

PATOLOGIA TUMORAL DA REGIÃO CÉRVICO-FACIAL — ASPECTOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS

(Revisão de 2 490 casos)

José de Paiva Boléo-Tomé *, Victor Santos Fernandes **, José Maria Duarte ***
Serviço de Cirurgia Plástica e Maxilo Facial do Hospital de Egas Moniz, Lisboa;
Cadeira de Cirurgia, Escola Superior de Medicina Dentária, Lisboa.

RESUMO

Da casuística do Serviço de Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz ressaltam 2 490 tumores da região cervico-facial constituindo 23% do total de casos operados durante 10 anos.

Analizamos estatisticamente esta patologia assinalando os desvios grosseiros de outros estudos credíveis, sendo de especial interesse salientar que apenas 22% se revelariam malignos e ainda o elevado número de Tumores Odontogénicos (236).

Apontamos a necessidade da abordagem multidisciplinar e de uma terapêutica integrada de Amputação/Reconstrução subordi-

nada aos critérios oncológicos, ilustrando as opções terapêuticas com alguns Casos Clínicos.

PALAVRAS CHAVE

Tumores da cabeça e Pescoço

INTRODUÇÃO

Os tumores da região cervico-facial colocam problemas particulares, quer na abordagem diagnóstica quer na terapêutica, desde logo justificados pelo carácter anatomicamente complexo e funcionalmente precioso das estruturas que atingem.

Qualquer agressão cirúrgica penaliza duramente o paciente obrigando a colocar na

* Director do Serviço, Hospital Egas Moniz; Professor de Cirurgia Oral, E. Sup. Med. Dentária.

** Assistente Hospitalar de Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

*** Interno do Complementar de Cirurgia Plástica.

primeira linha das preocupações do médico a minimização das sequelas provocadas.

Por outro lado não é regra que o diagnóstico seja evidente justificando o recurso a técnicas especiais que guiem na intrincada concentração de estruturas nobres das região, cada uma sede ou alvo potencial destes processos patológicos que se podem apresentar semiologicamente tão pobres e iguais como um tumor ou uma fístula.

Estas considerações justificam os objectivos que este artigo se propõe de :

1. Rever a frequência relativa da patologia
2. Apresentar os parâmetros da abordagem terapêutica
3. Ilustrar as opções de tratamento

Referimos pr fim, que existe uma impossibilidade de divisão do tema da Reconstrução na Cabeça e Pescoço do tema do tratamento dos tumores desta região à luz da história do método cirúrgico.

Das operações sobre a língua de Pimpernella e Marchetti no séc. XVII até aos fins do séc. XIX em que surge a Anestesia inalatória são 200 anos de silêncio mas, logo depois, no alvor do séc. XX, a dissecação radical introduzida por Crile, o aparecimento da Radioterapia entre as duas Grandes Guerras e as operações-comando dos anos 40 vêm abrir novas perspectivas que culminam com o conceito de “operação composta” integrando no mesmo acto cirúrgico o tempo da Reconstrução.

MATERIAIS E MÉTODOS

Entendemos aqui tumores na sua acepção semiológica como aumentos de volume localizados de uma estrutura ou como lesões ocupando espaço e, com esta localização, tratámos, entre 1976 e 1986, 2 490 tumores entre 10 890 casos clínicos (23%) sendo 1942 benignos (77.8%) e 548 malignos (22.2%) (Quadro 1).

QUADRO 1

PATOLOGIA TUMORAL DE CABEÇA E PESCOÇO

% em relação à casuística global —	23%
Tumores benignos —	77,8%
Tumores malignos —	22,2%

Como é natural, no nosso âmbito avultam os tumores dos tecidos moles, mas é notória a importância dos tumores envolvendo o esqueleto facial e dos tumores das glândulas salivares. (Quadro 2)

O Quadro 3 mostra que, nesta série, os tumores envolvendo a mandíbula são cerca de duas vezes mais frequentes que os que

QUADRO 2

PATOLOGIA TUMORAL DA CABEÇA E PESCOÇO

375 — Tumores Esqueléticos	15%
240 — Tumores de Glândulas Salivares	9,7%
50 — Metástases Cervicais	2%
1825 — Tumores dos Tecidos Moles	73,3%
2490 — Total	100%

QUADRO 3

TUMORES ENVOLVENDO O ESQUELETO

Topograficamente

}	32% Maxilar
	68% Mandíbula

Por Patologia

}	Benignos 70%	}	(63% odontogénicos)
	Malignos 30%		

QUADRO 4

AMPUTAÇÕES DO ESQUELETO FACIAL

H.E.M., 1971-1986

Tipo de Tumor	nº	sup	inf
B. Ameloblastoma	42	2	40
B. Malformações vasculares	1	1	
B. Micoses	3	1	2
B. Neurofibroma	3	2	1
B. Osteoma	12	4	8
B. T. células gigantes	3	1	2
M. Angiofibrosarcoma	3	3	
M. Carcinoma (antrum)	16	16	
M. Fibrosarcoma	11	3	8
M. Linfoma de Burkitt	27	8	19
M. Neurofibrosarcoma	5		5
TOTAL	126	41	85

(J. Boléo-Tomé e col.)

atingem o maxilar superior, sendo cerca de 1/3 malignos e 63% odontogénicos.

O Quadro 4 aponta exclusivamente, de entre estes, os que obrigaram a maxilectomias ou mandibulectomias sendo de realçar a elevada frequência de Ameloblastomas mandibulares.

É regra tratar de forma mais conservadora alguns tumores benignos como as Epúlides Gigantocelulares, por exemplo; alguns casos, no entanto, tinham tal gravidade e extensão que em nada faria diferir uma clássica excisão e curetagem duma amputação esquelética (Fig. 2).

Os aumentos do volume das glândulas salivares reportam-se à parótida em 60% e à sub-maxilar em cerca de 40% já que apenas se registam 2 casos com sede nas acessórias, no palato e no lábio inferior. (Quadro 5)

Na nossa casuística apenas 10% das parotidectomias foram provocadas por Litíase mas, e aliás de acordo com a fisiopatologia, esta

QUADRO 5

TUMORES DE GLÂNDULAS SALIVARES

(9,7% — (240))

Parótidas	— 60%
Sub-Maxilares	— 38,2%
Acessórias	— 0,8%

mesma doença foi responsável por mais de 50% das sub-maxilectomias efectuadas. Por outro lado, os Adenomas pleomórficos representaram 71% dos diagnósticos definitivos das peças de parotidectomia e apenas 45% das sub-maxilares extirpadas. (Quadros 6 e 7)

De referir as raras Angioplacias venosas parotido-masseterinas impossíveis de visualizar na angiografia convencional ou super-

QUADRO 6

TUMORES DA PARÓTIDA

Carcinomas	6%
Adenomas Pleomórficos (T. Mixtos)	71%
Tumores de Whartin	3%
Linfomas	1%
Angioplasia Parótido-Masseterina	2%
Quisto Branquial Intra-Parotídeo	1%
Infecções	
BK	1%
Inespecíficas	5%
Litíase Salivar	10%

QUADRO 7

TUMORES DA SUB-MAXILAR

Adenomas Pleomórficos (T. Mixtos)	45%
Litíase Salivar	52%
Sub-Maxilite Crónica	3%

-selectiva e até, nos nossos casos, utilizando a punção directa. (Quadro 6)

DISCUSSÃO

As características de um Serviço de Cirurgia Plástica seleccionam a patologia, pelo que estes números se afastam de forma evidente dos cânones de Skandalakis (Quadro 8)

No entanto, nos grupos de patologia que nos são preferencialmente referidos como é o caso dos tumores salivares ou odontogénicos, a sub divisão estatística não difere substancialmente da de outros autores, ressalvado

QUADRO 8

REGRA DOS 80% DE SKANDALAKIS

- 80% dos tumores da Cabeça e o Pescoço são Neoplasias
- 80% das neoplasias são malignas
- 80% das malignas são Metástases
- 80% das metástases são tumores primitivos da Clavícula

um ou outro ponto como é o caso dos tumores das gl. salivares minor, que nas séries mais credíveis atingem cerca de 3% do total de tumores e têm maioritariamente carácter maligno e, na casuística apresentada, os 2 únicos casos serem tumores mistos benignos.

Entre os Ameloblastomas mandibulares, tumores classicamente descritos como multi-oculares com uma imagem radiológica típica em “favos de mel” de características histológicas benignas com elevado potencial de recidiva na ausência de cirurgia mutilante, avultam pela raridade, 2 casos de tumores uniloculares. Trata-se de entidades clínicas com baixa percentagem de recidivas após simples enucleação e curetagem, desde que a proliferação ameloblástica se mantenha intramural ou intraluminal, como aliás acontecia nos dois casos referidos. De acordo com GARDNER e CORIO (4) a recidiva aparece, nestes tipos de ameloblastoma uniuquístico, apenas em 10,7% do total.

A terapêutica destas situações assenta em 2 princípios gerais:

1. A presunção de um conceito hierarquizado e integrador entre a Amputação a que os critérios oncológicos obrigam, de acordo com as características histológicas presumidas, e a Reconstrução que lhe modere os prejuízos estéticos e funcionais, preferencialmente repondo com tecidos homólogos as estruturas sacrificadas.

2. A subordinação ao princípio clássico de reunir atempadamente o conjunto de Especialistas necessário à abordagem diagnóstica e terapêutica destes doentes.

Em termos puramente reconstrutivos poderemos dividir cada situação em dois grandes itens:

1. A Reconstrução Esquelética com fins de suporte (Quadro 9)

QUADRO 9

RECONSTRUÇÃO ESQUELÉTICA SUPORTE

- PROTÉTICA
- ENXERTO ÓSSEO
 - costela
 - osso íliaco
 - calote craneana (Tábua ext^a)
- RETALHO COMPOSTO
(temporal, E.C.M.)

2. A Reconstrução dos Tecidos Moles com objectivos de preenchimento da cavidade criada pela amputação e/ou de revestimento quer cutâneo, quer das cavidades naturais (véstibulo, órbita...) (Quadro 10)

QUADRO 10

RECONSTRUÇÃO DOS TECIDOS MOLES

- { PREENCHIMENTO
REVESTIMENTO
- { Vestibular
Cutâneo
- { Enxerto
Retalhos
 - Cutâneo expandido
 - Mio-cutâneo
 - E.C.M.
(Temporal)
 - Grande Peitoral

As técnicas que servem estes objectivos vão do uso de materiais alomorfos (Próteses) aos enxertos, retalhos cutâneos, musculares, mio-cutâneos ou osteo-mio-cutâneos e até à relativamente recente Expansão tissular.

A título meramente exemplificativo ilustramos alguns casos clínicos e as soluções reconstrutivas seleccionadas. (Fig. 1, 2, 3 e 4; para explicação ver legendas)

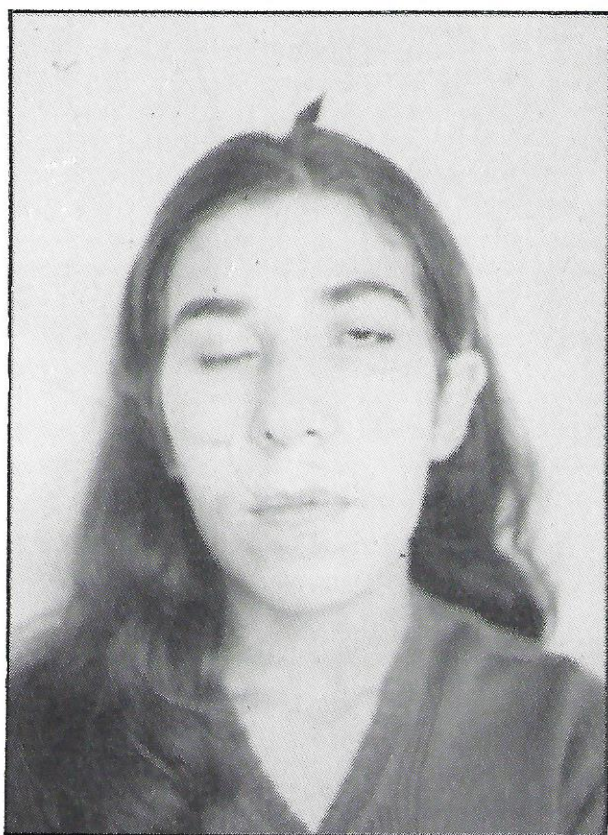


Fig. 1 — 1. Mulher de 21 anos com tumor maxilar superior esquerdo, com deformação nasal e orbitária.
2 Maxilectomia total esquerda reconstrução do pavimento orbitário com retalho temporal osteo-muscular, colocação de prótese maxilo-facial auto-retentiva.
3 Tumor intramaxilar: angiofibrosarcoma. 4 Sem recidiva ou metástase aos 10 anos de operada.



Fig. 2 — 1 e 2 Criança do sexo feminino com volumoso tumor maxilar exofítico e sangrante, de evolução indeterminada, com perturbação da fonação e da mastigação, desnutrição, depressão e anemia graves. HIV positiva. 3 e 4 Maxilectomia total direita e sub-total esquerda, enxerto cutâneo da cavidade, reconstrução do suporte esquelético com prótese amovível auto-retentiva. 5 Histopatologia: Tumor de células gigantes. 6 pós-operatório. Sem recidiva dois anos depois.

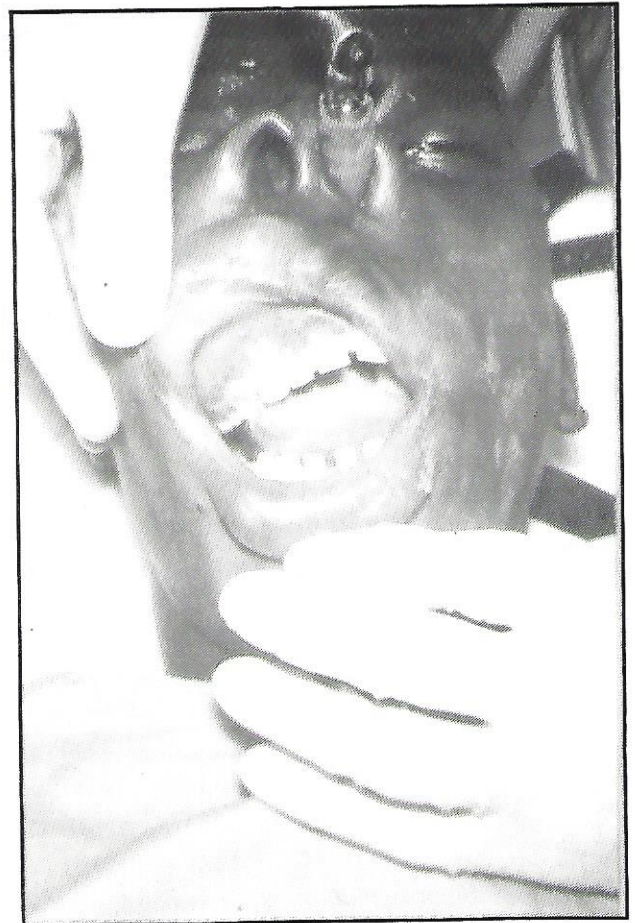


Fig. 3 — Homem, 18 anos, com tumor maxilar superior direito, de crescimento rápido. 2 Um mês após maxilectomia total direita. Diagnóstico histológico: linfoma da Burkitt. 3 Prótese maxilo-dentária. 4 Um ano após a operação com a prótese colocada.

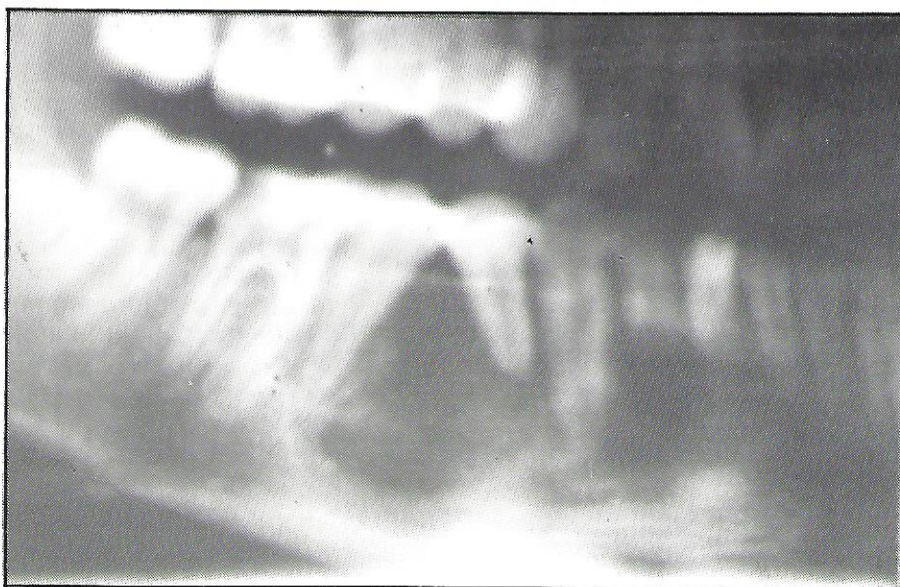


Fig. 4 — 1 Adolescente masculino, 14 anos, com tumor mandibular osteolítico do ramo horizontal e parestesias no território do nervo mentoniano. 2 e 3 Biópsia excisional (neurofibrossarcoma), seguida de hemimandibulectomia e reconstrução imediata com enxerto costal. 4 Histopatologia: sarcoma neurogénico. 5 Sem recidiva cinco anos depois.

RESUMÉE

Pendant 10 annés au Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-Facial de l'Hôpital Egas Moniz (Lisbonne) on a operé 2 490 tumeurs de la tête et du cou signifiant 23% des interventions pratiquées.

On fait l'analyse statistique de ces cas signalant les grosses differences des études pareils nottamment le nombre reduit de malignités (22%) et la fréquence accrue de tumeurs odontogéniques.

On fait aussi référence aux options therapeutiques et aux régles de multidisciplinarité et de planification de l' amputation et de le reconstruction auxquelles ces options sont soumises.

SUMMARY

A review of the surgical cases treated at Plastic and Maxillo-Facial Surgery Unit of Hospital Egas Moniz (Lisbon) is done. The 2490 patients with head and neck Tumore operated upon, account for 23% of our work, but only 22% of them were malignant; Also uncommon the 236 cases of odontongenique tumors found.

We present our concepts about the multidisciplinary approach and the unified amputation reconstruction therapy, presenting some case reports.

KEY-WORDS

Head and Neck Tumors

MOTS CLEFS

Tumeurs de la Tête et du Cou

Bibliografia

- 1 — BAKAMJAM V. Y., CIANO M., The Reconstructive Role in Cancer Surgery of the Head and Neck, *Ann. Chir. Plast.*, 1982, 27, 133
- 2 — CONLEY G., Anatomie Descriptive du Massif Facial "Fixe", *Encycl. Med-Chir.*, Paris, Stomatologie 4.3.06, 22001, B05
- 3 — SKANDALAKIS J. E., GRAYS. W., et al. Tumors of the Neck, *Surg.*, 1960, 375
- 4 — GARDNER (David G.), CORIO (Russell L.) — Plexiform unicystic ameloblastoma with low recurrence rate after enucleation. "Cancer" 53, 1730-1736, 1984