

Resultados oncológicos da laringectomia parcial no carcinoma glótico inicial

Oncologic results of the partial laryngectomy for early glottic carcinoma

Otávio Alberto Curioni¹, Marcos Brasilino de Carvalho¹, Josias de Andrade Sobrinho¹,
Abrão Rapoport²

Palavras-chave: carcinoma glótico, laringectomia parcial, resultados.
Key words: glottic carcinoma, partial laryngectomy, results.

Resumo / Summary

Introdução: O carcinoma epidermóide da laringe ocupa o sexto lugar entre as neoplasias mais comuns, sendo uma das malignidades mais freqüentes na cabeça e pescoço, ocupando o segundo lugar imediatamente após o câncer da cavidade oral. Dependendo do estadiamento da lesão, ou seja, extensão do câncer ao diagnóstico, há um prognóstico a longo prazo bastante favorável, com taxas de sobrevivência global para 5 anos de 65%–70%. **Objetivo:** Avaliação dos resultados após laringectomia parcial para carcinoma glótico inicial. **Forma de estudo:** Clínico retrospectivo. **Material e Método:** Foi realizada análise retrospectiva do prontuário de 59 pacientes submetidos à laringectomia parcial. Foram excluídos pacientes com tratamento prévio, extensão tumoral maior que 10 mm abaixo da glote, lesões com extensão macroscópica para a(s) prega(s) vestibular(s) e lesões com diminuição grosseira da mobilidade da(s) prega(a) vocal(is) à laringoscopia indireta e aqueles com seguimento inferior a 36 meses. **Resultados:** Doze (20,3%) dos 59 pacientes apresentaram recidiva, sendo uma recidiva regional (1,7%) e 11 recidivas locais (18,6%). Com o resgate cirúrgico (laringectomia total), controle oncológico foi alcançado em 75% desses casos. Complicações severas (estenose glótica e aspiração traqueobrônquica) ocorreram em somente 2 pacientes (3,4%). **Conclusões:** As laringectomias parciais são procedimentos seguros e eficazes para o tratamento da maioria dos casos de câncer glótico inicial, além do que, pela sua versatilidade, conferem segurança na radicalidade oncológica e possibilitam, também, a readaptação funcional ao paciente.

Introduction: The squamous cell carcinoma of the larynx is the sixth most common neoplasia, being the the second neoplasia of the head and neck, immediately after oral cancer. Depending of the stage of lesion, extension of the cancer at diagnosis, there is a quite favorable long term prognosis, with global survival rate for 5 years of 65%-70%. **Aim:** Evaluation of the results after partial laryngectomy for early glottic squamous cell carcinoma. **Study design:** Clinical retrospective. **Material and Method:** Retrospective analysis of the 59 patients' handbook was accomplished submitted to the partial laryngectomy. There were excluded patients with previous treatment, tumor extension larger than 10 mm below the glottis, lesions with macroscopic extension for vestibular folds and lesions with decrease of the mobility vocal cords laryngoscopy and follow-up of 36 months or more. **Results:** 12 patients (20,3%) presented recurrence, being 1 a regional recurrence (1,7%) and 11 local recurrences (18,6%), with surgical rescue (total laryngectomy) and oncologic control in 75% of those cases. Severe complications (glottic stenosis and aspiration) happened in only 2 patients (3,4%). **Conclusions:** The partial laryngectomy is safe and an effective procedure for the treatment of majority of early glottic carcinoma. In addition, for its versatility, check safety in the oncologic radically and make possible, also, the functional readaptation for the patient

¹ Médico Assistente do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospfel. São Paulo, Brasil.

² Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis, São Paulo/SP. Trabalho realizado pelo Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospfel, São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Abrão Rapoport – Rua Iramaia, 136 Jd. Europa 01450-020 São Paulo

Tel. (0xx11) 289-6229/ 287-4347 – E-mail: cpgcp.hospfel@attglobal.net

Artigo recebido em 25 de abril de 2002. Artigo aceito em 8 de agosto de 2002.

INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide da laringe ocupa o sexto lugar entre as neoplasias mais comuns, sendo uma das malignidades mais freqüentes na cabeça e pescoço, ocupando o segundo lugar imediatamente após o câncer da cavidade oral¹. Em sua maioria, trata-se de uma doença que compromete homens de meia-idade e idosos fumantes. Dependendo do estadiamento da lesão, ou seja, extensão do câncer ao diagnóstico, há um prognóstico a longo prazo bastante favorável, com taxas de sobrevivência global para 5 anos de 65%-70%².

Evidentemente, a avaliação das terapêuticas dependem, principalmente, do sítio e do tamanho da lesão primária, que são avaliados por laringoscopia indireta e direta, além de exames de imagem. Para complementar são indicados o exame clínico-palpatório do pescoço para aferição da invasão direta ou metástases para linfonodos, o exame físico completo para detecção da presença de metástases à distância e a análise histopatológica de amostras de biópsias.

Embora nos últimos anos a irradiação de alta frequência tenha adquirido um lugar de destaque pela segurança dos resultados funcionais e oncológicos^{3,4} e, paralelamente, as precisões técnicas e a definição de indicações rigorosas têm dado à cirurgia funcional da laringe uma situação totalmente competitiva dentro do arsenal terapêutico do cirurgião de cabeça e pescoço, a cirurgia aberta e a radioterapia externa são estratégias fundamentais no enfrentamento do carcinoma epidermóide da laringe. Além disso, as respectivas indicações não assumem caráter consensual dada à falta de estudos aleatórios que comparem a eficácia destes dois tratamentos⁵. De modo geral, as indicações de radioterapia ou cirurgia equilibram-se para os tumores classificados como T1 e T2, entretanto, a maioria dos tumores T3 e T4 requerem terapêutica multimodal, geralmente cirurgia mais radioterapia adjuvante^{5,6}. Por outro lado, alguns fatores podem ter influência relativa na escolha terapêutica, como a idade dos pacientes, uso profissional da voz, tabagismo e etilismo incontroláveis e alguns fatores socioeconômicos que possam exigir soluções de curta duração. Obviamente, o objetivo é a cura do câncer com mínimo de disfunção, com o máximo de qualidade de vida após o tratamento e com o máximo de possibilidade de cura. Quanto aos tumores em fase inicial (T1 e T2) já existe um senso comum segundo o qual a retirada parcial de determinados compartimentos da laringe é compatível com a cura e com resultados funcionais adequados⁷.

Tradicionalmente, no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital Heliópolis, Hospitel, São Paulo, as duas tendências terapêuticas têm representação, com predomínio das indicações cirúrgicas, não somente para lesões avançadas mas também para aqueles tumores tidos como iniciais (T1 e

T2). Baseados nesta experiência cirúrgica, propusemo-nos à análise de nossos resultados relativos ao controle oncológico de 59 pacientes portadores de carcinoma T1/T2 de glote tratados através da laringectomia parcial, bem como as taxas de resgate após recidiva, comparando-os à literatura. Este estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética sob o protocolo nº 131.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada análise retrospectiva do prontuário de 59 pacientes submetidos à laringectomia parcial e registrados os resultados de características epidemiológicas (idade, tabagismo e etilismo), exame clínico/endoscópico loco-regional, tipo de cirurgia realizada, resultados do tratamento e análise histopatológica.

Como pré-requisito para o ingresso no estudo, os pacientes deveriam ser portadores de carcinoma epidermóide, sem tratamento prévio, além de classificados como T1 ou T2 (UICC-1997). Foram excluídos pacientes com extensão tumoral maior que 10 mm abaixo da glote, lesões com extensão macroscópica para a(s) prega(s) vestibular(s) e lesões com diminuição grosseira da mobilidade da(s) prega(a) vocal(is) à laringoscopia indireta e aqueles com seguimento inferior a 36 meses.

No tocante às características epidemiológicas, 56 pacientes eram do sexo masculino (94,4%) e 3 do sexo feminino (5,6%), 47 tinham idade acima da sexta década de vida (79,6%) e 12 (20,4%) abaixo desta, sendo 53 tabagistas e 6 não (Tabela 1). Quanto ao estadiamento clínico à admissão, 57 casos foram estadiados como T1 (22 T1a e 35 T1b) e apenas 2 casos T2 (Tabela 2). À análise do achado

Tabela 1. Características clínico-epidemiológicas da população

	N	%
Idade (anos):		
>= 55	47	79,6
< 55	12	20,4
Sexo:		
Masc.	56	94,4
Femin.	3	5,6
Tabagismo:		
(+)	53	88,8
(-)	6	11,2

N indica número de pacientes (59)

Tabela 2. Distribuição dos tumores segundo estágio T - pré operatório

Estádio clínico	N	%
T1a	22	37,3
T1b	35	59,3
T2	2	3,4

N indica número de pacientes (59)

Tabela 3. Distribuição dos tumores segundo estágio T - cirúrgico

Estádio clínico	N	%
T1a	13	22,0
T1b	42	71,2
T2	4	6,8

N indica número de pacientes (59)

Tabela 4. Distribuição dos pacientes segundo tipo de cirurgia

Tipo cirurgia	N	%
LFL	46	75,9
HL	9	16,7
LSC	4	7,4

LFL indica laringectomia frontolateral; HL, hemilaringectomia; LSC, laringectomia supra-cricóide

N indica número de pacientes (59)

Tabela 5. Pacientes que necessitaram novo tratamento por recorrência

N	Local TU Primário	Tratam. Inicial	Meses até Retratam.	Local Recidiva	Resgate	Status
1	2 PV/CA ventrículo	LFL	6	Aritenóide	-	MOCA
2	PV/CA/ ventrículo	HL	33	Cervical	Palição	MOCA
3	PV/ aritenóide	HL	6	Aritenóide	LT	MOCA
4	PV/CA	LFL	4	PV oposta	LT	VSD
5	PV/5mm subglote	LFL	55	Hipofar.	FL	VSD
6	PV/CA/ ventrículo	LFL	60	Local /Cervical	Palição	MOCA
7	PV/CA	LFL	57	PV oposta	LT	VSD
8	2PV/CA	LSC	9	Aritenóide	LT	VSD
9	PV	LFL	76	PV oposta	LT	VSD
10	2PV/CA/ 5mm subgl	LSC	12	Epiglote	LT	MOCA
11	2PV/CA	LSC	7	PV	LT	VSD
12	PV/CA	LFL	12	PV oposta	Palição	MOCA

LFL= laringectomia fronto lateral; HL= hemilaringectomia; LSC= laringectomia supra cricóide;

LT= laringectomia total; FL= faringolaringectomia; MOCA= órbito por câncer; VSD= vivo sem evidência de doença.

N = doze casos que recidivaram após a laringectomia parcial

cirúrgico o estadiamento evidenciou maior número de casos T1b (42), 13 casos T1a e 4 casos T2 (Tabela 3).

Nos casos onde foi diagnosticada recidiva da doença, procuramos correlacionar a extensão da lesão primária, tipo de cirurgia, local da recidiva e tratamento a ela empregado (Tabela 5).

A distribuição dos pacientes que necessitaram de traqueostomia e sonda enteral pós-operatórias, assim como aqueles readaptados ou não, ou seja, readquiriram voz e deglutição sem necessitar de acessórios e aqueles que necessitaram de sonda e/ou traqueostomia, respectivamente, é mostrada nas Tabelas 6 e 7.

A Tabela 8 mostra o *status* dos pacientes até última consulta após realização do tratamento de resgate, evidenciando uma evolução desfavorável sobretudo para os tumores T2.

RESULTADOS

Em relação à extensão da doença, os achados cirúrgicos confirmados por exame histopatológico, evidenciaram grande número de casos onde havia comprometimento da comissura anterior (Tabela 3), sendo a laringectomia frontolateral a mais utilizada (Tabela 4).

Quanto às características clínicas e achados operatórios dos 12 casos recidivados, confrontamos a localização inicial da lesão, seu estadiamento, o local da recidiva e o tratamento de resgate com a evolução dos respectivos pacientes (Tabela 5). Podemos notar uma tendência de recorrência bimodal, ou seja, casos onde ocorre a recidiva no primeiro ano pós operatório, bem como após 30 meses, o que sugeriria um comportamento compatível com uma segunda lesão primária.

A traqueostomia foi realizada em 57 pacientes (96,6%) e a sonda enteral foi utilizada em 39 pacientes (66,1%), em apenas 2 casos (3,4%) foram dispensadas traqueostomia e sonda enteral (Tabela 6). Na evolução, somente dois pacientes não foram readaptados (3,4%), um deles apresentou aspiração traqueobrônquica que inviabilizou retirada da sonda enteral e um caso não decanulizou em decorrência de estenose glótica (Tabela 7).

DISCUSSÃO

O controle local é claramente o mais importante fator prognóstico para o câncer glótico em estádios I e II, uma vez que, metástases regional e à distância só raramente são observadas na ausência de recidiva local para esses

pacientes^{8,9}. Portanto, todo empenho deve ser dispensado ao tratamento curativo para que altas taxas de cura com preservação das funções laringeas sejam alcançadas. Esses objetivos podem ser atingidos com a laringectomia parcial que apresenta taxas de complicações pequenas, com índice ao redor de 10%, sendo as mais comuns a estenose glótica, aspiração traqueobrônquica, granulomas e má qualidade vocal. O resultado funcional e controle tem percentuais de 95% e 80% nos tumores T1 e T2, respectivamente^{10,11}. Nesta casuística apenas dois pacientes apresentaram complicações severas, um paciente com estenose glótica e um com aspiração traqueobrônquica (Tabela 6).

Se para os tumores glóticos T1a tanto a cirurgia como a radioterapia são aceitos por conseguirem controle oncológico semelhante, especialmente se considerados, para as falhas, as cirurgias de resgate^{12,13}. Já os tumores glóticos com estadiamentos T1b e T2 são de indicação cirúrgica aberta, embora alguns autores preconizem ressecção endoscópica nesses estádios^{14,15}. A justificativa para a cirurgia aberta é que nos tumores T1b, em que a regra é o envolvimento da comissura anterior (ocorre somente em 30% dos T1a), é citada a expressiva redução do controle da doença, seja com radioterapia seja com a cirurgia, com taxas de recidivas maiores que em qualquer outra região da laringe^{16,17}. Esse comportamento é explicado pelo fato da mucosa laríngea nesse ponto ficar muito próxima da cartilagem tireóidea e a neoplasia pode infiltrar as fibras do ligamento vocal e, pelos vasos sanguíneos, penetrar na cartilagem e membrana cricótireóidea. Essa infiltração é mais resistente às irradiações e com a cirurgia é removida. Os tumores glóticos T2 são um grupo heterogêneo de lesões que reflete os distintos resultados relatados na literatura, seja com tratamento cirúrgico seja com tratamento radioterápico^{18,10}, com taxas de controle ao redor de 80% e 55% a 75%, respectivamente, quando não consideramos cirurgias de resgate.

No presente grupo de pacientes analisados, a LFL (laringectomia frontolateral) foi a menor operação e a mais freqüentemente empregada por tratar-se de um grande número de tumores comprometendo a comissura anterior e casos onde o volume tumoral ocupando mais de dois terços da prega vocal aproximando-se da comissura anterior eram considerados desfavoráveis para procedimentos menores.

Doze (20,3%) dos 59 casos apresentaram recidiva, sendo inicialmente consideradas como uma recidiva regional (1,7%) e 11 recidivas locais (18,6%). Dos 12 pacientes, em 4/59 (6,8%) deles a recidiva ocorreu após 55 meses do tratamento cirúrgico. Estes tumores podem representar um segundo tumor primário, uma vez que, duas recidivas deram-se na prega vocal oposta (pacientes 7 e 9) e 2 recidivas na hipofaringe e supraglote (pacientes 5 e 6). Naqueles casos onde a recidiva ocorreu até 12º mês pós-operatório, esta foi atribuída à margem oncológica microscópica insatisfatória onde as recorrências deram-de em áreas justapostas à ressecção (pacientes 1, 3, 4, 8, 10, 11, 12). O outro caso

representou uma recidiva cervical tardia num tumor cuja extensão local dava-se para a supraglote, caracterizando assim um tumor potencialmente mais agressivo e com probabilidade maior de insucesso terapêutico (paciente 2), não sendo considerado uma falha do tratamento local. No tocante às recidivas locais em laringectomias parciais, a literatura mostra que a opção na maioria dos casos é o resgate com laringectomia total, onde o controle da doença pode ser atingido em cerca de 60% dos casos reoperados^{19,20}. Em nosso material, a laringectomia total realizada para resgate obteve controle da doença em 75% dos casos (6/8). Quando analisamos o total de recidivas e a possibilidade de controle no resgate cirúrgico esta taxa cai para cerca de 55% (6/11). Este fato pode ser explicado pelas características dos pacientes desta Instituição, onde muitos deles, após tratamento, por fatores socioeconômicos e/ou culturais não conseguem manter a regularidade desejada do seguimento e quando retornam apresentam-se com doença recidivada avançada, inviabilizando um novo tratamento.

Os resultados confirmam a laringectomia aberta como um excelente procedimento terapêutico para pacientes selecionados portadores de lesões iniciais da glote, principalmente quando do envolvimento da comissura anterior, comparáveis aos da literatura^{19,20}. Os tumores T2

Tabela 6. Distribuição dos pacientes segundo uso de traqueostomia e sonda enteral pós-operatórias

Pós-operatório	N	%
Traqueotomia	18	30,5
Traqueostomia e sonda	39	66,1
Sem traqueo/sonda	2	3,4

N indica número de pacientes (59)

Tabela 7. Distribuição dos pacientes segundo readaptação pós-operatória (sem sonda enteral e sem traqueostomia)

Pós-operatório	N	%
Readaptados	57	96,6
Não readaptados	2	3,4

N indica número de pacientes (59)

Tabela 8. Evolução dos pacientes segundo classificação T - cirúrgica.

Estádio	Óbito por câncer laringe	Sem evidência de câncer laringe	Total
T1a	1	12	13
T1b	1	41	42
T2	4	0	4
Total	6	53	59

glóticos, nessa casuística, apresentaram comportamento desfavorável com a operação empregada 3 recidivas locais (Tabela 8). As recidivas no primeiro ano pós tratamento, provavelmente, são devido tanto à invasão da supraglote, fato não infrequente que pode ser observado nesta região^{18,12}, quanto à inadequada margem cirúrgica à microscopia. Já as recidivas após o quarto ano do pós-operatório, que caracterizaram uma distribuição bimodal das recorrências na nossa amostra, sugeriram tratar-se de uma segunda neoplasia primária. Não obstante, uma criteriosa avaliação pré-operatória é imperiosa para precisa indicação cirúrgica, assim como um perfil social, uma vez que pode influenciar nas taxas de controle da doença a longo prazo.

CONCLUSÃO

As laringectomias parciais são procedimentos seguros e eficazes para o tratamento da maioria dos casos de câncer glótico inicial, além do que, pela sua versatilidade, conferem segurança na radicalidade oncológica. Possibilitam, também, a readaptação funcional ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vokes EE, Weichselbaum RR, Lippman SM et al. Head and neck cancer. *N England J Med* 1993;328:184-194.
2. Gallo A, Vicentiis M, Marciocco V, Simorelli M, Fiorella ML, Shah JP. CO2 Laser cordectomy for early-stage glottic carcinoma. A long-term follow-up of 156 cases. *Laryngoscope* 2002;112:370-4.
3. Shah JP, Karnell LH, Hoffman HT et al. Patterns of care for cancer of the larynx in the United States. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:475-83.
4. O'Sullivan B, Mackillop W, Gilbert R et al. Controversies in the management of laryngeal cancer: results of an international survey of patterns of care. *Radiother Oncol* 1994;31:23-32.
5. Smith MC, Goffinet DR. Radiotherapy for CIS of glottic larynx. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1994;28:251-5.
6. Small W Jr, Mittal BB, Brand WN et al. Role of radiation therapy in the management of carcinoma in situ of the larynx. *Laryngoscope* 1993;103:663-7.
7. Carvalho MB. Tratamento cirúrgico dos tumores malignos da laringe. In: Carvalho MB. *Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 927-39.
8. Olsen KD, Thomas JV, DeSanto LW, Suman VJ. Indications and results of cordectomy for early glottic carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;108:277-82.
9. Olsen KD, Thomas JV, DeSanto LW, Suman VJ. Early glottic carcinoma treated with open laryngeal procedures. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:264-8.
10. Biller HF, Ogura JH, Pratt LL. Hemilaryngectomy for T2 glottic cancer. *Arch Otolaryngol* 1971;93:238-42.
11. Ogura Jh, Biller HF. Elective neck dissection for pharyngeal and laryngeal cancers. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1971;80:646-51.
12. Mendenhall WM, Parsons JT, Springer SP, et al. T1-T2 vocal cord carcinoma: a basis for comparing the results of radiotherapy and surgery. *Head Neck Surg* 1998;10:373-7.
13. Rothfield RE, Johnson JT, Myers EN, et al. Hemilaryngectomy for salvage radiation therapy failures. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;103:792-793.
14. Davis RK. Transoral laser surgery for glottic cancer. *Adv Otorhinolaryngol* 1995;49:254-8.
15. Davis K, Kelly S, Stevens M. Selective management of early glottic cancer. *Laryngoscope* 1990;100:306-9.
16. Kirchner JA. What have whole organ sections contributed to the treatment of laryngeal cancer? *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98:661-7.
17. Rucci L, Gammarota L, Gallo O. Carcinoma of the anterior commissure of the larynx: II. proposal of a new staging system. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105:391-6.
18. Harwood AR, Deboer G. Prognostic factors in T2 glottic cancer. *Cancer* 1980;45:991-5.
19. Pontes PAL, Brasil OC. Controvérsias acerca do tratamento do câncer glótico. In Carvalho MB. *Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001. p 961-8.
20. Monhr RM, Quennelle DJ, Shumrick DA. Vertico-frontolateral laryngectomy. Indications, technique and results. *Arch Otolaryngol* 1983;109:384-95.