

Carcinoma mucoepidermoide em região retromolar: relato de caso

Mucoepidermoid carcinoma of the retromolar region: case report

Rani Iani C. Gonçalo; Afonso N. Dantas; Everton F. Morais; Roseana A. Freitas

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

RESUMO

Relatamos um caso de carcinoma mucoepidermoide (CME) com enfoque em suas características clinicopatológicas. No exame clínico intraoral, observou-se lesão de aspecto nodular em região de rafe pterigomandibular direita, com tempo de evolução de três anos. Biópsia incisional foi realizada, e as hipóteses diagnósticas de lesão de glândula salivar e sialadenite foram consideradas. Histopatologicamente, observou-se um processo neoplásico maligno caracterizado pela proliferação de células epidermoides, intermediárias e mucosas. O diagnóstico histopatológico de CME foi emitido. O presente caso enaltece a importância do diagnóstico precoce e do correto manejo dessa patologia, proporcionando um melhor prognóstico para os pacientes portadores de CME.

Unitermos: diagnóstico; glândulas salivares menores; carcinoma mucoepidermoide.

ABSTRACT

The present study aimed to report a case of mucoepidermoid carcinoma (MEC), focusing on its clinical-pathological characteristics. At intraoral clinical examination, a nodular lesion was observed in the right pterygomandibular raphe region, with three years of evolution. An incisional biopsy was performed, and the diagnostic hypotheses of salivary gland injury and sialadenitis were considered. Histopathologically, a malignant neoplastic process characterized by the proliferation of epidermoid, intermediate and mucosal cells was observed. The histopathological diagnosis of MEC was emitted. The present case praises the importance of early diagnosis and correct management of this disease, providing a better prognosis for these patients.

Key words: diagnosis; minor salivary glands; mucoepidermoid carcinoma.

RESUMEN

Reportamos un caso de carcinoma mucoepidermoide (CME) con enfoque en sus rasgos clinicopatológicos. En la exploración clínica intraoral, se observó una lesión de aspecto nodular en región del rafe pterigomandibular derecho, con tiempo de evolución de tres años. Se realizó una biopsia por incisión, considerándose las hipótesis diagnósticas de lesión de glándula salival y sialadenitis. Histopatológicamente, se observó un proceso neoplásico maligno caracterizado por la proliferación de células epidermoides, intermedias y mucosas. El diagnóstico histopatológico fue de CME. El presente caso destaca la importancia del diagnóstico temprano y del manejo correcto de esa enfermedad, ofreciendo un mejor pronóstico para los pacientes portadores de CME.

Palabras clave: diagnóstico; glándulas salivales menores; carcinoma mucoepidermoide.

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas das glândulas salivares representam 3% a 5% de todos os tumores malignos da região da cabeça e do pescoço; elas podem acometer as glândulas salivares maiores ou menores^(1,2).

O carcinoma mucoepidermoide (CME) é a neoplasia maligna da glândula salivar mais comum^(3,4). Cerca de 50% dos casos ocorrem nas principais glândulas salivares: 80% na parótida, 8%-23% na submaxilar e 2%-4% na sublingual. Ao se considerar o acometimento intraoral, os locais mais afetados são o palato e a mucosa jugal. A idade média dos pacientes é de aproximadamente 45 anos, com uma leve predileção pelo sexo feminino, com proporção de 3:2 mulheres/homens. No entanto, esse predomínio de mulheres é maior principalmente nos tumores linguais e retromolares^(4,5).

O comportamento clínico do CME é altamente variável, apresentando desde um crescimento tumoral indolente até uma disseminação metastática altamente agressiva⁽⁶⁾. Geralmente se manifesta como uma massa indolor, variavelmente fixa, com consistência borrachoeira ou macia. Devido à sua localização, normalmente superficial, os tumores intraorais podem aparecer como um aumento de volume de coloração azul-avermelhada, simulando uma mucocele ou um tumor vascular^(2,7).

Histopatologicamente, o CME é uma neoplasia maligna do epitélio glandular, caracterizada por células mucosas, intermediárias e epidermoides, com aspecto colunar e possível presença de células claras e oncócitos^(1, 2). Os tumores apresentam crescimento sólido, cístico ou microcístico e, embora não sejam encapsulados e assimétricos, são frequentemente lobulados e de certa forma circunscritos. Padrões como silhuetas invasivas irregulares, estreladas ou pontiagudas são menos comuns. CMEs que surgem nas glândulas salivares menores localizam-se na submucosa, onde são parcialmente circundados por lóbulos salivares; podem envolver os ductos principais e, de forma variada, estenderem-se à lâmina própria. A invasão perineural pode ser evidenciada, entretanto, áreas de necrose são incomuns⁽⁷⁾.

O CME pode ser classificado em: baixo grau, grau intermediário ou alto grau, de acordo com suas características citológicas, o padrão de invasão e o tipo celular^(8,9). Essa classificação se baseia em um conjunto de características, incluindo necrose, mitoses, atipias nucleares e tamanho do componente cístico⁽¹⁰⁾.

O tratamento depende da localização, dos aspectos clínicos e do grau histopatológico⁽⁹⁾. O tratamento padrão para os principais tipos de câncer da glândula salivar é a ressecção cirúrgica combinada com radioterapia adjuvante, a fim de reduzir as taxas de falha. Embora o papel da quimioterapia adjuvante não tenha sido comprovado, ela tem sido utilizada tanto para tratar metástases a distância e doença não excisiva quanto para reduzir

possíveis recidivas local/regional⁽⁵⁾. O prognóstico dependerá consideravelmente do estágio clínico da lesão, da sua localização anatômica, do grau histopatológico e do tratamento adotado.

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso de CME com foco em suas características clínicas e histopatológicas.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 33 anos, branca, compareceu à Clínica de Estomatologia do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, Brasil, relatando lesão dolorosa em boca, com duração de cerca de três anos. No exame clínico intraoral, observou-se lesão de aspecto nodular em região de rafe pterigomandibular direita. Era semelhante à mucosa na cor, tinha consistência firme, implantação sésil e crescimento lento, medindo aproximadamente 1 cm (**Figura 1**). Linfonodos regionais não se apresentavam palpáveis.

Solicitou-se radiografia panorâmica para avaliar uma possível perda óssea associada à lesão; no entanto, alterações radiográficas não foram observadas (**Figura 2**). Também foram solicitados exames pré-operatórios para a realização de biópsia incisional da lesão. As hipóteses diagnósticas foram lesão de glândula salivar ou sialadenite.



FIGURA 1 – Lesão nodular em região de rafe pterigomandibular direita

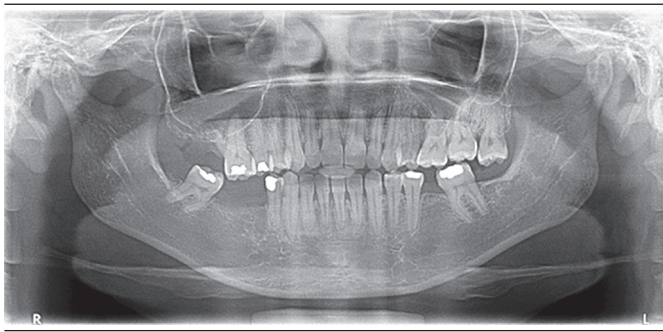


FIGURA 2 – Radiografia panorâmica com ausência de alterações radiográficas na região da lesão

No exame histopatológico, observou-se uma lesão caracterizada por proliferação de células epidermóides, intermediárias e mucosas, envolvida por um estroma de tecido conjuntivo fibroso de densidade variada. Essas células estavam dispostas em algumas regiões, ora em um padrão mais sólido, ora formando estruturas císticas de tamanhos variados, com a presença de um material eosinofílico amorfo compatível com muco em seu interior, além da formação de piscinas mucosas. Atipia celular não foi observada; apenas algumas células neoplásicas com discretos pleomorfismo e hiperchromatismo (**Figura 3**).

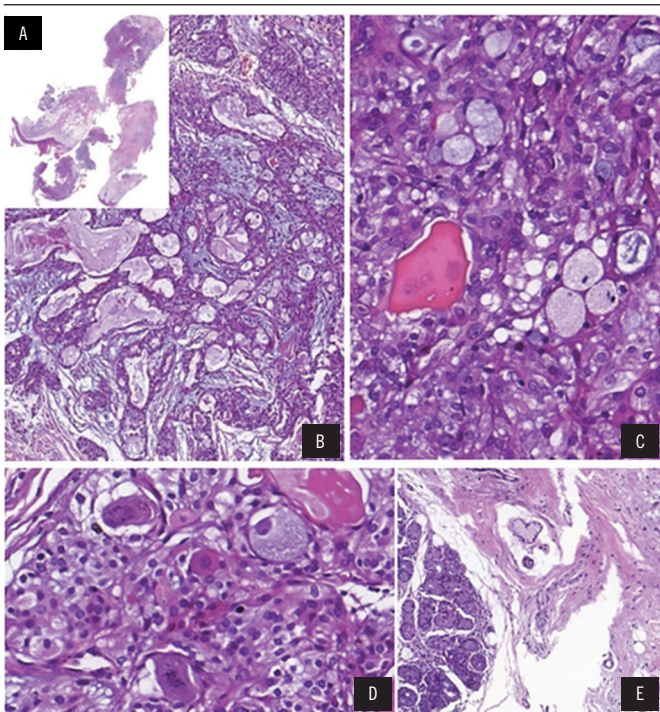


FIGURA 3 – A) fotomicrografia em menor aumento – observam-se fragmentos de processo neoplásico ricamente celularizado e não delimitado; B) espaços císticos e lúmens preenchidos por material eosinofílico e áreas sólidas; C) detalhe da morfologia: células mucosas e epidermóides; D) fotomicrografia em maior aumento – detalhe das células mucosas, células epidermóides e intermediárias; E) parênquima glandular completa o quadro examinado

O diagnóstico histopatológico de CME foi confirmado por análise microscópica. A paciente foi encaminhada para o hospital de referência da região para realização do tratamento adequado; foi submetida a ampla excisão cirúrgica do processo neoplásico. Atualmente, encontra-se em acompanhamento, sem sinais clínicos ou radiográficos de recidiva 12 meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

A cavidade oral pode ser acometida por uma variedade de lesões de diferentes características clínicas e patológicas e comportamento biológico^(11,12). Este artigo relata um caso de CME em uma paciente do sexo feminino e, até o momento, não há consenso sobre a predileção de gênero por essa neoplasia. Alguns autores acreditam que não há preferência, enquanto outros afirmam que o CME é mais prevalente nas mulheres (60,2%)^(5,12).

A aparência clínica benigna do CME geralmente leva ao diagnóstico de adenoma pleomórfico ou cisto de retenção de muco, hemangioma, nevo pigmentado e processos císticos^(13,14). O diagnóstico clínico mostrou-se impreciso em nosso relato, tornando-se fundamental a realização de uma biópsia incisiva para análise e diagnóstico definitivo do caso.

Nossa paciente apresentou sintomatologia dolorosa, embora não tenha sido observada linfadenopatia ou alterações ósseas no exame radiográfico, o que dificultou o diagnóstico clínico. A ausência de sintomatologia pode atrasar o diagnóstico, tornando o tratamento menos eficaz⁽¹⁴⁾. Além disso, a dor nem sempre está presente nos casos de CME. Ao mesmo tempo, há relatos de casos sintomáticos associados a linfadenopatia, ulceração ou comprometimento ósseo^(13,14).

O CME deste caso estava em um local com baixo grau de acometimento pelo processo neoplásico. As glândulas salivares maiores são mais afetadas, geralmente representadas pela parótida. Kolude *et al.* (2001)⁽¹⁵⁾ analisaram 34 pacientes com CME e constataram que apenas 25% das lesões afetavam as glândulas salivares menores, a maioria no palato. Outras áreas orais acometidas em ordem decrescente são: mucosa bucal, mucosa alveolar, língua, região retromolar, assoalho da boca e lábios.

Moreira *et al.* (2009)⁽¹⁶⁾ observaram que a glândula parótida é o local mais frequente de lesões malignas, seguida pelas glândulas submandibulares e salivares menores distribuídas pela cavidade oral. Por outro lado, Ledesma-Montes e Graces-Ortiz (2002)⁽¹⁷⁾ relataram que o palato era a região mais comum.

Tumores isolados no triângulo retromolar são raros. Em geral, a maioria dos processos neoplásicos diagnosticados nesse sítio anatômico são carcinomas de células escamosas, com raras exceções. As lesões frequentemente se estendem às tonsilas, ao pilar anterior e ao palato mole^(11,14).

Em nosso estudo, a amostra de biópsia excisional foi enviada para análise anatomopatológica. Esse procedimento favorece o diagnóstico precoce, melhora o prognóstico e aumenta as chances de um tratamento bem-sucedido^(12, 13). O CME, assim como qualquer outra lesão do complexo maxilomandibular, deve ser diagnosticado o mais rápido possível, pois isso melhora os resultados. Portanto, o diagnóstico de uma lesão maligna na fase inicial favorece o tratamento⁽⁵⁾.

O estágio da lesão no momento do diagnóstico é importante porque os casos mais avançados demandam tratamentos mais complexos e têm prognóstico ruim. Como a cavidade oral permite fácil acesso e inspeção, o diagnóstico tardio não pode ser justificado⁽¹¹⁾. A capacidade do cirurgião-dentista para um exame

minucioso do sistema estomatognático é fundamental para promover o diagnóstico precoce e evitar lesões orais, exigindo, consequentemente, cirurgias menos invasivas que resultem em melhor qualidade de vida para o paciente^(5, 14).

Diante do relato de caso apresentado, enfatizamos a importância de os cirurgiões-dentistas conhecerem as características clinicopatológicas do CME, visando ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. Essa patologia deve ser considerada uma hipótese diagnóstica em lesões orais de aspecto proliferativo, mesmo quando sua aparência clínica não sugere malignidade; a realização de biópsia incisional é essencial para o diagnóstico correto e posterior manejo do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Byrd SA, Spector ME, Carey TE, Bradford CR, McHugh JB. Predictors of recurrence and survival for head and neck mucoepidermoid carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 149(3): 402-8. PubMed PMID: 23695589.
2. Ellis MA, Graboyes EM, Day TA, Neskey DM. Prognostic factors and occult nodal disease in mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx: an analysis of the National Cancer Database. *Oral Oncol.* 2017; 72: 174-8. PubMed PMID: 28797455.
3. Granic M, Suton P, Mueller D, Cvrljevic I, Luksic I. Prognostic factors in head and neck mucoepidermoid carcinoma: experience at a single institution based on 64 consecutive patients over a 28-year period. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018; 47(3): 283-8. PubMed PMID: 28969884.
4. Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, Reichart P. World Health Organization classification of tumors: pathology and genetics of head and neck tumors. IARC Press: Lyon; 2005.
5. Janet-Ofelia GC, Rafael MV, Guillermo GA, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands: survival and prognostic factors. *J Maxillofac Oral Surg.* 2017;16(4): 431-437. PubMed PMID: 29038625.
6. Brandwein MS, Ivanov K, Wallace DI, et al. Mucoepidermoid carcinoma: a clinicopathologic study of 80 patients with special reference to histological grading. *Am J Surg Pathol.* 2001; 25(7): 835-45. PubMed PMID: 11420454.
7. Coca-Pelaz A, Rodrigo JP, Triantafyllou A, et al. Salivary mucoepidermoid carcinoma revisited. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015; 272(4): 799-819. PubMed PMID: 24771140.
8. Luna MA. Salivary mucoepidermoid carcinoma: revisited. *Adv Anat Pathol.* 2006; 13(6): 293-307. PubMed PMID: 17075295.

9. McHugh CH, Roberts DB, El-Naggar AK, et al. Prognostic factors in mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands. *Cancer.* 2012; 118(16): 3928-36. PubMed PMID: 22180391.
10. Seethala RR. An update on grading of salivary gland carcinomas. *Head Neck Pathol.* 2009; 3(1): 69-77. PubMed PMID: 20596994.
11. Goel AN, Badran KW, Braun APG, Garrett AM, Long JL. Minor salivary gland carcinoma of the oropharynx: a population-based analysis of 1426 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 158(2): 287-94. PubMed PMID: 28971745.
12. Honjo K, Hiraki T, Higashi M, et al. Immunohistochemical expression profiles of mucin antigens in salivary gland mucoepidermoid carcinoma: MUC4- and MUC6-negative expression predicts a shortened survival in the early postoperative phase. *Histol Histopathol.* 2018; 33(2): 201-13. PubMed PMID: 28649694.
13. Vander Poorten V, Hunt J, Bradley PJ, et al. Recent trends in the management of minor salivary gland carcinoma. *Head Neck.* 2014; 36: 444-55. PubMed PMID: 23559518.
14. Badlani J, Gupta R, Balasubramanian D, Smith J, Luk P, Clark J. Primary salivary gland malignancies: a review of clinicopathological evolution, molecular mechanisms and management. *ANZ J Surg.* 2018; 88(3): 152-7. PubMed PMID: 28982213.
15. Kolude B, Lawoyin JO, Akang EE. Mucoepidermoid carcinoma of the oral cavity. *J Nat Med Assoc.* 2001; 93: 178-84. PubMed PMID: 11405595.
16. Moreira ARO, Oliveira CDM, Figueirêdo EP, Silva RR, Lopes FF, Bastos EG. Levantamento epidemiológico das enfermidades das glândulas salivares em São Luís-MA: casuística de vinte anos. *RFO.* 2009; 14(2): 105-10. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2009/v14n2/a105-110.pdf>.
17. Ledesma-Montes C, Garces-Ortiz M. Salivary gland tumours in a Mexican sample: a retrospective study. *Med Oral.* 2002; 7: 324-30. PubMed PMID: 12415215.

AUTOR CORRESPONDENTE

Rani Iani Costa Gonçalo  0000-0002-6762-135X
e-mail: ranigoncalo@gmail.com



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.