

## **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CABEÇA E PESCOÇO**

Brenda Walter Rosi<sup>1</sup>; Eliseu Matos Valbão<sup>1</sup>; Gabriel Machado Zamprogno Mendes<sup>1</sup>; Pedro Henrique Queiroz Rohr<sup>1</sup>; Pedro Vitor De Avelar Jacques<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Acadêmicos de Medicina na Faculdade Brasileira –Multivix- Vitória

### **RESUMO**

O carcinoma epidermoide (CEC) de cabeça e pescoço abrange todo o mundo com alta taxa de incidência e mortalidade, as quais vêm crescendo a cada ano. O determinismo dessa situação se dá quase que exclusivamente pelo grande consumo de álcool e tabaco, que são os principais causadores de CEC, pela população. Com isso, é de suma importância um rastreamento eficaz, já que esse tipo de tumor apresenta mau prognóstico quando o diagnóstico é feito em etapa avançada de sua evolução. Portanto, o objetivo desse estudo é traçar o perfil epidemiológico de pacientes portadores dessa enfermidade a fim de identificar o grupo de risco e alertar a população.

### **ABSTRACT**

The squamous cell carcinoma (SCC) of the head and neck has a high rate of incidence and mortality worldwide, which are growing every year. This happens almost exclusively by the large consumption of alcohol and tobacco, which are the main causes of SCC, by the population. Thus, it is of critical importance an effective screening, since this type of tumor has a poor prognosis when the diagnosis is made in an advanced stage of its evolution. Therefore, the aim of this study is to trace the epidemiological profile of patients with this disease in order to identify the risk group and warn the public.

### **INTRODUÇÃO**

O câncer de cabeça e pescoço se configura com uma alta taxa de incidência e mortalidade em todo mundo, sendo responsável por cerca de 550,000 mortes por ano<sup>1</sup>. Esse número surpreendente se dá pela característica altamente maligna que esse abrangente grupo de doenças oferece, no qual a grande maioria da incidência é representada pelos carcinomas espinocelulares (CEC)<sup>2</sup>.

O CEC de cabeça e pescoço, mesmo com grande número de casos novos por ano, tem ainda uma incidência crescente principalmente em países em desenvolvimento<sup>2</sup>. Essa relação é supostamente estabelecida pelo alto consumo de tabaco e álcool nesses locais, os quais são de longe os principais fatores de risco<sup>3</sup>.

Com isso, é importante citar que nos últimos anos essa doença vem se estendendo cada vez mais e acometendo também grupos de indivíduos que normalmente não atingia com tanta frequência, como por exemplo, pessoas com idade inferior a 45 anos e pessoas do gênero feminino<sup>2</sup>. Nesse contexto, é de grande validade expor a epidemiologia, fatores de risco, apresentação clínica, diagnóstico e tratamento dessa enfermidade que se estabelece no cenário médico com característica agressiva e de grande número de casos<sup>4</sup>.

## DESENVOLVIMENTO

A estimativa é de 644,000 novos casos de câncer de cabeça e pescoço por ano em todo o mundo, sendo que dois terços dos casos ocorrem em países em desenvolvimento. Mais de 90% desse grupo de doenças são carcinomas epidermóides, tendo a cavidade oral, nasofaringe, hipofaringe, orofaringe e laringe como os principais sítios primários<sup>2</sup>.

A população que está na quarta e quinta década de vida é mais suscetível a esse tipo de câncer, o qual é mais comum em negros do que em brancos e acomete três vezes mais homens do que mulheres, porém essa diferença entre os gêneros vem caindo nos últimos anos<sup>2</sup>. Um interessante dado é de que a incidência de câncer da base da língua e tonsilas aumentou bastante na última década, especialmente em pessoas com idade menor do que 45 anos. Tal mudança é atribuída ao aumento da prevalência da infecção por *humanpapillomavirus* (HPV), à prática do sexo oral e aumento do número de parceiros sexuais<sup>2</sup>.

Tem sido proposto que os principais fatores de risco para o carcinoma epidermóide são o álcool e o tabaco. Este último fator tem efeito carcinogênico dominante em relação aos outros, tanto no ato de fumar quanto no de mastigar, exercido pela nicotina e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos<sup>4</sup>. Na maioria dos casos, esses dois fatores atuam sinergicamente, aumentando o potencial carcinogênico exponencialmente quando se trata do abuso de consumo dessas substâncias, tendo em vista que pessoas que não cometem esse ato têm 20 vezes menos chance de contrair câncer de cabeça e pescoço<sup>5</sup>.

A dieta também tem se mostrado um importante fator de risco, principalmente quando associada à deficiência de vitamina A ou deficiência de ferro na síndrome de Plummer-Vinson<sup>6</sup>. A exposição ocupacional a elementos como cromo, níquel, rádio, gás mostarda também é um fator de risco<sup>2</sup>, além dos fatores genéticos<sup>7</sup>. Já dentre os vírus associados aos

carcinomas epinocelulares (CEC), é possível citar os tipos 16, 18 e 31 do HPV e o vírus Epstein-Barr (EBV). Este último em estreita relação com o CEC de nasofaringe<sup>7</sup>.

Durante a última década, os aspectos moleculares dos cânceres de cabeça e pescoço tem sido foco de maior investigação. Algumas das principais descobertas foi o envolvimento da P53, da ciclina D1, da P16, do receptor do fator de crescimento de células epidermóides<sup>2</sup>, mas além desses, muitos genes específicos ainda são desconhecidos<sup>4</sup>.

Os principais sítios iniciais desse tipo de neoplasia devem ser analisados de forma metódica, iniciando pelo exame de toda a cavidade bucal, o qual deve ser feito de maneira que todas as áreas sejam examinadas e seja possível a identificação de próteses dentárias. Em caso de tumor o paciente apresentará lesões ulcerosas que não cicatrizam, alterações do ajuste de dentaduras ou lesões dolorosas<sup>7</sup>.

Os tumores de orofaringe causam diminuição da mobilidade da língua e alterações na fala. Raramente há sintomas precoces, mas quando presentes são odinofagia e otalgia reflexa. Esse câncer também está relacionado a avitaminoses<sup>7</sup>.

Na nasofaringe há uma variedade de sintomas, como a síndrome retro esfenoidal (que provoca sintomas como oftalmoplegia unilateral, ptose palpebral, dor e trigeminalmias associados à paralisia unilateral dos músculos da mastigação) e a síndrome do espaço retroparotídeo (dificuldade de deglutição, diminuição da gustação e salivação, assim como disфонia associada à paralisia do músculo trapézio e esternocleidomastoídeo, musculatura unilateral da língua, palato mole, enoftalmia, ptose palpebral e miose unilateral)<sup>8</sup>.

Outros sinais e sintomas comuns são presença de linfonodos cervicais aumentados uni ou bilateralmente com características metastáticas, cefaleia, epistaxe, obstrução nasal, às vezes unilateral, otites repetidas por obstrução da trompa de Eustáquio e diminuição da audição<sup>9</sup>.

Por fim, os tumores de laringe causam odinofagia, rouquidão e outras alterações de voz, disfagia leve e sensação de haver um “caroço” na garganta, além de dor de garganta e dispneia<sup>10</sup>.

A palpação das cadeias linfáticas cervicais vai completar o exame, sendo importante a determinação do tamanho dos linfonodos e sua mobilidade e relação com estruturas vizinhas<sup>9</sup>. Diante desse contexto, o exame físico de cabeça e pescoço é fundamental para ajudar no diagnóstico, visto que ambos possuem uma boa acessibilidade. Quando há uma grande suspeita de câncer nessa região a ressonância magnética (RM) e a tomografia computadorizada (TC) são os exames de imagem preferidos para a sua investigação e são cruciais para avaliar a extensão e a localidade da lesão, além de detectar a presença de linfonodos aumentados<sup>10</sup>. A RM é mais útil para avaliar o comprometimento das partes moles enquanto que a TC avalia uma invasão óssea, já a investigação de metástases é feita através de radiografias<sup>11</sup>.

O diagnóstico final é feito através de biopsia em saca-bocado do sítio primário e punção aspirativa por agulha fina de qualquer linfonodo aumentado, e uma segunda punção deve ser feita se a primeira for negativa<sup>4</sup>.

Após o diagnóstico é recomendado fazer uma panendoscopia com tonsilectomia para avaliar a extensão total do tumor, ajudar no estadiamento e procurar por alguma disseminação local ou um segundo tumor primário sincrônico. A panendoscopia é feita concomitantemente com biopsias orientadas em casos em que o sítio primário é desconhecido<sup>8</sup>.

O sistema de estadiamento utilizado para o carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço é o sistema TNM da *American Joint Committee on Cancer*. Nele são utilizados três critérios para avaliar o estágio do câncer: o próprio tumor, os linfonodos regionais ao redor do tumor, e se o tumor se disseminou para outras partes do corpo<sup>2</sup>.

Em geral tumores de lábio, cavidade oral, faringe, laringe, fossa nasal e seios nasais o T1 apresenta tumores de até 2 cm, T2 de 2 cm mas não superior a 4 cm, T3 tumor maior que 4 cm e T4 o tumor invade estruturas e tecidos adjacentes. Em relação a metástases para gânglios linfáticos N0 corresponde a ausência de metástases nos gânglios, N1 metástases para um único gânglio de até 3 cm, N2 metástases em um único gânglio entre 3 e 6 cm. Inerente a metástases M0 corresponde a nenhuma evidência de metástases e M1 metástases a distância<sup>9</sup>.

O tratamento exige uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, com o objetivo de uma recuperação completa ao paciente, com o mínimo de seqüelas possíveis. A escolha do método correto depende principalmente do estadiamento e da localização do tumor primário<sup>2</sup>. No geral, o tratamento do câncer de cabeça e pescoço pode ser cirúrgico, radioterápico, quimioterápico ou uma associação entre eles, além de outras técnicas terapêuticas que estão sendo desenvolvidas<sup>9</sup>.

Nos tumores em estágio inicial, sem o envolvimento de linfonodos, é realizada preferencialmente a cirurgia. Em estágios intermediários a melhor escolha é a cirurgia seguida de uma radioterapia. Nos casos mais avançados, se o tumor não for ressecável, é feito quimo e radioterapia, e nos outros tumores, a ressecção deve ser feita juntamente com radio\quimioterapia<sup>11</sup>.

É importante para o paciente que ele seja assistido por outros profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos para a melhoria na qualidade de vida do indivíduo em questão<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

Não resta dúvidas que o álcool e tabaco são principais fatores de risco para o carcinoma epidermóide. O aumento na incidência de HPV e de outras doenças sexualmente transmissíveis também ocasionaram aumento significativo nos casos de câncer de cavidade oral. Outro fator que mostrou forte influência sobre a carcinogênese é o tipo de dieta. Sendo assim, torna-se evidente a importância de uma anamnese completa e um minucioso exame físico, sendo imprescindível uma boa história pregressa e os hábitos de vida dos pacientes, visto que, esse tipo de comportamento está cada vez mais freqüente na população brasileira. Os sinais e sintomas são diferentes para cada local acometido, sendo necessária atenção do médico, e ao exame físico deve ser feito de maneira minuciosa, associado a exames de imagem e biópsia. Após o tratamento é indispensável orientar o paciente ao evitar contato com tabaco, álcool e a importância do sexo seguro, a fim de evitar uma recidiva. Em suma, é de grande importância ressaltar que, a presença da participação de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar é fundamental para o bem-estar do paciente e principalmente melhora da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- Jemal A, Bray F, Center MM, et al. **Global cancer statistics. CA Cancer J Clin.** 2011. 61:69.
- Marur S, Forastiere AA. **Head and Neck Cancer: Changing Epidemiology, Diagnosis, and Treatment.** Mayo Clin Proc. 2008. 83(4): 489 – 501.
- Steve McMahon and Amy Y. Chen. **Head and neck câncer. Cancer and Metastasis Reviews.** 2003. 22: 21 – 4.
- Conduas do INCA/MS. **Carcinoma Epidermóide de Cabeça e Pescoço.** RevBrasCancerol. 2001. 47 (4): 361 – 76.
- Sanderson RJ, Ironside JAD. **Squamous cell carcinomas of the head and neck.** BMJ. 2002. 325: 822 – 7.
- Instituto Coi. [online]. Brasil. [acesso em 20/10/2014]. Disponível em: [http://www.grupocoi.com.br/cancer-de-cabeca-e-pescoco/#.VFdqQfnF\\_3Q](http://www.grupocoi.com.br/cancer-de-cabeca-e-pescoco/#.VFdqQfnF_3Q).
- Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. Robbins & Cotran: Patologia: Bases patológicas das doenças. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 1217 – 8.

**Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.** [online]. Brasil. [acesso em 30/10/2014].

Disponível

em:

[http://www.cirurgiacp.ufc.br/files/aulas\\_residentes/Humberto%20Brito%202012-2013/epidemiologia%20das%20doencas%20da%20cabeça%20e%20do%20pescoço](http://www.cirurgiacp.ufc.br/files/aulas_residentes/Humberto%20Brito%202012-2013/epidemiologia%20das%20doencas%20da%20cabeça%20e%20do%20pescoço)

Braunwald F, Kasper H, Longo J. Harrison: **Medicina Interna**. 17<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2008. p. 548 – 51.

Goldman L, Ausiello D. Cecil: **Tratado de Medicina Interna**. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2005. p. 1667 – 75.