

Carcinoma Mucoepidermóide Central – relato de caso

LEITÃO, Eliziário Cesar de Vasconcelos; FRIEDMAN, Isabel Violeta de Carvalho; BORGES, Silvio Zerbini; PETTI, Fábio Pereira; BARROS, Adson Diniz. **Carcinoma Mucoepidermóide Central – relato de caso.** Oral Sci., jan/jun. 2013, vol. 5, nº1, p. 3-6.

RESUMO: Carcinoma Mucoepidermóide Central Mandibular (CMCM) é um tumor raro de etiologia desconhecida que compreende 2 a 3% dos carcinomas mucoepidermóides relatados. Aproximadamente 100 casos foram publicados e a especulação sobre sua etiopatogenia concentra-se na capacidade multipotencial do revestimento epitelial dos cistos odontogênicos. Este estudo objetiva complementar o conhecimento apresentando relato de caso de um paciente atendido em 2007, no Serviço de Estomatologia do Grupo de Apoio Aprendizes do Amor Cristão (GAAAC), Brasília, com atendimento clínico, anamnese, biópsia, imagem radiográfica e laudo histopatológico compatível com CMCM de baixo grau. Conclusão: o conhecimento das neoplasias salivares é crucial para resolutividade dessas lesões.

PALAVRAS-CHAVE – Tumor de glândula salivar, neoplasia, carcinoma mucoepidermóide central, cistos odontogênicos.

Eliziário Cesar de Vasconcelos
LEITÃO¹
Isabel Violeta de Carvalho
FRIEDMAN²
Silvio Zerbini BORGES³
Fábio Pereira PETTI⁴
Adson Diniz BARROS⁵

¹ Estomatologista – Hospital Regional da Asa Norte; Doutorando em Nanociências e Nanobiotecnologia - UnB

² Médica Patologista, Diretora do Laboratório Diagnóstico – Brasília-DF

³ Mestre em Odontologia (Radiologia Bucomaxilofacial) – UFG; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – Hospital de Base do Distrito Federal

⁴ Mestre em Estomatologia – USP São Paulo

⁵ Implantodontista; Residente de CTBMF – ANEO

Recebido. 02 de Outubro de 2013
Aceito. 25 de Março de 2014

Introdução

O Carcinoma mucoepidermóide é geralmente associado com glândulas salivares e compreende 5 a 10% de todos os tumores de glândulas salivares (1). Neoplasia de glândulas salivares dentro da mandíbula como lesão óssea primária são extremamente raras, e compreendem cerca de 2 a 3% de todos os carcinomas mucoepidermóides relatados (2). Lepp em 1939 foi quem primeiro reportou um CMCM em uma senhora de 66 anos (3), e Bhaskar em 1963 relatou dois casos discutindo o critério da lesão para origem, composição histológica e possível explicação para patogênese do tumor (4).

Especulações afluem considerando a patogênese em quatro possíveis causas: 1) aprisionamento embrionário de glândulas mucosas retromolares na mandíbula que consequentemente sofrem transformação neoplásica; 2) desenvolvimento de remanescentes embrionários da glândula submandibular dentro da mandíbula; 3) transformação neoplásica de células secretoras de muco comumente encontradas no revestimento epitelial de cistos dentígeros associados a terceiro molar incluso; 4) transformação e

invasão neoplásica do revestimento do seio maxilar (5,6).

Eversole *et al.* (7) demonstrou que quase 50% dos carcinomas mucoepidermóides intra-ósseos estão associados com dentes impactados ou cistos odontogênicos, enquanto Brookstone e Huvos (8) referem uma taxa de 32%. Mais recentemente o tecido salivar intra-ósseo foi encontrado em 0,3% da estrutura óssea de todos os ossos maxilares estudados por Bouquot *et al.* (9,10), fornecendo novas evidências para a origem dos carcinoma salivares intra-ósseos.

Observa-se na literatura científica que o carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo é duas vezes mais frequente na mandíbula do que na maxila, com predileção pela região de molares (5). Segundo Eversole *et al.* (1) 50% dos tumores mandibulares estão associados com cisto dentário e/ou dente impactado, enquanto Brookstone e Huvos (8) relatam uma taxa de 32%.

A lesão muitas vezes é descoberta durante um exame radiográfico. Muitos pacientes apresentam edema, sem assimetria facial, embora a dor estivesse presente em metade dos casos, enquanto a disfagia e parestesia são

raramente citadas (4). A incidência quanto ao gênero feminino para o masculino é de 2 para 1. Casos têm sido relatados em todas as idades, mas é mais comum na quarta e quinta década de vida (6,10).

Este trabalho teve como objetivo complementar o conhecimento apresentando um relato de caso de um paciente atendido em 2007 na Clínica de Odontologia do GAAAC, Brasília, com atendimento clínico, anamnese, biópsia e laudo histopatológico, tornando acessíveis estas informações a outros profissionais da estomatologia ou de outras especialidades odontológicas e médicas, facilitando o diagnóstico precoce, e preservando os pacientes das sequelas de ordem físicas ou psíquicas.

Relato de Caso

Paciente do gênero masculino, 29 anos, foi atendido na clínica odontológica do GAAAC, em Brasília-DF, com queixa de desconforto e edema em cavidade oral. Relatou que aos dez anos de idade, na cidade de Carmo do Paranaíba-MG, num exame de rotina, foi descoberto um dente incluído e invertido, através de uma radiografia periapical, correspondente ao dente 38, sendo removido posteriormente, mas que desde então, o rosto começou a inchar lentamente (SIC). O paciente não sabe informar se durante a remoção do terceiro molar inferior esquerdo havia a presença de um cisto ou tumor em área adjacente.

Passado 19 anos da primeira consulta, já com uma úlcera traumática na região correspondente aos dentes 36 e 37, ausentes, ocasionada pela presença do molar superior antagonista, dor eventual e edema, procurou atendimento para avaliação da equipe de Estomatologia.

Ao exame extrabucal foi observado assimetria facial, lado esquerdo, com edema acentuado, firme a palpação, não apresentando adenopatias ao exame clínico. Ao exame intrabucal observou-se lesão ulcerada com cerca de 2,5 cm correspondente a região de primeiro e segundo molares do lado esquerdo, em mandíbula, firme a palpação, com aumento da cortical óssea e coloração normal (Figuras 1 e 2).

A radiografia panorâmica apresentou áreas de radiotransparências multiloculares, com cerca de 5 a 6 cm, localizadas na região de molares inferiores esquerdo, evoluindo por todo ramo ascendente do respectivo lado. Apresentava também áreas de destruição ósseas mal definidas e irregulares (Figura 3). As hipóteses prováveis foram Carcinoma de Células Acinares ou Carcinoma Adenóide Cístico.

A lesão foi submetida a biópsia incisional e enviada para exame microscópico. A análise histopatológica demonstrou fragmentos de mucosa oral contendo focalmente grânulos de Fordyce. Nas áreas extensas, observou-se proliferação do epitélio escamoso formando grandes blocos irregulares que se aprofundavam no tecido conjuntivo. Observou-se também proliferação de glândulas, algumas delas cisticamente dilatadas. O epitélio glandular apresentou numerosas células produtoras de muco. Células menores do que as escamosas (basalóides intermediárias), formaram agrupamentos com os componentes escamoso e

glandular. Não foi observada qualquer mitose, anaplasia, necrose, invasão neural ou vascular. Na periferia haviam fibrose, infiltrado mononuclear, focos de calcificação e acúmulos de gigantócitos (Figura 4). Chegou-se então ao diagnóstico compatível de Carcinoma Mucoepidermóide Central de baixo grau.

A peça cirúrgica foi encaminhada para nova análise histopatológica sendo compatível com o diagnóstico Carcinoma Mucoepidermóide Central de baixo grau, confirmando o laudo anterior. Pela pouca disponibilidade do paciente, a análise Imuno-histoquímica não pode ser realizada.

O paciente foi encaminhado para a Unidade de Cirurgia de cabeça e Pescoço do Hospital de Base de Brasília-DF, sendo então executada a ressecção mandibular segmentar de toda área afetada (Figura 5). O paciente se encontra em boas condições e sem sinais aparentes de recidiva e com tempo final de preservação de 5 anos.



Figura 1. Imagem extra-oral da área afetada, hemiarcada inferior esquerda. Presença de discreto aumento de volume consistente a palpação, coloração normal e assimetria facial.



Figura 2. Imagem intra-oral da área afetada. Área ulcerada, cerca de 2,5 cm, localizada em região desdentada dos dentes 36 ao 38, pouco dolorosa, coloração pouco avermelhada e levemente esbranquiçada, extrusão parcial do dente 26 e expansão da cortical óssea.



Figura 3. Imagem radiográfica da lesão. Áreas radiolúcidas com linhas escleróticas, multiloculares, cerca de 5 a 6 cm, localizadas na região de molares inferiores esquerdo, evoluindo por todo ramo ascendente do respectivo lado, com áreas de destruição óssea mal definidas e irregulares.

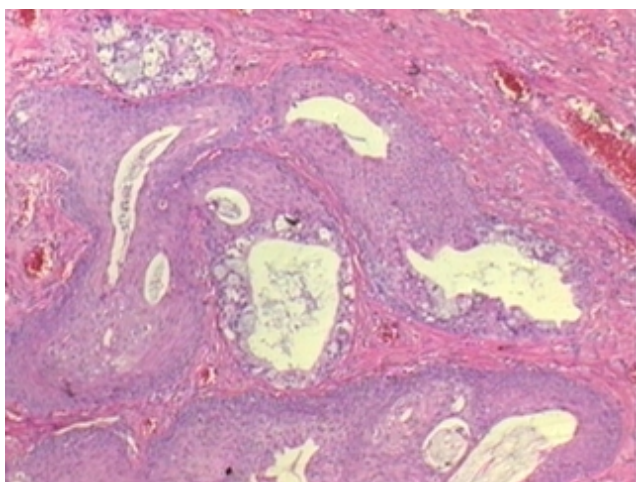


Figura 4. Imagem histopatológica. Presença de áreas extensas de blocos irregulares de proliferação de epitélio escamoso, proliferação de glândulas, algumas delas cisticamente dilatadas, epitélio glandular com numerosas células produtoras de muco e células basalóides intermediárias formando agrupamentos com os componentes escamoso e glandular. Ausência de mitose, anaplasia, necrose, invasão neural ou vascular.



Figura 5. Imagem radiográfica pós-cirúrgica, com 60 dias de pós-operatório. Ausência de toda hemiarcada inferior esquerda, incluindo ramo ascendente e côndilo da mandíbula, após a ressecção do segmento mandibular.

Discussão

Embora toda a discussão sobre a patogênese, bem como sua indefinição, no relato apresentado neste trabalho, o referido paciente relatou coincidentemente uma história prévia de dente impactado, embora, não houvesse uma associação direta com a presença de um cisto dentígero. Segundo informação do paciente, a remoção do dente impactado sem a curetagem da cápsula com seu revestimento epitelial adjacente, viabilizaria o surgimento posterior da formação cística, o que dá crédito a teoria da transformação neoplásica de células secretoras de muco usualmente encontradas no revestimento epitelial de cistos dentígeros associados a terceiros molares inclusos (5).

Hu *et al.* (11) cita num trabalho sobre cistos dentígeros, a possibilidade do desenvolvimento de Carcinoma Mucoepidermóide intraósseo a partir das células epiteliais da cápsula do cisto dentígero, com a permanência deste tecido patológico *in situ*. Jain *et al.* (12) apresentam uma série de 3 casos de carcinoma de células escamosas intra-ósseo primário surgidos em cistos odontogênicos. Aggarwal e Saxena (13), descreveram um caso de carcinoma mucoepidermóide central em uma menina de 8 anos, surgido a partir de um cisto dentígero associado a um molar inferior impactado. Todos a partir da teoria da transformação neoplásica de células secretoras de muco encontradas no revestimento epitelial dos cistos dentígeros.

A cortical óssea intacta destas neoplasias, um dos critérios de diagnóstico mais comumente aceito, foi proposto por Alexander *et al.* (14), entretanto, não há um consenso na literatura sobre este dado como um critério de diagnóstico importante, uma vez que em vários casos da literatura, observou-se a destruição desta estrutura cortical. No relato clínico deste trabalho, houve destruição da cortical óssea.

Avaliar o prognóstico do Carcinoma Mucoepidermóide Central é difícil em função da insuficiência de dados e a disparidade de tratamento desta rara neoplasia. Em geral, o tratamento conservador é associado com 40% de recorrência (15). Metástase e morte têm sido descrito na literatura, com metástases em torno de 9% numa correlação com a adenopatia cervical presente (15). No relato clínico deste trabalho, não houve presença de adenopatia cervical, sugerindo ausência de metástases regionais ou a distância, e por causa deste comportamento imprevisível, a excisão radical tem sido aconselhável. No relato do caso deste artigo foi feita a excisão radical.

Conclusão

Assim, podem salientar que o conhecimento das neoplasias salivares é crucial para a resolutividade dessas lesões. A partir da propedêutica estomatológica, exame clínico/anamnese, imaginológico e histopatológico, diagnosticam tais neoplasias bucais. Nesse sentido, a importância do diagnóstico precoce nos CMCM é fundamental para o prognóstico destas lesões. Na descrição deste caso, o paciente apresentou consequências

de ordens emocionais e físicas, com o comprometimento do aparelho estomatognático, como na função mastigatória e estética.

Abstract

LEITÃO, Eliziário Cesar de Vasconcelos; FRIEDMAN, Isabel Violeta de Carvalho; BORGES, Silvio Zerbini; PETTI, Fábio Pereira; BARROS, Adson Diniz. **Central Mucoepidermoid Carcinoma – case report.** Oral Sci., jan/jun. 2013, vol. 5, nº1, p. 3-6.

Central Mucoepidermoid Carcinoma of Mandible (CMCM) is a rare tumor of unknown etiology that comprises 2-3% of mucoepidermoid carcinomas reported yet. Approximately 100 cases have been published and speculation about pathogenesis focuses on the multipotential ability epithelial lining of odontogenic cysts. This study aims to complement the knowledge by presenting a case report of a patient seen in 2007 at the Department of Stomatology Group Apprentices Christian Love, Brasília, with clinical care, anamnesis, biopsy and histopathological finding suggestive of low grade CMCM. Conclusion: Knowledge of salivary neoplasms is crucial to solving these lesions.

KEYWORDS: Salivary glands tumour, neoplasm, Central Mucoepidermoid Carcinoma, Odontogenic cist.

Referências

1. Eversole LR. Mucoepidermoid Carcinoma. Review of 815 reported cases. J Oral Surg 1970; 28(7): 490-494.
2. Gingell JC, Beckerman T, Levy BA, Snider LA. Central mucoepidermoid carcinoma. Review of literature and report of a case associated with an apical periodontal cyst. Oral Surg Ora Med Oral Pathol Oral Radio 1984; 57(4): 436-440.
3. Lepp H: Zur Kenntnis des papillar wachsenden schleimigen cystadenokarzinoms der mundhohle. Zieglers Beitrage Z. Pathol Anat 1939; 102:164-166.
4. Bhaskar SN. Central mucoepidermoid tumors of the mandible. Report of 2 cases. Cancer 1963; 16(6): 721-6.
5. Simon D, Somanathan T, Ramdas K, Pandey M. Central mucoepidermoid carcinoma of mandible: a case report and review of the literature. World J Surg Oncol 2003;1: 1-5.
6. Kochaji N, Goossens A, Bottenberg P. Central mucoepidermoid carcinoma: Case report, literature review for missing and available information and guideline proposal for coming case reports. Oral Oncol 2004; 40(8-9): 95-105.
7. Eversole LR, Sabes WR, Rovin S. Aggressive growth and neoplastic potential of odontogenic cysts. J Oral Surg 1975; 35(1):270-282.
8. Brookstone MS, Huvos AG. Central salivary gland tumors of the maxilla and mandible: a clinicopathologic study of 11 cases with an analysis of the literature. J Oral Maxillofac Surg 1992; 50(3): 229-236.
9. Bouquot JE , Gnepp DR , Dardick I , Hietanen JHP. Intraosseous salivary tissue: jawbone examples of choristomas, hamartomas, embryonic rests and inflammatory entrapment: another histogenetic source for intraosseous adenocarcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000; 90: 205-217.
10. Munde A, Karle R, Metgud R, Rudgi BM. Central mucoepidermoid carcinoma of mandible. Indian J Den Res 2010; 21(4): 609-10.
11. Hu, YH, Chang YL, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011; 112(6): e5-e7.
12. Jain M, Mittal S, Gupta DK. Primary Intraosseous Squamous Cell Carcinoma Arising in Odontogenic Cysts: An Insight in Pathogenesis. J Maxillofac Surg Oral 2013; 71(1): e7-e14.
13. Aggarwal P, Saxena S. Aggressive growth and neoplastic potential of dentigerous cysts: With particular reference to central mucoepidermoid carcinoma. Br J Oral Maxillofac Surg 2011; 49(6): e36-e39.
14. Alexander RW, Dupuis RH, Holton H. Central mucoepidermoid tumor (carcinoma) of the mandible. J Oral Surg 1974; 32(1):541-547.
15. Chiu GA *et al.* Mandibular central mucoepidermoid carcinoma with distant metastasis. Int J Oral Maxillofac Surg 2012; 41(3): 361-363.