

Câncer glótico

RENATO S.L. CAPPELLANO¹

Unitermos: Câncer glótico.

Key words: Glottic neoplasms.

RESUMO — O autor apresenta estudo de 155 casos de carcinomas glóticos testados no Hospital A. C. Camargo da Fundação Antônio Prudente no período de 1953 a 1975. O estadiamento baseou-se na laringoscopia associada às vezes ao estudo radiológico. Foram analisados os resultados radioterápicos e cirúrgicos. Em 84 pacientes a terapêutica foi irradiante, estando vivos 21 (23,60%), que se elevam a 30 (33,7%), se considerarmos 9 casos (10,11%) resgatados pela cirurgia. Dos 50 operados 26 (52%) estão vivos; estas cifras se elevam a 35 (59,30%) se considerarmos os 9 casos (10,11%) citados anteriormente. O autor considera estes resultados maus, citando como causas a má qualidade dos pacientes, a evolução da qualidade de fonte irradiante havida nas duas décadas consideradas no Hospital A.C. Camargo, bem como foram diversos os cirurgiões na terapêutica cirúrgica.

Neste trabalho abordaremos os cânceres localizados na região glótica, segundo a classificação TNM, e os resultados por nós obtidos, pela cirurgia, pela radioterapia ou associação de ambas. O estudo refere-se a 155 pacientes observados no período de 1953 a 1975, inclusive.

Glote é o espaço livre deixado entre as bordas das verdadeiras cordas. No repouso e no cadáver, assume aspecto de triângulo isósceles. O vértice, voltado para a frente, correspondente à zona da comissura posterior. Região glótica ou andar glótico da laringe é a porção do órgão correspondente a este espaço. É constituída pelas verdadeiras cordas e respectivas comissuras.

Uma linha que percorre o extremo lateral do soalho de cada ventrículo foi aceita como limite entre as porções glótica e supraglótica da laringe. ("Centennial Conference on Laryngeal Cancer"). Na reunião de Toronto, mencionou-se, também, como limite inferior da região glótica, a separá-la da subglote, a linha correspondente à

borda superior do cone elástico. Esta linha se situa a 5mm abaixo da borda livre da corda, em sua parte média, e vai se aproximando desta borda à medida que caminhamos para a comissura anterior, onde a distância se reduz a 2mm⁽²⁾. Assim, consideraremos como câncer glótico o que toma origem no espaço delimitado pelas duas linhas mencionadas. Ele inclui as comissuras anterior e posterior, as faces superiores e inferiores das cordas e suas bordas livres.

Em cada corda descreve-se uma porção ligamentosa ou fonatória, que vai do processo vocal da aritenóide à comissura anterior, e outra, cartilaginosa ou respiratória, que vai do referido processo à comissura posterior. Na verdade, esta última porção tem sido mais considerada como fazendo parte da comissura posterior.

Alonso⁽²⁾ foi o primeiro a nos chamar a atenção para a dificuldade oposta pela região glótica à propagação de um câncer laríngeo no sentido longitudinal, procurando, assim, explicar por que os cânceres supraglóticos frequentemente se detêm nesta área da laringe, permitindo a ressecção dos mesmos por uma secção coronal, passando pelos soalhos dos ventrículos (laringectomia transversal supraglótica). O autor propõe e padroniza a técnica que, com algumas modificações, hoje está amplamente difundida, tendo encontrado inicialmente em Leroux-Robert⁽⁴⁾

Trabalho apresentado nos Congressos Integrados de Cancerologia, maio, 1981. Recebido em 20.11.84. Aprovado para publicação em 25.4.85.

1. Ex-Diretor Interino do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Cirurgião Titular do Hospital A.C. Camargo.

um fervoroso adepto. Pensamos que esta resistência seja dada pelo cone elástico e pelo ligamento vocal, dependência dele. Provavelmente resulta, ainda, da peculiar distribuição do sistema glandular, abundante na supraglote e ausente na região glótica, exceto ao nível da comissura anterior^(1,6). Não acreditamos que o obstáculo seja imposto por razões embriológicas. Senão, como explicar que em outras regiões, como a língua, por exemplo, também constituída por porções embriologicamente diversas, o câncer não respeite os limites entre suas diferentes porções e se propague facilmente em todos os sentidos? No entanto, este ponto de vista tem sido amplamente defendido por vários oncologistas, como Hast⁽⁸⁾, baseados no fato de que a supraglote deriva do III e do IV arcos e a glote e subglote provêm do VI arco. Bocca^(4,5), Ogura⁽⁸⁾ e outros corroboram este ponto de vista, quando admitem que a extensão de um câncer é delimitada pelas barreiras de demarcação embriológica. Por outro lado, Turker & Turker⁽¹¹⁾ acham que os tumores supra e subglóticos facilmente cruzam a linha média, porque cada uma destas áreas deriva de um só primórdio embrionário, ao passo que nas cordas, derivadas de dois primórdios que se unem na linha média, seria muito mais difícil. Daí a notória tendência à unilateralidade do câncer vocal.

Na porção supraglótica da laringe existe rica rede linfática submucosa, que se torna cada vez mais abundante à medida que caminhamos para cima, em direção à coroa. Os eferentes desta rede⁽¹²⁾ confluem para o ponto de penetração do pedículo laríngeo superior, onde atravessam a membrana tiro-hióidea para se divergirem e terminarem nos nódulos jugulares internos, dispostos entre o ventre posterior do digástrico e o anterior do omo-hióideo. Tem-se descrito alguns pequenos nódulos intercalares⁽¹⁰⁾ ao longo destes linfáticos, logo para fora da membrana tiro-hióidea.

A região glótica é praticamente destituída de linfáticos. Os da subglote são bem menos abundantes que os da supraglote. Formam igualmente rede submucosa, cujos eferentes se dirigem para o pedículo laríngeo inferior e terminam em gânglios jugulares baixos, recorrençiais e supraclaviculares. Alguns coletores terminam no nódulo pré-laríngeo de Delphian, disposto sobre a parte média da membrana cricotiróidea, ou em nódulos pré-traqueais.

Esta diversidade de vascularização linfática dos três andares da laringe se explica pela origem embriológica diferente dos mesmos. Ela justifica a diferente incidência de metástases e das sedes das mesmas, dependendo do ponto de origem do câncer laríngeo. Compreende-se que a incidência de metástases deva ser elevada no câncer supraglótico e tanto mais alta quanto mais o tumor se aproxime da coroa laríngea. Esta incidência é bem menor no câncer

subglótico e praticamente nula no glótico. Como o câncer laríngeo freqüentemente cruza a linha média, não é rara a ocorrência de metástases bilaterais. Além dessa diversidade de distribuição linfática nos três andares da laringe, Pietrantonio⁽¹²⁾ lembra que a intensa mobilidade da porção supraglótica deve acelerar a disseminação metastática, pela espremedura que o blastoma sofre no curso de tais movimentos, o que deve evidentemente facilitar o destaque de êmbolos neoplásicos, que, assim, facilmente atingem os gânglios do pescoço, ou mesmo outros mais distantes.

Nervos — A inervação sensitiva provém do N₁ laríngeo superior. Este nervo sai do gânglio plexiforme do vago e se divide, junto ao grande corno do osso hióide, em dois ramos: externo e interno. O ramo interno acompanha o pedículo superior e se distribui para toda a porção supraglótica da laringe. O ramo externo desce junto à borda externa da cartilagem tiróidea e, depois de inervar o músculo cricotiróideo, que recebe o único ramo motor deste nervo, penetra a laringe e se distribui pela mucosa e do ventrículo^(7,13). Com exceção do músculo cricotiróideo, todos os demais músculos intrínsecos da laringe recebem inervação do laríngeo inferior, também ramo do vago, mas que dele se destaca ao nível do mediastino. O nervo contorna o tronco arterial braquiocéfálico à direita e o arco da aorta à esquerda. Sobe pela goteira entre a traquéia e o esôfago, incorporando-se ao pedículo laríngeo inferior e se distribuindo pela musculatura motora intrínseca da laringe.

Freqüentemente os tumores do andar supraglótico da laringe se acompanham de dor intensa à deglutição e esta dor se irradia para o ouvido do mesmo lado. O estímulo doloroso é levado pelo laríngeo superior e vago até o gânglio jugular, onde os filetes sensitivos fazem sinapse com o nervo auricular de Arnold.

Quanto à incidência, podemos dizer que os 155 casos observados de câncer glótico representam 30,9% do total de nossos pacientes com câncer da laringe, sendo que 52,4% apresentavam localização supraglótica, 1,5% da subglote e em 15,2% os tumores ocupavam os três andares da laringe.

Quanto à classificação TNM, observamos a seguinte incidência:

Tis	10 casos =	6,45%
T _{1A}	64 casos =	41,30%
T _{1B}	31 casos =	20,00%
T ₂	50 casos =	32,25%
	155 casos =	100,00%

Queremos aqui ressaltar os fatores que pioram os resultados e prognóstico na região glótica e que são:

1) Presença de glândulas acinosas tubulares na comissura anterior e subglote. Daí a extensão subglótica de lesões da comissura, segundo Bridger⁽⁶⁾;

2) Extensão das neoplasias à membrana cricotiróideia e comprometimento de gânglio pré-laríngeo de Delphian.

CARCINOMA "IN SITU"

O estudo sobre 10 casos que tivemos podem ser apreciados nos quadros 1 e 2. Houve predomínio do sexo masculino, todos de cor branca; a menor idade foi de 29 e, a maior, 72. Cinco pacientes eram fumantes inveterados e outros 3 alcoólatras inveterados. O sintoma predominante foi a rouquidão, com média duração de 15 meses. O aspecto morfológico das lesões foi o polipóide leucoplásico e

ulcerovegetante. Dois casos foram tratados exclusivamente pela radioterapia, estando um vivo com mais de 5 anos de sobrevida e outro considerado morto por câncer, por perda de seguimento. Pela cirurgia foram tratados 4 casos: em 2 casos realizamos a laringectomia fronto-lateral e, nos demais, laringofissura com cordectomia; apenas um destes está vivo; os demais considerados mortos, por perda de *follow up*.

QUADRO 3

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Fatores que pioram resultados da radioterapia e prognóstico

A) Região supraglótica ou vestibular:

1. Comportamento de tumor de base de língua para as neoplasias da epiglote.
2. Comportamento de tumor da hipofaringe para as neoplasias das pregas ariepiglóticas, aritenóides e rímula.
Sinonímia de 1 e 2: cânceres marginais ou faringolaringeos ou laringeos extrínsecos.

B) Região glótica:

1. Presença de glândulas acinosas tubulares na comissura anterior e subglote. Daí a extensão subglótica de lesões da comissura (Bridger).
2. Extensão das neoplasias à membrana cricotiróideia e comprometimento de gânglio pré-laríngeo de Delphian.
3. Resistência oferecida pela glote aos tumores da banda ventricular.

QUADRO 4

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981
Câncer da glote
T_{IA} — 64 casos

Sexo: Masculino — 60; Feminino — 4
Idade: Menor = 26; Maior = 79; Média = 58
Cor: Branca = 57
Preta = 4
Amarela = 2
Fumo: Inveterados + + + — + + + + = 16
Moderados + = 26
Não referido = 15
Álcool: Inveterados = 9; Social = 20; Negam = 30
Não referido = 4
Queixa fundamental: rouquidão — Duração Média = 9 meses
Mínimo = 1 mês
Máximo = 60 meses
Macroscopia: lesão ulcerada superficial = 4
lesão ulcerovegetante = 37
lesão ulceroinfiltrativa = 3
lesão ulcerodestrutiva = 4
lesão não descrita = 16

QUADRO 1

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981
Câncer da glote
T_{IS} — 10 casos

Sexo: Masculino — 7 casos; Feminino — 3 casos
Idade: Menor = 29; Maior = 72; Média = 51,7
Cor: Branca — 10
Fumo: Não fumam: 4
Social: 1
Inveterados: 5
Álcool: Não bebiam: 5
Social: 2
Inveterados: 3
Queixa fundamental: rouquidão
Queixa — Duração: Mínima = 2 anos
Máxima = 60 meses
Média = 15,1 meses
Macroscopia: 1) Hiperplasia polipóide com aspecto leucoplásico = 6
1) Ulcerovegetante = 4

Período: 1953-1975

QUADRO 2

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981
Câncer da glote
T_{IS} — 10 casos

- 1) RT — 2 casos — MOCA — DI = 1 caso — 50%
Vivo = 1 caso — 50%
- 2) Cir. — 4 casos L. fronto-lateral = 2 casos —
MOCA DI = 3 = 75%
Laringof. + cordec. = 2 casos —
Vivo = 1 = 25%
Complicação = estenose laringe = 1 caso
- 3) Microcir. + RT — 3 casos — MOCA-DI = 2 casos — 66,6%
Vivo = 1 caso — 33,4%

Período: 1953-1975

Período: 1953-1975

QUADRO 5

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T_{1A} — 64 casos Determinados = 62

Tratamento

R.T.	42 casos = 67,8%
Cir.	18 casos = 29,0%
RT = Cir.	2 casos = 3,2%
Não tratados	2 casos

Período: 1953-1975

QUADRO 6

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T_{1A} — 64 casos Determinados = 62

Cir. — 18 casos = 29,0% —	MOCA = 6 casos = 33,4%
	Recidiva: 2 casos = 11,2%
	DI: 2 casos = 11,2%
	MOI: 1 caso = 5,5%
	Met. Dist.: 1 caso = 5,5%
	Recuperados pela cirurgia:
	1 de 2 recidivados = 5,6%
	Vivos = 12 casos = 66,6%
	Vivos Totais: 13 = 72,2%
RT + Cir. — 2 — 3,2% —	Vivos = 2 casos = 100%

Período: 1953-1975

QUADRO 7

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T_{1A}

Tipos de cirurgia:	— Laringectomia fronto-lateral = 14
	Laringectomia e cordectomia = 3
	Corpectomia endoscópica = 1
Complicações havidas:	— Sangramento pelo traqueostoma
	Enfisema subcutâneo
	Edema
	Estenose
	Granulações
Cânceres associados:	— Parótida — 1
	Pulmão — 1
	Amígdala — 1
	Próstata — 2
	Esôfago — 2
	Mel-mal — 1
	Fígado — 1

Período: 1953-1975

A complicação que tivemos foi a estenose da laringe em um caso de laringectomia fronto-lateral.

A microcirurgia associada à radioterapia foi realizada em três casos, dois dos quais considerados mortos por câncer, por perda de *follow up*, estando um vivo.

O material é pequeno; ainda assim, o estudo percentual dos resultados pode ser apreciado no quadro 2.

T_{1A}

O estudo relativo a eles pode ser observado nos quadros 4, 5, 6, 7 e 8. Tratam-se de 64 casos na realidade, 62 determinados, com predominância do sexo masculino; a

QUADRO 8

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T_{1A} — 64 casos Determinados = 62

Tratamento

RT — 42 casos = 67,8%	MOCA = 33 casos = 78,58%
	Recidiva: 22 casos = 52,38% —
	Tempo médio = 13,1 meses
	DI: 6 casos = 14,28%
	MOI: 5 casos = 11,92% — Ca — pulmão —
	amígdala — próstata — esôfago (2)
	Recuperados pela cirurgia:
	17/22 foram operados
	com 8 vivos = 47%
	Vivos = 9 casos = 21,42%
	Vivos Totais = 17 = 40,48%

Período: 1953-1975

QUADRO 9

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T_{1B} — 31 casos Determinados 27 (4 não trataram)

Sexo:	Masculino — 28; Feminino — 3
Idade:	Menor = 3; Maior = 15; Média = 60,2
Cor:	Branca = 30
	Parça = 1
Fumo:	Inveterados = 21; Moderados = 5; Não fumantes = 5
Alcool:	Inveterados = 6; Moderados = 10; Não etilistas = 15
Queixa fundamental:	rouquidão
Queixa de duração:	mínima = 1 mês; máxima = 30 meses; média = 6,5 meses
Macroscopia:	lesão ulcerovegetante = 22 casos
	lesão ulceroinfiltrativa = 4 casos
	lesão ulcerodestrutiva = 2 casos
	lesão ulcerada superficial = 3 casos

Período: 1953-1975

QUADRO 10

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T_{1B} — 31 casos Determinados 27 (4 não trataram)

Tratamento:

- 1) RT — 19 casos: 70,4% — MOCA = 14: 73,7%:
 Recidiva: 11 casos = 57,9%
 DI: 1 caso = 5,3%
 MOI: 2 casos = 10,5%
 dos 11 recidivados: 5 (de 7 operados)
 Recuperados pela cirurgia = 26,3%
 Recidiva: tempo — Mínimo = 2 meses
 Máximo = 34 meses
 Médio = 12,9 meses
 Vivos = 5: 26,3%
 Vivos Totais: 10 em 19 = 52,6%
 — MOCA: 6: 85,7%:
 Recidiva: 2 casos = 33,4%
 DI: 3 casos = 50,0%
 MOI: 1 caso = 16,6%
 Vivo = 1: 27,3%
 Tipos de cirurgia: L. total: 5
 L. fronto-lateral: 2
- 2) Cir — 7 casos: 16%
 Recidiva: 2 casos = 33,4%
 DI: 3 casos = 50,0%
 MOI: 1 caso = 16,6%
 Vivo = 1: 27,3%
 Tipos de cirurgia: L. total: 5
 L. fronto-lateral: 2
- 3) Cir + RT — 1 caso: 3,6% — Vivo = 1: 100%

Período: 1953-1975

QUADRO 11

Estatística do Departamento de Cirurgia da Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T₂ — 50 casos

- Sexo: Masculino — 47; Feminino — 3
 Idade: Menor = 29; Maior = 79; Média = 55,72
 Cor: Branca = 45
 Preta = 1
 Parda = 3
 Amarela = 1
 Fumo: Inveterados +++ a ++++ = 34
 Moderados + = 10
 Não fumantes = 6
 Alcool: Negam = 17
 Social (+) = 13
 Inveterados (+++ a ++++) = 20
 Queixas — Fundamental: rouquidão = 45 (duração média — 8 meses)
 Associadas: tosse = 6
 dispnéia = 7
 nódulo = 1
 odinofagia = 7
 otalgia = 3
 Macroscopia — lesão ulcerada superficial = 6
 lesão ulcerovegetante = 34
 lesão ulceroinfiltrativa = 10

Período: 1953-1975

QUADRO 12

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T₂ — 50 casos

Tratamento:

- 1) RT — 26 = 42% — MOCA = 20 = 76,92%:
 Recidiva: 15 = 57,69%
 DI: 5 = 19,23
 Tempo de Recidiva: Mínimo = 3 meses
 Máximo: 36 meses
 Médio = 12,9 meses
 (*) Dos 15 recidivados 2 = 7,68% foram
 recuperados pela cirurgia
 Vivos = 6 = 23,08%
 (*) Vivos totais = 8 = 23,08 + 7,68 = 30,76%

Período: 1953-1975

QUADRO 13

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T₂ — 50 casos

- 2) Cir. — 21 = 42% — MOCA = 10 = 47,6%:
 Recidiva: 5 = 23,8%
 DI: 2 = 9,5%
 MOI: 3 = 14,3%
 Vivos = 11 = 52,4%
 Tipos de cirurgia:
 — Laringectomia total = 11 casos
 — L. fronto-lateral: 1 caso
 — Laringect. + EC = 8 casos
 — Laringofaringect. + EC = 1 caso } zero gânglio comprometido

Período: 1953-1975

QUADRO 14

Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
da Fundação Antônio Prudente — 1981

Câncer da glote

T₂ — 50 casos

Tratamento

- 3) RT + cir. = 3 — 6% Vivos = 3 — 100%
 Tipos de cirurgia:
 — L. fronto-lateral = 1 caso
 — Laringectomia T = 1 caso
 — Hemilaringectomia = 1 caso

Complicação: estenose

Período: 1953-1975

idade variou entre 26 e 79 anos, com média de 58; 57 pacientes eram da raça branca, 4 da preta e 2 da amarela. Fumantes inveterados 16 e alcoólatras 9. A queixa fundamental foi a rouquidão, com média de duração de 9 meses. Na morfologia macroscópica predominou o aspecto de lesão ulcerovegetante em 37 pacientes. Em 16 casos os aspectos morfológicos não estavam suficientemente descritos, tratando-se de lesões pequenas em corda móvel; em 4 eram ulceradas superficiais; em 37 ulcerovegetantes, em 3 ulceroinfiltrativas e em 4 ulcerodestrutivas.

1) *Radioterapia* — Quanto ao tratamento, 42 casos submeteram-se à radioterapia exclusiva, representando 67,8% do total. Faleceram 33 casos em consequência do câncer, representando 78,58% de falência terapêutica, assim discriminados: 22 casos (52,38%) apresentaram recidiva, sendo o tempo médio de recidiva equivalente a 13,1 meses. Tomaram destino ignorado 6 (14,28%) casos e faleceram por moléstia intercorrente 5 (11,92%), a saber: 2 por câncer de esôfago, 1 de próstata, amídala e pulmão.

Dos 22 casos recidivados, 17 foram operados, sendo que 8 casos (47%) sobreviveram por mais de 5 anos, os quais, somados aos sucessos terapêuticos obtidos de 9 casos (21,42%), representam 17 casos assintomáticos (40,48%).

2) *Cirurgia* — Submeteram-se à cirurgia 18 (29%) pacientes, assim discriminados: laringectomia fronto-lateral: 14 casos; laringofissura e cordectomia: 3 casos; cordectomia endoscópica: 1 paciente.

Desse total, 6 (33,4%) pacientes faleceram por câncer: 2 (11,2%) apresentaram recidiva; 2 (11,2%) tomaram destino ignorado; 1 (5,5%) teve moléstia intercorrente; o restante, 1 (5,5%) faleceu por metástases à distância.

Os 2 casos recidivados foram reoperados e apenas 1 (5,6%) foi recuperado pela cirurgia. Compreende-se pois que obtiveram sucesso terapêutico 12 casos (66,6%), que somado ao anterior representam 13, o que eleva para 72,2% os sucessos obtidos; 4 destes pacientes apresentaram cânceres associados na evolução: 1 de parótida, 1 de próstata, 1 de melanoma maligno e 1 de fígado.

3) Apenas 2 pacientes (3,2%) submeteram-se à laringectomia parcial e radioterapia, estando os dois vivos.

As complicações cirúrgicas havidas foram graves, porém debeladas: sangramento da laringe (a mais grave) e granulações endolaringeas endoscópicas.

T_{1B}

Foram analisados 31 pacientes e considerados casos determinados 27, uma vez que 4 deles não aceitaram terapêutica (quadros 9 e 10).

Houve predominância do sexo masculino, com 28 casos e 3 do feminino. A idade média foi de 60,2 anos.

Quanto à raça, 30 pacientes eram brancos e 1 amarelo. Eram tabagistas 26 pacientes; 16 eram etilistas.

A queixa fundamental, rouquidão, teve duração mínima de 1 mês e máxima de 30 meses e média de 6,5 meses.

À macroscopia, 22 tinham aspecto ulcerovegetante, 4 ulceroinfiltrativa, 2 ulcerodestrutiva e em 3 a úlcera era superficial.

Quanto à terapêutica:

1) *Radioterapia* — 19 (70,4%) e, destes, 14 pacientes foram considerados mortos por câncer, como segue: 11 (57,9%) apresentaram recidiva no tempo médio de 12,9 meses, 1 (5,3%) tomou destino ignorado e 2 (10,5%) faleceram por moléstia intercorrente.

Dos 11 casos recidivados, 7 foram operados e 5 destes (26,3%) foram recuperados. Portanto 5 pacientes (26,3%) beneficiaram-se com sucesso pela radioterapia. Se a eles juntarmos os 5 recuperados pela cirurgia, o resultado melhora para 52,6% (10 casos vivos em 19 tratados).

2) *Cirurgia* — Submeteram-se à cirurgia 7 pacientes (16%) dos quais 6 (85,7%) representaram a falência terapêutica, como segue: 2 (33,4%) apresentaram recidiva, 3 (50%) tomaram destino ignorado e 1 (16,6%) faleceu por moléstia intercorrente. Apenas 1 paciente (27,3%) teve real sucesso terapêutico.

Os tipos de cirurgia realizados foram: laringectomia total em cinco oportunidades e, em 2 outras, laringectomia fronto-lateral.

3) Apenas 1 caso (3,6%) submeteu-se à cirurgia e radioterapia, estando assintomático.

T₂

Foram analisados 50 casos (quadros 11, 12, 13 e 14). Quarenta e sete eram do sexo masculino e 3 do feminino. A idade média foi de 55,72. Quanto à raça, 45 eram brancos, 1 negro, 3 pardos e 1 amarelo. Quanto ao fumo, 44 pacientes eram fumantes, dos quais 34 inveterados. Quanto ao álcool, 33 pacientes bebiam e 20 eram inveterados.

A duração média da queixa foi de 8 meses e relacionada à rouquidão, tosse, dispnéia, odinofagia, otalgia e a presença de nódulo cervical.

Na macroscopia, 6 eram lesões ulceradas superficiais, 34 ulcerovegetantes e 10 ulceroinfiltrativas.

Quanto à terapêutica:

1) *Radioterapia* — 26 casos se submeteram à RT, representando 52%; destes, 20 (76,92%) foram considerados mortos por câncer, 15 dos quais por recidiva (57,69%), em tempo médio de 12,9 meses; destes 15 recidivados, 2 foram recuperados pela cirurgia, representando 7,8%. Outros 5 (19,23%) foram considerados mortos

por câncer por tomarem destino ignorado; 6 casos (23,08%) encontram-se vivos.

Considerando-se estes 6 casos e outros 2 salvos pela cirurgia, tem-se um global de 8 casos, representando 30,76%.

2) *Cirurgia* — 21 casos, 42%, submeteram-se à cirurgia exclusiva; 10 destes foram considerados mortos por câncer, representando 47,6%, assim especificados: 5 (23,8%) por recidiva, 2 (9,5%) tomaram destino ignorado

e 3 (14,3%) faleceram por moléstia intercorrente. Encontram-se vivos 11 pacientes, representando 52,4%.

Os tipos de cirurgia realizados foram os seguintes: laringectomia total, 11 casos; laringectomia fronto-lateral, 1 caso; laringectomia associada ao esvaziamento cervical, 8 casos; e laringofaringectomia com esvaziamento cervical, 1 caso; nestes 9 casos submetidos ao esvaziamento cervical, não havia comprometimento de nódulos cervicais.

3) Submetidos à associação radioterapia e cirurgia, tivemos 3 (6%) pacientes, todos vivos. Os tipos de cirurgia levados a efeito foram: laringectomia fronto-lateral, 1 caso; laringectomia total, 1 caso; e hemilaringectomia, 1 caso.

Como complicação tivemos 1 caso de estenose da laringe observada em paciente submetido à hemilaringectomia.

QUADRO 15									
Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Fundação Antônio Prudente — 1981									
Câncer da glote									
Totais gerais									
RT	—	T _{IS}	—	2	—	MOCA	—	1	
						Vivo	—	1	
		T _{IA}	—	42	—	MOCA	—	33	
						Vivos	—	9	
		T _{IB}	—	19	—	MOCA	—	14	
						Vivos	—	5	
		T ₂	—	26	—	MOCA	—	20	
				89		Vivos	—	6	
— MOCA — 68 — 76,40%									
— Vivos — 21 — 23,60%									

(*) 9 de 68 = 10,11% — salvos pela cirurgia
vivos — 30 — 33,7%

Período: 1953-1975

QUADRO 16									
Estatística do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Fundação Antônio Prudente — 1981									
Câncer da glote									
Totais gerais									
Cir.	—	T _{IS}	—	4	—	MOCA	—	2	
						Vivos	—	2	
		T _{IA}	—	18	—	MOCA	—	6	
						Vivos	—	12	
		T _{IB}	—	7	—	MOCA	—	6	
						Vivo	—	1	
		T ₂	—	21	—	MOCA	—	10	
				50		Vivos	—	11	
— MOCA = 24 = 48%									
— Vivo = 26 = 52%									

(*) 59 — MOCA = 24 = 40,70%
Vivos = 35 = 59,30%

Período: 1953-1975

ANÁLISE GLOBAL

Radioterapia

No cômputo geral, tivemos 89 pacientes submetidos à terapêutica radioterápica exclusiva; 68 (76,40%) foram considerados mortos por câncer, estando vivos 21 pacientes, representando 23,60%.

Se considerarmos que 9 dos 68 pacientes, representando 10,11%, foram salvos pela cirurgia, o total de pacientes assintomáticos eleva-se a 30 (33,7%).

Cirurgia

No global, 50 pacientes submeteram-se ao tratamento cirúrgico; 24 (48%) foram considerados mortos por câncer, estando vivos 26 (52%).

Se a este número levarmos em consideração os 9 casos anteriormente citados, recuperados pela cirurgia, teremos um total de 35 pacientes vivos, representando 59,30%.

<

x-ray studies. Eighty-nine patients received x-ray therapy; 21 (23,60%) are alived; this result comes to 30 (33,7%) if we add 9 other cases alive by rescue surgery. Fifty patients were submitted initially to the multiple surgical technics procedures; 26 (52%) are alived; if we consider the 9 cases previously explained, the results rise to 35 (59,30%).

These results can be considered poor; the main factors for the therapeutic failures were the bad condition of our patients, the quality evolution of our radiation therapy — from ortho to megavoltage and linear acelerator — and also because many surgeons performed the surgery procedures.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ATKINSON, L & BRIDGER, GP The problem of assessing spread of laryngeal cancer and utilizing of the TNM classification. Centennial Conference on Laryngeal Cancer. Toronto — Canada, May 27-31, 1974. Appleton — Century-Crofts. New York. p. 90-97.
2. ALONSO, J Le cancer vestibulo-epiglotique: son traitement chirurgical. Société Française d'Oto — Rhino — Laryngologia. Comptes Rendus des Sceances. Congrès 1955. p. 155.
3. BARBOSA, JF & CAPPELLANO, RSL Câncer da laringe: estudo de 741 casos observados no período 1953-1973. (Não publicado).
4. BOCCA, E Il cancro del vestibulo laringeo. Arch. Ital. Otol. Rinol. Laring. [Suppl.] 15: 65-102, 1960.
5. BOCCA, E Limitations of supraglottic laryngectomy and conservative neck dissection. Centennial Conference of Laryngeal Cancer. Toronto, Canadá, May 27-31, New York, Appleton-Century-Crofts, 1974. p. 395-397.
6. BRIDGER, GP Mucous gland involvement in cancer at the anterior commissure. Centennial Conference on Laryngeal Cancer, Toronto, Canada, May 27-31, New York, Appleton-Century-Crofts, 1974. p. 101-105.
7. CHIARUGI, G Instituzioni di anatomia dell'uomo. 3ª ed. Milano, Società Editrice Libreria, 1930. p. 316-351. v. 3.
8. HAST, MA Applied embryology of the larynx. Centennial Conference on Laryngeal Cancer. Toronto, Canada, May 27-31, New York, Appleton-Century-Crofts, 1974. p. 6-10.
9. LEROUX-ROBERT, J La laryngectomie horizontale sus-glottique conservatrice de la function vocale. Bull. Acad. Natl. Med. 21-22: 358, 1955.
10. NICELLI, F Il problema anatomo clinico delle metastase linfoghiandolari cervicali del cancro della laringe. Arch. Ital. Otol. [Suppl. 14] 64: 152-164, 1953.
11. NOSTRAND, AWP Van Classification, anatomy, growth and spread of laryngeal cancer (summation). Centennial Conference on laryngeal Cancer. Toronto, Canada, May 27-31, New York, Appleton-Century-Crofts, 1974. p. 2-5.
12. PIETRANTONI, L Il problema chirurgico delle metastasi linfoghiandolari cervicali del cancro della laringe. Arch. Ital. Otol. [Suppl. 14] 64: 1-37, 1953.
13. TESTUT, L & JACOB, O Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. Paris, Octave Doin, 1909. p. 629-651.

TELE-CAN 270-1233

Para maiores
informações, procure a
**Rede Feminina de
Combate ao Câncer, da Fundação
Antônio Prudente,**
pelo telefone
(011) 278-0826, das
12 às 18 horas,
ou à Rua Professor
Antônio Prudente, 211
01509 - Liberdade - São Paulo