



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



Câncer de Boca

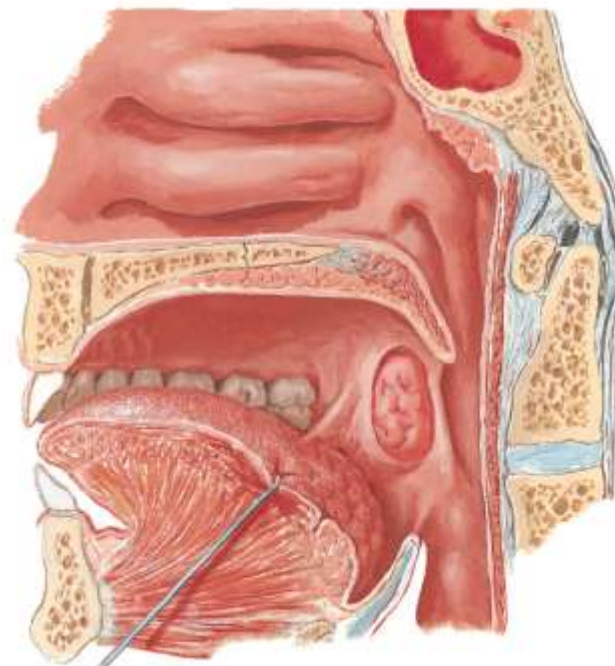
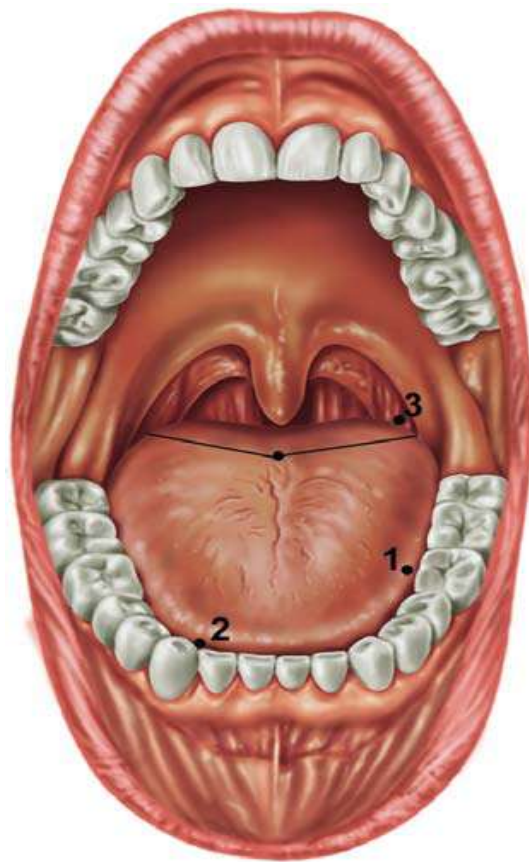
Jônatas Catunda de Freitas



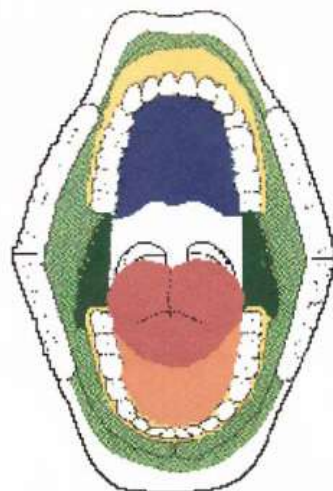
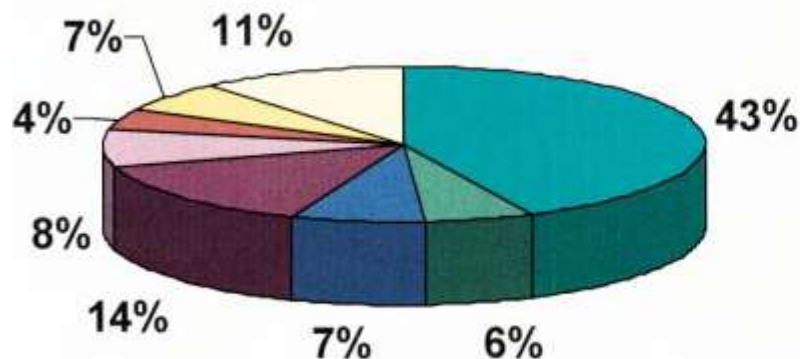
Introdução

- ▶ É a neoplasia mais freqüente da cabeça e pescoço
- ▶ 90% dos casos é por Carcinoma epidermóide
- ▶ É o 5º câncer mais incidente em homens e o 7º em mulheres.
- ▶ 4,3% das mortes por câncer no Brasil

Anatomia



Incidência por região



- Lip
- Tongue
- Floor of Mouth
- Gingiva
- Buccal Mucosa
- Retromolar Trigone
- Hard Palate

Importância do diagnóstico precoce

- ▶ Apesar da localização de fácil acesso, 73,4% dos pacientes são diagnosticados em estágio III e IV
- ▶ O diagnóstico precoce de lesões é a melhor estratégia para reduzir a mortalidade.

Impacto do diagnóstico precoce 1



Leucoplasia - lesão pré-maligna.
Sobrevida em 5 anos: >90%

Impacto do diagnóstico precoce 2



T4 de mucosa jugal ulcerando pele.
Sobrevida em 5 anos: < 40% (p/
N0-N1)

Fatores de risco

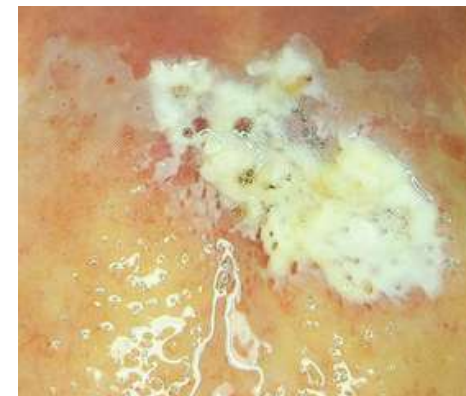
- ▶ Tabagismo crônico
- ▶ Etilismo crônico
- ▶ Idade acima de 50 anos
- ▶ Má higiene oral
- ▶ Desnutrição e imunossupressão
- ▶ Infecção crônica traumática da mucosa oral
 - Afecções dentárias e periodontais
 - Próteses mal-adaptadas
- ▶ HPV – Paciente jovem, alto nível sócio econômico, sem uso de álcool ou fumo

- ▶ É possível realizar prevenção primária, porém a eliminação dos fatores de risco depende do paciente.

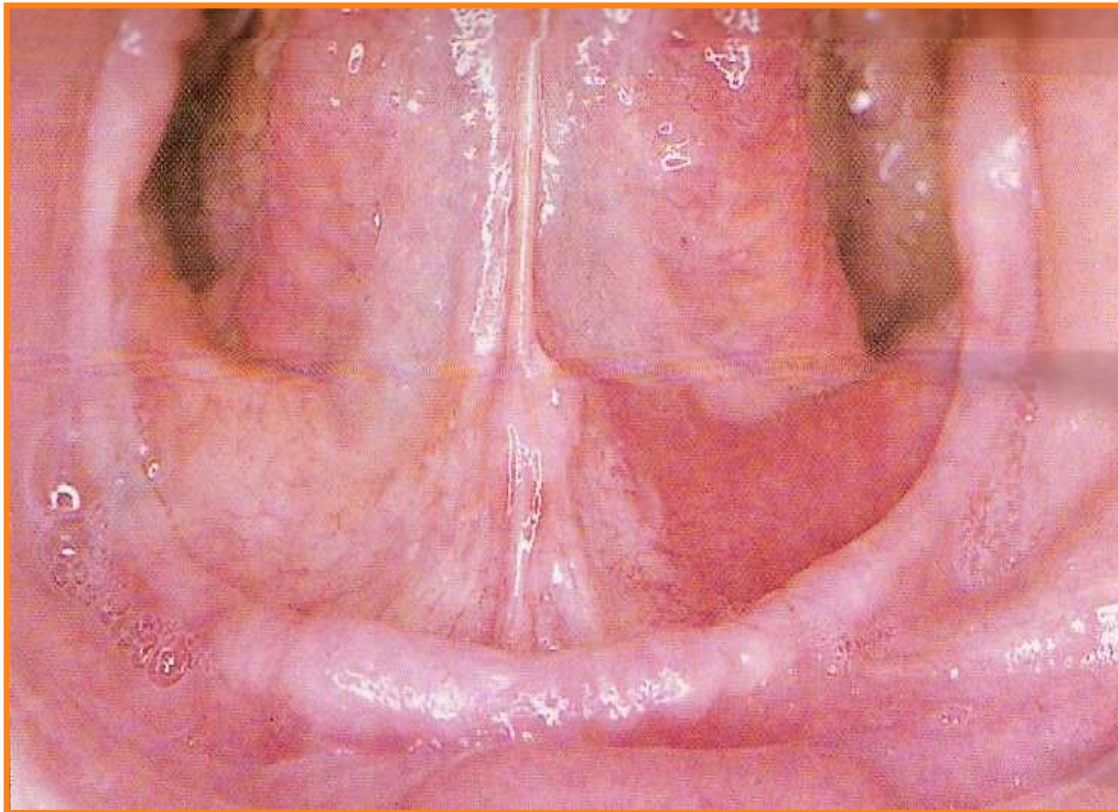
Lesões pré-cancerosas

- ▶ Leucoplasia
- ▶ Eritroplasia
- ▶ Submucoso (não visível)
- ▶ Líquen plano
- ▶ Estomatite tabágica
- ▶ Queilite actínica
- ▶ Fibrose submucosa oral

Leucoplasia



Eritoplasia



Quadro clínico

- ▶ “Ferida” na boca que não cicatriza
- ▶ Odinofagia
- ▶ Disfagia
- ▶ Perda de Peso
- ▶ Halitose
- ▶ Alteração da voz
- ▶ Trismo
- ▶ Otalgia
- ▶ Sangramento

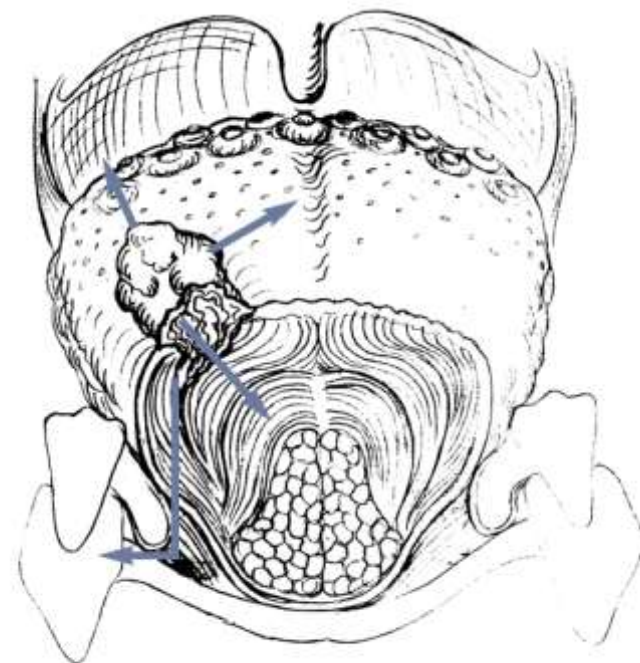
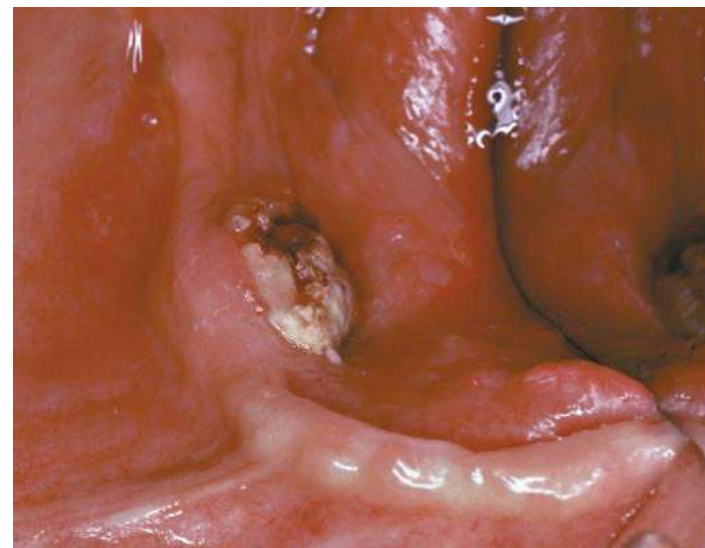


Figure 5-7. The anatomical routes of spread of oral tongue cancer.

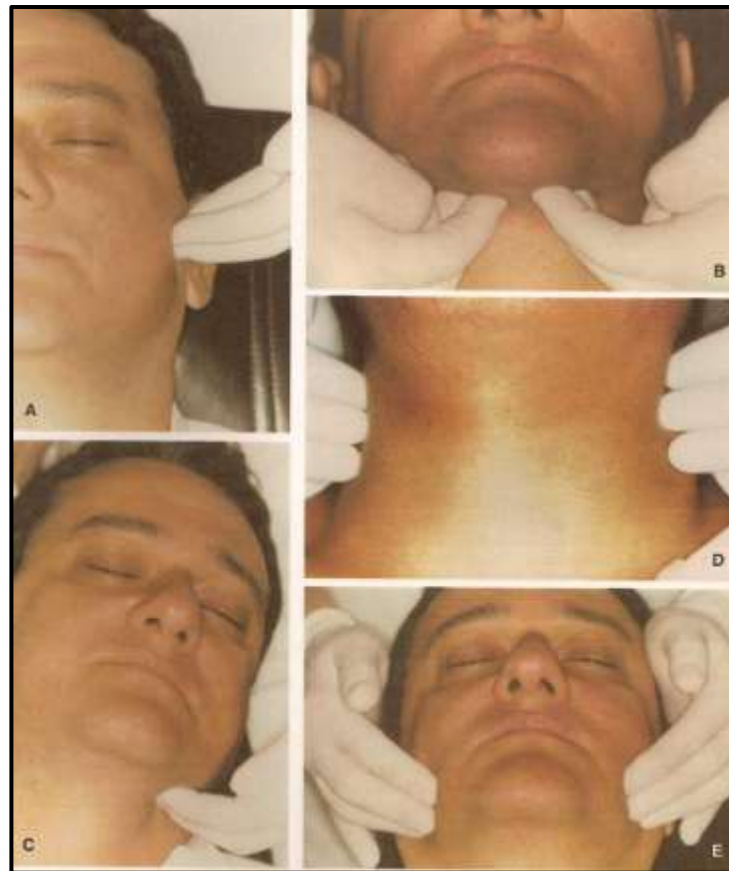
Exame físico

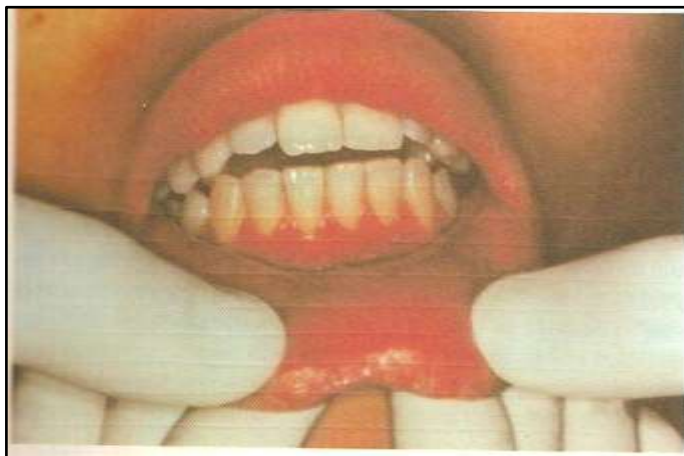
- ▶ Visualizar e palpar
 - Fonte de luz
 - Luvas
 - Abaixadores de língua
 - Gazes e anestésico spray
 - Espelho de laringe ou fibra óptica

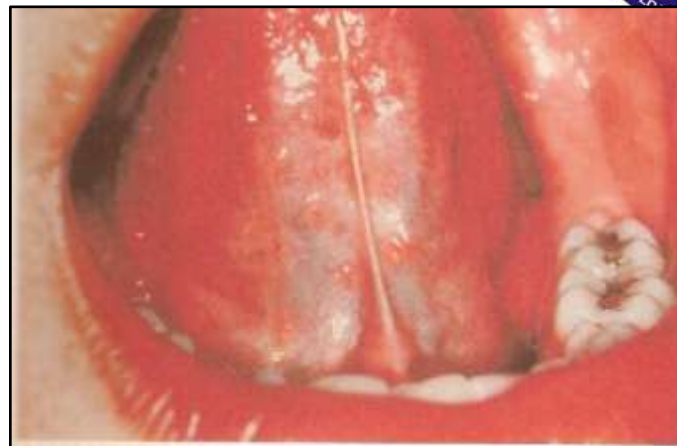
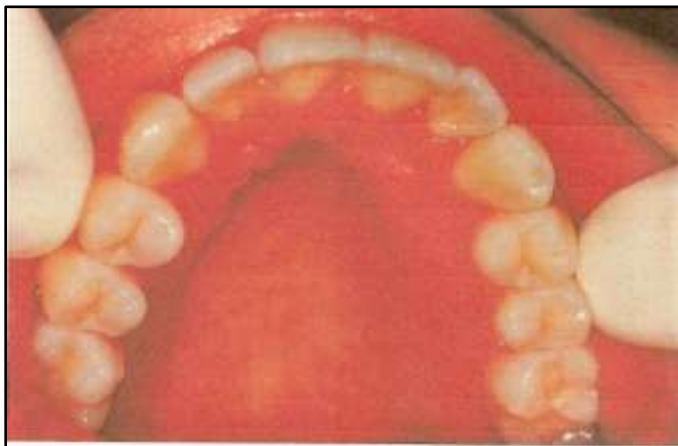
- ▶ Extensão
- ▶ Metástases cervicais



Exame físico







Exames complementares

- Faringoscopia e Laringoscopia
- TC
 - RNM
- US cervical
- Radiografia panorâmica
- PET/TC (metástases)
- Exame sob narcose
- Biópsia incisional
- Raio-x de tórax



Estadiamento

TX	Tumor primário não pode ser avaliado
T0	Sem evidência de Tu. primário
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tu \leq 2cm
T2	Tu de 2-4 cm
T3	Tu $>$ 4 cm
T4a	Tu invade mandíbula, músculos profundos da língua, m. pterigóide medial, palato duro ou laringe
T4b	Tu invade m. pterigóide lateral, nasofaringe, base de crânio ou a. carótida

Estadiamento

- NX** Linfonodos não podem ser avaliados
- N0** Ausência de linfonodos regionais
- N1** Meta em um único linfonodo, ≤ 3 cm
- N2a** Meta em 1 linfonodo homolateral 3–6 cm
- N2b** Múltiplos linfonodos homolaterais < 6 cm
- N2c** Linfonodos bilaterais ou contralaterais < 6 cm
- N3** Linfonodo > 6 cm

Estadiamento

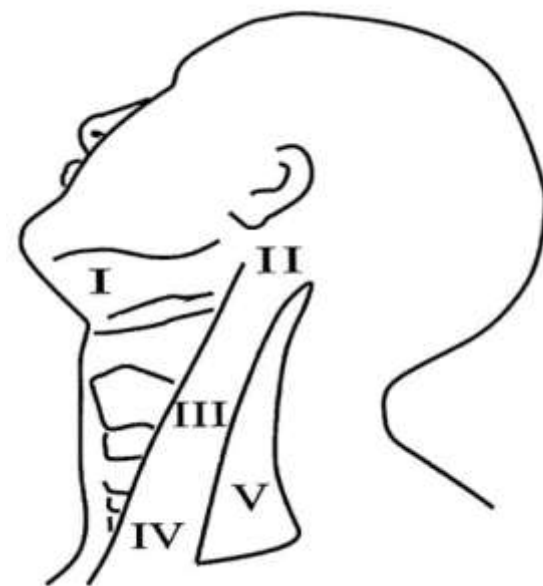
- ▶ **MX:** Metástase a distancia não pode ser avaliado
- ▶ **M0:** Ausência de metástase à distância
- ▶ **M1:** Metástase à distância

Estadiamento

E 0	Tis		
E I	T1	N0	
E II	T2		
E III	T1,2 T3	N1 N0, 1	M0
E IVA	T1, 2 ou 3 T4a	N2 N1,2 ou 3	
E IVB	T4b Qualquer T	Qualquer N N3	
E IVC	Qualquer T	Qualquer N	M1

Tratamento

- ▶ **Cirurgia**
 - Tratamento de escolha
 - Ressecção com margem tridimensional maior que 1 cm
 - Esvaziamento cervical seletivo X radical modif.
 - Reconstrução imediata
- ▶ **Radioterapia primária e QT**
 - Alto risco cirúrgico



Tratamento

▶ Objetivos

◦ Cura

- Sobrevida e reabilitação de funções normais
- Qualidade de vida – funcional, estética, social e controle da dor

▶ Ressecabilidade x operabilidade

▶ Operação centrípeta

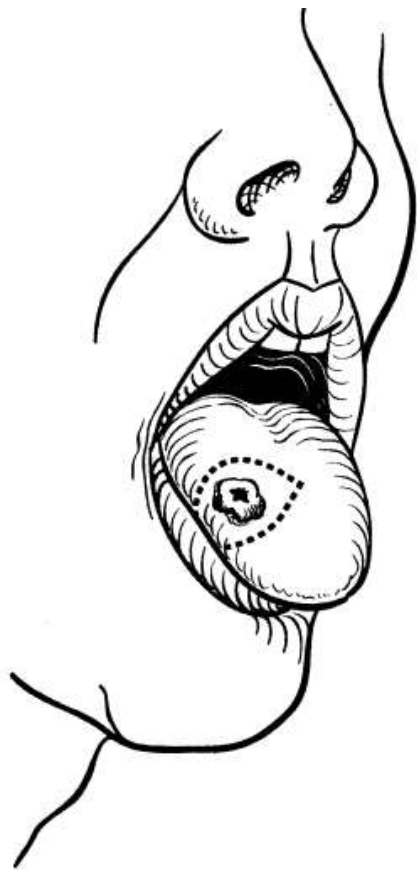
Radioterapia

- ▶ Tumores T1 e T2 linfonodo (-)
- ▶ Margens cirúrgicas comprometidas ou exíguas
- ▶ Embolização vascular ou invasão perineural
- ▶ Alto grau histológico
- ▶ Linfonodos comprometidos
- ▶ Paciente sem condição cirúrgica
- ▶ Radioterapia pre-op X pós op
- ▶ Realizá-la em no máximo 6 semanas após a cirurgia

Língua

- T1-T2
 - Glossectomia parcial
 - Acesso transoral
- Lesões mais avançadas
 - Glossectomia total
 - Mandibulotomia
 - Acesso transcervical
 - Mandibulectomia marginal ou segmentar

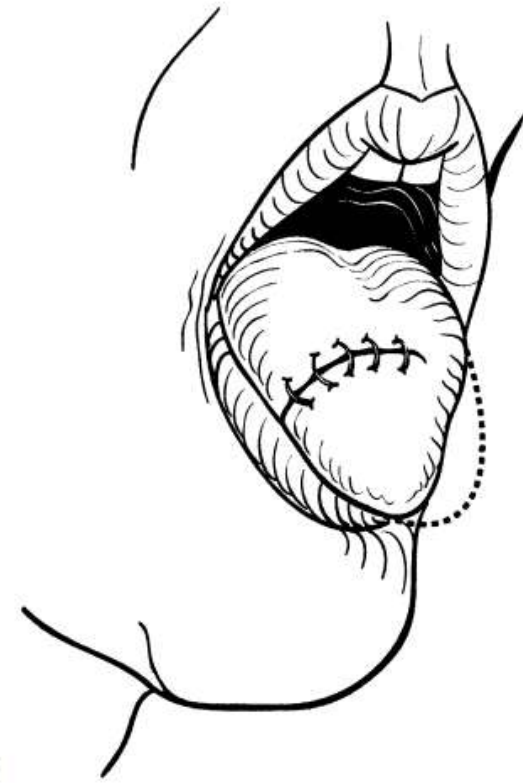
Glossectomia parcial



A

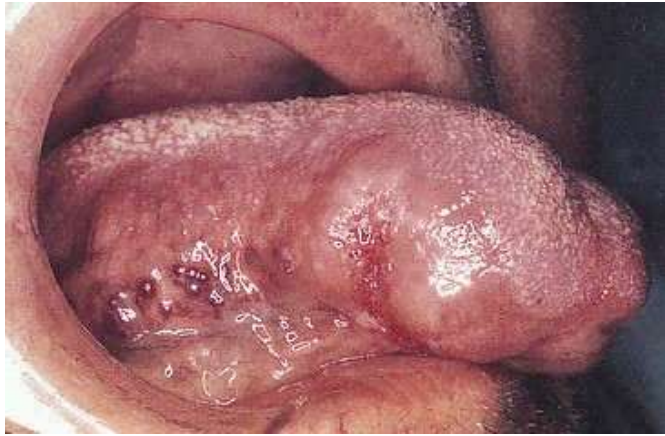


B

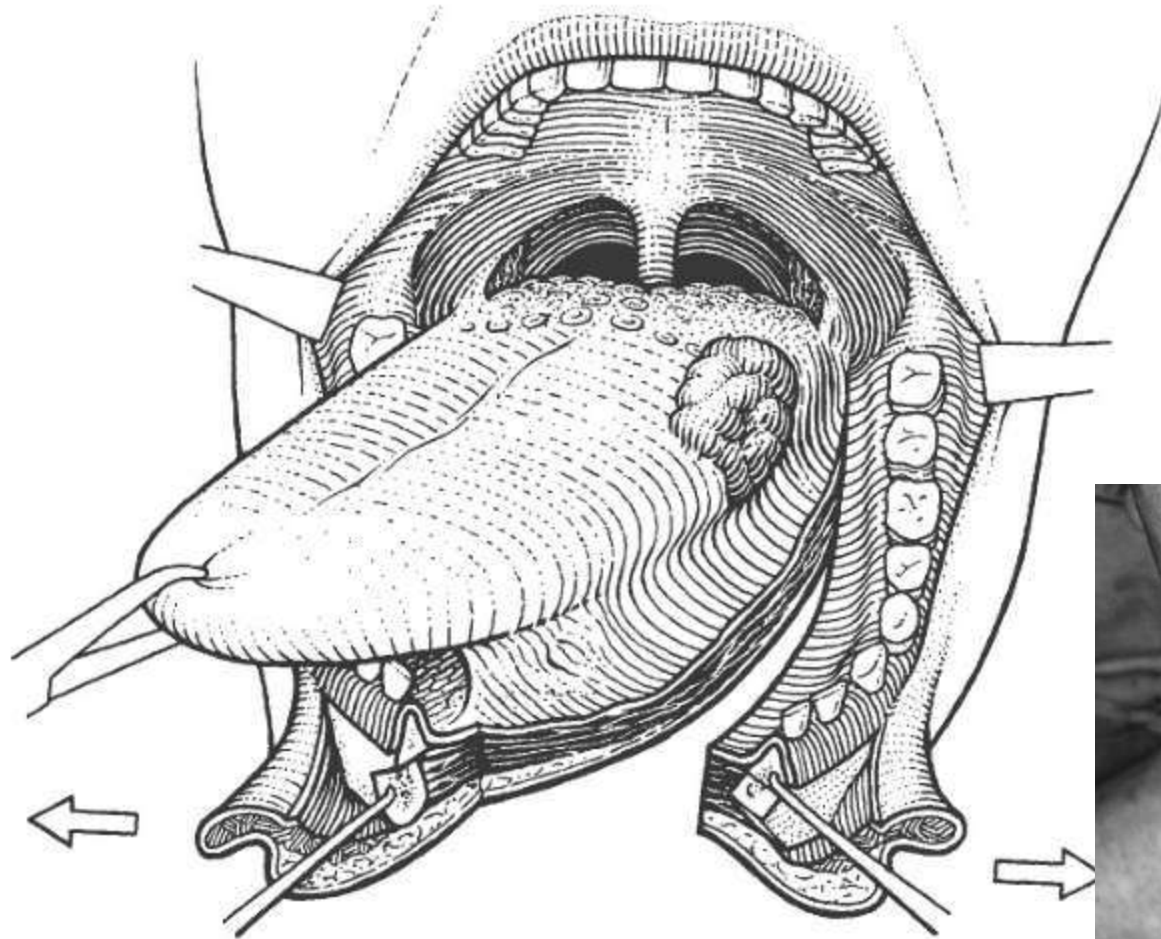


C

Glossectomia parcial



Mandibulotomia p tumores posteriores

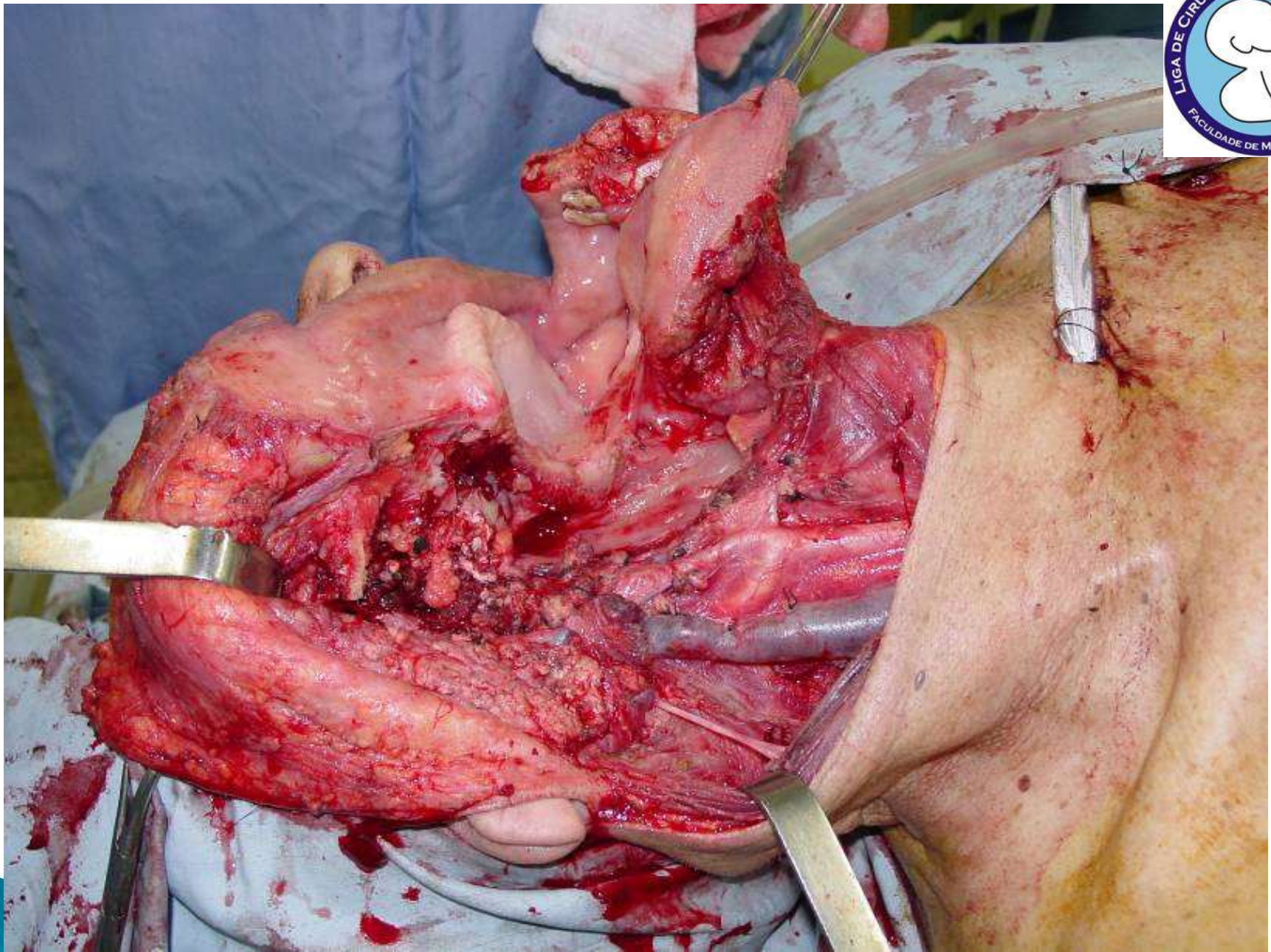


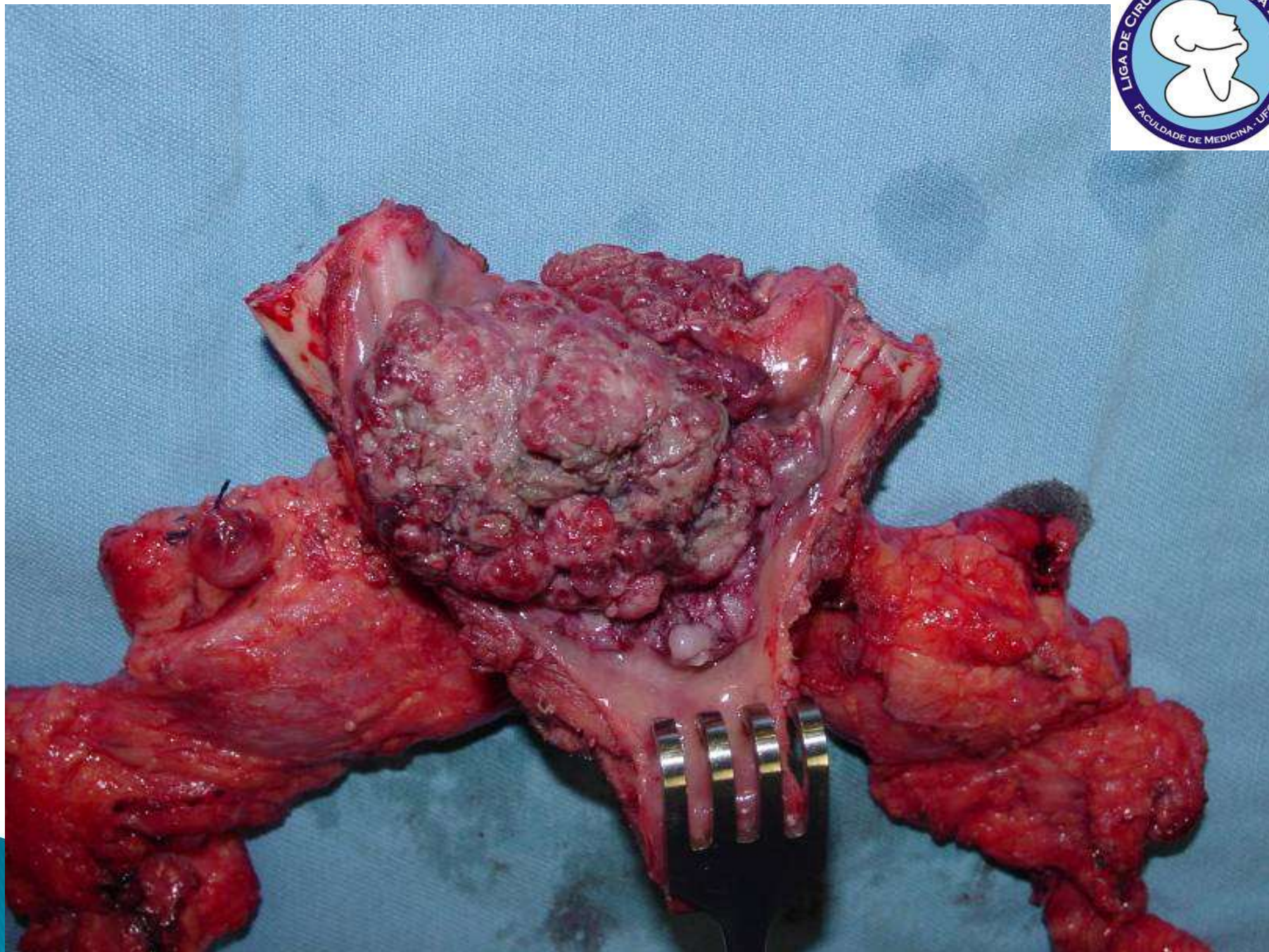
Mandibulectomia segmentar



Retromolar





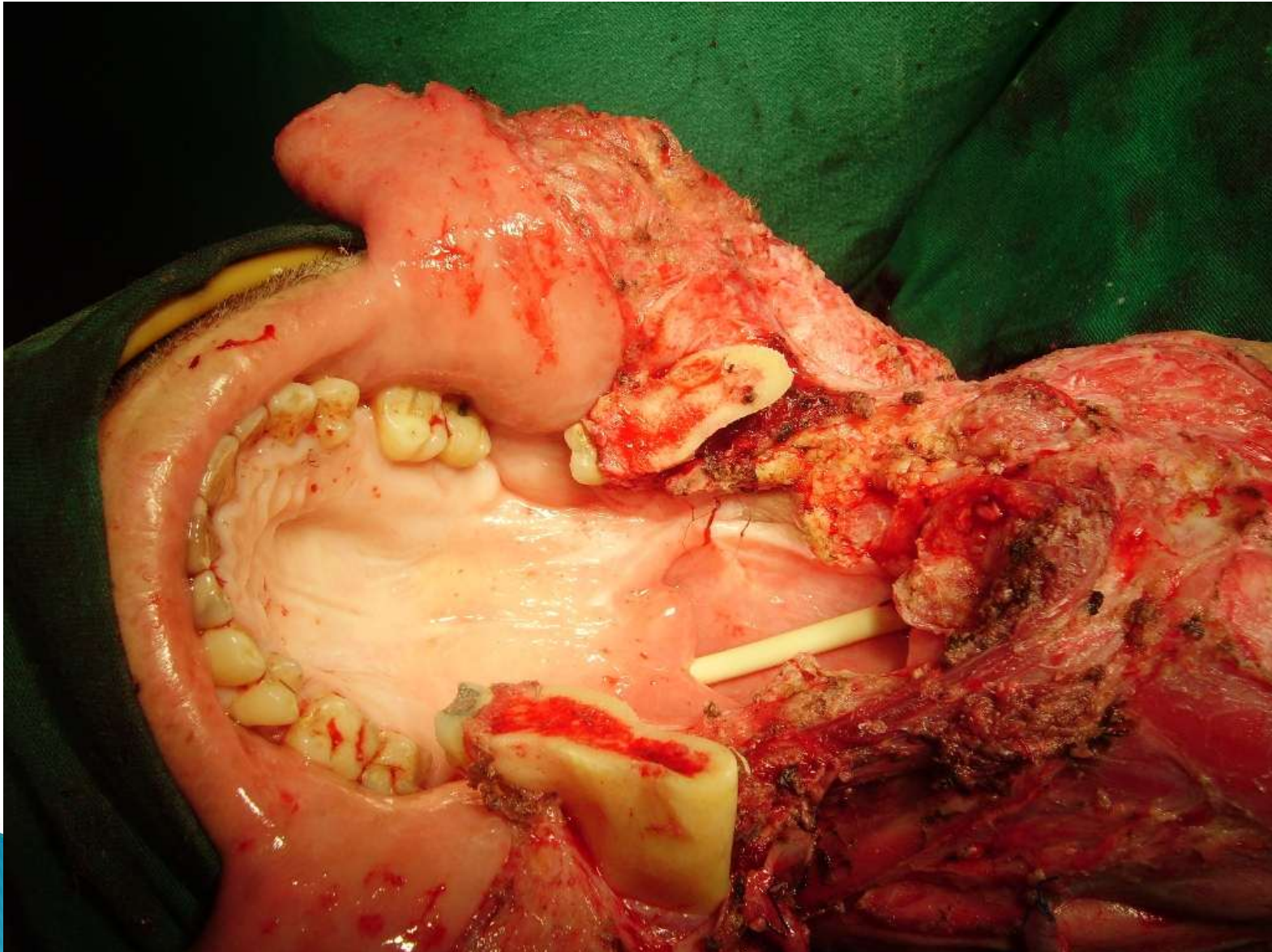


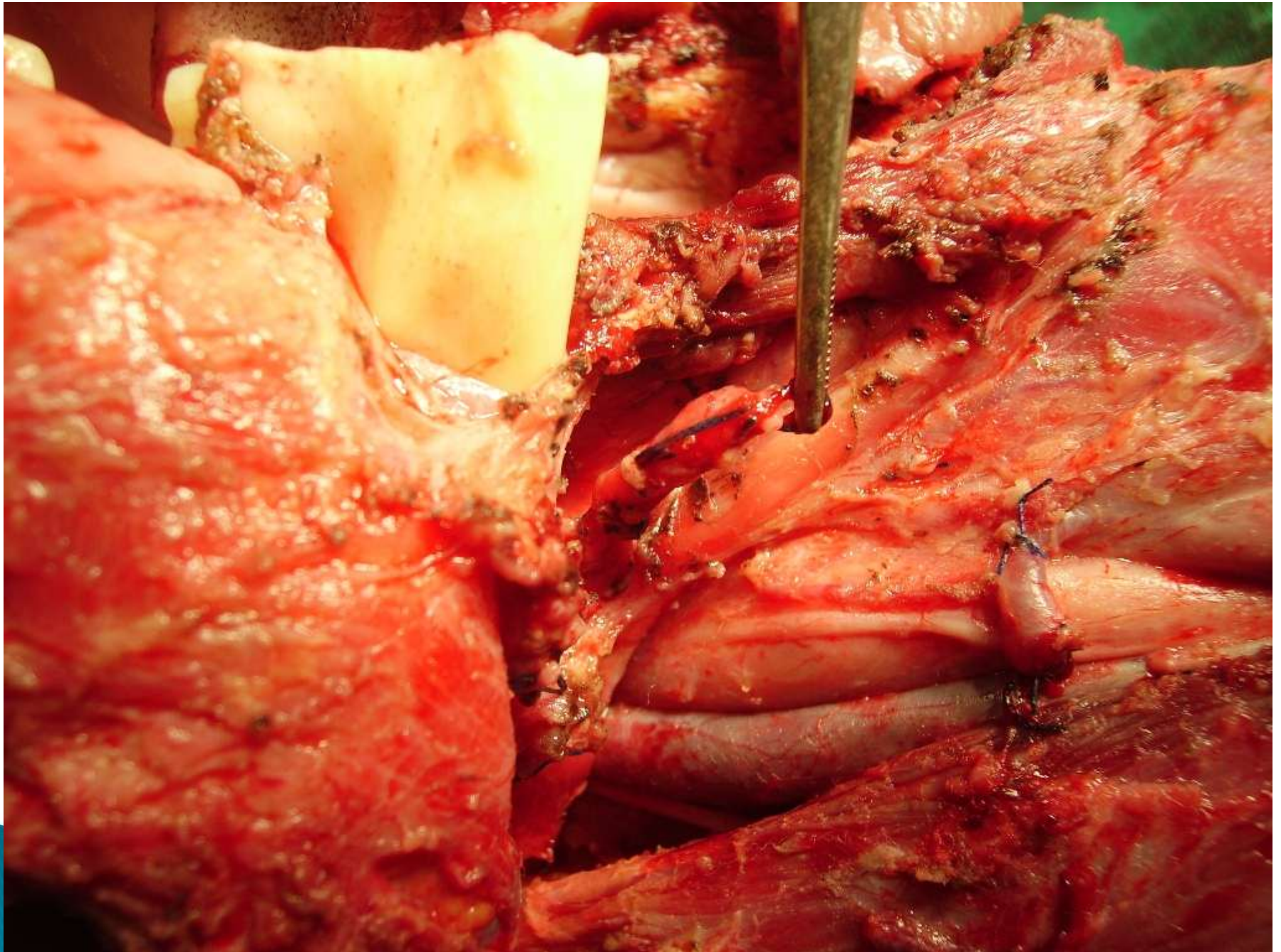




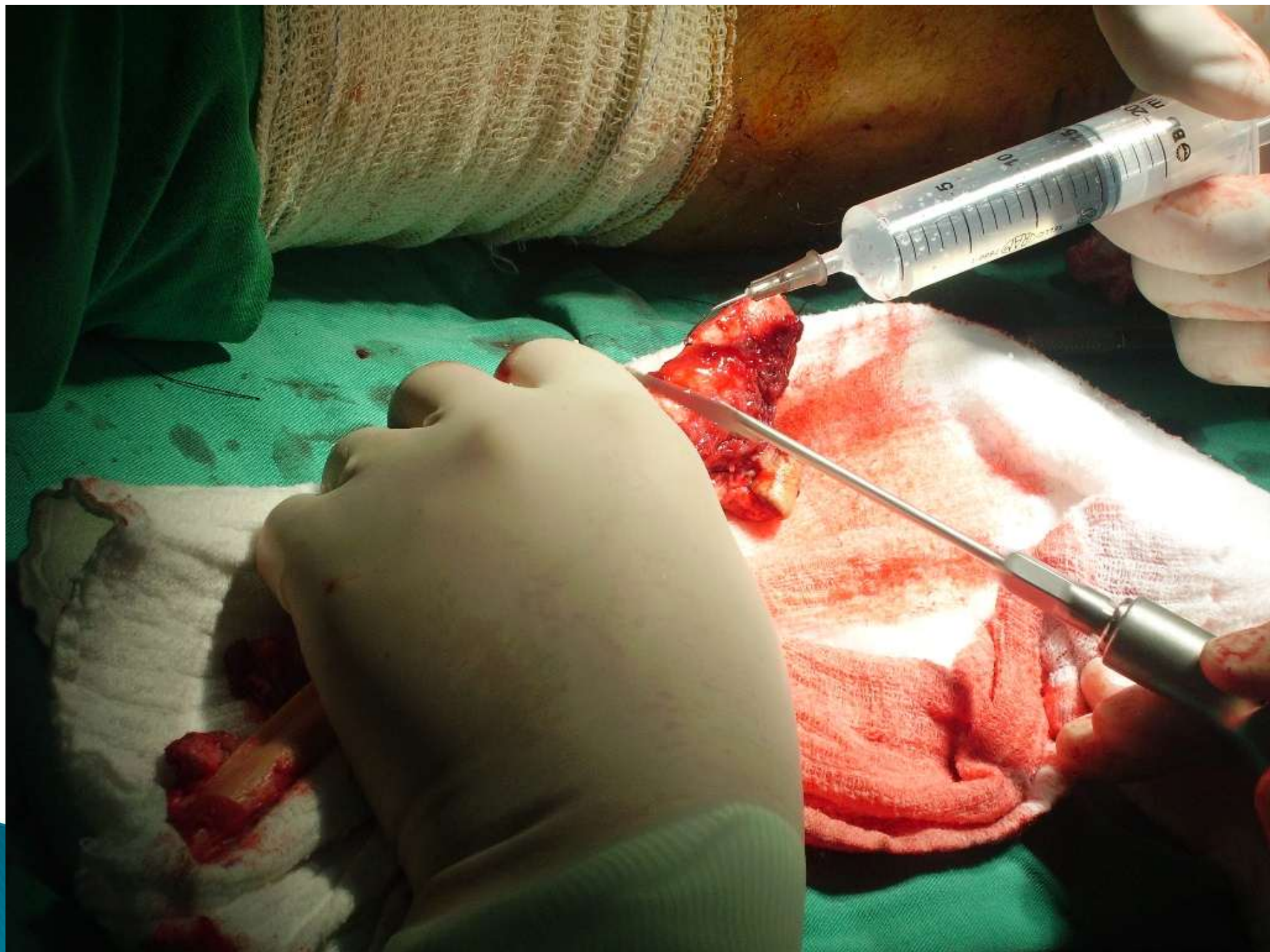


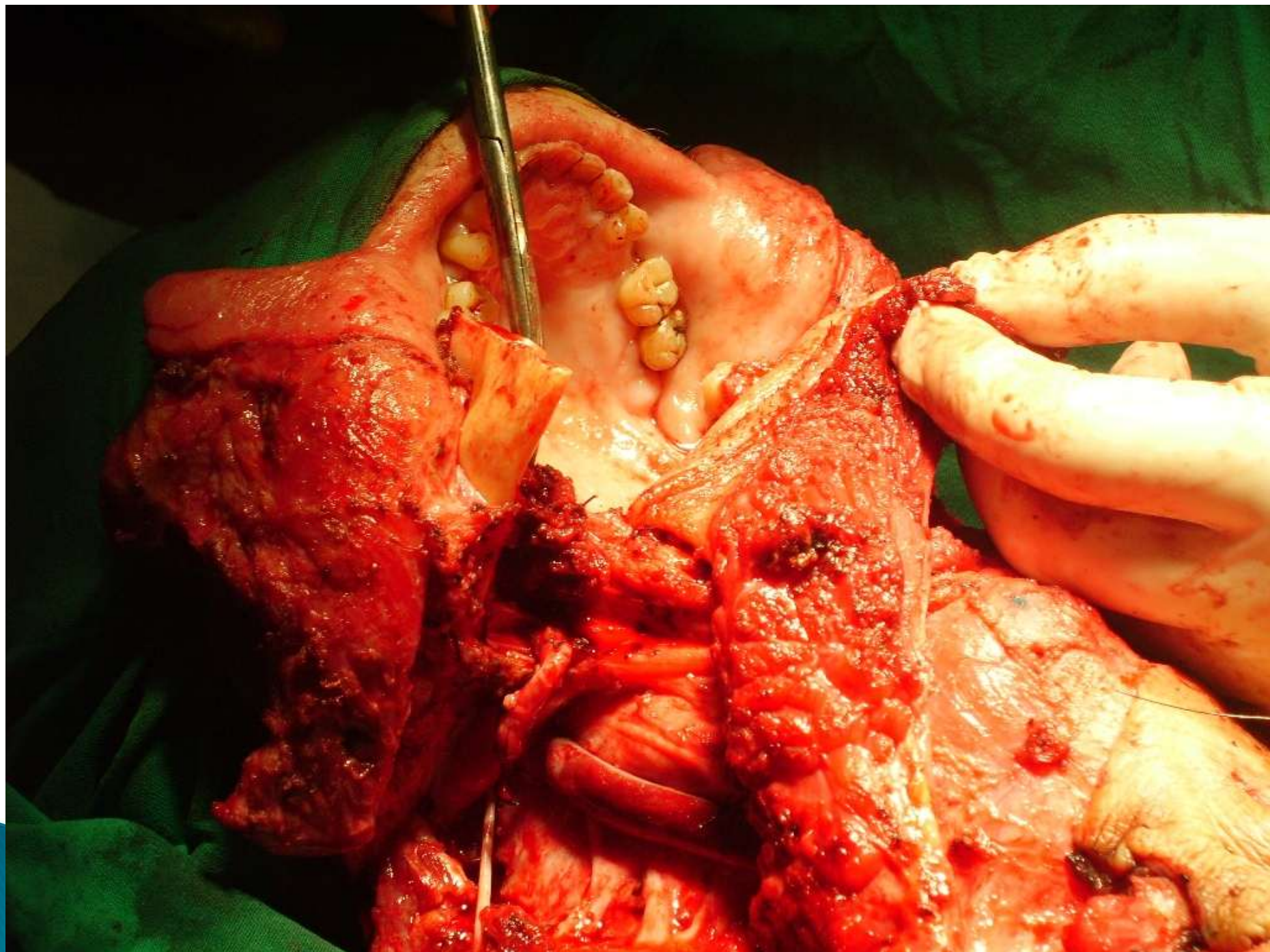
Recidiva tumoral de T3N2b com comprometimento de base de língua; acesso anterior: mandibulotomia













Possível complicação após RT

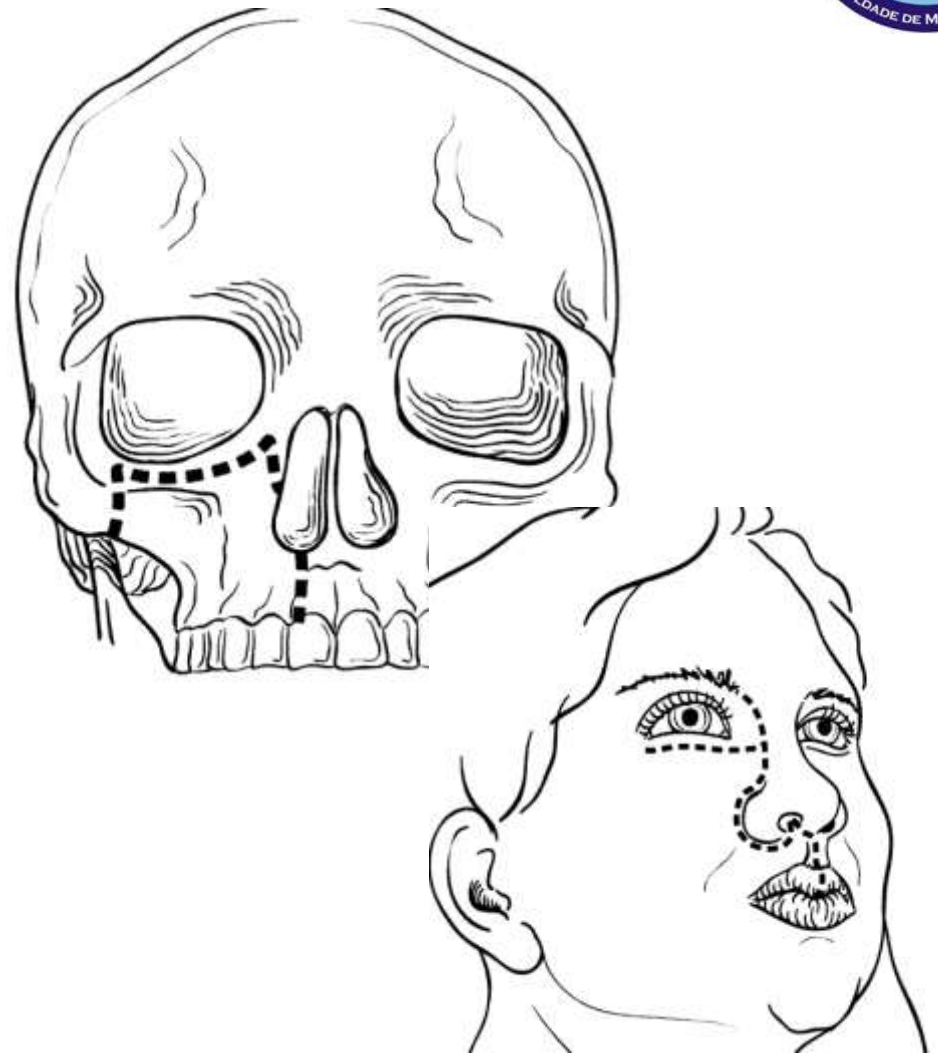


Palato duro = maxilectomia



Figure 5-18. Squamous cell carcinoma of the hard palate.

- ▶ Incisão de weber fergusonson



Prognóstico

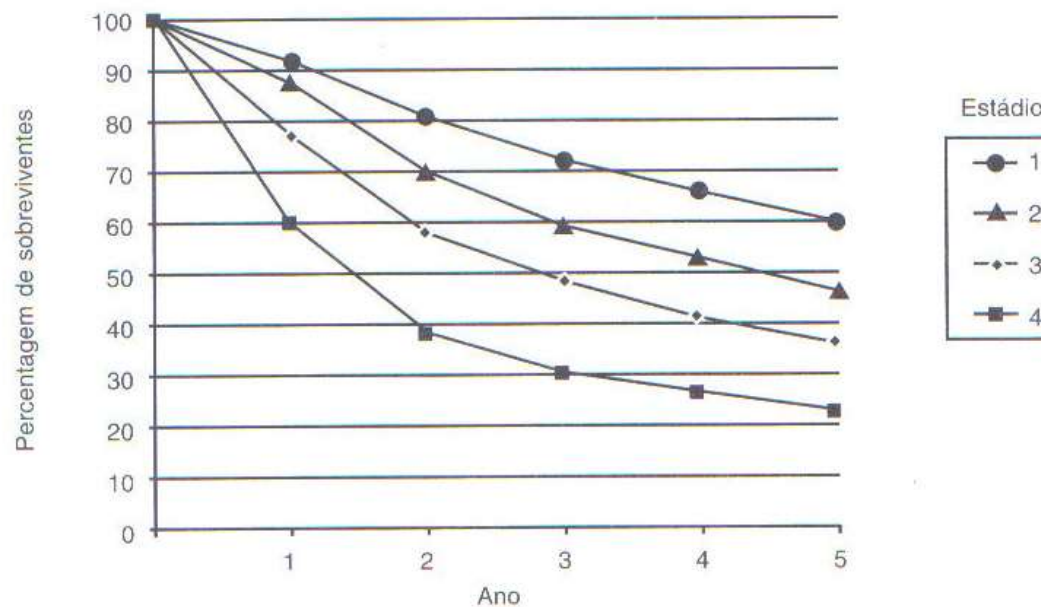
- ▶ Taxa de recidiva e metástase alta
- ▶ Recidiva < 6 meses / 2º tu primário > 6 meses
- ▶ Pioram prognóstico
 - Lesões infiltrativas: mais agressivas
 - Estadio avançado
 - Margens cirúrgicas comprometidas
 - Acometimento linfonodal – diminui em 50% sobrevida
 - Invasão perineural e extracapsular

Table 5-2. THICKNESS OF ORAL CANCER PREDICTS SURVIVAL AND TREATMENT FAILURE

Tumor Thickness	5-year Disease Specific Survival (%)	Treatment Failure (%)
< 2mm	97	2
2-8mm	83	45
>8mm	65	

Data from Spiro RH, et al. Predictive value of tumor thickness in squamous cell carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. Am J Surg

Prognóstico



Sobrevida observada por estágio	1	2	3	4	5	IC 95%*	Casos
1	91,6	80,6	72,0	66,1	59,8	57,7-61,8	2511
2	87,0	69,6	59,7	53,0	46,3	43,8-48,7	1839
3	76,7	58,1	48,7	41,6	36,3	33,6-38,9	1431
4	60,2	38,4	30,9	26,5	23,3	21,5-25,0	2433

FIGURA 3.3A Sobrevida observada em cinco anos para o estadiamento "combinado" do AJCC, para carcinoma de células escamosas da cavidade oral, 1985 a 1991. (* Intervalos de confiança de 95% correspondem às taxas de sobrevida no ano 5.)