

Carcinoma adenóide cístico sólido em palato e seio maxilar

Vanessa de Fátima Bernardes¹, Sérgio Vitorino Cardoso²,
Ricardo Alves Mesquita³, Maria Auxiliadora Vieira do Carmo⁴, Maria Cássia Ferreira de Aguiar⁵

Adenoid cystic carcinoma in palate and maxillary sinus

Palavras-chave: carcinoma adenóide cístico, fatores prognósticos, tumores de glândulas salivares.
Keywords: adenoid cystic carcinoma, prognostic factors, salivary gland tumors.

INTRODUÇÃO

O carcinoma adenóide cístico (CAC) representa 1% das neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço e 10% das neoplasias de glândulas salivares. Ocorre mais frequentemente na quinta década de vida, sendo o sexo feminino o mais acometido¹.

A lesão apresenta crescimento lento, porém são comuns invasão neural, metástases à distância e recorrências múltiplas. Devido a este comportamento, pacientes com CAC têm prognóstico ruim, mesmo após cirurgia radical e radioterapia².

Relata-se um caso de CAC extenso no palato, envolvendo seio maxilar e assoalho de órbita. Baseados no relato do caso, discutem-se fatores de prognóstico e a importância do diagnóstico precoce do CAC.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 34 anos, foi submetida à avaliação de lesão

no palato, relatando cefaléia e odinofagia há um mês. Ao exame clínico intrabucal, observou-se lesão tumoral, ulcerada ao centro, em palato duro e mole, com diâmetro aproximado de 6cm (Figura 1A). Radiografia panorâmica demonstrou lise óssea na região dos dentes 25a 28, com acometimento de seio maxilar e extensão para assoalho de órbita (Figura 1B).

Realizou-se biópsia incisional e o espécime foi enviado ao Serviço de Anatomia Patológica. O exame histopatológico revelou neoplasia epitelial glandular maligna caracterizada pela proliferação de células basalóides dispostas em ninhos e trabéculas sólidas. Alguns ninhos exibiram área central de necrose (Figura 1C). Pleomorfismo nuclear, nucléolos evidentes e figuras de mitose foram identificados (Figura 1D). O diagnóstico foi de carcinoma adenóide cístico, variante sólida. A paciente foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, sendo planejada radioterapia previamente à excisão cirúrgica. No entanto, foi a óbito em decorrência da neoplasia antes de ser realizado o tratamento.

DISCUSSÃO

Vários fatores são considerados para o prognóstico do CAC, entre eles, tipo histológico e estádios clínicos da doença. Maior agressividade tem sido relacionada ao subtipo sólido³. Lesões envolvendo nariz, seios paranasais e maxilar têm pior prognóstico⁴. Margens positivas e infiltração neural são indicadores de recidiva e influenciam negativamente na sobrevida⁴. Menor

extensão da neoplasia e remoção cirúrgica completa estão associados à cura e ressaltam a importância do diagnóstico precoce⁵.

O neurotropismo das células neoplásicas é causa de dor¹. Neste caso, era uma queixa significativa da paciente, associada à cefaléia e odinofagia.

Spiro et al.⁶ observaram que indivíduos com CAC em seio maxilar apresentaram doenças mais avançadas devido à invasão de ossos e tecidos. Esta característica foi observada, resultando em baixa expectativa de vida para o paciente.

COMENTÁRIOS FINAIS

A variante sólida do CAC representa a forma mais agressiva da neoplasia. O sucesso do tratamento e a sobrevida do paciente estão relacionados ao tipo histológico, à localização, ao tamanho e ao diagnóstico precoce da lesão. Neste caso, os fatores prognósticos relacionaram-se à baixa expectativa de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ellis GR, Auclair PL. Atlas of tumor pathology - tumors of the salivary glands [CD-ROM]. Washington D.C.: Armed Forces Institute of Pathology; 1996.
2. Spiro RH, Huvos AG. Stage means more than grade in adenoid cystic carcinoma. Am J Surg 1992;164(6):623-8.
3. Chummun S, Mc Lean NR, Kelly CG, Dawes PJK, Meikle D, Fellowst S, et al. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. Br J Plast Surg 2001;54(6):476-80.
4. Jones AS, Hamilton JW, Rowley H, Husband D, Helliwell TR. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck. Clin Otolaryngol Allied Sci 1997;22(5):434-43.
5. Haddad A, Enepekides DJ, Manolidis S, Black M. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a clinicopathologic study of 37 cases. J Otolaryngol 1995;24(3):201-5.
6. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma: factors influencing survival. Am J Surg 1979;138(4):579-83.

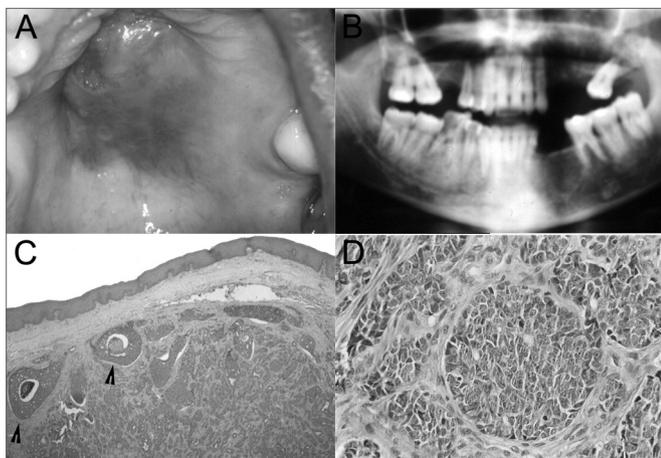


Figura 1. Carcinoma adenóide cístico sólido. A. Aspecto clínico do CAC no palato. B. Aspecto radiográfico da lesão. Observam-se destruição das paredes do seio maxilar e extensão para o assoalho da órbita. C,D. Aspectos microscópicos da lesão - Setas - Lóbulos sólidos com área central de necrose.

¹ Cirurgiã-dentista, Mestranda em Patologia Bucal.

² Cirurgião-dentista, Mestre e Doutor em Patologia, Professor do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros.

³ Cirurgião-dentista, Mestre e Doutor em Patologia Bucal, Professor Adjunto do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ Cirurgiã-dentista, Mestre e Doutora em Patologia, Professora Adjunta do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁵ Cirurgiã-dentista, Mestre em Patologia e Doutora em Patologia Bucal, Professora Adjunta do Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Odontologia da UFMG Laboratório de Patologia Experimental 1 Sala 3201 Av. Antônio Carlos 6627 Pampulha Belo Horizonte MG 31270-901.

Tel: (0xx31) 3499-2476.

CNPq, FAPEMIG.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 2 de agosto de 2005.

Artigo aceito em 2 de junho de 2006.