

Radium Implante nos Tumores do Assoalho da Boca

(1) Maria Dalila M. Conceição Costa
(2) Paulo Eduardo Ribeiro S. Novaes

(3) Oswaldo Peres

UNITERMOS: Braquiterapia, Radioterapia intersticial, Câncer do Assoalho da Boca.
KEY WORDS: Braquithery, Interstitial Radiotherapy, Cancer of the floor of the mouth.

RESUMO: Os autores fizeram uma análise retrospectiva de 47 pacientes portadores de lesão neoplásica do assoalho bucal tratados no Departamento de Radioterapia do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo — Brasil. Quarenta e dois pacientes eram do sexo masculino e 5 do feminino numa proporção de 8:1. Houve confirmação histológica da neoplasia em todos os casos, mostrando-se o carcinoma espinocelular como o tipo mais freqüente. Adotou-se o sistema TNM da UICC para o estadiamento das lesões. A sobrevida global de 5 anos foi da ordem de 53%. O controle local da doença foi de 72% para os tumores T₁, 76% para os tumores T₂ e 43% para os T₃. Osteoradionecrose foi a complicação mais freqüente em 12,7% dos casos. Concluem os autores, que o radium implante deve-se constituir na terapêutica de preferência para as lesões iniciais do assoalho bucal.

Introdução

Anatomicamente, o assoalho da boca ocupa um espaço em forma de U, entre a borda alveolar e a raiz da língua ⁽⁶⁾, ocupado em sua maior parte pela porção móvel da língua, sendo o carcinoma do assoalho da boca freqüentemente descrito como lesão indolente, insidiosa, que pode crescer lentamente atingindo considerável tamanho antes de ser notada ⁽¹⁾.

Múltiplos fatores influenciam na escolha do tratamento deste tipo de tumor ⁽⁷⁾. As perspectivas de controle do câncer precoce da cavidade oral é igualmente boa em cirurgia e radioterapia ⁽³⁾. No entanto, a irradiação é o tratamento de escolha em muitos centros em razão do relato de Chu e Fletcher ⁽²⁾, Mac Comb e Fletcher ⁽⁵⁾ e Wang ⁽⁹⁾ que sugerem resultados favoráveis em lesões pequenas ⁽³⁾.

O tratamento cirúrgico traz como conseqüências, alterações de ordem fisiológica, psicológica e estética,

razão pela qual existe um ímpeto natural em se valorizar o papel terapêutico da radioterapia.

Taxas de controle da doença a longo tempo em estádios precoces do carcinoma do assoalho da boca tratado por radioterapia isolada são equivalentes ou superiores aos resultados da cirurgia isolada e os pacientes experimentam consideravelmente menos complicações ⁽⁷⁾.

A braquiterapia ocupa lugar de destaque no tratamento radioterápico das lesões neoplásicas da cavidade oral, quer seja realizada através de moldes, quer da utilização de implantes radioativos.

Neste trabalho, analisamos 47 pacientes portadores de carcinoma de assoalho bucal que receberam tratamento braquiterápico no Departamento de Radioterapia da Fundação Antonio Prudente — Instituto Central — Hospital A.C. Camargo, São Paulo — Brasil, quer isolado, quer associado a outras modalidades de tratamento cirúrgico e/ou radioterápico.

Trabalho realizado no Departamento de Radioterapia do Hospital A. C. Camargo — Instituto Central da Fundação Antonio Prudente.

1. Residente do Departamento de Radioterapia — Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo.
2. Titular do Departamento de Radioterapia — Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo.
3. Diretor do Departamento de Radioterapia — Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo.

Material e métodos

De 1953 a 1972, 47 pacientes portadores de lesões neoplásicas do assoalho bucal foram submetidos a braquiterapia no Departamento de Radioterapia do Hospital A.C. Camargo, para um total de 369 pacientes atendidos, com lesões desta localização. Três pacientes fizeram tratamento com moldes (radium-moldagem). Um paciente foi submetido a implante permanente de Au¹⁹⁸ e 43 pacientes receberam agulhamento (Radium ou Cesium implante removível) associado ou não a outras modalidades de tratamento. (Tabela I).

TABELA I

Modalidades terapêuticas	Controle da lesão primária			Total
	Sim	Não	Ignorado	
RaI exclusivo	11	6	2	19
RaI + E.C.	6	3		9
RaI + R.T. externa	2	1		3
RaI + R.T. externa + PGM + EC	4	2		6
RaM + R.T. externa	3			3
RaI + R.T. externa + EC	2	4		6
Implante Au 198		1		1
Total:	28	17	2	47

RaI — Radium Implante
R.T. — Radioterapia
E.C. — Esvaziamento Cervical
PGM — Pelviglossomandibulectomia
RaM — Radium Molde

Houve nítida predominância do sexo masculino (42 pacientes) em relação ao sexo feminino (5 pacientes), numa proporção de 8:1.

A idade média foi de 56 anos para um mínimo de 33 e um máximo de 77 anos.

O exame anátomo-patológico revelou 46 carcinomas espinocelulares e apenas 1 carcinoma indiferenciado.

Para o estadiamento das lesões utilizou-se o sistema TNM da UICC (União Internacional Contra o Câncer). Houve 7 lesões classificadas T₁, 17 T₂ e 23 T₃.

O pescoço não mostrou adenopatia clinicamente palpável em 22 pacientes (N₀) e em 7, o nódulo palpável não foi considerado clinicamente significativo (N_{1a}). Dez pacientes apresentaram doença cervical metastática classificada como N_{1b}, 5 N₂ e 3 N₃. Nenhum paciente mostrou evidência de metástases distantes (M₀).

Resultados

Vinte e oito pacientes utilizaram o radium-implante como única modalidade de tratamento sobre a lesão primária, com uma taxa de controle local da doença de 60%. Nove destes pacientes foram posteriormente submetidos a esvaziamento cervical.

Três pacientes submeteram-se à radium moldagem do tumor primário associada à irradiação externa, sendo os 3 casos controlados.

A associação de irradiação externa e implante foi verificada em 9 pacientes. Seis destes pacientes requereram cirurgia radical posterior (pelviglossomandibulectomia e esvaziamento cervical homolateral), sendo quatro controlados.

O controle global da doença foi de 60% (28 de 47 pacientes) com uma taxa de 72% para lesões T₁, 76% para lesões T₂ e 43% para lesões T₃ (Tabela II).

TABELA II

Estadiamento (T)	Controle da lesão		
	Sim	Não	Ignorado
T ₁	5/7 (72%)		2/7
T ₂	13/17 (76%)	4/17 (24%)	
T ₃	10/23 (43%)	13/23 (57%)	
Total:	28/47 (60%)	17/47 (35%)	2/7

A sobrevida de 5 anos foi da ordem de 53%. Trinta e oito por cento dos pacientes morreram nos dois primeiros anos após o tratamento (Tabela III).

TABELA III

Sobrevida					
— de 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 a 5 anos	+ de 5 anos
11/47	7/47	1/47	3/47	0	25/47 (53%)

Osteoradionecrose foi a complicação mais frequente numa taxa de 12,7% (6/47 casos). Houve dois casos de deiscência de sutura cirúrgica com formação de fistula salivar em paciente submetido à cirurgia após a realização do RaI, e 1 caso de osteomielite da mandíbula (Tabela IV).

TABELA IV

Complicações (9/47 casos)	
Osteoradionecrose	6 (12,7%)
Deiscência de sutura	2
Osteomielite mandibular	1

Discussão

O tratamento braquiterápico dos tumores de assoalho bucal mostra resultados significativos no controle local da doença em casos iniciais. Para as lesões T₃, melhores resultados podem ser obtidos com a associação da irradiação externa e cirurgia⁽³⁾.

A doença cervical metastática é fator importante de falha terapêutica, dando-se preferência ao tratamento cirúrgico para o pescoço.

Como Fletcher⁽⁴⁾ sugerimos irradiação eletiva do pescoço com 5000 rads em 5 semanas no controle de metástases cervicais ocultas. Adotamos um par de campos paralelos e opostos que incluam a lesão primária e primeira estação ganglionar. O pescoço baixo é tratado com um campo anterior.

O radium implante é realizado cerca de 10 a 15 dias após o término da irradiação externa, dependen-

do da reação da mucosa individual. O paciente é submetido à anestesia geral e as agulhas implantadas no leito tumoral, transfixando a língua. Damos preferência ao arranjo volumétrico com arremate superior.

Radiografias de controle em A.P. e perfil, são tomadas para cálculo de dose, conforme as regras de Paterson-Parker. Sonda naso-gástrica permite a alimentação durante o tempo de permanência do radium implante.

Os casos de falha da radioterapia podem ser dominados com cirurgia posterior em seus diferentes graus de extensão.

Pomeroy⁽⁸⁾ recentemente, mostrou resultados encorajadores com a combinação de quimioterapia, utilizando múltiplas drogas associadas à radioterapia, em pacientes com câncer avançado da cabeça e pescoço.

A taxa de sobrevida e controle da doença de nosso material é comparável à da literatura internacional.

Osteoradionecrose é complicação de relativa frequência (12,7%) e se deve à não-homogeneidade de dose liberada pelo radium implante, com a existência de pontos quentes, em razão da convergência inferior das agulhas.

Creemos então, que o radium implante deve-se constituir na terapêutica de preferência para as lesões do assoalho bucal em razão das altas taxas de con-

trole local da doença com manutenção da fisiologia da cavidade oral e da estética facial.

A radium moldagem pode ser usada em substituição ao radium implante, nos tumores superficiais e de situação anterior.

Não obtivemos bons resultados com o implante permanente de sementes de Au¹⁹⁸.

SUMMARY

The authors did a critical review of forty-seven patients with mouth floor tumors treated at the Department of Radiotherapy of Hospital A.C. Camargo — Fundação Antonio Prudente — São Paulo — Brazil, from 1953 to 1972. Forty-two patients were male and five female. All cases were confirmed histologically as carcinoma. Epidermoid carcinoma was the most confirmed histologically as carcinoma. Epidermoid carcinoma was the most frequent type. It was adopted the UICC TNM system for staging lesions. The five year survival was of 53%. The local control of disease was of 72% to T₁, 76% to T₂ and 43% to T₃. Osteoradionecrosis occurred in 12,7% of the cases. The authors concluded that radio-needle implants must be the first therapeutic approach to the treatment of initial mouth floor tumors.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALLARD, B. R. et al. — Squamous Cell Carcinoma of the floor of the mouth. *Oral Surg* 45(4): 568, 1978.
2. CHU, A. & FLETCHER, G. H. — Incidence and causes of failure to control by irradiation of the primary lesions in squamous cell carcinomas of the anterior two thirds of the tongue and floor of the mouth. *Am. J. Roentgenol.* 117: 502, 1973.
3. CHU, W.; LITWIN, S. & STRAWITZ, J. G. — A comparison of resection and radiation in the control of cancer within the mouth. *Surg. Gynecol. Obstet.* 146: 38, 1978.
4. FLETCHER, G. H. — Elective irradiation of subclinical disease in cancers of the head and neck. *Cancer* 29: 1450-1454, 1972.
5. MAC COMB, W. S. & FLETCHER, G. H. — Cancer of the head and neck. Baltimore: Williams & Willins Co., 1967.
6. MCCOLL JR, H. A. & HORWOOD, B. — "Localized" carcinoma of the mobile tongue and floor of the mouth — A lesion frequently misjudged and undertreated. *J. Surg. Oncol.* 10: 337, 1978.
7. NAKISSA, N.; HORNBACK, N. B.; SHIDNIA, H. & SAYOG, E. — Carcinoma of the floor of the mouth. *Cancer* 42: 2914, 1978.
8. POMEROY, T. — The role of chemotherapy in advanced lesions of the head and neck. Presented at the 57th Ann Meet Am. Rad.
9. WANG, C. C. — The role of radiation therapy in the treatment of carcinoma of the oral cavity. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 5: 357, 1972.