

## CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PALATO MOLE - RELATO DE TRATAMENTO NÃO CONVENCIONAL COM RADIAÇÃO: EXTERNA (IMRT) E BRAQUITERAPIA (HDR)

*SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE SOFT PALATE - AN UNCONVENTIONAL RADIOTHERAPY TREATMENT REPORT: EXTERNAL (IMRT) AND BRACHYTHERAPY (HDR)*

Gustavo Nader Marta<sup>1</sup>, Samir Abdallah Hanna<sup>2</sup>, João Luis Fernandes da Silva<sup>3</sup>

### RESUMO

O carcinoma epidermoide de palato mole (CEPM) é uma neoplasia de baixa prevalência que representa a minoria dos tumores que podem acometer a orofaringe. Quando diagnosticados em estádios iniciais, as opções de radioterapia ou cirurgia são aventadas para abordagem terapêutica com taxas de controle locoregional e sobrevida semelhantes. Este estudo tem como objetivo: relatar o caso de um paciente encaminhado ao Departamento de Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês com diagnóstico de CEPM e tratado de forma curativa com radioterapia (teleterapia com técnica de modulação de intensidade de feixe e braquiterapia de altas doses com irídio -192).  
Descritores: carcinoma de células escamosas, palato mole, radioterapia, braquiterapia.

### ABSTRACT

Squamous cell carcinoma of the soft palate (SCCSP) is a low-prevalence neoplasm which represents the minority of tumors that may affect the oropharynx. When diagnosed in its early stage, radiotherapy or surgery are suggested as a therapeutic approach with similar rates of locoregional control and survival. This study aims at reporting the case of a patient sent to the Department of Radiation of the Sírio Libanês Hospital with a diagnosis of SCCSP and treated with curative radiotherapy (teletherapy technique with intensity modulated beam and high dose breach therapy with iridium -192).  
Keywords: squamous cell carcinoma, soft palate, radiotherapy, brachytherapy.

### INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermoide de palato mole (CEPM) é uma neoplasia de baixa prevalência e representa cerca de 15% dos tumores da orofaringe. Acomete, geralmente, homens e mulheres de elevada faixa etária (em média 62 anos) em uma proporção de 3:1 (há estudos que sugerem razão de 7,4:1).<sup>1,2,3</sup>

Clinicamente, a presença de metástase para as cadeias linfonodais cervicais pode ser constatada na primeira consulta em até 54% dos casos relatados; metástases a distância, em 10%.<sup>4,5,6</sup> A abordagem terapêutica adotada por muitas instituições para o paciente com diagnóstico de CEPM em estádios clínicos iniciais é a monoterapia com radioterapia, devido à menor morbidade associada após procedimento quando comparada à cirurgia.<sup>7,8,9</sup>

O presente estudo tem o objetivo de descrever, através de um relato de caso, a técnica de tratamento efetuada em um paciente portador de um CEPM submetido, de forma curativa, à radioterapia (combinação de teleterapia e braquiterapia).

### RELATO DE CASO

Paciente de 61 anos, masculino, branco, viúvo, advogado. Natural de Santana do Livramento (RS), procedente de São Paulo (SP). Foi encaminhado pelo cirurgião de cabeça e pescoço ao Departamento de Radioterapia do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês para avaliação de uma lesão em palato mole já biopsiada. Queixava-se da existência de desconforto ao deglutir há dois meses, além de ardor ao ingerir alimentos sólidos. Sem relato de disfagia.

Diabético e hipertenso há dez anos, com diagnóstico de artrose em joelhos há oito anos, foi submetido a nefrectomia devido a nefrolitíase em 1998. Negou tabagismo. Etilista moderado.

À oroscopia, verificou-se uma lesão enantematosa, plana, não ulcerada e não vegetante, acometendo toda superfície do palato mole, se estendendo para ambas as pregas salpingopalatinas anteriores. À palpação a lesão não era dolorosa nem sangrante. Presença de tártaro nos dentes, que se encontravam em regular estado de conservação. Ao exame clínico não havia linfonodos cervicais palpáveis ou outra lesão cutânea ou mucosa. A tomografia computadorizada (TC) da região cérvico-facial não demonstrou achados significativos.

O exame anatomopatológico da biópsia previamente realizada (18/11/2008) demonstrou à macroscopia: três fragmentos teciduais irregulares, medindo entre 0,2 e 0,5 cm, de coloração acastanhada e consistência macia aos cortes; microscopia: fragmentos de mucosa malpighiana exibindo neoplasia epitelial caracterizada por despolarização nuclear, com anisocariose, hiper Cromasia, nucléolos evidentes, citoplasma amplo e eosinofílico e algumas mitoses. Há sinais de queratinização. O córion exhibe infiltrado inflamatório linfomononuclear moderado, irregularmente distribuído, e hemorragia intersticial. Não se evidencia invasão inequívoca do córion nesse material. Presença ainda de grãos comensais de *Actinomyces sp.*

O diagnóstico obtido foi carcinoma espinocelular *in situ* em mucosa malpighiana, porém a amostra não permitiu excluir a possibilidade de neoplasia invasiva.

A revisão de lâmina (09/12/2008) confirmou a presença de carcinoma epidermoide invasivo grau I histológico. Neoplasia na maior parte intraepitelial, com área focal de invasão superficial do córion mucoso. Invasão vascular não detectada.

### Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 4, p. 20-23, 2010

1. Médico residente em Radioterapia do Centro de Oncologia - Hospital Sírio-Libanês

2. Médico assistente e preceptor do Depto. de Radioterapia do Centro de Oncologia - Hospital Sírio-Libanês

3. Médico coordenador do Depto. de Radioterapia do Centro de Oncologia - Hospital Sírio-Libanês

Recebido em 26/1/2010. Aceito para publicação em 15/7/2010.

Contato: gnmarta@uol.com.br

O procedimento terapêutico programado foi dividido em duas fases. A primeira (período de 27/01/2009 a 03/03/2009) consistiu em realizar radioterapia com técnica tridimensional com modulação da intensidade do feixe (IMRT).

Para o planejamento, o paciente foi imobilizado em decúbito dorsal com abaixador de ombros. Confeccionou-se

uma máscara termoplástica com a finalidade de garantir a reprodutibilidade diária no tratamento. Além disso, foi elaborado, juntamente com o Departamento de Medicina Bucal, um acessório para afastar o soalho de boca e língua do palato do paciente, facilitando a proteção dessas estruturas durante o tratamento (Figura 1).



Figura 1. Acessório para afastar o soalho de boca e língua do palato do paciente

A dose diária prescrita foi 2 Gy perfazendo um total de 50 Gy. O volume-alvo pré-definido no planejamento foi o palato, o arco facial e as lojas amigdalianas, além dos níveis linfonodais

cervicais 2 e 3 bilateralmente devido à extensão tumoral rumo às pregas salpingopalatinas e sua consequente implicação em maior chance de acometimento linfonodal (Figura 2).

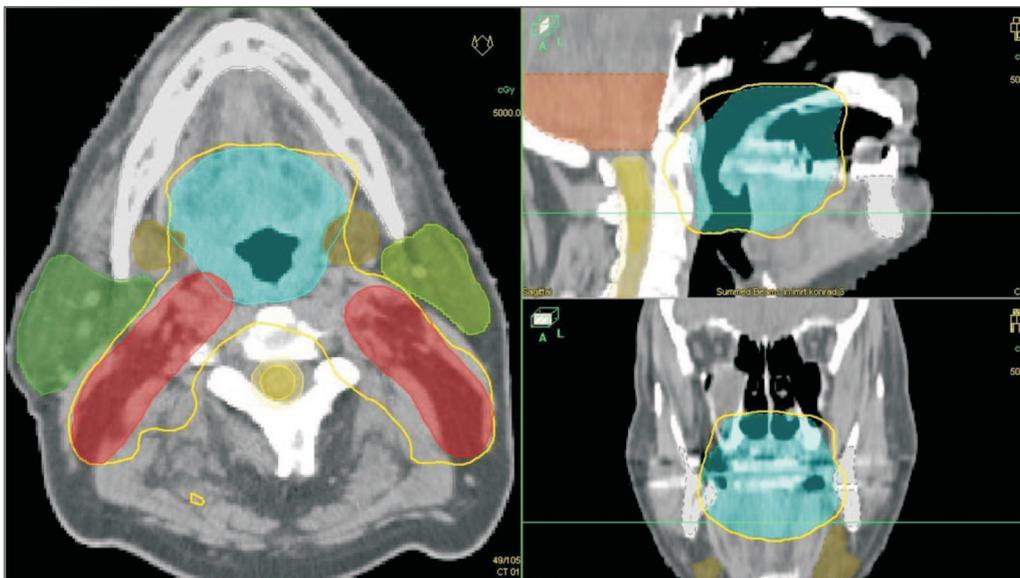


Figura 2. O volume-alvo de tratamento da teleterapia com a técnica de radioterapia com intensidade modulada de feixes (IMRT)

Durante o planejamento procurou-se respeitar os seguintes parâmetros nos órgãos de risco: (a) parótidas: dose média < 26 Gy; (b) ossos da face: dose máxima < 70 Gy; (c) articulações temporomandibulares: dose máxima < 60 Gy; (d) cócleas: dose média < 45 Gy; (e) sistema nervoso central: dose máxima < 54 Gy; (f) medula espinal: dose máxima < 45 Gy; (g) laringe: dose máxima < 70 Gy. Além disso, procurou-se manter homogeneidade de dose entre -5% e +7% dentro do volume de tratamento.

A segunda etapa (período de 10/03/2009 a 17/03/2009) consistiu na realização de braquiterapia temporária de alta taxa de dose, com implante de irídio - 192. Para isso foi preparado um aparato que posiciona os aplicadores (cateteres por onde passa o material radioativo) estrategicamente próximos ao

tumor e que, ao mesmo tempo, protege o soalho de boca e língua do paciente da irradiação - chamando o método de braquiterapia de contato. Esse instrumento é uma adaptação do acessório construído para o tratamento de radioterapia externa (Figura 3). A dose prescrita foi administrada em seis inserções diárias de 3 Gy (total 18 Gy).

Durante todo o tratamento, o paciente foi acompanhado pelo Departamento de Medicina Bucal que realizou laserterapia para prevenção de mucosite de cavidade oral. Entretanto, apresentou xerostomia grau II, mucosite grau II e disfagia grau II (segundo os critérios da Radiation Therapy Oncology Group - RTOG), além de infecção fúngica tratada com fluconazol (Figura 4).

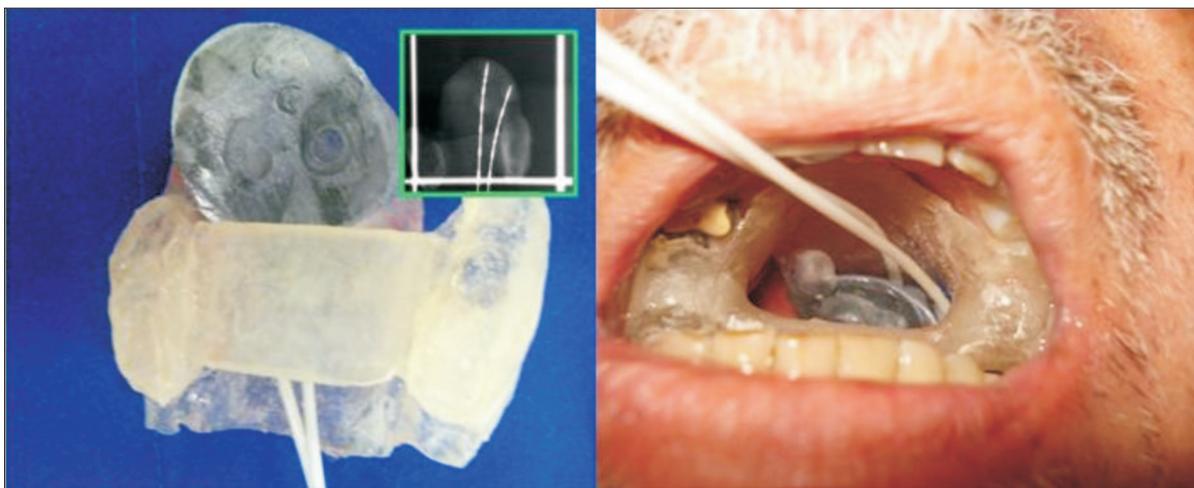


Figura 3. Instrumento utilizado para a realização da braquiterapia



Figura 4. Mucosite grau II após braquiterapia

Por se tratar de um caso recente, o paciente tem um seguimento curto no qual não apresenta sinais de recidiva locorregional ou à distância.

## DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, a terapêutica do CEPM apresentou evolução significativa. Para os tumores em estádios iniciais, tanto a cirurgia quanto a radioterapia são opções de tratamento que apresentam resultados semelhantes em relação às taxas de controle locorregional e sobrevida. Entretanto, a radioterapia tem sido o padrão utilizado por muitos serviços em função da significativa probabilidade de comprometimento da funcionalidade da fala e deglutição nos pacientes submetidos a cirurgia.<sup>8,9</sup>

No âmbito da radioterapia, o surgimento de novos equipamentos possibilitou a utilização da TC, ressonância nuclear magnética e/ou PET scan no planejamento terapêutico dos pacientes. Com isso, desenvolveram-se as técnicas de radioterapia conformacional, radiocirurgia estereotáctica e terapia de intensidade modulada (IMRT), possibilitando utilizar a irradiação de maneira mais concentrada e intensa, com maior preservação dos tecidos sadios adjacentes ao tumor e subsequente diminuição dos efeitos colaterais.<sup>10,11,12</sup>

No caso descrito, além da IMRT, optou-se por realizar, subsequentemente, braquiterapia de alta dose com implante de irídio - 192, objetivando oferecer tratamento mais localizado à lesão tumoral. Assim, conseguiu-se diminuir a toxicidade em tecidos adjacentes e aumentar a dose no volume alvo planejado. Apesar do uso dessa associação não ser habitual, a sua realização está amplamente amparada por publicações internacionais.<sup>13,14,15</sup>

A falta de padronização nas condutas dos pacientes portadores de CEPM se deve ao escasso número de estudos presentes na literatura, os quais não demonstram evidências clínicas contundentes da melhor forma de tratamento.

Acreditamos que a melhor opção terapêutica nos casos iniciais de CEPM seja a realização, quando disponível, de IMRT seguida ou não de braquiterapia de altas taxas de dose. Não menos importante, a fim de se obter melhor qualidade de vida durante e após tratamento, a abordagem multidisciplinar com a medicina bucal deve ser estimulada e aplicada a todos os pacientes.

## REFERÊNCIAS

- Barnes L, Johnson JT. Pathologic and clinical considerations in the evaluation of major head and neck specimens resected for cancer. Part I. *Pathol Annu.* 1986; 21 Pt 1:173-250.
- Weber RS, Peters LJ, Wolf P, Guillaumondegui O. Squamous cell carcinoma of the soft palate, uvula, and anterior faucial pillar. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988; 99(1):16-23.
- Rao DN, Shroff PD, Chattopadhyay G, Dinshaw KA. Survival analysis of 5595 head and neck cancers--results of conventional treatment in a high-risk population. *Br J Cancer.* 1998; 77(9):1514-8.
- Medini E, Medini A, Gapany M, Levitt SH. External beam radiation therapy for squamous cell carcinoma of the soft palate. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1997; 38(3):507-11.
- Mak-Kregar S, Keus RB, Balm AJ, Hilgers FJ. Carcinoma of the soft palate and the posterior oropharyngeal wall. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1994; 19(1):22-7.
- Erkal HS, Serin M, Amdur RJ, Villaret DB, Stringer SP, Mendenhall WM. Squamous cell carcinomas of the soft palate treated with radiation therapy alone or followed by planned neck dissection. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2001; 50(2):359-66.
- Brown JS, Rogers SN, Lowe D. A comparison of tongue and soft palate squamous cell carcinoma treated by primary surgery in terms of survival and quality of life outcomes. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006; 35(3):208-14.
- Le Scodan R, Pommier P, Ardiet JM, Montbarbon X, Malet C, Favrel V, Zrounba P, Poupard M, Céruse P, Ferlay C, Clippe S. Exclusive brachytherapy for T1 and T2 squamous cell carcinomas of the velotonsillar area: results in 44 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005; 63(2):441-8.
- Selek U, Garden AS, Morrison WH, El-Naggar AK, Rosenthal DI, Ang KK. Radiation therapy for early-stage carcinoma of the oropharynx. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2004; 59(3):743-51.
- Bourhis J, Overgaard J, Audry H, Ang KK, Saunders M, Bernier J, Horiot JC, Le Maître A, Pajak TF, Poulsen MG, O'Sullivan B, Dobrowsky W, Hliniak A, Skladowski K, Hay JH, Pinto LH, Fallai C, Fu KK, Sylvester R, Pignon JP; Meta-Analysis of Radiotherapy in Carcinomas of Head and neck (MARCH) Collaborative Group. Hyperfractionated or accelerated radiotherapy in head and neck cancer: a meta-analysis. *Lancet.* 2006; 368(9538):843-54.
- Fallai C, Bolner A, Signor M, Gava A, Franchin G, Ponticelli P, Taino R, Rossi F, Ardizzio A, Oggioni M, Crispino S, Olmi P. Long-term results of conventional radiotherapy versus accelerated hyperfractionated radiotherapy versus concomitant radiotherapy and chemotherapy in locoregionally advanced carcinoma of the oropharynx. *Tumori.* 2006; 92(1):41-54.
- Budach W, Hehr T, Budach V, Belka C, Dietz K. A meta-analysis of hyperfractionated and accelerated radiotherapy and combined chemotherapy and radiotherapy regimens in unresected locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *BMC Cancer.* 2006; 31:28.
- Bradford CR, Eisbruch FA, Worden FP. Treatment of early (stage I and II) head and neck cancer: The oropharynx [Internet] [acesso em 20 jan. 2010]. Disponível em: [http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=head\\_can/7120&linkTitle=Soft%20palate%20cancer&source=preview&selectedTitle=2~150&anchor=4#4](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=head_can/7120&linkTitle=Soft%20palate%20cancer&source=preview&selectedTitle=2~150&anchor=4#4).
- National Comprehensive Cancer Network. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Head and Neck Cancers [Internet] [acesso em 20 jan. 2010]. Disponível em: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).
- Patra NB, Goswami J, Basu S, Chatterjee K, Sarkar SK. Outcomes of high dose rate interstitial boost brachytherapy after external beam radiation therapy in head and neck cancer--An Indian (single institutional) learning experience. *Brachytherapy.* 2009; 8(2):248-54.