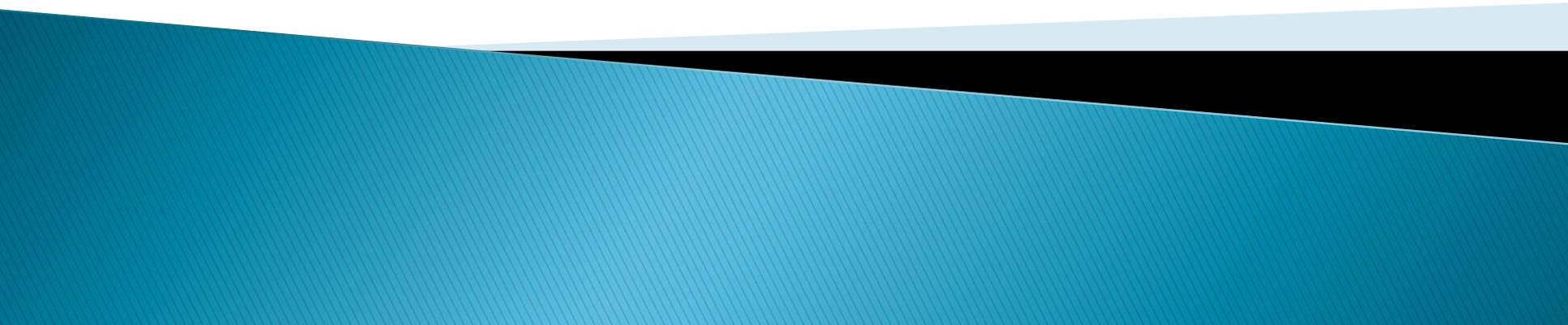


# Câncer de Boca

Antonio Carlos Costa e Silva Neto



# Introdução

- ▶ 20000 novos casos anualmente ( EUA)- 4000 óbitos
- ▶ 30% CA cabeça e pescoço
- ▶ Tipos histológicos mais comuns: 1) CEC 2)CA glândulas salivares menores 3) tumores de origem mesenquimal ( sarcomas).

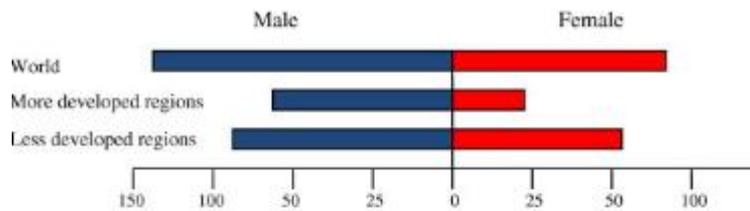
# Incidência Global

- ▶ Incidência anual estimada: 275.000
- ▶ Países com elevada incidência: Sri Lanka, Índia, Paquistão, Hungria, Eslováquia, Brasil, Papua, Nova Guiné...
- ▶ Inglaterra– 3% casos anuais de cancer vs Sri Lanka Índia, Paquistão– 25% casos de cancer anuais.

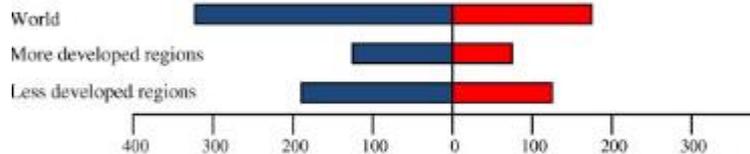
# Prevalência

- ▶ Homens/ Mulheres ( 1,5: 1) – relação com fumo/ tabagismo.
  - ▶ Idade: acima dos 50 anos
  - ▶ Etnia: asiáticos– provável relação com fumo de mascar e noz de areca.
- 

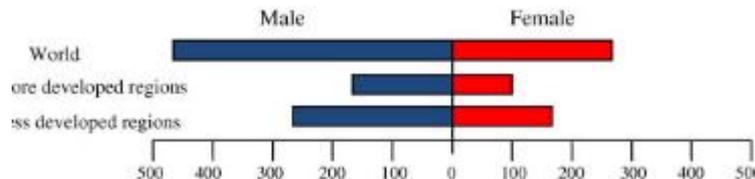
# Prevalência



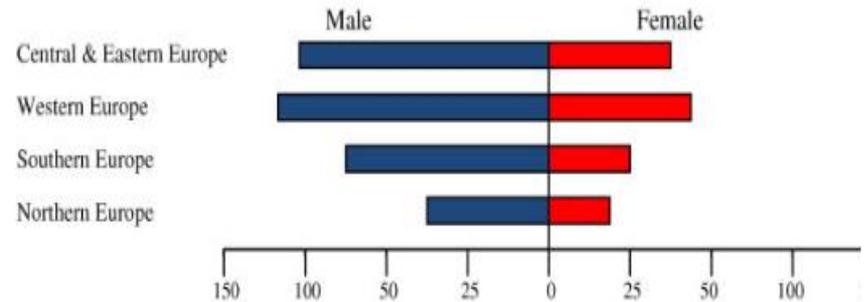
Oral Cavity 1-year Prevalence x 1000



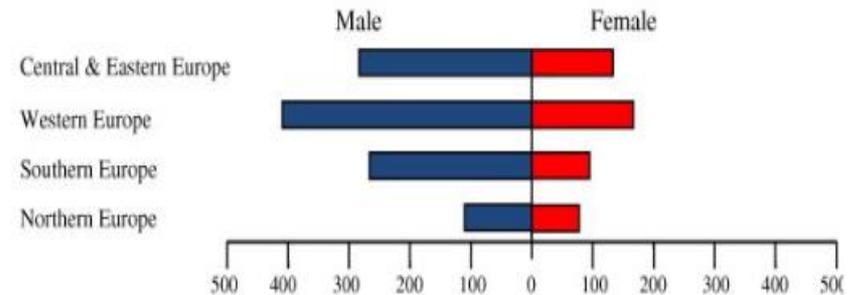
Oral Cavity 3-year Prevalence x 1000



Oral Cavity 5-year Prevalence x 1000



Oral Cavity 1-year Prevalence x 100



Oral Cavity 5-year Prevalence x 100

Living with oral cancer: epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. Warnakulasuriya S. Department of Oral Medicine and Pathology, King's College Dental Institute.

# Fatores de Risco

- ▶ Fumo
  - ▶ Tabagismo
  - ▶ Má higiene da cavidade oral
  - ▶ HPV
- 

# O HPV e o CA de boca

- ▶ Maior prevalência em orofaringe ( base de língua).
  - ▶ Novo perfil epidemiológico.
  - ▶ HPV 16/18; Oncogenes E6– E7
- 

# HPV e CA de Boca

Table 1

Comparison of sex and anatomical location between HPV-positive and HPV-negative cases (Natal/RN, 2005)

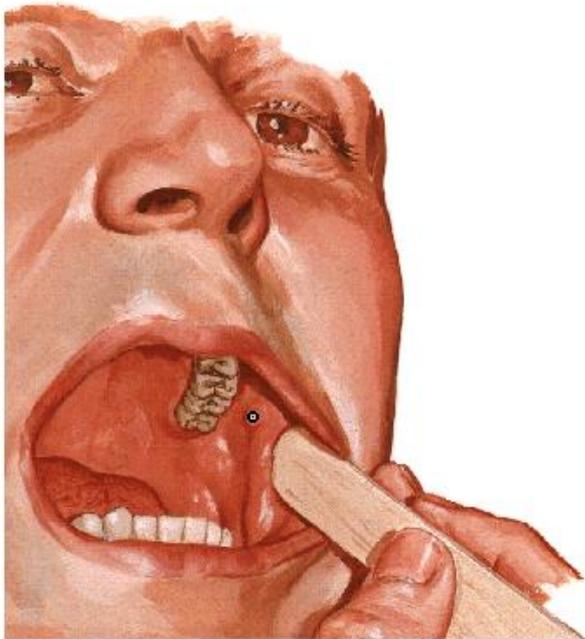
Clinical characteristics	Total	HPV positive		HPV negative		P*
	n	n	%	n	%	
Sex						
Male	49	13	72.2	36	63.2	.747
Female	26	05	27.8	21	36.8	
Total	75	18	100	57	100	
Tumor site						
Tongue	20	02	11.1	18	31.6	.163
Mouth floor	18	04	22.2	14	24.6	
Others <sup>†</sup>	37	12	66.7	25	43.9	
Total	75	18	100	57	100	

\*  $\chi^2$  test.

<sup>†</sup> Lip, jugal mucosa, palate, retromolar trigone, and alveolar border.

Human papillomavirus in oral squamous cells carcinoma  
in a population of 75 Brazilian patients Rosilene Calazans Soares, PhDa, Márcio C. Oliveira,  
PhDb, Leília B. Souza, PhDc, Antônio L. Costa, PhDc, Sílvia Regina B. Medeiros, PhDd, Leão P.  
Pinto, PhDc,4

# Anatomia Cirúrgica da cavidade oral



Limites	
Anterior	Transição pele/ vermelhão labial
Póstero-superior	Pilares amigdalianos
Póstero-inferior	Linha das papilas circunvaladas
Lateral	Mucosa Jugal

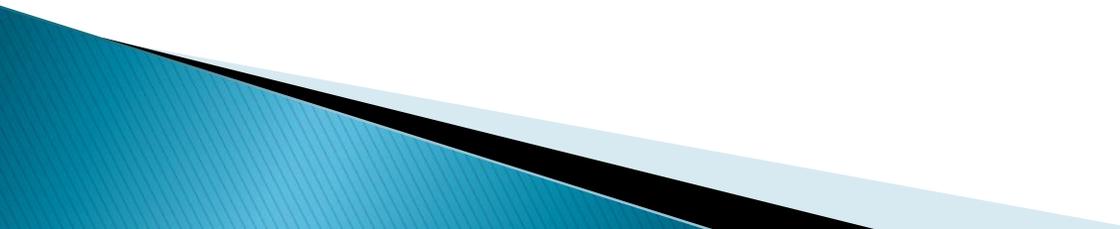
# Acessos cirúrgicos

- ▶ Via trans-oral ( mais comum)
- ▶ Na impossibilidade da via trans oral:
  - I) Acesso transmandibular ( via mandibulotomias mediana ou paramediana).
  - II) Cheeck-flap ( desinserção do lábio inferior a partir de uma incisão médio- labial com prolongamentos cervical e intra-oral).

# Quadro clínico

- ▶ Assintomáticos : maioria.
- ▶ Estágios mais avançados: Sangramento , dor local, otalgia reflexa, trismo, dificuldade na fala.
- ▶ Lesões metastáticas cervicais ( homo ou contralaterais) : presente em 30% pctes ( exceção lábio e palato duro).

# Quadro clínico

- ▶ Metástases a distância: osso e pulmão
  - ▶ Probabilidade de metástase: grau de invasão, estadiamento ( T1 /T2 x T3/T4).
  - ▶ Níveis Linfonodais : I e II.
- 

# Diagnóstico

- ▶ Fácil visualização: próprio pcte.
- ▶ Exame físico: Auto exame.... vídeo



# Lesões Precussoras

## Leucoplasias



## Eritroplasias



## Estomatite nicotínica



Lesões precursoras– excisão cirúrgica, criocirurgia ou laser de CO2.

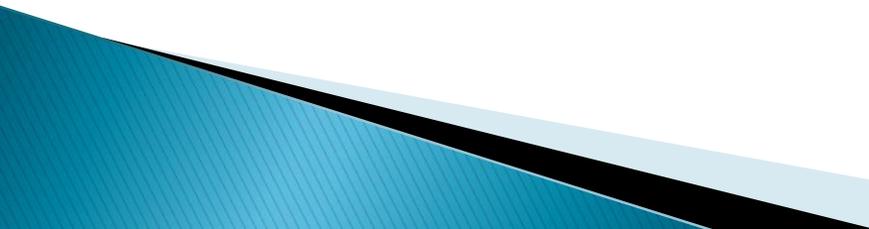
# Tumor na boca?–Diagnósticos diferenciais

- ▶ Candidíase oral crônica
  - ▶ Doenças granulomatosas ( infecciosas, tuberculosas..)
  - ▶ Neoplasias benignas ( Hiperplasia gengival, adenoma pleomórfico, hiperplasia verrucosa)
  - ▶ Vasculites ( Granulomatose de Wegener, Granuloma da linha média...)
- 

# Conduta

- ▶ Lesões primárias de pequenas dimensões:  
Biópsia Excisional
  - ▶ Lesões de dimensões maiores– biópsias  
incisionais ( pinça “saca bocados”)
  - ▶ Lesões infiltrativas– PAAF
  - ▶ Após diagnóstico histopatológico....
- 

# Exames complementares – auxílio no estadiamento

- ▶ TC face e cervical – análise invasão estruturas importantes.
  - ▶ Raio – X Tórax
  - ▶ PET – detectar céls. com alta divisão celular.
  - ▶ Broncoscopia, laringoscopia, esofagoscopia\* – procura de segundos tumores primários.
- 

# Estadiamento

Classificação T para tumor boca

T – tumor primário

Tx – tumor não pode ser avaliado

T0 – não há evidências de tumor primário

Tis – carcinoma “in situ”

T1 – tumor até 2cm em sua maior dimensão

T2 – tumor maior que 2cm até 4cm em sua maior dimensão

T3 – tumor maior que 4cm em sua maior dimensão

T4 – tumor que invade estruturas adjacentes; como: músculos e ossos

# TNM– N– Linfonodos regionais

- ▶ Nx– Linfonodos não podem ser avaliados
- ▶ N0– Aus~encia de metástase em linfonodos regionais.
- ▶ N1– Metástase em um único linfonodo homolateral, até 3 cm em sua maior dimensão.
- ▶ N2
  - ▶ N2a– Metástase em único linfonodo homolateral, com mais de 3 cm em sua maior dimensão
  - ▶ N2b– metástase em linfonodos homolaterais múltiplos, nenhum deles com mais de 6 cm em sua maior dimensão.
  - ▶ N2c– Metástase em linfonodos bilaterais ou contralaterais, nenhum deles com mais de 6cm em sua maior dimensão.
- ▶ N3– Metástase em linfonodos com mais de 6 cm em sua maior dimensão.

# Estadiamento clínico

Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
Estadio IV a	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	qualquer T	N2	M0
Estadio IV b	Qualquer T	Qualquer N	M1

Projeto Diretrizes. Rastreamento, Diagnóstico e tratamento do câncer de boca.  
Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG,  
Walder F. 30 de maio de 2010.

# Classificação T para Tumor de Orofaringe

- ▶ Tx- O tumor não pode ser avaliado
- ▶ T0- não há evidência de tumor primário
- ▶ Tis- carcinoma in situ
- ▶ T1- Tu < ou = 2 cm
- ▶ T2- Tu de 2 a 4 cm
- ▶ T3 - Tu > 4 cm
- ▶ T4a- Tu invade: Laringe, musculatura profunda da língua, M. Pterigóide medial, Palato duro ou mandíbula.
- ▶ T4b- Tu invade M. pterigóide lateral, nasofaringe, base do crânio ou engloba artéria carótida.

# Tratamento do TU primário – princípios gerais

Local do tumor	T1	T2	T3	T4
Gengiva Inferior	Alveolectomia	Pelvemandibulectomia marginal	Pelvemandibulectomia marginal ou seccional	Pelvemandibulectomia marginal ou seccional
Região Jugal	Ressecção ampla	Ressecção ampla	Ressecção ampla	Ressecção ampla
Soalho bucal	Pelvectomia	Pelveglossectomia ou pelvemandibulectomia marginal	Pelveglossectomia ou pelvemandibulectomia margi ou seccionalnal	Pelveglossectomia ou pelvemandibulectomia margi ou seccionalnal
Língua ( oral)	Glossectomia parcial	Glossectomia parcial ou hemiglossectomia	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	Ressecção ampla	Operação retromolar modificada	Operação retromolar clássica ou ampliada	Operação retromolar clássica ou ampliada

# Tratamento – CEC cav. Oral– Andar superior

## ▶ EC I e II:

Ressecção ampla +  
reconstrução  
primária ou RR local  
ou prótese



–p T3 ou p T4  
–Margens  
comprometidas/exí-  
guas  
Infiltração vascular  
ou perineural



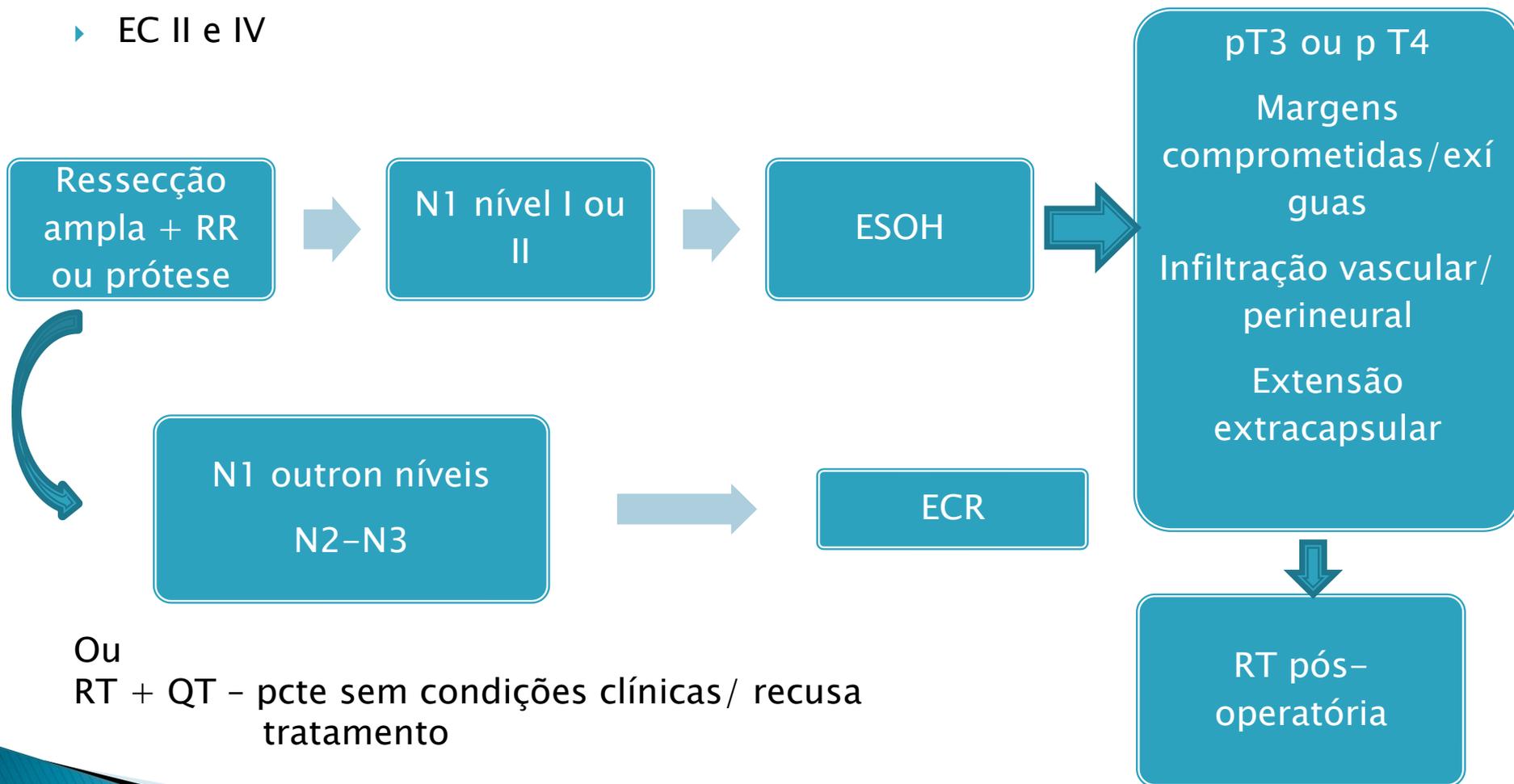
RT pós– operatória

Ou

RT se pcte: sem condições clínicas  
recusa tratamento cirúrgico

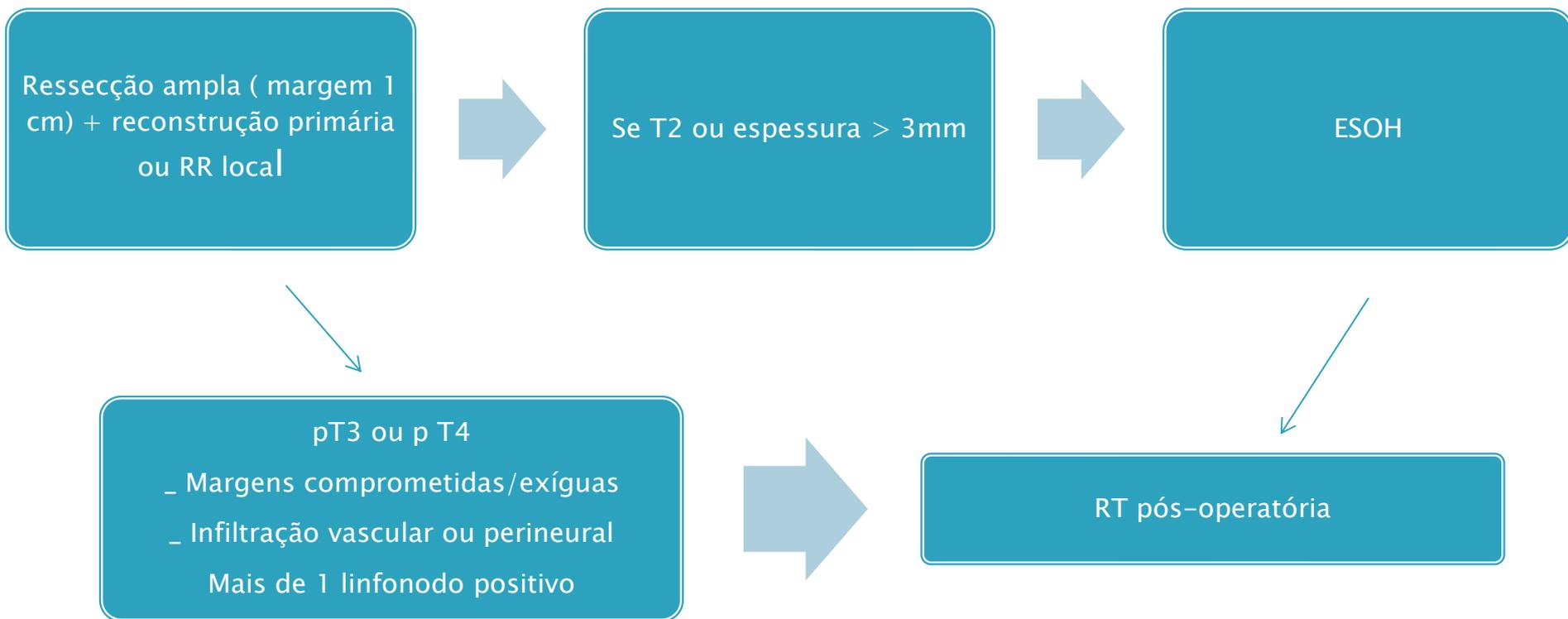
# Tratamento – CEC cav. Oral– Andar superior

▶ EC II e IV



# Tratamento – CEC cav. Oral– Andar inferior

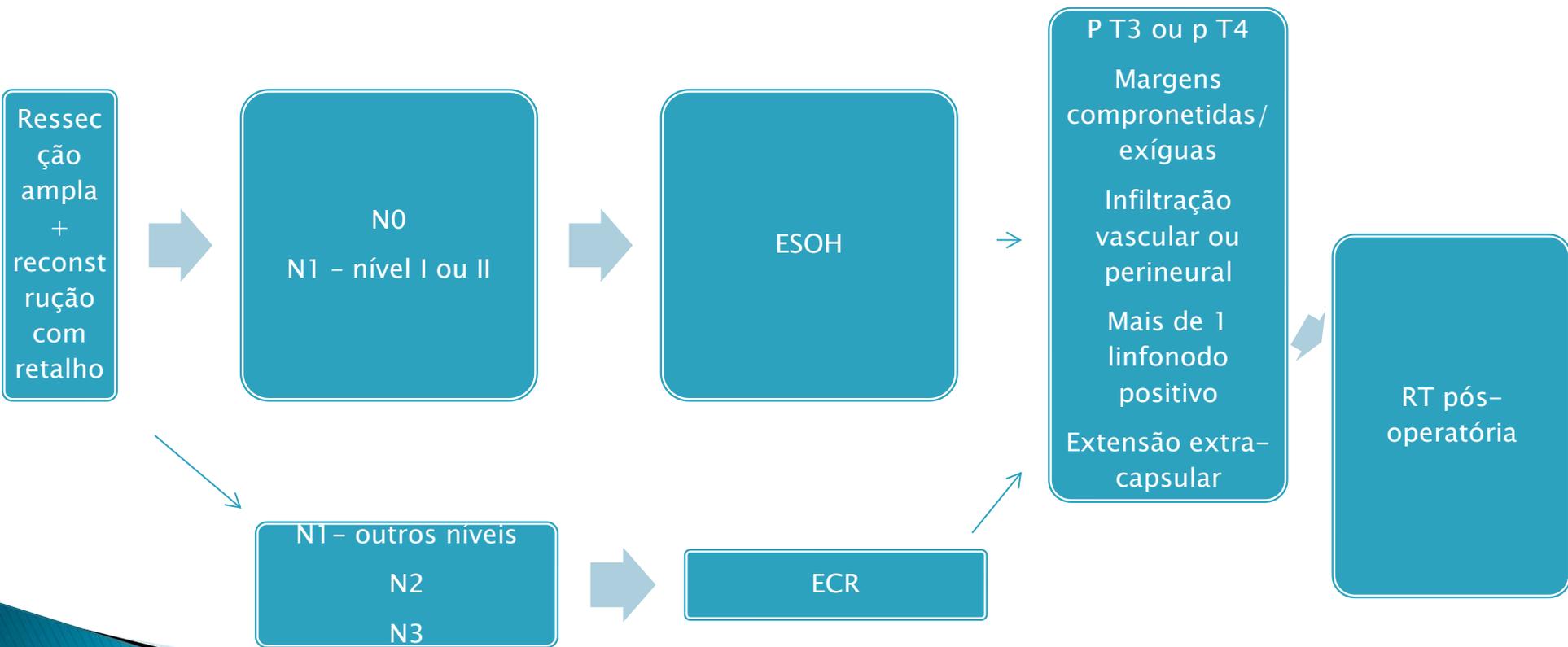
EC I e II



Ou: RT, se pcte sem condições Clínicas/ recusa cirurgia.

# Tratamento – CEC cav. Oral– Andar inferior

EC III e IV



Ou RT + QT

# Tratamento do pescoço

Estadio do tumor	Tipo de esvaziamento cervical
T1 N0	Não
T2-4 N0	Supra-omo-hióideo
Qualquer T1-4 N1-2b ou N3	Radical ou radical modificado associado a supra-omo-hióideo contralatero
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

Obs: Em casos de tumores com alto risco de metastatização (risco de falso-negativos superior a 20%) mas sem metástases clinicamente detectáveis indica-se tratamento eletivo do Pescoço ( SOH)

# RT pós-operatória

- ▶ Indicação: margens cirúrgicas exíguas ou comprometidas, linfonodos histologicamente positivos, embolização vascular neoplásica, infiltração perineural, estadió clínico III, IV.
- ▶ Dose: 5 frações semanais de 180 a 200 cGy, por 6–7 semanas – total: 6000–7000cGy.
- ▶ Cuidados dentários: Restaurações e exodontias devem ser feitas previamente à RT; aplicação de flúor.
- ▶ Opção: Braquiterapia-pctes com lesão bem delimitada e acessível; Braquiterapia em altas doses – vantagem da rapidez e da não necessidade de internação.

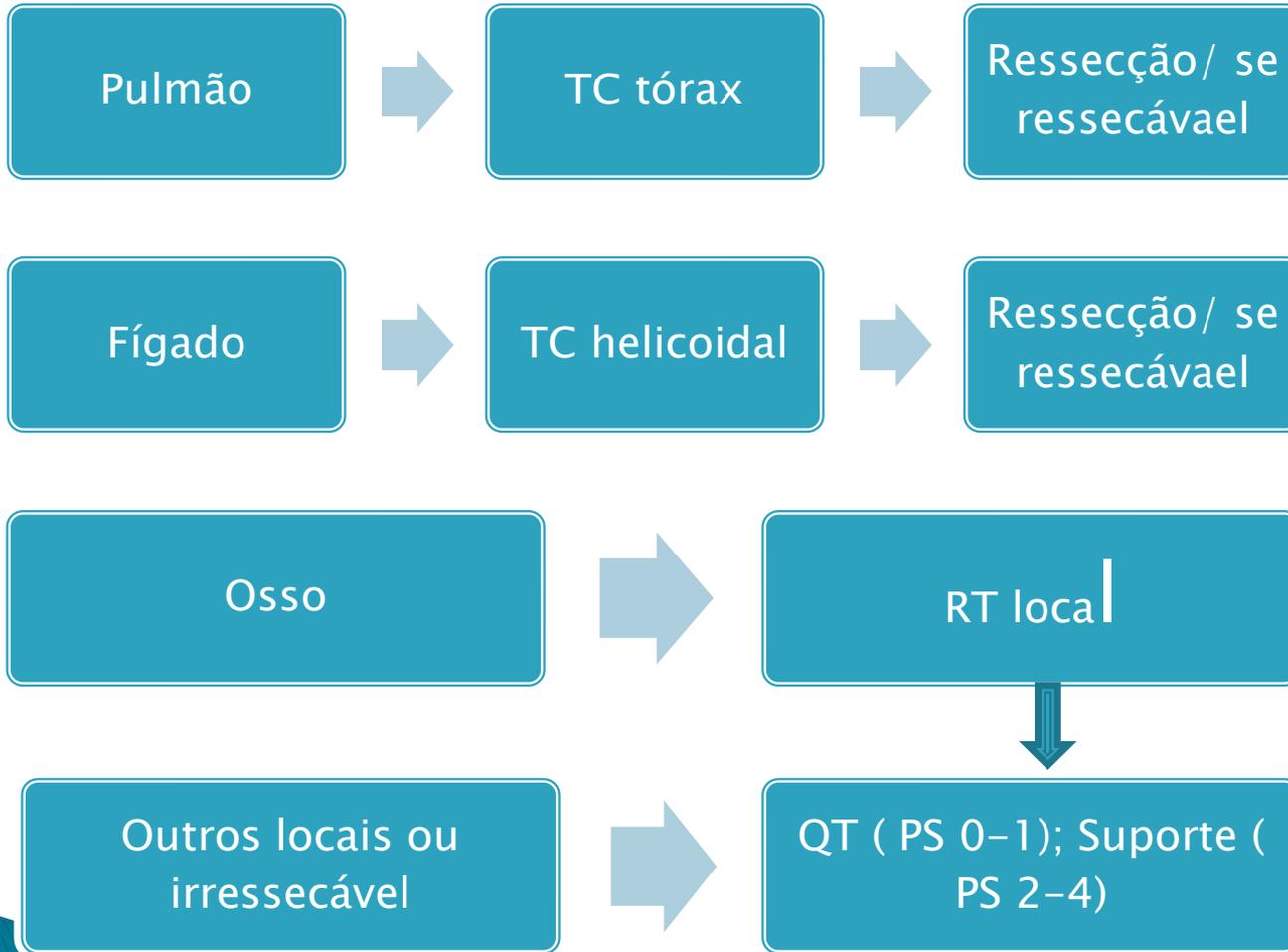
# Quimioterapia

- ▶ Associada a RT para casos avançados, pctes sem condições clínicas, pcte recusa tratamento cirúrgico.
- ▶ Células resistentes à radioterapia podem tornar-se sensíveis na presença de quimioterápicos(cisplatina e paclitaxel).

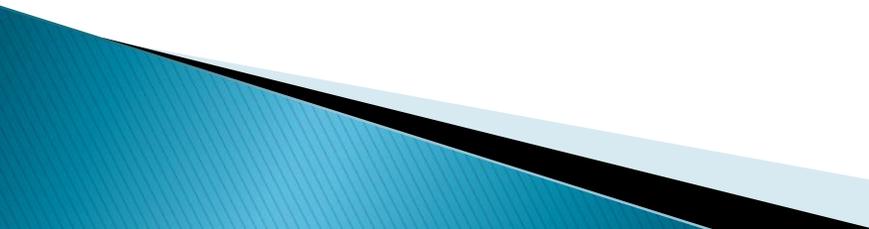
# Recidivas

- ▶ Locais ressecáveis– Ressecção cirúrgica, com RT operatória, se não houve RT prévia.
- ▶ Locais /regionais Irressecáveis– realizar RT, se não houver RT prévia, se RT prévia– Quimioterapia ( PS 0–1) ou Tratamento de suporte ( PS 2–4).
- ▶ Regional ressecável– EC ( rN1 – ESOH; r N2–3–ECR). Sem RT prévia– RT pós-operatória.

# Recidivas a distância



# Sobrevida em 5 anos

- ▶ Tumores menores do que 2 cm: SV maior do que 90%;
  - ▶ Tumores maiores e que envolvam a mandíbula: SV menor do que 50%;
  - ▶ Linfonodos maiores do que 6 cm ou metastáticos bilateralmente, ou com invasão perineural: SV de 33%.
- 

# Complicações

- ▶ Sangramento, hematoma
  - ▶ Lesão de nervos( marginal mandibular, hipoglosso, lingual...)
  - ▶ Fístulas linfáticas
  - ▶ Necrose de retalhos cutâneos, deformidades estéticas.
- 

# Encaminhamentos pós-operatórios

- ▶ Fonoaudiologia
  - ▶ Fisioterapia– se esvaziamento cervical
  - ▶ Nutrição– se SNE ou gastrostomia
- 

# Seguimento

- ▶ 1º ano: retorno a cada 2–3 meses
  - ▶ 2º ano: retorno a cada 3–4 meses
  - ▶ 3º– 5º ano::retorno a cada 6 meses
  - ▶ A partir do 5º ano: retorno anual
- 
- ▶ Exames: loacorregional ( CP); RT tórax anual; TSH anual ( se RT cervical); outros ( critério médico)– TC, RNM; PET–Scan; cintilografia

# Referências

- ▶ 1) Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life–style changes that influencesurvivalSaman Warnakulasuriya, Department of Oral Medicine and Pathology, King’s College Dental Institute, Bessemer Rd., London SE5 9RS, UK WHO Collaborating Centre for Oral Cancer and Precancer in the United Kingdom, Denmark Hill Campus, London SE5 9RS, UKAvailable online 18 April 2010.
- ▶ 2) Low etiologic fraction for high–risk human papillomavirus in oral cavity squamous cell carcinomas  
▶ Mark W. Lingena, Weihong Xiaob, Alessandra Schmidtc, Bo Jiangb, Robert Pickardb, Paul Kreinbrinkb, Bayardo Perez–Ordonezd, Richard C. Jordane, Maura L. Gillisonb.
- ▶ 3) Human papillomavirus in oral squamous cells carcinoma  
▶ in a population of 75 Brazilian patientsRosilene Calazans Soares, PhDa, Márcio C. Oliveira, PhDb, Leília B. Souza, PhDc, Antônio L. Costa, PhDc, Sílvia Regina B. Medeiros, PhDd, Leão P. Pinto, PhDc,4
- ▶ 4) Câncer da cavidade oral. Lenine Garcia Brandão. Beatriz G. Cavalheiro. Manual do Residente de Cirurgia de Cabeça e pescoço.