

ESTUDO RETROSPECTIVO DOS CARCINOMAS EPIDERMÓIDES DAS VIAS AERODIGESTIVAS SUPERIORES COM METÁSTASES BILATERAIS

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE UPPER AERODIGESTIVE TRACT WITH BILATERAL METASTASIS: A RETROSPECTIVE STUDY

Ali Amar¹; Abrão Rapoport, ECBC-SP¹

RESUMO: Objetivo: Estudo retrospectivo das características dos carcinomas epidermóides das vias aerodigestivas superiores relacionadas ao desenvolvimento de metástases cervicais bilaterais. **Método:** Foram revisados os prontuários de 150 pacientes com carcinoma epidermóide de boca, orofaringe, laringe e hipofaringe submetidos a esvaziamento cervical bilateral entre janeiro de 1979 e dezembro de 1996, dos quais foram selecionados 73 pacientes que apresentavam metástases bilaterais confirmadas no exame histológico. Foram considerados o estadiamento e a localização dos tumores, confrontando os achados com os estudos sobre drenagem linfática e distribuição das metástases cervicais neste tipo de tumor. **Resultados:** Quatorze pacientes apresentaram tumor primário nos estádios T1 e T2, 57 nos estádios T3 e T4 e dois não foram estadiados (Tx). Nos cinco pacientes T1 ou T2 de laringe com metástases bilaterais, a lesão estava localizada na epiglote. **Conclusões:** Nos pacientes com lesões unilaterais que apresentaram disseminação bilateral, todos apresentavam lesões palpáveis unilaterais (*Rev. Col. Bras. Cir.* 2005; 32(3): 139-142).

Descritores: Carcinoma de células escamosas; Metástase neoplásica; Linfonodos; Esvaziamento cervical.

INTRODUÇÃO

A indicação de esvaziamento bilateral segue os mesmos princípios do esvaziamento unilateral, sendo terapêutico (ou de necessidade) quando são detectadas metástases clinicamente (N+), eletivo (ou de princípio) no pescoço N0 quando houver a possibilidade de metástases ocultas em valor de 20 a 30%, ou ainda de oportunidade quando o risco de metástases ocultas for reduzido mas o campo operatório expõe as áreas de drenagem linfática¹.

As lesões localizadas na linha média exigem que o esvaziamento cervical eletivo, quando indicado, seja realizado nos dois lados do pescoço. Em algumas regiões anatômicas com drenagem linfática cruzada, como a parte supraglótica da laringe, a base da língua e o palato mole, as metástases bilaterais podem ocorrer mesmo em lesões unilaterais, mas os critérios para indicação de um esvaziamento eletivo contralateral não estão definidos, especialmente nas lesões que não ultrapassam a linha média ou que o fazem em pequena extensão². As complicações relacionadas aos esvaziamentos radicais bilaterais realizados em tempo único exigiam uma indicação mais restrita, porém a possibilidade de indicar um esvaziamento seletivo em um dos lados, poupando as estruturas não linfáticas e as cadeias linfonodais com pouca probabilidade de estarem comprometidas, permite ampliar a indicação de esvaziamento bilateral³. Os esvaziamentos seletivos são procedimentos com pequena morbi-mortalidade, mas não são isentos de complicações e aumentam o tempo operatório. Embora a incisão de acesso nas laringectomias e faringo-laringectomias exponha ambos os lados do pescoço, nos tumores da boca e da orofaringe o planejamento de um esvaziamento bilateral implica em modificação do acesso cirúrgico.

O presente estudo avalia os pacientes submetidos a esvaziamento cervical radical bilateral, identificando as características anatômicas dos tumores primários entre os pacientes com metástases linfáticas confirmadas histologicamente em ambos os lados do pescoço.

MÉTODO

Foram revisados os prontuários de 150 pacientes com carcinoma epidermóide de boca, orofaringe, hipofaringe e laringe submetidos à ressecção do tumor primário e esvaziamento cervical radical bilateral, tratados no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis entre janeiro de 1979 e dezembro de 1996. Destes, foram selecionados 73 pacientes nos quais o exame anátomo-patológico identificou metástases linfonodais em ambos os lados do pescoço. O sítio primário foi a boca em 15 casos, a orofaringe em 17, a hipofaringe em 18 e a laringe em 23. Quanto ao sexo, 70 pacientes eram masculinos e três femininos, com média de idade de 54 anos (39 a 78 anos).

Os prontuários de todos os pacientes apresentavam descrição detalhada da extensão e dos limites anatômicos da lesão primária, como também a localização das respectivas metástases cervicais. Os tumores primários foram classificados em quatro categorias, de acordo com a extensão e a lateralidade da lesão (Quadro 1).

Foram considerados os subsítios anatômicos e o estadiamento pré-operatório do tumor (TNM-2002) em relação à presença de metástases linfáticas bilaterais confirmadas histologicamente, sendo utilizada metodologia puramente descritiva na apresentação dos resultados.

1. Cirurgião do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo.

Recebido em 04/01/2004

Aceito para publicação em 05/04/2005

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo.

Unilateral (U) - tumor primário que se origina em um lado do órgão e não ultrapassa a linha mediana.

Linha mediana (LM) - tumor primário com epicentro localizado na linha mediana.

Predominante (P) - tumor primário cujo epicentro se situa em um lado do órgão e que se estende além da linha mediana, mas sem ultrapassá-la em mais do que 2 cm na boca e na orofaringe ou 1cm na laringe e na hipofaringe.

Extenso (E) - tumor primário que cruza a linha mediana, cujo tamanho em cada um dos lados ultrapassa 2 cm na boca e na orofaringe ou 1cm na laringe e na hipofaringe.

Quadro 1 - Características do tumor primário quanto à sua extensão e lateralidade.

RESULTADOS

Dentre os 73 pacientes com metástases bilaterais, 49 (67%) apresentavam metástases bilaterais ao exame clínico. Quanto à extensão, 44 apresentavam tumores extensos (E) ou na linha mediana (LM), 19 apresentavam tumores unilaterais (U) e 10 apresentavam tumores situados predominantemente em um lado (P). Todos os 19 pacientes com tumor unilateral apresentavam metástases palpáveis no mesmo lado do tumor primário, assim como os 10 pacientes com tumor situado em um lado predominante.

Nos tumores de hipofaringe unilaterais ou situados predominantemente em um lado, as metástases bilaterais foram encontradas nos casos com comprometimento da hemilaringe, caracterizado por infiltração da prega ariepiglótica e fixação da prega vocal (Figura 1). Os tumores da laringe com metástases bilaterais apresentavam comprometimento da epiglote e/ou da aritenóide (Figura 2). Nos tumores de boca e de orofaringe não foi possível correlacionar a extensão e o subsítio anatômico da lesão com a presença de metástases bilaterais.



Figura 1 - Características anatômicas dos tumores unilaterais da hipofaringe com risco de metastatização bilateral.

Em relação ao tamanho da lesão primária, 14 pacientes apresentavam tumor primário no estágio T1 ou T2 e 57 pacientes apresentavam estágio T3 ou T4, dois pacientes não puderam ser estadiados (Tx). Nos cinco pacientes com tumor inicial (T1 ou T2) de laringe que apresentavam metástases bilaterais, a lesão estava localizada na epiglote. A Tabela 1 mostra as características dos pacientes com metástases bilaterais de acordo com o sítio primário, o estadiamento, a extensão e a lateralidade do tumor.

DISCUSSÃO

Os carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço apresentam um padrão de disseminação linfática previsível, conforme demonstrado nos estudos sobre a drenagem linfática dos diferentes sítios anatômicos e as cadeias linfonodais habitualmente acometidas por metástases⁴⁻⁶. Porém, a indicação de esvaziamento eletivo ainda é motivo de discussão, especialmente quanto à realização do procedimento no outro lado do pescoço. A preferência pelo esvaziamento eletivo se deve ao fato de que as recidivas apresentam crescimento explosivo em alguns pacientes e, às vezes, são irressecáveis no momento do diagnóstico. Em relação ao resgate cervical, Amar *et al.*⁷ relataram a sua realização em apenas 75% das recidivas contralaterais (lado não esvaziado), devido à irressecabilidade, inoperabilidade ou recusa do tratamento. Entre os pacientes submetidos ao resgate, somente 65% obtiveram controle da doença regional. Adicionalmente, as metástases à distância são mais frequentes nos pacientes submetidos ao esvaziamento após uma recidiva regional⁸.

O tratamento cirúrgico é muito eficaz no controle das metástases cervicais. As recidivas cervicais isoladas ocorrem em somente 10% dos pacientes submetidos ao es-



Figura 2 - Características anatômicas dos tumores unilaterais da laringe com risco de metastatização bilateral.

Tabela 1 - Metástases bilaterais de acordo com o sítio primário, estadio T, extensão e lateralidade do tumor.

Sítio Primário	Estadio T	E/LM	P/U	Total
Boca	T1-T2	0	1	1
	T3-T4	10	4	14
Orofaringe	T1-T2	6	2	8
	T3-T4	8	1	9
Hipofaringe	T1-T2	0	0	0
	T3-T4	3	14	17
Laringe	T1-T2	5	0	5
	T3-T4	11	6	17

E/LM = extenso/linha mediana.

P/U = predominante/unilateral.

vaziamento⁷. Na presença de metástases linfonodais múltiplas ou volumosas, o tratamento combinado (cirurgia e radioterapia) representa a melhor possibilidade de controle da doença⁹. Na doença subclínica, é questionável se a radioterapia tem a mesma eficácia do esvaziamento cervical, uma vez que os pacientes irradiados não tem confirmação histológica da doença e a avaliação clínica encerra um elevado número de exames falso-positivos e falso-negativos, dependendo do tamanho e da localização do tumor primário^{10,11}. Porém, quando é adotada a conduta expectante em relação ao pescoço, a taxa de recidiva regional nestes pacientes é semelhante ao percentual de metástases ocultas encontradas nos esvaziamentos eletivos¹¹. Entre os pacientes N0 submetidos à radioterapia, são relatadas taxas de controle cervical semelhantes às obtidas com cirurgia¹¹. Assim, o emprego de radioterapia pós-operatória pode ser suficiente para o controle da possível doença subclínica no lado contralateral do pescoço, embora faltem estudos comprobatórios¹.

A indicação de tratamento eletivo do lado oposto do pescoço deve ser considerada de acordo com o sítio anatômico e a extensão do tumor primário. Nas lesões de língua, as metástases bilaterais são pouco frequentes, apesar dos linfáticos submucosos formarem uma rede sem divisões e dos coletores centrais apresentarem drenagem cruzada. No soalho da boca, a drenagem pode ser cruzada em sua parte anterior^{2,4,5}. No presente estudo, nos tumores da boca, não foi possível identificar as características do tumor primário relacionadas às metástases contralaterais. Feind e Cole² relataram maior probabilidade de metástases contralaterais nas lesões que comprometem o soalho anteriormente e nas lesões que se aproximam da linha média nos dois terços posteriores da língua. Kowalsky e Medina¹⁰ relatam 46% de metástases no lado oposto quando o tumor ultrapassa a linha média em mais do que 1 cm. A presença de metástase no lado dominante é um achado importante para definir o risco de metástase contralateral. Isto se justifica pela comprovação da capacidade do tumor em estabelecer metástases, como também pela possível alteração no fluxo linfático regional. O palato mole e a base da língua

apresentam rica rede linfática com drenagem cruzada, porém poucos pacientes com tumor primário no palato mole foram submetidos a cirurgia e os pacientes com tumor na base da língua, em sua quase totalidade, apresentavam lesões extensas ou localizadas na linha média. Embora as lesões extensas da tonsila invadam o palato mole e a base da língua, as metástases contralaterais são pouco frequentes nestes tumores⁶.

Entre os pacientes com tumor primário de laringe e hipofaringe que apresentaram metástases bilaterais, estas foram observadas nas lesões da parede medial da hipofaringe com comprometimento da hemilaringe (com paralisia de prega vocal), assim como nas lesões unilaterais da supraglote que compreendiam a epiglote e/ou a aritenóide. Buckley *et al.*¹² reportaram 27% de metástases contralaterais em pacientes N0. Gallo *et al.*¹³ relataram metástases contralaterais em 43% dos pacientes com lesões supraglóticas que se estendiam à linha média.

Nos tumores da laringe e hipofaringe, o esvaziamento contralateral muitas vezes é de oportunidade. Um antigo conceito no tratamento das neoplasias malignas preconiza a mesma terapia para o tumor primário e para as metástases. Esta orientação está baseada na necessidade de tratar o tumor ao mesmo tempo em ambas localizações, porém há situações nas quais esta orientação merece ser reavaliada. Nos tumores de boca e orofaringe, nos quais o acesso ao tumor primário não contempla a exposição dos dois lados do pescoço, a necessidade de esvaziamento eletivo contralateral pode ser questionada quando as características do tumor primário e a presença de metástases homolaterais são suficientes para justificar a radioterapia pós-operatória, considerando que a irradiação do lado oposto do pescoço pode controlar uma eventual doença subclínica. O benefício proporcionado por um esvaziamento seletivo contralateral necessita comprovação. Os esvaziamentos seletivos são considerados procedimentos de estadiamento, mas não pode ser desconsiderado o seu potencial terapêutico ao remover todas os níveis linfonodais com grande probabilidade de conterem doença.

Como o presente estudo avaliou a extensão do tumor apenas nos pacientes com metástases bilaterais, não é possível estipular risco, mas apenas sugerir a extensão tumoral que pode se relacionar com este tipo de disseminação linfática. Outra limitação foi a não realização de cortes seriados nos linfonodos, com o intuito de identificar micrometástases. Ambrosch *et al.*¹⁴, empregando cortes seriados e estudo imunohistoquímico, encontraram metástases em 7,9% dos espécimes inicialmente negativos no exame histológico convencional. Outro aspecto que não deve ser desconsiderado é a margem de erro na avaliação clínica da extensão do tumor primário. Comumente o cirurgião se depara com lesões mais extensas do que as definidas no estadiamento pré-operatório. Nas lesões unilaterais que apresentaram disseminação bilateral, todos os pacientes apresentavam metástases palpáveis no lado da lesão. No pescoço N0, portanto, o esvaziamento bilateral deve ser considerado apenas nas lesões da linha média e nas lesões extensas, empregando o esvaziamento seletivo.

ABSTRACT

Background: A descriptive study of the characteristics of squamous cell carcinoma of upper aerodigestive tract related to bilateral neck metastasis is established. **Methods:** Files of 150 patients with SCC of mouth, oropharynx, larynx and hypopharynx who underwent bilateral neck dissection between January 1979 and December 1996, were reviewed, and 73 with histologic bilateral neck metastasis pN+ were selected. Stage and location of the tumors were considered and results were analysed in front of lymphatic drainage and metastasis distribution studies. **Results:** Fourteen patients with primary tumor in stages T1 and T2, 57 in stages T3 and T4 and 2 were staged as Tx. In 5 patients in stages T1 and T2 of the larynx with bilateral metastases, the lesion were localized in the epiglottis. **Conclusion:** In patients with unilateral lesions with bilateral dissemination, all presented unilateral and palpable lesions.

Key-words: Carcinoma, squamous cell; Neoplasm metastasis; Lymph nodes; Neck dissection.

REFERÊNCIAS

1. Robbins KT, Atkinson JL, Byers RM, et al. - The use and misuse of neck dissection for head and neck cancer. J Am Coll Surg. 2001; 193(1):91-102.
2. Feind CR, Cole RM - Contralateral spread of head and neck cancer. Am J Surg. 1969; 118(5):660-5.
3. Magrin J, Kowalski L - Bilateral radical neck dissection: results in 193 cases. J Surg Oncol. 2000; 75(4):232-40.
4. Rouvière H. Anatomie des lymphatiques de l'homme, Masson et C^o Editeurs, Paris, 1932. p. 9-152.
5. Traserra J. Adenopatias Cervicales Metastasicas. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico-Facial. XIII Reunión Anual, Madrid. 1980. p. 28-84.
6. Lindberg R - Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. Cancer. 1972;29(6):1446-51.
7. Amar A, Rapoport A - Recidivas regionais nos pacientes com carcinoma epidermóide das vias aerodigestivas superiores submetidos à esvaziamento cervical. Rev Col Bras Cir. 2003;30(7):128-33.
8. Jesse RH, Barkley HT, Lindberg RD, et al. - Cancer of the oral cavity. Is elective neck dissection beneficial? Am J Surg. 1970;120(4):505-8.
9. Myers EN, Fagan JJ - Treatment of the N+ neck in squamous cell carcinoma of upper aerodigestive tract. Otolaryngol Clin North Am. 1998;31(4):671-86.
10. Kowalski LP, Medina JE - Nodal metastases: predictive factors. Otolaryngol Clin North Am. 1998;31(4):621-37.
11. Shasha D, Harrison LB - Elective irradiation of the N0 neck in squamous cell carcinoma of upper aerodigestive tract. Otolaryngol Clin North Am. 1998;31(5):803-13.
12. Buckley JG, MacLennan K - Cervical node metastases in laryngeal and hypopharyngeal cancer: a prospective analysis of prevalence and distribution. Head Neck. 2000;22(4):380-5.
13. Gallo O, Fini-Storchi I, Napolitano L - Treatment of the contralateral negative neck in supraglottic cancer patients with unilateral node metastases (N1-3). Head Neck. 2000;22(4):386-92.
14. Ambrosch P, Kron M, Fischer G, et al. - Micrometastases in carcinoma of the upper aerodigestive tract: detection, risk of metastasizing, and prognostic value of depth of invasion. Head Neck. 1995;17(6):473-9.

Endereço para correspondência:
 Prof. Dr. Abrão Rapoport
 Rua Iramaia, nº 136 –
 Jd. Europa
 01450-020 -São Paulo–SP
 Tel.: (011) 273-8224 –
 E-mail: cpgcp.hosphel@attglobal.net