

Curso Preparatório para  
Prova de Título de Especialista em

# ONCOLOGIA CLÍNICA

*Edição 2022*

**Tumores de  
Cabeça e Pescoço**



Curso Preparatório para  
Prova de Título de Especialista em

# ONCOLOGIA CLÍNICA

*Edição 2022*

## Tumores de Cabeça e Pescoço



RJ Estrada do Bananal, 56 - Jacarepaguá - Rio de Janeiro - RJ - (21) 2425-8878

SP (11) 97269-9516

www.universodoc.com.br | atendimento@universodoc.com.br



CEO

**Renato Gregório**

Gerente comercial

**Sâmya Nascimento**

Gerentes editoriais

**Marcello Manes e Thamires Cardoso**

Gerentes de projetos especiais

**Bruno Aires e Thaís Novais**

Coordenador médico

**Guilherme Sargentelli (CRM: 541480-RJ)**

Coordenadora de Pró-DOC

**Alice Selles**

Revisora

**Camila Moraes**

Designers gráficos

**André Giordano, Douglas Almeida, Mariana Matos e Monica Mendes**

Marketing

**Heryka Nascimento e Lucas Barroso**

Gerentes de relacionamento

**Fabiana Costa, Karina Maganhini e Thiago Garcia**

Assistente comercial

**Jessica Oliveira**

Produção gráfica

**Abraão Araújo, Sabrina Silva e Viviane Telles**

---

De Marchi, Pedro; Ferreira, Carlos Gil; Ferrari, Bruno (eds.). De Marchi, Pedro; Brito, Daniel; Pruski, Fernanda;

Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica - Tumores de Cabeça e Pescoço / Pedro De Marchi, Carlos Gil Ferreira, Bruno Ferrari et al. - Rio de Janeiro: DOC, 2022.

ISBN 978-65-87679-85-3 (coleção impressa)

ISBN 978-65-87679-84-6 (volume impresso)

1. Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica - Tumores de Cabeça e Pescoço. I. Marchi, Pedro (ed.); II. Ferreira, Carlos Gil (ed.); III. Ferrari, Bruno (ed.); IV. De Marchi, Pedro; V. Brito, Daniel; VI. Pruski, Fernanda.

CDD-616.006

---

Reservados todos os direitos. É proibida a reprodução ou duplicação deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia ou outros), sem permissão expressa dos autores. Direitos reservados aos autores.

## EDITORES



### Pedro De Marchi

*Coordenador médico do Instituto Oncoclínicas; líder da especialidade de Cabeça e Pescoço (CP) da Oncoclínicas; coordenador adjunto do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Oncoclínicas; médico oncologista de CP e tórax da Oncoclínicas RJ; membro diretor do GBCP (Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço); membro fundador do GTOP (Grupo Translacional de Oncologia Pulmonar); membro da SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica), IALSC (International Association for the Study of Lung Cancer), LACOG (Latin American Cooperative Oncology Group) e GBOT (Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica)*



### Carlos Gil Ferreira

*Presidente do Instituto Oncoclínicas; CMO do Grupo Oncoclínicas; membro do Board da International Association for the Research and Treatment of Lung Cancer (IALSC); membro dos Boards da Americas Health Foundation (AHF) e International Network for Cancer Treatment and Research (INCTR) – braço no Brasil*



### Bruno Ferrari

*Presidente do Conselho de Administração do Grupo Oncoclínicas; médico oncologista do Oncocentro Belo Horizonte; membro do Comitê de Clinical Guidelines da ASCO (American Society of Clinical Oncology) e da Stanford Alumni Association (Stanford University Graduate School of Business)*

**Bruno Lemos Ferrari**

Fundador e Presidente do Conselho Administrativo do Grupo Oncoclínicas

**Carlos Gil Ferreira**

Presidente do Instituto Oncoclínicas

**Pedro De Marchi**

Coordenador Médico do Instituto Oncoclínicas

**Sérgio Azevedo**

Coordenador do Comitê de Educação e Ensino (CEE) do Instituto Oncoclínicas

**Eduardo Maluf**

Gerente Executivo de Ensino do Instituto Oncoclínicas

## Coordenação do curso

**Pedro De Marchi**

Coordenador geral do Curso OC-TEOC

**Bernardo Garicochea**

Coordenador do módulo Oncogenética

**Bruna David**

Coordenadora do módulo Sarcoma

**Bruno Protasio**

Coordenador do módulo Emergências oncológicas, Cirurgias Oncológicas e Radioterapia

**Carla Boquimpani**

Coordenadora do módulo Neoplasias Hematológicas

**Carolina Fittipaldi**

Coordenadora do módulo Tumores do Sistema Nervoso Central

**Diocesio Andrade**

Coordenador do módulo Tumores Ginecológicos

**Mariana Laloni**

Coordenadora do módulo Tumores Torácicos

**Mariane Fontes Dias**

Coordenadora do módulo Tumores Geniturinários

**Mariano Zalis**

Coordenador do módulo de Diagnóstico de Precisão

**Max Mano**

Coordenador do módulo Tumores da Mama

**Pedro De Marchi**

Coordenador do módulo Tumores de Cabeça e Pescoço

**Pedro Liedke**

Coordenador do módulo Epidemiologia, Sistema de Saúde do Brasil e Pesquisa Clínica

**Renata D'Alpino**

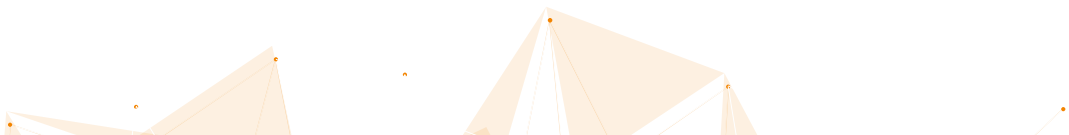
Coordenadora do módulo Tumores Gastrointestinais

**Rodrigo Perez Pereira**

Coordenador do módulo Tumores da Pele

**Sarah Ananda**

Coordenadora do módulo Cuidados Paliativos e Oncogeriatría



# SUMÁRIO

|     |                                                                                                                               |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12  | Capítulo 1<br><b>Anatomia, epidemiologia, fatores de risco e prevenção</b>                                                    |
| 22  | Capítulo 2<br><b>Diagnóstico, estadiamento, medicina de precisão e cuidados com o paciente com câncer de cabeça e pescoço</b> |
| 38  | Capítulo 3<br><b>Câncer de lábio e cavidade oral</b>                                                                          |
| 46  | Capítulo 4<br><b>Câncer de orofaringe</b>                                                                                     |
| 54  | Capítulo 5<br><b>Câncer de laringe e hipofaringe</b>                                                                          |
| 60  | Capítulo 6<br><b>Câncer de cavidade oral, oro/hipofaringe ou laringe, recidivado ou metastático</b>                           |
| 66  | Capítulo 7<br><b>Câncer de nasofaringe</b>                                                                                    |
| 74  | Capítulo 8<br><b>Câncer sinonasal</b>                                                                                         |
| 80  | Capítulo 9<br><b>Câncer de glândulas salivares</b>                                                                            |
| 88  | Capítulo 10<br><b>Carcinoma escamoso de cabeça e pescoço com sítio primário oculto</b>                                        |
| 94  | Capítulo 11<br><b>Tumores bem diferenciados de tireoide</b>                                                                   |
| 106 | Capítulo 12<br><b>Carcinoma medular de tireoide</b>                                                                           |
| 114 | Capítulo 13<br><b>Carcinoma anaplásico de tireoide</b>                                                                        |



# PREFÁCIO

A educação vem ganhando cada vez mais espaço em uma sociedade que anseia conhecer, inovar e se desenvolver. No campo da Saúde, percebe-se o grande interesse em aprimorar tratamentos, diagnosticar com mais precisão e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Pensando nisso, apresentamos a segunda edição do **Curso Preparatório para Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica – OC-TEOC**, atualizada, revisada e pronta para atender aos anseios daqueles que buscam excelência dentro da Oncologia.

Como grande desafio, tivemos a busca dos trabalhos mais relevantes que foram publicados ou apresentados, para entregar o que há de mais atual no conhecimento científico. Nosso corpo clínico, juntamente com a equipe acadêmica do Instituto Oncoclínicas, traz nessa edição mais conhecimento e mais qualidade, com intenção de integrar conhecimento e prática, e tornar o processo de ensino e de aprendizagem dinâmico, interativo e atraente.

O OC-TEOC é um curso completo, inovador, flexível e com abordagem pedagógica que se propõe a contribuir efetivamente com o processo de aprendizagem. Está organizado em áreas temáticas da Oncologia: tumores da mama, do trato geniturinário, do trato gastrointestinal, ginecológicos, de pele, do sistema nervoso central (SNC), de cabeça e pescoço e torácicos, além das neoplasias hematológicas. Abrange também as áreas de pesquisa clínica, sistema de saúde do Brasil, cuidados paliativos, Oncogeriatría, diagnóstico de precisão, Oncogenética, emergências oncológicas e conceitos de cirurgia e de radioterapia.



Esse é mais um projeto que entregamos à sociedade médica e às equipes multidisciplinares com a sensação de dever cumprido. O resultado obtido com a primeira edição do curso foi surpreendente: foram mais de 800 inscritos e mais de 60% de aprovados na prova de título de especialista em Oncologia Clínica (TEOC). Esse sucesso é fruto de um trabalho em equipe e segue o compromisso do Instituto Oncoclínicas de levar para a sociedade o que há de mais importante, recente e inovador no tratamento oncológico.

*Rio de Janeiro, inverno de 2022*

***Dr. Carlos Gil Ferreira*** – Presidente do Instituto Oncoclínicas  
***Dr. Pedro De Marchi*** – Coordenador Médico do Instituto Oncoclínicas  
***Professor Eduardo Mendes Maluf*** – Gerente Executivo de Ensino  
***Maria Guiomar Benuto Frastorne*** – Especialista de Ensino  
***Yuri Arnaldo de Abreu*** – Secretário Acadêmico  
***João Paulo de Almeida*** – Analista Administrativo II  
***Vitor Alexandre Sotelo da Silva Lopes*** – Analista Administrativo II  
***Vinicius de Oliveira Bartole*** – Analista Administrativo II

# VIDEOAULAS

## Tumores de Cabeça e Pescoço

### **1. Introdução ao câncer de cabeça e pescoço**

Professor: Dr. Pedro De Marchi

### **2. Câncer de cavidade oral e orofaringe**

Professor: Dr. Daniel Brito

### **3. Câncer de laringe e hipofaringe**

Professora: Dr<sup>a</sup>. Fernanda Pruski

### **4. Câncer de nasofaringe e glândulas salivares**

Professora: Dr<sup>a</sup>. Fernanda Pruski

### **5. Câncer de tireoide bem diferenciado**

Professor: Dr. Daniel Brito

### **6. Câncer de cabeça e pescoço: doença avançada**

Professor: Dr. Pedro De Marchi

Assista às videoaulas por meio do QR Code abaixo:



# COLABORADORES

## Coordenador



### Dr. Pedro De Marchi

*Coordenador médico do Instituto Oncoclínicas; líder da especialidade de Cabeça e Pescoço (CP) da Oncoclínicas; coordenador adjunto do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Oncoclínicas; médico oncologista de CP e tórax da Oncoclínicas RJ; mestre e doutor em oncologia; membro diretor do GBCP (Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço); membro fundador do GTOP (Grupo Translacional de Oncologia Pulmonar); membro da SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica), IALSC (International Association for the Study of Lung Cancer), LACOG (Latin American Cooperative Oncology Group) e GBOT (Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica)*

## Professores



### Dr. Daniel Brito

*Oncologista clínico da Oncoclínicas - BA; graduado pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (2009); serviço militar como médico (2010); residência em Clínica Médica (2011- 2012); residência em Oncologia Clínica (2013-2015); atualmente, é oncologista clínico do NOB | Oncoclínicas*



### Drª. Fernanda Pruski

*Oncologista Clínica da Oncoclínicas - RS; médica Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Oncologia do Hospital São Lucas da PUCRS; preceptora do Programa de Residência Médica em Cancerologia Clínica do Hospital São Lucas da PUCRS; membro da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e do Latin American Cooperative Oncology Group (LACOG)*



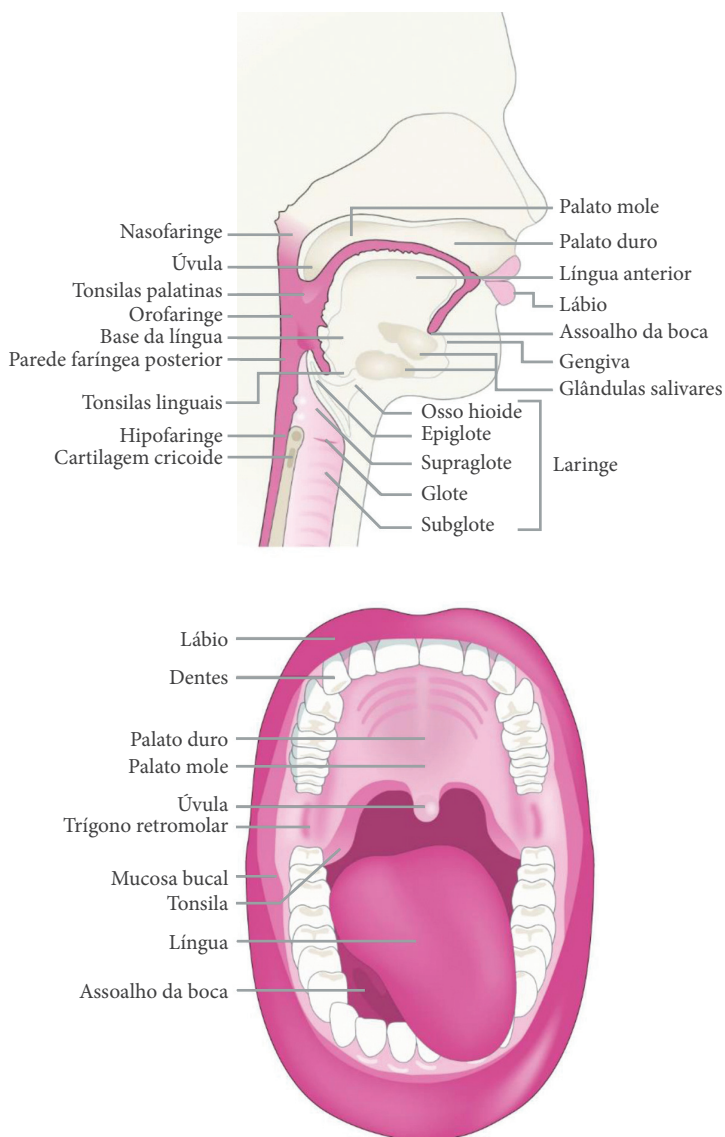
## Capítulo 1

# Anatomia, epidemiologia, fatores de risco e prevenção

## 1 - ANATOMIA

A anatomia que envolve os tumores de cabeça e pescoço é extremamente complexa. Existem múltiplas relações entre as diferentes estruturas anatômicas, e esse talvez seja um dos motivos pelos quais muitos oncologistas acabem não se dedicando à área (figura 1).

Figura 1. Regiões e estruturas anatômicas da cabeça e do pescoço



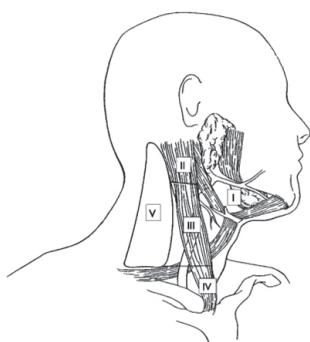
O termo “câncer de cabeça e pescoço” (CCP) se refere às neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior, além da tireoide. As regiões anatômicas mais importantes do trato aerodigestivo superior são cavidade oral, faringe, laringe, cavidade nasal e seios paranasais. A faringe e a laringe são divididas em três porções: nasofaringe, orofaringe e hipofaringe; e laringe supraglótica, glótica e subglótica. A tabela 1 resume as regiões anatômicas e as suas principais estruturas. As neoplasias de tireoide serão abordadas em capítulo à parte.

Tabela 1. Regiões anatômicas e principais estruturas envolvidas

| Região anatômica    | Estruturas envolvidas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cavidade oral       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucosa do lábio superior e inferior</li> <li>• 2/3 anteriores da língua (língua oral)</li> <li>• Mucosa bucal (jugal e crista alveolar superior e inferior)</li> <li>• Trígono retromolar</li> <li>• Assoalho da boca</li> <li>• Palato duro</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                |
| Orofaringe          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amígdalas e pilares amigdalídeos</li> <li>• Base da língua (um terço posterior da língua)</li> <li>• Parede posterior da faringe</li> <li>• Palato mole e úvula</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hipofaringe         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seios piriformes</li> <li>• Parede posterior da faringe</li> <li>• Área pós-cricóide</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Laringe             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supraglótica <ul style="list-style-type: none"> <li>- falsas cordas vocais falsas</li> <li>- cartilagens aritenóides</li> <li>- epiglote</li> <li>- pregas aritenoepiglóticas</li> <li>- ventrículos</li> </ul> </li> <li>• Glótica <ul style="list-style-type: none"> <li>- cordas vocais</li> <li>- comissura anterior</li> </ul> </li> <li>• Subglótica <ul style="list-style-type: none"> <li>- região entre glote e primeiro anel traqueal</li> </ul> </li> </ul> |
| Seios paranasais    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seios maxilares</li> <li>• Seios etmoidais</li> <li>• Seios esfenoidais</li> <li>• Seios frontais</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Glândulas salivares | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Glândulas maiores: parótidas, sublinguais e submandibulares</li> <li>• Glândulas menores</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Com intenção de padronizar o registro dos linfonodos cervicais acometidos por tumor, em 1986 foi proposto, pelo Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de Nova Iorque, uma classificação em ordem numérica de seis níveis que agrupam os linfonodos de cada lado do pescoço. Esses níveis têm sido utilizados para descrever o acometimento linfonodal tanto clínico quanto patológico (figura 2)<sup>1</sup>.

**Figura 2. Designação de níveis de linfonodos cervicais do lado direito do pescoço**



- Nível I: submandibulares e submentonianos;
- Nível II: linfonodos 1/3 superior do músculo esternocleidomastoideo (ECM);
- Nível III: linfonodos 1/3 médio do músculo ECM;
- Nível IV: linfonodos 1/3 inferior do músculo ECM
- Nível V: linfonodos do triângulo posterior
- Nível VI: linfonodos do compartimento central do pescoço.

A padronização desses níveis viabilizou, entre outras coisas, estudos anatómicos de distribuição das metástases cervicais. Esses estudos demonstraram que é aceitável realizar esvaziamentos cervicais menos extensos (seletivos), preservando um ou mais grupos de linfonodos. Por exemplo, os esvaziamentos supraomohioideo (apenas níveis I-III) e os esvaziamentos laterais (apenas níveis II-IV) para os tumores de cavidade oral e laringe/hipofaringe, respectivamente.

## 2 - EPIDEMIOLOGIA

Os cânceres de cavidade oral, laringe, faringe e glândula salivar, quando considerados em conjunto, são o sexto tumor mais incidente no mundo (5% do total, excluídos cânceres de pele não melanoma). No ano de 2020, foram mais de 930 mil casos mundialmente, sendo o subsítio da cavidade oral o mais comum (40%), seguido de laringe (20%) e nasofaringe (14%). Foram responsáveis por mais de 465 mil mortes<sup>2</sup>. No Brasil, para o triênio de 2020-2022, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima uma incidência anual de cerca de 23 mil novos casos, considerando-se os sítios de cavidade oral, orofaringe e laringe (CIDs 10 C00-C10 e C32). Por ano, ocorrem mais de 13 mil mortes,

sendo a sexta causa mais frequente de morte por câncer no país. As regiões sul e sudeste abrangem a maioria dos casos<sup>3</sup>.

A incidência desses tumores aumenta com a idade, são mais frequentes em homens (proporção 2-4 homens para cada mulher) e a histologia mais comum é o carcinoma epidermoide (90% dos casos)<sup>4</sup>. Existem dois grandes grupos de doença: tumores relacionados ao tabaco e tumores relacionados ao papiloma-vírus humano (em inglês, *human papillomavirus* – HPV). Pacientes com tumores relacionados ao HPV são mais frequentemente brancos, têm maior nível socio-econômico, melhor prognóstico e são diagnosticados em idade mais jovens do que pacientes com tumores HPV negativo<sup>5</sup>.

Nas últimas décadas tem sido observada uma mudança do panorama epidemiológico da doença, principalmente em países desenvolvidos. Enquanto se observa um aumento no número de casos de tumores relacionados ao HPV, o número de tumores relacionados ao tabaco vem reduzindo, em paralelo à redução do tabagismo<sup>4,6,7</sup>. Globalmente, as tendências de incidência do câncer de cabeça e pescoço variam amplamente por país, refletindo tendências diferentes no uso de tabaco, álcool e comportamento sexual<sup>4,8</sup>.

### 3 - FATORES DE RISCO

#### Tabagismo

O tabagismo é o principal fator de risco para CCP, aumentando em até cinco vezes a chance de desenvolver a doença<sup>9-11</sup>. É um risco independente e aumenta conforme o número de cigarros fumados por dia, duração do tabagismo, idade e carga tabágica. Parar de fumar reduz o risco da doença, se aproximando do risco da população não tabagista após dez anos<sup>11</sup>. Tabagismo passivo tem sido descrito como um possível fator de risco, enquanto o efeito dos cigarros eletrônicos permanece desconhecido<sup>12</sup>.

#### Consumo de álcool

Consumo de álcool é um fator de risco independente para CCP e aumenta conforme a quantidade ingerida, sendo a intensidade mais importante do que a duração de consumo, principalmente para cânceres de cavidade oral, laringe e hipofaringe. Para os cânceres de orofaringe, tanto a intensidade quanto a duração contribuem para incremento do risco<sup>13</sup>. Embora o mecanismo fisiopatológico ainda não esteja claro, uma das hipóteses é que o acetaldeído, o metabólito do etanol, seja o carcinógeno primário<sup>14</sup>.

A combinação de tabagismo e consumo de álcool tem efeito interativo multiplicativo, elevando em até 35 vezes o risco de CCP<sup>11</sup>.

## Infecção crônica pelo HPV

O HPV é um DNA vírus com papel oncogênico conhecido no carcinoma de orofaringe, além de outros sítios, como no câncer de colo uterino, no câncer de canal anal e, em menor proporção, em outros sítios de cânceres de cabeça e pescoço (como em alguns casos de carcinoma de língua, de laringe e de cavidade nasal e seios paranasais). Os tipos 16 e 18 são os de maior risco, seguidos dos tipos 33 e 35. Os mecanismos que levam o HPV a induzir a progressão neoplásica estão relacionados à sua capacidade de integrar seu genoma ao do hospedeiro (integração viral resultando na ruptura do gene E2 que deixa de suprimir os genes E6 e E7<sup>15</sup>). As proteínas E6 e E7 promovem inativação das proteínas supressoras tumorais p53 e pRb, respectivamente, e suas superexpressões levam à instabilidade genômica e ao desenvolvimento do câncer. Paralelamente, a inibição da pRb promove superexpressão da proteína p16, que pode ser detectada na superfície do tumor por meio de imunistoquímica (IHQ)<sup>16</sup>.

A infecção crônica pelo HPV é o principal fator de risco para câncer de orofaringe em países desenvolvidos, chegando a estar relacionado a 70% dos casos nos Estados Unidos, por exemplo<sup>17</sup>. No entanto, essa prevalência é diferente ao redor do mundo e pode ser heterogênea dentro do mesmo país, o que parece acontecer no Brasil. Embora a maioria dos estudos tenha demonstrado uma baixa taxa de tumores de orofaringe HPV-relacionados (4,4% a 8,8%), quando considerada apenas população de pacientes privados observa-se até 60% de casos positivos<sup>18</sup>. Existe evidência indireta de que os casos HPV relacionados estejam aumentando no país – estudo demonstra aumento da proporção de cânceres de orofaringe e cavidade oral entre os cânceres de cabeça e pescoço<sup>19</sup>.

O *status* do HPV foi recentemente incorporado ao estadiamento da doença, na oitava edição do American Joint Committee on Cancer (AJCC), e deve ser testado em todos os casos de carcinoma escamoso de orofaringe. Já para outros subsítios, como não há relação prognóstica, não há recomendação para que o teste seja realizado rotineiramente<sup>20</sup>.

## Infecção crônica pelo vírus Epstein-Barr (EBV)

A infecção crônica pelo EBV tem íntima relação etiológica com os carcinomas de nasofaringe, principalmente o subtipo não queratinizante, que é o prevalente tanto em áreas endêmicas quanto não endêmicas da doença<sup>21</sup>. O teste pode ser feito tanto no tumor (imunistoquímica LMP1 ou o teste padrão ISH para *EBV-encoded RNA* [EBER]) quanto no plasma, havendo associação entre altos níveis plasmáticos de DNA ao diagnóstico, com mortalidade e metástases a distância<sup>22</sup>.

## Outros fatores de risco

Existe uma série de outros fatores de risco já descritos para cânceres de cabeça e pescoço, a saber<sup>23,24</sup>:

- Má higiene oral e doença periodontal;
- Próteses dentárias mal ajustadas;
- Dieta pobre em frutas e vegetais;
- Exposição ocupacional a agentes carcinógenos;
- Infecção pelo HIV;
- Líquen plano;
- Baixo nível socioeconômico;
- História familiar;
- Hábito de mascar noz de betel (ou “chiclete de Taiwan” – noz proveniente da palmeira de areca e que contém propriedades estimulantes) e Gutka (mistura de tabaco e outras substâncias estimulantes, incluindo menta, açúcares e especiarias), comum principalmente na Índia;
- **Síndromes genéticas:**

**Anemia de Fanconi:** doença hereditária do reparo do DNA caracterizada por pancitopenia, malformações congênitas e predisposição para tumores hematológicos ou sólidos. Alto risco principalmente para tumores de orofaringe e cavidade oral;

**Disqueratose congênita:** desordem degenerativa rara, caracterizada por pigmentação da pele, unhas atróficas, leucoplasia e falência de medula óssea.

## 4 - PREVENÇÃO

As principais medidas para reduzir o risco de desenvolvimento de câncer no trato aerodigestivo de cabeça e pescoço são:

- Não fumar ou parar de fumar;
- Reduzir ou cessar consumo de álcool;
- Consumir dieta rica em frutas e vegetais;
- Ter um número reduzido de parceiros sexuais;
- Manter higiene oral.

Não há programa de screening para detecção precoce do câncer de cabeça e pescoço, nem mesmo para o CEC de orofaringe HPV-relacionado. Diferente do câncer de colo de útero, no qual o esfregaço de Papanicolaou e o DNA do HPV são amplamente usados como screening, no CEC de orofaringe

HPV-relacionado não há lesão pré-maligna orofaríngea identificada, e a presença de DNA do HPV na cavidade oral ou orofaringe não está diretamente ligada ao desenvolvimento subsequente de câncer<sup>25</sup>.

Embora ainda não haja comprovação de que a vacina contra HPV esteja relacionada à redução da incidência de câncer de orofaringe HPV-relacionado, estudo populacional americano demonstrou redução da prevalência de infecção oral pelos subtipos contemplados pelas vacinas (0,1% vacinados versus 1,6% não vacinados;  $p = 0,008$ )<sup>26</sup>. No Brasil, a vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18) está disponível na rede pública de saúde e faz parte do calendário vacinal (meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos).

Além da vacina quadrivalente, também existem as vacinas bivalente (tipos 16 e 18) e a nonavalente (Gardasil® 9) que inclui outros cinco subtipos do vírus (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58). De acordo com o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a vacina quadrivalente é indicada para meninas e mulheres entre 9 e 45 anos, e meninos e homens entre 9 e 26 anos. A vacina bivalente (tipos 16 e 18) para mulheres entre 9 e 25 anos. Já a Gardasil® 9 é indicada tanto para meninas e mulheres quanto meninos e homens entre 9 e 26 anos. No momento, as clínicas não estão autorizadas a aplicar as vacinas em faixas etárias diferentes às estabelecidas pela Anvisa. As vacinas possuem maior eficácia antes do início da vida sexual (90% entre não expostos ao HPV e 40%-60% para os já expostos)<sup>3</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Guidelines NCPGiON. Head and Neck Cancer Version 3.2021 – April 27, 2021 [Internet]. 2021. Acessado em: 2021 jun 1. Disponível em: <[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/head-and-neck.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/head-and-neck.pdf)>.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
3. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2019.
4. Rettig EM, D'Souza G. Epidemiology of head and neck cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015;24(3):379-96.
5. Fakhry C, Gillison ML. Clinical implications of human papillomavirus in head and neck cancers. *J Clin Oncol*. 2006;24(17):2606-11.
6. Chaturvedi AK, Engels EA, Anderson WF et al. Incidence trends for human papillomavirus-related and -unrelated oral squamous cell carcinomas in the United States. *J Clin Oncol*. 2008;26(4):612-9.
7. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol*. 2011;29(32):4294-301.
8. Simard EP, Torre LA, Jemal A. International trends in head and neck cancer incidence rates: differences by country, sex and anatomic site. *Oral Oncol*. 2014;50(5):387-403.
9. Chang CP, Siwakoti B, Sapkota A et al. Tobacco smoking, chewing habits, alcohol drinking and the risk of head and neck cancer in Nepal. *Int J Cancer*. 2020;147(3):866-75.
10. Wyss A, Hashibe M, Chuang SC et al. Cigarette, cigar, and pipe smoking and the risk of head and neck cancers: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *Am J Epidemiol*. 2013;178(5):679-90.
11. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res*. 1988;48(11):3282-7.
12. Johnson DE, Burtneß B, Leemans CR et al. Head and neck squamous cell carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):92.

13. Di Credico G, Polesel J, Dal Maso L et al. Alcohol drinking and head and neck cancer risk: the joint effect of intensity and duration. *Br J Cancer*. 2020;123(9):1456-63.
14. Hashibe M, Boffetta P, Zaridze D et al. Evidence for an important role of alcohol- and aldehyde-metabolizing genes in cancers of the upper aerodigestive tract. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(4):696-703.
15. Lima MAP, Silva CGL, Rabenhorst SHB. Papel das proteínas precoces do papilomavírus humano na carcinogênese. *Rev Bras Cancerol*. 2013;59(4):565-73.
16. Gillison ML, Koch WM, Capone RB et al. Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(9):709-20.
17. O'Sullivan B, Huang SH, Su J et al. Development and validation of a staging system for HPV-related oropharyngeal cancer by the International Collaboration on Oropharyngeal cancer Network for Staging (ICON-S): a multicentre cohort study. *Lancet Oncol*. 2016;17(4):440-51.
18. De Cicco R, de Melo Menezes R, Nicolau UR et al. Impact of human papillomavirus status on survival and recurrence in a geographic region with a low prevalence of HPV-related cancer: A retrospective cohort study. *Head Neck*. 2020;42(1):93-102.
19. Menezes FDS, Latorre M, Conceicao GMS et al. The emerging risk of oropharyngeal and oral cavity cancer in HPV-related subsites in young people in Brazil. *PLoS One*. 2020;15(5):e0232871.
20. Lewis JS Jr, Beadle B, Bishop JA et al. Human papillomavirus testing in head and neck carcinomas: guideline from the College of American Pathologists. *Arch Pathol Lab Med*. 2018;142(5):559-97.
21. Wei WI, Sham JS. Nasopharyngeal carcinoma. *Lancet*. 2005;365(9476):2041-54.
22. Zhang W, Chen Y, Chen L et al. The clinical utility of plasma Epstein-Barr virus DNA assays in nasopharyngeal carcinoma: the dawn of a new era?: a systematic review and meta-analysis of 7836 cases. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(20):e845.
23. Shaw R, Beasley N. Aetiology and risk factors for head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(S2):S9-S12.
24. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Prevention, causes, and risk factors for head and neck cancer [Internet]. Acessado em: 2021 mai 1. Disponível em: <<https://www.mskcc.org/cancer-care/types/head-neck/risk-prevention-screening>>.
25. Economopoulou P, de Bree R, Kotsantis I et al. Diagnostic tumor markers in head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) in the Clinical Setting. *Front Oncol*. 2019;9:827.
26. Chaturvedi AK, Graubard BI, Broutian T et al. Effect of prophylactic human papillomavirus (HPV) Vaccination on oral hpv infections among young adults in the United States. *J Clin Oncol*. 2018;36(3):262-7.

Veja esse conteúdo na íntegra  
acessando a OC Academia:

<http://ocacademia.com>

