

# CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO – RELATO DE CASO

## ADENOID CYSTIC CARCINOMA – CASE REPORT

---

Palmeiro, Mariana Reuter\*  
Figueiredo, Maria Antonia Zancanaro de\*\*  
Cherubini, Karen\*\*  
Yurgel, Liliane Soares\*\*\*

---

---

### RESUMO

O carcinoma adenóide cístico é uma neoplasia maligna rara de crescimento lento, caracterizando prognóstico reservado, devido a sua agressividade e grande potencial recidivante. A lesão é mais prevalente em pacientes na faixa etária entre 50 e 70 anos, sendo incomum em jovens. O artigo relata um caso de carcinoma adenóide cístico de glândulas salivares menores localizado no palato duro em paciente com 26 anos, do sexo masculino que foi encaminhado para tratamento no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

**UNITERMOS:** carcinoma adenóide cístico; neoplasia maligna; glândula salivar menor.

### SUMMARY

*Adenoid cystic carcinoma is a rare slow-growing malignant neoplasia characterized by a poor prognostic, due to his aggressive and large potential of recurrence. The lesion is more prevalent in patients between 50 and 70 years old, rarely occurring in young people. The article reports a case of adenoid cystic carcinoma in minor salivary glands located in hard palate in a male young adult who was referred for treatment at Head and Neck Surgery Unit of São Lucas Hospital – PUCRS.*

**UNITERMS:** adenoid cystic carcinoma; malignant neoplasia; minor salivary glands.

### INTRODUÇÃO

O Carcinoma adenóide cístico (CAC) é uma neoplasia maligna rara que, apesar de ter crescimento lento, apresenta prognóstico desfavorável pela agressividade da invasão tumoral e seu elevado poder recidivante (Amorim et al.<sup>1</sup>, 2003).

Esse neoplasma foi descrito pela primeira vez por Billroth em 1856 e denominado também de Cilindroma, devido ao padrão histológico que a lesão apresenta (Kokemueller et al.<sup>2</sup>, 2004).

Pode desenvolver-se numa variedade de sítios anatómicos, como as glândulas salivares maiores e menores, glândulas lacrimais e glândulas do trato

aéreo digestivo superior. Na região bucomaxilofacial acomete aproximadamente 22% das neoplasias de glândulas salivares maiores e menores. Cerca de 8 a 15% delas desenvolvem-se nas glândulas salivares menores localizadas no palato duro (Kokemueller et al.<sup>2</sup>, 2004; Neville et al.<sup>3</sup>, 1995).

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 feminino (Neville et al.<sup>3</sup>, 1995; Cawson et al.<sup>4</sup>, 1997; Regezi; Sciubba<sup>5</sup>, 2000; Tommasi; Lima<sup>6</sup>, 2002).

---

\* Aluna do Programa de Doutorado em Estomatologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\* Professora do Programa de Doutorado em Estomatologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\*\* Coordenadora do Programa de Doutorado em Estomatologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

A classificação do CAC e seu prognóstico dependem das características clínicas, localização da lesão e do seu aspecto microscópico. Histologicamente pode ser classificado em padrão cribriforme, tubular ou sólido (Speight; Barrett<sup>7</sup>, 2002).

A forma cribriforme é a mais prevalente sendo composta por ilhas de pequenas células com núcleo escuro, citoplasma claro e muitos espaços císticos lembrando o aspecto de um “queijo suíço”. Nesses espaços císticos podemos identificar material mucóide basofílico e ou eosinofílico hialinizado. Na forma tubular observamos estruturas semelhantes a ductos ou túbulos. A forma sólida é caracterizada por mostrar discreta tendência de formar ductos ou espaços císticos o que a diferencia dos dois outros padrões. Porém, ela é considerada a mais agressiva das três por apresentar pleomorfismo celular e muita atividade mitótica. No padrão sólido, observamos focos de necrose central nas ilhas de células neoplásicas (Eveson; Scully<sup>8</sup>, 1995; Alves et al.<sup>9</sup>, 2005).

Ao exame histológico, o CAC é classificado de acordo com a porção de áreas sólidas predominantes. As lesões cribriforme e tubular são descritas como grau I ou de baixo grau. Já as lesões com distribuição similar de áreas no padrão sólido/cribriforme e sólido/tubular são classificadas como grau II ou intermediário. Aquelas que mostram distribuição exclusivamente de áreas sólidas são denominadas de grau III ou grau elevado, sendo consideradas as mais agressivas e de pior prognóstico (Speight; Barrett<sup>7</sup>, 2002; Dardick<sup>10</sup>, 1996).

O padrão histológico mais comum é o cribriforme, apresentando células neoplásicas formando ninhos com espaços ovalados e circulares. A invasão perineural é quase sempre identificada nesses tumores (Quon et al.<sup>11</sup>, 2004).

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 (Regezi; Sciubba<sup>5</sup>, 2000).

## RELATO DE CASO

Paciente M.B.K, 26 anos, gênero masculino, leucoderma, natural de Alvorada, foi encaminhado ao Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas com a queixa de “abscesso dentário”, acompanhado de dor local, evoluindo há cerca de 2 meses. O paciente referiu tratamento prévio com antibiótico e antiinflamatório. Na anamnese não foram mencionadas informações relevantes, quanto à condição sistêmica do paciente. Ao exame físico intra-oral observou-se um nódulo depressível

localizado na mucosa do palato duro, lado esquerdo estendendo-se da região do dente 22 ao dente 27, medindo cerca de 3 cm × 4 cm. A lesão apresentava coloração predominante rósea, com área arroxeadada central (Figura 1). Observou-se também, a existência de uma restauração provisória no dente 26 (Figura 2). Na palpação das cadeias ganglionares regionais verificou-se a presença de linfadenopatia com características inflamatórias na região submandibular bilateral. Baseado na história do paciente e nos achados clínicos, a hipótese de diagnóstico foi de adenoma pleomórfico. Foram solicitados exames hematológicos pré-operatórios e radiografias periapical da região do 26 e panorâmica. A avaliação do exame radiográfico revelou a presença de área radiolúcida sugestiva de restauração no dente 26 compatível com trepanação dentária (Figura 3) e os exames hematológicos apresentavam-se dentro dos padrões de normalidade. Foi realizada a biópsia incisiva, cujo exame histopatológico mostrou neoplasia maligna de epitélio glandular com proliferação de células pequenas e uniformes, intensamente coradas, lembrando as células basais, dispostas ora em padrão de cordões anastomosados, ora em padrão semelhante a ductos. O diagnóstico conclusivo foi de carcinoma adenóide cístico grau I (Figuras 4, 5 e 6). O paciente foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço onde foram solicitadas tomografias computadorizadas pré-operatórias (Figuras 7 e 8), sendo submetido ao tratamento cirúrgico (Figura 9) e permanecendo em acompanhamento clínico.

## DISCUSSÃO

Segundo Neville et al.<sup>3</sup> (1995); Cawson et al.<sup>4</sup> (1997); Regezi; Sciubba<sup>5</sup> (2000) e Tommasi; Lima<sup>6</sup> (2002), o CAC é mais prevalente em adultos de meia idade (entre 50 a 70 anos), sendo raro em pessoas com menos de 20 anos. Entretanto Jones et al.<sup>12</sup> (1990) descreveram um caso de CAC no palato duro em um menino de 9 anos. Em uma pesquisa realizada por Eneroth et al.<sup>13</sup> (1968) dos 37 pacientes diagnosticados com CAC localizado no palato, o paciente mais jovem, apresentava 27 anos. O presente estudo descreve um caso incomum de CAC acometendo jovem (26 anos) do sexo masculino.

Conforme Cawson et al.<sup>4</sup> (1997), o CAC de glândula salivar menor localizado no palato duro apresenta-se, geralmente, como uma massa nodular, expansiva, de crescimento lento, com consistência firme ou depressível, coloração rósea, apresen-



Figura 1

Imagem clínica do Carcinoma Adenóide Cístico, evidenciando lesão nodular em palato duro, se estendendo do dente 22 ao 27.



Figura 2

Imagem clínica evidenciando a restauração provisória no dente 26.



Figura 3

Radiografia periapical evidenciando restauração no 26 e área radiolúcida coronária compatível com trepanação.

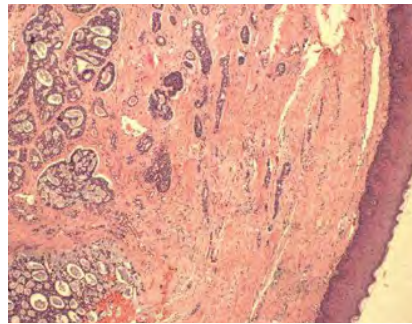


Figura 4

Fotomicrografia evidenciando epitélio glandular com proliferação de células pequenas e uniformes, intensamente coradas lembrando as células basais, dispostas ora em padrão de cordões semelhantes a ductos (HE 100×).

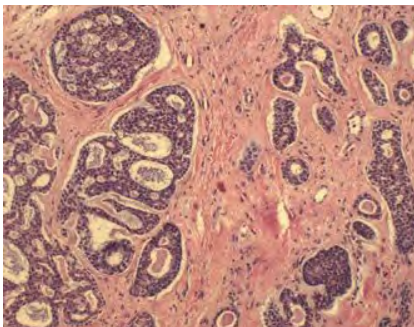


Figura 5

Fotomicrografia, evidenciando padrão tubular (semelhante a ductos), do Carcinoma Adenóide Cístico (HE 400×).

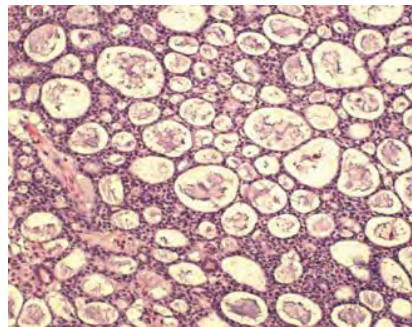


Figura 6

Fotomicrografia, evidenciando padrão cribriforme (cordões anastomosados), do Carcinoma Adenóide Cístico (HE 400×).

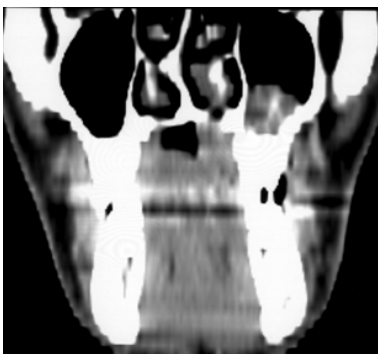


Figura 7 – Tomografia computadorizada (corte coronal), evidenciando acometimento do seio maxilar esquerdo.

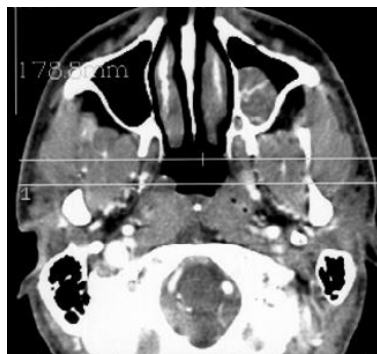


Figura 8 – Tomografia computadorizada (corte axial), evidenciando acometimento do seio maxilar esquerdo.

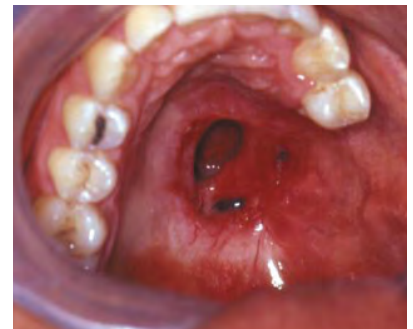


Figura 9 – Aspecto clínico após 2 meses do tratamento cirúrgico.

tando muitas vezes áreas arroxeadas superficiais. Localiza-se na superfície da mucosa, que pode apresentar-se ulcerada ou ainda alojar-se dentro do osso. No caso relatado, observamos uma lesão na superfície da mucosa palatina do lado esquerdo, com características clínicas semelhantes as descritas pelo referido autor, sendo que a neoplasia apresentava-se sem ulceração.

O diagnóstico diferencial do CAC, localizado no palato duro, deverá ser feito com outras patologias, sejam elas de origem dentária (abscessos, cistos ou tumores odontogênicos), neoplasia benigna de glândulas salivares menores (Adenoma Pleomórfico) ou ainda neoplasmas malignos (Adenocarcinoma ou Carcinoma Mucoepidermóide). No caso relatado a lesão foi primeiramente avaliada pelo Cirurgião-Dentista, sendo esta na ocasião tratada como de origem dentária. Após dois meses do início da terapia estabelecida, sem regressão do quadro clínico, o paciente foi encaminhado ao Serviço de Estomatologia, onde através da biópsia incisional, foi estabelecido o diagnóstico conclusivo de CAC.

De acordo com Speight; Barrett<sup>7</sup> (2002), o tumor é caracterizado de acordo com o padrão histológico predominante. A forma cribriforme é a mais característica e freqüente; constatando-se em 43,5% de todas as lesões. Já o padrão tubular e o sólido estão presentes respectivamente em 35 e 21%. Muitos autores concordam que o CAC sólido é a lesão de gradação 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%.

Fernandes et al.<sup>14</sup> (2000), descreveram o caso clínico de um paciente do sexo masculino com carcinoma adenóide cístico grau I, padrão cribriforme. Em nosso estudo relatamos um caso de carcinoma adenóide cístico grau I apresentando histologicamente áreas tubulares e cribriformes concomitantes.

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 tumor (Regezi; Sciubba<sup>5</sup>, 2000). O paciente referido neste relato foi encaminhado para o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço onde recebeu tratamento cirúrgico radical. Foram realizadas a remoção de estruturas ósseas e dentárias, com margem de segurança, permanecendo o mesmo em acompanhamento clínico sistemático.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso relatado, em paciente com 26 anos apresentando lesão localizada na mucosa do palato duro, é comum que primeiramente o cirurgião-dentista estabeleça o diagnóstico clínico de lesão de origem dentária, por esta ser a mais freqüente na cavidade oral e por se tratar de um paciente jovem. Porém, ainda que tenha sido feita a intervenção e orientação terapêutica pelo profissional, a lesão persistiu por 2 meses após o tratamento. A partir do momento em que não houve melhora ou remissão do quadro clínico com as condutas realizadas, outras hipóteses de diagnóstico poderiam também ser aventadas, tais como: neoplasias benignas (Adenoma Pleomórfico) e malignas (Adenocarcinoma, Carcinoma Mucoepidermóide e Carcinoma Adenóide Cístico). Portanto, para que se evite protelar o diagnóstico conclusivo, é fundamental que o Cirurgião-Dentista avalie minuciosamente seus pacientes, valorizando os dados da anamnese, exame físico e solicite exames complementares (hematológicos e imagenológicos) sempre que necessário, visando estabelecer o diagnóstico clínico das lesões. E ainda assim, se a dúvida quanto ao mesmo permanecer, deverá ser prontamente realizada a biópsia incisional, para que o diagnóstico conclusivo seja estabelecido, viabilizando a definição do tratamento de escolha e evitando desta forma, que o paciente receba um tratamento mutilador com prognóstico desfavorável.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amorim RFB, Silva LYC, Freitas RA. Evolução clínica agressiva de carcinoma adenóide cístico sólido. *RBPO*. 2003;2(2):17-20.
2. Kokemueller H, Eckardt A, Brachvogel P, Hausamen JE. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck - a 20 years experience. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33:25-31.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CN, Bouquot JE. Patologia das glândulas salivares. In: *Patologia oral & maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.346-8.
4. Cawson RA, Binnie WH, Eveson JW. Moléstias das glândulas salivares. In: *Atlas colorido de enfermidades da boca - correlações clínicas e patológicas*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p.14.21-14.22.
5. Regezi JA, Sciubba JJ. Doenças das glândulas salivares. In: *Patologia bucal correlações clinicopatológicas* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.230-3.
6. Tommasi AF, Lima AAS. Semiologia das glândulas salivares In: Tommasi AF. *Diagnóstico em Patologia bucal*. 3ª ed. São Paulo. Pancast; 2002. p.374-5.

7. Speight PM, Barrett AW. Salivary glands and saliva. *Oral Dis.* 2002;8:229-40.
8. Eveson JW, Scully C. Doenças das glândulas salivares. In: Atlas colorido de patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1995. p.114-5.
9. Alves ATNN, Soares FD, Silva Junior A, Medeiros N, Milagres A. Carcinoma adenóide cístico: revisão de literatura e relato de caso clínico. *J Bras Patol Med Lab.* 2005;40(6):1-8.
10. Dardick I. Carcinoma Adenoid Cystic In: Color Atlas/Text of salivary gland tumor pathology. Tokyo: Igaku-Shoin; 1996. p.149-61.
11. Quon H, Hershoch D, Feldman M, Sewell D, Weber RS. Cancer of the head and neck. In: Abloff MD, Armitage JO, Niederhurber JE, Kastan MB, McKenna WG. *Clinical oncology.* 3ª ed. Philadelphia. Elsevier-Churchill Livingstone; 2004. p.1505.
12. Jones DCE, Baiton R. Adenoid cystic carcinoma of the palate in a 9-year-old boy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1990;69(4):483-6.
13. Eneroth CM, Hjertman L, Morberger G. Adenoid cystic carcinoma of the palate. *Acta Otolaryngol.* 1968;66:248-60.
14. Fernandes A, Yurgel LS, Figueiredo MAZ, Grando LJ, Lima, AAS. Carcinoma adenóide cístico – relato de caso clínico. *BCI.* 2000;7(26):72-5.

Recebido para publicação em: 11/07/2005; aceito em: 07/10/2005.

**Endereço para correspondência:**

MARIA ANTONIA ZANCANARO FIGUEIREDO  
Serviço de Estomatologia – HSL-PUCRS  
Av. Ipiranga, 6690 sala 231 – Jardim Botânico  
CEP 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil  
E-mail: mazfig@terra.com.br