

Diagnóstico Diferencial das Massas Tumorais da Cabeça e Pescoço

Enrique Azuara Pliego e José Manuel Ruano Aguilar

A complicada anatomia da cabeça e do pescoço (C&P), sua abundante drenagem linfática e como a disseminação dos carcinomas destas regiões é similar à das doenças linfáticas, devido possuírem o mesmo padrão linfático, determina que seja complicado dizer com facilidade se uma massa tumoral é benigna ou maligna. Com freqüência a via para a avaliação de uma massa tumoral na C&P é longa e complicada. Esta é a maior preocupação dos clínicos pois estão na obrigação de estudar estas duas regiões, mesmo sabendo que afortunadamente a maioria das massas tumorais da C&P são benignas e representam nódulos linfáticos inflamatórios primários ou secundários a doenças infecciosas ou inflamatórias regionais. Embora, a experiência nos leva a demonstrar que um descuido nesta avaliação pode retardar um diagnóstico correto e favorecer ao desenvolvimento de doenças graves que colocam em perigo a função de órgãos vitais, órgãos da comunicação e até a vida do paciente.

Devido muitas massas tumorais da C&P possuírem sua origem nas cadeias linfáticas da região, devem considerar-se as seguintes unidades linfáticas funcionais:

1. O tecido linfoepitelial que constitui a anel de Waldeyer
2. Os nódulos linfáticos cervicais (cadeia superficial e cadeia profunda)
3. Os nódulos linfáticos transicionais:
 - a) submentonianos,
 - b) submandibulares,
 - c) parotídeos,
 - d) retroauriculares,
 - e) occipitais,
 - f) pré-auriculares,
 - g) retrofaríngeos

Classificação das massas tumorais da cabeça e do pescoço

Propõe-se às classificações para a elaboração de um diagnóstico diferencial mais fácil dos tumores da cabeça e pescoço com base na sua localização, etiologia e grupos etários.

I. Classificação com base na etiologia

1. Malformações congênitas o do desenvolvimento
2. Doenças inflamatórias ou infecciosas
3. Lesões tumorais benignas
4. Lesões tumorais malignos

II. Classificação com base na localização e etiologia

A) INFLAMATÓRIAS, POR SUA LOCALIZAÇÃO

LINHA MÉDIA	TRIÂNGULO ANTERIOR	TRIÂNGULO POSTERIOR
I. Adenite	I. Adenite	I. Adenite
1º viral	1º viral	1º viral
2º bacteriana	2º bacteriana	2º bacteriana
3º granulomatosa	3º granulomatosa	3º granulomatosa
	II. Sialadenite	
	1º parotídea	
	2º submandibular	
	3º Tireodite	

B) CONGÊNITAS OU DO DESENVOLVIMENTO, POR SUA LOCALIZAÇÃO

LINHA MÉDIA	TRIÂNGULO ANTERIOR	TRIÂNGULO POSTERIOR
1º Conduto tireoglosso	1º Cistos branquiais	1º Linfangiomas
2º Cisto tireoglosso	2º Laringocele	2º Lipomas
	3º Cisto tímico	

C) NEOPLÁSICAS, POR SUA LOCALIZAÇÃO

LINHA MÉDIA	TRIÂNGULO ANTERIOR	TRIÂNGULO POSTERIOR
1º Linfomas	1º Linfomas	1º Linfangiomas
2º Câncer de Tireóide	2º Metástase	2º Lipomas
	• Jugular superior	
	a) Orofaringe	
	b) Cavidade Oral	
	• Jugular inferior	
	a) Hipofaringe	
	b) Laringe	
	• Submandibular	
	a) Cavidade Oral	
	b) Seios paranasais	
	c) Face	
	3º Glomus	
	4º Tumor do Corpo	
	5º Hemangiomas	
	6º Neurogênicos	
	7º Neurinomas	

III. Classificação com base nos grupos de idades

0 A 15 ANOS	16 A 40 ANOS	40 ANOS OU MAIS
1º Inflatórios	1º Inflatórios	1º Neoplásicos
2º Congênitos ou do desenvolvimento	2º Congênitos ou do desenvolvimento	• Benignos
3º Neoplásicos	3º Neoplásicos	• Malignos
• Benignos	• Benignos	2º Inflatórios
• Malignos	• Malignos	3º Congênitos ou do desenvolvimento

Malformações congênitas ou do desenvolvimento

Qualquer aberração no desenvolvimento normal, pode terminar numa malformação congênita ou gerar uma massa tumoral ao nascimento ou nos primeiros anos de vida, embora existam casos em que o diagnóstico foi feito na adolescência ou até mesmo na idade adulta. Quando um processo infeccioso ou inflamatório provoca o crescimento ou saída de secreções através de fistulas, sempre se deve incluir as alterações congênitas como diagnóstico diferencial de C&P, mesmo em pacientes idosos. Deve-se ter em conta que uma massa cervical de crescimento lento que aparece na primeira etapa da vida provavelmente será uma massa congênita ou transtorno do desenvolvimento. As manifestações congênitas ou do desenvolvimento podem ser: cistos sebáceos, cistos e fendas branquiais, cistos e condutos tireoglossos, teratomas, cistos dermóides, linfangiomas, hemangiomas, malformações artério-venosas, tireóides ectópicas, laringoceles, divertículos de Zenker ou cisto tímicos. Dos anteriores os mais comuns são o conduto tireoglossos e os cistos e fendas branquiais. As malformações vasculares como os hemangiomas, linfangiomas e hemolinfangiomas são achados exclusivamente em crianças menores de 2 anos. Geralmente têm um crescimento lento. Os linfangiomas são mais moles e compressíveis e relativamente difusos; os hemangiomas são mais firmes especialmente se estão localizados na profundidade dos tecidos moles.

Doenças inflamatórias ou infecciosas

Os processos inflamatórios ou infecciosos da C&P, podem ser variados. Serão enumerados os que produzem ou simulam uma massa tumoral. Os mais frequentes são as adenopatias primárias, cujas principais causas são:

- 1) Viral,
- 2) Bacteriana,
- 3) Granulomatosa (Tuberculose, Doença da Arranhadura do Gato, Sarcoidose, Micose Actinomicose).

O segundo lugar está ocupado pelas infecções e abscesso dos espaços cervicais profundos, e no terceiro lugar as inflamações das glândulas salivares ou sialoadenite, das quais a parótida é a mais frequente, seguida da infecção das glândulas submandibulares.

As doenças inflamatórias geralmente têm um início rápido, se associam com febre, eritema, dor e edema localizados no local da infecção.

A adenopatia crânio-cervical primária de origem viral envolve em ordem de

freqüência os seguintes agentes: herpes vírus, adenovirus, herpes vírus simples, rubéola, Epstein Barr, varicela, sincicial respiratório e HIV.

A adenopatia crânio-cervical bacteriana primária é causada mais freqüentemente por bactérias anaeróbias seguidas por *Streptococcus pyogenes* (beta-hemolítico) do Grupo A (GAS), *Staphylococcus aureus*, microbacterias atípicas e *Haemophilus influenzae*. Em relação a sua epidemiologia 53 a 89% das adenites bacterianas primárias são unilaterais, entre 70 e 80% ocorrem nos primeiros quatro anos de vida e quase em 100% dos casos existe o antecedente de uma infecção das vias aéreas superiores prévia à aparição da adenopatia. Os gânglios mais freqüentemente envolvidos são os submandibulares (60%), seguidos dos gânglios do grupo superior, a cadeia linfática cervical profunda (30%), submentonianos (5%) e os correspondentes ao grupo inferior da cadeia linfática cervical profunda.

Quando uma massa crânio-cervical primária palpável é de consistência mole, dolorosa e não se encontram aderências a planos superficiais nem profundas, deve-se suspeitar de um processo inflamatório ou infeccioso, porém, é importante também considerar um abscesso em formação ou um processo necrótico intratumoral.

As adenites crânio-cervicais primárias acontecem praticamente em todas as pessoas em alguma época da vida, principalmente na primeira década.

Lesões tumorais benignas

Nos referiremos a tumores de consistência sólida ou semi-sólida como os pólipos, hemangiomas, linfangiomas, hemolinfangiomas (estes últimos entram na classificação de transtornos congênitos e do desenvolvimento). É importante destacar por sua importância e relativa freqüência o angiofibroma nasofaríngeo juvenil (nasofibroma juvenil), um tumor benigno de comportamento muito agressivo, próprio da adolescência masculina, cuja característica histológica está representada pela ausência da camada muscular das artérias, e por isso os sangramentos freqüentemente são incontroláveis.

Outros tumores freqüentes na idade pediátrica são os papilomas recorrentes juvenis da laringe e traquéia, cuja etiologia, segundo a maioria dos autores, é o vírus do papiloma humano.

Importante destacar que a maioria das tumorações do triângulo cervical anterior é benignas e 50% das massas tumorais do triângulo cervical posterior são malignas. Os tumores localizados na base da língua ou no trajeto compreendido entre a língua e a glândula tireóide, são freqüentemente cistos tireoglossos, condutos tireoglossos persistentes ou tireóides ectópicas.

Outra lesão que podemos encontrar com pouca freqüência é a displasia fibrosa e a histiocitose.

Lesões tumorais malignas

Os sarcomas da C&P constituem 15% de todos os sarcomas e aproximadamente de 1 a 5% de todos os tumores da região crânio-cervical. Dos sarcomas de C&P, 10 a 20% ocorrem na idade pediátrica.

Os locais mais comuns de origem dos sarcomas são o pescoço (28%), face e fronte (20%), maxilar (15%), pele com presença de pêlos, mandíbula, seios paranasais, cavidade oral, faringe e laringe (10% cada um). Dentre os sarcomas de C&P

podemos encontrar: rhabdomyosarcoma embrionário, mais freqüentemente nas idades compreendidas entre os 4 e 6 anos e entre os 14 e os 16 anos, leiomyosarcoma, angiosarcoma, hemangiopericitoma, schwannomas, neurofibrosarcoma, fibrohistiocitoma. Todos os anteriores são considerados tumores de malignidade intermediária ou alta. Os sarcomas de baixo grau de malignidade incluem: dermatofibrosarcoma, tumor dermóide, fibrosarcoma e liposarcoma.

Os tumores malignos de C&P são pouco comuns no período neonatal e são de difícil reconhecimento, principalmente na primeira década de vida. Possuem um crescimento rápido, são habitualmente de consistência dura e geralmente afetam a pele e tecidos adjacentes diferindo dos benignos.

Quando ocorrer a presença de um nódulo linfático solitário ou em grupo, de consistência dura, aderido a planos superficiais ou profundos, que aumenta progressivamente de tamanho sem estar claramente associado com uma infecção de vias aéreas superiores, deve considerar-se como maligno ou indicador de alguma malignidade regional, até não se demonstrar o contrário.

Um nódulo linfático com as características previamente descritas que se acompanha de febre, mal estar geral, linfadenopatia generalizada e hepatoesplenomegalia pode ser indicador de um processo maligno regional ou sistêmico, porém também pode associar-se com uma doença viral sistêmica como a mononucleose infecciosa.

Na presença de nódulos linfáticos supraclaviculares deve-se suspeitar da existência de metástase de um processo localizado infraclavicular. Estes nódulos são conhecidos como nódulos sentinelas, já que freqüentemente são o primeiro sinal de uma doença grave infraclavicular. Quando os nódulos supraclaviculares estão aderidos a planos superficiais ou profundos, vêm acompanhados de febre persistente, perda de peso e piora do estado geral, está indicado solicitar uma biópsia.

Pela quantidade tão grande de estruturas de diferentes origens embrionárias que apresenta a C&P, a variedade de neoplasias que podem desenvolver-se nestas regiões é muito grande. Podemos encontrar carcinomas epidermóides, mesmo sendo raros. Também podemos encontrar melanomas, adenocarcinomas, tumores do corpo carotídeo, tumores linfoproliferativos (linfomas) ou adenopatias crânio-cervicais secundárias ou metastáticas.

Existem fatores associados com a gênese das neoplasias crânio-cervicais, tais como as mutações genéticas, fatores físicos, químicos ou ambientais, dentre os quais se destacam as radiações ionizantes aplicadas a pacientes com câncer de tireóide e glândulas salivares.

Em um paciente em que se detecta uma adenopatia craniana ou cervical com queda rápida do estado geral, perda de peso, febre e sudorese noturna, é importante destacar a evolução para um processo neoplásico maligno, uma imunodeficiência ou uma doença granulomatosa crônica como a tuberculose.

Diagnóstico

Para estabelecer um diagnóstico certo é recomendável a elaboração de uma boa história clínica, a qual deve considerar infecções respiratórias recentes, sinal de Cobe positivo, viagens recentes, contato com animais, tratamentos dentários prévios e ingestão de carne crua. Deve realizar-se uma exaustiva exploração da cabeça e pescoço incluindo todas as áreas e órgãos que concernem à Otorrinolaringologia, auxiliado, se possível, por procedimentos endoscópicos das vias aéreas superiores.

É importante destacar as características da massa tumoral, tamanho, forma, consistência, aderência a planos superficiais ou profundos, localização, mobilidade, se é pulsátil, doloroso, se sangra à palpação direta ou indireta, sua temperatura e a dos tecido adjacentes, zonas de amolecimento ou flutuações assim como seu comportamento desde que o paciente notou seu aparecimento.

Temos adaptado como regra de ouro a seguinte premissa:

“uma massa tumoral crânio-cervical sintomática, localizada numa cadeia ganglionar ou perto dela, sem antecedentes claros de infecções regionais, para o qual o exame físico de rotina não oferece um diagnóstico definitivo, e que não cede ao tratamento clínico com antiinflamatórios e/ou antibióticos, deve ser considerada como uma neoplasia até prova do contrário. Quando se tem a suspeita de que a massa tumoral é uma adenopatia primária viral ou bacteriana deve dar-se a oportunidade ao paciente de uma prova clínica terapêutica consistente na administração de antibióticos e antiinflamatórios, até por três meses mantendo uma observação estreita. Em caso de persistência e principalmente se existirem um aumento de tamanho nesse período de tempo, devem ser tomadas decisões a favor da prática de exames, orientados no sentido de descartar ou documentar processos neoplásicos ou a etiologia real do tumor”.

No caso anterior deve considerar-se uma reavaliação completa da C& P utilizando exames de imagem tais como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética ou a biópsia por aspiração com agulha fina quando as lesões o permitirem, biópsias incisionais ou excisionais e a realização de culturas e estudos anatomopatológicos das lesões removidas. Diferentes autores recomendam que deva ser praticada uma biópsia aberta diante de qualquer das seguintes circunstâncias:

- quando exista um aumento progressivo do nódulo linfático apesar de um período de duas semanas com tratamento empírico a base de antibióticos e antiinflamatórios;
- quando não existe nenhuma melhora no tamanho do nódulo apesar de seis semanas de tratamento com antibióticos ou
- quando o nódulo não diminui o tamanho apesar de três meses de tratamento com antibióticos e antiinflamatórios.

O critério anterior deve ser aplicado com cautela, já que qualquer nódulo linfático aumentado de tamanho na criança pode ser normal.

Todo paciente com uma massa tumoral de C&P deverá ser submetido à hemograma completo, exames laboratoriais variados, exame geral de urina e pesquisa de HIV. Devem considerar-se as provas sorológicas para detectar citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, toxoplasmose, tularemia, histoplasmose e VDRL. Uma prova relativamente nova para *Bartonella henselae* pode identificar a doença da arranhadura do gato. A nova prova de Mantoux para a tuberculose deve realizar-se em todo paciente com adenopatia persistente que não cede ao tratamento e a uma conduta conservadora. Quando encontramos um aumento do volume ou uma massa tumoral na linha média ou região paramedial do triângulo anterior do pescoço abaixo da borda superior da cartilagem tireóide é conveniente a realização de provas de função tireóide.

A radiografia de tórax deve preceder a qualquer biópsia, para descartar alterações mediastinais ou pleuro-pulmonares e do aparelho traqueo-brônquico.

As radiografias simples de crânio, nariz, cavidades paranasais, rinofaringe e pescoço possuem utilidade limitada se compararmos com uma tomografia computadorizada, embora diante de uma pessoa com experiência possam ser úteis para demonstrar

alterações osteolíticas, presença de tumores, destruições ósseas, diminuição da coluna nasofaríngea e aumento de volume do espaço retrofaríngeo, quando então pode ser suspeitada a presença de um abscesso nesta região. As radiografias simples podem também orientar ao diagnóstico de displasia fibrosa quando se encontra imagem característica em “vidro embaçado”. Quando há possibilidade, recomendamos a realização de estudos de imagem como a tomografia computadorizada (TC) e as imagens de ressonância nuclear magnética (RNM). No caso específico das glândulas salivares, podemos dizer que a sialografia não é mais o estudo ideal e que a TC com sialograma ou RMN são de grande utilidade para diferenciar uma lesão tumoral de uma alteração inflamatória. É importante lembrar que a TC do pescoço, é um estudo ionizante, caro e em pacientes menores freqüentemente se requer anestesia geral para sua realização.

Os estudos angiográficos e a angioressonância são muito úteis para o diagnóstico de tumores vasculares (hemangiomas, aneurismas) ou muito vascularizados (angiofibroma nasofaríngeo juvenil), assim como tumores paracarotídeos ou intracarotídeos.

A ultra-sonografia é um estudo de imagem muito útil para o diagnóstico das massas tumorais de C&P, particularmente porque ajuda a identificar interface entre líquidos e sólidos, não é invasivo, é de baixo custo, fácil realização, rápida e não requer preparação alguma. Possui 90% de especificidade na diferenciação entre tumores sólidos e císticos ou de conteúdo purulento.

A biópsia por punção aspiração com agulha fina (PAAF), é um método cada vez mais utilizado para o diagnóstico de tumores de C&P. É simples, rápido, de baixo custo, produz poucos incômodos ao paciente. Porém é necessário um patologista experimentado para realizar a interpretação.

Se existe uma forte suspeita de uma neoplasia e não se obtém o diagnóstico com uma PAAF, deve-se realizar uma biópsia incisional ou excisional segundo cada caso, o critério do clínico e a acessibilidade do tumor.

A série esofagogastroduodenal é útil no diagnóstico de problemas hipofaríngeos que simulam massas tumorais, como é o caso do divertículo de Zenker. Da mesma maneira, este estudo pode revelar a presença de doença hipofaríngea e laríngea por refluxo gastroesofágico com adenopatias cervicais secundárias.

Tratamento

O tratamento, seja clínico ou cirúrgico, deve ser individualizado dependendo do diagnóstico presuntivo ou definitivo, idade, etiologia e estado do paciente.

Referências bibliográficas

1. Correa Aj. Current options in management of head and neck cancer patients. *Med Clin North Am* 1999;83(1):235-46
2. Sarne D. External radiation and thyroid neoplasia. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996;25(1):181-95.
3. Kelly CS. Lymphadenopathy in children. *Pediatr Clin North Am* 1996;45(4):875-88.
4. Fulcinti F. Accuracy of fine needle aspiration biopsy in head and neck

- tumors. *J Oral Maxillo-Fac Surg* 1997;55(10):1094-7
5. Ohims LA. Malignant laryngeal tumors in children a 15 year experience with four patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103(9):686-92.
 6. Azuara E, Ruano JM. Generalidades en el diagnóstico diferencial de las masas tumorales en Cabeza y Cuello. En: *Patología Tumoral de Cabeza y Cuello, de la Clínica a la Anatomía Patológica*. Cap.1. pag. 1 a 10, Intersistemas, México, 2002.