

Tumor de glândula salivar maior: Revisão de 27 casos

Artigo Original

Artigo recebido em 04/07/2007
e aprovado em 30/7/2007

Tumor of the major salivary gland: Review of 27 patients

Tatiana Bicas Di Lascio¹, Gustavo F. Tognini Rodrigues², Flávio Gripp³, Reginaldo Fujita⁴.

1) Médica assistente do Hospital Ruben Berta

2) Médico assistente do Hospital Ruben Berta

3) Cirurgião de cabeça e pescoço do Hospital Ruben Berta

4) Professor adjunto do departamento de otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço da UNIFESP/EPM. - Otorrinolaringologista e cirurgião de cabeça e pescoço do Hospital Ruben Berta

Instituição: Hospital Ruben Berta

Endereço de correspondência: Av Ruben Berta 1100, Ibirapuera, São Paulo, Brasil.

RESUMO

Os tumores de glândula salivar são pouco frequentes. Ocorrem preferencialmente na glândula parótida e são em sua maior parte benignos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é avaliar a experiência de hospital privado no manejo de tumores de glândula salivar maior correlacionando com a histopatologia. **Forma do estudo:** Coorte horizontal retrospectiva. **Métodos:** Para a realização deste estudo, foram analisados retrospectivamente 27 pacientes com tumor de glândula salivar maior em hospital privado, no período de 2000 a 2006. **Resultados:** Dos 27 pacientes incluídos no estudo, foram diagnosticados 20 casos de tumor de glândula parótida (74%) dos quais 90% eram benignos; 6 casos de tumor de glândula submandibular (todos benignos) e 1 caso de cisto branquial. **Conclusão:** Do presente estudo com cirurgias de tumores de glândula salivar maior concluiu-se que 92,6% eram benignos e 7,4% malignos. O adenoma pleomórfico acometeu preferencialmente a glândula parótida.

Descritores: Tumores de glândula salivar, Adenoma pleomórfico, Parótida, Parotidectomia, Submandibulectomia, Nervo facial

ABSTRACT

Salivary glands tumors show relative infrequency. They occur rather in parotid glands and are mostly benign. **Objectives:** The purpose of this study is to evaluate the handling of the major salivary glands tumors in a private hospital, and its correlation to the histopathologic classification. **Design:** Retrospective cohort study. **Methods:** It was performed a retrospective study, to analyze a series of 27 patients who were recommended for surgery because of major salivary gland tumors, in a private hospital, between 2000 and 2006. **Results:** In this study, 20 out of 27 salivary glands tumors were parotid tumors (74%), of which 90% were benign; 6 were submandibular glands tumors (all of them benign) and 1 was branchial cyst. **Conclusions:** We concluded that 92,6% of the salivary gland tumors were benign and 7,4% were malignant. Pleomorphic Adenoma occurred preferably in the parotid gland.

Keywords: Salivary glands tumors, Pleomorphic adenoma, Parotid, Parotidectomy, Submandibulectomy, Facial nerve

INTRODUÇÃO

Os tumores de glândula salivar são pouco frequentes. Sua incidência em adultos é de 2,4 a 3,9 por 100.000 habitantes por ano¹, em crianças, 1 a 2 casos por 100.000 por ano e correspondem a apenas 1% dos tumores de cabeça e pescoço, independente da idade².

Apesar de menos frequentes em pacientes mais jovens, nestes, o grau de malignidade desses tumores é maior. Segundo Usmuller et al, 50% de todos os tumores de glândula salivar em crianças podem ser malignos².

Aproximadamente 75% a 85% de todas as neoplasias de glândula salivar ocorrem na glândula parótida, sendo 80% benignas¹.

O adenoma pleomórfico representa 38% a 43% de todos os tumores benignos de glândula salivar, 70% das neoplasias benignas da glândula parótida e 44% a 68% das neoplasias benignas da glândula submandibular³. Este tumor é historicamente associado à altas taxas de recorrência devido ao tipo de cirurgia (enucleação) e remoção incompleta do tumor; ruptura intra-operatória da cápsula do tumor e à existência de tumores não completamente capsulados⁴.

Atualmente a parotidectomia superficial é a técnica de escolha para excisão completa do adenoma pleomórfico, com baixas taxas de recorrência⁴, inferiores a 2% , enquanto a enucleação apresenta taxa de 20% a 45% de recorrência².

Os tumores recorrentes são mais agressivos e de difícil manejo cirúrgico devido à fibrose e alteração anatômica, sendo associados a aumento do risco de lesão do nervo facial. Após cirurgia para ressecção de adenoma pleomórfico parotídeo reicidivante, as taxas de paresia do nervo facial variam de 9,1% a 64% e paralisia permanente de 0% a 3,9%⁵.

O risco de transformação maligna do adenoma pleomórfico é de 3% a 8%⁴.

O objetivo deste estudo é avaliar a experiência de hospital privado no manejo de tumores de glândula salivar maior correlacionando com a histopatologia.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de coorte horizontal retrospectiva, no qual foram analisados 27 pacientes com tumor de glândula salivar maior em hospital privado, no período de 2000 a 2006.

Os pacientes foram encaminhados a este serviço com tumor em região cervical correspondendo ao sítio anatômico de glândula parótida e/ou submandibular, sendo submetidos à punção aspirativa por agulha fina (PAAF) com diagnóstico citológico compatível com tumor de glândula salivar maior.

De acordo com a indicação cirúrgica foi realizada a parotidectomia superficial, parotidectomia total com preservação

do nervo facial e submandibulctomia, na dependência da glândula acometida.

As peças cirúrgicas foram submetidas a exame histopatológico em laboratório prestador de serviço ao hospital. Os pacientes assinaram termos de consentimento e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética do hospital.

RESULTADOS

Dos 27 pacientes incluídos no estudo, 16 eram do sexo masculino (59,2%) e 11 do sexo feminino (40,7%). A média de idade foi de 51 anos, variando entre 10 e 80 anos.

Foram diagnosticados 20 casos de tumor de glândula parótida (74%) e após análise histopatológica dos mesmos verificou-se que 20 % eram adenomas pleomórficos (4 casos); 30% eram tumores de Warthin (6 casos); 30% eram sialoadenites crônicas inespecíficas (dentre estes 6 casos estava o paciente mais jovem do estudo, de 10 anos, que foi diagnosticado também com Linfoma de Hodking); 5% era cisto epitelial (1 caso); 5% cisto inflamatório com fibrose de parede e granuloma tipo corpo estranho (1 caso); 5 eram alterações histológicas não significativas (1 caso); e 5% era carcinoma adenóide cístico (1 caso).

Ocorreram 2 casos de paresia do nervo facial (10%) como complicação após as cirurgias de tumor de glândula parótida.

Dos 6 casos de tumor de glândula submandibular diagnosticados (22,3 %), encontramos 83,3% de sialoadenite crônica inespecífica benigna (5 casos) e 16,7% de adenoma pleomórfico (1 caso). Todos foram submetidos à submandibulectomia.

O tumor diagnosticado como cisto parapatotídeo era uma anomalia do primeiro arco branquial (cisto branquial).

Observou-se que de todos os tumores de glândula salivar, 40,7% eram sialoadenite crônica inespecífica; 22% eram tumores de Warthin; 18,6% eram adenoma pleomórfico (em sua maior parte da glândula parótida); 3,7% era cisto epitelial; 3,7% era cisto inflamatório com fibrose de parede e granuloma tipo corpo estranho; 3,7% era carcinoma adenóide cístico; 3,7% alteração histológica não significativa e 3,7% anomalia do primeiro arco branquial.

DISCUSSÃO

Os tumores de glândula salivar englobam diversos tipos histopatológicos e comportamentos clínicos.

Dentre todos os tumores de glândula salivar, os localizados na glândula parótida são os mais frequentes¹, apresentando, neste estudo, uma taxa de 71,4% e englobando 20% de adenomas pleomórficos.

Segundo a literatura, a maioria dos tumores acometendo a parótida é adenoma pleomórfico (63,5%)¹, taxa mais alta que a encontrada neste estudo.

O adenoma pleomórfico é um tumor benigno epitelial de estrutura adenóide e este termo é utilizado pela literatura devido à variação na apresentação do parênquima e do estroma. Há dois tipos de tumor descritos: rico e pobre em estroma⁴. Shafer et al³ relatam que histologicamente esta neoplasia apresenta células cúbicas dispostas em tubos ou estruturas semelhantes a ductos e uma cápsula o envolve. Quando esta cápsula se apresenta de maneira incompleta, aumenta a chance de recorrência do tumor pós-cirurgia⁴. Portanto é de grande importância que a escolha do tratamento cirúrgico promova a excisão completa do adenoma pleomórfico, que recebeu de Arnold² o apelido de “lobo em pele de cordeiro”, devido ao seu alto grau de recorrência e indolência.

Laskawi et al³ concluíram, após estudo retrospectivo de 475 casos de adenoma pleomórfico em parótida, que o tratamento mais indicado seria a parotidectomia superficial em casos de tumores de lobo lateral (que é a localização da maior parte dos tumores de parótida)¹ e parotidectomia total, nos casos envolvendo o lobo profundo. A exérese da glândula submandibular e sublingual é o tratamento mais indicado quando há acometimento das mesmas.

Em nosso estudo a parotidectomia superficial foi realizada em 90% dos pacientes com tumor de glândula parótida e a submandibulêctomia em 100% dos pacientes com tumor de glândula submandibular.

Houve 10% de complicação com paresia do nervo facial (taxa semelhante à encontrada na literatura).

Este risco aumenta a cada cirurgia de adenoma pleomórfico recorrente, e esta complicação pode ser evitada segundo Makeieff et al⁵, que encontrou taxa de 5,6% de paralisia do nervo facial em um grupo de pacientes submetidos à cirurgia de adenoma pleomórfico recorrente e 0% de complicação após a mesma cirurgia em pacientes submetidos à monitorização contínua do nervo facial.

Apesar de pouco frequentes em todas as faixas etárias, os tumores de glândula salivar se manifestam mais agressivamente em pacientes mais jovens². Este estudo não discorda da literatura uma vez que o paciente mais jovem, de 10 anos de idade, diagnosticado com tumor de glândula parótida, era portador de Linfoma de Hodgking.

O segundo caso de tumor maligno, dos únicos dois encontrados neste estudo, era um carcinoma adenóide cístico (CAC). Este compreende 10% a 15% dos tumores de glândula salivar (3,7% neste estudo) e apresenta comportamento agressivo localizado. Neste caso foi realizada parotidectomia superficial (procedimento de escolha para a doença em estágios iniciais)⁶.

Billroth⁶ em 1856, nomeou o CAC de cilindroma por ser formado por células tumorais com pseudolumens cilíndricos. Este tipo de tumor ocorre mais frequentemente em glândulas salivares menores e na glândula submandibular, e menos frequentemente na parótida (que foi sua localização neste estudo).

Os tumores de glândulas salivares exigem, portanto, acompanhamento clínico por longos períodos devido à possibilidade tardia de recidivas locais e metástase à distância⁶.

CONCLUSÃO

Do presente estudo com cirurgias de tumores de glândula salivar maior concluiu-se que 92,6% eram benignos e 7,4% malignos.

O adenoma pleomórfico acometeu preferencialmente a glândula parótida.

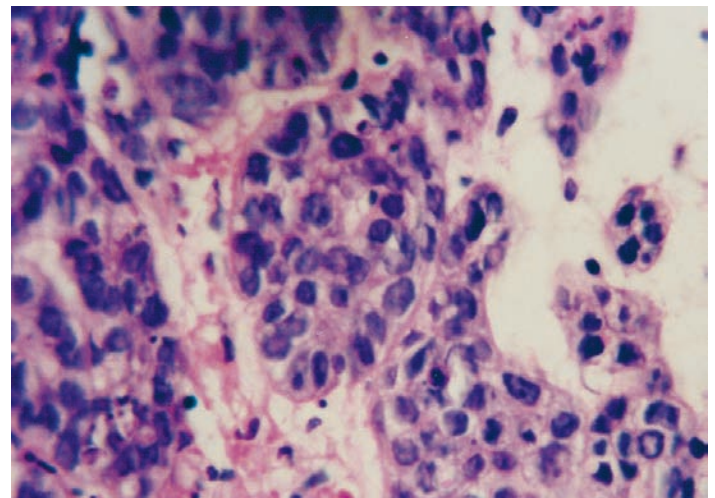
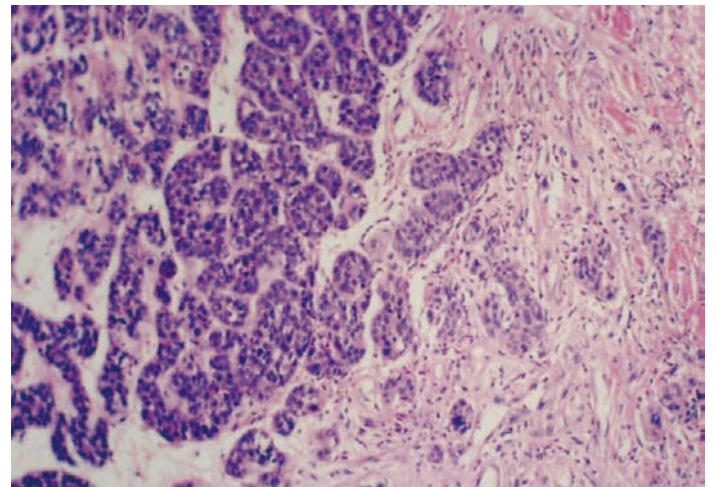


Figura 1 - Exame histológico com coloração de hematoxilina eosina mostrando carcinoma adenóide cístico A - aumento de 40X. B- aumento de 100X



Figura 2 - Exposição do tumor de glândula submandibular.



Figura 3 - Tumor em região cervical direita correspondendo ao sítio anatômico de glândula submandibular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira PC, Amarante JM, Rodrigues IM, Pinho CJ, Cardoso MA, Reis JC. Parotid Surgery: Review of 107 tumors (1990-2002): Int. surg.2005; 90:160-166.
2. Ellies M, Schaffranietz F, Arglebe C, Laskawi R. Tumors of the salivary glands in childhood and adolescence. J Oral Maxillofac Surg.2006;64:1049-1058.
3. Louro RS, Passeado D, Andrade M, Sampaio RR. Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso clínico: Rev. bras. odontol. 2002;59:25-27.
4. Friedrich RE, Li L, Knop J, Giese M, Schmelzle R. Pleomorphic adenoma of the salivary glands: analysis of 94 patients. Anticancer research 2005;25:1703-1706.
5. Makeieff M, Venail F, Cartier C, Garrel R, Crammpette L, Guerrier B. Continuous facial monitoring during pleomorphic adenoma recurrence surgery. Laryngoscope 2005; 115:1310-1314.
6. Tincani AJ, Negro AD, Araújo PPC, Akashi HK, Martins AS, Altemani AM, Barreto G. Management of salivary gland adenoid cystic carcinoma: institutional experience of a case series. São Paulo med. J 2006;124(1):26-30.