

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILO FACIAL

CRISTIANE DE CASTRO BARCELOS

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE INTRA ÓSSEO
EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO

BELO HORIZONTE

2013

CRISTIANE DE CASTRO BARCELOS

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE INTRA ÓSSEO EM MANDÍBULA:

RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial .

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Drummond Naves

Faculdade de Odontologia – UFMG

Belo Horizonte

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente á Deus, pois Ele é o maior responsável por minha conquista. Agradeço também á meu marido, Danilo, que sempre esteve a meu lado apoiando, pacientemente. Aos meus familiares, muito obrigada por terem me ajudado a trilhar este caminho, esta vitória também é de vocês.

Á meus novos amigos, equipe de CTBMF, em especial a minha dupla, Luiz Felipe, grande amizade que se iniciou e não se perderá com o tempo, agradeço a companhia e ensinamentos. Agradeço também aos meus mestres, com carinho especial ao Prof. Cláudio e Prof. Marcelo.

Muito obrigada á todos que fizeram parte desta vitória!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE INTRA OSSEO EM MANDIBULA- RELATO DE CASO	06
3. ABSTRACT	21
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1- INTRODUÇÃO

Essa monografia foi apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Por se tratar de um diagnóstico complexo na prática clínica do cirurgião bucomaxilofacial e já que o objetivo do trabalho é, entre outros, alertá-lo quanto à necessidade de um bom diagnóstico, optou-se pela apresentação desse trabalho no formato de artigo, que possui uma linguagem de fácil entendimento e acesso pela classe de dentistas.

**2- CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE INTRA OSSEO
EM MANDÍBULA**

RELATO DE CASO ¹

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE INTRA OSSEOUS

IN JAW :

A CASE REPORT

CRISTIANE DE CASTRO BARCELOS ²

MARCELO DRUMMOND NAVES ³

¹ Este trabalho é parte da monografia de conclusão do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/ MG.

² Cirurgiã-dentista. Especializanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte/MG

³ Doutor em Estomatologia, Professor Associado da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG.Brasil.

RESUMO

Carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo é uma neoplasia rara dos maxilares. Embora as teorias têm sido propostas com base na transformação neoplásica da mucosa epitelial de cistos odontogênicos ou tecido salivar ectópico, sua patogenia é incerta. Este tipo de carcinoma compartilha algumas características radiográficas com outras lesões multiloculares aparentes dos maxilares. Ela é descrita como uma imagem radiolúcida com periferia esclerótica bem definida e numerosas pequenas loculações. A presença de deslocamento dentário e reabsorção da raiz são achados comuns. Seu comportamento agressivo é revelado pela perfuração do osso cortical e extensão para tecidos moles circundantes. O diagnóstico pode ser baseado em características clínico-radiográficas e histopatológicas (He et al, 2012).

Unitermos: carcinoma mucoepidermóide, carcinoma em mandíbula, carcinoma mucoepidermóide central, ameloblastoma.

INTRODUÇÃO

Em raras ocasiões, os tumores das glândulas salivares originam-se centralmente nos ossos gnáticos. O carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo é o tumor salivar intra-ósseo mais comum e mais bem reconhecido. No entanto, outros tumores das glândulas tem sido relatados no interior dos ossos gnáticos, incluindo carcinoma adenoide cístico, tumores mistos benignos e malignos, adenocarcinomas, adenocarcinomas da células acinares e adenoma monomórfico (NEVILLE, *et AL*, 2004).

Carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo é uma neoplasia rara dos maxilares. Embora as teorias têm sido propostas com base na transformação neoplásica da mucosa epitelial de cistos odontogênicos (Dubiel-Bigaj, 1993; Bruner & Batsakis, 1991) ou tecido salivar ectópico (Bouquot et al, 2000), sua patogenia é incerta.

É relatado em uma ampla variação de idade e é mais comum em adultos de meia idade, sendo observada uma ligeira preferência pelo sexo feminino. O ângulo e o corpo da mandíbula são as regiões mais frequentemente afetadas (Martínez-Madrigal et al, 2000).

Este tipo de carcinoma compartilha algumas características radiográficas com outras lesões multiloculares aparentes dos maxilares. Ela é descrita como uma imagem radiolúcida com periferia esclerótica bem definida e numerosas pequenas loculações. A presença de deslocamento dentário e reabsorção da raiz são achados comuns. Seu comportamento agressivo é revelado pela perfuração do osso cortical e extensão para tecidos moles circundantes (Chan et al., 2013). O diagnóstico pode ser baseado em características clínico-radiográficos e histopatológicos (He et al, 2012).

Esse trabalho visa mostrar um caso de ocorrência de carcinoma mucoepidermóide intra ósseo em mandíbula, após um diagnóstico inicial difícil de ameloblastoma em outra instituição, discutir a ocorrência considerando os aspectos clínicos e imaginológicos encontrados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a revisão de literatura, o critério inicial utilizado para escolha dos artigos ou informes, foi a ocorrência de carcinoma mucoepidermóide, com publicação no período de 2000 a 2013.

Para a pesquisa dos documentos, foram utilizadas as bases de dados de artigos científicos na área da saúde dos sites de buscas da Bireme, Portal Capes e Medline, em português e inglês, além de livros científicos. Foram usados os descritores: carcinoma mucoepidermóide, carcinoma em mandíbula, carcinoma mucoepidermóide central, ameloblastoma.

Concluída a leitura e análise de todas as publicações obtidas, foi definido o critério de escolha para a composição do trabalho. Foram utilizadas aquelas que apresentaram resultados ou registros clínicos relevantes e relatos de casos clínicos, que dissertassem sobre os mesmos pontos abordados no caso que será apresentado.

RELATO DE CASO

Paciente E.C., sexo feminino, edêntula, 79 anos, diabética, procedente da cidade de Contagem-MG, procurou tratamento em um hospital local devido a um inchaço doloroso na região posterior da mandíbula esquerda com dois anos de duração. O inchaço era difuso e duro, envolvendo o ramo e corpo da mandíbula a partir da região de molares em diante até região de primeiro pré molar. Houve expansão de corticais bucal e lingual. Linfadenopatia cervical estava ausente.

A paciente relatou que o inchaço teve início há 2 anos, após 2 semanas da troca das próteses totais, superior e inferior, sendo que a inferior, machucava e causava ulcerações sempre que usava.

A filha relatou ainda que, assim que notou o inchaço, a levou primeiramente ao clínico geral, que realizou radiografias e as orientou a procurar um cirurgião de cabeça e pescoço. De porte dos exames, elas procuraram atendimento no hospital Evangélico onde foi realizada uma biópsia incisional, que teve como resultado ameloblastoma, e então, a paciente foi encaminhada para o serviço de cirurgia e traumatologia Buco Maxilo Facial do hospital Odilon Behrens.

Na história médica pregressa da paciente não foram encontrados dados relevantes ao caso.

Ao exame clínico, notou-se aumento de volume em região submandibular lado esquerdo, levando a uma leve assimetria facial. A paciente apresentava sintomatologia dolorosa á palpação. (Fig.1)

Ao exame intra-oral, foi observado um aumento de volume na região de trígono retromolar até o rebordo alveolar em região inferior esquerda, de coloração normal, edêntula total, em uso de prótese total superior. (Fig.2)

A radiografia panorâmica revelou uma lesão osteolítica expansiva de 5 cm de tamanho, regular, multilocular, que se estendia desde a região de molares até o ramo e processo coronóide posteriormente (Fig.3).

Na tomografia computadorizada, comprovou-se os achados da radiografia panorâmica, e podendo evidenciar a expansão cortical lingual e vestibular. (fig.04).

Com base nos achados clínicos e imaginológicos e, considerando o diagnóstico de ameloblastoma, o paciente foi então encaminhado para o serviço de especialização em cirurgia bucomaxilo Facial da escola de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais para realização de nova biópsia.

Baseados no diagnóstico de ameloblastoma, foi realizada biópsia excisional com curetagem da lesão e aplicação de solução de Carnoy (Figura 5).

O procedimento foi realizado sob anestesia geral, uma vez que havia risco de fratura de mandíbula e, também, devido às comorbidades da paciente.

Não houveram intercorrências durante a cirurgia. A sutura contínua foi realizada com fio reabsorvível 4.0, para que ocorresse uma boa coaptação dos lados da incisão afim de melhor cicatrização. (Fig.06).

A paciente fez o primeiro retorno após 07 dias, podendo observar boa cicatrização, sutura em posição, ausência de supuração, leve edema considerado compatível com o pós operatório de uma semana. À radiografia panorâmica, observou-se ausência de fraturas. (Fig.07, Fig.08, Fig.09).



Figura 1: Exame Clínico, vista frontal.



Figura 2: Exame intra oral evidenciando aumento de volume em região de trigono retromolar e rebordo alveolar da região mandibular inferior esquerda.

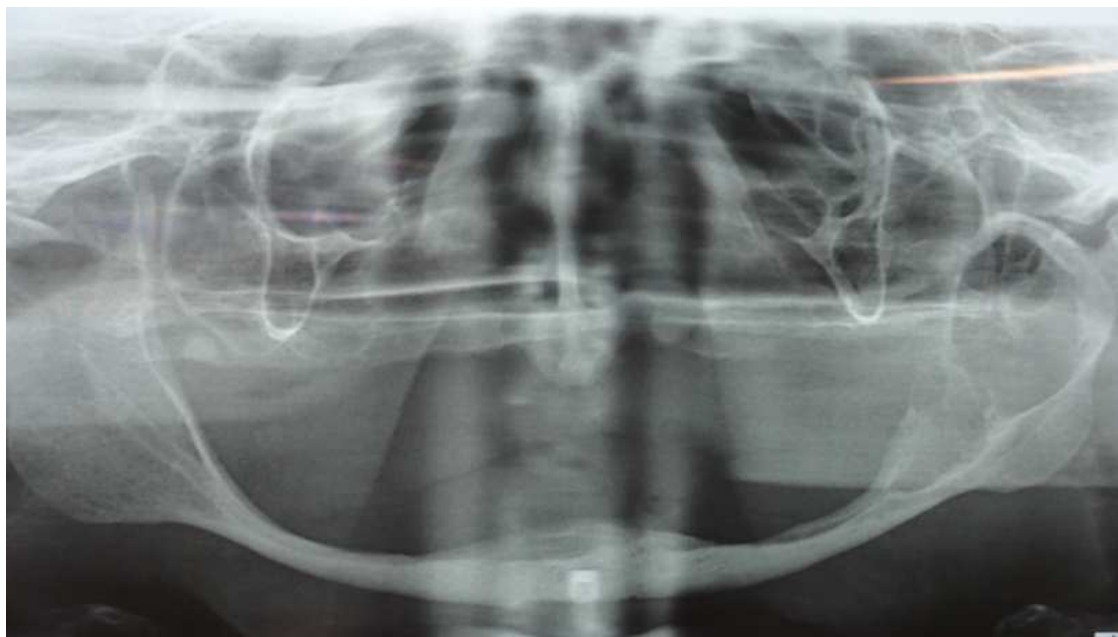


Figura 3: Radiografia panorâmica revelou uma regular, lobulada, lesão osteolítica expansiva de 5 cm de tamanho, que se estende desde os molares para a raiz e processo coronóide posteriormente.

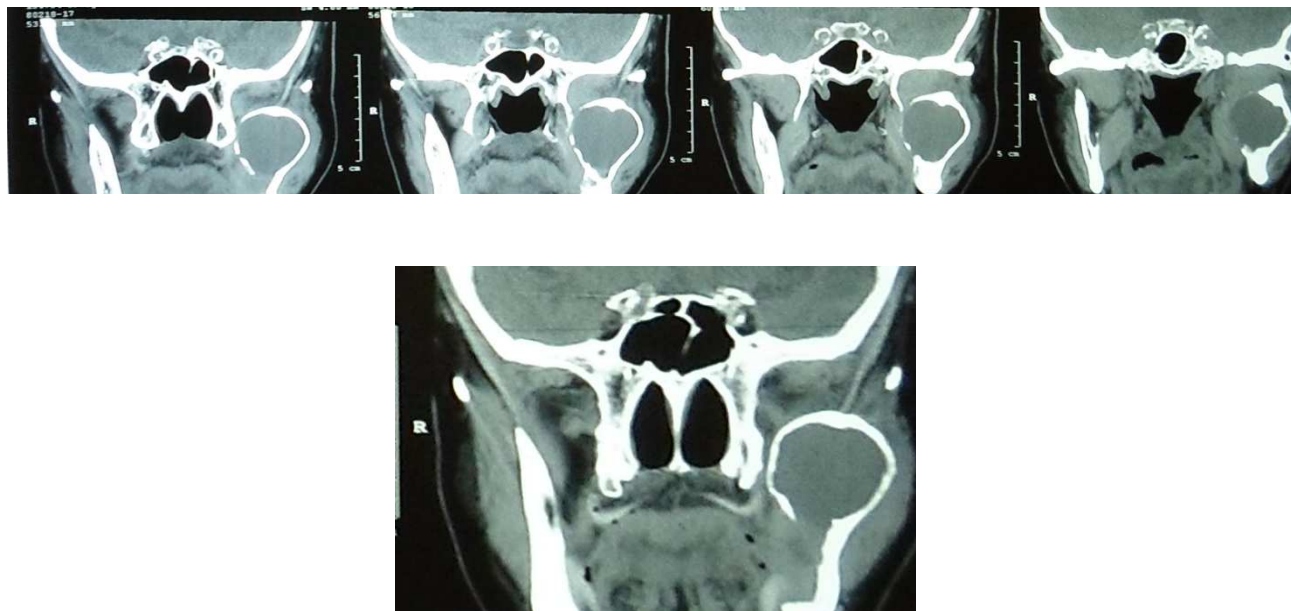


Figura 4: Tomografia Computadorizada. Vista Antero Posterior. É possível observar a expansão da cortical Lingual e Vestibular, ausência de fraturas patológicas.

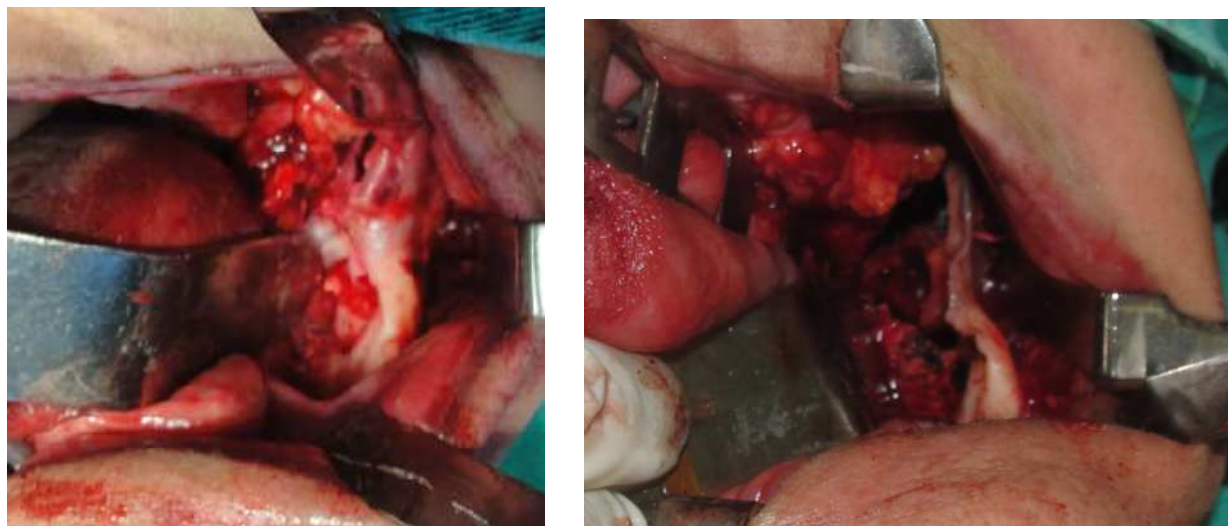


Figura 5: Cirurgia. A- Cavityde cirúrgica, B- biópsia excisional com curetagem da lesão e aplicação de solução de Carnoy

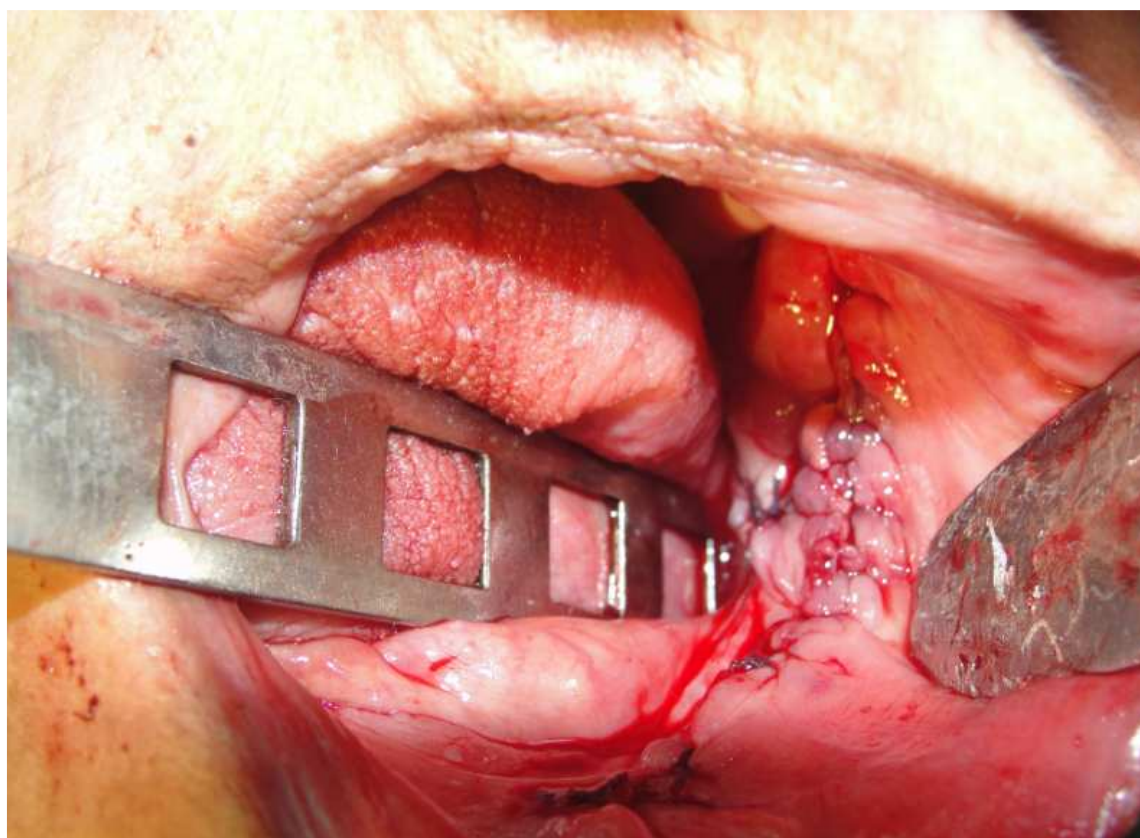


Figura 6 : Vista Intra Oral, Sutura realizada com fio reabsorvível 4.0, em posição.



Figura 7: Radiografia panorâmica atual da paciente (31-07-2013) em acompanhamento clínico pela CTBMF.



Figura 8: Pós operatório 07 dias. Nota-se pequeno aumento de volume, compatível com pós operatório de uma semana.



Figura 9: Vista intra Oral. Pós operatório de 07 dias. Cicatrização satisfatória.

RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO

Exame macroscópico

O exame macroscópico do espécime ressecado revelou múltiplos fragmentos de tecido mole, formato e superfície irregulares, cor castanho, consistência fibrosa, medindo 35x5x25mm. Múltiplos fragmentos foram enviados para inclusão. Múltiplos fragmentos de tecido duro, formato e superfície irregulares, coloração parda, foram enviados para descalcificação rápida.

Exame microscópico

Os cortes histológicos mostram fragmentos de neoplasia epitelial glandular caracterizada por formações císticas revestidas por células mucosas, apresentando citoplasma claro, células epidermóides com morfologia poliédrica, citoplasma eozinofílico, núcleo ovóide e basofílico, além de células intermediárias. O estroma da lesão é constituído por tecido conjuntivo fibroso celularizado com vasos e presença de infiltrado inflamatório de células mononucleares. Observa-se ainda cristais de colesterol, pigmentos de hemossiderina, material mineralizado, áreas de hemorragia e células gigantes. Fibras musculares completam o quadro (Figura 10).

Diagnóstico

Carcinoma mucoepidermóide intra-ósseo.

Nota: as células são imunopositivas para CK7.

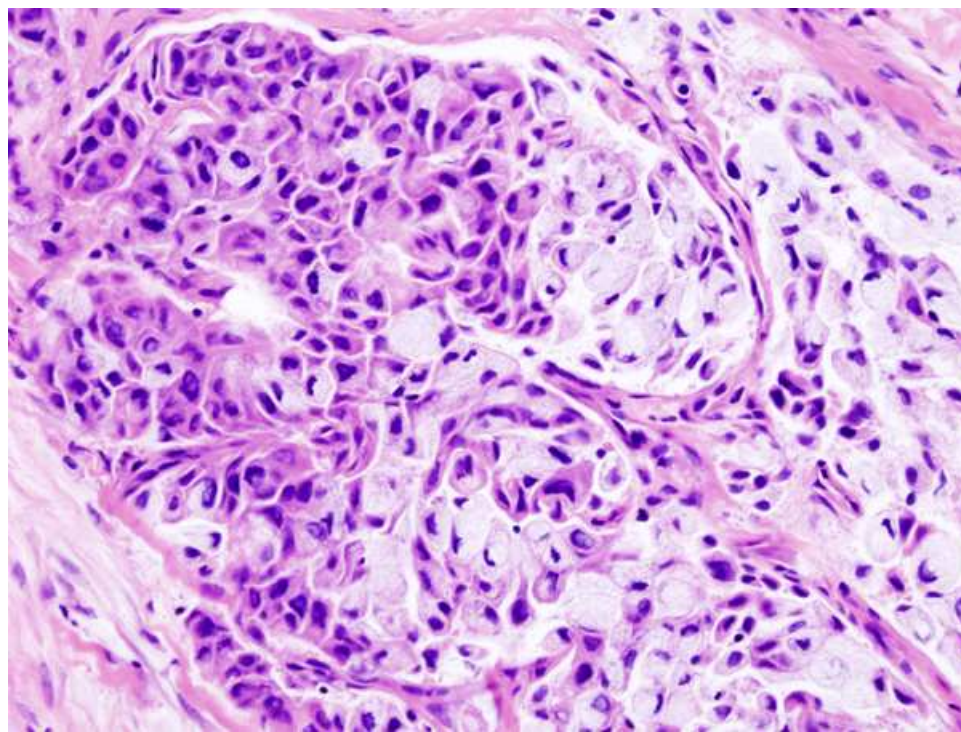


Figura 10 : Lâmina com cortes histológicos

CONSIDERAÇÕES

Com o diagnóstico de carcinoma mucoepidermóide com componente predominantemente mucinoso, ela foi encaminhada para o hospital local de referência para acompanhamento com um cirurgião de cabeça e pescoço. A paciente realizou tratamento adjuvante de radioterapia externa.

No momento encontra-se em acompanhamento com cirurgião de cabeça e pescoço e a clínica de CTBMF da escola de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (Figura 11).

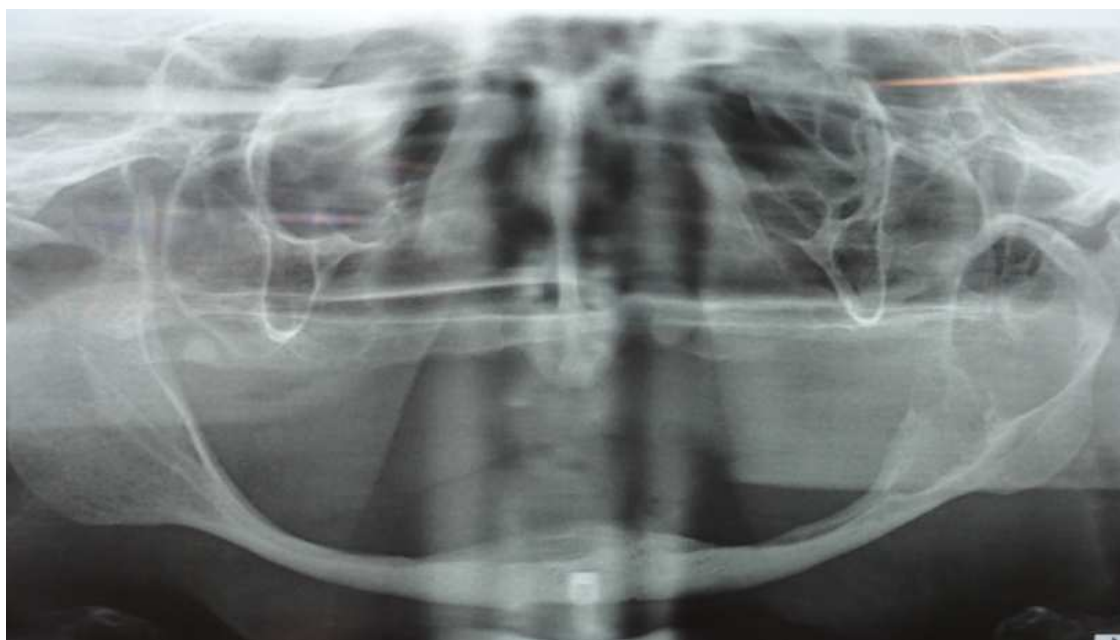


Figura 11: Radiografia atual (Julho/2013), acompanhamento de Carcinoma Mucoepidermóide Intra Osseo em Mandíbula

DISCUSSÃO

Muito tem sido escrito sobre a possibilidade do revestimento do cisto dentígeno sofrer transformação neoplásica para um ameloblastoma. Embora, sem dúvida, isso possa ocorrer, a frequência de transformação neoplásica é baixa. Mas raramente, alguns carcinomas mucoepidermóides intra-ósseos desenvolvem-se de células mucosas do revestimento de um cisto dentígeno. (NEVILLE, *et AL*, 2004).

Contude, tumores de baixo grau de malignidade costumam ter aparência clínica semelhante a tumores benignos, pouca sensibilidade dolorosa e o epitélio de revestimento inalterado. (Stewart et al.,1945) .

Os carcinomas mucoepidermóides podem ser classificados em graus histológicos (alto, médio ou baixo grau) de acordo com a quantidade de formação cística, grau de atipia citológica e proporção de cada tipo celular . (Stewart et al.,1945).

O tratamento do carcinoma mucoepidermóide depende da localização, grau histopatológico e estágio clínico do tumor.

O diagnóstico precoce e o correto manejo dessa enfermidade são fatores determinantes no prognóstico podendo ser influenciados pelo tamanho da lesão primária, grau histopatológico e presença de metástases. (Stewart et al.,1945).

O tratamento de primeira escolha é a excisão cirúrgica e radioterapia pós-operatória, podendo melhorar o prognóstico do paciente (He et al, 2012).

A ressecção cirúrgica radical oferece uma melhor chance de cura do que os procedimentos mais conservadores, tais como a enucleação e curetagem. O índice de recidiva local com tratamento

conservador é de 40% em contraste com o de 13% para o tratamento mais radical. Têm sido relatado metástases em cerca de 12% dos casos.

O prognóstico global é muito bom; cerca de 10% dos pacientes morrem, usualmente devido à recidiva local do tumor.

O carcinoma mucoepidermóide central tem sido reportado apenas esporadicamente por causa de sua raridade. Além disso, o número real de casos é difícil de estimar, devido aos critérios não uniformes adotados para o diagnóstico e porque alguns casos não foram relatados ou publicados na literatura (Munde et al., 2010).

CONCLUSÕES

Levando-se em conta apenas os aspectos imaginológicos e clínicos, o Carcinoma Mucoepidermóide Intra Ósseo, pode ser diagnosticado primariamente como Ameloblastoma. Salientamos então, a importância de sempre se fazer uma biópsia para comprovação de diagnóstico.

As lesões podem, então, serem confundidas apenas por seus aspectos imaginológicos, já que ambas levam a uma expansão da cortical. Outros aspectos podem ser observados para construir uma hipótese diagnóstica, como movimentação e reabsorção das raízes, não vindo ao caso nesta paciente por a mesma ser edêntula e , possuir a biópsia inicial de Ameloblastoma.

É de extrema importância uma relação multidisciplinar nos casos diagnosticados como Carcinoma em nossa clínica, uma vez que, o tratamento deve ser conduzido pelos médicos Especialistas em Cirurgia de cabeça e Pescoço e pelos Radioterapeutas.

Para obter um tratamento adequado, cada paciente deve ser avaliado de acordo com seu caso, levando-se em conta para a decisão de abordagem e tratamento, idade, prognóstico, comorbidades associadas ao paciente e o tratamento, relação custo-benefício.

ABSTRACT

Intraosseous mucoepidermoid carcinoma is a rare neoplasm of the maxillas. Although theories have been proposed on the basis of neoplastic transformation mucosal epithelial odontogenic cysts or ectopic salivary tissue, its pathogenesis is uncertain. This type of carcinoma shares some characteristics with other radiographic apparent multilocular lesions of the maxillas. It is described as a radiolucency with well-defined sclerotic periphery and numerous small loculations. The presence of tooth displacement and root resorption are common findings. His aggressive behavior is revealed by drilling cortical bone and extension into surrounding soft tissue. The diagnosis can be based on clinical, radiographic and histopathologic .

Keywords: mucoepidermoid carcinoma, carcinoma in jaw, central mucoepidermoid carcinoma, ameloblastoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bouquot JE, Gnepp DR, Dardick I, et al. Intraosseous salivary tissue: jaw bone 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.
2. Bruner JM, Batsakis JG. Salivary neoplasms of the jaw bones with particular reference to central mucoepidermoid carcinomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991 Nov;100(11):954-5.
3. Chan K, Pharoah M, Lee L, Weinreb I, Perez-Ordóñez B. Intraosseous mucoepidermoid carcinoma: a review of the diagnostic imaging features of four jaw cases. *Dentomaxillofac Radiol.* 2013 Apr;42(4):20110162.
4. Dubiel-Bigaj M. [Odontogenic cysts--histogenesis, histology, potential for possible neoplastic transformation]. *Patol Pol.* 1993;44(2):45-54.
5. He Y, Wang J, Fu HH, Zhang ZY, Zhuang QW. Intraosseous mucoepidermoid carcinoma of jaws: report of 24 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Oct;114(4):424-9.
6. Martínez-Madrigal F, Pineda-Daboín K, Casiraghi O, Luna MA. Salivary gland tumors of the mandible. *Ann Diagn Pathol.* 2000 Dec;4(6):347-53.
7. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & Maxilofacial.* 2a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004, p.405-406, 569.
8. Nakamura N, Higuchi Y, Mitsuyasy T, Sandra F, Ohishi N. Comparison of long-term results between different approaches to ameloblastoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod,* v.93, n.1, p.13-20, 2002.
9. Paiva RGS, Souza RP, Rapoport A, Soares AH. Avaliação por TC do envolvimento loco-regional do carcinoma espinocelular de corda vocal. *Radiol Bras,* v.34, n.4, p.193-200, 2001.