



Carcinoma mioepitelial: o impostor!

Dominguez B.¹, Oliveira J.², Morais M.¹, Vaz I.³, Martins M.⁴, Gomes P.⁵

1. Interno de Formação Específica em Estomatologia, CHUC; 2. Interno de Formação Específica em CMF, CHUC; 3. Assistente do Serviço de Estomatologia, CHUC; 4. Assistente Hospitalar do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, IPO Lisboa; 5. Diretor do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, IPO Lisboa.

Introdução

O carcinoma mioepitelial é uma entidade pouco reconhecida e de diagnóstico desafiante pelo seu espectro morfológico abrangente. Este é muitas vezes confundido com outras patologias benignas ou malignas das glândulas salivares. Representa, segundo a literatura, 2% das neoplasias malignas das glândulas salivares. É clinicamente agressivo, com alta recorrência local (37%) e risco de metastização (22%). Histologicamente, é definido como um tumor composto quase exclusivamente por células mioepiteliais e caracterizado pelo seu padrão de crescimento invasivo. Quando os aspetos morfológicos de malignidade são exuberantes, como crescimento infiltrativo e destrutivo ou atipia celular com características de alto grau, a sua natureza maligna é facilmente identificada. No entanto, muitas vezes surge com características histológicas e citológicas frustrantes, podendo, com facilidade, ser mal classificado como um adenoma pleomórfico rico em células mioepiteliais.

Caso clínico

Homem de **74 anos**, enviado para o Instituto Português de Oncologia de Lisboa por lesão no palato sugestiva de carcinoma de glândulas salivares minor.

Inicialmente, avaliado pelo seu Médico Dentista por **lesão do palato com 8 anos de evolução**, que por **suspeita clínica de adenoma pleomórfico** realizou uma **biópsia excisional** da mesma.

No entanto a avaliação anatomopatológico-patológica da peça revelou **neoplasia glândulas salivares minor com critérios invasivos sugestivos de carcinoma**.

A revisão das lâminas da peça operatória, no IPO, revelou **carcinoma mioepitelial das glândulas salivares minor com invasão das margens cirúrgicas** (ressecção R1).

Ao exame objetivo verificada cicatriz do procedimento prévio no 1/3 posterior do palato duro (Seta na **Figura 1**).

Deste modo procedeu-se ao alargamento de margens e ostectomia superficial do osso palatino subjacente (**Figura 2**) com reconstrução do defeito local com matriz dérmica (**Figura 3**) com tie-over (**Figura 4**).

O resultado histológico do alargamento revelou presença de focos de neoplasia centrais e margens livres de doença.

Conclusão e discussão

A 4ª edição da Classificação da Organização Mundial de Saúde, de 2017, reconhece mais de 30 tipos de neoplasias epiteliais das glândulas salivares, muitas das quais partilham semelhanças morfológicas e de imunofenótipo dificultando o seu diagnóstico. De momento, esta classificação encontra-se em atualização - a 5ª edição (2022) irá incluir características citológicas e moleculares que favoreçam o seu correto diagnóstico. A falha numa correta caracterização destas neoplasias pode ter um impacto importante no prognóstico do nosso doente, pelo que devem ser orientados *ab initio* para Centros de Referência equipados com meios e experiência adequados para a sua abordagem.

Bibliografia



Fig.1

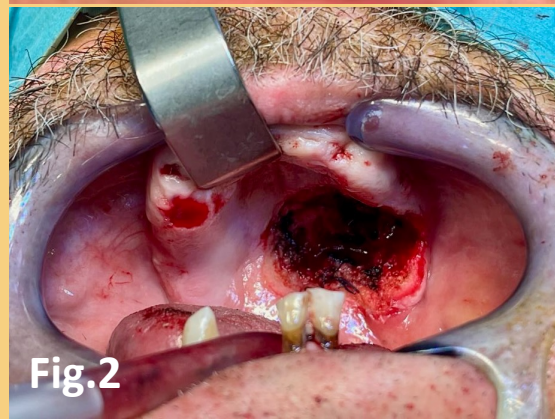


Fig.2



Fig.3



Fig.4