

Larissa Balbo Zavarez

**Análise de recidiva em pacientes com carcinoma espinocelular
de boca e orofaringe**

Araçatuba
2011

Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica
Disciplina de Estomatologia

**Análise de recidiva em pacientes com carcinoma espinocelular
de boca e orofaringe**

Larissa Balbo Zavarez

Larissa Balbo Zavarez

**Análise de recidiva em pacientes com carcinoma espinocelular
de boca e orofaringe**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito para obtenção do título de Graduação em
Odontologia pela Faculdade de Odontologia de
Araçatuba. FOA- UNESP

Orientador: Prof^o Dr^o Eder Ricardo Biasoli

Araçatuba
2011

Dedicatória

Ao meus pais: Ivone e João, que mais do que me proporcionar uma boa infância e vida acadêmica, formaram os fundamentos do meu caráter e me apontaram uma vida eterna. Obrigada por serem a minha referência de tantas maneiras e estarem sempre presentes na minha vida de uma forma indispensável.

Agradecimentos

A meus pais, irmãos (Ludmilla e Vitor), tios e avos por serem meus amigos, companheiros e acima de tudo, minha família. Vocês são tudo na minha vida!

Agradeço ao meu professor orientador Drº Eder Ricardo Biasoli pela dedicação, paciência, cobranças, exigências, dinamismo e confiança. E a toda equipe do Centro de Oncologia Bucal que tornaram-se meus amigos especiais.

Um agradecimento muito especial aos meus queridos amigos, companheiros, irmãos e “concorrentes” da turma de 2008 e agregados do curso de Odontologia pela Unesp de Araçatuba-SP. Muito obrigado por me acolherem como amiga. Vocês já fazem parte da minha vida!

Um agradecimento a minha amiga irmã Sarah Rodrigues de Faria, a distância e o tempo nunca irão nos separar, vocês fazem parte do meu coração!

Há tantos a agradecer, por tanto se dedicarem a mim, não somente por terem ensinado, mas por terem me feito aprender! A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais, sem nominar terão meu eterno agradecimento.

E é a Ele que dirijo minha maior gratidão. Deus, mais do que me criar, deu propósito à minha vida. Vem dEle tudo o que sou, o que tenho e o que espero.

A meio caminho entre a fé e a crítica está a estalagem da razão. A razão é a fé no que se pode compreender sem fé; mas é uma fé ainda, porque compreender envolve pressupor que há qualquer coisa compreensível.

– Trecho 176

*Fernando Pessoa
Livro do Desassossego*

ZAVAREZ, L.B. **Análise de recidiva em pacientes com carcinoma espinocelular de boca e orofaringe.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

Resumo

Objetivo: compreender a evolução dos pacientes tratados por carcinoma espinocelular primário de boca e orofaringe de acordo com o protocolo do Centro de Oncologia Bucal(COB) da faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Univ. estadual Paulista – UNESP. **Método e casuística:** Foram avaliados 247 prontuários de pacientes atendidos no COB no período de 1991 a 2005 portadores de carcinoma espinocelular em boca e orofaringe, considerando variáveis como sexo, localização, etnia, etilista, tabagista, estadiamento, tratamento, margens cirúrgicas, presença de recidiva. A casuística foi de 218 homens e 29 mulheres, com idade entre 28 e 94 anos (media de 57,74 e mediana de 57). A localização anatômica do tumor primário correspondeu a 100 (40,5%) casos na orofaringe e 147 (59,51%) na boca. 70 pacientes (28,34%) apresentaram recidiva tumoral. Foram utilizados para calculo da sobrevida o método de Kaplan Meyer e para a associação das variáveis o teste exato de Fisher ou o teste do Qui-quadrado (X^2). **Resultados:** nenhuma variável apresentou significância estatística. **Conclusão:** o protocolo de atendimento realizado pela equipe do Centro de Oncologia Bucal está dentro dos resultados obtidos nos maiores centros oncológicos.

Palavras chaves: câncer de boca; câncer de orofaringe; recidiva

ZAVAREZ, L.B. **Analysis of recurrence in patients with carcinoma of the mouth and oropharynx.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

Abstract

Purpose: To understand the evolution of patients treated for primary squamous cell carcinoma of the mouth and oropharynx according to the protocol of the Center for Oral Oncology (COB) College of Dentistry of Araçatuba Campus, Univ. Estadual Paulista - UNESP. **Method and sample:** A total of 247 charts of patients treated at the COB in the period 1991 to 2005 with squamous cell carcinoma in the mouth and oropharynx, considering variables such as sex, location, ethnicity, alcoholism, smoking, staging, treatment, surgical margins, presence of relapse. The sample of 218 men and 29 women, aged between 28 and 94 years (average of 57.74 and a median of 57). The anatomical location of primary tumor corresponded to 100(40.5%) cases in the oropharynx and 147 (59.51%) in the mouth. 70 patients (28.34%) had tumor recurrence. Were used for calculation of survival the KaplanMeyer and the association of variables, the Fisher exact test or chi-square (χ^2). **Results:** No statistically significant variable. **Conclusion:** The treatment protocol performed by the staff of the Center for Oral Oncology is in the results obtained in major cancer centers.

Keywords: oral cancer; oropharyngeal cancer; recurrences

Lista de símbolos e siglas

Cir	Cirúrgico
COB	Centro de Oncologia Bucal
EC	Esvaziamento cervical (uni ou bilateral)
ESOH	Esvaziamento supraomohioideo
Ex	Exerese
qqT	Qualquer T
Rxt	Radioterapia

LISTA DE QUADROS TABELAS, E GRÁFICOS

Quadro 1: Número de linfonodos comprometidos conforme laudo anatomopatológico do esvaziamento cervical por paciente.....	14
Quadro 2: Protocolo de tratamento para carcinomas: boca e orofaringe, utilizadas no Centro de Oncologia Bucal.....	15
Tabela 1: Relação entre as variáveis estudadas e o aparecimento de recidiva tumoral.....	17
Tabela 2: Associação entre pacientes que tiveram margens cirúrgicas comprometidas ou livres de tumor e apresentaram recidiva no pós-operatório.....	18
Tabela 3: Associação entre os pacientes que apresentaram recidiva e número de linfonodos comprometidos, após o esvaziamento cervical do primeiro tratamento.....	18
Tabela 4: Associação entre os pacientes que apresentaram recidiva tumoral e o tratamento utilizado anterior ao diagnóstico da recidiva.....	18
Gráfico 1- Divisão dos pacientes que apresentaram recidiva sincrônica e metacrônica, segundo o estágio clínico.....	19
Gráfico 2: Curva de sobrevida dos pacientes que não apresentaram recidiva tumoral com aqueles que desenvolveram recidiva no pós-tratamento.....	19

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	12
2.METODOLOGIA E CASUÍSTICA.....	13
2.1Casuística.....	13
2.2 Tratamento.....	13
2.3 Recidiva e segundo tumor primário.....	14
2.4 Condição clínica do paciente ao final do estudo.....	14
2.5 Protocolo de indicação terapêutica.....	15
2.6 Método estatístico.....	16
3. RESULTADOS.....	16
4.DISSCUSSÃO.....	20
5. CONCLUSÕES.....	23
6. REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

As taxas de controle local e de sobrevida dos pacientes tratados de carcinoma de boca e orofaringe aumentaram nos últimos anos, porém, apesar do avanço nos conhecimentos de biologia molecular e de genética, proporcionando alterações no diagnóstico, nos protocolos terapêuticos e prognóstico dos tumores, esse avanço tecnológico ainda não é utilizado como rotina na maioria dos ambulatórios de cabeça e pescoço.^{1,2,3}

O tratamento do câncer de boca e orofaringe ainda continua sendo composto por cirurgia exclusiva ou associada à radioterapia adjuvante e em alguns casos avançados quimioterapia associada à radioterapia. A indicação terapêutica é determinada de acordo com a localização anatômica do tumor, o estágio clínico, a condição física e psicológica do paciente.

Algumas variáveis têm motivado profissionais a pesquisarem e identificarem fatores clínicos e laboratoriais que afetam o prognóstico dos pacientes.^{3,4} Um fator determinante no prognóstico desses pacientes são as recidivas do tumor primário, metástases e o aparecimento de segundo tumor primário, ficando sujeitos a estas variáveis os protocolos terapêuticos.⁵ Desse modo, várias instituições de tratamento oncológico avaliam seus protocolos, divulgando suas experiências, visando o seu aprimoramento para proporcionar melhor qualidade de vida e maior sobrevida aos pacientes.

O propósito desse estudo foi avaliar a evolução dos pacientes tratados por carcinoma espinocelular primário de boca e orofaringe de acordo com o protocolo do Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Univ Estadual Paulista – Unesp, nos últimos 15 anos.

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1 Casuística

Foram matriculados e tratados, entre fevereiro de 1991 e dezembro de 2005, 417 pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca e orofaringe.

Os critérios de exclusão para esse estudo foram: óbito durante a terapêutica, tratamento do tumor primário realizado em outro Centro, interrupção do tratamento, abandono ou recusa do tratamento indicado. 247 pacientes foram incluídos nesse estudo. Existem 218 homens e 29 mulheres, com idade entre 28 e 94 anos (média de 57,74 e mediana de 57). 186 pacientes (75,3%) eram brancos, 36 negros (14,58%), 23 pardos (9,31%) e 2 amarelos (0,81%). 125 pacientes (50,6%) afirmaram não ter parentes que tiveram câncer, 88 (35,6%) afirmaram ter parentes que tiveram câncer e 34 (13,8%) não souberam informar. 19 pacientes (7,69%) não fumavam, 208 (84,21%) eram tabagistas e 20 (8,10%) não havia o registro nos prontuários. 176 (71,25%) eram etilistas, 43 (17,41%) abstêmios e 28 não havia a informação nos registros.

A localização anatômica do tumor primário correspondeu a 100 (40,5%) casos na orofaringe e 147 (59,51%) na boca.

De acordo com a classificação da UICC, 31 pacientes (12,55%) foram estadiados clinicamente em I, 60 (24,29%) em II, 59 (23,89%) em III, 77 (31,18%) em IVa, 19 (7,69%) em IVb e 1 (0,40%) em IVc.

2.2 Tratamento

Foram submetidos a cirurgia exclusiva 47 (19,0%) pacientes, 127 (51,4%) a cirurgia e radioterapia adjuvante, 63 (25,6%) a radioterapia exclusiva, 5 (2,0%) a cirurgia e

quimioterapia adjuvante e 5 (2,0%) a radioterapia e quimioterapia adjuvante. Dos 179 pacientes que se submeteram à cirurgia, 148 (82,7%) não apresentaram comprometimento das margens cirúrgicas, 31 (17,3%) apresentaram margens comprometidas e 68 não se submeteram a cirurgia.

179 pacientes foram tratados com esvaziamento cervical, sendo que 148 (82,7%) não apresentaram comprometimento linfonodal e 31 (17,3%) apresentaram metástase regional. O número de linfonodos cervicais comprometidos variou entre 1 e 30 e foram distribuídos em três grupos conforme quadro 1.

Quadro 1: Número de linfonodos comprometidos conforme laudo anatomopatológico do esvaziamento cervical por paciente.

Nº DE PACIENTES (%)	Nº DE LINFONODOS COMPROMETIDOS
119/179 (66,5)	0
42/179 (23,5)	1 a 4
18/179 (10)	5 ou mais

2.3 Recidiva e segundo tumor primário

70 pacientes (28,34%) apresentaram recidiva tumoral, 62 casos foram metacrônicos, 8 sincrônicos. 18 pacientes desenvolveram segundo tumor primário.

2.4 Condição clínica do paciente ao final do estudo

53 pacientes (21,46%) encontravam-se vivos e livre de doença, 3 (1,21%) vivos com doença em atividade, 151 (61,13%) morreram em decorrência do tumor, 28 (11,34%) foram à óbito por outras causas e 12 (4,86%) foram considerados perdidos de vista por não conseguir localizá-los.

2.5 Protocolo de indicação terapêutica

O protocolo utilizado para os tumores de boca estadiados em I e II foi cirurgia exclusiva do tumor primário. Entretanto, para os tumores de língua estadiados clinicamente como II e apresentavam espessura maior que 0,5 cm à palpação foi realizado o esvaziamento cervical supraomohioideo. Para os estádios clínicos III e IV além da ressecção do tumor o esvaziamento cervical supraomohioideo para os casos N0 ou N1, e nos casos de N maior que 1 o esvaziamento foi o radical. A radioterapia adjuvante foi utilizada em todos os pacientes enquadrados nos estádios clínicos III e IV.(Quadro 2)

Para os tumores de orofaringe no estádio clínico I foi realizada a ressecção cirúrgica exclusiva do tumor primário. Nos estádios clínicos II, III e IV foi realizado o esvaziamento cervical supraomohioideo e no caso de N0 e radical quando o N foi maior ou igual a 1, sempre associando com radioterapia adjuvante.

Quadro 2: Protocolo de tratamento para carcinomas: boca e orofaringe, utilizadas no Centro de Oncologia Bucal.

	T1N0	T2N0	T3N0	T4N0	qqT ≠ N0
Boca	Ex Obs:T1N0 língua Ex + ESOH+ Rxt (s/n)	Ex + EC + Rxt (s/n)	Ex + EC + Rxt (s/n)	Ex + EC + Rxt	Ex + EC + Rxt
Orofaringe	Ex ou Rxt	Ex + EC + Rxt	Ex + EC + Rxt	Ex + EC + Rxt	Ex + EC + Rxt

Legenda: Ex= Exerese, ESOH= Esvaziamento supraomohioideo, EC= Esvaziamento cervical(uni ou bilateral), Rxt= Radioterapia.

2.6 Método estatístico

A média de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier e a diferença entre curvas de sobrevida média foram obtidas pelo teste de log-rank. A relação entre a recidiva tumoral e fatores clínicos como idade, sexo, etilismo, tabagismo, história familiar, estágio clínico do tumor primário, metástase regional e tratamento do tumor primário, foram analisadas utilizando o teste exato de Fisher ou o teste do Qui-quadrado (X^2).

3. RESULTADOS

Foram realizadas as associações entre idade, sexo, estágio clínico, pacientes que relataram haver ou não parentes com câncer, etilistas, tabagistas, margens cirúrgicas, número de linfonodos comprometidos e a modalidade terapêutica e recidiva tumoral pelo teste do Qui-quadrado (X^2), porém nenhuma das variáveis apresentou significância estatística. (tabela 1)

Quando analisada as variáveis entre pacientes que apresentaram margens cirúrgicas livres de tumor em associação com o estágio clínico (tabela 2) e também com a variável área anatômica (tabela 3) e o índice de recidiva também não apresentaram significância estatística pelo teste do Qui-quadrado (X^2).

Os pacientes diagnosticados em estágio clínico inicial apresentaram menor índice de recidiva quando comparado com os em estágio clínico avançado (Gráfico 2).

Tabela 1: Relação entre as variáveis estudadas e o aparecimento de recidiva tumoral.

Variáveis	Pacientes com recidiva (%)	p
Idade (anos)		Ns
< 50	20/61 (32,79)	
50 ≥	50/186 (26,88)	
Sexo		Ns
Masculino	62/218 (28,44)	
Feminino	8/29(27,59)	
Estádio Clínico		Ns
I e II	27/91(29,67)	
III e IV	43/156 (27,56)	
História Familiar *		Ns
Sim	24/88 (27,27)	
Não	39/125 (31,2)	
Etilismo **		Ns
Sim	46/176 (26,14)	
Não	17/43 (39,53)	
Tabagismo ***		Ns
Sim	59/208 (28,37)	
Não	8/19 (42,11)	
Margem Cirúrgica ****		Ns
Comprometida	9/31 (29,03)	
Livre	45/148 (30,40)	
Linfonodo		Ns
Zero	50/192(26,04)	
1 a 4	16/42 (38,10)	
Mais de 5	4/13 (30,77)	
Tratamento		Ns
Cirúrgico	11/47 (23,40)	
Cir + RXT	42/127 (33,07)	
RXT	16/63 (25,40)	
Outros	1/10 (10)	

* 34 sem informação

** 28 sem informação

*** 20 sem informação

**** 68 sem informação

Tabela 2: Associação entre pacientes que tiveram margens cirúrgicas comprometidas ou livres de tumor e apresentaram recidiva no pós-operatório.

Margem Cirúrgica	Recidiva		Total
	Ausente	Presente	
Comprometida	22	9	31
Livre	103	45	148
Total	125	54	179

p=0,8796

* 68 pacientes não analisados

Tabela 3: Associação entre os pacientes que apresentaram recidiva e número de linfonodos comprometidos, após o esvaziamento cervical do primeiro tratamento.

Linfonodo	Recidiva		Total
	Ausente	Presente	
0	142	50	192
1 a 4	26	16	42
5 ou mais	9	4	13
Total	177	70	247

p=0,2682

Tabela 4: Associação entre os pacientes que apresentaram recidiva tumoral e o tratamento utilizado anterior ao diagnóstico da recidiva.

Tratamento	Recidiva		Total
	Ausente	Presente	
Cirúrgico	36	11	47
Cir + RXT	85	42	127
RXT	47	16	63
Outros	9	1	10
Total	177	70	247

p=0,3111

Gráfico 1- Divisão dos pacientes que apresentaram recidiva sincrônica e metacrônica, segundo o estágio clínico.

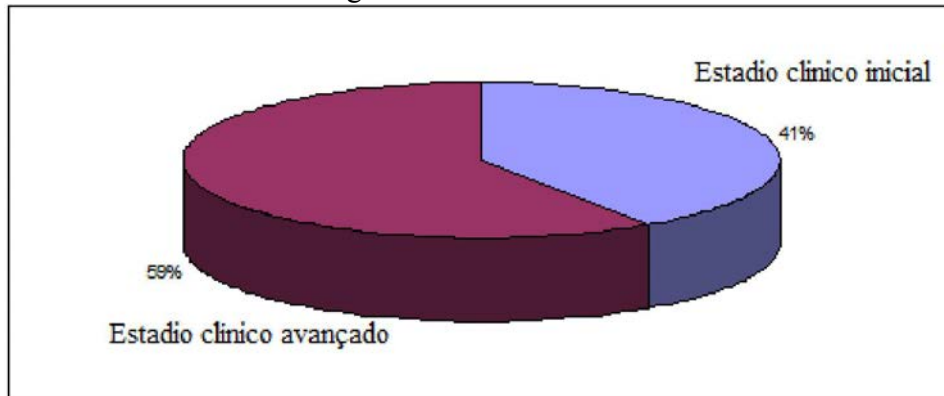
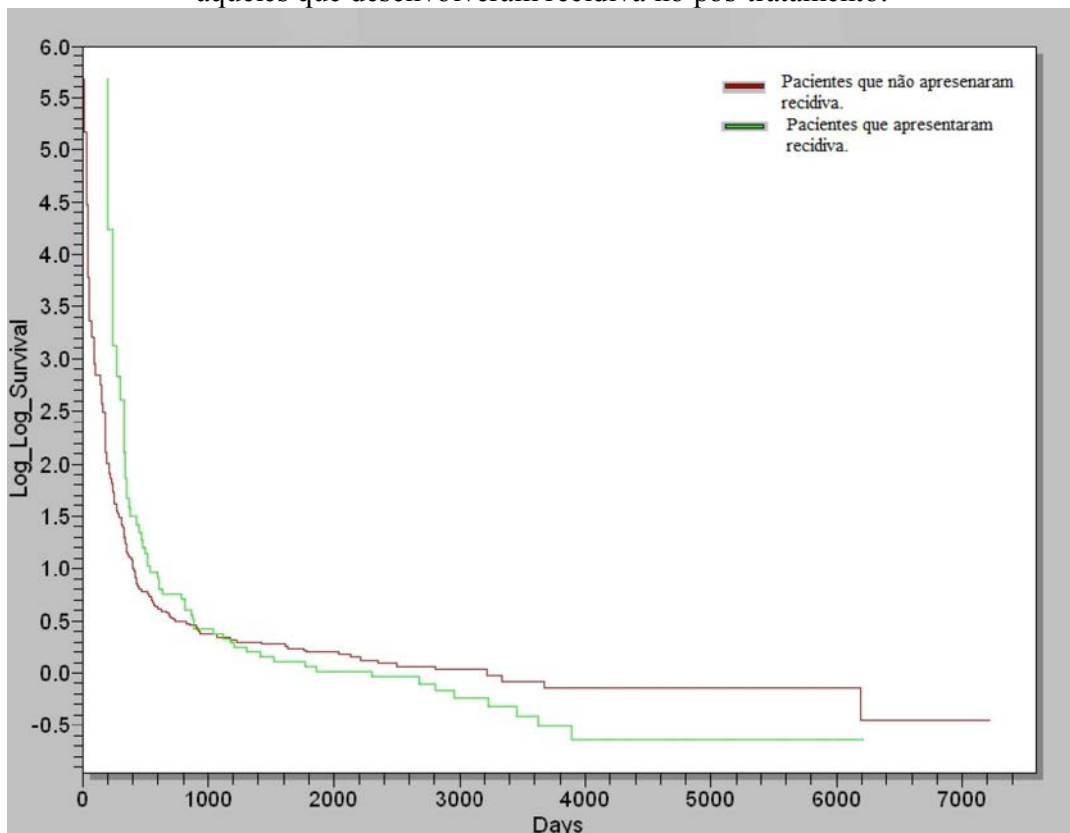


Gráfico 2: Curva de sobrevida dos pacientes que não apresentaram recidiva tumoral com aqueles que desenvolveram recidiva no pós-tratamento.



$p=0,7021$

O diagnóstico das recidivas metacrônicas ocorreu após 357 dias, em média, e aqueles que apresentaram recidiva sincrônica ocorreu após 120 dias, em média após o início do tratamento do tumor primário.

4. DISCUSSÃO

Para analisar os resultados do protocolo de tratamento do Centro de Oncologia Bucal no tratamento e seguimento dos pacientes portadores de carcinoma espinocelular de boca e orofaringe, utilizou-se a variável recidiva e o tempo que foi observada antes ou após um ano do tratamento inicial, pois são consideradas determinantes para o prognóstico dos pacientes.^{2,6,7,8}

A análise da sobrevida global dos pacientes que não apresentaram recidiva com aqueles que apresentaram recidiva tumoral, não apresentaram diferença estatística (Tabela 1), porém aqueles que apresentaram maior índice de recidiva estavam classificados em estágio I e II (29,67%).

Os dados da sobrevida dos pacientes que apresentaram recidiva com aqueles que não apresentaram são importantes para se avaliar a conduta e o padrão de indicação terapêutica, ou seja, se o protocolo utilizado para tratamento está fornecendo a resposta terapêutica desejada.

Nesse caso, a análise da sobrevida dos pacientes tanto dos que apresentaram recidiva quanto daqueles que não apresentaram recidiva não foram estatisticamente diferentes, determinando que mesmo aqueles pacientes que desenvolveram recidiva, a terapêutica empregada foi tão eficaz no resgate do tumor quanto a indicação do primeiro tratamento.

A idade dos pacientes foi dividida em dois grupos para facilitar a análise, considerando que a maior incidência dos carcinomas de boca e orofaringe acomete pessoas com mais de 50 anos, decidiu-se utilizar esta idade como referência.^{9,10} Entretanto, a idade não foi determinante para a ocorrência da recidiva tumoral, embora tenha um percentual

pouco maior para os pacientes com menos de 50 anos. Assim, é de se considerar que a indicação e a realização do tratamento respeitou padrão protocolar e técnico, não tendo possibilitado que o fator idade interferisse na resposta terapêutica. Embora, a maioria dos autores concordam que os pacientes jovens possuem pior prognóstico.¹¹

O sexo dos pacientes não apresentou influência na recidiva, ficando próximo aos índices do masculino, 27,56% e 28,44% respectivamente. Porém, os dados desse estudo apresentam que o carcinoma de boca e orofaringe ainda acomete mais o sexo masculino que o feminino em cerca de 7:1 conforme dados epidemiológicos antigos, pois dados recentes da literatura apresentam relação entre 2 e 4:1.¹² Outra variável que é descrita em trabalhos demonstram maior sobrevida para as mulheres, porém, nessa pesquisa tanto o índice de recidiva quanto a sobrevida não apresentaram significância estatística, devendo ser o tratamento aplicado ter sido eficaz para o controle da doença.^{13,14}

Antecedentes de câncer na família, etilismo e tabagismo não influenciaram o aparecimento de recidiva, mas o etilismo e o tabagismo são fatores de risco reconhecido no desenvolvimento de tumores.¹⁶

O estágio clínico não foi determinante para o aparecimento de recidiva, 29,67% para tumores em estágio I e II e 27,56% para tumores avançados III e IV. Embora, os tumores avançados corresponda a maior casuística, 156 (63,2%) casos, apresentaram somente 2,11% a menos de incidência de recidiva. Esse fato pode ser interpretado como sendo a sobrevida um fator importante para o aparecimento de recidiva, ou seja, os pacientes com estádios clínicos iniciais apresentam maior sobrevida, fato que poderia corroborar com maior incidência de recidivas. E no caso de pacientes com estádios avançados a sobrevida é menor proporcionando menor intervalo de tempo para ocorrência de recidivas. Entretanto, por apresentarem incidências percentualmente próximas e não significativas, leva-se a crer que o protocolo de tratamento e a intervenção terapêutica de acordo com o estágio clínico proporcionou sobrevida sem recorrência do tumor tanto aos pacientes em estágio inicial quanto em estágio avançado. Esses dados estão abaixo de encontrados na literatura que relatam índices de até 40% de recidiva tumoral.²

A variável margem cirúrgica da ressecção também demonstrou que, apesar de ficar em 29,03%, os tumores avançados também são mais propensos à evoluírem com recidiva.¹⁷ Com

essa possibilidade, o protocolo analisado indica a associação com radioterapia pós-operatória para estes tumores. Nesta análise, essa variável não apresentou significância estatística, provavelmente devido a indicação correta associada à destreza técnica da equipe, fazendo com que o índice de recidiva tumoral tenha sido semelhante para os dois grupos. Assim, o fator que contribuiu para esse resultado é atribuído a indicação da radioterapia adjuvante, que consta do protocolo, pois essa modalidade terapêutica atua nas células tumorais remanescentes na margem cirúrgica da ressecção.

Foi analisado também o cruzamento do estágio clínico dos pacientes que apresentaram margens cirúrgicas livres de tumor com a incidência de recidiva, variável que não apresentou significância estatística. Demonstrando que a variável margem cirúrgica não interferiu no aparecimento de recidiva.

Outra associação que não apresentou significância estatística foi entre as regiões anatômicas boca e da orofaringe dos pacientes que apresentaram margens cirúrgicas livres e o índice de recidiva. Poderia ser esperado que a orofaringe apresentasse índice significativamente maior em relação a boca, pois a orofaringe apresenta maior probabilidade de metástase regional.

Estes cruzamentos demonstram que a recidiva ocorreu independente do estágio clínico e da presença de tumor na margem da ressecção, deixando aberto para pesquisas laboratoriais sobre fatores celulares ou mediadores químicos quem possam atuar.¹⁸

Estas duas variáveis, estágio e margem cirúrgica, encontram fundamentação quando se relacionam ao tratamento, pois elas confirmam que a indicação está proporcionando cerca de 70% de sobrevida sem recidiva tumoral, fator este que contribui para melhorar o prognóstico.

Comparando o tempo de sobrevida livre de doença dos pacientes com recidiva (dois anos, oito meses e 15 dias) com aqueles que não apresentaram recidiva (um ano 11 meses e 24 dias) não apresentaram diferença estatística significativa, logo o tempo de sobrevida esperado tanto para os pacientes que não apresentaram recidiva quanto aqueles que apresentaram foi semelhante. Entretanto, a qualidade de vida de um paciente sem apresentar recidiva é menos estressante comparada a experiência da recidiva tumoral, pois a mesma sensação de morte estará presente.

O paciente com história de recidiva em média tem um tempo livre de doença de 2,7

anos. Sendo que a recidiva loco-regional quando diagnosticada em até seis meses do pós-tratamento inicial pode ser considerada como doença residual.⁴ No entendimento, pela experiência da equipe, essa observação se deve principalmente a atraso ou não realização da radioterapia em momento oportuno, nos casos de tumores avançados. No caso de tumores iniciais o aparecimento d recidiva sincrônica se deve, provavelmente, a fatores imunológicos do paciente, semelhantes aqueles que apresentam tumores simultâneos.

Embora a incidência de recidiva, no Centro de Oncologia Bucal, seja baixa, em comparação com outros Centros, observa-se que seu diagnóstico foi realizado principalmente nos dois primeiros anos pós-tratamento, corrobora com a obrigatoriedade do controle clínico pós-tratamento dos pacientes oncológicos. Além de estar podendo diagnosticar segundo tumores primários.

5. CONCLUSÃO

Esse estudo demonstra que o protocolo e os resultados obtidos pela equipe do Centro de Oncologia Bucal estão dentro dos padrões dos maiores centros de tratamento oncológico.

Também indica que a equipe possui experiência na indicação e tratamento oncológico dos pacientes de carcinoma de boca e orofaringe.

6. REFERÊNCIAS

1- Geisler AS, Olshan AF, Weissler MC, Cai J, Funkhouser WK, Smith J, Vick K p16 and p53 protein expression as prognostic indicators of survival and disease recurrence from head and neck câncer. Clin Câncer Res. 2002; 8:3445-3453.

2- Agra IMG, Carvalho AL, Pinto CAL, Martins EP, Gonçalves-Filho J, Soares FA, Kowalski LP ; Biological markers and prognosis in recurrent oral cancer after salvage surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2008; 137(7):743-749)

3- Wasseem J, Tahwinder U, Aviva P, Andrew R, Zaid H, Michael Vourvachis, Kostas Karavidas, Amrita Jay, Ann Sandison, Gareth J Thomas, Nicholas Kalavrezos and Colin Hopper; Clinicopathological parametes, recurrence, locoregional and distant metastasis in 115 T1-T2 oral squamous cell carcinoma patients. Head & Neck oncology 2010, 2:9.

4- Chedid HM; Franzi AS. Avaliação loco-regional de carcinoma epidermóide de cavidade bucal e orofaringe submetidos a tratamento de resgate; Rev Assoc Med Bras 2008; 54(2): 127-31 São Paulo-SP; Hospital de Heliópolis.

5- Berto JC, Rapoport A, Lehn CN, Cestari Filho GA, Javaroni AC. Relação entre o estadiamento, o tratamento e a sobrevida no câncer da faringe. Rev Col Bras Cir 2006 Jul-Ago;33 (4).

6- Wong LY, Wei WI, Lam LK, et al. Salvage of recurrent head and neck squamous cell carcinoma after primary curative surgery. Head Neck, 2003; 25:953-959.

7- Tan HK, Giger R, Auperin A, et al. Salvage surgery after concomitant chemoradiation in head and neck squamous cell carcinomas-Stratification for postsalvage survival. Head Neck. 2010; 32:139-147.

8- Kernohan MD, Clark JR, GAO k, Ebrahimi A, Milross CG Predicting the prognosis of oral squamous cell carcinoma after first recurrence. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010; 136(12):1235-1239.

9- Borges DML, Sena MF, Ferreira MAF, Roncalli AG. Mortalidade por câncer de boca e condições sócio econômicas no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2): 321-327, 2009.

10- Lopes FF, Cutrim MCFN, Casal CP, Fagundes DM, Montoro LA. Aspectos epidemiológicos e terapêuticos do câncer bucal. Rev Bras Odontol. 2002;59(2):98-9.

11- Gangly I, Kaye SB. Recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck:overview of current therapy and future propects. Ann Oncol 2000; 11:11-6.

12- Kernohan MD, Clark JR, GAO k, Ebrahimi A, Milross CG Predicting the prognosis of oral squamous cell carcinoma after first recurrence. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010; 136(12):1235-1239.

13- Oliveira LR, Silva AR, Zucoloto S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. J Bras Patol Med Lab, v.42; n.5, p. 385-392, 2006.

14- Carvalho MB, Lenzi J, Lehn CN, Fava AS, Amar A, Kanda JL, Walder F, Menezes MB, Franzi AS, Magalhães de MR, Curioni AO, Marcel S Szeliga R, Sobrinho J de A, Rapoport A. Características clínico-epidemiológicas do carcinoma epidermóide de cavidade oral no sexo feminino. Ver Ass Med Basil 2001; 47(3): 208-14.

15- Carvalho AL, Pintos J, Schlecht NF, Oliveira BV, Fava AS, Curado MP, et al. Predictive factors for diagnosis of advanced-stage squamous cell carcinoma of the head and neck. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 2002; 128(3):313-8.

16- De Paula AMB, Cardoso SV, Gomez RS. Imunolocalização das proteínas dos genes supressores de tumores TP53 e p16 CDKN2. no front invasivo do carcinoma epidermóide de cavidade bucal. J Bras Patol Med Lab, v. 42, n. 4, p. 285-291, 2006.

17- Lim YC, Hong HJ, Baek SJ, Park JH, Kim GE, Lee CG, LewvDH, Lee WJ, Choi EC. Combinae surgery and postoperative radiotherapy for oropharyngeal squamous cell carcinoma in Korea: analysis of 110 cases. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2008; 37: 1099-1105.

18- Gangly I, Kaye SB. Recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck:overview of current therapy and future projects. Ann Oncol 2000; 11:11-6.

19- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM. *Classificação de Tumores Malignos*. Traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6ª ed. Rio de Janeiro; 2004.