

TRATAMENTO DE RESGATE DO CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DO CONDUITO AUDITIVO COM RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA: RELATO DE CASO

Eduardo Viana Ricardo^{1,2}, Andréia Carvalho², Ronaldo Cavaliéri^{2}*

RICARDO, E.V.; CARVALHO, A. & CAVALIERI, R. Tratamento de resgate do carcinoma de células escamosas do conduto auditivo com radioterapia e quimioterapia: relato de caso. **Perspectivas Online: Biológicas e Saúde**, v.7, n.25, p.36-43, 2017.

RESUMO

Carcinomas de células escamosas (CCE) representam o tipo histológico mais comum entre os tumores de cabeça e pescoço, no entanto sua ocorrência no conduto auditivo é infrequente. Devido à raridade dessa apresentação, a avaliação diagnóstica e condutas terapêuticas ainda são motivo de controvérsia. O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de um paciente acometido por CCE em conduto auditivo direito. Homem de 56 anos foi admitido no serviço de Radioterapia do ONCOBEDA - Centro Integrado de Oncologia, apresentando volumosa lesão tumoral recidivada em topografia do conduto auditivo externo. O pacien-

te havia sido submetido à ressecção cirúrgica prévia em outra instituição, evidenciando carcinoma de células escamosas, tendo evoluído com progressão de doença no pós-operatório imediato. Foi submetido a tratamento combinado de resgate com radioterapia (RT) e quimioterapia (QT) com excelente resposta clínica e radiológica. O paciente encontra-se em recuperação dos efeitos adversos relacionados à terapia e mantém em seguimento. O artigo evidenciou paciente com carcinoma de células escamosas do conduto auditivo (CCECA) recidivado com acentuada resposta ao tratamento combinado com RT e QT.

Palavras-chave: Carcinomas de Células Escamosas (CCE), Carcinoma de Células Escamosas do Conduto Auditivo (CCECA), tratamento combinado com RT e QT.

ABSTRACT

Squamous cell carcinomas represent the most common histological type among head and neck tumors, but their occurrence in the auditory canal is infrequent. Due to the rarity of this presentation, diagnostic evaluation and therapeutic behaviors are still controversial. The objective of this study is to report the clinical case of a patient affected by in the right auditory canal. A 56-year-old man was admitted to the ONCOBEDA - Integrated Oncology Center for Radiotherapy, presenting a massive recurrent tumor lesion in the topography of the external auditory canal. The

patient had undergone previous surgical resection in another institution, evidencing squamous cell carcinoma, and evolved with disease progression in the immediate postoperative period. He was submitted to combined rescue treatment with radiotherapy and chemotherapy with excellent clinical and radiological response. The patient is recovering from the adverse effects related to the therapy and is being followed up. The article evidenced a patient with relapsed auditory canal squamous cell carcinoma with marked response to treatment with RT and QT.

Keywords: Carcinomas of Sclum Cells, Carcinoma of Escumas Cells of Hearing Conduct, combined treatment with Radiotherapy and chemotherapy.

¹ Laboratório de Semiologia e Simiotécnica em Enfermagem - Institutos Superiores de Ensino do CENSA - ISECENSA - Rua Salvador Correa, 139, Centro, Campos dos Goytacazes, RJ, CEP: 28035-310, Brasil

² Hospital ONCOBEDA - Centro Integrado de Oncologia - Rua Saldanha Marinho, 422 - Centro, Campos dos Goytacazes - RJ, CEP 28010-272, Brasil

(*) E-mail: ronaldocavaliere@oncobeda.com.br

Data de Chegada: 16/11/2017 Data de Publicação: 30/11/2017

1. INTRODUÇÃO

A orelha consiste da pina, canal auditivo externo, membrana timpânica, orelha média (contendo os ossículos auditivos) e orelha interna na porção petrosa do osso temporário, constituída por ossos e membranas labirinto (Gill & Duffy, 2009).

Carcinomas de células escamosas do conduto auditivo são extremamente raros, representando menos de 0.2% dos tumores de cabeça e pescoço. Fatores etiológicos são desconhecidos, mas acredita-se que possa haver relação com otite média crônica (Baujat et al 2006).

Os métodos diagnósticos dessa condição incluem história e exame clínico, otoscopia e avaliação minuciosa da região da cabeça e pescoço. Avaliação laboratorial e com exames de imagem incluindo tomografia computadorizada e ou ressonância magnética fazem parte do estadiamento e da rotina da decisão terapêutica. A biópsia é fundamental na obtenção do diagnóstico histopatológico (INCA, 2004).

Tumores do conduto auditivo se disseminam principalmente por contiguidade, e o acometimento linfonodal é raro. São tratados primariamente com cirurgia ou RT. Cirurgia pode requerer mastoidectomia ou ressecção do osso temporal. RT pode ser empregada ainda no pós-operatório para aumento do controle locoregional. RT pré-operatória ainda está sob investigação (Goiato et al., 2013).

2. RELATO DE CASO

Homem de 56 anos, branco, casado, dois filhos, pescador, natural e morador de Campos dos Goytacazes. Tem como antecedente familiar, pai com história de leucemia, irmã com neoplasia de mama e tia paterna com câncer de fígado.

Há cerca de dois anos, refere ter iniciado quadro clínico com prurido e dor em topografia do conduto auditivo direito. O exame físico na ocasião, segundo informações clínicas, evidenciava saída de secreção serosa, acompanhada de dor em região maxilar direita, que piorava durante a mastigação e posterior paralisia facial periférica.

Foi submetido à biópsia de ouvido médio direito em 22/08/16 com resultado de carcinoma de células escamosas grau II infiltrante.

Realizada intervenção cirúrgica fora de nosso serviço com ressecção craniofacial e paratireoidectomia em 26/12/16. O laudo histopatológico demonstrou em orelha e parótida direita carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado e infiltrante comprometendo a derme capilar e reticular e hipoderme chegando a musculatura regional e o tecido pericondril.

O paciente evoluiu no pós-operatório imediato com progressão de doença em topografia do tumor primário (figura 1), sendo encaminhado ao Oncobeda em janeiro de 2017 para avaliação de tratamento combinado de resgate com radioterapia e quimioterapia.



Figura 1: Quadro clínico no momento da apresentação ao Hospital Oncobeda exibindo volumosa lesão vegetante, ulcerada, destrutiva em topografia de conduto auditivo direito (Fonte: ONCOBEDA)

A tomografia computadorizada (figura 2) neste momento evidenciou lesão tumoral que determinava erosão e esclerose do côndilo mandibular e destruição do osso temporal em correspondência, estando em contiguidade com fossa temporal e posterior do crânio. Não havia evidências de invasão cerebral. Não se configuravam as células mastóideas, ouvido externo e médio assim como o vestíbulo e canais semicirculares deste lado, notando-se deiscência da espira basal da cóclea e do ápice do conduto auditivo interno. A origem da veia jugular interna, não era observada, sendo bem opacificada abaixo da lesão. A artéria carótida interna apresentava calibre preservado. Aspecto de lesão residual com recidiva, não sendo identificadas linfonodomegalias.



Figura 2: Tomografia Computadorizada de cabeça e pescoço mostrando volumosa proliferação tumoral (Fonte: SERVIÇO DE RADIOTERAPIA ONCOBEDA).

Após realização dos exames de estadiamento, avaliação odontológica e multidisciplinar, o paciente recebeu tratamento concomitante com quimioterapia Cisplatina (CDDP) três ciclos com intervalos de 21 dias e radioterapia conformacional, tridimensional, em acelerador linear, com fótons de 6MV, sobre o leito tumoral primário e cadeias de drenagem, com dose total de 66.6 Gy em 37 frações entre 13/04/17 a 13/06/17 (figura 3).

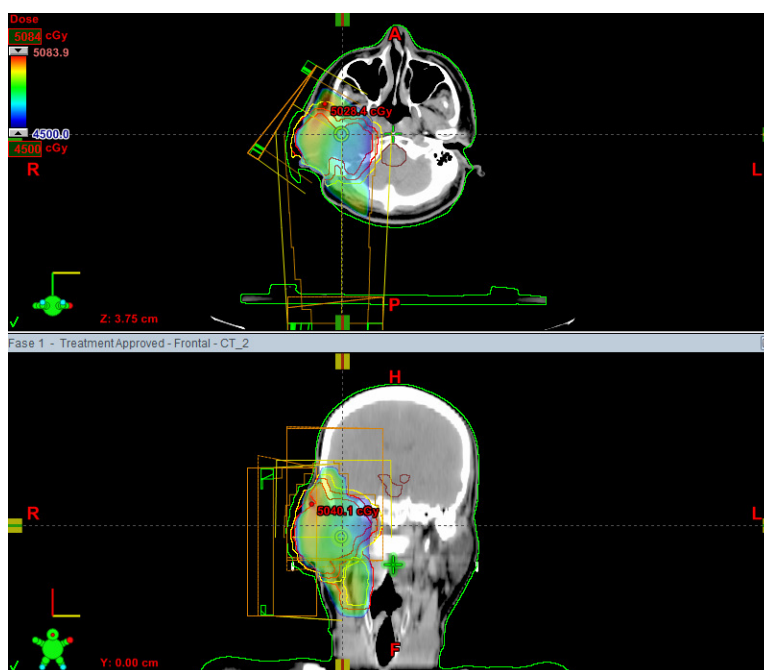


Figura 3: Imagem de planejamento do tratamento radioterápico (Fonte: ONCOBEDA).

No dia 28/08/2017, foi realizada análise comparativa com exame anterior realizado em 21/02/2017. Foi observada redução das dimensões da volumosa lesão expansiva centrada na porção petrosa do osso temporal direito com extensão à porção superior da parótida e que encerra o côndilo mandibular e a porção superior da bainha carotídea deste lado. Esta lesão determina erosão e esclerose do côndilo mandibular e destruição do osso temporal em correspondência, estando em contiguidade com a fossa temporal e posterior do crânio, sem evidências de invasão ou cerebelar. Não mais se configura as células mastóideas, os ouvidos externos e médios assim como o vestíbulo e canais semicirculares deste lado. Notando-se deiscência da espira basal da cóclea e do ápice do conduto auditivo interno. A lesão descrita é indissociável da porção superior da parótida direita, com retração cutânea e espessamento na porção lateral superior do pescoço relacionados ao procedimento cirúrgico realizado. Não foram identificadas linfonodomegalias.



Figura 4: Imagem pós-tratamento prescrito (Fonte: ONCOBEDA).

O paciente evoluiu com radioepitelite grau II evidenciando remissão completa após o término (figura 4). Apresentou excelente resposta clínica ao exame físico e exame radiológico realizado dois meses após o término do tratamento prescrito (figura 5).



Figura 5: Imagem pós-tratamento exibindo remissão total da lesão (Fonte: ONCOBEDA).

3. DISCUSSÃO

Devido à raridade do CCECA, os relatos na literatura sobre esse tema são escassos. Sendo assim artigos a cerca dessa condição constituem importante fonte de informações na busca do melhor tratamento para pacientes com esse diagnóstico.

Os sintomas iniciais são inespecíficos, fazendo com que muitas vezes o diagnóstico seja realizado de forma tardia. Em casos com tumores localmente avançados na apresentação o controle local regional torna-se um desafio. Cirurgia seguida de RT adjuvante é a estratégia principal de tratamento (Baujat et al; 2006). Nosso caso apresenta uma evolução agressiva de um tumor do conduto auditivo, com rápida progressão após a cirurgia de uma lesão destrutiva no ouvido, conferindo prognóstico reservado ao paciente, apesar da boa resposta clínica ao tratamento (Maluf 2013).

Durante o tratamento combinado a enfermagem acompanhou e implementou medidas através da consulta de enfermagem, priorizando cuidados relacionados a cabeça e pescoço, pele, cavidade oral e realização de curativo (Egestad, 2013).

4. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Oncobeda pela oportunidade e realização deste relato de caso, ao Instituto Oncobeda pelo apoio à pesquisa, aos Institutos Superiores de Ensino do CENSA – ISE-CENSA/Laboratório de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem e ao CPPG/ISECENSA (Centro de Pesquisa e Pós-graduação) pela valiosa ajuda e gentil parceria, da professora Maria das Graças Freire e por fim, mas não menos importante, ao paciente do referido caso.

5. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: Classificação de Tumores Malignos, 6ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- Maluf FC, Buzaid AC, Cabeça e Pescoço. In Buzaid AC, Hoff PM, Maluf FC. Manual Prático de Oncologia Clínica do Hospital Sírio-Libanês, 7ª ed. São Paulo: Dendrix, 2009.
- Baujat B, Audry H, Bourhis J, et al. Chetherapy as an adjunct to radiotherapy in locally advanced carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD004329.
- Goiato MC, Haddad MF, dos Santos DM, Pesqueira AA, Filho HG, Pellizzer EP. Incidentsmalignant neoplasias maxillofacialarea. *J CraniofacSurg*.2009;20:1210-5 – *Oncol Lett*. 2013 May; 5(5): 1587-1590. Published online 2013 Mar. 8. DOI: 10.3892/ol.2013.1241.
- Gill F, Duffy A. Caring for cancer patients on nonspecialist wards. *Br J Nurs*. 2010;19(12):761-7.
- Egestad H. The significance of fellow patients for head and neck cancer patients in the radiation treatment period. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(5):618-24.