

Carcinoma Adenoide Cístico de Glândula Salivar Menor: Relato de caso

Marco Aurélio Carvalho de ANDRADE, Alexandro Barbosa de AZEVEDO, Fabio Ramôa PIRES.

CLÍNICA DE ESTOMATOLOGIA DA ODONTOCLÍNICA CENTRAL DA MARINHA

1- INTRODUÇÃO

O carcinoma adenoide cístico é uma neoplasia maligna das glândulas salivares de crescimento lento e implacável, composto por células neoplásicas epiteliais e mioepiteliais com vários padrões microscópicos que podem ser tubulares, cribriformes e sólidos. Usualmente envolve indivíduos entre as 5ª e 6ª décadas de vida com ligeira prevalência para o gênero feminino. Acomete mais frequentemente as glândulas salivares maiores, mas até 1/3 dos casos pode envolver as glândulas menores da cavidade oral, trato sinusal e outros sítios. Clinicamente os pacientes podem apresentar aumento de volume, nódulos, parestesia, ou dor. A dor é o achado clínico mais comum e mais importante, podendo ocorrer na fase precoce da doença, antes mesmo que haja um aumento de volume clinicamente detectável. A tendência a recidivas locais e metástases à distância e tardias fazem com que essa lesão apresente um prognóstico pobre independente do tratamento, e a sobrevida em cinco anos não equivale a uma cura. A cirurgia é a terapêutica de escolha, mas a quimioterapia e radioterapia também podem ser necessárias.

2- DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente gênero feminino com 36 anos (Fig. 1), compareceu à Clínica de Medicina Oral da Odontoclínica Central da Marinha com queixa de “uma bolinha” no lábio inferior esquerdo por 2 anos, aparentemente causada por constantes cabeçadas do seu filho. No exame físico extrabucal não foi observada nenhuma alteração. No exame intrabucal a mucosa labial encontrava-se normal, porém à palpação detectou-se pequeno nódulo submucoso com cerca de 1cm em seu maior diâmetro, formato irregular, móvel, consistência fibroelástica, e discretamente dolorido (Fig. 2). Com as hipóteses diagnósticas de lesão de glândula salivar menor e fibroma traumático, foi realizada biópsia incisional e o material encaminhado para exame anatomopatológico. O diagnóstico histopatológico foi de Carcinoma Adenoide Cístico de padrão cribriforme com invasão perineural (Figs. 3A e 3B). A paciente foi encaminhada para um cirurgião de cabeça e pescoço e após a realização de exames complementares não foi detectada a presença de metástases regionais e/ou à distância, sendo então submetida à tratamento cirúrgico para exérese da lesão (Figs. 4A e 4B). Após 5 anos de acompanhamento, não foram detectados sinais de recidiva e/ou metástases regionais e à distância (Figs. 5A e 5B).



Fig. 1- Aspecto clínico extrabucal da paciente.



Fig. 2- Aspecto clínico evidenciando mucosa labial normocrômica, íntegra, com presença de nódulo submucoso detectável somente à palpação e discretamente dolorido.

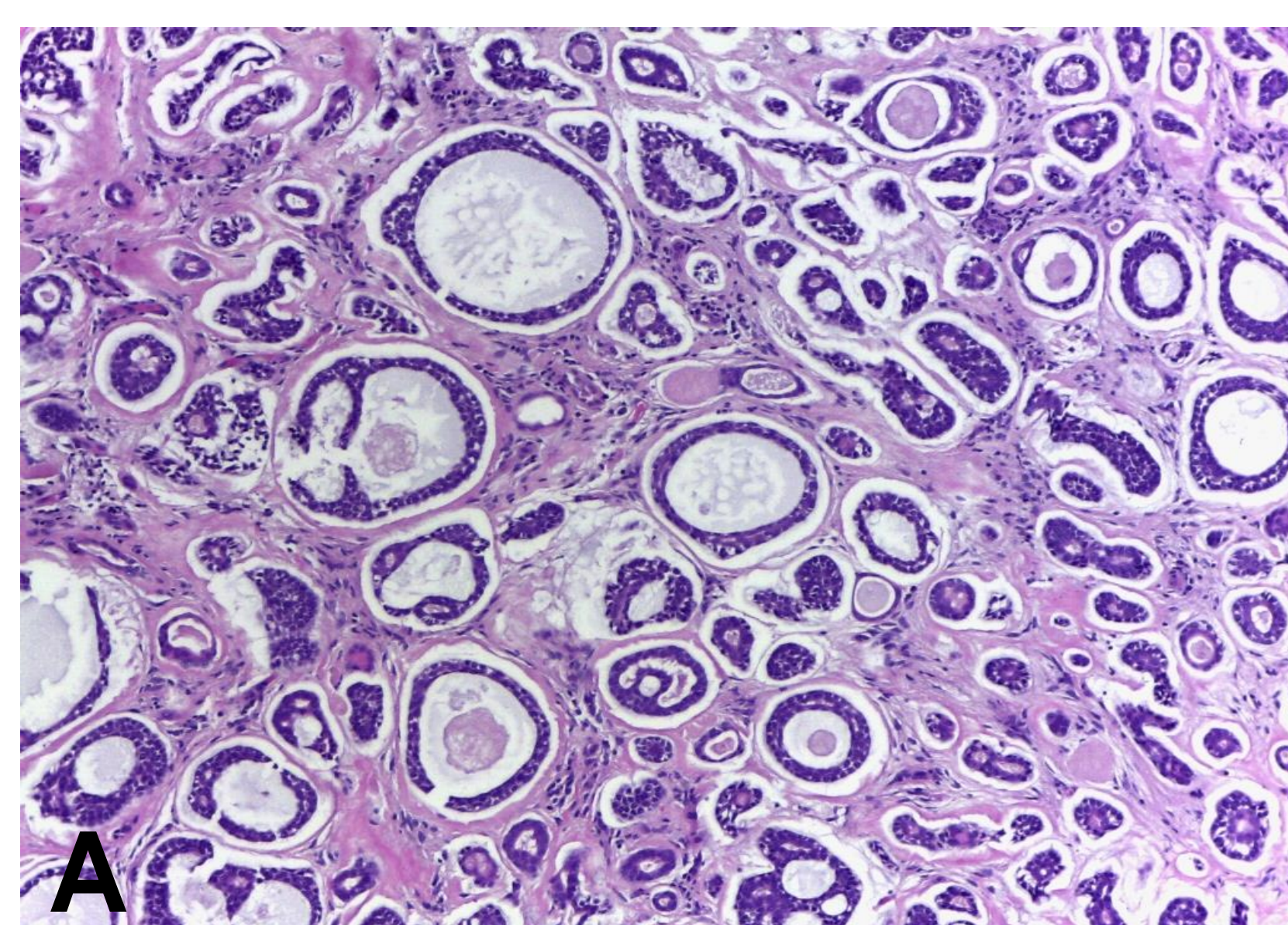


Fig. 3A- Aspecto histopatológico da lesão com presença de ilhas de células basalóides, contendo múltiplos espaços cilíndricos semelhantes a espaços císticos, lembrando um queijo suíço característico do padrão cribriforme (Hematoxilina e eosina).

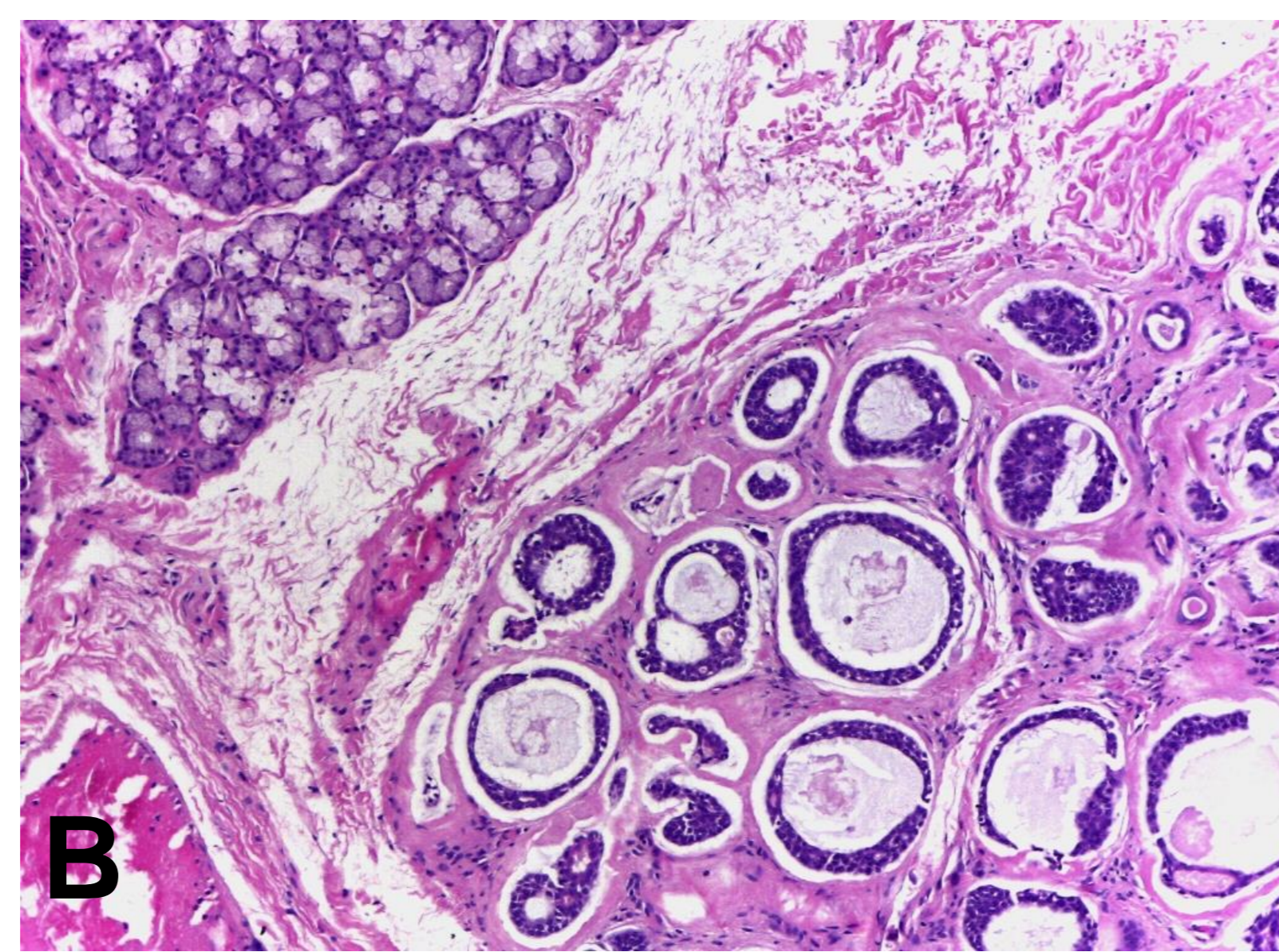


Fig. 3B- Aspecto histopatológico da lesão mostrando invasão perineural (Hematoxilina e eosina).



Fig. 4A - Aspecto intrabucal da mucosa labial inferior 30 dias após a realização da cirurgia para remoção da lesão,



Fig. 4B - Aspecto intrabucal da mucosa labial inferior 1 ano e 4 meses após a realização da cirurgia para remoção da lesão,



Fig. 5- A - Aspecto clínico extrabucal após 4 anos e 4 meses de acompanhamento



Fig. 5-B - Aspecto intrabucal da mucosa labial inferior após 4 anos e 4 meses de acompanhamento

3- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O Carcinoma Adenoide Cístico é uma lesão rara e corresponde a menos de 1% de todos os cânceros de cabeça e pescoço, menos de 10% de todas as lesões malignas de glândulas salivares e somente cerca de 6,3% a 10,2% de todos os tumores de glândulas salivares menores da cavidade oral. É caracterizado por ter comportamento agressivo com tendência a invasão perineural, recidivas, metástases a distância e difícil manuseio. Na cavidade oral os sítios anatômicos mais afetados são palato, lábios, mucosa jugal e língua. A apresentação clínica mais usual é uma massa de crescimento lento e firme. A maioria dos casos são diagnosticados em Estádios Clínicos avançados, o que torna o prognóstico mais reservado, com taxas de sobrevida que variam de 50% a 70% em 10 anos. As melhores taxas de sobrevida são observadas em pacientes jovens do gênero feminino, com lesão localizada no momento do diagnóstico e padrão histopatológico cribriforme, como o caso aqui apresentado. Por isso, é importante que os médicos dentistas estejam atentos para os sinais e sintomas do Carcinoma Adenoide Cístico principalmente em sua fase inicial, possibilitando realizar o diagnóstico e encaminhamento a contento. Dessa forma, um tratamento menos agressivo, mutilante e único são possíveis, contribuindo sobremaneira para um prognóstico livre da doença mais favorável e previsível.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El-Naggar AK; Chan JKC; Grandis JR; Takata T; Slootweg TJ (Eds). WHO Classification of Head and Neck Tumours (4th edition). IARC: Lyon 2017.
2. Mücke T; Tannapfel A; Kesting MR; Wagenpfeil S; Robitzky LK; Wolff KD; Hölzle F. Adenoid cystic carcinoma of salivary glands. *Auris Nasus Larynx*. 2010 Oct, 37(5):615-20.
3. Neville WB *et al*. Patologia Oral e Maxilofacial. 4ª ed.- Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
4. Shum JW; Chatzistefanou I; Qaisi M; Lubeck JE; Ord RA. Adenoid cystic carcinoma of the minor salivary glands: a retrospective series of 29 cases and review of the literature. *Oral Sur Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2016 Mar, 121(3):210-14.