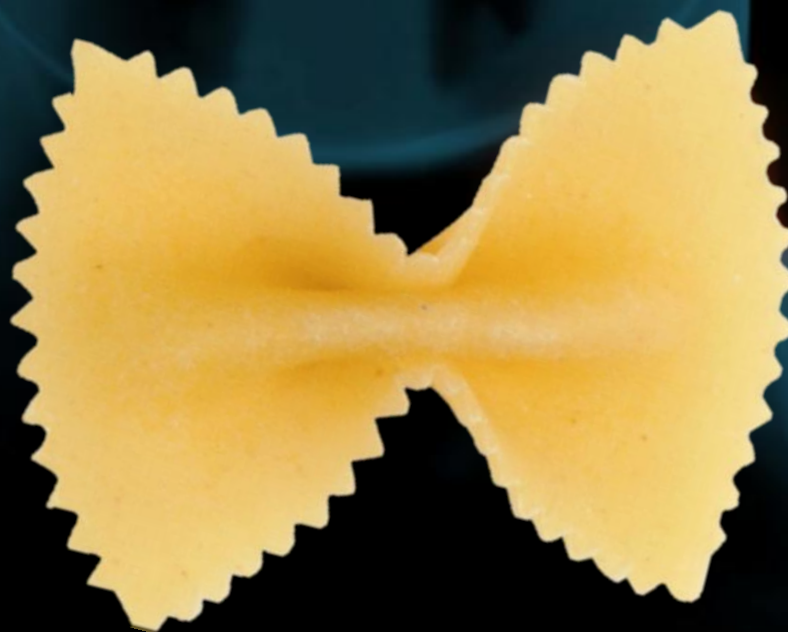


Serviço de
OTORRINOLARINGOLOGIA

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE



Massas Cervicais



Dr. Eurico Costa

Dra. Ana Guimarães

Dr. Filipe Freire

- Situação muito frequente
- Muitas etiologias



Doenças infecciosas com linfadenopatia cervical aguda ou crónica

Viral

Rubeola

Vaccinia

Varicela

HIV

Dengue

Adenovirus

Coxsackievirus herpangina

Citomegalovirus

Mononucleose infecciosa

Estomatite Herpes simplex

Herpes zoster

Fúngica

Histoplasmosis

Tinea capitis

Parasitária

Toxoplasmosis

Trypanosomiasis American (doença Chagas)

Trypanosomiasis African (doença do sono)

Bacteriana

Faringite (Strepto/ A)

Brucelose

Dentária (Anaerobios)

Rickettsia africa

Doença arranhadura de gato

Tuberculosis

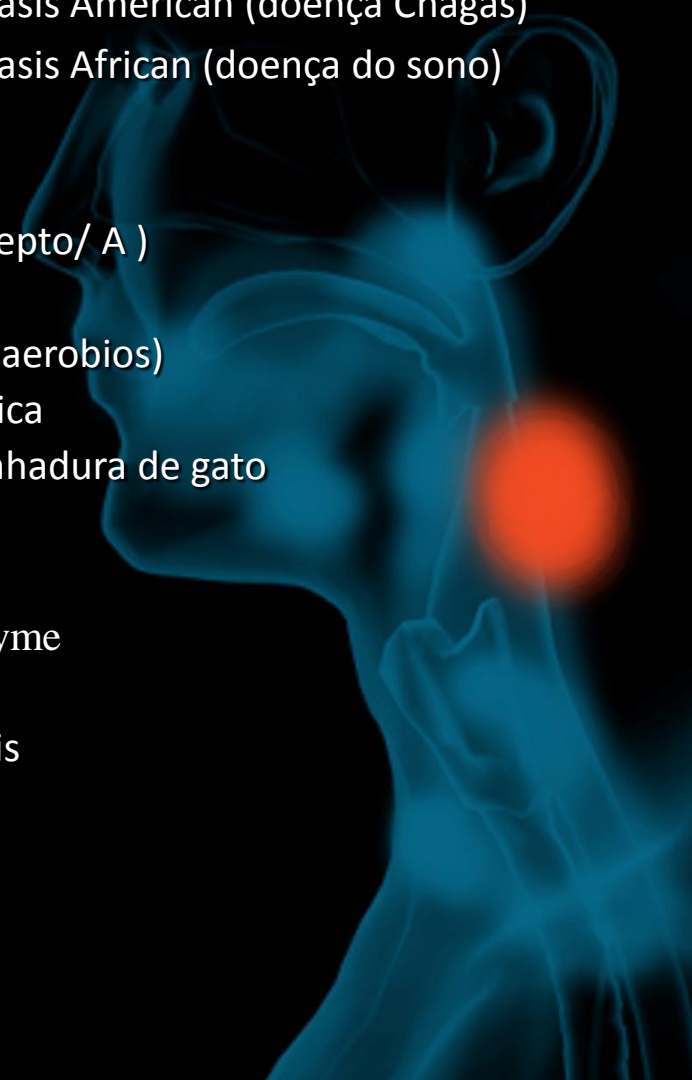
Sífilis

Doença de Lyme

Tularemia

Actinomycosis

Difetria



Doenças não infecciosas

Doenças imunológicas

Lupus eritematoso
Doença de soro
Reacções medicamentosas

Causas congénitas

Quistos braquiais
Quisto canal tiroglosso
Higroma quístico
Quisto dermoide

Causas desconhecidas

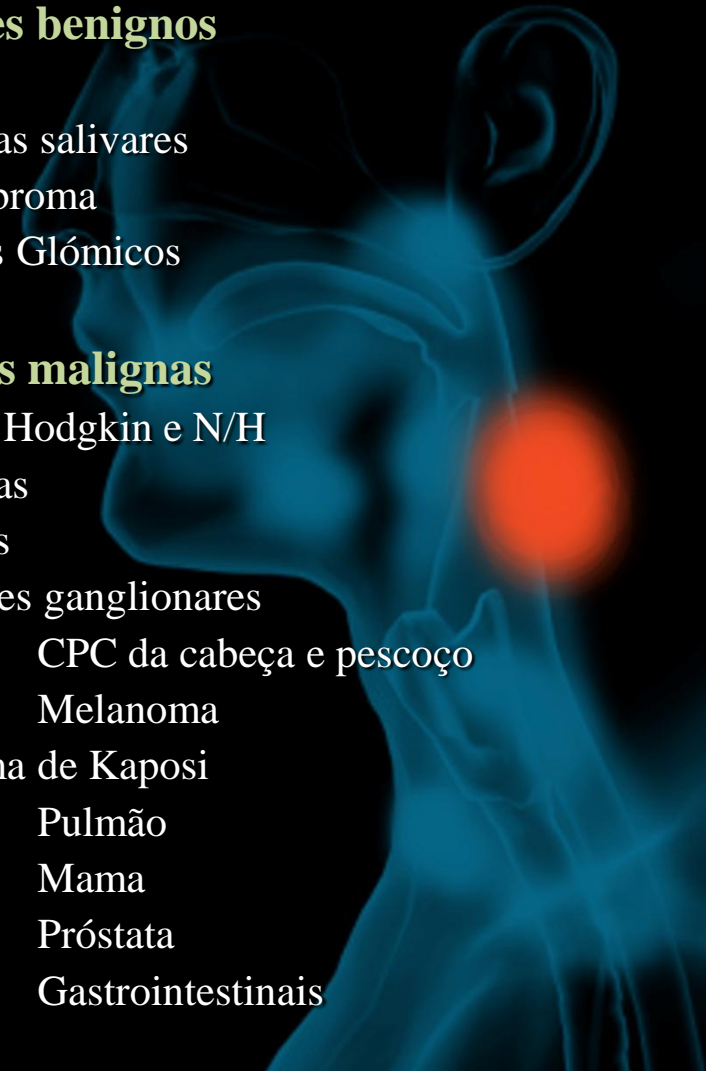
Histiocitosis sinusal
Sarcoidose
Hiperplasia reactiva inespecífica

Tumores benignos

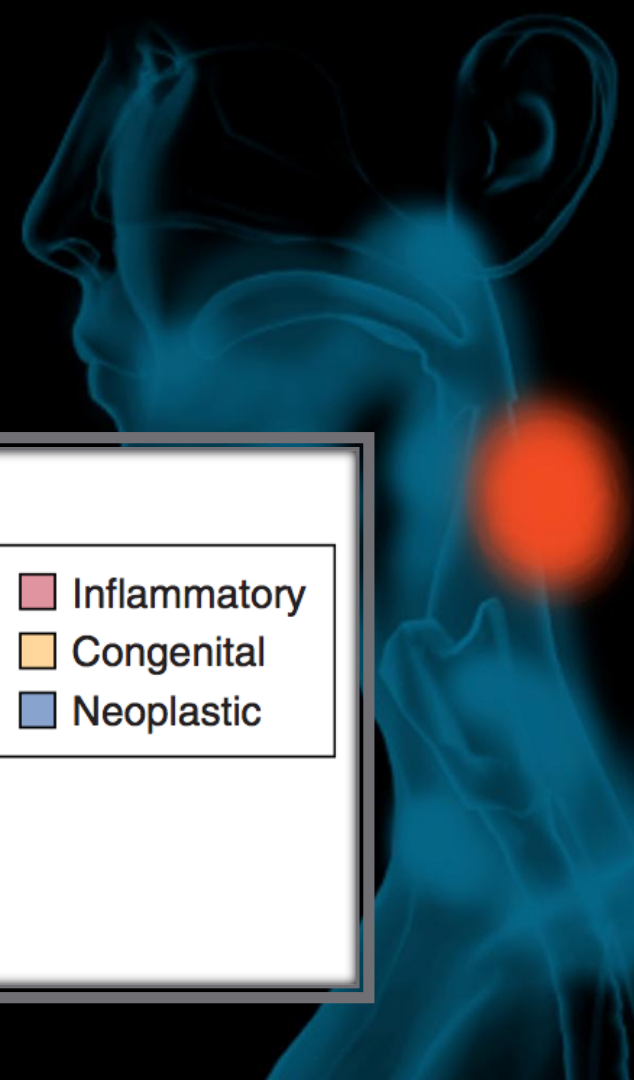
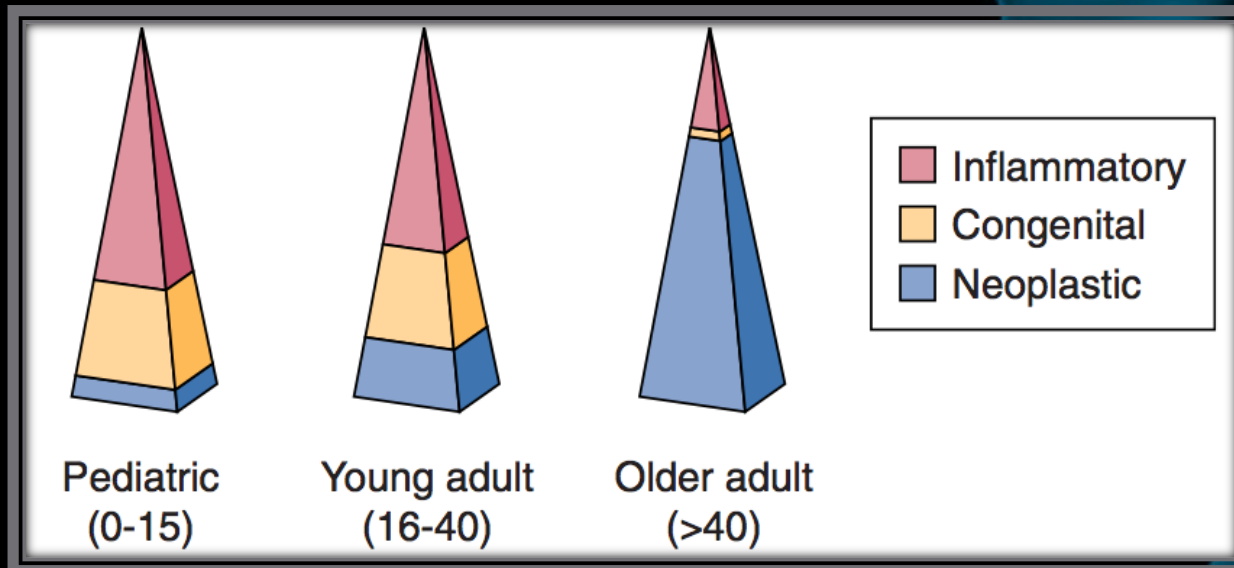
Lipoma
Glândulas salivares
Neurofibroma
Tumores Glómicos

Doenças malignas

Linfoma Hodgkin e N/H
Leucémias
Sarcomas
Metástases ganglionares
CPC da cabeça e pescoço
Melanoma
Sarcoma de Kaposi
Pulmão
Mama
Próstata
Gastrointestinais



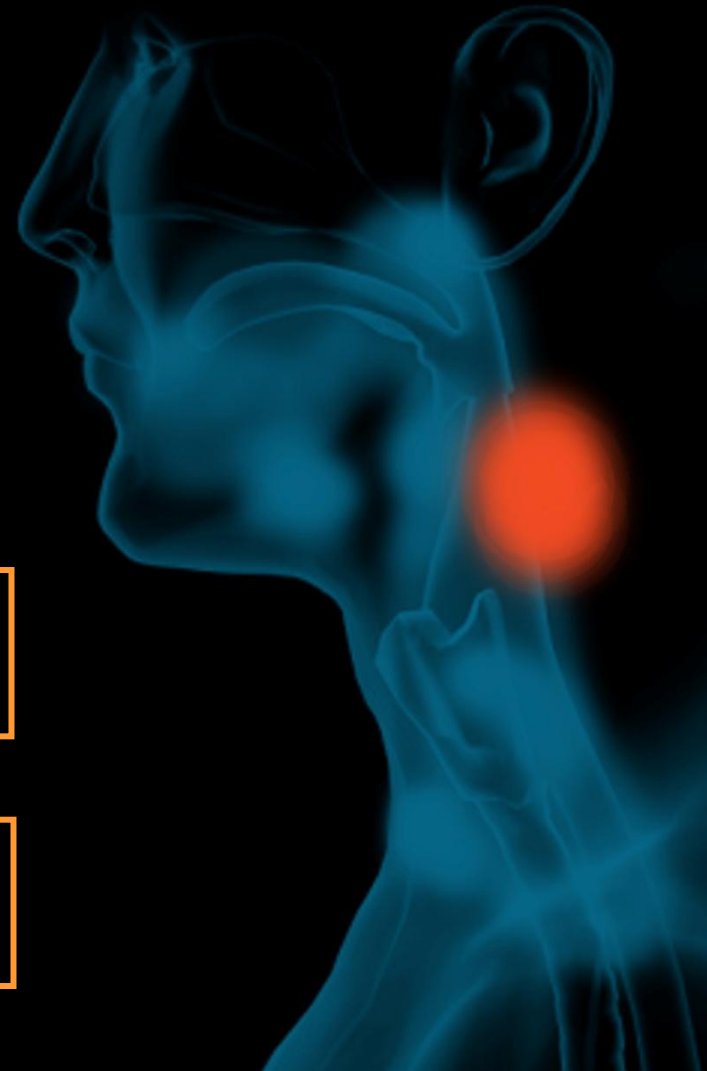
- Situação muito frequente
- Muitas etiologias
- Considerar a idade



- Situação muito frequente
- Muitas etiologias
- Considerar a idade
- Clínica
- MCDT

QUE ESTRUTURA?

QUE “CONTEÚDO”?



História Clínica

Frequentem/ assintomáticas

Duração

Padrão de crescimento

Dor

Disfonia

Disfagia

Otalgia

Febre

Perda ponderal

Factores de risco:

Tabagismo

Etilismo

Radiação

Viagens

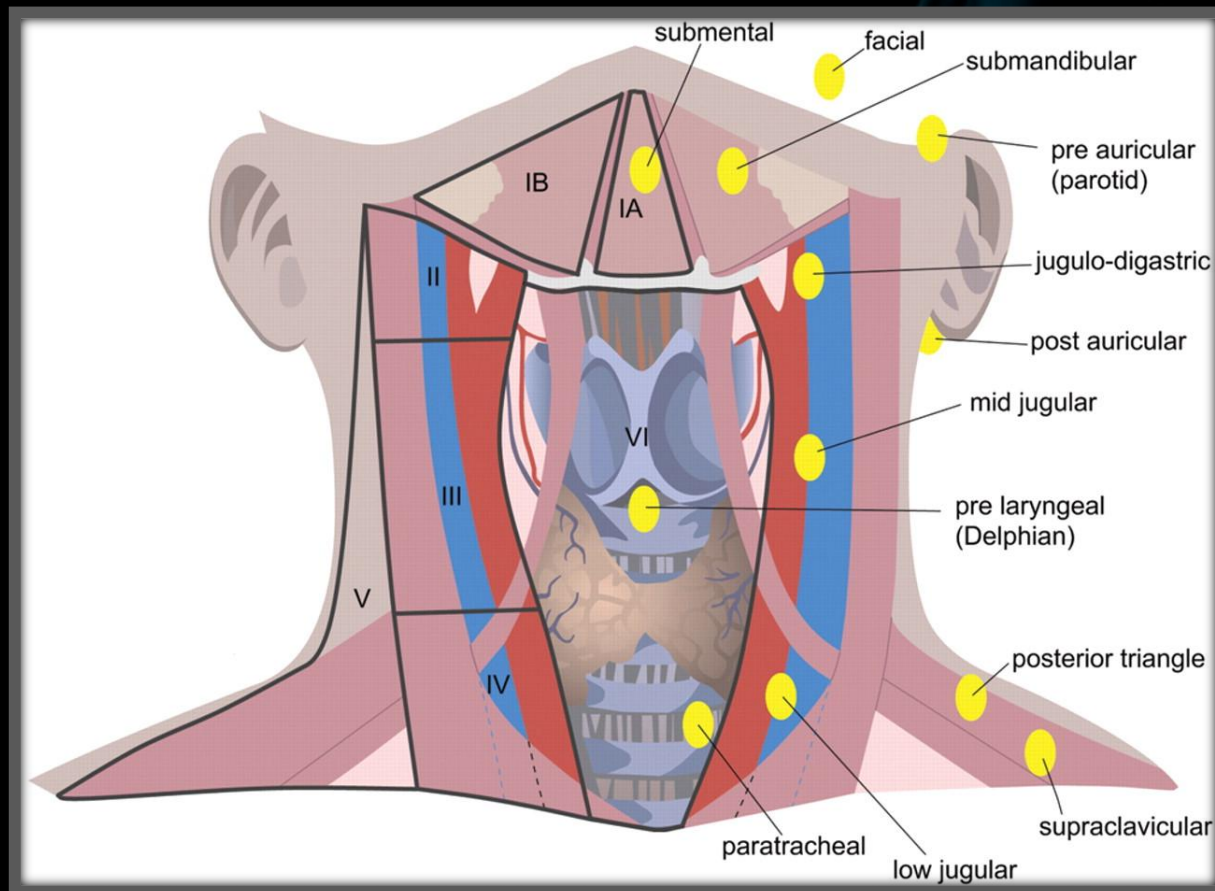
Animais



Exame Objetivo

Sistemático e completo

Conhecimento da anatomia cervical



Exame Objectivo

Sistemático e completo
Conhecimento da anatomia cervical

Não esquecer a pele

Palpação bimanual do pavimento da boca e língua

Otoscopia: OSM – tumor da nasofaringe

Avaliar pares cranianos

Palpação da tiroide e posição da traqueia

Palpação abdominal

Sempre com nasofibroscopia



Exame Objectivo

Características da massa cervical

Localização

Tamanho

Número

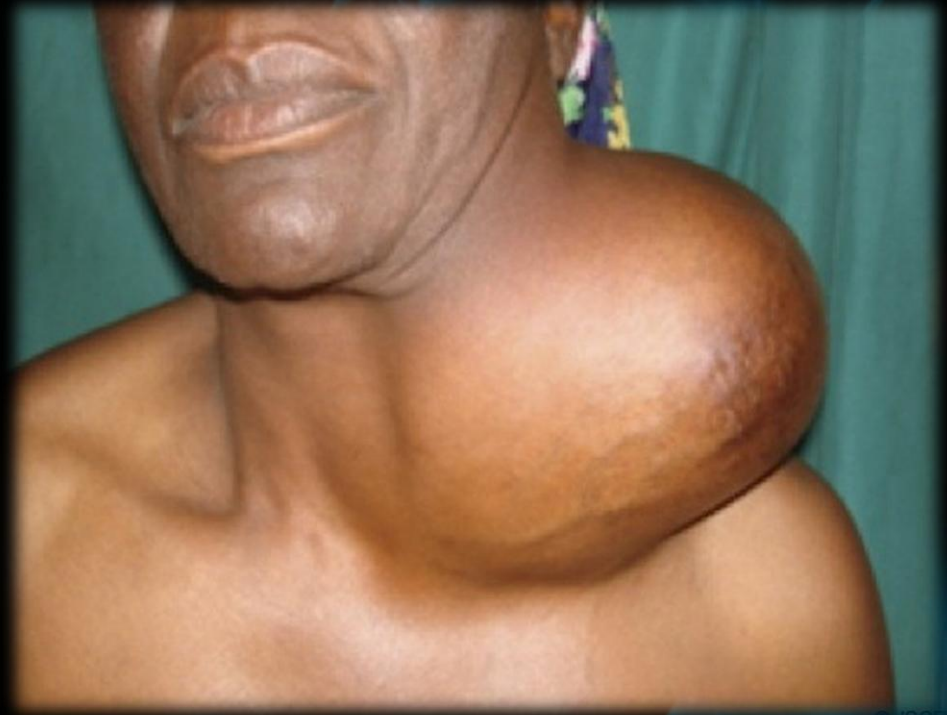
Mobilidade / Adesão

planos profundos

planos superficiais

Consistência

Sensibilidade



Localização – Que estrutura?

- Parótida
- Gl. Submaxilar
- Tiróide
- Quisto Canal Tireoglosso
- Lesões Vasculo-Nervosas
- Quistos Fenda Branquial
- Adenopatias



Localização

- Parótida
- Gl. Submaxilar
- Tiróide
- Quisto Canal Tireoglosso
- Lesões Vasculo-Nervosas
- Quistos Fenda Branquial
- Adenopatias



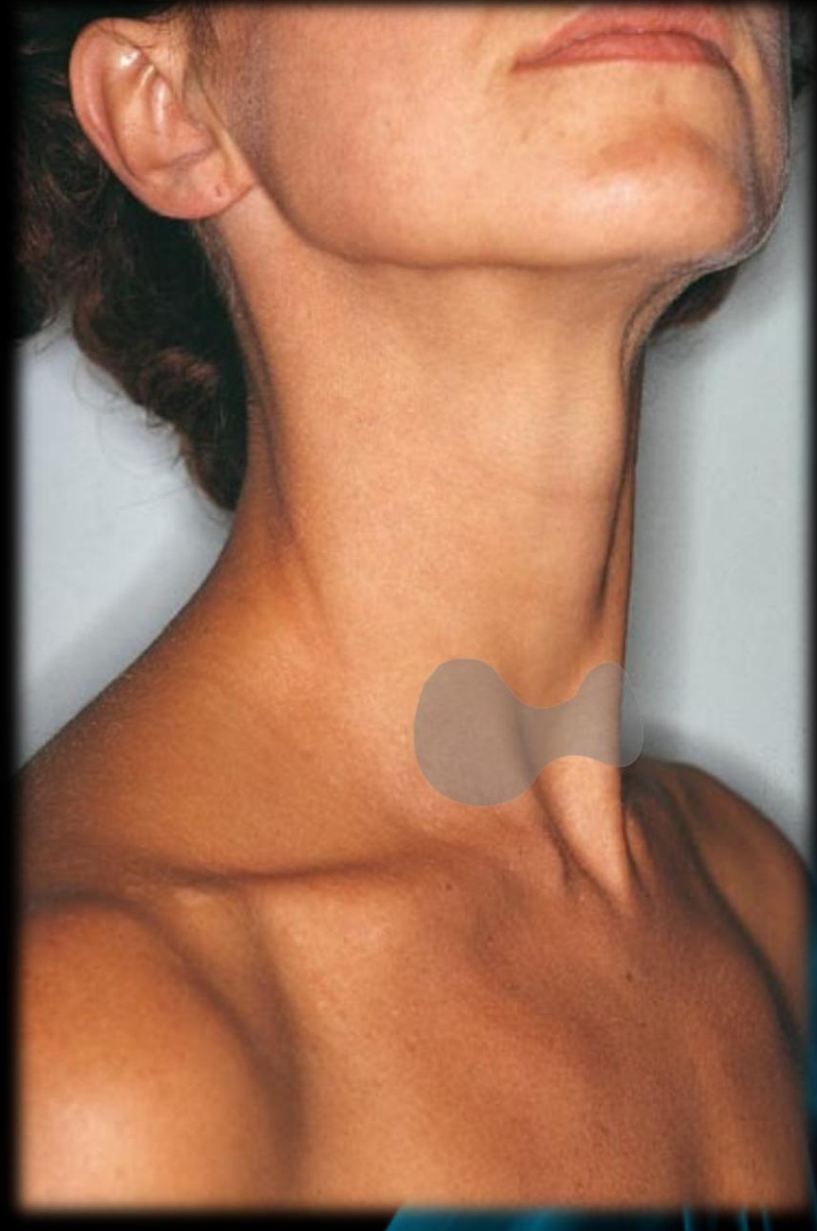
Localização

- Parótida
- **Gl. Submaxilar**
- Tiróide
- Quisto Canal Tireoglosso
- Lesões Vasculo-Nervosas
- Quistos Fenda Branquial
- Adenopatias



Localização

- Parótida
- Gl. Submaxilar
- **Tiróide**
- Quisto Canal Tireoglosso
- Lesões Vasculo-Nervosas
- Quistos Fenda Branquial
- Adenopatias



Localização

- Parótida
- Gl. Submaxilar
- Tiróide
- **Quisto Canal Tireoglosso**
- Lesões Vasculo-Nervosas
- Quistos Fenda Branquial
- Adenopatias



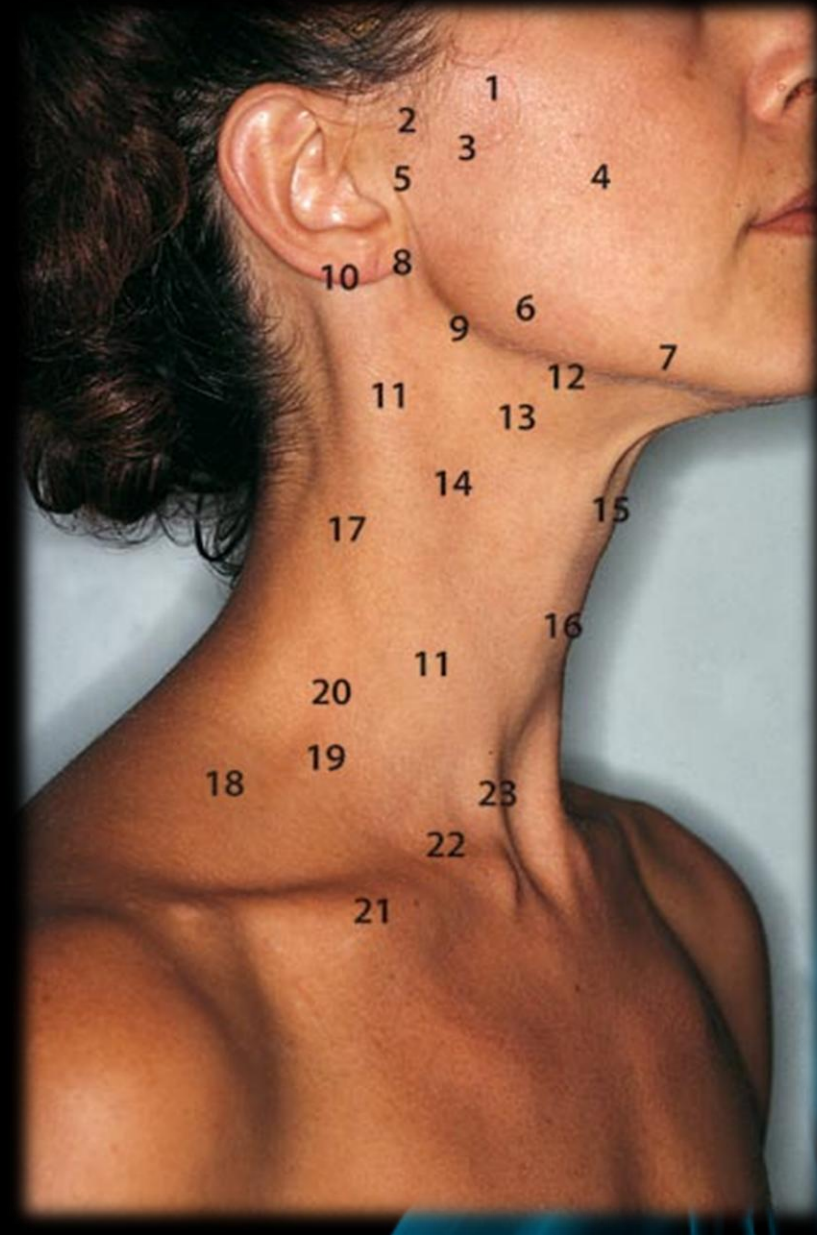
Localização

- Parótida
- Gl. Submaxilar
- Tiróide
- Quisto Canal Tireoglosso
- **Lesões Vasculo-Nervosas**
- **Quistos Fenda Branquial**
- Adenopatias



Localização

- Parótida
- Gl. Submaxilar
- Tiróide
- Quisto Canal Tireoglosso
- Lesões Vasculo-Nervosas
- Quistos Fenda Branquial
- **Adenopatias**



Exame Objectivo

Características da massa cervical

Pequenas, móveis, elásticas, dolorosas – linfadenopatias reactivas

Pétreas, fixas, indolores – neoplásicas

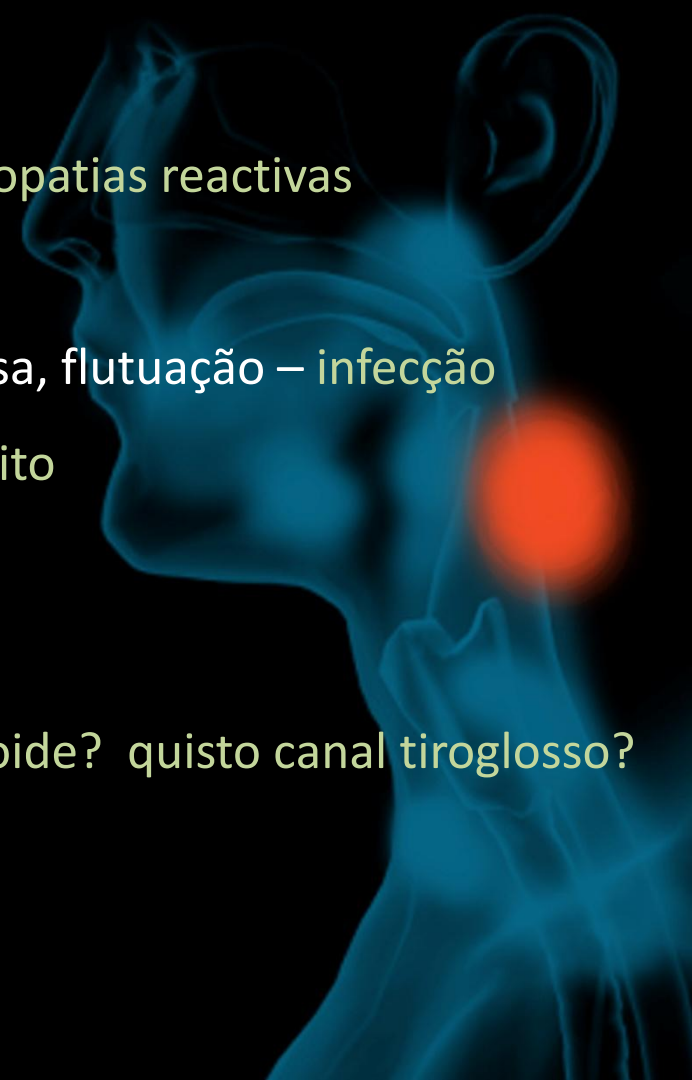
Isolada ou assimétrica, quente, eritmatosa, dolorosa, flutuação – infecção

Mole, tipo balão, flutuação, móvel – quisto congénito

Crescimento rápido – infecção? linfoma?

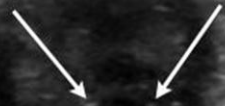
Pulsátil, com sopro – lesão vascular

Imóvel, linha média, elevação com deglutição – tiroide? quisto canal tiroglosso?



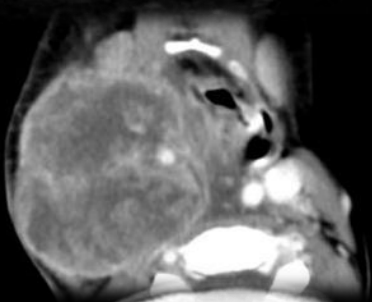
Imagiologia

Ecografia



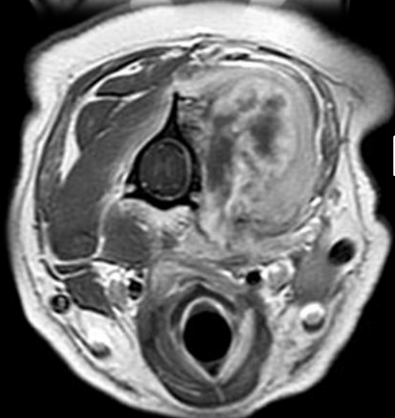
Crianças (sem radiação, sem sedação)
Tiroide e Gl. Salivares
Quístico vs Sólido
Barata

Tomografia Computorizada

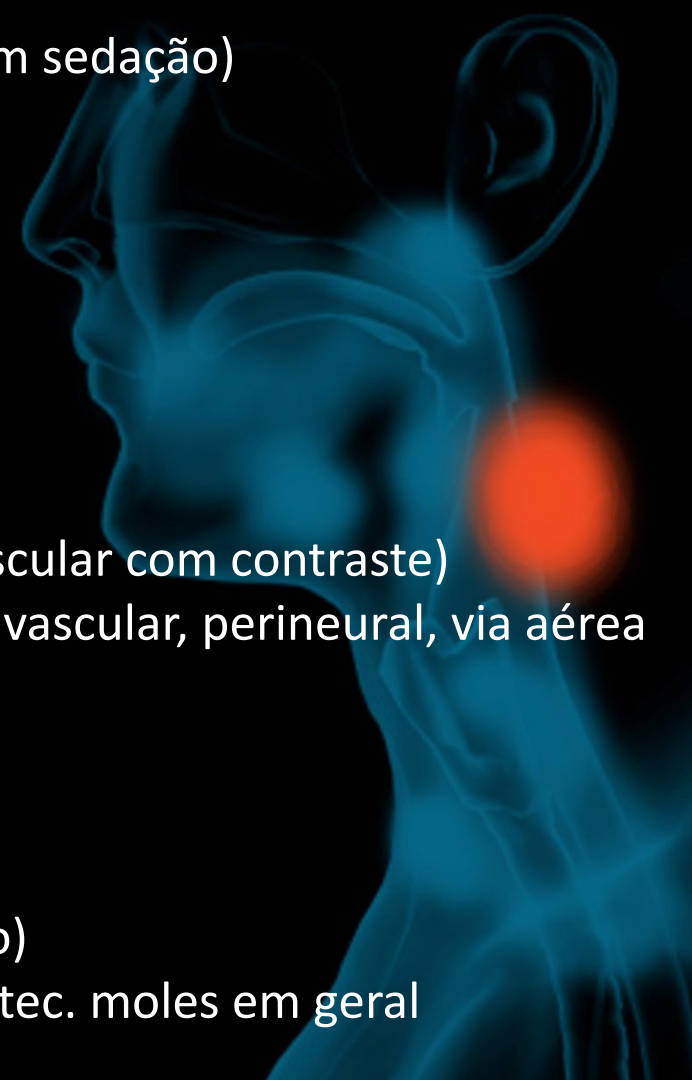


Adultos
Tecidos moles e osso (e vascular com contraste)
Invasão tecidos moles, perivascular, perineural, via aérea

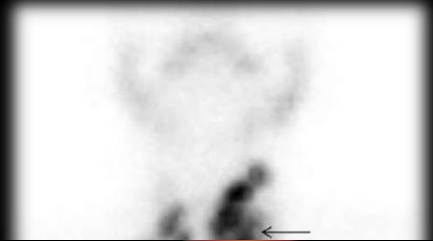
Ressonância Magnética



Grávidas
Tiroide (contraste sem iodo)
Melhor definição nervos e tec. moles em geral



Imagiologia



Radionuclídeos

Lesões linha média na criança
Glandular / extra-glandular
Funcionantes / não funcionantes

PET -TC

Estadiamento
Metástases à distância
Tumores ocultos
Recidiva vs lesões rádicas

Angiografia

Lesões vasculares
Embolização



QUE ESTRUTURA?

Semiologia – Palpação

Ecografia / TC

RMN / Angiografia



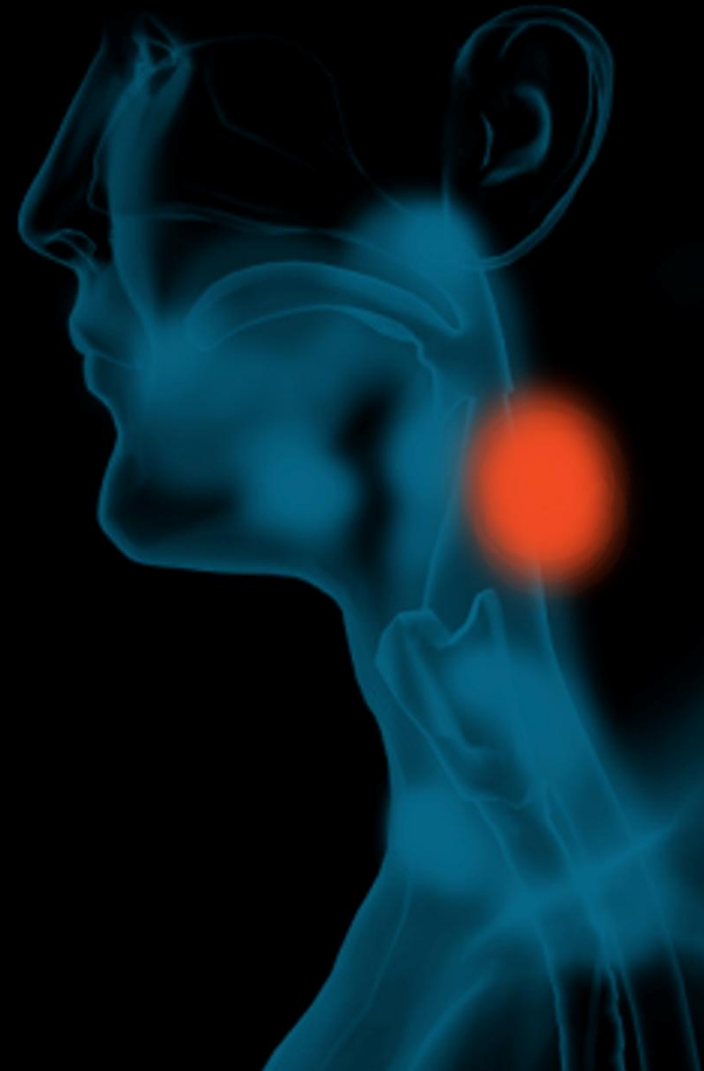
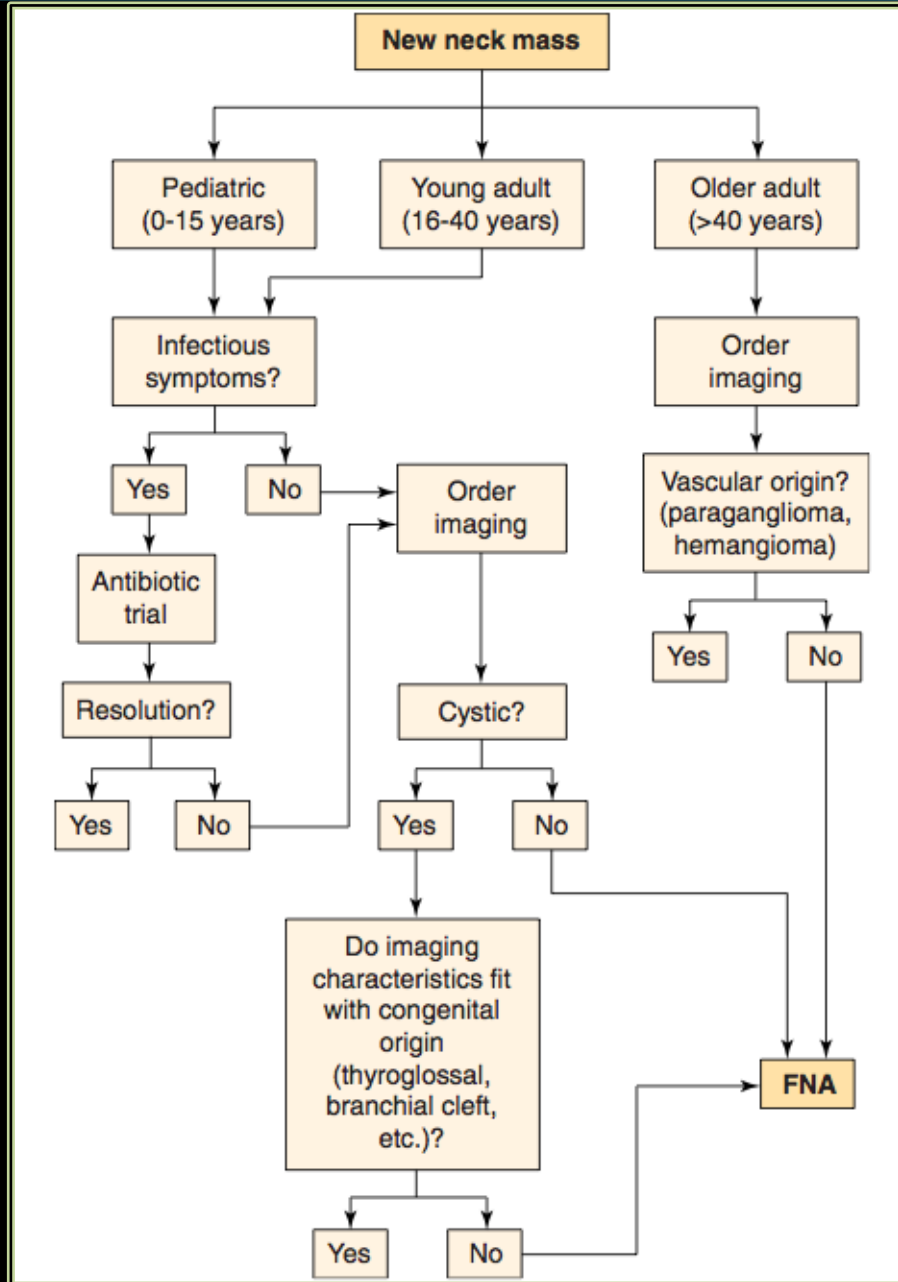
QUE “CONTEÚDO”?

Citologia aspirativa

“Core needle biopsy”



NUNCA biópsia aberta antes de investigação exaustiva



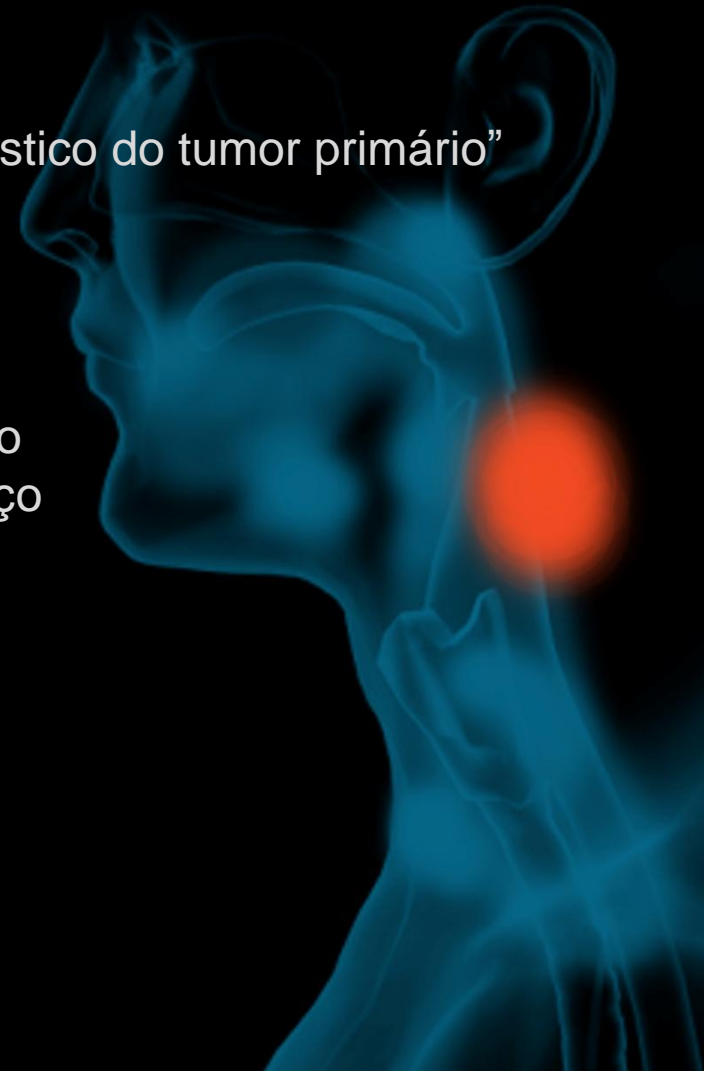
Tumor Primário Desconhecido ou Tumor Oculto

WHO

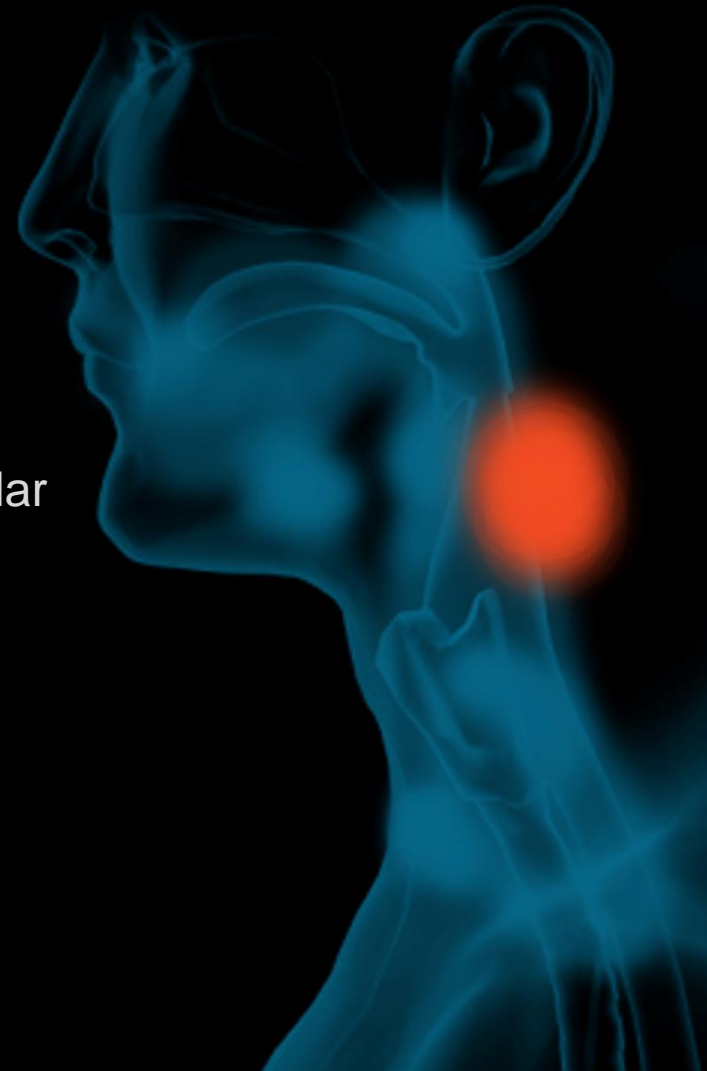
“Diagnóstico histológico de metástases sem diagnóstico do tumor primário”

- 3% de todos os tumores

- Metástases ganglionares cervicais de tumor oculto
 - 2 a 9% dos Tumores de Cabeça e Pescoço

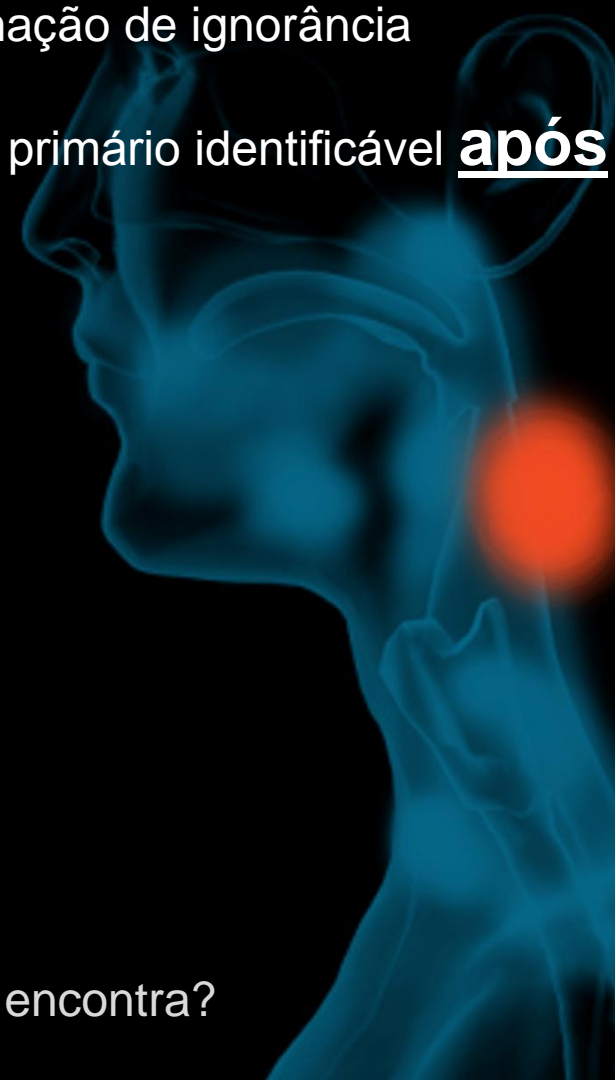


- Incidência – 3,4 / 1 000 000 / ano
- ♂ 55 – 65 anos
- Metástases de carcinoma pavimento celular



É uma entidade diagnóstica, não uma afirmação de ignorância

“... Metástases ganglionares cervicais sem tumor primário identificável **após** investigação diagnóstica apropriada ...”

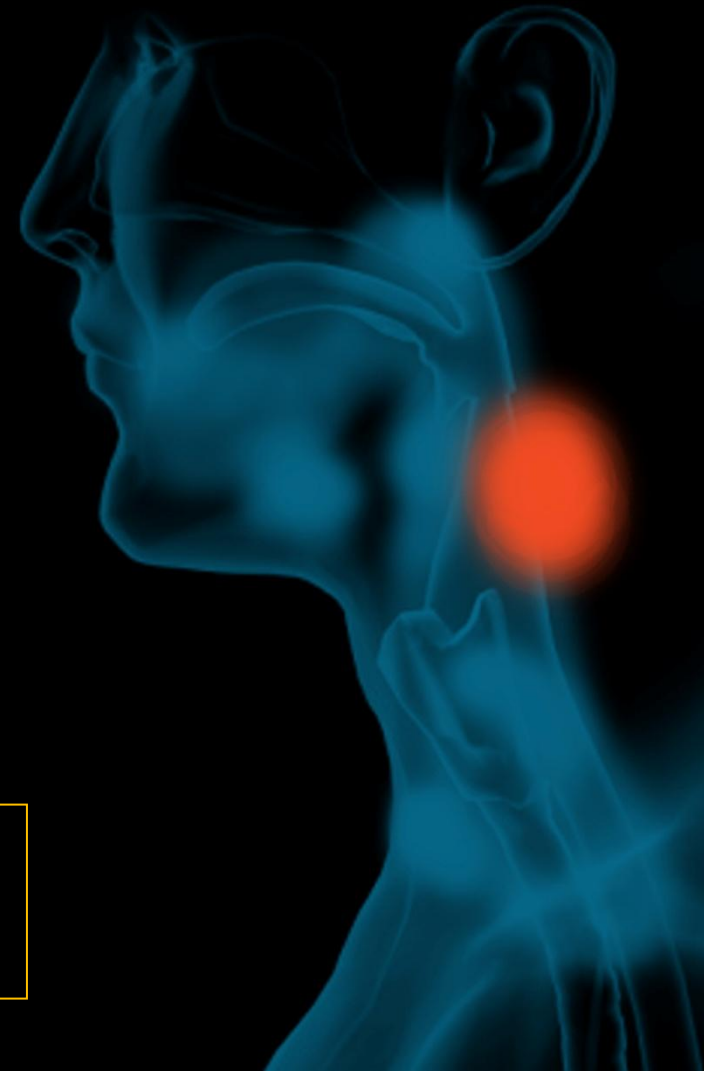


- O que é uma “investigação apropriada?”
- Como abordar um tumor que não se sabe onde se encontra?

Quando suspeitar?

- Massa cervical assintomática
- Habitualmente unilateral
- Pétrea
- Infiltrativa / aderente

1. Provar que é uma metástase ganglionar
2. Procurar o tumor primário

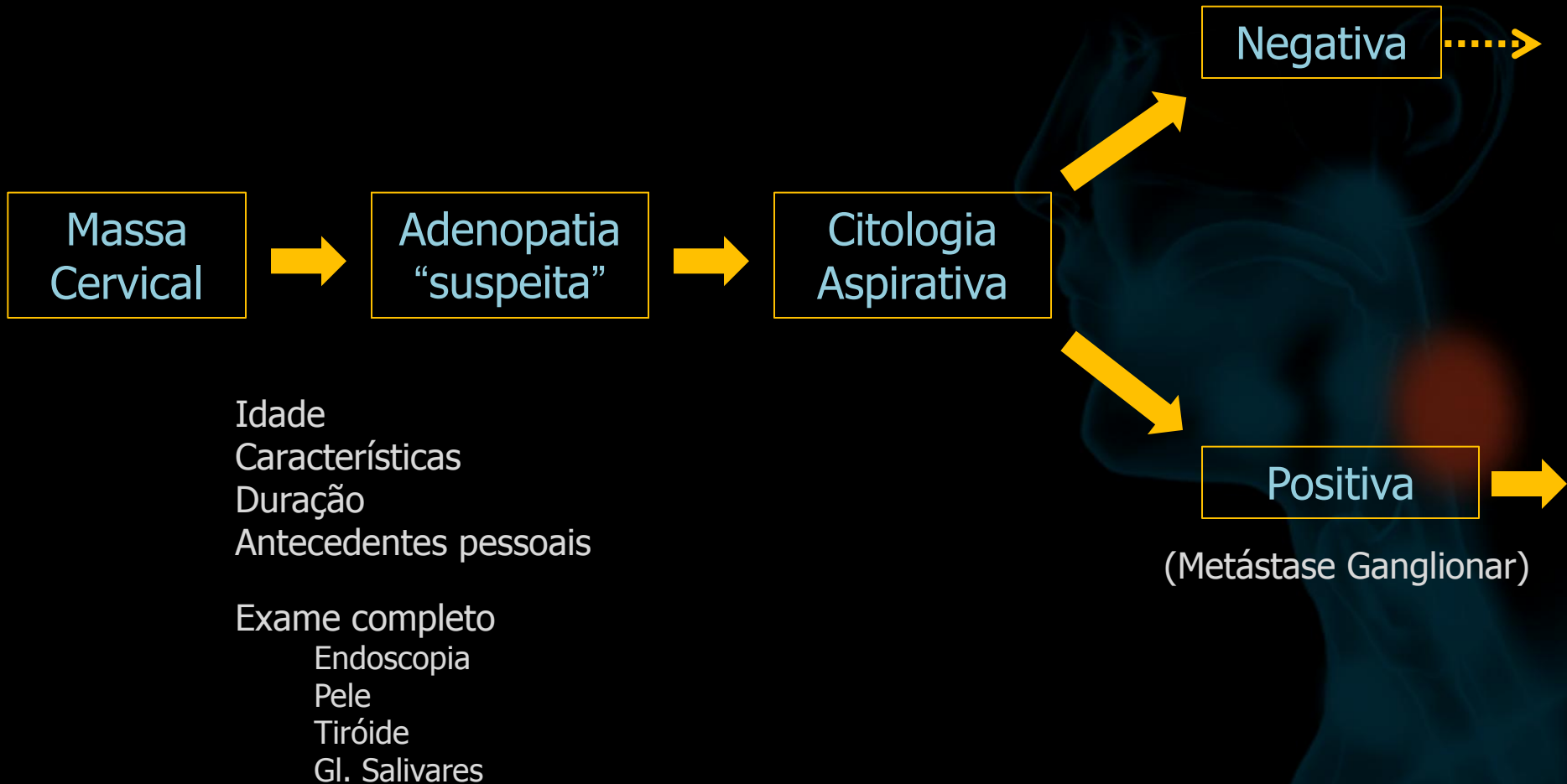


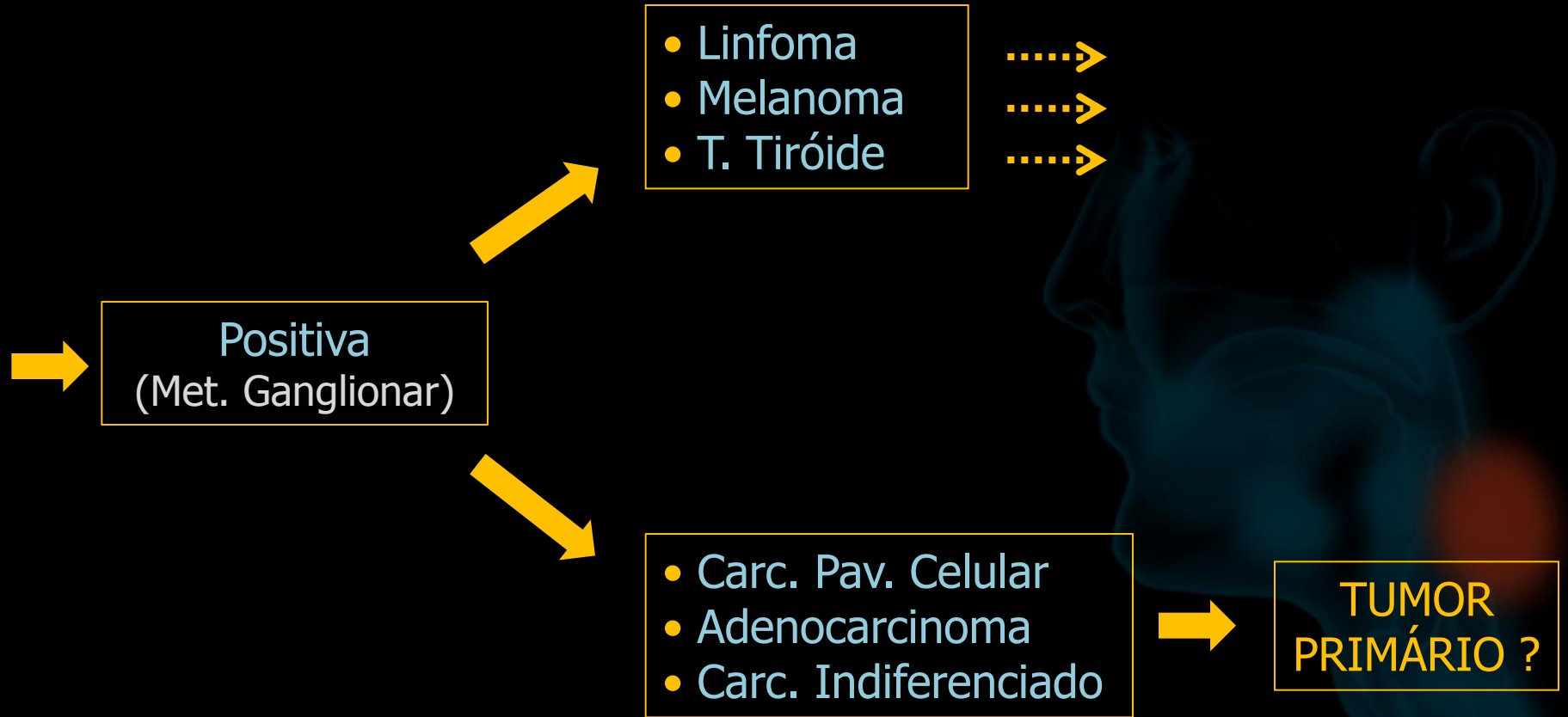
1. Provar adenopatia metastática N_+

Citologia → “Core Biopsy” → Biópsia “Aberta”

2. Pesquisar T. primário $T_x \rightarrow T_0$

Endoscopia → Imagiologia → Pan Endoscopia sob AG → Biópsia áreas prováveis





Pesquisa do Tumor Primário

- Adenopatia
- Citologia ⊕
Carcinoma
- Ex. ORL ⊖
Endoscopia



REVER DADOS

- Localização
- Anatomia Patológica
- REVER
EX. OBJECTIVO



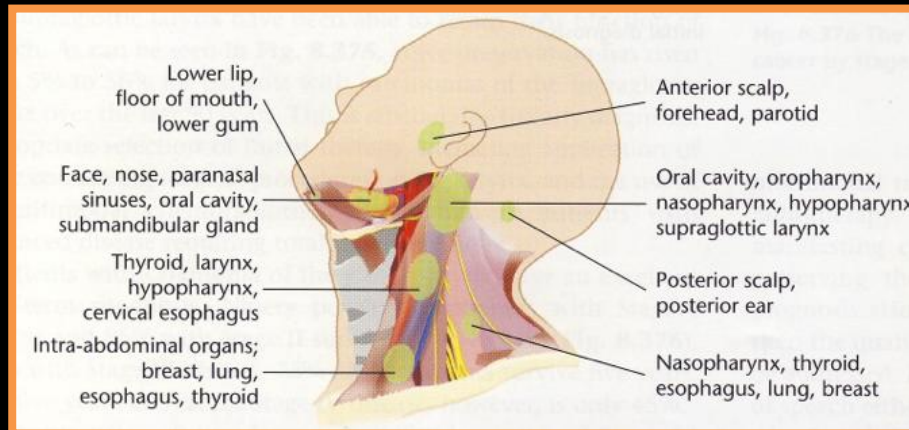
- Anatomia linfática bem padronizada
- Padrão de drenagem linfática consistente

- HPV16 - orofaringe
- EBV - nasofaringe
- Imunohistoquímica - Tiroglobulina

Met. de Imagem

- TC
com contraste
- RMN
com gadolínio

- Área I
- Área II - III
- Área III
- “Pescoço baixo” (IV e V baixo) - 63% T. primário infra-clavicular



Pesquisa do Tumor Primário

1º Met. de Imagem

- TC com contraste
- RMN com gadolínio
- PET-TC

PET

Suspeita
Tumor
Primário

Biópsia
da área

- Informação metabólica (Fluorodesoxiglicose)
- Sensibilidade 88,3%
- Especificidade 74,9% *(Rushtoven et. al 2004)*
- Falsos Positivos
 - Amígdalas 39,3%
 - Base língua 21,4%

- Metástases não cervicais

“Não
Diagnóstico
Tumor
primário?”

- PET-TC informação metabólica + detalhe anatômico

Pesquisa do Tumor Primário

- Adenopatia
- Carcinoma
- Ex – ORL ⊖
- Imagiologia ⊖

T_x N₊

Localização “Alta”
(I, II, III, V alto)

BLOCO OPERATÓRIO

- Pan Endoscopia ORL
- Palpação
- Biópsias
 - Nasofaringe
 - Base língua
 - S. Piriformes
- Amigdalectomia
- Esofagoscopia
- Broncoscopia

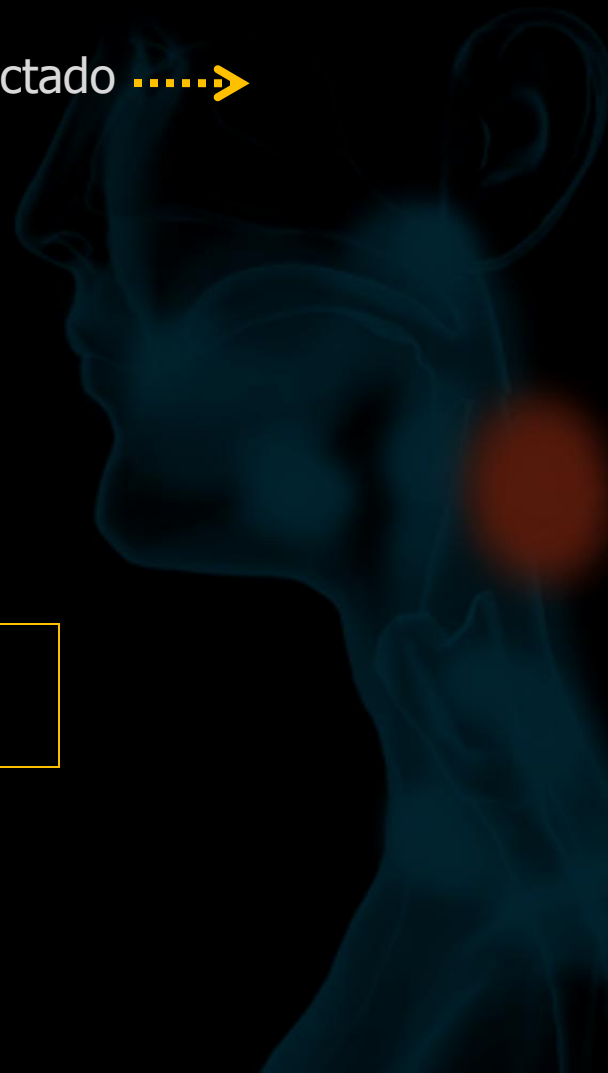
Pesquisa do Tumor Primário

Localização “Alta”

- Pan Endoscopia ORL
- Palpação
- Biópsias
 - Nasofaringe
 - Base língua
 - S. Piriformes
- Amigdalectomia
- Esofagoscopia
- Broncoscopia

Tumor primário detectado➔

Tumor oculto !
T₀ N₊



Pesquisa do Tumor Primário

- Adenopatia
- Carcinoma
- Ex – ORL ⊖
- Imagiologia ⊖

T_x N₊

Localização “Alta”
(I, II, III, V alto)

Localização “Baixa”
(IV, V baixo)

**Tumor primário
Infraclavicular ?**

BLOCO OPERATÓRIO

- Pan Endoscopia ORL
- Palpação
- Biópsias
 - Nasofaringe
 - Base língua
 - S. Piriformes
- Amigdalectomia
- Esofagoscopia
- Broncoscopia

- CT Torax/Abd/Pélvica
- Broncoscopia
- Esofagoscopia

BLOCO OPERATÓRIO

- Pan Endoscopia ORL
- Palpação
- Biópsias

Pesquisa do Tumor Primário

Localização “Baixa”

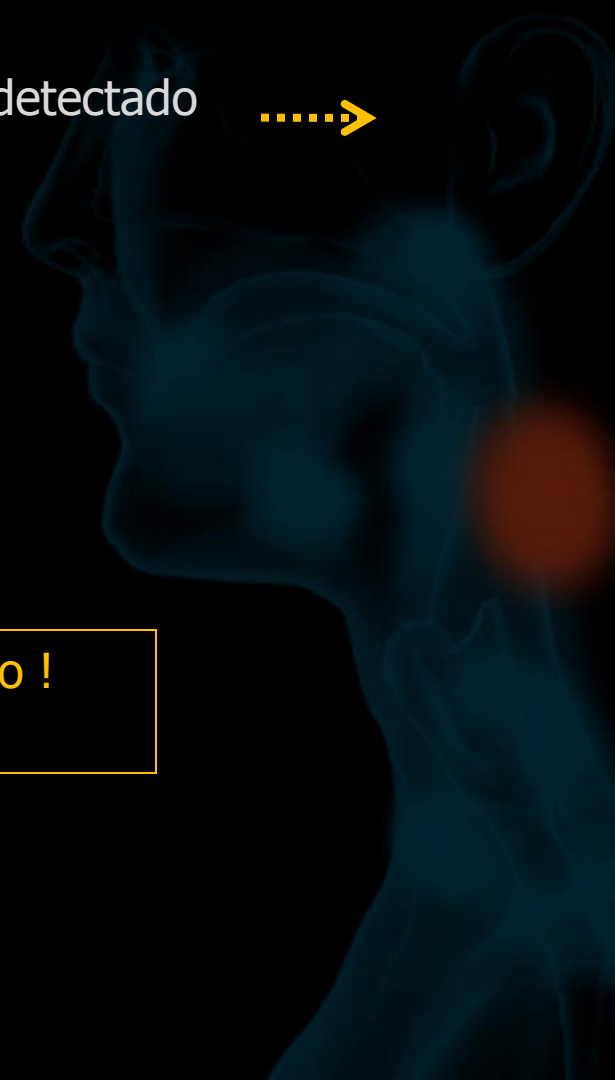
- CT Torax/Abd/Pélvica
- Broncoscopia
- Esofagoscopia

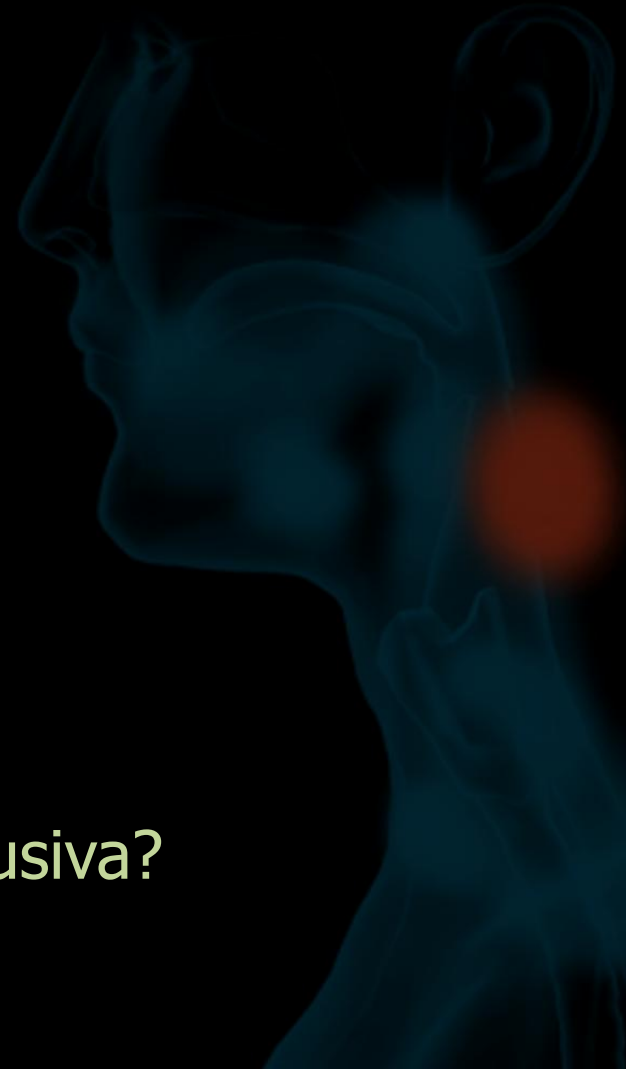
BLOCO OPERATÓRIO

- Pan Endoscopia ORL
- Palpação
- Biópsias

Tumor primário detectado

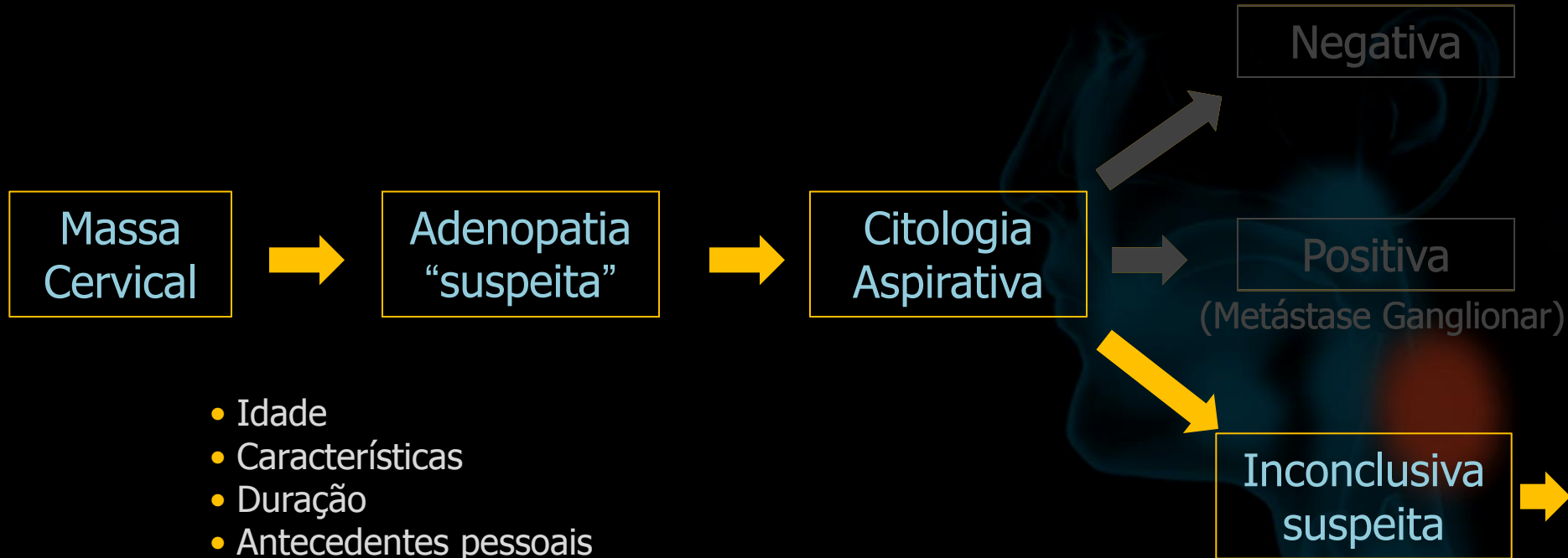
Tumor oculto !
T₀ N₊



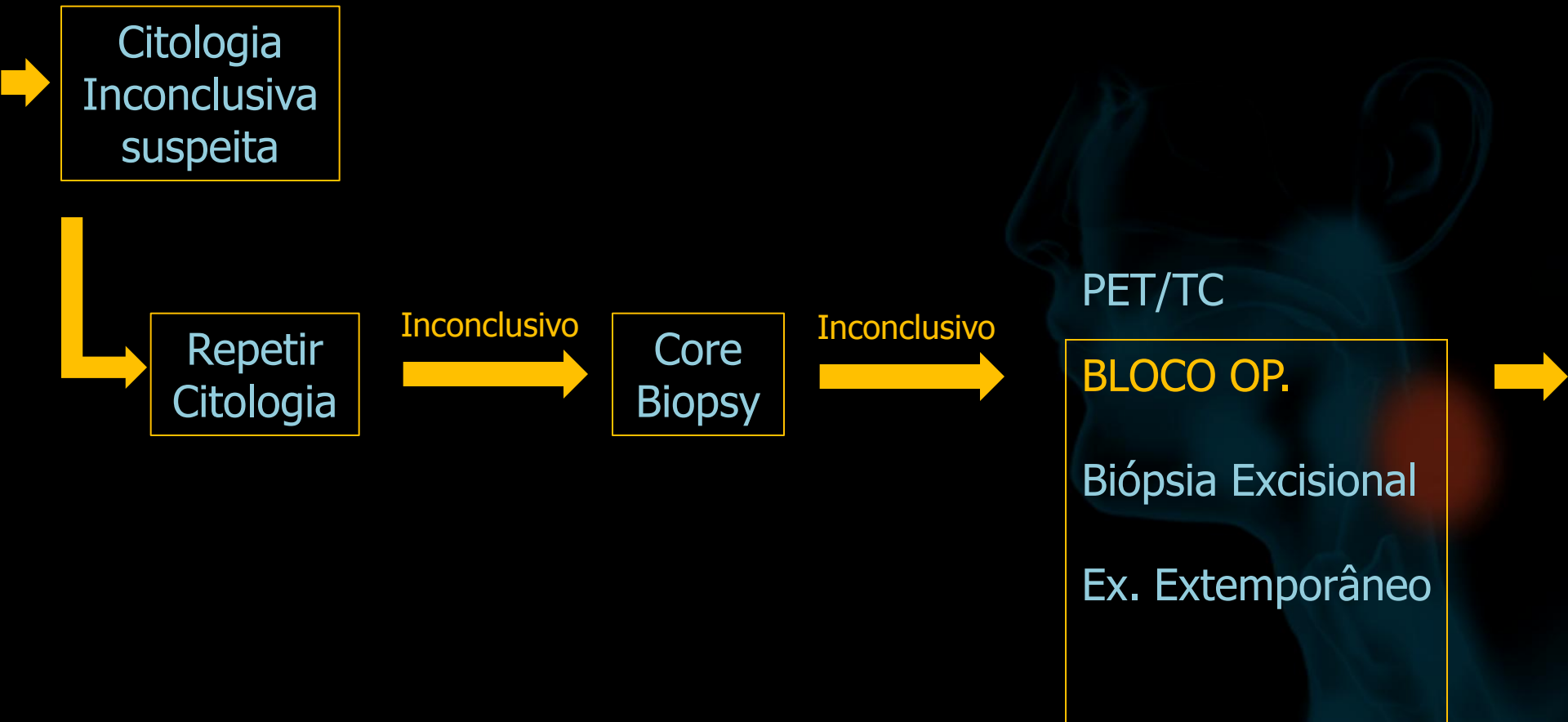


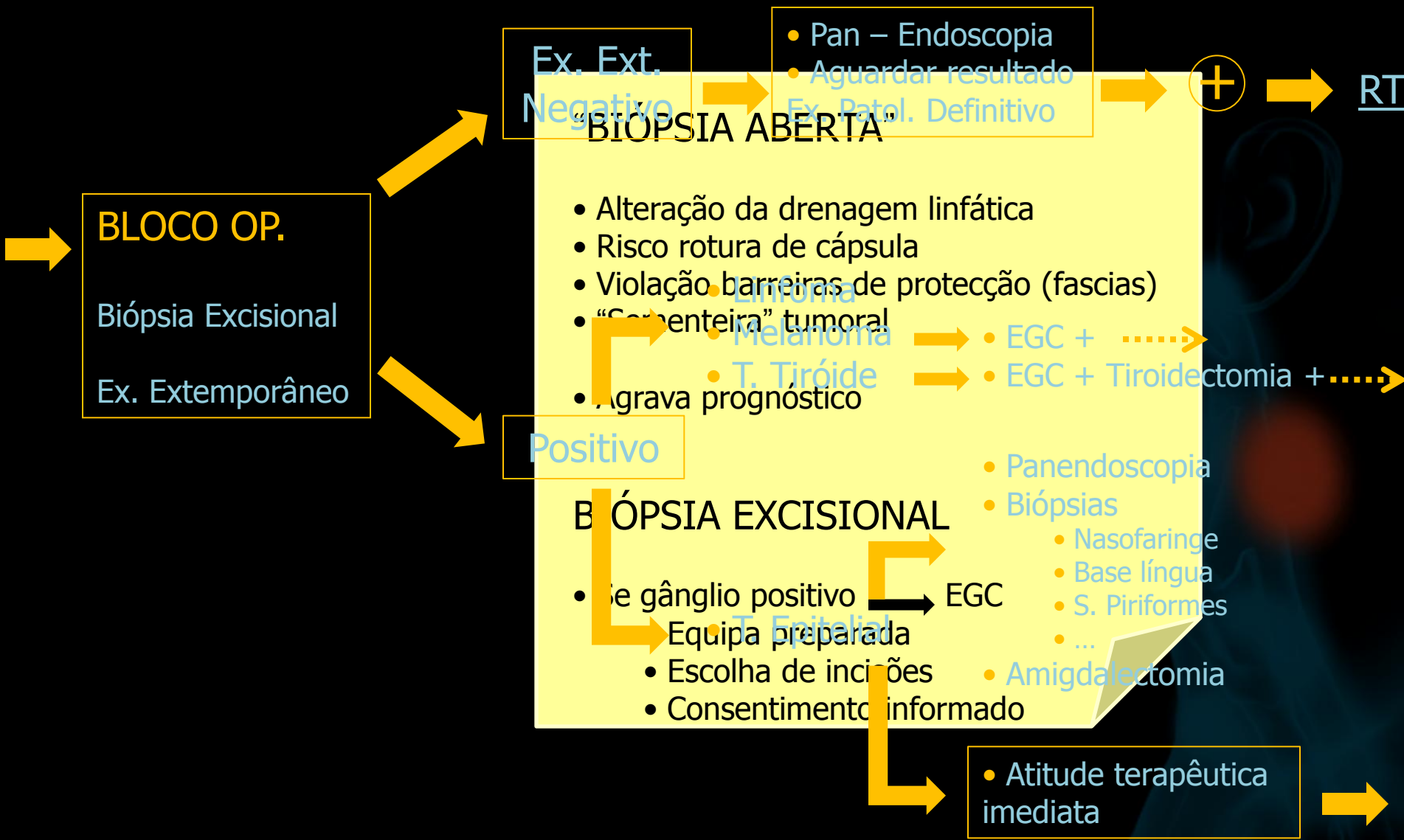
E se citologia inicial inconclusiva?

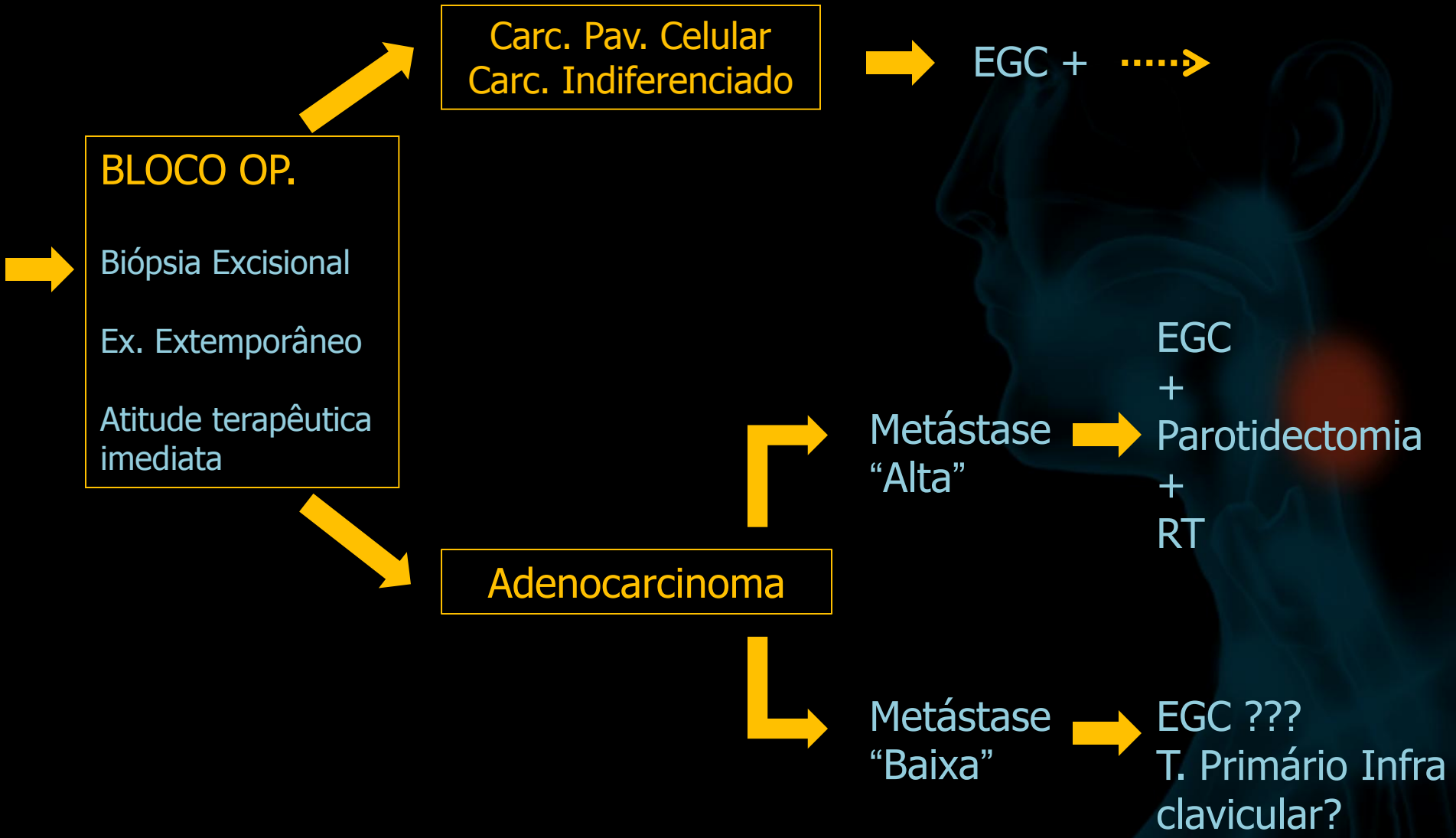
Pesquisa do Tumor Primário



- Idade
- Características
- Duração
- Antecedentes pessoais (excisão de lesões cutâneas)
- Exame completo
 - Endoscopia
 - Pele
 - Tiróide
 - Gl. Salivares







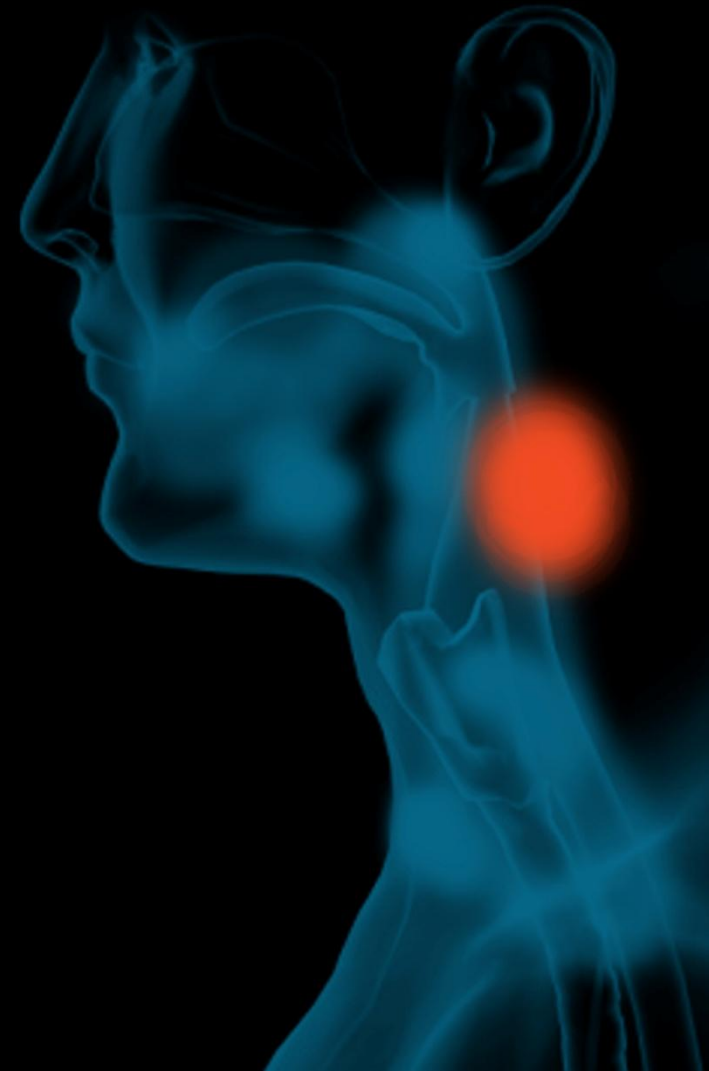
Protocolo Diagnóstico

> 50% diagnóstico do T. primário

Maioria dos T. primários em território ORL

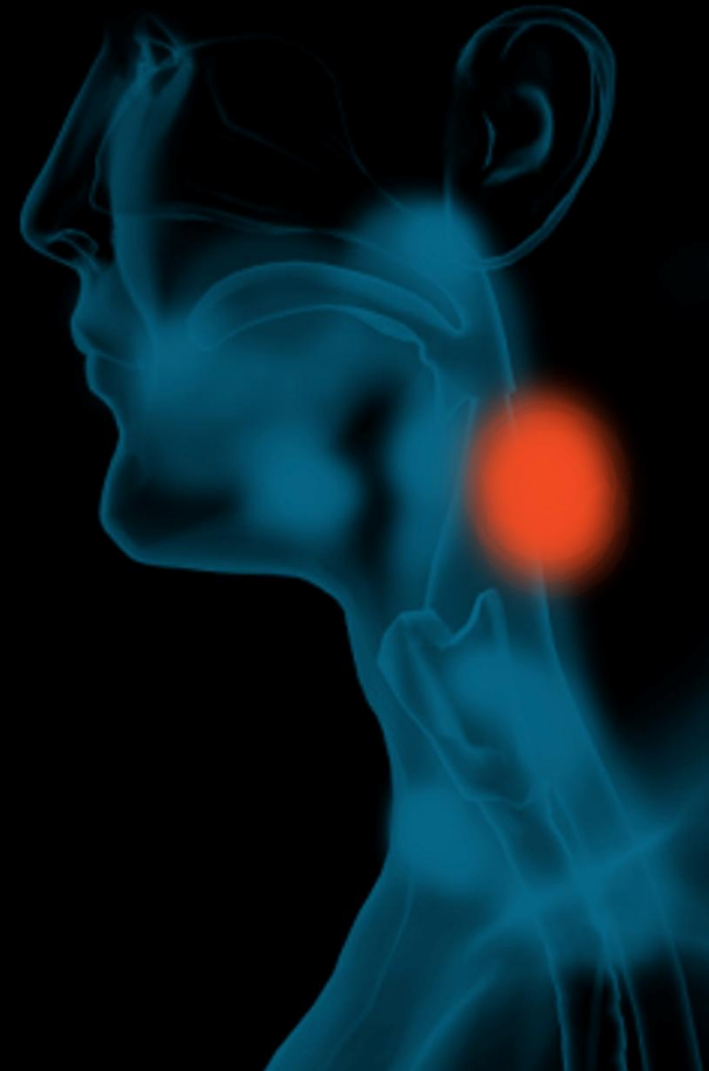
11% Tumores infra-claviculares

- Metástases cervicais “baixas”
- 83% T. pulmão



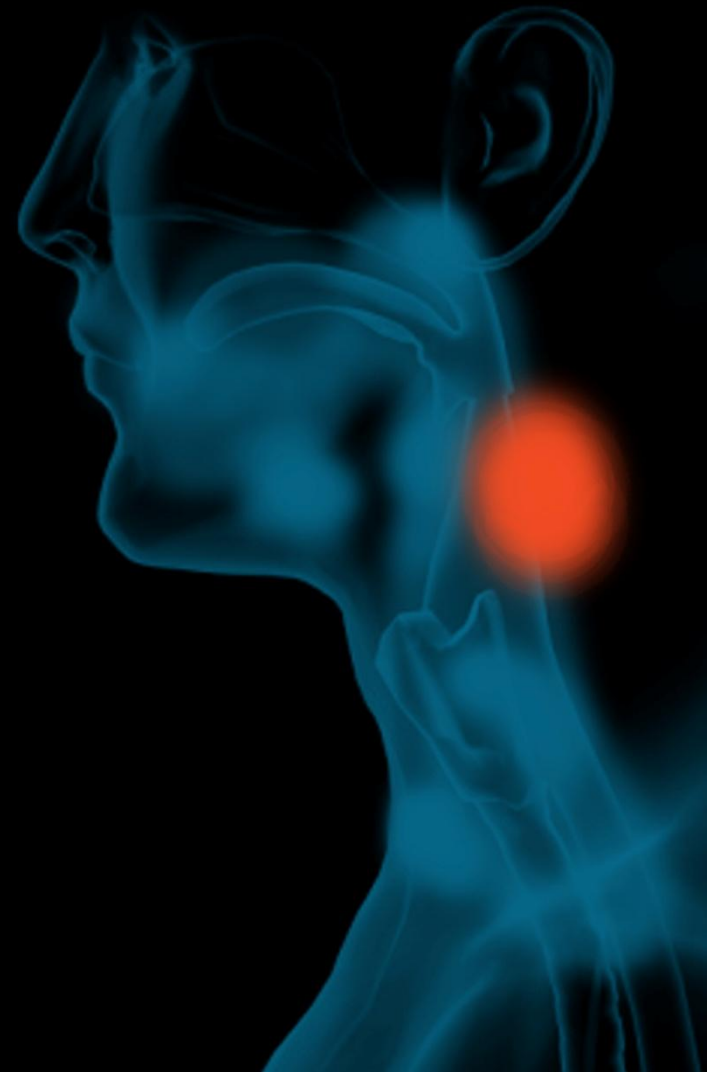
Protocolo Diagnóstico – Erros a evitar

- Ausência de avaliação ORL
- “Biópsia aberta” ganglionar inicial
- “Biópsia cega” da mucosa antes de imagiologia
- Demora na investigação diagnóstica comprometendo sucesso terapêutico
- Repetição desnecessária de exames diagnósticos
- Excisão de gânglio em bloco operatório sem capacidade de terapêutica imediata



Terapêuticas/Objectivos

1. Tratar metástases ganglionares cervicais
 - Semelhante a tratamento de metástases de T. de Cabeça e Pescoço conhecidos
2. Tratar áreas mucosas com probabilidade de alojar T. primário
3. Mínimo de morbidade



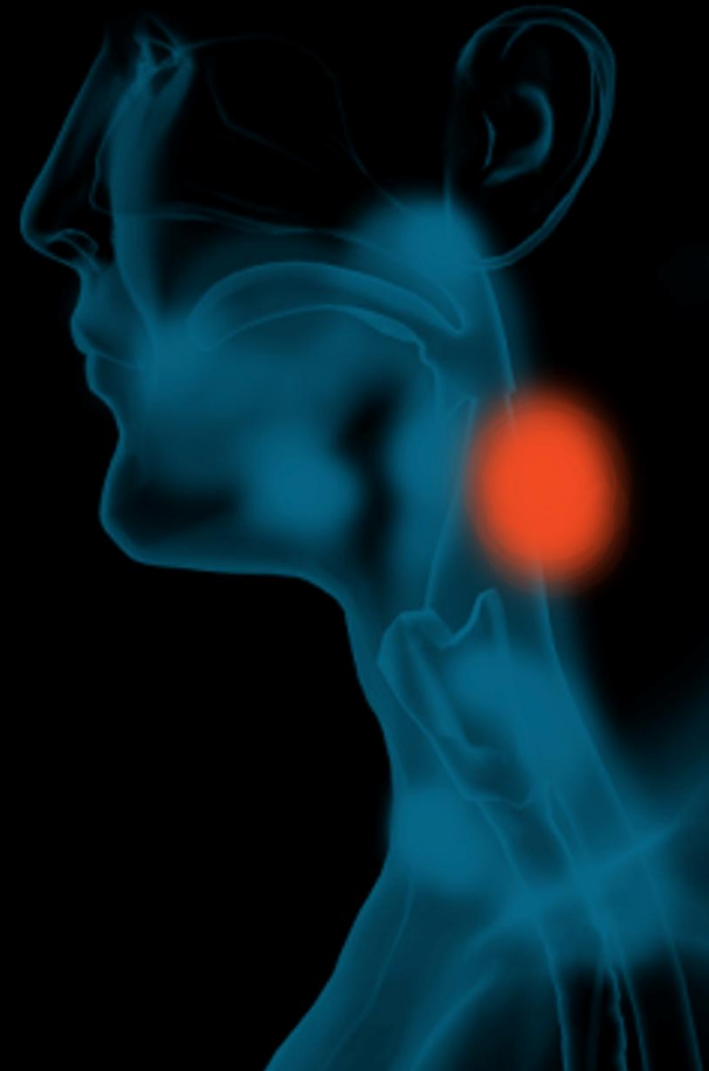
Terapêuticas/Considerações

Morte pela doença metastática

Risco de metástase à distância
relacionado com doença ganglionar

- **N**
- Localização

Prognóstico é dado pelo **N**



Sobrevida

- 5 anos – 36 a 60%
- 10 anos – 40 a 56%

Doença Tratável



www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.asp/

Braud F, al-Sarraf M. Diagnosis and management of squamous cell carcinoma of unknown primary tumor site of the neck. *Semin Oncol* 1993;20:273-8.

Lee DJ, Rostock RA, Harris A, Kashima H, Johns M. Clinical evaluation of patients with metastatic squamous carcinoma of the neck with occult primary tumor. *South Med J* 1986;79:979-83.

Fried MP, Diehl WH Jr, Brownson RJ, Sessions DG, Ogura JH. Cervical metastasis from an unknown primary. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1975;84:152-7.

Davidson BJ, Spiro RH, Patel S, Patel K, Shah JP. Cervical metastases of occult origin: the impact of combined modality therapy. *Am J Surg* 1994;168:395-9.

Wang RC, Goepfert H, Barber AE, Wolf P. Unknown primary squamous cell carcinoma metastatic to the neck. *Arch* (15)^d

Callender T, el-Naggar AK, Lee MS, Frankenthaler R, Luna MA, Batsakis JG. PRAD-1 (CCND1)/cyclin D1 oncogene amplification in primary head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer* 1994;74:152-8.

ESMO Guidelines Task Force. ESMO minimum clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up of cancers of unknown primary site (CUP). *Ann Oncol* 2001;12:1057-8.

Daugaard G. Unknown primary tumors. *Cancer Treat Rev* 1994;20:19-147.

Saghatchian M, Fizazi K, Borel C, Ducreux M, Ruffie P, Le Chevalier T, et al. Carcinoma of an unknown primary site: a chemotherapy strategy based on histological differentiation – results of a prospective study. *Ann Oncol* 2001;12:535-40.

Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Hess KR, Raber MN, Lenzi R, Frost P. Unknown primary carcinoma: natural history and prognostic factors in 657 consecutive patients. *J Clin Oncol* 1994;6:1272-80.

Rades D, Kuhnel G, Wildfang I, Borner AR, Schmoll HJ, Knapp W. Localised disease in cancer of unknown primary (CUP): the value of positron emission tomography (PET) for individual therapeutic management. *Ann Oncol* 2001;12:1605-9.

Strojan P, Anicin A. Combined surgery and postoperative radiotherapy for cervical lymph node metastases from an unknown primary tumor. *Radiother Oncol* 1998;49:33-40.

Issing WJ, Taleban B, Tauber S. Diagnosis and management of carcinoma of unknown primary in the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260:436-43

Agradecimento: Dr. Hugo Estibeiro - IPOLFG