



Brazilian Journal of  
**OTORHINOLARYNGOLOGY**

www.bjorl.org.br



EDITORIAL

**Changing paradigms in treatment of larynx cancer**☆

**Mudando os paradigmas no tratamento do câncer de laringe**

O conceito habitual de tratamento conservador do câncer de laringe é equivocadamente interpretado pelos clínicos. Geralmente esse conceito se refere a um tratamento menos agressivo. Mas o que se considera habitualmente como modalidade terapêutica menos agressiva é a radioterapia, para o câncer de laringe em fase inicial, e a quimiorradiação para a fase avançada desse câncer. Mas em comparação com a cirurgia os dois tratamentos não são menos agressivos, pois os pacientes são diariamente submetidos a doses elevadas de radioterapia, e quando a quimioterapia radiosensibilizante é acrescentada à radioterapia, a toxicidade mais do que dobra.<sup>1</sup> Esses efeitos tóxicos relacionados à mucosite, xerostomia, perda do paladar, neutropenia, comprometimento renal, perda da audição, toxicidade hepática são prejudiciais. Para pacientes T4 tratados com quimioterapia de indução, 56% tiveram que passar por uma laringectomia total de resgate.<sup>2</sup> Dentre os pacientes beneficiados com uma resposta completa e sem doença, 36% ficaram com uma laringe afunção, apesar da preservação do órgão.<sup>2</sup> O percentual de recidiva local foi significativamente mais elevado no grupo tratado com quimioterapia de indução.<sup>2</sup> A sobrevida livre de doença foi significativamente curta no grupo de quimioterapia, apesar de não ter sido estatisticamente significativa depois de transcorridos dois anos.<sup>2</sup> Examinando a amostra do estudo VA, 75% dos pacientes tinham lesões T1,T2 (10%) ou T3 (65%) e em sua maioria padeciam de cânceres supraglóticos (62%), com apenas 25% de lesões T4;<sup>2</sup> portanto nem todos os casos necessitariam de laringectomia total, e poderiam ter sido tratados com procedimento cirúrgico e preservação da função. Assim, se a amostra fosse formada exclusivamente com pacientes com lesões T4, os resultados teriam sido desapontadores. Em sua maioria, as recorrências de cânceres de laringe em fase inicial após a radioterapia oferecem maior dificuldade de reconhecimento em um cenário inicial de recorrência, e muitos desses casos necessitarão de uma laringectomia total de resgate.<sup>3</sup> A laringectomia total de resgate em seguida à quimiorradiação resulta em maior percentual de complicações, por exemplo, fístulas faringocutâneas<sup>4</sup>, habitualmente dependendo do uso de um pedículo para proteção dos grandes vasos do pes-

coço, o que aumenta o tempo cirúrgico. Em recente revisão sistemática do banco de dados Cochrane,<sup>5</sup> em pacientes com lesões T1 e T2 a sobrevida livre da doença é mais alta depois da cirurgia (100% e 79%, respectivamente), em comparação com a radioterapia (71% e 60%, respectivamente). Em uma meta-análise de opções terapêuticas para lesões T1a, também foi observado um percentual mais elevado de preservação da laringe em seguida à cirurgia transoral com laser, em comparação com o percentual pós-radioterapia.<sup>3</sup> Para os casos de câncer de laringe em fase inicial, o custo da cirurgia transoral com laser representa metade das despesas com radioterapia,<sup>6</sup> com desfechos vocais e de qualidade de vida comparáveis a essa última opção terapêutica, segundo uma revisão sistemática.<sup>7</sup> As recomendações da American Society of Clinical Oncology, recentemente publicadas, sugerem o tratamento com preservação da função para lesões T1 e T2. Para aquela lesão T3 que necessite de laringectomia total, pode-se apelar para a quimiorradiação; para lesões T4, a recomendação é uma laringectomia total.<sup>8</sup> De acordo com estudos de volumetria tumoral, quanto maior for o tumor, menor será sua resposta. Essa resposta de recidiva pode ser significativa para um volume tumoral superior a 23 cm<sup>3</sup>.<sup>9</sup> As cirurgias de preservação da função variam desde a cirurgia transoral com laser até a laringectomia supracricóidea - todas com boa qualidade na fala e na deglutição. Para os pacientes tratados com laringectomia total, a voz pode ser reabilitada com a inserção de uma prótese vocal, por voz esofágica ou eletrolaringe. Devemos ter em mente a análise dos bancos de dados de dois registros norte-americanos, o SEER (Surveillance, Epidemiology, and end Results/Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais) e NCDB (National Cancer Data Base/Banco Nacional de Dados para o Câncer). Embora praticamente todos os cânceres humanos tenham aumentado a sobrevida livre da doença depois de cinco anos, para o câncer da laringe essa sobrevida está diminuindo, provavelmente em decorrência do maior número de opções terapêuticas não cirúrgicas.<sup>10</sup> Portanto, torna-se necessário enfatizar o tratamento cirúrgico como o procedimento de rotina para o câncer de laringe, com cirurgias preservadoras da função ou com a laringectomia

DOI se refere ao artigo: 10.5935/1808-8694.20140021

☆Como citar este artigo: Chone CT. Changing paradigms in treatment of larynx cancer. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:96-7.

total para lesões T4, a menos que o cirurgião se veja diante de um caso de lesão T1 ou T2 disseminada, ou de lesão T3 necessitando de laringectomia total.

## Referências

1. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 2004;350:1937-44.
2. Induction chemotherapy plus radiation compared with surgery plus radiation in patients with advanced laryngeal cancer. The Department of Veterans Affairs Laryngeal Cancer Study Group. *N Engl J Med*. 1991;324:1685-90.
3. Abdurehim Y, Hua Z, Yasin Y, Xukurhan A, Imam I, Yuqin F. Transoral laser surgery versus radiotherapy: Systematic review and meta-analysis for treatment options of T1a glottic cancer. *Head Neck*. 2012;34:23-33.
4. Basheeth N, O'Leary G, Sheahan P. Pharyngocutaneous fistula after salvage laryngectomy: Impact of interval between radiotherapy and surgery, and performance of bilateral neck dissection. *Head Neck*. 2014;36:580-4.
5. Dev P, Arnold D, Wight R, Mackenzie K, Kelly C, Wilson J. Radiotherapy versus open surgery versus endolaryngeal surgery (with or without laser) for early laryngeal squamous cell cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002027.
6. Higgins KM. What treatment for early-stage glottic carcinoma among adult patients: CO2 endolaryngeal laser excision versus standard fractionated external beam radiation is superior in terms of cost utility? *Laryngoscope*. 2011;121:116-34.
7. Spielmann PM, Majumdar S, Morton RP. Quality of life and functional outcomes in the management of early glottic carcinoma: a systematic review of studies comparing radiotherapy and transoral laser microsurgery. *Clin Otolaryngol*. 2010;35:373-82.
8. Pfister DG, Laurie SA, Weinstein GS, Mendenhall WM, Adelshtein DJ, Ang KK, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice. Guideline for the use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *J Clin Oncol*. 2006; 24:3693-704.
9. Plataniotis GA, Theofanopoulou ME, Kalogera-Fountzila A, Haritanti A, Ciuleanou E, Ghilezan N. Prognostic impact of tumor volumetry in patients with locally advanced head-and-neck carcinoma (non-nasopharyngeal) treated by radiotherapy alone or combined radiochemotherapy in a randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2004;59:1018-26.
10. Hoffman HT, Porter K, Karnell LH, Cooper JS, Weber RS, Langer CJ, et al. Laryngeal Cancer in the United States: Changes in demographics, patterns of care, and survival. *Laryngoscope*. 2006;116:1-13.

Carlos Takahiro Chone

*Departamento de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço,  
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),  
Campinas, SP, Brazil  
E-mail: carloschone@uol.com.br (C.T. Chone).*