

Análise epidemiológica e da sobrevida de pacientes com câncer de hipofaringe

Epidemiological and survival analysis of patients with hypopharyngeal cancer

Thiago Demétrio Nogueira Costa e Silva¹. Emidiana Raquel Rodrigues de Souza Oliveira². Sheila Maria da Conceição Costa². Cláudia Isabel Silva Carlos².

1 Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. 2 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

RESUMO

Introdução: o câncer de hipofaringe possui um dos piores prognósticos dos tumores de cabeça e pescoço. Apesar dos avanços na Oncologia, a sobrevida livre de doença ainda é baixa. **Objetivo:** traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com carcinoma epidermoide de hipofaringe e analisar a sobrevida. **Método:** foi realizado estudo retrospectivo por meio dos prontuários de pacientes com a doença atendidos em um centro de oncologia no período de 2006 a 2013. Os dados foram analisados por estatística descritiva exploratória. A sobrevida foi descrita pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** houve predomínio de homens (86,4%), com idade média de 57,5 anos, pardos (52,6%), agricultores (38,1%), tabagistas (93,7%) e sem histórico familiar de câncer (62,5%). A queixa inicial mais relatada foi a odinofagia (45,5%). Na maioria dos casos, o tumor encontrava-se no recesso piriforme (50,0%), em estágio avançado (95,2%), sendo tratado predominantemente com radioterapia associada à quimioterapia (59,1%). A sobrevida média dos pacientes foi de 204,5 dias, enquanto que a taxa de mortalidade foi de 72,7%. **Conclusão:** o padrão encontrado é semelhante ao de outros estudos. A alta taxa de pacientes em estágio avançado e o alto índice de mortalidade indica diagnóstico tardio, o que reflete a necessidade de ações preventivas.

Palavras-chave: Neoplasias faríngeas. Carcinoma de células escamosas. Perfil epidemiológico. Análise de sobrevida.

ABSTRACT

Introduction: Hypopharyngeal cancer has one of the worst prognosis of head and neck tumors. Despite advances in Oncology, disease-free survival is still low. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological profiles of patients with squamous cell carcinoma of the hypopharynx, and to evaluate survival rate. **Method:** A retrospective study was realized by analyzing the charts of patients with the disease attended at an oncology center from 2006 to 2013. Data were analyzed by exploratory descriptive statistics. Survival was described by the Kaplan-Meier method. **Results:** There was a predominance of men (86.4%), mean age of 57.5 years, pardos (52.6%), farmers (38.1%), smokers (93.7%) and no history of Cancer in the family (62.5%). The most frequent initial complaint was odynophagia (45.5%). In the majority of cases, the tumor was found in the pyriform recess (50.0%), at advanced stage (95.2%), and was predominantly treated with radiotherapy associated with chemotherapy (59.1%). The mean survival of the patients was 204.5 days, while the mortality rate was 72.7%. **Conclusion:** The observed pattern is similar to that found in other studies. The high rates of advanced stage patients and mortality indicate a late diagnosis, which reflects the need for preventive actions.

Keywords: Pharyngeal neoplasms. Squamous cell carcinoma. Epidemiological profile. Survival analysis.

Autor correspondente: Thiago Demétrio Nogueira Costa e Silva, Rua Alaide Escossia, 20, Nova Betânea, Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. CEP: 59607-060. Telefone: +55 84 99411-3296. E-mail: dr.tdemetrio@yahoo.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 13 Set 2018; Revisado em: 04 Jan 2019; Aceito em: 22 Feb 2019.

INTRODUÇÃO

O câncer de hipofaringe corresponde a 4% das neoplasias malignas que atingem a região de cabeça e pescoço, segundo o National Cancer Data Base e 30% das malignidades da faringe, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA).^{1,2} No Brasil, observa-se aumento na incidência desse tipo de câncer, cujo tipo histológico mais prevalente, presente em mais de 90% dos casos, é o carcinoma epidermoide.^{2,3,4}

Como na maioria das doenças malignas que atingem trato aéreo-digestivo superior, os fatores de risco predominantes são o tabagismo e o etilismo.^{3,5,6} Esses fatores separadamente já possuem efeitos significativos e quando concomitantes apresentam efeito sinérgico. O HPV, especialmente o HPV-16, também é citado em alguns trabalhos, não só como fator de risco, mas também relacionado a um aumento da sobrevida global dos acometidos, de modo que pacientes HPV positivos apresentam evolução clínica melhor que pacientes HPV negativos.^{7,8} Podem ser citados também fatores genéticos, alimentares e ocupacionais, como a exposição ao asbesto.^{9,10} A predominância costuma se dar entre pessoas do sexo masculino, de idade avançada e de baixo nível socioeconômico.^{5,9}

O tratamento recomendado é a cirurgia ou radioterapia para os casos iniciais (I e II) e cirurgia associada ou não à radioterapia pós-operatória ou radioterapia concomitante à quimioterapia, para os casos avançados (III e IV). Deve-se levar em consideração a preservação da voz, da deglutição sem aspiração e a qualidade de vida do paciente. Ainda assim, há uma dificuldade de selecionar a melhor terapêutica para cada caso, devido ao estágio avançado em que esses pacientes são diagnosticados.^{11,12,13}

Além de relativamente raro, o carcinoma epidermoide de hipofaringe possui um dos piores prognósticos dos tumores de cabeça e pescoço. É comum o aparecimento de casos avançados já na apresentação clínica inicial com metástases a distância e, principalmente, metástases regionais.^{10,14,15} E mesmo com todos os avanços diagnóstico e terapêutico na área oncológica, a sobrevida livre de doença dos pacientes com câncer de hipofaringe ainda é baixa.^{7,11,16}

Desse modo, o objetivo do estudo foi traçar o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com carcinoma epidermoide de hipofaringe e analisar a sobrevida desses mesmos pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo no qual foram avaliados pacientes com diagnóstico de carcinoma epidermoide de hipofaringe atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 8 anos (2006 a 2013) por meio da análise de prontuários médicos.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes com diagnóstico de carcinoma epidermoide de hipofaringe confirmados por exame anatomopatológico no período abrangido pelo estudo. Foram excluídos da casuística os pacientes com tumores de laringe com extensão para hipofaringe, portadores de tumores sincrônicos e os que perderam seguimento médico.

As variáveis analisadas incluíram sexo, idade, cor da pele, ocupação, hábitos de risco (tabagismo e etilismo), histórico familiar de câncer, sintoma inicial, localização primária do tumor, tamanho do tumor, presença de metástases (regional ou a distância) estadiamento clínico e primeiro tratamento realizado.

O estadiamento do tumor (TNM) foi definido de acordo com as normas estabelecidas pela American Joint Committee on Cancer (AJCC) e Union for International Cancer Control (UICC) para classificação de tumores malignos. De modo que, o tamanho do tumor (T) foi considerado da seguinte forma: T1, tumor limitado a uma sub-localização anatômica da hipofaringe e ≤ 2 cm em sua maior dimensão; T2, tumor que invade mais de uma sub-localização da hipofaringe ou localização subjacente ou > 2 cm; T3, tumor > 4 cm ou com fixação na hemilaringe; T4a, tumor que invade cartilagem tireoide/cricóide, osso hioide, glândula tireoide, esôfago, ou compartimento central de partes moles; T4b, tumor que invade a fáscia pré-vertebral, envolve a artéria carótida ou estruturas mediastinais. Quanto aos linfonodos acometidos (N): N0, ausência de metástase em linfonodos regionais; N1, metástase em um único linfonodo homolateral ≤ 3 cm em sua maior dimensão; N2a, metástase em um único linfonodo homolateral > 3 cm; N2b, metástase em linfonodos homolaterais múltiplos; N2c, metástases em linfonodos bilaterais ou contralaterais; N3, metástase em linfonodo > 6 cm. Quanto à presença de metástase a distância: M0, ausência de metástase a distância; M1, metástase a distância. Agrupando em estádios, o estadiamento pode ser representado da seguinte forma: I (T1 + N0 + M0), II (T2 + N0 + M0), III (T1 ou T2 + N1 + M0 ou T3 + N0 ou N1 + M0), IVA (T1 ou T2 ou T3 + N2 + M0 ou T4a + N0 ou N1 ou N2 + M0), IVB (T4b + qualquer N + M0 ou qualquer T + N3 + M0), IVC (qualquer T + qualquer N + M1).¹⁷

Os dados foram coletados em uma ficha padrão elaborada exclusivamente para o estudo, e, posteriormente, compilados em um banco de dados e analisados por estatística descritiva exploratória utilizando-se o programa Microsoft Excel versão 2010 e SPSS versão 20.0. Foi realizada uma análise bivariada (teste qui-quadrado), para determinar associação entre cada uma das variáveis. Para a sobrevida, definida como o tempo (em dias) entre o diagnóstico da doença e o óbito, foi realizada uma análise pelo método de Kaplan-Meier. Para todos os procedimentos estatísticos foi adotado nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte sob o parecer 1.306.117.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil epidemiológico

Foram analisados 22 prontuários de pacientes com carcinoma epidermoide de hipofaringe atendidos entre 2006 e 2013 no COHM. Na Tabela 1 está exposto o perfil epidemiológico dos pacientes.

Tabela 1. Perfil geral dos pacientes.

	Características	Frequência	%
Sexo	Masculino	19	86,4
	Feminino	3	13,6
Faixa etária	40-49	5	22,7
	50-59	8	36,4
	60-69	5	22,7
	70-79	4	18,2
Raça/cor^a	Parda	10	52,6
	Branca	8	42,1
	Negra	1	5,3
Ocupação^a	Agricultor	8	38,1
	Aposentado	3	14,3
	ASG	1	4,8
	Auxiliar mecânico	1	4,8
	Carpinteiro	1	4,8
	Comerciante	1	4,8
	Desempregado	1	4,8
	Do lar	1	4,8
	Eletricista	1	4,8
	Lavadeira	1	4,8
	Pedreiro	1	4,8
	Vigilante	1	4,8
	Total	22	100,00

^aDados parcialmente ausentes.

Sexo

Quanto ao gênero, a maioria dos pacientes eram homens (86,4%). Casati et al (2012) em estudo transversal com dados do DATASUS encontrou uma prevalência de 85,4% de homens com câncer de hipofaringe, semelhante ao encontrado no nosso estudo.³

O câncer de hipofaringe costuma predominar no sexo masculino, pois os homens costumam se expor mais aos principais fatores de risco (tabaco e álcool). Nos últimos anos, entretanto, em alguns países, observou-se aumento da incidência entre as mulheres, provavelmente decorrente do aumento do tabagismo nesse grupo.³

Idade

A idade dos pacientes variou de 43 a 78 anos, sendo a idade média 57,5 anos, com desvio padrão de 9,8. Em um estudo realizado num hospital universitário do Egito, Taha et al (2013) encontrou média de 52,6 anos entre seus pacientes pesquisados, enquanto em estudo realizado em um hospital terciário, Amar et al (2013), encontraram média de 57 anos. A faixa etária mais acometida no nosso estudo foi a de 50-59 anos.^{10,11}

O câncer de hipofaringe costuma acometer pessoas após a segunda metade da vida, entre 50-79 anos.⁹ O processo neoplásico é demorado e requer acúmulo de sucessivas mutações genéticas. Desse modo, a idade elevada dos pacientes está relacionada ao longo histórico de exposição aos principais fatores de risco (tabaco e álcool) necessário para que se estabeleça a neoplasia maligna.

Ocupação

A agricultura foi a ocupação predominante entre os pacientes (38,1%). O câncer de cabeça e pescoço costuma acometer pessoas com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade, dessa forma as profissões que não exigem grande nível intelectual costumam prevalecer entre os pacientes.⁹

Fatores de risco

Como na maioria dos tumores malignos de cabeça e pescoço, os fatores de risco para a ocorrência do câncer de hipofaringe são o consumo excessivo de tabaco e/ou álcool associado a fatores genéticos, alimentares e ocupacionais.⁹ Na Tabela 2 está demonstrada a ocorrência dos fatores pesquisados.

Tabela 2. Fatores de risco.

	Características	Frequência	%
Alcoolismo^a	Não	8	53,3
	Sim	7	46,7
Tabagismo^a	Não	1	6,2
	Sim	15	93,7
Histórico familiar^a	Não	5	62,5
	Sim	3	37,5
	Total	22	100,00

^aDados parcialmente ausentes.

Como observado, a maioria dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo (93,7%), quase metade (46,7 %) eram etilistas ou ex-etilistas e 40,0% apresentavam os dois hábitos. No estudo de Casati et al (2012), 87,3% dos pacientes eram tabagistas, 75,6% etilistas e 87,6% mantinham os dois hábitos.³

O tabaco é um fator de risco bem estabelecido pela literatura. O risco de neoplasia por esse carcinógeno está relacionado ao tipo, forma de consumo, duração e outros fatores predisponentes associados (álcool, asbestos e ocupação). A mortalidade por câncer de hipofaringe também é maior entre os fumantes quando comparada aos não fumantes.⁹

O álcool de forma isolada também constitui um fator de risco. Mutações genéticas na álcool-desidrogenase e aldeído desidrogenase, responsáveis pelo metabolismo do álcool estariam envolvidas.⁹ O álcool e o tabaco quando consumidos pelo mesmo paciente atuam de forma sinérgica de modo que um multiplica o caráter cancerígeno do outro.

Além disso, fatores ocupacionais como a exposição ao asbestos, pode estar relacionada ao surgimento da neoplasia maligna.

Contudo esses fatores são difíceis de avaliar, pois normalmente as categorias socioeconômicas (agricultores e industriários) comumente exposta aos agentes ocupacionais também são associadas ao consumo de tabaco e álcool, tornando difícil saber qual agente foi o responsável pela doença.⁹

Fatores genéticos também costumam ser associados ao câncer. Cromer et al (2004) estabeleceram relação entre a presença de diversos genes com o surgimento do câncer de hipofaringe e potencial para metástase, de modo que muitas dessas mutações já podem estar presentes no indivíduo por herança genética. No nosso estudo, 37,5% apresentaram histórico familiar de câncer.¹⁸ Aproximadamente 35% dos pacientes com história familiar de câncer de cabeça e pescoço apresentam câncer no trato aéreo-digestivo. Além disso, o câncer de hipofaringe costuma aparecer de forma mais precoce em pacientes com história familiar de câncer de cabeça e pescoço.^{9,19}

Perfil clínico

A Tabela 3 resume o perfil clínico do paciente com câncer de hipofaringe encontrado.

Tabela 3. Perfil clínico.

	Características	Frequência	%
Sintoma inicial^a	Odinofagia	10	45,4
	Disfonia	6	27,8
	Nódulo cervical	5	22,7
	Disfagia	3	13,6
	Dispneia	1	4,5
	Adenomegalia	1	4,5
Topografia^a	Seio Piriforme	6	50,0
	Lesão Sobreposta	4	33,3
	Pós-Cricóide	2	16,7
Tamanho do tumor (T)^a	T1	0	0,0
	T2	4	19,0
	T3	3	14,3
	T4	14	66,7
Metástase linfonodal (N)^a	N0	2	9,5
	N1	8	38,1
	N2	6	28,6
	N3	5	23,8
Metástase a distância (M)^a	M0	18	85,7
	M1	1	4,8
	MX	2	9,5
Estadiamento	I	0	0,0
	II	1	4,8
	III	2	9,5
	IV	18	85,7
	Total	22	100,00

^aDados parcialmente ausentes.

Sintoma inicial

Quanto às principais queixas dos pacientes no momento da primeira consulta no hospital, o sintoma mais relatado foi a odinofagia (45,4%), seguido de disfonia (27,8%) e presença de nódulo cervical (22,7%). Berto et al (2006) em estudo retrospectivo com pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço ao Hospital Amaral Carvalho encontraram a odinofagia (68,6%), disfonia (23,9%) e nódulo cervical (7,5%) também como sintomas mais prevalentes.¹⁵

Topografia

A hipofaringe pode ser dividida em três áreas: área pós-cricóide, recesso piriforme e parede posterior da faringe. Destas, o sítio de acometimento mais frequente foi o recesso piriforme (50,0%), como costuma acontecer em outros serviços.^{11,12}

Na região pós-cricóide, o câncer difere em termos de propagação geográfica, distribuição entre os sexos e fatores de risco.⁹ Um aumento da incidência de câncer pós-cricóide foi relatado em mulheres com síndrome de Plummer-Vinson em países anglo-saxões.⁹ Em estudo realizado no Egito, Taha et al (2013) encontraram predominância de câncer de hipofaringe na região pós-cricóide e propôs relação a fatores nutricionais, levando em conta que apenas 48,9% dos pacientes eram tabagistas e nenhum era etilista.¹⁰

Estadiamento TNM

Tanto o diagnóstico quanto o estadiamento são baseados no exame loco-regional com laringoscopia, biópsia, imagens por tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética associados à classificação TNM.²⁰

No nosso estudo, 66,7% dos pacientes apresentaram tumores que invadiam pelo menos uma dessas estruturas: cartilagem tireoide/cricóide, osso hioide, glândula tireoide, esôfago, músculos pré-laríngeos, fáscia pré-vertebral, artéria carótida ou estruturas mediastinais. Do total, 90,5% apresentaram metástase linfonodal e 85,7% não cursaram com metástase a distância em sua apresentação inicial. Quanto ao estágio, 95,2% dos pacientes encontravam-se em estágio avançado (III ou IV) já na primeira consulta. Semelhante ao encontrado em outros estudos.^{10,11,12,15,16} Nenhum paciente foi diagnosticado em estágio I.

Devido à sua apresentação tardia, o câncer de hipofaringe normalmente é diagnosticado em estágio avançado. Os casos iniciais costumam ser silenciosos, especialmente quando o tumor se localiza no recesso piriforme, maioria no estudo, onde possuem espaço para crescer sem causar sintomas. Metástases linfonodais precoces também são comuns. Isso está associado aos padrões de disseminação da lesão associados à rica rede linfática.¹¹

Relacionando o estadiamento do tumor com as características gerais dos pacientes por meio do teste qui-quadrado (X^2) com correção de Yates (Tabela 4), para um nível de significância de 5%, não temos evidências de diferença estatística.

Tabela 4. Estadiamento do tumor versus característica do paciente.

Característica do paciente	Estadiamento do tumor		Total	Valor - p
	II e III	IV		
Sexo				
Masculino	16,67% (n=3)	83,33% (n=15)	100,00% (n=18)	1,000^(b)
Feminino	0,00% (n=0)	100,00% (n=3)	100,00% (n=3)	
Faixa etária				
Até 60 anos	7,69% (n=1)	92,31% (n=12)	100,00% (n=13)	0,531^(b)
Acima de 60 anos	25,00% (n=2)	75,00% (n=6)	100,00% (n=8)	
Tabagismo				
Não	0,00% (n=0)	100,00% (n=1)	100,00% (n=1)	1,000^(b)
Sim	14,29% (n=2)	85,71% (n=12)	100,00% (n=14)	
Alcoolismo				
Não	0,00% (n=0)	100,00% (n=8)	100,00% (n=8)	0,429^(b)
Sim	16,67% (n=1)	83,33% (n=5)	100,00% (n=6)	

(b) Correção Yates.

Tratamento

O câncer de hipofaringe pode levar a deformidades locais e piora da qualidade de vida, tornando a terapêutica dessas neoplasias uma questão de saúde pública muito relevante. O tratamento é complexo e dispendioso, principalmente nas lesões mais avançadas, as mais comuns. As principais modalidades são a cirurgia (associada ou não à radioterapia) e a radioterapia (associada ou não à quimioterapia). A escolha do melhor tratamento vai depender do paciente, do tamanho do tumor, da localização e presença ou não de metástase.¹⁰

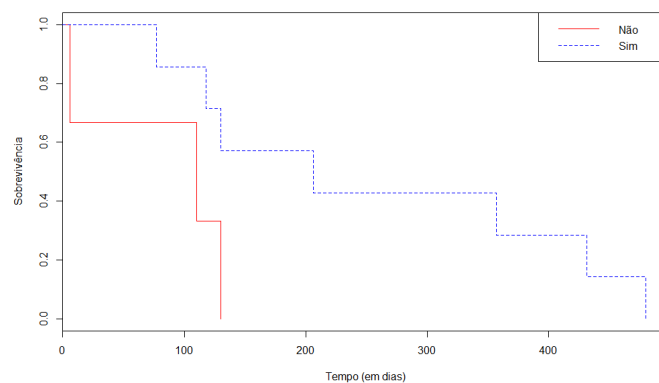
Os tumores iniciais podem ser tratados por faringectomias parciais (abertas ou endoscópicas), sempre associadas a esvaziamento cervical uni ou bilateral dos níveis II, III e IV ou radioterapia exclusiva. Radioterapia adjuvante é indicada em caso de margens comprometidas ou linfonodos comprometidos. Para tumores avançados, indica-se a quimioterapia concomitante à radioterapia ou a ressecção cirúrgica, caso o tumor seja ressecável, juntamente com o esvaziamento cervical e com indicação de preservação para laringe funcional.

Com relação ao tratamento (Tabela 5), no estudo, predominou a radioterapia associada à quimioterapia, indicadas para

59,1% dos pacientes. Na Figura 1, observa-se a curva de sobrevida para os pacientes tratados por radioterapia e quimioterapia, de modo que os pacientes submetidos a essa modalidade terapêutica apresentaram uma sobrevida maior, quando comparado às modalidades isoladas (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia). A radioterapia associada à quimioterapia está indicada em tumores avançados com o objetivo de preservar a laringe, desde que o órgão seja funcional e em caso de doença inoperável ou irresssecável. A associação resulta em um aumento da sobrevida dos pacientes quando comparado à radioterapia isolada.^{10,21}

Tabela 5. Procedimentos terapêuticos.^a

Resposta	Frequência absoluta	%
Radioterapia/Quimioterapia	13	59,1
Quimioterapia isolada	3	13,6
Radioterapia isolada	3	13,6
Cirurgia isolada	1	4,6
Nenhum procedimento	2	9,1
Total	21	100,00

^aDados parcialmente ausentes.**Figura 1.** Sobrevida de pacientes tratados por radioterapia associada à quimioterapia.

Mortalidade e sobrevida

A mortalidade encontrada foi de 72,7%. Desses pacientes, apenas 1 estava com causa de morte não especificada no atestado de óbito. Todos os outros morreram em decorrência do câncer.

Relacionando o óbito com as características gerais dos pacientes por meio do teste qui-quadrado (X^2) com correção de Yates (Tabela 6), para um nível de significância de 5%, não temos evidências de diferença estatística do óbito com o perfil geral dos pacientes. A falta de correlação entre as variáveis provavelmente deu-se em decorrência do pequeno número de pacientes da pesquisa.

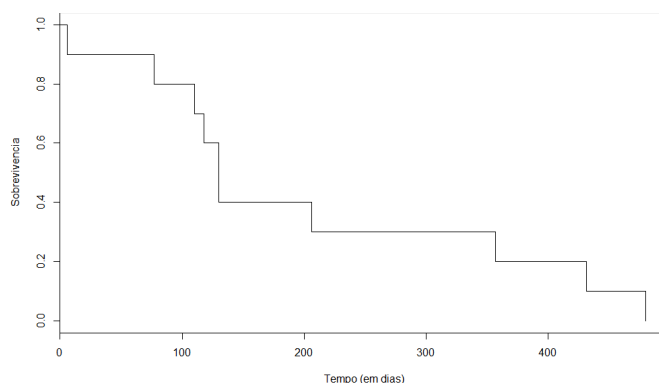
A sobrevida média dos pacientes após o diagnóstico foi de 204,5 dias, com desvio padrão de 161,12, de modo que metade dos indivíduos sobreviveu no máximo 130 dias. Percebe-se claramente que a probabilidade de sobrevivência do paciente diminui de acordo com o passar do tempo (Figura 2).

Tabela 6. Óbitos de câncer versus característica do paciente.

Característica do paciente	Óbitos		Total	Valor - p
	Sim	Não		
Sexo				
Masculino	55,56% (n=10)	44,44% (n=8)	100,00% (n=18)	0,586^(b)
Feminino	33,33% (n=1)	66,67% (n=2)	100,00% (n=3)	
Faixa etária				
Até 60 anos	38,46% (n=5)	61,54% (n=8)	100,00% (n=13)	0,183^(b)
Acima de 60 anos	75,00% (n=6)	25,00% (n=2)	100,00% (n=8)	
Tabagismo				
Não	100,00% (n=1)	0,00% (n=0)	100,00% (n=1)	1,000^(b)
Sim	50,00% (n=7)	50,00% (n=7)	100,00% (n=14)	
Alcoolismo				
Não	42,86% (n=3)	57,14% (n=4)	100,00% (n=7)	1,000^(b)
Sim	57,14% (n=4)	42,86% (n=3)	100,00% (n=7)	
Histórico familiar com câncer				
Não	75,00% (n=3)	25,00% (n=1)	100,00% (n=4)	1,000^(b)
Sim	66,67% (n=2)	33,33% (n=1)	100,00% (n=3)	
Estadiamento				
II e III	66,67% (n=2)	33,33% (n=1)	100,00% (n=3)	1,000^(b)
IV	47,06% (n=8)	52,94% (n=9)	100,00% (n=17)	
Radioterapia/Quimioterapia				
Não	50,00% (n=4)	50,00% (n=4)	100,00% (n=8)	1,000^(b)
Sim	53,85% (n=7)	46,15% (n=6)	100,00% (n=13)	

(b) Correção Yates.

Figura 2. Sobrevida global.



A alta mortalidade é uma realidade preocupante do câncer de hipofaringe. A taxa de sobrevida livre de doença em 5 anos dos pacientes com a doença é extremamente baixa, mesmo quando comparada a de outras regiões da cabeça e pescoço e é de aproximadamente 17-30%.⁹ Essa alta taxa de mortalidade e a baixa sobrevida global estão relacionadas ao estágio avançado predominante entre os pacientes, o que indica diagnóstico tardio. Além disso, o mau estado clínico geral e nutricional, a idade dos pacientes, a propensão para o desenvolvimento de metástases regionais e à distância inicialmente ou durante o decorso da doença e a grande ocorrência de segundos tumores primários são também responsáveis pela baixa sobrevida global dos pacientes.¹⁰

Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço costumam possuir baixa renda e baixa escolaridade, o que dificulta o acesso e a adesão ao tratamento e os cuidados pós-terapêuticos.^{6,22} As taxas de manutenção e/ou recorrência do tabagismo e do etilismo nesses pacientes também são altas. Isso aumenta o risco de recidiva e surgimento de segundo tumor primário na região, além de contribuir para um maior risco de complicações no tratamento, diminuição das respostas à radioterapia e quimioterapia, reduzindo a qualidade de vida e a sobrevida global. PINTO et al (2011) demonstraram que pacientes submetidos a tratamentos não cirúrgicos apresentaram menores taxas de abandono do tabaco.²³

Desse modo, a elaboração de medidas eficazes destinadas à prevenção e ao controle do câncer de hipofaringe é uma questão de saúde pública. São necessárias medidas de prevenção primária visando ao combate do consumo de tabaco e álcool, bem como ações de prevenção secundária com intuito de viabilizar a realização de diagnóstico precoce de lesões pré-neoplásicas e tumores iniciais assintomáticos por meio da capacitação dos profissionais de saúde. O acesso ao sistema de saúde também precisa ser facilitado para que os pacientes consigam atendimento mais rápido com o médico especialista, responsável por firmar o diagnóstico a partir do exame anatomopatológico e indicar o tratamento adequado.

CONCLUSÕES

Os pacientes com carcinoma epidermoide de hipofaringe atendidos no centro de oncologia da pesquisa são, em sua

maioria, homens, entre a quinta e sexta décadas de vida, pardos, agricultores, tabagistas, sem histórico familiar de câncer e que chegam ao hospital relatando odinofagia decorrente de uma lesão avançada no recesso piriforme, semelhante ao encontrado em outros serviços, de acordo com a literatura.

REFERÊNCIAS

- Cooper JS, Porter K, Mallin K, Hoffman HT, Weber RS, Ang KK, et al. National cancer database report on cancer of the head and neck: 10-year update. *Head Neck*. 2009;31:748-58.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço. Condutas do INCA/MS. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2001;47:361-76.
- Casati MF, Vasconcelos JA, Verghnhanini GS, Contreiro PF, Graça TB, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2012;41:186-91.
- Varghese BT, Sebastian P, Mathew A. Treatment outcome in patients undergoing surgery for carcinoma larynx and hypopharynx: a follow-up study. *Acta Otolaryngol*. 2009;129:1480-5.
- Bergamasco VD, Kowalski LP, Carvalho AL, Marta GN. Perfil epidemiológico do câncer de cabeça e pescoço no Estado de São Paulo. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2008;37:15-9.
- Boing AF, Antunes JL. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Cienc Saúde Colet*. 2011;16:615-22.
- Joo YH, Lee YS, Cho KJ, Park JO, Nam IC, Kim CS, et al. Characteristics and prognostic implications of high-risk HPV-associated hypopharyngeal cancers. *PLoS One*. 2013;8:e78718.
- Wendt M, Romanitan M, Näsman A, Dalianis T, Hammarstedt L, Marklund L, et al. Presence of human papillomaviruses and p16 expression in hypopharyngeal cancer. *Head Neck*. 2014;36:107-12.
- Popescu CR, Bertesteanu SV, Mirea D, Grigore R, Ionescu D, Popescu B. The epidemiology of hypopharynx and cervical esophagus cancer. *J Med Life*. 2010;3:396-401.
- Taha MS, Sobhy TS, Hamid OM, Alfeky LM, Ebrahim SA, Alaziz HMA, et al. Concurrent radiochemotherapy versus surgery followed by radiotherapy for hypopharyngeal carcinoma: A single-center study. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sci*. 2013;14:175-83.
- Amar A, Curioni OA, Paiva DL, Rapoport A, Dedivitis RA, Cernea CR, et al. Epidemiological assessment and therapeutic response in hypopharyngeal cancer. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79:500-4.
- Chedid HM, Franzi SA, Rapoport A, Curioni OA. Impacto da associação terapêutica na sobrevida livre de doença no câncer da hipofaringe. *Rev Col Bras Cir*. 2010;37:385-9.
- Varghese BT, Babu S, Desai KP, Bava AS, George P, Iype EM, et al. Prospective study of outcomes of surgically treated larynx and hypopharyngeal cancers. *Indian J Cancer*. 2014;51:104-8.
- Adrien J, Bertolus C, Gambotti L, Mallet A, Baujat B. Why are head and neck squamous cell carcinoma diagnosed so late? Influence of health care disparities and socio-economic factors. *Oral Oncol*. 2014;50:90-7.
- Berto JC, Rapoport A, Lehn CN, Cestari AC Filho, Javaronia AC. Relação entre o estadiamento, o tratamento e a sobrevida no câncer da faringe. *Rev Col Bras Cir*. 2006;33:207-10.
- Hall SF, Groome PA, Irish J, O'Sullivan B. The natural history of patients with squamous cell carcinoma of the hypopharynx. *Laryngoscope*. 2008;118:1362-71.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. TNM - classificação de tumores malignos. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
- Cromer A, Carles A, Millon R, Ganguli G, Chalmel F, Lemaire F, et al. Identification of genes associated with tumorigenesis and metastatic potential of hypopharyngeal cancer by microarray analysis. *Oncogene*. 2004;23:2484-98.
- Morita M, Kuwano H, Nakashima T, Taketomi A, Baba H, Saito T, et al. Family aggregation of carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus: special reference to multiplicity of cancer in upper aerodigestive tract. *Int J Cancer*. 1998;76:468-71.
- Rapoport A, Curioni OA, Dedivitis RA, Chedid HM, Amar A, Cernea CR, et al. Revisão do paradigma terapêutico do câncer da hipofaringe. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2011;40:17-20.
- Paximadis P, Yoo G, Lin HS, Jacobs J, Sukari A, Dyson G, et al. Concurrent chemoradiotherapy improves survival in patients with hypopharyngeal cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012;82:1515-21.
- Chu KP, Shema S, Wu S, Gomez SL, Chang ET, Le QT. Head and neck cancer-specific survival based on socioeconomic status in Asians and Pacific islanders. *Cancer*. 2011;117:1935-45.
- Pinto FR, Matos LL, Gumz SW, Vanni CM, Rosa DS, Kanda JL. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57:171-6.

Como citar:

Costa e Silva TD, Oliveira ER, Costa SM, Carlos CI. Análise epidemiológica e da sobrevida de pacientes com câncer de hipofaringe. *Rev Med UFC*. 2019 out-dez;59(4):39-45.