

Esvaziamento cervical no tratamento do carcinoma epidermóide de lábio

Neck dissection in the treatment of squamous cell carcinoma of the lip

Ali Amar^{1,2}, Sergio A. Franzi¹, Otávio A. Curioni¹,
Abraão Rapoport¹, Onivaldo Cervantes²

Palavras-chave: carcinoma epidermóide, lábio, metástases, esvaziamento cervical.
Key words: squamous cell cancer, lip, metastasis, neck dissection.

Resumo / Summary

O carcinoma epidermóide de lábio geralmente é diagnosticado em fase inicial e as metástases linfonodais são pouco frequentes. Objetivo: Avaliar a incidência e a localização das metástases linfonodais no carcinoma epidermóide de lábio. Forma de Estudo: Estudo retrospectivo, série de casos. Casuística e Método: Revisão de prontuários de 78 pacientes com carcinoma epidermóide de lábio, sem tratamento prévio, atendidos no período de 1990 a 2001. Foi avaliada a relação do tamanho do tumor primário, grau de diferenciação e comprometimento da comissura labial com a presença de metástases linfonodais, bem como a localização das metástases. Resultados: As metástases linfonodais foram observadas em 7% dos tumores até 3 cm e em 41% nos tumores maiores do que 3 cm ($p=0,002$). Dez pacientes apresentavam metástases, sendo que todos estes tinham metástases no nível I e apenas 2 tinham metástases em outros níveis. Os pacientes submetidos ao esvaziamento eletivo apresentavam metástases apenas no nível I. Conclusão: As metástases são infrequentes nos tumores menores do que 3 cm. Quando presentes, as metástases habitualmente acometem o nível I, portanto o esvaziamento suprahoideo pode ser indicado no tratamento eletivo do pescoço.

Squamous cell carcinoma of the lip usually is diagnosed at an early stage and has low incidence of neck metastases. Aim: To assess the incidence and location of lymph node metastases in squamous cell carcinoma of the lip. Study Design: Retrospective study, case series. Material and Method: A file review of 78 patients treated between 1990 and 2001. It was evaluated the relation between the primary tumor size, degree of differentiation, commissure involvement and the presence and location of lymph node metastasis. Results: Lymph node metastasis were detected in 7% of lesions \leq 3 cm and in 41% of cases $>$ 3 cm ($p=0.002$). Ten patients had metastases, all of them had metastases in level I and only 2 cases had metastases in other levels too. After elective treatment of the neck, metastasis was found in level I only. Conclusion: Metastasis are uncommon in lesions less than 3 cm. Lymph node metastasis usually occur at level I and suprahyoid neck dissection can be indicated for elective treatment of the neck.

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

² Disciplina de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP, São Paulo.

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Abraão Rapoport – Rua Iramaia, nº 136 Jd. Europa 01450-020 São Paulo SP

E-mail: hospel.cpg@terra.com.br

Artigo recebido em 11 de maio de 2004. Artigo aceito em 10 de novembro de 2004.

INTRODUÇÃO

O câncer de lábio é um dos mais freqüentes tumores da boca e está relacionado com a exposição ao sol, especialmente nos indivíduos da cor branca. No município de São Paulo, o câncer de lábio apresenta incidência de 2,4/100.000 e 0,6/100.000 entre os homens e as mulheres respectivamente, correspondendo a 0,6% e 0,2% das neoplasias malignas diagnosticadas¹. O tipo histológico mais freqüente é o carcinoma epidermóide, acometendo o lábio inferior na maioria dos casos. No tratamento destes tumores, sempre deve ser considerada a possível disseminação para os linfonodos regionais. Embora as metástases linfonodais sejam pouco freqüentes nos tumores iniciais, estas se relacionam com significativa piora do prognóstico, especialmente nas recidivas cervicais em um pescoço não tratado². Cabe ao especialista avaliar o risco de metástases ocultas e a possível indicação de um esvaziamento cervical eletivo (profilático), bem como a extensão do esvaziamento na presença de linfonodos palpáveis. O esvaziamento supraomohioideo (níveis I, II e III) é considerado adequado para o tratamento eletivo dos tumores de boca, mas pode ser insuficiente na presença de metástases ou excessivo quando o tratamento eletivo envolve ambos os lados do pescoço em um paciente com idade avançada^{3,4}. O presente estudo avalia a incidência e a localização das metástases do carcinoma epidermóide de lábio, considerando o planejamento terapêutico do pescoço.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram revisados os prontuários dos pacientes com carcinoma epidermóide de lábio, sem tratamento prévio, atendidos no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis entre janeiro de 1990 e dezembro de 2001, totalizando 78 casos. Quanto ao gênero, 62 eram masculinos e 16 femininos. A idade apresentou média de 60 anos (20 a 93 anos) e mediana de 61 anos (Q25%-75%= 53 a 71 anos). O sítio primário foi o lábio inferior em 75 e o lábio superior em 3 pacientes. Quanto ao estadiamento T, 40 eram T1, 23 T2, 10 T3 e 5 T4. O tempo de queixa apresentou mediana de 12 meses (1 a 84 meses). A cirurgia foi realizada em 67 casos, com radioterapia complementar em 6 destes. O esvaziamento cervical foi realizado inicialmente em 18 pacientes, sendo bilateral em 9 casos (27 esvaziamentos). Quanto ao tipo de esvaziamento, 5 foram radicais modificados (níveis I a V), 18 esvaziamentos supraomohioideos (níveis I, II e III) e 4 esvaziamentos suprahioideos (nível I). A radioterapia exclusiva foi empregada em 3 casos e 8 pacientes não retornaram após a avaliação inicial. O seguimento pós-tratamento teve média de 17 meses (0 a 143 meses).

Foi avaliada a incidência de metástases linfonodais de acordo com o tamanho do tumor primário, grau de dife-

renciação e comprometimento da comissura labial, assim como a localização das mesmas considerando 8 níveis linfonodais, de acordo com a classificação adotada pela American Head and Neck Society³. Nesta análise foram consideradas apenas as metástases confirmadas histologicamente (pN) e as recidivas cervicais, sendo excluídos os pacientes não tratados. Os pacientes foram reestadiados conforme a classificação TNM de 2002 da UICC. A análise estatística empregou o teste exato de Fisher e o teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Linfonodos palpáveis foram identificados em 14 pacientes, dos quais 8 se submeteram ao esvaziamento cervical e 6 foram perdidos de seguimento após a consulta inicial. Entre os 64 pacientes sem linfonodos palpáveis, 10 se submeteram ao esvaziamento cervical eletivo. As metástases foram confirmadas no exame histológico em 4 dos 8 pacientes submetidos ao esvaziamento terapêutico, enquanto que entre os 10 pacientes submetidos ao esvaziamento eletivo, 6 apresentaram metástases.

Entre os 10 pacientes com metástases identificadas no exame histológico pós-operatório, todos apresentavam metástases no nível I, sendo 5 no nível Ia e 6 no nível Ib. Somente 2 pacientes apresentaram metástases também em outros níveis, sendo 1 paciente com metástases nos níveis I, II e IV e 1 paciente com metástases nos níveis I e III. Os pacientes submetidos ao esvaziamento eletivo apresentavam metástases apenas no nível I. Ocorreram 5 casos de recidivas cervicais, sendo que 4 haviam sido previamente submetidos ao esvaziamento cervical. O caso de recidiva no pescoço não tratado foi resgatado com esvaziamento cervical, sendo identificada metástase no nível Ib. A incidência de metástases linfonodais foi de 7% nos tumores ≤ 3 cm e 41% nos tumores > 3 cm, $p=0,002$, sendo observada relação direta entre o tamanho do tumor primário e o risco de metástases (Tabela 1).

Tabela 1. Tamanho do tumor primário e metástases linfonodais (pós-tratamento)

Tumor primário	Metástases		Total
	Sim (%)	Não (%)	
≤ 2 cm	2 (5)	36 (95)	38
2,1–3,0 cm	2 (13)	13 (87)	15
3,1–4,0 cm	2 (25)	4 (75)	6
> 4 cm	5 (45)	6 (55)	11
Total	11 (15)	59 (85)	70

A comissura labial estava comprometida em 12 (15%) pacientes. O comprometimento da comissura se relacionou com um risco 11 vezes maior de metástases linfonodais (IC 95%=2,4 a 54 e $p=0,003$). Os tumores que atingiam a comissura apresentavam diâmetro médio de 5,8 cm enquanto os demais apresentavam diâmetro médio de 2,2 cm ($p=0,000004$). O grau de diferenciação estava registrado em 70 casos. As metástases ocorreram em 8/50 pacientes com tumor grau I, 2/18 grau II e 1/2 grau III.

DISCUSSÃO

Uma das limitações do presente estudo foi o seguimento incompleto dos pacientes, uma vez que a maioria apresentava doença em estágio inicial e não se submeteu ao esvaziamento cervical. Como as recidivas regionais do carcinoma de lábio podem se manifestar até 2 a 3 anos após o tratamento do tumor primário, a incidência de metástases pode ter sido subestimada. O carcinoma epidermóide de lábio apresenta baixa incidência de metástases linfonodais nas lesões menores do que 3cm, não sendo justificado o esvaziamento eletivo (profilático) nesta situação. Além da extensão, também deve ser considerada a espessura tumoral. As lesões infiltrativas com espessura maior do que 6 mm apresentam maior risco de metástases, assim como os tumores pouco diferenciados⁵. Portanto, o esvaziamento eletivo pode ser empregado em algumas lesões menores do que 3cm, considerando a espessura e a diferenciação do tumor, especialmente quando houver dificuldade no seguimento do paciente. Nos casos recidivados localmente também parece haver maior risco de metástases linfonodais, justificando o tratamento do pescoço³. Embora o envolvimento da comissura labial esteja relacionado a maior probabilidade de metástases, isto parece decorrer do tamanho e não da localização do tumor. Somente 1,2% a 1,5% dos tumores se originam na comissura, sendo mais comum o seu comprometimento devido ao crescimento do tumor^{6,7}. No presente estudo, a comissura estava comprometida em 15% dos casos, relacionada com a maior extensão do tumor primário. O tamanho da amostra não permitiu a análise multivariada, portanto esta questão segue sem resposta, porém outros autores também sugerem que o envolvimento da comissura não esteja relacionado com a presença de metástases linfonodais⁶.

As metástases geralmente acometem o nível I enquanto os níveis III, IV e V raramente são atingidos, o que permite realizar um esvaziamento cervical com menor extensão^{3,8}. A região central habitualmente drena para os linfonodos submentoneanos (Ia) enquanto que os terços laterais drenam para os linfonodos submandibulares (Ib)⁹. Nos casos N0 pode ser considerado o esvaziamento apenas do nível I (esvaziamento supra-hioideo)¹⁰. Como os linfonodos na loja submandibular se situam na borda inferior da mandíbula, a glândula poderia ser preservada durante o esvaziamento. Entre

os pacientes com linfonodos clinicamente palpáveis, a taxa de &also-positivos foi de 50%. Embora a avaliação intra-operatória com exame de congelação dos linfonodos suspeitos seja imprecisa, este método pode ajudar a identificar os casos nos quais o esvaziamento deveria ser estendido aos níveis II e III¹¹. A pesquisa do linfonodo sentinela permite uma melhor avaliação intra-operatória, e nos tumores de lábio este invariavelmente se encontra no nível I¹². Mesmo na presença de metástases confirmadas, o esvaziamento supraomohioideo (níveis I, II e III) é adequado para o tratamento do pescoço, porque não costumam ocorrer metástases fora destes níveis⁸. Embora a maioria dos casos tenha boa evolução, as metástases linfonodais identificam um subgrupo de pacientes com pior prognóstico, especialmente nas recidivas cervicais, portanto o tratamento eletivo do pescoço sempre deve ser considerado quando o risco de metástases for significativo. Aproximadamente 25% dos pacientes apresentavam idade superior a 70 anos, uma faixa etária na qual o benefício e os riscos do esvaziamento eletivo devem ser ponderados, especialmente quando houver necessidade de esvaziamento bilateral. A menor morbidade do esvaziamento supra-hioideo permite ampliar a sua indicação neste contexto.

CONCLUSÕES

As metástases linfonodais são infreqüentes nos tumores menores do que 3cm. O esvaziamento do nível I (supra-hioideo) é adequado para o tratamento eletivo do pescoço nos carcinomas epidermóides do lábio, devendo ser estendido para os níveis II e III (supraomohioideo) na presença de linfonodos positivos no nível I. A inclusão de outros níveis no esvaziamento (IV ou V) se aplica aos casos com evidência de metástases além do nível I.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mirra AP, Latorre MR, Veneziano DB. Incidência de Câncer no Município de São Paulo, Brasil: 1997-1998. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/rcsp/rcsp1.pdf>, acessado em 30/04/2004.
2. Santos LRM, Cernea CR, Kowalski LP et al. Squamous-cell carcinoma of the lower lip: A retrospective study of 58 patients. Sao Paulo Med J 1996; 114: 1117-26.
3. Robbins KT, Atkinson JD, Byers RM, Cohen JI, Lavertu P, Pellitteri P. The use and misuse of neck dissection for head and neck cancer. J Am Coll Surg 2001; 193: 791-802.
4. Spiro JD, Spiro RH, Shah JP et al. Critical assessment of supraomohyoid neck dissection. Am J Surg 1988; 156: 286-9.
5. Rodolico V, Baarresi E, Di Lorenzo R et al. Lymph node metastasis in lower lip squamous cell carcinoma in relation to tumor size, histologic variables and p27^{kip1} protein expression. Oral Oncol 2004; 40: 92-8.
6. Zitsch RP, Lee BW, Smith RB. Cervical lymph node metastases and squamous cell carcinoma of the lip. Head Neck 1999; 21: 447-53.
7. McCombe D, MacGill K, Ainslie J, Beresford J, Matthews J. Squamous cell carcinoma of the lip: A retrospective review of the Peter MacCallum Cancer Institute experience 1979-88. Aust N Z J Surg 2000; 70: 358-61.

-
8. Vartanian JG, Carvalho AL, Araujo Filho MJ, Hattori Jr M, Magrin J, Kowalski LP. Predictive factors and distribution of lymph node metastasis in lip cancer patients and their implications on the treatment of the neck. *Oral Oncol* 2004; 40: 223-7.
 9. Rouvière H. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Paris: Masson et C Editeurs; 1932.
 10. Koç C, Akyol UM, Çelikkanat S, Çekic A, Özdem C. Role of suprahyoid neck dissection in the treatment of squamous cell carcinoma of the lower lip. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997; 106: 787-9.
 11. Rassekh CH, Johnson JT, Myers EN. Accuracy of intraoperative staging of the N0 neck in squamous cell carcinoma. *Laryngoscope* 1995; 105: 1334-6.
 12. Altinyollar H, Berberoglu U, Çelen O. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in squamous cell carcinoma of the lower lip. *Eur J Surg Oncol* 2002; 28: 72-4.