

Avaliação da ocorrência de metástases no âmbito buco-maxilo-facial – levantamento bibliográfico e estudo imaginológico de caso sediado em mandíbula

Evaluation of maxillofacial metastasis occurrence – literature review and imaginological case report in mandible

Tábada Deusdado Bertani*
Marcelo Eduardo Pereira Dutra**
Marcelo Marcucci***
Claudio Costa****
Jefferson Xavier de Oliveira*****

Resumo

Com o objetivo de estudar a ocorrência de metástases de neoplasias malignas em cavidade bucal, foi realizado um levantamento bibliográfico relativo a metástases nos maxilares publicados entre 1987 a 2006, considerando-se dados relativos à faixa etária, sexo, localização das lesões metastáticas e primária, aspectos clínicos e imaginológicos, tratamento e prognóstico. Ainda, foi relatado o caso de uma metástase tumoral em um paciente do sexo masculino, descendente de japoneses, com 59 anos, mostrando reconstruções em tomografia computadorizada, em 2D e 3D, e cintilografia, caracterizando lesões osteogênicas confirmadas pelo exame cintilográfico, as quais desviam-se do padrão, uma vez que suscitaram formação óssea. Pelo que foi verificado através da revisão da literatura e do caso apresentado, pode-se chegar as seguintes considerações: observa-se maior incidência no sexo masculino; a idade dos pacientes mais acometidos é entre 50 e 60 anos; para as mulheres a origem mais comum é a mama e para os homens é o pulmão; há maior ocorrência de metástases em mandíbula; as terapêuticas estudadas são limitadas e na maior parte paliativas; o caso apresentado foge do comportamento usual, uma vez que as lesões são de características osteogênicas.

Palavras-chave: Metástase neoplásica; Tomografia computadorizada por raios X; Cintilografia; Neoplasias mandibulares

Abstract

A bibliographical rising was accomplished about metastasis in the maxillaries published in literature from 1987 to 2006. Relative data to the age, gender, location of the metastatic and primary lesion, clinical aspects and images, treatment and prognostic were considered. It is reported a case of a male, Japanese descendent, with 59 years of age, showing 2D and 3D reconstructions in computerized tomography, and scintigraphy. Osteogenic lesions are confirmed by the scintigraphic images, which stray of the pattern, once they raised bone formation

Key words: Neoplasm metastasis; Tomography, X-ray computed; Radionuclide imaging; Mandibular neoplasms

Introdução e Revisão da literatura

A palavra metástase (M) tem origem grega e significa mudança de lugar.

A ocorrência de metástases para os ossos gnáticos é considerada rara, possuindo pouca expressividade na literatura. Visto isso, foi feito um levantamento bibliográfico de casos de metástases na cavidade bucal publicados entre 1987 a 2006 e apresentação das imagens em tomografia computadorizada (TC) em 2 e 3 dimensões (TC-

2D e TC-3D, respectivamente) e cintilografia (C), de um caso de metástase, com característica osteogênica em mandíbula.

Hashimoto *et al.*⁵ (1987) estudaram 62 hemi-mandíbulas obtidas em necrópsias de pacientes vitimados por carcinoma e fizeram um paralelo entre o local de origem da neoplasia maligna primária (NMP), o grau de envolvimento e a região da mandíbula onde foram observadas estas células neoplásicas. Constataram que nenhum dos pacientes era portador de NMP de mandíbula, 38,7%

* Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia. E-mail: tabertani@ig.com.br

** Doutor em Diagnóstico Bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

*** Doutor em Ciências Radiológicas pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Diretor Técnico do Serviço de Estomatologia e Buco-Maxilo-Facial do Hospital Heliópolis, São Paulo, SP.

**** Professor responsável pela Disciplina de Imaginologia Dento-Maxilo-Facial da Universidade Paulista) UNIP. Professor Associado da FOUSP.

***** Professor Adjunto da Disciplina de Imaginologia Dento-Maxilo-Facial da UNIP. Professor Associado da FOUSP.

eram mulheres, a média de idade era de 57 anos e demonstraram a presença de M em 16% dos casos. Quanto ao grau de envolvimento dos espaços medulares mandibulares, os autores realizaram uma classificação em discreto, moderado e intenso. No envolvimento discreto (menos de 10% dos espaços medulares envolvidos), as manifestações foram, preferencialmente, na cabeça da mandíbula e porção posterior do corpo da mandíbula. Quando o envolvimento era moderado (10 a 30%) os focos estendiam-se da cabeça até a região posterior do corpo da mandíbula. Apenas nos casos com envolvimento intenso (acima de 30%) observou-se extensão até a região de incisivos e periodonto. Os autores observaram a presença de células neoplásicas em áreas de maior atividade hematopoiética, sugerindo que tais células pudessem estar envolvidas no aumento dessa atividade. A observação de padrões histológicos osteolíticos coincidia com lesões pequenas, e a medida que aumentava o envolvimento, o quadro tornava-se osteoblástico. No entanto em 6 casos em que se realizaram radiografias, as imagens não sugeriam anormalidades. Por esta razão os autores afirmaram que o exame radiográfico parece não ser o mais indicado para a detecção de M na mandíbula, sugerindo que estas devem ocorrer com maior frequência sem serem observadas.

Santamaria *et al.*¹² (1987) apresentaram o relato de um caso de melanoma maligno metastático na região de terceiro molar inferior impactado. O paciente era do sexo masculino, 55 anos e não foi possível estabelecer o local de origem da NMP. A queixa do paciente foi sangramento na ferida após exodontia do terceiro molar, acompanhada de dor, inflamação e parestesia. O tratamento foi exclusivamente cirúrgico e o paciente foi a óbito 3,4 anos depois.

Rubin *et al.*¹¹ (1989) relataram o caso de uma paciente do sexo feminino, com 67 anos, com queixa principal de dor severa na hemiface esquerda há dois meses, após suposta luxação da articulação temporomandibular. A imagem radiográfica inicial não revelou alterações, sendo que após 4 semanas a tomografia desta região sugeriu a realização de biópsia da cabeça da mandíbula. Após a realização do exame, foi diagnosticado um adenocarcinoma metastático de origem desconhecida, seguindo-se a detecção de múltiplas M. Foi instituído tratamento radioterápico e três meses após o paciente foi a óbito.

Zachariades¹⁴ (1989) revisou a literatura em língua inglesa e coletou relatos de 365 pacientes portadores de 422 M para os maxilares e tecidos peri-buciais. A frequência entre os sexos foi considerada a mesma, variando apenas o local de origem das NMP. A faixa etária variou de 1 a 88 anos, sendo que 56,5% deles estavam acima de 50 anos, quase 70% acima de 40 anos, e que 15% do total eram crianças abaixo de 10 anos. A mandíbula abrigou 61% dos casos, considerando-se osso e tecido mole (gengiva), enquanto que a maxila (osso, gengiva e palato) apresentou envolvimento de 24%. O autor destacou, ainda, que 1/5 dos casos envolvendo língua foram achados de necrópsias, sugerindo a possibilidade deste local estar recebendo pouca atenção clínica. O local de origem das M foi relatado em 325 casos sendo, em ordem decrescente, 21,4% provenientes do pulmão; 17%

de mama; 11,4% de rim; 6,7% das supra-renais; 5,6% do útero; 4,7% do intestino; 4,1% da tireóide; 3,2% da próstata; 2,9% do olho; 2,6% do fígado; 1,4% do estômago; 1,1% neuroblastomas de origem desconhecida; 0,8% do espaço retroperitoneal; 0,8% do cérebro; 0,8% da escápula e 0,8% da parede torácica; 0,6% do lábio inferior; 0,6% do joelho; 0,6% da axila (melanoma); 0,6% de membro inferior; 0,6% desconhecidos; 0,6% da bexiga e com 0,3% as seguintes origens: nasofaringe, fíbula, traquéia, melanoma do dorso, pé, axila, melanoma de origem desconhecida, ovário, ilíaco, mediastino, região temporal, tuba uterina, tornozelo, coluna, coxa, musculatura femural e pelve. As terapêuticas mais comumente aplicadas foram a radioterapia (18%), a cirurgia (15%) e a quimioterapia (13,6%), sendo que em 16% dos relatos não foi mencionada a terapia. As M tornaram-se evidentes, em sua maioria, durante o primeiro ano, no entanto, em 22% dos casos, o foco metastático foi a primeira manifestação indicando a existência de uma NMP.

Kanazawa e Sato⁹ (1989) afirmaram que o carcinoma hepatocelular (CHC) é a neoplasia maligna mais comum do fígado e possui tendência a produzir M em aproximadamente 64% dos casos. Segundo os autores, entre 1957 e 1988 a literatura em língua inglesa relatou 15 casos de M de CHC para a cavidade bucal, número ao qual os autores acrescentaram um relato. Os homens foram afetados em 94% dos casos, a média de idade foi de 61 anos, e o local mais frequente (cerca de 50%) foi a gengiva. Não havia nenhum dado que sugerisse maior incidência para a mandíbula. Com relação às descendências, 50% dos pacientes eram asiáticos, e os japoneses respondiam por 37,5%. A história clínica revelou que 50% deles apresentavam cirrose por alcoolismo ou hepatite. A queixa mais comum para as M de gengiva foi o aumento de volume desta estrutura, sendo que para as M de mandíbula, 37,5% das queixas foram a parestesia em lábio e mento. Em 87,5% dos casos o diagnóstico da M conduziu ao diagnóstico da NMP. A sobrevida dos pacientes variou de 2 semanas a 2 anos.

Aniceto *et al.*¹ (1990) analisaram 209 casos de neoplasias malignas (NM) localizadas em mandíbula, relatadas no período de 1974 a 1987. Encontraram 4,3% do total correspondendo a neoplasias malignas metastáticas (NMMs) sendo as mulheres envolvidas em 44,4% dos casos e a média de idade de 49,3 anos. A maior incidência ocorreu nas regiões de ângulo e ramo (44,5%), sínfise (22,2%), corpo (22,2%) e cabeça (1,11%). As NMPs corresponderam em 77,8% por adenocarcinomas provenientes da mama (33,4%), rim (11,1%), próstata (11,1%) e de origem desconhecida (22,2%), sendo relatado um caso de melanoma (11,1%) e um caso de osteossarcoma (11,1%). As queixas mais comuns foram parestesia de lábio inferior e tumefação local. Dor, mobilidade dentária, trismo e, mais raramente, ulceração da mucosa e parestesia facial foram os sintomas relatados. Imagens radiolúcidas puderam ser observadas em 88,9% dos casos, sendo que o único a apresentar imagem radiopaca foi uma M de osteossarcoma, que mostrou aspecto radiográfico característico desta patologia. Em oito casos, foi utilizado o exame de cintilografia para realização do diagnóstico, constatando-

se aumento da captação na região afetada. Em 33% dos casos o diagnóstico da M conduziu a NMP. Foi aplicada terapêutica paliativa em 77,8% dos casos e cirurgia radical em 22,2%. Os óbitos ocorreram de 5 meses a 2 anos após o diagnóstico da lesão metastática.

Maker e Clausen¹⁰ (1991) apresentaram um caso de M de CHC para a mandíbula e fizeram uma revisão de literatura considerando um total de 20 casos. Os homens foram afetados em 95% dos relatos e a média de idade foi de 62 anos. Em 30% dos casos a mucosa estava envolvida, sendo 25% em maxila e o restante na mandíbula (região posterior do corpo e ramo). O aspecto radiográfico de 65% das lesões era radiolúcido, sendo que em 23% houve fratura patológica; 15% não apresentavam anormalidades e 20% não informavam dados. Em 85% dos casos a M foi a primeira manifestação da NMP. O período do diagnóstico ao óbito variou de 11 dias a 2 anos.

Hirshberg *et al.*⁶ (1993) revisaram 55 casos publicados na língua inglesa, entre 1926 e 1992, onde a exodontia precedeu o aparecimento da M. As mulheres foram afetadas em 47% dos casos, com média de idade de 46 anos, sendo a média de idade dos homens de 55 anos. A mandíbula foi acometida em 78% dos relatos. O segundo pré-molar foi o dente com maior relato de envolvimento, pois representou 28,3% dos casos, e o incisivo lateral foi o dente menos envolvido, aparecendo em somente 5% dos relatos. Os locais de origem das lesões foram o pulmão (29,1%), a mama (18,2%), o colo retal (10,9%), o órgão genital feminino (7,3%), o osso (7,3%), a pele (5,5%), o esôfago (5,5%), o olho (3,6%), a tireóide (3,6%), além do fígado, do rim, da próstata, dos testículos e do estômago, com percentual de 1,8% cada. Para os homens o pulmão foi o local de origem mais comum (44,8%) sendo que para as mulheres, a mama foi a origem mais comum da lesão neoplásica primária (LNP) (34,6%). As queixas pré-exodontia mais frequentes foram dor e mobilidade dentária, e após a exodontia, as queixas mais comuns foram, em ordem decrescente, de aumento de volume local, dor e parestesia de lábio inferior. Em 52,7% dos casos pôde ser visto no exame clínico uma massa emergindo do alvéolo na ferida cirúrgica. Em 13 casos que descreviam o aspecto radiográfico pré-exodontia, 69,2% deles apresentavam imagem aparentemente normal e 30,8%, imagem sugestiva de patologia radicular ou periodontal. Em 34,5% dos casos o diagnóstico da M precedeu o da NMP. Dos casos sabidamente portadores de NM 44,4% apresentaram a lesão bucal como primeiro sinal do processo metastático. O intervalo entre a exodontia e a constatação da M variou de 1 dia a 3 meses (2 meses em média). Os autores relataram acreditar que era provável que a M já estivesse presente na ocasião da exodontia, embora admitiram que, em um número reduzido de casos, as lesões tenham se desenvolvido após a exodontia. Lembraram que os capilares neo-formados têm a membrana basal descontínua, representando uma possível saída para as células neoplásicas circulantes. Assim, a exodontia pareceu favorecer o aparecimento das M. Por fim estes autores advertiram que qualquer crescimento tecidual assintomático que emerge no local da ferida deve ser imediatamente biopsiado.

Hirshberg *et al.*⁷ (1993) revisaram a literatura entre os anos de 1916 e 1991 encontrando 129 artigos que relatavam 157 casos de M para os tecidos moles bucais. Tomando-se por base casos nos quais foram informados o sexo e a idade, verificaram que 61,6% eram homens, com média de 54 anos de idade. As localizações mais prevalentes foram a gengiva (54,8%) e a língua (27,4%). A distribuição por arcos foi de 51,3% para a maxila e 48,7% para a mandíbula. De todos os casos 10,5%, ocorreu em maxila e mandíbula simultaneamente. Em 79% dos pacientes dentados, a M ocorreu na gengiva inserida, enquanto que nos desdentados houve distribuição equitativa entre mucosa alveolar e língua. Ainda, observaram que para as mulheres as Ms eram provenientes principalmente da mama, e para os homens, do pulmão. Aparentaram, também, para a ocorrência de apenas um caso de M gengival proveniente de NM de próstata, o que, provavelmente, confirmou a preferência deste tipo de M para tecido ósseo. A manifestação clínica em 90% dos casos era uma lesão reativa ou hiperplásica, sendo que apenas 10% destas apresentavam-se como ulcerações. Concluíram que a ocorrência de M para a cavidade bucal foi evidência da generalização da doença neoplásica, e que em neoplasias mais agressivas o paciente pode não sobreviver o suficiente para ocorrer a M para a cavidade bucal. A história clínica é fundamental nos casos de pacientes portadores de NM, e em 20,4% dos casos, o diagnóstico da lesão metastática foi anterior ao diagnóstico da NMP.

Franco *et al.*⁴ (1993) revisando a literatura a partir de 1957, encontraram 24 casos de M de CHC para a cavidade bucal aos quais somaram um relato. Dos 25 casos considerados 96,6% eram do sexo masculino com média de idade de 62,4 anos, e a localização mais freqüente foi a mandíbula (72%). Todos os casos de maxila ocorreram em gengiva enquanto registrou-se apenas um caso em gengiva mandibular. Em 76% dos relatos a M foi diagnosticada antes da NMP.

Carroll *et al.*² (1993) apresentaram 2 casos de M de adenocarcinomas renais para a cavidade bucal. Um paciente do sexo feminino com 24 anos e outro masculino, com 18 anos, ambos melanodermas. O primeiro queixava-se de crescimento de tecido mole sangrante, com duração de 3 semanas, no local da exodontia de um terceiro molar inferior, somado a parestesia progressiva por 6 meses. A radiografia revelou a presença de uma imagem radiolúcida, com limites imprecisos e que causou destruição de corticais. A imagem radiográfica somada à queixa de parestesia foram sugestivas NM. Realizou-se a biópsia intraoral, sendo que o exame anatomopatológico revelou a presença de um adenocarcinoma renal. A cintilografia acusou vários pontos de concentração (corpo de mandíbula, ombro, rim e abdome). Foi realizada a remoção cirúrgica do rim afetado e radioterapia para a mandíbula e o ombro. Quimioterapia foi instituída, mas a neoplasia não respondeu a nenhum tratamento, tendo o paciente ido a óbito. O segundo caso revelou aumento de volume em corpo de mandíbula com duração de algumas semanas e parestesia do lábio inferior homolateral. A radiografia periapical da região mostrou reabsorção dos ápices do segundo pré-molar, primeiro e segundo mola-

res, com descontinuidade da lâmina dura. A radiografia panorâmica confirmava esses achados, acrescentando uma imagem de descontinuidade do canal mandibular na região. A biópsia foi realizada e concluiu-se tratar de M de origem epitelial renal. Após vários exames evidenciou-se doença metastática generalizada envolvendo mandíbula, costela, fêmur, crânio, úmero e região sacro-ílica. Instituiu-se radioterapia paliativa e o paciente foi a óbito 10 meses após a primeira consulta. Os autores destacaram que os carcinomas renais são responsáveis por cerca de 3% de todas as neoplasias viscerais incidindo principalmente na sexta e sétima década de vida. Acrescentaram ser prognóstico bastante ruim e que muitos casos têm a M como primeiro sinal da doença.

Hirshberg *et al.*⁸ (1994) revisaram as publicações em língua inglesa até 1991 referentes a M para os maxilares. Agruparam 390 casos com evidências clínicas e histopatológicas da lesão. A frequência observada para mulheres foi de 52% e a média de idade foi de 45,5 anos, sendo que a maioria (56,4%) encontrava-se entre a 5ª e 7ª década. O local mais comum para as M foi a mandíbula (81%), sendo, por ordem decrescente, na região de molares (55%), seguida pelos pré-molares (38%), ângulo e ramo mandibulares (29%), cabeça da mandíbula (3,5%) e processo coronóide (1,6%). A maxila foi acometida apenas em 13,6% dos relatos e em 5,4%, havia envolvimento de ambos. Para a maxila, a localização mais frequente foi de pré-molares e molares (58,7%). As M originaram-se da mama (21,8%), pulmão (12,6%), glândula supra-renal (8,7%), rim (7,9%), osso (7,4%), colo do reto (6,6%) e próstata (5,6%). Em 101 casos (29,4%), de um total de 344, a lesão bucal foi o primeiro sinal da presença de uma NMP, e em 243 casos (70,6%), a mesma foi diagnosticada já com prévio conhecimento de uma NMP. As queixas mais comuns foram de tumefação (57%), dor (39%) e parestesia (23%). O exame clínico revelou, frequentemente, tumefação óssea e mobilidade dentária.

Carvalho⁹ (2001) realizou levantamento dos casos de M diagnosticados pelo Serviço de Patologia Cirúrgica da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, entre 1990 e 2001, e confrontou estes achados com os dados disponíveis na literatura de língua inglesa a partir de 1965. Foram estudados dados relativos à frequência, sexo, idade, localização da lesão metastática e primária, hipóteses diagnósticas, aspectos clínicos e radiográficos, tratamento e prognóstico destas lesões. Os casos levantados foram submetidos a um painel imuno-histoquímico para avaliar a provável origem da lesão. Pôde-se concluir que somente 6 casos (0,02%) eram lesões metastáticas. Destes, 4 casos ocorreram em pacientes do sexo feminino, com idade entre 59 e 78, sendo 3 situados no corpo e ramo da mandíbula e 1, em mucosa jugal, que foram diagnosticados histopatologicamente como carcinoma metastático e a lesão primária (LP), identificada na mama. Os outros 2 casos ocorreram em homens, com 76 e 63 anos, ambos situados na região anterior de mandíbula. O 1º foi diagnosticado como carcinoma de células claras e LP identificada no rim, e o 2º, como carcinoma metastático, sugerindo a próstata como local da LP.

Van der Waal *et al.*¹³ (2003) estudaram pacientes com NM e distribuíram por sexo, idade, localização, diagnóstico e localização da LP. Obtiveram como resultados que as M ocorriam em igual distribuição de sexo, com idade entre 8 e 90 anos, sendo a média de 60 anos. As NM acometeram mais em osso (18/24), sendo a mandíbula o local mais comum (15/18). O diagnóstico predominante foi adenocarcinoma. O conhecimento do tumor primário ocorreu antes do aparecimento da lesão metastática, sendo os mais comuns os de mama, pulmão, rim e próstata, nesta ordem. Concluíram que as M bucais são raras, podem estar presentes em qualquer idade, em ambos os sexos e predominantemente envolvem estruturas ósseas, particularmente a mandíbula.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, descendente de japoneses, 59 anos de idade, estando sob tratamento quimioterápico, referente a terapêutica de carcinoma de próstata, conforme cintilografia (Figura 4.), relatou dor do lado direito de mandíbula, apresentando aumento de volume local e dificuldade para alimentar-se.

Diante do quadro apresentado, ensejou-se a realização de TC, com reconstrução em 3D, realizada em aparelho da marca GE Pro-Speed – cts- 1000, com fov de 15 cm, matriz: 512 x 512, tempo de aquisição de 20 segundos e espessura e incremento das imagens de aquisição de 1mm, a qual permitiu observar M em região de mandíbula, no lado direito, em corpo e ângulo, conforme Figuras 1, 2 e 3.

Discussão

A revisão de literatura demonstrou casos de lesões metastáticas (LM) aparentes tanto em tecidos moles^{2-4,7,9,14}, quanto em tecidos duros^{1-6,10-14}. O caso apresentado, por sua vez, relatou uma M em região de mandíbula, lado direito em corpo e ângulo. As imagens de lesões em tecidos duros foram mais comumente descritas como radiolúcidas ou hipoatenuantes, com ou sem delimitação^{1-2,10}.

Quanto ao sexo, a incidência maior foi para o masculino^{1,4-7,9-10,12}, porém dois trabalhos¹³⁻¹⁴ apresentaram uma igual distribuição entre os sexos. A média da idade dos pacientes variou entre aproximadamente 50 anos^{1,5-7,12} e 60 anos^{4,9-11,13}. O relato apresentado, mostrou paciente do sexo masculino, com 59 anos, enquadrando-se no exposto pela literatura.

A maior ocorrência de LM dá-se na mandíbula^{1-6,8,10-14}, seguindo-se os tecidos moles^{3-4,7,9-10,14} e a maxila^{4,7,14}, em acordo com o caso, que mostrou M em mandíbula.

Em relação às lesões de tecidos moles, as M ocorreram principalmente na gengiva^{4,7,14} e língua⁷. Para as NM de carcinoma hepatocelulares, a mandíbula abrigou maior parte das lesões^{4,10} seguida pelos tecidos moles^{4,9}.

As origens mais frequentes das LP relatadas foram: mama^{1,3,6-8,13-14}, pulmão^{6-8,13-14}, rim^{1-3,6,8,13}, intestino¹⁴, tireóide^{6,14} e próstata^{3,6,8,13-14}. O carcinoma hepatocelular também foi apontado como LP⁹⁻¹⁰, no caso relatado a LP era originária da próstata.

Os sinais e sintomas relatados com maior frequência fo-

ram: dor^{1,6,8,12}, também relatada pelo paciente considerado neste estudo, tumefação^{1-2,6-9,12}, parestesia^{1-2,6,8-9,12} mobilidade dentária^{1,6}, ulceração⁷⁻⁸, e fratura patológica¹⁰.

Os exames complementares mais comumente utilizados foram a radiografia^{1-2,5,11} e a cintilografia¹⁻². No relato apresentado, foram realizados cortes e reconstruções de



Figura 1. Reconstrução tomográfica TC-3D evidenciando aumento de volume envolvendo o ramo, base e ângulo mandibular direito

tomografia computadorizada (Figuras 1, 2 e 3), além de cintilografia (Figura 4).

Quanto ao diagnóstico da NMM, duas situações podem ocorrer: ou já se sabe que o paciente é ou foi portador de uma NMP ou desconhece-se a ocorrência de qualquer NM. Diante do conhecimento da NMP, o cirurgião-dentista é in-

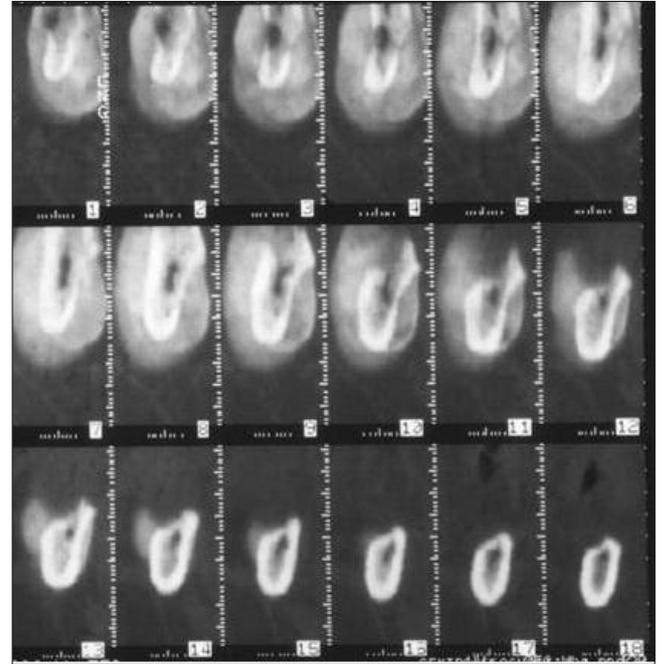


Figura 2. Cortes axiais do programa Dentascan exibindo extensa área hiperdensa heterogênea, internamente nas adjacências das corticais vestibular e lingual, com níveis distintos de atenuação. Nota-se a característica osteoblástica reacional exacerbada

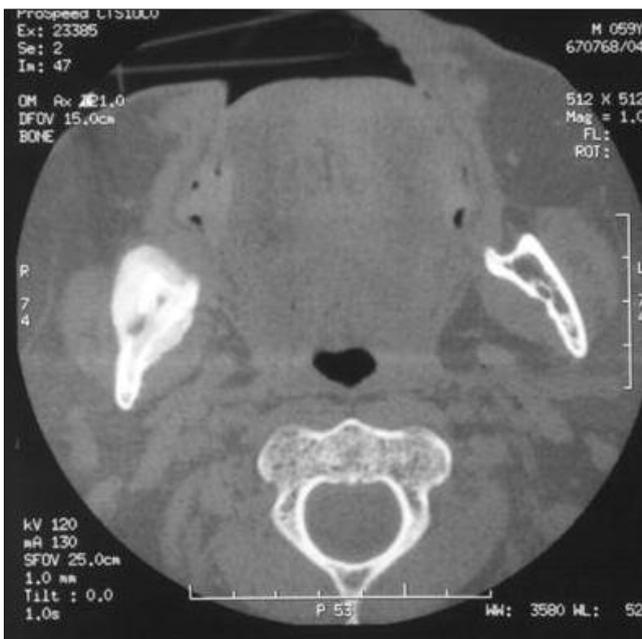


Figura 3. Corte axial evidenciando área de tecido osteogênico junto ao ramo mandibular

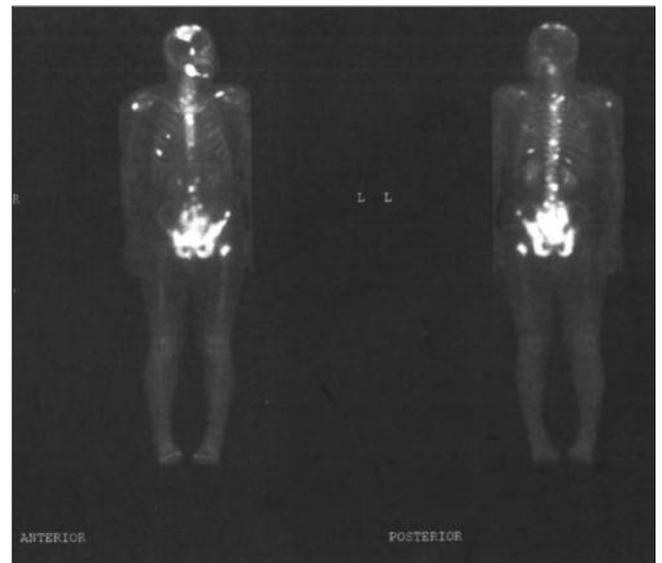


Figura 4. Exame por meio de cintilografia apresentando hipercaptação do radioisótopo (te 99) em diferentes áreas do corpo. Nota-se este fato na mandíbula do lado direito, identificando atividade osteoblástica do tumor metastático

duzido a suspeitar de NMM, enquanto que frente ao desconhecimento de NM, torna-se óbvia a maior dificuldade de diagnosticar uma LM. Trabalhos^{1,6-8,14} abordaram o fato de que, em média, 31,7% dos diagnósticos de M em cavidade bucal foram o primeiro sinal da presença de uma NM.

Outra importante implicação do diagnóstico precoce de uma M refere-se à terapêutica a ser empregada. Autores apontam a sobrevida dos pacientes, a partir do momento do diagnóstico da M, em média, de 11,7 meses^{1,8-10}.

Quanto à terapêutica empregada, verificou-se que são limitadas e, na maioria dos casos, paliativas^{1-2,12,14}. Porém a cirurgia^{12,14}, radioterapia^{2,11} e quimioterapia² foram aplicadas. Contudo, com o avanço dos conhecimentos e a melhora dos protocolos de tratamento, acredita-se na possibilidade de melhorar a terapêutica, possibilitando maior e melhor sobrevida dos pacientes.

Conclusões

Pelo que foi verificado através da revisão da literatura e do caso relatado, pode-se chegar às seguintes considerações:

1. Observa-se maior incidência no sexo masculino.
2. A idade dos pacientes mais acometidos é de aproximadamente 50 e 60 anos.
3. Para as mulheres a origem mais comum é a mama e para os homens é o pulmão.
4. Há maior ocorrência de metástase em mandíbula.
5. As terapêuticas estudadas são limitadas e na maior parte paliativas.
6. O caso apresentado foge do comportamento usual, uma vez que a lesão é de comportamento osteogênico.

Referências

1. Aniceto GS, Peñín AG, Pages RM, Moreno JJM. Tumors metastatic to the mandible: analysis of nine cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1990;48(3):246-51.
2. Carroll MK, Krolls SO, Mosca N. Metastatic carcinoma to the mandible: report of two cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;76(3):368-74.
3. Carvalho CEP. Estudo da ocorrência de metástases para a cavidade bucal: levantamento de casos do Serviço de Patologia Cirúrgica da Disciplina de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e revisão da literatura. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2001.
4. Franco JLB, Flores GF, Taylor AM. Mandibular metastasis as the first manifestation of hepatocellular carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51(3):318-20.
5. Hashimoto N, Kurihara K, Yamasaki H, Ohba S, Sakai H, Yoshida S. Pathological characteristics of metastatic carcinoma in the human mandible. *J Oral Pathol Med.* 1987;16(7):362-7.
6. Hirsberg A, Leibovich P, Buchener A. Metastases to the oral mucosa: analysis of 157 cases. *J Oral Pathol Med.* 1993;22(8):387-90.
7. Hirsberg A, Leibovich P, Buchener A. Metastatic tumors to the jawbones: analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med.* 1994;23(8):337-41.
8. Kamazawa H, Sato K. Gingival metastasis from primary hepatocellular carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg.* 1989;47(9):587-90.
9. Marker P, Clausen P. Metastases to the mouth and jaws from hepatocellular carcinomas: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;20(3):371-4.
10. Rubin MM, Jui V, Cozzi GM. Metastatic carcinoma of the mandibular condyle presenting as temporomandibular joint syndrome. *J Maxillofac Surg.* 1989;47(3):507-10.
11. Santamaria J, Garcia AM, Gil J, Barbier L. Metastasis of a malignant melanoma to the region of an impacted mandibular third molar: a case report. *J Maxillofac Surg.* 1997;55(9):1003-6.
12. Van der Waal RI, Buter J, Van der Waal I. Oral metastases. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 41(1):3-6.
13. Zachariades N. Neoplasms metastatic to the mouth, jaws and surrounding tissues. *J Cranio Maxillofac Surg.* 1989;17(6):283-9.

Recebido em 3/9/2007

Aceito em 5/10/2007