

## INTRODUÇÃO

Os tumores metastáticos para a cavidade oral representam 1% de todas as malignidades orais sendo a localização mais comum a mandíbula, a gengiva e a língua. (1,3,4,5,6,7) As metástases para os tecidos orais são mais frequentes em homens e em adultos de meia-idade e idosos. Segundo a literatura, o cancro de pulmão é responsável pela maioria das metástases em homens, seguido pelo carcinoma renal e pelo melanoma. (4,7)

Relativamente ao cancro da próstata, embora seja dos mais comuns em homens, as metástases desse tumor têm afinidade pelo osso mas raramente ocorrem na cavidade oral. (3,5,7)

Uma possível explicação para as metástases hematogénicas para a região de cabeça e pescoço, especialmente na ausência de metástases pulmonares, é o plexo de Batson que deve permitir uma disseminação retrógrada das células tumorais, vencendo a filtração pulmonar. (4,6,7)

A aparência microscópica da neoplasia metastática deve ser semelhante à do tumor de origem. (1,7)

O prognóstico para os pacientes com tumores metastáticos é geralmente mau e o tratamento destas lesões orais é paliativo sendo coordenado com todo o tratamento do paciente. (1,5,6,7)

## DESCRIÇÃO

- ✓ Paciente, 72 anos, género masculino;
- ✓ Setor de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;
- ✓ Anamnese: cancro da próstata há 4 anos cujo tratamento com radioterapia finalizou há 10 dias;
- ✓ Exame clínico:
  - ✓ Aumento do volume na região palatina entre os dentes 11 e 16 (Classificação FDI, ISO-3950:2016);
  - ✓ Nódulo de 3,5 cm de diâmetro, irregular, assintomático, flácido à palpação, pediculado e ulcerado; (figura 1)

- ✓ Encaminhado para a Disciplina de Estomatologia Clínica;
- ✓ Solicitados exames radiográficos (figura 2) e hematológicos e realizada biópsia incisional;
- ✓ As hipóteses diagnósticas demonstradas na Tabela 1;
- ✓ Resultado anatomopatológico: Adenocarcinoma sem outra especificação;
- ✓ Devido à história clínica, inferiu-se que se tratava de adenocarcinoma metastático com origem na próstata (figura 3);
- ✓ O paciente não voltou para obtenção do diagnóstico; óbito 3 semanas após a consulta.



Figura 1- Fotografia oclusal da lesão

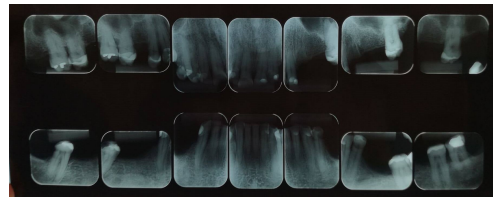


Figura 2- Série radiográfica

	Favor	Contra
Abcesso dentário	Testes de vitalidade negativos	Sem supuração Localização
Sialometaplasia necrozante	Ulceração Localização	Sem sinais radiográficos
Osteosarcoma do palato	Aspeto clínico	Idade Sem sinais radiográficos
Tumor de glândula salivar	Aspeto clínico Localização	Prevalência Tipo de glândula afetada
Adenocarcinoma metastático	História clínica Aspeto clínico	Prevalência

Tabela 1- Diagnósticos diferenciais (1,2)

### Macroscopia:

O material enviado para exame consta de 01 fragmento de tecido mole, de consistência borrachosa, coloração acastanhada, formato piramidal, superfície irregular, medindo 15X10X05 mm.

### Microscopia:

Os cortes histológicos revelam fragmento de neoplasia de diferenciação glandular que se caracteriza pela proliferação de células epiteliais atípicas que se organizam em ilhotas ou ninhos, cordões ou formando estruturas semelhantes a ductos que contêm material eosinofílico amorfo em seu interior. As células neoplásicas são volumosas, citoplasma eosinofílico, amplo, vacuolado e granular, além de núcleos com cromatina condensada. Individualmente exibem intenso pleomorfismo celular e nuclear, e grande número de figuras de mitose, frequentemente atípicas. O estroma é formado por tecido conjuntivo densamente colagenizado e bem vascularizado. A neoplasia está na intimidade de uma mucosa que está quase que totalmente ulcerada, mas é parcialmente revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado atrófico. Extensas zonas de necrose podem ser também observadas, completando o quadro analisado.

### Diagnóstico:

Palato duro: Adenocarcinoma sem outra especificação.

### CPB:

C00M

### Obs. finais:

Frente ao quadro clínico descrito, o quadro histopatológico examinado é compatível com o diagnóstico de adenocarcinoma metastático de origem em próstata.

Figura 3- Análise anatomopatológica da peça de biópsia

## DISCUSSÕES e CONCLUSÕES

- ✓ Este diagnóstico representa uma raridade dentro dos carcinomas metastáticos;
- ✓ Nem o tecido glandular nem o palato duro são frequentemente afetados;
- ✓ Assim, é importante colocar em discussão todos os diagnósticos diferenciais e adotar uma intervenção mais conservadora até à obtenção do diagnóstico definitivo.
- ✓ Para além disso, o médico dentista deve estar alerta para o exame clínico detalhado de toda a cavidade oral, incluindo a palpação ganglionar, independentemente da queixa principal do paciente;
- ✓ A anamnese é uma ferramenta essencial na formulação de um diagnóstico inicial. O recurso a ferramentas tal como a análise imunohistoquímica permitem-nos a elaboração de um diagnóstico definitivo, bem como o estudo de lesões metastáticas por neoplasia primária oculta.

- ✓ Deste modo, a cooperação entre o médico oncologista e o médico dentista é necessária para um tratamento holístico e deteção precoce de manifestações sistémicas e metástases à distância nestes pacientes;
- ✓ Em último lugar, os pacientes oncológicos devem ser controlados periodicamente pelo médico dentista para a manutenção de uma boa saúde oral, mas também no sentido da pesquisa de lesões orais secundárias a manifestações sistémicas como o cancro;
- ✓ O tratamento destas lesões é frequentemente paliativo, garantindo uma boa qualidade de vida com intervenção na higiene e conforto oral.

### Referências:

1. Neville B. Oral and Maxillofacial Pathology 2009; 2. Odell E. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine, 9th edition, Elsevier, 2017; 3. Antunes A, Antunes P. Gnathic bone metastasis: a retrospective study of 10 cases, Revista Brasileira Otorrinolaringologia, 2008; 4. Baranovic M, Vidakovic B, Sauerborn D, Peric B, Uljanic I, Mahovne I. Colorectal Adenocarcinoma Metastasizing to the oral mucosa of the upper jaw, Srp Arh Celok Lek, 2015; 5. Piattelli A, Forioni M, Rubini C. Gingival Metastasis from a prostate adenocarcinoma: report of a case, Journal of Periodontology, 1999; 6. Irani S. Metastasis to the oral soft tissues: a review of 412 cases, Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry, 2016; 7. Hirschberg A, Berger R, Allon I, Kaplan I. Metastatic tumors to the Jaw and mouth, Head and Neck Pathology, 4th edition, Elsevier, 2015.