

Carcinoma de parótida e mama concomitantes: relato de caso

Parotid carcinoma concomitant with breast carcinoma: case report

Maria da Graça Caminha Vidal*; Marcelo Moreno**; Luciano Jacomine Castilhos***; Fabiana Cezar Ceolin****

RESUMO

O risco de desenvolvimento de câncer de mama em pacientes que apresentam carcinoma de glândula salivar é discutido desde 1968. Entretanto, não foi encontrado um fator causal comum responsável por esta associação.

Os autores relatam um caso de adenocarcinoma papilífero de parótida direita, em uma paciente de 85 anos que também apresentava sincronicamente um carcinoma ductal invasivo da mama ipsilateral à neoplasia da parótida. Clinicamente haviam dados para a malignidade em ambas as lesões. O diagnóstico foi confirmado por citologia da parótida e histologicamente por biópsia na mama. A proposta inicial foi de parotidectomia mais esvaziamento cervical unilateral modificado e mastectomia. A paciente recusou-se ao procedimento de mastectomia, apenas aceitou a proposta cirúrgica para a parótida. Foi realizado parotidectomia total mais esvaziamento cervical modificado, para avaliação radioterápica pós-operatória e uso de tamoxifen para a patologia mamária. Houve uma resposta satisfatória importante na neoplasia da mama, com conseqüente involução da mesma, mas houve recidiva do adenocarcinoma na região parotídea direita, um ano após a primeira cirurgia. Nesta ocasião, realizou-se a ressecção da recidiva com esvaziamento clássico e reconstrução com retalho delto peitoral porque havia comprometimento da pele.

Atualmente, após o último procedimento, a paciente vem em controle ambulatorial sem sinais de recidiva local.

Num estudo de 521 pacientes com carcinoma de glândula salivar estudados (154 homens e 367 mulheres), 8 apresentaram carcinoma de mama subseqüente (1 homem e 7 mulheres), mostrando um risco relativo de 1,3 ($p < 0,005$). Existem evidências do papel dos hormônios endógenos nos cânceres de glândula salivar e mama. Outros autores mencionam alterações cromossômicas para esta associação. Aspectos da discussão deste caso poderão questionar

*Especialista em Cirurgia Oncológica pela Sociedade Brasileira de Cancerologia e Médica responsável pelo Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) - Universidade Federal de Santa Maria - RS

**Médico Residente do Segundo ano de Cirurgia Geral no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre - RS.

***Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria - RS.

****Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria - RS.

Endereço para correspondência: Maria da Graça Vidal - Rua Antero Correa de Barros, 385 - 97010-120 Sta Maria - RS

dados para maior controle de ambas neoplasias em relação a diagnóstico e prognóstico das mesmas.

PALAVRAS-CHAVE: neoplasias de glândula salivar; neoplasia de mama

SUMMARY

The risk of development of breast cancer in patients that present salivary gland tumors has been discussed since 1968. However, it was not found a common causal factor, responsible for this association. The authors report a case of papillary parotid adenocarcinoma on the right side in an 85 year-old patient, who also had a concomitant ductal invasive breast carcinoma in the same side as the parotid neoplasm. Clinically, there was information of malignancy in both lesions, in the parotid and in the breast. The diagnosis was confirmed by cytology of the parotid tumor and histology (biopsy) of the breast cancer. The initial idea was to perform a parotidectomy plus modified unilateral cervical dissection and mastectomy for the breast cancer. The patient has refused to the mastectomy procedure. She has only accepted surgery of the parotid gland. Total parotidectomy plus modified cervical dissection were performed and postoperative radiotherapy and tamoxifen were used for the breast disease. There was a satisfactory response of the breast cancer, with consequent decrease of the disease. One year after the first surgery there was a recurrence of adenocarcinoma in the right parotid region. On this occasion, a new resection of tumors was performed. It was done a classic neck dissection and deltoyd-great myocutaneous flap reconstruction. It was necessary this kind of reconstruction because there was tumor in the skin. Presently, the patient been followed up at the outpatient clinic, without signs of local recurrence. The present case points at a possible relation to pre-existing factors that many exist, to justify the tumors, according to authors mentioned in the literature. In a salivary gland tumor study with 521 patients (154 men and 367 women), 8 patients presented concomitant breast cancer (1 men and 7 women), showing a relative risk of 1,3 ($p < 0,005$). There is evidence of the influence of endogenous hormones in salivary gland tumor and breast cancer as well as in other tumors. Other authors mention chromossomic alterations associated to this tumors .

KEY WORDS: Salivary gland neoplasms, breast neoplasms

INTRODUÇÃO

A associação entre carcinoma de glândula salivar (CGS) e carcinoma de mama (CM), foi primeiramente descrita em 1968⁽¹⁾, onde verificou-se que a probabilidade de uma paciente com CGS desenvolver também um CM era de 0,004%, indicando a existência de fatores causais comuns.

Desde então, esta associação vem despertando interesse em vários autores^(2,3,4,5,6,7,8). O presente relato refere-se a uma paciente com adenocarcinoma papilífero de parótida que apresentava sincronicamente um carcinoma ductal invasivo em glândula mamária ipsilateral.

RELATO DE CASO

Mulher branca de 85 anos, atendida no ambulatório de cirurgia de cabeça e pescoço do HUSM em outubro/94, com queixa de nódulo em região parotídea há 3 anos.

Referia que inicialmente o crescimento da lesão era lento e que há um mês havia aumentado rapidamente, sendo associado à otalgia reflexa

e dor local. Paralelamente, apresentava também lesão ulcerada em mama ipsilateral.

Clinicamente a lesão parotídea media 5 x 6 cm, era fixa aos planos adjacentes, de contornos definidos e dolorida à palpação. Havia sinais clínicos de paralisia do nervo facial à direita. A lesão mamária era ulcerada, media 3 cm de diâmetro e localizava-se em quadrante superior externo. Não havia linfadenopatia cervical ou axilar. Foi realizada punção aspirativa com agulha fina (PAAF) das lesões e a citologia mostrou adenocarcinoma na lesão parotídea, mas foi inconclusiva para a lesão mamária; esta foi submetida à biópsia incisional e à histologia, que revelaram um carcinoma ductal invasivo.

Frente a estes achados, formulou-se a hipótese diagnóstica de neoplasia mamária com metástase para a parótida. Para tratamento, foi indicada parotidectomia radical à direita com esvaziamento cervical modificado + mastectomia ipsilateral.

A paciente recusou ser submetida à mastectomia, sendo realizada somente a cirurgia cervical complementada com radioterapia pós-operatória e instilação de tamoxifeno.

O exame histopatológico da lesão salivar diagnosticou adenocarcinoma papilífero primário de parótida mostrando que tratava-se de duas neoplasias sincrônicas.

A paciente apresentou recidiva do tumor parotídeo um ano após o tratamento cirúrgico, que foi controlada com excisão e radioterapia. A lesão mamária regrediu totalmente. No momento, a paciente está em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidivas de ambas neoplasias.

DISCUSSÃO

Em 1968, alguns autores chamam a atenção para o fato de existir uma possível associação entre neoplasias malignas de glândulas salivar e mamária ⁽¹⁾.

Eles revisaram um grupo de 396 pacientes com CGS e verificaram que 7 delas desenvolveram CM, num período médio de 5 anos de evolução após o tratamento do tumor salivar (sendo que uma delas apresentou CM no momento do diagnóstico do CGS); e observaram que a chance de uma mulher com CGS em desenvolver CM subseqüentemente era de 0,004% ($p < 0,005$).

Apesar da probabilidade não ser muito expressiva, eles sugeriram a realização de novos estudos com um maior número de pacientes e com um follow-up rigoroso, para identificar possíveis fatores etiológicos comuns. Também defenderam a idéia de que todas as pacientes com CGS deveriam ser acompanhadas com exames periódicos das mamas afim de identificar precocemente o surgimento de um CM.

Alguns meses após a publicação, um novo autor sugeriu que a correlação entre as duas neoplasias nas 7 pacientes estudadas anteriormente se devia ao fato de que todas as pacientes tinham recebido tratamento complementar com radioterapia, identificando-a como fator causal do desenvolvimento do CM visto que todas as pacientes tinham desenvolvido a neoplasia mamária no mesmo lado da salivar (2).

Em 1969, um novo estudo com 297 mulheres com CGS encontrou 4 casos de CM (RR=1)

num período de dois anos de acompanhamento. Dos quatro casos, três desenvolveram CM contralateralmente ao CGS, não relacionando a radioterapia como fator codjuvante para o desenvolvimento da neoplasia mamária ⁽³⁾. Em 1972, um novo estudo acompanhou 349 pacientes e encontrou um risco relativo de 1,9 das pacientes com CGS em desenvolver CM, mas este achado não foi estatisticamente significativo ⁽⁴⁾. Cinco anos mais tarde, novos autores encontraram um risco relativo de 2,3 ($p < 0,005$) quando estudaram 453 pacientes ⁽⁵⁾. Em revisão mais recente, dos 521 pacientes com CGS estudados (154 homens e 367 mulheres), 8 apresentaram CM subseqüentemente (1 homem e 7 mulheres), mostrando um risco relativo de 1,3 ($p < 0,005$) ⁽⁶⁾.

Existem evidências de um papel dos hormônios endógenos nos cânceres de glândula salivar e mama, assim como outros tipos de neoplasias ^(7,9). Estrogênios são os hormônios mais comumente envolvidos ⁽⁷⁾ sendo o sexo feminino, o mais acometido pelas duas neoplasias ⁽⁸⁾. O mecanismo mais aceito é a alteração da suscetibilidade dos tecidos para a iniciação e promoção da iniciação do câncer. Em ratos, tumores de glândula salivar são induzidos por 7,12-dimetilaminoazobenzeno, sendo que a incidência aumenta se usada testosterona e diminui se usado estilbestrol ^(7,8). A produção e proliferação dos tumores salivares são realçados pela administração de fluorouracil e metotrexate. Tirectomia e deficiência de vitamina A podem aumentar a agressividade destes tumores ⁽⁸⁾.

Recentemente foi verificado, em estudo citogenético utilizando hibridização fluorescente *in situ*, que no CM pode ser encontrada a trissomia do cromossomo 8, que é uma anormalidade numérica cromossomal também vista freqüentemente no CGS e em outras neoplasias malignas ⁽⁹⁾. Todos estes achados não são suficientes para confirmar a predisposição de uma mulher com CGS em desenvolver CM subseqüentemente.

No entanto, enfatizamos a necessidade da realização de estudos mais abrangentes sobre o tema, utilizando amostras maiores e um follow-up criterioso, além de lançar mão de técnicas citogenéticas para identificar mecanismos imunológicos, endócrinos ou carcinogênicos mais precisos que possam explicar essa possível associação.

No entanto, concordamos em dar atenção especial na rotina do exame clínico das pacientes com CGS, para identificar alterações

mamárias precocemente. Isto deveria ser feito antes que a relação causal das duas doenças seja elucidada.

Referências Bibliográficas

1. BERG, J.W.; HUTTER, R.V.P.; FOOTE, F.W. - The unique association between salivary gland cancer and breast cancer. *JAMA*, 1968, 204(9):771-774.
2. STANDFAST, S.J. - Salivary gland cancer and breast cancer. *JAMA*, 1968, 205(8):125.
3. MOERTEL, C.G.; ELVEBACK, L.R. - The association between salivary gland cancer and breast cancer. *JAMA*, 1969, 210(2):306-308.
4. DUNN, J.E.Jr.; BRAGG, K.U.; SAUTTER, C. et al - Breast cancer risk following a major salivary gland carcinoma. *Cancer*, 1972, 29:1343.
5. PRIOR, P.; WATERHOUSE, J.A.H. - Second primary cancers in patients with tumours of the salivary glands. *Br.J.Cancer*, 1997, 36:362.
6. BIGGAR, R.J.; CURTIS, R.E.; HOFFMAN, D. A. - Second primary malignancies following salivary gland cancers. *Br.J.Cancer*, 1983, 47:383-386.
7. ARMSTRONG, B. - Endocrine factors in human carcinogenesis. *IARC Sci Publ*, 1982, 39:193-221.
8. TOOHILL R.J.; LEHMAN R.H.; GROSSMAN T.W. - Adenoid cystic carcinoma of the submaxillary gland. *Laryngoscope*, 1982, 92:497-501.
9. AFIFY, A. ; BLAND, K. I.; MARK, H. F. - Fluorescent in situ hybridization assessment of chromosome 8 copy number in breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 1996, 38(2):201-208.