

Prikaz slučaja

## Metastaze gastričnog adenokarcinoma na donjoj vilici

Soussan Irani <sup>a,\*</sup>, Mohammad Moshref <sup>b</sup>, Ali Lotfi <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Stomatološki fakultet, odsek za oralnu i maksilofacijalnu patologiju, Hamadan Univerzitet medicinskih nauka, P.O. 65176 Hamadan, Iran

<sup>b</sup> Stomatološki fakultet, odsek za oralnu i maksilofacijalnu patologiju, Shahid Beheshti Univerzitet medicinskih nauka, Velenjak, P.O. 14359, Teheran, Iran

Primljeno 5. aprila 2004, prihvaćeno 18. maja 2004.

**KLJUČNE REČI:** metastaza, gastrični adenokarcinom, donja vilica

---

**Sažetak:** Metastatski tumori usne duplje su retki i predstavljaju oko 1% svih oralnih tumora. Ovde izlažemo slučaj žene stare 51. godinu koji je predstavljen otokom u usnoj duplji, a imao je istoriju hirurški tretiranog gastričnog adenokarcinoma. U toku pregleda usne duplje, nemeo ispupčenje je detektovano na levoj strani tela mandibule. Ortopantomografski snimak je otkrio radiološko osvetljenje litične lezije u posteriornoj oblasti mandibule. Tumor je pokazivao cistično dilatirane male i velike žlezde nepravilnog oblika ispod disproporcionalnog oralnog epitela. Mandibularna lezija je dijagnostikovana kao metastatski gastrični adenokarcinom.

---

### Uvod

Metastatski tumori usne duplje su retki, i predstavljaju oko 1% svih oralnih tumora. Oni se javljaju češće na vilicama nego na mekim tkivima. <sup>1,2</sup> Pored toga, tumor usne šupljine može biti prvi dokaz diseminacije drugog (prethodno nepoznatog) tumora sa

njegove primarne lokacije.<sup>1</sup> Najčešća lokacija koštanih metastaza u predelu glave i vrata jeste mandibula gde se javlja više od 70% svih malignih metastatskih tumora u usnoj šupljini.<sup>3</sup> Metastaze na vilici se javljaju češće kod osoba ženskog pola<sup>4</sup> i to sa češćom predilekcijom kod sredovečnih ili starijih odraslih osoba.<sup>5</sup>

\*Dopisni autor, Tel.: +98-811-422-3032; fax: +98-811-422-3033  
E-mail adresa: [susan\\_irani@yahoo.com](mailto:susan_irani@yahoo.com) (S.Irani)

## Prikaz slučaja

51. godišnjakinja se javila Odseku za oralnu i maksilofacijalnu hirurgiju Teleghani Medicinskog Centra u Teheranu, Iran, zaleći se na otok u području leve strane mandibule.

Oko dva meseca pre toga, pacijentkinja je posetila svog stomatologa zbog problema sa klaćenjem nekoliko zuba i zatražila je njihovu ekstrakciju, ali je stomatolog odbio da ekstrahuje zube zbog sumnje na malignitet tako da je pacijentkinju uputio u ovaj centar radi daljih ispitivanja pre podvrgavanja bilo kojoj manipulativnoj intervenciji.

Prethodna istorija bolesti pacijentkinje obuhvatala je ozbiljnu hiruršku intervenciju koja je obavljena pre 10 meseci zbog gastričnog adenokarcinoma uključujući i fundus želuca i distalni ezofagus. Postoperativni patološki nalaz je otkrio duboko infiltriran gastrični adenokarcinom, sa invazijom na ezofagus, šireći se dole prema seroznom i perivisceralnom masnom tkivu. Ekstenzivne metastaze na perigastrične i periezofagealne limfne žlezde su takodje potvrđene, ali proksimalni i distalni rubovi resekcije nisu bili zahvaćeni.

U toku ispitivanja spoljašnji zidovi usne duplje bili su asimetrični i ne-meka ispupčena masa na telu mandibule bila je prominentna na levoj strani. Nepokretna, tvrda submandibularna limfna žlezda takodje je detektovana na istoj strani. Unutar usne duplje, primećena je tvrda egzofitična lezija glatke površine promera 3 x 3 cm. U toku pregleda nisu zapaženi sistemski znaci metastaze kao sto su kaheksija, hepatosplenomegalija, ascites, itd.

Ortopantomografski snimak je otkrio radiološko osvetljenje litične lezije u

posteriornoj oblasti mandibule kao i u području drugog premolara i prvog i drugog molara gde su rarefakcije bile evidentne. (slika 1). Tehnecijum 99 (Tc-99) CT nalaz kostiju glave i vrata pokazuje radiološko rasvetljenje sa povećanom apsorpcijom na gore pomenutoj strani mandibule. Na CT snimku celog tela u traganju za udaljenim metastazama nije bilo značajnih nalaza (slika 2). Laboratorijski nalaz uključujući kompletnu krvnu sliku, testove funkcije jetre, i serum hemijske profile, bili su normalni. Rendgen snimak pluća je bio negativan u pogledu bilo kojih znakova metastaze.

Pacijent je podvrgnut incizionoj biopsiji sa meke egzofitične mase koja je protrudirala izvan alveolarne čašice mandibularnog molara koja je bila "oljuštena" pre dva meseca, i uzorak tkiva je poslat na histopatološku analizu.

Uzorak koji je prosledjen patološkoj laboratoriji je bio nepravilan isečak kremasto belog tkiva, elastične konzistencije, promera 1.5 x 1.0 x 0.8 cm. Isečeni delovi imali su homogenu kremastu površinu sa dve cistične zone od kojih je svaka bila dijametra 0.3 cm. Mikroskopski nalaz tkiva preparisanog H&E metodom bojenja pokazao je neoplazmu koja se sastojala iz malih i velikih cistično dilatiranih žlezda nepravilnog oblika (slika 3). Ove cistične žlezde su bile ograničene neoplastičnim, epitelijalnim ćelijama sa hiperhromatičnim jedrima, i infiltrirale su laminu propriu i koščano tkivo koji su u pojedinim oblastima bili prekriveni slojevitim skvamoznim epitelom usne supljine.

Nas pacijent je posavetovan da preduzme neophodne terapijske mere, i inicijalna hirurška ekscizija je bila zakazana, ali je ona to odbila, i uzdržala se od prihvatanja bilo kakve dalje terapijske

pomoci. Godinu dana nakon što se pacijentkinja javila u naš centar, kod nje se razvila metastatska lezija na golenjači (tibia).

## Diskusija

Naš pacijent je imao metastatski tumor na mandibuli. Zadebljanje, bol i anestezija u predelu mandibularnog i bukalnog regiona ustanovljeni su kao najčešći klinički simptomi ovog problema.<sup>6</sup> Međutim, kod predstavljenog slučaja najbitniji klinički znaci su otok leve strane mandibule i klaćenje zuba.

Više od 70% slučajeva svih malignih metastatskih tumora usne šupljine javlja se na telu mandibule i u području molara zato što ove regije sadrže depozit hematopoetskog tkiva, a način širenja je obično hematogenim putem.<sup>7</sup>

Koštane metastaze imaju uobičajene RTG odlike, što dozvoljava da iste budu klasifikovane kao osteoplastični tumori (formiraju kost) – metastatski tumor prostate je dobar primer – i osteolitički tumori (razaraju kost) – obično metastatski kanceri dojke.<sup>8</sup>

Najčešća lokacija tumora koji daju metastaze na vilici kod žena su dojke (42%), nadbubrežne žlezde (8.5%), genitalije (7.5%), i tireoidea (6%). Što se tiče primarnih lokacija tumora kod muškaraca izdvajamo pluća (22.3%), prostatu (12%), bubrege (10.3%), kosti (9.2%), i nadbubrežne žlezde (9.2%).<sup>4,9</sup>

Mehanizam kojim tumori mogu da se šire do usne duplje nije toliko razjašnjen. Jedan od mogućih puteva za metastaze koje se šire putem krvi do glave i vrata je Batsonov pleksus: vertebralni venozni pleksus bez valvula koji može da omogući retrogradno širenje tumorskih

ćelija time što infiltracija prolazi kroz pluća.<sup>5</sup>

U skladu sa Hashimotom i ostalim autorima<sup>10</sup> frekvencija metastaza u vezi sa histološkom klasifikacijom je komparativno visoka kod nediferentovanih karcinoma (29%), i adenokarcinoma (20%) ali prilično niska kod karcinoma skvamoznih ćelija.

U pogledu kliničkih i radioloških nalaza kod ove pacijentkinje, sledeće lezije treba uzeti u obzir kod diferencijalne dijagnoze: zbog istorije gastričnog adenokarcinoma, metastatski gastrični adenokarcinom najverovatnije dovodi do lezije. Metastaze adenokarcinoma dojke su takodje druga mogućnost. Ostali primarni tumori kao što su osteosarkom, hondrosarkom, manji tumori salivarnih žlezda, karcinomi perifernih skvamoznih ćelija i konačno hronični osteomijelitis takodje se trebaju razmotriti.<sup>11,12</sup>

Metastatski karcinom vilica inicijalno zahteva rad na identifikaciji primarnog malignog tumora, procenu stadijuma i stepena metastaze. U našem slučaju, ovaj rad je bio kompletiran, i primarna lezija i stepen lezije su objašnjeni. Jedini fokus, kao u slučaju sa našom pacijentkinjom, treba biti tretiran hirurškom ekscizijom ili hemo terapijom. Generalizovane koštane metastaze su obično zloćudne i tretiraju se palijativno (ublažavanje bola). Prognoza za pacijenta sa metastatskim karcinomom vilica je loša, sa 10% slučajeva gde pacijenti preživljavaju pet godina, a više od dve trećine pacijenata umre u roku od godinu dana.<sup>13</sup>

## Reference

1. Piatteli A, Fioroni M. Gingival metastasis from a prostate adenocarcinoma: report of a case. *J. Periodontol* 1999; 70 (4): 441-4.

2. Piatteli A, Fioroni M. Gingival metastasis from a medullary thyroid carcinoma: case report *J. Periodontol* 2000;7:112-6
3. Aniceto GS, penin AG, Tumors metastatic to the mandible; analysis of nine cases and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1990; 48:246-51.
4. Cawson, Roderic A, Lucas' S. Patology of tumors of the oral tissue. 5<sup>th</sup> ed. USA: Churchill Livingstone; 1998. p. 425-7
5. Neville BW. Oral & maxillofacial pathology. 2<sup>nd</sup> ed. USA: W.B. Saunders; 2002. p. 582-3.
6. Glaser C. Lang S. Clinical manifestations and diagnostic approach to metastatic cancer of the mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1997; 26:365-8
7. Moorman WC, Shafter WF, Metastatic carcinoma of the mandible, *J Oral Surg* 1954; 12:205
8. Catone GA, Henny FA, Metastatic gastric adenocarcinoma of the mandible. *J Oral Surg* 1969; 27:36
9. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jaw bone; analysis of 390 cases. *J Oral Pathol Med* 1994; 23:337-41
10. Hashimoto N, Kurihara KH, Ohba S, Sakaii HY, Oshida S. Pathological characteristics of metastatic carcinoma in the human. *J Oral Pathol* 1987; 16:362-7.
11. Wood NK. Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby; 1997. p. 358-78.
12. Langlais RP, Langland DE. Diagnostic imaging of the jaws. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 1995. p. 407-8.
13. Rogezi JA, Sciubba JJ. Oral pathology: clinical pathologic correlations. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2003. p. 413-5.