

Adenocarcinoma de Reto com Metástase para Mandíbula: Relato de Caso

Metastatic Adenocarcinoma from the Rectum to the Mandible: A Case Report

FLÁVIA BALSAMO¹; GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA²

¹Assistente do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo- S.P., TSBCP. ²Chefe do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo- S.P., TSBCP

BALSAMO F; FORMIGA GJS. Adenocarcinoma de Reto com Metástase para Mandíbula: Relato de Caso. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(4): 493-496.

RESUMO: Os autores relatam um caso de metástase de adenocarcinoma de reto para mandíbula, manifestação de rara incidência e que é sub-diagnosticada. Demonstram a radioterapia local como palição e recuperação da função mastigatória.

Descritores: Metástase, disseminação, adenocarcinoma, inoculação de neoplasia, cirurgia colorretal.

INTRODUÇÃO

Tumorações malignas do aparelho mastigatório são incomuns e doença metastática para estas localidades são ainda menos freqüentes¹⁻⁶.

Metástases ósseas são mais facilmente encontradas em neoplasias de mamas, pulmões, rins, tireóide e próstata, que são órgãos que têm uma propensão para metastatizar para esta localidade^{1,2,4-6}.

Metástases de adenocarcinoma de reto para a mandíbula são raras e sua real incidência provavelmente é subestimada⁴⁻⁶.

Poucos são os estudos que se referem ao mecanismo de aparecimento das metástases de adenocarcinoma retal e há dificuldades para a identificação e diferenciação entre lesões primárias da mandíbula e lesões metastáticas^{2,6}.

O objetivo deste relato deve-se à raridade de tal entidade, bem como a forma de abordagem diagnóstica e terapêutica.

RELATO DO CASO

T. I. S., 59 anos, feminino, branca, natural da Paraíba e procedente de São Paulo, S.P. Há quatro

meses apresentando hematoquesia, puxo, tenesmo, mucorréia e afilamento das fezes, associado a emagrecimento de 10 Kg, dor ao evacuar e alteração do hábito intestinal de uma cada quatro dias. Há uma semana com queixa de abaulamento da região mandibular direita, dificuldade à abertura da boca e mastigação.

Ao exame físico da face com nodulação endurecida de 5x4 cm nos seus maiores eixos, palpável em região têmporo-mandibular direita, endurecida, fixa, dolorosa e limitação à abertura da boca. Cavidade oral com abaulamento na região correspondente aos últimos molares inferiores, sem comprometimento da mucosa.

Ao exame proctológico evidenciada lesão úlcero-vegetante póstero lateral direita com extensão de dois a sete centímetros da borda anal, amolecida, fixa e com sinais sugestivos de invasão esfíncteriana. O exame histo-patológico revelou tratar-se de adenocarcinoma.

Durante o estadiamento não foram encontradas lesões sincrônicas no cólon ou doença metastática para o fígado, porém em exames radiológicos foram identificadas deformidade de face e lesão lítica de mandíbula, ambas à direita. (Figuras 1a e 1b)

Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP.

Recebido em 18/09/2009

Aceito para publicação em 27/10/2009



Figuras 1a e 1b - RX com deformidade de face à direita.

O estudo tomográfico evidenciou lesões nodulares múltiplas em ambos os pulmões e espessamento concêntrico da parede retal, além de lesão hipoplatuante em topografia de mandíbula e parótida direita, com invasão de conduto auditivo direito (Figura 2), a qual já nos referimos anteriormente.

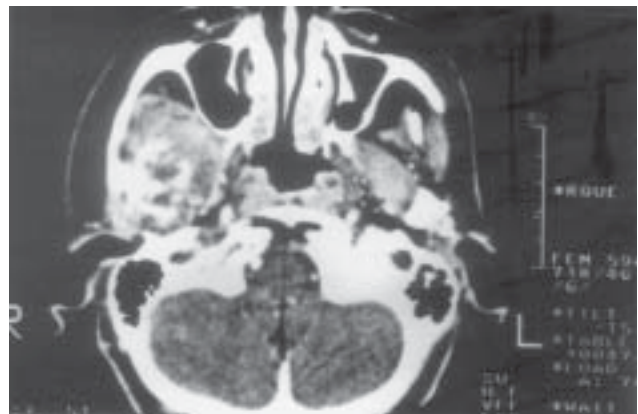


Figura 2 - TC com invasão de conduto auditivo direito.

A confirmação diagnóstica foi obtida através de biópsia por punção de agulha fina na região correspondente ao abaulamento de face e que identificou infiltração óssea por adenocarcinoma metastático. (Figuras 3a e 3b)

Houve necessidade de individualizar o tratamento, neste caso, já que a paciente descrita, além de apresentar neoplasia maligna de reto com metástases pulmonares, também apresenta metástase óssea para a mandíbula. Esta última por ser causa principal de dor, desconforto e limitação da função mastigatória foi o motivo principal de suas queixas e de sua precária qualidade de vida.

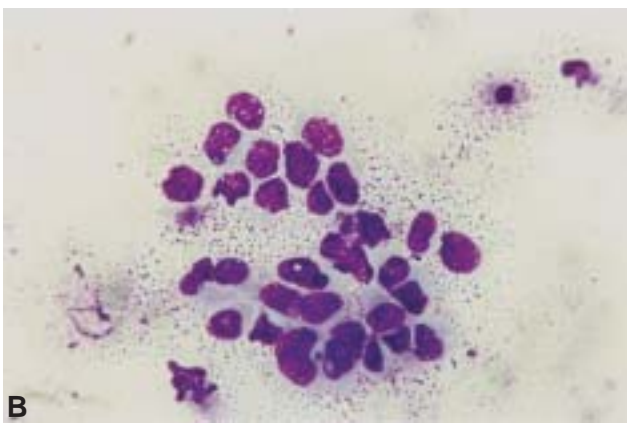
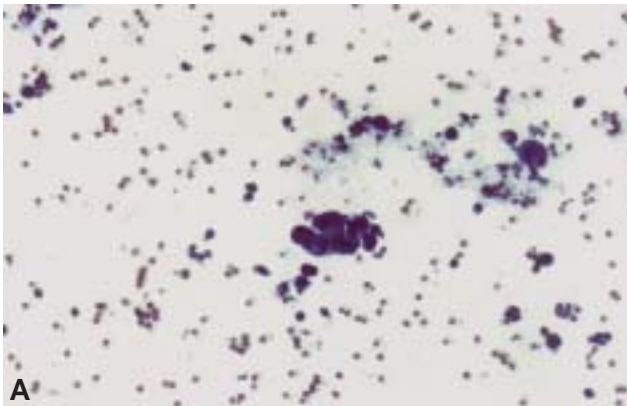
Fez-se opção pela realização de radioterapia em face utilizando-se 5000 cGy nesta localização e quimioterapia sistêmica paliativa com o 5-Fluorouracil e Leucovorin, visando o controle das metástases pulmonares. Em relação à lesão retal, optou-se pela realização de derivação intestinal, pois apresentava quadros suboclusivos.

Evoluiu com restauração da função mastigatória após a radioterapia, porém apresentou neutropenia irreversível após segunda sessão de quimioterapia, com óbito três meses após o diagnóstico das lesões.

DISCUSSÃO

As metástases ósseas de adenocarcinoma de reto são encontradas em apenas 1% dos casos^{3-5,7,8}

As neoplasias retais podem metastatizar para os ossos de duas formas: via fígado através da circulação mesentérico-portal ou, passando através das veias retais para o plexo venoso vertebral. No último caso, o



Figuras 3a e 3b - Infiltração por adenocarcinoma (aumento de 10 e 20x).

cérebro e os pulmões podem estar envolvidos antes do fígado. O plexo venoso vertebral parece ser a rota de preferência para a disseminação metastática para os ossos e para o sistema nervoso central ⁶.

A disseminação cancerígena, portanto, ocorre principalmente através da via hematogênica. O tumor acessa os vasos sanguíneos através de invasão direta aos mesmos no sítio primário da lesão. Podem atingir a mandíbula através da circulação venosa vertebral ou circulação portal. Na circulação vertebral as células tumorais podem passar da veia jugular para a veia cervical, atingindo a mandíbula. Na disseminação por-

tal as células tumorais atingem as veias mesentéricas e drenam para o sistema portal, podendo progredir para o fígado, coração direito, pulmões, coração esquerdo e finalmente a artéria carótida, podendo penetrar os ossos através de suas arteríolas nutridoras ⁴.

Quando a mandíbula é afetada, as metástases ocorrem preferencialmente na articulação têmporo-mandibular devido à disseminação neoplásica para o côndilo mandibular que é rico em medula vermelha ⁶.

A raridade do acometimento metastático do aparelho ósseo mastigatório pelo adenocarcinoma de reto pode ser consequência do fato de que a mandíbula é raramente examinada e, além disto, as metástases aí disseminadas podem espalhar-se intrinsecamente ^{6,7}.

A sintomatologia predominante consiste em dor e tumefação local, além de distúrbios da mastigação e trisma ².

Clausen e Poulsen ² em 1963, propuseram um critério para definir tumores ósseos metastáticos: em primeiro lugar, é preciso que se trate de metástase verdadeira, localizada originalmente em tecido ósseo e não invasão por contigüidade de tumores de outras localidades. Em segundo lugar, a lesão tem que ser microscopicamente identificada como carcinoma e, finalmente, o tumor primário precisa ser identificado ^{2,3}.

O diagnóstico deve ser, portanto, confirmado através de exame histopatológico por biópsia de agulha fina, tendo sido relatado como método mais importante ^{6,8}.

A radioterapia local pode ser utilizada paliativamente, permitindo diminuição da dor e resgatando parcialmente a função mastigatória ^{4,6}.

Ressaltamos que a doença metastática para mandíbula deve ser pesquisada em pacientes com adenocarcinoma colorretal através de exame local detalhado. Em casos de pacientes com abaulamento e ou dor em mandíbula, a investigação com exames subsidiários é necessária e o tratamento paliativo com radioterapia local tem finalidade principal de alívio da sintomatologia.

ABSTRACT: The authors report a case of metastatic adenocarcinoma of the rectum to the mandible, a rare presentation of the disease that is almost always underestimated. Authors demonstrate local radiotherapy for palliation with recovery of the masticatory function.

Key words: Metastasis, dissemination, adenocarcinoma, neoplasm seeding, colorectal surgery.

REFERÊNCIAS

1. Castigliano SC, Rominger J – Metastatic malignancy of the jaws. *Am J Surg*; 1954,87: 496-507.
2. Clausen F, Poulsen H – Metastatic carcinoma of the jaws. *Acta Pathol. Microbiol. Scand*; 1963,57:361-374.
3. Delfino JJ, Wilson TK, Rainero DM – Metastatic adenocarcinoma from the colon to the mandible. *J.Oral Maxillofac. Surg*; 1981,40:188-190.
4. Mast HL, Nissenblatt MJ – Metastatic colon carcinoma to the jaw: a case report and review of the literature. *J.Surg.Oncol*; 1987,34: 202-207.
5. Macafee KA, Quinn PD, Abaza NA – Adenocarcinoma of the colon metastatic to the temporomandibular joint: a case report. *J. Oral-Maxillofac. Surg*; 1993,51:793-797.
6. Balestreri L, Canzioneri V, Innocente R, Cattelan A, Perin T – Temporomandibular joint metastasis from rectal carcinoma: CT findings before and after radiotherapy. A case report. *Tumori*; 1997,83:718-720.
7. Bentley RP, Worrall SF – Carcinoma of the colon with mandible and liver metastases. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 1997, 35(3): 221-222.
8. Sheen AJ, Drake D, Langton S, Sherlock DJ – Unusual bony colorectal metastases in post-hepatometastectomy patients. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*; 2002,9(3): 379-382.

Endereço para correspondência:

FLÁVIA BALSAMO
Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis
R. Cônego Xavier, 276- Vila Heliópolis
04231-030- São Paulo, SP
Tel.: 11- 2274-7600 (ramal 244)
E-mail: flabal@uol.com.br