

Cátia Gonçalves Ferreira da Silva

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço:

Localização anatómica, decisão terapêutica e Qualidade de Vida

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

PORTO, 2012

Cátia Gonçalves Ferreira da Silva

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço:

Localização anatómica, decisão terapêutica e Qualidade de Vida

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde

PORTO, 2012

Cátia Gonçalves Ferreira da Silva

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço:

Localização anatómica, decisão terapêutica e Qualidade de Vida

(Cátia Gonçalves Ferreira da Silva)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa

como parte dos requisitos para obtenção do grau de

Mestre em Medicina Dentária

Resumo

Os cancros de cabeça e pescoço são um problema universal de saúde pública. Encontram-se entre os dez cancros com maior taxa de mortalidade, apresentando elevada incidência e morbilidade, sendo um valor estimado de 900.000 novos casos diagnosticados anualmente à escala mundial. A localização mais comum é cavidade oral, contribuindo com cerca de 390.000 novos casos a nível mundial.

A cirurgia é o tratamento de eleição das neoplasias de cabeça e pescoço. Apesar dos avanços desta terapêutica, ainda muitas são as sequelas deixadas por este tipo de tratamento. A abordagem cirúrgica é realizada mediante o local, estadiamento neoplásico e características pessoais.

Verifica-se que o cancro oral pode ser prevenido, pois os seus principais factores de risco encontram-se predominantemente relacionados com a situação socio-ambiental. No entanto, na maioria das situações a doença é detectada em fase avançada e em 58,5% dos casos estes apresentam patologia já em estádios III e IV no momento do diagnóstico. Esta patologia afecta fundamentalmente os homens.

Ao longo dos tempos as ciências biomédicas têm evoluído bastante, proporcionando aos doentes tratamentos mais avançados, eficazes e proporcionando melhor Qualidade de Vida.

O Médico Dentista representa um factor crucial na identificação e diagnóstico precoce deste tipo de neoplasias.

Realizou-se uma sucinta revisão bibliográfica sobre a oncologia de cabeça e pescoço. Com este estudo pretendeu-se conhecer as abordagens cirúrgicas mais comuns mediante a localização anatómica descritas na literatura, bem como avaliar as diferentes dimensões de Qualidade de Vida relacionada com a saúde em doentes oncológicos submetidos a tal terapêutica. Para tal, 91 pacientes oncológicos de cabeça e pescoço do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto responderam a dois questionários da *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*: um

geral destinado a doentes oncológicos (QLQ-C30) e um outro, um módulo específico para pacientes com cancro de cabeça e pescoço, (H&N35).

Os resultados do presente estudo apontam a necessidade de uma análise pormenorizada, quantificável e objectiva dos itens de Qualidade de Vida relacionada com a saúde para melhor compreensão dos doentes com cancro de cabeça e pescoço. Tal como noutros estudos, concluímos que a Qualidade de Vida relacionada com a saúde acrescenta informação clínica em diversas dimensões, reflecte a auto percepção do doente e nem sempre é absolutamente concordante com o que é clinicamente expectável.

Em indivíduos com baixos *scores* de Qualidade de Vida relacionada com a saúde na etapa de admissão e follow-up seria útil prioriza-los dentro do programa assistencial. Sabe-se já que a optimização da Qualidade de Vida relacionada com a saúde promove melhorias noutros indicadores, dos quais se destaca: a Sobrevida dos doentes oncológicos.

Abstract

Head and neck cancers constitute a worldwide public health problem. They are among the top ten cancers with higher mortality rate, high incidence and morbidity. It is estimated that 900,000 new cases are diagnosed annually worldwide. The most common location is oral cavity with 390,000 new cases identified every year.

Head and neck tumors are mainly treated by surgery. Despite all surgical advances many sequels are characteristic of this type of treatment. Surgery is performed according to tumor locations, staging and individual characteristics.

Oral cancer can be prevented, since major risk factors are related to socio-environment. However, in most cases, the disease is detected at an advanced stage and 58.5% of diagnosed patients present the pathology already in stages III and IV at diagnosis. Men are mainly affected.

Biomedical sciences have evolved significantly in last decades, providing advanced and effective care promoting thus and better quality of life.

Dentists constitute a crucial factor in the identification and diagnosis of such tumors.

A short review on the head and neck oncology is presented. This study aims to assess the surgical treatment by anatomic location described in the literature, and evaluate the different parameters of Health-related quality of life in such cancer patients. Ninety one head and neck cancer patients from Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto completed two questionnaires of the European Organization for Research and Treatment of Cancer: questionnaires health-related: QLQ-C30 overall evaluation of Health-related quality of life and the specific module for patients with cancer of head and neck (H&N35).

The results of this study indicate the need for a detailed analysis, quantifiable and objective items to better understand Health-related quality of life of patients with head and neck cancer. As in other studies, we conclude that the quality of life related to health adds clinical information on several dimensions reflects the self-perception of the patient and is not always absolutely consistent with what is expected clinically.

In individuals with low scores of quality of life related to health in the stage of admission and follow-up would be useful to prioritize them within the assistance program. It is known as the optimal quality of life related to health promoting improvements in other indicators, among which: the survival of cancer patients.

Dedicatórias

Aos meus pais e irmão.

AGRADECIMENTOS

Embora uma tese seja, pela sua finalidade académica, um trabalho de carácter individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos a:

A Professora Doutora Augusta Silveira, minha orientadora, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela generosidade revelada, bem como pelas críticas, correcções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

A Professora Doutora Teresa Sequeira, minha co-orientadora, pela competência científica e orientação dada, bem como pela sua disponibilidade.

Ao Professor Doutor Joaquim Gonçalves, pelo apoio, acompanhamento e colaboração na parte estatística deste trabalho.

Ao Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto por me ter recebido no trabalho de campo, nomeadamente à gentil e preciosa Enfermeira Lurdes Carvalho.

A todos os doentes oncológicos do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto.

Ao meu querido irmão, Rui Miguel Gonçalves Ferreira da Silva, que me ajudou a crescer a nível intelectual e pessoal, pelas inúmeras trocas de impressões, correcções e comentários ao meu trabalho.

Aos meus pais, pois sem o seu apoio incondicional em todos os níveis nada seria possível.

A minha querida binómia, Diana Maximino Castro, com a qual partilhei todos os momentos do meu curso e da minha formação enquanto pessoa mas também enquanto profissional de saúde ao longo destes 5 anos de curso.

A Ana, pela companhia na execução deste trabalho.

Aos meus demais amigos, pois sem eles a minha vida académica não faria sentido.

Índice

Índice de Tabelas	v
Siglas e Abreviaturas.....	vi
INTRODUÇÃO	1
MÉTODOS.....	4
DESENVOLVIMENTO.....	7
I. Oncologia Oral	7
II. Abordagem cirúrgica em oncologia oral em função da localização anatômica:	12
II - 1. Lábios.....	12
II – 2. Mucosa Oral	16
II – 3. Rebordo Alveolar	18
II – 4. Trígono Retromolar	20
II – 5. Palato	21
II – 6. Pavimento da boca.....	24
II – 7. Língua.....	28

II – 8. Faringe.....	30
II – 9. Laringe.....	32
RESULTADOS	35
I. Variáveis Sociodemográficas.....	35
II. Factores de Risco.....	37
III. Localização	39
IV. Diagnóstico anatomopatológico.....	39
V. Estadiamento	40
VI. Alimentação	41
VII. QdVRS.....	42
VII.1. QdVRS quanto ao género e faixa etária.....	43
VII. 2. QdVRS quanto ao estado marital.....	44
VII. 3. QdVRS quanto ao nível educacional.....	45
VII. 4. Relação das variáveis de QdVRS quanto à TMN	46
VII. 5. QdVRS quanto à localização.....	47
DISCUSSÃO	48

CONCLUSÕES..... 55

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao género	35
Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto à faixa etária	36
Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto ao grau de escolaridade	36
Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto ao estado marital	37
Gráfico 5: Caracterização da amostra quanto aos hábitos etílicos	37
Gráfico 6: Hábitos tabágicos: fumadores ex-fumadores	38
Gráfico 7: Distribuição dos antecedentes tabágicos na população ex-fumadora	38
Gráfico 8: Frequência da localização anatómica.....	39
Gráfico 9: Diagnóstico anatomopatológico.....	39
Gráfico 10: Frequência do tamanho do tumor primário detectado (T)	40
Gráfico 11: Frequência dos nódulos linfáticos palpáveis (N)	40
Gráfico 12: Frequência da detecção de metástases à distância (M)	41
Gráfico 13: Formas de alimentação dos pacientes de CP	41

Índice de Tabelas

Tabela 1: QdVRS quanto ao género e faixa etária para os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perdas pedo” e “Ganho de peso”	43
Tabela 2: QdVRS quanto ao estado marital considerando os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”	44
Tabela 3: QdVRS quanto ao nível educacional considerando os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”	45
Tabela 4: QdVRS quanto ao TMN para os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”	46
Tabela 5: QdVRS quanto a localização considerando os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”	47

Siglas e Abreviaturas

AJCC - *American Joint Committee on Cancer*

BCCs - Tumores das células basais

CP - Cabeça e Pescoço

CX – Cirurgia

EORTC – *European Organization for Research and Treatment of Cancer*

HPV - Papilomamavirus oral humano

HRQoL - Health-related quality of life

IA - Submentoniano

IB – Submandibular

ICD - *International Classification of Diseases*

ICD9 - *International Classification of Diseases, 9th Revision*

IPOPFG - Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto

IRM - Imagem de Ressonância Magnética

ORL - Otorrinolaringologia

QdVRS - Qualidade de Vida relacionada com a saúde

QT - Quimioterapia

RT - Radioterapia

SCCs - Carcinoma Espinocelular

TC - Tomografia computadorizada

TEP - Tomografia por emissão de positrões

TMN – Tamanho, Nódulos linfáticos palpáveis, Metástases distantes

UFP - Universidade Fernando Pessoa

US – Ultrassonografia

INTRODUÇÃO

O cancro oral é um problema universal de saúde pública, encontra-se entre os dez cancros com maior taxa de mortalidade, apresentando também taxas de incidência e morbidade elevadas (Vila, 2008). É o cancro mais comum na região de cabeça e pescoço (CP) representando aproximadamente 390.000 novos casos anuais a nível mundial, é também o 11º tumor maligno mais comum no mundo contribuindo para cerca de 5% de todas as neoplasias. Apresenta maior incidência em indivíduos do género masculino (ratio de 5:1), com predomínio de caucasianos, manifestando-se predominantemente entre os 50 e os 70 anos de idade (Daher *et al.*, 2008; Silveira *et al.*, 2012). Constitui um grupo complexo de doenças, que podem afectar qualquer parte da cavidade oral. A língua é o local anatómico preferencial para o desenvolvimento do cancro da cavidade oral. É a neoplasia mais comum na Asia Central (Carli *et al.*, 2009; Moore *et al.*, 2000).

A patologia oncológica oral encontra-se num estado preocupante, pois a maioria dos casos é por norma diagnosticada tarde, obrigando a modalidades terapêuticas por vezes bastante agressivas ou inviabilizando o ser recurso efectivo. A cirurgia (CX), radioterapia (RT) ou a combinação destas abordagens com a quimioterapia (QT) são os principais tipos de terapêutica. Apesar da escolha terapêutica depender da região acometida pela doença, estadiamento clínico do tumor, extensão e condições clínicas do doente, verifica-se que continua a ser a CX o tratamento de eleição (Wilson *et al.*, 1991).

Este tema foi escolhido por diversos motivos: a doença oncológica foi uma situação com a qual infelizmente tive de contactar e ultrapassar; motivos familiares fizeram-me desenvolver um particular interesse por esta patologia; durante o semestre que estudei na Hungria no Hospital da cidade de Debrecen, ao abrigo do programa Erasmus, foi-me permitido ter contacto com pacientes oncológicos através da disciplina de cirurgia Maxilofacial IV; como estudante de Medicina Dentária sou naturalmente sensível à prevenção e diagnóstico precoce destas neoplasias, que tanto afectam a sobrevivência e Qualidade de Vida destes doentes oncológicos. Mediante todas estas questões fundamentais à minha conduta clínica, senti a necessidade de compreender melhor

como tudo se processa, o porquê e fundamentalmente dar a importância que esta área merece tendo em conta a sua realidade epidemiológica. Admito ter ficado mais conhecedora e definitivamente mais clara de que esta é a minha paixão, querendo desta forma finalizar o meu curso estudando algo com que realmente me identifique.

É necessário o conhecimento do perfil epidemiológico para que se possam melhorar as condições tanto de diagnóstico como de tratamento, articulando mecanismos capazes de promover o encontro de indivíduos motivados para cuidar da sua saúde, bem como uma rede de serviços capazes quantitativa e qualitativamente, de suprir tais necessidades, em todo o território nacional, melhorando a Qualidade de Vida, tão importante em todas as situações da vida.

A Medicina Dentária pode desempenhar um papel significativo na área da Oncologia, pois tem a oportunidade de realizar o diagnóstico precoce do cancro oral, potenciando a detecção de lesões assintomáticas nos exames de rotina. O Médico Dentista também deve ser um elemento de difusão de informação sobre o assunto facilitando assim, o acesso dos pacientes a medidas preventivas e ao diagnóstico precoce. Também é necessário sensibilizar os profissionais de saúde a participarem em projectos e programas de prevenção do cancro oral (Dib *et al.*, 2005).

Desta forma e no âmbito deste trabalho, realizou-se um estudo observacional, para identificação da Qualidade de Vida relacionada com a saúde (QdVRS) em pacientes oncológicos submetidos a CX no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto (IPOPFG). Foi realizada uma revisão bibliográfica, filtrando e organizando toda a informação base para o estudo, fazendo uma abordagem geral do estado da Oncologia de CP a nível mundial e quais as técnicas mais comumente utilizadas mediante a localização anatómica.

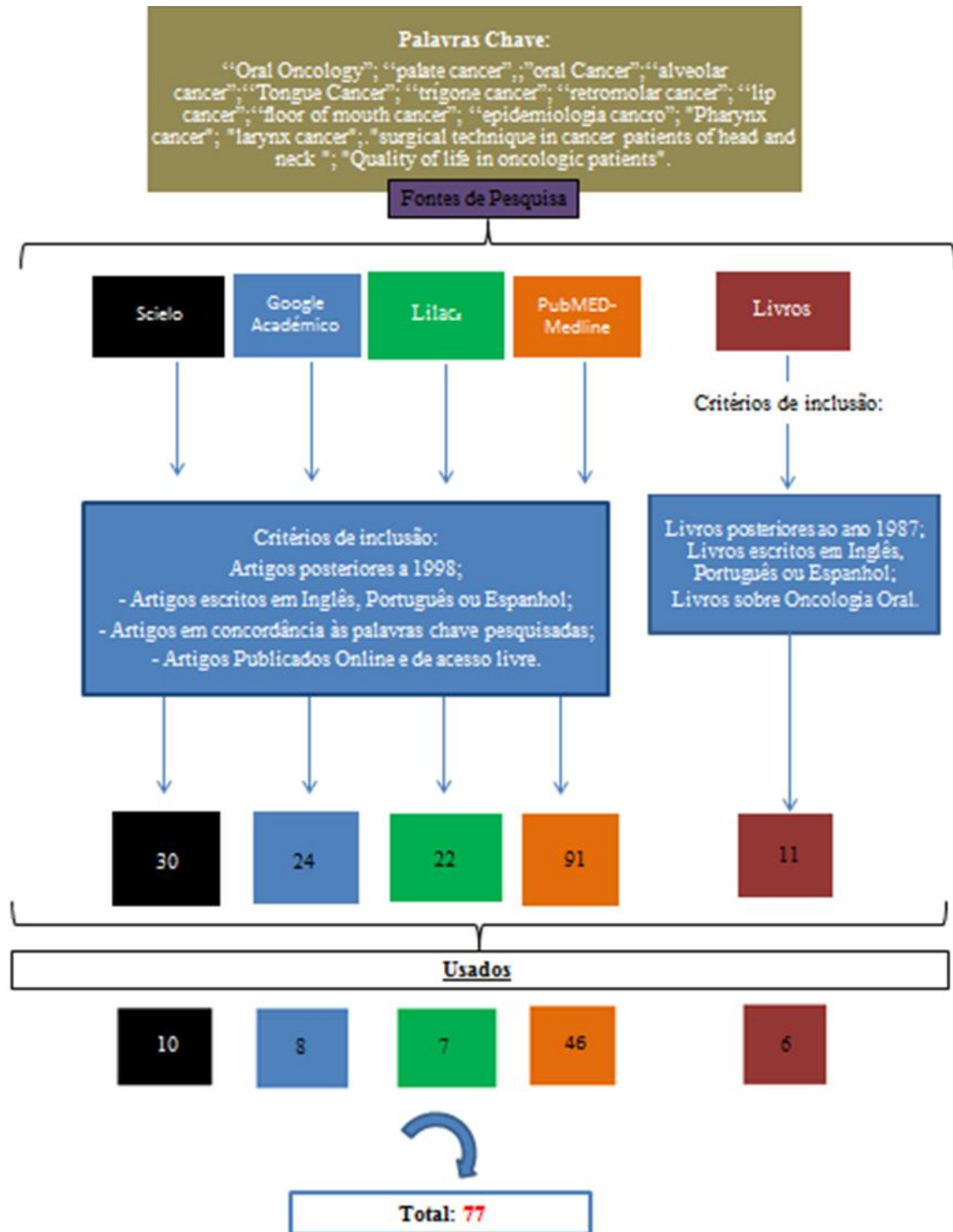
Neste trabalho, com o objectivo de obter o grau de Mestre em Medicina Dentária, pretende-se estudar quais as técnicas oncológicas cirúrgicas mais apropriadas e realizadas, dando especial e total atenção ao cancro de língua, faringe e laringe.

São por isso os objectivos mais específicos:

- Revisão bibliográfica sobre epidemiologia e factores de risco de cancro de CP, conducentes a um conhecimento capaz de promover a prevenção e o diagnóstico precoce, envolvendo grupos profissionais de Saúde Oral.
- Revisão bibliográfica sobre as abordagens cirúrgicas mais comumente realizadas na cavidade oral, com maior incidência no cancro de língua, faringe e laringe acerca do qual foi realizado o estudo;
- Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas de doentes oncológicos de CP do IPOFG, submetidos a protocolos cirúrgicos.
- Análise de dimensões de QdVRS em doentes oncológicos de CP do IPOFG, submetidos a protocolos cirúrgicos.

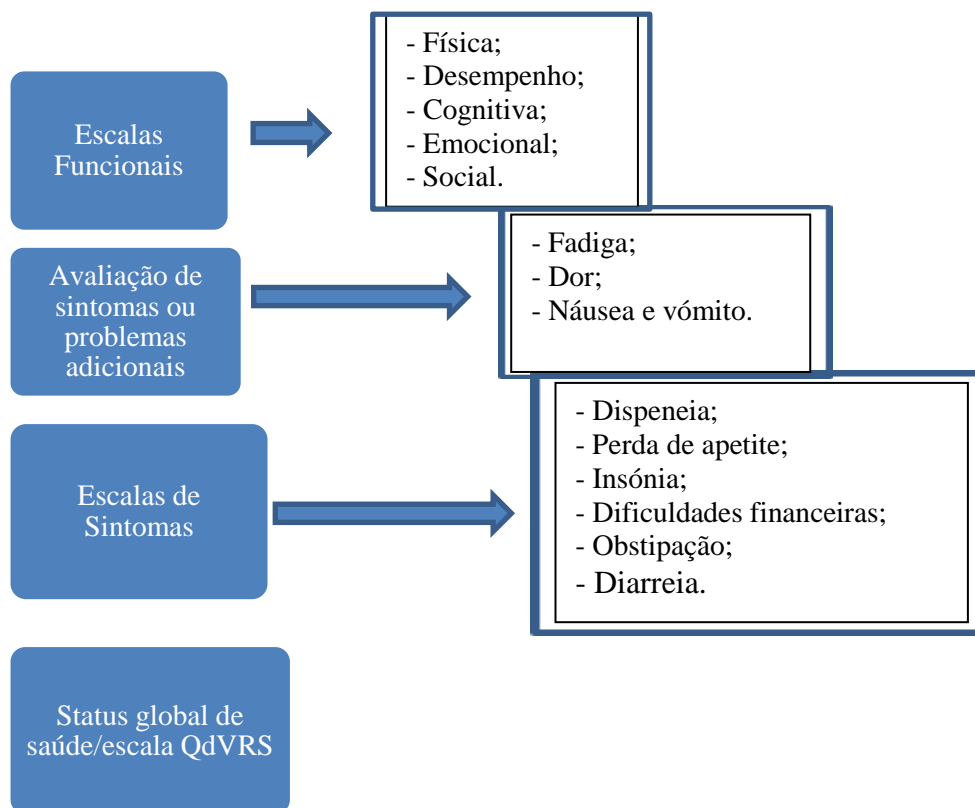
MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sistematizada no seguinte esquema.



Quando à avaliação da QdVRS, participaram neste estudo 91 doentes oncológicos de CP dos Serviços de Otorrinolaringologia (ORL) e CP do IPOFG, Portugal. Completaram dois questionários, nos limites temporais de Março de 2010 a Junho de 2012, pertencentes à versão portuguesa publicada e validada do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*, um nuclear (EORTC QLQ-C30) destinado a doentes oncológicos e um outro específico para doentes oncológicos de CP (H&N35) (Fayers,*et al.*, 2001; Anexo 7 e 8).

Questionário nuclear (EORTC QLQ-C30 (versão 3) contém:



Foram incluídos neste estudo todos os doentes da base de dados do IPOFG submetidos a CX, que responderam aos questionários e dos quais se conseguiu informação relativa ao TMN (Tamanho, Nódulos linfáticos palpáveis, Metástases distantes). Por oposição, excluíram-se todos os doentes que não cumpriam os requisitos tendo assim sido estudados 91 pacientes. Os dados obtidos foram analisados e tratados recorrendo ao programa estatístico SPSS *for Windows* (Anexo 7 e 8).

Todos os resultados obtidos nos questionários remetem ao estado do doente durante a última semana. As possibilidades de resposta às questões do número 1 ao 28 variam de 1-4 (1-“Não”; 2-“Um pouco”; 3-“Bastante”; 4- “Muito”). As possibilidades de resposta nas questões 29 e 30 variam de 1 e 7, numa escala na qual 1 significa “péssima” e 7 “ótima”. Através do manual da EORTC são cotadas as respostas obtidas. Em todas as escalas e itens simples, (excepto nas escalas funcionais e *status* global de saúde/escala de QdVRS), quando se obtém cotação/*score* elevado significa uma pior QdVRS. Para as escalas funcionais, para o *status* global de saúde e escala de QdVRS a pontuação obtida é directamente proporcional à QdVRS. Quando considerados os sintomas e itens simples, um *score* elevado revela uma pior QdVRS (Fayers,*et al.*, 2001; Anexo 7 e 8).

Foram usados os testes estatísticos χ^2 , *T-student* para amostras independentes e ANOVA a um factor, para um nível de confiança de 95%, considerando a rejeição da hipótese nula sempre que α (erro tipo I) era menor do que 0,05 (*p-value*).

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do IPOFG. Todos os doentes que participaram no estudo concordaram e completaram o questionário imediatamente antes da sua consulta de rotina.

DESENVOLVIMENTO

I. Oncologia Oral

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o cancro é um processo de disseminação e crescimento descontrolado de células, que pode aparecer em qualquer parte do organismo e tende a invadir tecidos circundantes, podendo mesmo metastizar para locais distantes (Raspal, 1997; Peckman *et al.*, 1995). Mais de 20 milhões de pessoas no mundo vivem com o diagnóstico de cancro. Até 2020, estima-se que anualmente haverá cerca de 15 milhões de novos casos de cancro dos quais cerca de 10 milhões morrerão com esta doença (WHO, 2012; Petersen, 2008; Mistry *et al.*, 2011).

A Organização das Nações Unidas (UNO) afirma que o período de 1975 a 2025 representa um período de envelhecimento da população, uma vez que a sociedade está envelhecer cada vez mais pois expectativa de vida está crescer rapidamente. Este envelhecimento progressivo da população mundial faz com que o número de pessoas diagnosticadas por ano com cancro aumente, uma vez que a maioria dos tipos de tumores é dependente da idade. Na Europa, cerca de 6% dos novos casos e 70% das mortes por cancro ocorrem em doentes de idade igual ou superior a 65 anos (Silveira *et al.*, 2011).

A cavidade oral desempenha um papel essencial na comunicação verbal, relação social, respiração e é o local onde se inicia todo processo da digestão (Santos, 2011; Gray, 1995). Por vezes devido ao elevado poder de metastização dos cancros da cavidade oral, especialmente em algumas localizações os gânglios linfáticos cervicais são afectados. Estes dividem-se segundo uma referência topográfica e são classificados em cinco níveis anatómicos: (Gray, 1995)

- Áreas correspondentes aos trígonos submandibular (IB) e submentoniano (IA);
- II, III, IV áreas contidas sobre a veia jugular interna, dividindo-se em superiores, médios e inferiores;
- V gânglios linfáticos ao longo do nervo acessório, contidos no trígono cervical posterior;

- VI gânglios linfáticos para-traqueais e pré-traqueais, peritireoidianos e pré-cricóides.

Do ponto de vista anatômico, o cancro oral inclui qualquer alteração maligna com localização no lábio, língua, glândulas salivares, gengiva, assoalho de boca, mucosa jugal, vestíbulo, palato e úvula. O local mais comum do cancro da CP é a cavidade oral, seguida pela laringe e faringe (Raspall, 1997; Peckman *et al.*, 1995). O carcinoma epidermóide o tipo histológico mais comum (Neville *et al.*, 2002).

A realidade epidemiológica do cancro oral é muito significativa: de entre os 6,4 milhões de neoplasias diagnosticadas no mundo, cerca de 10% encontram-se localizados na boca, sendo por isso um dos seis tumores malignos mais prevalentes mundialmente, com um valor estimado de 900.000 de novos casos diagnosticados a nível mundial (Silveira *et al.*, 2012; Silveira *et al.*, 2011; Melo *et al.*, 2010; Vila, 2008).

No que diz respeito à Europa, ocorrem cerca de 80.000 casos por ano e 40.000 mortes devido a cancro de CP, sendo por isso a quarta neoplasia mais frequente nos 27 países da União Europeia. Na generalidade, a taxa de mortalidade devido a tumores malignos é baixa em Portugal em relação à média da União Europeia, no entanto quando se considera os tumores malignos da cavidade oral em Portugal, o tabaco e o álcool têm um papel fundamental e o risco de morrer é maior que a média (Silveira *et al.*, 2012).

São variados os factores da génese do cancro oral, no entanto ainda não estão completamente esclarecidos apesar de se conhecer a influência de condicionantes do hospedeiro, como herança genética, sexo e idade, bem como factores ambientais (Neville *et al.*, 2002).

Pessoas que possuem maiores possibilidades de adquirir uma doença constituem um grupo de risco para essa doença, apresentando condições favoráveis ao seu desenvolvimento. No entanto não significa que necessariamente a desenvolverão. Apenas possuem maiores probabilidades de a desenvolver quando comparadas com a população em geral (Neville *et al.*, 2002).

Os cancros a nível intraoral e zona orofaríngea são mais comuns no homem do que na mulher, (2:1), provavelmente porque os homens são mais propensos a ter vocações e / ou ocupações que resultam numa maior exposição solar cumulativa (López-Arranz *et al.*, 1998; Honorato *et al.*, 2009). No entanto, actualmente esta relação tem vindo a tornar-se menos evidente ao longo da última metade do século passado, provavelmente devido ao facto das mulheres actualmente se encontrarem expostas de forma mais idêntica a determinados agentes carcinogénicos tal como o tabaco e o álcool (Neville *et al.*, 2002). Em Portugal, a morte por tumor maligno neste local, representa, no sexo masculino cerca de 4% das mortes e no feminino cerca de 1% (Silveira *et al.*, 2012).

O cancro oral apresenta uma incidência variável consoante a distribuição geográfica a nível mundial, sendo a maior incidência deste tipo de neoplasia na Melanésia (Oceânia) - 31,5/100 000 nos homens e 20,2/ 100 000 nas mulheres. No entanto, no sudeste da Ásia e em determinados países da Ásia, como a Índia o cancro oral é o mais comum, correspondendo a 35% do total das neoplasias malignas, sendo esta prevalência particularmente alta. Admite-se que será atribuída à acção de carcinogénicos e de factores epidemiológicos específicos, como o consumo de preparados de tabaco de mascar com folha de bétel, noz de areca e lima (Peckman *et al.*, 1995).

Os principais factores de risco do cancro oral encontram-se particularmente associados à situação socio-ambiental. No entanto, na maioria dos casos, a doença é detectada em fase avançada e por norma em indivíduos de baixas condições socioeconómicas e com pouco acesso aos serviços de saúde, sendo por isso uma situação bastante preocupante, pois obriga a modalidades terapêuticas por vezes bastante mais agressivas ou mesmo a impossibilidade terapêutica (Raspall, 2000).

Os factores de risco das neoplasias de CP são os mesmos para as diferentes localizações. Sabe-se que os principais factores etiológicos deste tipo de neoplasias são: hábitos etílicos e tabágicos, tabaco de mascar ou betel, promovendo especialmente neoplasias na mucosa. A combinação do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco é a causa de cerca de 65% a 90% das neoplasias orais (Melo *et al.*, 2010; Vila, 2008).

No entanto, existem outros factores de risco como: imunodepressão, especialmente aquando da exposição a oncogenes virais; idade superior a 50 anos e género (especialmente sexo masculino), apesar de ser verificar um aumento em jovens e mulheres, especialmente naqueles que têm já problemas periodontais ou infecção por HPV (particularmente o HPV 16, causa recentemente reconhecida de um subconjunto de cancro oral e cancro da faringe, sendo responsável por cerca de 40 a 80% de todos os casos de carcinoma epidermóide da orofaringe-faringe); má higiene oral ou mesmo candidíase crónica no caso de neoplasias da cavidade oral; lesões potencialmente malignas; agentes infecciosos (tais como a *Candida albicans*), hormonas, stress oxidativo; agentes traumáticos, tais como próteses desajustadas, dentes fracturados e zonas cortantes e ainda factores nutricionais tais como deficiência em ferro. No caso das neoplasias dos lábios factores como exposição solar, RT prévia, caucasianos e predisposição genética (especialmente quando há mutação do gene supressor tumoral p53) são característicos. Sífilis no caso de neoplasias da mucosa ou pavimento da boca; síndrome de Plummer-Vinson no caso de cancro na mucosa ou rebordo alveolar; a inflamação crónica da laringe induzida por substâncias irritantes ou mesmo o abuso de voz prolongada podem ser factores de risco associados a esta neoplasia (Moretti *et al.*, 2011; Denewer *et al.*, 2006; Burusapat *et al.*, 2012; DeVitta *et al.*, 2005; Wong *et al.*, 2012; Brown, 2012; Melo *et al.*, 2010; Saman, 2012; Santos, 2011).

O bom conhecimento das regiões anatómicas da boca é essencial para que se proceda adequadamente ao exame e procura de alterações orais, como lesões precursoras e/ou iniciais do cancro oral, embora os exames complementares sejam necessários (Melo *et al.* 2010; Rhodus 2005).

No caso de existência de lesão suspeita, deve realizar-se a biópsia incisional, com análise histológica, tratando-se de um procedimento indispensável, fundamental ao diagnóstico definitivo mesmo que as suspeitas clínicas de neoplasia maligna sejam fortes. O *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) criou um sistema de classificação tumoral que se designou de TNM. Esta classificação baseia-se no tamanho do tumor (T), presença de nódulos linfáticos palpáveis (N) e de metástases distantes (M) (Rhodus, 2005; Lynch, 1994).

As abordagens terapêuticas via CX, RT ou a combinação com a QT são os principais disponíveis, sendo entre estas, a CX o tratamento de eleição, o qual irá depender da extensão da lesão e da sua respectiva localização (Carvalho *et al.*, 2010; Peckman *et al.*, 1995).

O factor mais importante e que piora a avaliação prognóstica do doente portador de cancro oral é a presença de metástases regionais. Nas demais lesões, se operáveis, a CX está indicada, associada ou não à RT. Quando existem metástases linfáticas, é indicado o esvaziamento cervical do lado afectado, sendo o prognóstico do caso bastante reservado (Honorato *et al.*, 2009). A CX radical do cancro oral evoluiu muito. Têm vindo a ser incorporadas técnicas de reconstrução imediata, permitindo largas ressecções e uma melhor recuperação do paciente. Porém, as deformidades geradas são ainda grandes e o prognóstico dos casos intermediário. A QT poderá ser usada em casos avançados seleccionados, visando a redução do tumor, a fim de possibilitar o tratamento posterior por RT ou CX. O prognóstico nestes casos é extremamente grave, tendo em conta a impossibilidade de se controlar totalmente as lesões extensas (Honorato *et al.*, 2009). O tratamento por RT e QT está frequentemente associado a diversos tipos de complicações, como o aparecimento da mucosite que nos casos intensos pode mesmo impedir a alimentação pela boca e impor o uso, ainda que temporário, de sonda. Entre outras complicações e na sequência de tratamentos cirúrgicos pode ocorrer: fístula oro-cutânea, necrose do retalho, dificuldade na comunicação verbal ou disfagia (Ghazali *et al.*, 2012; Campos *et al.*, 2011; Angelo *et al.*, 2010). Sendo fundamental a melhor reconstrução possível para que importantes acções como fala, deglutição, entre outras não sejam afectadas, tais complicações acabam por criar grandes incapacidades, são determinantes para garantir uma boa QdVRS a estes doentes (Futran *et al.*, 1999; Silveira *et al.*, 2012).

É necessário o conhecimento do perfil epidemiológico e a articulação de acções preventivas visando o esclarecimento da população sobre a doença, factores de risco. O tratamento e as possibilidades de cura devem ser implementadas para viabilizar o diagnóstico precoce que poderá modificar o perfil epidemiológico deste tipo de neoplasia, melhorando também a QdVRS que se revela sempre bastante importante (Carvalho *et al.*, 2010; Antunes *et al.*, 2003). Uma boa higiene oral, bem como a

limitação à exposição de factores de risco podem ser cruciais para evitar o aparecimento da neoplasia.

Com o objectivo de agrupar de forma mais sistemática todos os cancros nas respectivas localizações, é utilizado o ICD9 (*International Classification of Diseases, 9th edition*) que fornece códigos relativos à classificação de patologias e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, que contém até 6 caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes. Esta baseia-se na *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, à 9ª revisão da ICD da OMS, que data de 1975 e que difere essencialmente pela introdução de subclassificações de 5 dígitos nas subcategorias (de 4 dígitos). É usada globalmente para estatísticas de morbilidade e de mortalidade, sistemas de reembolso e de decisões automáticas de suporte em Medicina (WHO, 2012; Anexo 6).

II. Abordagem cirúrgica em oncologia oral em função da localização anatómica:

II - 1. Lábios

Os lábios são duas pregas carnosas que se encontram em torno da boca, formando a transição entre a pele e a mucosa de revestimento do músculo orbicular da boca, o tecido conjuntivo fibroadiposo, os vasos e nervos labiais, bem como numerosas pequenas glândulas salivares labiais que secretam para a cavidade oral. A linha de contacto entre os lábios é oposta às bordas cortantes dos dentes incisivos superiores (Gray, 1995).

Os lábios variam consideravelmente em espessura, forma e tamanho de acordo com a idade e etnia. Representam uma zona extremamente importante da face, não só a nível estético como também pelas funções básicas que apresenta, como a alimentação, fonação e expressão facial. São frequentemente acometidos por patologias benignas e raramente por malignas (Antunes *et al.*, 2004). Os lábios das mulheres, parecem ser melhor protegidos com resultado do uso de cosméticos que podem conferir alguma

protecção adicional e provavelmente da menor exposição aos factores agressivos, tal como a exposição solar.

O cancro do lábio, corresponde a cerca de 20-30% de todos os tumores malignos da cavidade oral, podendo surgir mais frequentemente no lábio inferior, apresentando uma taxa de 80% a 95% dos casos – a frequência parece estar relacionada com a elevada exposição solar ou a fumadores de cachimbo. O lábio superior, apresenta apenas de 2 a 12% dos casos e comissura contribui com 1 a 15% dos casos de cancro (Antunes *et al.*, 2004).

O cancro labial afecta quase exclusivamente indivíduos caucasianos (94,4%) com predominância pelo género masculino em 80-98% dos casos, embora exista evidência epidemiológica de um crescimento lento e progressivo ao longo dos anos, da incidência no sexo feminino (Nardi *et al.*, 2010). O cancro labial é raro em crianças durante a 1ª e 2ª década de vida (excepto quando são portadoras de *Xeroderma Pigmentosum*) (Antunes *et al.*, 2004). Alguns autores consideram que pode ocorrer em mulheres que sejam portadoras da síndrome de Plummer-Vinson (Antunes *et al.*, 2004). É na 5ª, 6ª e 7ª década de vida, que ocorrem com mais frequência, sendo mais representativos na 6ª década, como consequência da expressão cumulativa a factores de risco.

Existem vários tipos histopatológicos de cancro com localização labial, dos mais frequentes aos menos frequentes:

- o carcinoma espinocelular (SCCs, *squamous cell carcinoma*) que apresenta 90% dos casos frequentemente localizado no lábio inferior e com possibilidade de metastizar para o pescoço;
- tumores das células basais (BCCs, *basal cell carcinoma*) que têm origem na face cutânea dos lábios, e comprometem, por continuidade, o vermelhão e/ou a mucosa sendo quase sempre localizados no lábio superior e pele; são raras as metástases em nódulos linfáticos;
- adenocarcinoma (alguns derivam das glândulas salivares menores);
- melanomas;
- sarcomas;

- linfomas.

Por norma, o cancro do lábio é precedido de lesões potencialmente malignas. As lesões do lábio inferior são o local mais vezes atingido, podem ser precedidas de lesões de quelite actínica. Estas mesmas, caracterizam-se por lesões atróficas e pálidas no vermelhão, evoluindo, por vezes, para crosta (hiperqueratose) ou mesmo úlcera. A leucoplasia e eritroplasia são lesões potencialmente malignas deste tipo de carcinoma, sendo nestes casos indispensável a realização de biópsia para confirmar o diagnóstico de carcinoma. Em lesões T1 ou T2, a percentagem de pacientes com metástases nos nódulos linfáticos no momento do diagnóstico é de 8% o que aumenta a probabilidade dos estádios avançados dos tumores, tornando necessário procurar possíveis metástases e adenopatias cervicais (Moretti *et al.*, 2011; Antunes *et al.*, 2004).

O diagnóstico não oferece dificuldade para o especialista, o qual é feito através do exame loco-regional macroscópico, confirmado pela biópsia incisional quando indicada, e/ou pela biópsia excisional (Antunes *et al.*, 2004). Como complemento são utilizadas as técnicas de ultra-sonografia (US), tomografia computadorizada (CT) e a ressonância magnética (MR) para definir a extensão da lesão e confirmar qualquer disseminação para os principais nódulos linfáticos loco-regionais.

Deve-se dar especial atenção à palpação do pescoço, uma vez que os nódulos linfáticos menores que 2cm de diâmetro podem ocorrer devido ao mau estado dentário do paciente, higiene precária da boca e processos inflamatórios associados à neoplasia (Antunes *et al.*, 2004).

As neoplasias do lábio podem ser tratadas com CX, RT ou combinação de ambas, no caso de estádios avançados (Buraspat *et al.*, 2012). O tratamento preconizado para os tumores labiais é o cirúrgico por excelência. A CX poderá optar entre algumas técnicas, dependendo principalmente do tamanho e localização topográfica do tumor e características específicas. As técnicas cirúrgicas mais comumente utilizadas são a excisão tridimensional em cunha, tridimensional em "W" ou excisão tridimensional associada à reconstrução plástica imediata com rotação de retalho pediculado uni ou bilateral (Antunes *et al.*, 2004; Vila, 2008).

A reconstrução do lábio pode ser difícil e complexa quando as lesões se encontram próximas umas das outras, ou quando o tumor se apresenta associado a lesões semelhantes da pele facial, simultaneamente ou após o tratamento da neoplasia. Para compensar a perda cirúrgica de tecido devido à CX que envolve toda a espessura do lábio, precisam de ser criados retalhos a partir do restante podendo ser estas de zonas opostas aos lábios ou mesmo de áreas adjacentes, particularmente no rosto. Num tratamento cirúrgico ideal, é essencial considerar a reconstrução do anel do esfíncter usando todas as três camadas ao mesmo tempo, como a excisão. A reconstrução deve proporcionar uma abertura adequada, mucosa oral suficiente adjacente à comissura para evitar a contractura (Moretti *et al.*, 2011).

Alguns procedimentos cirúrgicos, quando realizados de maneira inadequada, sem levar em consideração a posição da lesão, extensão e presença de metástases nos nódulos linfáticos, fisiologia labial e a função esfíncteriana dos lábios, podem ocasionalmente acarretar sequelas como assimetria, incontinência, encurtamento (microstomia), retrusão e aptose labial (Denewer *et al.*, 2006).

As metáteses parecem ocorrer mais frequentemente em carcinomas indiferenciados, verificando-se que em tumores bem diferenciados a taxa de ocorrência de metastização é de 5%, no entanto os factores que mais parecem influenciar a ocorrência de metastização são o tamanho e o respectivo grau (Burusapat *et al.*, 2012). A metástase linfática cervical das neoplasias do lábio inferior atinge o triângulo submentoniano e o grupo submandibular e é directamente proporcional ao tamanho do tumor, localização topográfica e grau de diferenciação histológica. Ocorrendo metástase linfática cervical, o pescoço poderá ser tratado através do esvaziamento suprahomohióideo uni ou bilateral, esvaziamento cervical unilateral modificado, ou o esvaziamento clássico radical (Burusapat *et al.*, 2012; Antunes *et al.*, 2004).

Pacientes em estádios iniciais, recuperam em 3 semanas após CX com bom resultado estético e funcional a curto e longo prazo. Em contraste, pacientes com tumores mais avançados do lábio inferior (T3 e T4), apresentam no período pós-operatório problemas como incontinência e incompetência labial, sialorreia, distúrbios na fala e na mastigação. No entanto, todos estes problemas vão diminuindo consideravelmente com

o decorrer do tempo pós cirúrgico, principalmente quando seguidos de terapias de reabilitação (Moretti *et al.*, 2011).

A RT é indicada para estádios iniciais, T1-T2, (braquioterapia). Em tumores de estádios avançados por razões paliativas, para o tratamento de linfáticos cervicais, em alternativa à CX (quando por exemplo são loco-regionalmente cirurgicamente irressecáveis) ou no pós-operatório. O prognóstico é considerado bom pela maioria dos autores, excepto nos casos em que ocorre recidiva pós-tratamento, passando a ser então menos favorável (Nardi *et al.*, 2010; Antunes *et al.*, 2004).

II – 2. Mucosa Oral

A mucosa oral, reveste toda a cavidade intraoral. Apresenta características estruturais diferentes, dependendo da região, adaptando-se frente as agressões funcionais, modificações evolutivas e sofre modificações reversíveis em resposta à função e ao uso. Os cancros da mucosa oral diferenciam-se dos tumores dos lábios pela característica de apresentar um curso clinico mais agressivo (Gray, 1995, Schünke *et al.*, 2007).

A maioria dos casos de carcinoma da mucosa oral desenvolve-se a partir dos 40 anos, sendo raros antes dos 30 anos. Não existem informações das possíveis diferenças no que respeita a etnia e factores ambientais em pacientes jovens. Os pacientes mais afectados são do sexo masculino (Luna-Ortiz *et al.*, 2011).

Os cancros da mucosa oral, representam cerca de 5% a 7% de todos os tumores da cavidade oral e uma taxa de recorrência locoregional de 30-80%, a qual é a maior causa de fracasso do tratamento (Choiu *et al.*, 2010; Santos, 2011). A maioria das recidivas acontecem nos primeiros dois anos após o tratamento do carcinoma, a local é a mais frequente em relação à regional com uma taxa de aproximada de 15% (Santos, 2011).

Inicialmente, este tipo de carcinoma apresenta-se sob a forma de uma lesão branca, avermelhada ou ulcerada, podendo-se manifestar primeiramente através de trismo por infiltração neoplásica ou adenopatia submaxilar. Localizam-se frequentemente na comissura oral ou na região anatómica próxima ao terceiro molar inferior, com

frequência sobre uma leucoplasia de larga evolução. Caso a patologia esteja um pouco mais avançada, pode apresentar um crescimento exofítico, caracterizado por um crescimento lento, assente no sulco mandibular ou na mucosa alveolar da arcada mandibular e com melhor prognóstico. Aparece como uma massa branca papilar com superfície micronodular ou pode ainda apresentar-se de cor branca avermelhada devido ao elevado grau de queratinização. Pode ainda ser do tipo infiltrativo, geralmente de pior prognóstico, comumente acompanhado com dor local e invasão precoce do músculo bucinador, aspecto de uma úlcera profunda com extensão periférica difusa. O carcinoma espinocelular é o mais comum. Frequentemente ocorre a extensão desta neoplasia à mucosa gengival, trígono retromolar e comissura labial (Santos, 2011; Raspall, 2000).

O tratamento preconizado para cancro da mucosa oral, é o cirúrgico por excelência, tanto para fases iniciais como para fases avançadas. No entanto, o tratamento realizado e a abordagem cirúrgica realizada dependerão do tamanho do carcinoma presente e da sua localização. Caso o paciente apresente pequenas lesões, este poderá ser tratado através da excisão alargada, por via transoral. No caso de um paciente com lesões avançadas, poderá ser necessário o tratamento através da excisão das estruturas envolvidas, através da maxilectomia parcial no caso de ocorrer invasão do osso alveolar superior. Doentes com cancro da mucosa oral com margens positivas, ou seja, que não foram removidas todas as células tumorais do local da CX, possuem um resultado clínico pós-operatório menos favorável, daí ser crucial a ressecção completa do tumor, com margens negativas confirmadas através do exame histopatológico (Lima *et al.*, 2009; Santos, 2011). Margens cirúrgicas próximas menores de 3mm ou 5mm foram relatadas e são associadas a um elevado risco de recorrência do cancro (Chiou *et al.*, 2010).

As metástases linfáticas regionais, acometem cerca de 50% dos pacientes, sendo frequentes no tipo ulceroinfiltrativo e nos carcinomas que se encontram no terço posterior da mucosa oral (Vila, 2008).

Quando existem adenopatias cervicais, o prognóstico é muito reservado estando indicada a realização do esvaziamento ganglionar de forma electiva (Raspall, 2000).

Vários factores preditivos para a recorrência locoregional foram reportados: erosão ou invasão óssea, margens cirúrgicas positivas, infiltração ou invasão perineural, invasão vascular, envolvimento de nódulos linfáticos e extensão extracapsular do tumor a partir do nódulo linfático envolvido. Para reduzir o risco de tal acontecer, a CX radical mais um pós-operatório com RT é recomendado para doença avançada locoregional. A RT, também está indicada como adjuvante para factor de risco isolado, excepto para margens positivas e propagação nodular extracapsular. A QT, depois da CX radical, apresenta benefícios em doentes com elevado risco de cancro da CP e é recomendada em tratamento pós-operatório, como adjuvante, para doentes com margens cirúrgicas positivas, extensão extracapsular nodular ou combinação de outros dois factores de risco, incluindo invasão perineural, permeabilidade vascular, nódulo positivo (Hande *et al.*, 2010; Chiou *et al.*, 2010; Luna-Ortiz, 2011).

A reconstrução da mucosa oral, tal como em todos os tumores da cavidade oral é muito importante, tendo como principal função evitar a contractura da região jugal, que pode interferir com o normal funcionamento da cavidade oral. A técnica cirúrgica a ser realizada dependerá do defeito cirúrgico apresentado e dos tecidos que terão consequentemente que ser substituídos, pois pode envolver vários tecidos - epitelial, conjuntivo ou osso.

II – 3. Rebordo Alveolar

Os rebordos gengivais inferiores e superiores são constituídos por processos alveolares da mandíbula e maxilar superior, respectivamente, que em pacientes edêntulos e de idade avançada sofrem uma certa e variável reabsorção. O rebordo alveolar não é uma região de alvo de alterações cancerígenas frequentes. Grande parte das lesões que ocorrem no rebordo alveolar são reactivas e não malignas e apenas 7 a 10% são malignas. O tipo de neoplasia mais comum neste local é o carcinoma espinocelular. Ambos os sexos são afectados com a mesma frequência (Daniel *et al.*, 2006; Santos 2011).

Por norma, a neoplasia do rebordo alveolar aparece na região pré-molar, com aparência leucoplásica ou até mesmo exofítica. No entanto também é possível que esta se

apresente sobre a forma de úlcera superficial ou profunda, úlcera com elevação ao nível dos bordos desta ou até através de zonas eritroleucoplásicas. Pode apresentar características idênticas a uma doença periodontal ou abscesso dentoalveolar. É frequente que doentes com este tipo de neoplasia apresentem mobilidade dentária na zona do tumor, podendo mesmo estruir por completo. No entanto, esta situação só acontece quando a neoplasia invade o osso e o ligamento periodontal. Para além destas características, este tipo de neoplasia pode apresentar sinais clínicos próprios como o caso da presença de dor e/ou edema da gengiva, hemorragia gengival, leucoplasia, área inflamatória de limites imprecisos ao nível periodontal (Daniel *et al.*, 2006).

A metastização regional deste tipo de patologias ocorre cerca de 47% na gengiva superior e 42% na gengiva inferior o que acarreta, esta última, uma percentagem de 60% dos casos de afecção. No momento do diagnóstico, cerca de 66% dos casos de doença apresenta-se localmente avançados com probabilidade de ocorrência de metástases.

O envolvimento do espaço mastigador, (espaço que se estende da borda superior do músculo temporal à borda inferior da mandíbula), a partir da gengiva superior é uma situação rara, verificando-se apenas em 4% dos casos acontece. No entanto, o mesmo não se passa quanto à gengiva inferior, que contribui com uma percentagem de 20% dos casos, ocorre a propagação pelo espaço mastigador, que vai desde o bordo superior do músculo temporal ao bordo inferior da mandíbula. A metastização pulmonar acontece por norma quando existem gânglios cervicais metastizados (Santos, 2011).

O diagnóstico parte de uma boa inspeção clínica, através de exame bilateral do pescoço bilateralmente, incluindo todos os níveis ganglionares para que assim ser possível diagnosticar possíveis gânglios suspeitos. Apenas no caso de suspeita é realizada a biópsia incisional e após confirmado o diagnóstico de neoplasia maligna realizados exames que auxiliam a determinação da dimensão e profundidade da lesão para então, ser possível realizar o tratamento mais adequado à situação (Pinto *et al.*, 2003).

O tratamento mais realizado é o cirúrgico, com margens livres e de segurança. O esvaziamento ganglionar cervical apenas está indicado no caso de suspeita de gânglios

ao nível cervical. No caso dos tumores serem de pequena dimensão, estes são removidos sem que a face seja atingida, no entanto, no caso de se tratar de tumores de dimensão maior o mesmo por norma não acontece e pode mesmo ser necessário a acção de especialistas de diversas áreas para a respectiva excisão, reparação e reabilitação. Por vezes também é necessário o tratamento por RT, tanto no caso de tumores irrecutíveis como também da associação desta à terapia QT. A sobrevivência aos cinco anos varia os 26-39% no caso de se tratar de estádios já avançados (Pinto *et al.*, 2003).

II – 4. Trígono Retromolar

O trígono retromolar é uma área triangular que recobre o ramo ascendente da mandíbula a partir do último molar (base) até o ápice e termina na tuberosidade maxilar. Abaixo da mucosa do trígono retromolar localiza-se a rafe pterigomandibular tendinosa, a qual esta ligada ao hâmulos pterigóideo e à crista milo-hioideia posterior da mandíbula que serve de inserção ao músculo bucinador, músculo orbicular dos lábios e músculos superiores constritores da faringe. Nesta região, a neoplasia mais comum é do tipo células escamosas, tal como acontece na gengiva inferior (Bayman *et al.*, 2009; DeVitta *et al.*, 2005).

O carcinoma do trígono retromolar, numa fase inicial começa por se disseminar para a mucosa oral adjacente, pilar amigdaliano anterior e maxila. Posteriormente, a disseminação dá-se no espaço pterigomandibular e no músculo pterigóideo medial. A nível pósterio-lateral ocorre no músculo bucinador e massa adiposa. O primeiro escalão a nível linfático são os gânglios submandibulares e subdigástricos. A incidência de gânglios clinicamente positivos na apresentação é de cerca de 30%, e o risco de doença oculta é de 15 a 25% (DeVitta *et al.*, 2005).

Pacientes com este quadro clínico, apresentam por norma dor referida ao nível no canal auditivo externo e área periauricular. A invasão do músculo pterigóideo provoca o trismos.

O tratamento cirúrgico é geralmente realizado em pacientes que apresentam leucoplasia, invasão mandibular, gânglios cervicais grandes ou trismo. Pequenas lesões no trígono

retromolar podem parecer inócuas e facilmente curadas, mas muitas vezes são mais extensas do que parecem. Para lesões iniciais ou de dimensão moderada (T2 ou lesões T3 pequenas), bem localizadas e sem invasão óssea detectável, a ressecção marginal da mandíbula pode ser realizada, apresentando resultados positivos, com posterior reconstrução através do retalho do masséter. Em lesões maiores ou profundas e infiltrativas, pode ser necessária a mandibulectomia (Otto, 1997). A mandibulectomia parcial é realizada no caso de haver evidências de invasão óssea. No caso da ressecção não ser viável, a RT deve ser considerada como tratamento inicial, e a mandibulectomia parcial reservada apenas no caso de recorrência. Nesta última, a mandíbula e o tumor são ressecados desde o forâmen mentoniano até ao processo coronóide, geralmente deixando a cabeça do côndilo e a sua reconstrução é geralmente realizada com um retalho osteomiocutâneo. A RT é recomendada para lesões que implicam uma área de superfície bastante grande, como no caso daqueles que possuem extensão superficial para o pilar anterior amigdaliano, palato mole e muscosa bucal, baixa diferenciação, margens bem definidas, lesões essencialmente exofítica (DeVitta *et al.*, 2005).

O tratamento cirúrgico é mais uma vez o de eleição, no entanto quando o resultado estético e funcional futuro não é aceite pelo doente, é realizado o tratamento RT e só nos casos deste falhar é que se recorre à CX. Em lesões de avanço moderado geralmente faz-se a ressecção cirúrgica seguida de RT pós-operatória.

São diversas as complicações cirúrgicas que podem surgir tais como a exposição óssea, fístula orocutânea e perda de enxerto ou retalho. Após a hemimandibulectomia, o paciente desdentado geralmente não pode usar prótese dentária e no caso dos doentes com dentes estes não podem mastigar devido ao deslocamento da mandíbula restante (Otto, 1997).

II – 5. Palato

O palato divide-se artificialmente em palato duro e palato mole e considera-se que este último e a úvula são já pertencentes a orofaringe (arco palatino). O palato duro, contém mucosa queratinizada sem glândulas salivares, enquanto que o palato mole na sua mucosa de revestimento contém glândulas *minor*. Assim sendo, no palato duro

predomina o carcinoma espinocelular, manifestando-se através de lesões ulceradas, enquanto que no palato mole, porção posterior e/ou zona de transição encontram-se mais frequentemente lesões não ulceradas, que correspondem a tumores malignos das glândulas salivares. Podem existir também lesões como os adenomas pleomórficos ou linfomas. Nas neoplasias no palato mole, os irritantes locais apresentam-se como factores etiológicos importantes para a ocorrência da doença e a frequência dos carcinomas das células pavimentosas do palato duro é muito superior (Raspall, 2000). Quando as lesões malignas do palato têm origem em estruturas anexas, como por exemplo nos seios maxilares ou ossos palatinos, são por norma sarcomas (Santos, 2011).

O tumor do palato é raro e é o menos comum da cavidade oral. Acomete com maior frequência o sexo masculino com relação de 2,5:1 entre ambos os sexos. Os homens têm um prognóstico de sobrevida aproximado aos 5 anos de 28% e as mulheres de 39%. Ocorre frequentemente na 7ª década de vida. Corresponde a 5% dos tumores malignos da cavidade oral (Raspall, 2000).

As taxas de sobrevivência aos 5 anos variam desde 11-75% desde o estágio I até ao estágio IV da patologia associada, respectivamente. Cerca de 30% dos tumores com metástases cervicais são geralmente ipsilaterais. A sobrevida aos 5 anos, é de 40% em pacientes com menos de 60 anos e de 26% para pacientes maiores de 60 anos (Otto, 1997; Raspall, 2000).

O cancro do palato apresenta um padrão de disseminação directo, pois este invade estruturas adjacentes, pode envolver estruturas superficiais/profundas ou propagar-se através dos vasos linfáticos para os gânglios regionais (Otto, 1997; Raspall, 2000; DeVitta *et al.*, 2005).

Os ameloblastomas são tumores raros com uma incidência de cerca de 1% dentro de todos os tumores da maxila e mandíbula. Cerca de 80% dos ameloblastomas, ocorrem na mandíbula, mais frequentemente na região do ramo molar. Os carcinomas espinocelulares e os tumores das glândulas salivares são os mais frequentes (DeVitta *et al.*, 2005).

Os sinais clínicos deste tipo de patologia são a lesão exofítica, erosão, eritoleucoplasia, úlcera indolor, ardor, dor, fixação da língua, gânglios cervicais aumentados e a leucoplasia e eritroplasia que já representam lesões potencialmente malignas (DeVitta *et al.*, 2005).

O prognóstico tumoral depende fundamentalmente do tamanho do tumor e não tanto pela localização anatómica deste. A selecção do tratamento deve basear-se na localização anatómica da lesão, na extensão da lesão e presença de adenopatias cervicais e outros tumores primários (Raspall, 2000).

A CX e a RT apresentam resultados aceitáveis em tumores de estádios baixos, assim como um bom controlo da doença local. Em lesões capazes de serem cirurgicamente exequíveis o tratamento de eleição é a excisão cirúrgica com margens livres e de segurança. No caso de se estar perante um caso em que se suspeite a existência de gânglios cervicais metastizados, tumores iniciais espessos, ou seja com tamanho maior ou igual a 3mm, deve-se realizar o esvaziamento ganglionar cervical (Sánchez-Legaza *et al.*, 2010).

Nas neoplasias do palato irressecáveis, associa-se a QT à RT concomitantes, os quais têm obtido taxas de sobrevivência importantes e sem perda de QdVRS do doente.

O problema associado a este tipo de tumores é o envolvimento da maxila, existindo assim a necessidade frequente de realizar maxilectomia parcial ou total com consequências na localização do músculo obturador do palato e na QdVRS (Otto 1997; Santos 2011; Triana *et al.*, 2000).

As metástases ganglionares ocorrem em 6-29% dos casos, por isso deve-se fazer a palpação cervical para que sejam identificados gânglios suspeitos. No caso das metástases ganglionares serem positivas, podem envolver os níveis II a V e ser bilaterais (Santos, 2011).

O tratamento cirúrgico pode originar complicações tais como:

- Fístulas orocutâneas;
- Exposição óssea com sequestro;
- *Extrusion of a metal tray*;
- Perda do enxerto ou retalho.

Defeitos existentes no palato devido a complicações cirúrgicas originam problemas funcionais severos ou mesmo deformidades estéticas. Depois da realização hemimandibulectomia, o paciente desdentado geralmente não pode usar prótese, enquanto que, o paciente dentado terá dificuldade a mastigar por causa da mudança mandibular restante (Futran *et al.*, 1999).

As complicações mais frequentes decorrentes da RT são: necrose dos tecidos moles com exposição óssea e consequente osteoradionecrose.

É muito importante reconstruir os defeitos do palato, para assim se separar a cavidade oral das cavidades nasais. Sem esta separação, a fala é alterada e a deglutição também, o que acaba por criar enormes limitações para estes pacientes (Futran *et al.*, 1999; Triana *et al.*, 2000).

II – 6. Pavimento da boca

O pavimento da boca caracteriza-se por ser uma região intraoral em forma de U, delimitada pelo lábio inferior e pela língua, região qual termina posteriormente na zona de inserção do pilar amigdalár/tonsilar anterior até a língua. As glândulas sublinguais localizam-se imediatamente abaixo da membrana mucosa com o genioglosso e músculos geniohioideus a separá-los. Os tubérculos geniais e as protuberâncias ósseas inserem-se nestes dois grupos de músculos na sínfise e podem interferir com a colocação de fontes intersticiais. O músculo milohioideu encontra-se a partir da crista milohioideia da mandíbula e constitui o pavimento da cavidade oral e posteriormente termina ao nível dos terceiros molares (DeVitta *et al.*, 2005).

O cancro do pavimento da boca ocorre em cerca de 28% a 35% dos tumores orais. A relação entre sexo masculino e feminino é de 3-4:1 (respectivamente). A maior incidência dá-se na 5ª década de vida, no entanto pode ocorrer em jovens imunodeprimidos (Santos, 2011).

A maior parte das neoplasias são do tipo células escamosas, geralmente de grau moderado. Os carcinomas mucoepidermoides ocorrem em 5% dos casos tumorais nesta região (DeVitta *et al.*, 2005).

O cancro do pavimento da boca inicialmente é assintomático. É frequente localizar-se na região anterior do pavimento da boca, junto ao canal de *wharton*, apresentando lesões vermelhas, na qual a mucosa se encontra ligeiramente elevada, com bordos mal definidos e um ligeiro endurecimento. Esta neoplasia é precedida por norma por lesões potencialmente malignas como é o caso da leucoplasia e da eritroplasia, daí ser bastante importante fazer o diagnóstico e tratamento deste tipo de lesões. A leucoplasia apresenta-se através de lesões brancas e são as menos prováveis de se tornarem malignas, no entanto em 10% dos casos isso acontece. O progresso do carcinoma no pavimento da boca apresenta sinais primários como a sensação de uma espécie de “caroço” no pavimento da boca com a ponta da língua, sensação de dor leve aquando da ingestão de bebidas ou alimentos e deficiência no encaixe da prótese dentária. Como sintomas de lesão mais avançada são descritas dores, sangramento, halitose, perda de peças dentárias, alterações na fala devido à extensão tumoral na raiz da língua e região submandibular. Quanto maior a lesão, mais esta se apresentará elevada, “laminada”, com margens distintas, ulcerada na região central e endurecida (DeVitta *et al.*, 2005).

Por vezes, a leucoplasia presente é extensa, tornando difícil saber onde e quando fazer a biópsia, no entanto através da palpação bimanual é possível obter extensão do endurecimento e do grau de fixação ao periósseo.

As grandes lesões no espaço submental, raramente se estendem do músculo milioideu para os espaços dos tecidos moles do pescoço, mesmo através da pele. Mais de 65% dos doentes com neoplasias T3 o T4 apresentam adenopatias palpáveis (Raspall, 2000). É crucial possuir informação radiográfica, para assim ser possível avaliar a invasão óssea

mandibular, através de ortopantomografia, ressonância magnética, ou *scanner*. As metástases ganglionares, variam entre 35-70% dos casos e estão associadas a uma sobrevida aos 5 anos de 35-88%, com média global de 65% (Raspall, 2000).

Quanto ao tratamento a efectuar neste tipo de cancro, a CX é o tratamento preferível, no entanto em 20% dos casos também se realiza RT e QT como adjuvante terapêutico. Os resultados da CX em lesões de estádios T1 e T2 são de 89 - 64% de sobrevivência e em lesões já avançadas as percentagens rondam os 56 *versus* 37% (Peckham *et al.*, 1995; Vila, 2008).

A realização da excisão cirúrgica com margens livres e de segurança, é o tratamento preconizado para lesões capazes de serem exequíveis CX. Em pequenas lesões (5mm ou menores) o tratamento correcto é a excisão cirúrgica com 1cm de margem com fecho primário ou enxerto de pele. O defeito é reconstruído através do encerramento directo, no entanto pode encerrar por segunda intenção. No caso de envolvimento do canal de *wharton*, a glândula submandibular e canal são removidos em continuidade (DeVitta *et al.*, 2005).

A invasão do perióstio leva por norma à ressecção coronal da mandíbula que é realizada com continuidade da excisão da lesão primária, preservando o arco e, dando por norma uma margem cirúrgica adequada; este procedimento pode ser combinado RT pós-operatória. Este tipo de tratamento é contra-indicado em pacientes que tenham sido desdentados por um longo período de tempo, pois, podem possuir uma mandíbula fina e atrófica, bem como para pacientes nos quais o tratamento RT fracassou devido ao elevado risco de necrose óssea ou mesmo fractura patológica (Raspall, 2000).

No caso de lesões no pavimento lateral da boca, o esvaziamento cervical radical modificado é o mais realizado. A mandibulectomia parcial, com ressecção do pavimento da boca, é realizada através da incisão labial. A mandíbula é separada anteriormente no forâmen mentoniano e no pescoço do côndilo posteriormente. Realizando estes procedimentos, a lesão primária e amostra do pescoço são removidos em continuidade. O encerramento primário deste tipo de lesão é, por normal viável, no entanto, quando parte da língua tem de ser removida, é necessário o retalho miocutâneo

para reparar o defeito tornando a situação mais complicada. O resultado estético e funcional é aceitável para este tipo de pacientes, poucos são aqueles que precisam de reconstrução mandibular posterior. A mandíbula é deslocada para o lado oposto e, se o paciente tiver dentes, a mastigação pode ser prejudicada. No entanto, através de um plano de deslizamento este defeito poderá ser corrigido. Pacientes desdentados não podem usar prótese inferior. Alternativamente, um retalho osteomiocutâneo pode ser usado para reconstruir o defeito (DeVitta *et al.*, 2005).

Em lesões na zona anterior do soalho da boca, a dissecação de espessura toral da zona anterior é necessária. No entanto, com a realização desta ocorrem perdas funcionais e cosméticas, pelo que é geralmente reservada apenas para lesões avançadas e com invasão óssea ou falhas no tratamento de radiação. As técnicas para a reconstrução usam o músculo trapézio como retalho miocutâneo com uma porção da coluna escapular de forma a preencher a lacuna óssea, ou a utilização de retalho livre, através do tibial (DeVitta *et al.*, 2005).

A invasão agressiva da mandíbula por norma pode ser detectada quando os dentes anteriores são removidos. Um tumor pode ser visto crescer através da mandíbula através do sulco gengivolabial e o lábio. A avaliação do canal submandibular e a glândula faz-se através da palpação bimanual.

As complicações cirúrgicas que podem ocorrer são: exposição óssea, fístula orocutânea ou falha nos retalhos osteocutâneos (Raspall, 2000).

Nos tumores irresssecáveis, associam-se a RT e QT, tendo-se obtido taxas de sobrevivência importantes e sem perda da QdVRS dos pacientes (Santos, 2011).

O prognóstico deste tipo de patologia, como em todos os outros cancros, depende muito do estágio da doença. Tal como Santos afirma, (2011, p.121) “(...) A sobrevivência global aos cinco anos é de cerca de 65% no estágio I, 30% no estágio II e 18% nos estádios III e IV” .

II – 7. Língua

A língua é um órgão muscular e flexível, situado na parte média do pavimento da boca, com forma ovalar e achatada de cima para baixo. É composta por um conjunto de massas musculardes (ligadas ao maxilar inferior, osso hióide e epiglote) recobertas por uma mucosa espessa, onde se situam as papilas linguais, que lhe conferem uma textura heterogénea rugosa e áspera. É revestida na face inferior por uma mucosa muito delgada que faz uma prega mediana longitudinal, o freio da língua (que vai da face ventral até ao pavimento da cavidade oral). A língua, para além da sua importante função gustativa, exerce também funções importantes na mastigação, deglutição e fonação (Gray, 1995).

O cancro de língua é o mais atingido por neoplasias malignas na cavidade oral, constitui 30% das neoplasias ocorrentes. Ocorre com maior frequência a partir dos 55 anos de idade, no sexo masculino e é cada vez é mais frequente em idades jovens. Ocorre com maior frequência no bordo da língua, 75% dos casos, superfícies ventrais adjacentes, e com menor frequência, na ponta da língua e dorso desta. Mais de 95% das lesões da língua são carcinomas das células pavimentosas (Raspall, 2000; Crede *et al.*, 2012). Em 70% dos pacientes com este tipo de patologia é apresentado antecedentes de abuso alcoólico e tabágico (Santos, 2011).

Os sintomas, resultados clínicos e comportamento biológico variam consideravelmente de acordo com a sua localização. O carcinoma do bordo da língua nas duas fases iniciais apresenta-se com diferentes formas clinicas sendo as mais comuns a lesão branca, a lesão vermelha e a úlcera. As características pleomórficas que aumentam a suspeita de malignidade são o eritema, o endurecimento e o sangramento espontâneo. Durante os estádios I e II, o carcinoma da língua é assintomático, no entanto devido a sua capacidade de invasão, a mobilidade da língua é comprometida, levando à dificuldade na fala, mastigação ou deglutição. A dor está associada a lesões mais avançadas e ulceradas e o diagnóstico faz-se em fases tardias (Gorsky *et al.*, 2004; Rhodus, 2005; Santos, 2011).

A biópsia incisional com a análise histológica, é indispensável para a obtenção do diagnóstico definitivo mesmo que as suspeitas clínicas de neoplasia maligna sejam

fortes. Em muitos casos, as biópsias incisionais devem ser tomadas como critério de diagnóstico, sendo biopsadas todas as áreas da lesão fenotipicamente suspeitas de carcinoma (Crede *et al.*, 2012; Santos, 2011).

O carcinoma da língua na fase inicial apresenta uma grande propensão para metástases ocultas (subclínicas) nos gânglios linfáticos cervicais. No caso de lesões avançadas os resultados não são favoráveis, pois existe elevada predisposição para a ocorrência de nódulos linfáticos positivos no pescoço (Yuen *et al.*, 2009). Trata-se da neoplasia intraoral que metastiza mais precocemente e com maior frequência. (Raspall, 2000) É bastante agressiva, quer em termos de comportamento local como a nível da ocorrência de metáteses ganglionares cervicais. Dissemina-se invadindo estruturas adjacentes, como o pavimento da boca, os músculos próprios da língua, ou mesmo através dos vasos linfáticos para os gânglios regionais (Otto, 1997).

O exame do pescoço deve ser sempre bilateral, e deve incluir todos os níveis ganglionares do pescoço, para assim se poder detectar possíveis adenopatias suspeitas. O uso de meios auxiliares de diagnóstico como a tomografia computadorizada (TC), a imagem de Ressonância Magnética (IRM), a Ultrassonografia (US), a Tomografia por emissão de positrões (TEP), facilita a determinação da extensão do carcinoma e da sua relação com as estruturas vizinhas (Rhodus, 2005; Haddad, 2008; Hicks *et al.*, 1998).

Através destes exames é possível observar 30-40% de metáteses linfáticas que não são detectadas durante a palpação dos gânglios cervicais (Yuen *et al.*, 2009, Jung *et al.*). As taxas de sobrevivência aos 5 anos para estádios II são de 40% e IV são de 18%. Lesões T3 e T4 requerem frequentemente retalho da bochecha ou mandibulotomia e, dependendo da extensão do tumor, realiza-se a mandibulectomia marginal ou segmentar (Otto, 1997, Raspall, 2000).

Em lesões iniciais o tratamento é a exérese cirúrgica, a glossectomia. Realiza-se o fecho primário normalmente, no entanto em grandes ressecações pode ser necessária a utilização de retalho. Em lesões com um avanço moderado da doença, no caso de termos lesões profundamente infiltrativas em que a RT por si só não é adequada e por

isso é realizada a glossectomia parcial seguida de RT pós-operatória (DeVitta *et al.*, 2005; Vila, 2008).

A secção de controlo é uma parte essencial do processo, e a existência de margens positivas são uma indicação para excisão de tecido adicional. No caso da mandibulotomia ou mandibulectomia ser realizada após a RT no pré-operatório, a probabilidade de osso exposto, não união e radionecrose é aumentada. Em lesões de estágio avançado, é necessário a glossectomia total e às vezes laringectomia combinada com RT pós-operatória, só podendo ser realizado em pacientes em bom estado geral e com doença cervical mínima (DeVitta *et al.*, 2005).

O esvaziamento ganglionar cervical é indicado no caso de haver suspeita de gânglios cervicais metastizados ou no caso de tumores iniciais espessos, ou seja maiores ou iguais a 3mm. O risco de metastização ganglionar é de cerca de 8% nos tumores com espessura igual ou menor a 5mm e de 51% em tumores com espessura maior a 5mm. Os defeitos cirúrgicos decorrentes da exérese cirúrgica podem implicar a reconstrução, envolvendo retalhos que podem ser de origem local, regional ou mesmo livres. São diversas as complicações que podem decorrer deste procedimentos cirúrgicos, entre as mais comuns temos a ocorrência de fístula orocutânea, necrose do retalho, dificuldade na comunicação verbal e disfagia (DeVitta *et al.*, 2005).

II – 8. Faringe

A faringe situa-se imediatamente atrás das cavidades do nariz, boca e laringe. É um tubo musculomembráceo, com cerca de 12 a 14 cm de comprimento e a largura é maior na parte superior. Prolonga-se desde a base do crânio até ao nível da sexta vertebra cervical, nomeadamente até a margem anterior da cartilagem cricóidea. A parte oral da faringe vai desde o palato mole até à margem superior da epiglote (Gray, 1995).

As neoplasias malignas na faringe são frequentes em relação a todas as outras localizações anatómicas de CP (Berto, 2006). Tendo em conta a constituição anatómica da faringe, a neoplasia pode acometer a: (Gray, 1995).

- Nasofaringe
- Orofaringe
- Laringofaringe ou hipofaringe

Ocorrem predominantemente no sexo masculino e na 5^a década de vida. O carcinoma espinocelular é o tipo histológico mais comum, com 95% dos casos (Berto, 2006). O diagnóstico é na maior parte dos casos tardio/avançado (para além do estágio II), geralmente estádios III e IV. O facto de ser frequente o aparecimento de metástases regionais e distantes, faz com que tenha um fraco prognóstico em relação a todos os outros cancros de CP. No estágio III, com um tempo médio de queixa de 17 meses o tempo de sobrevida em média é de 41.8% e no estágio IV o tempo médio de sobrevida já é de 22%. Nas últimas duas décadas não se verificaram alterações nas taxas de sobrevivência (Jouppila-Mättö *et al.*, 2011; Berto *et al.*, 2006).

Tal facto, destaca para a importância do diagnóstico precoce do cancro da faringe, porque, enquanto que na hipofaringe e orofaringe nem sempre é possível o diagnóstico precoce, na nasofaringe a sintomatologia é mais evidente, pois encontra-se associada a neoplasias epidermóides menos diferenciadas e sensíveis à irradiação. No entanto, cerca de 70% dos novos diagnósticos de neoplasia na nasofaríngea encontram-se no estágio III ou IV da doença, os quais são propensas a sofrer de recorrência loco-regional ou metástase à distância após a RT isolada (Wang *et al.*, 2012).

Os sintomas associados a este tipo de patologias são traiçoeiros e tardios, essencialmente a odinofagia e metástase linfonodal. Quanto à localização, a mais frequente é neoplasia na orofaringe seguida da neoplasia na hipofaringe e nasofaringe (Berto *et al.*, 2006).

Pensa-se que as neoplasias na nasofaringe estão intimamente relacionadas com etnia e distribuição geográfica, no entanto, a etiologia ainda não está bem definida. Na maior parte do mundo, a incidência é geralmente inferior a 1 em 100,000 pessoa-ano, ao contrário de populações no sul da China, sudoeste da Ásia, Árctico e o Médio Oriente / Norte da África onde esta já é a principal forma de cancro (Sun *et al.*, 2011; Wang *et al.*, 2012)

Quando se está perante estádios I, II e alguns III usa-se por norma a CX isolada ou associada a RT no pós-operatório. No entanto se se estiver perante estádios mais avançados, ou seja III e IV, na orofaringe e hipofaringe e devido a sintomatologia característica destes estádios, justifica-se utilização de radiações em maior número de forma isolada ou mesmo associada à QT, sendo os melhores resultados terapêuticos no estágio IV a associação da CX e RT em relação a RT isolada. A QT isolada apenas é utilizada em casos de palição (Berto et al 2006, Tincani *et al.*, 1999).

Neste tipo de neoplasias, a sobrevida é favorável nos estádios iniciais, ou seja quando se utiliza as terapias existentes de forma isolada, ou seja a RT, CX no caso de se estar perante uma neoplasia da orofaringe ou hipofaringe. Mediante uma neoplasia na nasofaringe já é possível admitir que a melhor forma de tratamento é a associação quimioradioterápica (Wang *et al.*, 2012; Berto *et al.*, 2006). No entanto, tudo dependerá do estágio clínico do paciente e das comorbilidades que naturalmente poderá apresentar e que influenciarão o tratamento (Berto *et al.*, 2006).

II – 9. Laringe

A laringe é um órgão fibromuscular, situado entre a traqueia e a base da língua. Consiste numa série de cartilagens, como a tiróide, a cricóide, a epiglote e três pares de cartilagens, revestidas por uma membrana mucosa movidas pelos músculos da laringe. As dobras da membrana mucosa, dão origem às pregas vocais. Pode-se dizer que, a laringe é um tubo muscular que permite a passagem de ar para a traqueia (Gray, 1995).

A laringe possui quatro músculos adutores: cricoaritenóideo lateral, ariaritenóideo, cricotireóideo e tiroaritenóideo, sendo os últimos dois músculos tensores e um músculo abductor: o cricoaritenóideo posterior. A laringe tende a ossificar com o avanço da idade. As cartilagens elásticas, como a epiglote raramente ossificam, mas a tiroideia, a cricoideia e as aritnoideias, que são cartilagens hialinas ossificam (Gray, 1995).

O cancro da faringe é o mais comum das neoplasias de CP, sendo a forma/tipo histológico mais comum o carcinoma epidermóide (Wong et al.,2012). Mundialmente, é

o mais comum nos homens, ao contrário das mulheres em que é raro (Iseh *et al.*, 2011; Wong *et al.*, 2012; Brasil *et al.*, 2004).

Em áreas menos desenvolvidas, a incidência já é de 3.5 em 100,000 nos homens e de 0.6 em 100,000 nas mulheres. Representa cerca de 0,85% dos novos diagnósticos de cancro e 0,6% das mortes estimadas nos Estados Unidos. Em Hong Kong o carcinoma da laringe foi, em 2009, o terceiro cancro mais comum dentro das neoplasias da CP (Wong *et al.*, 2012; Jin *et al.*, 2012).

O carcinoma da laringe afecta especialmente doentes de média idade (Wong *et al.*, 2012; Freedman *et al.*, 2007). As alterações morfológicas como disqueratose, neoplasia intra-epitelial da laringe, displasia e atipias são lesões que apresentam grande probabilidade de se virem a transformar em displasia leve e posteriormente a carcinoma *in situ* (Wong *et al.*, 2012).

A sintomatologia pode ser variada apresentando:

- Rouquidão
- Alteração da Voz
- Sensação de um nódulo na garganta

Os sinais deste tipo de patologia podem ser a existência de uma massa cervical e sensibilidade laríngea. Os exames que por norma se realizam são respectivamente: *CTscan*, laringoscopia electrónica e biopsia da lesão.

O tratamento do cancro da laringe é geralmente planeado com vista a uma sobrevivência óptima livre de doença e com máximos resultados funcionais (Iseh *et al.*, 2011). Podem ser CX, RT, QT ou mesmo combinados (Wiskirska-Woźnica *et al.*, 2011; Portas *et al.*, 2011). No entanto, o factor mais importante no prognóstico da doença é o estadiamento do tumor e principalmente a existência ou não de metástases (TMN). Doentes com mesmo estadiamento, podem ter tratamentos diferentes devido as subcategorias existentes na classificação TMN ou mesmo devido a co morbilidades (Jin *et al.*, 2012, Jin *et al.*, 2011). O objectivo principal do tratamento oncológico não

cirúrgico passa por preservar as funções como a deglutição, comunicação e funções da respiração (Portas *et al.*, 2011).

O tratamento dos nódulos linfáticos regionais é crucial no plano de tratamento. No caso de haver presença de metástase o tratamento do pescoço é necessário. Mas no estágio N0, existe controvérsia e nesse momento terá de ser o próprio cirurgião a decidir se intervém no pescoço ou espera pelo crescimento de eventuais metástases no pescoço tratando no aparecimento destas (Deganello *et al.*, 2011).

A abordagem terapêutica normalmente realizada em doentes T1 e T2 é a RT ou CX endoscópica com ou sem lasers. Em doentes com lesões T3 realiza-se por norma a laringectomia total isolada ou a combinação com a dissecação do pescoço e/ou RT ou QT.

O esvaziamento cervical uni ou bilateral no caso de metástases é necessário. A extensão do esvaziamento cervical tem um impacto tanto na morbimortalidade como no tratamento e respectivo controlo da doença (Amar *et al.*, 2012). Existe maior probabilidade de metástase bilateral nos tumores extensos e com comprometimento de todo o órgão ou com epicentro na linha mediana. Os tumores glóticos têm baixa frequência de metástases, por cruzarem a linha mediana (Amar *et al.*, 2012).

Nas lesões glóticas lateralizadas, ou mesmo nos tumores transglóticos, não há necessidade de esvaziamento contralateral electivo. Nas lesões da supraglote sem metástase ipsilaterais, a incidência de metástases ocultas não justifica o esvaziamento electivo contralateral. A linha mediana não é um indicador fidedigno do risco de metástases contralaterais nos tumores da laringe (Amar *et al.*, 2012).

Pacientes com cancro da laringe, que foram remetidos a tratamentos de QT e RT podem apresentar alterações em todas as fases da deglutição. O tratamento de RT exclusivo neste tipo de pacientes pode causar disfunções como xerostomia, odinifagia, perda ponderal do peso e necessidade do uso de vias alternativas para a alimentação (Portas *et al.*, 2011).

As alterações na deglutição afectam a eficiência e a segurança da alimentação resultando em diferentes aspectos da vida do indivíduo e conseqüente impacto na sua Qualidade de Vida (Portas *et al.*, 2011).

RESULTADOS

Apresenta-se de seguida os resultados do presente estudo. Principalmente foram usados gráficos e tabelas para evidenciar os resultados mais relevantes.

I. Variáveis Sociodemográficas

Na população estudada 78 pacientes eram do sexo masculino.

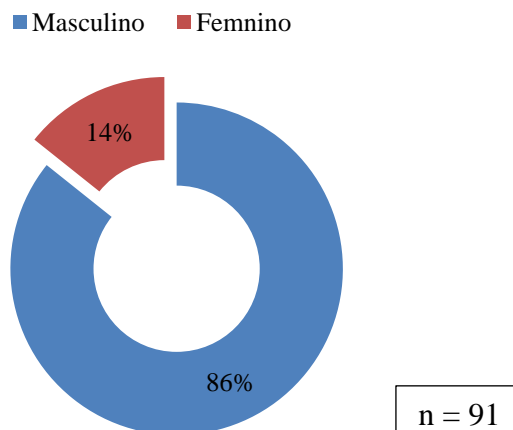


Gráfico 1: Caracterização da amostra quanto ao género

Pela análise do gráfico 2, conclui-se que cerca de 61 doentes inquiridos têm idade compreendida entre [45-65 anos].

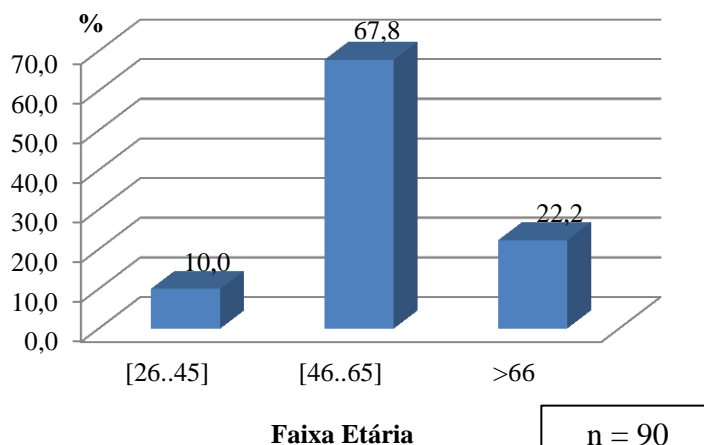


Gráfico 2: Caracterização da amostra quanto à faixa etária

Verificou-se que mais de metade da população, 51,7% apenas possuía o 4º ano de escolaridade. A percentagem de analfabeto(a) revelou-se superior a todas as categorias com escolaridade superior ao 9ºano, (O grau de escolaridade 12º ano, frequência de curso superior e licenciado(a) não é representativo porque apenas existe 1 pessoa com este nível de escolaridade).

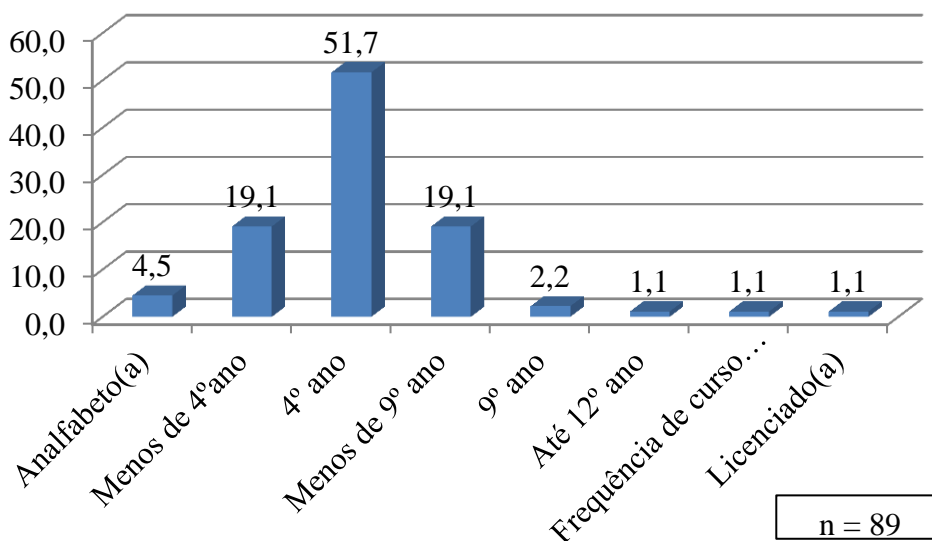


Gráfico 3: Caracterização da amostra quanto ao grau de escolaridade

Quanto ao estado marital, verificou-se que 65 dos inquiridos se encontravam casado(a), sendo o menor número relativo a doentes em União de facto e Separados(a).

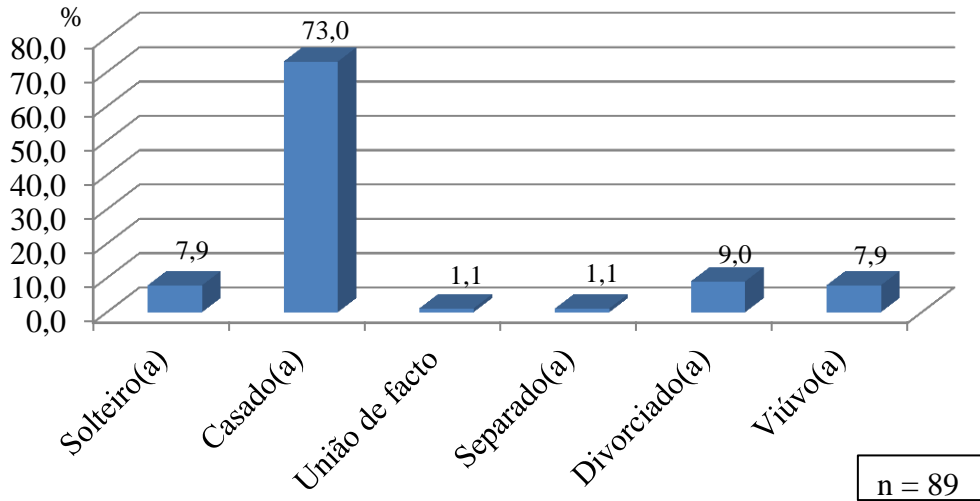


Gráfico 4: Caracterização da amostra quanto ao estado marital

II. Factores de Risco

Quando considerados os hábitos etílicos é possível analisar que o maior número de inquiridos é relativo àqueles que bebiam 1 litro/dia, com n = 18. Do total dos inquiridos 10 declararam não consumir bebidas alcoólicas.

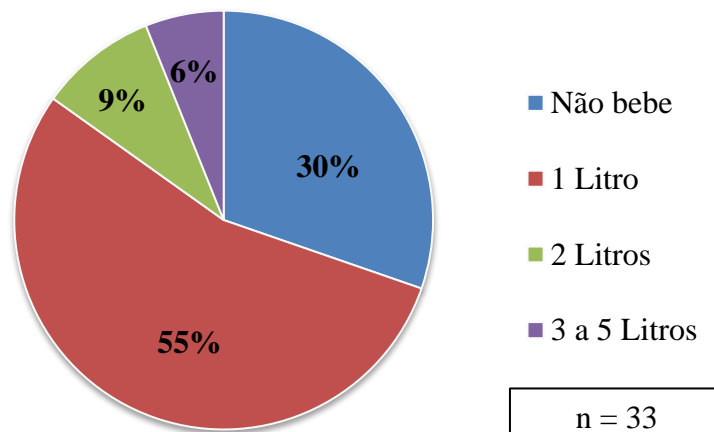


Gráfico 5: Caracterização da amostra quanto aos hábitos etílicos

Na amostra em estudo, verificou-se que numa população de 65 inquiridos, 45 eram ex-fumadores.

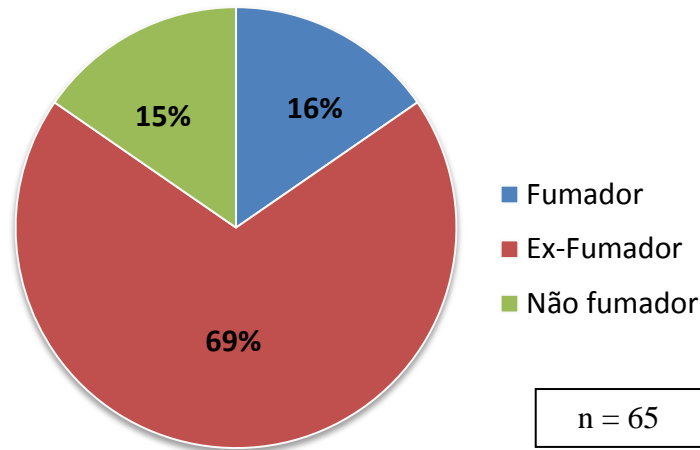


Gráfico 6: Hábitos tabágicos: Fumadores Ex-fumadores

Quando considerada a população ex-fumadora, verificou-se que 19 declararam terem deixado de fumar há menos de 10 anos atrás e 9 doentes admitiram ter abandonado os hábitos tabágicos entre 30 a 40 anos atrás.

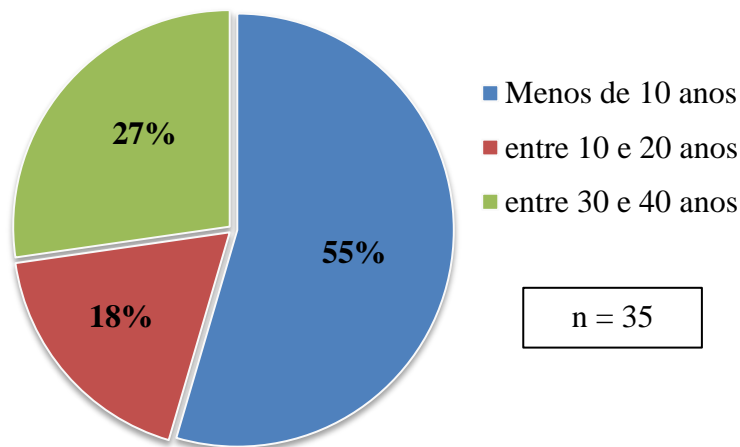


Gráfico 7: Distribuição dos Antecedentes Tabágicos na população ex-fumadora

III. Localização

Na população estudada verificou-se que o local mais acometido é a laringe, com 49 casos, seguido pela faringe com 17 casos. A língua e outras localizações apresentam a mesma frequência com 12 casos.

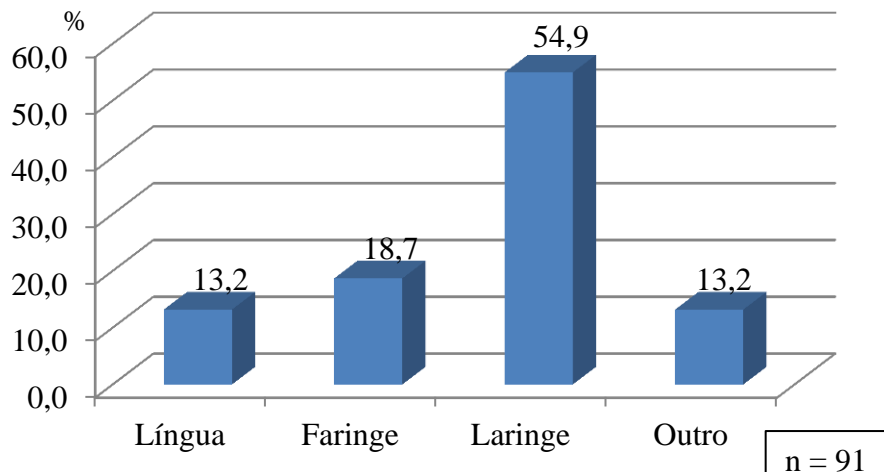


Gráfico 8: Frequência da localização anatômica

IV. Diagnóstico anatomopatológico

O tipo histológico mais frequente nas neoplasias de CP foi o carcinoma espinocelular, com 58 casos.

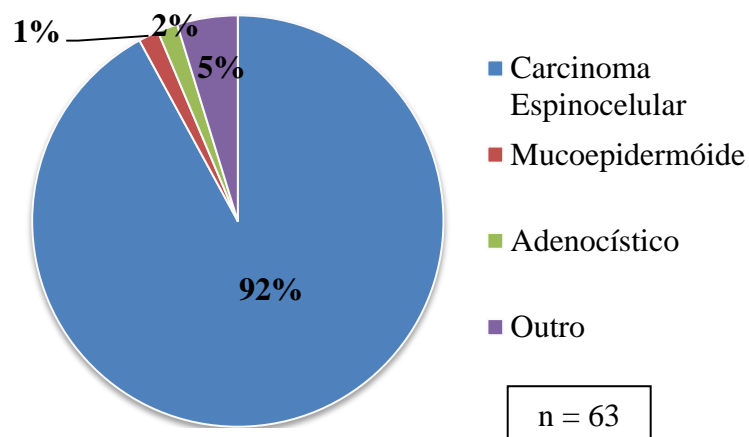


Gráfico 9: Diagnóstico anatomopatológico

V. Estadiamento

Através do gráfico 10, verificou-se que os tamanhos T2 (> 2cm), T3 (> 4cm) e T4 (localmente avançada) apresentaram a mesma prevalência na população estudada, 13 doentes. Na população estudada apenas 2 doentes tinham tamanho T0 (sem evidência de tumor primário).

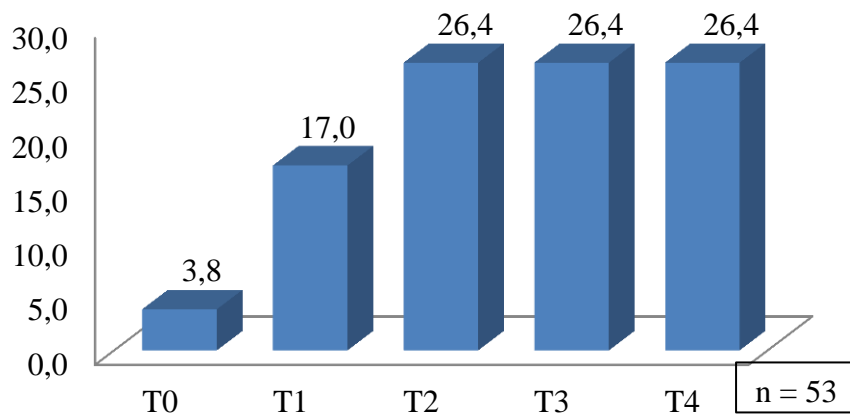


Gráfico 10: Frequência do tamanho do tumor primário detectado (T)

Da amostra em estudo verifica-se que 26 doentes não apresentam gânglios clinicamente metastizados e 13 doentes apresentam já gânglio menor do que 3 cm, único e ipsilateral.

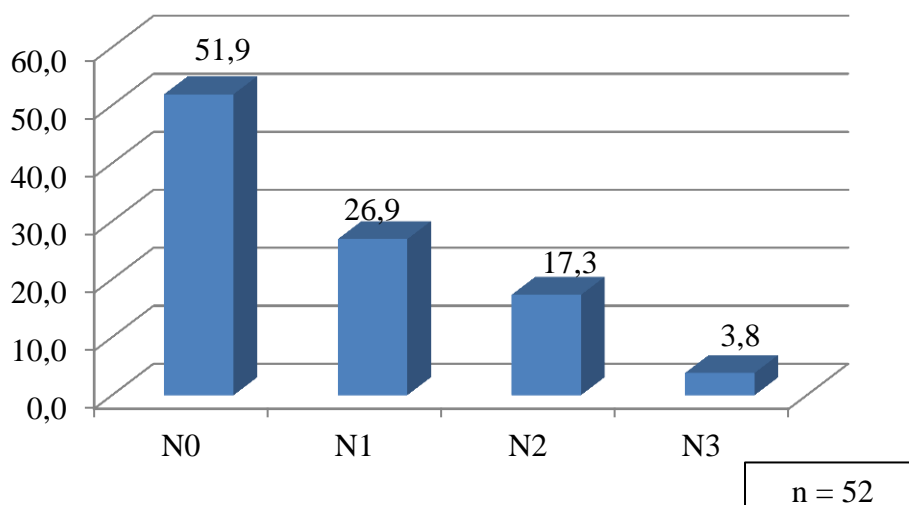


Gráfico 11: Frequência dos nódulos linfáticos palpáveis (N)

O gráfico 12 ilustra o facto da grande maioria dos pacientes de cancro de CP não apresentar metástases a distância, havendo apenas 1 doente com metástases à distância.

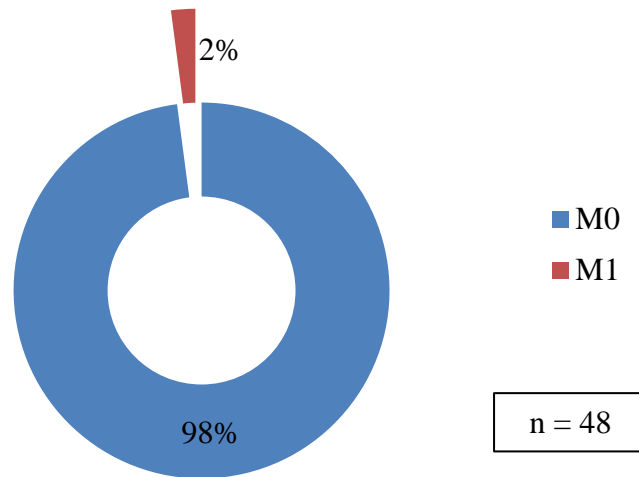


Gráfico 12: Frequência da detecção de metástases à distância (M)

VI. Alimentação

Quanto à forma como são alimentados verificou-se que 65 doentes o fazem oralmente, 6 através gastrostomia endoscópica percutânea e apenas 1 doente por sonda nasogástrica.

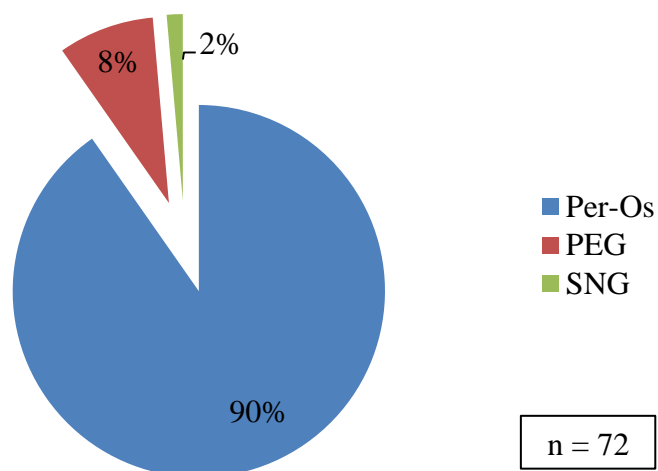


Gráfico 13: Formas de alimentação dos pacientes de CP

VII. QdVRS

Comparou-se a QdVRS dos doentes relativamente ao género, à faixa etária, estado marital, nível educacional, estadiamento e localização. Os resultados obtidos para os valores amostrais estão descritos nas tabelas que se seguem, com as respectivas análises.

Através do anexo 1, 2, 3, 4 e 5 foram analisados os itens simples: “Física”; “Emocional”; “Desempenho”; “Cognitiva”; “Social”; “Fadiga”; “Náusea”; “Dor”; “Dispneia”; “Insónia”; “Falta de ar”; “Obstipação”; “Diarreia”; “Dificuldades financeiras”; “Dor”; “Disfagia”; “Dificuldades com cheiro e paladar”; “Fala”; “Alimentação”; “Contacto social”; “Sexualidade”; “Problemas dentários”; “Abertura de boca”; “Xerostomia”; “Saliva pegajosa”; “Tosse”; “Sentir-se doente”.

Nos itens simples “Tosse” e “Sentir-se doente” verificaram-se maiores diferenças. Assim, levou-se a cabo um teste *T-student* para amostras independentes, para cada um dos itens, no sentido de averiguar se estas diferenças na amostra podem ser explicadas para a população. Os resultados dos testes ($p\text{-value} = 0,01$ e $p\text{-value} = 0,16$) não permitiram afirmar que existe evidências estatísticas no sentido da rejeição da hipótese nula. Desta forma, não podemos considerar que a QdVRS seja diferente em função do género, da faixa etária e nível educacional nos itens simples referidos anteriormente.

Na análise do estado marital, verificou-se que existem diferenças entre os “Solteiros” e os “Divorciados”, os divorciados têm menos dificuldades financeiras. Quando comparamos “Divorciados” e “Casados” são os “Divorciados” que têm menos dificuldades financeiras, sentem-se mais doentes e têm mais dificuldade na “Alimentação”. A comparação “União de facto” e “Separado” não foi possível fazer visto que só havia um doente em ambas as situações.

No caso do estadiamento da neoplasia, verificaram-se diferenças para o T, apenas na dimensão “Física”, nesta dimensão T4 apresenta melhor QdVRS que T1. As diferenças detectadas referentes ao N foram relativamente ao item “Dor” no qual doentes com N2 sentem mais dor. Quanto ao M não foram encontradas diferenças provavelmente devido

à reduzida dimensão da amostra. Quando considerado o “local da neoplasia” não foram encontradas diferenças.

Quanto à análise dos itens simples: “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso” os resultados obtidos foram:

1. QdVRS quanto ao género e faixa etária

Através da análise dos inquiridos e relacionando a QdVRS com a Faixa etária e o Género, conclui-se que são as Mulheres e de faixa etária [46..65] que apresentam menor QdVRS, pelo facto de apresentarem maiores valores nas variáveis: “Dor intensa”; “Suplementos alimentares”; “Alimentação por sonda”; “Ganho de peso”. Apenas na variável “Perda de peso” quanto ao género é que os homens superam os valores das mulheres, apresentando maiores perda de peso.

		Género (%)		Faixa etária (%)		
		Masculino	Feminino	[26..45]	[46..65]	>66
Dor intensa	Não	60,3	53,8	77,8	54,1	65,0
	Sim	39,7	46,2	22,2	45,9	35,0
Suplementos alimentares	Não	60,3	53,8	66,7	55,7	65,0
	Sim	39,7	46,2	33,3	44,3	35,0
Alimentação por sonda	Não	56,4	53,8	77,8	50,8	60,0
	Sim	43,6	46,2	22,2	49,2	40,0
Perda de peso	Não	51,3	61,5	55,6	50,8	60,0
	Sim	48,7	38,5	44,4	49,2%	40,0
Ganho de peso	Não	62,8	53,8	77,8	55,7	70,0
	Sim	37,2	46,2	22,2	44,3	0,0

Tabela 1: QdVRS quanto ao género e faixa etária para os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”

2. QdVRS quanto ao estado marital

No que respeita a dor intensa, verifica-se através da análise da Tabela 3, que os “Solteiros” e “Viúvos” são os que apresentam maior *scores*, sendo esta igual entre ambos e de 57,1%. Quanto aos Suplementos alimentares são os Solteiros que necessitam destes em maior número, com uma percentagem de 57,1%. No que respeita à “Alimentação por sonda” os casados prevalecem perante todos os outros com 44,6% dos casos. Os viúvos destacam-se por apresentar maiores variações de peso, tanto de ganha como perda.

n = 91		Estado marital (%)					
		Solteiro(a)	Casado(a)	União de facto	Separado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)
Dor intensa	Não	42,9	63,1	100,0	0,0	75,0	42,9
	Sim	57,1	36,9	0,0	100,0	25,0	57,1
Suplementos alimentares	Não	42,9	58,5	100,0	0,0	75,0	71,4
	Sim	57,1	41,5	0,0	100,0	25,0	28,6
Alimentação por sonda	Não	71,4	55,4	0,0	0,0	62,5	57,1
	Sim	28,6	44,6	100,0	100,0	37,5	42,9
Perda de peso	Não	57,1	50,8	100,0	0,0	75,0	42,9
	Sim	42,9	49,2	0,0	100,0	25,0	57,1
Ganho de peso	Não	71,4	60,0	100,0	0,0	87,5	42,9
	Sim	28,6	40,0	0,0	100,0	12,5	57,1

Tabela 2: QdVRS quanto ao estado marital considerando itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”.

3. QdVRS quanto ao nível educacional

Através da análise dos inquiridos quanto ao “Nível de escolaridade” e sua relação com QdVRS, verificou-se que são os analfabetos que apresentam maiores valores de: “Dor Intensa” e “Perda de Peso”. Os inquiridos com o 9º ano de escolaridade, apresentam maior necessidade de “Suplementos Alimentares” e “Ganho de peso”; a “Alimentação por Sonda” foi utilizada maioritariamente nos indivíduos que estudaram até ao 9ºano. As escolaridades que não se apresentam na tabela 3 devem-se ao facto de não haver ninguém pertencente a esse item.

n = 91		Nível educacional (%)							
		Analfabeto(a)	Até 4 anos de estudo	4º ano	Até 9 anos de estudo	9º ano	Até 12ºanos de estudo	Frequência de curso superior	Licenciado(a)
Dor intensa	Não	25,0	76,5	54,3	70,6	100,0	0,0	0,0	100,0
	Sim	75,0	23,5	45,7	29,4	0,0	100,0	100,0	0,0
Suplementos alimentares	Não	75,0	58,8	60,9	58,8	50,0	0,0	0,0	100,0
	Sim	25,0	41,2	39,1	41,2	50,0	100,0	100,0	0,0
Alimentação por sonda	Não	50,0	64,7	58,7	47,1	50,0	0,0	0,0	100,0
	Sim	50,0	35,3	41,3	52,9	50,0	100,0	100,0	0,0
Perda de peso	Não	25,0	64,7	47,8	58,8	100,0	0,0	0,0	100,0
	Sim	75,0	35,3	52,2	41,2	0,0	100,0	100,0	0,0
Ganho de peso	Não	75,0	76,5	56,5	64,7	50,0	0,0	0,0	100,0
	Sim	25,0	23,5	43,5	35,3	50,0	100,0	100,0	0,0

Tabela 3: QdVRS quanto ao nível educacional considerando os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”.

4. Relação das variáveis de QdVRS quanto à TMN

A tabela 5 ilustra a relação entre o TMN e a “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”. Verifica-se que são os doentes com tumor até 2cm (T1) que apresentam maior percentagem de toma de “Suplementos Alimentares”, “Alimentação por Sonda” e variações de peso, tanto de ganho como perda. Os doentes com tumor a, 2-4cm (T2) maior “Dor intensa”. Quanto aos gânglios linfáticos regionais, são os doentes com N0, ou seja sem qualquer tipo de gânglio metastizado que apresentam maiores variações de peso. Os doentes com N2 apresentam menor QdVRS no que respeita à “Dor Intensa”, “Suplementos Alimentares” e “Alimentação por Sonda”. Quanto às metástases à distância, (n = 1), não permitiram mais comparações.

n = 91		T (%)					N (%)				M (%)	
		T0	T1	T2	T3	T4	N0	N1	N2	N3	M0	M1
Dor intensa	Não	50,0	44,4	42,9	57,1	64,3	51,9	78,6	11,1	50,0	48,9	100,0
	Sim	50,0	55,6	57,1	42,9	35,7	48,1	21,4	88,9	50,0	51,1	0,0
Suplementos alimentares	Não	100,0	22,2	57,1	50,0	57,1	44,4	71,4	33,3	50,0	48,9	100,0
	Sim	0,0	77,8	42,9	50,0	42,9	55,6	28,6	66,7	50,0	51,1	0,0
Alimentação por sonda	Não	100,0	33,3	57,1	57,1	42,9	44,4	78,6	33,3	0,0	48,9	100,0
	Sim	0,0	66,7	42,9	42,9	57,1	55,6	21,4	66,7	100,0	51,1	0,0
Perda de peso	Não	100,0	33,3	50,0	64,3	50,0	40,7	71,4	55,6	50,0	48,9	100,0
	Sim	0,0	66,7	50,0	35,7	50,0	59,3	28,6	44,4	50,0	51,1	0,0
Ganho de peso	Não	0,0	33,3	50,0	64,3	57,1	40,7	71,4	55,6	50,0	48,9	100,0
	Sim	100,0	66,7	50,0	35,7	42,9	59,3	28,6	44,4	50,0	51,1	0,0

Tabela 4: QdVRS quanto à TMN para os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”.

5. QdVRS quanto à localização

Os doentes Oncológicos da língua sentem maior “Dor intensa”, precisam de realizar em maior número “Suplementos Alimentares” e frequentemente “Alimentação por sonda”.

Os doentes da laringe apresentam maior variação de peso.

n = 91		Local (%)			
		Língua	Faringe	Laringe	Outro
Dor intensa	Não	41,7	70,6	58,0	66,7
	Sim	58,3	29,4	42,0	33,3
Suplementos alimentares	Não	50,0	70,6	54,0	75,0
	Sim	50,0	29,4	46,0	25,0
Alimentação por sonda	Não	50,0	58,8	52,0	75,0
	Sim	50,0	41,2	48,0	25,0
Perda de peso	Não	66,7	52,9	44,0	75,0
	Sim	33,3	47,1	56,0	25,0
Ganho de peso	Não	75,0	58,8	58,0	66,7
	Sim	25,0	41,2	42,0	33,3

Tabela 5: QdVRS quanto a localização considerando os itens “Dor intensa”, “Suplementos alimentares”, “Alimentação por sonda”, “Perda de peso” e “Ganho de peso”.

Face aos resultados obtidos, verifica-se que a localização anatómica – Língua, concorre com *scores* mais baixos de QdVRS quando comparados com outras localizações.

Verifica-se tendencialmente um equilíbrio nos resultados obtidos para faringe, laringe e outras localizações diversas.

DISCUSSÃO

Ao longo dos tempos as Ciências Biomédicas têm evoluído, no sentido de proporcionar aos doentes tratamentos mais avançados e eficazes, uma melhor QdVRS (Silveira *et al.*, 2012).

A avaliação da QdVRS tem ganho um espaço crescente quando considerado o tratamento dos doentes com neoplasias de CP, pois estas geralmente causam um significativo comprometimento físico, funcional e psicológico. Apesar do termo QdVRS se ter tornado popular, o conceito de QdVRS contém em si aspectos multidimensionais complexos, que os questionários desenvolvidos deverão quantificar (Amar *et al.*, 2002).

No presente estudo e no que respeita às variáveis sociodemográficas, os inquiridos, são maioritariamente do sexo masculino (86% da amostra) e com uma faixa etária com prevalência dos [45..65] anos de idade, sendo 73% casados e 51,7% com a escolaridade básica, o que se enquadra no levantamento epidemiológico relativo às taxas de incidência de cancro de CP. No entanto, tem-se vindo a assistir a um aumento do número de mulheres em decréscimo no número de homens (Neville *et al.*, 2002).

Tal como afirma Sawada *et al.* (2006), citando os dados da *American Cancer Society*, este tipo de cancro de CP atinge predominantemente uma faixa etária acima dos 50 anos com uma proporção de 4 homens para 1 mulher numa amostra de 32 indivíduos. Angelo *et al.*, (2010), apresenta resultados em que a idade média do estudo realizado foi de 63,5 anos, com idades entre 40 e 83 anos, sendo 73,2% do género masculino, 46,3% casados, numa amostra de 41 doentes de CP – estes autores verificaram que a QdVRS em relação ao género e à idade, os pacientes do género masculino e com idade acima dos sessenta anos obtiveram pontuações médias mais baixas para os domínios mastigação e saliva, deglutição e paladar; Carranza *et al.*, (2008) verificaram que são os pacientes idosos que apresentam *scores* mais elevados para sintomas tais como problemas sexuais, paladar e necessidade de suplementos alimentares.

No que diz respeito ao estado marital são os solteiros e viúvos que sentem maior dor mais intensa. Quanto aos suplementos alimentares são os solteiros que necessitam maior suporte destes, com uma percentagem de 57,1%. No que ao recurso respeita à “Alimentação por sonda” os casados prevalecem perante todos os outros com 44,6% dos casos.

Estas observações menos favoráveis encontram-se de acordo com a literatura - Carranza e colaboradores (2008) verificaram que doentes que não vivem com parceiro apresentam um pior prognóstico, talvez devido ao facto dos que vivem com parceiro possivelmente apresentarem melhores hábitos higiénicos, menor atraso no diagnóstico e maior suporte social no tratamento.

Considerando a QdVRS em função da escolaridade verificou-se que são os Analfabetos os que apresentam maiores valores: “Dor Intensa” e “Perda de Peso”; Os inquiridos com o 9º ano de escolaridade, apresentam maior percentagem de “Suplementos Alimentares” e “Ganho de peso”; a “Alimentação por Sonda” foi realizada em maior número nos pacientes com 9 anos de escolaridade.

Angelo e colaboradores (2010), também verificaram que o nível de escolaridade apresentava uma correlação positiva na amostra estudada (n= 41) de doentes oncológicos de CP. Afirmam ainda que, os pacientes com maior nível de escolaridade fizeram avaliações mais críticas quanto ao seu estado de saúde. Verifica-se assim que doentes com um maior nível de escolaridade, têm por norma, mais recursos financeiros, melhores empregos e recebem mais benefícios (como licença para tratamento de saúde e aposentadoria), que podem fazer com que apresentem uma melhor QdVRS.

Quanto ao nível de escolaridade, tal como afirma Silveira *et al.*, (2010), os doentes apresentam um baixo nível de escolaridade, com 5 ± 3 anos de escolaridade; Sawada e colaboradores (2005), verificaram que na amostra estudada 94% não estudaram, 84,4% fizeram o ensino até ao 8ºano e 6,3% o ensino superior.

Mediante avaliação da QdVRS das variáveis sociodemográficas, foi possível observar que é no género feminino que a doença afecta mais a QdVRS e é na faixa etária [46..65]

onde também a QdVRS do doente é mais afectada. Estes resultados podem dever-se ao facto da amostra ser maioritariamente desta faixa etária, acabando por influenciar o resultado estatístico. Através da literatura consultada, verificou-se que os resultados obtidos não são suportados pela literatura. Silveira e colaboradores (2012) verificaram que as mulheres com patologia oncológica de CP apresentam *scores* de QdVRS inferiores ao dos homens.

Procedeu-se à identificação dos principais factores de risco para o cancro de CP nos indivíduos em estudo.

No que tange aos hábitos etílicos, mais de metade da população estudada consome 1 litro de bebida alcoólica/dia, 55% (n = 33), no entanto observou-se uma percentagem não muito inferior de indivíduos que não bebem qualquer tipo de bebida alcoólica (30%). Estes dados encontram-se consonantes com a literatura. Silveira e colaboradores (2012) obtiveram resultados onde a maior prevalência (45%) correspondeu ao consumo de um Litro de vinho/dia, o que se encontra de acordo com os resultados obtidos na amostra em estudo.

Os hábitos de consumo tabágico corresponderam na amostra em estudo a 16%. Dos ex-fumadores, 34% deixaram de fumar há menos de 10 anos, 12% 10-20 anos atrás e 17% deixaram de fumar entre 30-40 anos atrás. Tal facto encontra-se de acordo com a literatura, onde Silveira *et al.*, 2012 verificaram que no seu estudo a amostra foi constituída essencialmente por fumadores ou ex-fumadores de grandes quantidades de tabaco, verificando-se que estes ex-fumadores abandonaram os hábitos recentemente.

Brener *et al.*, (2007) analisaram uma série de variáveis em pacientes com cancro da cavidade oral e concluíram que cerca de 90% dos doentes com este tipo de neoplasia, consumia álcool e tabaco. Verificaram ainda que o risco de desenvolvimento de cancro da cavidade oral em fumadores de cigarro industrializado é 6,3 vezes maior do que em não fumadores.

Como afirmam Jotz e colaboradores (2007), num estudo de 39 doentes em que 37 (94,87%) dos doentes eram tabagistas, e destes 31 (83,78%) pacientes também eram etilistas. Apenas 2 (5,13%) pacientes não eram fumadores nem etilistas.

Melo *et al.*, (2010), descrevem que dos 101 casos, 67,1% relataram história presente de consumo de tabaco, enquanto que 26% apresentaram-se como ex-tabagistas.

Silveira *et al.*, (2012) afirmam que o tabaco para além de ser o maior factor de risco dos tumores de CP, contribui igualmente para a diminuição dos *scores* de QdVRS.

Hábitos etílicos e hábitos tabágicos aumentam o potencial para desenvolver o cancro da cavidade oral, uma vez que o tabaco e o álcool são os dois principais factores de risco desta neoplasia.

Verificou-se na totalidade da população em estudo que o local mais frequente de neoplasia de CP foi a laringe com 50 casos, seguido da faringe com 17 casos, e depois a língua e outros locais com igual número de 12 indivíduos. Honorato e colaboradores (2009), afirmam num seu estudo que o local mais acometido na cavidade oral foi a língua; Angelo *et al.*, (2010) considerando neoplasias da cavidade oral, o local mais frequente na população em estudo foi a língua com 51,1% dos casos; Antunes *et al.*, (2003), referem aos dados registados no departamento de patologia do HUOC/UPE, o local mais acometido foi a língua (29,5%), seguido dos lábios (16,4%).

Os doentes oncológicos, da língua expressam maior Dor intensa, precisam de realizar em maior número Suplementos Alimentares e Alimentação por sonda. Os doentes da laringe apresentam maiores variações de peso. Verificou-se de acordo com a literatura consultada pois as perdas e ganhos de peso podem dever-se à pior deglutição. Carranza *et al.*, (2008) afirmam que são os doentes com neoplasia orofaríngea posterior que apresentam pior QdVRS, especialmente devido à pior deglutição.

No presente estudo, no que respeita ao diagnóstico anatomopatológico verificou-se que o carcinoma espinocelular aconteceu em 92% dos casos numa amostra de 63 inquiridos. De acordo com a análise bibliográfica realizada Antunes *et al.*, (2003), num estudo

retrospectivo através dos dados obtidos dos registos dos Departamentos de Patologia do HUniversitário Oswaldo Cruz e do Hospital do cancro de Pernambuco, afirmou-se que considerando o tipo histológico, 82,2% dos casos diagnosticados eram carcinomas espinocelulares, seguidos de carcinomas Basocelulares e alguns tumores de origem glandular, muscular, nervosa e de vasos linfáticos; Oliveira *et al.*, (2005) conclui que o carcinoma espinocelular representa 90% a 95% dos cancros da cavidade oral.

No que diz respeito à alimentação de pacientes oncológicos, as neoplasias de CP geralmente resultam em algum grau de disfunção nomeadamente de fala, deglutição respiração, bem como desfiguração da aparência. Essas transformações, podem provocar impacto significativo sobre a auto-imagem e podem afectar a área psicossocial da vida do paciente (Angelo *et al.*, 2009). Na amostra estudada, 90% dos inquiridos alimenta-se pela boca, 8% por gastrostomia endoscópica percutânea e 2% por sonda nasogástrica, tais factos são concordantes com a bibliografia pesquisada, Silveira e colaboradores (2012), verificaram que o uso de PEG se relaciona com melhores resultados na QdVRS, permitindo considerar a importância da avaliação de QdVRS para a triagem de doentes candidatos a uma destas opções. Em outro estudo em 2011, também verificou 88.5% realiza alimentação oral, 10.6% por PEG e 1.0% tubo nasogástrico.

A prevenção e o diagnóstico precoce cancro CP representa ainda um grande desafio a ultrapassar, sabe-se que a maior parte dos diagnósticos são já realizados em estádios avançados (Raspall,2000). Através da análise dos inquiridos verificou-se que 26,4% dos inquiridos apresentou estádios T2, T3 ou T4 no momento do diagnóstico, 17% estágio T1 e 3,8% T0. Quanto à existência de gânglios linfáticos clinicamente metastizados foi mais frequente a sua inexistência, N0 com 51,9% dos casos, no que toca à existência de metástases à distância 98% dos inquiridos não apresentava metástases à distância, estando por isso consonante com a literatura existente e reflectindo a demora pela procura de um serviço especializado ou mesmo a demora para se chegar a um diagnóstico definitivo (Honorato *et al.*, 2009).

Na avaliação da QdVRS mediante o estadiamento da doença no estudo realizado, verificou-se que existiram diferenças quanto ao T, sendo que doentes com T4

apresentavam melhor QdVRS do que doentes com T1, situação não suportada literatura consultada. Weymuller e colaboradores (2000), verificaram num estudo de 210 casos que 160 casos (76%) dos tumores encontravam-se em estágio avançado (T3/T4), foi também mostrado que o estágio do tumor primário influencia os *scores* de QdVRS do questionário UW-QOL ($p < 0,001$), através da análise de variância. No estudo de Honorato *et al.* (2009) com uma amostra de 320 doentes, também se verificou dados não concordantes com este estudo (51.56% T4); Silveira *et al.* (2012) com 380 doentes, segundo o qual os tumores no estágio T4 são os que apresentam uma incidência mais elevada, com valores semelhantes para N0 e N1 e maioritariamente em M0.

Verificou-se também, que os doentes com tumor até 2cm (T1) apresentam a maior percentagem de toma de “Suplementos Alimentares”, “Alimentação por Sonda”, e variações de peso tanto de ganho como perda; Os doentes com tumor 2-4cm (T2) apresentam maior “Dor intensa”.

Quanto aos nódulos linfáticos palpáveis, observou-se diferenças entre N1 e N2. Os doentes N2 apresentaram menor QdVRS no que respeita à “Dor Intensa”, “Suplementos Alimentares” e “Alimentação por Sonda”, estando por isso consonante com a literatura. Não foi possível realizar a análise quanto ao M, devido a reduzida amostra ($n = 1$).

Vartanian e colaboradores (2004), observaram que pacientes com tumores em estágio avançado tiveram piores *scores* nos domínios de QdVRS quando comparados a pacientes com estágios iniciais para aparência, fala, mastigação e deglutição; Weymuller e colaboradores (2000), com uma amostra de 210 doentes, encontrando-se 160 doentes com tumores em estágios avançados (T3/T4) verificaram resultados de QdVRS que demonstraram que o estágio do tumor primário influencia os *scores* de QdVRS.

No entanto deve-se ter em conta que, embora seja presumível que quanto mais avançado o estágio maiores serão os sintomas, disfunção e conseqüente pior QdVRS, pode ser verdadeiro para um indivíduo mas não é capaz de reflectir a realidade num grupo heterogéneo de doentes. Mesmo que uma relação entre o estadiamento e a QdVRS possa ser estabelecida através de amostras maiores, não deve ser desprezada a

grande variação individual, pois pacientes com doença em estágio semelhante podem valorizar diferentemente os seus sintomas e limitações (Amar *et al.*, 2002).

A heterogeneidade e tamanho da amostra é reconhecida como uma limitação deste estudo, uma vez que doentes oncológicos de CP manifestam variações da QdVRS ao longo do tempo e em função das variáveis clínicas, das quais importa salientar o tipo de tratamento, o estadiamento e a localização do tumor. A heterogeneidade deste tipo de amostras é igualmente reconhecida por vários autores (Silveira *et al.*, 2012). O facto de a população ser maioritariamente masculina influenciou os resultados, motivo pelo qual terão sido obtidos *scores* mais elevados no homem. Tal como Gonçalves, (2012) afirma, só a partir de 500 inquiridos é que se consegue obter resultados consistentes, no entanto idealmente o número ideal seria 1000 para fosse possível ter segurança total dos resultados.

Este estudo evidenciou que a avaliação da QdVRS em doentes oncológicos de CP permite identificar aspectos relevantes nos doentes submetidos a cirurgia no decurso do tratamento oncológico.

CONCLUSÕES

Mediante os resultados apresentados neste estudo e na revisão bibliográfica efectuada, foi possível concluir:

Os doentes que vivem acompanhados apresentam um melhor prognóstico, particularmente atribuído à adopção de hábitos higiénicos, menor atraso no diagnóstico e maior suporte social durante o tratamento.

O suporte social deverá ser assim considerado sobretudo em doentes oncológicos que vivem sozinhos, sem suporte de família e amigos.

Concluiu-se que o nível de escolaridade influencia os *scores* destes doentes, e encontram-se resultados mais baixos em níveis de escolaridade inferiores. Os indivíduos mais instruídos parecem valorizar mais a saúde, ter maior conhecimento das doenças existentes, factores de risco associados e acesso à informação e cuidados que favorecem o prognóstico. É possível afirmar que lutar por uma sociedade com níveis de escolaridade mais elevados é torná-la também mais saudável.

Os resultados indicam que os doentes oncológicos abandonam o hábito tabágico quando lhes é diagnosticada a doença de cancro de CP. A prevenção destas neoplasias passa pela cessação tabágica e os Médicos Dentistas devem participar activamente na divulgação dos factores de risco de cancro oral.

O presente estudo aponta a necessidade de análise das variáveis de QdVRS nos diferentes estádios, para compreensão da QdVRS e intervenção nos cuidados de saúde dirigida e personalizada.

Neste estudo em doentes oncológicos de CP submetidos a CX, as localizações anatómicas mais frequentemente encontradas foram: a faringe, seguida da laringe e posteriormente a língua.

O carcinoma espinocelular é o mais comum independentemente da localização do cancro de CP, e esta é uma realidade descrita em praticamente todos os estudos analisados concordante com os resultados obtidos.

Apesar das diferenças a nível do tamanho da neoplasia no momento do diagnóstico não serem muito significativas, sabe-se que em regra os doentes são diagnosticados em estádios já avançados. Isto pode dever-se à falta de esclarecimento da população, incluindo o paciente e os seus familiares, da necessidade de uma equipa multidisciplinar coordenada e coesa, da utilização dos meios de comunicação como os de utilidade pública na propaganda de auto-exames e de campanhas preventivas, são factores que poderão eventualmente tornar a longa caminhada um pouco mais suave, segura e, quem sabe, menos penosa para todos os que repentinamente se deparam com o diagnóstico de uma neoplasia maligna.

Verificou-se que nestes doentes submetidos a CX, são aqueles com localização na língua que referem maiores impactos negativos, nomeadamente: a dor intensa, e observou-se que doentes com estágio T1 apresentavam piores scores de QdVRS.

Este resultado aponta assim a necessidade de uma análise pormenorizada, quantificável e objectiva dos itens de QdVRS para melhor compreensão destes doentes. Tal como noutros estudos, concluímos que a QdVRS acrescenta informação e nem sempre é absolutamente concordante com o que é clinicamente expectável.

Finalmente, em indivíduos com baixos *scores* de QdVRS na etapa de admissão e *follow-up* seria útil priorizá-los dentro do programa assistencial. Sabe-se já que a optimização da QdVRS promove melhorias noutros indicadores, dos quais se destaca: a Sobrevida dos doentes oncológicos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amar, A. *et alii.* (2012). Neck dissection in squamous cell carcinoma of the larynx. Indication of elective contralateral neck dissection. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 78(2), pp.7-10.

Amar, A. *et alii.* (2002). Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, 68(3/Maio/Junho), pp.400-403.

Angelo, A., Medeiros, A., Biase, R. (2010). Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. *Revista de Odontologia da UNESP*, 39(1), pp.1-7.

Antunes, A., Antunes, A. (2004). Estudo retrospectivo e revisão de literatura dos tumores dos lábios: experiência de 28 anos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), pp.295-300.

Antunes, A. *et alii.* (2003). Perfil Epidemiológico do Câncer Bucal no CEON/HUOC/UPE e HCP. *Odontologia Clínica Científica*, Recife, 2(3/Setembro/Dezembro), pp.181-186.

Bayman, N. *et alii.* (2009). Primary Radiotherapy for Carcinoma of Retromolar Trigone: A useful Alternative to Surgery. December. [Em linha]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0936655509003707> [consultado em 7/5/2012].

Berto, J. *et alii.* (2006). Relationship between stage, treatment and survival for pharynx cancer. *Revista Colégio Brasileiro Cirurgiões*, 33(4/Julho/Agosto), pp.207-210.

Brasil, O. *et alii.* (2004). O câncer de laringe é mais frequente do que se imagina. *Einstein*, 2(3), pp. 222-224.

Brener, S. *et alii.* (2007). Carcinomas de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *Revista Brasileira de cancerologia*, 53(1), pp.63-69.

Brown, L., Check, D., Devesa, S. (2012). Oral Cavity and Pharynx Cancer Incidence Trends by Subsite in the United States: Changing Gender Patterns. *Journal of Oncology*, 2012. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345247/?tool=pubmed> [consultado em 27/6/2012].

Burusapat, C., Pitiseree, A. (2012). Advanced squamous cell carcinoma involving both upper and lower lips and oral commissure with simultaneous reconstruction by local flap: a case report. *Journal of Medical Case Report*, 6(23). [Em linha]. Disponível em: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/6/1/23> [consultado em 29/4/2012].

Campos, R. *et alii.* (2011). Voice after cancer treatment with organ preservation. *Head & Neck Oncology*, 3(19). [Em linha]. Disponível em: <http://www.jmedicalcasereports.com/content/6/1/23> [consultado em 9/5/2012].

Carli, M. *et alii.* (2009). Características clínicas, epidemiológicas e microscópicas do câncer bucal diagnosticado na Universidade Federal de Alfenas. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(3), pp.205-211.

Carranza, E. *et alii.* (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Medicina Oral Patologia Oral Cirurgia Bucal*, 13 (11/Novembro), pp.735-741.

Chiou, W. *et alii.* (2010). Buccal mucosa carcinoma: surgical margin less than 3 mm, not 5mm, predicts locoregional recurrence. *Radiation Oncology*, 5(79). [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946296/?tool=pubmed> [consultado em 29/4/2012].

Crede, A., Locher, M., Bredell, M. (2012). Tongue cancer in young patients: Case report of a 26-year-old patient. *Head & Neck Oncology*, 4(20). [Em linha]. Disponível

em: <http://www.headandneckoncology.org/content/4/1/20/abstract> consultado [em 29/4/2012].

Daniel, F. *et alii.* (2006). Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. *Journal brasileiro Patologia Medica Laboratorial*, 42(4), pp.279-283.

Daher, G., Pereira, G., Oliveira, A. (2008). Características epidemiológicas de casos de câncer de boca registrados em hospital de Uberaba no período 1999-2003: um alerta para a necessidade de diagnóstico precoce. *Versão Brasileira Epidemiologia*, 11(4), pp.584-596.

Deganello, A. *et alii.* (2011). Effectiveness and pitfalls of elective neck dissection in N0 laryngeal cancer. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 31, pp.216-221.

Denewer, A. *et alii.* (2006). Functional and aesthetic outcome of reconstruction of large oro-facial defects involving the lip after tumor resection. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 18(1/March), pp.61-66.

Dib, L., Souza, R., Tortamano, N. (2005). Avaliação do conhecimento sobre câncer bucal entre alunos de Odontologia, em diferentes unidades da Universidade Paulista. *Versão Instituto Ciências Saúde*, 23(4), pp. 287-295.

DeVitta, V., Hellman, S., Rosenberg, S. (2005). Cancer of the Head and Neck. *Cancer – Principles & Practice of Oncology*, 7, Lippincott Williams & Wilkins, pp.673-685.

Fayers, P. *et alii.* (2001). The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. *European Organization for research and Treatment of Cancer*, Brussels, 3.

Freedman, N. *et alii.* (2007). Prospective investigation of the cigarette smoking-head and neck cancer association by sex, *Cancer*, 110(7), pp. 1593-1601.

Furtan, N., Haller, J. (1999). Considerations for free-flap reconstruction of the hard palate. *Arch otolaryngol head neck surgery*, 127(June), pp.665-669.

Ghazali, N., Lowe, D., Rogers, S. (2012). Enhanced patient reported outcome measurement suitable for head and neck cancer follow-up clinics. *Head & Neck Oncology*, 4(32). [Em linha]. Disponível em: <http://www.headandneckoncology.org/content/4/1/32/abstract> [consultado em 24/5/2012].

Gonçalves, J. (2012). Plataforma para Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Oncologia, Porto, tese mestrado.

Gorsky, M. *et alii*. (2004). Carcinoma of the tongue: A case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics*, 98(Novembro), pp.546-552

Gray Anatomia. 37. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp.1214-1253. (1995)

Guerra, M. *et alii*. (2005). Risco de câncer no brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), pp.227-234

Haddad, R. (2008). Multidisciplinary Approach to Cancer Treatment Focus on Head and Neck Cancer. *Dental Clinics North America*, 52, pp.1-17.

Hande, A., Chaudhary, M. (2010). Cytomorphometric analysis of buccal mucosa of tobacco chewers. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*. 51(3), pp.527-532.

Hicks, W. *et alii*. (1998). Surgery as a Single Modality Therapy for Squamous Cell carcinoma of the Oral Tongue. *American Journal Otolaryngology*, 19(1/January/February), pp.24-8.

Honorato, J. *et alii.* (2009). Análise de sobrevida global em pacientes dignosticados com carcinoma de células escamosas de boca no INCA no ano de 1999. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 12(1), pp.69-81.

Iseh, K. *et alii.* (2011). Total Laryngectomy for Laryngeal Cancer in Nigerian Tertiary Health Center: Prognosis and Outcome. *Journal of Surgical Technique and Case Report*, 3(1/January/June), pp.23-30.

Jin, T. *et alii.* (2011). Treatment results and prognostic factors of patients undergoing postoperative radiotherapy for laryngeal squamous cell carcinoma. *Chinese Journal of Cancer*, 30, pp.482-489.

Jin, T. *et alii.* (2012). Expression TMG2 and BNIP3 have prognostic significance in laryngeal cancer patients receiving surgery and postoperative radiotherapy: A retrospective study. *Journal Translational Medicine*, 10(64), pp.2-9.

Jotz, G. *et alii.* (2007). Prognóstico em dois anos do câncer de cavidade oral. *Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço*, 36 (3/Julho/Agosto/Setembro), pp. 146-151.

Jung, J. *et alii.* Significant invasion depth of early oral tongue cancer originated from the lateral border to predict regional metastases and prognosis. [Em linha]. Disponível em: [http://www.ijoms.com/article/S0901-5027\(09\)00014-9/abstract](http://www.ijoms.com/article/S0901-5027(09)00014-9/abstract) [consultado em 24/5/2012].

Lima, L. *et alii.* (2009). Margens positivas em tumores de pele não-melanoma: Lateral, profunda ou ambas-existe diferença?. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(1). [Em linha]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/658.pdf> [consultado em 4/6/2012].

López-Arranz, J., Rodríguez, J., Gutiérrez, L. (1998). Tumores Odontogénicos. *Patología Quirúrgica Maxilofacial*, Ediorial Sintesis, pp. 212-216.

Luna-Ortiz, K. et alii. (2011). Oral mucosal melanoma: conservative treatment including laser surgery. *Medicina oral patologia oral cirurgia bucal*, 1(May), 16(3) pp.381-5.

Lynch, M. (1994). *Burket's Oral Medicine, Diagnosis and Treatment. Philadelphia: J.B. Lippincott Company*, 9, pp.203-239.

Melo, L. et alii. (2010). Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. *Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, 58(3/Julho/Setembro), pp.351-355.

Mistry, M. et alii. (2011). Cancer incidence in the United Kingdom: projections to the year 2030. *British Journal of Cancer*, 105, pp.1795-1803.

Moretti, A. et alii. (2011). II trattamento chirurgico dei tumori del labbro. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 31, pp.5-10.

Moore, R. et alii. (2000). The epidemiology of tongue cancer a review of global incidence. *Oral Diseseses*, 6(1), pp.75-84.

Nardi, C., Castro, M., Dedivitis, R. (2010). Tratamento cirúrgico do câncer de lábio. *Rev. Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço*, 39(1/Janeiro/Fevereiro/Março), pp.33-37.

Neville, B., Day, T. (2002). Oral cancer and Precancerous Lesions. *A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4/July/August), pp.195-215.

Neto, S., Araújo, T. (2001). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Temas em Psicologia da SRP*, 9(2), pp.125-135.

Oliveira, E. et alii. (2005). Perfil Epidemiológico das neoplasias orais malignas. *Revista de Odontologia da UNESP*, 34(4), pp.141-147.

Otto, S. (1997). The role of radiotherapy in the treatment of tumours of the oral cavity. *In: Pomp, A.. Enfermagem em Oncologia*, 3, Lusociências, pp.996-1001.

Peckham, M., Pinedo, H., Veronesi, U. (1995). Cancro da Cabeça e Pescoço. *In: Haggood, A..Oxford Textbook of Oncology*, 1(1-7), pp.249-267.

Peterson, P. (2008). Oral cancer prevention and control- The approach of the World Health Organization. *Journal Oral Oncology*, 10. [Em linha]. Disponível em: [http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375\(08\)00176-0/abstract](http://www.oraloncology.com/article/S1368-8375(08)00176-0/abstract) consultado em [20/5/2012].

Pinto, L. *et alii.*, (2003). Epidemiological study of the oral squamous cell carcinoma of the state of Sergipe. *Ciencia Odontologia Brasileira*, 6(2/Abril/Junho), pp.41-8.

Portas, J. *et alii.* (2011). Swallowing after non-surgical treatment (radiation therapy/radiochemotherapy protocol) of laryngeal cancer. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(1/Janeiro/Fevereiro), pp.96-101.

Raspall, G. (2000). Cáncer de la cavidad oral y de la orofaringe. *Tumores de cara, boca, cabeza y cuello*, Masson, 3, pp.49-50.

Raspall, G. (1997). Tumores odontogénicos. *Cirurgía Maxilofacial*, Editorial Medica, Panamericana.

Rhodus, N. (2005). Oral cancer: Leukoplakia and squamous cell carcinoma. *Dental Clinics*, 49, pp.143-165.

Saman, D. (2012). A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. *Head & Neck Oncology*, 4(1). [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292826/?tool=pubmed> [consultado em 25/5/2012].

Santos, L. (2011). *Oncologia Oral*, 1, Lidel, pp.1-214.

Sánchez-legaza, E. *et alii.* (2010). Solitary fibrous tumour of the smooth palate. *Acta Otorrinolaringol Española*, 63(3), pp.239-241.

Sawada, N., Dias, A., Zago, M. (2006). O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(4), pp. 323-329.

Silveira, A. *et alii.* (2010). Patient reported outcomes in head and neck cancer: selecting instruments for quality of life integration in clinical protocols. *Head & Neck Oncology*, 2(32). [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988779/?tool=pubmed> [consultado em 21/5/2012].

Silveira, A. *et alii.* (2011). Geriatric Oncology: Comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head & Neck Oncology*, 3(3). [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3032756/?tool=pmcentrez> consultado em [23/5/2012].

Silveira, A. *et alii.* (2012). Oncologia de Cabeça e Pescoço: enquadramento epidemiológico e clínico na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 15(1), pp.38-48.

Sun, X. *et alii.* (2011). Can global Variation of Nasopharynx Cancer Be Retrieved from the Combined Analyses of IARC Cancer Information (CIN) Databases?. *Plosone*, 6(7). [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131403/?tool=pmcentrez> [consultado em 13/5/2012].

Schünke, M. *et alii.* (2007). *Prometheus: atlas de anatomia*. 1.Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Tincani, A. *et alii.* (1999). Parapharyngeal space tumors: considerations in 26 cases. *Revista Paulista de Medicina*, 117(1), pp.34-37.

Triana, R. *et alii.* (2000). Microvascular Free Flap Reconstructive Options in Patients With Partial and Total Maxillectomy Defects. *Arch facial Surgery*, 2(December), pp.91-101.

Vartanian, J. *et alii.* (2004). Long-term quality of life evaluation after head and neck treatment in a developing country. *Arch Otorhynology Head Neck Surgery*, 130, pp.1209-1213.

Vila, C. (2008). Cancer de cavidad oral: generalidades y diagnóstico precoz. *In: Ruiz, B.. Cirurgia Oral*, Arán, pp.523-611.

Wang, J. *et alii.* (2012). Failure patterns and survival in patients with nasopharyngeal carcinoma treated with intensity modulated radiation in northwest China: A pilot study. *Radiation Oncology*, 7(2), pp.1-7.

Weymuller, E. *et alii.* (2000). Quality of life in patients with head and neck cancer: lessons learned from 549 prospectively evaluated patients. *Arch Otolaryngology Head Neck Surgery*, 126, pp.329-335.

Wilson *et alii.* (1991). Principles of Internal Medicine, *Harrison's*, (12), pp. 1036-1037.

World Health Organization Home page. [Em linha]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. [Consultado em 23-05-2012].

Wong, T. *et alii.* (2012). Epigenetic Dysregulation in Laryngeal Squamous Cell Carcinoma. *Journal of Oncology*, 2012. [Em linha]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356733/?tool=pubmed> [consultado em 3/5/2012].

Yuen, A. *et alii.* (2009). Prospective randomized study of selective neck Dissection versus observation for N0 neck of early tongue carcinoma. *Heah & Neck*, June, pp. 765-772.

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço: Localização anatómica, decisão terapêutica e
Qualidade de Vida

Cátia Gonçalves Ferreira da Silva

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço:

Localização anatómica, decisão terapêutica e Qualidade de Vida

ANEXOS

Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2012

Índice de Anexos

Anexo 1: Tabela QdVRS quanto ao género e faixa etária.....	69
Anexo 2: Tabela QdVRS quanto estado marital.....	70
Anexo 3: Tabela QdVRS quanto ao nível educacional.....	71
Anexo 4: Tabela QdVRS quanto ao estadiamento (TMN).....	72
Anexo 5: Tabela QdVRS quanto ao local.....	74
Anexo 6: ICD9 de cancros de CP.....	75
Anexo 7: Questionário EORTC QLQ-C30 (version 3) (Fayers, et al., 2001).....	80
Anexo 8: Questionário EORTC QLQ-H&N35 (Fayers, et al., 2001).....	82

Anexo 1: Tabela QdVRS quanto ao género e faixa etária

n = 91	Género				Faixa etária					
	Masculino		Feminino		[26..45]		[46..65]		>66	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Física	0,72	0,31	0,64	0,34	0,72	0,31	0,70	0,34	0,72	0,24
Emocional	0,72	0,32	0,67	0,34	0,73	0,35	0,68	0,35	0,80	0,18
Desempenho	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-
Cognitiva	0,73	0,34	0,73	0,36	0,78	0,34	0,67	0,36	0,88	0,19
Social	0,75	0,34	0,74	0,36	0,69	0,38	0,70	0,36	0,94	0,12
Fadiga	0,70	0,31	0,66	0,36	0,69	0,33	0,68	0,35	0,76	0,23
Náusea	0,71	0,43	0,72	0,36	0,67	0,51	0,69	0,45	0,80	0,23
Dor	0,66	0,36	0,69	0,41	0,65	0,36	0,64	0,38	0,71	0,31
Dispneia	0,75	0,34	0,69	0,40	0,78	0,33	0,71	0,37	0,82	0,25
Insónia	0,77	0,34	0,77	0,37	0,70	0,39	0,76	0,36	0,83	0,28
Falta de ar	0,77	0,35	0,74	0,39	0,85	0,34	0,70	0,39	0,88	0,22
Obstipação	0,78	0,34	0,72	0,38	0,85	0,34	0,74	0,38	0,83	0,23
Diarreia	0,75	0,35	0,77	0,39	0,70	0,31	0,72	0,39	0,87	0,20
Dificuldades financeiras	0,76	0,36	0,72	0,43	0,74	0,36	0,72	0,40	0,88	0,25
Dor	0,72	0,31	0,71	0,35	0,78	0,33	0,71	0,31	0,72	0,33
Disfagia	0,74	0,32	0,68	0,40	0,68	0,37	0,72	0,34	0,76	0,30
Dificuldades com cheiro e paladar	0,77	0,32	0,69	0,41	0,80	0,34	0,73	0,35	0,85	0,25
Fala	0,70	0,31	0,68	0,38	0,70	0,34	0,67	0,32	0,76	0,30
Alimentação	0,72	0,30	0,70	0,35	0,70	0,33	0,71	0,33	0,73	0,24
Contacto social	0,74	0,28	0,69	0,35	0,73	0,29	0,73	0,31	0,76	0,25
Sexualidade	0,56	0,47	0,49	0,65	0,80	0,31	0,50	0,49	0,57	0,56
Problemas dentários	0,58	0,44	0,59	0,43	0,67	0,50	0,55	0,43	0,65	0,43
Abertura de boca	0,71	0,39	0,62	0,47	0,78	0,44	0,72	0,38	0,58	0,44
Xerostomia	0,69	0,35	0,54	0,44	0,81	0,34	0,68	0,36	0,57	0,39
Saliva pegajosa	0,68	0,36	0,51	0,44	0,81	0,38	0,65	0,37	0,60	0,40
Tosse	0,79	0,34	0,62	0,40	0,81	0,34	0,73	0,37	0,87	0,31
Sentir-se doente	0,81	0,34	0,67	0,41	0,78	0,37	0,78	0,36	0,82	0,31

Anexo 2: Tabela QdVRS quanto estado marital

n = 91	Estado marital											
	Solteiro(a)		Casado(a)		União de facto		Separado(a)		Divorciado(a)		Viúvo(a)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Física	0,70	0,48	0,73	0,29	0,93		-		0,73	0,23	0,56	0,38
Emocional	0,61	0,45	0,72	0,30	0,92		-		0,80	0,31	0,68	0,37
Desempenho	0,78	-	0,78	-	0,78		0,78		0,78	-	0,78	-
Cognitiva	0,52	0,43	0,76	0,32	0,83		-		0,69	0,33	0,74	0,37
Social	0,60	0,43	0,75	0,32	1,00		-		0,85	0,30	0,81	0,37
Fadiga	0,64	0,44	0,71	0,31	0,89		-		0,76	0,16	0,67	0,35
Náusea	0,64	0,46	0,71	0,43	1,00		-		0,73	0,37	0,76	0,37
Dor	0,60	0,51	0,68	0,35	1,00		-		0,69	0,19	0,62	0,44
Dispneia	0,62	0,45	0,75	0,33	1,00		-		0,92	0,15	0,62	0,41
Insónia	0,67	0,47	0,78	0,34	0,67		-		0,92	0,15	0,76	0,37
Falta de ar	0,71	0,49	0,76	0,35	1,00		-		0,88	0,25	0,76	0,42
Obstipação	0,67	0,47	0,80	0,32	1,00		-		0,71	0,38	0,76	0,42
Diarreia	0,71	0,49	0,76	0,35	0,67		-		0,71	0,28	0,86	0,38
Dificuldades financeiras	0,52	0,47	0,75	0,36	1,00		-		1,00	-	0,76	0,37
Dor	0,67	0,35	0,74	0,31	1,00		-		0,80	0,22	0,57	0,35
Disfagia	0,81	0,37	0,72	0,34	0,75		-		0,80	0,23	0,74	0,35
Dificuldades com cheiro e paladar	0,83	0,37	0,74	0,32	1,00		-		0,88	0,29	0,79	0,37
Fala	0,67	0,36	0,69	0,32	0,33		-		0,88	0,14	0,64	0,35
Alimentação	0,62	0,42	0,72	0,30	0,83		-		0,89	0,11	0,62	0,33
Contacto social	0,69	0,33	0,74	0,28	0,93		-		0,83	0,21	0,65	0,31
Sexualidade	0,50	0,65	0,58	0,44	1,00		-		0,65	0,41	0,40	0,64
Problemas dentários	0,71	0,41	0,57	0,44	1,00		-		0,58	0,50	0,52	0,42
Abertura de boca	0,86	0,38	0,69	0,39	1,00		-		0,88	0,35	0,48	0,42
Xerostomia	0,71	0,41	0,67	0,35	1,00		-		0,71	0,45	0,57	0,42
Saliva pegajosa	0,67	0,43	0,66	0,36	1,00		-		0,75	0,34	0,52	0,50
Tosse	0,86	0,38	0,77	0,34	0,67		-		0,79	0,35	0,67	0,47
Sentir-se doente	0,81	0,38	0,77	0,36	1,00		-		0,96	0,12	0,81	0,38

Anexo 3: Tabela QdVRS quanto ao nível educacional

n = 91	Nível educacional									
	Analfabeto(a)		Até 4 anos estudos		4º Ano		Até 9 anos estudos		9º ano	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Física	0,47	0,40	0,74	0,27	0,70	0,31	0,77	0,33	0,87	0,09
Emocional	0,54	0,39	0,71	0,28	0,68	0,35	0,77	0,31	1,00	-
Desempenho	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-
Cognitiva	0,58	0,44	0,76	0,32	0,69	0,35	0,78	0,32	1,00	-
Social	0,75	0,50	0,75	0,30	0,73	0,35	0,75	0,34	1,00	-
Fadiga	0,58	0,40	0,71	0,30	0,66	0,33	0,78	0,31	0,94	0,08
Náusea	0,58	0,42	0,78	0,29	0,70	0,44	0,67	0,50	0,92	0,12
Dor	0,67	0,45	0,70	0,38	0,61	0,36	0,76	0,32	1,00	-
Dispneia	0,58	0,50	0,76	0,28	0,72	0,36	0,80	0,33	1,00	-
Insónia	0,58	0,42	0,78	0,35	0,75	0,35	0,82	0,34	0,83	0,24
Falta de ar	0,67	0,47	0,88	0,29	0,76	0,37	0,71	0,35	0,50	0,71
Obstipação	0,50	0,43	0,82	0,29	0,75	0,37	0,80	0,33	1,00	-
Diarreia	0,67	0,47	0,75	0,30	0,75	0,37	0,71	0,39	0,83	0,24
Dificuldades financeiras	0,75	0,50	0,82	0,36	0,70	0,38	0,78	0,37	1,00	-
Dor	0,58	0,41	0,79	0,35	0,67	0,31	0,83	0,24	0,71	0,41
Disfagia	0,67	0,46	0,72	0,34	0,73	0,35	0,80	0,26	0,75	0,35
Dificuldades com cheiro e paladar	0,75	0,50	0,81	0,27	0,72	0,33	0,76	0,39	1,00	-
Fala	0,75	0,50	0,63	0,28	0,67	0,34	0,75	0,29	0,78	0,16
Alimentação	0,65	0,45	0,71	0,26	0,70	0,34	0,78	0,26	0,79	0,29
Contacto social	0,64	0,43	0,68	0,26	0,73	0,31	0,80	0,25	0,77	0,33
Sexualidade	0,75	0,50	0,63	0,46	0,53	0,44	0,58	0,53	0,33	0,94
Problemas dentários	0,75	0,50	0,69	0,42	0,49	0,45	0,69	0,34	1,00	-
Abertura de boca	0,42	0,50	0,71	0,39	0,66	0,41	0,90	0,26	0,83	0,24
Xerostomia	0,33	0,47	0,76	0,35	0,57	0,38	0,86	0,27	0,83	0,24
Saliva pegajosa	0,33	0,47	0,71	0,37	0,57	0,36	0,86	0,29	1,00	-
Tosse	0,42	0,50	0,90	0,26	0,73	0,36	0,75	0,38	1,00	-
Sentir-se doente	0,67	0,47	0,75	0,36	0,78	0,38	0,86	0,27	1,00	-

Anexo 4: Tabela QdVRS quanto ao estadiamento (TMN)

n = 91	T						N											
	T0		T1		T2		T3		T4	N0		N1		N2		N3		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Física	0,96	0,06	0,53	0,44	0,69	0,25	0,63	0,34	0,93	0,09	0,70	0,34	0,86	0,13	0,52	0,40	0,93	0,09
Emocional	0,88	0,18	0,58	0,45	0,72	0,30	0,68	0,38	0,79	0,19	0,71	0,34	0,81	0,23	0,56	0,41	0,79	0,06
Desempenho	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-	0,78	-
Cognitiva	1,00	-	0,57	0,51	0,71	0,24	0,79	0,38	0,74	0,32	0,69	0,38	0,93	0,16	0,61	0,42	0,42	0,35
Social	1,00	-	0,56	0,49	0,81	0,29	0,75	0,36	0,75	0,26	0,70	0,37	0,89	0,21	0,65	0,42	0,75	0,12
Fadiga	0,78	-	0,54	0,45	0,71	0,29	0,66	0,35	0,78	0,30	0,68	0,36	0,77	0,25	0,59	0,38	0,83	0,08
Náusea	0,92	0,12	0,57	0,51	0,80	0,23	0,57	0,49	0,63	0,58	0,67	0,49	0,79	0,39	0,39	0,44	0,92	0,12
Dor	0,75	0,12	0,44	0,49	0,74	0,29	0,69	0,36	0,69	0,37	0,63	0,41	0,79	0,26	0,59	0,40	0,75	0,12
Dispneia	0,83	0,24	0,48	0,47	0,81	0,31	0,74	0,37	0,86	0,17	0,75	0,35	0,81	0,28	0,70	0,45	0,67	-
Insónia	0,83	0,24	0,59	0,46	0,95	0,12	0,71	0,41	0,76	0,33	0,77	0,36	0,81	0,34	0,70	0,42	0,83	0,24
Falta de ar	1,00	-	0,52	0,44	0,74	0,30	0,74	0,40	0,86	0,28	0,70	0,41	0,88	0,17	0,63	0,42	0,83	0,24
Obstipação	1,00	-	0,56	0,44	0,88	0,21	0,69	0,42	0,81	0,25	0,75	0,35	0,86	0,22	0,59	0,46	1,00	-
Diarreia	1,00	-	0,6	0,48	0,79	0,25	0,60	0,42	0,79	0,28	0,77	0,33	0,79	0,25	0,52	0,50	0,67	0,47

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço: Localização anatómica, decisão terapêutica e Qualidade de Vida

			3															
Dificuldades financeiras	0,83	0,24	0,59	0,46	0,86	0,36	0,76	0,38	0,76	0,38	0,75	0,40	0,90	0,20	0,63	0,48	0,83	0,24
Dor	0,42	0,24	0,69	0,33	0,71	0,29	0,59	0,39	0,90	0,11	0,69	0,32	0,89	0,12	0,48	0,35	0,79	0,18
Disfagia	0,71	0,06	0,76	0,39	0,73	0,30	0,63	0,40	0,89	0,14	0,73	0,35	0,88	0,15	0,59	0,39	0,85	0,10
Dificuldades com cheiro e paladar	0,83	0,24	0,81	0,35	0,85	0,28	0,68	0,39	0,68	0,37	0,73	0,38	0,94	0,11	0,50	0,40	0,83	-
Fala	0,67	0,47	0,73	0,31	0,68	0,34	0,55	0,42	0,74	0,17	0,62	0,32	0,85	0,21	0,52	0,44	0,67	-
Alimentação	0,75	0,12	0,72	0,33	0,75	0,27	0,58	0,39	0,84	0,18	0,69	0,31	0,85	0,15	0,55	0,40	1,00	-
Contacto social	0,80	0,28	0,75	0,32	0,68	0,30	0,60	0,39	0,81	0,17	0,67	0,31	0,88	0,16	0,57	0,39	0,60	0,28
Sexualidade	0,92	0,12	0,76	0,53	0,32	0,68	0,51	0,43	0,69	0,31	0,40	0,50	0,71	0,60	0,26	0,31	0,75	0,12
Problemas dentários	-	-	0,59	0,46	0,76	0,36	0,43	0,48	0,60	0,42	0,57	0,46	0,71	0,41	0,33	0,44	0,67	-
Abertura de boca	0,17	0,24	0,59	0,46	0,76	0,38	0,67	0,41	0,76	0,36	0,63	0,40	0,83	0,36	0,63	0,42	0,50	0,71
Xerostomia	0,33	0,47	0,78	0,33	0,62	0,39	0,67	0,41	0,74	0,33	0,67	0,37	0,74	0,33	0,52	0,44	1,00	-
Saliva pegajosa	-	-	0,59	0,40	0,71	0,34	0,52	0,39	0,81	0,22	0,64	0,39	0,76	0,30	0,41	0,32	0,67	-
Tosse	0,83	0,24	0,81	0,38	0,86	0,28	0,74	0,42	0,67	0,41	0,72	0,39	0,95	0,12	0,59	0,49	1,00	-
Sentir-se doente	1,00	-	0,85	0,34	0,79	0,38	0,76	0,42	0,74	0,35	0,68	0,41	0,98	0,09	0,78	0,44	1,00	-

Anexo 5: Tabela QdVRS quanto ao local

n= 91	Local							
	Língua		Faringe		Laringe		Outro	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Física	65%	34%	65%	33%	71%	33%	85%	13%
Emocional	68%	36%	76%	31%	71%	33%	70%	29%
Desempenho	78%	0%	78%	0%	78%	0%	78%	0%
Cognitiva	76%	39%	73%	37%	69%	35%	85%	18%
Social	76%	37%	74%	37%	75%	34%	75%	26%
Fadiga	60%	34%	70%	31%	68%	33%	87%	21%
Náusea	71%	38%	77%	37%	70%	44%	69%	47%
Dor	67%	38%	59%	40%	65%	38%	82%	18%
Dispneia	72%	37%	61%	40%	79%	32%	75%	32%
Insónia	61%	42%	75%	34%	79%	34%	92%	21%
Falta de ar	72%	42%	71%	39%	78%	36%	81%	22%
Obstipação	72%	40%	82%	34%	74%	36%	89%	22%
Diarreia	75%	38%	76%	40%	73%	34%	81%	33%
Dificuldades financeiras	78%	41%	69%	38%	75%	38%	86%	22%
Dor	67%	37%	73%	30%	70%	33%	85%	16%
Disfagia	66%	41%	77%	35%	70%	33%	88%	23%
Dificuldades com cheiro e paladar	72%	38%	80%	30%	73%	36%	87%	16%
Fala	56%	40%	77%	26%	66%	32%	83%	20%
Alimentação	57%	38%	76%	28%	70%	31%	87%	18%
Contacto social	62%	34%	80%	24%	71%	31%	86%	10%
Sexualidade	33%	66%	47%	43%	62%	42%	58%	64%
Problemas dentários	58%	45%	53%	44%	54%	46%	81%	22%
Abertura de boca	64%	44%	69%	43%	66%	40%	89%	30%
Xerostomia	58%	41%	67%	33%	64%	39%	89%	16%
Saliva pegajosa	53%	41%	65%	38%	64%	38%	86%	22%
Tosse	75%	38%	78%	31%	73%	38%	89%	30%
Sentir-se doente	69%	44%	90%	26%	73%	37%	100%	0%

Anexo 6: ICD9 de cancros de CP

As neoplasias do lábio segundo a classificação do ICD9 dividem-se em:

- **140** Neoplasia Maligna do Lábio
- **149** Neoplasia Maligna do Lábio, cavidade oral ou faringe, local NCOP (N)

E estas dividem-se em subcategorias nomeadamente:

- **140 0** Tumor Maligno do lábio Superior, borda livre (vermelha) (s)
- **140 1** Tumor maligno lábio inferior, borda livre (vermelha) (s)
- **140 3** Tumor maligno lábio superior, face interna (s)
- **140 4** Tumor maligno lábio inferior, face interna (s)
- **140 5** Tumor maligno do lábio SOE, face interna (s)
- **140 6** Tumor maligno da comissura labial (s)
- **140 8** Tumor maligno do lábio NCOP (s)
- **140 9** Neoplasia maligna do lábio, não especificada, borda livre (s)

As neoplasias da mucosa oral são classificadas segundo o ICD9:

- **145 0** Tumor Maligno da Mucosa da Bochecha (S)

As neoplasias da gengiva são classificadas segundo o ICD9:

- **143** Neoplasia Maligna da Gengiva (N)

E estas subdividem-se em:

- **143 8** Tumor Maligno da Gengiva NCOP (S)
- **143 9** Tumor Maligno da Gengiva SOE (S)
- **143 0** Tumor Maligno da Gengiva Superior (S)

- **143 1** Tumor Maligno da Gengiva Inferior (S)

As neoplasias do palato são categorizadas mediante o ICD9 em:

- **145 2** Tumor Maligno do Palato Duro (S)
- **145 3** Tumor Maligno do Palato Mole (S)
- **145 5** Tumor Maligno do Palato SOE (S)
- **27 1** Incisão do palato (s)
- **27 3** Excisão da lesão ou tecido do palato ósseo (n)

As neoplasias do pavimento da boca são categorizadas mediante o ICD9 em:

- **144** Neoplasia Maligna do Pavimento da Boca (N)

E esta em:

- **144 0** Tumor Maligno do Pavimento da Boca - Parte Anterior (S)
- **144 1** Tumor Maligno do Pavimento da Boca - Parte Lateral (S)
- **144 8** Tumor Maligno do Pavimento da Boca NCOP(S)
- **144 9** Tumor Maligno do Pavimento da Boca SOE (S)
- **27 0** Drenagem da região facial e pavimento da boca (s)

As neoplasias da língua são categorizadas mediante o ICD9 em:

- **141** Neoplasia Maligna da Língua (N)
- **25** Operação na língua (n)

E estas em:

- **141 0** Tumor Maligno da Base da Língua (S)
- **141 1** Tumor Maligno da Face Dorsal da Língua (S)

- **141 2** Tumor Maligno da Ponta e Bordas Laterais da Língua (S)
- **141 3** Tumor Maligno da Face Ventral da Língua (S)
- **141 4** Tumor Maligno dos Dois Terços Anteriores da Língua LNE (S)
- **141 5** Tumor Maligno da Zona de Transição da Língua (S)
- **141 6** Tumor Maligno da Amígdala Lingual (S)
- **141 8** Tumor Maligno da Língua NCOP (S)
- **141 9** Tumor Maligno da Língua SOE (S)
- **142 2** Neoplasia Maligna da Glândula Sub-lingual (S)
- **25 0** Técnicas de diagnóstico na língua (n)
- **25 1** Excisão ou destruição de lesão ou tecido da língua (s)
- **25 2** Glossectomia parcial (s)
- **25 3** Glossectomia completa (s)
- **25 4** Glossectomia radical (s)
- **25 5** Reconstrução da língua e glossoplastia (n)
- **25 9** Operações na língua ncop (n)

As neoplasias da faringe são categorizadas mediante o ICD9 em:

- **146** Neoplasia Maligna da Orofaringe (N)
- **147** Neoplasia Maligna da Nasofaringe (N)
- **148** Neoplasia Maligna da Hipofaringe (N)
- **149** Neoplasia Maligna do Lábio, Cavidade Oral ou Faringe, local NCOP (N)
- **29** Operações na faringe (n)

E em subcategorias nomeadamente:

- **147 0** Tumor Maligno da Parede Superior da Nasofaringe (S)
- **147 1** Tumor Maligno da Parede Posterior da Nasofaringe (S)
- **147 2** Tumor Maligno da Parede Lateral da Nasofaringe (S)
- **147 3** Tumor Maligno da Parede Anterior da Nasofaringe (S)
- **147 8** Tumor Maligno da Nasofaringe NCOP (S)
- **147 9** Tumor Maligno da Nasofaringe SOE (S)

- **148 2** Tumor Maligno da Prega Ari-epiglótica, Face Hipofaríngea (S)
- **148 3** Tumor Maligno da Parede Hipofaríngea Posterior (S)
- **148 8** Tumor Maligno da Hipofaringe NCOP (S)
- **148 9** Tumor Maligno da Hipofaringe SOE (S)
- **149 0** Tumor Maligno da Faringe SOE (S)
- **149 8** Tumor Maligno do Lábio, boca e Faringe NCOP, Outro (S)

- **149 9** Tumor Maligno do Lábio, Boca e Faringe de Localização Mal Definida (S)
- **29 0** Faringotomia (s)
- **29 1** Técnicas de diagnóstico na faringe (n)
- **29 3** Excisão ou destruição de lesão ou tecido da faringe (n)
- **29 4** Operação plástica na faringe (s)
- **29 5** Reconstrução da faringe (s)
- **29 9** Operações na faringe ncop (n)
- **30 0** Excisão ou destruição de lesão ou tecido da laringe (n)

As neoplasias da laringe são categorizadas segundo o ICD9 em:

- **161** Neoplasia Maligna da Laringe (N)
- **30** Excisão da laringe (n)
- **31** Operações na laringe e traqueia, ncop (n)

E estas dividem-se respectivamente em:

- **161 0** Neoplasia Maligna da Glote (S)
- **161 1** Neoplasia Maligna da Supraglote (S)
- **161 2** Neoplasia Maligna da Subglote (S)
- **161 3** Neoplasia Maligna das Cartilagens Laríngeas (S)
- **161 8** Neoplasia Maligna de Local Especificado NCOP da Laringe (S)
- **161 9** Neoplasia Maligna da Laringe, Não Especificada (S)
- **30 0** Excisão ou destruição de lesão ou tecido da laringe (n)

Abordagem cirúrgica no cancro de cabeça e pescoço: Localização anatómica, decisão terapêutica e Qualidade de Vida

- **30** **1** Hemilaringectomia (s)
- **30** **2** Laringectomia parcial ncop (n)
- **30** **3** Laringectomia completa (s)
- **30** **4** Laringectomia radical (s)
- **31** **0** Injecção da laringe (s)
- **31** **3** Incisão da laringe ou da traqueia, ncop (s)
- **31** **4** Procedimentos diagnósticos na laringe e traqueia (n)
- **31** **6** Reconstrução da laringe (n)
- **31** **9** Operações na laringe e traqueia ncop (n)

Anexo 7: Questionário EORTC QLQ-C30 (version 3) (Fayers, et al., 2001).

PORTUGUESE



EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

Escreva as iniciais do seu nome:

--	--	--	--	--

A data de nascimento (dia, mês, ano):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A data de hoje (dia, mês, ano):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
Durante a última semana :				
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a última semana :	Não	Um pouco	Bastante	Muito
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

Nas perguntas que se seguem faça um círculo à volta do número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Óptima

Anexo 8: Questionário EORTC QLQ-H&N35 (Fayers, et al., 2001).



EORTC QLQ – H&N35

Às vezes os doentes relatam que têm os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada. Por favor, envolva com um círculo a situação mais adequada ao seu caso.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
31. Teve dores na boca?	1	2	3	4
32. Teve dores nos maxilares?	1	2	3	4
33. Sentiu irritabilidade na boca?	1	2	3	4
34. Doeu-lhe a garganta?	1	2	3	4
35. Teve dificuldade em engolir líquidos?	1	2	3	4
36. Teve dificuldade em engolir comida em puré?	1	2	3	4
37. Teve dificuldade em engolir comida sólida?	1	2	3	4
38. Engasgou-se ao engolir?	1	2	3	4
39. Teve problemas com os dentes?	1	2	3	4
40. Teve dificuldade em abrir bem a boca?	1	2	3	4
41. Sentiu a boca seca?	1	2	3	4
42. A saliva pegava?	1	2	3	4
43. Teve dificuldades com os cheiros?	1	2	3	4
44. Teve dificuldades com o paladar?	1	2	3	4
45. Tossiu?	1	2	3	4
46. Esteve rouco?	1	2	3	4
47. Sentiu-se doente?	1	2	3	4
48. Preocupou-se com o seu aspecto?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bastante	Muito
49. Teve dificuldade em comer?	1	2	3	4
50. Teve dificuldade em comer à frente da sua família?	1	2	3	4
51. Teve dificuldade em comer à frente de outras pessoas?	1	2	3	4
52. Teve dificuldade em ter prazer nas refeições?	1	2	3	4
53. Teve dificuldade em falar com pessoas?	1	2	3	4
54. Teve dificuldade em falar ao telefone?	1	2	3	4
55. Teve dificuldade em conviver com a família?	1	2	3	4
56. Teve dificuldade em conviver com amigos?	1	2	3	4
57. Teve dificuldade em estar em lugares públicos?	1	2	3	4
58. Teve dificuldade em estabelecer contactos físicos com a família ou com amigos?	1	2	3	4
59. Sentiu menos interesse pelo sexo?	1	2	3	4
60. Teve menos prazer sexual?	1	2	3	4

Durante a semana passada:	Não	Sim
61. Tomou medicamentos para as dores?	1	2
62. Tomou algum suplemento alimentar (excluindo vitaminas)?	1	2
63. Alimentou-se através de tubagem?	1	2
64. Diminui de peso?	1	2
65. Aumentou de peso?	1	2