

Carcinoma Espinocelular da Língua em Doente Idoso: Decisão Cirúrgica e Técnica

Patrícia Azevedo^{1*} · Hugo Marques² · Joana Silva² · Susana João Oliveira¹ · Inês Côrte-Real¹

¹ Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-393 Porto, Portugal.
² Serviço de Cirurgia Maxilofacial, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Largo do Prof. Abel Salazar, 4099-001 Porto, Portugal.
*E-mail: up202107737@fmd.up.pt



88 anos

Idade do doente

26,6 mm

Dimensão pré-op. (TC)

pT3 pN0

Estadiamento AJCC 8ª Ed.

0 / 22

Gânglios metastizados

2 mm

Margem livre mínima

Percurso Clínico

1

Sintomas

3 semanas

2

Biópsia

CEC

3

TC

26,6 mm

4

Cirurgia

18/03/2026

5

Anat. Patológica

pT3 pN0

6

Seguimento

oncológico

1. Introdução

- CEC: ~ 90% dos tumores malignos de cabeça e pescoço
- A língua é a localização intraoral mais frequente
- Portugal (GLOBOCAN 2020): 2.424 novos casos/ano. Tendência crescente (tabaco, álcool, HPV)
- Idade avançada não contraindica, por si só, a cirurgia radical curativa
- **Objetivo:** ilustrar a decisão por cirurgia radical curativa num doente idoso com CEC da língua e as particularidades técnicas da abordagem esquerda

Tratamento cirúrgico (18/03/2026)

- Glossectomia parcial esquerda + esvaziamento cervical seletivo (níveis I, II, III e V)
- Abordagem descontínua - pescoço antes da cavidade oral
- Anestesia geral; ~3h30; hemorragia estimada de 200 mL
- Bisturi ultrassónico (Harmonic Focus+®) - menor dano térmico
- Atenção ao canal torácico à esquerda (risco de fístula quilosa)

Anatomia patológica

Tipo histológico	Car. epidermóide queratinizante
Grau	G2 - moder. diferenciado
Dimensão máxima	37 mm
Profund. de invasão	13 mm
Padrão	Infiltrativo, unifocal
Inv. linfovascular	Identificada
Inv. perineural	Não identificada
Margens	Livres (2 mm)
Gânglios	0 / 22 metastizados
Estadiamento (AJCC 8ª)	pT3 pN0

2. Descrição do Caso Clínico

Apresentação clínica

- Homem, 88 anos, ASA II.
- Lesão exofítica, bordo endurecido, úlcera central - evolução de 3 semanas.
- Biópsia incisional: carcinoma epidermóide invasivo e ulcerado.
- TC: 26,6 mm, sem invasão óssea nem adenopatias suspeitas.

Esquema - Esvaziamento Cervical Esquerdo

- I Nível I - Submandibular / submentoniano
 - II Nível II - Jugulodigástrico (superior)
 - III Nível III - Jugular médio
 - IV Nível IV - Jugular inferior
 - V Nível V - Triângulo posterior
- ☒ Dissecado ☐ Poucado

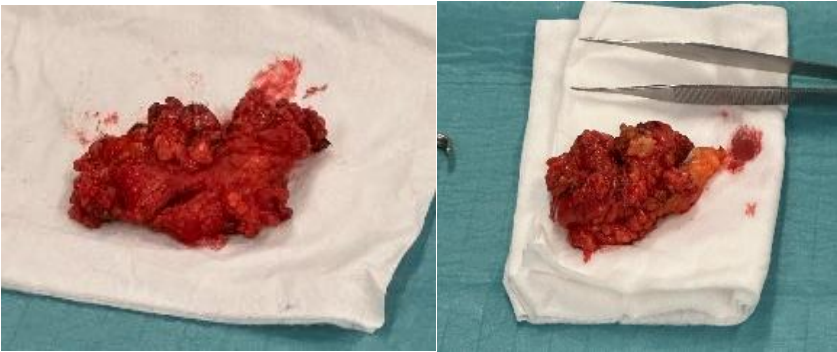


Figura 5. Peças ganglionares - 0/22 metastizados

Seguimento pós-tratamento

- Grupo Oncológico - proposta de vigilância estruturada
- TC torácica de controlo (06/2026): sem lesões suspeitas
- Sem sinais de recidiva local até à data

3. Discussão e Conclusões

- Idade avançada não contraindica cirurgia radical curativa: **decisão individualizada**
- Esvaziamento eletivo justificado: risco oculto > 15 –20% em T2–T4
- Lateralidade esquerda exige atenção ao canal torácico
- pT3 pN0, margens livres » prognóstico favorável, vigilância estruturada

Referências

1. Fonseca RJ. Oral and Maxillofacial Surgery (Peterson's Principles). 4.ª ed. Elsevier; 2022.
2. Sung H, et al. Global Cancer Statistics 2020 (GLOBOCAN). CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.



Figura 1. Aspeto clínico intraoral da lesão



Figura 2. TC pré-operatória: lesão de 26,6 mm



Figura 3. Peça de glossectomia parcial após excisão

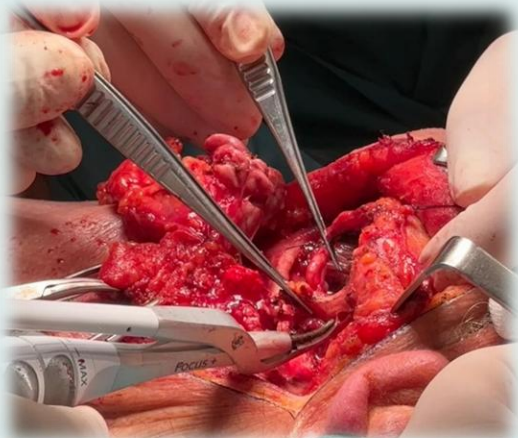


Figura 4. Campo cirúrgico do esvaziamento cervical esquerdo