

CARCINOMA ADENÓIDE-CÍSTICO DA LÍNGUA

CASO CLÍNICO

DANIEL DE SOUSA*

RESUMO

O tumor maligno mais frequente das glândulas salivares minor intra-orais é o carcinoma adenóide-cístico, sendo porém a sua ocorrência na língua relativamente rara.

É apresentado um caso clínico com localização do tumor na base da língua, no qual foi efectuada uma excisão larga da por abordagem trans-mandibular.

A propósito deste caso são feitas algumas considerações sobre a terapêutica preconizada e ainda os factores de prognóstico e a evolução do tumor, particularmente a metastização tardia.

Palavras-Chave: carcinoma adenóide-cístico, língua, tratamento

ABSTRACT

Adenoid cystic carcinoma is the most frequent malignant tumor of intra-oral minor salivary glands, although it is relatively rare in the tongue.

A clinical case is presented of adenoid cystic carcinoma located at the base of the tongue, in which a wide resection was done through transmandibular access.

Some considerations are done about the recommended therapeutics and also the prognosis factors and tumor evolution, particularly late lung metastasis.

Key-Words: Adenoid cystic carcinoma, tongue, treatment.

INTRODUÇÃO

Os tumores das glândulas salivares minor da língua representam apenas uma pequena percentagem (cerca de 2,0% dos tumores benignos e 10,8% dos malignos) de todos os tumores dessas glândulas salivares ⁽¹⁾.

Trata-se pois de tumores relativamente raros, pelo que não é fácil compilar a experiência acumulada dos diversos Centros ⁽²⁾.

Numa extensiva revisão casuística de tumores das glândulas salivares minor datada de 1987, que abrange um total de 2764 casos ⁽¹⁾, é definido que a relação benigno/maligno é de 1,1:1, sendo o tipo histológico mais frequente o carcinoma adenóide-cístico (37,2%). Quando se considera apenas a localização na língua ⁽¹⁾, a relação benigno/maligno passa para 1:5,93, sendo igualmente o mais frequente dos tumores malignos o carcinoma adenóide-cístico, seguido pelo carcinoma muco-epidermóide.

O correcto estadiamento destes tumores, tendo em conta a elevada incidência de tumores malignos, assume elevada importância ⁽³⁾. O tratamento é primariamente cirúrgico, assumindo a radioterapia um papel importante como terapêutica adjuvante.

*Chefe de Serviço de Cirurgia,
Cirurgião Maxilo-Facial

*Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Instituto Português de Oncologia de Francisco
Gentil – Lisboa
Director: Dr. J. Rosa Santos

É apresentado um caso clínico de carcinoma adenóide-cístico com localização na língua, demonstrativo dos aspectos referidos.

CASO CLÍNICO

C.Q.S. sexo masculino, caucasiano, 59 anos. Inscrito no IPOFG - Centro de Lisboa, em Março de 1997.

Tumefacção da base da língua com vários anos de evolução. Episódios esporádicos de hemorragia bucal e dores com irradiação ao ouvido esquerdo.

Antecedentes sem relevância clínica.

À observação: tumefacção da base da língua, lateralizada à esquerda, com as dimensões 3x3 cm, fazendo proclividade na superfície da língua e estendendo-se desde o V lingual até à valécula e parede lateral esquerda da faringe. Adenopatia jugulo-digástrica esquerda com 1 cm.



Glossectomia trans-mandibular

A TAC da língua mostrava " tumor de contornos bosselados e heterogeneidade estrutural da base da língua, metade esquerda, bem como da parede lateral esquerda da faringe ".

A biópsia core-cut efectuada mostrou tratar-se de um carcinoma adenóide-cístico. Proposto para tratamento cirúrgico, que aceitou, foi operado a 28 de Julho de 1997:- Por labio-mandibulotomia mediana foi efectuada hemiglossectomia esquerda alargada com amigdalectomia e faringectomia; esvaziamento cervical esquerdo de tipo radical modificado, englobando todas as áreas ganglionares. Osteossíntese da mandíbula com placa. Traqueostomia.

O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo tido alta ao 10º dia do p.-op. já descanulado.

O exame anatomo-patológico mostrou um tumor com 2 cm de diâmetro, totalmente excisado, com margem de segurança, histologicamente carcinoma adenóide-cístico de grau II, com invasões peri-neurais; os gânglios do esvaziamento não continham metástases.

O doente foi submetido a radioterapia externa complementar com a dose total de 60 Gy.

A última observação data de Maio de 2000, não mostrando nem clínica, nem radiologicamente em TAC, evidência de recidiva local ou regional, ou ainda à distância nomeadamente a nível pulmonar.

DISCUSSÃO

O tumor maligno mais frequente das glândulas salivares minor intra-orais é o carcinoma adenóide-cístico (CAC) ⁽¹⁾, sendo a língua sede de apenas cerca de 10% deles. Na verdade, a localização mais frequente a nível da cavidade oral é o palato ⁽¹⁾.

O CAC é um tumor infiltrativo com três padrões de crescimento (glandular-cribriforme, tubular e sólido) e manifesta caracteristicamente invasão peri-neural e/ou peri-vascular sem reacção do estroma ⁽⁴⁾.

A invasão peri-neural e endo-neural influenciam significativamente o prognóstico ⁽⁵⁾.

A taxa de recidiva local do CAC é maior do que a dos restantes tumores malignos das glândulas salivares minor ⁽⁶⁾, donde que a excisão cirúrgica com margem ampla seja essencial para a evolução clínica destes casos.

A terapêutica primária preconizada é a cirúrgica, devendo ser efectuada dentro dos determinantes referidos. Neste caso, optou-se por uma via trans-mandibular de forma a permitir uma excisão alargada. Na nossa experiência trata-se de uma via recomendável para o acesso à base da língua e à faringe; associámos uma traqueostomia de segurança, temporária, que permitiu ainda um pós-operatório porventura mais tranquilo para o doente.

Nos casos de CAC a radioterapia pós-operatória complementar é de considerar nos tumo-

res excisados com margem inadequada, nos de maior volume, critérios histológicos desfavoráveis nomeadamente invasão peri-neural e/ou vascular, invasão óssea, e metástases cervicais ^(6,7).

Caracteristicamente o CAC , ainda que controlado loco-regionalmente, pode metastizar à distância, especialmente a nível pulmonar, ao fim de alguns anos, pelo que se impõe uma observação por um período prolongado .

BIBLIOGRAFIA

1. Goldblatt LI, Ellis GL, Salivary gland tumors of the tongue – analysis of 55 new cases and review of the literature. *Cancer* 1987; 60:74-81.
2. Spiro RH, Koss LG, Hajdu SI, Tumors of minor salivary origin – a clinicopathologic study of 492 cases. *Cancer* 1973; 31:117-129.
3. Spiro RH, tahler HT, Hicks WF, The importance of clinical staging of minor salivary gland carcinoma. *Am J Surg* 1991; 162:330-336.
4. Van der Waal I , Diseases of the salivary glands, Springer-Verlag ed. Berlin, 1997.
5. Vrielinck LJG, Ostyn F, Van Damme B, et al. The significance of perineural spread in adenoid cystic carcinoma of the major and minor salivary glands. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1988; 17:190-193.
6. Beckhardt RN, Weber RS, Zane R, et al. , Minor salivary gland tumors of the palate : clinical and pathologic correlates outcome, *Laryngoscope* 1995; 105(11):1155-60.
7. Garden AS, Weber RS, Ang KK, et al. Postoperative radiation therapy for malignant tumors of minor salivary glands. Outcome and patterns of failure. *Cancer* 1994; 73(10):2563-9.