

Fibromatose de amígdala Tonsil fibromatosis

Juliana Sato¹, Antonio Augusto de Lima Pontes²,
Ricardo Frazatto³, Reginaldo Raimundo Fujita⁴

Palavras-chave: amígdala, fibromatose.
Keywords: tonsil, fibromatosis.

INTRODUÇÃO

Fibromatoses são lesões não-metastizáveis, porém localmente invasivas, podendo infiltrar músculo, gordura e osso. Dependendo de sua localização, são consideradas fatais, especialmente as localizadas na região da cabeça e do pescoço¹.

São tumores de fibroblastos, com margens mal-definidas e não-encapsulados². Não se observam áreas de anaplasia, invasão de nervos ou vasos; mitoses são raras e pode haver colágeno entre as células tumorais¹.

O presente trabalho tem por objetivo a apresentação de um caso de fibromatose envolvendo as amígdalas em uma criança, além da discussão de aspectos relacionados ao seu tratamento e prognóstico.

APRESENTAÇÃO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 10 anos, pardo, natural de Maceió. Em 2002, procurou atendimento médico com história de roncos, respiração oral e amigdalites de repetição, relatando a realização de adenoidectomia aos 4 anos de idade. Na ocasião, apresentava hipertrofia amigdaliana grau IV e a radiografia de cavum demonstrava diminuição de

coluna aérea em rinofaringe, sendo indicada adenoamigdalectomia.

No intra-operatório, notou-se amígdalas de consistência endurecida, aderências entre base de língua e úvula. Realizada adenoamigdalectomia e o estudo histológico das amígdalas apontou proliferação de natureza fibroblástica compatível com fibromatose.

Um ano depois iniciou emagrecimento e disfagia para sólidos. À oroscopia, observou-se tumor ocupando região de palato mole e pilares amigdalianos (Figura 1A e B). A nasofibrolaringoscopia não evidenciou acometimento parede posterior da faringe. Realizada ressonância magnética que demonstrou lesão sólida bem delimitada, acometendo porções distais do palato mole, medindo 3,0x2,5x2,5cm, com realce marginal após contraste. O palato duro, a base da língua, a parede posterior da faringe e a base do crânio não mostraram acometimento. Indicado ressecção cirúrgica com margens de segurança de 2,0cm.

DISCUSSÃO

Fibromatose acometendo a cabeça e o pescoço representam 10 a 35% dos casos¹. Stout foi quem primeiro identificou e descreveu a forma agressiva da doença em 1954³. Trata-se de uma doença predominantemente de crianças e adultos jovens e aproximadamente metade tem crescimento arrastado².

O tratamento de escolha é a ressecção com margens amplas, o que é extremamente difícil na cabeça e no pescoço sem causar seqüelas^{1,2,4}. Em adultos, a margem que tem sido recomendada é de 3cm⁴. Recorrência pós-cirúrgica é observada em 23,8 a 57% dos casos⁵. Alguns autores recomendam até mesmo o esvaziamento cervical radical para fibromatoses acometendo o pescoço¹.

No estudo de Fowler⁵, no qual 31 casos de fibromatose de cavidade oral foram estudados, as regiões mais acometidas foram bochecha, língua e região submandibular.

Não há consenso quanto ao tratamento radioterápico ou quimioterápico, mas os mesmos têm sido utilizados como adjuvantes em casos inoperáveis. Uma das

desvantagens da radioterapia seria a dose requerida, que poderia causar destruição das epífises, levando a alterações de crescimento^{2,4}.

A quimioterapia isolada não parece ser curativa, porém pode ser efetiva em controlar tumores irresssecáveis ou em reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Alguns estudos sugerem que o crescimento tumoral possa ser influenciado pelo estrógeno e que o tratamento adjuvante com tamoxifeno poderia ser útil. Levantou-se também a hipótese de que os anti-inflamatórios não-hormonais possam ser efetivos já que interferem no metabolismo das prostaglandinas⁴.

Na literatura, encontramos apenas 1 relato de caso de fibromatose amigdaliana, também em criança, que invadiu fossa pterigopalatina. A cura só foi possível através de ampla ressecção tumoral⁶.

COMENTÁRIOS FINAIS

O caso apresentado ilustra as dificuldades em conduzir uma doença rara como a fibromatose de cabeça e pescoço em criança. Apesar de diversos tratamentos serem propostos, nem todos podem ser aplicados a uma população pediátrica, tornando-a uma doença benigna de difícil controle.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Masson JK, Soule EH. Desmoid tumors of the head and neck. Am J Surg 1966;112(4):615-22.
2. Hill DR, Newman H, Phillips TL. Radiation therapy of desmoid tumors. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1973;117(1):84-9.
3. Stout AP. Juvenile fibromatoses. Cancer 1954;7(5):953-6.
4. Plukker JT, van Oort I, Vermey A, Molenaar I, Hoekstra HJ, Panders AK et al. Aggressive fibromatosis: therapeutic problems and the role of adjuvant radiotherapy. Br J Surg 1995;82(4):510-4.
5. Fowler CB, Hartman KS, Brannon RB. Fibromatosis of the oral and paraoral region. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77(4):373-85.
6. Tostevin PMJ, Wyatt M, Hosni A. Six cases of fibromatosis of the head and neck in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2000;53(3):235-44.

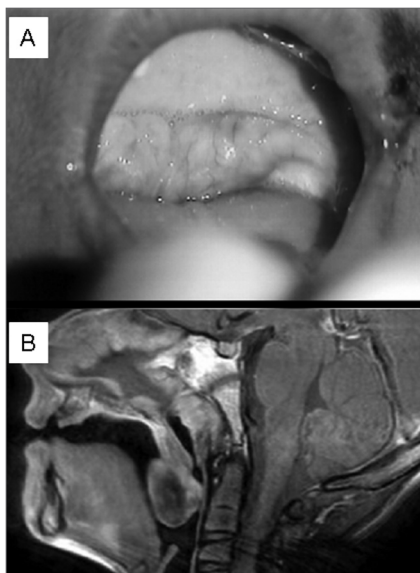


Figura 1A e B. Tumor ocupando palato mole e pilares amigdalianos.

¹ Otorrinolaringologista, Fellow em Otorrinolaringologia Pediátrica da UNIFESP- EPM.

² Médico, Especializando em Otorrinolaringologia do 3º ano da Unifesp-EPM.

³ Mestre em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - UNIFESP-EPM, Otorrinolaringologista.

⁴ Professor Adjunto do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da UNIFESP-EPM, Chefe da Clínica de Otorrinolaringologia Pediátrica - UNIFESP-EPM. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Endereço para correspondência: Juliana Sato - Rua Leandro Dupret 662 apto 133 Vila Clementino São Paulo SP 04025-013.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 3 de setembro de 2005. cod. 1042.

Artigo aceito em 28 de junho de 2007.