

Carcinoma Mucoepidermóide: Revisão de Literatura

Cristina Mendes Luís¹

Mônica Simões Israel²

Resumo

O objetivo deste estudo é promover uma revisão de literatura sobre o carcinoma mucoepidermóide, um tumor raro de glândula salivar e ressaltar a importância do diagnóstico histopatológico prévio à cirurgia definitiva, mesmo quando há características de benignidade.

Palavras-chave: carcinoma mucoepidermóide; glândulas salivares.

INTRODUÇÃO

O carcinoma mucoepidermoide (CME) é um tipo raro de neoplasia de glândula salivar estudado e descrito pela primeira vez, como entidade separada, por Stewart, Foote e Backer em 1945⁽¹⁾. Porém, dentre os tumores malignos, é um dos mais comuns das glândulas salivares. Por ter seu potencial biológico altamente variável, foi originalmente denominado de tumor mucoepidermóide. Alguns desses tumores possuem comportamento maligno e um segundo grupo atua de forma benigna. No entanto, atualmente, foi reconhecido que mesmo os tumores de baixo grau de malignidade ocasionalmente podem apresentar um comportamento maligno; portanto, o termo CME é a designação preferível.

A classificação em três graus de malignidade foi proposta por Healey, Perzin, Smith⁽²⁾ (1970), baseados na capacidade de infiltração, recidiva local e morbidade. Essa classificação é mantida nos dias atuais.

De todos os tumores de glândulas salivares, o CME representa 7% a 11% (Bhaskar⁽³⁾, 1961). Eversole⁽⁴⁾ estudou 815 casos de CME

e encontrou 67,5% dos casos em glândulas salivares maiores e 32,5% em glândulas salivares acessórias. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reclassificou 101 tumores de glândulas salivares⁽⁵⁾. Dessa forma, o número de casos de CME passou de 15% para 13%, sendo que havia casos de adenoma pleomórfico e cisto do ducto salivar classificado primeiramente como CME, e havia casos de CME qualificados anteriormente como adenoma monomórfico.

O CME acomete uma ampla variação de idades, abrangendo desde a segunda à sétima década de vida. Raramente ocorre na primeira década, embora seja o tumor maligno de glândula salivar mais comum em crianças⁽⁶⁾. A idade dos pacientes varia de 6 a 90 anos, com média de 51 anos⁽⁷⁾.

Observamos uma ocorrência um pouco maior em pessoas do sexo feminino.^(2, 3, 4, 7, 8, 9, 10) O estudo de Spiro et al⁽¹¹⁾ foi composto por 54% de mulheres e 46% de homens. Todavia há autores que afirmam existir uma distribuição igualitária entre os sexos^(2, 6, 12) e há ainda

¹ Aluna do Curso de Especialização em Ortodontia da Universidade Veiga de Almeida (UVA) – Rio de Janeiro – RJ.

² Mestre e doutoranda em Patologia Bucodental pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói – RJ.

Correspondência para / Correspondence to:

Mônica Simões Israel.

Rua Muiaçuca, 210/105 – Jardim Carioca – Ilha do Governador. .

21921-680. Rio de Janeiro – RJ - Brasil

Tels: (21) 2463-4860, (21) 9833-0545, (21) 3399-4482.

E-mail: monicaisrael@yahoo.com.br

autores que encontrara um número maior de pacientes com CME em pessoas do sexo masculino (3, 4, 13, 14). A maioria dos autores indica uma maior freqüência em pacientes leucodermas (3, 8, 12, 14).

A lesão geralmente se apresenta como uma tumefação assintomática e endurecida, podendo ser flutuante e de coloração azulada ou avermelhada (15).

O CME de alto grau cresce rapidamente e pode apresentar ulceração, reabsorção óssea e linfadenopatia, e até mesmo paralisia facial (12). Essa lesão não é encapsulada e, tendo alto grau, pode sofrer metástase nos linfonodos regionais e metástase à distância.

A localização preferencial, nas glândulas maiores, é a parótida, seguida pela submandibular e depois a glândula sublingual (4,13,14). No caso de o CME acometer as glândulas salivares acessórias, a localização preferencial é o palato mole (3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20). Em seguida, em ordem decrescente, acomete a mucosa bucal, a língua, a mucosa alveolar, a gengiva, a região retromolar e tonsilar, o soalho bucal e os lábios. O Quadro 1 indica as porcentagens encontradas por Eversole (4).

O diagnóstico dessa lesão envolve a identificação de células mucosas, células epidermóides, células intermediárias e, eventualmente, células claras (13).

As neoplasias de baixo grau de malignidade mostram uma formação cística proeminente e uma proporção relativamente alta de células mucosas e, embora apresentem crescimento

do modo infiltrativo, não originam metástase (15).

O CME de alto grau consiste em ilhas sólidas de células epidermóides e intermediárias. O de grau intermediário possui células mucosas, células epidermóides e intermediárias, sendo o último tipo celular o mais comum (15).

Em raras ocasiões, as neoplasias das glândulas salivares originam-se centralmente no interior dos ossos gnáticos. A mandíbula é atingida três vezes mais que a maxila, sendo sua ocorrência mais freqüente na região dos molares e ramo mandibular. O sintoma mais freqüente é a expansão da cortical. Radiograficamente, a lesão se apresenta radiolúcida, unilocular ou multilocular, com bordo bem definido (15).

A origem mais provável para a maioria dos tumores intra-ósseos é o epitélio odontogênico (19).

O tratamento do CME é definido pela localização, pelo grau histopatológico e estágio clínico do tumor. O CME das glândulas menores é usualmente tratado pela excisão cirúrgica, com margem de segurança. Nos casos mais agressivos, podemos utilizar a radioterapia pós-operatória (15, 19).

O prognóstico depende do grau e estágio do tumor. Os pacientes com carcinoma de baixo grau têm um bom prognóstico, com mais de 90% de cura. Os pacientes com tumor de baixo grau têm um prognóstico ruim: somente 30% sobrevivem. (1, 15)

DISCUSSÃO

O CME tem sido uma lesão um tanto controversa, em relação ao seu comportamento biológico e histórico natural. As evidências sustentam a opinião de que todas as lesões são carcinomas e têm potencial para dar metástase. Entretanto, os supostos CME de baixo grau seguem com freqüência um curso localmente invasivo e relativamente não agressivo. (15,19)

A maioria dos trabalhos indica uma leve predileção pelo sexo feminino. A prevalência do CME é mais elevada da terceira à quinta década. (3, 19) Os autores afirmam que a localização

| | |
|-----------------------------|-------|
| Palato | 41,1% |
| Mucosa jugal | 14% |
| Língua | 8,7% |
| Mucosa alveolar e gengiva | 8,7% |
| Região retromolar e tonsila | 5,7% |
| Soalho bucal | 5,7% |
| Lábios | 4,2% |
| Demais regiões | 11,9% |

Quadro 1. Distribuição do CME de glândulas acessórias adaptado do Eversole (6).

mais freqüente é a parótida, seguida pelas glândulas salivares menores, localizadas no palato. (4,8,19)

COMENTÁRIOS FINAIS

Toda tumefação na cavidade oral deve ser examinada histopatologicamente, pois um carcinoma pode ser mascarado por estar localizado

em local incomum, confundido com cisto ou outra lesão de menor importância. Quando se trata de um CME central, há uma grande semelhança clínica e radiográfica com cistos dentígeros.

O carcinoma mucoepidermóide é uma entidade relativamente incomum. No entanto, o clínico deve estar atento a ele, pois quanto mais precoce o diagnóstico melhor o prognóstico.

Mucoepidermoid carcinoma: review of the literature

Abstract

The aim of this study is to review mucoepidermoid carcinoma, a rare salivary gland tumor and to show the importance of histopathology features before the definitive surgery, even when benign features are present.

Key words: mucoepidermoid carcinoma, salivary glands.

REFERÊNCIAS

1. SHAFER, W. G. et al. ***Tratado de Patologia Bucal***, 4ª ed, Rio de Janeiro: Interamericana, 1987.
2. HEALEY, W. V., PERZIN, K. H., SMITH, L. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. Classification, clinical-pathologic correlation, and results of treatment. ***Cancer***, v. 26, n. 2, p. 368-388, aug., 1970.
3. BHASKAR, S. N., BERNIER, J. L. Mucoepidermoid tumors of major and minor salivary glands. Clinical features, histology, variations, natural history, and results of treatment for 144 cases. ***Cancer***, v. 15, n. 4, p. 801-817, jul./aug., 1962.
4. EVERSOLE, L. R. Mucoepidermoid carcinoma: review of 815 reported cases. ***J. Oral Surgery***, v. 28, p. 490-494, jul., 1970.
5. van der WAL, J. E., SNOW, G. B., van der WALL, I., J. Histological reclassification of 101 intraoral salivary gland tumors (new WHO classification). ***J. Clin. Pathol.***, v. 45, p. 834-835, 1992.
6. DEVILDOS, L. R., LANGLOIS, C. C. Carcinoma Mucoepidermóide. ***Arq. Cent. Est. Curso Odontol. UFMG***, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 171-182, jul./ago., 1971.
7. SPIRO, R. H., HUVOS, A. G., BERK, R. et al. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin. ***Am. J. Surgery***, v. 136, p. 461-468, 1978.
8. EVERSOLE, L. R., ROVIN, S., SABES, W. R. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: report of 17 cases with follow-up. ***J. oral surgery***, v. 30, p. 107-112, fev. 1972.
9. BORTOLUZZI, M. C., FRANCO F., FIGUEIREDO M. A. Z., et al. Carcinoma mucoepidermóide: relato de dois casos. ***Rev. bras. patol. oral***, v. 2, p.7-12, out.-dez. 2003.
10. RIVERA - BASTIDAS, H., OCANTO, R. A., ACEVEDO, A. M. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 62 cases in a Venezuelan population. ***J. Oral Pathol. Med.***, v. 25, p. 1-4, 1996.

11. SPIRO, R. H., KOSS, L. G., HAJDU, S. J. et al. Tumors of minor salivary origin. A clinicopathologic study of 492 cases. *Cancer*, v. 31, p. 117-129, 1973.
12. LOYOLA, A. M., de Araújo, V. C. Carcinoma mucoepidermóide: estudo clínico e histológico. *R.P.G.*, v. 3, n. 2, p. 115-121, abr./mai./jun., 1996.
13. FRANZI, S. A., Carvalho, M. B. Carcinoma mucoepidermóide avançado das glândulas salivares. *R. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 273-280, 1997.
14. FRANZI, S. A., Carvalho, M. B. Estudo clínico, histopatológico e da nomenclatura do carcinoma mucoepidermóide das glândulas salivares. *R. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 149-154, jul./ago., 1997.
15. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. et al. *Patologia oral & maxilofacial*. 2ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
16. AUCLAIR, P. L., GOODE, R. K., ELLIS, G. L. Mucoepidermoid carcinoma of intraoral salivary glands. Evaluation and application of grading criteria in 143 cases. *Cancer*, v. 69, n. 8, p. 2021-2030, 1992.
17. CONNELL, H. C., EVANS, J. C. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary gland. *Am. J. Surgery*, v. 124, p. 519-521, 1972.
18. DEANE, C. E., Jr., MEADE, F. G. G. Mucoepidermoid carcinoma of a minor salivary gland: report of case. *J. Oral Surgery*, v. 26, p. 194-196, mar., 1968.
19. REGEZI, J. A., LLOYD, R. V., ZARBO, R. J. et al. Minor salivary gland tumors. A histologic and immunohistochemical study. *Cancer*, v. 55, p. 108-115, 1985.
20. SPIRO, R. H., THALER, H. T., HICKS, W. F. et al. The importance of clinical staging of minor salivary gland carcinoma. *Am J. Surgery*, v. 162, p. 330-336, oct., 1991.

Recebido em / *Received* 26/06/2007
Aceito em / *Accepted* 29/08/2007