

## Small cell lung carcinoma metastasis to palatine tonsils

*Metástase em tonsila palatina como uma apresentação de carcinoma pulmonar de pequenas células*

Helena Hotz Arroyo<sup>1</sup>, Jefferson Takehara<sup>2</sup>, Alex Itar Ogawa<sup>3</sup>, Ronaldo Frizzarini<sup>4</sup>, Rui Imamura<sup>4</sup>, Henrique Moura de Paula<sup>5</sup>

**Keywords:** lymphatic metastasis; oropharynx; palatine tonsil; small cell lung carcinoma; tonsillar neoplasms.

**Palavras-chave:** carcinoma de pequenas células do pulmão; metástase linfática; neoplasias tonsilares; orofaringe; tonsila palatina.

### INTRODUÇÃO

O carcinoma de pequenas células de pulmão (CPCP) é uma neoplasia agressiva que comumente se apresenta com metástases à distância no momento de seu diagnóstico<sup>1</sup>. Os principais sítios metastáticos de CPCP são cérebro, rins e adrenal, dentre outros órgãos, sendo a tonsila palatina raramente acometida por essa disseminação<sup>2,3</sup>. A disseminação de tumor secundário para tonsila parece ser resultado de movimento retrógrado das células tumorais através de vasos linfáticos do pescoço<sup>4</sup>. As razões que motivaram a apresentação deste caso são a infrequência do achado e a importância do exame físico completo.

### APRESENTAÇÃO DO CASO

A.S., masculino, 64 anos, branco, motorista. Apresentava disfagia havia 6 meses, progressiva, acompanhada de odinofagia e lesão em orofaringe à esquerda. Nos últimos 2 meses, evoluiu com disфония e dispnea leve aos esforços. Referia tratamentos clínicos prévios para a lesão com antibióticos instituídos por outros serviços, sem melhora da sintomatologia. Negava sangramentos orais, otalgia, tosse ou perda de peso. Hipertenso e diabético controlado. Tabagista havia 50 anos de 20 cigarros/dia. Negava etilismo.

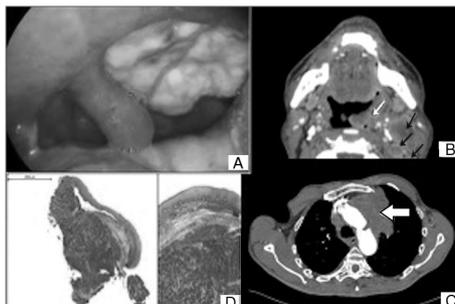
O exame físico mostrava lesão ulcerada e recoberta por fibrina em palato mole e loja amigdalina à esquerda de aproximadamente 4 cm (Figura 1A). Telescopio rígido de laringe mostrava paralisia de prega vocal esquerda, com ausência de abaulamentos ou ulcerações.

À palpação do pescoço, havia linfonodos coalescentes em níveis II e III, endurecidos, ipsilaterais à lesão, além de micropoliadenopatia nos níveis Va e Vb à esquerda.

A tomografia computadorizada (TC) de crânio apresentava-se sem alterações. A TC de pescoço evidenciou lesão infiltrativa com realce heterogêneo na parede lateral esquerda da orofaringe, estendendo-se superiormente ao palato mole e à úvula, associada a conglomerado linfonodal no nível IIA/IIB, que apresenta áreas liquefeitas e sinais de extravasamento capsular, imediatamente adjacente à lesão supracitada; outros linfonodos com características semelhantes e menores dimensões nos níveis III, IV, V e VI, à esquerda (Figura 1B).

Já a TC de tórax revelou enfisema pulmonar, além de massa no lobo superior esquerdo, com aspecto sugestivo de carcinoma pulmonar; linfonodomegalias mediastinais e supraclaviculares bilaterais, de aspecto secundário (Figura 1C).

Paciente foi submetido à biópsia de lesão amigdalina. O exame anatomopatológico mostrou carcinoma pouco diferenciado infiltrando mucosa escamosa (Figura 1D) com perfil imuno-histoquímico compatível com carcinoma de pequenas células de pulmão (CD45 (LCA) negativo, CD56 positivo, citoqueratina 35BH1 positivo, citoqueratina 5 positivo (focal), Proteína p63 negativo, TTF-1 negativo, cromogranina negativo, sinaptofisina negativo, ki-67 positivo (alto índice)). Realizada punção aspirativa de linfonodos II e III à esquerda com diagnóstico de quadro histológico



**Figura 1.** A: Aspecto macroscópico de lesão em loja amigdalina esquerda; B: TC de pescoço, corte axial (flecha branca: lesão de orofaringe; flechas pretas: linfonodos); C: TC de tórax, corte axial (flecha branca: massa em lobo superior esquerdo); D: Mucosa escamosa infiltrada por carcinoma de pequenas células caracterizado por trabéculas de células neoplásicas de tamanho intermediário com núcleos arredondados a ovais e citoplasma escasso, em aumento original e aumento original x35.

compatível com carcinoma metastático. Por fim, foi realizada biópsia endobrônquica que evidenciou carcinoma de pequenas células, confirmada pela imuno-histoquímica.

Foram indicadas radio e quimioterapia, mas o paciente faleceu antes de dar início ao tratamento.

### DISCUSSÃO

Dentre os carcinomas pulmonares, o de pequenas células é relativamente comum, responsável por cerca de 15% a 25% dos casos<sup>1,3</sup>. É uma neoplasia altamente agressiva, sendo que na maioria dos casos o tumor já envolve grande parte do pulmão no momento do diagnóstico. É caracterizado pela disseminação metastática precoce, sendo os sítios mais comuns fígado, linfonodos abdominais, ossos, cérebro, adrenal, pele, rins e pâncreas. Entretanto, a tonsila palatina é local raro de disseminação desse tumor, pouco citado em livros textos de patologia<sup>1,4</sup>.

Por outro lado, metástases em tonsila palatina advindas de outros sítios primários são responsáveis por pequena parcela dos tumores tonsilares (0,8%), mais comumente provenientes de tumores de mama, pulmão, estômago, rim (hipernefroma), testículo (seminoma), pele (melanoma) e reto<sup>1,5,6</sup>. A disseminação de tumor secundário para tonsila parece ocorrer como resultado de movimento retrógrado das células tumorais através de vasos linfáticos do pescoço, além da disseminação pelo ducto torácico e veias do pescoço para as tonsilas<sup>1</sup>.

Em uma revisão de 76 casos de metástase tonsilar, doze eram pulmonares, sendo 10 do tipo pequenas células. Em 10 dos 12 casos, já havia evidências de metástase para outros tecidos, sendo a tonsilar uma evolução tardia<sup>5</sup>.

Yaren et al.<sup>2</sup> relataram um caso de metástase tonsilar advinda de CPCP seis meses após quimioterapia para a lesão primária, com doença estável e sem outras

metástases. Hisa et al.<sup>3</sup> descreveram um caso de metástase para tonsila palatina de CPCP que ocorreu dois anos após radioterapia para o primeiro foco e um ano após o mesmo tratamento para metástase cerebral. Mastro-nikolis et al.<sup>6</sup> reportaram um caso de grande metástase em tonsila em um paciente diagnosticado com CPCP apresentando também metástases para fígado, baço e costelas. Seddon et al.<sup>1</sup> relatam um caso de metástase tonsilar no momento do diagnóstico do CPCP em que os sintomas pulmonares eram exuberantes.

No presente caso, diferentemente do usual, a metástase tonsilar apareceu como primeira manifestação, sendo as queixas otorrinolaringológicas mais exuberantes que as pulmonares.

Apesar do prognóstico do CPCP ser reservado, principalmente devido a sua natureza agressiva, o diagnóstico tardio pode alterar as chances de controle da doença. No caso descrito, o paciente havia sido tratado com antibióticos, já que as queixas e o aspecto da lesão poderiam induzir diagnóstico de tonsilite. Assim, anamnese inadequada, falta de seguimento do paciente e não haver suspeita de lesão tumoral inicialmente retardaram o real diagnóstico.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à facilidade do exame da orofaringe e da sintomatologia frequente das lesões nessa região, a oroscopia detalhada deve fazer parte do exame físico de clínicos e oncologistas que acompanham pacientes com diagnóstico de tumores em outros sítios. Neste sentido, a hipótese de lesões neoplásicas deve sempre ser aventada nos casos de lesão ulcerada em cavidade oral refratária a tratamento clínico, de forma a buscar o diagnóstico e intervenção precoces. Por fim, apesar de ser uma apresentação incomum, a hipótese de carcinoma brônquico deve ser aventada frente à lesão em tonsilas palatinas.

### REFERÊNCIAS

- Seddon DJ. Tonsillar metastasis at presentation of small cell carcinoma of the lung. *J R Soc Med.* 1989;82(11):688. PMID: 2556580
- Yaren A, Degirmencioglu S, Topsakal Ş, Yüksel S, Bir F, Çoban Ş, et al. Tonsillar metastasis from small cell lung cancer: Rare but occurs. *Turk J Cancer.* 2009;39(1):28-30.
- Hisa Y, Yasuda N, Murakami M. Small cell carcinoma of the lung metastatic to the palatine tonsil. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997;116(4):563-4. PMID: 9141413 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998\(97\)70313-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0194-5998(97)70313-9)
- Harper PG. Staging of small cell carcinoma. In: Spiro SG, ed. *Clinics in oncology* 4. London: WB Saunders; 1985. p.85-103.
- Brownson RJ, Jaques WE, Lamonte SE, Zollinger WK. Hypernefroma metastatic to the palatine tonsils. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1979;88(2 Pt 1):235-40.
- Mastro-nikolis NS, Tsiropoulos GE, Chorionopoulos D, Liava AC, Stathas T, Papadas TA. Palatine tonsillar metastasis from lung adenocarcinoma. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2007;11(5):279-82.

<sup>1</sup> MD Fellowship Plástica Facial do departamento de Otorrinolaringologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> MD Preceptor da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>3</sup> MD Médico assistente da disciplina Otorrinolaringologia-Oncologia do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

<sup>4</sup> MD Médico assistente da disciplina Otorrinolaringologia Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

<sup>5</sup> Médico preceptor (2010) da divisão de Anatomia Patológica Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Médico Patologista).

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Endereço para correspondência: Helena Hotz Arroyo. Rua Oscar Freire, nº 2040, apto 65. São Paulo - SP. Brasil. CEP: 05409-011.

E-mail: helenaharroyo@hotmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) do BJORL em 11 de junho de 2012. cod. 9259.

Artigo aceito em 30 de agosto de 2012.