

HOSPITAL DE ONCOLOGIA - INAMPS



CONDUTAS DE DIAGNOSTICO
E TRATAMENTO
CÂNCER DA BOCA

F

646.99431

B923c

ex. 2

1980

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Ministro de Estado - Jair de Oliveira Soares

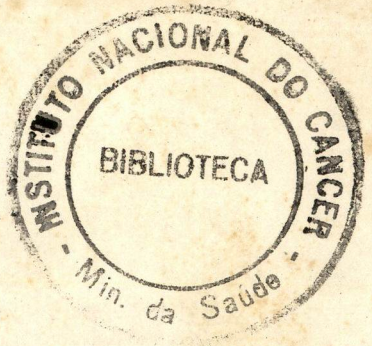
INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
Presidente - Harri Graeff

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO
Superintendente - Yassushi Yoneshigue

SECRETARIA REGIONAL DE PLANEJAMENTO DO RIO DE JANEIRO
Secretário - Geraldo Fonseca

SECRETARIA REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO RIO DE JANEIRO
Secretário - Helio Pereira do Carmo

SECRETARIA REGIONAL DE MEDICINA SOCIAL DO RIO DE JANEIRO
Secretário - Miguel Angelo D'Elia



CÂNCER DA BOCA

F
616.99431
B823c
Ex2



424

BIBLIOTECA DO I. N. C.	
N.	Date
147/82	21.9.82

Este trabalho foi apresentado, discutido e aprovado em sessões do CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO do HOSPITAL DE ONCOLOGIA.

RELATOR Dr. Emilson de Queiroz Freitas
 Responsável pelo Setor de
 Cabeça e Pescoço

Participaram, ainda, as Chefias de Anatomia Patológica, Radioterapia e Radiodiagnóstico.

Colaboração Especial dos Drs. Osolando Judice Machado e Onofre Ferreira de Castro, respectivamente, dos Serviços Convenentes: Clínica de Radioterapia Osolando J. Machado Ltda e Riolab - Exames de Laboratório Ltda.

S U M Á R I O

- 1- CONSIDERAÇÕES GERAIS
- 2- FORMAS MACROSCÓPICAS
- 3- CLASSIFICAÇÃO
 - 3.1- TNM-CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA PRÉ-TRATAMENTO
 - 3.2- pTNM-CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA PÓS-CIRÚRGICA
 - 3.3- LINFONODOS
 - 3.4- METÁTASES À DISTÂNCIA
- 4- ESTADIAMENTO
- 5- CONDUTAS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS
 - 5.1- GENERALIDADES
 - 5.2- ROTINA GERAL DE AVALIAÇÃO
- 6- REGIÕES DA BOCA
 - 6.1- LÁBIOS
 - 6.1.1- Sintomatologia
 - 6.1.2- Índices de Alto Risco
 - 6.1.3- Conduta Diagnóstica
 - 6.1.4- Tratamento
 - A- Tumor Primário
 - B- Linfonodos
 - 6.2- MUCOSA JUGAL
 - 6.2.1- Índices de Alto Risco
 - 6.1.2- Conduta Diagnóstica
 - 6.1.3- Tratamento
 - A- Tumor Primário
 - B- Linfonodos

6.3- ÁREA RETRO-MOLAR

6.3.1- Índices de Alto Risco

6.3.2- Conduta Diagnóstica

6.3.3- Tratamento

A- Tumor Primário

B- Linfonodos

6.4- REBORDO GENGIVAL

6.4.1- Índices de Alto Risco

6.4.2- Conduta Diagnóstica

6.4.3- Tratamento

A- Tumor Primário

B- Linfonodos

6.5- PALATO DURO

6.5.1- Índices de Alto Risco

6.5.2- Conduta Diagnóstica

6.5.3- Tratamento

A- Tumor Primário

B- Linfonodos

6.6- LÍNGUA E ASSOALHO BUCAL

6.6.1- Índices de Alto Risco

6.6.2- Conduta Diagnóstica

6.6.3- Tratamento

A- Tumor Primário

B- Linfonodos

7- TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LINFONODO

8- TRATAMENTO DAS RECIDIVAS

APRESENTAÇÃO

O Manual que ora apresentamos, instituído para o Hospital de Oncologia - INAMPS, representa o roteiro das condutas seguidas na assistência aos pacientes portadores de câncer. Não obstante a larga experiência e numerosa casuística das diversas seções do Hospital, nem sempre se dispunha prontamente de uma orientação tanto quanto possível padronizada no tratamento dos diversos tipos de câncer. Isto ocorria por falta de normas escritas sobre o assunto. É indiscutível a utilidade de uma publicação reunindo as rotinas diagnósticas e terapêuticas, principalmente para instrução de estagiários e residentes e informação de todos que se interessem pelo conhecimento do que se faz neste Hospital especializado.

A fim de suprir esta carência a atual Direção do Hospital de Oncologia convocou a sua equipe médica para elaboração deste Manual que será revisto periodicamente e sempre atualizado de acordo com os progressos da medicina, em particular da Cancerologia.

José Carlos do Valle
DIRETOR

HOSPITAL DE ONCOLOGIA

DIREÇÃO

Diretor - Dr. José Carlos do Valle
Assistente Técnico - Dr. Osório Pereira Filho
Assistente Administrativo - Milson José Adriano

CENTRO DE ESTUDOS

Diretor - Dr. Osório Barbosa Pereira
Vice-Diretor - Dr. Marcos Wajnberg
Secretário - Dr. Paulo Pimenta Alves

CONSELHO TÉCNICO-CONSULTIVO

Dr. José Carlos do Valle - presidente
Dr. Osório Pereira Filho - secretário
Dr. Luiz de Oliveira Neves
Dr. Celso Werneck Ribeiro
Dr. Jurandir de Almeida Dias
Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio
Dra. Heloisa Helena Montezano
Dr. Paulo Pimenta Alves
Dr. Osório Barbosa Pereira

DIVISÃO MÉDICO-ASSISTENCIAL

Diretor - Dr. Luiz de Oliveira Neves
Dra. Sandra Faulhaber

SERVIÇO DE CLÍNICAS MÉDICO-CIRÚRGICAS

Chefia - Dr. Celso Werneck Ribeiro

MASTOLOGIA

*Dr. João Luiz Campos Soares
Dr. José Sigiliano Gomes Filho
Dr. Luiz Antonio Lopes Silveira
Dr. Marcos Wajnberg
Dr. Murilo de Castro Monte

CABEÇA E PESCOÇO

*Dr. Emilson de Queiroz Freitas

CLÍNICA DE ONCOLOGIA - QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Chefia - Dr. Ernani Francisco de Sena Sampaio
Dr. Álvaro Alberto Saraiva Pontes
Dr. Firmino de Azevedo Gomes Filho
Dra. Magda Cortes Rodrigues Rezende

TÓRAX

*Dr. Harley Leal Schettini

ENDOSCOPIA

*Dr. Selmo Ávila Rondon

* Responsável pelo Setor

UROLOGIA

- * Dr. Luiz Carlos de Oliveira
- Dr. Inon Cortes Gonçalves

PSIQUIATRIA

- * Dra. Lucy Therezinha Monteiro Penna

ANESTESIOLOGIA

- * Dr. Hélio Roberto Diniz Moura
- Dra. Áurea Maria Nogueira de Carvalho
- Dra. Clarice Thielen Froner
- Dra. Eliana Calixto
- Dr. Marcial de Ávila
- Dra. Marlene dos Santos Christani
- Dr. Marco Aurélio Monteiro de Barros Fonseca
- Dr. Orestes Paulo de Oliveira Filho

GINECOLOGIA

- * Dra. Euridice Maria de Almeida Figueiredo
- Dr. Abraão Gandelman
- Dr. Carlos Olivero Varillas

CLÍNICA DE CIRURGIA DE ONCOLOGIA

- Chefia - Dr. Jurandir de Almeida Dias
Dr. Evaldo de Abreu
Dra. Regina Lúcia de Medeiros Leite

UNIDADE DE PACIENTES EXTERNOS

- Chefia - Dr. Ney Duque Estrada

PREVENTIVO GINECOLÓGICO

- * Dra. Regina Maria da Costa
- Dra. Ildenê Guimarães Loula
- Dra. Leda Parreiras González

TRIAGEM E EMERGÊNCIA

- Plantonistas: Dr. Adilson Cortines Laxe
Dr. Armando Rodrigo D'Aboim Inglez
Dr. Ilson Montezano
Dra. Ivone de Souza Vilhena
Dr. Paulo Cesar Sanches Rodrigues
Dr. Paulo Maurício Soares Pereira
Dr. Paschoal Martini Simões
Dr. Pedro Telésforo da Cunha Teixeira
Dr. Giorgio Mário Frapiccini
Dr. José Francisco Neto Rezende
Dr. Leopoldo R. Gurgel Valente
Dra. Vanna Carneiro da Cunha de Oliveira
Dra. Zelma Alexandre Maluf

SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Chefia - Dr. Paulo Pimenta Alves

PATOLOGIA CLÍNICA

Chefia - Dra. Regina Lúcia de Medeiros Leite

ANATOMIA PATOLÓGICA

Chefia - Dr. Duílio Barroso Beltrão

RADIOTERAPIA

Chefia - Dr. Marcos Antônio Lima Polônia
Dr. José Luiz Affonso Fuser

RADIODIAGNÓSTICO

Chefia -- Dr. Marcos de Sá Rego Costa
Dr. Thiers Rodrigues de Almeida

CITOPATOLOGIA

* Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano
Dra. Gilma Carvalho de Barros Moreira
Dra. Marina Lang Dias Rego
Dra. Maria Lucia Guedes P. Montenegro

SERVIÇOS TÉCNICOS AUXILIARES

Chefia - Dra. Heloisa Helena Beltrão Montezano

DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Chefia - Dr. Osório Barbosa Pereira

FARMÁCIA

Chefia - Dr. Istênio Vellasco
Dr. Paulo Régis Martins Ferreira

ENFERMAGEM

Chefia - Luisa Maria da Silva de Barcelos

UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Chefias - Maria do Carmo Tavares de Melo
Leila Maria Gallo
Severina T. Passos
Marizete de Oliveira Santos
Janisete Rosa dos Santos
Maria do Socorro Lima

UNIDADES DE PACIENTES EXTERNOS - AMBULATÓRIOS

Chefia - Sebastiana Miranda de Oliveira

SERVIÇO SOCIAL

Chefia - Lecyr Amaro Pinheiro
Gesy de Almeida Martins Migliora
Aracy Assumpção Pereira
Ingrid Alves Pereira
Martha Montenegro
Maria Emilia M da Silva
Maria Nazareth de Mendonça Moraes
Maria Lucia Oliveira da Costa
Maria Teresa Campos de Andrade

NUTRIÇÃO

Chefia - Ivonildes Luiz Altino de Lima
Alice Botelho Ferreira
Dília Augusta de Mello
Elzen Guedes de Paiva e Mello
João da Silva Almeida
Maria Odete Gomes da Costa
Maria Regina Soares Pinto Vidal
Vera Maria Brouck Pinto

SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO

Chefia - Luiz Claudio Pires

SEÇÃO DE ORÇAMENTO

Chefia - Alcêa Dinelli Paes Barreto

SEÇÃO DE PESSOAL

Chefia - Ely dos Santos Pereira

SEÇÃO DE MATERIAL

Chefia - Maria Rita Azevedo Souza Cardoso

SEÇÃO DE MANUTENÇÃO E REPAROS

Chefia - Antonio Santos

SEÇÃO DE COMUNICAÇÃO, DIVULGAÇÃO E TRANSPORTES

Chefia - Severino Inácio dos Santos

SEÇÃO DE ZALADORIA

Chefia - Luiz Carlos Cardoso

SEÇÃO DE ROUPARIA E LAVANDERIA

Chefia - Avenir Rocha Fagundes

SEÇÃO DE APURAÇÃO E CUSTOS

Chefia - José Araújo

* Responsável pelo Setor

INTRODUÇÃO

No presente Manual são descritas as condutas de diagnóstico e de tratamento utilizadas na assistência aos pacientes do Hospital de Oncologia.

O conjunto de ações que constituem a atenção a um paciente deve ser pesquisado e estudado para que se possam elaborar diretrizes, normas e padrões de execução dentro da mais racional e adequada operacionalidade.

Assim devem ser definidas as condições suficientes, ótimas ou ideais de realização das tarefas de atendimento em seus diversos níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e de acordo com os objetivos de prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Ao se determinarem essas condições, devem ser considerados os fatores tempo, pessoal, material, tecnologia e adequação das ações para que o tratamento seja processado em tempo oportuno, com indicação adequada, execução correta e com recursos suficientes de pessoal, materiais e tecnológicos.

1- TEMPO

Diz respeito à oportunidade em que devem ser efetivadas as ações de saúde para prevenção, detecção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Prevenção - As medidas de prevenção consistem em:

- evitar ou neutralizar os efeitos nocivos dos fatores conhecidos como cancerígenos; (oportunidade: sempre);
- divulgar conhecimentos sobre agentes cancerígenos e meios de evitá-los e sobre exames necessários para detecção do câncer; (oportunidade: aproveitar todas as chances de transmitir conhecimentos de educação em saúde);
- examinar periodicamente grupos de maior risco; (oportunidade: campanhas promocionais, programas de controle).

Detecção - As medidas de detecção consistem na utilização de exames que permitam flagrar a doença em fase inicial ainda totalmente assintomática e não suspeitada; (oportunidade: programa de controle). O tipo de câncer que melhor se presta à detecção é o câncer de colo uterino.

Diagnóstico - O diagnóstico acurado e preciso deve ser feito o mais rápido possível de modo a possibilitar um bom sucesso ao tratamento. Devem ser definidos para cada tipo de câncer, o tempo mínimo necessário e o tempo máximo tolerável para que se possa fazer o diagnóstico, considerados os exames essenciais.

Tratamento - O tratamento deve ser instalado imediatamente, tão logo se estabeleça o diagnóstico.

Nenhuma perda de tempo deve ser tolerada entre a 1.^a consulta, a definição diagnóstica e o início do tratamento.

Tem-se dito e repetido que o tempo de espera de tratamento do paciente com câncer "deve ser contado em dias e nunca em meses".

É ponto pacífico e incontestado que o êxito do tratamento depende da sua oportunidade: quanto mais precoce o início do tratamento, melhor o resultado.

A assistência em tempo oportuno é da responsabilidade do médico e da instituição. De nada vale a uma instituição utilizar os mais sofisticados equipamentos tecnológicos, se as rotinas de operacionalidade não forem orientadas com vistas ao atendimento do paciente no tempo devido, ou seja, rápido início de tratamento, quando ainda haja chance de prognóstico o mais favorável possível. Tais rotinas dizem respeito às ações médicas, de enfermagem, de complementação diagnóstica ou terapêutica e de apoio administrativo.

Considerados o período necessário para realização dos exames diagnósticos indispensáveis, e as prioridades reconhecidas, deve ser estabelecido um prazo obrigatório, a partir da data da 1.^a consulta, dentro do qual, o tratamento do paciente deve ser iniciado.

Qualquer infração desse prazo, ou qualquer ocorrência que denote perda de tempo em prejuízo do paciente, constitui negligência grave e é motivo para séria investigação de suas causas e adoção de medidas corretivas.

Para assegurar a observância das normas de atendimento em tempo oportuno, faz-se mister que a instituição seja dotada em sua organização de recursos técnicos e administrativos satisfatórios e possa contar com médicos capazes, interessados e dedicados, com atividades de apoio eficientes e com meios de promover o esclarecimento da clientela.

2- INDICAÇÃO ADEQUADA

Os procedimentos devem ser adequados aos objetivos diagnósticos e terapêuticos e suas indicações ou contra-indicações estão relacionadas com as características da doença e condições do doente.

Os objetivos propedêuticos investigam aspectos da doença com fins de detecção, confirmação diagnóstica, determinação de tipo histológico, estadiamento, avaliação de comportamento do tumor etc. ou avaliam condições do doente - índices de alto risco, estado geral, funcional, nutricional, hematológico, patologia associada.

Os objetivos terapêuticos visam a tratamentos radicais de suporte, paliativos, complementares, niaglênico-dietéticos, de casos especiais.

A capacidade de selecionar corretamente os procedimentos adequados é função da especialização técnico-científica do profissional de saúde, daí a necessidade de se definirem as qualificações indispensáveis para o pessoal envolvido nos programas de controle de câncer.

3- EXECUÇÃO CORRETA

A prática das ações de maneira correta depende de todo um complexo de fatores que determinam a funcionalidade da instituição.

Em primeiro lugar sobressai a qualificação de pessoal de todos os setores, incluídos os técnicos-científicos, administrativos e de apoio, considerando-se além dos aspectos de capacidade funcional os aspectos morais do indivíduo - caráter, responsabilidade, interesse, dedicação, etc.

A qualificação do pessoal também deve ser bem equacionada para que haja nº suficiente, capaz de atender à demanda.

As falhas atribuíveis ao pessoal podem depender de: despreparo técnico ou imperícia, decorrente de defeitos de ensino e aprendizagem; imprudência, omissão ou negligência, relacionadas com o caráter individual; realização forçada de ações em condições impróprias, decorrente da falta de recursos ou de má organização da instituição.

Todas essas distorções devem ser investigadas e minuciosamente analisadas com a finalidade de se superarem dificuldades e evitar a repetição do erro. A apuração das falhas não tem por objetivo descobrir um culpado passível de punição; o objetivo principal é descobrir as causas que motivaram a má qualidade de serviço e indicar medidas corretivas tomando-se em consideração as condições peculiares de cada situação: grau de desenvolvimento da região, capacidade administrativa e funcional da instituição, disponibilidade de pessoal, material e tecnologia etc.

Há que se ter cuidado na análise e julgamento da qualidade do serviço a fim de que algum pronunciamento indevido não traga consequências adversas ou possa criar indisposições e ferir suscetibilidades com resultados inconvenientes e indesejáveis.

4- RECURSOS SUFICIENTES

Seria óbvio enfatizar que sem recursos suficientes nenhuma tarefa pode ser executada de modo satisfatório.

Definidas as condutas, um eficiente sistema de avaliação e controle deve ser implantado a fim de acompanhar sua execução e detectar falhas e corrigi-las em qualquer etapa do seu processamento (seja nos pas sos iniciais, intermediários ou finais) assegurando que todas as ações sejam efetivadas para se obter o efeito desejado em benefício do paciente.

Estas condutas serão revistas anualmente, ou em menor período se necessário, para reformulações que se fizerem mister, de acordo com os progressos técnico-científicos proveitosos à cancerologia.

1- CONSIDERAÇÕES GERAIS

As neoplasias malignas da boca são representadas em sua maioria (cêrca de 90%), pelos CARCINOMAS EPIDERMÓIDES, seguidas em frequência pelos tumores das glândulas salivares menores. Em incidência mais baixa estão relacionados os sarcomas e raramente os melanomas.

Para facilitar o esquema da rotina de condutas diagnósticas e terapêuticas incluem-se apenas os carcinomas epidermóides, devido a sua alta incidência, o que representa a grande maioria das neoplasias malignas da boca.

Os tumores malignos da boca representam cêrca de 7 a 8% de todas as neoplasias malignas, e cêrca de 38% dos tumores da cabeça e pescoço. Predominam no sexo masculino, e três quartos dos casos ocorrem acima dos 60 anos de idade.

De acordo com as formas macroscópicas e localizações na boca os tumores apresentam características evolutivas e prognósticos diferentes.

2- FORMAS MACROSCÓPICAS

ulcerada superficial
ulcerada infiltrativa
vegetante
nodular

Com frequência uma lesão pode apresentar a associação de duas ou três das formas macroscópicas.

Quanto a etiologia do câncer da boca, são classificados como possíveis fatores correlatos os seguintes:

Físicos: p/ex - calor local, (uso de cachimbo ou cigarro);
frio; vento; raios ultravioleta: (raios solares, com efeito especial na mucosa dos lábios).

Químicos: p/ex - álcool-etilismo e 3-4 benzo-pireno que é um hidrato de carbono proveniente da combustão do papel do cigarro e também do fumo - tabagismo.

Mecânicos: p/ex- (traumatismos produzidos por próteses dentárias por dentes).

Outros: infecção (sífilis);
mã higiené oral;
hipovitaminoses;
profissionais.

Todos os agentes referidos podem determinar a longo prazo alterações do epitélio da mucosa da boca, levando em consequência à formação de lesões que podem ser consideradas precursoras do câncer.

leucoplasias
hiperceratoses
papilomas
fissuras
úlceras de contato
granulomas irritativos
calos produzidos por próteses

As formas de lesões referidas devem ser conhecidas para diagnóstico diferencial com as lesões francamente neoplásicas, porém existem outras patologias, de origens bacterianas, parasitárias ou causadas por fungos, que podem assumir formas semelhantes ao câncer da boca, especialmente nas formas ulceradas ou ulcero-infiltrativas, tais como:

Blastomicose Sul-Americana

Úlcera tuberculosa

Lesões sífilíticas

Leishmaniose tegumentar

e outras mais de etiologia não determinada tais como:

Granulomatose de Wegener

e Granuloma letal da linha média.

3- CLASSIFICAÇÃO

São adotadas as classificações TNM-clínica pré-tratamento e pTNM-histopatologia pós-cirúrgica.

3.1- TNM-CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA PRÉ-TRATAMENTO

- T - Tumor Primário
- Tis - Carcinoma pré-invasivo (carcinoma "in situ")
- TO - Sem evidência de tumor primário
- T1 - Tumor de 2cm ou menos em sua maior dimensão
- T2 - Tumor maior de 2cm, porém não mais de 4cm, em sua maior dimensão
- T3 - Tumor de 4cm ou mais em sua maior dimensão
- T4 - Tumor com extensão para osso, músculo, pele, antro, pescoço, etc.
- TX - Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar o tumor primário
- N - Linfonodos Regionais
- NO - Sem evidência de envolvimento de linfonodo regional
- N1 - Evidência de envolvimento de linfonodos regionais homolaterais móveis.

- N1a - Linfonodos não considerados positivos
- N1b - Linfonodos considerados positivos
- N2 - Evidência de envolvimento de linfonodos regionais, contra ou bilaterais móveis
- N2a - Linfonodos não considerados positivos
- N2b - Linfonodos considerados positivos
- N3 - Evidência de envolvimento de linfonodos regionais fixos
- NX - Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar os linfonodos regionais
- M - Metástase à distância
- MO - Sem evidência de metástase à distância
- M1 - Evidência de metástase à distância
- MX - Impossibilidade de preenchimento dos requisitos mínimos para avaliar a presença de metástase à distância.

3.2- PTNM - CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA PÓS-CIRÚRGICA

- PT - Tumor Primário
As categorias pT correspondem às categorias T
- pN - Linfonodos Regionais
As categorias pN correspondem às categorias N
- pM - Metástase à Distância
As categorias pM correspondem às categorias M

3.3- LINFONODOS

As metástases dos tumores da boca ocorrem com frequência para linfonodos regionais, e as cadeias comprometidas guardam uma relação com a localização da lesão primária.

De acordo com a localização das metástases linfáticas no pescoço, classificam-se por níveis:

- Nível I - (linfonodos sub-mentoneanos e sub-mandibulares)
- Nível II - (linfonodos jugulo-digástrico)
- Nível III- (linfonodos jugulo-carotídeos médios)
- Nível IV - (linfonodos jugulo-carotídeos inferiores)
- Nível V - (linfonodos do triângulo posterior- cadeia do nervo espinhal e da artéria cervical transversa).

3.4- METÁSTASES À DISTÂNCIA

Apenas cerca de 15 a 20% dos pacientes portadores de tumor na cabeça e pescoço, apresentam metástases à distância.

4- ESTADIAMENTO EM GRUPOS

Estádio I	T1	NO	MO
Estádio II	T2	NO	MO
Estádio III	T3	NO	MO
	T1,T2,T3	N1	MO
Estádio IV	T4	NO,N1	MO
	Qualquer T	N2,N3	MO
	Qualquer T	Qualquer N	M1

SUMÁRIO

CAVIDADE ORAL	
T1	< 2 cm
T2	> 2 - 4 cm
T3	> 4 cm
T4	Extensão para osso, músculo, etc.
N1	Homolateral móvel
N2	Contra ou bilateral móvel
N3	Fixo

5- CONDUTAS DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS

5.1- O tratamento do câncer da boca em relação a lesão primária, em qualquer das gradações (T1,T2,T3,T4) é primariamente cirúrgico. Porém, nas lesões avançadas de estadiamento III ou IV, têm-se observado que após 2 ou 3 anos do tratamento pela cirurgia isoladamente ou com a radioterapia complementar, os resultados não são satisfatórios.

Dado o avanço dos estudos e experiências com quimioterapia anti-neoplásica (Poli-quimioterapia), em câncer da cabeça e pescoço, tem-se demonstrado excelentes resultados, nos pacientes com estágio III ou IV, possibilitando um tratamento cirúrgico com melhores condições.

Pacientes no estágio III ou IV previamente selecionados, colocados em protocolos de poli-quimioterapia, apresentam com frequência boa resposta ao tratamento, e após 3 cursos, podem ser levados à cirurgia com condições locais bem mais favoráveis. É muito comum ocorrer regressão do componente infeccioso local e das áreas de necrose, facilitando o ato cirúrgico e evitando complicações pós-operatórias corriqueiras como: necrose de retalho cutâneo, deiscências de sutura, infecções graves e fístulas.

Há ainda casos com regressão total da lesão do ponto de vista macroscópico, após três cursos de quimioterapia, e alguns em que o estudo histopatológico da peça não demonstrou lesão maligna.

Deve ser lembrado que atualmente toda cirurgia de câncer da boca, tem que ser conduzida com biópsias por congelação de todas as margens de ressecção, e de qualquer linfonodo suspeito.

Todo linfonodo clinicamente metastático ou com malignidade positiva pela biópsia de congelação, impõe a indicação de cirurgia radical do pescoço.

Nas lesões de evolução rápida, geralmente ulcero-infiltrativas, de estágio T3 ou T4, principalmente de língua ou assoalho bucal, deve ser efetuada dissecação radical eletiva, ou pelo menos dissecação modificada do pescoço.

A radioterapia tem indicação complementar no tratamento das metástases do pescoço, quando a peça cirúrgica apresentar mais de um linfonodo metastático, ou quando o linfonodo comprometido apresentar infiltração de sua cápsula.

Nas lesões primárias da boca a indicação de radioterapia poderá ser efetuada quando houver contra-indicação clínica severa para a realização do ato cirúrgico.

A indicação da radioterapia pré-operatória poderá ser efetuada para os linfonodos cervicais fixos com tentativa de mobilizá-los tornando os ressecáveis.

5.2- ROTINA GERAL DE AVALIAÇÃO

- anamnese e exame físico completos, incluindo estadiamento da doença
- rotina laboratorial incluindo provas de função hepática e renal
- estudo radiológico do tórax.

6- REGIÕES DA BOCA

Mucosa bucal - lábios

Mucosa jugal

Área retro-molar

Rebordo gengival

Palato Duro

Língua

Assoalho bucal

6.1- CÂNCER DOS LÁBIOS

6.1.1- Sintomatologia:

Presença de ulceração, descamação, e ou nódulo que persiste sem cicatrização por mais de 2 semanas.

6.1.2- Índices de alto risco

Leucodermos (raramente em melanodermos)

Prolongada exposição ao sol (raios ultravioletas), ao vento e ao frio

Tabagismo (cachimbo e cigarro)

Alcoolismo

Traumatismo produzido por dentes ou próteses

Forma anatômica do lábio inferior (lábio evertido)

6.1.3- Conduta Diagnóstica

Inspeção - geralmente lesões vegetantes ou infiltrativas

Palpação bidigital - permite avaliar a extensão em profundidade e é imprescindível

Biópsia excisional - (ressecção total da lesão), incisional e focal (saca-bocado)

Radiodiagnóstico

Mandíbula: avaliação de infiltração, com ênfase especial para o canal dentário nas lesões, extensas.

6.1.4- Tratamento:

A- Tumor Primário

Emprega-se a cirurgia no tratamento dos tumores estadiados como T1, T2, T3 e T4. Nas lesões de evolução rápida, infiltrativas e geralmente pouco diferenciadas, tem-se empregado quimioterapia, prévia, sob a forma de protocolo, neste Hospital.

Conduta:

a- Ressecção da mucosa que compõe o vermelhão do lábio (Shave-lip).

Nas lesões erosivas superficiais ou hiperkeratóticas que comprometem a mucosa do vermelhão do lábio e que ao exame histopatológico revele Carcinoma "in situ"

b- Ressecção parcial do lábio (quilectomia parcial) em forma de "V" ou "W", com fechamento primário da ferida operatória:

Nas lesões de estágio T1 ou T2.

c- Ressecção total do lábio (quilectomia total) com reconstrução imediata pelo emprego de deslizamento ou rotação de retalhos locais, ou pelo uso de retalhos cutâneos (T3)

d- Ressecção total do lábio com mandibulectomia parcial: Nas lesões avançadas com comprometimento do plano ósseo.

B- Linfonodos Regionais

N1b - dissecação radical do pescoço

N2b - dissecação radical bilateral do pescoço

N3 - linfonodo fixo à mandíbula - dissecação radical do pescoço com mandibulectomia parcial.

Obs: Nos tumores T1 e T2 de lábio, os resultados obtidos pela radioterapia são comparáveis aos da cirurgia, no entanto a conduta da Seção de Cabeça e Pescoço deste Hospital é cirúrgica. Se a peça cirúrgica apresentar mais de um linfonodo comprometido ou infiltração de cápsula, impõe-se tratamento radioterápico complementar.

6.2- MUCOSA JUGAL

6.2.1- Índices de alto risco:

Tabagismo (principalmente cachimbo)

Etilismo

Traumatismo produzidos por dentes ou próteses mal ajustadas

6.2.2- Conduta Diagnóstica:

Inspeção direta

Palpação bidigital - Imprescindível principalmente nas lesões que invadem a região pterigo maxilar.

Biópsia excisional, incisional e focal (saca-bocado)

Radiodiagnóstico

Mandíbula, maxilares (tomografia)

6.2.3- Tratamento:

A- Tumor Primário

Emprega-se a cirurgia no tratamento dos tumores estadiados como T1, T2 e T3.

Obs: Nos tumores avançados (T3) tem-se empregado quimioterapia prévia sob a forma de protocolo.

Conduta Cirúrgica

A- Tumor Primário

Mucosa Jugal

a- Ressecção da lesão com fechamento primário da ferida operatória ou pelo uso de enxerto cutâneo.

Nas lesões de estágio T1 ou T2.

b- Ressecção alargada da lesão com reconstrução por retalhos cutâneos ou mio-cutâneos. (Nas lesões T3 que comprometem musculatura, pele ou mandíbula.)

B- Linfonodos Regionais

Para os linfonodos o tratamento é o mesmo já descrito.

6.3- ÁREA RETRO-MOLAR

6.3.1- Índices de alto risco:

Tabagismo

Alcoolismo

Traumatismo por dentes ou próteses mal ajustadas

6.3.2- Conduta Diagnóstica:

Palpação bidigital - Imprescindível principalmente nas lesões que invadem a região pterigo maxilar

Biópsia excisional, incisional e focal (saca-bocado)

Radiodiagnóstico:

Mandíbula (incluindo panorâmica)

6.3.3- Tratamento

Emprega-se a cirurgia no tratamento dos tumores estadiados T1, T2 e T3.

Obs: Nos tumores avançados (T3) tem-se empregado quimioterapia prévia sob a forma de protocolo.

Conduta Cirúrgica

A- Tumor Primário

- a- Ressecção da lesão incluindo porção óssea de mandíbula com fechamento primário. Nas lesões de estágio T1.
- b- Ressecção da lesão com mandibulectomia parcial (marginal ou segmentar) e fechamento pelo uso de retalho de mucosa lingual, ou por enxerto cutâneo. Nas lesões de estágio T2.
- c- Ressecção alargada da área retro-molar incluindo regiões vizinhas e mandibulectomia segmentar, com reconstrução por retalhos cutâneos ou mio-cutâneos. Nas lesões T3.

B- Linfonodos Regionais

O tratamento é o mesmo já descrito

6.4- REBORDO GENGIVAL

- 6.4.1- Índices de alto risco
 - Próteses mal ajustadas
 - Restos dentários
 - Tabagismo
 - Etilismo e outros

6.4.2- Condutas Diagnósticas:

- Inspeção - geralmente lesões úlcero-vegetantes e/ou placas leucoplásicas
- Palpação digital - avaliação da infiltração
- Biópsia excisional, incisional e focal (saca-bocado)
- Radiodiagnóstico:
 - Maxilares, mandíbula (panorâmica e oclusal)

6.4.3- Tratamento:

Emprega-se a cirurgia no tratamento dos tumores estadia-
dos T1, T2 e T3.

Obs: Nos tumores avançados (T3) tem-se empregado quimioterapia prévia sob
a forma de protocolo.

Conduta Cirúrgica

A- Tumor Primário

- a- Ressecção da lesão com fechamento primário da ferida opera-
tória. Nas lesões superficiais (Tis)
- b- Ressecção da lesão incluindo porção óssea do maxilar ou da
mandíbula, e fechamento primário ou pelo uso de enxerto cu-
tâneo. Nas lesões T1 ou T2.
- c- Ressecção alargada da lesão incluindo maxilarectomia ou
mandibulectomia parcial, e reconstrução imediata por retan-
chos cutâneos ou mio-cutâneos. Nas Lesões T3.

B- Linfonodos Regionais

O tratamento é o mesmo já descrito.

6.5- PALATO DURO

6.5.1- Índices de alto risco:

Prótese mal ajustadas (especialmente aquelas providas de
câmara de sucção)

Tabagismo

Etilismo e outros

6.5.2- Conduta Diagnóstica:

Inspeção - geralmente lesões ulceradas e vegetantes, bem
como nódulos sub-mucosos

Palpação digital para avaliar o grau de infiltração

Biópsia excisional, incisional e focal (saca-bocado)

Radiodiagnóstico:

Maxilares (panorâmica e oclusal)

6.5.3- Tratamento

Emprega-se a cirurgia no tratamento dos tumores estadiados como T1, T2 e T3.

Obs: Nos tumores avançados (T3) tem-se empregado quimioterapia prévia sob a forma de protocolo.

Conduta Cirúrgica

A- Tumor Primário

- a- Ressecção da lesão (deixando a ferida aberta para cicatrização por granulação). Nas lesões superficiais de mucosa (Tis)
- b- Ressecção de lesão incluindo porção óssea do palato (deixando a ferida aberta). Nas lesões de estágio T1 ou T2.
- c- Ressecção alargada do palato incluindo maxilarectomia (infra-estrutura). Nas lesões T3. (É necessário o uso de prótese obturadora).

B- Linfonodos Regionais

O tratamento é o mesmo já descrito.

6.6- LÍNGUA (2/3 ANTERIORES) E ASSOALHO BUCAL

6.6.1- Índices de alto risco:

Traumatismo por dentes ou prótese mal ajustada
Tabagismo
Alcoolismo e outros

6.6.2- Condutas Diagnósticas:

Inspeção - lesões infiltrantes, vegetantes e nodulares
Palpação bidigital (imprescindível para avaliar a infiltração da lesão)
Biópsia excisional, incisional e focal (saca-bocado)
Radiodiagnóstico
Mandíbula

6.6.3- Tratamento

Emprega-se a cirurgia no tratamento dos tumores estadiados como T1, T2 e T3.

Obs: Nos tumores avançados (T3) tem-se empregado quimioterapia prévia sob forma de protocolo.

Nos casos de margem de segurança inadequada, poderá ser efetuada a radioterapia complementar.

Conduta Cirúrgica

A- Tumor Primário

I- Língua - 2/3 anteriores

- a- Ressecção da lesão com fechamento primário. Nas lesões superficiais ou de estágio T1 ou T2.
- b- Glossectomia parcial (hemiglossectomia). Nas lesões T3.
- c- Glossectomia total, podendo incluir ressecção de assoalho bucal e mandíbula, com reconstrução imediata por retalho cutâneo e mio-cutâneo. Nas lesões avançadas.

II- Assoalho Bucal

- a- Ressecção da lesão com fechamento primário da ferida operatória. Nas lesões superficiais ou T1.
- b- Ressecção da lesão com o uso de enxerto cutâneo para fechamento da ferida. Nas lesões T2.
- c- Ressecção alargada do assoalho bucal incluindo porção de língua e de mandíbula, com reconstrução imediata por retalho cutâneo ou mio-cutâneo. Nas lesões T3.

B- Linfonodos Regionais:

- NO - Dissecção radical ou modificada (eletiva), nos tumores de estágio T3, muito infiltrante com evolução rápida.
- N1, N2 e N3 - mesma conduta já descrita -

7- TRATAMENTO CIRÚRGICO DO LINFONODO

- N1b - Linfonodo clinicamente metastático, presente unilateral: dissecação radical do pescoço.
- N2b - Linfonodo clinicamente metastático bilateral ou contralateral:
dissecação radical do pescoço bilateral, conservando-se a veia jugular interna do lado menos comprometido.
- N3 - Linfonodo fixo à mandíbula: dissecação radical do pescoço com mandibulectomia.

Obs: Nas lesões de evolução muito agressiva com características muito infiltrativas, principalmente de língua ou assoalho bucal, sem linfonodos clinicamente metastáticos, (NO) há indicação de dissecação modificada do pescoço uni ou bilateralmente: dissecação eletiva.

É obrigatório a biópsia por congelamento de qualquer linfonodo suspeito, durante o ato cirúrgico, e se houver comprometimento é necessário a radicalização da dissecação.

8- TRATAMENTOS DAS RECIDIVAS

1- Em casos de recidivas em lesões tratadas pela cirurgia isoladamente:

- a- Tanto para a lesão primária como para o linfonodo metastático, se a lesão for ressecável, a conduta é cirúrgica (ressecção da lesão), com radioterapia complementar.
- b- Se a lesão for irressecável, a indicação é radioterapia, visando-se tornar a lesão ressecável (dose pré operatória até 4 000 rads). Caso não se consigam condições para cirurgia, deve ser completada a dose de radioterapia.

2- Em casos de recidiva em lesões tratadas pela cirurgia e/ou radioterapia, tanto para a lesão primária como para o linfonodo metastático, a conduta é cirúrgica (ressecção da lesão).

