

Neoplasias malignas diagnosticadas no ano de 2011 no Departamento de ORL do HSM

Malignant Neoplasies diagnosed during the year 2011 e the Department of ENT of the HSM

Tatiana Carvalho • Ana Rita Santos • Fátima Figueiredo • Luís Soares • Sandra Agostinho • Luís Freitas • Maria Pimenta Machado • Joana Deus • Óscar Dias • Mário Andrea

RESUMO

Duzentos mil novos casos de cancro da cabeça e pescoço são diagnosticados, no mundo, anualmente. Em Portugal estes tumores pertencem à lista das 10 neoplasias mais comuns.

Objectivo: Descrever os aspectos clínicos e epidemiológicos dos novos casos de cancro diagnosticadas durante o ano de 2011 no Departamento de ORL do HSM.

Material e Métodos: As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, tempo entre início dos sintomas e consulta de ORL, referência, sintomas comorbidades, data do diagnóstico, localização primária do tumor, localização específica, hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicológicos,

estadiamento, tratamento proposto, tempo entre diagnóstico e início do tratamento e data e causa de morte.

Resultados: Durante o ano de 2011 foram diagnosticados 96 novos casos de cancro, 84% em homens e 16% mulheres.

O local primário mais comum foi a Laringe (39,5%), seguida da orofaringe e da hipofaringe. Histologicamente 74,4% eram carcinomas pavimentocelulares. A maioria dos pacientes tinha hábitos tabágicos e alcoólicos.

Conclusão: Com este estudo os autores pretendem criar um perfil dos pacientes com o diagnóstico de neoplasia da cabeça e pescoço.

Palavras chave: neoplasias da cabeça e pescoço, carcinoma ORL, laringe, perfil epidemiológico

Tatiana Carvalho

Interna de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Ana Rita Santos

Especialista de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Fátima Figueiredo

Especialista em Epidemiologia
Administração regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa

Luís Soares

Interno de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Sandra Agostinho

Interna de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Luís Freitas

Interno de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Maria Pimenta Machado

Interna de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Joana Deus

Interna de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Óscar Dias

Professor, Especialista de Otorrinolaringologia
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Mário Andrea

Professor, Director de Serviço
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, Lisboa

Correspondência:

Tatiana Carvalho
Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz, 10. 1649-035 Lisboa
heloisatiana@gmail.com
Telf: 21 780 5000
Fax: 21 789 5610

ABSTRACT

Two hundred thousand new head and neck cancers are diagnosed worldwide yearly. In Portugal this cancer is on the top ten most common tumors.

Objective: Describe the epidemiological and clinical aspects of the new cases of cancer diagnosed at the ENT department of HSM, during the year 2011.

Materials and Methods: The following variables were analyzed: sex, age, time between first symptoms and ORL appointment, symptoms, comorbidities, referral project, diagnosis date, primary tumor location, specific location, smoking and alcoholic habits, staging, proposed treatment, time between diagnosis and first treatment, date and cause of death.

Results: During the year 2011, 96 new cases of cancer were diagnosed, 84% in men and 16% in women.

The most common primary site was the Larynx (39,5%), followed by the oropharynx and hypopharynx. Histologically 74,4% were squamous cell carcinoma. Most patients were alcoholics and smokers.

Conclusion: In this study the authors aim to create a profile of the patients with diagnosis of head and neck carcinoma.

Keywords: head and neck cancer, ORL carcinoma, larynx, epidemiological profile

INTRODUÇÃO

Cancro da cabeça e pescoço é um termo colectivo definido por bases anátomo-topográficas para descrever os tumores malignos do tracto aerodigestivo superior, assim sendo, inclui as regiões da Cavidade oral, Orofaringe, Hipofaringe, Nasofaringe, Laringe, Cavidade

nasal e Seios perinasais, Glândulas salivares e Tiróide. Desta definição excluem-se os tumores com origem na órbita, cavidade craniana e pele da face e do escalpe.

Duzentos e vinte mil novos casos de cancro da cabeça e pescoço são diagnosticados anualmente no mundo, constituindo esta a 6ª causa de morte por cancro.¹

Em Portugal, segundo dados de 2001 do Registo Oncológico Nacional foram diagnosticados 956 novos casos de carcinomas do lábio, cavidade oral e faringe em homens e 224 em mulheres; 513 novos casos de carcinoma da laringe em homens e 17 em mulheres e 119 novos casos de carcinoma da tiróide em homens e 548 em mulheres, perfazendo um total de 2377 novos casos de neoplasias da cabeça e pescoço diagnosticados em Portugal durante o ano de 2001.^{2,3} Assim sendo, de acordo com o Grupo de Estudos de Cancro da Cabeça e Pescoço, quando consideramos as várias localizações, as neoplasias da cabeça e pescoço são a 4ª patologia com maior incidência em Portugal em indivíduos do sexo masculino.^{4,5}

Revedo a literatura actual 40% dos cancros da cabeça e pescoço ocorrem na cavidade oral, 15% na faringe, 25% na laringe e os restantes nos demais sítios remanescentes (glândulas salivares, tiróide, ...).^{1,6} O sexo masculino é o mais afectado, constituindo cerca de 80% dos casos diagnosticados^{1,7,6-9} e histologicamente o tipo mais comum é o carcinoma pavimentocelular, responsável por mais de 90% dos casos.^{1,8,9}

Evidências epidemiológicas mostram que a incidência das neoplasias da cabeça e pescoço aumentam com a idade, sendo que na Europa 98% dos pacientes têm mais de 40 anos de idade.¹

Os sintomas iniciais são muito variáveis dependendo da localização e são muitas vezes ignorados pelo paciente até se tornarem severos ou persistentes. Estes podem incluir odinofagia, disфонia ou disfagia progressiva, uma úlcera ou afta bucal que não resolve ou uma tumefacção cervical persistente.^{10,21}

Estas neoplasias estão fortemente associadas ao estilo de vida sendo os hábitos tabágicos o factor de risco mais importante logo seguido do alcoolismo. Estes dois parecem ter um efeito sinérgico no desenvolvimento do tumor, principalmente ao nível da cavidade oral e hipofaringe.^{1,3,7-10} Recentemente vários estudos têm salientado o papel crescente do Papiloma Vírus Humano (HPV) na sua etiologia.⁷ A irritação crónica causada pelo uso prolongado de próteses dentárias mal adaptadas ou por bordos cortantes de dentes sobre a mucosa bucal também tem sido responsabilizada na indução do desenvolvimento do carcinoma ao potencializar outros agentes carcinogénicos, particularmente em tabagistas e alcoolistas.¹⁰

Relativamente ao tratamento este vai depender da localização primária do tumor, da sua histologia, do seu estadio e das comorbilidades do paciente e pode incluir várias combinações de ressecção cirúrgica, Radioterapia (RT), Quimioterapia (QT) e/ou terapias

com agentes biológicos como o Cetuximab (receptor anti-factor de crescimento epidérmico).^{4,5,7} Sendo que, como em qualquer tipo de cancro, quanto mais precoce a instituição do tratamento melhores os resultados.

No entanto, apesar da indiscutível melhoria das modalidades terapêuticas disponíveis a sobrevida dos pacientes com carcinoma da cabeça e pescoço não melhorou significativamente, muito em parte devido ao diagnóstico tardio, uma vez que o diagnóstico em estadio III e IV é muito frequente nesta patologia.^{1,6,8,10,11} O objectivo deste trabalho é traçar um perfil dos dados sócio-demográficos e clínicos dos novos casos de carcinomas da cabeça e pescoço diagnosticados no Hospital de Santa Maria, identificar os factores de risco envolvidos e auxiliar a monitorizar a doença em Portugal. Além disso os autores também procuraram avaliar a acessibilidade dos doentes ao serviço de ORL do HSM, bem como a eficácia no estabelecimento do diagnóstico e início dos tratamentos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo através da análise dos processos médicos dos pacientes inscritos pela 1ª vez na consulta oncológica do Departamento de ORL, Voz e Perturbações da comunicação do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, durante o ano de 2011.

As variáveis analisadas incluíram: data de nascimento, sexo, tempo entre início dos sintomas e consulta ORL, sintomas iniciais, comorbilidades, data de diagnóstico, localização primária, localização específica, estadiamento TNM, estadio, hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicológicos, histopatologia, tratamento proposto, tempo entre o diagnóstico e início dos tratamentos curativos e data e motivo de morte.

A data entre o início dos sintomas e a consulta ORL foi definida como aquela referida pelo paciente em que apareceu o primeiro sintoma que levou ao diagnóstico da neoplasia. Os sintomas foram considerados todos aqueles referidos pelo paciente que motivaram a ida/referenciação a uma consulta ORL.

A data de diagnóstico foi considerada usando a data de saída do diagnóstico histológico, isto é, a data do diagnóstico anátomo-patológico e da classificação definitiva do tumor como neoplasia maligna.

Os tumores foram classificados quanto à localização primária segundo a classificação da *American Head and Neck Society e a American Academy of Otorrhinolaryngology, Head and Neck Surgery (AAO-HNS)*¹² em: cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, nasofaringe, laringe, cavidade nasal e seios perinasais, glândulas salivares, tiróide, desconhecida e outra, o que segundo a 3ª edição da classificação Internacional de doenças para oncologia (ICDO-3) corresponde aos seguintes códigos: C01 + C02 – Língua; C03 + C04 + C05 + C06 – Boca; C09 – Amígdala; C10 – Orofaringe; C11 – Nasofaringe; C12 + C13 – Hipofaringe; C14 – Farínge outra; C30 + C31 – Fossa nasal e ouvido; C32 – Laringe; C73- Tiróide.²³

Assim os tumores com localização primária na cavidade oral incluíram aqueles do lábio, da língua anterior, da mucosa bucal, da arcada alveolar inferior e superior, do triângulo retromolar e os do palato duro. Os tumores com origem nas amígdalas palatinas, palato mole, base da língua e paredes faríngeas foram classificados como neoplasia da orofaringe, enquanto aqueles do seio piriforme, região pós-cricóideia e paredes faríngeas inferiores pertenciam à hipofaringe. Os tumores classificados como da laringe incluíram aqueles com origem específica na supra-glote (epiglote, cordas vocais falsas, pregas ariepiglóticas e cartilagens aritenoides), na glote (cordas vocais verdadeiras, comissura anterior e posterior e ventrículos, bem como a mucosa que se estende desde os ventrículos até 1 cm abaixo das cordas vocais) e na subglote (tumores que se originam 1 cm abaixo das cordas vocais).¹²

Os tumores classificados como localização primária desconhecida incluíram as neoplasias metastáticas de primário desconhecido, isto é, aquelas cuja manifestação inicial foi uma metástase num gânglio linfático cervical e que mesmo após extensa avaliação com exames complementares diagnóstico e protocolo cirúrgico com múltiplas biopsias, o local primário da lesão permaneceu desconhecido.

Os tumores classificados como Outros incluíram os linfomas com manifestação inicial em adenopatias cervicais ou os tumores de outras áreas que não aquelas mencionadas anteriormente.

O estadiamento do tumor, TNM, e a definição do seu estadiamento foram de acordo com as normas da American Joint Committee on Cancer (AJCC).¹²

Relativamente aos hábitos tabágicos os pacientes foram classificados em: nunca fumou, ex-fumador à >10 anos, fumador de < 1 maço/dia, fumador de 1-2 maços/dia e fumador de ≥ 2 maços/dia de acordo com o consumo mais elevado registado no processo clínico.

No que diz respeito aos hábitos etílicos estes foram classificados em: nega, hábitos etílicos ligeiros, moderados

ou severos segundo os termos definidos por Abel et al¹³, ou seja, ligeiros quando o consumo era inferior a 1,4-2,4 bebidas/dia, moderado entre 2,5-3,6 bebidas/dia e severo quando o consumo era superior a 3,7 bebidas/dia. Em alguns processos os hábitos alcoólicos já se encontravam descritos qualitativamente como ligeiros, moderados e severos/pesados, sendo que nesses casos essa foi a terminologia considerada. Os hábitos toxicológicos forma definidos em sim, não e ex-consumidor há >10 anos. Em 9 processos não se encontrou informação relativamente aos hábitos tabágicos ou alcoólicos sendo que nesses casos ambos foram considerados ausentes (nunca fumou e nega, respectivamente). Em relação aos hábitos toxicológicos estes não se encontravam descritos na maioria dos processos, sendo que nestes casos os mesmos foram considerados ausentes.

O tempo entre o início dos tratamentos curativos foi aferido através do processo informático do doente tendo em consideração a data do diagnóstico e a data da cirurgia, data da 1ª sessão no hospital de dia e/ou a data do 1º tratamento de radioterapia, sendo a data considerada aquela que acontecesse primeiro.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS Statistics®, versão 17,0.

RESULTADOS

Durante o ano de 2011 foram diagnosticados 96 novos casos de cancro no Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

Dos 96 novos casos diagnosticados, 84,4% (n=81) eram do sexo masculino e 15,6% (n=15) do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 32 a 84 anos com uma média de idades de 61,67, uma mediana de 60 anos e desvio padrão de 12,73.

Os sintomas iniciais apresentados pelos pacientes foram a disфонia em 44 casos (45,8%), seguido de disfagia e odinofagia cada um dos sintomas referidos por 29

TABELA 1

Tempo médio entre o início dos sintomas e consulta de ORL consoante a referênciação

Referênciação	Nº casos	Percentagem	Tempo médio consulta ORL (meses)
SU	32	33,3%	8,734
Médico de família	29	30,2%	7,786
Consulta outra especialidade hospitalar	9	9,4%	9,444
Consulta privada ORL	12	12,5%	6,300
PALOP	4	4,2%	11,125
Rastreio da Voz	3	3,1%	2,233
Outro hospital	1	1%	3,000
Já seguido em consulta ORL por outro motivo	4	4,2%	2,750
Missing	2	2,1%	6
Total	96	100%	7.827

pacientes (30,2%), em quarto lugar como sintoma mais comum aparece a tumefacção/massa cervical descrito em 21 doentes (21,9%), perda ponderal referida por 18 pacientes (18,4), depois a otalgia reflexa (15 casos, 15,6%) e finalmente dispneia, que se foi referida na altura do diagnóstico por 10 pacientes (10,4%).

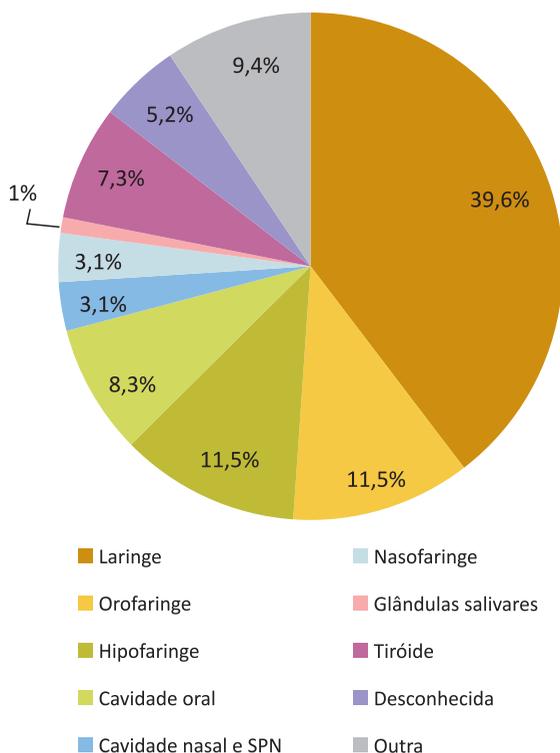
O tempo médio entre o início dos sintomas e a procura/referenciação a consulta oncológica de ORL foi de 9,34 meses, com mediana de 4 meses e desvio padrão de 16,12 meses.

Quanto á referenciação à consulta oncológica esta foi realizada pelo Serviço de urgência de ORL em 32 casos (33,3%), pelo médico de família em 29 casos (30,2%), através de uma consulta privada de ORL em 12 casos (12,5%), por outras especialidades hospitalares em 9 casos (9,4%), 4 casos (4,2%) já eram seguidos em consulta ORL por outros motivos tais como laringite crónica ou pólipos das cordas vocais, 4 casos (4,2) foram referenciados à nossa consulta evacuados dos PALOP e 3 casos (3,1%) foram diagnosticados e referenciados à consulta através do rastreio da voz de 2011. Na tabela 1 encontram-se o tempo médio entre o início dos sintomas e a consulta de ORL consoante a referenciação.

Relativamente à localização primária a Laringe foi o local primário mais comum, responsável por 39,6% (n=38) dos novos casos diagnosticados, imediatamente seguida da orofaringe e da hipofaringe, cada uma responsável por 11,5% (n=11) dos novos casos. No gráfico 1 encontra-

GRÁFICO 1

Distribuição dos novos casos de neoplasias segundo a localização primária



se a distribuição por localização primária dos 96 novos casos.

No que respeita à localização específica, a maioria dos tumores da cavidade oral (n=8) teve origem no bordo lingual, 7 (87,5%), e apenas 1 teve origem no trígono retromolar. Dos 11 tumores da orofaringe 6 tiveram origem nas amígdalas palatinas e 5 na base da língua. Já os tumores da hipofaringe (n=11) pertenciam quase todos ao seio piriforme (81,8%, n=9) e apenas 2 tiveram origem na parede posterior, 1 dos quais se estendia até ao esófago cervical. Dos 38 tumores da laringe, 18 (n=47,3%) tiveram origem nas cordas vocais, 7 (18,4%) nas bandas ventriculares, 5 (13,2%) na epiglote, 5 (13,2%) nas pregas ariepiglóticas, 2 (5,3%) na comissura anterior e 1 (2,6%) na subglote.

Na subcategoria localização primária 'Outra', responsável por 9,4% dos casos, categorizaram-se 5 casos de linfoma não-Hodgkin cuja manifestação inicial foi uma adenopatia cervical, 1 caso de Linfoma T periférico e outro de Leucemia que se apresentaram da mesma forma, uma neoplasia do esófago cervical e uma da região submentoniana.

A predominância do sexo masculino verificou-se para os tumores em todas as localizações, com exceção dos tumores da tiróide onde se verificou uma predominância do sexo feminino (5 versus 2 casos), dos tumores das glândulas salivares onde se diagnosticou apenas um caso numa mulher e dos tumores da nasofaringe, com 2 tumores diagnosticados no sexo feminino contra apenas 1 diagnosticado no sexo masculino.

No que concerne ao estadiamento, a maioria, 54,2% dos casos apresentaram-se em estadios avançados, III e IV, na altura do diagnóstico. Particularmente os tumores da laringe (n=38), na altura do diagnóstico 10 eram T1, 6 T2, 13 T3 e 9 T4, ou seja, 36,8% pertenciam ao estadio I e II e 63,2% já se encontravam em estadio III e IV quando foram diagnosticados. Os tumores da cavidade oral (n=8) dividiram-se entre os estadios iniciais e os avançados, com 3 tumores T1, 1 T2, 1 T3 e 3 T4. Já nos tumores da orofaringe (n=11) predominaram os tumores diagnosticados em estadio avançado, com 2 tumores sendo T1 na altura do diagnóstico, 1 T2, 6 T3 e 2 T4. O mesmo se verificando com os tumores da hipofaringe (n=11), com 1 tumor classificado com T1 ao diagnóstico, 3 classificados com T2, 4 como T3 e 3 como T4.

Em 15,6% (n=15) dos casos não foi possível definir o estadiamento, nomeadamente nos casos de neoplasias de primário desconhecido, localização primária definida como outra e em um caso de neoplasia confinada ao septo nasal. A distribuição dos casos segundo o estadiamento encontra-se discriminada na tabela 2.

Em relação ao consumo de tabaco e álcool 61,5% dos pacientes são tabagistas e 62,5% alcoólatras, sendo que em 48,9% dos pacientes estes dois hábitos combinavam-se. Nas tabelas 3 e 4 encontra-se a distribuição quanto aos hábitos tabágicos e etílicos dos 96 casos. Apenas 5 pacientes (5,2%) eram consumidores

TABELA 2

Distribuição dos tumores quanto ao estadio

Localização Primária	I	II	III	IV	Missing	Total
Cavidade oral	3	1	1	3	0	8
Orofaringe	2	1	6	2	0	11
Hipofaringe	1	2	5	3	0	11
Laringe	10	4	15	9	0	38
Cavidade nasal e SPN	0	0	0	2	1	3
Nasofaringe	0	0	1	2	0	3
Glândulas salivares	0	0	1	0	0	1
Tiróide	2	3	0	2	0	7
Desconhecida	0	0	0	0	5	5
Outra	0	0	0	0	9	9
Total	18	11	29	15	15	96

TABELA 3

Caracterização da população quanto aos hábitos tabágicos e alcoólicos

Hábitos Tabágicos		
	Nº Casos	%
Nunca fumou	23	24%
Ex- fumador há >10A	14	14,6%
< 1 maço/dia	7	7,3%
1-2 maços/dia	34	35,4%
> 2 maços/dia	18	18,8%
Total	96	100%
Hábitos Alcoólicos		
Nega	36	37,5%
Ligeiros	21	31,9%
Moderados	21	21,9%
Pesados	18	18,8%
Total	96	100%

actuais ou ex-consumidores há < 10 anos de substâncias ilícitas, enquanto em 2 pacientes (2,1%) havia história de consumo progressivo há > 10 anos de drogas, nos restantes 87,5% (84 pacientes) não havia história de hábitos aditivos.

Histologicamente 77,1% (n-74) dos novos casos correspondiam a Carcinomas Pavimentocelular.

Os outros tipos histológicos detectados foram: adenocarcinoma, carcinoma adenóide quístico, carcinoma folicular, carcinoma papilar, carcinoma mioepitelial, carcinoma indiferenciado, linfoma não-Hodgkin, linfoma de células T e leucemia linfocítica.

Quanto ao tratamento proposto, globalmente, 34,4% (n-33) dos pacientes foram indicados para Quimio + Radioterapia, 20,8% (n-20) para cirurgia isoladamente enquanto 14,6% (n-14) foram propostos para cirurgia

que se associou a radioterapia quer devido ao estadio da lesão, à presença de margens positivas e/ou a invasão vascular/neural.

De uma forma particular nos pacientes com neoplasia da cavidade oral as indicações terapêuticas dividiram-se em cirurgia isolada (n-3), utilizada em 3 casos T1, e QT + RT (n-3), modalidade proposta nos casos T3 e T4.

Uma paciente com neoplasia da língua T4N1M0 realizou RT + Cetuximab. Nas neoplasias da orofaringe o tratamento mais utilizado foi a QT + RT (n-5), utilizada nas neoplasias T3 e T4, enquanto a RT isolada ou a Cirurgia associada a RT foram as modalidades propostas nos tumores T1 e T2. Em 2 casos de neoplasia da orofaringe em que o diagnóstico histológico revelou um linfoma o tratamento proposto foi a QT isolada.

A modalidade combinada de QT + RT foi a proposta em praticamente todos os tumores da hipofaringe, tantos nos estadios precoces como nos avançados. O único paciente proposto para RT isolada foi devido a uma insuficiência cardíaca grau IV descompensada que se previa não tolerar os tratamentos com QT.

Nos tumores da laringe (n-38) o tratamento mais frequentemente proposto foi a cirurgia isolada (n-12), modalidade muito utilizada nos estadios iniciais dos tumores confinados à glote, seguida da cirurgia associada à RT (n-9) e depois da QT + RT (n-7). Nos tumores da laringe não foi possível estabelecer qual o tratamento mais comum nos tumores T2, T3 e T4 uma vez que este variou muito dependendo de outros factores que não o estadiamento, nomeadamente a localização específica e as características do paciente, por exemplo, 6 dos 38 tumores diagnosticados foram estadiados com T3 N0 M0, destes 2 foram propostos para cirurgia + RT, 2 para QT + RT, 1 para cirurgia isolada e 1 para RT isolada.

Praticamente todos os pacientes com neoplasia da tiróide foram submetidos a cirurgia, no entanto, 2 casos por invasão extra-capsular, foram posteriormente

TABELA 4

Tratamento proposto de acordo com a localização primária

Localização Primária	Tratamento Proposto							Total
	QT	RT	Cirurgia	Cirurgia + RT	QT + RT	Cirurgia + QT + RT	Cirurgia + iodo radioactivo	
Cavidade Oral	0	1	3	1	3	0	0	8
Orofaringe	2	3	0	1	5	0	0	11
Hipofaringe	0	1	0	0	10	0	0	11
Laringe	0	6	12	9	7	3	0	37
Cavidade nasal e SPN	1	0	0	2	0	0	0	3
Nasofaringe	0	0	0	0	3	0	0	3
Glândulas Salivares	0	0	0	1	0	0	0	1
Tiroide	0	1	4	0	0	0	2	7
Desconhecida	0	1	0	0	3	0	0	4
Outra	6	0	1	0	2	0	0	9
Total	9	13	20	14	33	3	2	94

referenciados ao IPO-Lisboa para realizarem tratamento com iodo radioactivo. Uma paciente com neoplasia da tiroide com invasão traqueal e esofágica foi proposta para RT isolada e não para cirurgia.

Em 2 pacientes não se conseguiu definir qual foi o tratamento proposto por ausência de informação no processo.

De um modo geral, podemos observar que as indicações para cirurgia isolada verificaram-se principalmente em tumores classificados como estadio I ou II enquanto a maioria dos tumores em estadio III ou IV tiveram uma abordagem multimodal com QT + RT, cirurgia + RT ou cirurgia + RT + QT.

O tempo decorrido entre o diagnóstico e o início dos tratamentos foi em média de 1,57 meses, com uma mediana de 1 mês e desvio padrão de 1,16 meses. No entanto importa ressaltar que em muitos casos este tratamento teve de ser adiado pois muitos pacientes apresentavam comorbilidades que necessitavam ser controladas previamente ao início dos tratamentos. Dois exemplos foram um paciente proposto para QT + RT que apresentou uma diverticulite aguda com fistulização à pele, tendo por isso de ser submetido a cirurgia pela cirurgia geral para encerramento da fístula antes de iniciar os tratamentos de QT propostos, e outro paciente com insuficiência cardíaca grau IV que desenvolveu um quadro de edema agudo do pulmão e anasarca tendo de ser primariamente compensada a sua função cardíaca antes de se iniciar os tratamentos de RT programados, nestes casos o início dos tratamentos teve de ser protelado em cerca de 2 meses. Outra variação importante a ter em consideração é o facto de, normalmente, os pacientes com neoplasias da cabeça e pescoço apresentarem uma pobre higiene oral e por esse motivo quase todos são observados por estomatologia antes do início dos tratamentos

de RT. Apesar da resposta da consulta de alto risco de estomatologia no nosso hospital ser célere, cerca de 1-2 semanas, alguns pacientes necessitam de tratamentos estomatológicos prolongados, podendo levar até cerca de 1 mês, o que contribui para o atraso no início da terapêutica com intenção curativa.

Até à data do final do estudo (Fevereiro/2012) verificaram-se 6 óbitos todos por doença avançada/progressão tumoral.

DISCUSSÃO

No nosso estudo foi observada uma predominância de indivíduos do sexo masculino, 84,4% dos casos o que está de acordo com vários trabalhos publicados, nomeadamente por Alvarenga et al¹, onde a percentagem de indivíduos do sexo masculino foi de 86% e Guilty et al⁷ onde a percentagem de indivíduos do sexo hospitalizado por carcinoma da cabeça e pescoço foi de 81%.

Em relação à idade os nossos dados corroboram com os já existentes na literatura que evidenciam uma média de idades em torno dos 60 anos.^{6,8,9}

Relativamente aos sintomas apresentados pelos nossos pacientes estes não variaram dos descritos na literatura para este tipo de neoplasias. Importa apenas referir a importância que deve ser prestada às tumefacções/massas cervicais, uma vez que este era o sintoma inicial apresentado por cerca de 1/4 dos pacientes.

O tempo médio de 9 meses, com mediana em torno dos 4 meses, entre o início dos sintomas e a referência/procura dos serviços de ORL indica claramente uma desvalorização destes sintomas por parte dos pacientes e/ou do seu médico assistente.

Sendo o Serviço de ORL do HSM um serviço com urgências 24h por dia 7 dias por semana o acesso dos pacientes encontra-se facilitado, tal como demonstrado

pelo facto da maior parte dos 96 casos diagnosticados ter sido referenciada através do SU (n=32, 33,3%). Outra particularidade do nosso serviço é a realização anual de um rastreio da voz, gratuito e aberto à população geral, o que durante o ano de 2011 permitiu o diagnóstico de 3 novos casos de neoplasias.

Relativamente aos doentes encaminhados através do médico de família o tempo médio entre o início dos sintomas e a consulta ORL foi de cerca de 7,78 meses, inferior ao tempo médio entre os sintomas e a procura de cuidados médicos apresentada pelos doentes que recorriam ao SU (8,73 meses), o que nos permite concluir uma boa acessibilidade à nossa consulta por parte dos cuidados de saúde primários. Os pacientes com maior tempo entre o início dos sintomas e a consulta ORL são os doentes evacuados dos PALOP, com um tempo médio em torno dos 11,1 meses, o que reflecte a pouca acessibilidade aos cuidados de saúde nesses países, bem como as burocracias envolvidas (viagens, termo de residência, etc).

Quanto a localizações anatómicas no nosso estudo prevaleceu o cancro da laringe, seguido da orofaringe acompanhada pela hipofaringe (39,6%, 11,5% e 11,5% respectivamente) o que diverge da maioria dos estudos publicados onde a localização primária mais comum é a cavidade oral.^{1,8,9} Em um estudo realizado em França⁷ a localização primária mais comum foi a orofaringe, ficando a cavidade oral em segundo lugar, e noutro realizado na Nigéria¹⁰ o carcinoma da nasofaringe predominou.

Uma possível explicação para esta incongruência de resultados é que muitos dos carcinomas da cavidade oral diagnosticados no Hospital de Santa Maria são diagnosticados e tratados por outras especialidades, nomeadamente estomatologia, cirurgia maxilo-facial e ainda dermatologia, que trata os carcinomas do lábio diminuindo assim os casos referenciados ao departamento de Otorrinolaringologia. Relativamente aos carcinomas da tiróide, também se espera que este número seja inferior ao descrito na literatura uma vez que muitos casos de patologia tiroideia são, no nosso hospital, referenciados ao serviço de Cirurgia Geral. No entanto existem poucos trabalhos descritos na literatura que descrevam a percentagem de carcinomas da cabeça e pescoço atribuíveis à tiróide. Em um estudo de Botelho et al¹⁴, os pacientes com neoplasias malignas da tiróide representaram 1,94% do total de pacientes atendidos no serviço de ORL. No entanto este dado não permite a comparação com os nossos valores uma vez que a população a que se refere é diferente.

Em relação ao estadiamento 54,2% dos nossos pacientes apresentavam doença avançada na altura do diagnóstico, ou seja encontravam-se em estadio III ou IV o que vai ao encontro da literatura actual que documenta uma elevada frequência de cancro da cabeça e pescoço em estadios avançados.^{1,8,10}

No nosso estudo 61,5% dos pacientes são tabagistas

e 62,5% alcoólicos valores discretamente inferiores aos relatados por Alvarenga et al¹ que documentou uma percentagem de 83,37% de tabagistas e 65,8% de alcoólicos. A explicação provável para esta pequena discrepância de valores é o facto de termos considerado a ausência destes hábitos quando as mesmas não se encontravam discriminadas no processo clínico. No entanto apesar desta pequena incongruência os nossos dados parecem-nos suficientes para apoiar os vários estudos que têm mostrado uma relação consistente do fumo e do álcool com o cancro da laringe e cavidade oral.^{1,8,9}

O carcinoma pavimentocelular foi o tipo histológico mais representativo, presente em 77,1% dos casos. Estudos como o de Alvarenga et al¹, Oliveira et al⁸ e Daher et al⁹ encontraram frequências de carcinoma pavimentocelular superior a 90% no entanto apenas consideraram os carcinomas da cavidade oral, laringe e faringe.

Relativamente ao tratamento proposto a maioria dos nossos pacientes foram propostos para a modalidade terapêutica recomendada pela American Head and Neck Association e AAO-HNS¹², ou seja, os pacientes com neoplasias da cavidade oral regra geral eram propostos para cirurgia, no entanto se houvesse envolvimento dos gânglios linfáticos ou extensão extracapsular esta era associada a QT ou RT. As recomendações são para os pacientes com T1 ou T2 e N0 ou N1 da orofaringe serem propostos para RT isolada e se T3 ou T4 e/ou N>2 serem submetidos a QT + RT, isto foi o observado em nosso estudo com a única variação em que a cirurgia isolada também era algumas vezes utilizada nos estadios iniciais. Relativamente aos tumores da hipofaringe a cirurgia sempre foi o gold standard do tratamento, no entanto evidências recentes mostram um aumento da utilização da QT + RT^{12,15} no tratamento destas neoplasias, em nosso estudo a maioria dos pacientes com neoplasias da hipofaringe foram propostos para esta modalidade combinada de tratamento. Segundo a *American Head na Neck Association* e a AAO-HNS, as indicações para os tumores da laringe são: RT ou excisão transoral endoscópica para os estadios iniciais e Laringectomia total ou QT + RT para os estadios avançados, no entanto estas entidades reconhecem a ampla variação de indicações de centro para centro. No nosso estudo a cirurgia isolada, isto é, a ressecção transoral endoscópica foi claramente o tratamento mais utilizado nas neoplasias limitadas as cordas vocais, nos estadios avançados o tratamento variou sobejamente dependendo não só do estadiamento mas também da localização específica do tumor e das características do paciente, nomeadamente idade, comorbilidades e mesmo preferências. Assim, dois pacientes exatamente com o mesmo estadiamento podiam ser propostos para modalidades terapêuticas distintas.

Globalmente, e independentemente da localização e estadiamento, no nosso estudo predominou a

modalidade terapêutica de QT + RT ou cirurgia isoladamente. No estudo de Alvarenga et al¹, que também considerava todas as neoplasias da cabeça e pescoço, a modalidade terapêutica mais utilizada foi a cirurgia associada a radioterapia e a radioterapia isoladamente. No estudo de Lilly-Tariah¹⁰ a radioterapia era a modalidade mais utilizada, no entanto neste estudo, apesar de serem considerados conjuntamente todos os tumores da cabeça e pescoço, predominavam os casos de carcinoma da nasofaringe.

O tempo médio entre o diagnóstico e o início dos tratamentos foi de 1,57 meses, com mediana de 1 mês. No entanto não podemos esquecer que o início dos tratamentos vai depender de outros factores, nomeadamente as comorbilidades dos pacientes que precisam estar controladas, e nos casos dos doentes propostos para RT, dos tratamentos de estomatologia que têm de ser realizados previamente. No entanto, o período de espera de cerca de 1 mês parece-nos ser aceitável e reflectir uma boa resposta.

As neoplasias da cabeça e pescoço caracterizam-se pela sua agressividade local, grande percentagem de estadios III e IV e conseqüentemente baixos índices de sobrevivência reflectindo uma maior necessidade de atenção ao diagnóstico precoce e combate aos factores de risco.

CONCLUSÃO

A análise dos 96 novos casos de carcinomas da cabeça e pescoço diagnosticados durante o ano de 2011 no Departamento de ORL, Voz e Perturbações da Comunicação do Hospital de Santa Maria em Lisboa, está de acordo com os dados da literatura que revelam que este tipo de patologia é mais comum em homens, tabagistas e tem um pico de incidência aos 60 anos de idade. A localização primária mais comum foi a Laringe e a proposta terapêutica mais oferecida a QT + RT.

A caracterização da população com este tipo de neoplasias, a identificação dos seus factores de risco, bem como averiguar a sua acessibilidade aos cuidados de saúde especializados e a eficácia destes em dar resposta poderá viabilizar estratégias para a implementação de programas de prevenção e diagnóstico precoce permitindo melhorar a morbidade-mortalidade destes pacientes.

Referências bibliográficas

1. Alvarenga LM, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli EC, Ruback MJC et al; Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo; Rev Bras Otorrinolaringol; 2008; 74(1); 68-73
2. Bento MJ, Rosa M, Pontes L, Silva MA et al, Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil; Registo Oncológico Nacional 2001; Eds Mediana 2008
3. <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=3965>
4. <http://geccp.pt/>
5. <http://www.pop.eu.com/>
6. Manfro G, Dias FL, Soares JRN, Lima RA et al; Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe; Rev Bras de Cancerologia; 2006; 52(1); 17-24
7. Guily JL, Borget I, Vainchtock A, Rémy et al; Head and neck cancers in France: an analysis of the hospital medical information system (PMSI) database; Head Neck Oncol; 2010; 2(22)
8. Daher GC, Pereira GA e Oliveira AC; Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce; Rev Bras Epidemiol; 2008; 1(4): 584-596
9. Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Zucoloto S; Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira; J Bras Patol Med Lab; 2006; 42(5); 385-392
10. Lilly-Tariah OB, Somefun AO e Adeyemo WL; Current evidence on the burden of head and neck cancers in Nigeria; Head Neck Oncol.; 2009; 1 (14)
11. Liga Portuguesa Contra o Cancro; Cancro da boca disponível em <http://www.ligacontracancro.pt>
12. Deschler DG, Day T; Pocket guide to TNM staging of head and neck cancer and neck dissection classification; 2008; disponível em <http://www.entnet.org/EducationAndResearch/upload/NeckDissectionPart1.pdf>
13. Abel EL, Kurger ML; What do we mean by "moderate" and "heavy" drinking?; Alcohol Clin Exp Res; 1995; 19(4); 1024-1031 disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7485812
14. Botelho JB, Oliveira VS, Freitas RF, Oliveira RS et al; Neoplasias malignas da tireóide: estudo do perfil clínico e epidemiológico de pacientes atendidos entre os anos de 1978-2008; disponível online em <https://www.sporl.pt/LinkClick.aspx?fileticket=c1D2W2MnS8M%3d&tabid=145&mid=582&forcedownload=true>
15. Rades D, Meyners T, Kazic N, Bajrovic A et al; Comparison of radiochemotherapy alone to surgery plus radio(chemo)therapy for non-metastatic stage III/IV squamous cell carcinoma of the head and neck: A matched-pair analysis; Strahlenther Onkol; 2011; 187(9) disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21858415>
16. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JA; Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Pórt Alegre-RS; Rev Bras Cancerologia; 2004; 50(2); 95-101
17. Ogata AC, Soares EW, Soares GV, Araki LT; Tumor segundo primário em pacientes operados com carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço; Rev Bras Otorrinolaringol; 1997; 63(6); 583-586
18. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M et al; Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006; Annals of Oncology; 2007; 18; 581-592
19. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T et al; Prevalence, Predictive factors, and screening for Psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer; Cancer; 2000; 88(12); 2817-2823
20. Miranda AC, Pereira NA, Mesquita C, Bastos J et al; Top 10. Os 10 tumores mais frequentes na população portuguesa adulta na região sul de Portugal no período 2000|2001; Eds Registo Oncológico Regional Sul IPOLFG-EPE; 2008
21. National Cancer Institute; Head and Neck Cancers disponível em <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Sites-Types/head-and-neck>
22. National Cancer Institute; Surveillance Epidemiology and End results – Larynx, oral cavity and pharynx and thyroid disponível em <http://seer.cancer.gov/statfacts>
23. www.who.int