

Metástase amigdalina de sarcoma pleomórfico do membro inferior

Tonsillar metastasis of a lower limb pleomorphic sarcoma

Cláudia Reis • José Gameiro dos Santos • José Abrunhosa • Cecília Almeida e Sousa

RESUMO

Os tumores das amígdalas palatinas são raros (1.45 casos:100000 indivíduos/ ano) e maioritariamente primários, geralmente de origem epitelial ou linfoproliferativa. Contudo, estima-se que 0.8% sejam secundários. A maioria dos cerca de 100 casos descritos na literatura é referente a carcinomas pulmonares, da mama, de células renais e melanomas, não havendo referência a nenhum caso de metastização por sarcoma do membro inferior. Este artigo descreve o caso de uma paciente de 72 anos que apresentava hipertrofia, endurecimento e ulceração da amígdala palatina direita. A amigdalectomia direita levou ao diagnóstico de sarcoma pleomórfico. A neoplasia primária, na face interna da coxa esquerda, tinha sido diagnosticada dois anos antes. Uma pequena minoria dos tumores da amígdala palatina é metastática. A metastização da amígdala por um sarcoma do membro inferior não se encontrava descrita na literatura, mas como noutros tipos histológicos, surgiu numa fase tardia da doença e com prognóstico muito reservado.

Palavras-chave: metástase amigdalina; sarcoma do membro inferior

ABSTRACT

Tonsillar tumors are rare (1.45 per 100000) and mostly primary, usually of epithelial or lymphoproliferative origin. However, 0.8% are metastatic. The majority of the 100 cases found in the literature refers to lung, breast and renal cancer and melanoma, with no report of a lower limb sarcoma metastasis so far. This article describes a case of a 72-years-old woman, with hypertrophy, induration and ulceration of the right palatine tonsil. Tonsillectomy led to the diagnosis of a pleomorphic sarcoma. The primary lesion, in the left thigh, had been diagnosed two years earlier. A small minority of tonsillar tumors is metastatic. Metastization from a lower limb sarcoma to the tonsil was not reported in literature but, as in other histologic types, occurred in a late stage of the disease with a poor prognosis.

Key words: Tonsillar metastatic tumors, lower limb sarcoma

INTRODUÇÃO

Os tumores das amígdalas palatinas são raros (1,45 casos:100000 indivíduos/ ano)¹. A grande maioria destes tumores são neoplasias primárias, mais frequentemente de origem epitelial ou linfoproliferativa², no conjunto responsáveis por cerca de 95% do total. Os restantes 5% das neoplasias primárias da amígdala incluem carcinoma adenóide cístico, carcinoma mucoepidermóide e adenocarcinoma.

Excepcionalmente, a amígdala palatina pode ser atingida por metástases, estimando-se que estas lesões secundárias correspondam a cerca de 0,8% do total das neoplasias amigdalinas³. Em regra, esta metastização surge numa fase avançada da doença neoplásica, independentemente do tipo de lesão primária, razão pela qual a sobrevida média após este diagnóstico é de 9 meses, independentemente do tipo histológico⁴. Para além do seu prognóstico reservado, as lesões metastáticas da amígdala apresentam risco de obstrução aguda e hemorragia na via aérea⁵.

Existem cerca de 100 casos de metastização para a amígdala palatina descritos na literatura, sendo a maioria referente a melanomas, carcinomas pulmonares, carcinomas da mama e carcinomas de células renais⁶. Não há, em toda a literatura disponível até à data da elaboração deste artigo, qualquer referência a caso

Cláudia Reis

Interna de ORL do Centro Hospitalar do Porto

José Gameiro dos Santos

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Porto

José Abrunhosa

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Porto

Cecília Almeida e Sousa

Directora do Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Porto

Correspondência:

Cláudia Reis
claudiapintoreis@gmail.com
Largo Prof. Abel Salazar, 4000 Porto
+351222077500

clínico de metastização da amígdala palatina por sarcoma do membro inferior. As vias de metastização para a amígdala palatina são múltiplas, algumas claramente definidas, outras controversas: via hematogénea, via linfática, via plexo paravertebral (de metástases pulmonares de tumores da cabeça e pescoço)⁷, invasão directa a partir de adenopatias loco-regionais e implantação directa de células neoplásicas por regurgitação/vómito (no caso de neoplasias do tracto gastrointestinal)⁸.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, de 72 anos de idade, referenciada ao serviço de urgência de ORL por história de odinofagia atribuída a amigdalite aguda, refractária a antibioterapia oral. Referia ainda otalgia direita e emagrecimento, sem febre ou outros sintomas sistémicos. Ao exame objectivo apresentava assimetria amigdalina com hipertrofia, endurecimento e ulceração da mucosa da amígdala palatina direita (Fig.1). À palpação cervical, detectou-se adenopatia dura e indolor no nível IIA à direita.

FIGURA 1

Hipertrofia e ulceração da amígdala palatina direita



Realizou tomografia computadorizada, que comprovou presença de lesão exofítica centrada na amígdala direita, de contornos irregulares e realce difuso após contraste, estendendo-se superiormente ao palato mole sem abranger a úvula e inferiormente ao plano do pavimento da cavidade oral, com cerca de 2x2x2,5cm (Fig. 2).

Foi proposta amigdalectomia direita, que levou ao diagnóstico histológico de sarcoma pleomórfico de alto grau de malignidade (Fig. 3).

A doente tinha antecedentes de neoplasia do mesmo tipo histológico, na face interna da coxa esquerda, com 5 cm de maior eixo, diagnosticada dois anos antes, altura em que foi submetida a exérese cirúrgica da lesão e radioterapia adjuvante. Nove meses mais tarde, por metastização pulmonar bilateral maciça, foi submetida a quimioterapia paliativa. Seis meses após conclusão do esquema quimioterápico, realizou exame de imagem de controlo que revelou regressão significativa das lesões secundárias pulmonares, tendo mantido vigilância. A lesão amigdalina surge oito meses após esta aparente estabilização da doença.

FIGURA 2

TC com contraste, coronal (a) e axial (b)

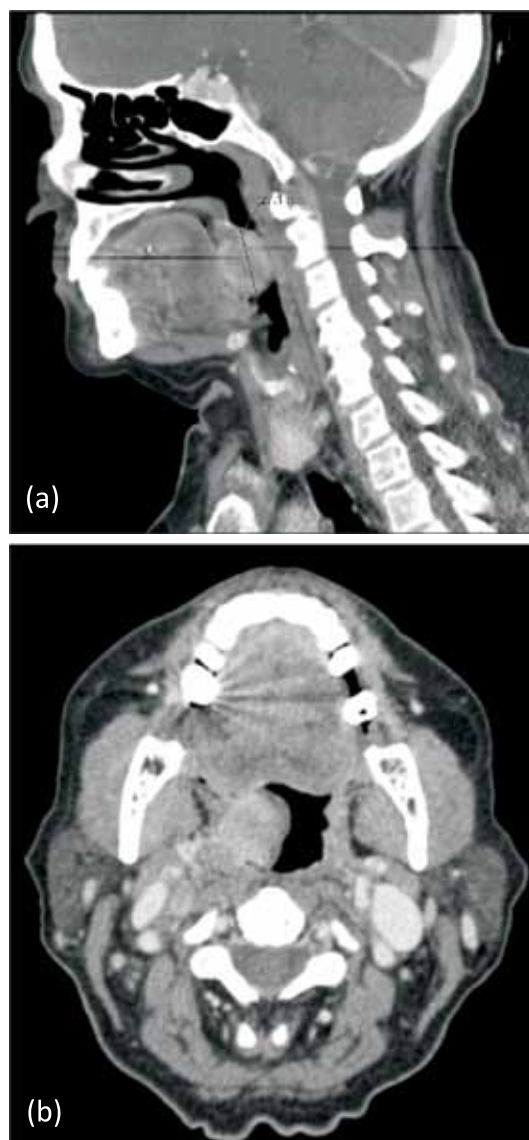
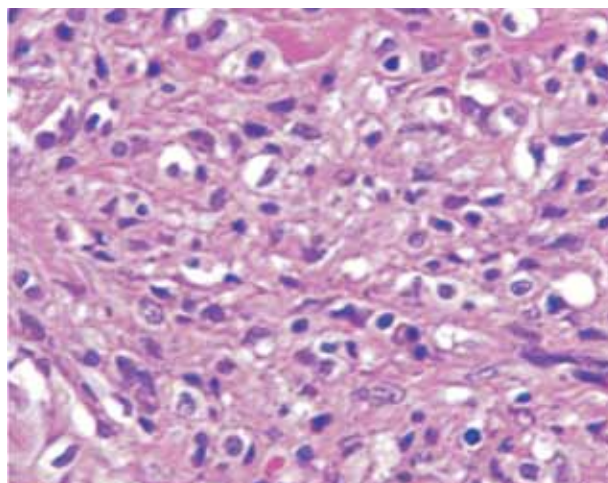


FIGURA 3

Sarcoma pleomórfico de alto grau de malignidade (grande ampliação com hematoxilina/eosina)



A doente foi reapresentada em Consulta de Grupo Oncológico, onde foi proposto novo ciclo de quimioterapia paliativa.

DISCUSSÃO

Apesar da grande maioria dos tumores da amígdala serem lesões primárias, 0,8% são lesões metastáticas. Considerando uma incidência média de tumores da amígdala estimada em 1,45 casos em cada 100000 indivíduos por ano, as lesões secundárias terão uma incidência aproximada de 1,16 casos em 10 milhões de indivíduos por ano. Este número explica a escassez de casos clínicos descritos na literatura (cerca de 100), sendo este artigo o único em que a neoplasia primária foi um sarcoma do membro inferior. Como noutros tipos histológicos, a metastização da amígdala palatina surgiu numa fase tardia da doença (24 e 15 meses após o diagnóstico da lesão primária e das lesões pulmonares secundárias, respectivamente). A via de metastização não foi, neste caso, esclarecida, embora as hipóteses mais prováveis sejam as vias hematogénea, linfática ou plexo paravertebral.

CONCLUSÃO

Os sarcomas pleomórficos, neoplasias raras com predileção pelos membros inferiores (em particular a coxa), sexo masculino e idades entre a 6ª e 8ª décadas de vida, metastizam classicamente para o pulmão (90%), gânglios linfáticos (10%), osso (8%) e fígado (1%)⁹. Outras localizações de lesões secundárias correspondem a menos de 1% do total. Os factores de mau prognóstico nestas neoplasias incluem idade superior a 60 anos, lesões com dimensões ≥ 5 cm e alto grau de malignidade¹⁰, características presentes no caso descrito. Independentemente do tipo histológico, a sobrevida média após o diagnóstico está estimada em 9 meses.

Referências bibliográficas:

1. Olaleye O, Moorthy R, Lyne O, Black M, et al. A 20-year retrospective study of tonsil cancer incidence and survival trends in South East England: 1987–2006. *Clin. Otolaryngol.* 2011; 36; 325–335.
2. Bradley, P, Oropharyngeal tumours. In: Scott-Brown's Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery 7thEd; 2008; pp2577-2597.
3. Crawford B, Callihan M, Corio R, Hyams V, et al. Symposium on malignant disease of the oral cavity and related structures. *Otolaryngol. Clin. North. Am.* 1979; 12; 29–43.
4. Brownson R, Jaques W, Lamonte S, Zollinger W, Hypernephroma metastatic to the palatine tonsils, *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 1979; 88; 235–240.
5. Yamaguchi E, Uchida M, Makino Y, Tachibana M, et al. Tonsillar metastasis of gastric cancer. *Clin. J. Gastroenterol.* 2010; 3; 289–295.
6. Sheng L, Zhang L, Xu H, Zhu Y, Ascending colon adenocarcinoma with tonsillar metastasis: A case report and review of the literature. *World J. Gastroenterol.* 2008; 14; 7138-7140.
7. Batson O, The role of the vertebral veins in metastatic processes. *Ann Intern Med.* 1942; 26; 38–45.
8. Kleinschmidt H, Tonsillar metastases of primary bronchial and gastric carcinomas, *Laryngol. Rhinol. Otol.* 1966; 45; 389–394.
9. Weiss S. Malignant Fibrohistiocytic Tumors. In: Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors 4th Ed. St. Louis, Mosby; 2001: pp535-570.
10. Zagars, G, Mullen, J, Pollack, A, Malignant fibrous histiocytoma: outcome and prognostic factors following conservation surgery and radiotherapy. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 1996; 34; 983-994.