

Carcinoma Adenoide Cístico em uma Localização Incomum

Adenoid Cystic Carcinoma in an Uncommon Site

Frederico Sampaio Neves^I | Frab Norberto Bóscolo^{II} | Solange Maria de Almeida^{II} | Paulo Sérgio Flores Campos^{III} | Luís Antônio Nogueira dos Santos^{IV}

RESUMO

O carcinoma adenoide cístico é uma massa de crescimento lento e indolor, com propensão a invadir nervos periféricos e apresenta uma alta taxa de recorrência, com metástase em outros órgãos. A ocorrência do carcinoma adenoide cístico é relativamente rara, representando 10% a 15% das neoplasias de glândulas salivares maiores e cerca de 12.3% das neoplasias de glândulas salivares menores. A frequência relatada em língua é de 19.8%, sendo que, em 85% dos casos, a região afetada é a base da língua. Relatamos um caso de carcinoma adenoide cístico em paciente do gênero feminino, 66 anos de idade, localizado em dorso de língua e descrevemos os seus achados ultrassonográficos.

Descritores: Carcinoma adenoide cístico; Glândula salivar; Ultrassom.

ABSTRACT

The adenoid cystic carcinoma is a slow growing and painless mass, with a tendency to invade peripheral nerves and produce metastasis, and also presenting a high rate of recurrence. Adenoid cystic carcinoma is relatively rare condition, accounting for 10% to 15% of all major salivary gland neoplasms and approximately 12.3% of minor salivary glands neoplasms. The tongue is involved in 19.8% of the cases, and in 85% of these cases the affected region is the base of the tongue. We report a case of adenoid cystic carcinoma in a 66-year-old female patient, located in the dorsum of the tongue, and describe its ultrasound characteristics.

Keywords: adenoid cystic carcinoma; salivary gland; ultrasound.

INTRODUÇÃO

Carcinoma adenoide cístico (CAC) é uma neoplasia maligna que se origina das glândulas salivares menores ou maiores, caracterizado por crescimento lento, invasão difusa e alto potencial para produzir metástases¹. A condição apresenta curso clínico severo e usualmente leva a óbito. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o CAC é um tumor de células epiteliais e mio-epiteliais que pode apresentar padrão morfológico tubular, cribiforme ou sólido.

Tipicamente, O CAC é uma neoplasia de cresci-

mento lento, apresentando-se clinicamente como um aumento de volume ou nódulo de consistência endurecida, recoberto por mucosa íntegra. Embora rara nas lesões de glândulas salivares maiores e nas neoplasias de palato, ulceração pode ser observada, e radiograficamente pode-se perceber destruição óssea².

A avaliação dos tumores de glândulas salivares tem sido realizada por diversas modalidades de imagem, mas a tomografia computadorizada multidetector e a ressonância magnética são particularmente úteis na determinação da extensão do tumor e da possibilidade

I - Mestrando em Radiologia Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP.

II - Professor associado da Disciplina de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP.

III - Professor associado da Disciplina de Radiologia Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia.

IV - Doutorando em Radiologia Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba/ UNICAMP.

de metástase nos linfonodos. Além disso, a tomografia computadorizada multidetector com contraste permite ao cirurgião determinar se a lesão é cística ou sólida³.

Adiante relataremos um caso de CAC localizado em dorso de língua e descreveremos os seus achados ultrassonográficos.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 66 anos de idade compareceu à Clínica de Estomatologia da Universidade de Montes Claros (Minas Gerais, Brasil) com queixa de aumento de volume, assintomático e localizado língua. Ao exame extrabucal, percebemos linfonodos cervicais com consistência e tamanho normais. Durante o exame intrabucal, observamos aumento de volume recoberto por mucosa normal, localizado no lado direito do dorso, borda lateral e ventre da língua. À palpação, a lesão apresentou consistência firme e aparentemente fibrosa (Figura 1).



Figura 1 – Aspecto clínico da lesão.

Diante do aspecto clínico da lesão, a paciente foi submetida a exame por ultrassonografia (US), para determinar a extensão do tumor e descartar a possibilidade de lesão vascular ou Linfoma não-Hodgkin. Foi realizada US bidimensional, com transdutor plano de alta frequência (7.5MHz), que revelou um aumento de volume na língua, com aspecto hipoecogênico e dimensões de, aproximadamente, 3,0cm x 6,0cm x 2,5cm (Figura 2a-b). No modo doppler, observou-se que a lesão possuía uma baixa vascularização, com fluxo sanguíneo anômalo (Figura 2c). Na mesma sessão foram também avaliados os linfonodos cervicais que não apresentaram alterações.



Figura 2 – Exame por US da lesão.

O exame anatomopatológico mostrou a presença de ilhas e cordões tumorais compostos por células hipercromáticas, pleomórficas, apresentando citoplasma eosinofílico, circundando e invadindo o feixe vasculo-nervoso (Figura 3a). Também pôde ser observado tecido epitelial pavimentoso estratificado paraceratinizado, revestindo tecido conjuntivo denso não-modelado apresentando, no seu interior, ilhas e cordões epiteliais hipercromáticos com padrão ora cribiforme, ora tubular (Figura 3b). O diagnóstico histopatológico foi de CAC. A paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia, sendo foi submetida a tratamento cirúrgico com remoção completa da lesão.

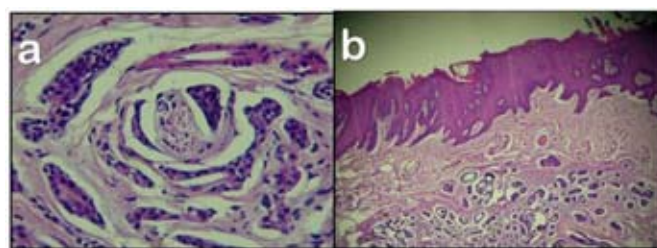


Figura 3 – Aspectos histopatológicos da lesão.

DISCUSSÃO

Clinicamente, o CAC é caracterizado por uma massa de crescimento lento e indolor, com propensão a invadir nervos periféricos, apresentando alta taxa de recorrência, com metástase em outros órgãos⁴. Em nosso caso, a paciente encontra-se em preservação clínica, e três anos depois da remoção cirúrgica da lesão não se observaram sinais de recidiva da lesão.

A ocorrência de CAC é relativamente rara, representando 10% a 15% de todas as neoplasias de glândulas salivares maiores e cerca de 12.3% de glândulas salivares menores. A frequência relatada em língua é de 19.8%, sendo que, em 85% dos casos, a região afetada é a base da língua².

Recentemente, Mucke et al.⁵ avaliaram 33 casos de CAC, originados de glândulas salivares menores e observaram que, em 45,5% dos casos, a ocorrência foi

no palato, seguida da região bucal (27,3%). Não foi detectado nenhum caso de CAC em língua. Já Tian et al.⁶ avaliaram 6892 casos de neoplasias de glândulas salivares na população chinesa e registraram 68 casos de CAC acometendo glândulas salivares menores linguais.

A US possui uma ampla aceitação no auxílio diagnóstico para avaliação de lesões localizadas em tecidos moles da cabeça e pescoço, como linfonodos e glândulas salivares. Em nosso caso, a US não pôde apontar a neoplasia como maligna, principalmente porque não foram observadas alterações nos linfonodos cervicais, que apresentaram margens lisas. Porém, o diagnóstico de lesão vascular pôde ser excluído, devido a sua baixa vascularização.

O CAC possui três padrões histológicos: tubular, cribiforme e sólido (mais comum). Esses padrões refletem um maior (tubular) ou menor (sólido) grau de diferenciação tumoral. Casos de CAC com padrão sólido são mais agressivos que os outros⁷. Em nosso caso, pudemos observar uma associação entre os padrões cribiforme e tubular.

As modalidades de tratamento para o CAC incluem a ressecção cirúrgica, com ou sem a possibilidade de um esvaziamento cervical dos linfonodos, a depender da suspeita clínica ou radiográfica de metástases existentes nos linfonodos loco - regionais. A radioterapia pós-operatória também é um dos tratamentos utilizados⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As indicações para realização do esvaziamento cervical dos linfonodos são baseadas nos achados clínicos e imaginológicos. Casos de suspeita de alargamento (maior que 1cm) ou necrose central dos linfonodos e invasão do osso adjacente, observados por meio da US, tomografia computadorizada multidetector ou ressonância magnética, conduzem ao esvaziamento cervical dos linfonodos⁴. Em nosso caso, tais aspectos imaginológicos não foram observados na US, não sendo, portanto, necessário o esvaziamento cervical dos linfonodos.

REFERÊNCIAS

1. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (editors). WHO classification head and neck tumours. Lyon: IARC; 2005. p. 270-2.
2. Soares EC, Carreiro Filho FP, Costa FW, Vieira AC, Alves AP. Adenoid cystic carcinoma of the tongue: case report and literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(8):475-8.
3. Papadogeorgakis N, Kalfarentzos EF, Vourlakou C, Malta F, Exarhos D. Simultaneous pleomorphic adenoma of the left parotid gland and adenoid cystic carcinoma of the contralateral sublingual salivary gland: a case report. *Oral Maxillofac Surg*. 2009;13(4):221-4.
4. Carrasco Ortiz D, Aldape Barrios B. Adenoid cystic carcinoma of the dorsum of the tongue: presentation of a case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(5):417-20.
5. Mücke T, Tannapfel A, Kesting MR, Wagenpfeil S, Robitzky LK, Wolff KD, Hölzle F. Adenoid cystic carcinomas of minor salivary glands. *Auris Nasus Larynx*. 2010;37(5):315-20.
6. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39(3):235-42.
7. Moles MA, Avila IR, Archilla AR. Dedifferentiation occurring in adenoid cystic carcinoma of the tongue. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;88(2):177-80.
8. Avery CM, Moody AB, McKinna FE, Taylor J, Henk JM, Langdon JD. Combined treatment of adenoid cystic carcinoma of the salivary glands. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2000;29(4):277-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Frederico Sampaio Neves
 Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Odontologia de Piracicaba
 Departamento de Diagnóstico Bucal
 Av. Limeira, 901, Areião, Caixa Postal 52, Piracicaba-SP CEP 13414-903

