

## TUMORES LATERAIS DO PESCOÇO

### A propósito de um caso de tumefacção da região submaxilar direita

Jorge P. Moreira Vaz\*, Luis Sousa Pinto\*,  
Maria Alexandrina Neves\*\* e Maria Bárbara Centeno\*\*\*

#### RESUMO

*A propósito de um caso de tumefacção da região submaxilar direita de evolução arrasada, os autores descrevem o modo como conseguiram obter o diagnóstico de tuberculose ganglionar cervical.*

*Posteriormente descrevem o modo de actuação perante a presença de adenopatias e enumeram o diagnóstico diferencial dos tumores laterais do pescoço.*

Vamos falar de Tumores Laterais do Pescoço a Propósito de um caso de Tumefacção da Região Submaxilar Direita.

Identificação: M.C.F., sexo feminino, 66 anos de idade, viúva, doméstica, natural de Alcobaca e residente em Lisboa, que vem à nossa consulta pela primeira vez no dia 4 de Março de 1986 devido a sentir uma tumefacção na região submaxilar direita.

Doente desdentada total por cárie dentária desde há cerca de 20 anos, usando desde então prótese total superior e inferior bem ajustadas.

Em Dezembro de 1985 apresentando-se de perfeita saúde, diz ter tido um episódio de aftas que descreve como pequenas lesões avermelhadas, muito dolorosas, localizadas a nível das mucosas labial, jugal e lingual, de aparecimento não simultâneo, com duração de duas semanas, as quais evoluíram no sentido da cura sem qualquer terapêutica.

Passados alguns dias (início de Janeiro de

\* Interno de Estomatologia nos H.C.L.

\*\* Assistente Hospitalar de Estomatologia dos H.C.L.

\*\*\* Chefe de Clínica de Estomatologia dos H.C.L.

1986), refere o aparecimento de tosse e expectoração amarelada sem febre nem calafrios. Simultaneamente diz ter notado o aparecimento de um nódulo mais ou menos do tamanho de uma pequena azeitona, indolor, móvel, sem sinais inflamatórios e localizado ao nível do ângulo da hemimandíbula direita. Não notou qualquer dificuldade na abertura da boca, odinofagia, disfagia para sólidos ou líquidos assim como alterações da mastigação. Nessa altura recorreu ao médico assistente que a enviou para uma consulta de cirurgia onde ficou sob vigilância. Com o decorrer do tempo o nódulo manteve todas as características iniciais negando a doente qualquer outra sintomatologia associada.

Em fins de Fevereiro de 1986 detectou o aparecimento de nova tumefacção na região submaxilar direita do tamanho semelhante a um ovo de perdiz, indolor, cujo volume não se alterava com a mastigação, não se apercebendo de alterações da secreção salivar ou qualquer outra sintomatologia. Foi nessa altura que a doente recorreu ao serviço de Estomatologia do H. S. José mantendo a sinto-

matologia atrás descrita e associadamente astenia e adinamia. Nega febre, anorexia, emagrecimento ou queixas de qualquer outro órgão ou sistema.

Nos antecedentes pessoais, refere até aos 24 anos de idade vários episódios de tumefacções cervicais com resolução espontânea. Nos antecedentes familiares, tem um filho de 35 anos que teve Tuberculose Ganglionar na infância e dois irmãos falecidos há 30 e 35 anos respectivamente com Tuberculose Pulmonar e Meningite Tuberculosa.

A observação geral é a de uma doente com bom estado geral e de nutrição, apirética, normotensa, pele de características normais. A inspecção cérvico facial revela uma assimetria cervico facial direita e do ângulo da mandíbula. A pele que recobria a referida zona apresentava-se de superfície lisa e sem sinais inflamatórios. O exame endobucal revelava ausência total de peças dentárias, mucosas húmidas de coloração normal com os ostiums dos canais de Sténon e Wharton sem sinais inflamatórios, excretando saliva de aspecto normal após estímulo glandular. Fez-se

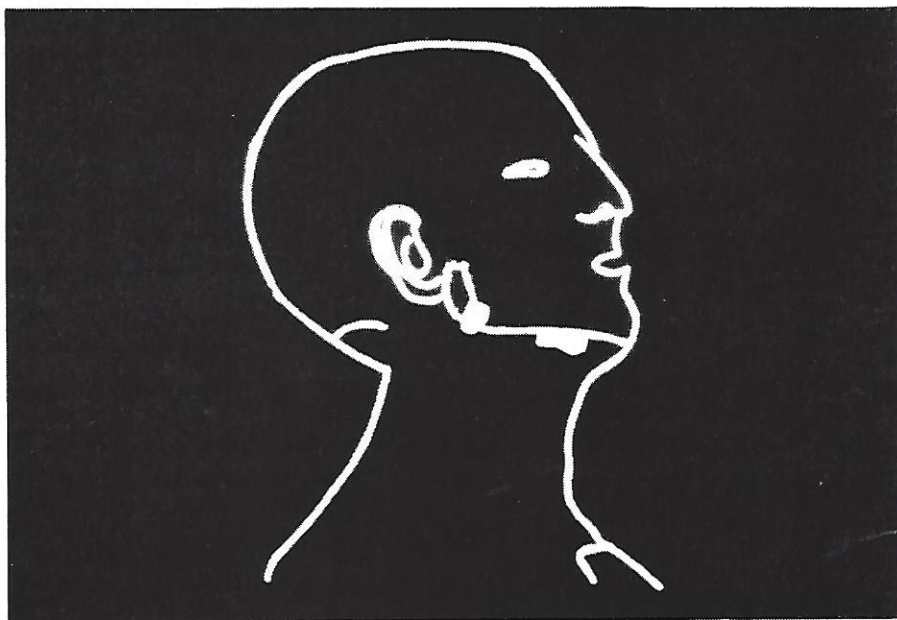


Fig. 1

cateterização do canal de Wharton que não ofereceu dificuldades. A observação da orofaringe era normal assim como o exame otorrinolaringológico.

Feita a palpação bimanual exo e endobucal da região submaxilar direita encontrámos uma massa ovalada de contornos bem definidos, de consistência elástica, superfície lisa, indolor, do tamanho de um ovo de perdiz, não aderente aos planos profundos ocupando a área da glândula submaxilar direita.

Ao nível do ângulo direito da mandíbula palpou-se uma massa de características semelhantes à anterior e do tamanho de uma azeitona.

A glândula tiroideia não se encontrava aumentada de volume. O restante exame objetivo incluindo o neurológico era negativo.

Perante este quadro clínico foram colocadas as seguintes hipóteses: 1. Sialadenite 2. Tumor da submaxilar 3. Adenopatia de etiologia a esclarecer (processo inflamatório, específico ou tumoral).

Foram pedidos exames complementares de rotina e sialografia submaxilar direita.

No início de Março de 1986 efectuámos a sialografia observando-se uma glândula submaxilar direita sem quaisquer alterações estruturais e com boa excreção do contraste. Registámos uma inversão da fórmula leucocitária e uma velocidade de sedimentação elevada. Entretanto mantivemos a doente em observação apresentando-se assintomática e com bom estado geral.

Sensivelmente duas semanas após a primeira observação, a doente recorreu à nossa consulta apresentando uma tumefacção lobulada, de contornos mal definidos localizando-se na região submaxilar direita e estendendo-se para a região retro mandibular e pré auricular direita, indolor e sem sinais inflamatórios. Mantinha-se apirética, as secreções salivares parotídea e submaxilar homolaterais eram de aspecto normal e os ostiums não apresentavam alterações. Nesta altura pedimos cintigrafia das glândulas salivares e ecografia da região periauricular e cervical direita e novas rotinas.

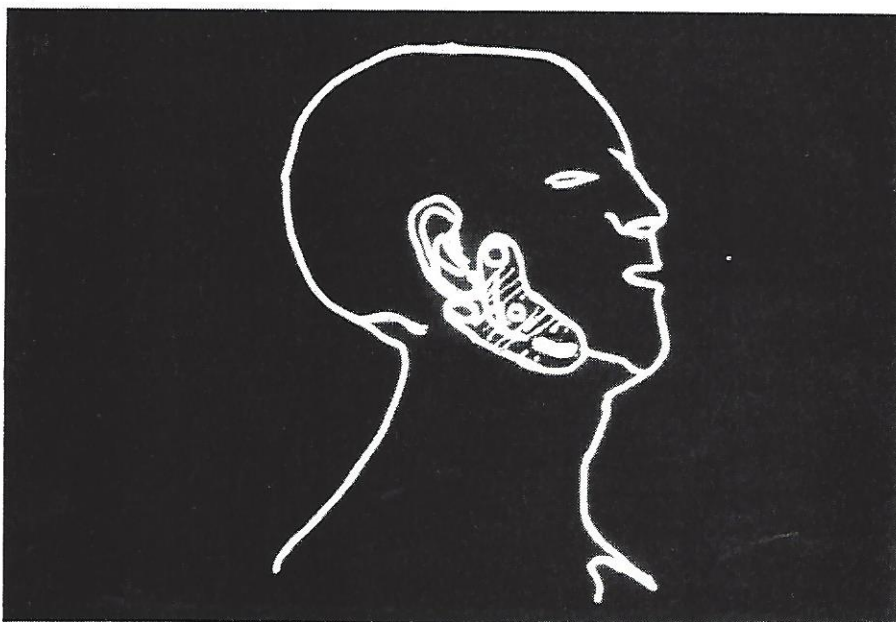


Fig. 2

Cerca de um mês após a primeira observação (7.4.86) a doente recorreu à consulta por lhe ter aparecido uma fístula ao nível da região pré massetéica direita drenando um líquido de aspecto amarelado, grumoso, não fétido e não hemático. Perante este quadro

clínico colocámos as seguintes hipóteses de diagnóstico: Actinomicose, Blastomicose, Tuberculose. Efectuámos a colheita de pus para posterior exame microbiológico que se revelou normal e pedimos o exame directo e cultural da expectoração em 3 dias sucessivos.

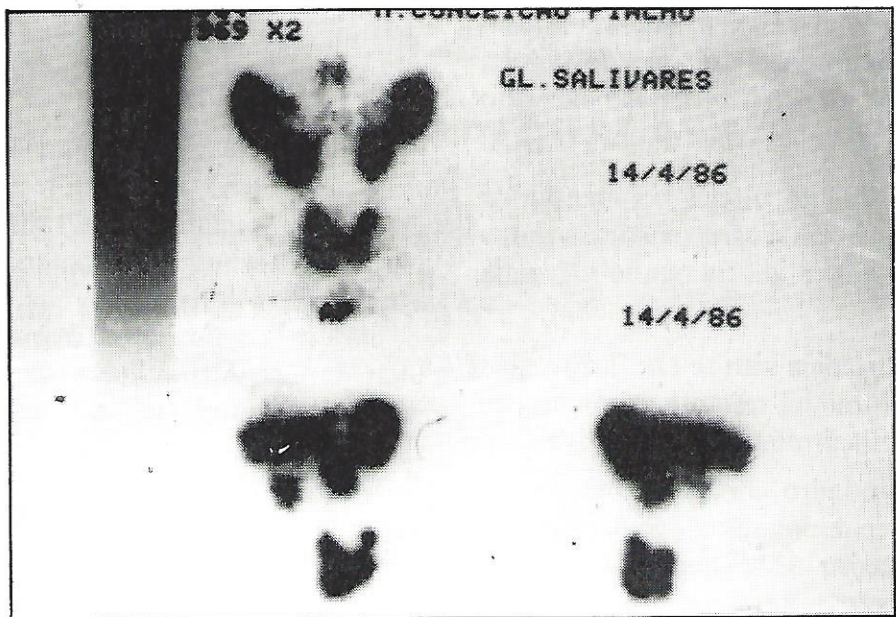


Fig. 3

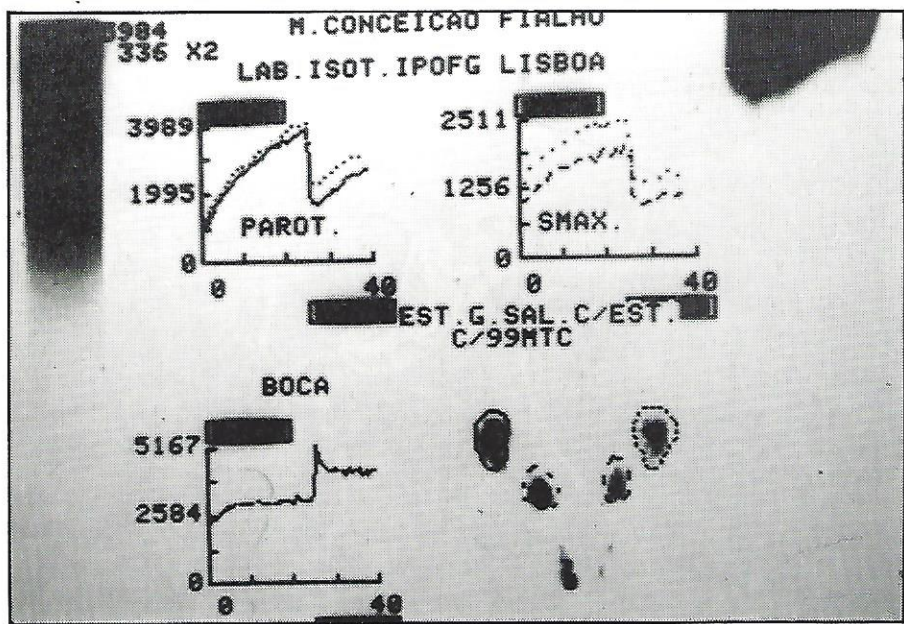


Fig. 4

Em meados de Abril obtivemos os resultados da cintigrafia das glândulas salivares que revelavam ausência de alterações morfológicas e funcionais das glândulas parotídeas e submaxilares. A ecografia revelou a presença

de múltiplas imagens superficiais de maior sonolucência algumas das quais com centro francamente hipoeecogénico sugestivas de adenopatias algumas das quais com necrose central.



Fig. 5

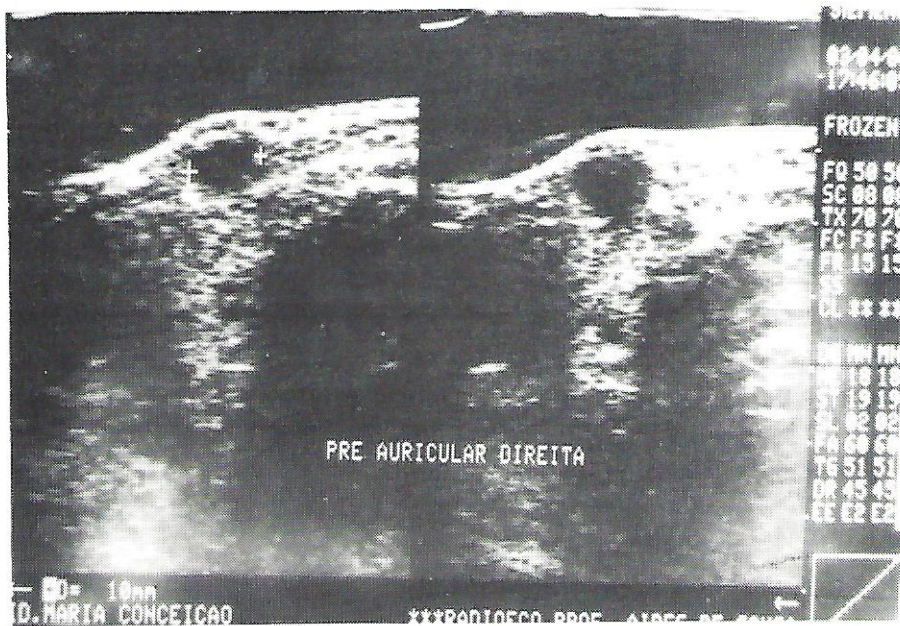


Fig. 6

No decurso das três semanas seguintes ao aparecimento da fistula descrita, surgem sucessivamente tumefacções nodulares com posterior fistulização localizadas na região supra claviclar direita, pré auricular e retro auricular, dolorosas e com sinais inflamatórios visíveis. Entretanto a tumefacção inicial continuou sempre a drenar. Fizemos a colheita de pus ao nível da fistula supra claviclar direita tendo enviado o produto para exame microbiológico.

culose Ganglionar (017) tendo efectuado a seguinte terapêutica: Hidrazida — 300 mg. dia, Etambutol — 750 mg. dia, Rifampicina — 600 mg. dia.

Após a alta passou a ser seguida no ambulatório onde lhe foi instituída a seguinte terapêutica: Isoniazida — 300 mg. dia, Pirazinamida — 1500 mg. dia, Rifampicina — 600 mg. dia. Continuámos a seguir a doente tendo no espaço de dois meses havido cicatrização das

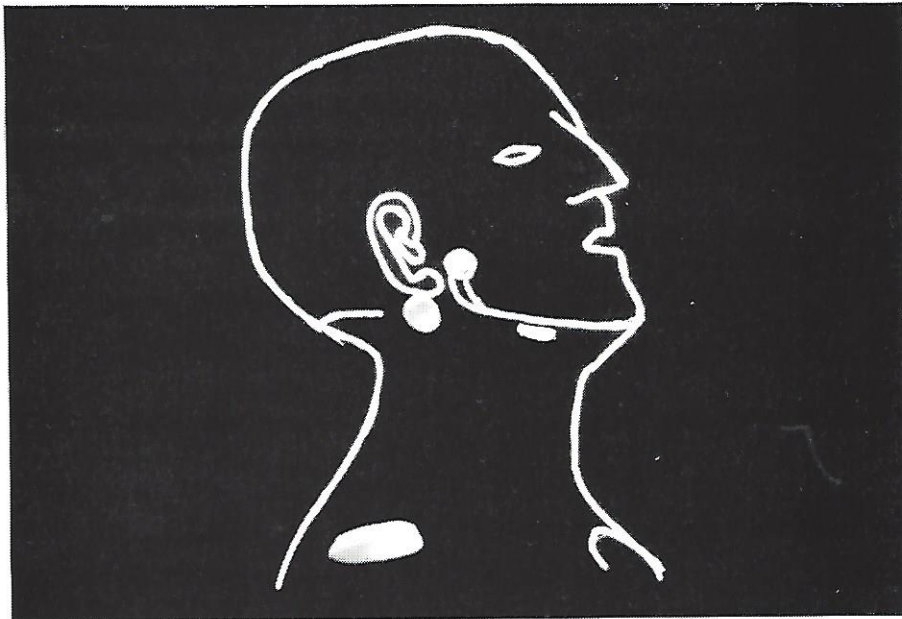


Fig. 7

O exame microbiológico do exsudado da fístula supra claviclar revelou: presença de B.A.R., exame micológico negativo. O exame bacteriológico da expectoração também foi negativo. A descoberta de B.A.R. na lamina só foi possível após várias tentativas. Nesta altura tornava-se evidente estarmos na presença de adenites específicas fistulizadas tendo enviado a doente para a consulta do H.P.V.

Aqui esteve internada durante três dias tendo tido alta com o diagnóstico de Tuber-

fístulas submaxilar, supra claviclar e pré auricular.

Em Outubro de 1986 observámos a doente que se apresentava com epiteliação dos trajectos fistulosos atrás referidos mantendo a terapêutica instituída no ambulatório. Houve normalização da fórmula leucocitária e da velocidade de sedimentação.

Em Outubro de 1987 finalizou-o tratamento. Não apresentava sinais inflamatórios e observavam-se pequenas cicatrizes retrácteis nas regiões submaxilar e cervical direitas.

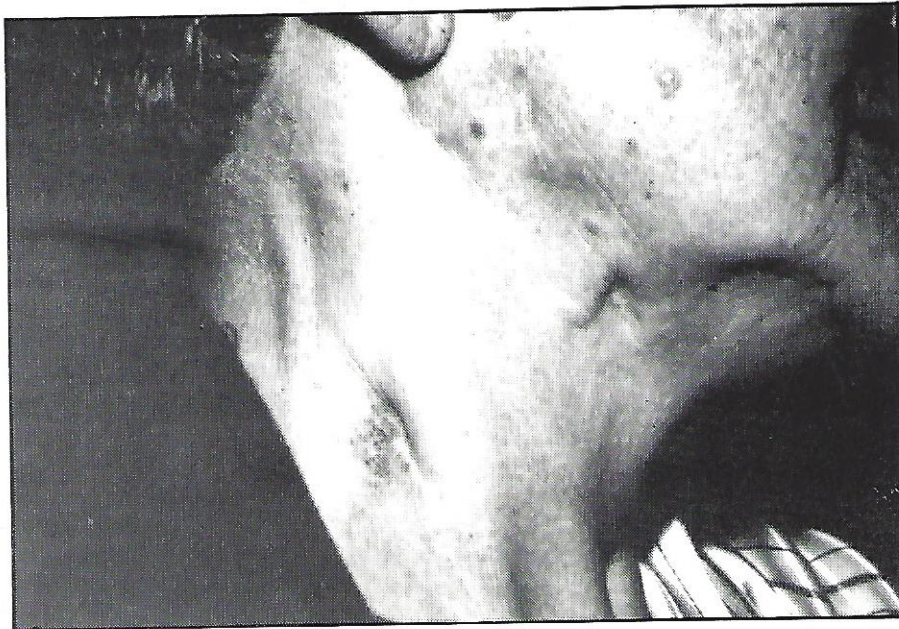


Fig.8

Perante este caso clínico, podemos concluir que em Estomatologia assim como em qualquer outra especialidade a história clínica é fundamental para tentarmos chegar a um diagnóstico.

Por outro lado perante uma situação de tumefacções a nível da região cervical, é mandatório o rastreio de patologia a nível local nomeadamente salivar e O.R.L. Também há que excluir sempre a existência de qualquer doença sistémica com tradução ganglionar a nível cervical.

Além disso o apoio dos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente o laboratorial, necessita ser efectuado com o máximo rigor a fim de nos levar a um diagnóstico correcto e evitar assim o acesso a meios mais sofisticados sem termos esgotado todas as possibilidades que nos oferecem os mais simples.

Para terminar queríamos salientar que perante um doente com adenopatias devemos actuar clinicamente no sentido de:

- Colher uma boa história clínica
- Detectar a presença de uma hepato-esplenomegália
- Pesquisar a existência de rash cutâneo, sopros cardíacos e de infecções locais.
- Efectuar um exame otorrinolaringológico (T. Cavum)

Os exames complementares que nos podem ajudar no diagnóstico são:

- Estudo hematológico (leucémia, mononucleose)
- RX torax (nódulos, mediastínicos, pulmonares, infiltrados)
- Scanning — hepático, esplénico, regiões ganglionares
- Exames culturais — sangue, exsudado faríngeo, aspirado ganglionar e medular, etc.
- Testes serológicos — sífilis, toxoplasmose, mononucleose, etc.
- Biópsias — medular, ganglionar, do nódulo escaleno e gordura supra clavicular.
- Linfangiografia.

Doenças mais frequentemente associadas a linfadenopatias:

- Neoplásicas
  - Hematológicas
  - Não hematológicas
- Imunológicas e inflamatórias
  - Infecções
  - Doenças do tecido conjuntivo
  - Doenças do soro
  - Reacções a drogas
  - Sarcoidose
- Endócrinas
  - Hipertiroidismo
  - Doença de Addison
- Doenças metabólicas por alteração do metabolismo lipídico

Diagnóstico diferencial dos tumores laterais do pescoço

- T. gasosos (crepitação)
  - Hérnia pulmonar supra clavicular
  - Laringocelo
  - Divertículo para esofágico
- T. líquidos
  - Redutíveis
    - Com pulsação — aneurismas
    - Sem pulsação — flebectasia, quisto hemático, abscesso devido a osteomielite
  - Não redutíveis
    - Ganglionar — adenofleimão
    - Quistos congénitos — serosos, braquiais (Q. Amigdalino, Q. Canal Tireoglossos)
    - Outros — Q. hidático, lipoma
- T. sólidos
  - Ganglionar
    - inflamação (adenite específica ou
    - Tumor (primitivo ou secundário)
    - Doença sistémica — leucemia linfática
  - Não ganglionar
    - inflamação (abscesso, actinomicose, goma)
    - tumor
      - benigno (fibroma, lipoma, etc.)
      - maligno (carc. braquial, t. corpo carotídeo, carc. glandula tiroideia acessória, etc.)

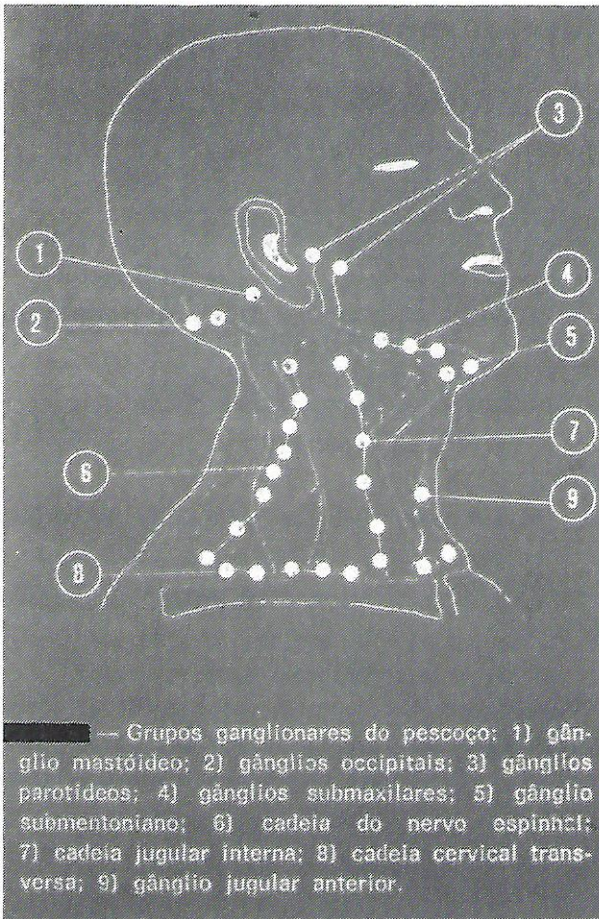


Fig. 9

## RÉSUMÉ

A propos d'un cas d'augmentation de volume de la région sous-maxillaire droite de longue évolution les auteurs décrivent les moyens dont ils se sont servi pour diagnostiquer une tuberculose ganglionaire cervicale.

Ensuite ils font un petit résumé des différents diagnostics différentiels concernant les tumeurs latéraux du cou.



**SUMMARY**

The way to get a diagnosis of ganglionare tuberculosis in a patient complaining about a right long standing submaxillary mass is described by the authors in this exposition.

In the end a small description of the differential diagnosis of the latero-cervical masses is also exposed.

Trabalho apresentado no decurso das comunicações livres das 1.<sup>as</sup> Jornadas Hospitalares de Estomatologia. Novembro 1987.

**Bibliografia**

- 1 — MARGARIDA CRISTÓVÃO, F. MELO SAMPAIO, JAIME PINA, PRISTA MONTEIRO — Tuberculose ganglionar, revisão bibliográfica e clínica. Rev. Medicina Torácica n.º 5 1984.
- 2 — THOMAS B. FITZPATRICK — Dermatology in general medicine.
- 3 — MARIO GRAZIANNI — Cirurgia buco-maxilo-facial.
- 4 — GUSTAV O. KRUGGER — Textbook of oral and max. facial surgery.
- 5 — NORMAN K. WOOD, PAUL W. GOAZ — Differential diagnosis of oral lesions.
- 6 — HARRISON'S — Principles of internal medicine.