

# Carcinoma “in situ” de epiglote - A importância do diagnóstico precoce na sobrevivência do paciente

## Relato de Caso

Recebido em 25/06/2009  
Aprovado em 13/07/2009

## Carcinoma “in situ” of Larynx - The Importance of Early Diagnosis Concerning the Survival of the Patient

Pierre Fonseca da Costa<sup>1</sup>, André de Paula Fernandez<sup>2</sup>, Ana Cristina da Costa Martins<sup>3</sup>, Jair de Carvalho e Castro<sup>4</sup>, Gisele Maia Siqueira<sup>5</sup>, Fernando Giordano de Barros<sup>6</sup>

1) Médico (Pós graduando do terceiro ano em otorrinolaringologia)

2) Pós graduado em otorrinolaringologia. (Preceptor da pós graduação em otorrinolaringologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.)

3) Doutorado em Dermatologia-UFRJ (Otorrinolaringologista - FIOCRUZ. Coordenadora da pós graduação de otorrinolaringologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.)

4) Doutorado em otorrinolaringologia pela UNIFESP. (Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.)

5) Pós graduada em otorrinolaringologia. (Otorrinolaringologista.)

6) Médico. (Pós graduando do terceiro ano em otorrinolaringologia.)

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. 2ª Enfermaria - Otorrinolaringologia.

Rua Sta Luzia, 206 - Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 2002002 2<sup>TM</sup> 2ª Enfermaria de Otorrinolaringologia

### RESUMO

**Introdução:** O carcinoma “in situ” de epiglote é em um achado raro por dificilmente desenvolver clínica associada. A região supraglótica, tem seu acometimento associado ao efeito sinérgico do tabaco e álcool. As suas formas mais precoces, carcinoma “in situ” e micro-invasivo, raramente desenvolvem clínica associada, justificando a dificuldade do diagnóstico nessa fase. **Objetivo:** Mostrar a importância do diagnóstico precoce do carcinoma espinho-celular de epiglote, no que se refere a sobrevivência do paciente, bem como nas complicações pós tratamento (cirúrgico e/ou radioterápico). **Relato do caso:** Paciente masculino, 82 anos, não tabagista e não etilista, com quadro de disfagia e odinofagia de longa data associado a lesões ulceroso-fibrinosas em face lingual da epiglote presentes à videolaringoscopia. Região cervical sem linfonodomegalias à palpação. Biopsia em Centro cirúrgico com laudo histopatológico de carcinoma “in situ”. **Conclusão:** Oferecer ao paciente cura de sua doença, bem como qualidade de vida com o melhor de tratamento possível, vem sendo a cada dia o objetivo da medicina moderna. Por isso devemos nos atentar para quaisquer queixas e achados ao exame do paciente para que intervenhamos o quanto antes, permitindo a ele, se livrar de complicações sérias causadas por procedimentos como cirurgia e radiação.

**Descritores:** Neoplasias Laríngeas, Carcinoma de Células Escamosas, Carcinoma in Situ

### ABSTRACT

**Introduction:** The larynx carcinoma “in situ” is a rare disease. The reason why the supraglottic region is affected is due to the union of the tobacco and alcohol risks. In this early stage, the absence of complaints makes an early diagnosis very difficult. **Aim:** To show the importance of an early diagnosis concerning the larynx cancer and its implications in Case report: An 82 year old patient, with no historical abuse of tobacco and alcohol, reports pain and difficulty swallowing during the last few weeks. After laryngoscopy, evidences of ulcerous-fibrinosis lesions in the lingual face of the epiglottis suggested an tumorous implication. No evidence of linfonodal metastasis was found. **Biospis** reveals carcinoma “in situ”. **Conclusion:** The modern medicine targets an early cure by providing reasonable treatment without infliction or damages in the quality of life. Therefore, any complaints should be increased in value, to avoid any further complications during the post operative period.

**Keywords:** Laryngeal Neoplasms, Squamous Cell Carcinoma, Carcinoma in Situ

## INTRODUÇÃO

Os cânceres da laringe correspondem de 1 a 5 % das malignidades, sendo registrados em 2002, 160.000 novos casos no mundo inteiro e, atribuído a estes, 60000 mortes<sup>1</sup>. Em cerca de 90% dos tumores malignos de laringe, encontramos o carcinoma espino-celular acometendo preferencialmente, como tumor primário, o andar glótico, seguido pelo supraglótico e, mais raramente, o andar subglótico<sup>2</sup>. As suas formas mais precoces, carcinoma “in situ” e micro-invasivo, são caracterizados por não acometer a membrana basal do epitélio ou acometer sem ultrapassar a membrana basal. Raramente desenvolvem clínica associada<sup>1</sup>, justificando a dificuldade do diagnóstico nessa fase. A proporção das lesões em estágios iniciais são maiores entre os carcinomas glóticos comparados aos supraglóticos, que apresentam-se mais comumente com metástases em linfonodos cervicais<sup>3</sup>.

Por sua localização, a própria doença e o tratamento do tumor podem afetar as funções da laringe, incluindo a fala, deglutição e respiração<sup>1</sup>. As neoplasias laríngeas são menos comuns em mulheres que em homens. Estes tem risco 30 vezes maior para doença que as mulheres. A idade também é fator de risco, sendo maior o número de diagnóstico em pacientes entre 60 e 74 anos de idade. Estudos mostram que 97 % dos pacientes com carcinoma de laringe fumam, mostrando sinergia, quando associado ao consumo de álcool, aumentando o risco em até 100 vezes em indivíduos que tem os dois hábitos. Deficiência dietética, exposição a radiação, infecção por HPV e refluxo gastroesofágico são outros fatores associado a carcinoma espino-celular de laringe<sup>1</sup>.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

A.C., 82 anos, pardo, aposentado, natural do Rio de Janeiro, procurou o Serviço de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no mês de Março de 2007 com história de odinofagia e disfagia intensas iniciadas de modo progressivo, com 30 dias de evolução, inicialmente para líquidos gaseificados (principalmente refrigerantes) e depois para alimentos semi-pastosos (especialmente aqueles condimentados). Apresentava-se ainda com adinamia, prostração, hiporexia, tosse seca e pequena perda ponderal (não quantificada). Em sua história médica pregressa, apresentava hipertensão arterial sistêmica em tratamento regular com atenolol, hidroclorotiazida e enalapril. Ausência de diabetes mellitus, tabagismo e etilismo crônicos, doenças granulomatosas prévias, doenças gastrintestinais e história familiar de neoplasias.

O exame otorrinolaringológico não evidenciou nenhuma alteração à orofaringoscopia, à otoscopia ou à rinoscopia anterior. À videolaringoscopia, evidenciou-se epiglote difusamente edemaciada com lesões ulcerosas recobertas por fibrina na face lingual da epiglote, mais evidentes à direita. (figura 1).

A mobilidade laríngea encontrava-se preservada, assim como pregas vocais com coloração normal e bordos lisos. Durante a palpação cervical, não foi encontrado linfonodomegalia. Baseado nas hipóteses diagnósticas de doenças granulomatosas e tumores laríngeos, programou-se biópsia



Figura 1 – Epiglote difusamente edemaciada com lesões ulcerosas recobertas por fibrina na face lingual da epiglote, mais evidentes à direita.

da região de epiglote em centro cirúrgico, com envio do material (03 amostras) para histopatológico. Foi solicitado ainda FAN, sorologias para Citomegalovirus e Herpes simplex, VDRL, FTABS e Monoteste, que negativaram-se para IgM. As primeiras amostras do material coletado apresentaram laudo histopatológico inconclusivo (mucosa revestida por epitélio escamoso estratificado exibindo trechos de ulceração e displasia acentuada, densa infiltração linfoplasmocitária, ausência de alterações citológicas compatíveis com infecção viral).

Deste modo, programou-se outra biópsia para 30 dias, mantendo o cuidado de avaliação regular do paciente. Laringoscopias semanais não mostraram involução da doença. A nova biópsia da epiglote revelou alterações que caracterizam Carcinoma “in situ”, não sendo evidenciado constatação de invasão neoplásica no córion. (Figura 2). O tumor de laringe foi, então, classificado em Tis, seguindo as normas internacionais TNM.

Como conduta, encaminhou-se o paciente para o Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Rio de Janeiro para tratamento definitivo e posterior acompanhamento.

## DISCUSSÃO

A supraglote estende-se da ponta da epiglote até o nível das pregas vestibulares, compreendendo sublocais como as pregas ariepiglóticas e aritenóides. Enquanto que a supraglote se desenvolve a partir dos 3º e 4º arcos branquiais, a glote e a subglote desenvolvem-se a partir do 5º e 6º arcos branquiais, o que explica o comportamento mais agressivo e com maiores índices de metástases linfonodais regionais à época do diagnóstico.

A supraglote drena para o território linfático sub-digástricos e jugulares superiores e médios (níveis II e III)<sup>8</sup> bilateralmente, o que é muito importante, pois 25% a 50 % dos cânceres supraglóticos já possuem metástase linfonodal precocemente.

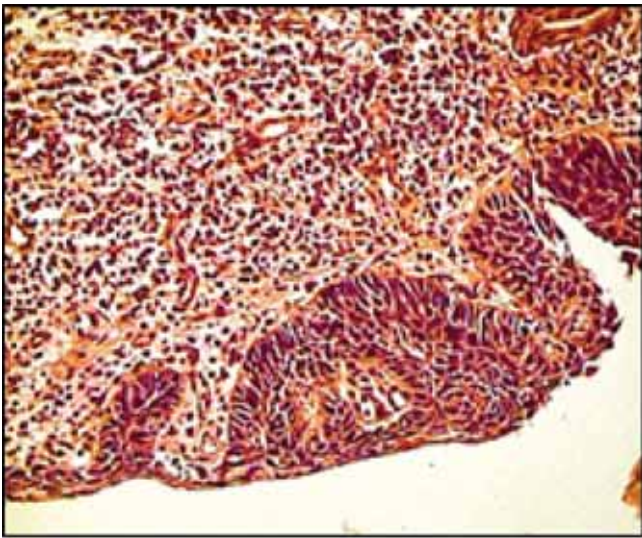


Figura 2 – Atipias com metaplasia escamosa em epitélio pseudo-estratificado, sem invasão do córion (caracterizando carcinoma in situ).

Os espaços pré-epiglóticos e paraglóticos tornam-se pontos de extensão para estruturas adjacentes laterais e inferiores, podendo modificar a classificação inicial do tumor glótico para transglótico<sup>4</sup>.

Carcinomas supraglóticos produzem menos sintomatologia precoce que os de localização glótica e subglótica.<sup>6</sup> Os sintomas mais comuns do câncer supraglótico incluem disfagia e odinofagia, presentes no momento diagnóstico do caso apresentado, além de disфония e massa cervical a palpação do pescoço. Também podem ser encontrados, quadros de hemoptises, tosse crônica, otalgia reflexa e estridor respiratório. O caso apresentado mostra um acometimento da supraglote por carcinoma “in situ” - Tis N0M0. (Classificação Internacional TNM). Nessa fase da doença existem 79,8% de sobrevida em cinco anos de acompanhamento, com taxa de recorrência de 27,8%, sendo menor em estágios iniciais do que naqueles casos mais avançados<sup>7</sup>.

Nos primeiros indícios de acometimento tumoral laríngeo, deve-se perpetrar exame completo otorrinolaringológico, incluindo palpação cervical (em busca de comprometimento linfonodal), exames complementares laboratoriais, endoscopia laríngea, nasal e aerodigestiva (em busca de segundo tumores primários), além de raio X de tórax (metástases pulmonar), tomografia computadorizada de laringe e possivelmente ressonância nuclear magnética (para avaliação de

extensão do câncer para espaços adjacentes, assim como acometimento linfonodal). A biópsia deve ser realizada através de laringoscopia direta em centro cirúrgico, com envio do material coletado seguindo normas de armazenamento. A seleção das modalidades terapêuticas salientam-se em vários fatores: tamanho e sítio do tumor, estadiamento, condições gerais e a experiência do médico, assim como a escolha pessoal do paciente. Porém não se deve esquecer da possibilidade de metástases ocultas.

O tratamento dos cânceres supraglóticos em estágios iniciais se divide em medidas clínicas e/ou cirúrgicas, incluindo radioterapia, laringectomia supraglótica ou a combinação dos dois. A radioterapia como opção inicial, é indicada para pacientes com estágio precoce da doença e pode ser um boa opção adjuvante naqueles que possuem contra indicações a realização da cirurgia, assim como naqueles que tem alto risco de recorrência, mesmo após a realização de laringectomia<sup>5</sup>. No entanto, podem evoluir com complicações como xerostomia, disfagia, disфония, hipersecreção mucosa, condro-necrose de laringe, mielite transversa e edema laríngeo com possível obstrução de vias aéreas.

No tratamento cirúrgico dessas lesões, a ressecção isolada da mucosa acometida já é adequada, preservando-se os tecidos profundos adjacentes. A laringectomia supraglótica clássica para os tumores precoces dessas estruturas tem sido substituída nos últimos anos por tratamento com laser cirúrgico (CO<sub>2</sub>), dando preferência às ressecções endoscópicas (epiglotectomia, ressecção de banda ventricular etc) com controle histológico das margens cirúrgicas por congelação em sala de centro cirúrgico. As principais complicações dessa técnica são sangramento e estenose local.

Na ressecção clássica, os pacientes apresentam certo grau de aspiração (40-70% dos casos)<sup>1</sup> e dificuldade inicial de deglutição, pois perdem grande parte das estruturas esfinceterianas da laringe.

Com o desenvolvimento das cirurgias endoscópicas, consegue-se cada vez mais reduzir a perda dessas estruturas, minimizando os riscos de aspiração<sup>2</sup>.

## CONCLUSÃO

Oferecer ao paciente cura de sua doença, bem como qualidade de vida com o melhor tratamento possível, vem sendo a cada dia o objetivo da medicina moderna. Por isso, devemos nos atentar para quaisquer queixas e achados ao exame do paciente para que intervenhamos o quanto antes, com o intuito de se evitar complicações sérias causadas por procedimentos como cirurgia e radiação.

## FONTES CONSULTADAS

- Hornig JD, Wilhoit C, Sonne JE, Supraglottic Cancer. Disponível em: www.emedicine.com
- Sennes LU, Tsuji DH, Guimarães RR, Câncer de Laringe: Diagnóstico e Tratamento. 1998; 2; 2- Abr/Jun; Artigo Original
- Raitiola H, Pukander J, Laippala P. Glottic and Supraglottic Laryngeal Carcinoma: Differences in Epidemiology, Clinical Characteristics and Prognosis; Vol 119; 1999; 847 - 851
- Calzada G., Supraglottic Carcinoma February 24, 2005 Houston, Texas. Disponível em: www.bcm.edu
- Ljumanovi R, Langendijk JA, Schenk B, Wattingen MV, Knol DL, Leemans CR, Castelijns JA, Supraglottic Carcinoma Treated with Curative Radiation Therapy: Identification of Prognostic Groups with MR Imaging. Disponível em: www.emedicine.com
- Hinerman RW, Mendenhall WM, Amdur RJ, Villaret DB, Robbins T. Early Laryngeal Cancer. Current Science, Current Treatment Options in Oncology 2002, 3:3-9
- Motohiro W, Kumiko S, Hiroyuki M, Junji M, Akira I. Regional Recurrence in Supraglottic Carcinoma. Larynx Japan Journal; 13; 1; 5-10(2001)
- Pontes PAL, Brasil OOC., Melo ECMT. Tratado de Otorrinolaringologia. 1ª ed. São Paulo: Editora Roca; 2003, 4, 134