

# Derrame pleural revelador de recidiva de carcinoma adenoquístico do palato

## *Pleural effusion as the presenting feature of palatal adenocystic carcinoma recurrence*

T. Fevereiro\*, R. G. Matos\*\*\*, A. Ferreira\*\*, P. Morais\*\*\*, A. Ferreira de Almeida\*\*\*\*

### Resumo

Os autores apresentam um caso clínico de derrame pleural direito, num doente do sexo feminino com 68 anos de idade, surgindo fora do contexto de patologia cardiovascular ou infecciosa previamente conhecida.

O diagnóstico final foi de neoplasia pleural secundária a carcinoma adenoquístico, com localização primitiva no palato duro, diagnosticado e tratado 8 anos antes, e que nunca apresentara recidiva local.

Salienta-se a raridade deste diagnóstico e o facto de que, estando descrita a metastização pulmonar com possível envolvimento secundário da pleura, é muito raro o aparecimento de metástase pleural isolada.

Palavras chave: tumor pleural secundário, carcinoma adenoquístico do palato duro, derrame pleural

### Abstract

The authors present the case of a 68-year old female patient with a right sided pleural effusion, without cardiovascular or infectious disease complaints.

The final diagnosis was of a secondary pleural tumour: adenocystic carcinoma, with the primary location on the hard palate, wich had been diagnosed and treated 8 years previously, with no subsequent local recurrence.

The authors highlight the rarity of this diagnosis and the fact that, while pulmonary metastization with pleural involvement has been described, it is extremely rare to find solitary pleural metastasis from this primary tumour.

Key words: secondary pleural tumour, adenocystic carcinoma of the hard palate, pleural effusion

\*Interno do Internato Complementar de Medicina Interna

\*\*Interno do Internato Complementar de Dermatologia

\*\*\*Assistente Hospitalar de Medicina Interna

\*\*\*\*Director de Serviço

Serviço de Medicina III do Hospital de Santo António dos Capuchos, Lisboa

Recebido para publicação a 12.09.96

### Introdução

O derrame pleural, uni ou bilateral, constitui uma forma comum de apresentação de neoplasias, assim como é esperado que em cerca de 50% dos casos de neoplasias malignas, e em qualquer fase da sua evolução, ocorra derrame pleural<sup>1</sup>.

O derrame pleural maligno é a segunda causa mais frequente de exsudado pleural, sendo a primeira a infecção bacteriana, nomeadamente a pleurisia tuberculosa. Entre as neoplasias mais frequentemente implicadas estão o carcinoma do pulmão (30 %), a neoplasia da mama (25 %) e o linfoma (20 %)<sup>1</sup>.

A abordagem desta situação, com o objectivo de identificação da lesão primária, exige desde uma correcta e exhaustiva anamnese, até à correcta hierarquização dos meios complementares de diagnóstico, entre os quais se incluem os exames de imagem e as técnicas invasivas. Nesta situação, é extremamente útil, e mesmo obrigatória, a intervenção integrada de diversas especialidades, médicas e cirúrgicas.

### Caso clínico

Doente do sexo feminino, com 68 anos de idade, é internada para esclarecimento de quadro com evolução de cerca de 2 meses, de agravamento progressivo, de tosse não produtiva que se agrava com o decúbito, dispneia de esforço, anorexia de carácter não selectivo, emagrecimento não quantificado, astenia e adinamia.

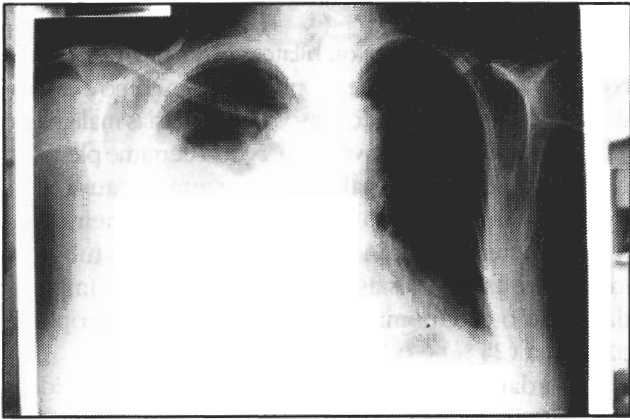
A doente negava febre, sudação, toracalgia, hemoptise. Não existiam antecedentes de tuberculose pulmonar ou contactos conhecidos com doentes com tuberculose pulmonar activa, assim como antecedentes conhecidos de patologia do foro respiratório, queixas compatíveis com bronquite crónica ou asma brônquica. Excluam-se ainda hábitos tabágicos, exposição conhecida, profissional ou recreativa, a poluentes.

A doente não tinha antecedentes conhecidos de H.T.A., assim como não tinha outras queixas sugestivas de insuficiência cardíaca. Não existiam também queixas relativas a outros órgãos ou sistemas de órgãos.

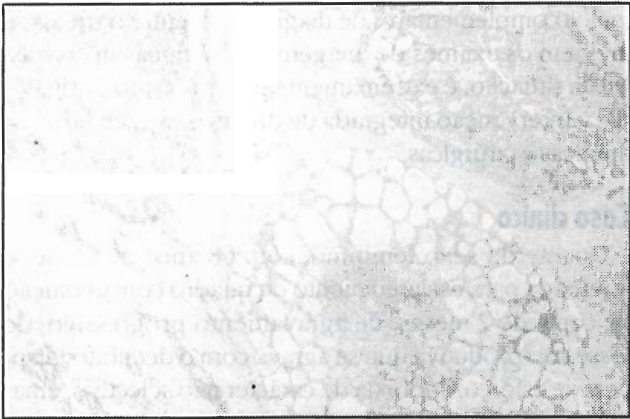
Nos antecedentes pessoais, existia um carcinoma adenoquístico do palato duro, diagnosticado cerca de 8 anos antes do actual internamento, submetido a cirurgia (tumorectomia com recessão parcial do palato duro), tendo, o exame histológico, revelado a presença de neoplasia nos limites de excisão, no sentido horizontal, não havendo evidência da mesma em profundidade. Foi posteriormente submetida a 10 sessões de radioterapia (desconhecendo-se método e dose), não apresentando, segundo o médico assistente, recidiva local.

### Exame objectivo

Na observação desta doente destacava-se o bom estado geral e de nutrição e os parâmetros vitais dentro



**Figura 1**



**Figura 3**

dos valores normais, excepto polipneia associada à mobilização.

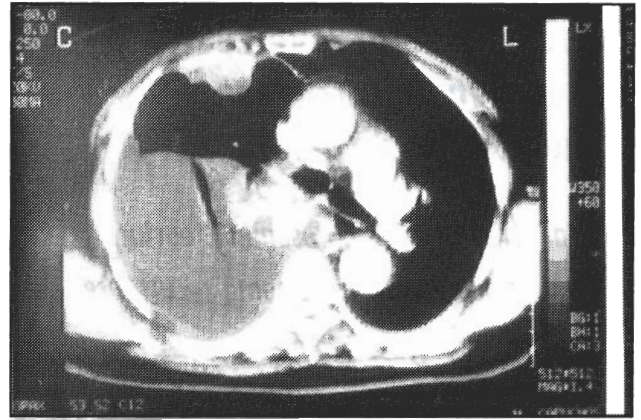
A avaliação semiológica do aparelho respiratório revelava alterações compatíveis com derrame pleural, afectando os 2/3 inferiores do hemitórax direito, sem alterações semiológicas à esquerda. O palato, as mamas e o abdómen não apresentavam alterações, assim como os exames ginecológico e ano-rectal.

Exames complementares de diagnóstico

A telerradiografia de tórax confirmou a avaliação semiológica (Fig. 1).

Realizou-se toracocentese com colheita de líquido serohemático, cuja avaliação laboratorial revelou tratar-se de um exsudado, com abundantes células em anel de sinete. O exame bacteriológico, directo e cultural, foi negativo.

O doseamento sérico dos marcadores tumorais revelou CEA elevado, CA 19,9 no limite superior do normal e restantes marcadores dentro dos valores normais. A prova de Mantoux, realizada com 1 unidade de tuberculina PPD, foi negativa. A TC torácica (Fig. 2) demonstrou a presença de uma massa de 5x3 cm, fazendo com a pleura um ângulo obtuso, não sendo possível discernir qual o órgão de origem: pulmão *vs.* pleura. O pulmão



**Figura 2**



**Figura 4**

esquerdo e o mediastino não apresentavam qualquer alteração, nomeadamente aspectos compatíveis com lesões neoforativas.

Decidiu-se realizar biópsia guiada por via ecográfica, cuja análise histológica revelou aspectos compatíveis com mesotelioma, não sendo possível, segundo opinião do anatomopatologista, afastar a hipótese de se tratar de um adenocarcinoma. A mamografia e a ecografia abdominal e pélvica, assim como a TC abdominal e pélvica, a TC crânio-encefálica e a cintigrafia óssea foram negativas, quer na localização de eventual tumor primitivo, quer na detecção de metástases.

A doente foi submetida, após discussão clínica interdisciplinar, a toracotomia com biópsia excisional, que demonstrou a presença de uma massa, localizada no hemitórax direito, sésil e mamilonada, exclusivamente pleural, não envolvendo parênquima pulmonar, cuja análise histológica (Fig. 3) foi compatível com metástase de carcinoma adenoquístico de glândula salivar *menor*.

Excluiu-se outra opção terapêutica, nomeadamente a radioterapia, pela má resposta que este tipo de tumores apresenta quando metastizados. Nesta decisão, considerámos o limitado benefício desta terapêutica adjuvante

face a uma provável perda de qualidade de vida.

Está actualmente em situação clínica estável, ambulatória, sendo feitos controlos tomográficos periódicos. O mais recente exame, realizado dois meses após a toracotomia (Fig. 4), revela metastização pleural múltipla à direita, sem envolvimento do parênquima pulmonar e com adenopatias mediastínicas, apontando a via linfática como a mais provavelmente implicada nesta invulgar disseminação.

## Discussão

Os tumores de glândulas salivares *minor* representam cerca de 15% dos tumores das glândulas salivares<sup>2,3</sup>, responsáveis por 0,34% de todos os tumores malignos<sup>4</sup> e por cerca de 3 a 4% dos tumores da cabeça e pescoço<sup>5-6</sup>, sendo o seu tipo histológico mais frequente o carcinoma adenoquístico<sup>7</sup>. Localizam-se mais frequentemente no palato duro, no lábio superior e na mucosa jugal, apresentam-se habitualmente como massas de crescimento lento, levando por vezes uma década a ser detectadas, podendo ain-

da surgir como massas dolorosas ou ulceradas<sup>3-4, 8-10</sup>.

A metastização destes tumores é feita por via linfática, neuronal ou por contiguidade para o osso vizinho<sup>3-4, 8-10</sup>.

O tratamento habitualmente preconizado é a excisão cirúrgica, seguindo-se radioterapia local<sup>3-4, 8-10</sup>.

Na bibliografia por nós consultada é referida a metastização destes tumores, em cerca de 40% dos casos para o pulmão, com possível envolvimento secundário da pleura<sup>10</sup>. A metastização pleural isolada não está descrita como possível, assim como também não encontramos na bibliografia relato de casos clínicos com esta forma de apresentação secundária.

Salientamos, nesta forma tão comum de apresentação patológica, a raridade do diagnóstico final, a pouca especificidade de alguns meios complementares de diagnóstico, como a análise do líquido pleural e, mesmo, a biópsia guiada por via ecográfica, a importância da anamnese e a necessidade, sempre premente em Medicina, da interdisciplinaridade.

## Bibliografia

1. Thomas CK. and Craig RS. Chest Wall, Pleura, Lung and Mediastinum. In: Schwartz, Shires, Spencer eds. Principles of Surgery. Mc Graw-Hill. 1989 : 627-770.
2. Light RW. Disorders of the Pleura, Mediastinum, and Diaphragm. In: Isselbacher K, Braunwald E, Wilson J, Martin J, Faucher A, Kasper D. eds. Harrison's, Principles Of Internal Medicine. McGraw-Hill. 1994 : 1229-1234.
3. Charles A. Waldorm. Samir K. El-Mofty. Douglas R. Genep. Tumors of the intraoral minor salivary glands: A demographic and histologic study of 426 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathology 1988; 66:323-333.
4. Jeffrey R, Clayton M, Anthony Porgel, Joseph A. Regezi. Simultaneous multifocal polymorphous low-grade adenocarcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 80:71-77.
5. Thawley, Panje B. In :Lindberg eds Comprehensive Management of Head and Neck Tumors vol II. W.B. Saunders Company. 1987: 1043.
6. Tumors of The Head and Neck - Clinical and Pathological Considerations. Batsakis ed. The Williams and Williams Company, Baltimore. 1979 :15.
7. Tumors of The Head and Neck - Clinical and Pathological Considerations. Batsakis ed. The Williams and Williams Company, Baltimore. 1979 : 78.
8. Willem FP, van Heerden, Erich J. Raubenheimer. Intraoral salivary gland neoplasms: A retrospective study of seventy cases in an African population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991;71: 579-582.
9. Adam Ordem, James J, Sciubba and Dale J. Misiek. Painless mass of the Hard Palate. J Oral Maxillofac Surg 1994;52: 489-493.
10. Sciubba JJ, Batersakis JG. The Major Salivary Glands. In: Steven G. Silverberg ed. Principles and practice of Surgical Pathologies. Churchill-Livingstone. 1990 : 895-933.