

Novo paradigma oncológico da cirurgia de cabeça e pescoço

New oncologic paradigm in head and neck surgery

ECBC-SP ABRÃO RAPOPORT*

A cirurgia de cabeça e pescoço desde seus primórdios com Crile em 1906, foi conduzida pela metodologia apoiada em critérios oncológicos morfológicos e clínicos. O decorrer do século XX demonstrou que a sua associação com a radioterapia e a quimioterapia era mandatória, considerados os resultados de sobrevida global e livre de doença pouco satisfatórios.

Entretanto, com a chegada dos avanços tecnológicos de imagens (Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética e PET CT) no século XXI, pode-se constatar que as terapêuticas disponíveis mereciam uma nova abordagem, quando considerados parâmetros de biologia molecular previamente ao início do tratamento da doença neoplásica. Esta, em sua maioria constituída de carcinoma epidermóide (90% dos casos), mostrava-se de comportamento de disseminação loco-regional, recidivando no seguimento tanto na localização primária quanto no pescoço (uni ou bilateralmente). Outra variável a ser considerada é o aparecimento do 2º tumor após o 5º ano de sobrevida, tempo este considerado no critério de "cura" historicamente aceito nas neoplasias malignas de cabeça e pescoço.

Assim, após a constatação do sucesso terapêutico limitado, começou-se a considerar as características moleculares das neoplasias ao lado das causas de recidiva precoce do câncer das vias aerodigestivas superiores.

Como estabelecer um novo escopo terapêutico a partir dos novos conhecimentos incorporados no novo século?

A tomografia por emissão de positrons (PET-CT) vem se configurando como arma de grande valor na detecção e no acompanhamento das neoplasias malignas de cabeça e pescoço. Isto é decorrente da potencial ação complementar ou sinérgica dos métodos funcional (PET) e do morfológico (CT), onde esta associação, apesar de não substituir os demais métodos, deverá ocupar seu lugar nos protocolos diagnósticos em situações específicas. Todavia, além do custo elevado do método, a escolha do radiofármaco F-fluor-deoxi-2-glicose ou FDG em uso ou

outros ainda em teste, o método passa pela sua fase de alocação ainda restrita aos grandes centros.

Assim, se os novos métodos de imagem podem ser considerados como mandatórios no planejamento terapêutico nos estádios iniciais (I e II), para dar suporte à cirurgia quanto à radioterapia, nos estádios avançados (III e IV), há que se considerar a sinergia do anticorpo monoclonal (Cetoximab) ao Paclitaxel e Carboplatin e o hiperfracionamento radioterápico.

Isto nos permite considerar novos protocolos terapêuticos onde o método cirúrgico estará protegido por drogas neoplásicas potentes e métodos irradiantes, que permitirão alcançarmos longos períodos de sobrevida global e livre de doença.

Finalmente, considerado o predomínio das neoplasias epidermóides em cabeça e pescoço, de evolução loco-regional, a possibilidade da recidiva local e regional para o pescoço deve ser considerada. Se a lesão primária recidivada permite uma abordagem ainda cirúrgica, a disseminação metastática no pescoço merece uma atenção especial. Há necessidade de refletirmos sobre o significado do linfonodo metastático no prognóstico do paciente com neoplasia maligna de cabeça e pescoço. Nesta fase evolutiva, o protocolo histórico consagrava a associação cirúrgico-radioterápico como a de eleição, possibilitando uma sobrevida ainda que razoável, mas somente de 2 a 3 anos. Todavia, na última década, novos protocolos quimioterápicos e drogas biológicas merecem a nossa atenção, no sentido da melhoria dos pacientes.

Assim, torna-se inadiável a implementação de um novo modelo terapêutico, onde o planejamento prévio deva ser suportado pelo diagnóstico precoce ao lado da definição real da fase evolutiva da neoplasia de cabeça e pescoço a ser tratada.

* Prof. Livre Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Diretor Técnico de Departamento de Saúde do Hospital Heliópolis, São Paulo).