



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



CÂNCER DE LARINGE E HIPOFARINGE



Natália Falcão

Liga de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Dezembro de 2013

Câncer de Laringe

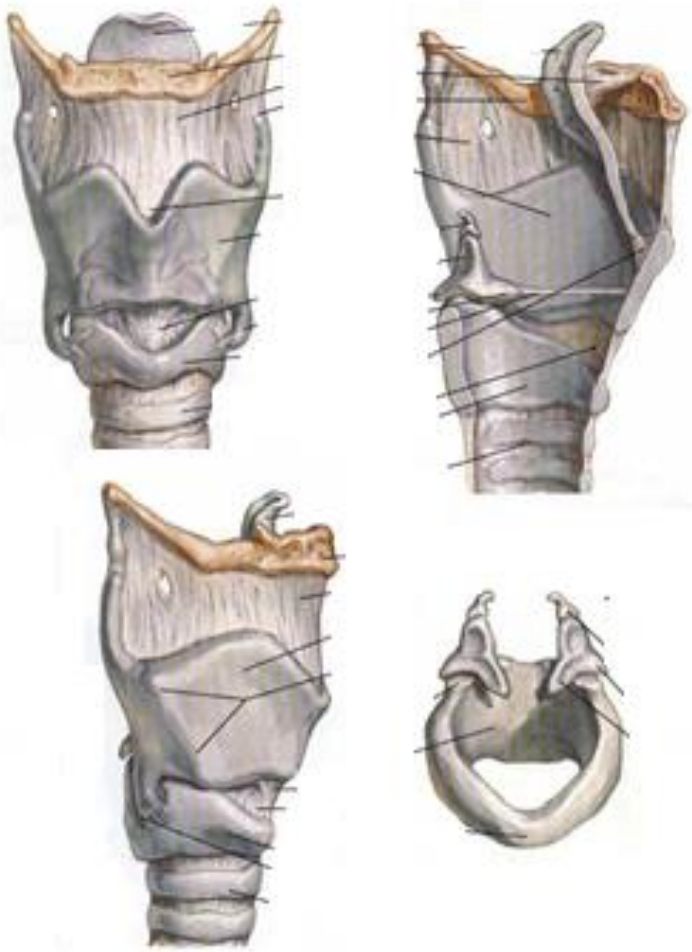
Câncer de Laringe

- Objetivos

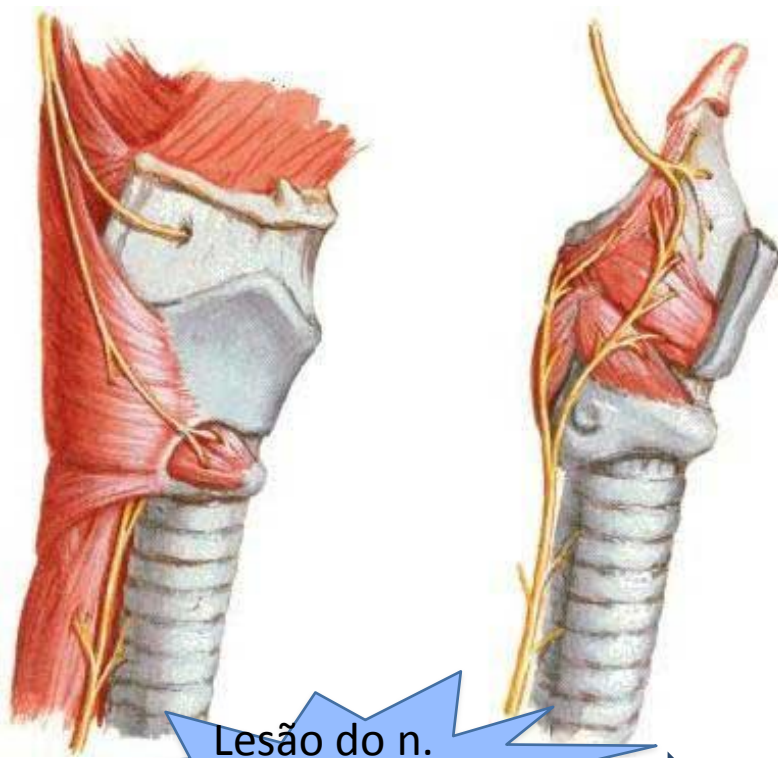
- Conhecer as principais estruturas da **anatomia cirúrgica** da laringe
- Abordar os principais aspectos da **Epidemiologia, Quadro Clínico, Diagnóstico e Estadiamento** do câncer de laringe
- Discutir as melhores formas de **tratamento** do câncer de laringe

Introdução

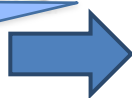
Anatomia Cirúrgica da Laringe



Anatomia Cirúrgica da Laringe



Lesão do n.
laríngeo
recorrente

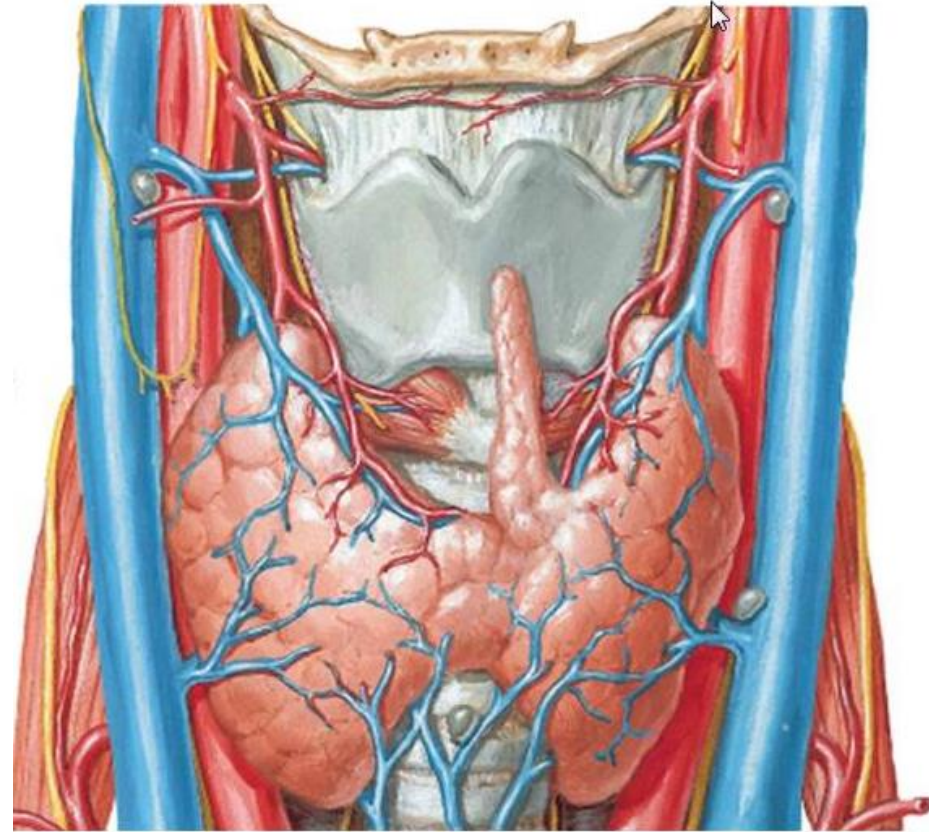
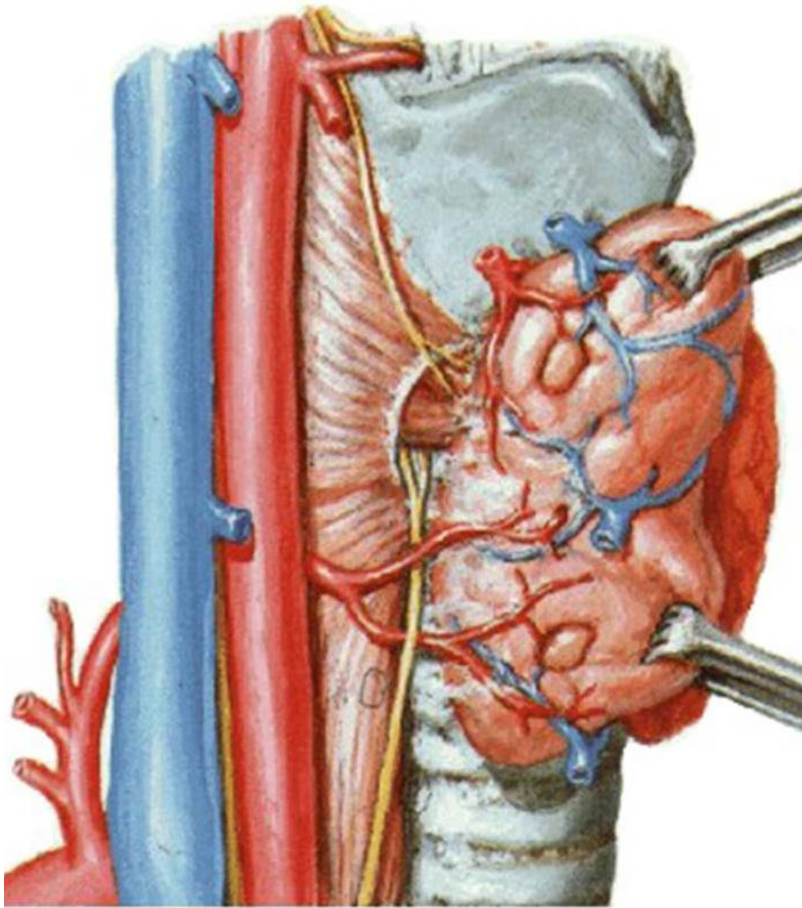


Disfonia

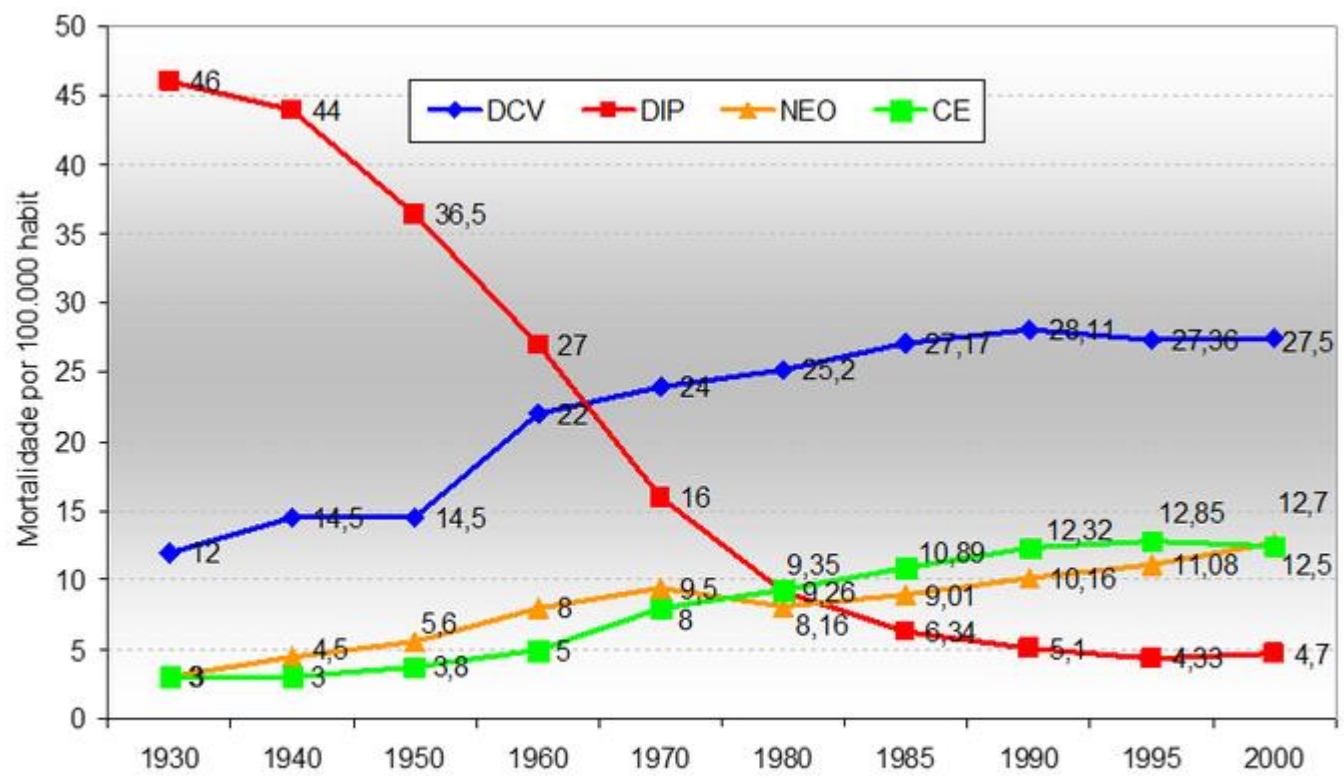


Netter, Atlas de Anatomia Humana

Anatomia Cirúrgica da Laringe



Epidemiologia



* Até 1970, os dados referem-se apenas às capitais

Fonte: Barbosa da Silva e cols. In: Rouquairol & Almeida Filho: Epidemiologia & Saúde, 2003 pp. 293.

Epidemiologia

Câncer de laringe

↑ Número de óbitos

- 2,5% de mortes por câncer
- 6ª neoplasia como causa de óbito em homens e a 10ª em mulheres

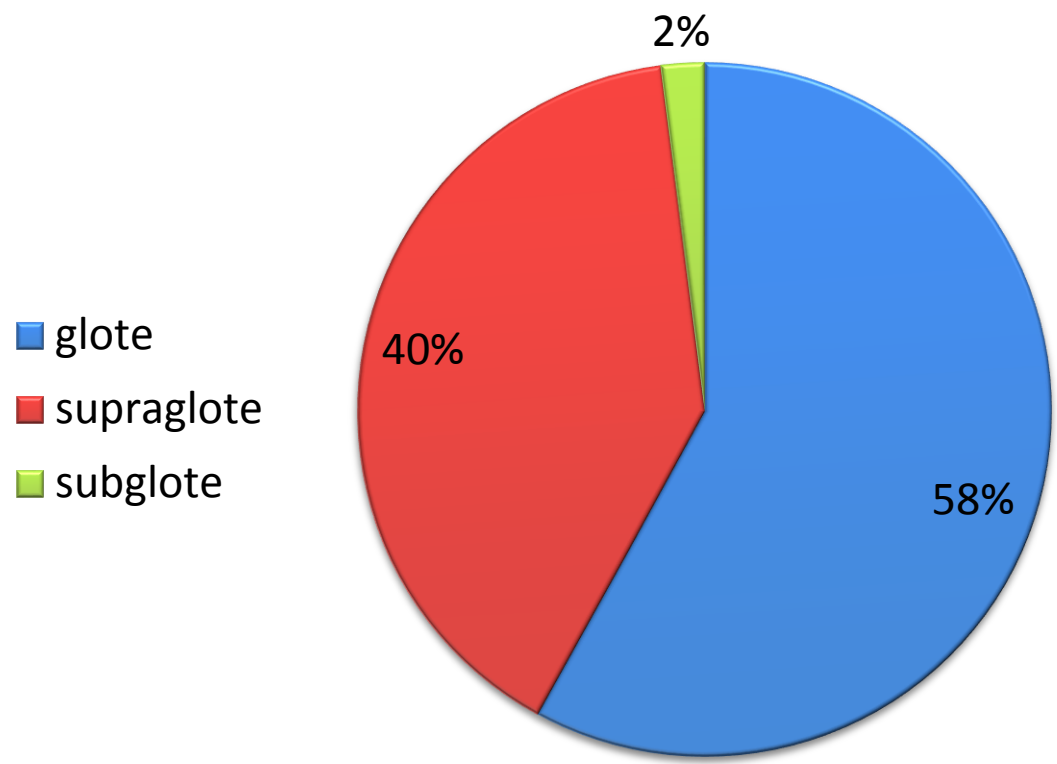


Tabela 69.3
Risco Relativo (RR) do Efeito Combinado Álcool/Tabaco/Endolaringe⁴

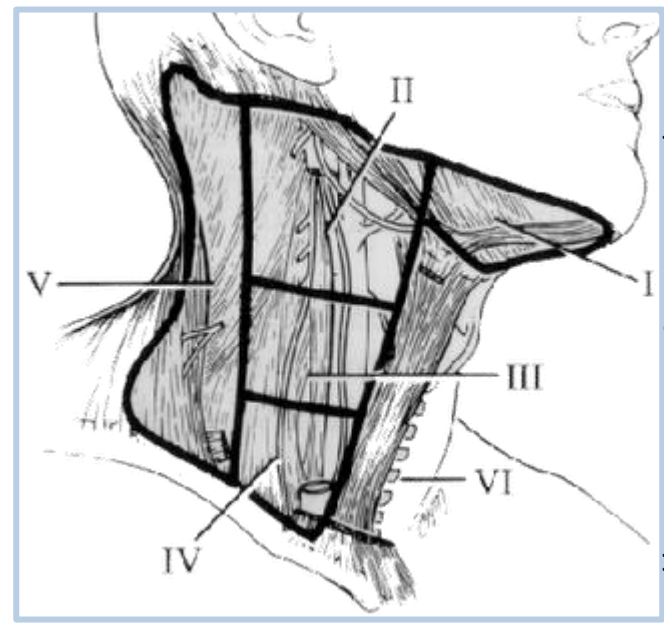
Álcool g/dia	Cigarros por dia				RR/álcool
	0-7	8-15	16-25	26+	
0-40	1	6,68	12,72	11,47	1
41-80	1,65	5,94	12,23	18,51	1,10
81-120	2,31	10,70	21,01	23,55	1,78
121+	3,78	12,20	31,55	43,21	2,66
RR/ tabaco	1,0	4,89	7,20	7,32	

Patologia

Carcinoma Epidermóide*



Metástase?



*histopatológico mais frequente

Outros tumores da laringe

Condrossarcomas

sinovialoma
maligno

lipossarcomas

rabdomyosarcoma

Fibroistiocitomas

linfomas



DIAGNÓSTICO

Diagnóstico

Quadro Clínico



Alteração na cartilagem tireoide

Analisar linfonodos!



Homens
50 anos



Tabagista



- Rouquidão } Glote
- disfagia } Supraglote
- odinofagia } Supraglote
- dispneia } Subglote

Diagnóstico

Endoscópico

Laringoscopia indireta

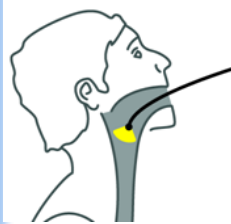
Espelho de Garcia



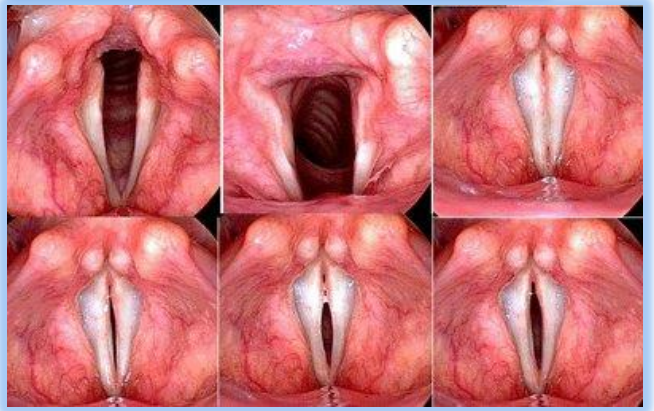
http://www.vozedisfonia.org.br/?page_id=87

Laringoscopia direta

Biópsia



<http://cnnonofc.blogspot.com.br/2012/06/trabalho-cordas-vocais.html> http://www.multiclinic.com.br/r/laringoscopia_fortaleza.php



Diagnóstico Endoscópico

Laser

- Monocromática, coerente, e feixes paralelos
- laser de dióxido de carbono (CO₂)

Destruição Tecidual

- Rápida vaporização da água dos tecidos
- Desnaturação térmica das proteínas tissulares

Obliteração de pequenos vasos de até 0,5-1,5mm de diâmetro (efeito hemostático)

- Campo operatório limpo
- Evita edema
- Evita metástase

Diagnóstico Endoscópico

Laser

Finalidades

- Diagnóstico
- redução tumoral
- Excisão cirúrgica do tumor

Vantagens

- Precisão
- Morbidade mínima
- Boa cicatrização
- Menor tempo operatório
- Nenhuma incisão de pele
- Sem necessidade de traqueostomia
- Menor custo

Diagnóstico

Radiológico

TC

RM

Radiografia
de tórax

PAAF

Diagnóstico

Radiológico

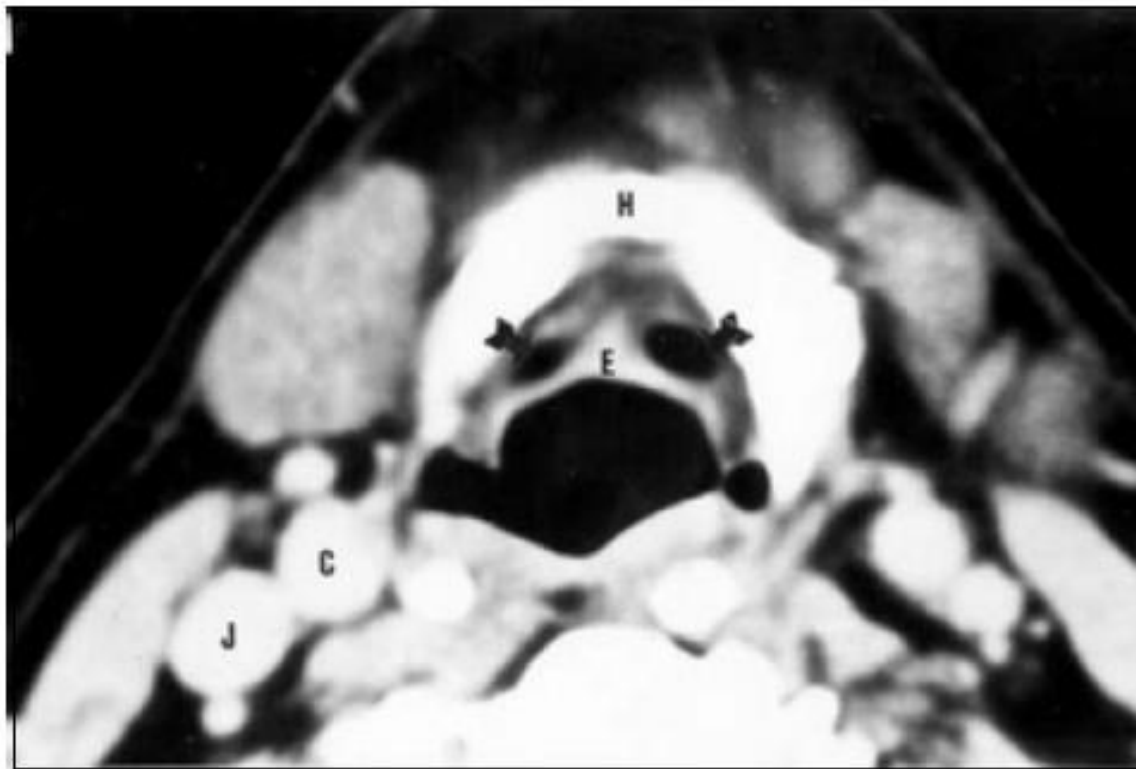


Fig. 71.3 — Tomografia axial computadorizada da laringe no nível do osso hióide. Hióide (H); epiglote (E); valéculas (V), artéria carótida (C); veia jugular (J).

Diagnóstico

Radiológico

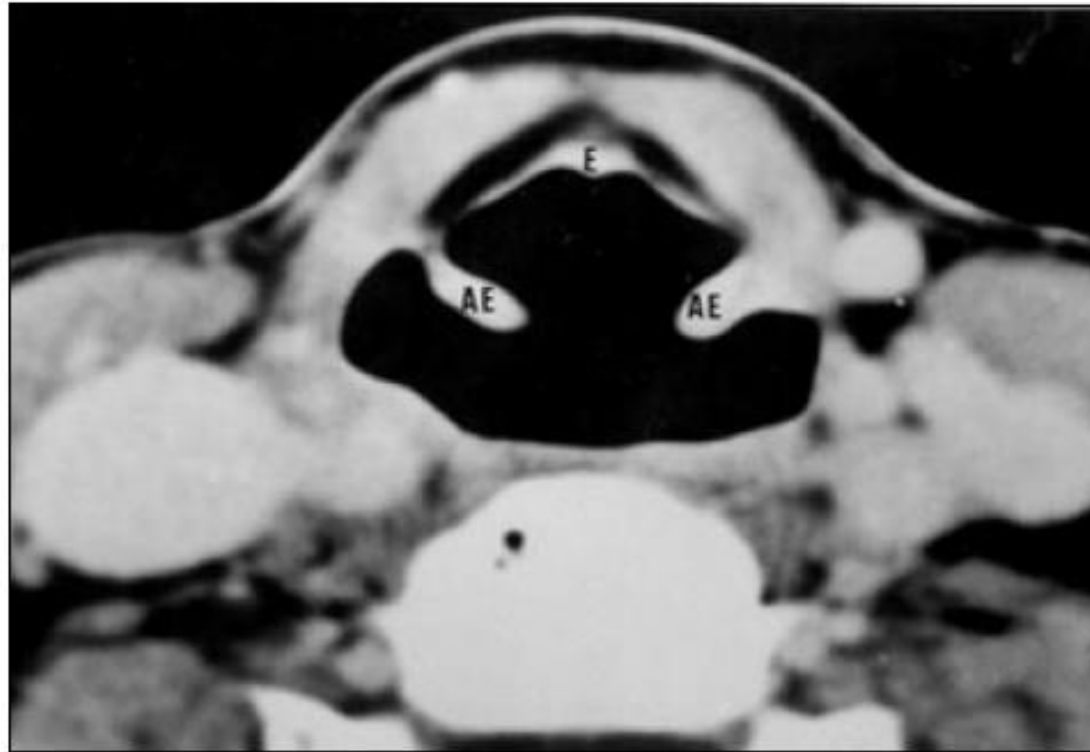


Fig. 71.4 — Tomografia axial computadorizada da laringe no nível das pregas ariepiglóticas. Epiglote (E); pregas ariepiglóticas (AE).

Diagnóstico

Radiológico

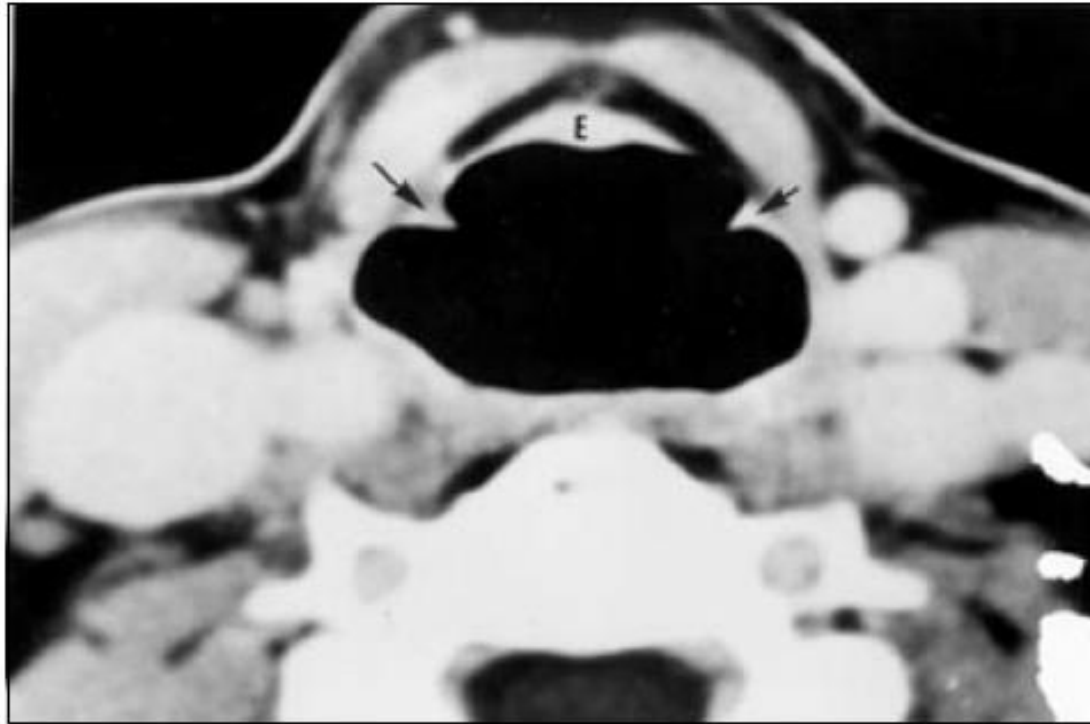


Fig. 71.5 — Tomografia axial computadorizada da laringe no nível do ápice das pregas ariepiglóticas. Pregas ariepiglóticas (setas); epiglote (E); espaço pré-epiglótico (asterisco).

Diagnóstico

Radiológico

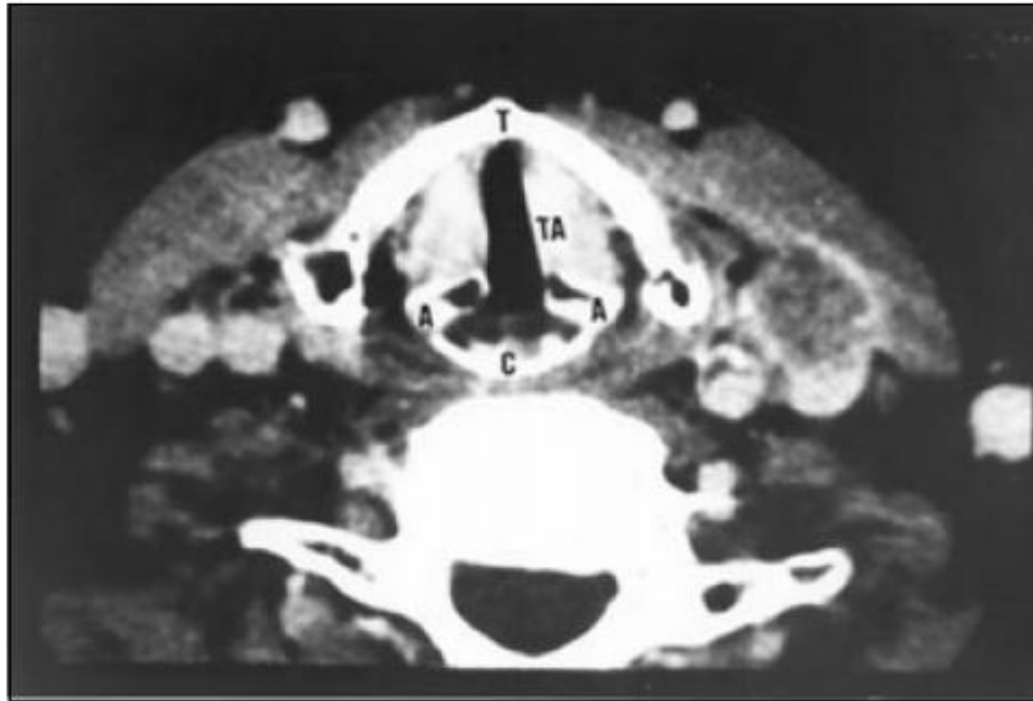
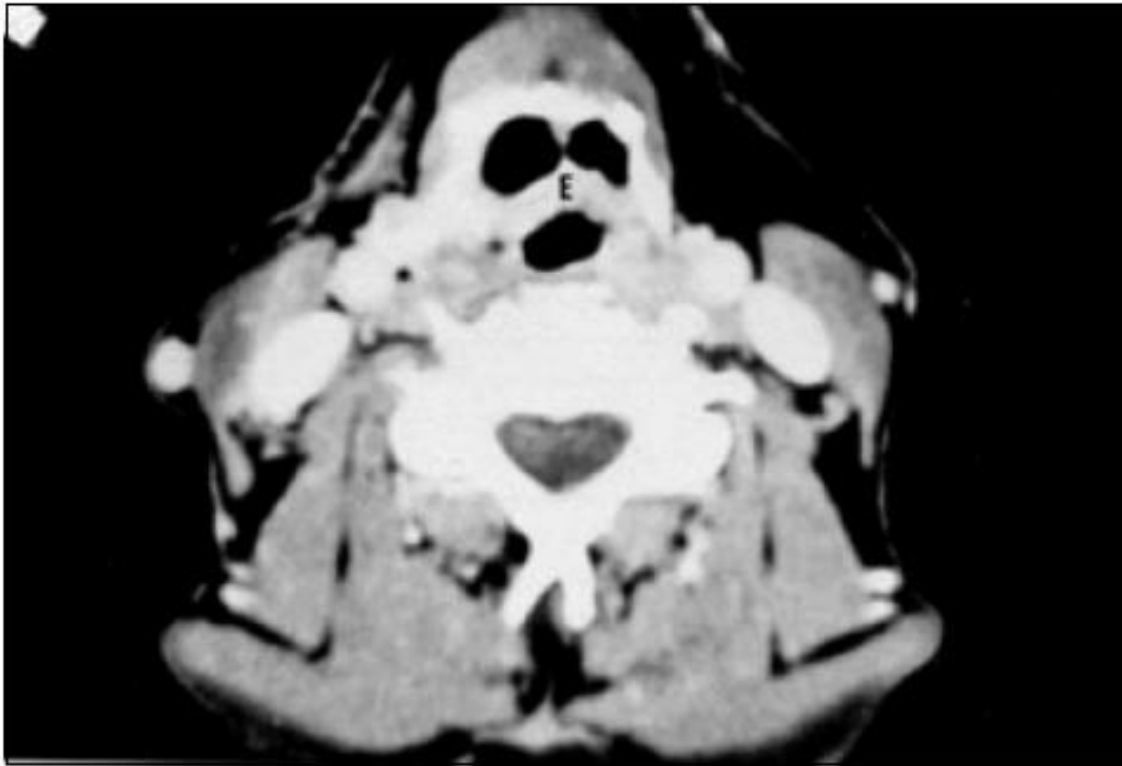


Fig. 71.7 — *Tomografia axial computadorizada da laringe no nível da prega vocal (região glótica da laringe). Cartilagem tireóide (T); cricóide (C); aritenóides (A); músculo tireoaritenóideo (TA).*

Diagnóstico

Radiológico

Carcinoma de Epiglote

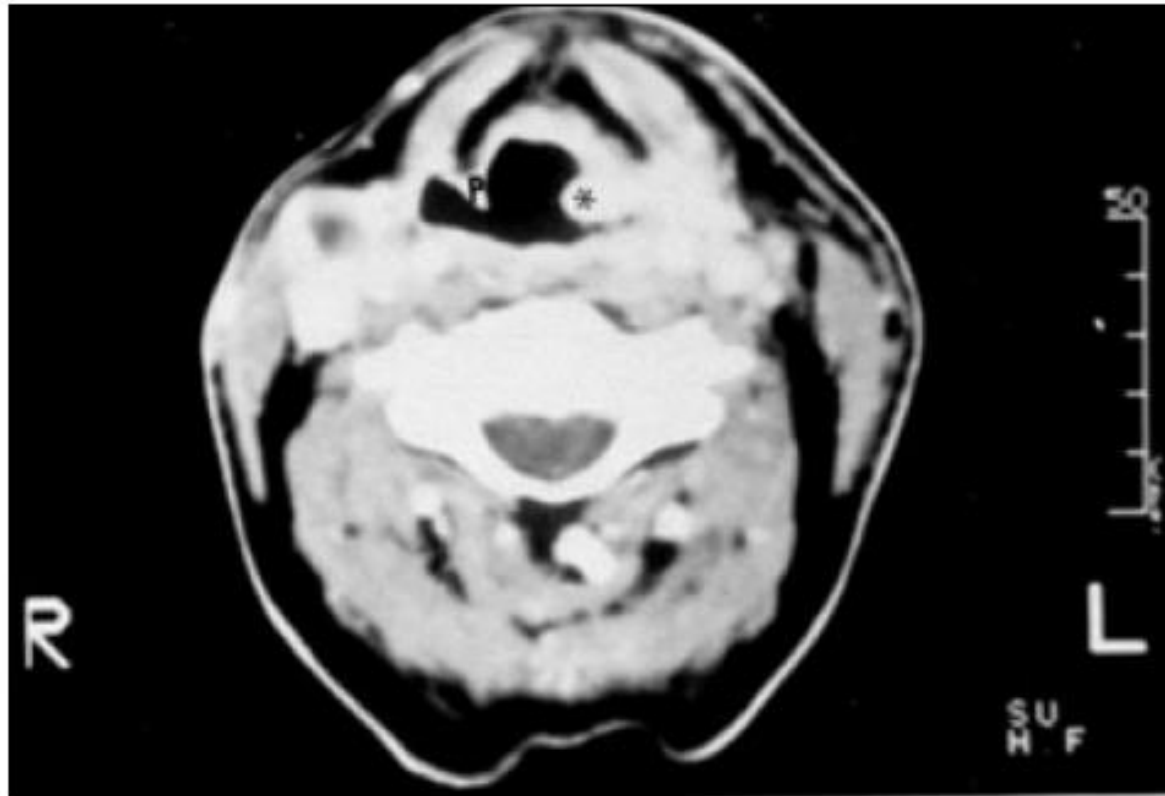


Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e PESCOÇO

Diagnóstico

Radiológico

Carcinoma de prega ariepiglótica esquerda

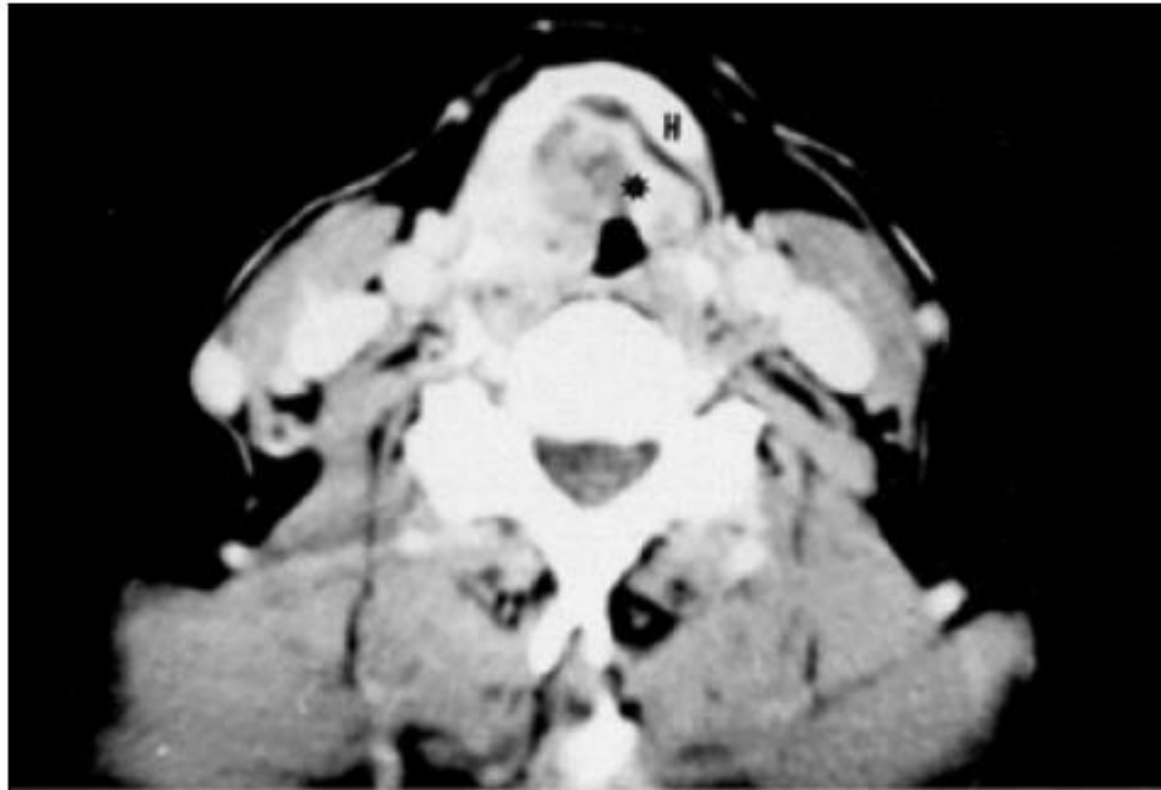


Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Diagnóstico

Radiológico

Carcinoma de epiglote

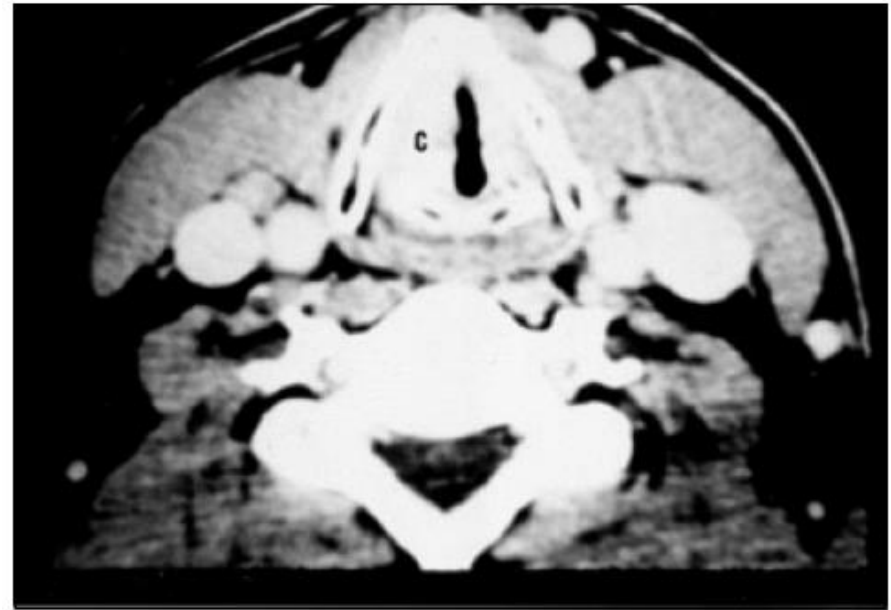
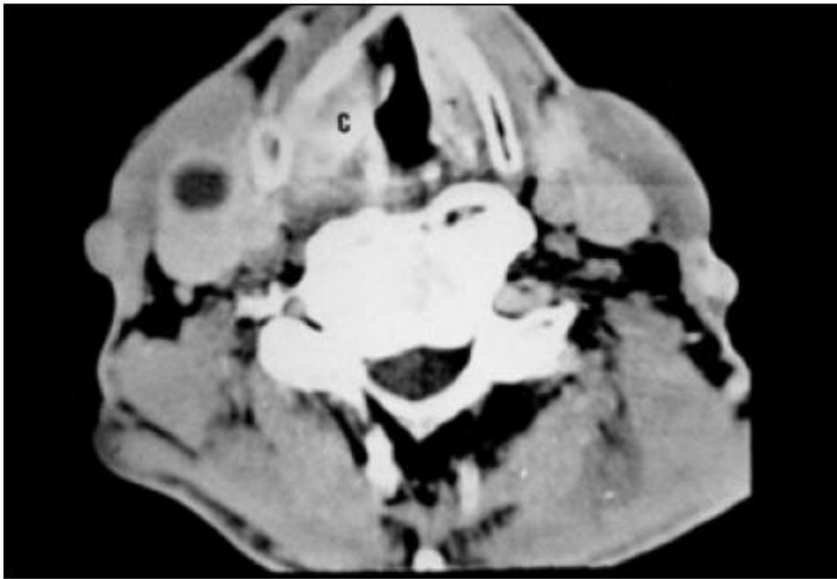


Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e PESCOÇO

Diagnóstico

Radiológico

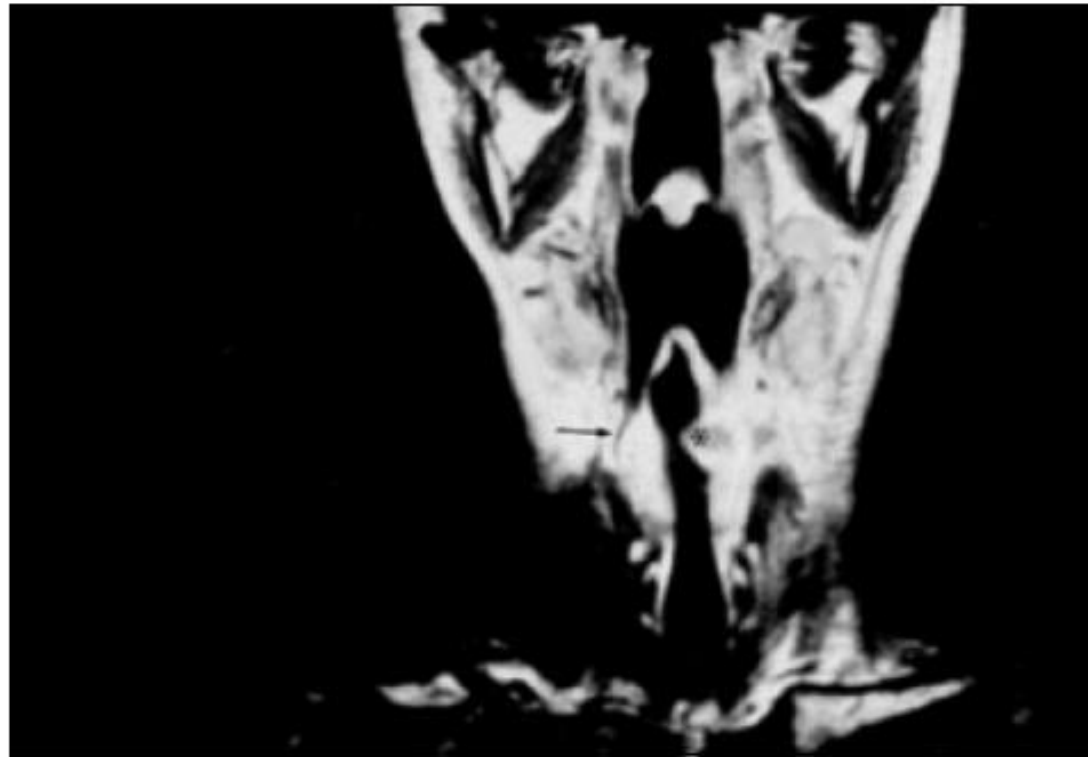
Carcinoma de prega vocal



Diagnóstico

Radiológico

Lesão de seio piriforme esquerdo



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Diagnóstico

Radiológico

Carcinoma da prega vocal

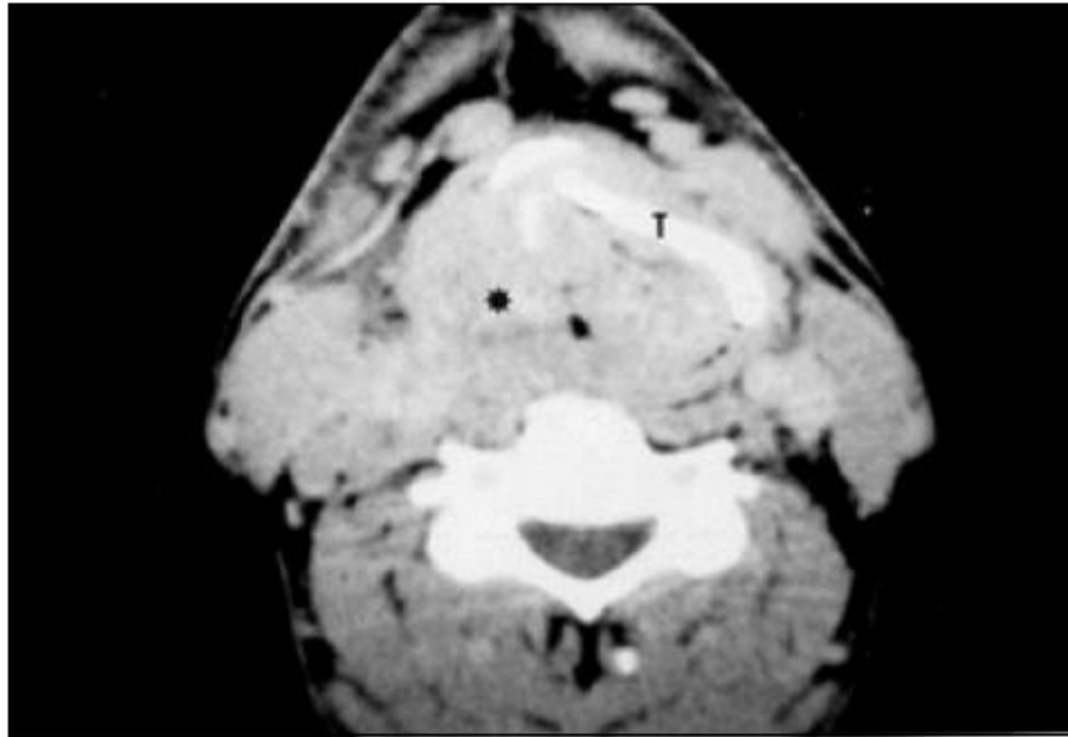


Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Diagnóstico

Radiológico

carcinoma de supraglote



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



ESTADIAMENTO

Estadiamento - Classificação TNM

T - Tumor primário

- TX: Tumor primário não pode ser avaliado
- T0: não há evidência de tumor primário
- Tis: carcinoma *in situ*

N – Linfonodos regionais

- NX: Linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0: ausência de metástase para linfonodos regionais
- N1: presença de metástase em um único linfonodo, ipsolateral ao tumor primário, com 3cm ou menos
- N2a: presença de metástase em um único linfonodo, ipsolateral ao tumor primário, medindo entre 3 a 6 cm,
- N2b: múltiplos linfonodos metastáticos ipsolaterais (<6cm)
- N2c: presença de metástase em linfonodos contralaterais ou bilaterais (<6cm)
- N3: presença de metástase em linfonodos maior do que 6cm

M – Metástase à distância

- MX: presença de metástase à distância não pode ser avaliada
- M0: ausência de metástase à distância
- M1: presença de metástase à distância

Estadiamento

Supraglote

T1

- Tumor limitado a uma subregião da supraglote com mobilidade normal das pregas vocais

T2

- Tumor acomete mais do que uma subregião da supraglote ou glote com mobilidade normal das pregas vocais

T3

- Tumor limitado à laringe com fixação de prega vocal e/ou invasão da área pós-cricóide, parede medial do seio piriforme ou espaço pré-epiglótico

T4

- Tumor invade a cartilagem tireóide ou estende-se além dos limites da laringe

Estadiamento

Glote

T1

- Tumor limitado à glote, mobilidade normal das pregas vocais
- T1a: tumor limitado a uma prega vocal
- T1b: tumor envolve ambas as pregas

T2

- Tumor estende-se à supraglote e/ou à subglote e/ou existe diminuição da mobilidade da prega vocal

T3

- Tumor limitado à laringe com prega vocal fixa

T4

- Tumor invade a cartilagem tireóide ou estende-se além dos limites da laringe

Estadiamento

Subglote

T1

- Tumor limitado à subglote

T2

- Tumor com extensão para as pregas vocais, com mobilidade normal ou diminuída

T3

- Tumor limitado à laringe com prega vocal fixa

T4

- Tumor invade a cartilagem cricóide ou tireoide e/ou estende-se além dos limites da laringe

Estadiamento

Estágios

- **Estádio 0** . Tis N0 M0
- **Estádio I** . T1 N0 M0
- **Estádio II** . T2 N0 M0
- **Estádio III** . T3 N0 M0; T1-T3 N1 M0
- **Estádio IV**
 - ✓ Estádio IV- A T4 N0 M0; T4 N1 M0; qualquer T N2M0
 - ✓ Estádio IV-B qualquer TN3M0
 - ✓ Estádio IV-C qualquer T qualquer N M1



TRATAMENTO

Tratamento

O objetivo é curar o câncer com o mínimo de disfunção, com o máximo de qualidade de vida após o tratamento e com o máximo de possibilidade de cura

Cirurgia

Cirurgia + radioterapia

Radioterapia

Quimioterapia



Laringectomia
total

“uma velha bruxa centenária que vem para roubar a voz das pessoas”

Tumores Supraglóticos

Epiglote* - prega ariepiglótica - prega ventricular - ventrículo - aritenóide

Laringectomia horizontal supraglótica +RDT

- T1 e T2 – Restrita a supraglote

Laringectomia total e subtotal +RDT

- T3 E T4 - Comprometam a comissura anterior e as cordas vocais

Laringectomia near-total (LNT)

- T3 e T4 – Um das cartilagens aritenóides livre
 - Fístula traqueo-faríngea (fístula inteligente).
Traqueostomia definitiva

Peça de laringectomia total



Tumores glóticos

Cirurgia endoscópica ou RDT exclusiva

- T1a – Tu limitado a uma prega vocal

Laringectomia parcial vertical fronto-lateral

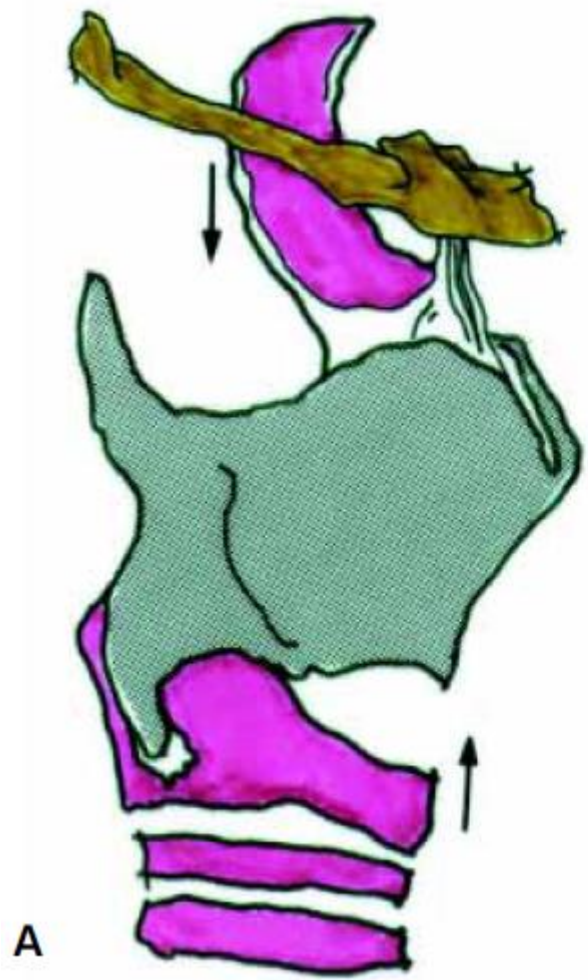
- T1b, T2, T3 – Retira-se parte da cartilagem tireoide, parte da falsa corda vocal, a prega vocal acometida e parte da prega vocal contralateral. Pexia do coto remanescente na cartilagem tireoide. Preserva fonação

Laringectomia horizontal CHEP

- T3 – retira-se a cartilagem tireoide, as duas pregas vocais, parte do andar supraglótico.

Laringectomia total ou near-total

- T3 e T4



A



crico-hioidopexia



Crico-hioidoepiglottopexia

B

Tumores subglóticos

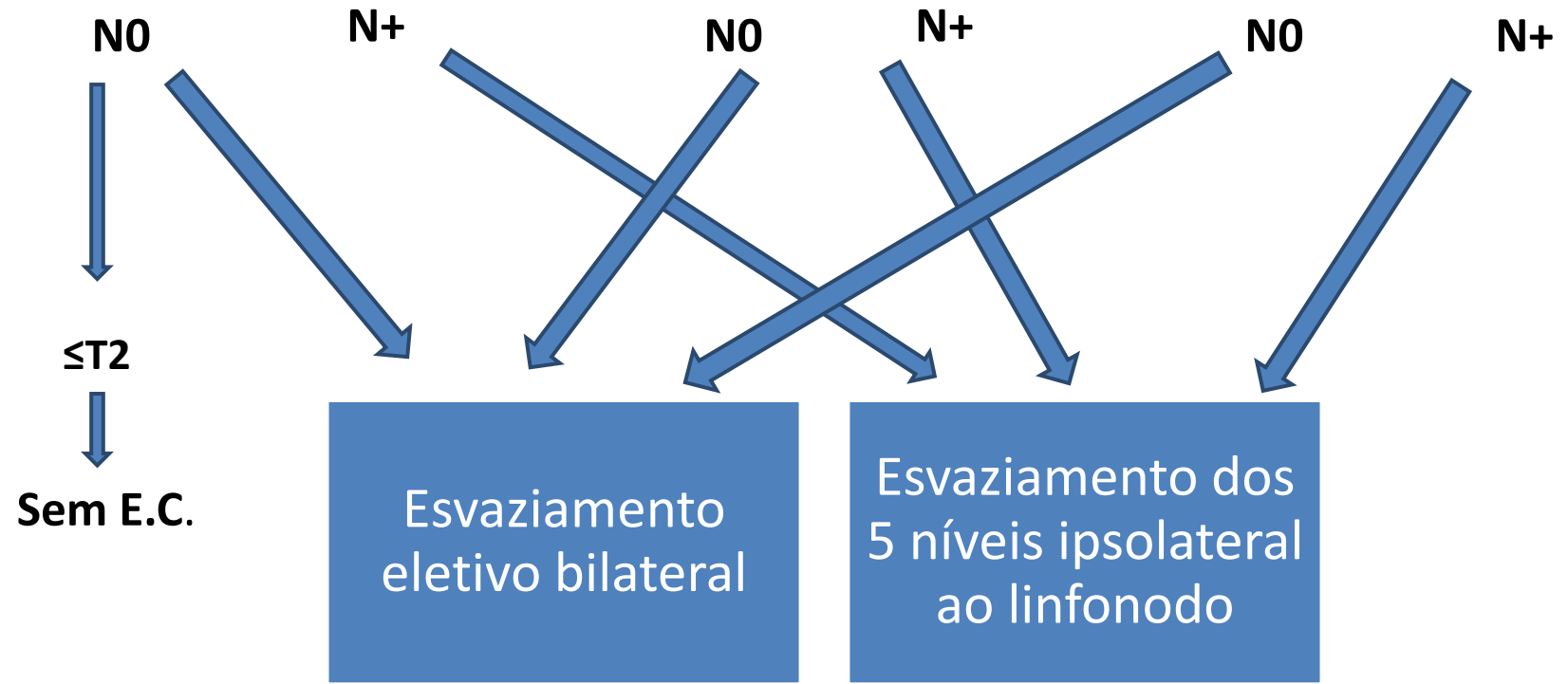
RDT exclusiva e/ou laringectomia vertical parcial

- T1

Laringectomia total

- T2, T3 e T4

Esvaziamentos - Câncer de Laringe



Câncer de Hipofaringe

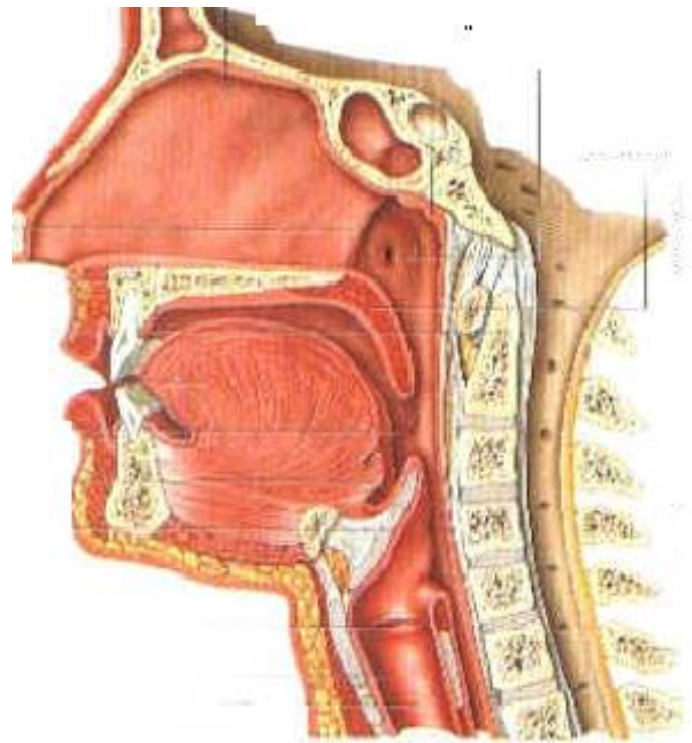
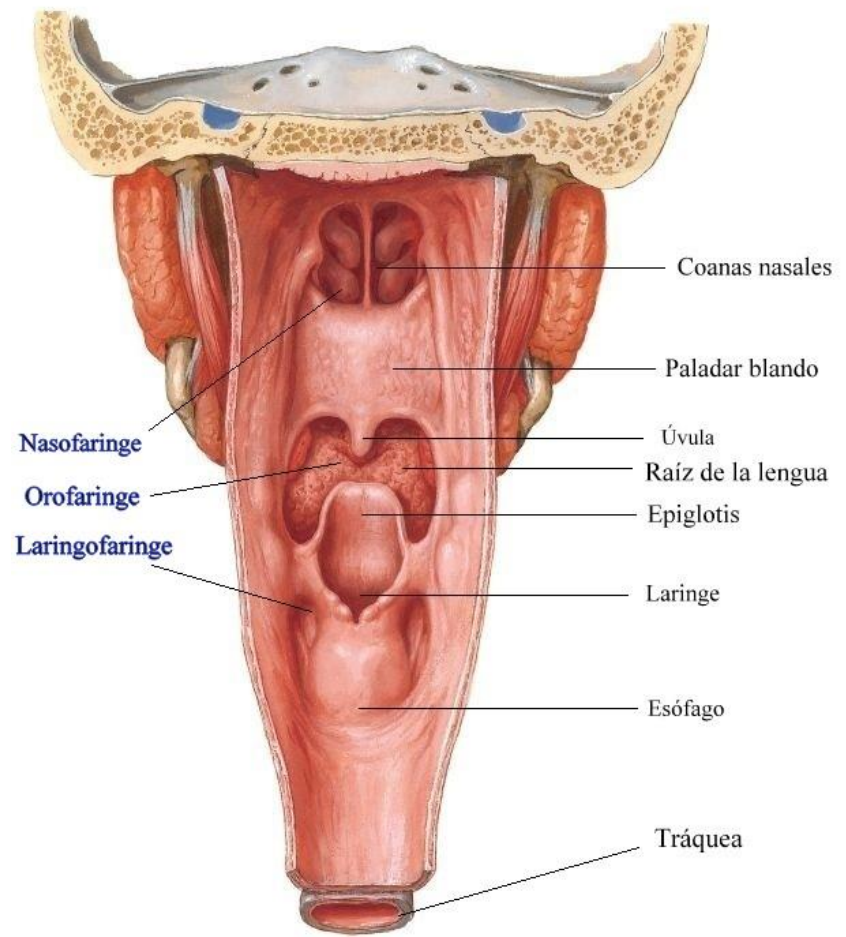
Câncer de Hipofaringe

- Objetivos

- Conhecer as principais estruturas da **anatomia cirúrgica** da hipofaringe
- Abordar os principais aspectos da **Epidemiologia, Quadro Clínico, Diagnóstico e Estadiamento** do câncer de hipofarinige
- Discutir as melhores formas de **tratamento** do câncer de hipofaringe

Introdução

Anatomia Cirúrgica da Hipofaringe



Epidemiologia

- 5% a 10% das neoplasias das vias aerodigestivas superiores
- 0,5% de todos os cânceres da economia humana
- Cabeça e Pescoço: o de **pior prognóstico**
- Sítio mais acometido é o **seio piriforme**, seguido pela parede posterior e **a área retrocricóide**
- O **sexo masculino** é o mais acometido

Síndrome de Plummer-Vinson

- Mulheres com queixa de **disfagia**, **anemia ferropriva** e **mucosa atrófica**
- Esta síndrome está associada a **carcinoma retrocricóide**

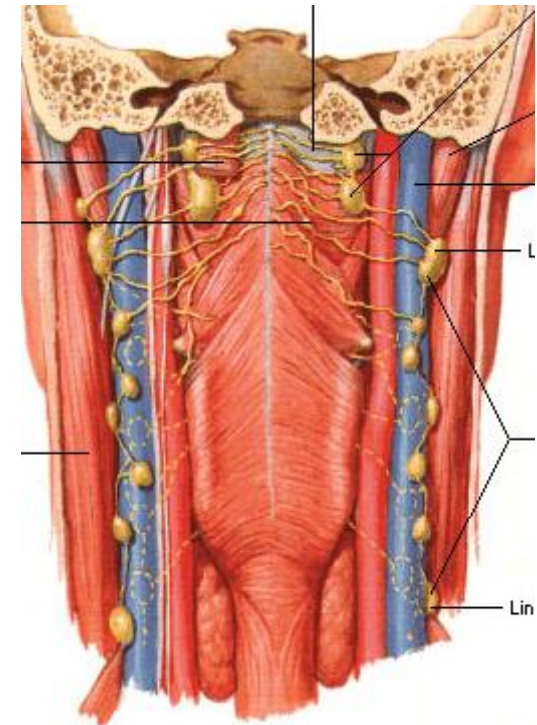


Quelite angular, glossite, coiloníquia

Patologia

Carcinoma epidermóide*

- Cerca de **75%** dos pacientes têm metástase cervical, com bilateralidade em 10%
- Tumores da **parede medial do recesso piriforme** têm maior risco de disseminação linfática do que os outros sítios da hipofaringe





DIAGNÓSTICO

Quadro Clínico



Linfonodopatia cervical



Tosse
Escarros hemoptóicos
Otalgia reflexa
Engasgos



Rouquidão
disfagia progressiva
dispneia



Perda de peso

Diagnóstico

Laringoscopia
indireta

Laringoscopia
direta

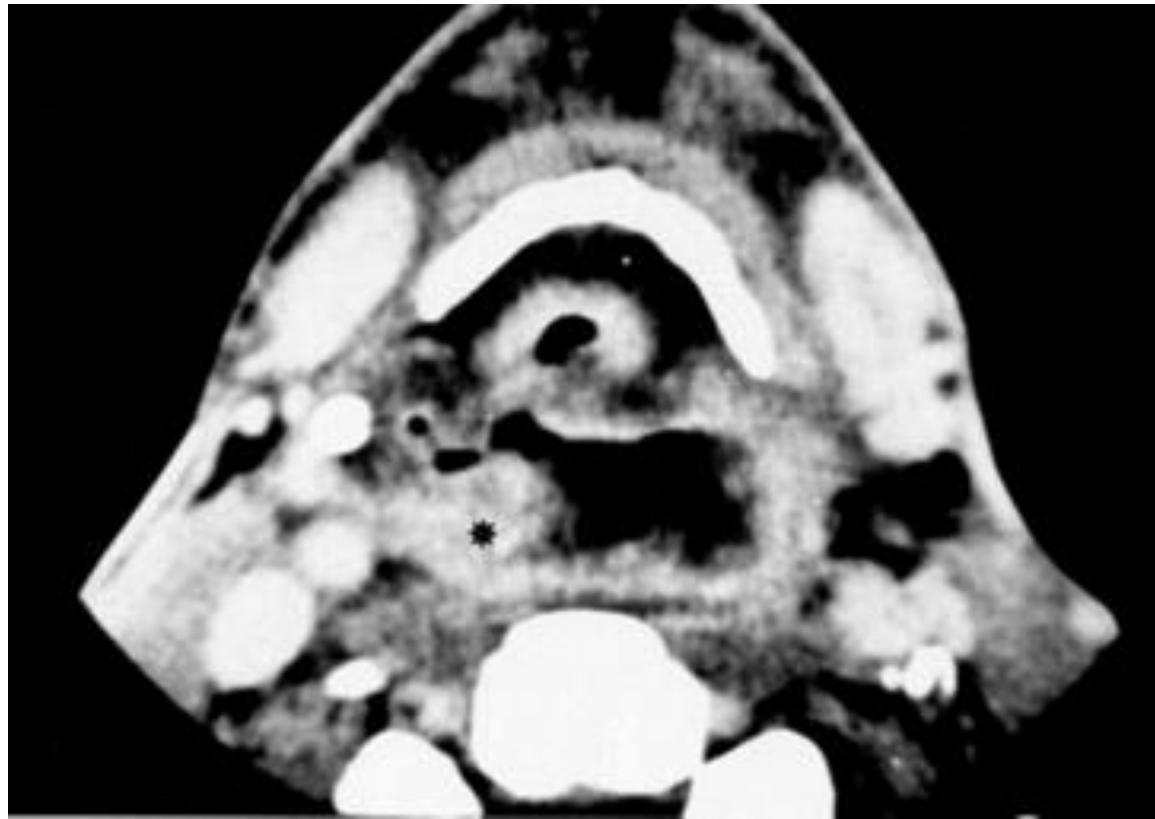
TC

PAAF*
Ultrassonografia*

Diagnóstico

Radiológico

Extenso carcinoma de parede posterior da hipofaringe



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



ESTADIAMENTO

Estadiamento- Classificação TNM

Tamanho do Tumor

T1

- tumor limitado a um subsítio da hipofaringe e menor ou igual a 2cm no maior diâmetro

T2

- tumor envolvendo mais de um subsítio da hipofaringe ou um sítio adjacente ou medindo mais que 2cm e menos que 4cm no maior diâmetro, sem fixação da hemilaringe

T3

- tumor medindo mais que 4cm no maior diâmetro ou com fixação da hemilaringe

T4

- Tumor invadindo estruturas adjacentes (cartilagem tireóide, cricóide, artéria carótida, tecidos moles do pescoço, fáscia/músculos pré-vertebrais, tireóide e/ou esôfago)

Estadiamento

Metástase Cervical

N1

- linfonodo metastático ipsolateral, único, menor que 3cm no maior diâmetro

N2a

- linfonodo metastático ipsolateral, único, maior que 3cm e menor que 6cm no maior diâmetro

N2b

- linfonodos metastáticos, ipsolaterais, múltiplos, menores que 6cm no maior diâmetro

N2c

- linfonodo bilateral ou contralateral, menor(es) que 6cm no maior diâmetro

N3

- linfonodo metastático maior que 6cm de diâmetro

Estadiamento

Metástase à distância

Mx

- metástase a distância não pode ser avaliada

M0

- ausência de metástase a distância

M1

- presença de metástase a distância

Estadiamento

Estágios

- **Estádio 0** . Tis N0 M0
- **Estádio I** . T1 N0 M0
- **Estádio II** . T2 N0 M0
- **Estádio III** . T1; T2 N1 M0; T3 N0,N1 M0
- **Estádio IV**
 - ✓ Estádio IV . A . T4 N0, N1 M0; Qualquer T N2 M0
 - ✓ Estádio IV . B Qualquer T N3 M0
 - ✓ Estádio IV . C Qualquer T qualquer N M1



TRATAMENTO

Tratamento

O tratamento do câncer da hipofaringe visa a cura e a preservação da função **alimentar** e **respiratória**

Cirurgia

Cirurgia + radioterapia

Radioterapia



Quimioterapia

} Tratamento paliativo
em casos avançados

Sonda nasoenteral ou nasogástrica
Alimentação parenteral



reposição protéica

Tratamento

Radioterapia isolada

- T1
- Tumores com discreto componente infiltrativo

Radioterapia x Cirurgia (?)

- T2

Cirurgia

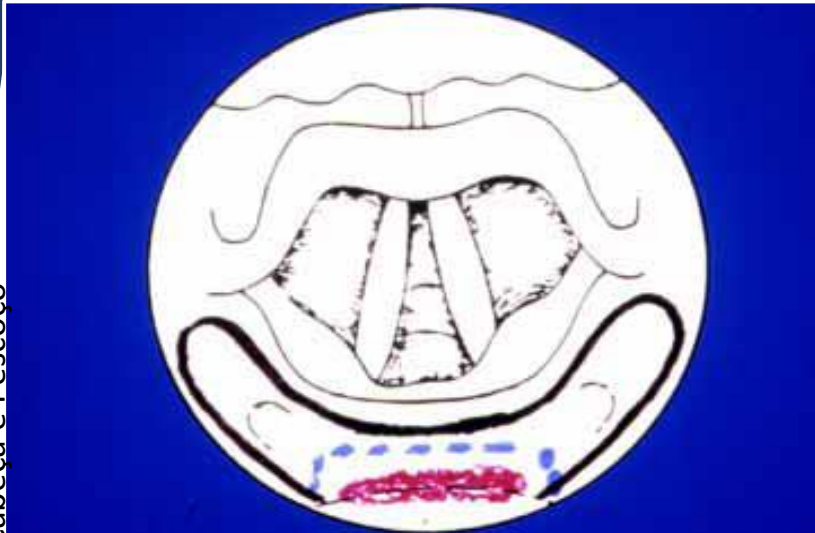
- >T2
- Lesões Ulceroinfiltrativas

Quimioterapia + radioterapia

- Lesões avançadas
- Cirurgia contra-indicada

Faringectomia Parcial para Tumores da Parede Posterior

Ressecção de tumor de parede posterior



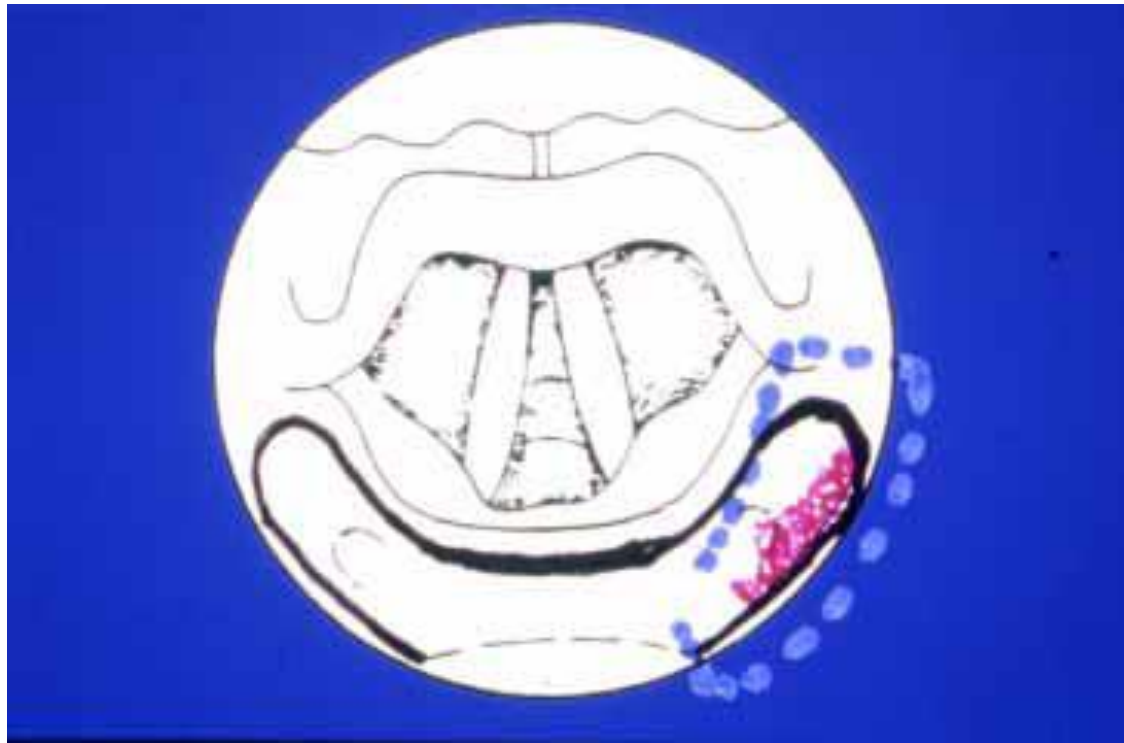
Faringotomia transversa para ressecção de tumor de parede posterior



A extensão ao espaço pré-vertebral implica a ressecção da fáscia e da musculatura da profundidade

Excisão de tumores pequenos
T1 e T2

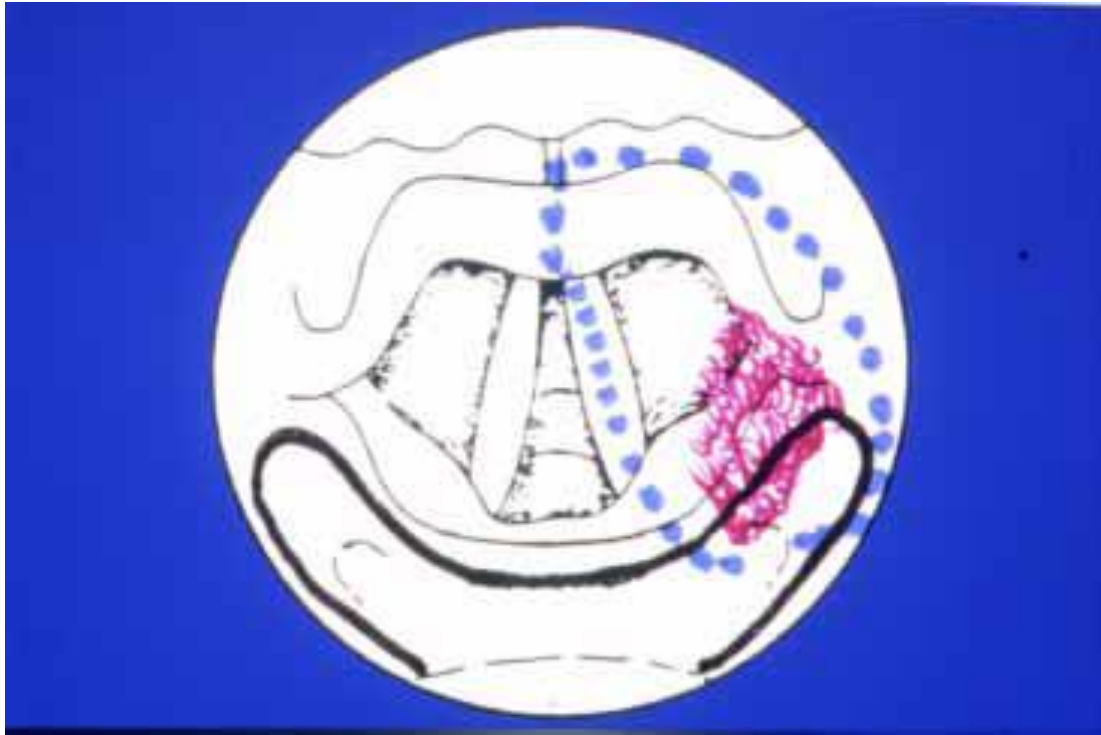
Faringectomia Parcial para Tumores do Recesso Piriforme



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Faringectomia parcial para ressecção de tumor de parede lateral de hipofaringe.

Faringectomia Parcial para Tumores do Recesso Piriforme

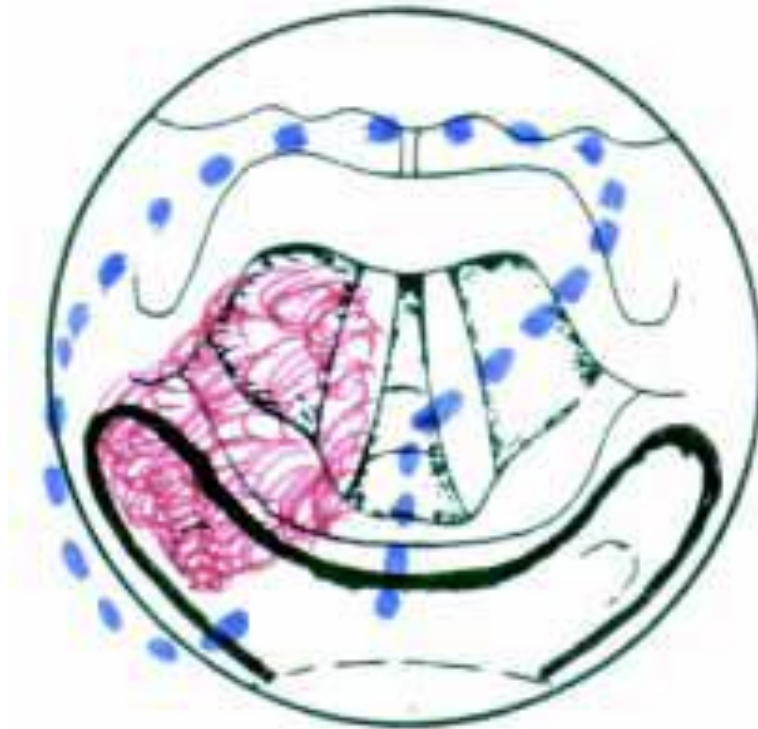


Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Faringectomia parcial com laringectomia supraglótica parcial

Faringectomia Parcial para Tumores do Recesso Piriforme

Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço



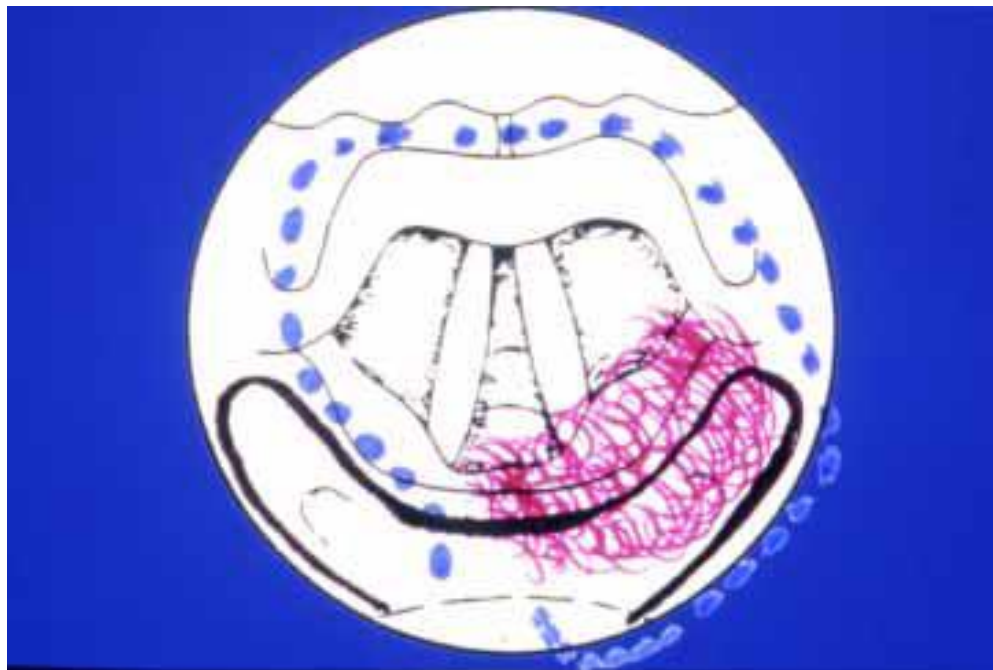
Faringectomia parcial com laringectomia near total



Preservação de um aritenóide
Fístula traqueo-faríngea

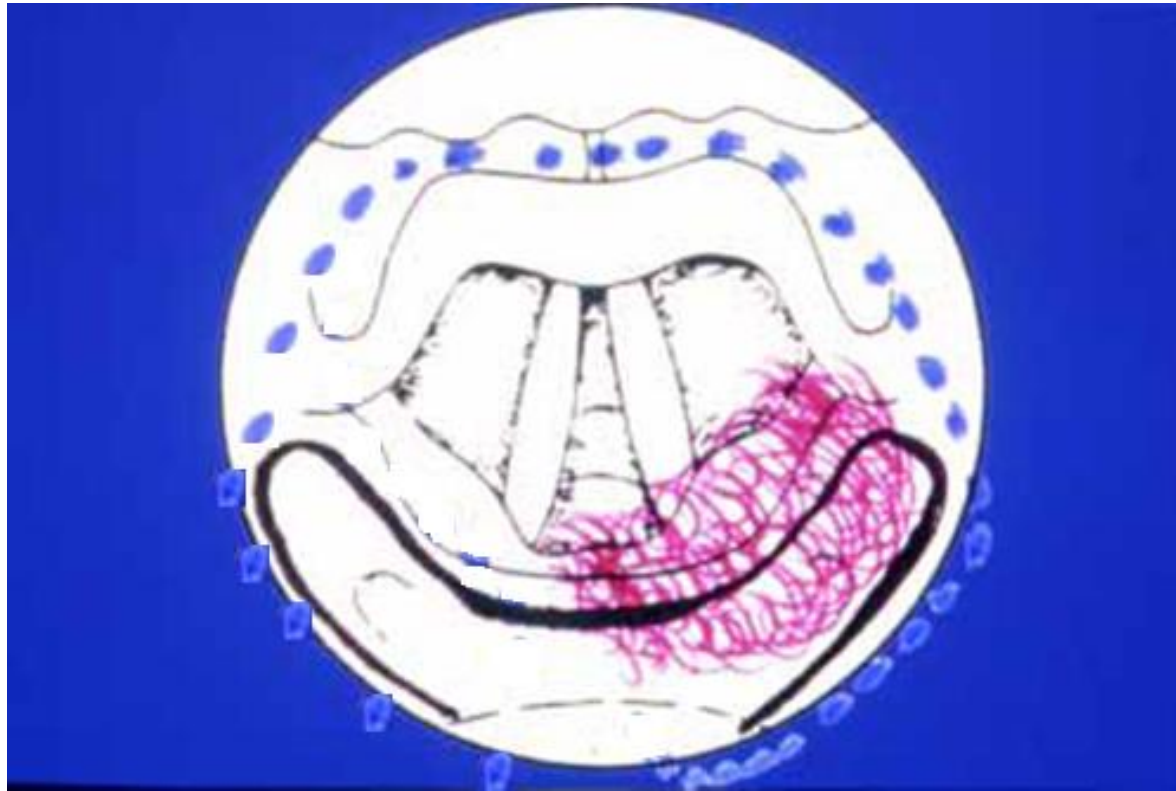
Faringectomia Parcial com Laringectomia Total

T3 e T4



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

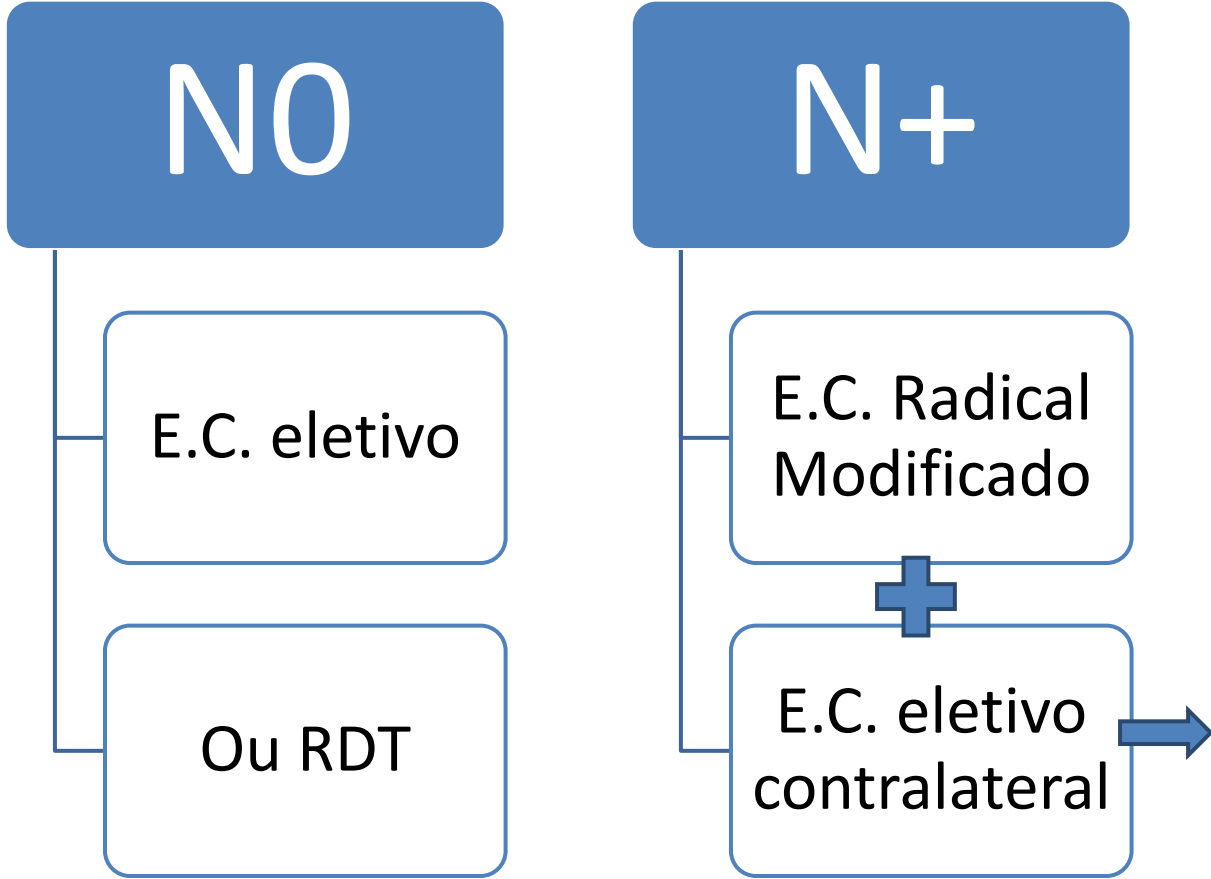
Faringolaringectomia total



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Esvaziamentos Cervicais

Câncer de Hipofaringe



Se Tumor se estender para a linha média

A radioterapia pós-operatória tem sua indicação na presença de:

- 1) linfonodo histológico positivo único ou múltiplo;
- 2) invasão óssea ou de cartilagem;
- 3) margens comprometidas ou próximas principalmente nos tumores extensos;
- 4) invasão de pele ou tecidos moles do pescoço;
- 5) invasão perineural ou vascular;
- 6) disseminação extracapsular linfonodal macroscópica e microscópica.

A traqueostomia e a sonda nasointestinal ou nasogástrica devem sempre ser utilizadas no pós-operatório

Complicações*

- Aspiraço tráqueo-brônquica
- Fístulas faringo-cutâneas
- Estenose laríngea



Brasilino, Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pesçoço

*complicações tanto do câncér de hipofaringe, tanto de laringe

Fístula faringo-cutânea



QUESTÕES

Questões

1) (RESIDÊNCIA MÉDICA 2010 – UNICAMP) Paciente tabagista de longa data apresenta disfonia progressiva. Exame físico: lesão vegetante de prega vestibular esquerda, com paresia da prega vocal ipsilateral. Não há linfonodomegalia cervical palpável. Tomografia cervical não mostra extensão extra laríngea. A laringoscopia direta confirmou o exame clínico e a biópsia colhida revelou carcinoma espinocelular. O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ELEIÇÃO É:

- a) laringectomia supracricóide e esvaziamento ipsilateral
- b) laringectomia supracricóide e esvaziamento bilateral
- c) laringectomia supraglótica e esvaziamento ipsilateral
- d) laringectomia supraglótica e esvaziamento bilateral

Questões

1) (RESIDÊNCIA MÉDICA 2010 – UNICAMP) Paciente tabagista de longa data apresenta disfonia progressiva. Exame físico: lesão vegetante de prega vestibular esquerda, com paresia da prega vocal ipsilateral. Não há linfonodomegalia cervical palpável. Tomografia cervical não mostra extensão extra laríngea. A laringoscopia direta confirmou o exame clínico e a biópsia colhida revelou carcinoma espinocelular. O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ELEIÇÃO É:

- a) laringectomia supracricóide e esvaziamento ipsilateral
- b) laringectomia supracricóide e esvaziamento bilateral**
- c) laringectomia supraglótica e esvaziamento ipsilateral
- d) laringectomia supraglótica e esvaziamento bilateral

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Quanto à disseminação dos tumores da hipofaringe, é correto afirmar que:

- A) Os tumores da parede posterior da hipofaringe habitualmente não causam metástases bilaterais, pois há uma preferência para os linfonodos retrofaríngeos.
- B) Os tumores da hipofaringe não costumam metastizar para os linfonodos cervicais
- C) Tumores da parede medial do recesso piriforme têm maior risco de disseminação linfática do que os outros sítios da hipofaringe
- D) Os tumores da parede lateral do recesso piriforme infiltram precocemente as estruturas laríngeas

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Quanto à disseminação dos tumores da hipofaringe, é correto afirmar que:

- A) Os tumores da parede posterior da hipofaringe habitualmente não causam metástases bilaterais, pois há uma preferência para os linfonodos retrofaríngeos.
- B) Os tumores da hipofaringe não costumam metastizar para os linfonodos cervicais
- C) Tumores da parede medial do recesso piriforme têm maior risco de disseminação linfática do que os outros sítios da hipofaringe**
- D) Os tumores da parede lateral do recesso piriforme infiltram precocemente as estruturas laríngeas

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Considere um paciente de 55 anos com lesão vegetante de toda a prega vocal esquerda, com comprometimento da comissura anterior. A prega vocal direita não apresenta lesão. Não há redução da mobilidade das pregas vocais e não há comprometimento linfonodal. A biópsia mostrou tratar-se de um carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado.

Qual a resposta **correta**, quanto ao estadiamento da lesão descrita no caso acima?

- a) T1a, pois compromete apenas uma prega vocal.
- b) T1b, pois compromete a comissura anterior.
- C) T1b, pois compromete toda a prega vocal.
- d) T1b, pois compromete apenas uma prega vocal
- e) T2, pois compromete toda a prega vocal

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Considere um paciente de 55 anos com lesão vegetante de toda a prega vocal esquerda, com comprometimento da comissura anterior. A prega vocal direita não apresenta lesão. Não há redução da mobilidade das pregas vocais e não há comprometimento linfonodal. A biópsia mostrou tratar-se de um carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado.

Qual a resposta **correta**, quanto ao estadiamento da lesão descrita no caso acima?

a) **T1a, pois compromete apenas uma prega vocal.**

b) T1b, pois compromete a comissura anterior.

c) T1b, pois compromete toda a prega vocal.

d) T1b, pois compromete apenas uma prega vocal

e) T2, pois compromete toda a prega vocal

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Considerando o mesmo paciente da questão anterior, qual a conduta terapêutica de escolha?

- a) Laringectomia fronto-lateral, pois apresenta resultados oncológicos melhores do que a radioterapia
- b) Radioterapia exclusiva ou laringectomia fronto-lateral, pois ambos os tratamentos apresentam resultados oncológicos semelhantes.
- c) Cordectomia por laringofissura.
- d) Hemilaringectomia, pois a lesão compromete toda a prega vocal
- e) Radioterapia exclusiva, pois apresenta resultados oncológicos melhores que a cirurgia

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Considerando o mesmo paciente da questão anterior, qual a conduta terapêutica de escolha?

- a) Laringectomia fronto-lateral, pois apresenta resultados oncológicos melhores do que a radioterapia
- b) Radioterapia exclusiva ou laringectomia fronto-lateral, pois ambos os tratamentos apresentam resultados oncológicos semelhantes.
- c) Cordectomia por laringofissura.
- d) Hemilaringectomia, pois a lesão compromete toda a prega vocal
- e) Radioterapia exclusiva, pois apresenta resultados oncológicos melhores que a cirurgia**

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Considerando as características anatômicas: "origina-se do nervo vago, inerva a maior parte dos músculos intrínsecos da laringe homolaterais e circunda inferiormente o arco da aorta", é possível identificar o:

- a) n. laríngeo superior direito
- b) n. laríngeo superior esquerdo
- c) n. laríngeo recorrente direito
- d) n. laríngeo recorrente esquerdo
- e) ramo interno do n. laríngeo superior

Questões

(Concurso público para cirurgião geral – ES) Considerando as características anatômicas: "origina-se do nervo vago, inerva a maior parte dos músculos intrínsecos da laringe homolaterais e circunda inferiormente o arco da aorta", é possível identificar o:

- a) n. laríngeo superior direito
- b) n. laríngeo superior esquerdo
- c) n. laríngeo recorrente direito
- d) n. laríngeo recorrente esquerdo**
- e) ramo interno do n. laríngeo superior

Questões

(CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS NO CARGO DE MÉDICO – ES) Dado que há melhor controle loco-regional dos carcinomas espinocelulares das vias aerodigestivas superiores, a ocorrência de múltiplos tumores primários apresenta impacto na sobrevida dos pacientes. Com relação ao exposto, julgue os seguintes itens como verdadeiro ou falso

- () A continuidade de hábitos como tabagismo e etilismo após o tratamento é um importante fator de risco.
- () Os tumores primários da laringe estão muito associados aos segundos primários no pulmão.
- () A pan-endoscopia periódica é de extrema importância, pois, além de apresentar uma excelente relação custo-benefício, possibilita muitos achados positivos

Questões

(CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE VAGAS NO CARGO DE MÉDICO – ES) Dado que há melhor controle loco-regional dos carcinomas espinocelulares das vias aéreas superiores, a ocorrência de múltiplos tumores primários apresenta impacto na sobrevida dos pacientes. Com relação ao exposto, julgue os seguintes itens como verdadeiro ou falso

- (V) A continuidade de hábitos como tabagismo e etilismo após o tratamento é um importante fator de risco.
- (V) Os tumores primários da laringe estão muito associados aos segundos primários no pulmão.
- (F) A pan-endoscopia periódica é de extrema importância, pois, além de apresentar uma excelente relação custo-benefício, possibilita muitos achados positivos



Bibliografia

- CARVALHO, Brasilino, Marcos de. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. São Paulo: editora Atheneu, 2001
- ARAUJO, Vergilius J.F et.al. Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. São Paulo: editora Keila & Rosenfeld, 1999
- <http://www.pciconcursos.com.br/provas/download/medico-cirurgia-cabeça-pescoco-ses-sc-fepese-ufsc-2006>
- <http://www2.inca.gov.br>

OBRIGADA!!!

