

CAPÍTULO 9

ONCOLOGIA DE PRECISÃO EM TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO

Pedro De Marchi

Coordenador médico do Instituto Oncoclínicas; líder nacional da especialidade de Cabeça e Pescoço – Grupo Oncoclínicas

Introdução

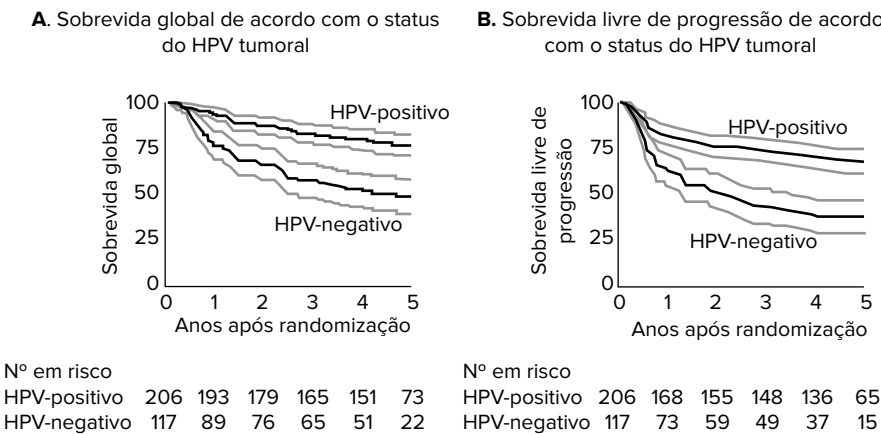
As regiões anatômicas mais importantes do trato aerodigestivo superior são cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal e seios paranasais. O termo “câncer de cabeça e pescoço” (CP) se refere às neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior (exceto esôfago) e da tireoide. No presente capítulo, serão abordados os principais testes moleculares a serem realizados em pacientes com câncer de cabeça e pescoço que apresentam implicações clínicas. O capítulo está dividido em três partes: carcinoma escamoso de cabeça e pescoço, câncer de glândula salivar e câncer de tireoide.

Carcinoma escamoso (CEC) de cabeça e pescoço

Status do HPV (papilomavírus humano)

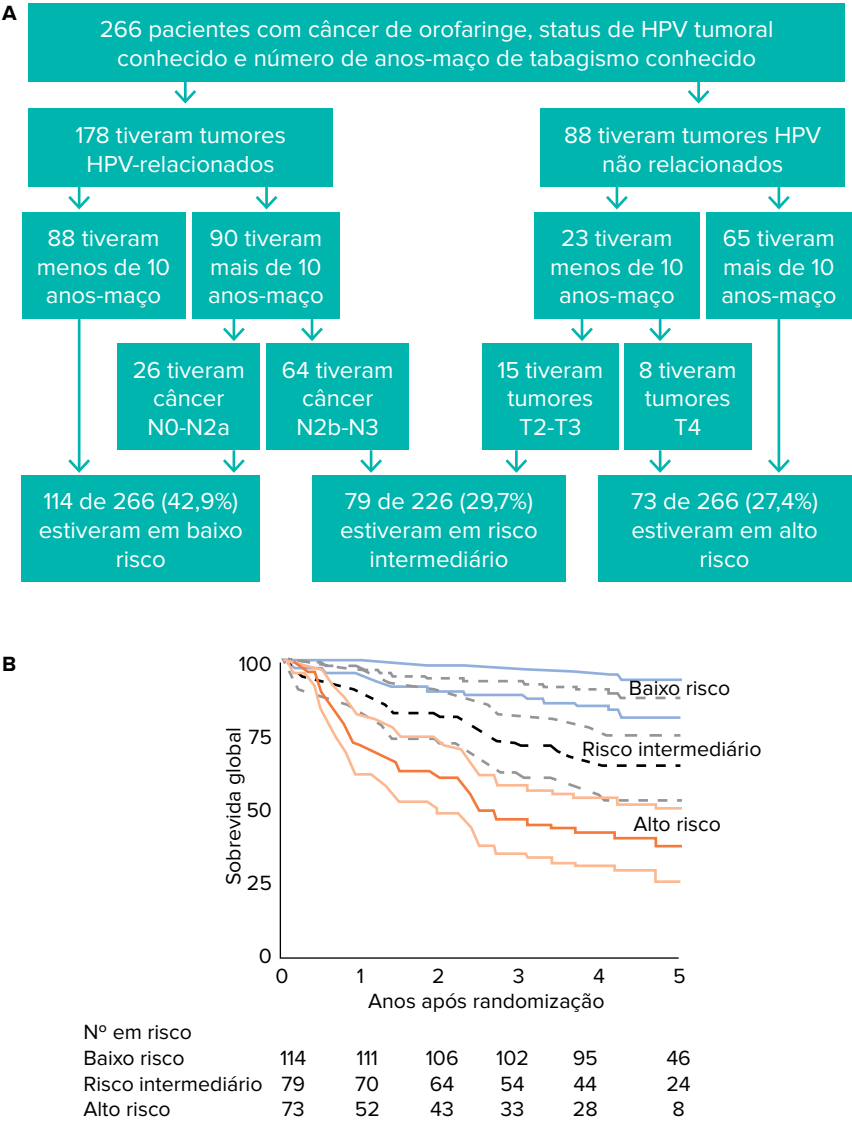
O carcinoma de orofaringe HPV-relacionado é encontrado em pacientes mais jovens, apresenta menor relação com tabagismo e consumo de álcool, tende a apresentar disseminação nodal mais precoce (lesões primárias pequenas em relação ao acometimento linfonodal) e metástases atípicas. Também apresenta melhor prognóstico e responde melhor ao tratamento com quimiorradioterapia, sendo o status do HPV um fator prognóstico independente no CEC de orofaringe. Pacientes com tumores HPV-relacionados apresentam maior taxa de sobrevida em três anos quando tratados com quimiorradioterapia do que aqueles com tumores HPV não-relacionados (82,4% *versus* 57,1%; $p<0,001$; HR: 0,42; 0,27-0,66) (figura 1)¹.

Figura 1. Sobrevida global (A) e sobrevida livre de progressão (B) de acordo com status do HPV¹



Ainda assim, a sobrevida desses pacientes é influenciada pelo tabagismo, havendo um incremento na mortalidade para cada ano/maço adicional na carga tabágica. Com base em quatro fatores (status do HPV, carga tabágica, categorização T e categorização N), a doença pode ser classificada em baixo, intermediário ou alto risco para morte (figura 2)¹.

Figura 2. Classificação categórica do risco de morte (A) e curvas de sobrevida de acordo com as diferentes categorias (B)¹



Dada a relevância do status do HPV, esse fator foi incorporado à 8ª edição da AJCC na classificação dos carcinomas escamosos de orofaringe. No entanto, não há evidência de que o tratamento desses pacientes possa ser desintensificado, sendo uma questão em aberto. Dito isso, saber quem deve ser testado e como deve ser testado é fundamental. Com essa intenção, o College of American Pathologists (CAP) publicou em 2018 uma diretriz com as seguintes recomendações principais²:

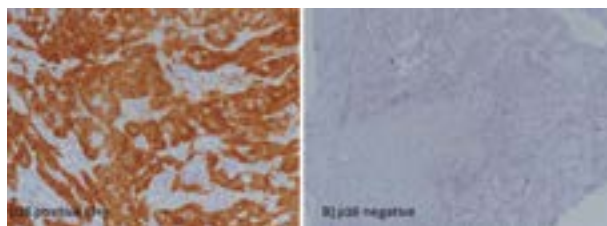
Quem deve ser testado para HPV?

- Todo paciente com CEC de orofaringe recém-diagnosticado;
- Qualquer subtipo (não queratinizante, queratinizante ou basaloide);
- Amostra do tumor primário ou metástase pode ser utilizada;
- Tumor misto com componente CEC deve ser testado.

Como testar?

- Imuno-histoquímica (IHQ) p16 (coloração citoplasmática e nuclear com intensidade mínima moderada em $\geq 70\%$ das células – figura 3);
- Possível através de citologia.

Figura 3. IHQ p16 positiva (A) e negativa (B)³



Quem NÃO deve ser testado?

- Não testar rotineiramente carcinomas orofaríngeos não escamosos ou carcinomas não orofaríngeos.

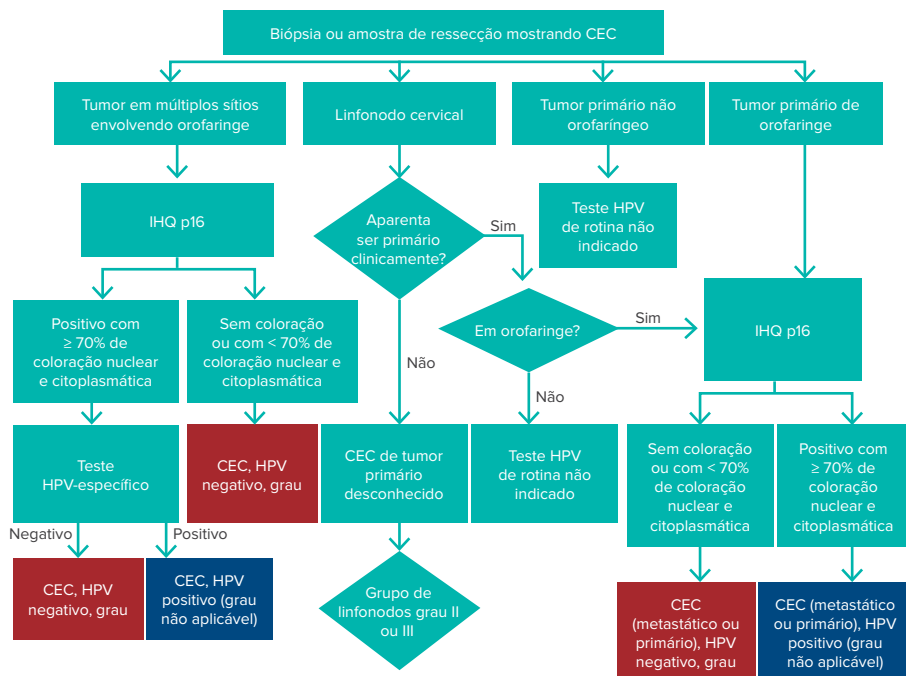
Quando é necessário teste HPV-específico (PCR, ISH)?

- Tumores “multissítios” envolvendo orofaringe, caso p16+;
- Primário oculto de CP envolvendo linfonodos cervicais de níveis II ou III, p16+ e morfologia queratinizante;

- Primário oculto de CP envolvendo linfonodos cervicais de níveis incertos e p16+.

Para maiores detalhes, o algoritmo de testagem proposto pelo CAP está representado na figura 4.

Figura 4. Algoritmo de teste para HPV proposto pelo Colégio Americano de Patologistas (CAP)



Veja esse conteúdo na íntegra acessando a OC Academia:
<http://ocacademia.com>

