

SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série
José Otávio Costa Auler Junior
Luis Yu

Cirurgia de Cabeça e Pescoço

Editores do Volume
Vergilius José Furtado de Araujo Filho
Claudio Roberto Cernea

HC FMUSP
MEDICINA USP
HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente
Atheneu

SÉRIE MANUAL DO MÉDICO-RESIDENTE

Coordenadores da Série
José Otávio Costa Auler Junior
Luis Yu

- *Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa*
- *Alergia e Imunologia*
- *Anestesiologia*
- *Cardiologia*
- *Cirurgia*
- *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*
- *Cirurgia de Mão*
- *Cirurgia do Aparelho Digestivo*
- *Cirurgia Geral*
- *Cirurgia Pediátrica*
- *Cirurgia Plástica*
- *Cirurgia Torácica*
- *Dermatologia*
- *Endocrinologia*
- *Endoscopia*
- *Gastroenterologia e Hepatologia*
- *Genética Médica*
- *Geriatria*
- *Ginecologia e Obstetrícia*
- *Medicina de Família e Comunidade*
- *Medicina Legal e Perícia Médica*
- *Neurocirurgia*
- *Neurologia*
- *Neurologia Infantil*
- *Nutrologia*
- *Ortopedia*
- *Otorrinolaringologia*
- *Patologia*
- *Pediatria*
- *Pneumologia*
- *Radiologia e Diagnóstico por Imagem*
- *Radioterapia*
- *Reumatologia*
- *Transplante*
- *Urologia*



SMMR

Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Coordenadores da Série
JOSÉ OTÁVIO COSTA AULER JUNIOR
LUIS YU

VOLUME

CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Editores do Volume
VERGILIUS JOSÉ FURTADO DE ARAUJO FILHO
CLAUDIO ROBERTO CERNEA

HC FMUSP
MEDICINA USP
HC FMUSP EEP Escola de Educação Permanente
Atheneu

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Rua Avanhandava, 126 - 8º andar* *Tel.: (11) 2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21) 3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: Texto & Arte Serviços Editoriais

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C526
Cirurgia de cabeça e pescoço/editores do volume Vergilius José Furtado de Araujo Filho, Claudio Roberto Cernea; coordenação José Otávio Costa Auler Junior, Luis Yu; [colaboração Ana Kober Nogueira Leite ... [et al.]] ; [prefácio Lenine Garcia Brandão]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2021.
216 p. : il. ; 18 cm. (Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1075-9

1. Cabeça - Cirurgia. 2. Pescoço - Cirurgia. I. Araujo Filho, Vergilius José Furtado de. II. Cernea, Claudio Roberto. III. Auler Junior, José Otávio Costa. IV. Yu, Luis. V. Leite, Ana Kober Nogueira. VI. Brandão, Lenine Garcia. VII. Série.

20-70510 CDD: 617.5
CDU: 617.5

Leandra Felix da Cruz Candido - Bibliotecária - CRB-7/6135

19/04/2021 19/04/2021

ARAUJO FILHO, V.J.F; CERNEA, C.R.
Série Manual do Médico-Residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Volume Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, 2021.

Capítulo 1

Diagnóstico diferencial das massas cervicais

Thalita Mara Uehara
Claudio Roberto Cernea
Vergilius José Furtado de Araujo Filho

Raciocínio clínico

O diagnóstico diferencial das massas cervicais inclui um grande espectro de patologias. Para o raciocínio clínico correto, deve-se ter como base as seguintes considerações:

- Idade do paciente.
- Localização.
- Perda ponderal.
- Tempo.
- Sinais infecciosos.

Idade do paciente

Os pacientes pediátricos e adultos jovens com massa cervical apresentam com maior frequência doenças inflamatórias, seguidas de doenças congênitas e, por último, doenças neoplásicas. Em contraste, na terceira idade, a primeira hipótese deve ser sempre neoplasia, seguida de doenças inflamatórias e, por último, doenças congênitas.

Localização

A localização da massa cervical deve ser considerada no diagnóstico diferencial (Figuras 1.1 a 1.3). Doenças congênitas e traumáticas pouco diferem na sua localização. Nos casos de neoplasias, a localização não é apenas diagnóstica, mas também apresenta fator prognóstico. Em um paciente sem cirurgia cervical prévia, a disseminação da metástase do carcinoma epidermoide segue as cadeias linfonodais de drenagem linfática, e a presença de uma massa cervical em determinada localização pode ajudar na localização do tumor primário.

Figura 1.1. Paciente com metástase de carcinoma papilífero



Fonte: acervo dos autores.

Figura 1.2. Paciente com metástase de carcinoma epidermoide de orofaringe



Fonte: acervo dos autores.

Figura 1.3. Paciente com bócio



Fonte: acervo dos autores.

Para o raciocínio diagnóstico, ao se identificar a massa cervical, é necessário ter conhecimento sobre os níveis cervicais e a disseminação linfática mais comum dos tumores malignos primários nos diferentes sítios da cabeça e do pescoço. Com relação à frequência, as metástases dos tumores de boca são mais comuns nos níveis I, II, III e IV; as de orofaringe acometem principalmente os níveis II, III e IV; as de rinofaringe nos níveis II, III, IV e V e linfonodos do espaço retrofaríngeo. Os tumores da laringe e hipofaringe enviam metástases para os níveis II, III, IV e V. As metástases provenientes da glândula tireoide ocorrem, por ordem de frequência, nos níveis VI, VII, II, III e IV. A drenagem linfática dos tumores de pele da face vai para os linfonodos intraparotídeos e da pele do couro cabeludo posterior para os níveis V, II, III e IV. Massas nas fossas supraclaviculares devem sempre levantar a suspeita de metástase proveniente de lesões em esôfago, estômago (linfonodo de Virchow em fossa clavicular esquerda) e mama.

Perda ponderal

A perda ponderal pode estar associada tanto a neoplasias do trato aerodigestório, principalmente quando associadas a anemia, como a desnutrição e astenia. Também pode estar presente nos casos de massa cervical causada por tuberculose ou outras doenças infecciosas.

Tempo

Massas cervicais de início súbito, principalmente quando acompanhadas de outros sinais, como febre, estão provavelmente associadas a alguma doença infecciosa (por exemplo, síndrome mono-*like*). Em contrapartida, massas cervicais com crescimento mais lento, endurecidas, acompanhadas de síndrome consumptiva, estão mais associadas a neoplasias malignas (por exemplo, metástase de trato aerodigestório superior) ou a tuberculose ganglionar.

Sinais infecciosos

Sinais infecciosos associados ao aparecimento de massa cervical geralmente estão associados a quadros virais, tuberculose, doenças inflamatórias/autoimunes. Metástases cervicais de neoplasia do trato aerodigestório alto raramente cursam com febre, a menos que exista quadro de infecção associado (pneumonia) ou extensa necrose tumoral.

Etiologia

As massas cervicais podem ser diferenciadas de acordo com sua etiologia.

Doenças infecciosas

As mais frequentes são as adenopatias primárias, seguidas pelas infecções e abscessos cervicais, e, por último, as inflamações das glândulas salivares. As doenças infecciosas geralmente têm início rápido, febre, eritema, dor e edema. Já as doenças granulomatosas são oligossintomáticas.

Bacterianas

Causada por bactérias anaeróbias, *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) do grupo A, *Staphylococcus aureus*, microbactérias atípicas e *Haemophilus influenzae*.

Virais

Herpes-vírus, adenovírus, rubéola, Epstein-Barr, varicela, vírus sincicial respiratório e vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Granulomatosas

Tuberculose, doença da arranhadura do gato, sarcoidose, actinomicose.

Fúngicas

Histoplasmose e paracoccidioidomicose.

Doenças neoplásicas

A presença de massa sólida no pescoço pode ser uma neoplasia maligna, principalmente em pacientes com mais de 40 anos. Cerca de 12% dos casos de tumores de cabeça e pescoço iniciam o quadro com um nódulo endurecido no pescoço (metástase de carcinoma epidermoide do trato aerorrespiratório superior, carcinoma de tireoide, melanoma etc.). A massa cervical também pode corresponder a neoplasias benignas, como lipoma, neurofibromatose ou paraganglioma (neste último caso, a massa pode ser pulsátil).

Doenças congênitas

Cisto tireoglosso, cisto branquial, linfangioma e hemangiomas são mais comuns em crianças com até 2 anos de idade e, em geral, têm crescimento lento.

Abordagem inicial

Anamnese detalhada

Para uma anamnese completa, deve-se questionar sobre o tempo de evolução, sintomas associados, hábitos e vícios, antecedentes familiares para câncer, história de trauma, irradiação ou cirurgia e exposição a fatores ambientais.

Exame físico detalhado

Examinar superfícies mucosas da cavidade oral, faringe e laringe (espelho de Garcia ou com fibroscópio), principalmente quando são pacientes tabagistas e etilistas. Palpar minuciosamente a massa para avaliar tamanho, forma, consistência, fixação a planos profundos, localização, pulsatilidade, dor, temperatura e flutuação.

Investigação complementar

A solicitação de exames complementares deverá ser direcionada conforme as hipóteses diagnósticas. Na suspeita de doença infecciosa, os exames laboratoriais a serem solicitados são: hemograma, sorologias para as principais doenças virais, bacterianas e protozoárias (HIV, citomegalovírus – CMV, toxoplasmose, sífilis etc.). Prova tuberculínica (PPD) pode ser solicitada na suspeita de tuberculose.

A ultrassonografia é um estudo de imagem útil, de baixo custo, não invasivo e rápido. Tem alta especificidade para diferenciação entre tumores sólidos e císticos.

A tomografia computadorizada é o exame de escolha para pacientes com massa cervical, pois fornece mais informações que outros exames. Ele diferencia tumores sólidos de císticos, estabelece a localização do tumor e, quando usado contraste, adiciona informações sobre a vascularização da massa. Na tomografia, realce de contraste linfonodal, linfonodos maiores que 2 cm, bordas irregulares e pouco definidas, são sinais de nódulos metastáticos.

Biópsia

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) pode ser solicitada em casos de dúvida no diagnóstico e recomenda-se que seja realizada guiada por ultrassonografia, que determinará o local ideal a ser puncionado, oferecendo menor risco e maior probabilidade de captação de material representativo (menos necrose). Pode ser feita ambulatorialmente, tem baixo risco de implante de células tumorais no trajeto da agulha, além de possibilitar a realização de cultura e imuno-histoquímica.

É fundamental que, nos casos em que a massa cervical tenha suspeita de metástase linfonodal de neoplasia maligna, não seja realizada biópsia cirúrgica, tanto excisional quanto incisional, pois pode piorar o prognóstico do paciente, por alterar a rede de drenagem linfática do tumor, causar implante tumoral no local da biópsia, além de dificultar o planejamento cirúrgico para o esvaziamento cervical, caso seja indicado.

A biópsia excisional ou incisional pode ser indicada nos casos de suspeita de linfoma.

Tratamento

O tratamento deverá ser individualizado a depender do diagnóstico, etiologia, idade e *performance status* do paciente.

Referências consultadas

Beauchamp RD, Evers BM, Townsend CM. Sabiston text book of surgery – the biological basis of modern surgical practice. 16. ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998.

Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. Internal Journal of Medicine. 2008;38(12):932.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical practice guidelines in oncology: head and neck cancers. v. 2019. Disponível em: www.nccn.org.