

Carcinoma Adenóide Cístico em palato: relato de caso e reabilitação protética imediata

Fernando Vacilotto Gomes¹,

Eduardo Vacilotto Gomes²,

Guilherme Genehr Fritscher³,

Nélio Steffen⁴

¹Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Faciais pela Faculdade de Odontologia pela PUCRS. Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da UFRGS. Especializando em Implantodontia.

² Acadêmico em Odontologia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

³Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Faciais pela Faculdade de Odontologia pela PUCRS. Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da PUCRS. É doutor em Medicina e Ciências da Saúde pela PUCRS. Professor da Faculdade de Odontologia da PUCRS.

⁴Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço. Hospital São Lucas da PUC.

Autor Correspondente:

Fernando V Gomes

Av. Independência 1087

90035-077 – Porto Alegre, RS, Brasil

+55 (51) 3377-8103

fernandovg2005@yahoo.com.br

Resumo

Os tumores de glândulas salivares representam um grupo heterogêneo de lesões com características clínico-patológicas complexas, associadas a comportamentos biológicos distintos. Tais neoplasias representam 3-10% do total das neoplasias da cabeça e do pescoço, sendo que as de glândulas salivares menores constituem aproximadamente 25% do total dos tumores de glândulas salivares. Dentre estas, o Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é a neoplasia maligna mais comum, estando associada a um pobre prognóstico a longo prazo, se não tratada adequadamente. Este artigo tem por objetivo apresentar um caso clínico onde o diagnóstico foi dado após uma biópsia parcial realizada em consultório odontológico, mostrando o tratamento definitivo à nível hospitalar, como também, a instalação de uma prótese imediata no intuito da garantia de um maior conforto pós-operatório.

Palavras-chave: Carcinoma Adenoide Cístico; Maxila; Neoplasias das Glândulas Salivares Menores

Abstract: The salivary gland tumors represent a heterogeneous group of tumors with complex clinical and pathological features associated with different biological behaviors. Such tumors represent 3-10% of head and neck cancers and the minor salivary glands constitute approximately 25% of all salivary gland tumors. Among these, the Adenoid Cystic Carcinoma (ACC) is the most common malignancy and is associated with a poor long-term prognosis if not treated properly. This article aims to presenting a case where the diagnosis was given after a partial biopsy performed in a dental office, showing the definitive treatment at hospital level, as well as the installation of an immediate prosthesis in order to guarantee the greatest comfort post-operative.

Key-word: AdenoidCystic Carcinoma; Maxila; SalivaryGlands, Minor

Introdução

Os tumores de glândulas salivares representam um grupo heterogêneo de lesões com características clinico-patológicas complexas, associadas a comportamentos biológicos distintos¹. Tais neoplasias representam 3-10% do total das neoplasias da cabeça e do pescoço, sendo que as de glândulas salivares menores constituem aproximadamente 25% do total dos tumores de glândulas salivares¹⁻³. Dentre estas, o Carcinoma Adenóide Cístico (CAC) é a neoplasia maligna mais comum⁴, estando associada a um pobre prognóstico a longo prazo, se não tratada adequadamente³.

As neoplasias de glândulas salivares acometem preferencialmente o sexo feminino, representando 63% dos casos³. O CAC pode ocorrer em qualquer glândula salivar, mas aproximadamente 50% a 60% originam-se nas glândulas salivares menores, sendo o palato a localização mais comum⁴. A média de idade de ocorrência desse tipo de neoplasia é de aproximadamente 48 anos de idade. Já nas glândulas salivares menores, a taxa de ocorrência entre os sexos masculino e feminino é de 1:1,6, respectivamente.

Este tipo de tumor geralmente se apresenta como um aumento de volume de crescimento lento. A dor é o achado clínico mais comum e mais importante, ocorrendo ocasionalmente na fase precoce do curso da doença antes que haja uma tumefação clinicamente detectável. Os pacientes se queixam de uma dor inespecífica, constante e de baixo grau, que aumenta de intensidade gradativamente. Os tumores de palato podem ser lisos ou ulcerados, podendo invadir estruturas importantes como o seio maxilar, exibindo características radiográficas de destruição óssea⁴.

O CAC é composto por uma mistura de células ductais e células mioepiteliais, que podem ter um arranjo variável. São reconhecidos em três padrões principais: cribiforme, tubular e sólido³. Usualmente, ocorre uma combinação destes padrões, e o tumor é classificado com base no padrão predominante. O padrão cribiforme é o de aparência mais clássica, apresentando ilhas de células epiteliais basolóides que contêm múltiplos espaços cilíndricos. No padrão tubular as células do tumor são semelhantes, mas aparecem como múltiplos ductos pequenos ou túbulos dentro de um estroma hialinizado. Já a variante sólida consiste em ilhas grandes ou ninhos

pálidos de células tumorais, que demonstram pouca tendência de células tumorais, que demonstram pouca tendência para a formação de ductos ou cistos. Diferentemente dos padrões cribiforme e tubular, podem ser observados pleomorfismo celular e atividade mitótica, bem como necrose focal no centro das ilhas tumorais⁴. Um dos fatores histopatológicos mais importantes na determinação do prognóstico do caso relaciona-se à quantidade de componente sólido no tumor³. Um achado clínico importante no CAC é a invasão perineural que provavelmente corresponde ao achado clínico comum de dor nesses pacientes⁴.

O CAC apresenta tendência à recidiva local e por fim metástase à distância. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha e em alguns casos a radioterapia adjuvante pode melhorar a sobrevida do paciente. A metástase para linfonodos regionais é incomum, estando o esvaziamento cervical contraindicado⁴. Metástases a distância podem ocorrer em aproximadamente 35% dos pacientes, envolvendo frequentemente os pulmões e os ossos⁴.

O objetivo deste trabalho foi apresentar o caso clínico de uma paciente apresentando CAC com três anos de evolução, o seu tratamento e a reabilitação bucalprotética imediata que permitiu a ressocialização da mesma.

Relato do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, de 33 anos de idade, feoderma, natural de Sapiranga, Rio Grande do Sul, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Patologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) relatando aumento de volume entre palato duro e palato mole, à direita, com três anos de evolução, relatando dor espontânea na região.

Ao exame clínico intrabucal percebeu-se discreto aumento de volume, presença de telangiectasia (lesão com aspecto arroxeadado), depressível e dolorosa a palpação e recoberto por mucosa íntegra. A paciente apresentava dificuldade de deglutição devido à presença constante da sintomatologia dolorosa, relatando emagrecimento após o surgimento da lesão. Exames de imagem foram solicitados e a presença de massa tumoral foi confirmada através do auxílio da radiografia panorâmica e da tomografia computadorizada.



Figura 1: *Aspecto inicial da Lesão onde paciente referia sensibilidade dolorosa durante a alimentação e deglutição, assim como, coloração arroxeadada sobre a mesma.*

Após a suspeita de CAC, decidiu-se pela realização de biópsia incisional a fim de se confirmar, histopatologicamente, a possibilidade daquela lesão. A peça cirúrgica foi encaminhada para o Serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da PUCRS, onde as lâminas foram coradas com hematoxilina e eosina (HE), visualizadas e o laudo foi emitido como sendo CAC.



Figura 2: *Biópsia Incisional da lesão,*

Após a cicatrização da região biopsiada, realizou-se a moldagem das arcadas superior e inferior, com a finalidade de se realizar uma prótese parcial provisória com a finalidade obliterativa e reabilitadora, para ser utilizada após a realização da biópsia total. Tal procedimento garantirá uma melhor qualidade pós-operatória para paciente, pois permitirá a alimentação nos primeiros meses de cicatrização da região operada após o tratamento definitivo. Após as moldagens, encaminhou-se o trabalho ao laboratório de prótese. Solicitou-se que fossem extraídos, no modelo, os elementos dentários 14, 15, 16, 17 e 18, e que se confeccionasse uma prótese com grampos envolvendo, além dos dentes citados, o palato duro e o palato mole, este último, parcialmente.

A paciente foi encaminhada para o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital São Lucas (HSL), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, onde foi realizada a Maxilectomia Parcial à direita.



Figuras 3 e 4: *Excisão cirúrgica em bloco com margem de segurança e peça cirúrgica removida.*

Para tal, envolveram-se os elementos dentários 14, 15, 16, 17 e 18, do sulco vestibular da região dentada até a sutura palatino mediana. Englobou-se, além do palato duro, a região anterior do palato mole. Imediatamente após o procedimento cirúrgico, utilizando-se três gazes amarradas umedecidas com neomicina e colocadas na região operada, instalou-se a prótese parcial removível provisória com a finalidade de se obliterar a comunicação buco-nasal e de se manter o curativo nas duas primeiras semanas pós-operatória.



Figura 5: *Instalação imediata de prótese parcial removível provisória para maior confronto da paciente, possibilidade de alimentação e convívio social.*

Além disso, possibilitou-se uma melhor qualidade pós-operatória à paciente, garantindo uma alimentação mais adequada nos meses iniciais de cicatrização dos tecidos bucais, do assoalho da cavidade nasal e da região orofaríngea. Solicitou-se que a paciente seguisse em acompanhamento com a equipe por pelo menos 10 anos, sendo que com retornos anuais..



Figura6: *Pós-operatório de 1 ano*

Discussão

O CAC de seiomaxilar e de glândula submandibular têm o pior prognóstico por invadir frequentemente estruturas adjacentes, além da alta prevalência do subtipo sólido na histopatologia. Carcinomas diferenciados, com características tubulares ou cribriformes, como o caso relatado, têm melhor prognóstico que as neoplasias sólidas indiferenciadas².

Autores demonstraram, após estudo epidemiológico, que a localização mais comum do CAC fora na glândula parótida (57,5%), seguida das glândulas acessórias, onde foram o sítio mais afetado em adultos⁷. No caso relatado, a neoplasia localizava-se entre palato duro e palato mole, muito provavelmente afetando glândulas salivares menores do palato.

O tratamento de escolha para o CAC é a excisão cirúrgica completa da lesão, com ressecção e boa margem de segurança, pois esta neoplasia é caracterizada por apresentar natureza infiltrativa, responsável pela frequente recorrência e pela metástase tardia^{4,7}. No presente estudo, realizou-se inicialmente uma biópsia parcial à nível ambulatorial sob efeitos de anestesia local, a excisão cirúrgica com ressecção em bloco (hemimaxilectomia à direita) e a instalação de uma prótese parcial provisória até a recuperação dos tecidos adjacentes. Muitos autores convergem sobre a dissecação linfática do pescoço, sendo reservada àqueles casos onde se encontram evidências clínicas de metástase e cervical⁸, o que não foi observado em no paciente deste relato.

Conclusão

O presente trabalho apresentou um caso de CAC desde o diagnóstico por meio de uma biópsia parcial até seu tratamento definitivo e instalação imediata de uma prótese provisória que permitisse a ressocialização da paciente, assim como, maior conforto pós-operatório.

Bibliografia

1. Oliveira FA, Duarte ECB, Taveira CT, Máximo AA, Aquino EC, Alencar RC, Vencio EF. Salivary Gland Tumor: a review of 599 cases in a Brazilian Population. **Head and Neck Pathol.** 2009 Sep; 3(4):271-275.
2. Ward BK, Seethala RR, Barnes EL, Lai YS. Basal cell adenocarcinoma of hard palate minor salivary gland: case report and review of the literature. **HNO.** 2009 Dec; 23(1)41-44.
3. Malhotra KP, Agrawal V, Pandley R. High grade transformation in adenoid cystic carcinoma of the parotid: report of a case with cytologic, histologic and immunohistochemical study. **Head and Neck Pathol.** 2009 Dec; 3(4):310-314.
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier; 2009. 972 p.
5. Alves ATNN, Soares FD, Junior AS, Medeiros N, Milagres A. Carcinoma adenóide cístico: revisão de literatura e relato de caso clínico. **J Bras Patol Med Lab.** 2004 Dez; 40(6):421-424.
6. Xu Q, Liu X, Chen W, Zhang Z. Inhibiting adenoid cystic carcinoma cells growth and metastasis by blocking the expression of ADAM 10 using RNA interference. **J Translat Med.** 2010 Dec; 20(8):136-146.
7. Ostman, J. et al. Malignant salivary gland tumours in Sweden 1960-1989: an epidemiological study. **Oral Oncology.** 1997 Mar; 33(3):169-176.
8. McFall, MR et al. Adenoid cystic carcinoma of the sublingual salivary gland in a 16-year-old female: report of a case and review of the literature. **J Laryngol Otol.** 1997 May; 111(5):485-488.