

# Metástase de Carcinoma Folicular Tireoidiano na Mandíbula

## *Metastasis of Follicular Thyroid Carcinoma to the Mandible*

Gustavo Saggioro Oliveira\*  
Sérgio Calzavara\*\*  
Alessandro Antônio Costa Pereira\*\*\*  
Alberto Consolaro\*\*\*\*

### RESUMO

Os autores apresentam metástase de carcinoma folicular tireoidiano na região posterior da mandíbula e discutem aspectos relativos à incidência, comportamento biológico, diagnóstico, modalidades terapêuticas e a maior frequência das metástases dos maxilares atingirem a região posterior da mandíbula.

### SUMMARY

The authors report a case of metastatic follicular thyroid carcinoma to the mandible, and discuss aspects related to incidence, biological behavior, diagnosis, therapy and higher frequency of metastases to the jaws reaching the posterior area of the mandible.

### UNITERMOS

Carcinomas - Metástases - Mandíbula

### KEYWORDS

Carcinoma - Metastases - Mandible

### Revisão da Literatura

Apenas 1% dos tumores malignos encontrados na boca e ossos maxilares são neoplasias metastáticas com sítio primário localizado abaixo das clavículas<sup>4,13,15</sup>. Estas metástases são principalmente extra-ósseas e à medida que evoluem rompem as corticais ósseas e invadem a mucosa bucal exteriorizando-se. Nas metástases, a mandíbula mostra-se mais acometida que a maxila<sup>15</sup> em ambas o comprometimento mais frequente envolve as regiões posteriores<sup>6,15</sup>.

As metástases ósseas ocorrem por via hematogênica<sup>6,8,15</sup>, com os êmbolos metastáticos acumulando-se principalmente nas regiões com maior quantidade de medula óssea e menor velocidade circulatória<sup>7,15</sup>. Outros ossos encontram-se comprometidos por metástases, tais como o íleo, esterno e vértebras, antes dos ossos maxilares, provavelmente pela maior quantidade de tecido medular nestes ossos em relação aos da face<sup>7</sup>.

Os sintomas podem estar presentes ou não e caracterizam-se por dor, hipoestesia, parestesia do nervo mentoniano, mobilidade dentária e fraturas<sup>5,10,15</sup>.

No exame radiográfico podem ser notadas imagens osteolíticas ou osteoblásticas<sup>15</sup>, sendo as primeiras as mais comuns. Não há imagens patognômicas e a lesão pode ter limites bem definidos ou não, e ser uni ou multilocular<sup>2</sup>. Pela necessidade da perda de aproximadamente 50% da substância mineral para o surgimento de uma imagem radiotransparente, a radiografia torna-se de pouca importância no estádios iniciais das lesões, sendo a cintilografia óssea o método mais confiável para o diagnóstico precoce de alterações ósseas por metástases. Em áreas de meta-

bolismo ósseo alterado detecta-se a presença do traçador radioativo antes do aparecimento de imagem radiográfica<sup>2,10</sup>.

As lesões metastáticas para os maxilares geralmente têm o prognóstico invariavelmente sombrio, com o óbito ocorrendo após um ano da descoberta da metástase, com a sobrevida girando em torno de 4 anos em apenas 10% dos casos<sup>5</sup>. Se a metástase bucal for o primeiro sinal da doença, certamente o organismo encontra-se comprometido em outras regiões. Assim, o tratamento é paliativo, reduzindo-se os sintomas dolorosos e melhorando as condições de respiração e nutrição do paciente<sup>8,15</sup>. As terapêuticas mais empregadas são a radioterapia, associada ou não à quimioterapia<sup>5</sup>. Indica-se cirurgia quando o sítio primário está controlado e a metástase maxilofacial for única<sup>15</sup>.

### Relato do Caso

Paciente branca, com 58 anos de idade, do sexo feminino foi encaminhada em setembro de 1986 ao Serviço de Oncologia clínica do Hospital Instituto Oncológico por neurocirurgião. Apresentava queixas de dores nos músculos glúteos, há um ano, com sensação parestésica irradiando-se para os membros inferiores. O exame radiográfico revelou lesão osteolítica do sacro, com 9x6 cm de tamanho, comprometendo o primeiro e segundo corpo sacral e parcialmente a porção inferior do corpo vertebral, seu pedículo e apófise transversa, sem invasão do íliaco. Realizou-se biópsia incisional notando-se massa tecidual branca e sólida. O exame microscópico revelou tratar-se de um metástase de carcinoma folicular da glân-

dula tireóide.

Na história médica progressiva, a paciente relatou ter sofrido tireoidectomia em 1976 devido a um carcinoma folicular. Não notaram-se metástases em outros locais, sendo solicitado um tereograma com dose rastreade de 1mCi de iodo radioativo <sup>131</sup>, por via bucal. Foram realizadas tomadas de corpo inteiro observando-se a presença de tecido iodocaptante, remanescente, fixando pouco e irregularmente o isótopo radioativo no leito da tireóide, caracterizando remanescentes tireoidianos. Não observou-se imagem de tecido ectópico iodocaptante.

A paciente recebeu, via bucal, 200mCi de <sup>131</sup> em dose terapêutica para erradicação do tecido remanescente. Logo a seguir foi administrada dose de TSH para estimular a metástase sacroilíaca a iniciar a produção hormonal e captar o <sup>131</sup>. Nova dose rastreade do isótopo foi feita e a captação do mesmo ocorreu como desejado. Outra dose terapêutica do <sup>131</sup> complementada por radioterapia externa e hormonioterapia foi administrada com melhora de 90% do quadro algico e da parestesia dos membros inferiores. Um ano após o episódio a paciente estava sem dores e

\* Aluno de Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP

\*\* Diretor Clínico do Hospital Instituto Oncológico de Juiz de Fora, MG

\*\*\* Doutorando em Patologia Bucal pela Faculdade de Odontologia de Bauru, USP

\*\*\*\* Professor Titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, USP

deambulando perfeitamente.

A partir de maio de 1991 iniciou-se novo quadro álgico, intenso, na mesma região sacroilíaca, com evolução para paraplegia irreversível. Cintilografia óssea revelou imperfeição do traçador radioativo (20mCi de MDP marcado com Tc99) na região sacroilíaca. Em junho de 1991 iniciou-se sintomatologia parestésica no lábio inferior do lado esquerdo e impossibilidade do uso de prótese inferior por falta de adaptação. A paciente recusou-se a permanecer internada para maiores investigações.

Em outubro de 1991, notou-se um quadro álgico superposto ao da parestesia e ao exame intrabucal observou-se aumento da cortical lingual da hemimandíbula esquerda próximo à região molar, com massa tecidual globosa, avermelhada, firme e não sangrante, ocupando o rebordo alveolar, com pseudomembrana amarelada e ausência de ulceração (Figura 1). Notava-se discreto abaulamento do terço inferior da face do lado esquerdo sem linfonodos palpáveis. Realizaram-se radiografias PA e lateral oblíqua de mandíbula notando-se lesão expansiva da parte posterior do corpo e ângulo mandibular esquerdo com imagem radiotransparente, multilocular e de limites imprecisos com destruição cortical (Figura 1).

Considerando a história médica pregressa cogitou-se a possibilidade de tratar-se de uma neoplasia metastática, sendo solicitado um tireograma com dose rastreadora de 1mCi do <sup>131</sup>I. Este tireograma revelou tecido iodocaptante na hemimandíbula esquerda como também remanescente iodocaptante disforme no leito da tireóide. Por ser a medicina nuclear um método diagnóstico e terapêutico eficiente na detecção dos tumores bem diferenciados da tireóide não realizou-se biopsia da lesão mandibular.

A paciente recusou o tratamento com RT indo a óbito em seis meses.

## Discussão

As metástases bucais acometem a mandíbula em 61% dos casos, a maxila em 24% e os tecidos moles em 15%<sup>15</sup>. Em 1987 HASHIMOTO<sup>6</sup>, por meio de estudos realizados em necropsias de 62 mandíbulas humanas de pacientes que foram a óbito devido a neoplasias malignas, demonstrou uma maior predileção dos focos metastáticos para as áreas normais de hemocitopoiese da mandíbula - côndilo, parte posterior do ramo e parte posterior da borda inferior da mandíbula, explicando assim, porque a maxila, apesar de possuir maior quantidade de tecido ósseo esponjoso, acha-se menos comumente atingida por metástases. A ausência de hematopoiese ampla na maxila explica a menor metastatização para esta região<sup>6</sup>.

A dificuldade diagnóstica das neoplasias metastáticas dos maxilares deve-se à pouca sintomatologia clínica e radiográfica, pois os sintomas superpõem-se a outros processos patológicos que acometem a região. A aparência clínica pode simular qualquer processo proliferativo e a imagem radiográfica não permite hipótese diagnóstica fortemente sugestiva de lesão por

metástase. Os carcinomas foliculares da tireóide são o segundo tipo mais frequente de neoplasias dessa glândula, sendo um tumor bem diferenciado, com predileção por mulheres e ocorrendo em faixa etária adulta<sup>3</sup> (Figura 2). As metástases ocorrem, em ordem de frequência, nos osso, pulmões e linfonodos<sup>3</sup>. Sem metastatização tem-se uma sobrevida longa, em torno de 80% em 10 anos; com metastatização geralmente a sobrevida fica em torno de 25% em cinco anos<sup>1</sup>.

O tratamento destes carcinomas, quando feita tireoidectomia total, são a isotopoterapia objetiva pós-operatória com <sup>131</sup>I e hormonioterapia<sup>1,11</sup>. Os tumores bem diferenciados da tireóide e suas metástases possuem estrutura idêntica e são lesões pertencente ao grupo de neoplasias hormoniodependentes, que em determinadas condições são capazes de captar o iodo e produzir hormônios da tireóide e seus precursores<sup>12</sup>; o sucesso da terapia com isótopo, utilizando o iodo radioativo, está baseado neste princípio. ao emitir radiação B o isótopo destrói as células em seu redor com grande especificidade e eficácia.

Para a metástase produzir hormônios é necessário remover os restos da glândula tireóide quando houver captação em seu leito de mais de 50% de iodo. A seguir estimula-se o funcionamento da metástase com hormônio foliculo-estimulante. Caso a tireóide ou seus resquícios continuem a captar o iodo, a terapêutica terá insucesso<sup>12</sup>, havendo a necessidade de administrar duas doses independentes.

Pode-se comprovar estes procedimentos no caso relatado e a não involução metastática sacroilíaca possivelmente deveu-se à pouca erradicação do remanescente tireoidiano, o qual ainda mostrou-se presente no tireograma realizado para rastrear a metástase mandibular.

Os tumores metastáticos para a região bucomaxilofacial não constituem lesões expressivas numericamente<sup>6</sup>, mas em 22% dos casos são

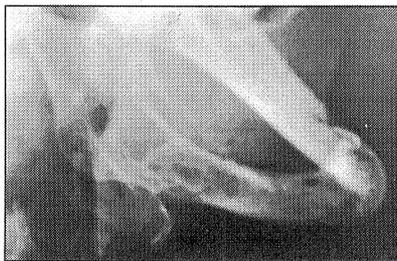
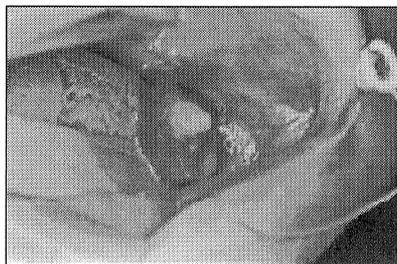


FIGURA 1 - Aspectos clínicos e radiográficos da lesão metastática do carcinoma folicular tireoidiano na mandíbula.

a primeira manifestação clínica de uma neoplasia primária oculta em algum ponto distante<sup>15</sup>. Esta raridade não pode ser considerada de forma absoluta, pois há pouca investigação clínica, radiográfica e pós-mortem da região bucal. Isto pôde ser comprovado por HASHIMOTO<sup>6</sup> ao detectar uma incidência de 16% nas neoplasias metastáticas para a boca e ossos maxilares, havendo necessidade de investigações para reavaliação destes números.

## Referências

### Bibliográficas

1. BEIRWALTERS, W.H - The treatment of thyroid carcinoma with radioactive iodine. *Seminars in Nuclear Medicine*, v.8, n.1, p.79-94, Jan. 1978.
2. CAMAM, D.C. et al - Metastatic tumors of the jaws. *Oral Surg.*, v.14, p.897-905, 1961.
3. CHONKICH, G.D.; PETTI, G.H Jr. - Treatment of thyroid carcinoma. *Laryngoscope*, v.102, p.486-91, May 1992.
4. CONSOLARO, A. et al - Metástase mandibular de carcinoma indiferenciado de origem indeterminada. *Nom. & Persp. Saúde* v.4, n.1/2, p.69-72. 1990.
5. COONEY, B.M. et al - Malignant cystosarcoma phylloides of the breast metastatic to the oral cavity: report of a case and review of the literature. *Oral Surg.*, v.66, n.5, p.599-604, Nov. 1988.
6. HASHIMOTO, N. et al - Pathological characteristics of metastatic carcinoma in human mandible. *J. oral Pathol. med.*, v.16, p.362-67, 1987.
7. HERTZ, R.S.; CESARIO, W.H. - Metastatic carcinoma of the mandible secondary to adenocarcinoma of the lung. *Oral Surg.*, v.15, n.6, p.658-64, June, 1962.
8. JAMES, D.C. - Adenocarcinoma of the esophagus presenting as a mandibular metastasis. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.47, p.504-7, 1989.
9. KAMAZAWA, H.; SATO, K. - Gingival metastatics from primary hepatocellular carcinoma: report of a case and review of literature. *J. Oral Maxillofac. Surg.* v.47, p.987-90, 1989.
10. NAYLOR, G.D. et al - Metastatic adenocarcinoma of the colon presenting as periradicular periodontal disease: a case report. *Oral Surg.* v.67, n.2, p.162-6, Feb. 1989.
11. ROSEN, Y.; ROSENBLATT, P.; SALTZMAN, E. - Intraoperative pathologic diagnosis of thyroid neoplasms. *Cancer*, v.66, n.9, p.2001-6, 1990.
12. SOUMAR, J.; HAISOVA, L.; HANEK, P. - Rare localization of a thyroid cancer metastasis. *Oral Surg.*, v.29, p.513-17, 1970.
13. VAUGHAN, G.G.; MURRAH, V.A.; MONTGOMERY, M.T. - Orofacial metastatic of pulmonary giant cell carcinoma. *Oral Surg.*, v.71, n.1, p.80-3, Jan. 1991.
14. VENKATESH, Y.S.S. et al - Anaplastic carcinoma of the thyroid: a clinicopathologic study of 121 cases. *Cancer*, v.66, p.321-30, 1990.
15. ZACHARIEDS, N. - Neoplasm metastatic to the mouth, jaws and surrounding tissues. *J. cranio maxillofac Surg.*, v.17, p.283-90, 1989.

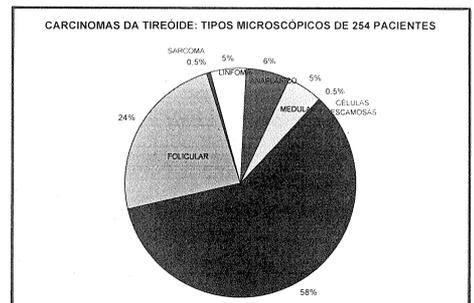


FIGURA 2 - Distribuição dos tipos microscópicos de carcinomas de tireóide em 254 pacientes, de acordo com CHONKICH; PETTI<sup>3</sup>.