

DRENAGEM LINFÁTICA DA CAVIDADE ORAL

(Trabalho apresentado em reunião clínica no IPO)

GASPAR DIOGO D. E ALMEIDA
(Interno de Estomatologia dos H.C.L.)

Todos os autores estão de acordo, os tumores malignos da cavidade oral, mais frequentes são carcinomas. Silverman Jr. refere que 96% são carcinomas e 4% são sarcomas (1).

As vias de disseminação dos carcinomas são essencialmente duas: 1.^a por extensão local, isto é, invadindo as estruturas anatómicas vizinhas — tecido conjuntivo, músculo, epitélio, osso e pele; 2.^a é por invasão linfática.

A via hematogénea é raramente utilizada na disseminação dos carcinomas orais, mas é importante para o desenvolvimento das metástases à distância. Num estudo de metástases à distância de tumores da cabeça, efectuado entre 1948-1973 no Hospital M. D. Anderson, revelou que 11% de 5168 pacientes com carcinoma das vias aéreas superiores e vias digestivas sup. desenvolveram metástases.

Os carcinomas são tumores linfófilos. A via linfática é a mais frequente e a mais importante. O tumor habitualmente invade os vasos linfáticos por processo de embolização. Os gânglios linfáticos são atingidos pelas células tumorais, e estas gradualmente substituem o tecido linfático normal, podendo atingir um tamanho considerável, antes de romper a cápsula e ulcerar para os tecidos vizinhos. Os gânglios envolvidos são inicialmente móveis; com o tempo e ao

romper a cápsula tornam-se fixos aos tecidos vizinhos.

R. L. Carter refere que o aspecto crítico dos carcinomas orais é a sua capacidade de invasão das estruturas locais e invasão dos gânglios cervicais. O controle da doença consiste em ressecar o tumor e muitas vezes, o esvaziamento ganglionar cervical.

É importante relembrar os linfáticos da cabeça e pescoço, para podermos prever e pesquisar cuidadosamente as áreas linfáticas atingidas pelo tumor.

Rouvière resume o sistema linfático da cabeça e pescoço do seguinte modo: — dois grandes sistemas, um vertical e outro horizontal.



Fig. 1

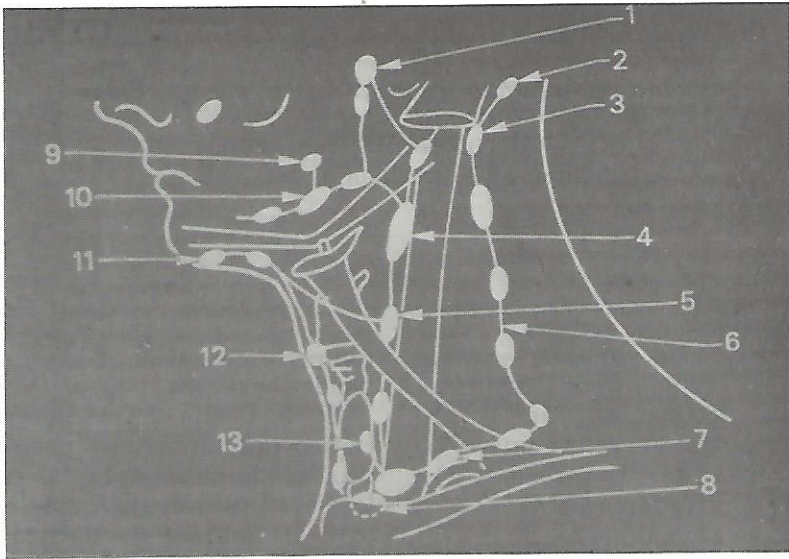


Fig. 2

As figuras 1 e 2 esquematizam as vias linfáticas da cabeça e pescoço

O sistema vertical está escalonado ao longo dos eixos vasculares do pescoço e constitui o *triângulo cervical*. O 2.º em forma de colar, localizado na união da cabeça e do pescoço — é o *círculo ganglionar peri-cervical*.

Passamos a descrever cada sistema. O sistema peri-cervical é constituído por vários grupos ganglionares:

I — Grupo Sub-Mentoniano

São gânglios situados por baixo do milo-hioideu e entre os dois ventres anteriores dos digástricos. Recebem a linfa da região anterior da boca e da pele vizinha, e terminam no gânglio *supra-omo-hioideu* (Poirier).

II — Grupo Sub-Maxilar

Vários gânglios repartidos em pequenos grupos, consoante a relação

anatômica com a glândula sub-maxilar e a artéria facial. Descrevemos gânglios pré-glandulares, pré-vasculares, retro-glandulares e retro-vasculares. Drenam para o gânglio sub-digástrico de Kutner, com a excepção dos linfáticos mais anteriores, que podem ir para o gânglio *supra-omo-hioideu*.

III — Grupo Parotideo

Constituído por numerosos gânglios e divididos em superficiais profundos e intra-parotídeos, segundo a relação anatômica com a glândula parotídea. Os gânglios superficiais drenam para a v. j. externa; os profundos vão para a v. j. interna.

IV — Grupo Sub-Occipital

Vários gânglios junto à inserção do músculo esterno-cleido-mastoideu.

V — Grupo Mastoideu

São pequenos gânglios, em n.º de 4, localizados junto ao canal auditivo externo. Estes dois grupos recebem linfáticos do couro cabeludo e pavilhão auricular e drenam para a cadeia espinal ou veia jugular interna.

O círculo ganglionar peri-cervical recebe ainda gânglios genianos, de que o mais frequente é o gânglio

facial — ao nível do ângulo da mandíbula na inserção do masseter. Os gânglios do sulco naso-geniano são pouco frequentes.

Menção especial para o gânglio sub-digástrico, dito de Kutner, ele constitui o ponto obrigatório de passagem de todos os linfáticos do círculo peri-cervical, excepto os linfáticos mais anteriores de Lindberg 1972.

Distribuição de gânglios em 1155
Pacientes com CARCINOMA ESCAMOSO ORO-FARINGEO

Local t. primitivo	% Gâng. regionais	Gâng. mais afectados	
Naso-faringe	87%	Sub-dig.	Post.-cerv.
Base língua	78%	Sub-dig.	Jugul.
Loca amigd.	76%	Sub-dig.	Jugul.
Oro-faringe	59%	Sub-dig.	Jugul.
T. Retro-mol.	45%	Sub-dig.	Sub-max.
Pal: mole	44%	Sub-dig.	Jugul.
Língua	35%	Sub-dig.	Sub-max.
Pav. boca	31%	Sub-dig.	Sub-dig.

Este quadro reforça o que acabamos de dizer sobre a importância do gânglio sub-digástrico, ou gânglio de Kutner.

O 2.º sistema é constituído por várias cadeias ganglionares:

1 — Cadeia jugular anterior

Constituída por pequenos gânglios ao longo dos linfáticos que acompanham a veia do mesmo nome. Esses linfáticos drenam para a base do pescoço nas cadeias jugular interna ou cervical transversa.

2 — Cadeia jugular externa

Constituída por 4 pequenos gânglios escalonados desde os parotídeos inferiores, até à meia altura do E. c. mastoideu. Faz comunicar os linfáticos parotídeos às cadeias jugular interna ou cervical transversa.

3 — Grupos laterais profundos do pescoço

dispõem-se em 3 cadeias:

JUGULAR INTERNA — vários gânglios escalonados ao longo da veia jugular interna. Uns são Externos, dispostos verticalmente ao longo do bordo externo da V.j. interna; outros são Anteriores, ocupando a face anterior da v.j. interna. Estes distribuem-se em grupos:

Superior ou Sub-digástrico
Médio ou Supra-omo-hioideu
Inferior junto ao término da v. j. interna

CADEIA DO NERVO ESPINAL

Acompanha o ramo externo deste nervo, e com ele penetram o trapézio.

CADEIA CERVICAL TRANSVERSA

Estende-se ao longo da artéria c. transversa e termina no confluente venoso jugulo carotídeo. Os canais linfáticos que ligam os gânglios das cadeias jugular interna, cervical transversa e do nervo espinal formam com os gânglios correspondentes as vias linfáticas JUGULAR INTERNA, CERVICAL - TRANSVERSA e do NERVO ESPINAL.

A VIA JUGULAR INTERNA recolhe a linfa de toda a parte anterior da cabeça e pescoço, directamente ou por intermédio dos grupos ganglionares das regiões anteriores. Termina por um ou dois troncos jugulares no confluente venoso JUGULO-SUB-CLÁVIO ou melhor na GRANDE VEIA LINFÁTICA à direita e no CANAL TORÁCICO à esquerda.



Fig. 3 — Forma errada de palpação dos gânglios laterais do pescoço.

A VIA do NERVO ESPINAL recebe a linfa dos gânglios occipitais, e mastoideus; continua-se em baixo com a via CERVICAL TRANSVERSA.

A VIA CERVICAL TRANSVERSA formado por um ou dois colectores terminais, que se lançam no confluente venoso JUGULO SUB-CLÁVIO.

Todos estes gânglios laterais profundos estão localizados dentro dum coxim célula gorduroso que ocupa a região.

EXAME CLÍNICO

Na observação dos doentes com patologia oncológica devemos explorar todas as áreas linfáticas descritas (Fig. 3 e Fig. 4).



Fig. 4 — Forma correcta de palpação dos gânglios sub-maxilares

ÁREA SUB-MENTONIANA — palpar com os dedos em gancho. A palpação endo-bucal é indispensável. Deve-se deprimir o pavimento da boca à procura de gânglios entre os ventres anteriores dos digástricos.

ÁREA SUB-MAXILAR — atrás do paciente, com os dedos em gancho, deprime-se a região sub-maxilar e deslizando os dedos de diante para trás.

ÁREA PAROTÍDEA — palpação bilateral simultânea, com mão espalmada, toda área de projecção, com especial atenção à zona pré-tragus.

ÁREA MASTOIDEA — palpação cuidadosa à procura de gânglios na ponta da mastoide.

CADEIAS LATERAIS DO PESCOÇO — atrás do paciente; palpação bilateral, com os dedos em gancho,

explora-se cuidadosamente ao longo do bordo anterior do externo-cleido-mastoideu. Atenção ao gânglio sub-digástrico e ao gânglio supra-omohioideu.

CADEIA ESPINAL — palpação bilateral ao longo do bordo anterior do trapézio.

CADEIA CERVICAL TRANSVERSA — atrás do paciente, deprime-se os tecidos moles ao longo do bordo superior da clavícula.

O exame clínico é acessível e fácil nos pacientes longilíneos; é muitas vezes difícil nos pacientes obesos. Convém notar que a ausência de gânglios palpáveis clinicamente não exclui a presença de gânglios já com lesões histológicas.

O quadro que se segue dá-nos as diferenças palpatórias dos gânglios inflamatórios dos gânglios malignos:

<i>Causa</i>	<i>Textura</i>	<i>Sensibilidade</i>	<i>Mobiltidade</i>
Infecção aguda inflamação	mole	tenso	móvel
Malignidade	firme	duro	móvel ou fixo

Na classificação dos tumores T.N.M., a presença ou ausência de gânglios palpáveis define o estadio e a gravidade do tumor primitivo. Assim

N0 — ausência de gânglio cervical

N1 — presença de gânglio cervical homolateral

N2 — presença de gânglios bilaterais móveis

N3 — presença de gânglios cervicais únicos ou bilaterais, sendo deles fixo.

Existe uma correlação entre o tamanho do tumor primitivo e a disseminação linfática. Enquanto o tumor for T1 há 60% de ser N0, essa percentagem desce com o crescimento do tumor, de modo que para T3 só 20% são N0.

A velocidade de crescimento das adenopatias neoplásicas não é constante. A linfófilia dos carcinomas orais depende da localização do tumor primitivo. O carcinoma do lábio é pouco linfófilico. O carcinoma da língua um em cada dois dá adenopatias.

A invasão ganglionar comprovada histologicamente tem interesse prognóstico dos carcinomas epidermóides. A sobrevida aos 5 anos é 50% em pacientes sem invasão ganglionar, contra 20% dos casos já com invasão ganglionar. Neste grupo, são aqueles que apresentam ruptura capsular, têm sobrevida aos 5 anos de 10%.

Do livro *Management of Head and Neck Cancer* tiramos a seguinte resenha:

Carcinoma da língua móvel — Os 1.^{os} gânglios atingidos são os SUB-MAXILARES SUB-DIGÁSTRICOS

Homolaterais. Os tumores da linha média ou os da ponta muitas vezes dão gânglios contralaterais (Fig. 5).

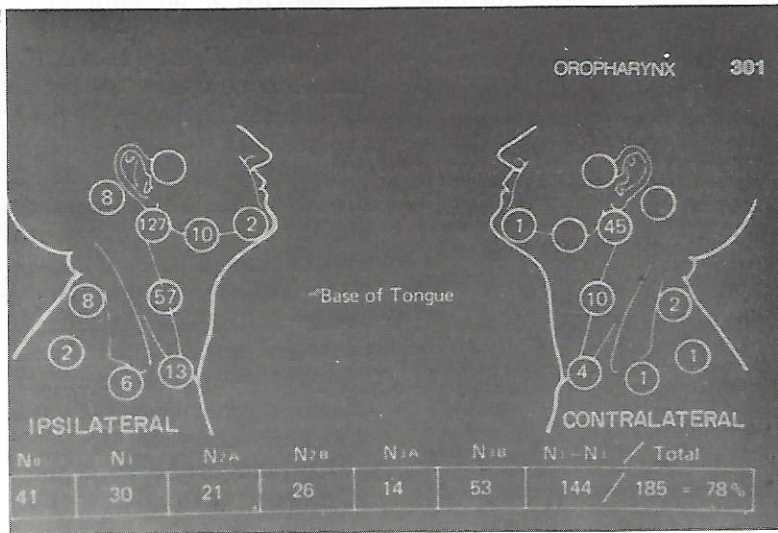


Fig. 5

Carcinoma da base da língua —

Os 1.^{os} gânglios são os SUB-DIGÁSTRICOS (Fig. 6).

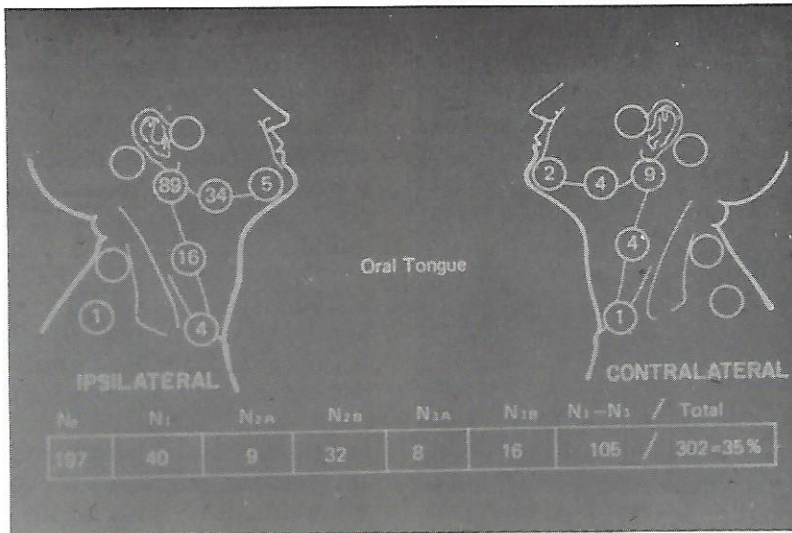


Fig. 6

Carcinoma do Pavimento da boca
 — Os 1.ºs são SUB-MAXILARES e SUB-DIGÁSTRICOS. Os submento-

nianos são ultrapassados. Como as lesões ocorrem frequentemente na linha média, o risco de adenopatias bilaterais é alto (Fig. 7).

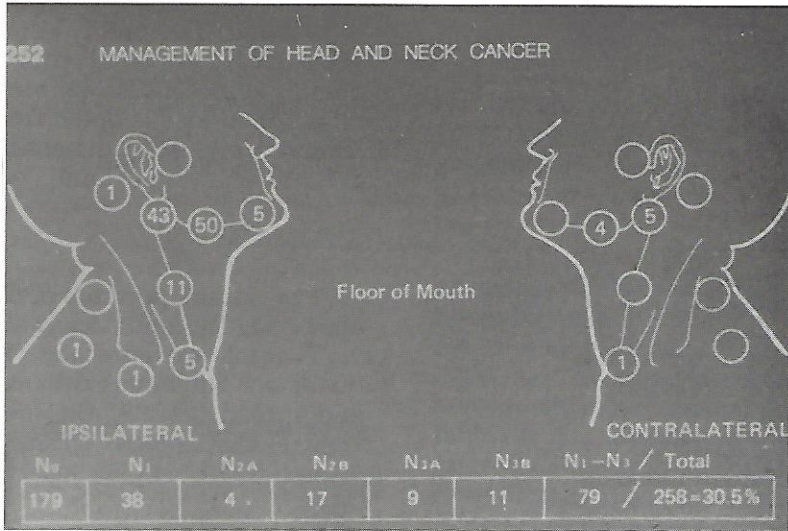


Fig. 7

Carcinoma do Palato mole — Os 1.ºs são SUB-DIGÁSTRICOS.

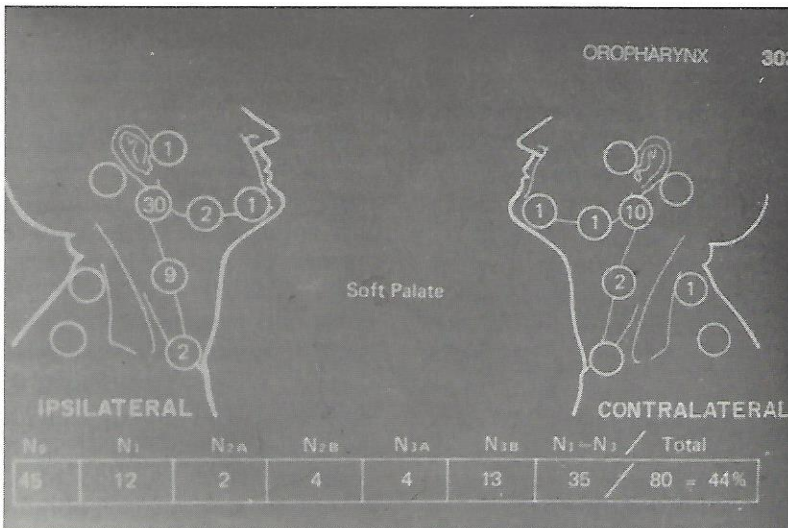


Fig. 8

Carcinoma da Gengiva e Palato duro — Os 1.^{os} são SUB-MAXILARES e SUB-DIGÁSTRICOS.

Carcinoma do Lábio superior — Os 1.^{os} são SUB-MAXILARES e ocasionalmente Pré-AURICULARES e PAROTÍDEOS.

Carcinoma do lábio inferior — Os 1.^{os} são SUB-MENTONIANOS SUB-MAXILARES ou SUB-DIGÁSTRICOS.

- 1 — Parotídeo
- 2 — Occipital
- 3 — Sub-digástrico (Kutner)
- 4 — Supra-omo-hioideu (Poirier)
- 5 — Espinal
- 7 — Cervical transversa
- 8 — Supra-clavicular
- 9 — Geniano
- 10 — Sub-maxilaresi
- 11 — Sub-mentoniano

RESUMO

O autor faz uma curta revisão sobre linfáticos da cabeça e pescoço.

A esmagadora maioria dos tumores malignos da cavidade oral são carcinomas espino-celulares e a disseminação preferencial é por via linfática.

Chama a atenção para pesquisa cuidadosa de todas as áreas linfáticas na observação dos pacientes.

Finalmente refere os linfáticos mais atingidos consoante a localização do tumor primitivo.

SOMMAIRE

L'auteur fait une revision sur lymphatics de la tête et du cou. Les carcinomes spinocellulaires sont les tumeurs malignes les plus frequents de la cavité oral et la dissemination lymphatic la plus importante.

SUMMARY

The author presents a short study about head lymphatics.

Theoral malignancies most frequent are squamous cells carcinomas and spread lymphatic the most important. Hematogenous spread is rare.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Silverman, Jr. Ma., DDS — «Oral Cancer».
- 2 — Rodney R. Million, Nicholas J, Cassisi — «Management of head and neck Cancer».
- 3 — «Actualités Odonto-Stomatologiques» n.º 137 — 82.
- 4 — Rouvière — «Anatomie Humaine», tome I.