

Carcinoma mucoepidermóide de palato – descrição de um caso clínico

Mucoepidermoid carcinoma of the palate – a case report

Ellen Greves Giovanini *

Luciana Estevam Simonato*

Eni Vaz Franco Lima de Castro**

Ana Maria Pires Soubhia***

Alvimar Lima de Castro***

Resumo

Embora pouco freqüente, o carcinoma mucoepidermóide constitui a mais comum neoplasia maligna de glândula salivar, acometendo tanto glândulas maiores quanto menores. O presente trabalho objetivou valorizar a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico precoce desta lesão, embasado no caso clínico de paciente do sexo feminino, melanoderma, com 42 anos de idade, que se apresentou à consulta com queixa de lesão nodular no palato, relacionando seu aparecimento com exodontia próxima à área, realizada um ano antes. O exame físico evidenciou nódulo superficial de limites nítidos, com aproximadamente 2,5 cm de diâmetro, no palato duro, na região de primeiro molar esquerdo ausente. Radiograficamente, não se notou alteração óssea na área. Foi realizada biópsia incisiva, definindo-se o diagnóstico pela microscopia de luz. A paciente foi então encaminhada a serviço de oncologia, que optou pela terapêutica cirúrgica. No controle pós-operatório de dois anos, observou-se que a paciente se encontrava em boas condições de saúde, sem evidências de recidiva ou novo tumor primário. Dessa forma, concluiu-se que o tratamento cirúrgico mostrou-se eficaz na resolução do caso de carcinoma mucoepidermóide ora apresentado.

Palavras-chave: Carcinoma mucoepidermóide. Diagnóstico. Neoplasias das glândulas salivares. Neoplasias bucais.

Introdução

Dentre as neoplasias malignas de glândulas salivares, o carcinoma mucoepidermóide é a mais comum, podendo ocorrer tanto em glândulas salivares maiores quanto em menores¹⁻². Quando acomete glândulas salivares maiores, o sítio mais comum é a parótida; em glândulas menores, o palato é o local de maior incidência³. Há discreta predileção pelo sexo feminino e pela cor branca⁴, e a incidência é maior entre a segunda e a oitava décadas de vida.

Provavelmente, o carcinoma mucoepidermóide origina-se por metaplasia das células mucosas e basais dos ductos das glândulas salivares, sendo considerado por alguns autores como o tumor maligno de glândula salivar que mais acomete pacientes jovens, inclusive crianças⁵. Linfadenopatia regional não é comum e, clinicamente, as lesões são nodulares, têm evolução lenta, são consistentes, fixas e apresentam aumento volumétrico geralmente assintomático, de tamanhos variáveis, o qual pode ulcerar⁶. A coloração azulada ou púrpura da lesão é atribuída, em parte, aos espaços císticos que podem conter sangue, produtos necróticos ou ectasias vasculares, apresentando semelhanças com o adenoma pelomórfico. Ainda, em razão de poder apresentar material mucóide em seu interior, o carcinoma mucoepidermóide pode ser confundido clinicamente com mucocele profundo.

Histologicamente, o carcinoma mucoepidermóide é composto por uma mistura de células produtoras de muco e células epidermóides ou escamosas, cuja graduação histológica determina o grau de malignidade da lesão⁷. Classifica-se a neoplasia como sendo de baixo

* Mestre em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

** Doutora em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

*** Professores do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp.

grau de malignidade, quando apresentar atipia celular mínima e uma proporção relativamente alta de células mucosas com menor agressividade, e de alto grau, quando apresentar considerável pleomorfismo e atividade mucosa, além de uma maior proporção de células escamosas que crescem rapidamente e são acompanhadas de sintomatologia dolorosa precoce. As neoplasias de grau intermediário têm os três tipos celulares, com predominância das células intermediárias, que se caracterizam como o tipo histológico mais comum⁸.

Quanto ao desenvolvimento de metástases, todas as variáveis do carcinoma mucoepidermóide são potenciais geradoras, indiferentemente de sua classificação microscópica⁹. A neoplasia é capaz de se infiltrar nos tecidos vizinhos ou de desenvolver metástases distantes em linfonodos, pulmões, ossos e cérebro.

O tratamento depende do estadiamento tumoral, localização, grau de malignidade e da presença ou não de metástases nodais⁷. As lesões de baixo e intermediário grau de malignidade podem ser tratadas por meio de excisão cirúrgica local, ao passo que as lesões de alto grau de malignidade exigem abordagens mais agressivas, combinando uma excisão local ampla, esvaziamento linfático e radioterapia complementar¹⁰.

Relato do caso

A publicação do presente relato de caso foi autorizada pela paciente pela assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 42 anos de idade, parcialmente dentada, com queixa de “caroço” na região de palato com evolução de um ano após extração de um dente superior posterior esquerdo, procurou atendimento odontológico. Ao exame físico extrabucal, nenhuma alteração foi observada. Intrabucalmente, observou-se nódulo arroxeado na região posterior esquerda do palato duro, com aproximadamente 2,5 cm de diâmetro, base ampla de implantação, limites nítidos, consistência flácida e indolor (Fig. 1), sem evidências radiográficas de alteração óssea.



Figura 1 - Aspecto clínico inicial da lesão nodular em palato duro

Várias hipóteses diagnósticas foram consideradas, incluindo carcinoma mucoepidermóide, adenocarcinoma, carcinoma adenocístico, adenoma pleomórfico e mucocele infectado. Como conduta diagnóstica, foi realizada coleta de material fluido por punção aspirativa, cujo estudo citocitológico pelo método de Papanicolaou revelou apenas discreto infiltrado inflamatório em esfregaço hemorrágico com macrófagos espumosos. Concomitantemente ao exame citológico, foi realizada biópsia da lesão, com resultado também inconclusivo; a seguir, foi programada uma segunda biópsia incisiva aprofundando-se a incisão (Fig. 2). Assim, foi possível, por meio da microscopia óptica, a identificação de células epidermóides e células mucosas dispostas em ductos e imersas num tecido conjuntivo fibroso, além de células epiteliais que se alternavam com células mucosas em ilhotas de carcinoma mucoepidermóide, sugerindo grau intermediário de malignidade (Fig. 3 e 4). A paciente foi encaminhada para tratamento médico em centro especializado, que optou pela terapêutica cirúrgica; após dois anos, apresentou-se à consulta com boas condições de saúde, sem evidências de recidiva ou novo tumor primário (Fig. 5).

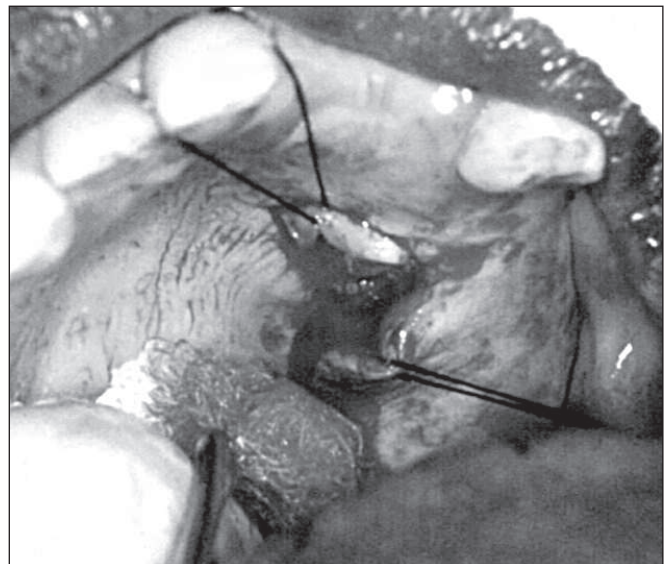


Figura 2 - Aspecto cirúrgico transoperatório da segunda biópsia incisiva realizada na lesão

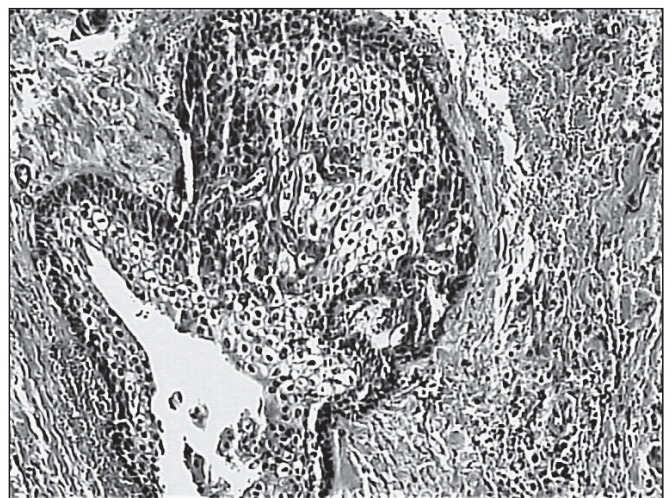


Figura 3 - Células epidermóides e células mucosas dispostas em ductos, imersas em tecido conjuntivo fibroso. H.E. 200X

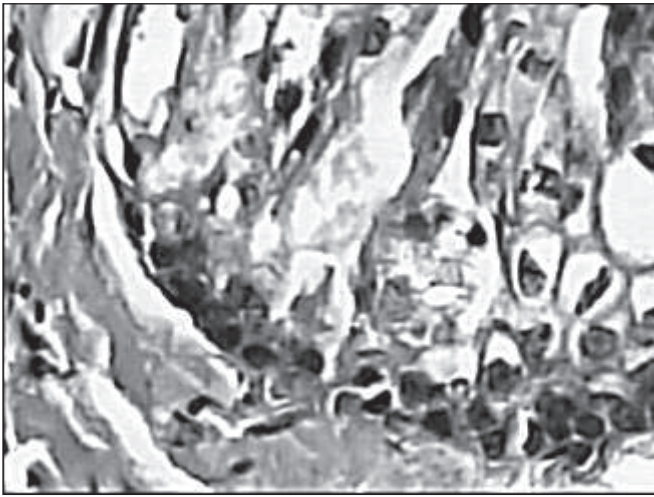


Figura 4 - Células epiteliais alternando-se com células mucosas em uma ilha de carcinoma mucoepidermóide. H.E. 400X



Figura 5 - Aspecto clínico pós-operatório de dois anos

Discussão

No presente trabalho, a aparência nodular da lesão, aliada à ausência de alterações ósseas ao exame radiográfico e à presença de conteúdo mucopiosanguinolento na punção aspirativa, foram responsáveis pela analogia com lesões benignas. Conforme já observado por alguns pesquisadores, a presença de secreção mucosa em lesões com essas características sustentaria a hipótese de mucocele¹¹. Da mesma forma, o diagnóstico diferencial de abscesso dentário poderia ser sugerido quando presentes dentes comprometidos próximos à lesão¹².

Quanto à presença de dor, não é uma constante em casos de carcinoma mucoepidermóide^{3,4}, como ocorrido no caso relatado; esta ausência de sintomatologia pode acarretar o retardo no diagnóstico, tornando o tratamento menos eficaz. Há, no entanto, relatos de casos sintomáticos associados a linfadenopatia, ulceração ou comprometimento ósseo^{4,6,7,13}. Ao se considerar que o diagnóstico de uma lesão maligna em fase inicial reflete favoravelmente em seu tratamento¹⁴⁻¹⁶, o presente relato valoriza a importância do cirurgião-

dentista na detecção precoce do câncer de boca, em razão de seu contato periódico com o paciente e realização de adequado exame clínico. Além disso, há o papel educativo que o profissional pode exercer junto ao paciente na conscientização da necessidade de realização de auto-exame da cavidade bucal^{3,13,17}.

Por sua vez, o exame físico intrabucal deve ser sistemático, ordenado e completo, com a finalidade de inspecionar todas as estruturas bucais, devendo o cirurgião-dentista estar atento a sinais como manchas, assimetrias e feridas que não cicatrizam¹⁶. Nesse sentido, considera-se que muitas lesões benignas e malignas deixam de ser diagnosticadas em pacientes atendidos em postos de saúde municipais e similares por falta de conduta adequada. Por isso, iniciativas governamentais deveriam ser instituídas para que se tornasse possível a realização de biópsias nos pacientes que são atendidos na rede pública, com o objetivo de prevenção ou diagnóstico precoce de lesões malignas, o que, com certeza, permitiria terapêutica mais eficaz e menos dispendiosa.

O prognóstico do carcinoma mucoepidermóide depende diretamente de seu grau de malignidade e estágio de desenvolvimento, considerando-se uma sobrevivência de cinco anos para a maioria dos casos, desde que observada adequada terapêutica cirúrgica ou de suporte, como quimioterapia, radioterapia ou associação dessas opções, quando necessário¹⁸. No presente relato de caso, por opção da equipe oncológica, foi adotada apenas a conduta cirúrgica, com o argumento de que a localização e extensão do tumor favoreciam o método.

Considerações finais

Considerando-se as características observadas no presente relato de caso, pode-se concluir que compete ao cirurgião-dentista a definição do diagnóstico de uma lesão bucal, tanto pelo conhecimento da patologia clínica como pela realização de exames complementares de consultório e laboratório. Conclui-se, ainda, que no caso apresentado a terapêutica cirúrgica mostrou-se efetiva no tratamento de um carcinoma mucoepidermóide de palato.

Abstract

Although little frequent, the mucoepidermoid carcinoma is the most common malignant neoplasia of salivary gland, attacking larger glands as well as the smaller ones. The present study aimed to give value to the dental surgeon's importance in the precocious diagnosis of this lesion, based on a case of a 42 years old melanoderma woman. The patient came to the consultation, complaining about a nodular lesion in hard palate, relating its appearance with exodontics, closed to the area, one year ago. The physical exam evidenced superficial nodule of clear limits with approximately 2.5 cm of diameter in the hard palate, in the area of the absent first left molar. At the radiographic exam, bone alteration was not observed in that area. Incisional biopsy was made, being defined the diagnosis by the light microscopy; the patient was then directed to the oncology service, that opted for surgical therapeutics. In the two year-old postoperative control, it

was observed that the patient was in good conditions of health, without signs of recurrence or new primary tumor. This way, it was noticed that the surgical treatment was effective in the resolution of the mucoepidermoid carcinoma now presented.

Key words: *Mucoepidermoid carcinoma. Diagnosis. Salivary gland neoplasm. Mouth neoplasms.*

Referências

1. Auclair PL, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma. In: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR. Surgical pathology of the salivary glands. Philadelphia: Saunders; 1991. p. 269-98.
2. Figueiredo CRLV, Amaral RR, Pinho MMS, Freitas JSA, Rolim MLM, Souza LB. Estudo epidemiológico de tumores benignos e malignos de glândula salivar – Análise de 196 casos em Natal (RN). *Rev ABO Nac* 2001; 8(6):343-8.
3. Hyan DM, Veness MJ, Morgan GJ. Minor salivary gland carcinoma involving the oral cavity or oropharynx. *Aust Dental J* 2004; 49(1):16-9.
4. Loyola AM, Araújo VC. Carcinoma mucoepidermóide: estudo clínico e histológico. *RPG Rev Pós-Grad* 1996; 3(2):115-21.
5. Callender DL, Frankenthaler RA, Luna MA, Lee SS, Goepfert H. Salivary gland neoplasm's in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992; 118(5):472-6.
6. Choi D, Kim H, Lee KS, Lee KG, Park CK. Mucoepidermoid carcinoma of the liver diagnosed as a liver abscess: report a case. *Surg Today* 2004; 34(11):968-72.
7. Puricelli E, Ponzoni D, Peschke R, Baraldi CE. Carcinoma mucoepidermóide no palato: revisão da literatura e relato de caso em paciente jovem. *Rev Fac Odontol Porto Alegre* 1998; 39(2):8-10.
8. Sobral APV, Kowalski LP, Araújo NS, Araújo VC. Gradação histológica do carcinoma mucoepidermóide em glândulas salivares maiores e menores. *RPG Rev Pós-Grad* 2001; 8(4):334-8.
9. Seifert G, Sobin LH. The World Health Organization's histological classification of salivary gland tumors. A commentary on the second edition. *Cancer* 1992; 70(2):379-85.
10. Spiro RH, Huvos AG, Berk R, Strong EW. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. A clinicopathologic study of 367 cases. *Am J Surg* 1978; 136(4):461-8.
11. Melrose RJ, Abrams AM, Howell FV. Mucoepidermoid tumors of the intraoral minor salivary glands: a clinicopathologic study of 54 cases. *J Oral Pathol* 1973; 2(6):314-25.
12. Auclair PL, Goode RK, Ellis GL. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer* 1992; 69(8):2021-30.
13. Epstein JB, Hollender L, Pruzan SR. Mucoepidermoid carcinoma in a young adult: recognition, diagnosis, and treatment and responsibility. *Gen Dent* 2004; 52(5):434-9.
14. Gonzaga HFS, Lara VS, Consolaro A. O papel do cirurgião-dentista no diagnóstico do câncer de pele. *Odontol Mod* 1990; 17(10):29-33.
15. Parise JR. Câncer de boca. Aspectos básicos e terapêuticos. 1. ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.126.
16. Alves ATNN, Maia ABP, Libório AO, Piasesi JL, Souza CB, Ribeiro BF. Diagnóstico precoce e prevenção do câncer oral: um dever do cirurgião-dentista. *Rev Bras Odontol* 2002; 59(4):259-60.
17. Mendonça EF, Vêncio EF, Caixeta WBC. Programa de prevenção do câncer bucal no município de Goiânia. *ROBRAC* 1998; 7(23):27-30.
18. Castro AL. Estomatologia. 3. ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 214.

Endereço para correspondência

Alvimar Lima de Castro
Rua José Bonifácio, 1193
CEP: 16015-050 – Araçatuba - SP
Fone: (18) 3636-3309
E-mail: alvimar@foa.unesp.br

Recebido: 25.07.2005 Aceito: 30.10.2006