

TUMOR MALIGNO NO PALATO COM ASPECTO CLÍNICO INDOLENTE: RELATO DE UM CASO

Malignant tumor in the palate with indolent clinical aspect: A case report

Igor Lopes *Teixeira**
Givelton Coimbra da Luz *Filho**
Aylton Alves Dias *Filho***
Eneida Franco *Vencio****

RESUMO

O Carcinoma Mucoepidermóide é a neoplasia maligna de glândula salivar mais freqüente. O seu aspecto clínico indolente pode retardar o diagnóstico precoce. No presente trabalho, um caso típico de carcinoma mucoepidermóide no palato é descrito em uma mulher de 27 anos de idade. A paciente queixava-se de um inchaço na boca, assintomático, há aproximadamente um ano. O exame clínico mostrou lesão exofítica, nodular, séssil, de coloração rósea e superfície rugosa localizada no palato duro. Com um diagnóstico clínico de papiloma escamoso, foi realizada a biópsia excisional e o espécime foi enviado para análise anatomo-patológica. Microscopicamente, foram identificadas células neoplásicas epidermóides e mucosas formando ilhotas e estruturas ductiformes. Inúmeras áreas císticas com material hialino no seu interior foram vistas. Algumas células tumorais, apresentavam-se pleomórficas ou com núcleos hiper cromáticos. Paciente foi encaminhada, então, para ampliação de margens cirúrgicas e encontra-se em acompanhamento clínico há dois anos. Um caso de Carcinoma Mucoepidermóide de Baixo-Grau é apresentado e aspectos clínicos são discutidos.

UNITERMOS

Carcinoma mucoepidermóide,
Glândula salivar menor, Palato.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma Mucoepidermóide (CME) é a neoplasia maligna mais freqüente de glândula salivar. Indivíduos com idade menor de 45 anos são os mais acometidos, sendo mais freqüente em crianças (Ellis e Auclair², 1995). Microscopicamente, o CME compreende em três gradações: baixo, intermediário e alto grau de malignidade. Devido ao seu aspecto clínico indolente, o diagnóstico pode ser tardio (Barnes *et al*¹ 2005).

REVISÃO DE LITERATURA

O carcinoma mucoepidermóide (CME) é um tumor maligno de glândula salivar, descrito inicialmente por Stewart *et al*⁶ em 1945. Aproximadamente, 53% deste tumor ocorre em glândulas salivares maiores, sendo mais freqüente na parótida (45%), seguido da glândula submandibular e sublingual, com 7 e 1%, respectivamente. Nas glândulas salivares menores, o palato é acometido em 21% dos casos, seguido pela mucosa bucal, lábio superior e inferior e região retromolar, com 19% (Triantafillidou *et al*⁷ 2006; Barnes *et al*¹ 2005).

Alguns autores relatam uma ligeira predileção pelo sexo feminino na proporção de 3:2 (Triantafillidou *et al*⁷ 2006; Barnes *et al*¹ 2005). O diagnóstico é tardio na maioria dos casos, sendo alguns relatados com anos de duração. Dor ou paralisia do nervo facial, geralmente está associado aos tumores mais avançados (Pires *et al*⁸ 2007; Yih *et al*⁸ 2005). Devido a sua aparência clínica indolente, pode se

apresentar como tumor benigno ou mesmo condição inflamatória (Ellis e Auclair² 1995). As lesões localizadas no palato podem se apresentar como um inchaço azulado, mole e flutuante. Outras vezes, podem ter uma cor avermelhada, sugerindo lesão vascular ou melanótica. A secreção de fluido da lesão pode, em alguns casos, lembrar um abscesso dentário. Os sintomas mais comuns incluem a disfagia, dor, parestesia, ulceração e hemorragia (Ellis e Auclair² 1995).

O seu comportamento tumoral dependente do grau microscópico e localização (Ellis e Auclair² 1995). O grau microscópico compreende em baixo, intermediário e alto grau e varia conforme os diferentes tipos celulares presentes, destacando-se o padrão de invasão do tumor, grau de anaplasia e maturação dos componentes celulares, além da presença de mitoses e necrose, invasão neural ou vascular e a quantidade de formação cística (Pires *et al*⁸ 2007; Triantafillidou *et al*⁷ 2006; Barnes *et al*¹ 2005). As características histopatológicas principais do CME são: presença de células escamosas, células produtoras de muco e células do tipo intermediário. O tipo celular predominante e sua configuração variam entre os tumores e dentro da mesma massa tumoral. Geralmente, há formações císticas, sendo raras as áreas com metaplasia. O tumor é classificado conforme o seu grau de diferenciação.

Os tumores de baixo grau apresentam os três tipos celulares, porém as células predominantes são as mucosas. A formação cística e a atipia celular são

*Acadêmicos da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás.

**Cirurgião Bucomaxilofacial do Centro Goiano de Doenças da Boca, Universidade Federal de Goiás.

*** Professora Adjunto da Disciplina de Patologia Geral e Bucodental, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás.

freqüentes. Nos tumores de grau intermediário, há predomínio de células intermediárias e as formações císticas estão presentes, porém em menor número que nos tumores de baixo grau. Já os tumores de alto grau consistem de ilhotas tumorais sólidas, compostas por células escamosas e intermediárias, que podem mostrar considerável pleomorfismo e atividade mitótica. As células produtoras de muco apresentam-se escassas e, em algumas regiões, pode ser confundido com o carcinoma de células escamosas (Pires *et al*⁵ 2007; Triantafillidou *et al*⁷ 2006; Barnes *et al*¹ 2005). O grau de diferenciação microscópico correlaciona-se à agressividade clínica e prognóstico tumoral (Kolude *et al*⁸ 2001). Ou seja, tumores bem diferenciados apresentam melhor prognóstico.

O tratamento do CME consiste na remoção total, com margem de segurança. As recorrências parecem estar associadas também ao seu grau de diferenciação. Estudos mostram que as recorrências são mais comuns em tumores mal diferenciados, comprometendo, assim, a sobrevida dos pacientes (Kolude *et al*⁸ 2001). A radioterapia pode ser indicada para tumores mais agressivos (Triantafillidou *et al*⁷ 2006). O prognóstico do CME depende da graduação histopatológica do tumor, assim como do estágio clínico e a presença de metástases. A sobrevida para pacientes é de 70% após cinco anos do diagnóstico para os de alto grau e de 90% para os de baixo grau (Pires *et al*⁵ 2007; Triantafillidou *et al*⁷ 2006).

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 27 anos de idade, apresentou-se com queixa de um "caroço" na boca, assintomático, há um ano. Ao exame clínico, observou-se lesão nodular no palato duro (Figura 1). O nódulo media cerca de 10 mm, ligeiramente avermelhado, circunscrito, elevado, textura irregular, consistência rígida e inserção sésbil. O diagnóstico clínico foi de papiloma escamoso. Sob anestesia local, realizou-se biópsia excisional e o material foi enviado para exame-anatomopatológico (Figura 2). Após sete dias, a paciente retornou para remoção de pontos (Figura 3). Microscopicamente, havia células neoplásicas epidermóides e mucosas formando ilhotas e estruturas ductiformes. Inúmeras áreas císticas com material hialino no seu interior foram identificadas

(Figura 4). Algumas células tumorais, apresentavam-se pleomórficas (Figura 5). O diagnóstico final foi de Carcinoma Mucoepidermóide bem diferenciado.



Figura 1 - Aspecto clínico da lesão, mostrando lesão nodular rósea com aspecto verrucoso localizada no palato duro.



Figura 2 - Peça cirúrgica arredondada com aspecto sólido.



Figura 3 - Ferida cirúrgica cruenta após biópsia excisional.

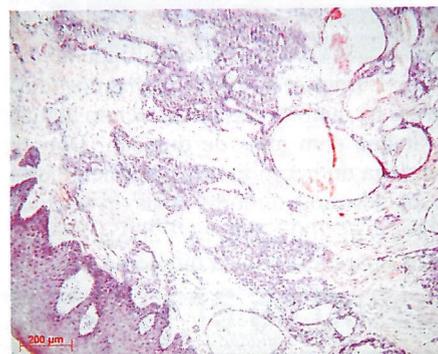


Figura 4 - Proliferação epitelial em forma de ilhotas e cordões logo abaixo da mucosa bucal. Notem as áreas císticas com material hialino no seu interior.

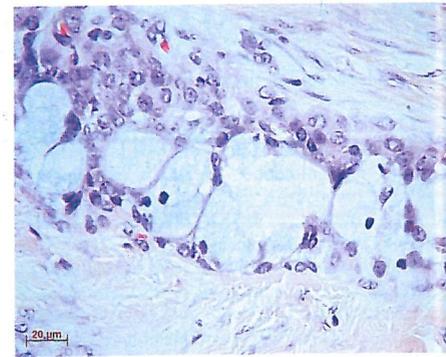


Figura 5 - Maior aumento, evidenciando as células mucosas num cordão de células epiteliais pleomórficas.

DISCUSSÃO

O Carcinoma Mucoepidermóide (CME) é um tumor de glândula salivar, cujo pico de incidência é na 3ª e 4ª décadas de vida, com uma frequência de 3:2 para as mulheres (Barnes *et al*¹ 2005). O tumor apresentava crescimento lento e expansivo no palato duro e aspecto clínico nodular com superfície verrucosa, clinicamente sugestivo de um papiloma escamoso. Devido as suas características clínicas, o CME é facilmente confundido com outras lesões bucais, como o hemangioma, hiperplasia traumática, abscesso dentoalveolar (Pires *et al*⁵ 2007; Triantafillidou *et al*⁷ 2006; Barnes *et al*¹ 2005). Portanto, a diferenciação clínica é fundamental para o diagnóstico precoce e um tratamento adequado.

No presente caso, o aspecto clínico exofítico e verrucoso da lesão sugeriu um diagnóstico clínico de papiloma escamoso. O papiloma escamoso é um tumor epitelial benigno caracterizado, clinicamente, por uma proliferação exofítica, formando projeções papilíferas e, geralmente, com superfície esbranquiçada. Estes tumores são mais comuns nos lábios, língua e região jugal. A hiperplasia traumática também é um diagnóstico clínico diferencial a ser considerado. Essas lesões caracterizam-se, clinicamente, por um aumento volumétrico da mucosa bucal, sésbil e com coloração semelhante à da mucosa de revestimento. Nestes casos, é importante a associação com fatores traumáticos locais de longa duração (Neville *et al*⁴ 2004). Da mesma maneira, o CME pode ser confundido com outras lesões inflamatórias, como o abscesso dentoalveolar, uma vez que perfurações com saída de líquido do tumor são relatadas (Ellis e Auclair² 1995). Neste caso, um exame clínico e radiográfico dos

dentos próximos ao tumor se faz necessário. No caso de CME apresentar aspecto clínico avermelhado, o hemangioma deve ser descartado. Essa anomalia vascular do desenvolvimento caracteriza-se, clinicamente, por um aumento volumétrico localizado de coloração azulada ou vermelho-vivo.

A diferenciação clínica com outras entidades clínicas, como tumores benignos e lesões inflamatórias, seja ela de origem dentária ou traumática, é importante para a identificação precoce do tumor e, conseqüentemente, para um tratamento satisfatório (Kolude *et al*³ 2001). Apesar da aparência clínica indolente, o prognóstico do CME depende da gradação histopatológica do tumor, assim como do estágio clínico e a presença de metástases. A sobrevida dos pacientes depende da gradação microscópica, sendo de 70%, após cinco anos do diagnóstico, para os mal diferenciados e de 90% para os bem diferenciados (Pires *et al*⁵ 2007; Triantafillidou *et al*⁷ 2006). Portanto, a atuação do cirurgião-dentista é fundamental para o diagnóstico clínico precoce do carcinoma mucoepidermóide de glândulas salivares menores.

CONCLUSÃO

Um caso de carcinoma mucoepidermóide bem diferenciado é apresentado, destacando sua apresentação clínica indolente e seus aspectos clínicos importantes para o diagnóstico diferencial com outras lesões. O cirurgião-dentista

tem um papel fundamental na identificação precoce deste tumor, o que influencia no tratamento, prognóstico e sobrevida do paciente.

SUMMARY

Mucoepidermoid carcinoma is the most frequent malignant neoplasia of salivary gland. Its indolent clinical aspect can delay the diagnosis precocious. In the present work, a typical case of palate with mucoepidermoid carcinoma in a 27 years old female patient is described. Patient complained of a non-symptomatic swelling in mouth since one year ago. Clinical examination showed an exophytic injury, nodular, sessil, rosea coloration and located in a rugous surface in the hard palate. After a diagnosis of squamous papiloma, an excisional biopsy was performed, and the material sent to a n a t o m o p a t h o l o g i c s t u d y. Microscopically, neoplastic cells with epidermoid and mucous morphological aspects were identified, distributed in islands or forming ductiform structures. Many cystic areas showing hyaline material were seen. Some tumor cells showed pleomorphic or hyperchromatic nuclei. A case of a well-differentiated mucoepidermoid carcinoma is presented, and its typical clinicopathological aspects are discussed.

UNITERMS

Carcinoma mucoepidermóide,

Salivary glands, Palate.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D.(Eds): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon:IARC Press; 2005.
2. Ellis GL, Auclair PL. Atlas of Pathology: tumors of the salivary glands. Washington:AFIP; 1995.
3. Kolude B, Lawovoin JO, Akanq EE. Mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity. J Natl Med Assoc 2001;93:178-84.
4. Neville BD, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 2th ed Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro; 2004.
5. Pires FR, Pringle GA, de Almeida OP, Chen SY. Intra-oral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. Oral Oncol 2007 may; 43(5):463-70.
6. Stewart FW, Foote FW, Becker WF. Mucoepidermoid tumors of salivary glands. Ann Surg 1945;122:820-44.
7. Triantafillidou K, Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, Koufogiannis D. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: a clinical study of 16 cases and review of the literature. Oral Diseases 2006;12:364-70.
8. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JCB. Intraoral Minor Salivary Gland Neoplasms: Review of 213 Cases. J Oral Maxillofac Surg 2005jun; 63(6):805-10.

AUTOR RESPONSÁVEL

Eneida Franco Vencio
Rua Universitária, S/n, Setor Universitário,
Goiânia-Go. CEP: 74605-220
Tel.: (62)3209-6058. Fax: 62-3521-1886
E-mail: vencio56@hotmail.com

Recebido para publicação: 13/06/2007
Aceito para publicação: 27/06/2007



radioral c.r.o 60

serviço RADIODIAGNÓSTICO ORAL Ltda

Av. Assis Chateaubriand nº 352 - Setor Oeste
Fone: (62) 3215-7603 / 3215-7498

Dr. Dirceu Gomes Ribeiro
Resp. Téc. Científico - CRO-GO: 1991

- Radiografia Extra e Intra-Oral
- Documentação Clínica
- Doc. Ortodôntica Completa
- Tomografia Linear
- Diagnóstico Bucal

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM DIAGNÓSTICO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA