

CARCINOMA ADENOCÍSTICO (cilindroma)

Gorki Mecking de Lima (*)

Hardy Ebling (**)

Liliane Yurgel de Oliveira (***)

A finalidade deste trabalho é apresentar dez casos de carcinoma adenocístico, localizados na parótida e submandibular, discutindo seu aspecto histológico "típico", bem como suas variedades.

Este neoplasma é relativamente incomum, podendo confundir patologistas e clínicos, pois, por sua evolução lenta, comporta-se como um "lobo em pele de cordeiro" (11). Seu prognóstico reservado faz com que esse trabalho possa ter utilidade, também, para os cirurgiões, alertando-os, face a neoplasmas aparentemente ingênuos sob o ponto de vista cirúrgico.

A história da identificação e nomenclatura deste neoplasma foi bem descrita por Moran e Col. (13), Evans e Cruickshank (8), Gorlin e Goldman (11), mas foram possivelmente, Docckerty e Maio (5) e Quattlebaum, Docckerty e Maio (15) que o apresentaram como entidade independente, embora o nome, atualmente mais empregado (carcinoma adenocístico), tenha sido introduzido por Spies (17).

Aspecto macroscópico

Com as limitações do pequeno número de casos e estes já fixados em formalina, pouco podemos dizer quanto ao aspecto macroscópico. Nossas observações são iguais às descritas por Evans e Cruickshank (8). A maioria das peças recebidas inteiras (?) medem cerca de 2 a 4 cm no seu maior diâmetro. Uma mede cerca de 6x4, 5x4 cm. A superfície cortada mostra várias tonalidades,

que podem variar do esbranquiçado ao pardacento, muitas vezes numa mesma peça. Cidades císticas múltiplas ou únicas são comuns, embora não obrigatórias.

Número, localização, sexo e idade

Dos 30 casos de neoplasmas malignos encontrados nas salivares maiores, dez eram carcinomas adenocísticos. Oito estavam localizados na parótida, dois na submandibular e nenhum na sublingual. Sete pacientes pertenciam ao sexo feminino. Maior incidência no sexo feminino já havia sido observada por Foote e Frazel (10), Redon (16), Blanck e Col. (2) e Gorlin e Goldman (11).

Em dois dos três pacientes do sexo masculino, o neoplasma estava situado na submandibular.

A idade variou de 20 a 82 anos, sendo a idade média de 39,3 anos. Mas a metade, 5 casos, estavam entre 20 e 25 anos de idade, sendo destes, os três casos masculinos.

Blanck (2) estudando 299 neoplasmas malignos da parótida, encontrou 35, ou seja, 11% de carcinoma adenocístico. Nós encontramos, se considerarmos apenas a parótida, 8 casos, ou seja 26%. Acreditamos que essa discrepância deva ocorrer pelo fato de nossa casuística ser pequena.

A maioria dos trabalhos apresentados são de relatos de um ou poucos casos, a maioria com localizações diversas, o que impede o estudo estatístico comparativo válido.

* 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.

Aspecto Microscópico

Um dos aspectos mais encontrados é o descrito como "queijo suíço" (19) (figs. 1, 2 e 3). As células apresentam um núcleo fortemente corado, escuro, oval ou arredondado, pouco citoplasma, de limites imprecisos, sendo difícil, ou mesmo impossível, identificar os limites celulares. Dispõe-se em torno de cavidades arredondadas ou ovaladas, dependendo do sentido do corte, mas a maioria não apresenta uma verdadeira disposição acinar (2). Estas cavidades estão preenchidas por uma substância basófila existindo, raramente, na parte central, zona levemente acidófila.

Muitas vezes é possível encontrar restos celulares na zona central e, em muitas áreas, um capilar dentro dessa substância. Tudo se passa como se estes quadros, fossem apenas fases diversas de um mesmo processo de degeneração, na ordem inversa à descrita.

Em outras áreas, pode-se encontrar massas celulares, de aspecto monótono, onde uma pesquisa cuidadosa, em geral, termina por mostrar raras cavidades, embora sem o aspecto característico de "queijo suíço", pois nestes casos as cavidades são pouco frequentes, dando um aspecto celular compacto, bem ao contrário das áreas aonde predominam as cavidades.

Um mesmo neoplasma pode apresentar e até em um mesmo corte, zonas completamente diferentes (figs. 4, 5). "Assim, um cilindroma não é sempre tipicamente cribriforme ou adenocístico na sua estrutura" (8).

Outras vezes, encontra-se zonas onde o agrupamento celular toma o aspecto de cordões, com ou sem luz rudimentar, lembrando, vagamente, dutos glandulares (Fig. 6) ou, de cordões epiteliais anastomosados (Fig. 7), num estroma pouco abundante. Cordões de aspecto "fragmentado" e irregular, num estroma abundante e fortemente hialino, (fig. 8) também podem aparecer. Neste caso a célula epitelial apresenta uma definição pobre, pois vê-se praticamente, apenas núcleos.

Algumas vezes o quadro se constitui de cordões levemente sinuosos, relativamente longos, cujas células mostram um núcleo cromático ao lado de células vacuoladas. Os cordões são separados por massas hialinas. Possivelmente seja, apenas, uma fase anterior ao quadro já descrito.

Cordões neoplásicos num conjuntivo frouxo, mixomatoso, também podem ser encontrados, embora raramente (fig. 9). Deve tratar-se de alteração regressiva do estroma e não um componente do verdadeiro neoplasma (2). Este aspecto talvez seja o mais confundido como adenoma pleomórfico.

Um achado frequente é a separação observada entre o componente epitelial e o estroma, descrito muito bem por Blanck e Col. (2) que a consideram um artifício. Como hipótese poderia pensar-se numa produção celular neoplásica "para fora", afastando o conjuntivo. É o que parece acontecer em alguns casos, onde se vê pequena quantidade de substância basófila sem estrutura, talvez semelhante à encontrada no interior das cavidades que caracterizam o aspecto de queijo suíço. (fig. 10).

Na maioria dos casos não há cápsula fibrosa, embora o tecido comprimido ao redor do neoplasma possa assemelhar-se a uma verdadeira cápsula. (2).

Como característica importante deve-se, sempre, procurar a invasão dos linfáticos perineurais e, ou, intraneural. (*) (2, 8, 9, 10, 12, 13, 15 e 19) (figs. 11, 12, 13 e 14).

Mais raramente encontra-se massas neoplásicas junto a vasos sanguíneos (figura 15) ou mesmo no interior de vasos calibrosos (fig. 16 e 17) o que não é comum. É possível que, num estágio inicial, pequenos vasos sejam invadidos pelo neoplasma, mais causando sua degeneração do que propriamente originado êmbolos tumorais embora isso, evidentemente, termine por acontecer. Talvez esta diminuição de irrigação explique, em parte, a hialinização, tão comum em alguns "tipos" desse neoplasma.

Sob o ponto de vista histológico, o patologista pode confundir o carcinoma adenocístico com o adenoma pleomórfico. O acha-

(*) ALVARENGA, R.J., Professor de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais. (Comunicação pessoal). 1972.

(*) BARBOSA, J., Professor de Patologia da Faculdade de Odontologia de São Paulo. (Comunicação pessoal). 1970.

(*) FIGUEIREDO, H.S., Professor de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

(*) KOSMINSKY, L., Professor de Patologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

(*) OLIVEIRA, A.P., Professor de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

do de componentes mixóides ou condróides indica adenoma pleomórfico (7,8). A presença, por si só, de estruturas cilindromatosas não indica carcinoma adenocístico, pois é frequentemente encontrada nos adenomas pleomórficos (2) e em outros tipos de neoplasmas. Daí a restrição que há, atualmente, ao antigo nome com o qual foi designado: cilindroma. Também pode ser confundido com ameloblastoma, principalmente quando invade mandíbula ou maxila.

Nos casos de dúvidas, muitas vezes, mais cortes do mesmo ou de outros blocos, terminam mostrando estruturas "típicas", isto é, aspecto de queijo suíço, o que exclui o adenoma pleomórfico e a maioria dos ameloblastomas, pois há um tipo de ameloblastoma, que, pelas múltiplas cavidades, lembra vagamente o "queijo suíço". Neste caso, a presença de pré-ameloblastos, de células da geléia do esmalte e o aspecto das cavidades, que são maiores, "angulosas", de tamanho diferente, com restos celulares acidófilos, desfazem qualquer dúvida.

Evans e Cruickshank (8), chamam a atenção para um tipo de carcinoma adenocístico que se assemelha ao tumor de Pindborg (tumor odontogênico epitelial calcificante), pela presença de numerosos corpos hialinos, de forma geralmente esférica. No caso do tumor de Pindborg, as células epiteliais são poliédricas, com pontes intercelulares bem visíveis e número variável de células epiteliais multinucleadas, chamando a atenção o acentuado poliformismo nuclear,

embora com raras mitoses. As massas descritas são acentuadamente acidófilas e frequentemente calcificam em camadas concêntricas, apresentando anéis de Liesegang. Com técnicas especiais, sobretudo com a tioflavina T, verifica-se nestes corpos, reações semelhantes à substância amilóide (14).

Finalmente, há possibilidades de se confundir com um carcinoma epidermóide que, por invasão ou metástase num linfonólio vizinho à glândula, e posterior invasão desta, simule um carcinoma adenocístico.

Resumo

Baseado no estudo de dez casos de carcinoma adenocístico (cilindroma), localizados na parótida (oito) e na submandibular (dois), estuda-se e discute-se o aspecto histopatológico deste neoplasma maligno, considerando, também, o diagnóstico diferencial sob o ponto de vista histopatológico, com o adenoma pleomórfico, com o ameloblastoma "tipo" acanthomatoso, com o tumor odontogênico epitelial calcificante.

Summary

The authors studied ten cases of adenoid cystic carcinoma of the major salivary glands. They find eight cases in the parotid, and two in the submandibular gland. They studied also the histological differential diagnosis with pleomorphic adenoma, ameloblastoma acanthomatose type, calcifying epithelial odontogenic tumor.

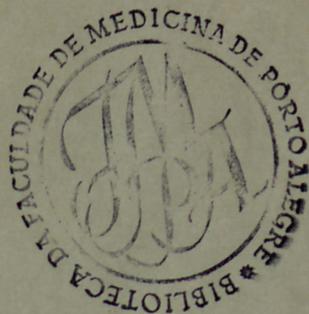


FIG. 1: Aspecto de «queijo suíço», considerado «típico».

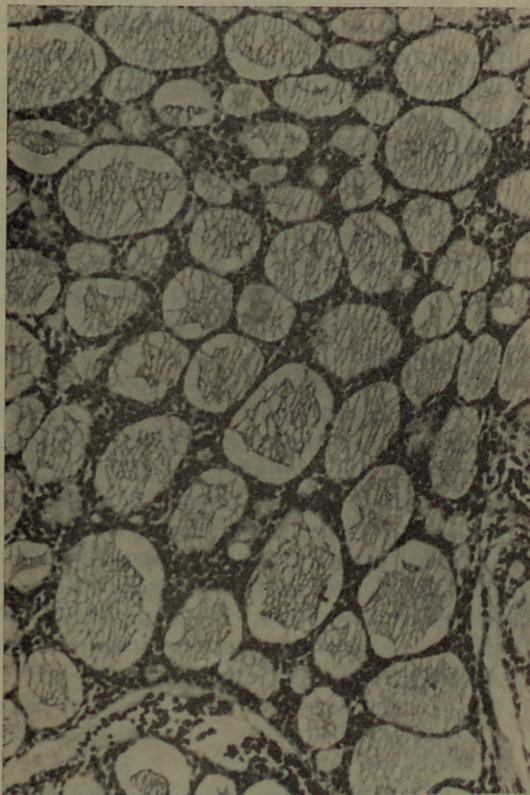


FIG. 2: Aspecto de «queijo suíço», considerado «típico».

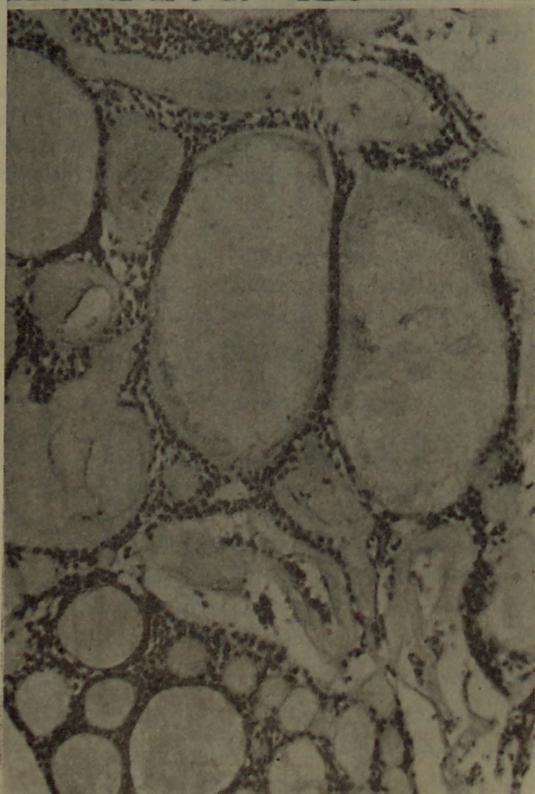


FIG. 3: Aspecto de «queijo suíço», considerado «típico».

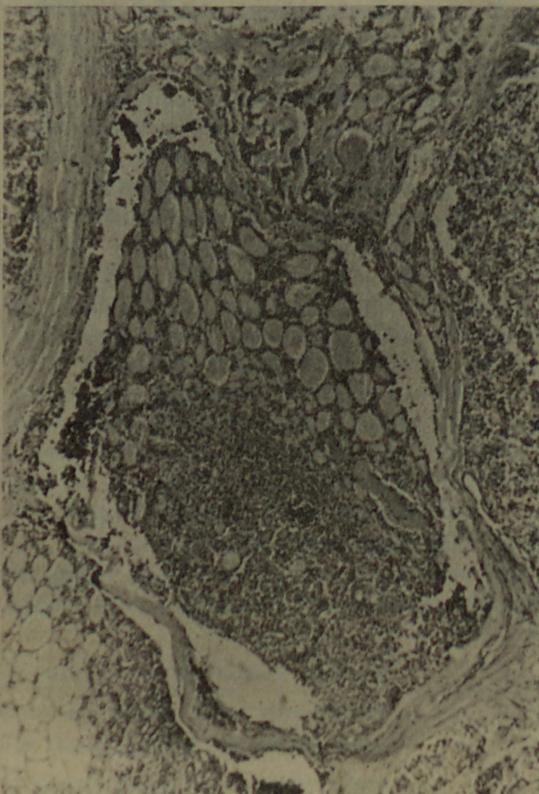


FIG. 4: Notar zonas cribiformes ao lado de zonas de células compactas.

FIG. 5: Notar zonas cribiformes ao lado de zonas de células compactas.

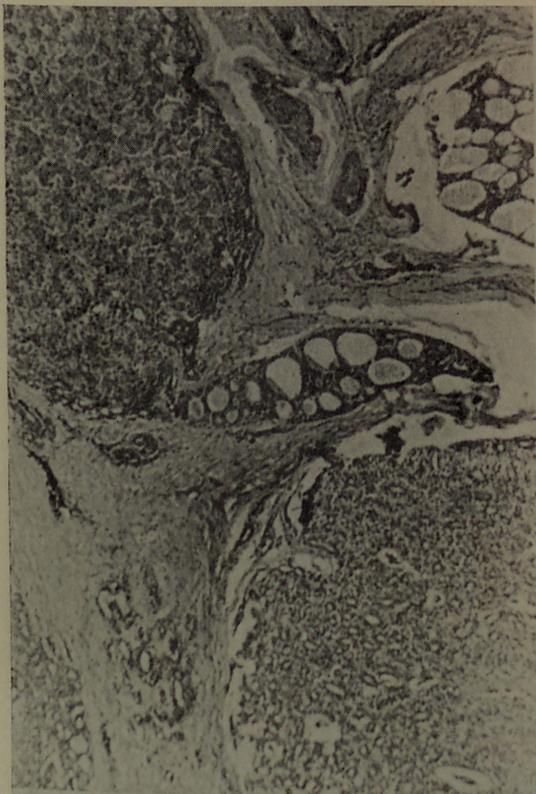


FIG. 6: Cordões celulares lembrando ductos, em algumas zonas, num estroma hialino.

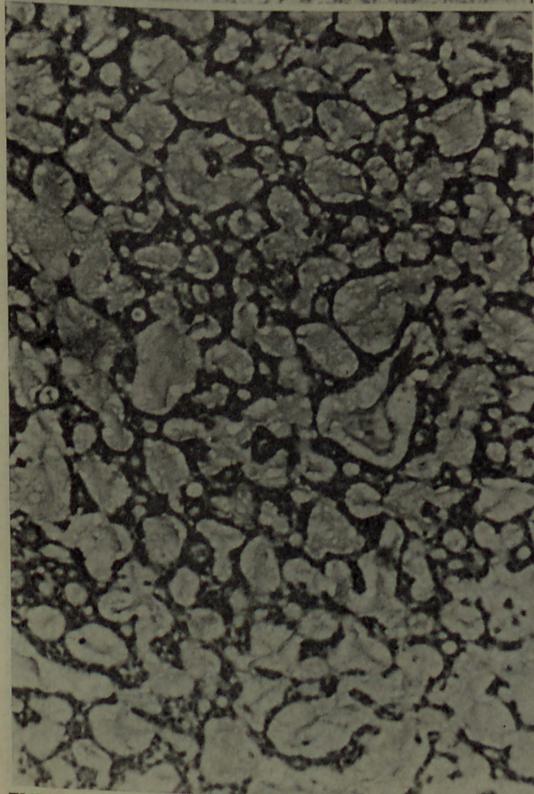
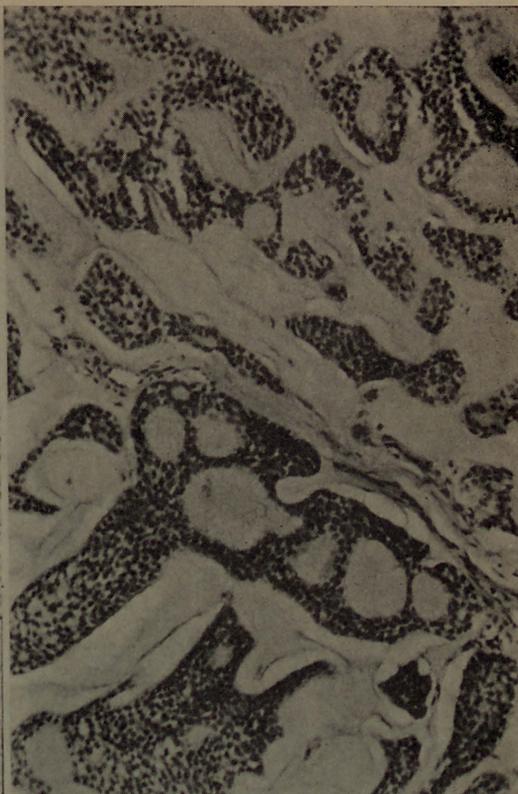


FIG. 7: Cordões anastomosados num estroma fortemente hialino.

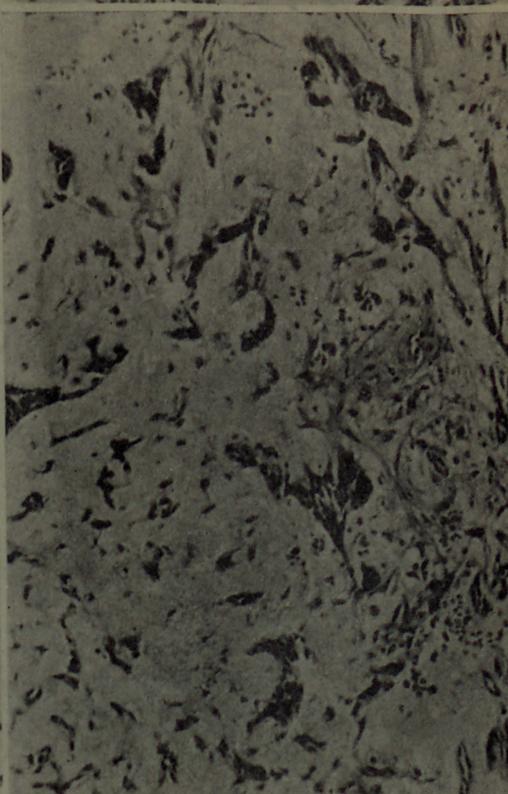


FIG. 8: Cordões irregulares de aspecto fragmentado num estroma hialino.

FIG. 9: Escassas células neoplásicas, num conjuntivo frouxo, mixomatoso.

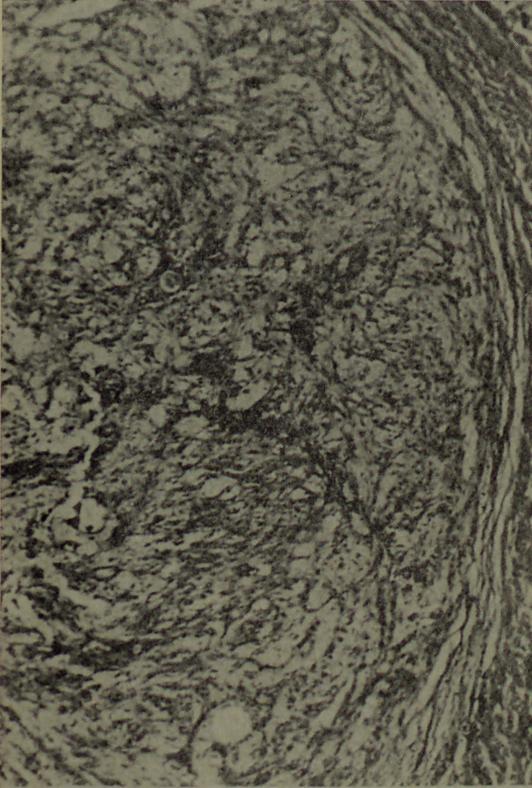


FIG. 10: Notar «faixa» separando o epitélio neoplásico do conjuntivo, considerada como artifício. Talvez se trate de secreção «para fóra» sem dar lugar ao aparecimento de «cavidades tipo queijo suíço.»

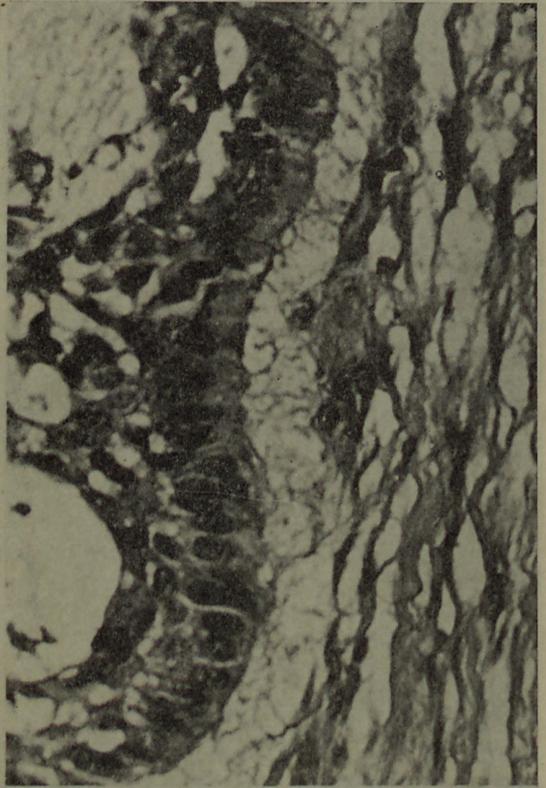


FIG. 11: Infiltração peri-neural.



FIG. 12: Infiltração intra-neural.

FIG. 13: Infiltração intra-neural.

FIG. 14: Infiltração intra-neural.

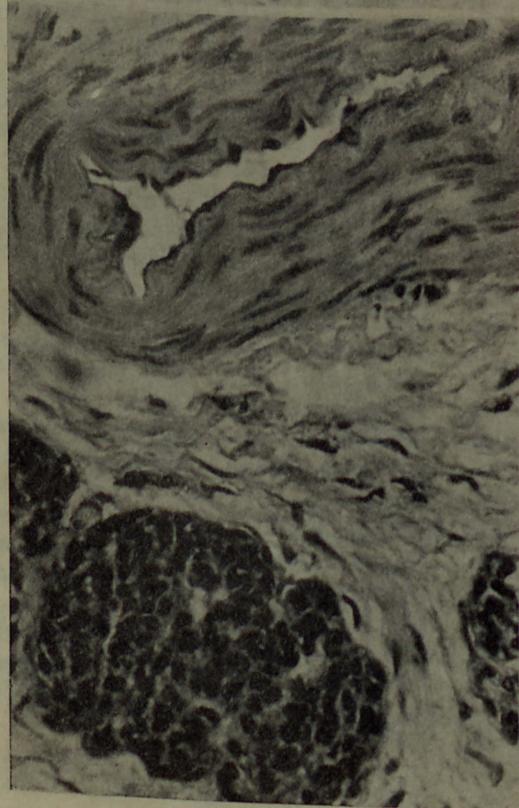
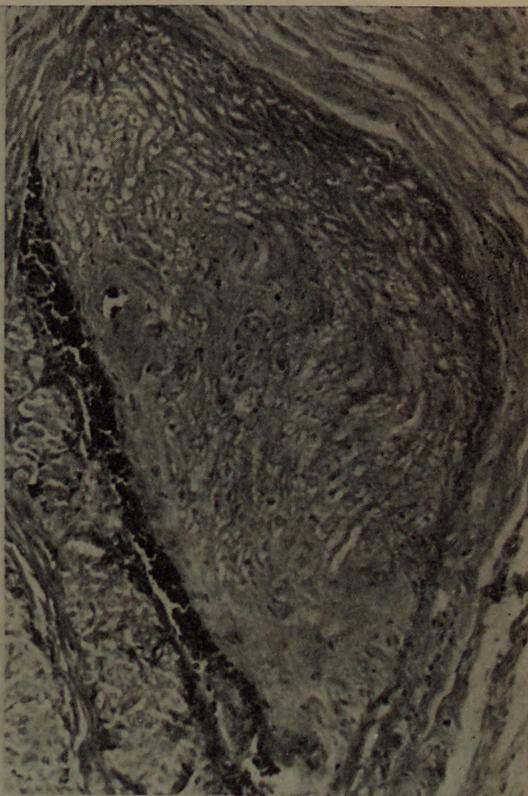
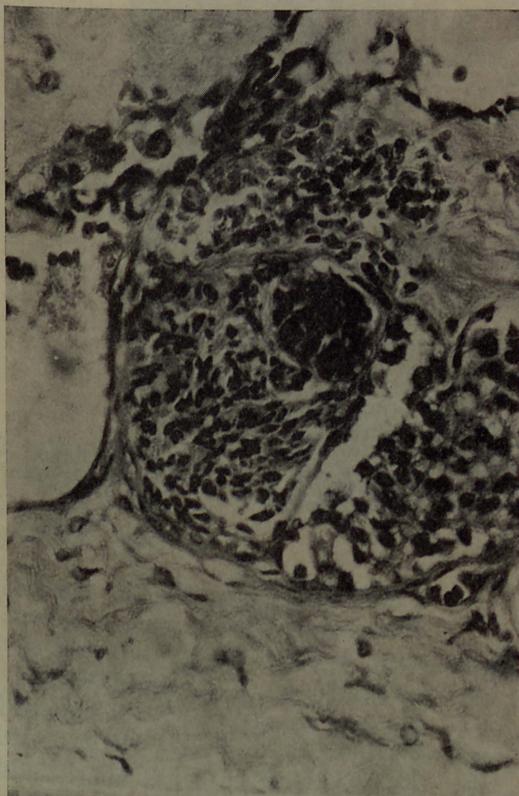


FIG. 15: Infiltração peri-vascular.

FIG. 16: Infiltração perivascular e êmbolo neoplásico.

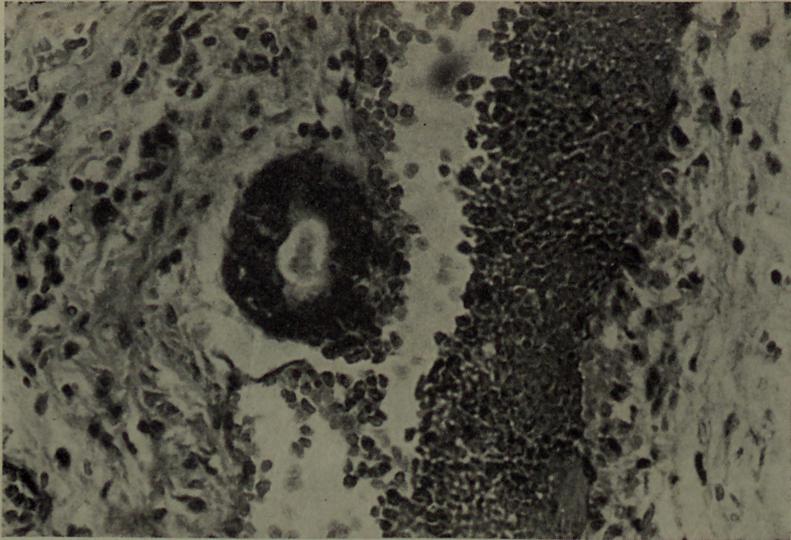


FIG. 17: Invasão de vaso.

BIBLIOGRAFIA

1. BERNER, J. L. — *The management of oral disease*. St. Louis, C. V. Mosby, 1955, p. 603-604.
2. BLANCK C. et alli. — Adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. *Acta Radiol. Ther.* (Stockolm) 6: 177-196, 1967.
3. BUMSTED, W. D. — Cylindroma of the mandible. *Oral Surg*, 8 (5): 546-555, 1955.
4. DHAWAN, I. K. et alli. — Central salivary gland tumors of the jaws. *Cancer*, 25: 211-217, 1970.
5. DOCKORTY, M. B. & MAYO, C. W. — "Cylindroma" (adenoacantoma, cylindroma type). *Surgery*, 416-422, 1943.
6. ENEROTH, C-M et alli. — Adenoid cystic carcinoma of the palate. *Acta Otolaryng* (Stockolm) 66: 248-260, 1968.
7. ENEROTH, C-M — Histological and clinical aspects of parotid tumors. *Acta Otolaryng* (Stockolm) (191): 62-67, 1964, Suplemento.
8. EVANS, R. W. & CRUICKSHANK, A. H. — *Epithelial tumors of the salivary glands*. Philadelphia, Saunders, 1970, pp. 142-166.
9. FINE, G. et alli. — Tumors of the minor salivary glands. *Cancer*, 13: 653-669, 1960.
10. FOOTE, F. W., Jr. & FRAZELLE, L. — Tumors of the major salivary glands In: Armed Forces Institute of Pathology, *Atlas of tumor pathology*, Sect. 4, Fasc. 11, Washington, 1954.
11. CORLIN, R. J. & GOLDMANN, H. M. — *Thoma's oral pathology*, 6^o Ed, St. Louis C. V. Mosby, 1970, p. 1022.
12. JANKELEVICH, D. et alli. — Cylindromas de localización en glandulas salivares. *Odontol. Chil* 19: (103): 22-25, 1971.
13. MORAN, J. J. et alli. — Adenoid cystic carcinoma clinico-pathological study. *Cancer*, 14: 1235-1250, 1961.
14. PINDBORG, J. J. et alli. — *Histological typing of odontogenic tumors, jaw cysts and allied lesions*, Geneva, WHO, 1971, p. 26.
15. QUATTLEBAUM, F. W. et alli. — Adenocarcinoma, cylindroma type of the parotid gland. *Surg Gynecol Obstet*, 82: 342-347, 1946.
16. REDON, H. — *Chirurgie des glandes salivares*, Paris, Masson, 1955, p. 280.
17. SPIES, J. W. — Adenoid cystic carcinoma; generalized metastases in 3 cases of basal cell type. *Arch Surg*, 21: 365-404, 1930.
18. STOLL, H. C. — Malignant epithelial tumors of the mandible and maxilla. *Arch Path*, 64: 239-244, 1957.
19. THACKRAY, A. C. & LUCAS, R. B. — The histology of cylindroma of mucous gland origin. *Brit J. Cancer*, 14: 612-621, 1960.