



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Carcinoma adenoide cístico em palato duro: relato de caso

Adenoid cystic carcinoma in the hard palate: case report

DOI: 10.55892/jrg.v7i13.926

ARK: 57118/JRG.v7i13.926

Recebido: 10/12/2023 | Aceito: 04/02/2024 | Publicado on-line: 06/02/2024

Laura de Jesus Araujo¹

<https://orcid.org/0009-0005-1545-0543>

<http://lattes.cnpq.br/4246050064514973>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: laura.araujo@unigy.edu.br

Emanuella Priscilla Magalhães Gomides²

<https://orcid.org/0009-0003-6812-697X>

<http://lattes.cnpq.br/7399587000476818>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: emanuella.gomides@unigy.edu.br

Lara Mônica Feliciano de Jesus³

<https://orcid.org/0009-0003-8706-8840>

<http://lattes.cnpq.br/5624175708672817>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: lara.dejesus@unigy.edu.br

Irisley de Jesus Araujo⁴

<https://orcid.org/0009-0005-5539-3133>

<http://lattes.cnpq.br/3523072039502098>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: irisley.araujo@unigy.edu.br

Guilherme dos Santos Silva⁵

<https://orcid.org/0009-0003-7175-7676>

<http://lattes.cnpq.br/4760628920152956>

Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO, Brasil

E-mail: guilherme.silva@unigy.edu.br

Cláudio Maranhão Pereira⁶

<https://orcid.org/0000-0001-5511-0387>

<http://lattes.cnpq.br/4975282873806771>

ICESP Promove de Brasília, ICESP, Brasil

E-mail: claudiomaranhao@hotmail.com



¹ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

² Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

³ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁴ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁵ Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário UNIGOYAZES, Trindade-GO

⁶ Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás (1996), doutorado em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (2004) mestrado em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (2002), Especialização em Estomatologia pelo Hospital Heliópolis-SP (2000) e Habilitação em Odontologia Hospitalar pelo CFO (2016). Professor de Semiologia/Patologia Bucal, Farmacologia/Anestesiologia, Farmacologia Aplicada/Fundamentos de Cirurgia e Farmacologia Aplicada pela PUC-GO (Pontifícia Universidade Católica de Goiás). Professor titular de Patologia Oral, Semiologia, Estomatologia, Diagnóstico Bucal e Odontologia Hospitalar pelo Centro Universitário Goyazes.

Resumo

O carcinoma adenoide cístico (CAC) é o tumor maligno mais frequente das glândulas salivares menores. É uma neoplasia maligna rara de crescimento lento, caracterizando prognóstico desfavorável, devido a sua agressividade e grande potencial de recidivas. Representam 3-10% do total das neoplasias da cabeça e do pescoço, sendo que as de glândulas salivares menores constituem aproximadamente 25% do total dos tumores de glândulas salivares. Neste trabalho temos como objetivo relatar um caso de CAC em palato mole com evolução rápida e assintomático. Este tumor é comumente caracterizado pela presença de dor, alta taxa de recidiva, metástase e baixa sobrevida. A realização de estudos com acompanhamento destes pacientes é de suma importância para uma melhor avaliação do prognóstico da doença.

Palavras-chave: Carcinoma Adenoide Cístico. Maxila. Neoplasias das Glândulas Salivares Menores.

Abstract

Adenoid cystic carcinoma (ACC) is the most common malignant tumor of the minor salivary glands. It is a rare, slow-growing malignant neoplasm, with an unfavorable prognosis, due to its aggressiveness and great potential for recurrence. They represent 3-10% of all head and neck neoplasms, with minor salivary gland tumors accounting for approximately 25% of all salivary gland tumors. In this work we aim to report a case of CAC in the soft palate with rapid evolution and asymptomatic. This tumor is commonly characterized by the presence of pain, a high rate of recurrence, metastasis and poor survival. Carrying out studies monitoring these patients is extremely important for a better assessment of the prognosis of the disease.

Keywords: Adenoid Cystic Carcinoma. Jaw. Minor Salivary Gland Neoplasms.

Introdução

Tumores malignos de Glândulas Salivares constituem um grupo heterogêneo de neoplasias com comportamento biológico e características clínicas variáveis que representam aproximadamente 3-6% de todas as neoplasias diagnosticadas na região de Cabeça e Pescoço. Quando analisamos as neoplasias malignas de glândulas salivares menores, estas constituem aproximadamente 25% do total dos tumores de glândulas salivares^{21,22,23}.

O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é uma neoplasia maligna relativamente incomum de glândulas salivares, que corresponde a cerca de 1% de todos os tumores malignos da cabeça e pescoço^{18,19,20}. O CAC ocupa o quinto lugar das lesões epiteliais malignas das glândulas salivares, sendo o carcinoma mucoepidermóide, o adenocarcinoma salivar ou não-específico, o adenocarcinoma de células acinares e o adenocarcinoma polimorfo de baixo grau considerados os quatro mais comuns, em ordem decrescente respectivamente⁶.

O CAC é mais prevalente em adultos de meia idade (entre 50 a 70 anos), sendo raro em pessoas com menos de 20 anos. Existe uma igual distribuição entre os sexos, embora alguns estudos mostrem predileção pelo gênero feminino⁵. Apesar da lesão ter um crescimento lento, apresenta prognóstico desfavorável pela agressividade da invasão tumoral e seu elevado poder recidivante^{1,2,3}.

Histopatologicamente o padrão mais comum que é o cribriforme, apresentando células neoplásicas formando ninhos com espaços ovalados e circulares. A invasão

perineural é quase sempre identificada nesses tumores ⁷. Outras variantes encontradas são os padrões sólidos e tubulares. As características histopatológicas dessa neoplasia têm sido correlacionadas a sua evolução, sendo a forma tubular a de melhor prognóstico, quando comparada à forma cribriforme, enquanto o tipo sólido apresenta pior prognóstico ^{8,9}.

O tratamento de escolha para o CAC é cirúrgico e a utilização da radioterapia, no pós-operatório, tem mostrado resultados promissores no controle de recidivas ¹⁴.

Relato de caso

Paciente gênero feminino, melanoderma, 65 anos de idade, apresentou-se à Clínica de Estomatologia, queixando-se de um leve aumento localizado no “céu da boca”. Segundo seu relato, não houve uma causa aparente para o desenvolvimento da lesão, e o tempo de evolução era de aproximadamente doze meses, com ligeiro crescimento, vermelhidão, coceira e sem sintomatologia dolorosa. Durante anamnese, a paciente afirmou não ser tabagista e etilista ou apresentar alterações sistêmicas.

Clinicamente foi possível observar aumento de volume do lado direito do palato duro. A alteração era única, de consistência fibrosa, avermelhada, superfície lisa, base sésil, limites nítidos, bordas ovaladas e tamanho de aproximadamente 2 cm em seu maior diâmetro (Figura 1).

Foi realizada a biópsia incisional, e após 14 dias o paciente retornou com o quadro exacerbado com presença de úlcera crateriforme, sem sinais de infecção secundária, ligeiramente sintomática (Figura 2). Após análise microscópica foi possível observar a presença de ilhas de células epiteliais basalóides, pequenas ou cuboidais, exibindo núcleo extremamente basofílico, com pouco citoplasma e múltiplos espaços císticos, entremeado por material mucóide basofílico definindo o como diagnóstico final Carcinoma Adenoide Cístico do padrão cribriforme (Figura 3). O paciente foi encaminhado ao oncologista para tratamento especializado.

O tratamento instituído foi a associação de cirurgia seguida de radioterapia convencional. Após esse período de observação e encaminhamento, a paciente negligenciou as visitas de controle, e o caso perdeu seu segmento.

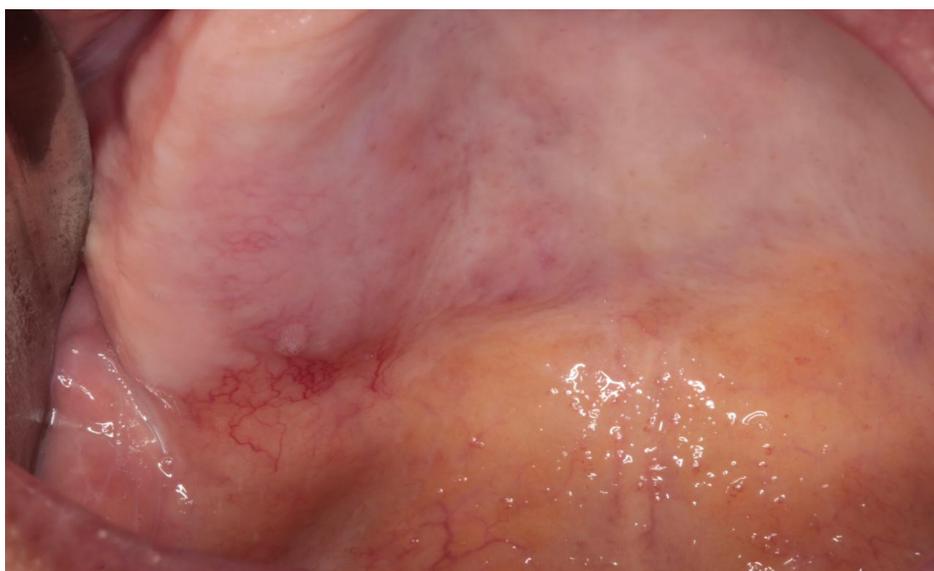


Figura 1. Aspecto clínico inicial. Nota-se pequena pápula em região posterior de palato mole direito.

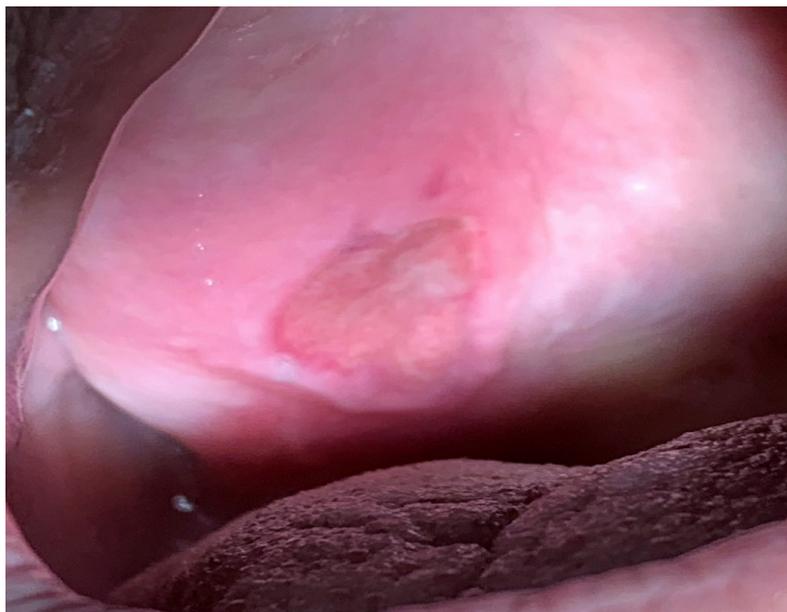


Figura 2. Aspecto clínico após 14 dias da biópsia. Observa úlcera crateriforme com cerca de 2 cm em seu maior diâmetro.

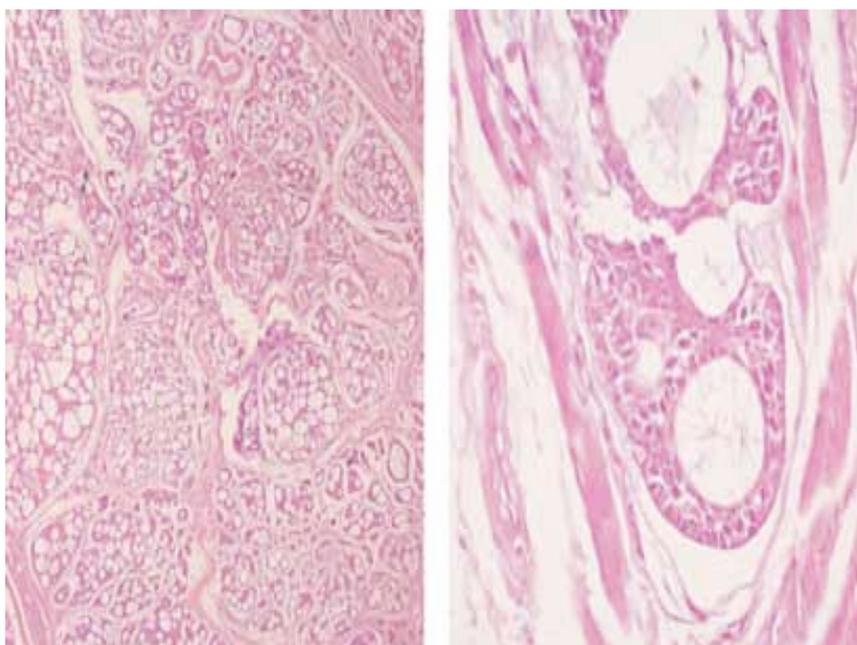


Figura 3. Microscopicamente observa-se epitélio da glândula salivar, apresentando-se sob a forma de ilhas ou ninhos de células tumorais cuboidais pequenas, com núcleo basofílico e pouco citoplasma.

Discussão

O carcinoma adenoide cístico é uma das lesões malignas mais comuns em glândulas salivares, sendo que 40% a 45% dos carcinomas adenóides císticos ocorrem em glândulas salivares menores com predileção do palato. De todas as lesões malignas em glândulas salivares os carcinomas adenóides císticos acometem de 11% a 17% a glândula submandibular, representando a lesão maligna de maior prevalência, 8% a 15% a glândula sublingual e apenas 2% a glândula parótida ¹³.

O CAC é mais prevalente em adultos, na quinta e na sétima década de vida, sendo incomum em jovens ⁵. Apenas 0,6% dos casos ocorrem antes dos 20 anos.

Entretanto alguns autores já descreveram casos em pacientes jovens. Ademais descreveram um caso de CAC de palato em um menino de 9 anos e outro caso na língua de menina de 12 anos. O caso discutido aqui corrobora com a maioria dos autores, uma vez que o paciente tinha 65 anos de idade^{11,13}.

Dor de ouvido é o principal sintoma inicial relatado pelos pacientes. Cerca de 90% dos pacientes apresentam este sintoma mesmo antes que ocorra tumefação. Morfologicamente observa-se um aumento de volume, normalmente de crescimento lento, consistência endurecida e recoberto por mucosa íntegra. Parte dos pacientes referem uma dor constante e de baixo grau, mas que aumentam de intensidade gradativamente. Apesar de rara, a ulceração pode ser observada nas lesões localizadas no palato^{16,20,24}. No caso descrito aqui, foge das características clínicas encontradas na literatura. O paciente não relatou otalgia, o crescimento foi rápido, 2 meses, inicialmente não referiu dor e evoluiu para ulceração crateriforme.

Microscopicamente, este tumor é composto por uma mistura de células mioepiteliais e ductais com formas variáveis. Existem ao menos três padrões histológicos principais: cribiforme, tubular ou sólido^{15,24}. Cribiforme é o padrão mais comum constatando-se em 43,5% de todas as lesões. Este é composto por ilhas de células basoloides associadas a múltiplos espaços de aspecto cilíndricos, semelhantes a microcistos²⁴. Já o padrão tubular e o sólido estão presentes respectivamente em 35 e 21%. No padrão tubular, as células epiteliais estão em conformação formando vários ductos, entremeados por tecido conjuntivo hialino. Já na variante sólida, é composta por ilhas ou lençóis sem tendência a formar cistos ou ductos e diferente dos dois outros padrões, pode observar pleomorfismo celular e atividade mitótica bem como focos de necrose no centro das ilhas tumorais^{17, 24}. Muitos autores concordam que o CAC sólido é a lesão de graduação histológica mais agressiva, sendo relatada a recorrência próxima de 100%, quando comparado com os outros dois padrões (cribriforme e tubular), cujos percentuais de recidiva são respectivamente de 50 e 80%²³. O caso descrito aqui apresentou o padrão cribiforme, o mais comum segundo a literatura especializada.

De natureza agressiva, o carcinoma adenóide cístico apresenta prognóstico ruim, capacidade metastática em sítios distantes, invasão perineural e alta taxa de recidiva¹³. O tratamento de escolha para o CAC é cirúrgico, sendo indicada a excisão ampla e muitas vezes, com remoção de osso subjacente. A cirurgia radical é empregada para a obtenção de margens cirúrgicas livres de tumor¹⁴. O caso discutido aqui foi tratado inicialmente pela associação de cirurgia seguida de radioterapia convencional. Entretanto, em virtude do abandono do paciente, não podemos estimar a cura, recidiva e sucesso da terapia.

Conclusão

O Carcinoma adenoide cístico (CAC) apesar de ter o crescimento lento, não possui bom prognóstico, além de ser pouco conhecido. É comumente caracterizado pela presença de dor, alta taxa de recidiva, metástase e baixa sobrevida. A realização de estudos com acompanhamento dos pacientes é de extrema importância para uma melhor avaliação visando melhorar o prognóstico da doença. A remoção cirúrgica e a radioterapia complementar tem sido uma das melhores escolhas atualmente para o tratamento. Mas ainda é necessário novos estudos para avaliar a eficácia da radiocirurgia na terapêutica dessa afecção.

Referencia

1. Kumar AN, Harish M, Alavi YA, Mallikarjuna R. Adenoid cystic carcinoma of buccal mucosa. *BMJ Case Reports*. 2013. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: 10.1136/bcr-2013-009770.
2. Brito Monteiro BV, Gempel RG, Da Costa Miguel MC. Adenoidcystic Carcinoma Mimicking Oroantral Fístula: A Case Report. *International Arch Otorhinolaryngol*. 2014;18(2): 221-25. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI:10.1055/s-0033-1352507.
3. Amorim RFB, Silva LYC, Freitas RA. Evolução clínica agressiva de carcinoma adenoide cístico sólido. *RBPO*. 2003;2(2):17-20. [acesso em 20 Oct. 2023].
4. Kokemueller H, Eckardt A, Brachvogel P, Hausamen JE. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: 20 years experience. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33:25-31. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI:[10.1054/ijom.2003.0448](https://doi.org/10.1054/ijom.2003.0448).
5. Neville BW, Damm DD, Allen CN, Bouquot JE. Patologia das glândulas salivares. In: *Patologia oral & maxilofacial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.346-8. [acesso em 20 Oct. 2023]. ISBN-13 : 978-8527708555.
6. Ellis G. L., Auclair P. L. Atlas of tumor pathology tumors of the Salivary glands. 3. Ed. AFIP, 1992. P. 155-373. [acesso em 20 Oct. 2023]. ISBN-13: 978-1881041023.
7. Quon H, Hershoch D, Feldman M, Sewell D, Weber RS. Cancer of the head and neck. In: *Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, Kastan MB, McKenna WG. Clinical oncology*. 3ª ed. Philadelphia. Elsevier-Churchill Livingstone; 2004. P.1505.[acesso em 20 Oct. 2023]. ISBN-1: 978-0443066290.
8. Altman W. [L A Perez-Jaffe](#), [D C Bigelow](#), [L A Loevner](#), [G S Weinstein](#). et al. Pathologic case 1. Adenoid cystic Carcinoma of the parotid gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, dec. 1997, v. 123, n. 12, p. 1352-5,2. [acesso em 20 oct. 2023].
9. Mcfall M. R. et al. Adenoid cystic carcinoma of the sublingual Salivary gland in a 16-year-old female: report of a case And review of the literature. *J Laryngol Otol*, , may 1997, v. 111, n. 5,p. 485-8. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1017/s0022215100137715](https://doi.org/10.1017/s0022215100137715).
10. Mosconi C. Avaliação Imunoistoquímica de mediadores envolvidos na evasão imunológica de células tumorais em Carcinoma Adenoide Cístico de glândulas salivares. 2020, 52p. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. [acesso em 20 Oct. 2023].
11. Jones D. C. E.; Baiton R. Adenoid cystic carcinoma of the Palate in a 9-year-old boy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, apr. 1990. v. 69, n. 4, p. 483-6 [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1016/0030-4220\(90\)90383-4](https://doi.org/10.1016/0030-4220(90)90383-4).

12. Silva, I.Q. Análise do perfil imuno-histoquímico entre o Carcinoma Adenoide Cístico e Adenoma Pleomórfico: Uma Revisão De Literatura. 2020, 35p. LARGATO [acesso em 20 Oct. 2023].
13. Ustundang E. et al. Adenoid cystic carcinoma Of the tongue. J Laryngol Otol, jun. 2000, v. 114, n. 6, p. 477-80,. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI:10.1590/S1676-24442004000600010.
14. Regezi JÁ, Sciubba JJ. Doenças das glândulas aslivares. In: Patologia bucal correlações clinicopa Tológicas 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.230-3 [acesso em 20 Oct. 2023]. ISBN-13 : 978-9701026915.
15. Sarmiento DJS., et al. Diagnóstico e conduta do cirurgião-dentista frente ao carcinoma adenoide cístico. Passo Fundo, 2010; 15(2): 203-206. [acesso em 20 Oct. 2023].
16. Tinoco P. et al. Carcinoma Adenoide Cístico do Conduto Auditivo Externo com Envolvimento de Mastoide. Int. Arch. Otorrinolaringol, 2009;13, (2): 221-225. [acesso em 20 Oct. 2023].
17. Welling LC, et al. Carcinoma adenoide cístico intracraniano. Arq Bras Neurocir, 2011. 30(2): 39-41. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI:[10.1055/s-0038-1626269](https://doi.org/10.1055/s-0038-1626269).
18. Dantas An., et al. Clinicopathological characteristics and perineural invasion in adenoid cystic carcinoma: a systematic review. Braz J Otorrinolaringol, 2015; 81(3):329-335[acesso em 20 Oct. 2023]. DOI:10.1016/j.bjorl.2014.07.016.
19. Gião M, et al. Carcinoma Adenoide Quístico das fossas nasais e seios perinasais- Revisão retrospectiva de 20 anos. revista portuguesa de otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facia, 2017; 55(3): 163-166. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI:[10.34631/sporl.689](https://doi.org/10.34631/sporl.689).
20. Satos T, et al. Adenoid cystic carcinoma of mandible. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 2011; 77(6): 807. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1590/S1808-86942011000600021](https://doi.org/10.1590/S1808-86942011000600021).
21. Oliveira FA, Duarte ECB, Taveira CT, Máximo AA, Aquino EC, Alencar RC, Vencio EF. Salivary Gland Tumor: a review of 599 cases in a Brazilian Population. Head and Neck Pathol. 2009 Sep; 3(4):271-275. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1007/s12105-009-0139-9](https://doi.org/10.1007/s12105-009-0139-9).
22. Ward BK, Seethala RR, Barnes EL, Lai YS. Basal cell adenocarcinoma of hardpalate minor salivary gland: case report and review of the literature. HNO. 2009Dec; 23(1)41-44. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1186/1758-3284-1-41](https://doi.org/10.1186/1758-3284-1-41).
23. Malhotra KP, Agrawal V, Pandley R. High grade transformation in adenoid cystic carcinoma of the parotid: report of a case with cytologic, histologic and immunohistochemical study. Head and Neck Pathol. 2009 Dec; 3(4):310-314. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1007/s12105-009-0122-5](https://doi.org/10.1007/s12105-009-0122-5).



24. Speight PM, Barrett AW. Salivary glands and saliva. Oral Dis. 2002;8:229-40. [acesso em 20 Oct. 2023]. DOI: [10.1034/j.1601-0825.2002.02870.x](https://doi.org/10.1034/j.1601-0825.2002.02870.x)
25. Neville, B.W., et al. (2016) Patologia oral e maxilofacial. 4th Edition, Elsevier, Rio de Janeiro, 912 p. [acesso em 20 Oct. 2023]. ISBN: 9788535265644.