

Carcinoma mucoepidermóide no palato: revisão da literatura e relato de um caso em paciente jovem.

Mucoepidermoid carcinoma of the palate: review of the literature and report of a case in young patient.

Edela Puricelli.^{*NR}
Deise Ponzoni.^{**}
Rosmeri Peschke.^{***}
Carlos Eduardo Baraldi.^{**}

RESUMO

O carcinoma mucoepidermóide (CM) é o mais comum dos tumores malignos de glândula salivar. Apresenta, após o tumor misto, a maior ocorrência entre todos os tumores de glândula salivar. O CM é composto por uma variedade de tipos celulares. A aparência inócua do neoplasma dificulta o diagnóstico diferencial com outras lesões benignas, como o cisto de retenção salivar, hemangioma, nevos ou processos císticos. Este artigo relata um caso de CM em paciente jovem, masculino, com 20 anos de idade, submetido a tratamento cirúrgico, seguido de braquiterapia.

UNITERMOS

Carcinoma mucoepidermóide, glândulas salivares menores, paciente jovem.

INTRODUÇÃO

O carcinoma mucoepidermóide (CM) é o neoplasma maligno mais comum de glândula salivar, tanto nas glândulas maiores, como nas menores¹. É composto predominantemente por células secretoras de muco e células do tipo epidermóide, em proporções variáveis. Sua incidência é maior entre a segunda e oitava décadas de vida, com idade variando entre 43 e 52 anos^{1,2,10,11}. Há discreta preferência pelo sexo feminino^{2,4,5,6,7,8,11,12,13,18}. Sua localização mais comum é a glândula parótida. EVERSOLE⁶ revisando 815 casos, encontrou 67.5% das lesões em glândulas salivares maiores, dos quais 89.6% na parótida. AUCLAIR e ELLIS² revisaram 1.701 casos da doença, com 85.5% ocorrendo também na parótida.

Nas glândulas salivares menores, o sítio bucal de maior incidência é o palato, com freqüências em torno de 40%^{2,6}. A maior parte das lesões é encontrada no palato duro^{4,17}. Outras áreas bucais afetadas, em ordem decrescente de freqüência, são: mucosa bucal, gengiva livre, língua, região retromolar, assoalho de boca e lábios. O carcinoma mucoepidermóide da mandíbula (intraósseo) também é citado².

A doença foi descrita pela primeira vez por STEWART, FOOTE e BECKER²¹, em 1945, com o nome de tumor mucoepidermóide. Classificaram o mesmo em duas variedades – uma benigna e outra maligna – de acordo com sua natureza clínica e características histológicas. SPIRO et al.¹⁸, estudaram 367 casos da lesão, envolvendo glândulas salivares maiores e menores, sendo

descritos como “tumores mucoepidermóides” malignos. Atualmente, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o termo “tumor mucoepidermóide” foi substituído por carcinoma mucoepidermóide. Todas as suas variedades são potencialmente capazes de desenvolver metástases, indiferentemente de sua aparência macroscópica ou histológica¹⁶.

O CM manifesta-se geralmente como uma massa submucosa, de coloração azul ou vermelho-púrpuro, podendo apresentar flutuação^{2,12,14}. A cor azul é atribuída, em parte, aos espaços císticos que podem conter sangue, produtos necróticos ou ectasias vasculares. A flutuação é característica de lesões de baixo grau de malignidade, que formam cavidades císticas contendo muco. Ulceração na mucosa pode ser observada^{4,7,18}.

Três tipos celulares constituem a neoplasia: células mucosas, intermediárias e epidermóides.

O grau de malignidade do CM alerta à agressividade do tumor e, conseqüentemente, seu tratamento. Os de grau de malignidade baixo e intermediário são considerados de menor agressividade.

O CM de grau de malignidade baixo geralmente contém espaços císticos revestidos em parte por células cubóides ou por colunares muco-secretoras. Predominam células secretoras de muco. As células epidermóides e intermediárias presentes geralmente não apresentam pleomorfismo nuclear ou mitoses. O CM de grau de malignidade intermediário é caracterizado por áreas mais sólidas de células basais e intermediárias. Células mucosas, de difícil identificação, podem aparecer com

citoplasma claro. Espaços císticos, quando presentes, tendem a ser menores que nos tumores de baixo grau. Atipia nuclear e mitoses não são comuns². O CM de grau de malignidade alto contém menos de 10% de áreas císticas. Ocasionalmente exibe áreas de necrose^{5,16}.

O tumor é capaz de infiltrar-se nos tecidos vizinhos, ou de desenvolver metástases distantes, principalmente em linfonodos. Metástases pulmonares, ósseas ou no cérebro também podem ocorrer¹⁸. O risco de metástase é maior quando a lesão primária é maior que 2 cm de diâmetro¹¹.

O tratamento depende do estadiamento do tumor, seu grau de malignidade e da presença ou não de metástases nodais. As lesões de baixo e intermediário grau de malignidade devem ser tratadas através de ampla excisão local. Ressecção óssea está indicada quando houver evidência de erosão cortical. Lesões de alto grau de malignidade, por sua vez, exigem abordagens mais agressivas, combinando uma excisão local ampla, esvaziamento linfático e radioterapia complementar^{3,7}.

RELATO DO CASO

O paciente D. R. L., 20 anos, sexo masculino, leucoderma, procurou atendimento na disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UFRGS em março de 1998. Ao exame clínico apresentava abaulamento da região média e posterior do palato, lado esquerdo, com cerca de 4.0 cm no sentido ântero-posterior, de consistência resiliente e dolorosa à palpação. A mucosa de revestimento da área

NR *Doutora pela Universidade de Düsseldorf, Alemanha; Profa. do Depto. de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Odontologia, UFRGS; Chefe da Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, Porto Alegre, RS.

**Acadêmicos de Mestrado em Odontologia, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre, RS.

***Acadêmica de Mestrado em Odontologia, Área de Concentração em Patologia Bucal, Faculdade de Odontologia, UFRGS, Porto Alegre, RS. Correspondência: Caixa Postal 1118, CEP 90001-970, Porto Alegre, RS, Brasil.

apresentava-se normal (Fig. 1). Relatou que o processo iniciara há 2 anos. Na exploração da cadeia linfática, não se observou sinal clínico objetivo ou subjetivo de alteração.

Ao exame radiográfico panorâmico e de Waters, observou-se velamento do seio maxilar esquerdo. A radiografia oclusal demonstrou imagem compatível com lesão expansiva com deslocamento do assoalho do seio maxilar, estendendo-se na região média e posterior do palato duro do lado esquerdo. A tomografia computadorizada (TC) indicou lesão expansiva, deslocando as estruturas ósseas adjacentes – palato duro, parede medial do seio maxilar, rebordo alveolar e assoalho nasal do lado esquerdo – sem erosão das mesmas. A lesão, com dimensão de 1.9 x 2.6 x 2.0 cm, tinha densidade de tecidos moles (Fig. 2). Foram observadas ainda lesões polipóides em ambos os seios maxilares, compatíveis com pseudocistos de retenção de muco, de origem inflamatória.

A biópsia por punção aspirativa teve como resultado secreção muco-sanguinolenta. Como diagnóstico diferencial o adenoma pleomórfico e o cisto de retenção salivar devem ser lembrados. A biópsia incisional e o exame histopatológico do material obtido não foram conclusivos.

Desta forma, indicou-se a excisão da lesão, com exame anátomo-patológico por congelamento, já no transcirúrgico. Sob efeitos de anestesia geral, realizou-se a remoção cirúrgica da lesão, com margem de segurança. O exame anátomo-patológico por congelamento foi realizado em fragmentos de tecido removidos dos bordos residuais de diferentes limites anatômicos do processo. Não se detectaram células neoplásicas em qualquer dos fragmentos. Posteriormente, a peça foi submetida a exame anátomo-patológico de rotina, com diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide de baixo grau de malignidade, com limites cirúrgicos livres.

Previamente à intervenção cirúrgica, foi confeccionada prótese parcial removível para reabilitação imediata do paciente, junto à Unidade de Prótese Buco-Maxilo-Facial da UFRGS. Esta prótese foi adaptada e instalada imediatamente após o término do ato cirúrgico, recobrimo o palato e protegendo a ferida operatória tamponada. A mesma permitiu ao paciente perfeitas funções fonéticas e de deglutição no pós-operatório. Conferiu ainda proteção à ferida durante o período de cicatrização em segunda intenção (Fig. 3). O

paciente utilizou a prótese até o fechamento completo da ferida, aos 60 dias pós-operatórios (Fig. 4).

Visando diminuir o risco de recidiva do processo tumoral, indicou-se ainda braquiterapia como tratamento coadjuvante.

O paciente encontra-se, aos 7 meses pós-operatórios, livre de recidiva. Controles regulares são realizados, através de exames clínicos locais e sistêmicos, radiografias e tomografias computadorizadas.

DISCUSSÃO

As características embriológicas, histológicas e anatômicas da cavidade bucal, associadas aos fatores ambientais, proporcionam inúmeras oportunidades para o desenvolvimento de lesões que podem ou não apresentarem sintomatologia. O palato é uma área da cavidade bucal onde lesões de diferentes naturezas são encontradas. A localização anatômica da lesão, suas características clínicas e a associação de exames por imagem conduzem ao diagnóstico inicial.

Os tumores de glândulas salivares menores são as neoplasias mais importantes e representam 70 a 90% dos casos²³. Cerca de 50% destas lesões de glândulas salivares menores localizadas no palato são neoplasmas malignos.

O CM é o neoplasma maligno de glândula salivar mais comum e de maior incidência no palato^{1,4,6,15,17,20,22}.

No caso relatado, a idade do paciente e as características superficiais da lesão não sugeriam, num primeiro momento, tratar-se de patologia maligna. A imagem clínica benigna do CM, freqüentemente leva ao diagnóstico de adenoma pleomórfico ou outras lesões, incluindo cistos de retenção de muco, hemangiomas, nevos e processos císticos. Esta lesão, quando localizada em mucosa bucal, assoalho de boca, lábio e área retromolar, comumente se apresenta como uma massa submucosa assintomática. Lesões de língua, ao contrário podem apresentar sintomatologia como disfagia, dor e sensação de corpo estranho¹¹.

O quadro microscópico revelou presença de muitas células mucóides e células epidermóides revestindo espaços císticos. Discreto infiltrado inflamatório linfo-plasmocitário, tecido conjuntivo fibroso e áreas de hemorragia também foram encontrados. A diferenciação histológica é fundamental, pois define o tratamento e conduz o

prognóstico. A presença de espaços císticos e predomínio de células colunares ou cubóides secretoras de muco caracterizaram a lesão como um CM de baixo grau de malignidade (Fig. 5A e 5B). EVERSOLE et al⁷ relacionaram o grau de malignidade histológica da lesão com a presença de metástases linfáticas, observando que em lesões de baixo grau não ocorriam metástases.

Apesar do diagnóstico de CM de baixo grau, por se tratar de um paciente jovem, e de uma lesão primária de grandes proporções, indicou-se braquiterapia complementar, iniciada aos 2 meses pós-operatórios. A braquiterapia é uma modalidade de tratamento radioterápico menos invasivo, proporcionando menos seqüelas aos tecidos circunvizinhos à área de aplicação.

As maiores recorrências da lesão ocorrem no primeiro anos após a intervenção¹⁹. Porém, casos de recorrência são descritos na literatura, até 20 anos após a cirurgia^{12,19}. Desta forma, pacientes com diagnóstico de CM deverão ser acompanhados por longo tempo⁹.

O tratamento de tumores malignos, especialmente em pacientes jovens, ultrapassa as técnicas de tratamento oncológico (ressecção tumoral, quimioterapia, radioterapia) para cura do tumor. Nas ressecções ósseas, a reconstrução funcional tem como objetivo reabilitar o paciente, favorecendo o equilíbrio estético da face e oferecendo-lhe condições para o convívio social.

AGRADECIMENTOS

Serviço de Patologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA.

SUMMARY

Mucoepidermoid carcinoma is the most common malignant salivary gland neoplasm. It presents, after the mixed tumor, the highest frequency of occurrence among all salivary gland tumors. It is composed of a variety of cell types. The innocuous appearance of the mucoepidermoid carcinoma often leads to a benign differential diagnosis, including mucous retention cysts, haemangioma, nevus or cystic processes. This paper reports a case in a male young patient 20 years-old, treated surgically and followed by braquiterapy.

KEYWORDS

Mucoepidermoid carcinoma, minor salivary glands, young patient.

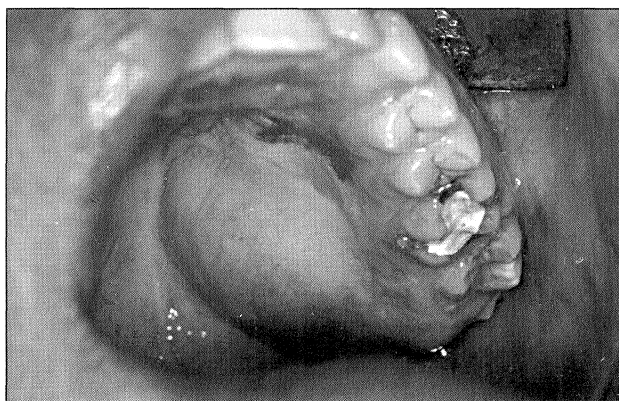


Fig. 1 - Aspecto clínico inicial do paciente, apresentando importante abaulamento que se estende do rebordo alveolar até a linha mediana do palato, lado esquerdo, recoberto por mucosa de aparência normal. Extensão ântero-posterior de 4.0 cm.



Fig. 2 - Observa-se tomografia computadorizada em corte axial. Observa-se imagem de lesão expansiva, circunscrita no palato, lado esquerdo, comprimindo o rebordo alveolar e a parede medial do seio maxilar.

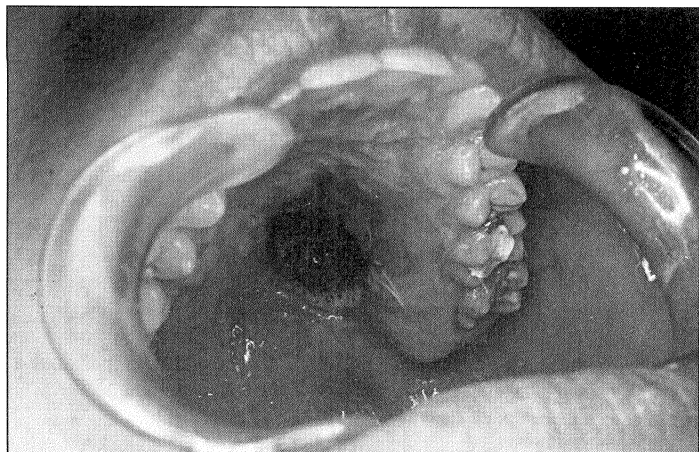


Fig. 3 - Aspecto clínico pós-operatório de 21 dias. Observa-se evolução do processo de cicatrização por segunda intenção.

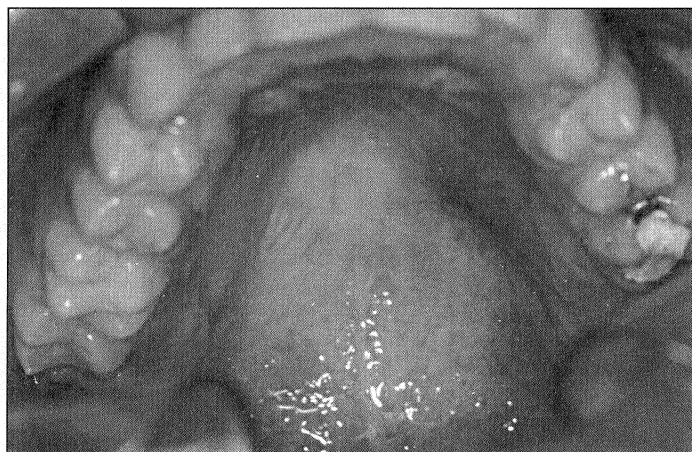


Fig. 4 - Aspecto clínico de 60 dias pós-operatórios. Observa-se a completa cicatrização do palato, com recuperação de sua anatomia.



Fig. 5A - Aumento de 100x.



Fig. 5B - Aumento de 400x.

Observam-se espaços císticos com material mucóide em seu interior (1), circundados por células predominantemente mucosas (2) e células epidermóides (3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AUCLAIR, P. L.; GOODE, R. K.; ELLIS, G. L. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer*, New York, v.69, n.8, p.2021-2030, Apr. 1992.
2. AUCLAIR, P.; ELLIS, G. L. Mucoepidermoid carcinoma. In: ELLIS, G. L.; AUCLAIR, P. L.; GNEPP, D. R. *Surgical pathology of the salivary glands*. London: Saunders, 1991. Cap.16, p.269-298.
3. CHOU, C.; ZHU, G.; LUO, M. et al. Carcinoma of the minor salivary glands: results of surgery and combined therapy. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.54, n.4, p.448-453, Apr. 1996.
4. ENEROTH, M. A.; HJERTMAN, L.; MOBERGER, G. Mucoepidermoid carcinoma of the palate. *Acta Otolaryngol*, Oslo, v.70, p.408-418, Nov/Dec. 1970.
5. EVANS, H. L. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: a study of 69 cases with special attention to histologic grading. *Am. J. Clin. Pathol.*, v.81, n.6, p.696-701, 1984.
6. EVERSOLE, L. R. Mucoepidermoid carcinoma: review of 815 reported cases. *J Oral Surg*, v.28, p.490-494, July 1970.
7. EVERSOLE, L. R.; ROVIN S.; SABES, W. R. Mucoepidermoid carcinoma of the minor salivary glands: report of 17 cases with follow-up. *J. Oral Surg.*, v.30, p.107-112, Feb. 1972.
8. HEALEY, W. V.; PERZIN, K. H.; SMITH, L. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland

origin: classification, clinical-pathologic correlation, and results of treatment. *Cancer*, v.26, p.368-388, Aug. 1970.

9. MANGANARO, A. M. et al. Red-blue lesion of the hard palate. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.55, n.2, p.159-165, Feb. 1997.
10. NASCIMENTO, A. G. et al. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: a clinicopathologic study of 46 cases. *Head Neck. Surg.*, v.8, n.6, p.409-417, July/Aug. 1986.
11. OLSEN, K. D.; DEVINE, K. D.; WEILAND, L. H. Mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, v.89, n.5, p.783-791, Sept/Oct. 1981.
12. POGREL, M. A. The management of salivary gland tumours of the palate. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v.52, n.5, p.454-459, May 1994.
13. RIVERA-BASTIDAS, H.; OCANTO, R. A.; ACEVEDO, A. M. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. *J Oral Pathol Med*, v.25, n.1, p.1-4, Jan. 1996.
14. RUSSELL, E. A. Jr. Management of a mucoepidermoid carcinoma of the palate. *J. Oral Surg.*, v.41, n.4, p.436-440, Apr. 1976.
15. SCHNEIDER, A. B. et al. Salivary gland neoplasms as a late consequence of head and neck irradiation. *Ann. Intern. Med.*, v.87, p.160-164, 1977.
16. SEIFERT, G.; SOBIN, L. H. The World Health Organisation's histological classification of salivary gland tumors. A commentary on the second

edition. *Cancer*, v.70, n.2, p.379-385, July. 1992.

17. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. *Tratado de patologia bucal*. 4.ed. Interamericana: Rio de Janeiro, 1985. 837p.
18. SPIRO, R. H. et al. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. A clinicopathologic study of 367 cases. *Ann. J. Surg.*, v.136, n.4, p.461-468, Oct. 1978.
19. SPIRO, R. H. et al. Tumors of minor salivary origin: a clinicopathologic study of 492 cases. *Cancer*, v.31, p.117, Jan. 1973.
20. SPITZ, M. R.; BATSAKIS, J. G. Major salivary gland carcinoma. Descriptive epidemiology and survival of 498 patients. *Arch Otolaryngol*, v.110, n.1, p.45-49, Jan. 1984.
21. STEWART, F. W.; FOOTE, F. W.; BECKER, W. F. Mucoepidermoid tumors of salivary glands. *Ann. Surg.*, v.122, p.820-844, 1945.
22. TRAN, L. et al. Salivary gland tumors of the palate the UCLA experience. *Laryngoscope*, v.97, n.11, p.1343-1345, Nov. 1987.
23. WALDRON, C. A.; EL MOFTY, S. K.; GNEPP, D. R. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.*, v.66, n.3, p.323-333, Sept. 1988.

NR *Doutora pela Universidade de Düsseldorf, Alemanha; Profa. do Depto. de Cirurgia e Ortopedia, Faculdade de Odontologia, UFRGS; Chefe da Unidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, Porto Alegre, RS.