

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

**Hospital Walter Cantídio**

**Residência em Cirurgia Cabeça e Pescoço**

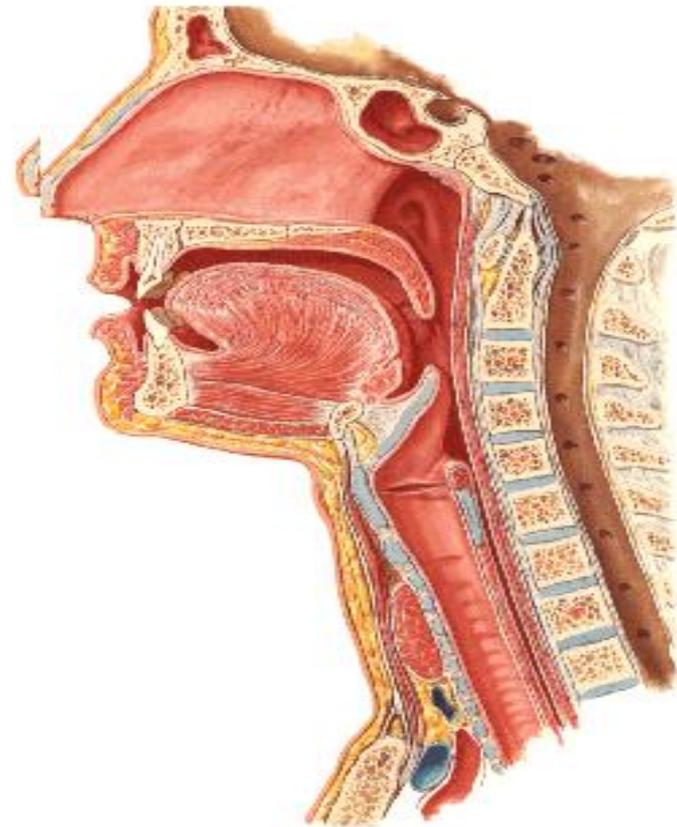
**TUMORES DE NASOFARINGE**

Geamberg Macêdo

Março-2006

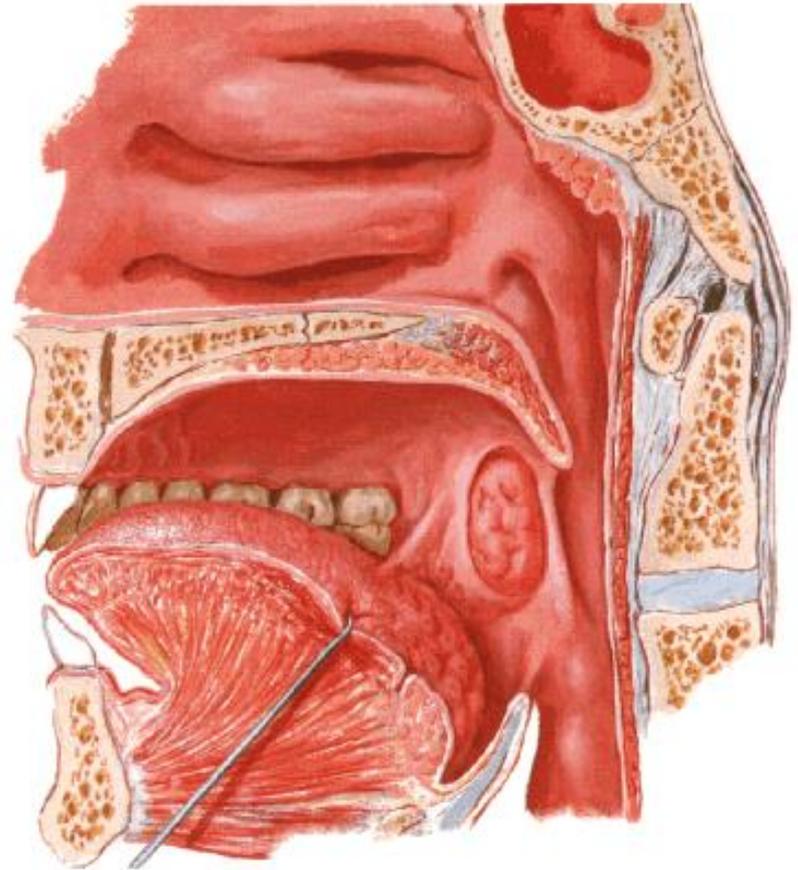
# ANATOMIA

- Tubo fibromuscular
- 15cm
- Comunicações
- Divisões



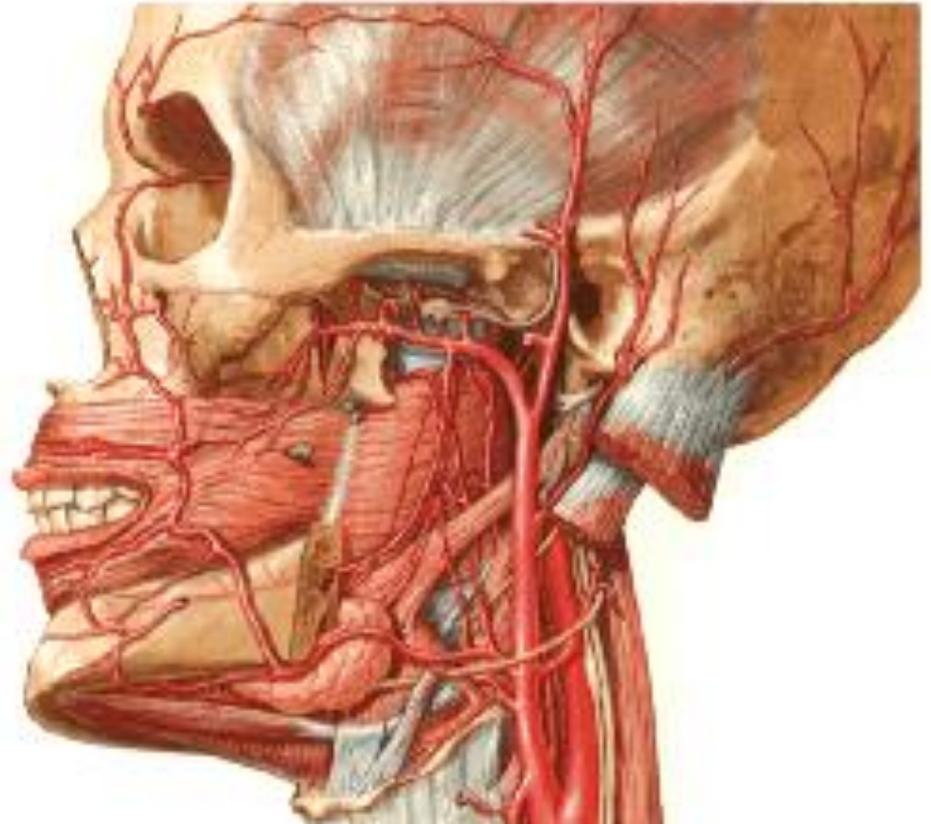
# ANATOMIA

- **Nasofaringe**
  - Teto e parede posterior
  - Parede inferior
  - Paredes laterais
  - Parede anterior



# ANATOMIA

- Irrigação
- Inervação motora
- Inervação sensitiva
- Drenagem linfática



# EPIDEMIOLOGIA

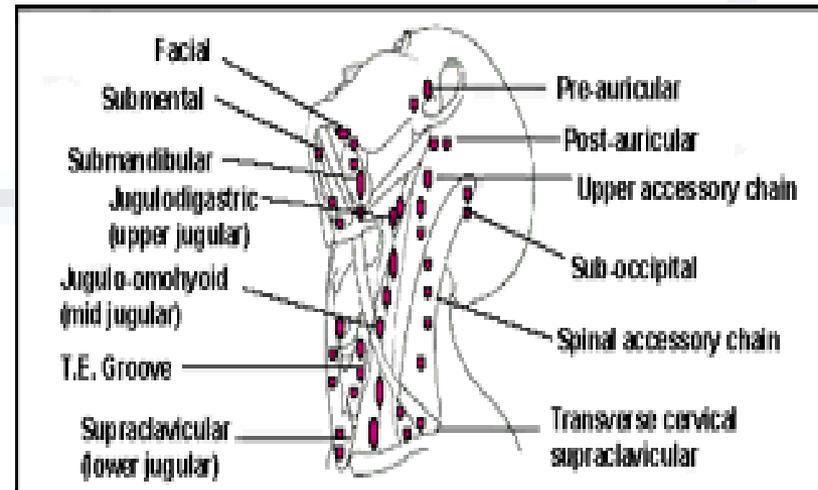
- Raro: 1:100.000 habitantes
- Sul da China, África, Alasca e Groelândia
- 3:1 homens/mulheres
- Associação com o vírus Epstein Barr
- Picos de incidência:  $< 30$  e  $>40-60$

# PATOLOGIA

- Maioria malignos: Espinocelulares (98%)
  - Tipo I
  - Tipo II
  - Tipo III: + comum
- Linfoma não Hodgkin : 2°
- Outros: Sarcomas, Carcinoma de pequenas glândulas salivares, Rabdomiosarcoma, Melanomas

# QUADRO CLÍNICO

- Diagnóstico tardio
- Metástase cervical (70-90%)
- Obstrução nasal
- Rinorreia
- Drenagem sanguínea
- Perda auditiva



Additional lymph node groups: parapharyngeal, retropharyngeal, and superior mediastinal

The regional lymph nodes of the head and neck region

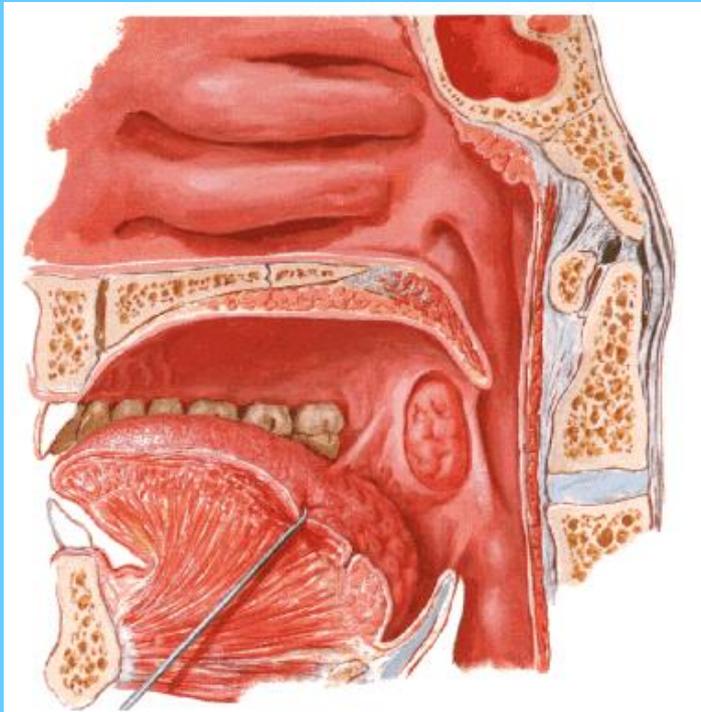
# DIAGNÓSTICO

- Clínica
- Nasofibroscoopia
- TC
- RNM



**VIDEOENDOSCOPIA  
NASOSSINUSAL**

# VIAS DE PROPAGAÇÃO



## ESTADIAMENTO (T)

<b>T1</b>	Tumor limitado à nasofaringe
<b>T2</b>	Tu estende a partes moles: orofaringe e/ou fossas nasais
	<b>T2a:</b> s/ extensão parafaringea
	<b>T2b:</b> c/ extensão parafaringea
<b>T3</b>	Tu invade estruturas ósseas ou seios paranasais
<b>T4</b>	Tu invade: crânio, nervo, fossa intratemporal, hipofaringe, órbita

## ESTADIAMANETO (N)

<b>NX</b>	Linfonodos não podem ser avaliados
<b>No</b>	Ausência de metástase cervical
<b>N1</b>	Metástase unilateral < 6cm Acima da fossa supraclavicular
<b>N2</b>	Metástase bilateral, < 6cm, acima da fossa
<b>N3</b>	(a) Linfonodo(s) > 6cm
	(b) Na fossa supraclavicular

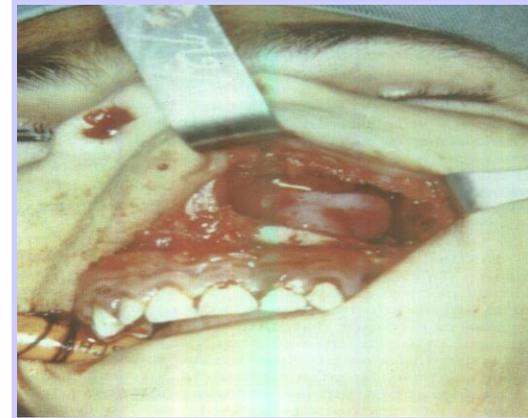
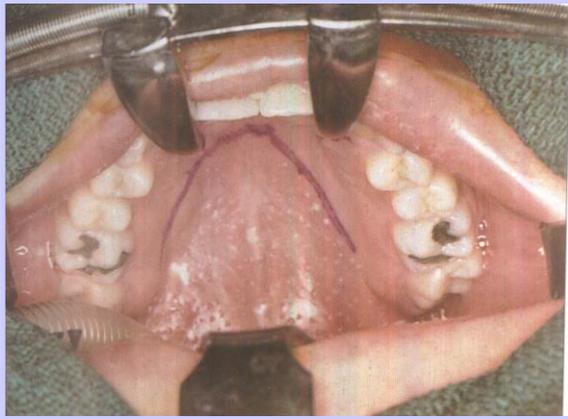
## ESTADIAMENTO (M)

- **MX:** Presença de metástase a distancia não pode ser avaliada
- **M0:** Ausência de metástase á distancia
- **M1:** Metástase à distância

# TRATAMENTO

- Geralmente não é possível cirurgia radical
- Cirurgia
  - Abordagem diagnóstica
  - Casos extremamente precoces
  - Lesões residuais ou recidivas locorregionais

# TRATAMIENTO CIRÚRGICO



# RADIOTERAPIA

- Arma terapêutica mais importante
- Volume irradiado amplo: ↓ tolerância
- Sempre tratar drenagem linfática bilateral
- Braquiterapia + Rdx externa



# SEGUIMENTO

- 1º ano: retorno em 2-3 meses
  - 2º ano: retorno em 3-4 meses
  - 3º-5º ano: retorno em 6 meses
  - > 5º ano: retorno anual
- TSH anual: se RT cervical
  - TC de crânio e pescoço anual
  - Rx de tórax anual
  - Outros

# PROGNÓSTICO

Estádio X Tempo de Sobrevida em 5 anos AJCC

Estádio	I	50,5- 74,5	%
Estádio	II	39,9-64,3	%
Estádio	III	48,1-64,4	%
Estádio	IV	34,6-43,3	%

# TUMORES BENIGNOS

- Nasoangiofibroma
  - Sexo masculino
  - Altamente vascularizados
  - Histologicamente benigno, mas com comportamento maligno
  - Tratamento cirurgico
  - Cirurgias endoscópicas → Craniotomias



# BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO, Marcos Brasilino de. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. São Paulo: editora Atheneu, 2001, parte 3, p.233-363.
- SHAH, Jatin P. et. Al. Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Rio de Janeiro: editora Revinter, 2000, cap. 6, p. 167-235.
- NETTER, Frank H. Atlas interativo de Anatomia Humana. editora Artemed, 1999.
- KOWASKI, Luiz Paulo. Et al. Manual de Condutas em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: editora Marina, 2003, cap. 8, p. 47-52.