

## Esvaziamento cervical no carcinoma epidermóide da tonsila

## Neck dissection in squamous cell carcinoma of the tongue

*Ali Amar, Otávio Alberto Curioni, Sergio Altino Franzi, Daniel Knabben Ortelado, Abrão Rapoport<sup>1</sup>*

Palavras-chave: metástase, linfonodo, amígdala.  
Key words: metastasis, lymph node, tonsil.

### Resumo / Summary

**A**valiar o significado prognóstico dos níveis linfáticos acometidos por metástases nos carcinomas epidermóides da região tonsilar. Objetivo: Definir o tipo de esvaziamento cervical eletivo mais apropriado. Forma de estudo: Série de casos. Material e Método: 51 pacientes com tumor de região tonsilar tratados entre 1992 e 2001. A incidência de metástases foi avaliada nos diferentes níveis linfonodais, bem como sua relação com a extensão do tumor primário para os subsítios anatómicos adjacentes. Resultados: Nos pacientes cN0 foram encontradas metástases apenas nos níveis I e II. Entre os pacientes pN+ com metástases no nível I, 6/7 apresentavam extensão da lesão para a cavidade oral. Conclusão: O esvaziamento supraomohioideo (níveis I, II e III) mostrou ser o mais adequado para o tratamento eletivo do pescoço nos tumores da região tonsilar que se estendem para a cavidade oral. Nos casos N0 restritos à orofaringe, o esvaziamento apenas dos níveis II e III mostrou-se a melhor indicação terapêutica.

**T**he assessment of prognosis through metastases of tonsillar squamous cell carcinoma in different lymph node levels defining the prognosis for these neoplasias. Aim: Definition of the best elective neck dissection. Study design: Case series. Material and Method: 51 patients were treated between 1992 and 2001. The rate of metastases in different lymph node levels was evaluated according to primary tumor extension. Results: cN0 patients had metastases in level I and II only. Between pN+ with metastases in level I, 6/7 had primary tumor extending to oral cavity. Conclusion: Supraomohioid neck dissection (levels I, II e III) is the elective neck dissection of choice when tonsillar primary tumors extends to the oral cavity. When primary tumors are limited to the oropharynx, selective neck dissection of levels II and III seems to be more adequate.

<sup>1</sup> Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospel, São Paulo, Brasil.  
Endereço para correspondência: Prof. Dr. Abrão Rapoport – Rua Iramaia, nº 136 Jd. Europa São Paulo SP 01450-020.  
Artigo recebido em 16 de setembro de 2004. Artigo aceito em 21 de janeiro de 2005.

## INTRODUÇÃO

A extensão a ser proposta para o do esvaziamento cervical eletivo na abordagem cirúrgica dos tumores da orofaringe ainda suscita dúvidas. Entre os esvaziamentos cervicais seletivos padronizados, existe a opção do esvaziamento supraomohioideo (níveis I, II e III) ou do esvaziamento jugular (níveis II, III e IV)<sup>1</sup>. Os tumores da orofaringe geralmente apresentam metástases no nível II e, menos freqüentemente, no nível III, sendo baixa a incidência de metástases para os outros níveis linfonodais<sup>2</sup>. O presente estudo teve por objetivo avaliar os níveis linfáticos acometidos por metástases nos carcinomas epidermóides da região tonsilar, considerando a extensão do tumor primário de modo a contribuir para definir o tipo de esvaziamento eletivo mais apropriado.

## MATERIAL E MÉTODO

Foram revisados os prontuários de 51 pacientes com carcinoma epidermóide de região tonsilar tratados no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis entre janeiro de 1992 e dezembro de 2001. A idade apresentou média de 55 anos, variando de 37 a 83. Quanto ao gênero, 45 eram masculinos e 6 femininos. Todos os pacientes foram tratados inicialmente com cirurgia, incluindo o esvaziamento cervical em 49 casos. O esvaziamento clássico radical ou radical modificado foi realizado em 40 pacientes, sendo bilateral em 2 casos; o esvaziamento supraomohioideo foi realizado em 7 casos e o esvaziamento supraomohioideo estendido (níveis I a IV), em 2 casos. Um paciente foi tratado com linfonodectomia e 1 paciente não recebeu tratamento no pescoço. Quanto ao estadiamento, foram distribuídos como T1 (3), T2 (20), T3 (24) e T4 (4). A radioterapia pós-operatória, com dose média de 61 Gy (45 a 71 Gy) foi empregada em 44 pacientes, sendo que 5 tinham sido irradiados previamente.

A incidência de metástases foi avaliada nos diferentes níveis linfonodais, de acordo com a classificação preconizada pela American Head and Neck Society<sup>1</sup>. Adicionalmente, foi avaliada a extensão do tumor primário para os subsítios anatômicos adjacentes e sua relação com os níveis linfonodais acometidos. Os resultados foram expressos em números absolutos, sem a formulação de hipóteses alternativas que justificassem a aplicação de testes estatísticos considerando que o paradigma terapêutico foi uniforme.

## RESULTADOS

Dezessete pacientes apresentavam estágio cN0, sendo 6 falso-negativos. Entre os 34 pacientes cN+, 28 apresentavam metástases linfonodais no exame histológico. As metástases acometeram o nível II em 32/34 casos pN+. A distribuição das metástases de acordo com os níveis

linfonodais está representada na Tabela 1. As metástases acometeram o nível Ib em 7 casos, 6 dos quais apresentavam extensão da lesão primária para a cavidade oral (3 para área retromolar e 3 para o corpo da língua). Não ocorreram metástases no nível Ia. Entre os 17 pacientes N0, 2 apresentavam metástases apenas no nível Ib.

Quanto à extensão das neoplasias para a cavidade oral, dos 51 pacientes estudados, 38 (74%) tinham lesões limitadas à loja tonsilar e 13 (26%) apresentavam extensão extravisoral (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

Os esvaziamentos seletivos foram concebidos com o intuito de diminuir a morbidade relacionada ao esvaziamento radical e se mostraram adequados não apenas para o estadiamento do pescoço N0, como também no tratamento do pescoço N+ em casos selecionados, com ou sem radioterapia pós-operatória<sup>3</sup>. A redução na extensão do esvaziamento também foi impulsionada pelos bons resultados no controle regional da doença, obtidos com o esvaziamento cervical, com melhora da sobrevida global. Embora as metástases cervicais estejam relacionadas com significativa

**Tabela 1.** Distribuição das metástases nos diferentes níveis linfonodais

	N0pN+	N+pN+	Total
Ia	0/6	0/28	0/34
Ib	4/6	3/28	7/34
Ila	5/6	27/28	32/34
Ilb	2/6	3/28	5/34
III	0/6	9/28	9/34
IV	0/6	4/28	4/34
V	0/6	4/28	4/34

**Tabela 2.** Subsítios anatômicos acometidos nos tumores da região tonsilar\*

Sítio PrimárioSubsítio	Tonsila	Pilar Anterior	Total
Tonsila	38	7	45
Pilar anterior	30	13	43
Pilar posterior	15	3	18
Palato mole	22	5	27
Base da língua	18	4	22
Parede posterior	1	0	1
Retromolar	11	6	17
Corpo da língua	1	1	2
Soalho da boca	4	5	9
Gengiva	6	1	7
Total de pacientes	38	13	51

\* vários subsítios acometidos em cada paciente

piora da sobrevida, os maus resultados decorrem principalmente de falhas terapêuticas no sítio primário e à distância, sendo as recidivas regionais isoladas detectadas precocemente e tratadas no seguimento dos pacientes<sup>4,5</sup>.

O esvaziamento seletivo para as lesões da orofaringe pode ser o esvaziamento lateral ou jugular (níveis II, III e IV) ou o esvaziamento supraomohioideo (níveis I, II e III). Considerando que as metástases ocorrem principalmente nos níveis II e III, ambas opções são aceitáveis. O esvaziamento supraomohioideo tem sido preconizado porque eventualmente o nível I é o único acometido e o esvaziamento lateral estadia incorretamente estes pacientes, enquanto que as metástases no nível IV não costumam ocorrer isoladamente<sup>6</sup>. Em nossa casuística, maioria dos pacientes com metástases no nível I apresentavam tumores com extensão para a cavidade oral, com comprometimento do corpo da língua ou da área retromolar. Nos pacientes com tumores restritos à orofaringe, o esvaziamento apenas dos níveis II e III proporcionou um estadiamento adequado do pescoço cN0. Embora ainda não tenha sido padronizado, a sua indicação está embasada na drenagem linfática regional e na distribuição habitual das metástases<sup>2,7,8,9</sup>. A redução do esvaziamento eletivo pode representar um passo em direção à pesquisa do linfonodo sentinela, um conceito já estabelecido, mas que ainda envolve maior complexidade técnica.

Diferentemente das lesões da boca, os tumores da orofaringe apresentam maior incidência de metástases no nível IIb, o que impõe o esvaziamento eletivo deste nível, apesar da morbidade relacionada à manipulação do nervo acessório, uma vez que as recidivas no nível IIb são de difícil resgate.

Concluindo, o esvaziamento supraomohioideo (níveis I, II e III) se mostra adequado para o tratamento eletivo do pescoço nos tumores da região tonsilar que se estendem para a cavidade oral. Nos casos N0 restritos à orofaringe, o esvaziamento apenas dos níveis II e III deve ser o mais indicado.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins KT, Clayman G, Levine PA et al. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128:751-8.
2. Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1972; 29:1446-9.
3. Muzaffar K. Therapeutic selective neck dissection: a 25-year review. *Laryngoscope* 2003; 113:1460-5.
4. Myers EN, Fagan JJ. Treatment of the N+ neck in squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract. *Otolaryngol Clin North Am* 1998; 31:671-86.
5. Amar A, Franzi AS, Rapoport A. Evolution of patients with squamous cell carcinoma of upper aerodigestive tract. *Sao Paulo Med J* 2003; 121:155-8.
6. Vartanian JG, Pontes E, Agra IM et al. Distribution of metastatic lymph nodes in oropharyngeal carcinoma and its implications for the elective treatment of the neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129:729-32.
7. Werner JA, Dünne AA, Myers JN. Functional anatomy of the lymphatic drainage system of the upper aerodigestive tract and its role in metastasis of squamous cell carcinoma. *Head Neck Surg* 2003; 25:322-32.
8. Rouvière H. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Paris: Masson et C Editeurs; 1932.
9. Mamelle G. Selective neck dissection and sentinel node biopsy in head and neck squamous cell carcinomas. *Recent Results. Cancer Res* 2000; 157:193-200.