

Carcinoma Mucoepidermóide de Glândula Sublingual: Relato de Caso Clínico

Mucoepidermoid Carcinoma of Sublingual Salivary Gland: Report of Case

Fernanda FLORIAN*

Nicolau CONTE NETO**

Valfrido Antônio PEREIRA FILHO***

Marisa Aparecida Cabrini GABRIELLI****

Eduardo Hochuli VIEIRA*****

RESUMO

Os tumores das glândulas salivares maiores correspondem a aproximadamente 3 a 5% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. O carcinoma mucoepidermóide (CME) é o tumor maligno de glândula salivar mais frequente na cavidade bucal, ocorrendo preferencialmente no gênero feminino, entre a 3^o e 4^o décadas de vida. Trata-se de uma lesão agressiva, que se apresenta clinicamente por meio de um aumento de volume com aspecto nodular, de consistência sólida, fixo à palpação, variando entre as tonalidades de azul, vermelho ou púrpura. O processo diagnóstico é feito por meio de uma associação entre os exames clínico e complementar, sendo a biópsia essencial para a sua conclusão. O carcinoma mucoepidermóide pode ser classificado quanto ao seu grau de diferenciação em baixo, intermediário e alto grau. Um recente sistema utilizando cinco achados histopatológicos parece ser o ideal para realizar essa classificação. O tratamento é cirúrgico e consiste em exérese total da lesão, sendo o prognóstico favorável.

Palavras-chave: Carcinoma; neoplasia de glândula salivar; mucoepidermóide.

ABSTRACT

The major salivary glands tumors are 3 to 5 % of all the head and neck neoplasms. The mucoepidermoid carcinoma is a malignant tumor of salivary gland most frequent in the oral cavity, preferential in females, between 3th and 4th decades of life. One is about an aggressive injury, where the main clinical aspects include a nodular form, solid and fixed consistence increase the touch, varying among the blue shades to the red or purple. The process diagnosis is made through an association among the clinical and complemental exams, being the biopsy essential for the dignosis conclusion. The mucoepidermoid carcinoma can be classified as his differentiation degree in low, intermediate and high-grade. A recent system using five histopathological founds seems to be the ideal to accomplish that classification. Treatment usually surgical, include complete resection of the lesion, being the favorable prognostic.

Keywords: mucoepidermoid; tumors of major salivary glands; carcinoma.

* Acadêmica de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP

** Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara – FOAR/UNESP

*** Professor Assistente Doutor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP

**** Professora Assistente Doutora da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP

***** Professor Assistente Doutor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP

INTRODUÇÃO

As neoplasias de glândulas salivares maiores representam condições patológicas incomuns, constituindo cerca de 3% a 5% dos tumores da região da cabeça e pescoço^{7,9,13,14,15}. Podem acometer as glândulas parótida, submandibular e sublingual, sendo mais freqüente na glândula parótida, seguida pela submandibular^{3,4,9,16}. A maior parte das lesões, cerca de 75% dos casos, representam neoplasias benignas, sendo o adenoma pleomórfico a entidade mais frequente. Já as neoplasias malignas representam 25% dos casos¹⁰, sendo o carcinoma adenóide cístico o mais freqüente, seguido pelo carcinoma mucoepidermóide^{9,12,15}.

O carcinoma mucoepidermóide apresenta etiologia desconhecida, no entanto pode estar associado a fatores genéticos, exposição à radiação e fumo^{11,13}. A maioria dos relatos literários aponta uma prevalência para o gênero feminino^{4,6,9,13}, embora Loyola³ afirme não haver qualquer predileção por gênero. Usualmente acomete indivíduos entre a terceira e quarta décadas de vida, com idade média de 50 anos^{15,16} não havendo predileção por raça^{11,13,14,17}.

O CME manifesta-se usualmente como um aumento volumétrico ocasionalmente sintomático, de rápida evolução, consistência sólida e fixo a palpação, em forma de nódulo, variando entre as tonalidades azul, vermelho ou púrpura. A coloração azul é atribuída aos espaços císticos que contém produtos da degradação sanguínea ou estase vascular associada ao tumor^{3,6,12}. Lesões na mucosa bucal, assoalho bucal, lábios e região retromolar comumente apresentam-se como massas submucosas assintomáticas, enquanto lesões na língua são frequentemente dolorosas^{4,11}.

Os exames complementares incluem exames de imagem, punção aspirativa por agulha fina (P.A.A.F) e biópsia. Os exames de imagem constituem-se em radiografias oclusal e panorâmica, além de tomografia computadorizada e ultra-sonografia, a qual oferece informações sobre a estrutura da lesão

que pode ser sólida ou cística^{12,13}. A Tomografia computadorizada é importante na determinação dos limites anatômicos da lesão e identificação de possíveis metástases cervicais^{12,13,20}.

A P.A.A.F é um recurso diagnóstico que oferece informação valiosa sobre a natureza da lesão. É utilizada para confirmação do conteúdo de massas palpáveis, que no ato da punção, podem conter líquido com sais de colesterol, o que significa ser negativa para presença de sangue. Deve haver a presença de ácinos de glândula salivar e estruturas ductais na aspiração, o que prova que a lesão tem origem na glândula salivar¹⁸.

O processo diagnóstico é realizado por meio de uma associação entre os achados clínicos e os exames complementares, de modo que a análise microscópica é fundamental para a conclusão, bem como para elaboração do plano de tratamento e prognóstico^{7,9}. As características histológicas do CME incluem arranjos lobulares císticos e sólidos, permeados por um estroma conjuntivo fibroso, constituído de células mucosas, escamosas e do tipo intermediário. Podem ser divididos em três grupos: de baixo-grau, de grau intermediário e de alto-grau de diferenciação, baseado na proporção de tipos celulares presentes. Os tumores de baixo grau e grau intermediário são considerados menos agressivos do que aqueles de alto-grau, diferindo também nos aspectos clínicos e tratamento^{4,6,7}.

O tratamento de escolha para o CME consiste na excisão cirúrgica total da lesão^{3,4,6,11,13,17}, porém a intervenção cirúrgica depende da extensão da lesão. Em casos de tumores malignos das glândulas submandibulares, indica-se a retirada total da glândula salivar^{12,13} e a literatura ainda cita a associação de radioterapia após a cirurgia, como uma medida preventiva para os casos de CME de alto-grau ou em estágio avançado da doença^{11,12,16,17}.

A sobrevida dos pacientes portadores de CME varia de acordo com a graduação histológica do tumor e as condições de suas margens no momento do diagnóstico. Segundo Fletcher²⁰, dos pacientes portadores de CME de alto-grau a

recorrência ocorre em 50% dos casos, enquanto que lesões de baixo-grau apresentam recorrência de 12%. A taxa de sobrevida de 10 anos é de 95% para lesões de baixo-grau e 35% para lesões de alto-grau. Para Bell¹⁶ há expectativa de sobrevida de 5 anos em 37% dos tumores de alto-grau e de 90% para aqueles de baixo-grau.

RELATO DE CASO

Paciente M.A.S., 52 anos, gênero feminino, procurou atendimento na Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araraquara com queixa de aumento volumétrico em assoalho bucal, com evolução de três semanas. Relatou aumento progressivo nas dimensões da lesão ao longo deste período, acompanhada de sintomas alérgicos esporádicos, especialmente durante as refeições.

Ao exame físico extra-oral apresentava-se com assimetria facial, às custas de aumento de volume em região submandibular direita, sem comprometimento dos linfonodos cérvico-faciais à palpação. Ao exame físico intra-oral, observou-se aumento de volume nodular em assoalho bucal direito, bem delimitado, de consistência sólida e doloroso à

palpação, na região correspondente aos pré-molares e molares, medindo cerca de 2 cm em seu maior diâmetro. A mucosa subjacente encontrava-se com aspecto semelhante à mucosa normal e o ducto de Wharton apresentava-se com aparência normal.

Foram realizados exames radiográficos oclusal e panorâmico e ultra-som que apresentou-se dentro do padrão de normalidade. Foi solicitada uma punção aspirativa por agulha fina, mas que não pode ser realizada pela indisposição deste recurso pelo Serviço Único de Saúde na região.

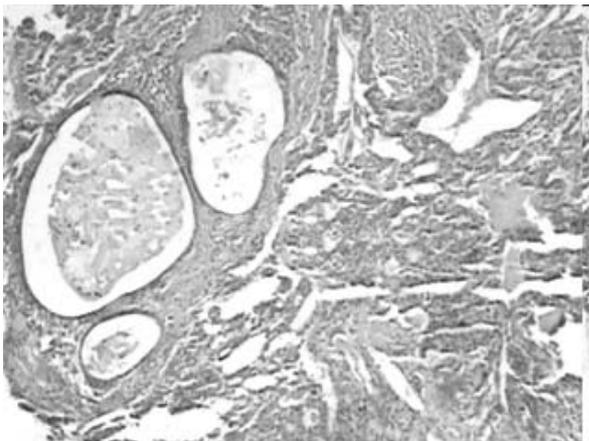
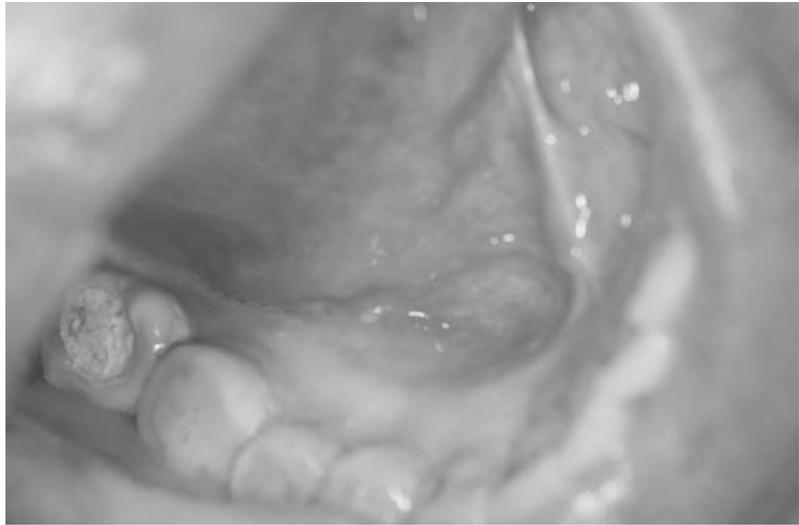
A paciente foi então submetida a procedimento cirúrgico sob anestesia geral para biopsia de lesão. Foi realizada uma incisão sobre a mucosa bucal estendendo-se da região de segundo molar a primeiro pré-molar, paralela ao ducto de Wharton. Após a exposição da glândula sublingual constatou-se que a lesão estava em íntima relação com o parênquima glandular e apresentava aspecto encapsulado. Optou-se então por uma biopsia excisional, e o material foi encaminhado para análise microscópica. O resultado sugeriu para um carcinoma mucoepidermóide de baixo grau, com células mucosas predominantes e presença de células epidermóides.(Fig.5)



Fotos: Nicolau Conte Neto



fotos: Nicolau Conte Neto



Nicolau Conte Neto

Durante o pós-operatório a paciente apresentou-se sem queixas algicas. O sítio apresentava-se em processo de cicatrização, sem sinais e sintomas de infecção. A paciente foi encaminhada para avaliação oncológica.

DISCUSSÃO

O carcinoma adenóide cístico e o carcinoma mucoepidermóide são as entidades mais freqüentes^{9,12,15} e a glândula parótida o sítio mais acometido^{3,4,9,16} o que difere em parte do caso clínico relatado, pois embora se trate de um tumor freqüente, está acometendo a glândula sublingual,

que segundo Ito¹⁴ é um local de baixa prevalência para tumores de glândula salivar.

O carcinoma mucoepidermóide de glândulas salivares exibe uma prevalência pelo gênero feminino^{4,6,9,13} em pacientes entre a 3^o e 5^o décadas de vida, sem predileção por raça^{11,13,14,15,16,17}. O caso clínico relatado corrobora estes dados observados na literatura, uma vez, que a paciente em questão é do gênero feminino, encontrando-se na 6^o década de vida.

Clinicamente, a paciente apresentou um aumento de volume nodular em assoalho bucal, sólido, fixo e doloroso à palpação, de rápida evolução; o que está de acordo com a literatura consultada, exceto pelo fato de ser uma lesão sintomática, visto que em assoalho bucal tendem a ser assintomáticos^{4,11}.

O processo diagnóstico é realizado por meio de uma associação entre exames clínico e complementares, como radiografias, ultra-som, P.A.A.F e biópsia, sendo esta última ferramenta essencial para conclusão^{7,9}, onde se pode observar os arranjos lobulares císticos e sólidos, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso, apresentando células mucosas, epidermóides e intermediárias^{4,6,7}. No caso clínico relatado, optou-se pela mesma conduta apresentada pela literatura, exceto pela P.A.A.F, recurso este indisponível pelo Sistema Único de Saúde da região. O diagnóstico foi realizado pela

análise histológica verificando-se a presença de um C.M.E de baixo grau, caracterizado pela presença de espaços císticos com predomínio de células mucosas e epidermóides juntamente à ausência de mitoses.

O tratamento de escolha para o CME consistiu na excisão cirúrgica total da lesão, uma vez que a paciente é adulta e com lesão primária de pequenas proporções, o que está em congruência com os relatos literários pesquisados^{3,4,6,11,13,17}.

O prognóstico dos pacientes com C.M.E depende do estágio clínico, graduação histológica, idade do paciente e presença de metástases cervicais. A sobrevida para o CME de baixo-grau é de 90% em um prazo de 5 anos e de 95% em 10 anos, além de possuir menor incidência de metástases distantes se comparados ao CME de alto-grau^{16,20}. O prognóstico esperado para o caso clínico relatado é favorável uma vez que trata-se de uma lesão primária, de baixo-grau e sem metástases cervicais, estando a paciente com 6 meses de pós-operatório sem sinais ou sintomas de recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPOS, A.C.de; GALLETTA, V.P. ; ARAUJO, N.S. de.; COSSERMELLI, W. Biópsia de Glândulas Salivares. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.**, v. 35, n.4, p.304-308, 1981.
2. AUCLAIR P.L.; GOODLE, R.K. ; ELLIS G.L. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. **Cancer**, v.69, p. 2021-2030, 1992.
3. LOYOLA, A.M.; ARAÚJO, V.C.de. Carcinoma Mucoepidermóide: Estudo Clínico e Histológico. **RPG Rev. Pós-Grad.**, v. 3, n.2, p.115-121, abr./mai./jun. 1996.
4. MANGANARO, A.M. ; WILL, M.J. ; RAGNO, J.R.; HOLTON, J.B. Red-Blue Lesion of the Hard Palate. **J Oral Maxillofacial Surgery**, v. 55, p.159-165, 1997.
5. FRANZI, S.A.; CARVALHO, M.B de. Carcinoma Mucoepidermóide Avançado das Glândulas Salivares. **Rev. Bras. Cancerol**, v.43, n.4, p.273-80, out./dez. 1997.
6. PURICELLI, E. ; PONZONI, D.; PESCHKE, R. ; BARALDI, C.E. Carcinoma Mucoepidermóide no Palato: revisão de literatura e relato de um caso em paciente jovem. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v.39, n.2, p.8-10, dez. 1998.
7. SOBRAL, A.P.V.; KOWASLKI, L.P. ; ARAÚJO, N.S. de ; ARAÚJO, V. C. de; Gradação Histológica do Carcinoma Mucoepidermóide em Glândulas Salivares Maiores e Menores. **RPG Rev.Pós-Grad.**, v. 8, n.4, p.334-338, out./dez. 2001.
8. GUZZO M.; ANDREOLA, S.; SIRIZZOTTI, G.; CANTU, G. Mucoepidermoid Carcinoma of Salivary Glands: Clinicopathologic Review of 108 Patients Treated at the National Cancer Institute of Milan. **Annals of Surgical Oncology**, v.9, n.7. p. 688-695, 2002.
9. SANTOS, G. da C.; MARTINS, M. R. ; PELLACANI, L.B. ; VIEIRA, A.C.T.; NASCIMENTO, L.A.; ABRAHÃO, M. Neoplasias de Glândulas Salivares: estudo de 119 casos. **J. Bras. Patol. Med. Lab**, v.39, n.4, p.371-375, 2003.
10. MONOO K. ; SAGESHIMA M. ; ITO, E. ; NISHIRIHA, S. ; ISHIKAWA, K. Histopathological Grading and Clinical Features of Patients with Mucoepidermoid Carcinoma of the Salivary Glands. **Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho**, v. 106, n.3, p. 192-198, 2003.
11. BORTOLUZZI, M.C. ; FRANCO, F. ; FIGUEIREDO, M.A.Z de.; YURGEL, L.S.; CHERUBINI,K. Carcinoma Mucoepidermóide: Relato de Dois Casos. **Rev. Bras. Patol. Oral**, v.2 , n.4 , p.7-12, out./dez. 2003.
12. RINALDO, A.; SHARA, A.R.; PELLITTERI, P.K.; BRADLEY, P.J.; FERLITO, A. Management of Malignant Sublingual Salivary Gland Tumors. **Oral Oncol**; v.40, p.2-5, jan. 2004.
13. ANTUNES, A.A.; ANTUNES, A.P. Tumores das Glândulas Salivares Maiores: Estudo Retrospectivo. **Rev. Bras. Patol. Oral**; v.4, n.1, p.2-7, jan./abr. 2005.
14. ITO, F.A.; ITO, K.; VARGAS, P.A.; de ALMEIDA, O.P.; LOPES, M.A.; Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases, **J Oral Maxillofac.Surg**. v.34, p.533-536, 2005.
15. KOKEMUELLER, H.; BRUEGGEMANN, N.; SWENNEN, G.; ECKARDT, A.; Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands – clinical review of 42 cases, **Oral Oncology**, v.41, p.3-10, 2005.
16. BELL, R.B.; DIERKS, E.J.; HOMER, L. ; POTTER, B.E. ; Management and Outcome of Patients with Malignant Salivary Gland Tumors, **J Oral Maxillofac. Surg**, v. 63, p.917-928, 2005.
17. TRIANTAFILLIDOU, K.; DIMINRAKOPOULOS, J.; IORDANIDIS, F. ; KOUFOGIANNIS, D. Mucoepidermoid Carcinoma of Minor Salivary Glands: a clinical study of 16 cases and review of the literature. **Oral Disease**, v.12, n.4, p.364-70, jul. 2006.
18. BOERNER, S.L. Patterns and Pitfalls in fine needle aspiration of Salivary gland. In: Mini-Symposium: **Head and Neck Pathology**; Current Diagnostic Pathology, v.9, p.339-654, 2003.
19. THACKRAY, A.C ; LUCAS, R.B. Atlas of Tumor Pathology - Tumors of the Major Salivary Glands. Fascicle 10. 2 ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology p. 69-80.
20. FLETCHER, C.D.M. ; Diagnostic Histopathology of Tumors. V.1. 2 ed. Boston: Churchill Livigstone p. 263-267. Cap.7.

Recebimento: 20/2/08

Aceito: 18/4 /08

Endereço para correspondência:

Autor principal: Valfrido Antonio Pereira Filho

End. : Rua Humaitá, n.1680, 2º andar

Centro • Cep: 14801-390

e-mail: dinho@foar.unesp.br

Tel.: (016)3301-6359