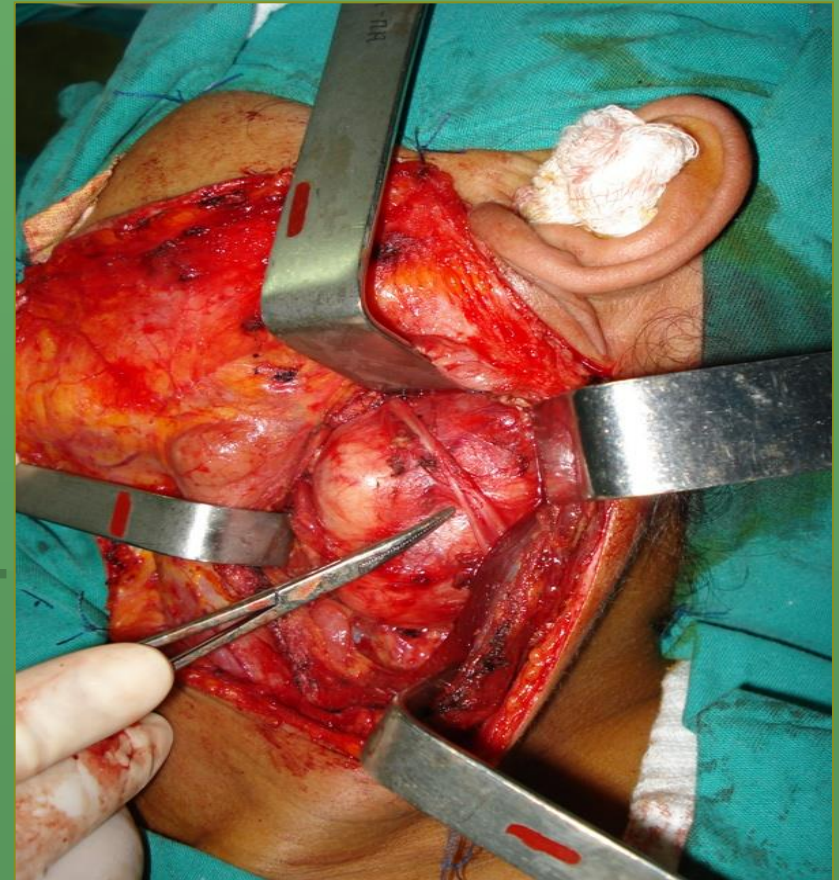
- **Tamanho**
- **Localização**
- **Tipo histológico**



CLÍNICA E DIAGNÓSTICO



CLÍNICA E DIAGNÓSTICO



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

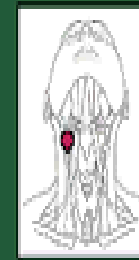
CARACTERÍSTICA	METÁSTASE	LESÃO INFLAMATÓRIA
IDADE	> 40 anos	< 40 anos
DURAÇÃO	+ 15 dias	- 15 dias
LATERALIDADE	Unilateral	Bilateral
CONSISTÊNCIA	Endurecida	Elástica
DIMENSÃO	> 1,5 cm	< 1,5 cm
DOR	Rara	Freqüente
MOBILIDADE	Fixa	Normal
ULCERAÇÃO	Possível	Rara

ESTADIAMENTO

- **N1:** linfonodo ipsilateral < 3 cm
- **N2a:** linfonodo único 3-6cm
- **N2b:** múltiplos linfonodos ipsilaterais < 6cm
- **N2c:** bilateral ou contralateral < 6 cm
- **N3:** > 6cm



N₀



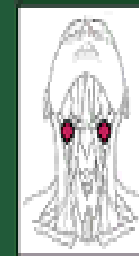
N₁



N_{2a}



N_{2b}



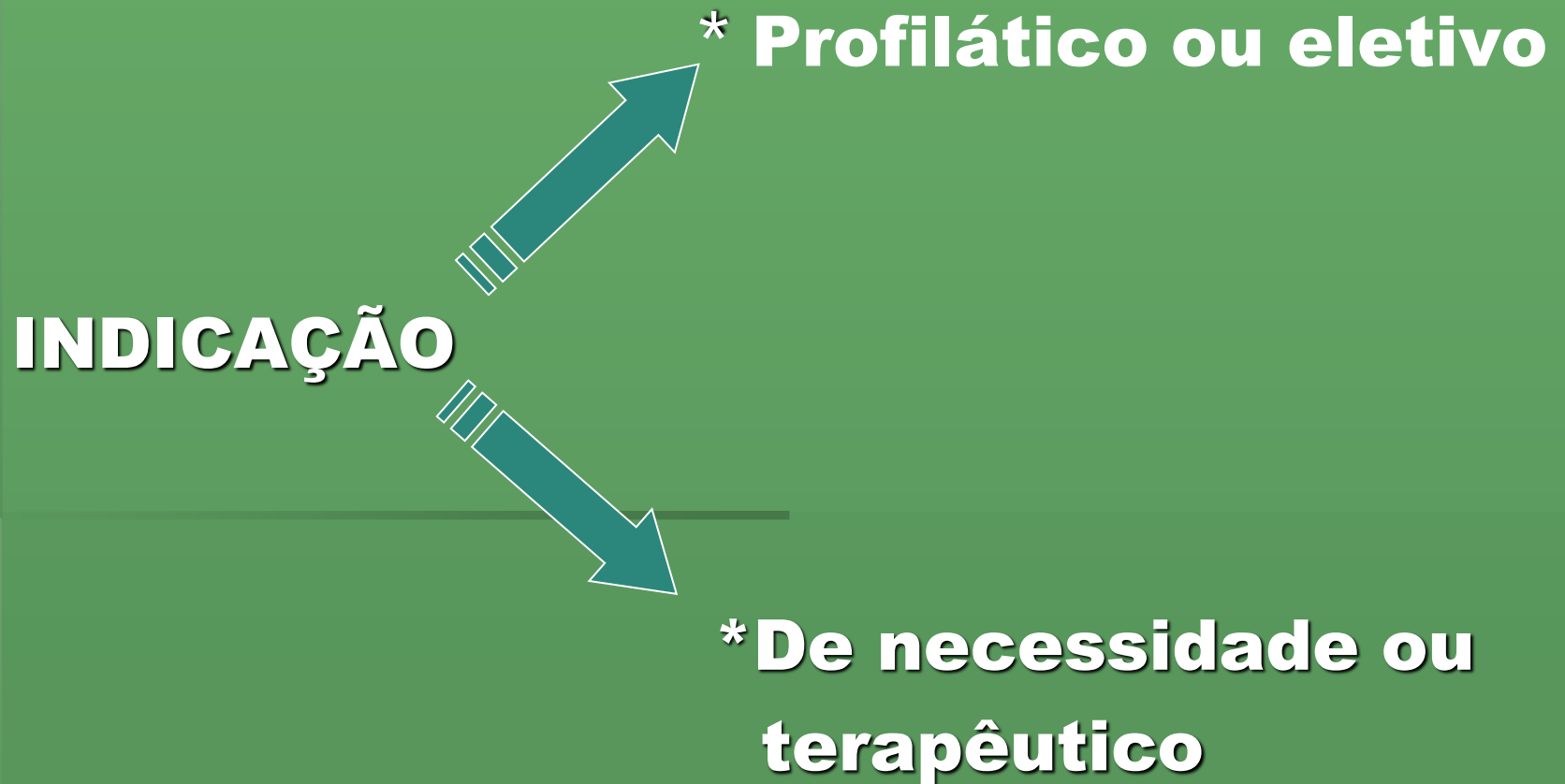
N_{2c}



N₃

The American Joint Committee on Cancer and the International Union Against Cancer (AJCC/UICC) staging system for cervical lymph nodes

CLASSIFICAÇÃO



DISSECÇÃO CERVICAL RADICAL

- **Dissecção radical clássica**
- **DCRM-I : n. acessório**
- **DCRM-II: n. acessório e MECM**
- **DCRM-III: n. acessório, MECM, v. jugular interna**

DISSECÇÃO CERVICAL SELETIVA

- **Dissecção cervical supra-omoióidea**
- **Dissecção cervical jugular**
- **Dissecção do compartimento central**

LINFONODO SENTINELA

- **Postulado inicialmente por Gould, 1960 e posteriormente por Cabanas**
- **Primeira expressão de células metastática**
- **Tem sido aplicado para melanomas, tumores de mama , além de bons resultados em lábio e cavidade oral**
- **Substitui o esvaziamento cervical clássico em pacientes N0**

ESVAZIAMENTO CERVICAL



ESVAZIAMENTO CERVICAL



COMPLICAÇÕES

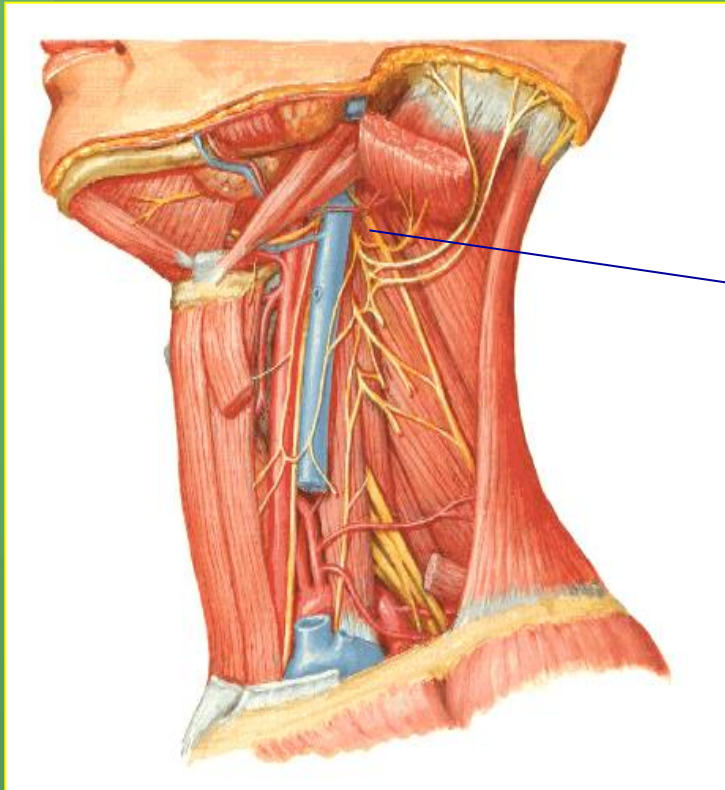
NERVO ACESSÓRIO (XI)

- **Talvez seja a estrutura nervosa mais manipulada e lesada nos esvaziamentos cervicais.**
- **Atravessa o m. ECM e sai no triângulo posterior.**
- **Inerva o m. Trapézio.**
- **Sua lesão causa dor e queda do ombro ipsilateral.**

ESVAZIAMENTO CERVICAL



OMBRO CAIDO



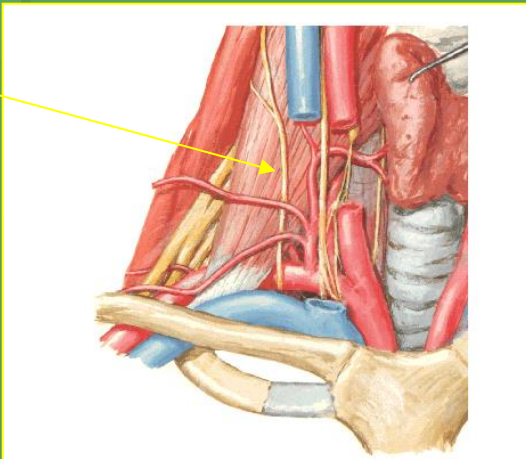
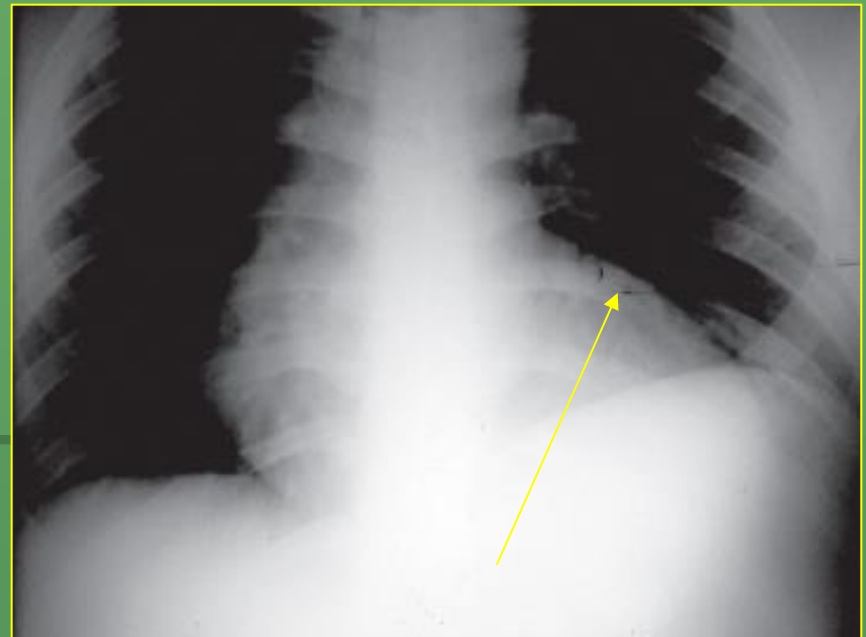
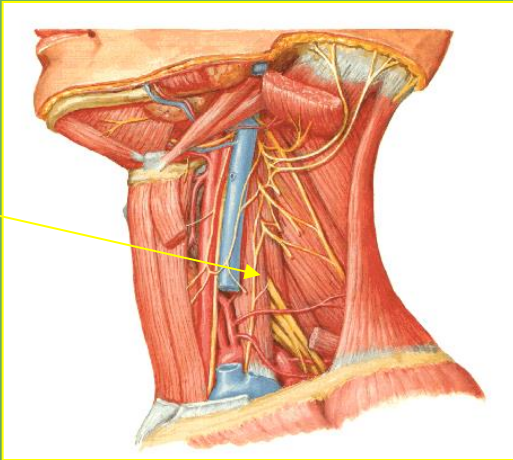
PARALISIA DO ACESSÓRIO



NERVO FRÊNICO

- **Formado por fibras do plexo cervical: C3-5.**
- **Localiza-se sobre o m. escaleno anterior**
- **Inerva o diafragma.**
- **Lesão: paralisia do diafragma ipsilateral com elevação da cúpula.**

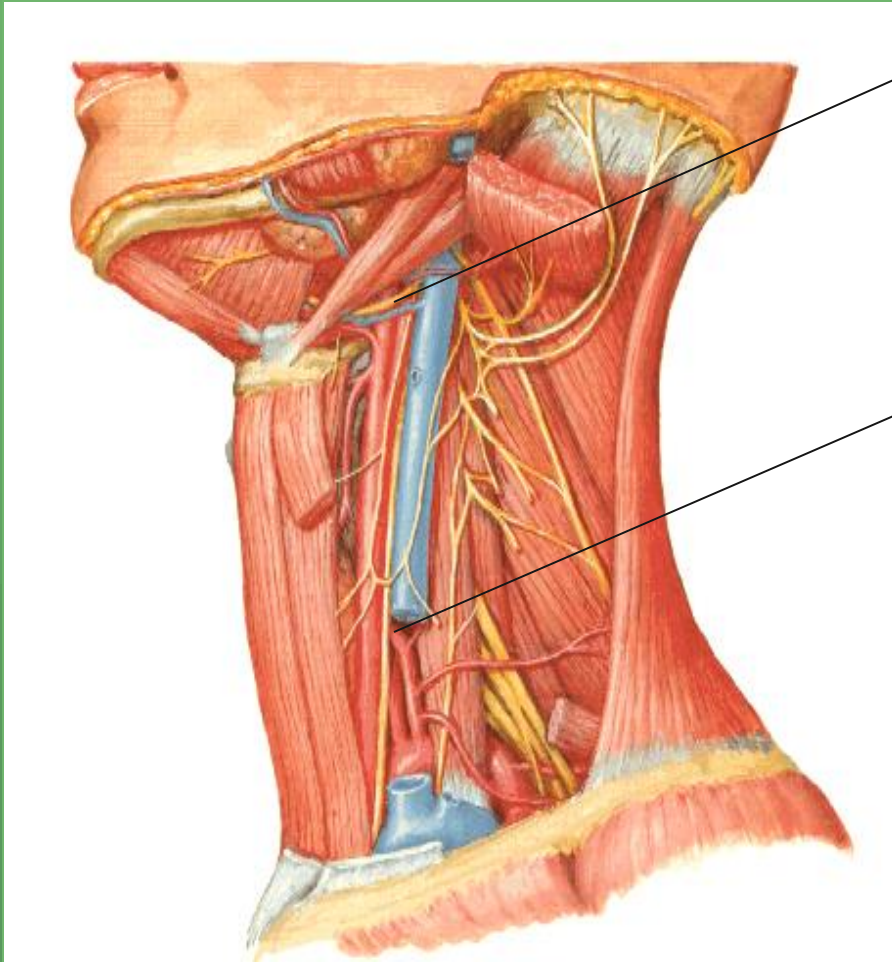
PARALISIA DO FRÊNICO



NERVO HIPOGLOSSO (XII)

- **No nível II cruza a bifurcação da carótida.**
- **Na loja submandibular se relaciona com a polia do digástrico.**
- **Sua lesão causa paralisia da hemilingua.**
- **Alça descendente inerva os músculos. pré tireoideanos.**

ANATOMIA



■ **N. hipoglosso**

■ **N. vago**

NERVO VAGO (X)

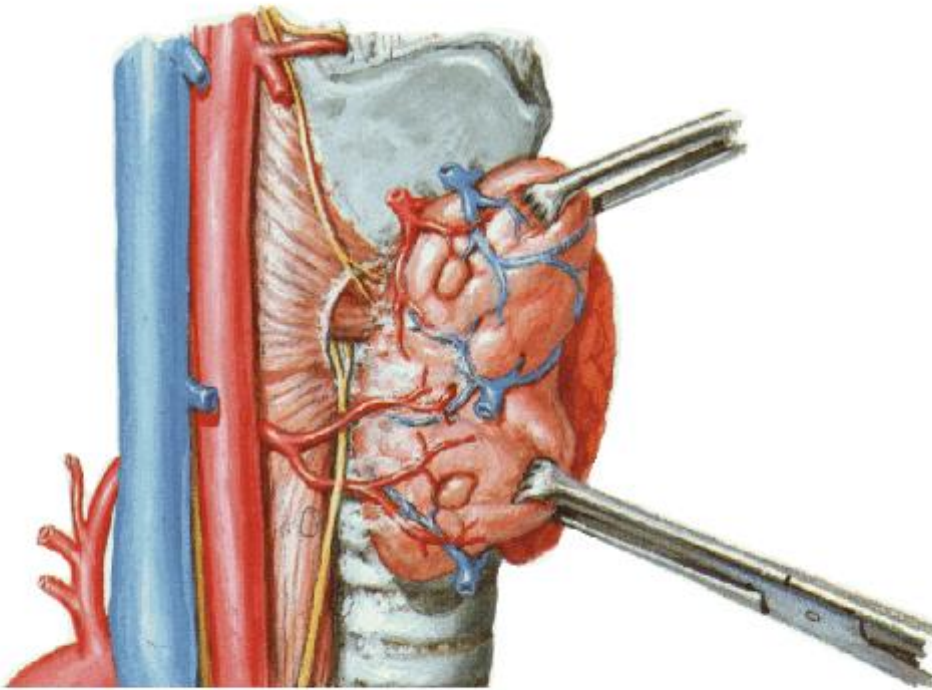
- **Manipulação excessiva causa alteração de F.C**
- **Lesão: paralisia laríngea e faríngea**
- **Ramo Laríngeo Superior: paralisia temporária (1%), permanente (0,5%).**
- **Lesão do Laríngeo Superior altera o tom da voz, com diminuição do som agudo.**

NERVO VAGO (X)

- **Ramo Laríngeo Recorrente ou inferior**
- **Paralisia temporária: (0,4-4%).**
- **Paralisia permanente: (até 3%).**
- **Tratamento inicial: fonoterapia.**
- **Sem melhoras: procedimentos de medialização da PV.**
- **Paralisia bilateral: Traqueostomia.**

NERVO LARINGEO

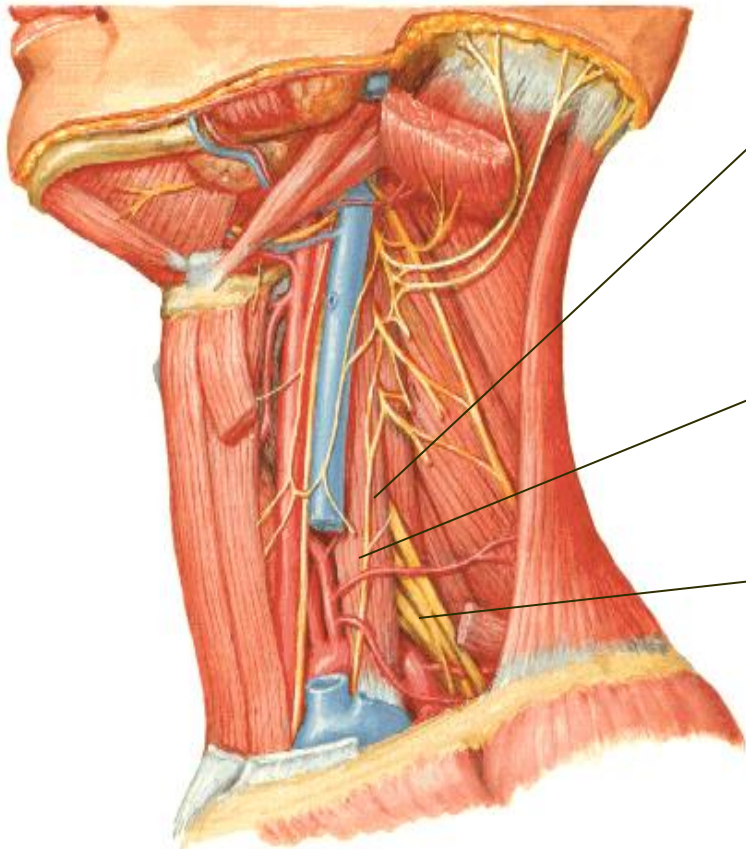
Glândulas Paratireóides
Vista Lateral Direita



PLEXO SIMPÁTICO E BRAQUIAL

- **Plexo simpático: Síndrome de Horner.**
- **Plexo Braquial: lesão afeta músculos supra, e infraespinhais, Bíceps e Tríceps.**

ANATOMIA



■ **M. escaleno anterior**

■ **N. frênico**

■ **Plexo braquial**

LESÃO DO DUCTO TORÁCICO

- **Via final de drenagem do líquido linfático terminando na v. Jugular Interna ou Subclávia.**
- **70-90% localiza-se à esquerda**
- **Fístula linfática: 1-13%**
- **Linfa: tri glicerídeos do TGI**
- **Diariamente: 2-4l de linfa**
- **Queda do estado nutricional do doente.**

LESÃO DO DUCTO TORÁCICO (TRATAMENTO)

- **Prevenção.**
- **Visualização no ato operatório: ligaduras sucessivas.**
- **Curativos compressivos, dietas hipolipídicas, elevação da cabeceira.**
- **Hiperalimentação parenteral.**
- **Reintervenção cirúrgica: ultima instância**

VEIA JUGULAR INTERNA

- **Repercussão clínica importante : ligadura bilateral, quando não compensado pelo sistema vertebral.**
- **Difícilmente ocorre por necessidade oncológica.**
- **Edema facial intenso, aumento da PIC (cegueira e herniações).**
- **Sangramentos venosos: realizar hemostasia cuidadosa**

VEIA JUGULAR INTERNA

- **Trombose : 11-25% EC modificado seletivos.**
- **Fatores de risco: fistulas salivares, infecção, Rtx prévia, retalhos miocutâneos, doença avançada.**
- **Prevenção: Ligadura de veia que drenam para jugular interna; manipulação cuidadosa assim como uso de eletrocautério, resolução de fatores causais.**

ARTÉRIA CARÓTIDA

- **Embolização por manipulação → AVC**
- **Ligadura: avaliar bem no pré operatório**
- **Ruptura de carótida**
 - **Preservar à adventícia**
 - **Fatores de risco: Rtx neoadjuvante, infecção pós operatória, fístula salivar.**
 - **Pequeno sangramento arterial constante.**

INFECÇÃO

- **Técnica cirúrgica inadequada**
- **Desnutrição**
- **Rtx neoadjuvante**
- **Traqueostomia prévia**
- **Retalhos**
- **Estadio tumoral**
- **Comorbidades: DM**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho MB de. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. São Paulo: editora Atheneu, 2001, parte 1, p.90.

Araujo VJF, Brandão LG, Ferraz AR. Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: editora Keila & Rosenfeld 1999, cap 17, p. 93- 104.

Mollá CL, Ramírez MJF, Estellés E, Villanueva A, Monforte RS, Lopez R. Sentinel node in tumours of the lip and the oral. *Acta otorrinolaringol esp* 2005; 56: 152-155.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amar A, Rapoport A. Recidivas regionais nos pacientes com carcinoma epidermoide das vias aero digestivas superiores submetidos à esvaziamento cervical. Rev. Col. Bras. Cir 2003; 30(2): 128-32.

SHAH, Jatin P. et. Al. Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Rio de Janeiro: editora Revinter, 2000, cap. 6, p. 167-235.