



Humberto Brito – R3 CCP

INTRODUÇÃO



- Tumor da CCP mais frequente em homens (fora o CPNM)
- 95% são CEC
- 5% de sarcomas, melanomas, linfomas, leucemias(LMA M4/M5) e Mx
- CA de glândulas salivares tratados em outra aula
- Fatores de risco: fumo, betel, álcool, idade, imunossupressão, próteses mal adaptadas, má higiene oral e HPV

INTRODUÇÃO

- Tabagistas e etilistas crônicos costumam sucumbir mais rapidamente do que os que não têm estes hábitos
- O Paan (Betel + *Areca catechu*) também é um fator importante de risco



EPIDEMIOLOGIA

- Entre homens

Região	Ranking
Nordeste	4º mais frequente
Sudeste	5º mais frequente
Centro Oeste	5º mais frequente
Sul	6º mais frequente
Norte	6º mais frequente

- Entre mulheres

Região	Ranking
Nordeste	8º mais frequente
Sudeste	9º mais frequente
Norte	9º mais frequente
Centro Oeste	12 mais frequente
Sul	15 mais frequente

ESTIMATIVA GERAL – BRASIL - 2012

Os 10 cânceres mais incidentes em 2012 (exceto CPNM)

localização	n	%
Próstata	60180	31
Vv aéreas inf	17.210	8,8
Cólon/reto	14180	7,3
Estômago	12670	6,5
Cav. oral	9990	5,1
Esôfago	7770	4,0
Bexiga	6210	3,2
Laringe	6110	3,1
Lf. não Hod	5190	2,7
SNC	4820	2,5

Homens



Mulheres



localização	n	%
Mama fem.	52680	27,9
Colo útero	17540	9,3
Cólon/reto	15960	8,4
Gl tireóide	10590	5,6
Vv aéreas inf	10110	5,3
Estômago	7420	3,9
Ovário	6190	3,3
Útero (corpo)	4520	2,4
SNC	4450	2,4
Lf. Não Hod	4450	2,4

DISTRIBUIÇÃO CABEÇA E PESCOÇO- CEARÁ

Cânceres de cabeça e pescoço mais incidentes em 2012 (exceto CPNM)

Homens

Mulheres



Localização	Estado	Fortaleza
4º Cav. oral	260	90
6º Laringe	220	90

Localização	Estado	Fortaleza
3º Gl tireóide	410	140
9º Cav. oral	170	50

EPIDEMIOLOGIA

- Sexo e idade
 - Acomete mais homens após os 50 anos (no Brasil - 70% dos casos)
 - Incidência mundial decrescente nesse grupo e aumentando entre mulheres e jovens
- Sítios anatômicos
 - A borda lateral da língua é o mais comum
 - Soalho bucal > gengiva > área retromolar > palato mole > mucosa jugal > palato duro.



EPIDEMIOLOGIA

- Raça e genética
 - Aparentemente acomete mais brancos
- Grupo social
 - Menor escolaridade e poder aquisitivo



QUADRO CLÍNICO



- QP: “nódulo ou ferida na boca que não cicatriza sem outras queixas”
 - Pode estar acompanhada de dor, sangramento, trismo, halitose fétida e massas cervicais
- Menos de 10% dos casos são Dx em estágios iniciais
- Em alguns casos há a progressão de lesões pré-malignas -> malignas
 - Áreas leucoplásticas: 0,25-30% -> CA
 - Áreas eritroplásticas: 90% -> CA

QUADRO CLÍNICO

- O tumor progride infiltrando partes moles e osso adjacentes
- Mx linfonodal é a mais frequente mas hematogênica também ocorre



DIAGNÓSTICO

- Fácil de ser realizado
 - Oroscopia + biópsia incisional
 - Sempre procurar 2º TU primário
- Exame clínico dos níveis linfonodais do pescoço
- Exames complementares
 - USG – avaliação de linfonodos cervicais
 - TC e RNM – extensão da lesão e planejamento cirúrgico



TNM

Lábio, Cavidade Oral	
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 até 4 cm
T3	> 4 cm
T4a	<i>Lábio:</i> invade cortical óssea, nervo alveolar inferior, assoalho da boca, pele <i>Cavidade oral:</i> invade cortical óssea, músculos profundos extrínsecos da língua, seios maxilares, pele
T4b	Espaço mastigador, lâminas pterigóides, base do crânio, artéria carótida interna
N1	Homolateral, único, ≤ 3 cm
N2	(a) Homolateral, único, > 3 até 6 cm (b) Homolateral, múltiplo, ≤ 6 cm (c) Bilateral, contralateral, ≤ 6 cm
N3	> 6 cm

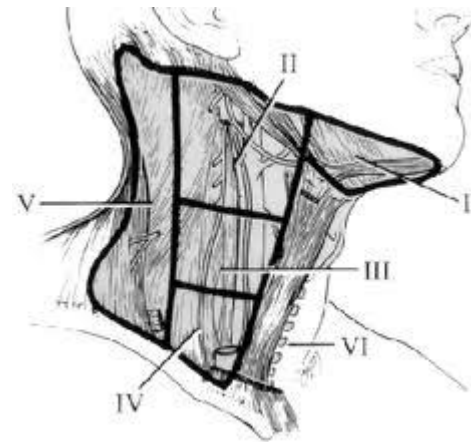
TRATAMENTO

- Histórico
 - Século XIX = exérese tumoral + ressecção de linfonodos próximos a lesão-> altos índices de recidiva loco-regional
 - Início do Século XX = exérese tumoral + esvaziamento radical (Crile, 1906)-> menor recidiva e elevada morbidade
 - 1920-1940 = tratamento radioterápico predominou sobre o cirúrgico-> baixos níveis de cura

TRATAMENTO

- Histórico
 - Dias atuais = exérese tumoral com margens + EC + RT
 - Margens - mínimo de 10mm
 - RT nas lesões extensas deve incluir cadeias linfáticas, mesmo quando não acometidas clinicamente
 - QT e imunoterapia – resultados insatisfatórios, mas podem ser usados para aumentar sensibilidade da RT

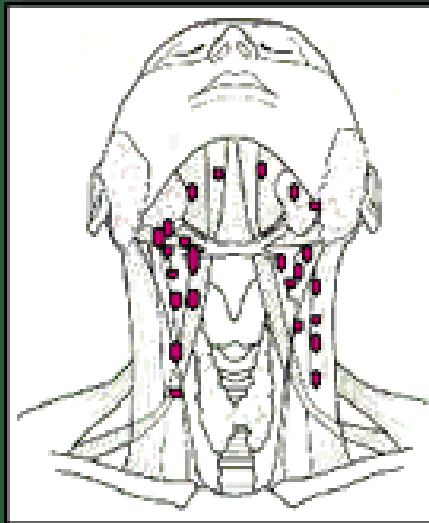
TRATAMENTO



- A cirurgia $\pm$ RT é o padrão atual
- Os três princípios cirúrgicos oncológicos
 - Radicalidade
 - Cirurgia centrípeta
 - Restauração do leito cirúrgico
- Padrão de drenagem linfática
 - Primeira estação: submentonianos/submandibulares, linfonodos jugulodigástricos e jugulo-omohioideos (níveis I-III)
 - Segunda estação:, jugulares inferiores, cervicais posteriores superior/inferior (níveis IV e V) e parotídeos

TRATAMENTO

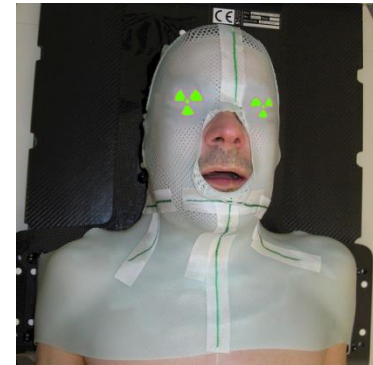
- Linfonodos supra omohioideos



- 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

TRATAMENTO



- Em tumores T1 a sobrevida em 5 anos é igual quando tratado com cirurgia ou RT
 - Efeitos da RT a longo prazo: xerostomia, cáries de irradiação e osteorradioneecrose
 - Prefere-se na maioria das vezes a cirurgia
- Para tumores T2N0 o tratamento indicado é o cirúrgico
- Nos demais casos, quando ressecáveis, indica-se cirurgia + RT adjuvante de rotina

TRATAMENTO

- O tratamento do TU primário dependa da sua extensão e localização
- Sempre levar em conta a decisão do paciente após esclarecimento dos riscos e benefícios dos procedimentos



TRATAMENTO DO TUMOR PRIMÁRIO

Local do tumor	T1	T2
Gengiva Inferior	Alveolectomia	Pelvemandibulectomia marginal
Região jugal	Ressecção ampla	Ressecção ampla
Soalho bucal	Pelvectomia	Pelveglossectomia ou pelvemandibulectomia marginal
Língua (oral)	Glossectomia parcial	Glossectomia parcial ou hemiglossectomia
Área Retromolar	Ressecção ampla	Operação retromolar modificada

TRATAMENTO DO TUMOR PRIMÁRIO

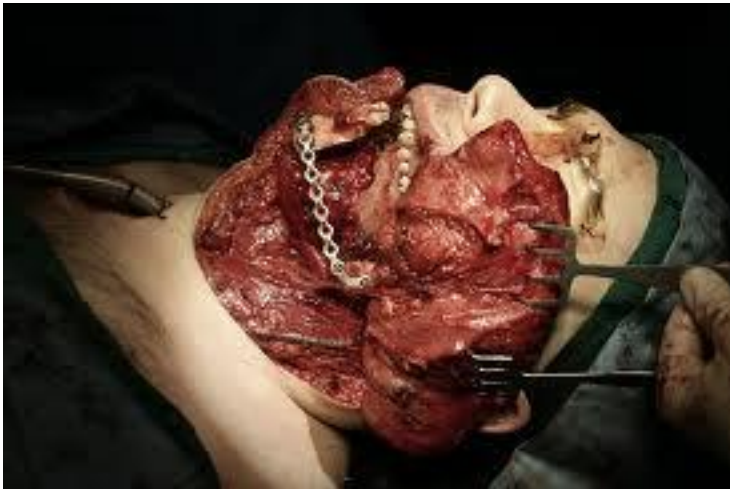
Local do tumor	T3	T4
Gengiva Inferior	Pelvemandibulectomia marginal ou seccional	Pelvemandibulectomia marginal ou seccional
Região jugal	Ressecção ampla	Ressecção ampla
Soalho bucal	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou seccional	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou seccional
Língua (oral)	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou glossectomia subtotal ou glossectomia quase total	Pelveglossectomia ou pelveglossomandibulectomia marginal ou seccional ou glossectomia subtotal ou glossectomia quase total ou total
Área Retromolar	Operação retromolar clássica ou ampliada	Operação retromolar clássica ou ampliada

TRATAMENTO DO PESCOÇO

Estadio do tumor	Tipo de esvaziamento cervical
T1 NO	Não
T2-4 NO	Supra-omo-hióideo
Qualquer T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado associado a supra-omo-hióideo contralateral
Tumor ultrapassando a linha média T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado a supra-omo-hióideo contralateral
Qualquer T1-4 N2c	Radical bilateral

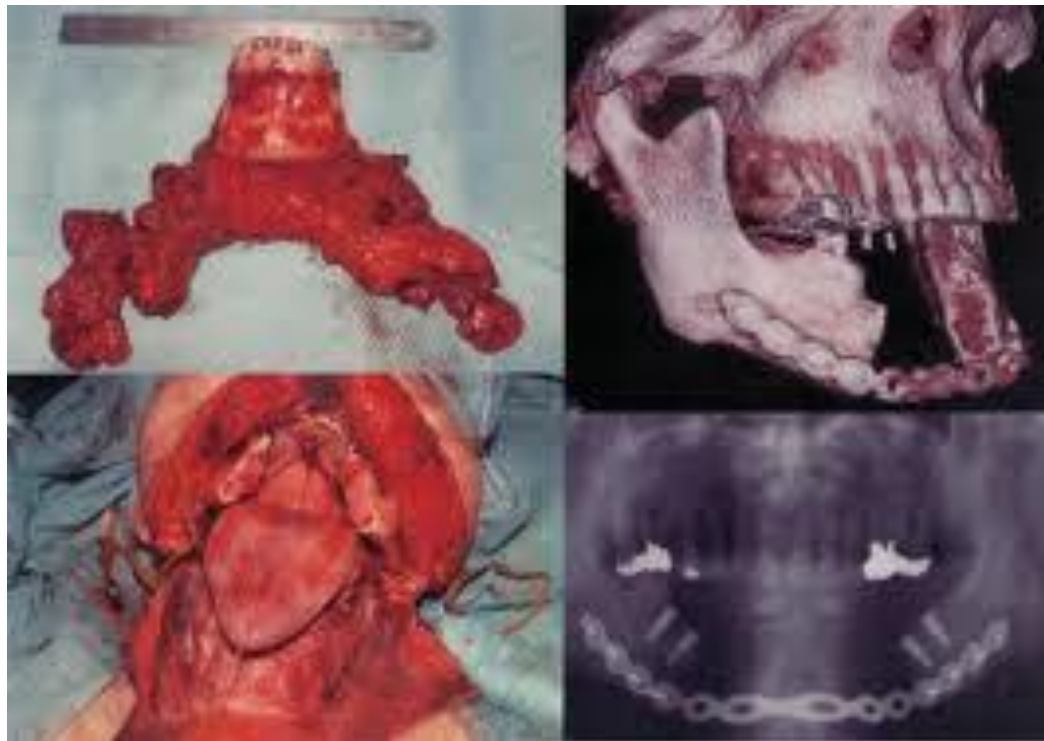
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Grandes defeitos



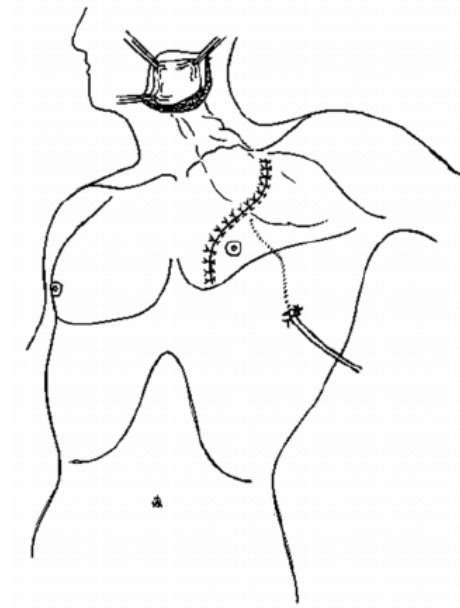
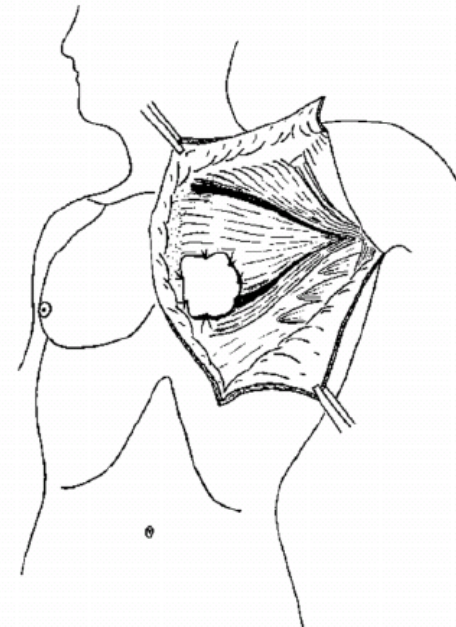
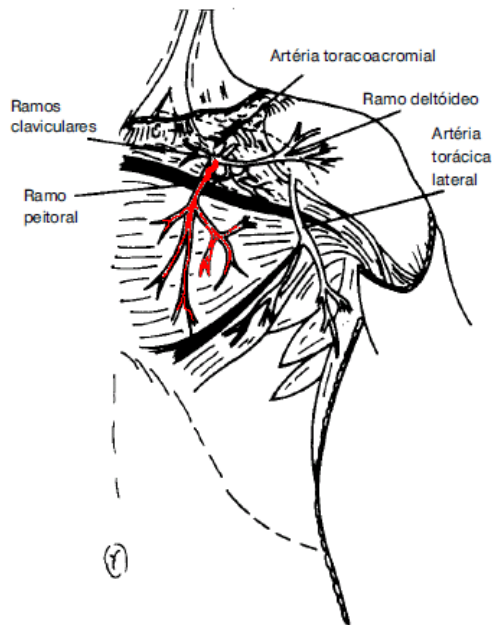
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Grandes defeitos



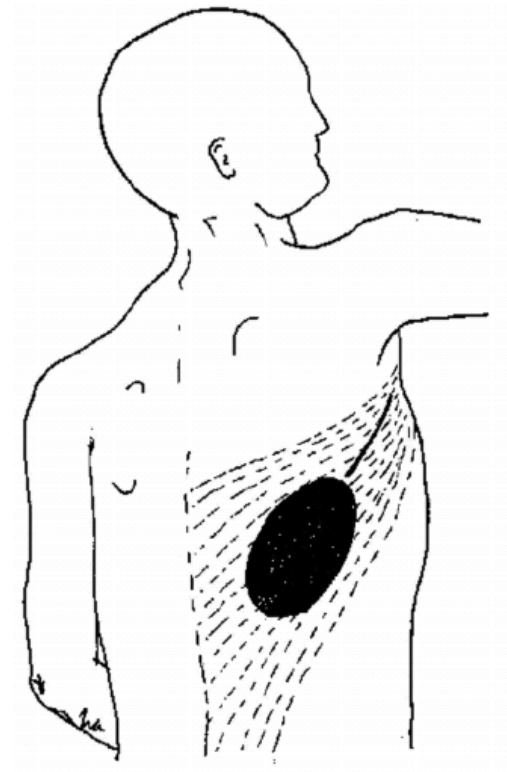
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Retalho músculo cutâneo de m. peitoral maior
 - Artéria tóraco acromial (pedículo principal)
 - Artéria torácica lateral e ramos perfurantes da mamária interna (pedículos secundários)



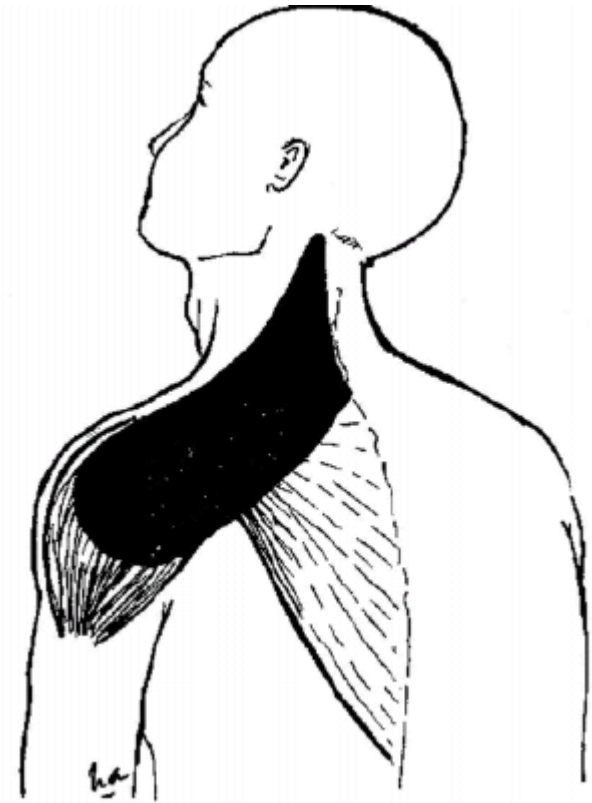
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Retalho músculo cutâneo de m. grande dorsal
 - Vasos toracodorsais (pedículo dominante)
 - Quatro a seis ramos perfurantes dos vasos intercostais posteriores
 - Quatro a seis ramos perfurantes dos vasos lombares.



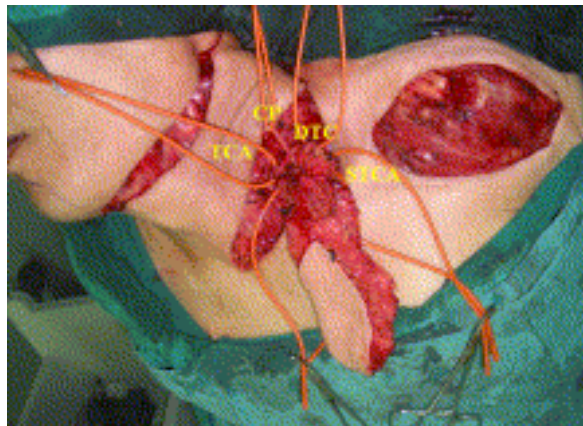
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Retalho superior do trapézio
 - Baseado em ramos da artéria occipital
 - Eventualmente também pela cervical transversa



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

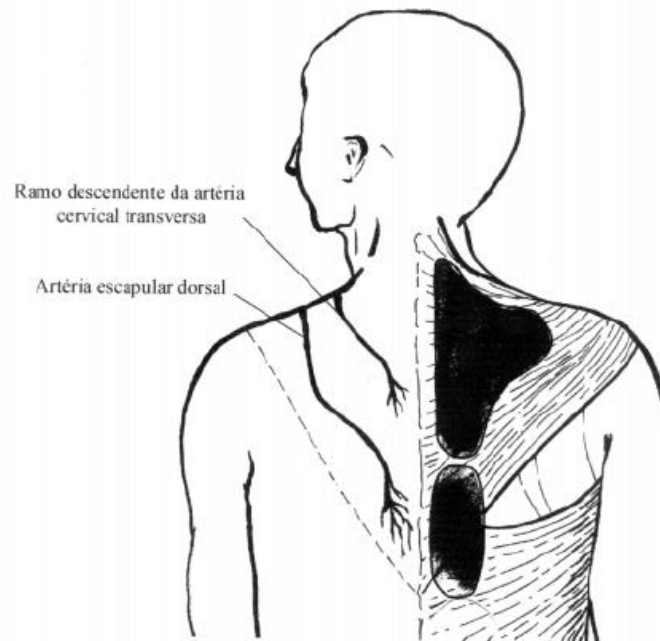
- Retalho fasciocutâneo supraclavicular
 - Baseado na a. cervical transversa



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

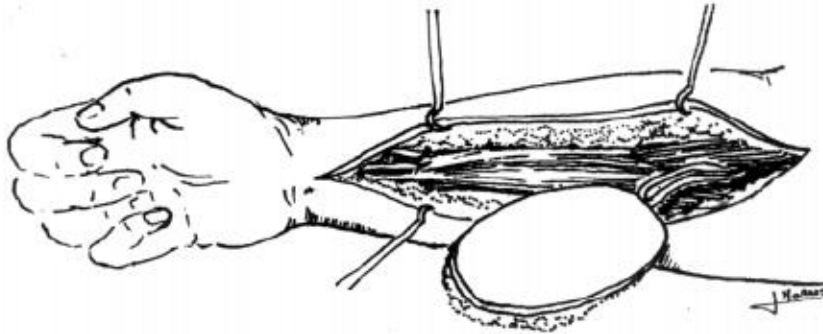
- Retalho inferior do trapézio. A ilha cutânea poderá ter uma posição variável.

- Se superior - ramo descendente da artéria cervical transversa.
- Se mais inferior, é prudente também incorporar a artéria escapular dorsal



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

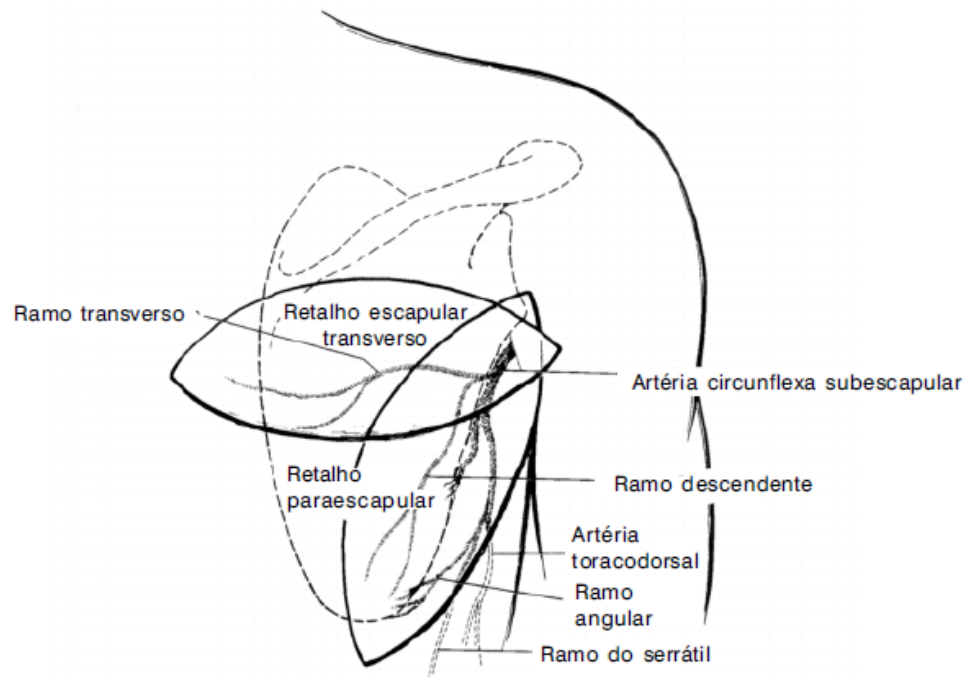
- Retalhos microcirúrgicos
 - Retalho antebraquial ou retalho da artéria radial



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

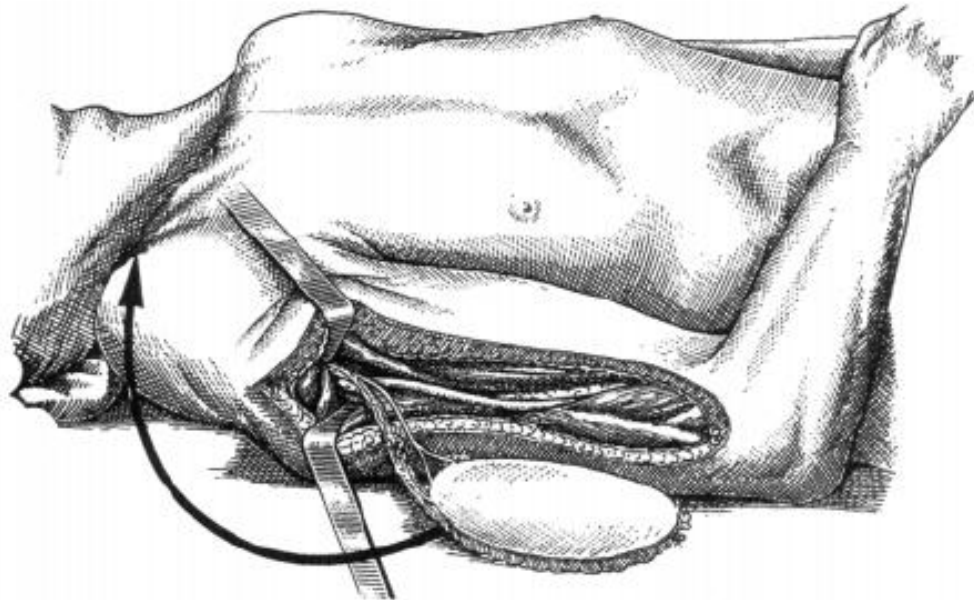
• Retalhos microcirúrgicos

- Esquema da irrigação arterial cutânea da região escapular. Estão demarcados os **retalhos escapular transverso e paraescapular**.



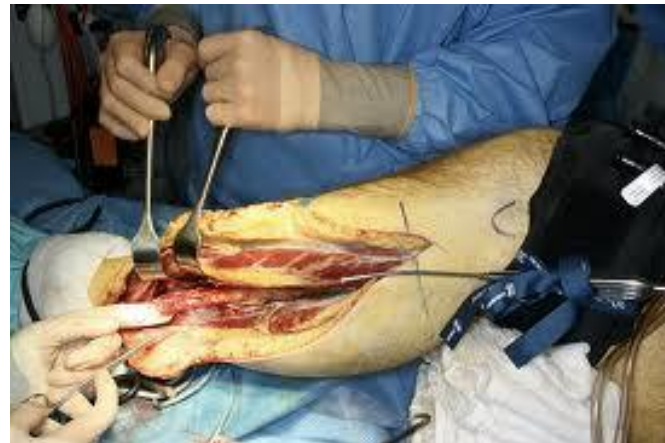
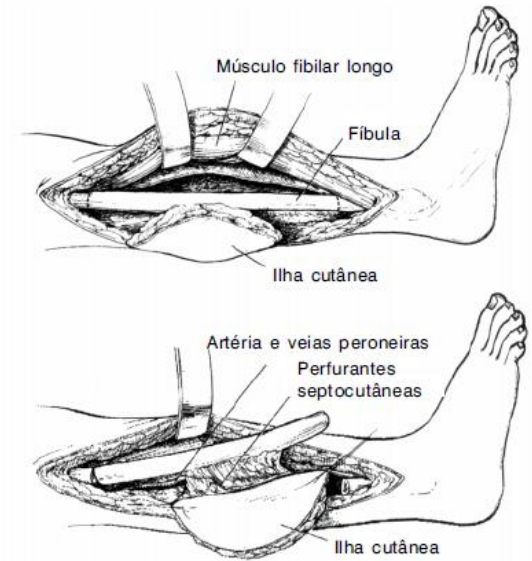
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Retalhos microcirúrgicos
- Retalho lateral do braço preparado para a transferência microcirúrgica



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Retalhos microcirúrgicos
- Transplante osteocutâneo de fíbula



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

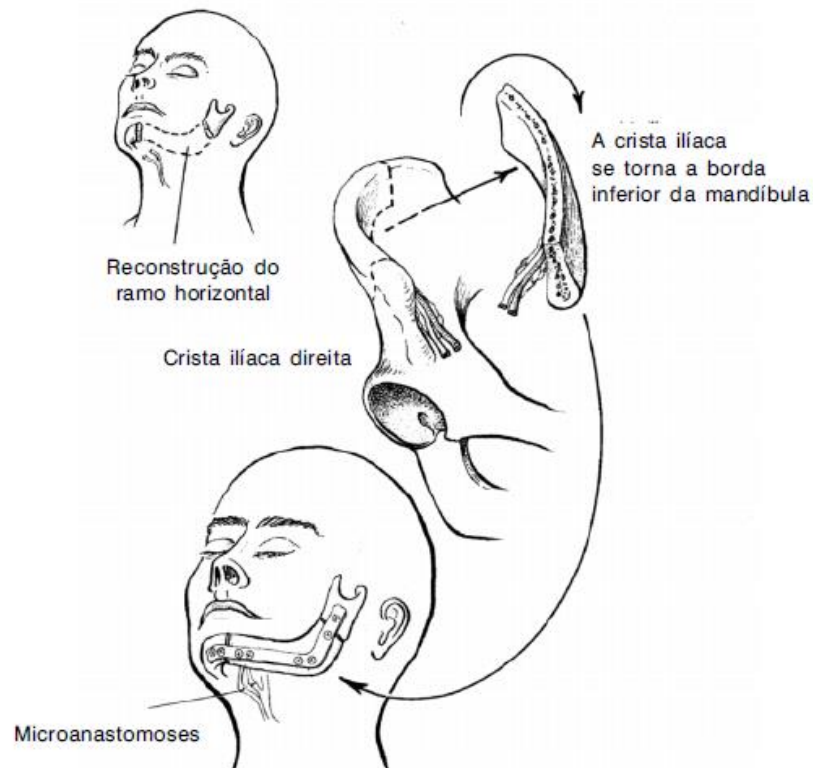
- Retalhos microcirúrgicos
- Transplante osteocutâneo de fíbula



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

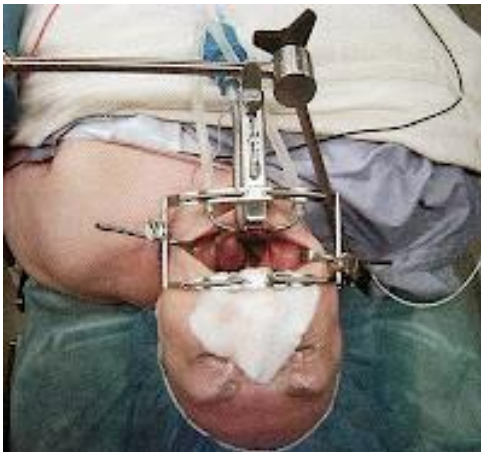
- Retalhos microcirúrgicos

- **Transplante microcirúrgico de crista ilíaca** para reconstrução do ramo horizontal e parte do ascendente da mandíbula



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Cirurgia robótica para CEC de cavidade oral



PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

- Uso de próteses (CEC de gengiva superior)



SEGUIMENTO

- Recomendação AMB/CFM, 2001
 - 1º semestre = mensal
 - 2º semestre = bimestral
 - 2º e 3º anos = trimestrais
 - 4º e 5º = semestrais
 - 6º em diante = anuais
- Em cada consulta: oroscopia, laringoscopia indireta e palpação do pescoço
- Anualmente: Rx de tórax
- Rx sempre que dor óssea ou dispnéia

PROGNÓSTICO

- Sobrevida geral em 5 anos= 35-60%
- Sobrevida em 5 anos nas lesões T1= 90%

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Dib, L. L. **Epidemiologia, Diagnóstico, Patologia e Estadiamento dos Tumores Malignos da Cavidade Oral** in: Carvalho, M.B. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia** Atheneu 2001 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 265-276.
- 2-INCa, **Incidência de Cancer no Brasil** - Estimativa/2012
- 3 - Jerjes, W. et al. **The effect of tobacco and alcohol and their reduction/cessation on mortality in oral cancer patients: Short communication** HEAD & NECK Oncology / MARÇO 2012
- 4 - INCa, BRASIL. **TNM Classificação dos tumores malignos** - 6ª edição 2004
- 5 - Fava, A. S. **Tratamento e Prognóstico dos Tumores Malignos da Cavidade Oral** in: Carvalho, M.B. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia** 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 309-324.
- 6 Condutas do INCA, **Carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço** Revista Brasileira de Cancerologia, 2001, 47(4): 361-76
- 7 – Rapoport, A., Kowalski, L. P., Herter, N. T., Brandão, L. G., Walder, F. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca** Projeto diretrizes, 2001 –MS-AMB-SBCCP
- 8 - Hilliary N. White, MD; Eric J. Moore, MD; Eben L. Rosenthal, MD; et al. **Transoral Robotic-Assisted Surgery for Head and Neck Squamous Cell Carcinoma**. Archives of Otolaryngol Head Neck Surg 136(12):1248-1252; 2010
- 9 - Wei-Liang Chen et al. **Extended Supraclavicular Fasciocutaneous Island Flap Based on the Transverse Cervical Artery for Head and Neck Reconstruction After Cancer Ablation** Journal of oral and maxillofacial surgery, October 2010, Pages 2422–2430

BIBLIOGRAFIA

10 – Moraes, J. **Indicações e Alternativas da Reconstrução Microcirúrgica no Tratamento dos Tumores de Cabeça e Pescoço** in: Carvalho, M.B. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia** Atheneu 2001 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

11 – Paixão, R. M. **Indicações e Alternativas dos Retalhos Miocutâneos na Cirurgia dos Tumores de Cabeça e Pescoço** in Carvalho, M.B. **Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia** Atheneu 2001 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.