



A.C.Camargo Cancer Center

Centro Integrado de Diagnóstico, Tratamento, Ensino e Pesquisa

*Centro de
Referência*

*em Tumores de
Cabeça e Pescoço
**Câncer de
Glândulas Salivares***

Índice

Introdução

Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço: O cuidado integrado e multidisciplinar desde a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do paciente	03
---	----

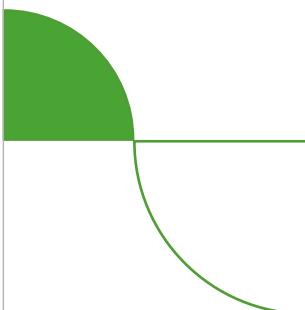
Diagnóstico

Entendendo seu diagnóstico	06
Fatores de risco	08
Conheça os sintomas	08
Exames diagnósticos	09
Estadiamento	10

Tratamento

Entendendo o tratamento	12
Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento	13
Radioterapia	15
Tratamento sistêmico	17

Direitos do paciente com câncer	19
---------------------------------	----



*Centro de Referência em
Tumores de Cabeça e Pescoço:
O cuidado integrado e multidisciplinar desde
a prevenção, o diagnóstico, o tratamento
e a reabilitação do paciente.*

De acordo com dados do Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), em 2018, foram diagnosticados 52.799 casos de tumores de glândulas salivares ao redor do mundo, sendo 22.256 em homens e 23.543 em mulheres.

Combater o câncer é uma causa da humanidade. É a nossa causa.

A integração de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa do câncer é o modelo que adotamos no A.C. Camargo Cancer Center, assim como já é adotado nos principais *Cancer Centers* do mundo. Uma evolução do conceito de saúde em oncologia para melhorar constantemente o combate à doença: o paciente é avaliado por um grupo multidisciplinar de especialistas em todas as etapas, desde o diagnóstico até a reabilitação.

Uma visão global e personalizada, porque cada paciente é único. Os atendimentos são segmentados de acordo com cada tipo de tumor. Assim, os pacientes de Tumores de Cabeça e Pescoço são atendidos no Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço, consolidado por profissionais de diferentes especialidades, como cirurgião de cabeça e pescoço, anestesista, oncologista clínico, radioterapeuta, entre outros.

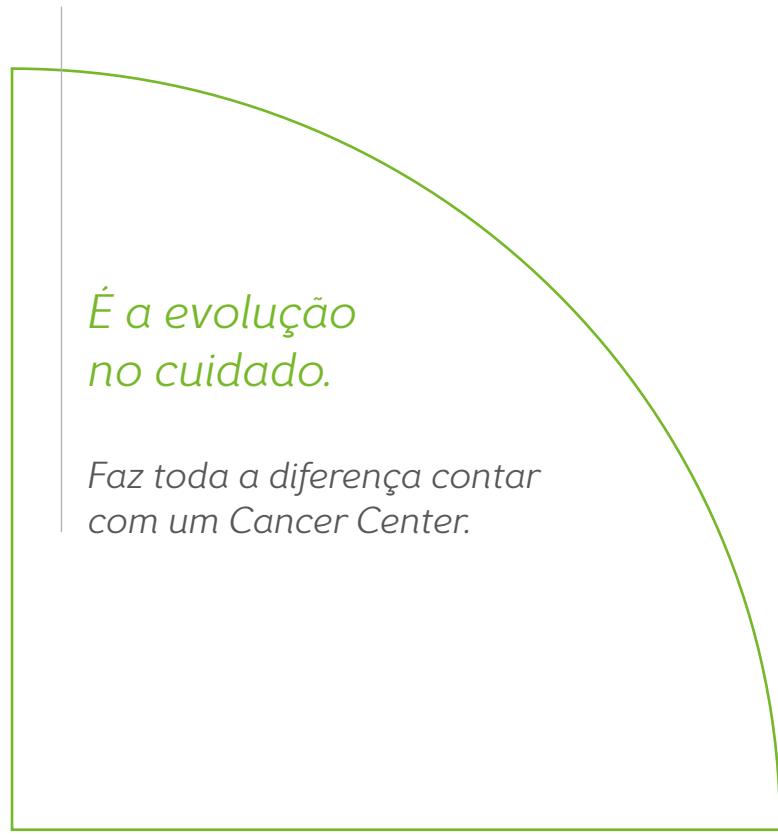
Como funciona: desde o primeiro contato, você será atendido por um especialista em câncer de Cabeça e Pescoço e direcionado para o enfermeiro navegador, um profissional

que vai orientá-lo e acompanhá-lo durante toda a sua jornada de cuidados.

O tratamento é definido em conjunto pela equipe multidisciplinar e considera todas as informações de cada paciente. É o tratamento pensado para você. Dependendo do caso, vai envolver várias equipes, como Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia Clínica, Radioterapia, Fisioterapia, Nutrição, Psico-oncologia, Serviço Social, entre outras. Para a discussão de casos que fogem do padrão, temos os *Tumor Boards* - fóruns com especialistas de várias áreas que vão decidir a conduta terapêutica mais adequada.

Todos os profissionais envolvidos no atendimento têm pleno conhecimento dos procedimentos a serem realizados. Essa visão do todo aumenta as expectativas de cura, otimiza o custo do tratamento e também facilita a vida do paciente, porque ele precisa vir menos vezes à unidade e a agenda é coordenada de modo a agrupar as consultas e os exames. Oferecemos o que você precisa com a melhor qualidade e no menor tempo.

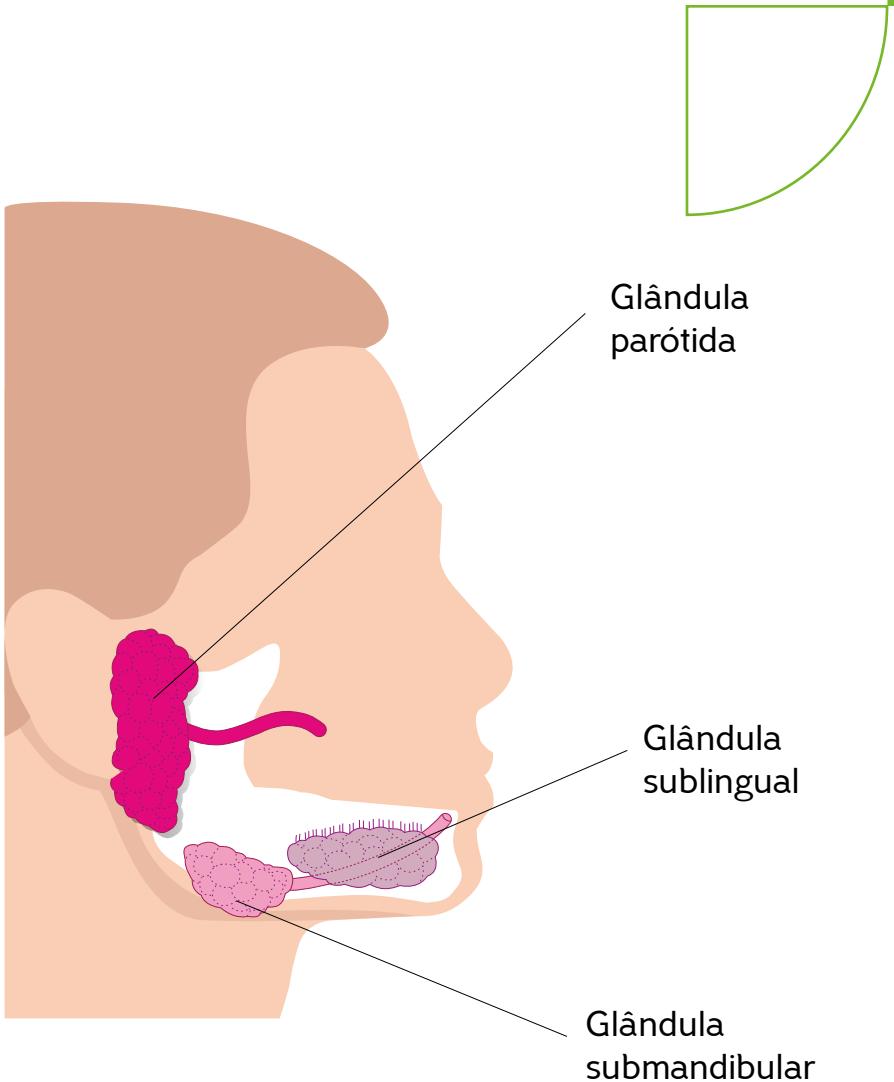
Sua jornada será em um espaço acolhedor, visual leve e agradável, pensado para humanizar o atendimento desde a recepção até os leitos. Uma experiência mais positiva: você poderá fazer seus exames, confirmar diagnósticos e ter definido seu tratamento em um único lugar.



*É a evolução
no cuidado.*

*Faz toda a diferença contar
com um Cancer Center.*

Entendendo o diagnóstico



As glândulas salivares são tecidos especializados na produção e secreção de saliva, que lubrifica a boca e a garganta, contendo enzimas que dão início ao processo de digestão dos alimentos, anticorpos e outras substâncias que ajudam a prevenir infecções desses órgãos.

Há dois tipos de glândulas salivares, as maiores e as menores. Existem três conjuntos de glândulas salivares maiores em cada lado do rosto e pescoço: as parótidas, as submandibulares e as sublinguais. As parótidas, que ficam logo à frente das orelhas, são as maiores de todas e sete em cada dez casos de tumores das glândulas salivares começam nessas glândulas. Na maioria dos casos os tumores são benignos, mas é onde ocorre a maior parte dos casos de câncer das glândulas salivares. As submandibulares, que ficam abaixo da mandíbula, são menores e produzem saliva que sai na boca debaixo da língua. Entre 10% e 20% dos tumores das glândulas salivares ocorrem nas submandibulares e, desses, a metade é câncer. As glândulas sublinguais são as menores de todas, ficam sob o soalho da boca e são raros os casos de câncer nesse tecido.

As glândulas salivares menores são estruturas muito pequenas, não visíveis a olho nu, e encontram-se dispersas por toda a mucosa que vai das fossas nasais e da boca até a parte inferior da faringe, podendo chegar até laringe, traqueia e esôfago, com maior concentração na boca, especialmente no palato (céu da boca).

Tanto as glândulas salivares maiores quanto as menores podem dar origem a tumores benignos ou malignos. O câncer das glândulas salivares corresponde a cerca de 0,3% a 1% de todas as neoplasias malignas e responde por cerca de 5% a 7% dos cânceres de cabeça e pescoço, com estimativa no Brasil de 1 a 2 casos para cada 100 mil habitantes.

Os tumores são mais frequentes nas glândulas parótidas, seguidos pelas glândulas submandibulares, glândulas salivares menores e sublinguais. Cerca de 60% dos tumores das glândulas parótidas são benignos, sendo os mais comuns o adenoma pleomórfico (ou tumor misto), seguido pelo tumor de Whartin. Apesar de benigno, o adenoma pleomórfico sempre deve ser tratado, pois apresenta um

risco de até 10% de transformação para uma forma maligna.

Quando os tumores se localizam nas glândulas submandibulares, 50% são malignos; nas glândulas salivares menores, entre 40% e 50%; e nas sublinguais, de 75% a 90%.

Os principais tipos de tumores malignos são os carcinomas mucoepidermoides e carcinomas adenoide císticos. Os carcinomas mucoepidermoides são o tipo mais comum de câncer das glândulas salivares e a maioria ocorre nas parótidas. Geralmente, são tumores de baixo grau, isso é, com células semelhantes às normais, tendem a ter desenvolvimento lento e respondem bem ao tratamento.

Os carcinomas adenoide císticos geralmente têm crescimento lento e tendem a ser de baixo grau. No entanto, é muito difícil eliminá-los completamente, porque eles tendem a se disseminar ao longo dos nervos e costumam voltar (recidivar) após o tratamento, às vezes muitos anos depois.

Fatores de risco

- **Idade:** o risco aumenta com a idade, mas mesmo crianças e adolescentes podem apresentar tanto tumores benignos como malignos de glândulas salivares.
- **Gênero:** os cânceres de glândulas salivares são mais comuns em homens do que em mulheres.
- **Exposição à radiação:** radioterapia prévia na região de cabeça e pescoço também aumenta o risco.
- **Exposição a pó de serra:** de forma crônica, por exemplo, na indústria madeireira.
- **Exposição profissional** à sílica, borracha e nitrosaminas.
- **Infecção crônica** pelo vírus Epstein-Barr, comum na Ásia.
- **Tabagismo** relacionado ao tumor de Whartin.

Conheça os sintomas

Muitos dos sintomas de câncer das glândulas salivares podem ser causados por tumores benignos ou outras doenças:

- **Nódulo ou inchaço** na boca, bochecha, mandíbula ou pescoço;
- **Dor** na boca, bochecha, mandíbula, ouvido ou pescoço que não passa;
- **Diferença de tamanho ou forma** entre o lado direito e o esquerdo da face ou pescoço;
- **Perda de sensibilidade** em parte do rosto;
- **Fraqueza** dos músculos de um lado da face;
- **Dificuldade** para engolir.

Exames diagnósticos

Em alguns casos, um exame clínico feito por médico especialista em cabeça e pescoço já é suficiente para indicar o tratamento.

Porém, na maioria dos casos, é necessário realizar exames por imagem para avaliar a extensão e a natureza da lesão. Geralmente, os médicos pedem ultrassonografia e, nos casos de tumores mais extensos com sinais de infiltração profunda, tomografia computadorizada. Nos casos de câncer de parótida em que há comprometimento dos movimentos do rosto, a opção é a ressonância magnética, que permite avaliar se, e quanto, o nervo facial foi atingido.

A biópsia ou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) pode ser feita em alguns casos para definir se a lesão é benigna ou maligna. Por causa da grande diversidade dos tumores das glândulas salivares, muitas vezes não se consegue ter um diagnóstico mais preciso antes do tratamento definitivo.



Estadiamento

O estadiamento é uma forma de classificar a extensão do tumor e se, ou quanto, ele afetou os gânglios linfáticos ou outros órgãos. Para isso, é usada uma combinação de letras e números: T de tumor, que indica seu tamanho; N de nódulos (ou gânglios linfáticos), que indica se eles foram atingidos; e M de metástase, e números que vão de 0 (sem tumor, gânglios afetados ou metástase) a 4, esse último indicando maior acometimento. Esses dados são, então, agrupados, mostrando o estádio da doença.

Estádio 0 (carcinoma in situ): o câncer está limitado ao revestimento externo do ducto salivar (Tis), não atingiu os gânglios linfáticos (N0) nem produziu metástase (0).

Estádio I: o câncer tem 2 cm de diâmetro ou menos (T1), não alcançou tecidos próximos, não atingiu os gânglios linfáticos (N0) nem produziu metástase (0).

Estádio II: o câncer tem mais de 2 cm de diâmetro, mas menos de 4 cm (T2), não alcançou tecidos próximos, não atingiu os gânglios linfáticos (N0) nem produziu metástase (0).

Estádio III: o câncer tem mais de 4 cm de diâmetro ou está invadindo tecidos próximos (T3), mas não atingiu os gânglios linfáticos (N0) nem produziu metástase (0) ou o câncer tem qualquer tamanho (T0, T1, T2, T3) e atingiu um gânglio linfático de até 3 cm do mesmo lado do pescoço que o tumor inicial (N1), mas não há metástase (M0).

Estádio IVa: o câncer tem qualquer tamanho (T0, T1, T2, T3) e está crescendo em estruturas próximas, como mandíbula, pele, pavilhão auditivo e/ou nervo facial, não atingiu os gânglios linfáticos próximos (N0) ou atingiu um gânglio linfático de até 3 cm do mesmo lado do pescoço que o tumor inicial (N1), mas não há metástase (M0) ou atingiu um gânglio linfático de mais de 3 cm, mas menos de 6 cm, do mesmo lado do pescoço que o tumor inicial

(N2a) ou atingiu mais de um gânglio linfático do mesmo lado do pescoço que o tumor inicial, mas nenhum com mais de 6 cm (N2b) ou atingiu mais de um gânglio linfático do mesmo lado do pescoço que o tumor inicial, mas nenhum com mais de 6 cm ou do lado oposto do tumor inicial ou em ambos os lados do pescoço (N2c). Não há metástase (M0).

Estádio IVb: o câncer pode ter qualquer tamanho, atingiu estruturas próximas e atingiu um gânglio linfático que tem mais de 6 cm, mas não se desenvolveu fora desse gânglio (N3a) ou atingiu um gânglio linfático com mais de 3 cm, mas que claramente cresceu na parte externa desse gânglio (N3b) ou atingiu mais de um gânglio linfático do mesmo lado, do lado oposto ou dos dois lados do tumor inicial e cresceu no lado externo dos gânglios ou atingiu um gânglio linfático de 3 cm ou menos do lado oposto ao do tumor inicial e cresceu no lado externo do gânglio (N3b), mas não há metástase para órgãos distantes (M0) ou o câncer tem qualquer tamanho, atingiu estruturas próximas como a base do crânio ou outros ossos próximos ou envolve a artéria carótida, quadro conhecido como doença muito avançada (T4b). Pode ou não ter alcançado gânglios linfáticos próximos (qualquer N), mas não há metástase para órgãos distantes (M0).

Estádio IVc: o câncer pode ter qualquer tamanho e pode ter atingido estruturas próximas (qualquer T), pode ou não ter atingido gânglios linfáticos (qualquer N), mas se disseminou para órgãos distantes, como os pulmões (M1).

Entendendo o tratamento

O tratamento padrão para o câncer das glândulas salivares é cirúrgico e reparação do defeito cirúrgico no mesmo procedimento. O modelo de cirurgia vai depender de qual glândula salivar foi atingida, o tipo de tumor e sua extensão.

A cirurgia do câncer de parótida é complicada porque o nervo facial, que controla os movimentos do mesmo lado da face, passa dentro da glândula. Por isso, é essencial que seja feita por equipe treinada e especializada em cirurgia de cabeça e pescoço, para reduzir os riscos de complicações e aumentar as chances de sucesso do tratamento.

A maioria dos cânceres de parótida tem início na parte externa da glândula, chamada de lobo superficial, e pode ser tratada com a remoção apenas desse lobo, numa cirurgia denominada parotidectomia superficial ou parcial, que normalmente deixa o nervo facial intacto. Nesses casos, costuma-se usar um sistema de monitorização de nervo visando reduzir o risco de comprometimento dos movimentos da face. Se o tumor atingiu

tecidos mais profundos, porém, toda a glândula é retirada na parotidectomia total, em que, às vezes, o nervo facial precisa ser removido. Nesses casos, frequentemente é possível realizar uma reconstrução, geralmente com enxerto microcirúrgico de nervo. Nos casos em que sejam detectadas ou exista alto risco de metástases em gânglios linfáticos, emprega-se também a retirada dessas estruturas, num procedimento chamado esvaziamento cervical. Em alguns pacientes com tumores muito volumosos, as ressecções podem implicar na retirada de pele, mandíbula e osso temporal, por exemplo. Nesses casos, realiza-se reconstrução imediata com transplantes microcirúrgicos.

Os princípios do tratamento cirúrgico de tumores originados em outras glândulas salivares são semelhantes. A diferença principal é que apenas um dos ramos do nervo facial encontra-se sob risco em casos de tumores de glândula submandibular.

Compreendendo como é desenvolvido o plano de tratamento

Cirurgia

O tratamento é fundamentalmente cirúrgico compreendendo retirada do tumor em seu local de origem com margem de segurança, sendo necessário, em casos específicos, a remoção dos gânglios linfáticos e reconstrução imediata. Para casos de tumores mais agressivos, volumosos ou com metástases, pode ser necessário associar-se radioterapia ou quimioterapia no pós-operatório. Essas decisões são geralmente tomadas em reuniões multidisciplinares, os *tumor boards*, em que participam cirurgiões de cabeça e pescoço, oncologistas clínicos e radio-oncologistas, entre outros especialistas. Pacientes que apresentem paralisia facial parcial ou completa são submetidos à fisioterapia, em alguns casos por vários meses.

Radioterapia

Se o paciente tiver indicação para radioterapia, é preciso que ele passe por uma avaliação dentária e audiológica prévia ao tratamento. Atualmente, a necessidade de extração de alguns ou todos os dentes do paciente é extremamente rara. Em geral, o estomatologista irá orientá-lo em procedimentos para diminuir o risco de efeitos colaterais.

A radioterapia utilizada no tratamento do câncer das glândulas salivares pode ter indicação pós-operatória (para eliminar eventuais depósitos de células cancerosas que não podem ser vistas ou retiradas na cirurgia), radical para tratamentos em que não há indicação ou condição para cirurgia, bem como para aliviar sintomas como dor, sangramentos, dificuldades para engolir e problemas causados por metástases ósseas.

A radioterapia utiliza aceleradores lineares, que são equipamentos de alta tecnologia, comandados pela equipe assistencial e por computadores com alta precisão na dosagem e posicionamento dos pacientes. Em geral, são necessárias cinco sessões semanais, de segunda a sexta-feira, ao longo de um período que varia de 5 a 7 semanas.



Todos os tratamentos são feitos com o paciente imobilizado por máscaras individuais as quais dão maior segurança e conforto para o paciente. Sua moldagem é feita no próprio departamento, para que o paciente sinta-se confortável e seguro.

Técnicas modernas são utilizadas para os tratamentos dos cânceres de cabeça e pescoço, incluindo as glândulas salivares, dentre elas destacando-se o IMRT (intensity modulated radiation therapy ou radiação com modulação da intensidade do feixe) em que se concentra a dose no local onde há doença e se diminui a dose nos tecidos normais ao redor da lesão, reduzindo significativamente a incidência de efeitos colaterais. Mesmo assim, a irradiação pode provocar lesões na boca e dificultar a deglutição tornando difícil a alimentação durante o tratamento. Se a ingestão de alimentos se tornar impossível, uma opção é o uso de uma sonda nasogástrica, que é introduzida pelo nariz e vai até o estômago. Se o paciente não tolera ou não quer usar a sonda nasogástrica, os médicos podem fazer uma cirurgia simples, chamada gastrostomia, para colocar um tubo no estômago e alimentar o paciente com uma dieta líquida. A radioterapia também pode causar perda parcial ou completa do paladar e afetar as outras glândulas salivares, tornando a boca mais seca, em geral, durante o tratamento, sendo que recuperação ocorre em até 4 a 6 meses.

Danos de longo prazo são raros, mas podem ocorrer. Nos ossos, o principal sintoma da osteorradiacioneose é a dor, que também deixa mais sujeito a fraturas. Algumas vezes, o osso quebrado se consolida, mas em raríssimas situações é preciso removê-lo cirurgicamente. Dentes submetidos à radiação podem ficar cariados e visitas ao dentista e aplicações de flúor podem ajudar a evitar esse problema.



A radioterapia é um tratamento que, em geral, é realizado apenas uma vez, pois os tecidos raramente toleram uma nova dose de radiação. Para os pacientes que já foram irradiados e necessitam um novo curso de radiação, o A.C.Camargo Cancer Center dispõe ainda de Radioterapia Estereotáxica Fracionada Extra-crânio (SBRT), técnica que permite a administração de uma alta dose de radiação de forma concentrada, aumentando a chance de controle da doença com diminuição da incidência de efeitos colaterais, bem como da técnica Lattice, que permite tratar tumores volumosos sem indicação de tratamento cirúrgico, além da radioterapia intra-operatória com fotons ou elétrons.

O serviço de Radioterapia do A.C.Camargo Cancer Center – detentor do nível máximo de Acreditação pela Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA), órgão das Nações Unidas (ONU) – atua de forma interdisciplinar e integrada com todos os outros serviços. É formado por médicos radioncologistas, físicos, dosimetristas e técnicos, além de contar com o apoio de outras equipes, como a Enfermagem e a Nutrição.

À disposição dos pacientes, está um completo parque tecnológico, que inclui aceleradores lineares de última geração e modernas técnicas de tratamento, como a Radioterapia Conformada ou Tridimensional (RT3D), Radioterapia Convencional (RT2D), Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT), Radioterapia Intraoperatória, Radiocirurgia ou Radioterapia Estereotáxica Fracionada (REF), Radiocirurgia (RCIR), Braquiterapia e Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT).

Tratamento sistêmico

Quimioterapia e terapia-alvo

A quimioterapia é o uso de drogas anticâncer, por via oral ou injetadas, que caem na corrente sanguínea e alcançam células cancerosas em todas as partes do corpo, tanto no local primário de sua origem quanto em órgãos a distância. Às vezes, essa terapia é utilizada para reduzir o tumor antes da cirurgia ou da radioterapia, na chamada quimioterapia neoadjuvante ou de indução, e também como tratamento paliativo dos casos de câncer de glândulas salivares grandes demais para ser inteiramente removidos ou ainda para tumores que não são controlados pelo tratamento inicial ou que se espalharam. Além disso, a quimioterapia pode ser combinada com a radioterapia como radiosensibilizante, para potencializar seu efeito.

Para as mesmas indicações de quimioterapia, em casos selecionados, os médicos podem optar por uma classe diferente de drogas que se ligam a alguns receptores presentes em células do tumor, as chamadas terapias-alvo. Como o próprio nome já diz, essas drogas visam alvos específicos, que caso presentes nas células tumorais, possibilitam terapias com alta chance de resposta e com menos efeitos colaterais, tendo em vista sua ação específica e direcionada. Essa classe de drogas é especialmente importante nos tumores de glândulas salivares, uma vez que alguns tipos histológicos podem possuir alvos passíveis de tratamento por essas terapias.

Uma nova classe de drogas que tem revolucionado o tratamento oncológico nos últimos anos é a imunoterapia. Nesse caso, ao invés de atacar diretamente as células tumorais, a imunoterapia estimula o sistema imune do paciente a reconhecer e combater

as células malignas. Esse mecanismo de ação faz bastante sentido, uma vez que os efeitos colaterais são menos frequentes e características específicas do nosso sistema imune, como a memória e capacidade de adaptação, possibilitam que alguns pacientes atinjam respostas profundas e duradouras. Atualmente, essas drogas têm sido estudadas quanto a sua potencial ação em tumores de glândulas salivares e podem ser adicionadas ao arsenal terapêutico num futuro próximo.



Cartilha de direitos do paciente com câncer

Para apoiar e auxiliar o paciente diagnosticado com câncer, elaboramos uma cartilha que reúne os direitos do paciente com câncer. Essa foi a forma encontrada para demonstrar nossa preocupação também com algumas questões práticas, sociais e financeiras que afetam os pacientes. Essa compilação de legislações trata dos direitos das pessoas portadoras de câncer e/ou de doenças graves, sendo que o seu objetivo é facilitar o entendimento e auxiliar no processo de solicitação dos benefícios previstos em lei, que podem atenuar os impactos financeiros e sociais dos pacientes oncológicos.

Na cartilha dos Direitos do Paciente com Câncer, você encontra informações sobre:

- Saque do FGTS;
- PIS;
- Compra de veículos adaptados ou especiais;
- Isenção de IPI, ICMS e IPVA;
- Dispensa do rodízio de veículos;
- Transporte coletivo gratuito;
- Quitação de financiamento de imóvel;
- Entre outros benefícios aos quais o paciente e sua família têm direito.

[**Clique aqui para consultar a cartilha.**](#)



Expediente

E-book do Centro de Referência de Tumores de Cabeça e Pescoço publicação, desenvolvida pelo A.C.Camargo Cancer Center.

Coordenação Geral:

Gerência de Comunicação e Marketing
Vanessa Flora Armellini

Coordenação de Negócios:

Gerência de Novos Negócios
Rodrigo Bello
Edson Renel da Costa Filho
Fúlvio Aparecido Santos Alves

Responsável Técnica:

Dra. Raquel M. Bussolotti | CRM - SP 77005

Texto:

Dr. Luiz Paulo Kowalski | CRM 36404;
Dr. Thiago Bueno de Oliveira | CRM 116619;
Dr. Antônio Cassio Assis Pellizzon | CRM 59714.

Revisão final:

Departamento de Marketing
Renata Tambelini Nakano
Camila Borges

Arte e edição:

Agência Onze Mc

Fotos:

Acervo A.C.Camargo Cancer Center



Central de Relacionamento:

11 2189-5000

Agendamento de consultas,
exames e informações.

centralderelacionamento@accamargo.org.br



www.accamargo.org.br

Dra. Raquel M. Bussolotti
Responsável Técnica
CRM - SP 77005