



46_ Carcinoma adenoide cístico da cabeça e pescoço: análise de sobrevida e fatores de prognóstico

André Filipe Pinheiro Figueiredo, Ana Luísa Vasconcelos, Filomena de Pina
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Objetivos: Análise dos casos de carcinoma adenoide cístico (CAC) tratados no Serviço de Radioterapia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), durante o período de 2008 a Agosto de 2016, no que respeita a apresentação clínica, tratamento, toxicidade aguda e tardia, controlo loco-regional e metastização à distância, com avaliação de fatores de prognóstico de sobrevida livre de doença e global.

Material e métodos:

- Estudo retrospectivo dos casos admitidos no Serviço de Radioterapia do CHLN, com diagnóstico de CAC, entre 01/01/2008 e 31/08/2016.
- Recolha de dados através dos registos clínicos no sistema informático do Serviço de Radioterapia MOSAIQ®, no sistema de Desktop médico Glinnt® e do processo físico.
- Tratamento estatístico dos dados com recurso ao IBM SPSS® Statistics versão 23.

Resultados: Dos 21 doentes (*dts*) que constituem a população em estudo, 15 são do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com uma média de 64 anos de idade (*intervalo de 31-83*). Onze *dts* apresentavam uma massa, 3 dos quais associada a dor. Outras apresentações clínicas menos comuns incluíram tosse (14,3%), disfagia (9,5 %), dispneia (9,5 %), alterações visuais (9,5 %), parésia do VII par craniano (9,5 %), epistaxis (4,8 %) e hipoacusia (4,8 %). As localizações mais comuns foram a glândula submandibular (23,8%), glândulas mucosas da traqueia (19%) e glândulas salivares *minor* do palato duro (14,3%). Três *dts* apresentaram-se em estágio I, 4 em estágio II, 2 em estágio III, 8 em estágio IV e 4 sem estadiamento descrito. O padrão histológico mais comum foi tubular e/ou cribiforme (28,6 % *cada*), seguido de sólido (14,3%), com a maioria dos *dts* (52,4 %) classificado como, *NOS*. A invasão linfo-vascular foi descrita em 2 de 6 *dts* e a invasão peri-neural em 5 de 8 analisados. A terapêutica efetuada foi radioterapia radical em 11 *dts* e adjuvante em 10. A dose média de radioterapia foi de 66 Gy (*intervalo de 60 – 72 Gy*). Quatro *dts* foram submetidos a quimioterapia. As toxidades agudas do tratamento mais comuns foram radiodermite GI (42,9 %), disfagia GI (38,1 %) e xerostomia (33,3 %) e as toxicidades tardias a xerostomia (36,4 %) e a disgeusia (27,3 %). Numa média de follow-up de 14 meses (*intervalo 1 – 87 meses*) ocorreram 3 recidivas (14,3%). Aos 6 e aos 12 meses as sobrevidas livres de doença foram 88,7 % e 65 % respetivamente. A sobrevida global deste estudo revela 79,8 % aos 12 meses.

Conclusão: A idade ao diagnóstico foi maioritariamente ≥ 50 anos, com uma prevalência superior do sexo feminino, achados epidemiológicos que estão de acordo com o descrito na literatura. Apesar de neste estudo nenhum destes dois fatores se associarem a sobrevida livre de doença e global, o sexo feminino foi associado numa revisão retrospectiva a uma maior taxa de recidiva. O desenvolvimento de uma massa foi a apresentação clínica mais comum,



dolorosas em 27,3 % destes dts. Estas devem sempre fazer suspeitar de invasão perineural, presente, segundo a literatura, em mais de 50% destes tumores. Sempre que exequível, o tratamento é cirúrgico, com excisão da lesão primária com margens livres. Nos casos cirurgicamente irrecutíveis tem indicação a radioterapia radical, contudo com taxas de controlo loco-regional inferiores. No nosso estudo a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,538$). No que respeita à toxicidade aguda da radioterapia, o facto de apenas 3 doentes (14,3 %) terem apresentado toxicidade grau III (radiomucosite e disfagia), não tendo sido descrito nenhum episódio de toxicidade grau IV, permite-nos afirmar a boa tolerância deste tratamento.

A identificação dos fatores de mau prognóstico é primordial para a definição da melhor estratégia terapêutica, com a recomendação de radioterapia adjuvante se estes estiverem presentes. Margens cirúrgicas positivas, padrão histológico sólido, doença ganglionar múltipla e/ou com extensão extracapsular e invasão perineural e/ou linfovascular estão descritos em estudos anteriores com impacto na sobrevida livre de doença e global. Todavia, no nosso estudo, o único fator com valor prognóstico foi a PS para a sobrevida geral ($p=0,034$). A ausência de significado estatístico nas diferenças encontradas nos outros fatores estudados está muito provavelmente relacionada com o pequeno tamanho da população em estudo.

Apesar do aumento do controlo loco-regional com o tratamento, a presença de metástases à distância no decorrer da doença é comum e potencialmente a causa de morte. No nosso estudo apenas 1 doente teve recidiva à distância avaliada imagiologicamente, no entanto o valor relativamente baixo da sobrevida global torna expectável que esta estivesse presente num número superior de doentes.

Bibliografia

- Amit M, Binenbaum Y, Sharma K, Ramer N, Ramer I, Agbetoba A et al (2014) *Analysis of failure in patients with adenoid cystic carcinoma of the head and neck*. An international collaborative study. *Head Neck* 36 (7):998 – 1004
- Coca-Pelaz A, Rodrigo JP, Bradley P, Poorten VV, Triantafyllou A, Hunt JL, Stojan P, et al. (2015) *Adenoid cystic carcinoma of the head and neck – An update*. *Oral Oncology* 51:652-661
- Mendenhall WM, Morris CG, Amdur RJ, Werning JW, Hinerman RW, Villaret DB (2004). *Radiotherapy alone or combined with surgery for adenoid cystic carcinoma of the head and neck*. *Head Neck* 26:154-62