

Resultado do tratamento cirúrgico das neoplasias do seio piriforme

Assessment of pyriform sinus carcinoma treatment

Claudiney C. Costa¹, José Francisco S. Chagas²,
Maria Beatriz N. Pascoa^B, José G. T. Camargo³,
José Luiz B. Aquino³

Palavras-chave: tratamento, seio piriforme, sobrevida.
Key words: treatment, pyriform sinus, survival.

Resumo / Summary

Os tumores da laringe e hipofaringe apresentam alta incidência no Brasil, sendo o sexto sítio mais comum entre os tumores malignos no sexo masculino. O diagnóstico inicial geralmente é realizado com lesões em estadio clínicos avançados diminuindo o sucesso do tratamento instituído. **Objetivos:** Avaliar a evolução de 60 pacientes com carcinoma epidermóide de seio piriforme, considerando tratamento instituído, complicações e sobrevida estimada em 5 anos. **Forma de estudo:** Estudo retrospectivo. **Método:** Os testes estatístico utilizados foram o método de Kaplan-Meier e o teste exato de Fisher. **Resultados:** Dos 60 pacientes, 43 foram submetidos a tratamento cirúrgico seguido de radioterapia. Atualmente 27,9% estão vivos sem doença, 11,6% vivos com doença, 9,4% mortos sem doença, 34,8% mortos com doença e perda de seguimento de 16,3%. A complicação pós-operatória mais freqüente foi a fístula cutânea. A recidiva local ocorreu em 5 pacientes, regional em 6, loco-regional em 3 e metástase à distância em 6. Não houve correlação entre margem cirúrgica comprometida e sobrevida em 20 pacientes com recidiva tumoral (Teste de Fisher). Aplicando a curva de sobrevida atuarial pelo método Kaplan-Meier, obtivemos média de sobrevida em 5 anos de 23,2 meses. **Conclusão:** A principal complicação pós-operatória foi a fístula cutânea, sendo tratada clinicamente. A margem cirúrgica comprometida não alterou o prognóstico, apesar de ser sempre um dos princípios da cirurgia oncológica. A principal falha no tratamento foi a recidiva locoregional. A curva de sobrevida atuarial (Kaplan-Meier) em cinco anos apresentou média de 23,2 meses.

Laryngeal and pharyngeal tumors exhibit a high incidence in Brazil, occupying the sixth position as the most frequent cancer sites in males. The initial diagnosis is usually made with the lesion at an advanced clinical stage, hindering success of any treatment employed. **Aim:** To evaluate the evolution and prognosis of patients with epidermoid carcinoma of the hypopharynx, considering treatment of choice, complications and estimated 5-year survival. **Study design:** This is a retrospective study **Methods:** Using Kaplan-Meier and exact Fisher test. 60 patients with advanced epidermoid carcinoma of the hypopharynx, with the epicenter located at the pyriform sinus, were enrolled. **Results:** 43 of the 60 patients were submitted to surgical treatment followed by radiotherapy. Currently 27.9% of the patients are alive free of the disease, 11.6% are alive with the disease, 9.4% died from other causes, 34.8% died due to the disease and 16.3% interrupted the follow-up. The most frequent postoperative complication was salivary fistula. Five patients evolved with local recurrence, 6 with regional recurrence, three with loco-regional recurrence and six with distant metastasis. There was no correlation between small surgical safety margins and survival in the 20 patients presenting recurrences (Fisher test). Applying the actuarial survival curve with the Kaplan-Meier method we obtained a 5-year survival average of 23.3 months. **Conclusion:** The major post-surgical complication in hypopharyngeal carcinoma treatment was salivary fistula, being successfully treated without surgery. Small surgical safety margin did not influence the prognosis, even though it is a failure according to one of the fundamental cancer surgery predicaments. The major feature of treatment failure was loco-regional recurrence. The actuarial five-year survival curve (Kaplan-Meier) averaged 23.3 months.

¹ Cirurgião de Cabeça e Pescoço (médico voluntário) do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Doutorando da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

² Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (HMCP-PUC).

³ Cirurgião assistente do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HMCP-PUC. Campinas-SP.

Instituição: Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC de Campinas-SP.

Endereço para correspondência: Claudiney Candido Costa – Rua 16 A., 262, Ed. Carajás, apto 201 Setor Aeroporto Goiânia GO 74075-150
Tel(0xx62) 229-1924 – E-mail: orlccp@uol.com.br

Trabalho apresentado como tema livre no XVIII Congresso Brasileiro de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, realizado de 03 a 06 de setembro de 2001 em Recife-PE.
Artigo recebido em 09 de setembro de 2002. Artigo aceito em 07 de novembro de 2002.

INTRODUÇÃO

Os tumores malignos da hipofaringe não são freqüentes e representam de 5% a 10% das neoplasias das vias aerodigestivas superiores e 0,5% de todos os cânceres. Entre as neoplasias malignas da região da cabeça e pescoço, aquelas com pior prognóstico são as que acometem a hipofaringe (recessos piriformes, parede posterior e área retrocricoaritenoidea)¹.

Os tumores malignos da laringe e hipofaringe apresentam alta incidência no Brasil, sendo o sexto sítio mais comum entre os tumores malignos no sexo masculino, com 2.300 óbitos registrados em 1996. Segundo a *American Cancer Society*, no ano de 1999 foram registrados 10.600 novos casos de câncer da laringe e hipofaringe nos Estados Unidos da América, com 4.200 óbitos².

A faringe é o segmento superior do trato aerodigestivo por onde passa ar, líquido e alimentos. A hipofaringe é dividida em três sítios anatômicos: seio piriforme, parede posterior e área pós-cricóide. A distribuição dos tumores nesta região, nos Estados Unidos da América, é de 66-75% no seio piriforme e de 20-25% na parede posterior e área pós-cricóide^{1,3}.

Os tumores do seio piriforme apresentam como característica a possibilidade de disseminação submucosa invadindo estruturas por contigüidade e comprometendo precocemente as cadeias de drenagens linfáticas cervical ipsi- e contra-lateral ao tumor inicial, além de início insidioso, o que leva a diagnóstico inicial e estágio avançado na maioria das vezes^{1,3}.

Atualmente com a associação de cirurgias radicais e radioterapia pós-operatória aumentou-se o controle locorregional destes tumores, contudo a sobrevida global não sofreu alterações em decorrência das metástases à distância, o que não representa uma falha no tratamento realizado e sim uma evolução natural da doença⁴.

Uma característica dos tumores do seio piriforme é o fato de exigir no curso do seu tratamento a atuação de equipe multidisciplinar, envolvendo cirurgião de cabeça e pescoço, cirurgião plástico, cirurgião do tórax, oncologista, radioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo na tentativa de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida destes pacientes^{1,3,5,6}.

O objetivo deste estudo é avaliar a evolução de 60 pacientes com carcinoma epidermóide de seio piriforme, as características epidemiológicas, o tratamento realizado, os procedimentos cirúrgicos associados à faringolaringectomia, as complicações pós-operatórias e a sobrevida destes pacientes.

CASUÍSTICA

Foram estudados 60 pacientes com carcinoma espinocelular do seio piriforme, sendo que 17 pacientes apresentavam lesões irressecáveis por aderência à artéria carótida ou à coluna vertebral. Deste total, 43 foram submetidos à faringolaringectomia total com esvaziamento cervical uni ou bilateral, glossectomia total quando necessário e reconstrução do trânsito digestivo superior com retalho muscular ou tubo isoperistáltico da curvatura gástrica maior (Figura 1).



Figura 1. Confeção de tubo isoperistáltico de grande curvatura gástrica para reconstrução do trânsito digestivo superior em paciente submetido a faringolaringectomia total com esvaziamento cervical radical bilateral.

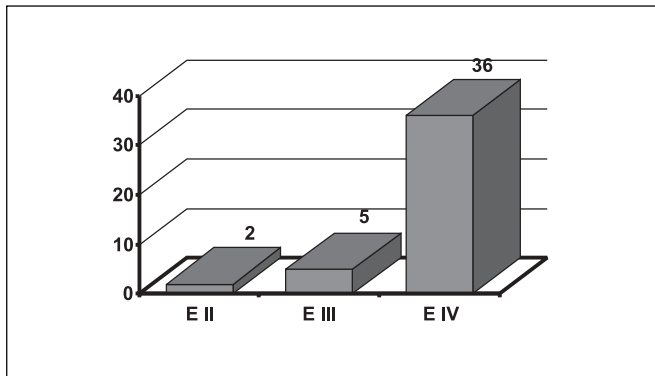


Gráfico 1. Distribuição da casuística de acordo com estágio (E) TNM.

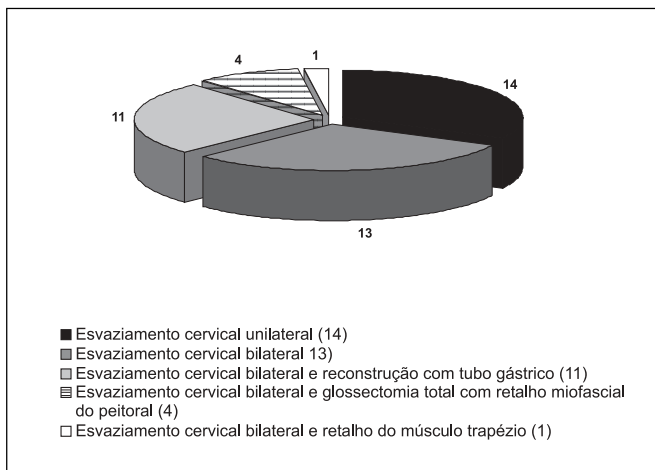


Gráfico 2. Procedimentos cirúrgicos associados à faringolaringectomia.

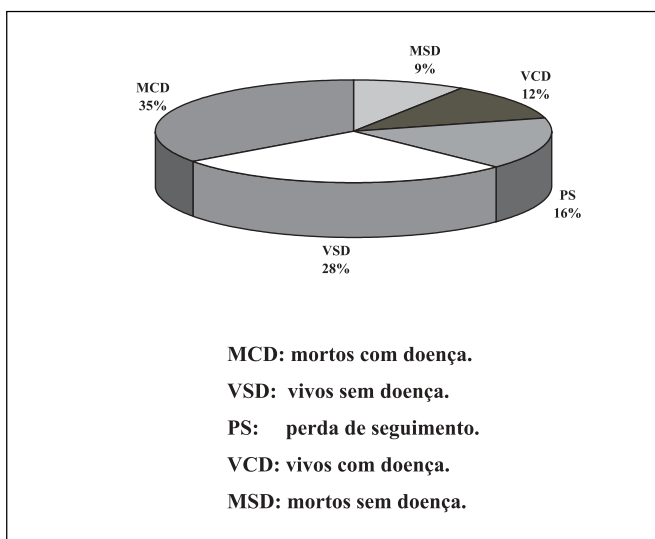


Gráfico 3. Estado atual de 43 pacientes submetidos a faringolaringectomia.

Os 17 pacientes que apresentavam lesões irrecorríveis foram encaminhados para tratamento com radioterapia e quimioterapia.

Todos os pacientes eram provenientes do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital e Maternidade Celso Pierro da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (HMCP/ PUCAMP), São Paulo.

Esses pacientes foram acompanhados pela equipe de médicos do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HMCP/ PUCAMP de janeiro de 1993 a julho de 2001, com média e mediana de 24 meses, variando de 12 a 60 meses.

Dos 43 pacientes tratados com cirurgia 2 (4,6%) eram do sexo feminino e 41 (95,4%) do sexo masculino.

Em relação à faixa etária, os pacientes foram distribuídos em cinco grupos com variação de dez anos por grupo, sendo que o paciente mais jovem tinha 38 anos e o mais idoso 76, com média de 55,7 anos e mediana de 55 anos.

Dentre os 43 pacientes estudados, 41 (95,3%) eram de estágio avançado (III e IV) e dois (4,7%) do estágio II, segundo *International Union Against Cancer* de 1997 (Gráfico 1).

Todos os 43 pacientes foram submetidos a faringolaringectomia com a associação de outros procedimentos cirúrgicos, assim distribuídos: esvaziamento cervical unilateral em 14; esvaziamento cervical bilateral em 13; esvaziamento cervical bilateral e reconstrução do trânsito digestivo superior com confecção de tubo isoperistáltico de grande curvatura gástrica em 11; glossectomia total e esvaziamento cervical bilateral e rotação de retalho miofascial de grande peitoral em 4; esvaziamento cervical bilateral e rotação de retalho do músculo trapézio em 1 paciente (Gráfico 2).

MÉTODO

Levantamento de dados obtidos através de prontuários hospitalar e arquivos do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HMCP/ PUCAMP após avaliação do Comitê de Ética na Pesquisa, no período de janeiro de 1993 a julho de 2001, com seguimento que variou de 12 a 67 meses e média de 24 meses. Os testes estatísticos utilizados foram o método de Kaplan-Meier, para obtermos a curva de sobrevivência atuarial, e o teste exato de Fisher, para estudarmos a relação entre o comprometimento das margens cirúrgicas e a sobrevivência dos pacientes.

RESULTADOS

Do total de 43 pacientes operados, atualmente temos 12 (27,9%) vivos sem doença, 5 (11,6%) vivos com doença, 4 (9,4%) mortos sem doença, 15 (34,8%) mortos com doença e perda de seguimento de 7 (16,3%) (Gráfico 3).

Dos pacientes que evoluíram sem recidiva, doze no total, além da faringolaringectomia, dez pacientes foram

Tabela 1. Complicações pós-operatórias em 33 (76,7%) de 43 pacientes submetidos a faringolaringectomia.

COMPLICAÇÕES	NÚMERO
Fistula faringocutânea	11
Celulite cervical	4
Fistula do tubo gástrico	4
Hipotiroidismo	2
Estenose da faringe	2
Broncopneumonia (BCP)	2
Estenose do tubo gástrico	2
Acidente vascular cerebral	2
Sepse, ruptura da veia jugular, pneumotórax, Síndrome de Claude Bernard Horner, broncopneumonia com pneumotórax, broncopneumonia com pneumotórax e deiscência no tubo gástrico, fistula linfática	1 em cada paciente (7)

Tabela 2. Tempo e tipo de falha de tratamento em 20 pacientes submetidos a faringolaringectomia.

Recidiva	N	Tempo		Média	Mediana
		Menor	Maior		
Local	5	8 m	24 m	14 m	12 m
Regional	6	5 m	51 m	23,6 m	15 m
L - R	3	7 m	10 m	8,5 m	8,5 m
Distância	6	7 m	24 m	15 m	14,5 m

L - R = Locoregional
 N = numero de pacientes
 m = meses

Tabela 3. Relação entre as margens cirúrgicas e o estado atual em 20 pacientes com recidiva e metástase.

Estado atual	Vivos	Mortos	Total
Margens			
Positiva	1	8	9
Negativa	4	7	11
Total	5	15	20
Teste de Fisher	p= 0,3289		

submetidos aos seguintes procedimentos: reconstrução do trânsito digestivo superior com tubo isoperistáltico de grande curvatura gástrica em 3 pacientes; glossectomia total em 3; rotação de retalho miofascial do grande peitoral em 3 e rotação trapézio em 1.

As complicações pós-operatórias ocorreram em 33 (76,7%) pacientes, sendo a mais freqüente a presença de fistula faringocutânea (Tabela 1).

Do total de complicações 3 levaram a óbito no pós-operatório: acidente vascular cerebral (2 pacientes), seps e ruptura da jugular interna.

O tempo de acompanhamento dos pacientes vivos variou de 12 a 60 meses com média e mediana de 24 meses.

Do total de 20 pacientes que apresentaram recidiva tumoral 15 foram a óbito e cinco permanecem vivos com doença. Todos estes pacientes eram de estadiamento clínico avançado, sendo 11 do IV e 9 do III. A recidiva local ocorreu em 5 pacientes, regional em 6, loco-regional em 3 e metástase à distância em 6 pacientes (Tabela 2). Os locais de metástase a distância foram: osso em 3 pacientes, pulmões em 2, fígado e osso em 1 paciente.

Em relação às margens cirúrgicas, dos pacientes que apresentaram recidivas, 8 dos pacientes que foram a óbito tiveram margens cirúrgicas comprometidas, e 1 dos 5 pacientes vivos com doença apresentou margem cirúrgica comprometida. Utilizando o teste de Fisher não houve correlação entre margens cirúrgicas comprometidas e sobrevida em 20 pacientes com recidiva tumoral (Tabela 3).

Aplicando a curva de sobrevida atuarial pelo método Kaplan-Meier (5 anos), obtivemos:

- Média: 23,2 m.
- Erro Desvio Padrão: 3,2 m.
- Intervalo de confiança: 16,9 a 29,5 m.

DISCUSSÃO

Nos tumores de estágio III e IV da faringe e laringe, embora o prognóstico seja grave, o tempo de sobrevida é freqüentemente prolongado para justificar uma terapêutica agressiva na tentativa de ablação do tumor e reconstrução dos defeitos advindos dessa conduta. A reconstrução deve ir além de um simples tubo que permita a passagem de saliva, permitindo a reabilitação vocal e a deglutição o mais próximo do alcançado no pós-operatório de uma laringectomia tradicional com fechamento primário^{5,6}.

O câncer de hipofaringe e esôfago cervical apresentam o pior prognóstico entre os locais primários no trato aerodigestivo superior; isto se deve grandemente à alta incidência de metástases para os linfonodos regionais e estágio clínico avançado da doença no momento do diagnóstico e tratamento^{4,7}. A presença de adenopatia cervical na primeira consulta varia em torno de 66%, sendo que a presença de micrometástase foi observada em 41% dos pacientes com pescoço negativo submetidos à esvaziamento cervical eletiva⁷.

O carcinoma da hipofaringe é uma doença devastadora que continua tendo um prognóstico pobre. Taxas de sobrevida de 2 e 5 anos para pacientes com carcinoma de hipofaringe em estágio III e IV são estimadas de 0% a 50%^{8,9}. Dos pacientes considerados passíveis de tratamento radical, somente 1 em 3 sobrevive a dois anos e menos de 1 em 5 sobrevive por mais de 5 anos. Alguns dos sobreviventes vão conviver com uma gastrostomia, fistula salivar ou passar por sessões periódicas de dilatação de estenose¹⁰. As taxas

de sobrevida com tratamento radioterápico isolado são desanimadoras, pois giram em torno de 4% a 10%, além de essa forma de terapia ser insuficiente no manuseio de pacientes com metástase cervicais^{4,11}.

Em nosso estudo, aplicando a curva de sobrevida atuarial pelo método de Kaplan-Meier, obtivemos a média de 23,2 meses em uma projeção de 5 anos, o que é compatível com a literatura estudada^{1,3,4,7,11,12}.

A interposição gástrica é um bom método para reconstrução da hipofaringe. Esse procedimento apresenta incidência baixa de fístula e estenoses e permite grandes margens de ressecção. No momento, é necessária cirurgia abdominal de grande porte e dissecação do mediastino posterior para a transposição do estômago para a região cervical, ocasionando grande volume nessa região e possibilidade de compressão das estruturas aí existentes e dos pulmões, além de ser necessária a secção do diafragma e dos nervos vagos. Dos vários métodos que utilizam o estômago para reconstituir o trânsito digestivo, a confecção de tubo com a curvatura gástrica maior parece apresentar facilidade em sua confecção e em sua transposição à região cervical por via retroesternal, evitando-se manuseio do mediastino, manobras para mobilização do órgão em sua totalidade e outros inconvenientes da transposição gástrica citados anteriormente⁴.

Cinquenta e oito por cento dos pacientes tratados no *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* entre 1975 e 1985 desenvolveram falha de tratamento, sendo o índice semelhante entre a falha local, regional e por metástase à distância³.

Em estudo realizado no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis-SP, os autores encontraram 8,3% de recidivas locais, 22,2% regionais, 6,2% distantes, 3,7% locorregionais e 0,6% locorregionais e distantes, e sobrevida global em cinco anos para os estádios clínicos de I a IV, respectivamente, de 70%, 60%, 32% e 14%^{1,12}.

Em nosso estudo a recidiva local foi de 25%, regional de 30%, loco-regional de 15% e metástase à distância de 30%. Não encontramos relação entre a margem cirúrgica comprometida e a sobrevida em pacientes com recidiva tumoral utilizando o teste de Fisher. A margem cirúrgica foi considerada comprometida quando a margem de tecido sem tumor na peça cirúrgica era menor de 5 milímetro ao exame histopatológico.

A complicação pós-operatória mais freqüente para o tratamento cirúrgico nos tumores avançados da hipofaringe é a presença de fístula cutânea que aparece geralmente entre a primeira e a sexta semana após a cirurgia, sendo mais freqüentes nos pacientes desnutridos e que apresentam margem cirúrgica comprometida e incide em 30% a 50% dos pacientes operados, segundo Shemen, Spiro¹³. Em nosso estudo 76,7% dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico apresentaram complicações no pós-operatório, sendo a fístula cutânea a mais freqüente, estando presente

em 34,3% dos pacientes.

A grande maioria das fistulas acaba por fechar-se espontaneamente em duas ou três semanas, com cuidados de assepsia e curativos locais compressivos, quando necessário realiza-se o fechamento através de procedimento cirúrgico, fechamento primário e ou rotação de retalho^{1,4}.

CONCLUSÕES

A principal complicação pós-operatória foi a fístula cutânea, sendo tratada clinicamente.

A margem cirúrgica comprometida não alterou o prognóstico, apesar de ser sempre um dos princípios da cirurgia oncológica.

A principal falha no tratamento foi a recidiva locorregional.

A curva de sobrevida atuarial (Kaplan-Meier) em cinco anos apresentou média de 23,2 meses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fava AS. In: Carvalho MB. Tratado de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia. 1ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Editora Atheneu; 2001. p. 491-512.
2. INCA; MINISTÉRIO DA SAÚDE; GOVERNO FEDERAL. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2000. Rio de Janeiro, 2000.
3. Clayman GL, Weber RS. In: Myers EN, Suen JY. Cancer of the Head and Neck. 3rd edition. Philadelphia: Saunders Company; 1996. p. 425-438.
4. Chagas JFS. Reconstrução da faringe e do esôfago com tubo isoperistáltico da curvatura gástrica maior após faringolaringoesofagectomia cervical. São Paulo, 2001, p. 3-6 (Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina).
5. Blom ED. Evolution of Tracheoesophageal Voice Prostheses In: Tracheoesophageal Voice Restoration Following Total Laryngectomy. 1st ed. San Diego: Singular Publishing Group; 1998. p.1-8.
6. Costa CC. Reabilitação vocal de laringectomizados com prótese traqueoesofágica. São Paulo, 2000, p. 57 (Tese de Mestrado apresentada ao Complexo Hospitalar Heliópolis, publicada na Rev Bras Otorrinolaringol 2001;67(5):707-714.
7. Shah JP, Kowalski LP. In: Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Reter Ltda; 2000. p. 235-265.
8. Fabian RL. Pectoralis major myocutaneous flap reconstruction of the laryngopharynx and cervical esophagus. Laryngoscope 1988;98:1227-1231.
9. Keane TJ. Carcinoma of the hypopharynx. J Otolaryngol 1982;11:227-231.
10. Fairmann HD, John HT. Treatment of cancer of the pharynx and cervical oesophagus. J Laryngol Otol 1966;80:1091-1101.
11. Pingree TF, Davis RK, Reichman O, Derrick L. Treatment of hypopharyngeal carcinoma: a 10-year review of 1,362 cases. Laryngoscope 1987;97:901-904.
12. Rapoport A. Fatores determinantes da sobrevida no cancer da hipofaringe: Variáveis relacionadas ao estadiamento, terapêutica e evolução. São Paulo, 1987 (Tese de Livre Docência apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
13. Shemen LJ, Spiro RH. Complications following laryngectomy. Head Neck Surg 1986;8:185.