

# Forma cística da sialometaplasia necrosante em glândula salivar sublingual

# Cystic form of necrotizing sialometaplasia in sublingual salivary gland

Marcus A. Lima<sup>1</sup>, Leticia C. Rocha<sup>2</sup>,  
Luciana M. S. Siqueira<sup>2</sup>, Luis C. Carmo<sup>2</sup>,  
João H. Filho<sup>3</sup>

Palavras-chave: sialometaplasia necrosante, glândula salivar menor sublingual, forma cística.  
Key words: necrotizing sialometaplasia, minor salivary gland, floor of mouth, cystic form.

## Resumo / Summary

**A**sialometaplasia necrosante (SN) é doença inflamatória de natureza benigna que se manifesta como úlceras profundas e irregulares de crescimento rápido, acometendo glândulas salivares menores, simulando neoplasias malignas. Relata-se caso de SN que se destaca pela forma de apresentação cística em assoalho da boca de mulher de 70 anos, com boa evolução pós-operatória e sem evidências de recidiva um ano após a ressecção.

**N**ecrotizing Sialometaplasia (NS) is an inflammatory disease of benign nature that manifests itself as deep and irregular ulcers of fast growth, attacking minor salivary glands simulating malignant neoplasias. It is reported a NS case that highlights itself by a cystic presentation in the floor of a 70 year-old woman's mouth, with good post-operative evolution and without evidences of recidivating one year after the resection.

<sup>1</sup> Médico Anatomopatologista da Associação de Combate ao Câncer do Brasil Central e Professor Adjunto de Endocrinologia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM).

<sup>2</sup> Acadêmicos de Medicina da FMTM.

<sup>3</sup> Médico Otorrinolaringologista.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

Endereço para correspondência: Dr. Marcus Aurelio de Lima – Disciplina de Endocrinologia – Hospital Escola – Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro  
Rua Getúlio Guaritá nº 130 –38028 – 440, Bairro Abadia, Uberaba, MG, Brasil. Fone: (0xx34) 318 5292/5258; Fax: (0xx34) 3126640. E-mail: lima@mednet.com.br.

Artigo recebido em 29 de junho de 2001. Artigo aceito em 27 de agosto de 2001.

---

## INTRODUÇÃO

---

A sialometaplasia necrosante (SN) é doença inflamatória e rara que acomete mais comumente as glândulas salivares menores do palato duro e possui importância clínica pela possibilidade de simular neoplasias malignas, como os carcinomas mucoepidêmico e epidêmico<sup>1,2</sup>. No entanto, a maior evidência de sua natureza benigna é a evolução espontânea para a cura, geralmente entre 3 e 12 semanas, além da ausência de recidivas<sup>3,4</sup>.

Recentemente, observamos um caso de sialometaplasia necrosante em mulher de 70 anos e resolvemos publicá-lo em vista de sua relativa raridade e da apresentação atípica, como forma cística em assoalho da boca. Além disso, chamamos a atenção dos cirurgiões para essa lesão que, embora simule uma entidade maligna, tem evolução benigna, curando-se espontaneamente.

---

## REVISÃO DE LITERATURA

---

A entidade foi inicialmente descrita por Abrams e cols. em 1973<sup>5</sup> e apresenta-se mais comumente como nódulo ulcerado do palato duro em todas as regiões onde haja glândula salivar<sup>6</sup>. Seu pico de incidência é dos 45 aos 55 anos, mas já foi relatada em pacientes entre os 14 e os 83 anos<sup>3</sup>. Não há predomínio racial e, aparentemente, ocorre mais no sexo masculino, com relação 2,3:1<sup>3</sup>. A sua etiologia permanece desconhecida, todavia fatores como tabagismo, etilismo, trauma ou mesmo infecção tenham sido aventados. Para a maioria dos autores<sup>3,4</sup>, o infarto das glândulas salivares menores parece ser a causa mais provável, embora haja divergências.

---

## APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

---

Paciente do sexo feminino, branca, de 70 anos de idade, previamente sadia, procurou médico com queixa de aparecimento há uma semana de massa em assoalho da boca, de crescimento rápido, indolor, sem febre, sem outras alterações associadas.

Ao exame físico, observou-se nódulo endurecido, no assoalho da boca, em topografia de glândula salivar sublingual à direita, inelástica, sem adesão aos planos profundos e sem ulceração. Não havia nódulos à palpação cervical. Exames laboratoriais de rotina sem quaisquer alterações. À ultra-sonografia da região, sob suspeita de calculose em ducto salivar, notou-se lesão de características císticas em glândula salivar sublingual direita. Com base neste quadro, foi sugerida cirurgia para retirada do nódulo. Durante o ato cirúrgico, observou-se massa cística, não encapsulada, endurecida, de fácil dissecação acometendo topografia da glândula salivar sublingual direita. Toda a lesão foi ressecada e enviada para exame anatomopatológico.

---

## EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

---

### *Macroscopia*

Estrutura nodular de formato piramidal pesando 3g e medindo 3 x 2,2 x 1,3 cm, apresentando superfície externa lobulada, de coloração pardo-escura, de consistência cística. A superfície de corte demonstra tecido em parte negro, aparentemente hemorrágico e em parte pardo-amarelado.

### *Microscopia*

Glândula salivar menor apresentando cavidade revestida por epitélio escamoso estratificado sem atipias e contendo sangue (Figuras 1 e 2) ao lado de extensas áreas de hemorragias recente e antiga em meio a tecido conjuntivo fibroso, muitas vezes hialinizado contendo ductos revestidos por epitélio escamoso estratificado sem atipias circundados por moderado infiltrado inflamatório linfocitário (Figura 3). O epitélio escamoso forma blocos sólidos ou trabéculas de padrão infiltrativo (Figura 4).

Diagnóstico: sialometaplasia necrosante.

A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com cicatrização da ferida cirúrgica trinta dias após. Acompanhada, clinicamente, há um ano, não apresenta evidências de recidiva da lesão. Queixa-se apenas de diminuição de sensibilidade em algumas regiões da língua.

---

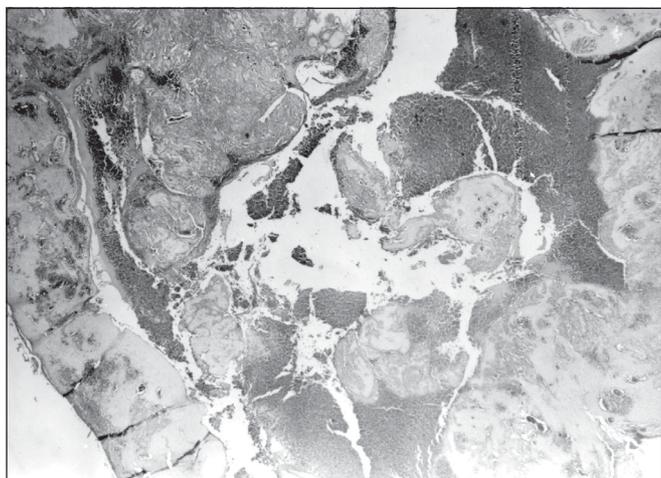
## DISCUSSÃO

---

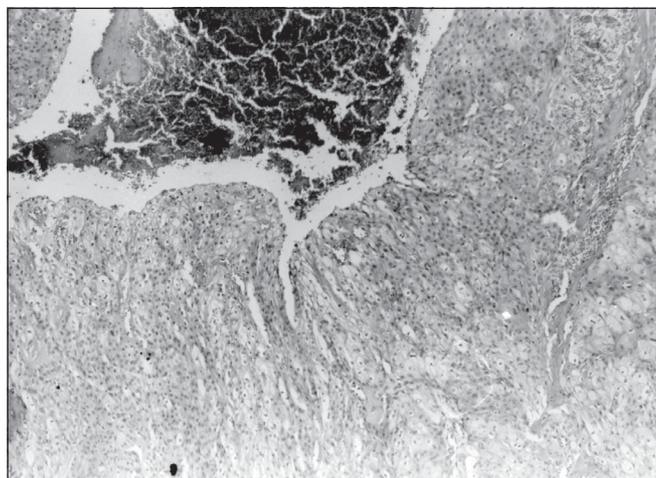
Trata-se de relato de sialometaplasia necrosante acometendo glândula salivar sublingual de paciente idosa, apresentando-se, atipicamente, como massa cística. O diagnóstico foi baseado no exame histopatológico<sup>5</sup>, uma vez que os achados clínicos não são suficientes para confirmar, com segurança, essa enfermidade. A SN manifesta-se clinicamente por úlceras profundas, indolores, irregulares, com crescimento rápido, podendo estender-se até o osso, simulando um carcinoma escamoso<sup>1,2,7</sup>. Com frequência, essas lesões estão cobertas por exsudato inflamatório ou necrótico, comumente circundado por halo eritematoso<sup>7</sup>. Nós acreditamos que a forma cística da SN, como aqui relatada, seria a fase anterior à ulceração, porém não há dados suficientes para comprovar essa afirmação.

Histologicamente, pode-se observar lóbulos das glândulas seromucosas com metaplasia malpighiana dos canalículos e dos ácinos adjacentes, associados a granuloma inflamatório<sup>5</sup>. A arquitetura lobular permanece conservada e não se notam atipias citonucleares. Esse quadro é compatível com o observado no presente caso e demonstrado nas figuras 3 e 4.

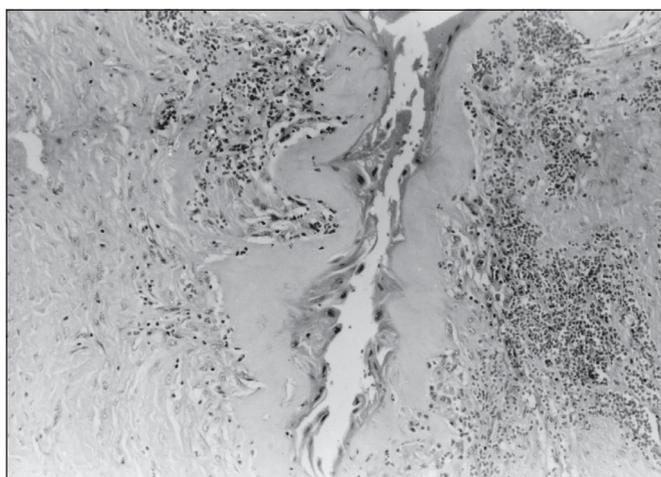
A maioria dos casos descritos na literatura se localiza nas glândulas salivares menores do palato duro, porém há vários relatos atingindo as glândulas do palato mole<sup>8</sup>, trigono retromalar<sup>8</sup>, cavidade nasal e nasofaringe<sup>9</sup>, seio



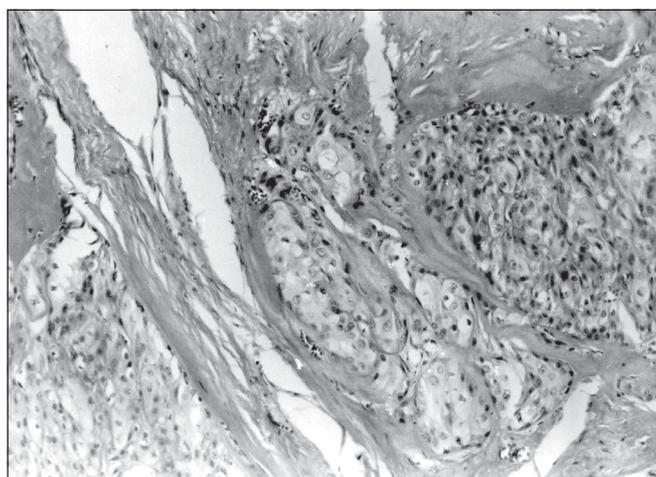
**Figura 1.** Glândula salivar menor apresentando cavidade contendo sangue (HE, 32x);



**Figura 2.** Cavidade revestida por epitélio escamoso estratificado sem atipias (HE, 100x);



**Figura 3.** Ducto revestido por epitélio escamoso metaplásico sobre membrana basal espessada e circundado por moderado infiltrado inflamatório linfocitário (HE, 200x);



**Figura 4.** Epitélio escamoso sem atipias formando blocos e trabéculas infiltrativos lembrando carcinoma epidermóide invasivo (HE, 400x).

maxilar<sup>10</sup>, lábio inferior<sup>11,12</sup>, mucosa oral<sup>8</sup>, assoalho da boca<sup>8</sup>, língua<sup>13</sup> e glândulas salivares maiores<sup>14,15</sup>. A idade de apresentação nos quase 150 casos relatados na literatura variava entre 14 e 83 anos, sendo que, na maioria dos pacientes, a lesão foi diagnosticada durante a 5ª e 6ª décadas de vida<sup>11</sup>. Nossa paciente apresentou-se em idade superior a esse pico e em glândula salivar menor sublingual, topografia de menor incidência.

A etiologia da SN permanece ainda desconhecida. De acordo com certos autores, o problema inicial seria vascular<sup>16</sup>, com isquemia causando necrose dos lóbulos salivares, seguida de metaplasia malpighiana reacional, reação inflamatória e ulceração. As causas dos distúrbios do suprimento sangüíneo poderiam ser decorrentes de tabagismo, etilismo, hiperlipidemia, trauma, clameamento

vascular, embolia, trombose, procedimentos cirúrgicos ou tumores<sup>17</sup>. Ao que parece, haveria bloqueio ductal por estomatite nicotínica ou isquemia secundária a espasmo arteriolar<sup>4</sup> ou, ainda, conseqüência de edema produzido por traumatismo, infecção ou comprometimento intra-operatório. No caso atual, não há história de nenhum desses fatores de risco possíveis.

A evolução da SN é geralmente favorável, sem recorrências<sup>7</sup> e não há recomendação terapêutica<sup>17</sup>. Apesar dessas características benignas, é sempre necessário afastar a possibilidade de carcinoma escamoso. Por essa razão, a biópsia é obrigatória e deverá ser suficientemente generosa para permitir ao patologista demonstrar a preservação do padrão lobular glandular<sup>8</sup>. A cirurgia serviria nesses casos mais como método diagnóstico que terapêutico.

---

## COMENTÁRIOS FINAIS

---

Os autores chamam atenção que a SN pode apresentar-se atipicamente e em localizações incomuns, por isso reafirmam a relevância do diagnóstico diferencial com neoplasias malignas. Ainda mais, frisam a importância de se conhecer melhor essa enfermidade, que, embora relativamente incomum, pode representar grande sofrimento e temor para o paciente e seus familiares.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Donath K, Seifert G. Tumour-simulating squamous cell metaplasia (SCM) in necrotic areas of salivary gland tumours. *Pathol Res Pract* 1997;193:689-93.
2. Gilles AD. Necrotizing sialometaplasia. *Brit J Oral Surg*, 1980;18:4550.
3. Murphy J et al. Necrotizing, sialometaplasia. *Oral Surg, Oral Med, Oral Path*, 1977;44:419-24.
4. Navarro Sampedro JJ et al. Sialometaplasia necrotizante del paladar duro. *Anales ORL Iber-Amer XX*, 1993;1:65-77.
5. Abrams AM, Melrose RJ, Howell FV. Necrotizing sialometaplasia: a disease simulating malignancy. *Cancer*, 1973;32:130-5.
6. Granick MS et al. Necrotizing sialometaplasia masquerading as residual cancer of the lip. *Ann Plast Surg*, 1988;21:152-4.
7. Gahhos F, et al. Necrotizing sialmetaplasia: report of five cases. *Plast Reconstr Surg*, 1983;71:650-6.
8. Forney SK et al. Necrotizing sialometaplasia of the mandible. *Oral Surg*, 1977;43:720-9.
9. Maisel RH et al. Necrotizing sialometaplasia involving the nasal cavity. *Laryngoscope*, 1977;87:429-34.
10. Imbery TA, Edwards P. Necrotizing sialometaplasia: literature review and case reports. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1087-92.
11. Fowler CB, Brannon RB. Subacute necrotizing sialoadenitis: report of 7 cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;89:600-9.
12. Matilla A et al. Necrotizing sialometaplasia affecting the minor labial glands. *Oral Surg*, 1979;47:161.
13. Batsakis JG. *Tumours of the head and neck*, 2d Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1979;92-4.
14. Batsakis JG. Sialometaplasia. *Arch Otolaryngol*, 1976;102:191.
15. Bhargova S, Monga JN. Necrotizing sialometaplasia of the parotid. *Indian J Cancer*, 1975;12:99.
16. Boisnic S et al. La sialométoplasie nécrosante du palais: 3 observations. *Ann Dermatol Venereol*, 1992;119:922-4.
17. Matsumoto T et al. Necrotizing sialometaplasia in the mouth floor secondary to reconstructive surgery for tongue carcinoma. *Acta Pathol Jpn*, 1991;41:689-93.