

Tumor mucoepidermóide

Gorki Mecking de Lima (*)

Hardy Ebling (**)

Liliane Yurgel de Oliveira (***)

INTRODUÇÃO

A falta da uniformidade na avaliação do critério histológico, a relativa infreqüência e, sobretudo, diferenças de opinião quanto à malignidade ou benignidade do neoplasma, justificam este estudo.

Sobre as primeiras comunicações e nomes dados a esse neoplasma, Evans e Cruickshank (6) fazem um estudo completo. No entanto, foram Steward, Foot e Becker (12) os que, pela primeira vez, reuniram em um grupo, 45 carcinomas mucoepidermóides, separando-os de cerca de 700 tumores salivares do Memorial Hospital, New York, estudando seus característicos histológicos às cegas e, posteriormente, controlando os achados com as fichas e seguimento dos pacientes, bem como batizando o neoplasma.

Recentemente, Trackray e Sobin (14), considerando o bom prognóstico da maioria destes neoplasmas, denominam os de tumores mucoepidermóides, pois acham não haver mais necessidade de mudar para carcinoma mucoepidermóide se o tumor metastasiar do que a justificativa de chamar de adenoma aos que não deram metástase.

DEFINIÇÃO

É um tumor caracterizado pela presença de células escamosas, células secretoras de muco e células do tipo intermediário (12).

MATERIAL E MÉTODOS

Revisaram-se os casos de neoplasmas de glândulas salivares, dos arquivos de Anatomia Patológica das Faculdades de Medicina e Odontologia da UFRGS. Esta revisão poudeser efetuada sob condições ótimas, pois, além das fichas bem preenchidas, havia um ou mais blocos e em geral peça conservada em formol, o que possibilitou novas colorações. Encontraram-se 8 casos de tumor mucoepidermóide, entre os 170 neoplasmas de salivares revisados.

O material foi corado por H. E., P. A. S., e, alguns casos, com mucicarmim.

ASPECTO MACROSCÓPICO

Neoplasma raramente encapsulado, apresentando-se sólido ou cístico. Neste caso, em geral existem numerosas cavidades de pequeno tamanho, ou, mais raramente, cavidade única, estando o parênquima tumoral distribuído na cápsula do cisto.

As cavidades contém líquido opalescente, em geral de cor clara, mas que pode variar conforme a maior ou menor quantidade de sangue que contenha.

ASPECTO MICROSCÓPICO

O parênquima é formado por quantidade, disposição e proporção variáveis de células escamosas, células secretoras de muco e células intermediárias. Em

(*) Professor Titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da UFRGS.

(**) Professor de Patologia do Departamento de Odontologia Conservadora da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

(***) Bolsista do CNPq.

geral, um predomínio das células secretoras de muco é evidente nas formas císticas, sendo os agrupamentos de células epidermóides mais predominantes nas formas sólidas, ou mais precisamente, nas formas sólidas com micro-cistos. Este ponto deve ser considerado nos casos de diagnóstico difícil: presença de micro-cistos atapetados por células secretoras, facilita muito o diagnóstico.

É interessante a observação de preparados corados para demonstrar o glicogênio e principalmente para mucina, pois nas formas "sólidas" e mal diferenciadas, pequenos acúmulos de células secretoras são facilmente valorizadas. A célula epidermóide pode sofrer ceratinização, embora raramente. Frequentemente encontram-se acúmulos de tecido linfóide, principalmente na parte periférica do neoplasma. Mas é necessário não confundir-los com linfonódios, pensando tratar-se de invasão (fig. 1).

O neoplasma pode apresentar áreas de especto diferente. Por esse motivo deve ser estudado em várias áreas. Eventualmente isso pode facilitar muito seu diagnóstico.

DISCUSSÃO

O material revisado de neoplasmas de glândulas salivares compreendeu 116 neoplasmas benignos (a maioria adenomas pleomórficos) e 54 malignos. Encontraram-se 8 casos de tumor mucopidermóide, o que dá 4,1% de todos os neoplasmas das salivares, resultado bastante semelhante ao encontrado por Eneroth (2).

Desde o trabalho de Steward, Foot e Becker (12) os autores têm tentado estabelecer uma correlação entre o quadro histológico e o prognóstico. E a tendência era subdividir o neoplasma em dois grupos: "de baixa malignidade" e de "alta malignidade", como sugeriram os primeiros autores (12), ao estudarem sistematicamente e batisaram o neoplasma. Assim, os neoplasmas císticos, com abundância de células mucosas, de "baixa malignidade". Os de "alta malignidade" seriam obviamente infiltrativos (12), raramente circunscritos e, em geral, com poucas células mucosas. Entretanto esse conceito foi questionado por Jakobson, Blank e Eneroth (9), pois

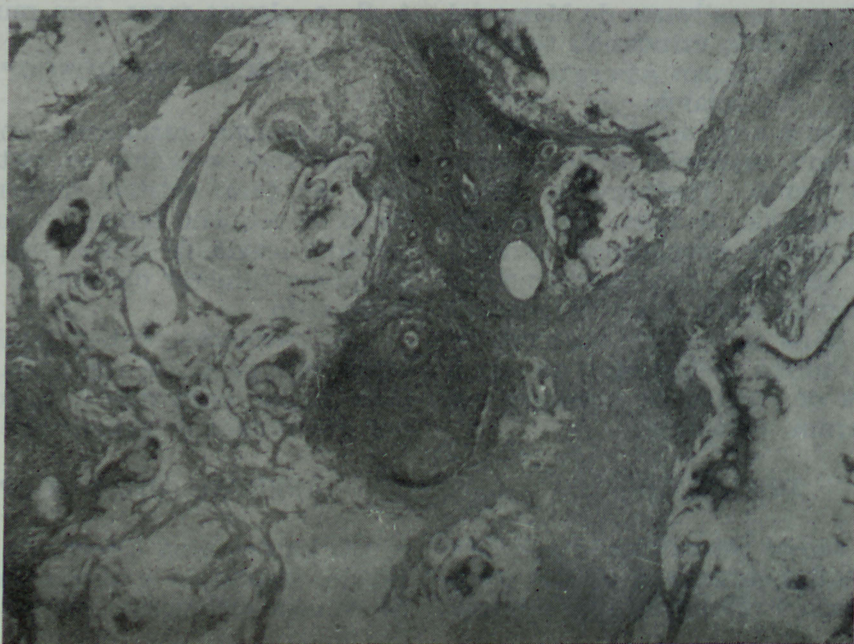


FIGURA Nº 1: — Linfonódios na massa neoplásica. Não significa metástase, mas somente envolvimento.

observaram infiltração em muitos casos que deveriam ser considerados como de "baixa malignidade". O estudo do comportamento do neoplasma mostrou seu curso altamente agressivo. O caso número AP 29046/66 do material que examinamos é um exemplo: formada por numerosos cistos e ilhotas de células mucosas, com produção abundante de mucosa (figs. 2, 3, 5), indicaria "baixa malignidade". Entretanto recidivou três vezes. Por outro lado, esse caso, pode confirmar a hipótese de Bhaskar e Bernier (1) de que a mucina, ao se espalhar no conjuntivo, levasse células neoplásticas que poderiam difundir no neoplasma, facilitando a recidiva. Como salientam Evans e Cruickshank (6) e Trackray e Sobin (14), estes neoplasmas devem ser considerados como potencialmente malignos embora só em poucos casos haja metástase ou invasão séria.

São curáveis pelos métodos modernos (14).

Esta atitude atual em relação ao

prognóstico está baseada em observações controladas de Bhaskar e Bernier (1), e outros dos quais oito levaram os portadores à morte. E destes 8 casos, 7 eram carcinomas epidermóides e adenocarcinomas com pouca mucina. Assim, na realidade houve apenas uma morte por tumor mucoepidermóide (6).

Recentemente, Trackray e Sobin (14) recomendam "uma tentativa em distinguir histologicamente tumores mucoepidermóides bem diferenciados dos pobremente diferenciados, mas seria incorreto pensar que poderiam ser claramente subdivididos em duas categorias com grande grau de certeza ou, reprodutibilidade".

É possível que, além dos "cistos primários" e "cistos secundários" descritos por Kleinsasser (10), haja outro mecanismo de formação de cisto. Seria por destruição das células epiteliais que atepetam o cisto, ficando a mucina diretamente em contato com o conjuntivo fibroso (fig. 8).

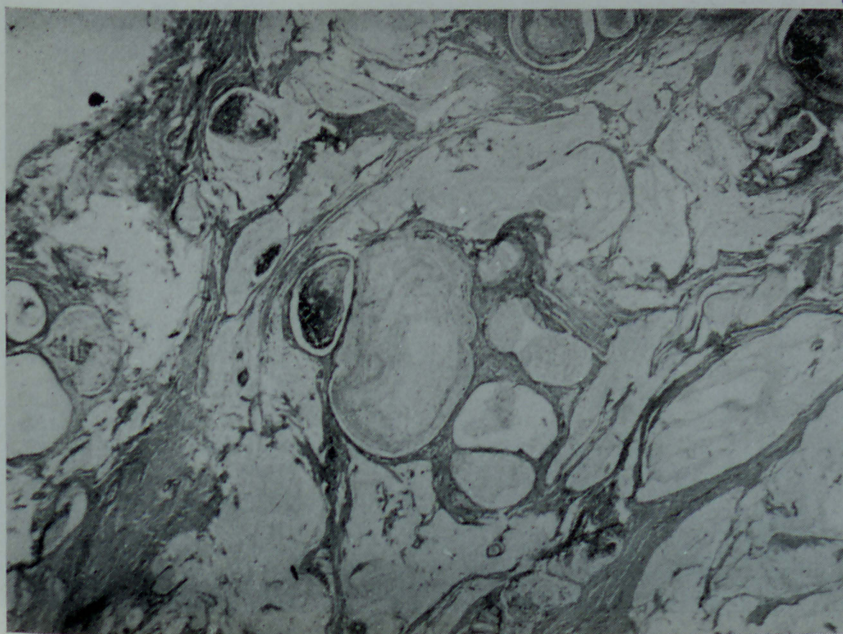


FIGURA Nº 2: — Microcistos «secundários».



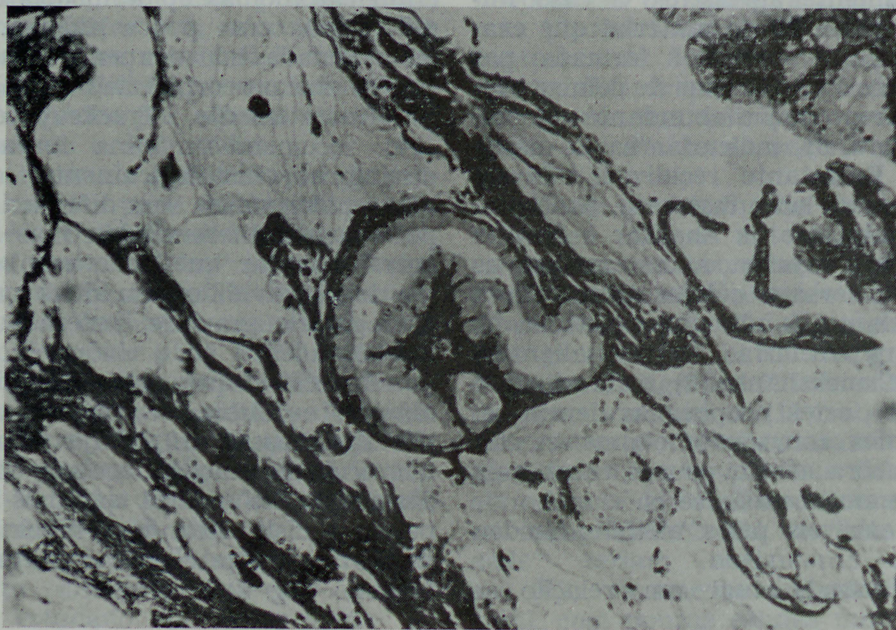


FIGURA Nº 3: — Microcisto central com processo papilar projetando-se para a luz do cisto. Em torno mucina entre traves conjuntivas.

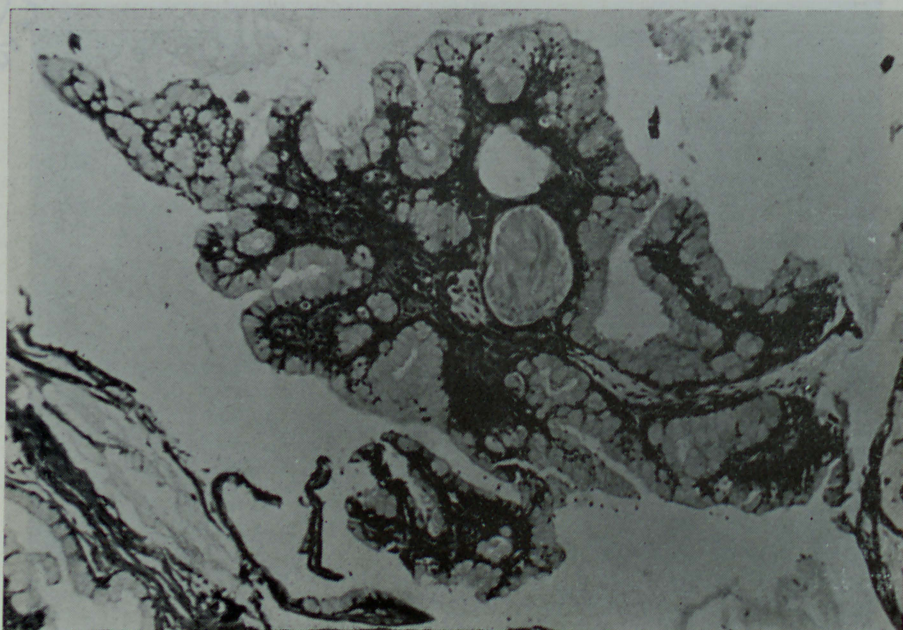


FIGURA Nº 4: — Processo papilar formado por células secretoras na periferia e células intermediárias adjacentes projetando-se para a luz do cisto. Microcisto central.

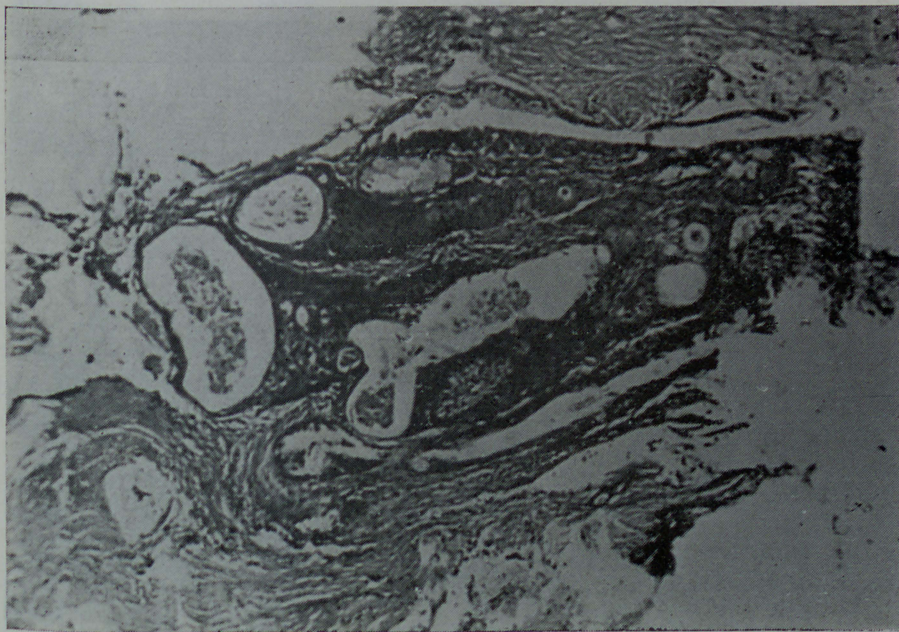


FIGURA Nº 5: — Microcistos no seio de ilhotas de células epidermóides.

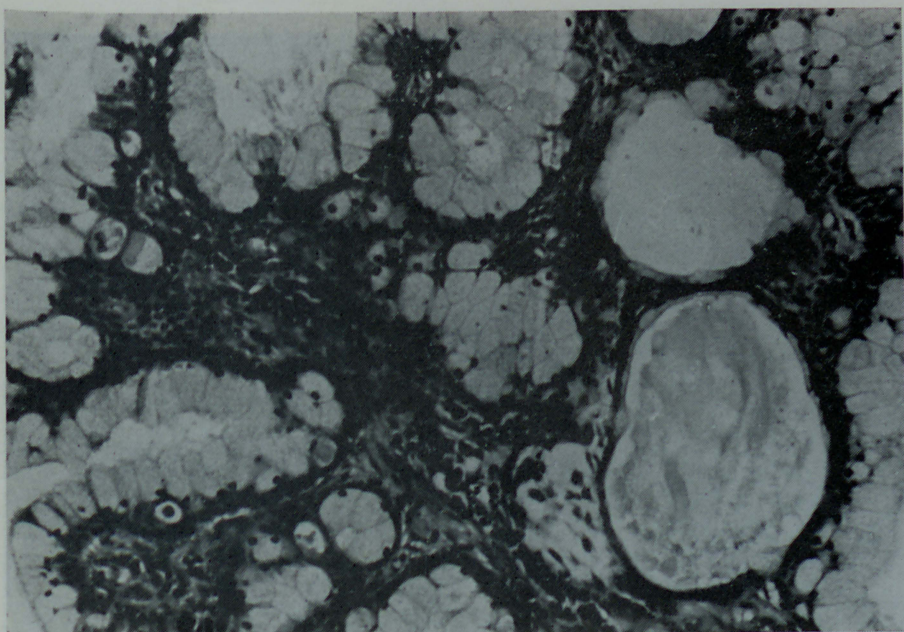


FIGURA Nº 6: — Revestimento e ilhotas de células secretoras. Células intermediárias, Microcisto.

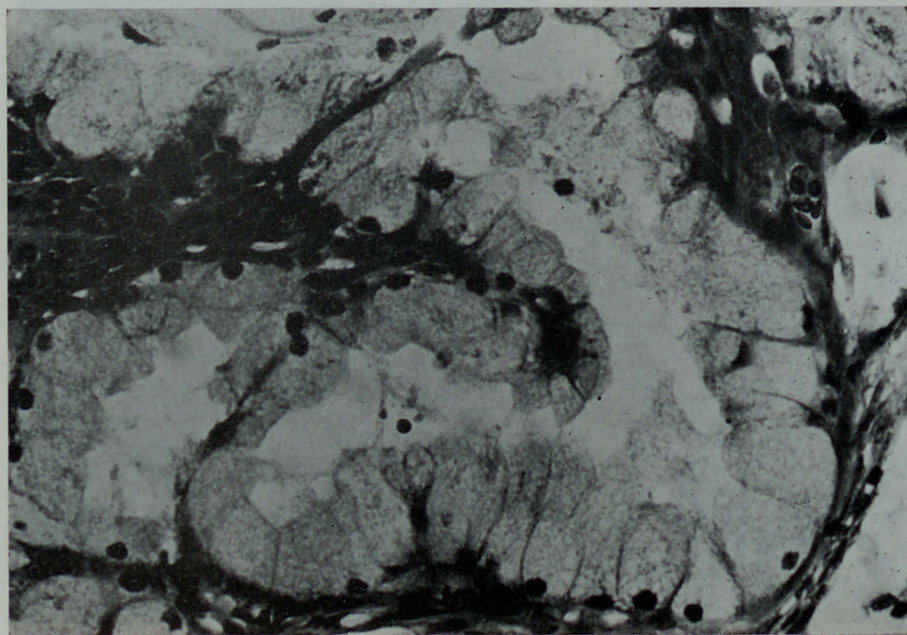


FIGURA Nº 7: — Células secretoras cilíndricas com núcleo esférico, basal.

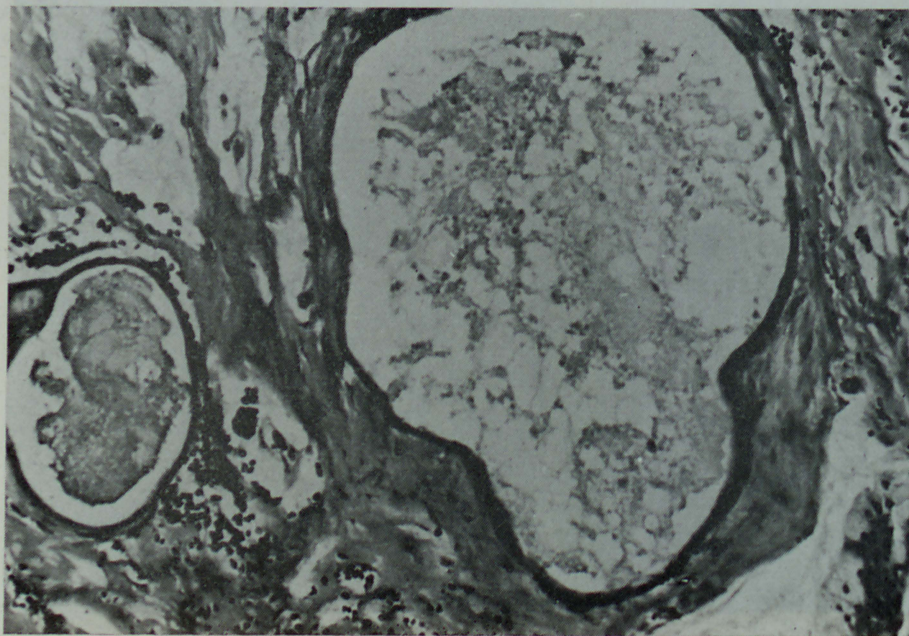


FIGURA Nº 8: — Cisto «secundário».

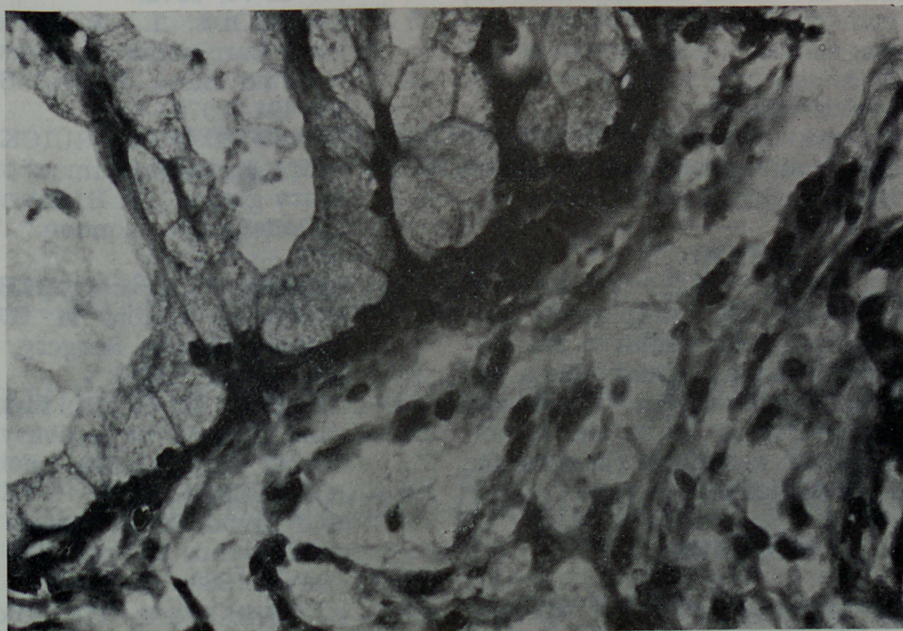


FIGURA Nº 9: — Células mucosas e células intermediárias.

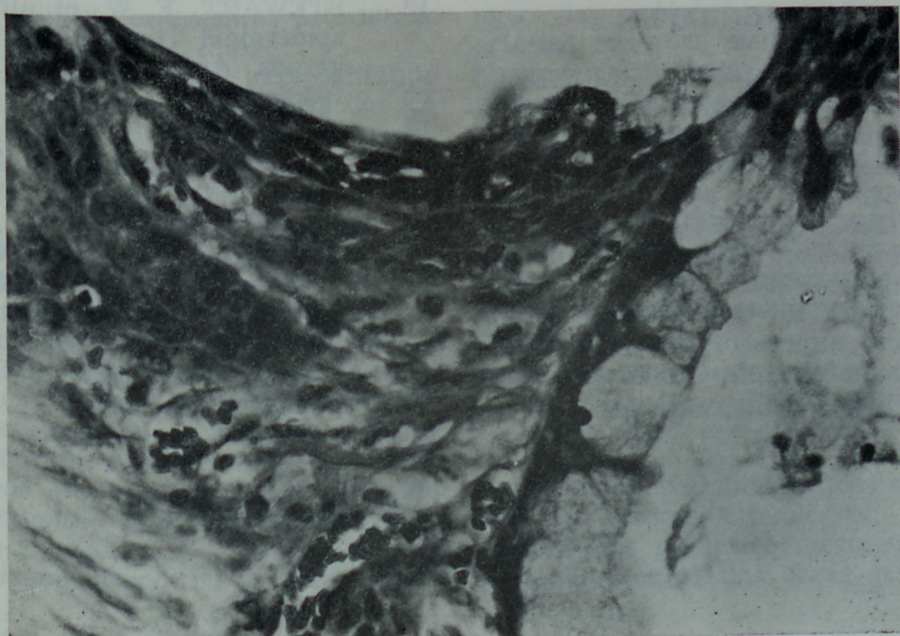


FIGURA Nº 10: — Células intermediárias e células mucosas.

CONCLUSÕES

1. O aspecto mais encontrado foi considerado de "baixa malignidade" ou seja com numerosos microcistos, numerosas células mucosas, células intermediárias e poucas ilhotas de células epidermóides.
2. O único caso com três recidivas comprovadas histologicamente era do tipo "baixa malignidade".

RESUMO

Revisaram-se 170 neoplasmas de glândulas salivares dos arquivos das Faculdades de Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, encontrando-se 8 casos de tumor mucoepidermóide, a maioria considerada de "baixa malignidade".

SUMMARY

One hundred and seventy salivary gland neoplasmas from the archiver of the School of Medicine and School of Dentistry from the University of Rio Grande do Sul, Brasil, were reviewed. There were 8 cases of mucoepidermoid tumor most of all considered of "low malignancy".

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BHASKAR, S. N. & BERNIER, J. L.: Mucoepidermoid tumors of major and minor salivary glands, *Cancer*, **15**: 801-817, (July-Aug), 1962.
- 2 — ENEROTH, C-M.: Mucoepidermoid Carcinoma, *Acta Oto-Laryngologica*, Supplem. 191, 1964.
- 3 — ENEROTH, C-M. et alli: Malignant tumors of the submandibular gland, *Acta Oto-Laryngol.*, **64**: 514-536, 1967.
- 4 — ENEROTH, C-M. et alli: Mucoepidermoid Carcinomas of the salivary glands, *Acta. Oao-Laryngol.*, **73**: 68-74, 1972.
- 5 — EVERSOLE, L. R.: Mucoepidermoid Carcinoma — review of 815 reported cases, *J. Oral Surg.*, **28**: 490-494, 1970.
- 6 — EVANS, R. W. & CRUICKSHANK, A. H.: Epithelial tumors of the salivary glands. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1970.
- 7 — GRAGE, T. B. & LOBER, P. H.: Malignant tumors of the major salivary glands, *Surgery*, **52**: 284-294, (Aug), 1962.
- 8 — GRAY, J. M. et alli: Mucoepidermoid tumors of salivary glands, *Cancer*, **16**: 183-194, (Feb), 1963.
- 9 — JOKOBSSON, P. A. et alli: Mucoepidermoid Carcinoma of the parotid gland, *Cancer*, **22**: 111-124, (july), 1968.
- 10 — KLEINSARRER, O.: Mucoepidermoidtumoren der Speicheldrüsen, *Arch Klin Exp Ohr-Nasu, Kehlk, Heilk*, **193**: 171-179, 1969.
- 11 — MALLET, K. J. H. & HARRISON, M. S.: The recurrence of salivary gland tumors, *J. Laryng Otol*, **85**: 439-448, (May), 1971.
- 12 — STEWART, F. W. et alli: Mucoepidermoid tumors of salivary glands, *Ann Surg.*, **122**: 820-844, 1945.
- 13 — THORVALDSON, S. E. et alli: Mucoepidermoid tumors of the major salivary glands, *Am J. Surg.*, **120**: 432-438, (Oct), 1970.
- 14 — THACKRAY, A. C. & SOBIN, L. H.: Histological typing of salivary gland tumours. In *Internacional Histological Classification of Tumours*. World Health Organization, Geneva, 1972.