

Glossectomia total na era de preservação de órgão - Resultados funcionais e sobrevida

Total glossectomy in the organ preservation era - Functional outcomes and survival

Susana Pereira • Rui Fino • Pedro Montalvão • Marta Mariano • Marta Melo • Luís Castelhana • Miguel Magalhães

RESUMO

Objetivos: Avaliação de doentes submetidos a glossectomia total (GT).

Material e Métodos: Estudo retrospectivo que incluiu os doentes submetidos a GT entre 2009 e 2018 no serviço de Otorrinolaringologia do IPOLFG.

Resultados: Foram incluídos 27 doentes. A vasta maioria dos doentes (78%) apresentava tumor em estadio avançado (IV). A GT foi realizada como tratamento de resgate em 56% dos casos. A reconstrução foi maioritariamente realizada recorrendo a retalho de grande peitoral (59%). 93% dos doentes foram laringectomizados. 30% dos doentes alcançaram função da deglutição adequada. No período de follow-up médio de 21 meses, 14 (52%) doentes recidivaram. As taxas de sobrevida a 1 e 5 anos foram de 52% e 22%.

Conclusões: A GT foi maioritariamente realizada em casos de recidiva de doença após protocolo de preservação de órgão. Tem um impacto na qualidade de vida ao afetar quer a deglutição quer a fala. São doentes com recidiva locoregional elevada e com taxa de sobrevida baixa, mas é uma opção importante quando as alternativas terapêuticas são limitadas.

Palavras-chave: cirurgia da cabeça e pescoço, tumor da língua oral, tumor da base da língua, glossectomia total, reconstrução com retalho

Susana Pereira

Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal,

Rui Fino

Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Portugal

Pedro Montalvão

Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Portugal

Marta Mariano

Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal

Marta Melo

Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Portugal

Luís Castelhana

Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Portugal

Miguel Magalhães

Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Portugal

Correspondência:

Susana Pereira
spereira0608@gmail.com

ABSTRACT

Aims: Evaluation of patients undergoing total glossectomy (GT). **Material and Methods:** Retrospective study that included patients undergoing GT between 2009 and 2018 at the Otorhinolaryngology Service of IPOLFG.

Results: 27 patients were included. The vast majority of patients (78%) had advanced tumor (stage IV). GT was performed as a salvage treatment in 56% of cases. The reconstruction was mostly performed using a pectoralis major flap (59%). 93% of patients were laryngectomized. 30% of patients achieved adequate swallowing function. In the mean follow-up period of 21 months, 14 (52%) patients relapsed. One- and 5-year survival rates were 52% and 22%.

Conclusions: GT was mostly performed in cases of disease recurrence after an organ preservation protocol. It has an impact on quality of life by affecting both swallowing and speech. These patients have high locoregional recurrence and low survival rate, but it is an important option when therapeutic alternatives are limited.

Keywords: Head and neck surgery, oral tongue cancer, base of tongue cancer, total glossectomy, flap reconstruction

INTRODUÇÃO

Doentes com tumores da língua (língua oral e base da língua) em estadio avançado apresentam-se francamente debilitados com queixas de dor intensa, dificuldade na deglutição com baixo aporte nutricional, dificuldade na fala, modificação dos mecanismos de proteção da via aérea com consequente aspiração e infeções da via aérea inferior. Apesar dos avanços na terapia multimodal, técnicas de reconstrução e de reabilitação, estes doentes apresentam mau prognóstico, com morbilidade significativa e sobrevida a 5 anos entre 21-50%, sendo consideravelmente menor em casos recidivantes.¹

O tratamento ideal permanece um desafio pela necessidade de considerar o controlo oncológico e a morbilidade peri e pós-operatória associada. A glossectomia total (GT) é uma opção terapêutica que pode ser realizada com intenção curativa, para tumores primários que requerem ressecção extensa, ou como terapia de resgate em casos de doença recidivante em doentes previamente tratados por radioterapia/quimioradioterapia (RT/QRT). A QRT tem sido a primeira opção de tratamento de tumores avançados, com intuito de preservação de órgão, especialmente nos tumores na

orofaringe. A GT como cirurgia primária ainda é a opção de tratamento de primeira linha para tumores da língua localmente avançados, no entanto, a morbilidade desta cirurgia, a preferência do doente e a sua capacidade física são também fatores importantes na decisão final.² A GT tem implicações biopsicossociais significativas no doente, resulta em comprometimento estético e funcional com impacto negativo na qualidade de vida. São doentes com recidiva locoregional elevada e com taxa de sobrevida baixa, mas é uma importante opção quando as alternativas terapêuticas são limitadas.² Os objetivos do presente trabalho foram avaliar os doentes submetidos a GT, desde as características demográficas, clinico-patológicas, tratamento e tipo de reconstrução a resultados funcionais, recidiva e sobrevida.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a GT, como procedimento isolado, ou como parte de uma ressecção composta, no Serviço de Otorrinolaringologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG), entre janeiro de 2009 e dezembro de 2018.

As características dos doentes e resultados terapêuticos foram avaliados. Mais especificamente, as variáveis recolhidas foram a idade, sexo, sistema de classificação do status físico da Sociedade Americana de Anestesiologistas (*score* ASA), hábitos tabágicos e alcoólicos, local do tumor, estadiamento do tumor (TNM, AJCC – *American Joint Committee on Cancer*) e se a GT foi realizada como tratamento primário ou de resgate. Recolheu-se ainda informação relativa à técnica cirúrgica, de reconstrução, assim como a terapia adjuvante realizada. Informação relativa às características do tumor como histologia, grau, invasão perineural, linfovascular e margens cirúrgicas também foi recolhida. Os dados do pós-operatório foram avaliados, o tempo de internamento, complicações médicas e cirúrgicas e falência do enxerto. Nos doentes que tinham os dados relativos à deglutição disponíveis, foi recolhida informação do tipo de dieta e da necessidade de alimentação por tubo de gastrostomia. A sobrevida foi definida pelo tempo, em meses, desde a GT até à data da morte por qualquer causa ou até à data da última consulta nos doentes ainda vivos. Foi avaliada a presença de recidiva local, regional ou à distância assim como o tempo, em meses, que decorreu entre a intervenção cirúrgica e a data do diagnóstico da recidiva.

A análise estatística foi realizada recorrendo ao *software* SPSS 21.0. A estatística descritiva foi calculada para todas as variáveis. Na análise de variáveis categóricas utilizou-se o teste de independência de Qui-quadrado ou teste de Fisher. Na análise de variáveis numéricas em duas amostras independentes utilizou-se o teste *T-student* ou Mann-Whitney conforme as variáveis tivessem ou não distribuição normal, respetivamente. Na análise de duas variáveis numéricas utilizou-se o teste de Spearman. As curvas de sobrevida foram calculadas pelo método de

Kaplan-Meier e a comparação entre as curvas pelo teste de *log-rank*. As comparações entre os grupos foram consideradas estatisticamente significativas no limiar de *p* inferior a 0,05. Dados da literatura foram recolhidos recorrendo à base de dados *online* Pubmed.

RESULTADOS

Dados demográficos e estadiamento tumoral

No período de 10 anos, 27 doentes foram submetidos a GT. Tinham idades compreendidas entre 41 e 72 anos (média de 59 anos). 24 (89%) eram do sexo masculino e 3 (11%) do sexo feminino. 24 (89%) dos doentes tinham hábitos tabágicos com uma média de 53 UMA e 23 (85%)

Tabela 1

Características dos doentes submetidos a glossectomia total

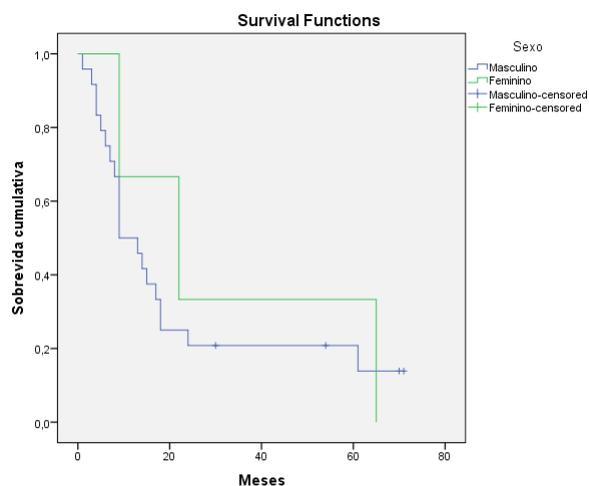
	n (%)
Idade média ± desvio padrão (intervalo)	59,4 ± 9,6 (41 – 72) anos
Sexo	
Masculino	24 (89%)
Feminino	3 (11%)
ASA	
II	16 (59%)
III	11 (41%)
Hábitos tabágicos	24 (89%)
UMA	53,1 ± 33,7 (30-200)
Hábitos alcoólicos	23 (85%)
Localização do tumor	
Base da língua	14 (52%)
Língua oral	11 (41%)
Pavimento da boca	2 (7%)
Estadio T	
T2	3 (11%)
T3	8 (30%)
T4a	16 (59%)
Estadio N	14 (52%)
N1	3 (11%)
N2a	2 (7%)
N2b	1 (4%)
N2c	2 (7%)
N3a	1 (4%)
N3b	5 (19%)
Estadiamento TNM	
II	3 (11%)
III	3 (11%)
IVa	14 (52%)
IVb	6 (22%)
IVc	1 (4%)
Tratamento primário	12 (44%)
Tratamento de resgate	15 (56%)
Tratamento prévio	15 (56%)
QRT	9 (33%)
Cirurgia + RT	3 (11%)
RT	3 (11%)

tinham hábitos alcoólicos. 11 (41%) doentes tinham ASA III. O local mais frequentemente envolvido pelo tumor foi a base da língua em 14 (52%) doentes, seguido pela língua oral em 11 (41%) doentes e pavimento da boca em 2 (7%). A maioria dos doentes apresentava tumor localmente avançado T4a (16, 59%). 8 (30%) doentes apresentavam tumor T3 e os restantes 3 (11%) apresentavam tumor T2; a GT nestes 11 casos foi realizada como cirurgia de resgate ou porque o doente já tinha sido submetido a tratamentos com RT/QRT para outro tumor. O envolvimento ganglionar (N+) foi encontrado em 14 (52%) doentes (N1 11%; N2a 7%; N2b 4%; N2c 7%; N3a 4%; N3b 19%). 3 (11%) dos doentes foram estadiados em II, 3 (11%) em estadio III, 14 (52%) foram estadiados em IVa, 6 (22%) em IVb e 1 (4%) em IVc.

A GT foi realizada como tratamento de resgate em 15 (56%) doentes – 9 doentes tinham recidivado após QRT prévia, 3 após cirurgia e RT e 3 após RT isolada. Dos doentes submetidos a GT como tratamento inicial, 58% (7/12) já tinha sido submetido previamente a RT/QRT para tratamento de outro tumor. 5 doentes não tinham sido tratados a nenhum tumor e o tratamento inicial foi GT. Doentes do sexo masculino tiveram uma sobrevida menor ($p=0,62$) (Figura 1), assim como doentes com tumores T4a ($p=0,78$), apesar de não se ter encontrado relação estatisticamente significativa.

Figura 1

Curvas de sobrevida global de Kaplan-Meier dos doentes do sexo masculino e feminino



Técnica cirúrgica e de reconstrução

Dos 27 doentes submetidos a GT, 21 (78%) fizeram laringectomia total (LT) concomitante. 4 (15%) doentes já tinham sido submetidos previamente a LT por tumor da laringe/hipofaringe. Em 2 (7%) doentes foi feita ressecção composta com mandibulectomia segmentar e em 7 (26%) doentes houve a necessidade de complementar com a realização de faringectomia parcial.

A reconstrução foi maioritariamente realizada recorrendo a retalho pediculado de grande peitoral (16, 59%),

Tabela 2

Técnica cirúrgica, de reconstrução e evolução pós-operatória

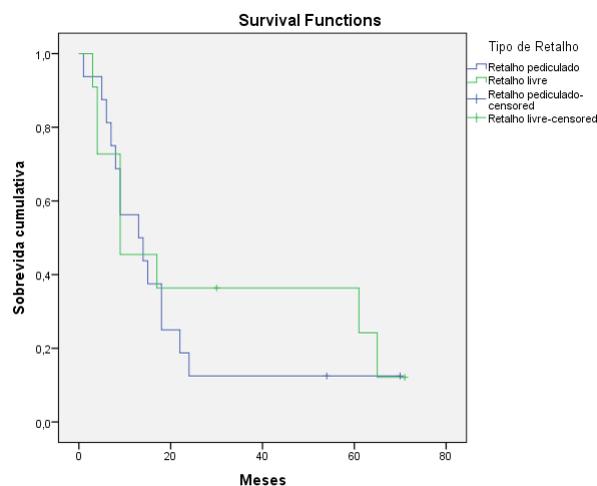
	n (%)
Laringectomia total	25 (93%)
LT concomitante	21 (78%)
LT prévia	4 (15%)
Reconstrução	
Retalho de grande peitoral	16 (59%)
Retalho de reto abdominal	9 (33%)
Retalho de perónio	2 (8%)
Terapia adjuvante	7 (26%)
RT	4 (15%)
QRT	3 (11%)
Tempo de internamento	30,9 ± 20,5 (7-89)
Complicações cirúrgicas	12 (44%)
Infeção da ferida	7 (26%)
Necrose parcial retalho	2 (7%)
Falência do retalho	3 (11%)
Complicações médicas	2 (7%)
Enfarte agudo miocárdio	1 (4%)
Acidente vascular cerebral	1 (4%)

seguinte-se opção pelo retalho livre de reto abdominal (9, 33%) e de perónio (2, 8%). Nos últimos 5 anos (2014-2018) verificou-se um aumento progressivo do uso de retalho livre em detrimento do retalho pediculado de grande peitoral (55% retalho livre vs 45% retalho pediculado). Doentes submetidos a reconstrução com retalho livre, tiveram uma sobrevida maior do que aqueles em que a reconstrução foi com retalho pediculado (28,9 vs 19,3 meses), apesar da ausência de significado estatístico ($p=0,62$) (Figura 2).

O tempo médio de internamento foi de 31 dias e 13 (48%) doentes tiveram uma complicação pós-operatória médica ou cirúrgica. As mais frequentes foram infeção da

Figura 2

Curvas de sobrevida global de Kaplan-Meier dos doentes que receberam retalho pediculado e retalho livre



ferida em 7 (26%) doentes e necrose parcial do retalho em 2 (7%). Um doente teve enfarte agudo do miocárdio no pós-operatório imediato e outro doente acidente vascular cerebral. Foi observada falência do retalho em 3 (11%) casos, sendo em retalhos livres de reto abdominal. Após a cirurgia, 4 (15%) doentes receberam RT adjuvante e 3 (11%) QRT adjuvante.

Características do tumor

A avaliação anatomopatológica revelou tratar-se de carcinoma adenoide quístico em um doente e de carcinoma pavimento-celular (CPC) nos restantes. A média do tamanho do tumor foi 4,7 cm. Em 13 (52%) doentes o tumor era moderadamente diferenciado, em 11 (44%) pouco diferenciado e em 1 (4%) diferenciado. Verificou-se uma elevada taxa de invasão perineural, presente em 62% dos casos (16/26) e baixa invasão perivascular, em 19% dos casos (5/26). O relatório histológico revelou presença de margens positivas em 15 (56%) casos e gânglios com extensão extranodal em 5 (19%) doentes. Doentes com tumor pouco diferenciado ($p=0,80$), com invasão perivascular ($p=0,99$), margens positivas ($p=0,67$) e metástases com extensão extracapsular ($p=0,33$) tiveram uma menor sobrevida, apesar de não se ter encontrado relação estatisticamente significativa.

Tabela 3

Características do tumor

	n (%)
Tamanho	4,7 ± 1,2 (2,5-7,5)
Histologia	
Carcinoma pavimento celular	26 (96%)
Carcinoma adenoide quístico	1 (4%)
Grau (CPC)	
Diferenciado	1 (4%)
Moderadamente diferenciado	13 (52%)
Pouco diferenciado	11 (44%)
Invasão perineural	16 (62%)
Invasão perivascular	5 (19%)
Margens positivas	15 (56%)
N+ com extensão extracapsular	5 (19%)

Resultados funcionais, recidiva e sobrevida

8 (30%) doentes conseguiram alcançar função da deglutição adequada alimentando-se predominantemente via oral a tolerar dieta pastosa; estes doentes, que não ficaram dependentes da dieta entérica, tiveram uma sobrevida significativamente maior do que os restantes (47 vs 11 meses, $p=0,01$). 93% dos doentes foram laringectomizados tendo optado por outros meios de comunicação não-verbal.

No período de seguimento, que variou de 1 a 71 meses (média de 21 meses), 14 (52%) doentes recidivaram, em média 7 meses após a cirurgia. As taxas de recidiva foram de 22%, 11%, 15% e 7% para recidiva local, regional,

Tabela 4

Resultados funcionais e recidiva

	n (%)
Tempo de follow-up	21,3 ± 22,1 (1 - 71)
Tempo desde a cirurgia à recidiva (meses)	7,2 ± 3,9 (2-16)
Recidiva	14 (52%)
Local	6 (22%)
Regional	3 (11%)
Locoregional	4 (15%)
À distância	2 (7%)
Deglutição	
Oral	8 (30%)
PEG	19 (27%)
Fala	
Perceptível com repetição	2 (7%)
Outros meios de comunicação não-verbal	25 (93%)

Figura 3

Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier dos doentes que recidivaram e que não recidivaram

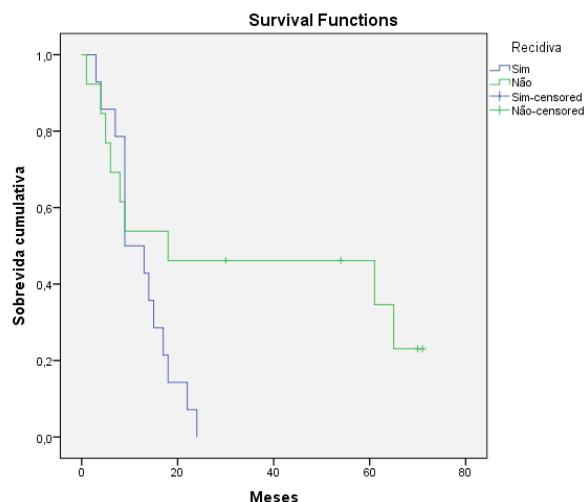
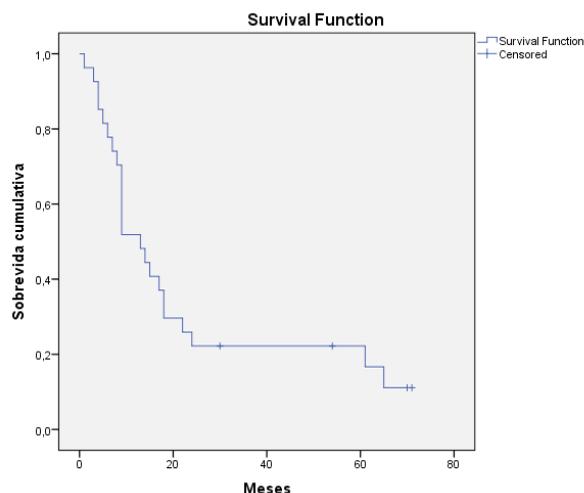


Figura 4

Curva de sobrevida global de Kaplan-Meier de todos os doentes



locoregional e à distância, respetivamente. Na data da última observação apenas 4 doentes (15%) estavam vivos sem doença. 6 doentes (22%) tiveram uma boa evolução e ficaram curados da doença. As taxas de sobrevida a 1 e 5 anos foram de 52% e 22%.

DISCUSSÃO

A GT é uma opção terapêutica para os doentes com tumor da cavidade oral e orofaringe localmente avançado, no entanto, é um procedimento controverso pois, apesar de ser tecnicamente viável, está associado a elevada morbilidade.³ De janeiro de 2009 e dezembro de 2018 foram realizadas 27 GT no IPOLFG. Todos os doentes foram avaliados por uma equipa multidisciplinar e a decisão da melhor opção terapêutica é tomada após discussão em consulta de grupo por médicos de otorrinolaringologia, radioterapia, oncologia, anatomia patológica e imagiologia. Habitualmente a incidência destes tumores é maior no género masculino por maior exposição ao tabagismo e etilismo. O álcool e o tabaco atuam sinergicamente resultando num risco muito maior do que cada um individualmente.⁴ 24 (89%) dos doentes da nossa amostra tinham hábitos tabágicos com uma média de 53 UMA e 23 (85%) tinham hábitos alcoólicos. Na literatura, a proporção de géneros é cerca de 3:1 (masculino: feminino), semelhante à encontrada no nosso estudo (89% masculino vs 11% feminino). A média de idades foi de 59 anos, coincidente com os dados apresentados por vários autores.

O CPC é o subtipo histológico presente em 90% dos tumores malignos das vias aerodigestivas superiores; no nosso estudo 96% dos tumores eram CPC. Relativamente ao estadiamento tumoral, a maioria dos doentes apresentava tumor localmente avançado T4a (16, 59%) e 78% foram classificados em estadio IV. São fatores independentes de pior prognóstico, doentes do sexo masculino e com tumores em estágio T4.³ Na nossa amostra, também se verificou que doentes do sexo masculino tiveram uma sobrevida menor ($p=0,62$), assim como doentes com tumores T4a ($p=0,78$), apesar de não se ter encontrado relação estatisticamente significativa. A GT foi realizada como tratamento de resgate em 15 (56%) doentes e dos doentes submetidos a GT como tratamento inicial, 58% (7/12) já tinha sido submetido previamente a RT/QRT para tratamento de outro tumor. Esta cirurgia era a única hipótese de cura para a vasta maioria dos doentes.

O tratamento cirúrgico dos tumores da língua (língua oral e base da língua) localmente avançados resulta em grandes defeitos cirúrgicos que requerem reconstrução com retalho. Tradicionalmente, a reconstrução era realizada com recurso a retalho pediculado de grande peitoral, mas, com o desenvolvimento das técnicas microcirúrgicas nas últimas décadas, tem havido um crescente interesse pela reconstrução com retalhos livres, principalmente miocutâneos de reto abdominal, que permitem uma reconstrução estrutural e funcional

eficaz.¹ Na nossa amostra, verificou-se que nos últimos 5 anos (2014-2018) houve um aumento progressivo do uso de retalho livre em detrimento do retalho pediculado de grande peitoral (55% retalho livre vs 45% retalho pediculado). Doentes submetidos a reconstrução com retalho livre, tiveram uma sobrevida maior do que aqueles em que a reconstrução foi com retalho pediculado (28,9 vs 19,3 meses), apesar da ausência de significado estatístico ($p=0,62$).

Apesar da reconstrução para restaurar a função da língua, fornecendo volume para facilitar a deglutição segura, apenas 30% dos doentes conseguiram manter alimentação predominante por via oral. A preservação da deglutição continua a ser um grande desafio nos doentes submetidos a GT com reconstrução; a proporção de doentes que alcança função adequada da deglutição varia muito entre os estudos, desde 28,6% a 100%.¹ Vários estudos destacam os principais fatores de risco para dependência de alimentação entérica como o tratamento com radioterapia. A maioria dos doentes deste estudo (82%) foi submetida a terapia com radiação, pelo que, a pobre função de deglutição observada, não é apenas secundária à cirurgia. Um dos fatores determinantes para a não progressão na dieta é, também, a baixa sobrevida dos doentes, que não permite que haja tempo para uma reabilitação adequada com uma equipa multidisciplinar. Verificamos, na nossa amostra, que os doentes que não ficaram dependentes da dieta entérica, tiveram uma sobrevida significativamente maior do que os restantes (47 vs 11 meses, $p=0,01$).

A GT pode ser realizada com ou sem laringectomia (LT) dependendo da extensão do tumor e dos fatores de risco associados. A LT concomitante proporciona um maior controlo tumoral.⁵ Harrison sugeriu que a LT fosse realizada para a maioria dos tumores da base da língua permitindo obter margens adequadas.⁴ A preservação da laringe é possível desde que a valécula e o espaço pré-epiglótico estejam livres de doença. O risco de aspiração deve ser considerado, com conseqüentes pneumonias de aspiração em doentes que já têm compromisso da função pulmonar por hábitos tabágicos acentuados.⁴ 93% dos doentes da nossa amostra foram laringectomizados tendo optado por outros meios de comunicação não-verbal.

A recidiva locoregional deve ser criteriosamente controlada em doentes submetidos a GT. A causa mais comum de morte que tem sido relatada após GT é por recidiva a nível local e regional.⁶ Assim, os fatores de risco para recidiva após o tratamento cirúrgico devem ser minimizados. Doentes com características histológicas de alto risco (invasão perineural e/ou linfovascular, margens positivas e extensão extracapsular) são submetidos a QRT adjuvante (ou RT se tiver comorbilidades que contraindiquem a QT). Na nossa amostra, 4 (15%) doentes receberam RT adjuvante e 3 (11%) QRT adjuvante. A re-irradiação não é realizada por rotina devido ao risco de complicações relacionadas com a toxicidade da radiação

(osteorradiocrecrose, rutura da carótida e neuropatias cranianas). Tendo em conta esta premissa, não foi possível fazer tratamento adjuvante a 16 doentes que tinham características histológicas de alto risco, mas já tinham sido submetidos a RT/QRT como tratamento primário do tumor da cavidade oral/orofaringe ou para tratamento de outro tumor prévio.

No período de seguimento, que variou de 1 a 71 meses (média de 21 meses), 14 (52%) doentes recidivaram, em média 7 meses após a cirurgia. As taxas de recidiva foram de 22%, 11%, 15% e 7% para recidiva local, regional, locoregional e à distância, respetivamente. Os resultados são semelhantes aos descritos na literatura; Quinsan *et al*³ apresentam taxas de recidiva de 54,5%. Temos melhores resultados ao comparar com Han *et al*¹, que descreve taxas de recidiva de 27%, 30%, 36% e 25% para recidiva local, regional, locoregional e à distancia, respetivamente. Kamhieh *et al* concluíram que o maior risco de recidiva ocorre nos dois primeiros anos de pós-operatório.² Na nossa amostra verificámos que todos os doentes com sobrevida superior a 2 anos se mantiveram livres de doença; 4 estão vivos e 2 faleceram por outras causas.

As taxas de sobrevida após GT, no presente estudo, foram de 52% e 22% a 1 e 5 anos, respetivamente. Os resultados são semelhantes a outros centros, relatados por Quinsan *et al*³ (sobrevida de 19% a 5 anos, n=22) ou Han *et al*¹ (sobrevida de 42% a 1 ano e 26% a 5 anos, n=48). A sobrevida neste estudo é menor ao comparar com Kamhieh *et al*² (sobrevida de 68% a 1 ano e 50% a 5 anos, n=25), provavelmente pela maioria (56%) dos nossos doentes terem sido submetido a GT como terapia de resgate por recidiva da doença e, os restantes doentes em que a GT foi realizada como tratamento primário, 67% apresentava tumor com estadio IV.

A GT além de permitir um controlo das queixas álgicas, em doentes com tumores localmente avançados, que sofrem com dor intensa e odinofagia, cursa com uma possibilidade, embora baixa, de cura da doença. Conforme demonstrado no presente estudo, alguns doentes (6, 22%) tiveram uma boa evolução e ficaram curados da doença. A GT justifica-se como procedimento cirúrgico primário ou de resgate em doentes selecionados, sendo fundamental obter margens negativas e reconstrução por uma equipa experiente. Tem um impacto na qualidade de vida, ao afetar quer a fala quer a deglutição, no entanto a qualidade de vida pode ser aceitável em doentes altamente motivados e cuidadosamente selecionados. É crucial que o doente tenha acesso a um vasto apoio por parte de terapeuta da fala, psicólogo, assistente social permitindo acelerar a sua recuperação funcional mas também dar resposta a questões emocionais e sociais.

CONCLUSÃO

A GT foi maioritariamente realizada em casos de recidiva de doença após protocolo de preservação de órgão ou em casos em que o doente já tinha sido submetido

previamente a RT/QRT para tratamento de outro tumor da cabeça a pescoço. A vasta maioria dos doentes (78%) apresentava tumor em estadio avançado (IV). Apesar do sucesso cirúrgico dos doentes submetidos a GT com reconstrução com retalho livre ou pediculado, a cirurgia teve um impacto na qualidade de vida ao afetar quer a fala quer a deglutição (apenas 30% dos doentes conseguiram manter alimentação predominante por via oral). São doentes com recidiva elevada (52%) e com taxa de sobrevida baixa (52% e 22% a 1 e 5 anos), mas é uma importante opção quando as alternativas terapêuticas são limitadas. 6 doentes (22%) tiveram uma boa evolução e ficaram curados da doença. A GT justifica-se em doentes selecionados e altamente motivados

Conflito de Interesses

Os autores declaram que não têm qualquer conflito de interesse relativo a este artigo.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram que seguiram os protocolos do seu trabalho na publicação dos dados de pacientes.

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos diretores da Comissão para Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Financiamento

Este trabalho não recebeu qualquer contribuição, financiamento ou bolsa de estudos.

Disponibilidade dos Dados científicos

Não existem conjuntos de dados disponíveis publicamente relacionados com este trabalho.

Referências bibliográficas

1. Han AY, Kuan EC, Mallen-St Clair J, Badran KW, Palma Diaz MF, Blackwell KE. et al. Total glossectomy with free flap reconstruction: twenty-year experience at a Tertiary Medical Center. *Laryngoscope*. 2019 May;129(5):1087-1092. doi: 10.1002/lary.27579.
2. Kamhieh Y, Fox H, Healy S, Hallett E, Quine S, Owens D. et al. Total glossectomy cohort study (N = 25): Survival, function and quality of life. *Clin Otolaryngol*. 2018 Oct;43(5):1349-1353. doi: 10.1111/coa.13121.
3. Quinsan ICM, Costa GC, Priante AVM, Cardoso CA, Nunes CLS. Functional outcomes and survival of patients with oral and oropharyngeal cancer after total glossectomy. *Braz J Otorrinolaringol*. Sep-Oct 2020;86(5):545-551. doi: 10.1016/j.bjori.2019.02.005.
4. van Lierop AC, Basson O, Fagan JJ. Is total glossectomy for advanced carcinoma of the tongue justified? *S Afr J Surg [Internet]* 2008 Feb;46(1):22-5. Available from: <https://hdl.handle.net/10520/EJC66740>
5. Sinclair CF, Carroll WR, Desmond RA, Rosenthal EL. Functional and survival outcomes in patients undergoing total glossectomy compared with total laryngoglossectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Nov;145(5):755-8. doi: 10.1177/0194599811412724.
6. Vartanian JG, Magrin J, Kowalski LP. Total glossectomy in the organ preservation era. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010 Apr;18(2):95-100. doi: 10.1097/MOO.0b013e3283376c3f