

PRINCIPAIS NEOPLASIAS CERVICOFACIAIS: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E TERAPÊUTICA

MARCUS VINICIUS GOMES DE OLIVEIRA¹, GUSTAVO HENRIQUE DE MELO DA SILVA², ALEX NAGEM MACHADO³, CAROLINE LACERDA ALVES DE OLIVEIRA⁴, JÚNIA BRUNELLI CASSÉTTE AZEVEDO⁵, CÉLIO GENELHU SOARES⁶, EVELINE CRISTINA DA SILVA⁷, DANILO ROMEIRO PRATA⁸

1 Graduando em Medicina pelo Centro Universitário UNIFACIG. E-mail: 1110010@sempre.unifacig.edu.br

2 Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM, Professor no Centro Universitário UniFacig. E-mail: gustavohenrique@sempre.unifacig.edu.br

3 Especialista em Neurocirurgia pelo Hospital São Francisco de Assis, Professor no Centro Universitário UniFacig. E-mail: alex.nagem@sempre.unifacig.edu.br

4 Mestra em Desenvolvimento Local, Professora no Centro Universitário UniFacig. E-mail: caroline.lacerda@sempre.unifacig.edu.br

5 Especialista em Oncologia Clínica pelo Instituto Mário Penna, Especialista em Clínica Médica pelo Hospital da Baleia. Professora no Centro Universitário UniFacig. E-mail: junia.brunelli@sempre.unifacig.edu.br

6 Especialista em Pneumologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Especialista em Medicina Intensiva pelo Hospital Madre Teresa, Especialista em Clínica Médica pelo Hospital César Leite, Especialista em Medicina do Trabalho pelo Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba. Professor no Centro Universitário UniFacig. E-mail: celio.genelhu@sempre.unifacig.edu.br

7 Especialista em Citopatologia pela Fundação Antônio Prudente, Especialista em Patologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Professora no Centro Universitário UniFacig. E-mail: eveline@sempre.unifacig.edu.br

8 Especialista em Cirurgia de Pé e Tornozelo pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Especialista em Ortopedia pelo Hospital Municipal Odilon Behrens, Especialista em Medicina do Esporte e do Exercício pela Universidade Estadual Paulista, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo. Professor no Centro Universitário UniFacig. E-mail: daniloprata3@gmail.com

RESUMO

Neoplasias cervicofaciais constituem, epidemiologicamente, o quinto tipo de câncer mais comum em toda população mundial. Ainda que se desenvolvam em sítios de fácil acesso ao exame físico, o diagnóstico costuma ser estabelecido em estádios avançados, em razão da combinação de diferentes variáveis, ocasionando severas repercussões negativas sobre os pacientes acometidos e aumento significativo dos custos do tratamento. Foram demonstrados altos índices de morbimortalidade e baixo tempo de sobrevida, sobretudo, nos casos de doença avançada, permanecendo assim, nos últimos anos, apesar dos diversos estudos realizados periodicamente e das novas modalidades diagnósticas e terapêuticas. A pandemia mundial causada, pela COVID-19, impactou na propedêutica desses casos. O principal objetivo deste estudo é abordar aspectos clínicos e epidemiológicos, etiopatogenia, fatores de risco, diagnóstico e princípios básicos da terapêutica oncológica e cirúrgica das principais neoplasias malignas da cavidade oral, faringe, laringe e glândulas salivares por meio de revisão integrativa de bibliografias. A presença de leucoplasias, eritroplasias e queilite actínica são achados que devem ser valorizados durante a abordagem e sempre acompanhados de biópsia, tendo em vista que são lesões pré-malignas com alto potencial de evolução para malignidade. Um de seus principais fatores prognósticos é o atraso no período compreendido entre diagnóstico e o início do tratamento, associados a fatores socioeconômicos, políticos e culturais. As principais neoplasias apresentam tipo histológico comum e os fatores de risco se assemelham em grande parte dos casos, contudo, existem diferentes modalidades terapêuticas devido a particularidades de cada região anatômica. Apesar do advento de novas modalidades para fins diagnósticos e terapêuticos, é imprescindível a capacitação profissional, de ações

estratégias de educação em saúde e prevenção primária para reduzir os casos de diagnóstico tardio e demandas em níveis mais complexos de atenção a fim de reduzir gastos mantidos pelo SUS e melhorar qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Otorrinolaringologia; Oncologia; Cabeça e pescoço; Neoplasias.

MAIN CERVICOFACIAL NEOPLASMS: CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL AND THERAPEUTIC CHARACTERIZATION

ABSTRACT

Cervicofacial neoplasms constitute, epidemiologically, the fifth most common type of cancer in the entire world population. Even though they develop in sites easily accessible to physical examination, the diagnosis is usually established at advanced stages, due to the combination of different variables, causing severe negative repercussions on affected patients and a significant increase in treatment costs. High morbidity and mortality rates and low survival times have been demonstrated, especially in cases of advanced disease, and have remained so in recent years, despite several studies carried out periodically and new diagnostic and therapeutic modalities. The global pandemic caused by COVID-19 impacted the investigation of these cases. The main objective of this study is to address clinical and epidemiological aspects, etiopathogenesis, risk factors, diagnosis and basic principles of oncological and surgical therapy of the main malignant neoplasms of the oral cavity, pharynx, larynx and salivary glands through an integrative review of bibliographies. The presence of leukoplakia, erythroplakia and actinic cheilitis are findings that must be valued during the approach and always accompanied by a biopsy, considering that they are pre-malignant lesions with a high potential for progression to malignancy. One of its main prognostic factors is the delay in the period between diagnosis and the start of treatment, associated with socioeconomic, political and cultural factors. The main neoplasms have a common histological type and the risk factors are similar in most cases, however, there are different therapeutic modalities due to the particularities of each anatomical region. Despite the advent of new modalities for diagnostic and therapeutic purposes, professional training, strategic health education and primary prevention actions are essential to reduce cases of late diagnosis and demands at more complex levels of care in order to reduce expenses maintained by the SUS and improve the population's quality of life.

Keywords: Otorhinolaryngology; Oncology; Head and neck; Neoplasms.

1 INTRODUÇÃO

As neoplasias cervicofaciais constituem, epidemiologicamente, o quinto tipo de câncer mais comum em toda população mundial com incidência de 500.000 novos casos por ano. Segundo as estimativas do Globan Cancer Observatory (GLOBOCAN), publicadas em 2018, mais de 1.200.000 novos casos serão diagnosticados, e aproximadamente 680.000 óbitos irão ser notificados em todo o mundo. Já em relação às perspectivas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, são previstos, para cada ano do período compreendido entre 2020 a 2022, o surgimento de cerca de 23 mil novos casos de câncer de cabeça e pescoço (CCP), e

que destes, os de cavidade oral e orofaringe sejam os mais frequentes (FARIA et al., 2020 apud BRAY et al., 2018; GALBIATTI et al., 2013 apud CHUANG et al., 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda que grande parte dessas neoplasias se desenvolvam em sítios anatômicos de fácil acesso ao exame físico, na maioria das vezes, o diagnóstico costuma ser estabelecido em estádios clínicos avançados. Essa realidade, sobretudo no território brasileiro, ocorre em razão da combinação de diferentes variáveis; sendo os principais exemplos a escassez de programas de rastreamento e prevenção da doença; evolução inicialmente oligossintomática, ou em alguns casos, assintomática; baixo conhecimento da população e de profissionais atuantes sobre a doença e, ainda; dificuldades para acessar os serviços oferecidos pelo sistema de saúde. Além disso, sabe-se que indivíduos com baixa escolaridade configuram o maior percentual de pacientes que progridem para formas graves da doença. (KOWALSKI, 2018; GONÇALVES et al., 2020). Essa situação gera severas repercussões negativas sobre a qualidade de vida dos pacientes acometidos, sendo as principais disfonia, disfagia, odinofagia, trismo e desfigurações faciais; além de aumentar significativamente os custos do tratamento para o Sistema Único de Saúde (SUS) por se fazer necessário, em muitos casos, a terapia multimodal (SANTOS, 2020).

Foram demonstrados altos índices de morbimortalidade e baixo tempo de sobrevida, sobretudo nos casos de doença avançada, permanecendo assim nos últimos anos, apesar dos diversos estudos realizados periodicamente e das novas modalidades diagnósticas e terapêuticas (GALBIATTI et al., 2013 apud HANS et al., 2012).

Nos últimos anos, notou-se redução do número de casos de câncer de cabeça e pescoço relacionados ao tabagismo, ao passo em que houve aumento dos casos relacionados a infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Entretanto, tabagismo e etilismo ainda são considerados os grandes fatores de risco, levando-se em consideração que o cigarro possui mais de 55 agentes mutagênicos, e quando este se associa ao álcool, gera efeito sinérgico (SENNES et al., 2018 apud HA; CALIFANO, 2002). Outros fatores de risco ainda são associados, como dieta desequilibrada e má higiene oral, com investigações sobre o papel da microbiota oral, especialmente de *Fusobacterium nucleatum* e *Porphyromonas gingivalis* (FARIA et al., 2020 apud MCDERMOTT; BOWLES, 2018; AL-HEBSHI, et al., 2019).

Em estudo publicado por Kowalski em 2020, foram relatadas as dificuldades de atuação por 729 médicos; entre eles otorrinolaringologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço e oncologistas durante o período da pandemia mundial causada pela COVID-19 no Brasil, uma vez que as medidas para controlar a disseminação do SARS-CoV-2 recomendavam restrição

de consultas e hospitalizações eletivas, o que reduziu, em mais de 50%, o acesso de pacientes com câncer de cabeça e pescoço aos serviços de fins diagnósticos e terapêuticos, tanto na rede pública quanto na privada, se comparados ao volume de atendimentos que realizariam habitualmente. Logo, o risco de progressão da doença por atrasos no início da propedêutica adequada e interrupção dos tratamentos já iniciados trouxe consigo consequências catastróficas, fato evidenciado pela notável e preocupante redução do número de diagnósticos estabelecidos, quando estes casos não deixaram de existir, e sim deixaram de ser identificado por um profissional, configurando um grande problema de saúde pública para nosso país.

Diante do exposto, o principal objetivo deste estudo é abordar de forma clara e objetiva, aspectos clínicos e epidemiológicos, etiopatogenia, fatores de risco, diagnóstico e princípios básicos da terapêutica oncológica e cirúrgica das principais neoplasias malignas da cavidade oral, faringe, laringe e glândulas salivares, para profissionais e acadêmicos de ciências da saúde, tendo em vista que a abordagem precoce, medidas estratégicas de educação acerca da temática abordada para a população e prevenção primária são cruciais para maximizar as taxas de cura e propiciar desfechos mais favoráveis.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão integrativa de bibliografias sobre a temática abordada. Realizou-se busca ativa por artigos acadêmicos nas plataformas online UptoDate, PubMed, New England Journal of Medicine (NEJM) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), cujos dados coletados se somaram com as informações extraídas da literatura base, o Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvicofacial da ABORL-CCF, registros e perspectivas do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e atualizações expostas no XXVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, ocorrido em setembro de 2021. Para seleção dos artigos pertinentes, lançou-se mão das palavras-chave "Head and neck neoplasms", "Head and neck squamous cell carcinoma", "Oropharyngeal cancer", "Epidemiology", "Incidence" e "Risk factors". Uma vez identificados os artigos que abordavam as principais neoplasias malignas cervicofaciais, foi feita a seleção final das publicações a serem abrangidos na revisão, a partir da leitura do resumos destes, e incluídos aqueles que abordassem os principais objetivos do estudo proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

3.1 CAVIDADE ORAL

A cavidade oral é o espaço compreendido da mucosa labial até o istmo orofaríngeo. As neoplasias malignas dessa região têm apresentação clínica a depender do tipo histológico, estadiamento e sítio de origem da lesão. A maioria dos casos são predominantemente carcinomas epidermóides, sendo resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais, como tabagismo, etilismo, carências nutricionais, má higiene oral e infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (CAMPANA; GOIATO, 2013).

Os principais sinais e sintomas são lesões persistentes por mais de 15 dias com crescimento progressivo, acompanhadas ou não de dor e sangramento, odinofagia, trismo, e em casos mais avançados, adenomegalia cervical e perda ponderal. A avaliação inicial do paciente com suspeita de lesão em cavidade oral pode ser feita de forma direta, por meio de anamnese detalhada com enfoque nos principais fatores de risco e exame físico. Contudo, apesar de facilmente explorada, não é avaliada de forma satisfatória por muitos profissionais (GONÇALVES et al., 2020).

A presença de leucoplasias, eritroplasias e queilite actínica são achados do exame físico que devem ser valorizados durante a abordagem e sempre acompanhados de biópsia, tendo em vista que são lesões pré-malignas com alto potencial de evolução para malignidade, e são demonstradas na Figura 1, onde A, B e C correspondem, respectivamente, a leucoplasia plana, leucoplasia verrucosa e eritroplasia. O diagnóstico é estabelecido definitivamente através da biópsia cirúrgica, e exames de imagem como tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) contrastadas, para fins de estadiamento e avaliação de possíveis metástases. (CAMPANA; GOIATO, 2013).

Segundo estudo transversal realizado por Faria publicado em 2020 utilizando-se dados hospitalares de pacientes diagnosticados entre 2007 a 2016, e cadastrados no Sistema de Registro de Câncer de Base Hospitalar (RHC) que reúne informações de diversos sites contendo dados de aproximadamente 250 hospitais brasileiros, foram identificados quase 53 mil casos de câncer de cavidade oral, sendo que destes, o câncer de língua foi o que apresentou maior número de registros no período estudado (aproximadamente 17 mil casos). No que tange às relações sociodemográficas e culturais sobre as neoplasias malignas de orofaringe, a maioria dos casos contemplava pacientes do sexo masculino, com faixa etária entre 50 a 59 anos, com predomínio da raça branca, e com baixo nível de escolaridade. Os resultados apresentados pela pesquisa são esquematizados na Tabela 1.

FIGURA 1 – Lesões pré-malignas de cavidade oral



Fonte: KOWALSKI, 2018, p. 665

TABELA 1 – Aspectos sociodemográficos e culturais de indivíduos brasileiros com neoplasias malignas de cavidade oral entre 2007 a 2016

VARIÁVEIS	RESULTADOS (n=52.799)	%
(A) GÊNERO		
Masculino	39218	74,3%
Feminino	13581	25,7%
(B) FAIXA ETÁRIA		
<40 anos	2531	4,8%
40-49 anos	7728	14,6%
50-59 anos	16022	30,3%
60-69 anos	13760	26,1%
>70 anos	12750	24,2%
(C) COR DA PELE		
Amarelo	309	0,9%
Branco	16658	46,9%
Nativo	47	0,1%
Marrom	16119	45,4%
Preto	2389	6,7%
(D) ESCOLARIDADE		
Nenhuma/Analfabeto	6288	15,7%
Fundamenta incompleto	19763	49,4%
Fundamental completo	7784	19,4%
Médio completo	4647	11,6%
Superior incompleto e Completo	1569	3,9%

Fonte: FARIA *et al.*, 2020, p. 4.

O tratamento para estágios iniciais apresenta taxas de cura equivalentes para a modalidade cirúrgica e radioterápica, sendo a escolha dependente de fatores individuais como preferências do paciente, impactos à qualidade de vida, custos, resultados estéticos, controle da doença e conveniência, tendo o médico por dever, fazer com que o doente receba a menor

quantidade possível de impactos das medidas terapêutica. Na grande maioria dos casos a cirurgia é a primeira escolha, por ter boa acessibilidade menor morbidade, tendo em vista que a radioterapia além de ser a modalidade mais prolongada e de maior custo, pode levar a consequências indesejáveis (CAMPANA; GOIATO, 2013 apud SHAH; GIL, 2009). Para casos mais avançados, deve-se realizar cirurgia combinada e radioterapia pós-operatória, podendo ser associada ou não a quimioterapia. A radioterapia isolada ou combinada à quimioterapia só é indicada para casos de lesões não ressecáveis; risco cirúrgico elevado; ou ainda, aos pacientes com recusa a procedimentos cirúrgicos. A cirurgia curativa está contraindicada em situações de metástases a distância ou doença locorregional muito avançada em que se tenha invasão de estruturas da base do crânio e fáscia pré-vertebral; ou ainda comprometimento da artéria carótida (KOWALSKI, 2018).

3.2 FARINGE

A faringe é dividida em três porções: orofaringe, nasofaringe e laringofaringe; sendo que o câncer de orofaringe ocupa, no Brasil, lugar entre os de maior incidência, com os números de ocorrência aumentando anualmente, principalmente em populações mais jovens, em consequência dos crescentes casos de infecções pelo HPV (NORONHA; NORONHA, 2018).

3.2.1 OROFARINGE

As principais estruturas anatômicas que compreendem a orofaringe são os pilares e fossas tonsilares palatinos, palato mole, úvula, base da língua, valécula e as pregas faringoepiglóticas e glossoepiglóticas.

No início da sua evolução, as lesões neoplásicas de orofaringe apresentam-se assintomáticas ou com sintomas vagos, fazendo com que essas tenham um dos piores prognósticos quando se trata de câncer de cabeça e pescoço, tendo em vista as falhas no diagnóstico inicial, uma vez que quando estabelecido, já resulta de neoplasia extensa, levando a resultados de tratamento com baixa sobrevida. Os sinais e sintomas mais comuns são semelhantes aos descritos em lesões de cavidade oral, devendo-se atentar às queixas de dor de garganta mal definida persistente, geralmente unilateral, que na maioria dos casos não responde a analgesia usual e sensação de corpo estranho. Nos casos de tumores de base da língua, quando atingem certas dimensões, o paciente começa a apresentar progressivas alterações da voz e perda de mobilidade da língua. (NORONHA; NORONHA, 2018).

Os principais fatores de risco são, em geral, os mesmos que o da cavidade oral. Contudo, existe maior influência do HPV, por este ter grande capacidade em gerar papilomas na orofaringe, principalmente os tipos 6 e 11. O tipo histológico mais comum também é o carcinoma de células escamosas e a confirmação patológica por meio de acesso transoral. Exames complementares incluem a nasofibrolaringoscopia, endoscopia digestiva alta e TC e RNM contrastados, sendo a TC indicada para avaliação de comprometimento ósseo e a RNM para avaliação da extensão profunda de partes moles adjacentes a lesão (CAMPANA; GOIATO, 2013 apud LICITRA et al., 2002; NORONHA; NORONHA, 2018).

No que tange aos aspectos socioepidemiológicos referentes às neoplasias orofaríngeas, o estudo de FARIA também avaliou 34.516 casos, cujas perspectivas se assemelham aos casos de neoplasias de cavidade oral, sendo as lesões de base da língua as mais tratadas no período analisado. De modo geral, a incidência mundial é de 8 a 10 casos para cada 100 mil pessoas, variando de acordo com a região (CAMPANA; GOIATO, 2013).

O tratamento, ao contrário do que se observa nos cânceres de cavidade oral, pode ser realizado com cirurgia, radioterapia, quimioterapia, ou ainda combinação dessas modalidades; e a radioterapia com ou sem quimioterapia é indicada logo no tratamento inicial, tendo em vista que a cirurgia tem muitas repercussões estéticas e funcionais, necessitando de reconstrução externa quase que na totalidade dos casos (CAMPANA; GOIATO, 2013 apud GARG et al., 2010).

3.2.2 NASOFARINGE

Compreende a região situada abaixo da parte central da base do crânio e a porção superior do palato mole até a borda inferior da úvula. A incidência de tumores nasofaríngeos variam de acordo com a região geográfica, tendo sua maior incidência na região sul do continente asiático, sendo de 35 a 50 casos para cada 100 mil pessoas, acometem tanto pacientes jovens quanto idosos e metastatizam precocemente para linfonodos cervicais, sendo muitas vezes a adenopatia dolorosa a primeira queixa. Entre os fatores de risco, destaca-se a infecção pelo EBV, sendo que o teste de sorologia positivo indicação para meios diagnósticos mais invasivos. A suspeição clínica deve surgir ainda diante quadros de distúrbios auditivos, otites, obstrução nasal, dor facial, anosmia e sangramentos. Por ser uma área de difícil visualização, o exame físico é limitado e não é capaz de fornecer informações sobre a submucosa; contudo, os adventos da otorrinolaringologia moderna como nasofibrolaringoscopia facilitam a inspeção e posterior coleta de material histológico para biópsia caso necessário, aliados a TC, RNM e tomografia com emissão de prótons (PET) auxiliam no diagnóstico e estadiamento das lesões (ABRAHÃO et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde divide os tumores de nasofaringe em dois tipos principais: carcinoma de células escamosas queratinizados e carcinoma de células escamosas não queratinizados, sendo estes ainda subdivididos em diferenciados e indiferenciados. Existem ainda outras formas histológicas, sendo os linfomas e plasmocitomas. O principal tratamento é a radioterapia, tendo em vista que os carcinomas de nasofaringe são sensíveis a radioterapia e a cirurgia, geralmente, não é realizada por decorrência da incapacidade de ressecção ampla da lesão. A quimioterapia está indicada para terapêutica adjuvante a fim evitar recorrência da doença ou disseminação metastática, apesar dos avanços de cirurgia robótica (CAMPANA; GOIATO, 2013).

3.2.2 LARINGE

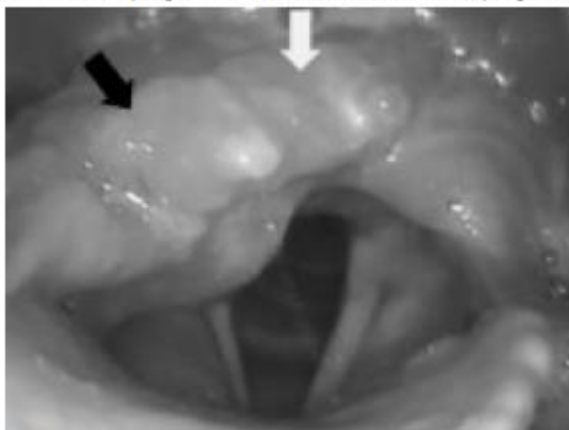
A laringe é uma região do trato aéreo superior composta de esqueleto cartilaginoso unido por membranas e ligamentos, dividida, basicamente, em 3 porções: supraglótica, glótica e subglótica a partir de relações anatômicas e embriológicas. A suspeição clínica surge a partir da identificação clínica dos principais sinais e sintomas, associados aos fatores de risco, sendo que, geralmente, a rouquidão progressiva é a principal queixa que, na maioria dos casos, é o que leva o paciente a procurar a primeira consulta médica; este pode relatar ainda, presença de sensação de corpo estranho, odinofagia, disfagia, tosse, estridor inspiratório e eventualmente dispneia. O exame físico deve ser iniciado a partir da inspeção detalhada da região cervical, atentando-se a possível presença de assimetrias e linfonodomegalias em todos os níveis, complementando-se com a laringoscopia direta ou por via endoscópica. A figura 2 mostra a presença de tumor glótico inicial, acometendo a corda vocal esquerda, apontada pela seta branca maior, que se estende para a comissura anterior, esta, indicada pela seta menor. Essas lesões causam disfonia e favorecem o diagnóstico precoce da lesão, por causar incômodo ao paciente, fazendo com que procurem atendimento médico. Já a figura 3 evidencia lesão supraglótica, acometendo a cartilagem aritenoide, apontada pela seta branca, e a prega ariepiglótica, representada pela seta preta, à direita. Lesões como a exemplificada na figura 3 são olingossintomáticas e o diagnóstico é estabelecido tardiamente. Por fim, na figura 4, a seta branca indica um tumor subglótico em fase avançada à direita, que pode levar a dispneia aos esforços.

FIGURA 2 – Tumor glótico em fase inicial



Fonte: SENNES, *et al.*, 2018, p. 697

FIGURA 3 – Lesão supraglótica à direita em aritenóide e prega ariepi-glótica



Fonte: SENNES, *et al.*, 2018, p. 698

FIGURA 4 – Tumor subglótico em fase avançada à direita



Fonte: SENNES, *et al.*, 2018, p. 698

O diagnóstico definitivo é feito por meio do exame anatomopatológico e TC de pescoço, também oferece possibilidade de estadiamento e avaliação das estruturas adjacentes. Embora os sintomas surjam precocemente, as neoplasias de laringe são ainda diagnosticadas tardiamente, porém, quando diagnosticadas em estágios iniciais, apresentam ótimo prognóstico e capacidade de cura superior a 80% (BRASIL; AMORIM, 2018; CAMPANA; GOIATO, 2013 apud MARIONI 2006).

Segundo Brasil e Amorim (2018) em capítulo escrito, na 3ª edição do Tratado de Otorrinolaringologia da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervicofacial, no mundo são diagnósticos anualmente 159 mil casos de câncer de laringe e registradas 90.000 mortes. Já no Brasil, são estimados, anualmente, 6360 novos casos em homens e 990 em mulheres, sendo o risco estimado para homens de 6,43 casos para cada 100 mil indivíduos, e para mulheres, 0,94 para o mesmo número. Os fatores de risco para neoplasias malignas de laringe são semelhantes aos dos demais sítios anatômicos da cabeça e pescoço, tendo em vista que o principal tipo histológico também é o carcinoma de células escamosas. Foi evidenciando ainda, que o tabagismo potencializa os riscos de lesões malignas das cordas vocais, enquanto que o etilismo está mais associado ao acometimento da região supraglótica (CAMPANA; GOIATO, 2013 apud FERLAY, 2004).

O tratamento para neoplasias de laringe é controverso, tendo como variáveis o estadiamento, sítio anatômico, e experiência do profissional responsável pelo caso; consequentemente, tanto cirurgia quanto quimio e radioterapia são modalidades amplamente utilizadas, sendo que a preservação funcional vem sendo fator decisivo nas últimas décadas (CAMPANA; GOIATO, 2013 apud LICITRA *et al.*, 2002).

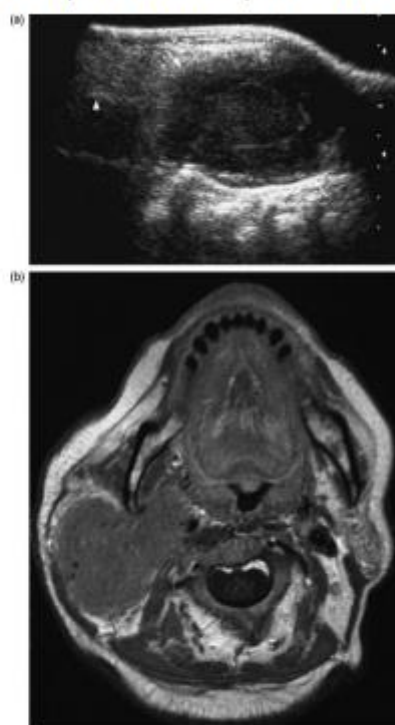
3.4 GLÂNDULAS SALIVARES

Diferentemente da maioria das demais neoplasias de cabeça e pescoço, as de glândulas salivares apresentam como particularidade a variabilidade de apresentação, seja no tipo histológico, seja em sua localização e incidências diferentes de acordo com região geográfica. No Brasil, segundo relato do Registro Nacional de Patologia Tumoral, representam 0,28% dos tumores compreendidos em todas as topografias corporais e existe grande desproporção entre os malignos e benignos. Os tumores mais comuns em nosso meio são os das glândulas parótidas representando aproximadamente 80% desses tumores, sendo os benignos mais comuns que os malignos. Outros sítios menos comumente afetados são as glândulas submandibulares, sublinguais e salivares menores. Os tipos histológicos das lesões malignas mais frequentes são os adenocarcinomas, carcinoma adenoide cístico e o carcinoma mucoepidermoide. Os fatores risco não são tão bem elucidados nas literaturas atuais, entretanto, alguns estudos relacionam dieta, radiação e infecções ao desenvolvimento tumoral, sendo que para alguns autores, existe aumento da incidência em pacientes HIV positivos (COSTA; VIANNA, 2018; CAMPANA; GOIATO, 2013 apud DE OLIVEIRA, 2009; SHEBL et al., 2010).

Segundo GUZZO, 2010 a semiologia também é variável, sendo os principais achados presença de massa dolorosa palpável na topografia da glândula acometida, com posterior surgimento de sinais específicos da topografia acometida, como obstrução e congestão nasal, e ainda alterações visuais, a medida que as lesões tumorais se desenvolvem.

A suspeição clínica se inicia a partir da anamnese e exame físico, e o diagnóstico é estabelecido por confirmação de exames complementares, sendo a ultrassonografia a primeira escolha, por se tratar de um método de baixo custo e alta sensibilidade para avaliação de tumores em glândulas salivares superficiais. TC e RNM, também, podem ser recursos utilizados para avaliação da relação da lesão neoplásica com estruturas adjacentes e auxiliar no estadiamento. A figura 5 exemplifica acometimento da glândula parótida em paciente portador de linfoma de parótida, vistas em ultrassonografia e tomografia computadorizada de crânio; em (a), visualizamos, uma imagem nodular, hipoecoica e heterogênea, de contornos regulares bem definidos; e, em (b), TC evidenciando massa homogênea de densidade intermediária envolvendo os lobos superficiais e profundos da glândula acometida, além de estruturas adjacentes. É necessário também análise histopatológica para determinar malignidade ou benignidade da lesão (CAMPANA; GOIATO, 2013 apud LEE et al., 2008).

FIGURA 5 – Exemplo de linfoma de parótida vista em USG e TC.



Fonte: LEE *et al.*, 2008.

O tratamento deve levar em consideração o tipo celular e o prognóstico esperado. De forma geral, padroniza-se a realização da excisão cirúrgica, com radioterapia adjuvante nas lesões alto grau, quando não se consegue fazer a ressecção precisa das margens tumorais no ato cirúrgico e quando houver presença de fatores de risco. Nos casos de tumores irresssecáveis, ou nos pacientes que, por alguma razão não possam ser submetidos à conduta cirúrgica, a radioterapia isolada pode ser uma opção, ou ainda combinada à quimioterapia (COSTA; VIANNA, 2018; CAMPANA; GOIATO, 2013).

4 CONCLUSÃO

A partir dos itens discutidos no decorrer do estudo, conclui-se, portanto, que as neoplasias cervicofaciais abordadas constituem patologias com elevados índices de morbimortalidade, e um de seus principais fatores prognósticos é o atraso no período compreendido entre o diagnóstico e início do tratamento, associados a fatores socioeconômicos, políticos e culturais. As principais lesões malignas do trato aerodigestivo superior apresentam tipo histológico comum e os fatores de risco se assemelham em grande parte dos casos, contudo, existem diferentes modalidades terapêuticas e particularidades de cada região anatômica. Apesar do advento de novas tecnologias para fins diagnósticos e terapêuticos, é imprescindível a capacitação dos profissionais atuantes, sobretudo os da

atenção básica. Cabe a estes, a realização de minuciosa anamnese e exame físico, atentando-se aos fatores de risco, lesões pré malignas e malignas e, o quanto antes, encaminhar os casos de suspeição diagnóstica para o serviço especializado, no intuito de tentar garantir ao paciente o tratamento menos invasivo, e com maiores chances de cura e preservação funcional da região acometida.

Além disso, faz-se necessária a realização de ações estratégicas educativas em saúde e prevenção primária para indivíduos leigos, para reduzir os casos de diagnóstico tardio e as demandas em níveis mais complexos de atenção. Assim sendo, essas ações poderão gerar redução de gastos mantidos pelo Sistema Único de Saúde, e ainda, melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ABRAHAO, M. et al. Tumores da nasofaringe. In: PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA W.T. **Tratado de Otorrinolaringologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p.706- 713.

AL-HEBSHI, N. N. et al., O microbioma dos carcinomas epidermóides orais: uma perspectiva funcional. **Relatórios de saúde bucal atuais**, v. 6, n. 2, pág. 145-160, 2019. Disponível em: . Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL, O. O. C.; AMORIM, F. Câncer de laringe. In: PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA W.T. **Tratado de Otorrinolaringologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p.684-965.

BRAY, F. et al. Estatísticas globais de câncer 2018: estimativas GLOBOCAN de incidência e mortalidade em todo o mundo para 36 cânceres em 185 países. **CA: um jornal sobre câncer para médicos**, v. 68, n. 6, pág. 394-424, 2018. Disponível em: . Acesso em: 7 out.2021.

CAMPANA, I. G.; GOIATO, M. C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista odontológica de Araçatuba**, p. 20-31, 2013. Disponível em: . Acesso em: 4 out.2021.

CHUANG, S. et al. Diet and the risk of head and neck cancer: a pooled analysis in the INHANCE consortium. **Cancer Causes & Control**, v. 23, n. 1, p. 69-88, 2012. Disponível em: . Acesso em: 7 out.2021.

COSTA, H. O. O.; VIANNA, M. R. Tumores da Glândulas Salivares. In: PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA W.T. **Tratado de Otorrinolaringologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p.684-965.

DE OLIVEIRA, F. A.; et al. Tumor de glândula salivar: uma revisão de 599 casos em uma população brasileira. **Patologia de cabeça e pescoço**, v. 3, n. 4, pág. 271-275, 2009. Disponível em: . Acesso em: 9 out.2021.

FARIA, S. O et al. Neoplasias malignas de cavidade oral e orofaringe tratadas no Brasil: o que revelam os registros hospitalares de câncer?. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 2020. Disponível em: . Acesso em: 29 set.2021.

FERLAY, J. Incidência, mortalidade e prevalência de câncer em todo o mundo. **GLOBOCAN2002**, 2004. Disponível em: . Acesso em: 8 out.2021.

GALBIATTI, A. L. S. et al. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, p. 239-247, 2013. Disponível em: . Acesso em: 29 set.2021.

GARG, A. et al. Cirurgia robótica no câncer de cabeça e pescoço: uma revisão. **Oncologia oral**, v. 46, n. 8, pág. 571-576, 2010. Disponível em: . Acesso em: 8 out.2021.

GONÇALVES, S. et al. Visão geral do atendimento aos casos de câncer de cabeça e pescoço em Centros de Câncer Brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Arquivos de cirurgia de cabeça e pescoço**, v. 49, p. 0-0, 2020. Disponível em: . Acesso em: 9 out.2021.

GUZZO, M. et al. Tumores de glândulas salivares maiores e menores. **Revisões críticas em oncologia / hematologia**, v. 74, n. 2, pág. 134-148, 2010. Disponível em: . Acesso em: 10 out.2021.

HA, .P. K.; CALIFANO, J. A. The molecular biology of laryngeal cancer. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 35, n. 5, p. 993-1012, 2002. Disponível em: . Acesso em: 10 out.2021.

HANS, S. et al. Cirurgia robótica transoral para carcinomas de cabeça e pescoço. **Arquivos europeus de Otorrinolaringologia**, v. 269, n. 8, pág. 1979-1984, 2012. Disponível em: . Acesso em: 7 out.2021.

KOWALSKI, L. P. et al. Efeito da Pandemia COVID-19 na Atividade dos Médicos que Atuam nas Áreas de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. **Arquivos internacionais de otorrinolaringologia**, v. 24, p. 258-266, 2020. Disponível em: . Acesso em: 9 out.2021.

KOWALSKI, L.P. Neoplasias malignas da cavidade oral. In: PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA W.T. **Tratado de Otorrinolaringologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p.661-671.

LEE, Y.Y.P. et al. Imagem de tumores de glândulas salivares. **Jornal europeu de radiologia**, v. 66, n. 3, pág. 419-436, 2008. Disponível em: . Acesso em: 10 out.2021.

LICITRA, L. et al. Câncer de orofaringe. **Revisões críticas em oncologia / hematologia**, v. 41, n. 1, pág. 107-122, 2002. Disponível em: . Acesso em: 8 out.2021.

MARIONI, G. et al. Opinião atual no diagnóstico e tratamento do carcinoma de laringe. **Revisões do tratamento do câncer**, v. 32, n. 7, pág. 504-515, 2006. Disponível em: . Acesso em: 8 out.2021.

MCDERMOTT, J. D.; BOWLES, D. W. Epidemiologia dos carcinomas espinocelulares de cabeça e pescoço: impacto no estadiamento e estratégias de prevenção. **Opções atuais de tratamento em oncologia**, v. 20, n. 5, pág. 1-13, 2019. Disponível em: . Acesso em: 8 out.2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: . Acesso em: 7 out.2021.

NORONHA, M. J. R.; NORONHA, L. H. R. Neoplasias malignas da orofaringe. In: PIGNATARI, S.S.N.; ANSELMO-LIMA W.T. **Tratado de Otorrinolaringologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. p.662-684.

SANTOS, Z. B. Sequelas da radioterapia em câncer de cabeça e pescoço e sua relação com a Fonoaudiologia. **Pontifícia Universidade Católica de Goiás**, 2020. Disponível em: . Acesso em: 7 out.2021.

SENNES, L. U. et al., Leucoplasias e tumores de laringe. In: PINNA, F. R., BENTO, R.F. **Manual de residência em otorrinolaringologia**. 1. ed. Barueri, SP: Editora Manole, 2018. p. 694-722.

SHAH, J. P.; GIL, Z. Conceitos atuais no manejo do câncer oral - cirurgia. **Oncologia oral**, v. 45, n. 4-5, pág. 394-401, 2009. Disponível em: . Acesso em: 8 out.2021.

SHEBL, F. M. et al. Câncer de glândula salivar e nasofaringe em indivíduos com síndrome da imunodeficiência adquirida nos Estados Unidos. **International Journal of Cancer**, v. 126, n. 10, pág. 2503-2508, 2010. Disponível em: . Acesso em: 9 out.2021.