

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE: RELATO DE CASO

MUCOEPIDERMOID CARCINOMA: CASE REPORT

Diurianne Caroline Campos **FRANÇA**¹
 Elein Vitória Amorim **NOVELLI**²
 Tássia Franciela Natt **FERRARINI**²
 André Déstefani **MONTEIRO**³
 Alessandro Augusto Santana **SILVA**³
 Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de **AGUIAR**⁴

RESUMO

Trata-se de um relato de caso de Carcinoma Mucoepidermóide considerado um dos mais comuns tumores malignos das glândulas salivares. Usualmente tido como uma tumefação assintomática, especialmente no palato. O caso descrito ocorreu em paciente do sexo masculino, 37 anos, que compareceu a Clínica de Diagnóstico da Faculdade de Odontologia do Univag, queixando-se de um “caroço no céu da boca”, surgido há aproximadamente 5 anos. Ao exame físico intrabucal, observamos uma lesão nodular no palato duro, deslocada para o lado esquerdo, firme à palpação, recoberta por mucosa íntegra, com telangectasia, medindo aproximadamente 4 cm e exibindo formato ovalado e base sésil. O diagnóstico presuntivo foi Adenoma Pleomórfico. Após punção aspirativa e biópsia incisiva foi estabelecido o diagnóstico de Carcinoma mucoepidermóide de glândulas salivares menores. O paciente foi tratado cirurgicamente por excisão completa que histopatologicamente confirmou as margens livres. Após 1 ano e 3 meses de acompanhamento, o paciente passa bem, sem recidiva da doença. Os autores alertam que diante de situação semelhante, com presença de tumefações de palato duro a hipótese diagnóstica de Carcinoma Mucoepidermóide deve ser considerada pelo clínico, ainda que o tempo de evolução seja longo, como no caso em questão.

UNITERMOS : Glândulas Salivares Menores; Carcinoma Mucoepidermóide; Palato.

INTRODUÇÃO

O carcinoma mucoepidermóide (CME) considerado tipo raro de neoplasia de glândula salivar, foi estudado e descrito pela primeira vez, em 1945. Dentre os tumores malignos, é um dos mais comuns das glândulas salivares. Por seu elevado potencial biológico variável, originalmente foi denominado de tumor mucoepidermóide designação comumente utilizada¹⁰. Apresenta características histológicas de células escamosas atípicas apresentando produção focal de mucina. São raros e metastatizam por via linfática e hematogênica¹². Quanto à malignidade podem ser classificados em baixo, intermediário ou alto grau, baseando-se em cinco parâmetros: proporção de elementos císticos e sólidos, presença de invasão neural, necrose, anaplasia e taxa mitótica¹.

Alguns destes tumores possuem comportamento maligno e um segundo grupo atua de forma benigna. Entretanto, atualmente, concebe-se que mesmo os tumores de baixo grau de malignidade, ocasionalmente podem evoluir para um comportamento maligno. Os tumores de baixo grau apresentam 90% de sobrevida em 10 anos, enquanto os de alto grau 42% apenas¹.

Em termos epidemiológicos Brito et al.⁴, observaram com maior frequência a ocorrência do CME em pessoas do sexo feminino. De forma paradoxal há autores que relatam a ocorrência maior de CME em pessoas do sexo masculino⁵. Entretanto Loyola et al.⁹, afirmam existir uma distribuição igualitária entre ambos os sexos. A maioria dos autores^{3,9} dos artigos capturados e analisados indicam uma maior frequência em pacientes leucodermas, sendo que a média de idade dos pacientes é de 51 anos¹⁰.

¹ Doutoranda em Odontopediatria – Unesp/Araçatuba. Professora da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Estomatologista do CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais.

² Acadêmicas do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande - Univag.

³ Professores da Disciplina de Diagnóstico em Odontologia do Centro Universitário de Várzea Grande – Univag.

⁴ Professora Adjunto do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

O CME manifesta-se de forma, assintomática, com aumento volumétrico do palato, com características algumas vezes flutuantes, com coloração azul ou avermelhada, o que pode ser confundido clinicamente com mucocele¹³. Sua confirmação diagnóstica culmina por meio da biópsia e exame histopatológico ou imunoistoquímico. Desta forma deve-se evitar investigações diagnósticas demoradas e onerosas que apenas retardam o início do tratamento e prejudicam o prognóstico¹⁵. O tratamento precoce de tumores malignos de glândulas salivares menores, consiste na excisão cirúrgica completa, obtendo margens cirúrgicas adequadas¹³. Ressaltamos que a cirurgia com ressecção de estruturas adjacentes é o método mais efetivo do tratamento de neoplasias de glândula salivares malignas, apesar de esta cirurgia produzir grandes defeitos de tecido, bem como prejuízo funcional, normalmente afetando a qualidade de vida do paciente⁶.

Assim, o prognóstico desfavorável pode ser influenciado pelo grau tumoral, invasão óssea, ausência de tumor nas margens cirúrgicas, idade maior de 60 anos, dor, metástase cervical e paralisia facial.

Considerando os aspectos aqui abordados o presente artigo refere-se a um relato de caso de carcinoma mucoepidermóide diagnosticado no Univag – Centro Universitário de Várzea Grande/MT, com discussão dos resultados obtidos com os relatos da literatura.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 37 anos de idade, feoderma, compareceu a Clínica de Diagnóstico da Faculdade de Odontologia do Univag, referindo ter um “caroço no céu da boca”, com tempo de evolução de aproximadamente 5 anos, de crescimento lento e contínuo, sem qualquer sintomatologia. Relatou ter procurado anteriormente avaliação odontológica por vários profissionais que, equivocadamente o diagnosticaram portador de torus palatino. Na anamnese relatou ter sido etilista por 25 anos, abandonando o hábito há 8 anos, porém negou ser tabagista.

Ao exame extrabucal (Figura 1) o paciente apresentava-se em bom estado geral, normocorado, hidratado, eupneico, linfonodos da região da cabeça e pescoço apresentavam-se não palpáveis, com aspecto normal. Apresentava hipertensão arterial leve. Ao exame intrabucal, evidenciou-se uma tumefação na região esquerda do palato duro (Figura 2), de consistência firme, recoberta por mucosa íntegra, de superfície lisa, medindo aproximadamente 4 cm, exibindo formato ovalado com base sésil. Na superfície da mucosa com coloração hiperemiada, sem sinais inflamatórios, apresentando telangectasia.

Os exames de imagiologia solicitados foram radiografia oclusal de maxila, periapical e panorâmica. A imagem apresentava-se radiopaca com densidade

de partes moles situada em nível de palato, aproximadamente na linha média, apresentando limites bem discretos (Figura 3).

A hipótese diagnóstica foi Adenoma Pleomórfico, para confirmação diagnóstica foi feita punção aspirativa coletando material mucóide e biópsia incisional. O exame histológico revelou a presença de parênquima do câncer das glândulas salivares, consistindo em estruturas ductiformes de tamanhos variáveis, células epidermóides e mucóides, lembrando células ductais, compondo o parênquima e exibindo atipias, caracterizada pelo pleomorfismo celular cujo diagnóstico foi de carcinoma mucoepidermóide das glândulas salivares menores (Figura 4). O paciente foi encaminhado ao médico cirurgia de cabeça e pescoço, que realizou a ressecção cirúrgica da lesão. Atualmente, o paciente encontra-se com desconforto ao alimentar-se e ao falar, devido à comunicação bucossinusal (Figura 5). O tratamento encontra-se na fase protético reabilitadora. Registra-se que nenhum sinal de recidiva local regional ou à distância tem sido observado nos 15 meses após a cirurgia (Figura 6).



Figura 1: Exame clínico extraoral, sem alterações faciais evidentes



Figura 2: Lesão em região posterior do palato, entre o palato duro e palato mole, nodular com base sésil, rígida a palpação, com telangectasia.

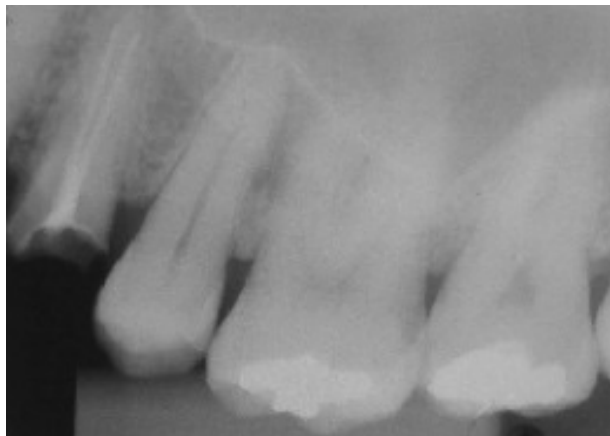


Figura 3: Radiografia periapical mostrando região de pré-molares e molares superiores esquerdos, com discreta imagem radiopaca na região do palato duro.

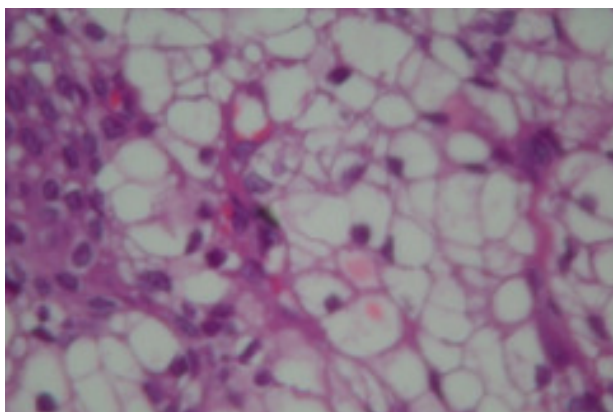


Figura 4: Carcinoma mucoepidermóide mostrando células epidermóides, intermediárias e mucosas



Figura 5: 1 ano e 3 meses após a remoção total da lesão.

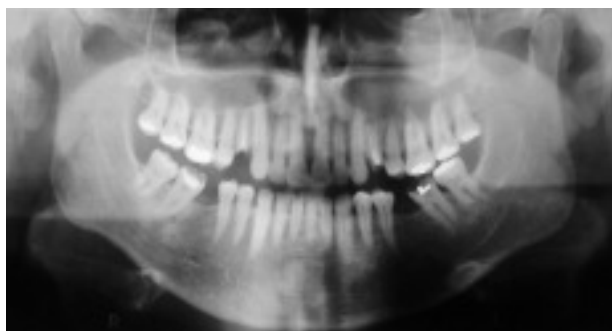


Figura 6: Radiografia panorâmica 1 ano e 3 meses após a ressecção cirúrgica mostrando reparação óssea discreta.

DISCUSSÃO

Segundo Bernardes², entre as neoplasias de glândulas salivares, o CME é considerado o tumor maligno mais comum, compreendendo 2,8 a 15,5% do total de neoplasias e entre 12 e 29% das neoplasias malignas.

Hattori⁷, que estudando 59 pacientes com diagnóstico de carcinoma de glândulas salivares, observou que trinta e quatro pacientes (57,6%) eram do sexo masculino contra 25 (42,4%) do sexo feminino. Em relação à raça 50 (84,7%) eram da raça branca e 9 (15,3%) das demais. A idade no momento da cirurgia variou de 10 a 75 anos, com média de 51 anos. Estes achados vão ao encontro deste estudo de caso o que difere dos achados de Bernardes², que analisando 32 casos observou maior prevalência do CME em pessoas do sexo feminino, correspondendo a 78,1%. A análise quanto à idade revelou maior ocorrência entre pessoas na faixa etária de 21 e 40 anos (46,9%), sendo que o palato apresentou-se como o local mais acometido (65,6%).

Os resultados do nosso estudo de caso coincidem com os resultados encontrados por Kolude et al.⁸, no que tange à localização do CME que ao analisar 34 pacientes com diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide, observaram que 25% do CME ocorreram em glândulas salivares menores e a maioria no palato. Dedivitis e Pfuetzenreiter⁵, também observaram que os carcinomas mucoepidermóides são mais comuns no palato. Pires et al.¹⁴, observaram que os CME afetam especialmente adultos jovens, e usualmente se manifestam como aumento de volume de evolução lenta, normalmente assintomáticos, mas que eventualmente podem estar associados à ulceração superficial, situação observada neste estudo de caso sete dias após a realização da biópsia incisional.

Segundo Barcellos et al.¹, o tratamento do CME é baseado no grau de malignidade do tumor, extensão tumoral e nas condições gerais do paciente. Devese realizar ressecção cirúrgica ampla, seguida de radioterapia pós-operatória para os tumores de intermediário e alto grau, sendo aceitável apenas a cirurgia em tumores de baixo grau, o que aconteceu no caso relato.

O diagnóstico, na maior parte dos casos, é tardio e os pacientes com tumores orais chegam aos consultórios odontológicos apresentando lesões avançadas ou inoperáveis cirurgicamente. Considerando que a cavidade oral é de fácil acesso e visualização, torna-se inaceitável que o diagnóstico seja realizado tão tardiamente.

O estágio evolutivo da lesão no momento do diagnóstico é importante, pois nos casos mais avançados, o tratamento é mais complexo e o prognóstico sombrio¹¹. No estudo de caso aqui apresentado, apesar da demora em procurar tratamento, o resultado alcançado foi satisfatório com a cura do paciente.

CONSIDERAÇÃO FINAL

A partir do resultado alcançado podemos inferir que é imprescindível a sensibilização e a capacitação dos cirurgiões dentistas quanto ao exame minucioso e detalhado do sistema estomatognático, objetivando a prevenção e diagnóstico precoce das lesões orais, e consequentemente cirurgias menos invasivas e uma melhor qualidade de vida ao paciente.

ABSTRACT

The Mucoepidermoid Carcinoma is one of the most common malignant tumor of salivary glands, and, usually, presents itself as an asymptomatic tumefaction, especially on the palate. Our study group presents a case on a 37-year-old male patient, who came to the Diagnostic Clinic Faculty of Dentistry at UNIVAG, complaining himself of a "node on the roof of mouth", which had appeared about 5 years ago. Within the intra mouth physical exam, we noticed a lymph node on the hard palate, bent to the left side, consistent to the touch, covered by integral membrane, with telangectasia, measuring about 4 cm and showing oval formatted and sessile base. The presumptive diagnoses given was of Pleomorphic Adenoma. However after the aspiration punction and the incisional biopsy we had the diagnostic of Mucoepidermoid Carcinoma of minor salivary gland. The patient was surgically treated by complete excision that histopathologically confirmed the tumor-free margins. Therefore, the previous diagnostic hypothesis must be taken into consideration on dentists' decision making, in view of tumefaction on hard palate, even if for long time of evolution, as the case here reported. After a year and three months following-up this case, the patient now is well and with no recidive of the disease

UNITERMS: Salivary Glands, Minor; Carcinoma, Mucoepidermoid; Palate.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Arlindo Aburad pela cessão da imagem do exame histopatológico utilizada neste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Barcellos AN, Carvalho CP, Teixeira DC, Machado JAvP, Barreiros AC, Barcellos TN. Um caso Raro de Carcinoma Mucoepidermóide de Septo Nasal. Arq Int Otorrinolaringol. 2008; 12(4): 582-6.
- 2-Bernardes VF. Carcinoma Mucoepidermóide de glândulas salivares: Características clinicopatológicas e imunoexpressão de C-ERBB-2, MG. Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós graduação. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- 3-Bhaskar SN, Bernier JL. Mucoepidermoid tumors of major and minor salivary glands. Clinical features, histology, variations, natural history, and results of treatment for 144 cases. Câncer. 1962; 15(4): 801-17.
- 4-Brito AJP, Fava AS, Makowiecky M, Sartini AL, da Costa GP, Montoro JRMC. Aspectos clínicos e histopatológicos de tumores de palato mole. Arq Int Otorrinolaringol, São Paulo 2008; 12(2): 179-82.
- 5-Dedivitis RA, Júnior Pfuetzenreiter EG. Abordagem dos tumores de glândulas salivares menores. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2006; 35(4): 214-16.
- 6-Hirota SK, Penha SS, Lehn CN, Sugaya NN, Migliari DA. Quality of life in patients submitted to surgical treatment for minor salivary gland neoplasms. Braz Oral Res 2007; 21(4): 375-9.
- 7-Hattori Junior M. Fatores prognóstico em carcinomas em glândulas salivares recidivados submetidos à cirurgia de resgate. Dissertação apresentada Faculdade de medicina da universidade de São Paulo para a obtenção do título de mestre em ciências. São Paulo, 2007.
- 8-Kolude B, Lawoyin JO, Akang EE. Mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity. J Nat Med Assoc. 2001; 93: 178-84.
- 9-Loyola AM, de Araújo VC. Carcinoma mucoepidermóide: estudo clínico e histológico. RPG Ver. Pós-grad. 1996; 3(2):115-21.
- 10-Luís CM, Israel MS. Carcinoma mucoepidermóide: revisão de literatura. R. Ci Méd Biol 2007; 6(2): 219-22.
- 11-Martins, MAT, Marques, FGOA, Pavesi VCS, Ramão MMA, Lascale CA, Martins MD. Avaliação do conhecimento sobre o câncer bucal entre universitários. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2008; 37(4): 191-97.
- 12-Melo Júnior BC, Mota LAA, Mello RJV. Carcinoma mucoepidermóide cutâneo primário na região cervical. Clín Científ. 2005; 4 (2): 133-35.
- 13-Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 14-Pires FR, Alves FA, Almeida OP, Kowalski LP. Carcinoma mucoepidermóide de cabeça e pescoço: estudo clínico-patológico de 173 casos. Rev. Brás Otorrinolaringol. 2002; 68(5): 670-84.
- 15-Rapoport A, Kowalski LP, Herter NT, Brandão LG, Walder F. Rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de boca. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço; 2001.

Endereço para correspondência

Diurianne Caroline Campos França
Av. Dom Orlando Chaves, 2.655
CEP 78118-900 - Várzea Grande – MT
Ciências da Saúde – Odontologia - UNIVAG
E-mail: diurianne@terra.com.br