

**U. PORTO**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

# Neoplasias malignas do pavimento da boca. Revisão de literatura e apresentação de dois casos clínicos

**Mariana Vaz Fernandes Barbosa**

**Orientador:**

**Professor Doutor Filipe Poças de Almeida Coimbra**

**Co-orientadora:**

**Mestre Sara Filipa Oliveira Durão**

**Porto, 2012**

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Dissertação de Investigação – Artigo tipo “Caso Clínico”

# Neoplasias malignas do pavimento da boca. Revisão de literatura e apresentação de dois casos clínicos

Unidade Curricular “Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica” 2011/2012

**Autora:**

**Mariana Vaz Fernandes Barbosa**

Aluna nº: 071301105

Email: marianavfbarbosa@gmail.com

**Orientador:**

**Professor Doutor Filipe Poças de Almeida Coimbra**

Professor Auxiliar da FMDUP

Email: fcoimbra@fmd.up.pt

**Co-orientadora:**

**Mestre Sara Filipa Oliveira Durão**

Assistente Convidada da FMDUP

Email: sdurao@fmd.up.pt

*Aos meus pais*

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho contou com o apoio e incentivo de algumas pessoas a quem não posso deixar de agradecer.

Ao Professor Doutor Filipe Poças de Almeida Coimbra, meu orientador científico e docente de Medicina Oral, pelos conhecimentos transmitidos nesta área, pelo apoio na realização da monografia e por simplificar o que parecia mais complicado.

À Mestre Sara Durão, minha co-orientadora, pelos conhecimentos, pelo apoio na realização da monografia e, principalmente, pela sua disponibilidade.

À Doutora Conceição Souto Moura pela disponibilidade e ajuda na interpretação histológica.

Aos meus pais pelo incentivo, compreensão, respeito, preocupação, carinho e disponibilidade incondicional.

Às minhas amigas de sempre pelo carinho, paciência e disponibilidade.

À minha amiga e binómia, Mariana, por tornar todos os meus dias uma nova aventura.

À Teresa e à Rita pela companhia e amizade.

Aos meus amigos e amigas pelo apoio mútuo na realização deste trabalho.

Ao meu melhor amigo, pela companhia, pelo carinho, pela paciência e pelo incentivo.

## **Abreviaturas**

**AJCC** – American Joint Committee on Cancer

**cTNM** – Estadiamento clínico pré-tratamento

**FMDUP** – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

**IPATIMUP** - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto

**IPO** – Instituto Português de Oncologia

**IRM** – Imagem de Ressonância Magnética

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**pTNM** – Estadiamento após análise histopatológica

**TAC** – Tomografia Axial Computorizada

**TEP** – Tomografia por Emissão de Positrões

**TNM** – Classificação utilizada para estadiamento das neoplasias malignas – T: tumor primário,  
N: gânglios cervicais metastizados, M: metastases à distância

**TT** - Tumour Thickness/Espessura do tumor

**US** – Ultrasonografia

## Índice

Índice de Figuras .....	VIII
Índice de Tabelas .....	IX
Resumo .....	1
Abstract.....	2
Keywords.....	3
Introdução.....	4
Pavimento da boca.....	4
Carcinoma escamoso .....	5
Lesões pré-malignas .....	6
Diagnóstico.....	8
Tratamento.....	10
Prognóstico .....	11
Glândulas salivares .....	12
Tumores das glândulas salivares .....	12
Neoplasias malignas das glândulas sublinguais e das glândulas salivares minor .....	13
Diagnóstico.....	14

Tratamento.....	15
Prognóstico.....	16
Materiais e Métodos.....	17
Descrição dos Casos clínicos.....	18
Caso clínico 1.....	18
Caso clínico 2.....	21
Discussão.....	25
Carcinoma escamoso.....	25
Carcinoma adenóide cístico.....	30
Conclusão.....	33
Bibliografia.....	34
Anexos.....	37
Anexo 1 – Caso clínico 1 - Relatório anatomo-patológico.....	37
Anexo 2 – Caso clínico 2 – Relatório da ecografia das glândulas salivares.....	38
Anexo 3 a) – Caso clínico 2 – Relatório das glândulas sublinguais I.....	39
Anexo 3 b) – Caso clínico 2 – Relatório das glândulas sublinguais II.....	40
Anexo 4 – Caso clínico 2 – Relatório da punção aspirativa da região sublingual esquerda guiada por ecografia.....	41
Anexo 5 – Caso clínico 2 – Relatório da citologia aspirativa por agulha fina.....	42

## Índice de Figuras

Figura 1 - Classificação TNM dos carcinomas do lábio e da cavidade oral .....	7
Figura 2 - Úlcera localizada no lado direito do pavimento da boca.....	18
Figura 3 – Úlcera com bordos irregulares, esbranquiçados e duros.....	18
Figura 4 – Excisão do carcinoma escamoso com margens de segurança de 1 mm.....	18
Figura 5 – Carcinoma escamoso com 1,5 cm de diâmetro.....	18
Figura 6 – Observação ao Microscópio Ótico de corte histológico da peça cirúrgica .....	19
a) (HE 100x) Mucosa do pavimento da boca com representação de epitélio pavimentoso estratificado com hiperqueratose. Córion com representação de glândula salivar minor e invadido por carcinoma escamoso.....	19
b) (HE 100x) Carcinoma escamoso com crescimento expansivo boca.....	19
c) (HE 200x) Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado com formação de pérolas córneas.....	19
d) (HE 200x) Epitélio adjacente com carcinoma <i>in situ</i> .....	19
Figuras 7 a) e b) – Tumefação submucosa ovoide com 29 mm, do lado esquerdo do pavimento da boca.....	21
Figura 8 – Comparação entre os lados direito e esquerdo do pavimento da boca.....	21
a) Lado direito do pavimento da boca normal.....	21
b) Lado esquerdo do pavimento da boca onde é possível observar uma zona aumentada ....	21



Figuras 9 a), b) e c) – Passos relativos à excisão do carcinoma adenoide cístico .....	22
Figura 10 – Peça cirúrgica excisada com cerca de 29 mm.....	22
Figura 11 – Peça cirúrgica excisada .....	22
Figura 12 – Observação ao Microscópio Ótico de corte histológico da peça cirúrgica .....	23
a) (HE 100x) Neoplasia bem limitada, não capsulada.....	23
b) (HE 40x) Carcinoma adenóide cístico de padrão sólido e tubular .....	23
c) (HE 100x) Padrão cribiforme constituído por ninhos de células com espaços microcísticos.....	23
d) (HE 100x) Células neoplásicas pequenas com citoplasma escasso.....	23

## **Índice de Tabelas**

Tabela I – Estádios clínicos .....	8
------------------------------------	---

## Resumo

As neoplasias malignas do pavimento da boca constituem 28 a 35% da totalidade dos tumores da cavidade oral. O carcinoma escamoso é diagnosticado em 90% dos casos. O carcinoma adenoide cístico é raro e constitui cerca de 1% de todas as neoplasias malignas da região maxilofacial.

O presente trabalho pretende efetuar uma revisão bibliográfica das neoplasias malignas do pavimento da boca, incluindo as glândulas sublinguais e as glândulas salivares minor, e expor dois casos clínicos referentes a estas lesões.

Foi efetuada uma revisão bibliográfica com recurso a artigos científicos obtidos através da base de dados Pubmed e em livros da área médico-cirúrgica oral. Os casos clínicos foram descritos desde o diagnóstico até ao tratamento.

VF, sexo masculino, 63 anos, apresentava uma lesão ulcerada com 1,5 cm de diâmetro no lado direito do pavimento da boca. O paciente era fumador e consumia álcool diariamente. O diagnóstico clínico foi de suspeita de carcinoma escamoso em T1/N0. Foi realizada biópsia excisional e o exame anatomo-patológico revelou a presença de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado, com margens comprometidas.

APSCG, sexo feminino, 39 anos, apresentava uma tumefação com 29x27 mm no lado esquerdo do pavimento da boca. Foi realizada uma ecografia da glândula sublingual, a qual revelou uma lesão intraglandular. Posteriormente foi efetuada punção aspirativa guiada por ecografia a qual revelou quadro compatível com tumor epitelial glandular. O tratamento inicial consistiu na exérese da lesão com preservação da glândula sublingual. A peça foi enviada para exame anatomo-patológico e o resultado da análise foi de carcinoma adenoide cístico com vários padrões associados.

Quanto mais cedo for efetuada o diagnóstico, melhor é a taxa de sobrevivência associada a estes carcinomas. A educação para a auto-deteção, o incremento de consultas de rotina para despiste de lesões suspeitas em fases iniciais, assim como a modificação dos hábitos alimentares e a eliminação dos fatores de risco são de extrema importância.

## Abstract

Malignant neoplasms in the floor of mouth are about 28 to 35% of all tumors in the oral cavity. Squamous cell carcinoma is diagnosed in 90% of the cases. The adenoid cystic carcinoma is a rare condition that accounts for 1% of all malignant neoplasms in the maxillofacial region.

This work intends to carry out a literature review of the malignant neoplasm of the floor of mouth, including sublingual glands and minor salivary glands, and to expose two clinical cases related to these injuries.

The literature review was performed using scientific articles obtained from Pubmed database and from books of the oral medical and surgical area. The steps since diagnosis till treatment of the clinical cases discussed in this paper were described.

VF, male, 63 years old, had a ulceration lesion with 1,5 cm in the right side of the floor of mouth. The patient was a smoker and consumed alcohol daily. The clinical diagnosis suspected of squamous cell carcinoma in the T1/N0 stage. Excisional biopsy was performed and the pathological-anatomical examination revealed a squamous cell carcinoma with moderate differentiation and with compromised margins.

APSCG, female, 39 years old, revealed a swelling with 29x27 mm in the left side of the floor of mouth. A ultrasound of the sublingual gland was performed, which revealed an intraglandular lesion. Later a ultrasound guided aspiration cytology of the gland was performed which showed symptoms compatible with epithelial tumor. Initial treatment consisted of tumor excision with preservation of the sublingual gland. The piece was sent to histopatology examination which resulted in the diagnosis of adenoid cystic carcinoma associated with carious patterns.

The earlier the diagnosis is made, the better is the survival rate associated with these carcinomas. Education for self-detection, the increase of routine screening of suspicious lesions as well as modification of dietary habits and elimination of risk factors are extremely important.

**Keywords:** squamous cell carcinoma, adenoid cystic carcinoma, minor gland carcinoma, floor of mouth, oral cancer.

## Introdução

As neoplasias da cavidade oral podem classificar-se como epiteliais, conjuntivas e hematolinfopoiéticas.<sup>(1)</sup>

Dentro das neoplasias malignas epiteliais o carcinoma escamoso é o mais prevalente, englobando 90% dos casos.<sup>(1-14)</sup> O local onde se desenvolve mais frequentemente é o lábio inferior.<sup>(13)</sup> No interior da cavidade oral, a maioria das neoplasias malignas concentra-se na região inferior, formando uma área em forma de U, que compreende os bordos laterais da língua, o pavimento da boca, e a face lingual do rebordo alveolar inferior, estendendo-se até à orofaringe. Apesar de corresponder a apenas cerca de 20% da totalidade do interior da cavidade oral, 70% dos cancros orais originam-se nesta localização. Esta percentagem parece resultar da permanência dos carcinogéneos nesta região, antes de serem deglutidos, juntamente com a saliva.<sup>(1, 13)</sup> Da mesma forma, o palato duro e a zona central do dorso da língua constituem os locais menos afetados.<sup>(13)</sup>

Dentro da área descrita, escolhi para este estudo, o pavimento da boca e as neoplasias malignas mais frequentes nesta localização, incluindo as que têm origem nas glândulas sublinguais e salivares minor.

## Pavimento da boca

O pavimento da boca tem por limites a área entre a face ventral da língua, medialmente, e a face lingual do rebordo alveolar inferior, anterior e lateralmente. Distalmente estende-se até às pregas do músculo palatoglosso.<sup>(13)</sup>

Este local é revestido por uma mucosa classificada histotopográfica e funcionalmente como mucosa de revestimento.<sup>(15)</sup> Este tipo de mucosa, tem como função a proteção das estruturas associadas, e é constituído por uma camada de epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado<sup>(1, 15)</sup>, por tecido conjuntivo laxo altamente vascularizado e rico em fibras elásticas, e ainda por uma camada submucosa bem desenvolvida, onde estão localizadas as glândulas salivares minor.<sup>(15)</sup> As glândulas sublinguais encontram-se, entre a mucosa do pavimento da boca e o músculo milo-hióideu<sup>(15, 16)</sup>; os seus ductos – Bartholin e ductos acessórios das porções

menores, desembocam, respetivamente, nas papilas e nas pregas sublinguais, lateralmente ao freio lingual. As papilas sublinguais são também o local de abertura dos ductos de Wharton. <sup>(1, 15)</sup>

As neoplasias malignas do pavimento da boca constituem 28 a 35% da totalidade dos tumores da cavidade oral, correspondendo o carcinoma escamoso ao tipo histológico mais comum. <sup>(4, 9, 17)</sup>

### Carcinoma escamoso

O carcinoma escamoso é mais frequente em indivíduos do sexo masculino <sup>(4, 6, 7, 9, 11, 14, 17, 18)</sup>, independentemente da idade ou raça <sup>(2, 3, 9, 17, 18)</sup>, numa razão de 3-4:1 <sup>(6, 7, 9, 10, 17)</sup>, a qual tem vindo a diminuir <sup>(7, 10, 11, 17)</sup> devido à mudança dos hábitos sociais femininos <sup>(7, 10, 11)</sup> e ao aumento da esperança média de vida das mulheres. <sup>(7)</sup> O risco do seu aparecimento verifica-se, principalmente, em idades superiores a 50 anos <sup>(3, 4, 7-11, 14, 17-20)</sup>, sendo, no entanto, cada vez mais documentada em adultos jovens <sup>(3, 4, 17-19)</sup> (4-6% dos casos diagnosticados) <sup>(18, 19)</sup>, principalmente em imunodeprimidos <sup>(17)</sup> ou em jovens pertencentes a países subdesenvolvidos, nos quais a esperança média de vida é menor, os serviços médicos são escassos <sup>(6)</sup> e a exposição a fatores de risco maior. <sup>(4, 6, 11)</sup>

Quanto à sua etiologia, esta é multifatorial e pode resultar tanto de fatores extrínsecos, como o tabaco, o álcool e o betel <sup>(1, 3-5, 9-11, 17, 18)</sup>, como de fatores intrínsecos, como é o caso da síndrome de Plummer-Vinson. <sup>(3, 9-11, 17)</sup> O tabaco e o álcool destacam-se como principais carcinogéneos e atuam sinergicamente, sendo responsáveis por 75% dos carcinomas escamosos da cavidade oral e da orofaringe na Europa, América e Japão. O betel é o principal fator de risco na Índia, em algumas regiões do sudeste asiático e na China.

Estas neoplasias podem desenvolver-se em qualquer local da cavidade oral, variando geograficamente de acordo com os fatores de risco que lhe estão associados. <sup>(1)</sup> Deste modo, em países em que o tabaco e o álcool são os principais hábitos nocivos, a língua é o local de eleição do seu aparecimento, consistindo o pavimento da boca no segundo local onde é encontrado <sup>(2, 3, 9, 17-22)</sup>, principalmente, na região anterior junto ao freio lingual. <sup>(9, 17)</sup> Quando o fator de risco predominante é o betel, o carcinoma escamoso aparece, principalmente, na mucosa oral. <sup>(4, 19, 20)</sup>

A apresentação clínica depende do local em que se desenvolve. Assim, no pavimento da boca, estas lesões apresentam-se maioritariamente como lesões brancas <sup>(3, 9, 21)</sup>, lesões vermelhas

<sup>(1, 9)</sup> ou lesões vermelhas e brancas. <sup>(2, 3, 17, 21)</sup> Podem também aparecer como úlceras, lesões exofíticas, lesões endofíticas ou tumores com endurecimento. <sup>(3, 9)</sup>

No estágio precoce, é assintomático <sup>(1, 9, 17)</sup> enquanto que em estádios avançados a dor é um sintoma frequente. <sup>(2, 3, 7, 17, 21-23)</sup> Nesta fase, o aparecimento de gânglios linfáticos palpáveis e a invasão dos tecidos adjacentes são aspetos comuns. <sup>(2, 3, 7, 8, 10, 12, 17-24)</sup>

No pavimento da boca, a invasão local dos tecidos adjacentes é feita superficialmente. A invasão em profundidade, por exemplo para as glândulas sublinguais ou para o músculo milo-hióideo, pode ocorrer apenas em estádios avançados. A principal via de metastização do carcinoma escamoso é a linfática. <sup>(1)</sup>

O carcinoma escamoso é caracterizado histopatologicamente pela presença de células epiteliais malignas com capacidade invasiva. À medida que o tumor avança em profundidade, as células tornam-se pleomórficas, com citoplasma eosinofílico e núcleos hipercromáticos e atípicos. Este carcinoma possui a capacidade de produzir queratina formando as pérolas córneas, características desta neoplasia.

Estas neoplasias malignas podem ser classificadas histologicamente de acordo com o tecido que as originou. Assim, as lesões bem diferenciadas assemelham-se ao tecido original e proliferam mais lentamente, enquanto as lesões pouco diferenciadas apresentam células imaturas, com pleomorfismos celulares e nucleares e com pouca ou nenhuma capacidade de produzir queratina, o que dificulta, muitas vezes, a sua correspondência com o tecido que a originou. Estas últimas proliferam rapidamente e possuem a capacidade de metastizar mais precocemente que as bem diferenciadas. As lesões moderadamente diferenciadas possuem características intermédias entre as descritas. <sup>(9)</sup>

#### ❖ Lesões pré-malignas

A leucoplasia e a eritroplasia, são consideradas lesões pré-malignas. A leucoplasia é definida como lesão branca não removível por raspagem e que não pode ser classificada como uma entidade nosológica conhecida, e a eritroplasia consiste numa área avermelhada que não pode igualmente ser diagnosticada como uma condição clínica ou patológica conhecida. <sup>(1, 9, 25)</sup> Dos fatores que predispõe ao aparecimento destas lesões destacam-se, principalmente, o tabaco e o álcool. <sup>(9)</sup>

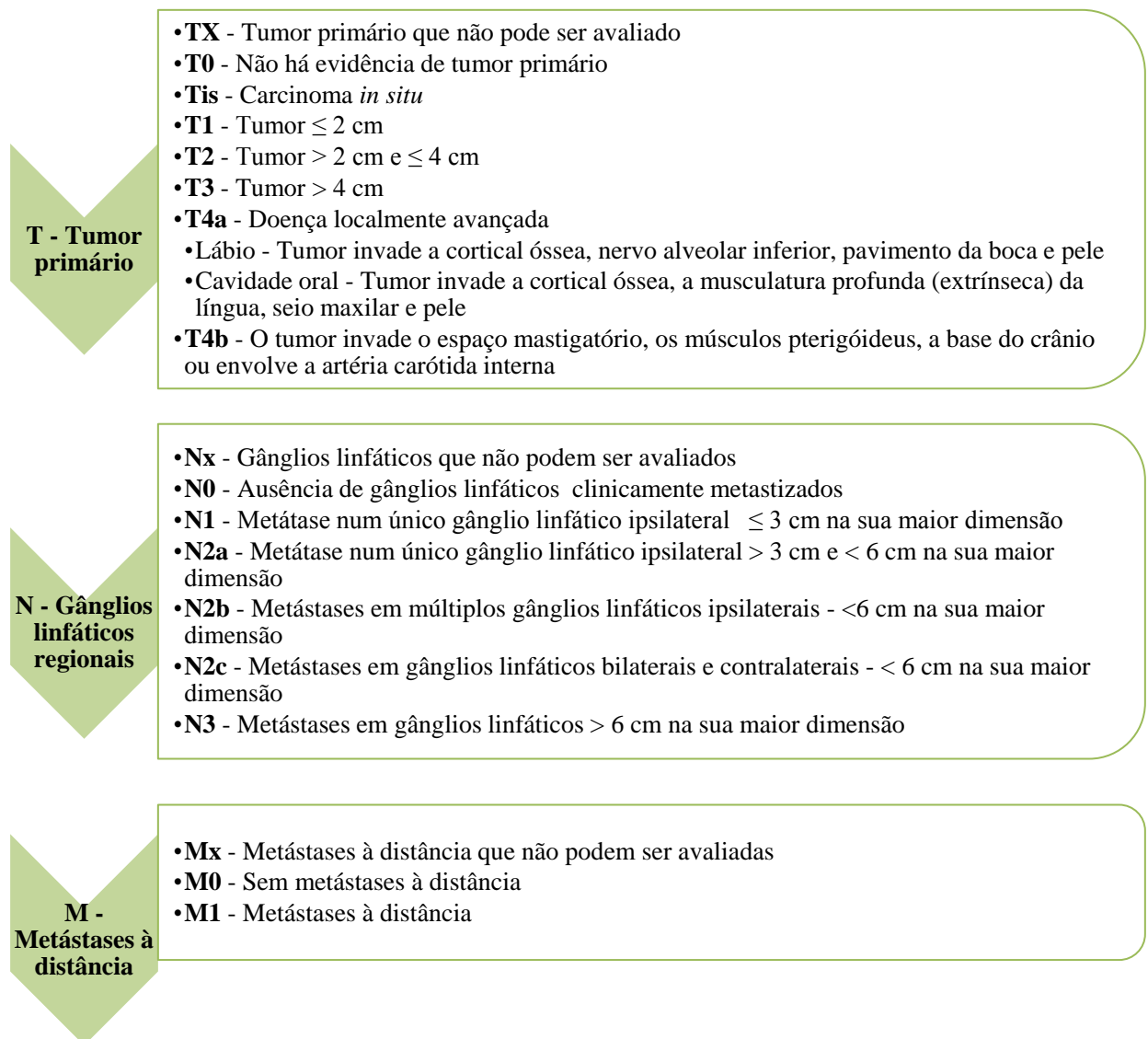
A leucoplasia e a eritroplasia podem apresentar atipias celulares e arquitetura epitelial alterada, às quais se dá o nome de displasia celular. A displasia celular consiste no principal fator de transformação maligna e pode ser classificada como leve, moderada ou grave. <sup>(1, 13)</sup> Em todos os graus é verificada a presença de atipia celular, diferindo a classificação na quantidade de epitélio afetado. A displasia leve está confinada ao terço inferior e é definida como um aumento no número de células sem que a conformação e as características citológicas sejam alteradas. É a partir da displasia moderada que as alterações são perceptíveis e esta afeta até aos  $\frac{2}{3}$  inferiores do epitélio. A displasia grave corresponde, por fim, a alterações em mais de  $\frac{2}{3}$  da camada epitelial. As displasias moderada e grave têm 11% de probabilidade de evoluírem para neoplasias malignas. <sup>(1)</sup>

As leucoplasias correspondem principalmente a hiperplasias e a evolução para neoplasias malignas é, como consequência, menos frequente. As eritroplasias apresentam com maior frequência displasia e a probabilidade de progressão para um carcinoma escamoso é elevada. <sup>(1, 13)</sup>



❖ Diagnóstico

A classificação TNM (figura 1 e tabela 1) foi desenvolvida em 1943 por Pierre Denoix e adotada em 1950 pelo American Joint Committee on Cancer (AJCC) com o objetivo de definir o estágio clínico e a extensão local das neoplasias malignas. Esta classificação, cuja 7ª e última edição foi publicada em 2010, é um sistema amplamente utilizado<sup>(17)</sup> que permite, para além do referido, seleccionar o tipo de tratamento a efetuar, comparar resultados de tratamento<sup>(11, 17)</sup> e principalmente permite estabelecer um prognóstico.<sup>(4, 11, 17, 21, 22)</sup>



**Figura 1** – Classificação TNM dos carcinomas do lábio e da cavidade oral<sup>(1)</sup>

**Tabela I** – Estádios clínicos <sup>(1)</sup>

<b>Estádio Clínico</b>			
<b>Estádio 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Estádio I</b>	T1	N0	M0
<b>Estádio II</b>	T2	N0	M0
<b>Estádio III</b>	T1, T2	N1	M0
	T3	N0, N1	M0
<b>Estádio IVA</b>	T1, T2, T3	N2	M0
	T4a	N0, N1, N2	M0
<b>Estádio IVB</b>	Qualquer T	N3	M0
	T4b	Qualquer N	M0
<b>Estádio IVC</b>	Qualquer T	Qualquer N	M1

O diagnóstico de carcinoma escamoso é efetuado através de um exame clínico intra e extra-oral detalhado que possibilita efetuar o estadiamento clínico pré-tratamento (cTNM). <sup>(1-3, 8, 11, 17, 21-24)</sup>

O exame físico deve compreender a inspeção e a palpação bimanual do pavimento da boca, a avaliação da localização, tamanho e extensão da lesão, a inspeção geral da cabeça e do pescoço <sup>(1-3, 17)</sup> e a palpação bimanual dos gânglios linfáticos cervicais <sup>(1-3, 12, 17)</sup> e das glândulas salivares. <sup>(2, 3, 17)</sup>

A radiografia panorâmica e as radiografias periapicais são os exames base que permitem verificar o estado do osso circundante à lesão. <sup>(1)</sup>

Os exames imagiológicos tridimensionais, como a Ultrassonografia (US) <sup>(5, 8, 10, 12, 21)</sup>, a Tomografia Axial Computorizada (TAC) e a Imagem de Ressonância Magnética (IRM), complementam o exame clínico e permitem definir a profundidade do tumor e detetar metástases ocultas nos gânglios linfáticos cervicais, ajudando na determinação da terapêutica a seguir. <sup>(1, 5, 8,</sup>

<sup>10, 12, 21</sup>) Outros exames que podem ser utilizados para detecção de metástases ocultas são a Tomografia por Emissão de Positrões (TEP) <sup>(5, 12)</sup> e a citologia aspirativa com agulha fina guiada por US. <sup>(12)</sup> Estima-se que 30 a 40% das metástases linfáticas detetadas por estes meios tenham passado despercebidas ao exame extra-oral <sup>(5)</sup> e que 25% sejam demasiado pequenas para ser detetadas por alguma das técnicas disponíveis. <sup>(12, 24, 26, 27)</sup>

A classificação histopatológica (pTNM) é obtida após biópsia da peça cirúrgica <sup>(17)</sup>, a qual permite efetuar o diagnóstico definitivo. <sup>(1-3, 5, 8, 11, 17)</sup>

O material deve ser biopsado a partir da área clínica com maior suspeita de lesão neoplásica, evitando as zonas necróticas e as ulceradas. Nos casos em que os gânglios são palpáveis e o tumor primário não é detetado, deve realizar-se a biópsia aspirativa desse gânglio numa tentativa de estabelecer um diagnóstico. <sup>(1)</sup>

Como os pacientes com carcinoma escamoso possuem um risco elevado de apresentarem tumores primários em mais do que uma localização – estruturas do trato digestivo superior <sup>(1, 23)</sup> e na região traqueobrônquica <sup>(1)</sup>, devem ser também efetuados exames de rotina que analisem estes locais. <sup>(1, 23)</sup> Segundo Watanabe *et al.*, 10% dos indivíduos com carcinoma escamoso no esófago desenvolvem o mesmo tipo nas regiões da cabeça e pescoço. <sup>(23)</sup>

O diagnóstico diferencial com úlceras traumáticas, micoses sistémicas, sífilis, úlceras eosinofílicas, sialodenometaplasia necrotizante, granulomatose de Wegner, granuloma maligno e carcinoma das glândulas salivares minor, deve ser realizado. <sup>(14)</sup>

#### ❖ Tratamento

A remoção cirúrgica da totalidade da lesão consiste no tratamento definitivo inicial. A associação com radioterapia, quimioterapia <sup>(5, 11, 17, 19, 20, 23, 24, 28)</sup> e/ou terapia fotodinâmica <sup>(19)</sup> depende do estágio clínico da lesão. <sup>(5, 11, 17, 19, 20, 23, 24, 28)</sup> A combinação com radioterapia e quimioterapia é ponderada em etapas mais avançadas <sup>(5, 11, 12, 17, 23, 24, 28)</sup>, após serem analisados os prós e os contras à sua prescrição. <sup>(11, 12)</sup>

A eficácia da excisão está dependente da correta delimitação das margens de segurança da peça cirúrgica, as quais consistem tanto nos bordos superficiais da mesma como nos bordos da camada de tecido conjuntivo situada profundamente à camada superficial. Estas constituem um fator de prognóstico e podem determinar a necessidade de tratamentos adjuvantes. <sup>(12)</sup>

O esvaziamento ganglionar cervical seletivo é um procedimento terapêutico. A sua realização em casos de T1N0 é discutível devido às alterações estéticas e funcionais que podem resultar deste procedimento. <sup>(12, 20, 21, 24, 26, 27)</sup> Segundo Santos L. L. *et al.*, este procedimento está indicado em caso de suspeita de gânglios cervicais metastizados em tumores T2 a T4 N0 <sup>(6, 23)</sup> ou em tumores iniciais com mais de 3 mm de espessura. <sup>(6)</sup>

Os tratamentos cirúrgicos mais agressivos, a radioterapia e a quimioterapia, necessários em casos de diagnóstico de lesões avançadas, debilitam a saúde geral destes pacientes e diminuem a sua qualidade de vida. <sup>(11, 18, 23, 29)</sup> A incidência de mandibulectomias associada a este carcinoma encontra-se entre 52 a 56%. <sup>(23)</sup>

#### ❖ Prognóstico

Esta neoplasia maligna é considerada uma das mais agressivas e potencialmente letais da cabeça e do pescoço. <sup>(8, 23, 24)</sup> Atualmente, o diagnóstico de carcinoma escamoso no pavimento da boca corresponde entre 42-84% dos casos aos estádios III e IV. <sup>(11, 18, 22, 23)</sup> Este facto associado à capacidade de invadir rapidamente os tecidos adjacentes e os gânglios linfáticos cervicais, dificulta o controlo loco-regional e piora o prognóstico. <sup>(2, 3, 7, 8, 10, 12, 17-24)</sup>

O prognóstico dos pacientes com carcinoma escamoso é, assim, afetado por parâmetros como o tamanho do tumor primário, o estágio, o grau de diferenciação <sup>(4)</sup>, as metástases nos gânglios linfáticos cervicais e as à distância, a presença de margens de segurança comprometidas <sup>(4, 8, 24)</sup> e o extravasamento capsular a partir dos gânglios linfáticos afetados. <sup>(12)</sup>

A taxa de sobrevivência aos 5 anos ronda os 50% <sup>(8, 11, 19, 20, 22, 28, 29)</sup> e diminui com a progressão da lesão para estádios avançados. <sup>(4, 22, 29)</sup>

## Glândulas salivares

As glândulas salivares são órgãos exócrinos responsáveis pela produção e excreção de saliva. <sup>(1, 30)</sup> Existem três pares de glândulas salivares major – glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais, e as glândulas salivares minor <sup>(1)</sup>, as quais podem ser encontradas, para além da cavidade oral <sup>(1, 30)</sup>, na orofaringe, no trato respiratório superior e nos seios paranasais. <sup>(1)</sup>

As glândulas sublinguais são formadas por células serosas e mucosas, com predominância das últimas, sendo classificadas, quanto à sua estrutura, como tubuloacinosas compostas <sup>(1, 30)</sup>, e quanto ao tipo de ácinos e ao tipo de composto que secretam, como mistas mucoserosas. <sup>(15)</sup> Estas estruturas, as quais são consideradas as mais pequenas das glândulas salivares major <sup>(15, 16)</sup>, estão rodeadas por uma cápsula <sup>(15)</sup> e são constituídas por uma porção maior e por um conjunto de 8 a 30 glândulas menores e independentes. De cada porção maior é emitido o ducto de Bartholin enquanto mais de 20 ductos excretorios acessórios são emitidos das porções menores até ao pavimento da boca. Junto às glândulas sublinguais localizam-se o ducto de Wharton <sup>(15, 31)</sup>, os vasos linguais e os nervos lingual e hipoglosso. <sup>(31)</sup>

As glândulas salivares minor são estruturas, não capsuladas, classificadas como mistas, embora com predomínio do componente mucoso. Estas são responsáveis pela secreção de 70% de muco e 10% do volume total de saliva. <sup>(15, 30)</sup>

## Tumores das glândulas salivares

Os tumores das glândulas salivares representam aproximadamente 3 a 10% da totalidade das neoplasias da cabeça e pescoço. <sup>(16, 32, 33)</sup> As glândulas parótidas são o principal local afetado, onde estas neoplasias ocorrem em 64 a 80% dos casos <sup>(1, 9, 25, 31, 34)</sup>, principalmente no lobo latero-superficial <sup>(1)</sup>; as neoplasias das glândulas salivares minor têm uma prevalência de 9 a 23% <sup>(1, 9, 33)</sup> consistindo o palato no local mais comum <sup>(9, 33, 35)</sup> (42 a 54%), mais precisamente na região latero-posterior do palato duro e no palato mole. <sup>(9)</sup> Nas glândulas submandibulares as neoplasias ocorrem em 8 a 11% dos casos <sup>(1, 9, 25, 34)</sup> e, por último, o desenvolvimento nas glândulas sublinguais é raro, não ultrapassando 1%. <sup>(1, 9, 16, 31, 34)</sup>

Relativamente às neoplasias malignas estas correspondem a 6% dos tumores da cabeça e do pescoço. A proporção de tumores malignos varia significativamente com o tipo de glândula em que se desenvolve <sup>(1)</sup>, verificando-se que quanto menor for o seu tamanho (com exceção das glândulas minor), maior é a probabilidade de desenvolver este tipo de neoplasias. Assim, 15 a 32% dos casos corresponde às glândulas parótidas, 37 a 45% às glândulas submandibulares <sup>(1, 9, 25, 34)</sup>, 50% às glândulas salivares minor <sup>(1, 9, 25, 33)</sup> e 70 a 90% dos casos às glândulas sublinguais. <sup>(1, 9, 25, 31, 34)</sup> Em todas as estruturas referidas o carcinoma adenóide cístico e o carcinoma mucoepidermóide correspondem aos tipos mais frequentes <sup>(9, 25, 33, 35, 36)</sup>, variando a proporção com a localização geográfica. <sup>(1)</sup> Estes tipos são clinicamente imprevisíveis; a recorrência loco-regional e a metastização à distância são comuns e podem aparecer anos após o diagnóstico e o tratamento. <sup>(32, 37, 38)</sup>

Os fatores que podem conduzir ao aparecimento de tumores das glândulas salivares são, por exemplo, a exposição a radiação terapêutica e o trabalho em alguns tipos de indústrias, como a indústria automóvel. O tabaco e o álcool não são fatores de risco para estas neoplasias. <sup>(1)</sup>

#### Neoplasias malignas das glândulas sublinguais e das glândulas salivares minor

No pavimento da boca, 80 a 90% dos tumores que se desenvolvem nas glândulas sublinguais e salivares minor são do tipo maligno. <sup>(1)</sup>

Os tipos de neoplasias malignas mais frequentes nas glândulas sublinguais são, o carcinoma adenoide cístico, seguindo-se o carcinoma mucoepidermóide. <sup>(16, 31, 34)</sup> Estas ocorrem em idades superiores a 60 anos e não têm especificidade pelo sexo <sup>(16)</sup>, sendo referido, em alguns estudos, ligeira predileção pelo feminino. <sup>(16, 34)</sup> O aparecimento em adolescentes é extremamente raro. <sup>(16)</sup>

De entre a totalidade dos tumores mais frequentes nas glândulas salivares minor, a neoplasia benigna classificada como adenoma pleomórfico corresponde a cerca de 17 a 66%. <sup>(33, 35)</sup> O carcinoma mucoepidermóide é a segunda neoplasia mais frequente (7 a 46%) e a mais comum das neoplasias malignas nesta localização. O carcinoma adenóide cístico corresponde ao segundo tumor maligno mais encontrado. <sup>(35)</sup> Sabe-se, como referido anteriormente, que estas

frequências podem diferir geograficamente. <sup>(1, 35)</sup> Assim, o carcinoma mucoepidermóide apresenta maior proporção em americanos, africanos e sul-asiáticos enquanto os europeus e os indivíduos do oeste asiático apresentam com mais frequência o carcinoma adenoide cístico. <sup>(35)</sup>

Os tumores das glândulas salivares minor têm um pico de incidência situado entre os 50 e os 60 anos. As neoplasias malignas apresentam uma predileção pelo sexo masculino. <sup>(33, 35)</sup>

#### ❖ Diagnóstico

O diagnóstico inicial é obtido através da associação entre exame clínico, imagiológico e análise citológica. <sup>(1, 16, 31, 34, 38)</sup> Este é efetuado, numa primeira fase, através de um exame clínico que inclua a descrição dos possíveis sintomas, a caracterização macroscópica da lesão e a palpação das glândulas e dos gânglios cervicais. <sup>(3, 9, 17)</sup> O exame físico e a palpação cervical permitem estabelecer o cTNM. <sup>(1)</sup>

A presença de uma tumefação submucosa nesta localização consiste na apresentação clínica destes carcinomas. Esta pode ser assintomática <sup>(16, 31, 34)</sup> e descoberta acidentalmente durante uma consulta de rotina <sup>(31)</sup> ou associada a sintomas como desconforto, dor, entorpecimento da língua <sup>(16, 31, 34)</sup> e perda da retenção da prótese, em caso de pacientes com reabilitação oral removível. <sup>(16, 31)</sup> O diagnóstico diferencial faz-se com rânula <sup>(16, 31, 36)</sup>, com neoplasias benignas ou malignas das glândulas sublinguais, das glândulas salivares minor <sup>(16, 31)</sup> ou das glândulas submandibulares <sup>(31)</sup>, ou com lesões inflamatórias. <sup>(31, 36)</sup> A rânula consiste num fenómeno de extravasamento salivar capaz de causar tumefação no pavimento da boca e que ocorre mais frequentemente na infância. A base da tumefação é séssil e esta tem uma consistência flácida, apresentando-se lisa, brilhante e com coloração azulada. Nos fenómenos inflamatórios a massa tumoral está, por sua vez, normalmente associada a sintomatologia dolorosa e purulenta. <sup>(16)</sup>

O exame clínico deve ser associado a exames imagiológicos como a TAC, a TAC com sialografia, a IRM <sup>(1, 16, 31, 36, 38)</sup> e a US. <sup>(1, 36)</sup> Estes permitem diferenciar a origem <sup>(16)</sup> e determinar a consistência – cística ou sólida, a extensão e a associação com as estruturas vizinhas <sup>(16, 31, 34)</sup>, e avaliar a presença de metástases linfáticas. <sup>(16, 31, 34, 36)</sup> Para a confirmação da correta localização da neoplasia – glândulas sublinguais ou glândulas salivares minor, podem ser também necessários o próprio procedimento cirúrgico e os exames histopatológicos. <sup>(16)</sup>

Posteriormente deve ser efetuada punção aspirativa por agulha fina. Esta é uma técnica rápida e não cirúrgica que permite definir um diagnóstico, através da identificação do grupo de lesões a que o material biopsado pertence – lesões inflamatórias, neoplásicas, malignas, benignas, tumor primário ou metástase, e em associação com a informação anteriormente obtida, definir o tratamento adequado. <sup>(1, 16, 31, 34)</sup> A realização deste procedimento permite estabelecer corretamente o diagnóstico de lesão maligna ou benigna em 81 a 98% dos casos, no entanto, o diagnóstico específico apenas é conseguido em 60 a 75% das vezes. A sua realização evita que sejam efetuadas cirurgias desnecessárias em  $\frac{1}{3}$  dos casos, nomeadamente quando a patologia glandular é o resultado de uma doença sistémica, no caso de lesões inflamatórias em que a suspeita de malignidade é baixa, pacientes nos quais a realização de cirurgia está contraindicada, em casos de metástase na glândula ou num gânglio linfático adjacente e em algumas patologias linfoproliferativas. Quando mal executada dá origem a falsos negativos. <sup>(1)</sup>

O diagnóstico definitivo é obtido após a excisão da massa tumoral. Como as glândulas salivares podem apresentar uma vasta gama de tumores, sendo a morfologia destes altamente diversificada, a mesma aparência macroscópica <sup>(16, 31, 34, 36)</sup> e a dificuldade na interpretação histopatológica, associada à raridade de algumas destas neoplasias, pode dificultar o diagnóstico definitivo. <sup>(1)</sup>

#### ❖ Tratamento

O tratamento de escolha é a cirurgia <sup>(16, 31, 32, 34, 38)</sup>, dependendo o tipo de intervenção na extensão do tumor primário. <sup>(16, 31)</sup> Em casos de neoplasias pequenas inferiores a 2 cm, restritas ao pavimento da boca, deve ser realizada a excisão da glândula. No caso das glândulas sublinguais, este procedimento deve ser realizado juntamente com a excisão da glândula submandibular ipsilateral, visto o sistema ductal estar frequentemente comprometido.

Neoplasias superiores a 2 cm requerem um tratamento mais agressivo como a ressecção em bloco, podendo ser também necessários procedimentos como a ressecção do nervo lingual e a mandibulectomia marginal ou segmentar. O esvaziamento ganglionar seletivo deve ser ponderado. <sup>(16, 31, 34)</sup>

A radioterapia é indicada como tratamento adjuvante em estádios e grau elevados, quando as margens de segurança do tumor excisado estão comprometidas <sup>(16, 31, 32)</sup>, quando se verificam metástases cervicais <sup>(34)</sup> e em casos de envolvimento perineural. <sup>(31)</sup> Esta terapia tem



demonstrado resultados satisfatórios no controlo loco-regional associado a estádios avançados.<sup>(32)</sup>

#### ❖ Prognóstico

O prognóstico depende principalmente do estágio da neoplasia maligna<sup>(1)</sup>, do tipo histológico e da realização de um tratamento cirúrgico primário adequado.<sup>(16)</sup> Normalmente as neoplasias malignas, nesta localização, apresentam um prognóstico reservado, como resultado do diagnóstico em estádios avançados e do elevado grau de malignidade das mesmas.<sup>(16, 32)</sup> Indivíduos com neoplasias malignas destas glândulas devem ser alvo de um período de follow-up alargado.<sup>(34)</sup>

O presente trabalho tem como objetivo efetuar uma revisão bibliográfica das neoplasias malignas do pavimento da boca, abordando características, diagnóstico, tratamento e prognóstico das mesmas, e expor dois casos clínicos analisados na Clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) referentes a estas lesões – um de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado e outro de carcinoma adenoide cístico da glândula sublingual.

## **Materiais e Métodos**

A revisão bibliográfica foi efetuada com recurso a artigos científicos obtidos através de uma pesquisa na base de dados Pubmed, utilizando como palavras-chave: squamous cell carcinoma, adenoid cystic carcinoma, minor gland carcinoma, floor of mouth, oral cancer. Dos artigos científicos recolhidos apenas foram selecionados os artigos publicados entre 2005 e 2012, devido à maior legitimidade das publicações mais recentes. Os artigos utilizados com data anterior aos referidos estão de acordo com a informação obtida dos mais recentes. A bibliografia também resulta da pesquisa em livros da área médico-cirúrgica oral, pertencentes à biblioteca da FMDUP.

Quanto aos casos clínicos a analisar, os quais pertencem ao arquivo da Clínica da FMDUP, foram descritos os passos desde o diagnóstico até ao tratamento das lesões, de acordo com a autorização previamente obtida do Diretor da Clínica da FMDUP. As lâminas histológicas correspondentes aos casos foram recolhidas do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP) e do Laboratório de Anatomia Patológica Dr. Eduardo Silva Ferreira, contando este trabalho com a colaboração destas instituições.

## Descrição dos casos clínicos

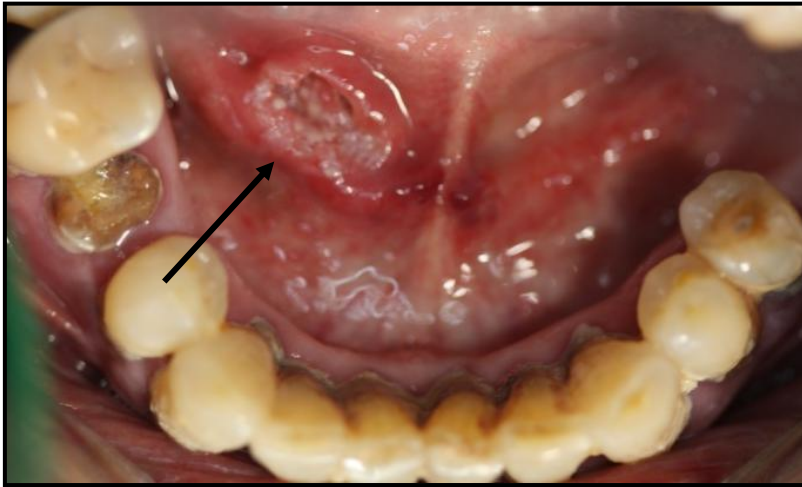
### Caso clínico 1

VF, sexo masculino, 63 anos, caucasiano, foi reencaminhado em Abril de 2011 para a consulta de Mestrado em Cirurgia Oral da FMDUP. O paciente apresentava má higiene oral e referiu ser fumador (cerca de 20 cigarros/dia) e consumir álcool diariamente.

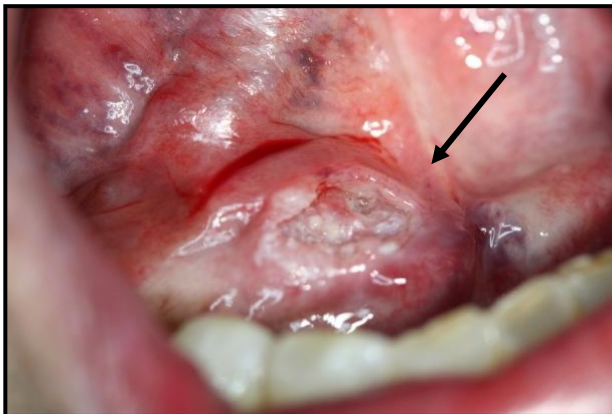
O exame clínico revelou a presença de uma úlcera localizada no pavimento da boca, do lado direito (figura 2). A úlcera apresentava-se com bordos irregulares, esbranquiçados e duros, e tinha um diâmetro de cerca de 1,5 cm (figuras 3 e 5). O paciente referiu que a lesão apareceu há um ano e que até à data não teve sintomatologia. No exame extra-oral não havia nada a assinalar e na palpação das cadeias ganglionares não apresentava gânglios aumentados. O diagnóstico clínico foi de suspeita de carcinoma escamoso com estadiamento T1/N0. A possibilidade de se tratar de uma úlcera traumática, devido às características que apresentava, não foi descartada, apesar de não ter sido observada a associação com algum fator capaz de causar trauma.

Foi realizada uma biópsia excisional com margens de segurança de 1,0 mm (figura 4). O exame anatomo-patológico (anexo 1) revelou a presença de carcinoma escamoso moderadamente diferenciado com infiltração expansiva do córion superficial. (figuras 6 a), b) e c) ). Na anatomo-patologia verificou-se que as margens de segurança estavam comprometidas com células neoplásicas (figura 6 d) ), e não foram observadas imagens que evidenciassem permeação linfo-vascular ou peri-neural. A lesão foi assim classificada como carcinoma escamoso moderadamente diferenciado (figura 6 c) ).

O paciente foi posteriormente encaminhado para o Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, para realizar nova intervenção cirúrgica com margens de segurança adequadas.



**Figura 2** - Úlcera localizada no lado direito do pavimento da boca (seta preta).



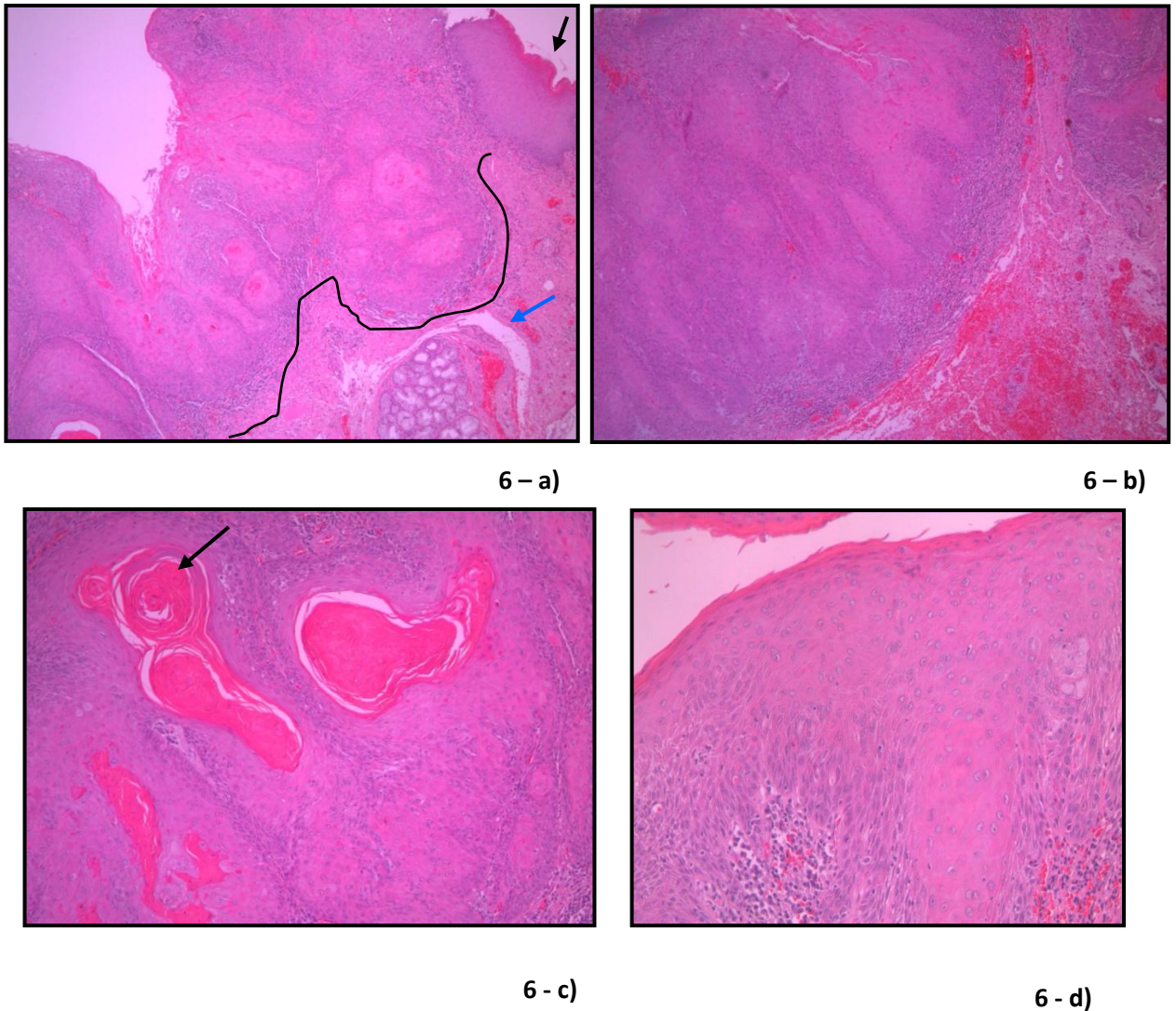
**Figura 3** - Úlcera com bordos irregulares, esbranquiçados e duros (seta preta).



**Figura 4** - Excisão do carcinoma escamoso com margens de segurança de 1 mm.



**Figura 5** - Carcinoma escamoso com 1,5 cm de diâmetro.



**Figura 6** – Observação ao Microscópio Ótico de corte histológico da peça cirúrgica:

- a) (HE 100x) Mucosa do pavimento da boca com representação de epitélio pavimentoso estratificado com hiperqueratose (seta preta). Córion com representação de glândula salivar menor (seta azul) e invadido por carcinoma escamoso;
- b) (HE 100x) Carcinoma escamoso com crescimento expansivo;
- c) (HE 200x) Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado com formação de pérolas córneas (seta preta);
- d) (HE 200x) Epitélio adjacente com carcinoma *in situ*.

## Caso clínico 2

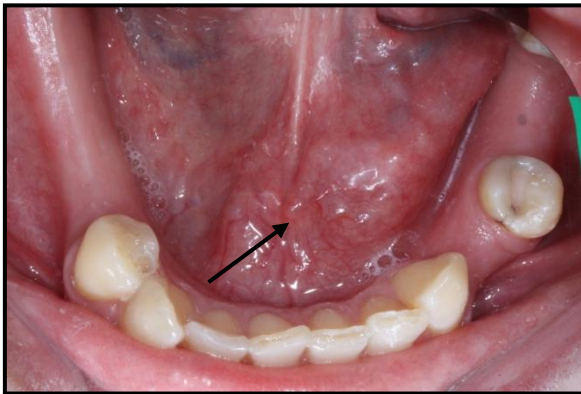
APSCG, sexo feminino, 39 anos, caucasiana, doméstica, foi reencaminhada em Março de 2010 para a consulta de Mestrado em Cirurgia Oral da FMDUP, para avaliação de uma tumefação localizada no lado esquerdo do pavimento da boca (figuras 7 a) e b) e 8 b) ). A paciente não tinha antecedentes médicos relevantes, tendo ainda referido não consumir álcool e tabaco.

Ao exame clínico apresentava uma tumefação ovoide com 29 x 27 mm, na região sublingual esquerda do pavimento da boca (figuras 7 a) e b) e 8 b) ), a qual tinha aparecido há 6 meses sem sintomatologia associada até à data. À palpação, a tumefação era mole e não invadia as estruturas adjacentes; encontrava-se revestida por epitélio normal (figuras 7 a) e b) ). O lado direito do pavimento da boca encontrava-se normal (figura 8 a) ). No exame extra-oral não foram detetados gânglios linfáticos palpáveis.

Foi solicitada, uma ecografia do pavimento da boca, para verificar se o tumor estava localizado na glândula sublingual ou se dizia respeito aos tecidos adjacentes. O resultado (anexo 2) revelou a presença de uma lesão intraglandular de contornos regulares, sugerindo a realização de diagnóstico diferencial, entre quisto de retenção complexo e lesão sólida com degenerescência quística, através de citologia aspirativa. Como se suspeitava de uma patologia benigna não foram realizados exames imagiológicos complementares para deteção de gânglios linfáticos cervicais afetados com metástases ocultas.

A punção aspirativa guiada por ecografia foi em seguida realizada (anexos 3 a) e b) e 4). Este exame (anexo 5) revelou a presença de sangue e de vários agrupamentos coesos de células epiteliais de núcleos ovoides e regulares com cromatina finamente dispersa e sem nucléolos, e a ausência de atípicas suspeitas, quadro compatível com tumor epitelial de glândula salivar. O tratamento inicial consistiu na exérese da lesão com preservação da glândula sublingual (figuras 9 a), b) e c) ). A peça cirúrgica (figuras 10 e 11) foi enviada para análise anatomo-patológica e o resultado da análise foi de carcinoma adenoide cístico com vários padrões associados – sólido, tubular e cribiforme (figuras 12 a), b), c) e d) ). Como se tratava de uma neoplasia maligna associada à glândula sublingual a doente foi sujeita a nova cirurgia para remoção da glândula sublingual com margens de segurança adequadas.





7 - a)

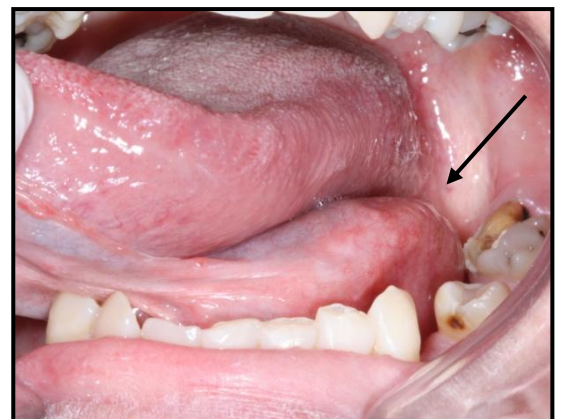


7 - b)

**Figuras 7 a) e b)** – Tumefação submucosa ovoide com 29 mm, do lado esquerdo do pavimento da boca (seta preta).

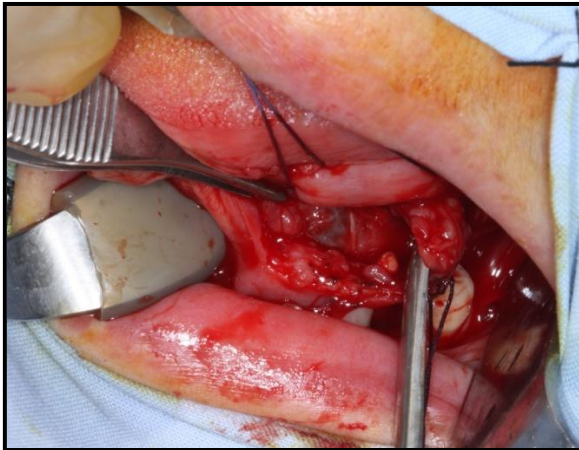


8 - a)

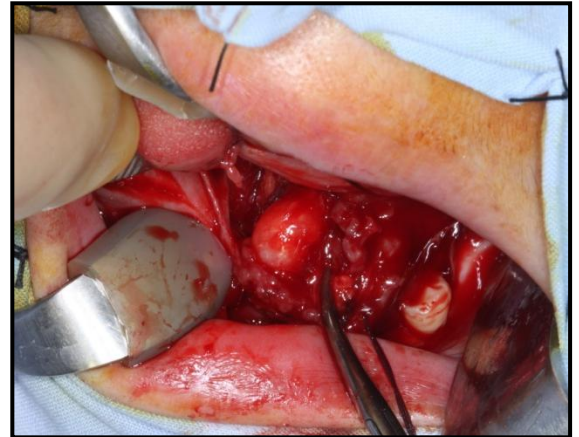


8 - b)

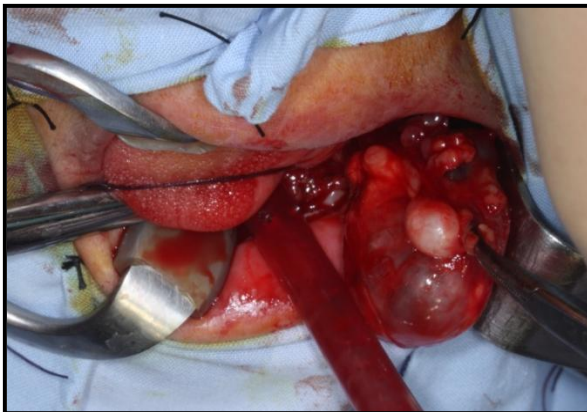
**Figura 8** – Comparação entre os lados direito e esquerdo do pavimento da boca. **a)** Lado direito do pavimento da boca normal; **b)** Lado esquerdo do pavimento da boca onde é possível observar uma zona aumentada (seta preta).



9 – a)



9 – b)



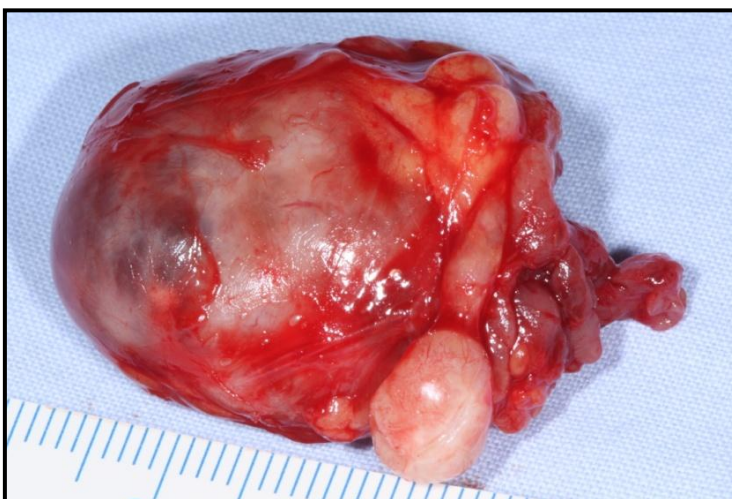
9 – c)



10

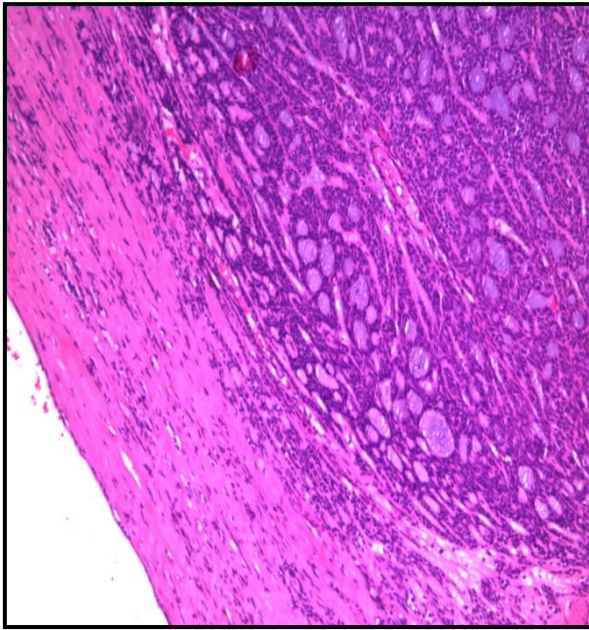
**Figuras 9 a), b) e c)** – Passos relativos à excisão do carcinoma adenoide cístico.

**Figura 10** – Peça cirúrgica excisada com cerca de 29 mm.

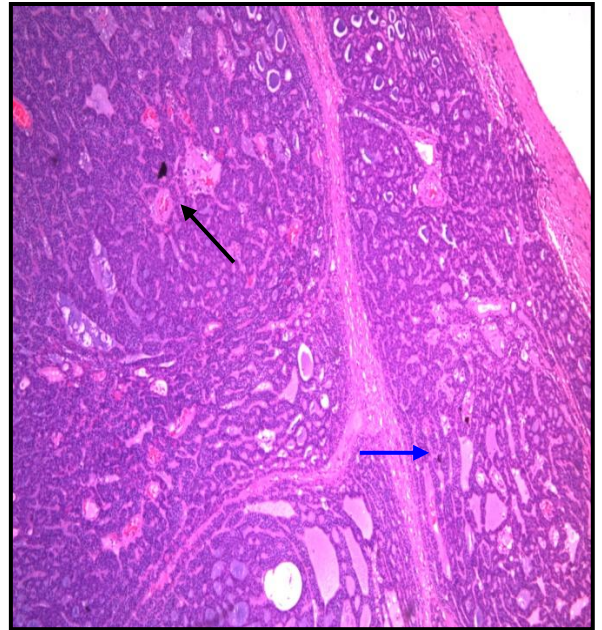


**Figura 11** – Peça cirúrgica excisada.

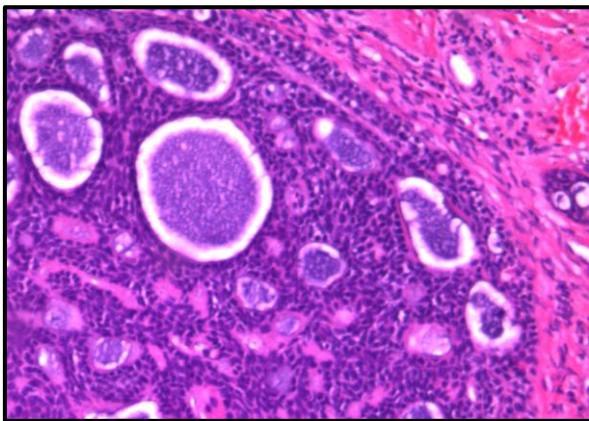




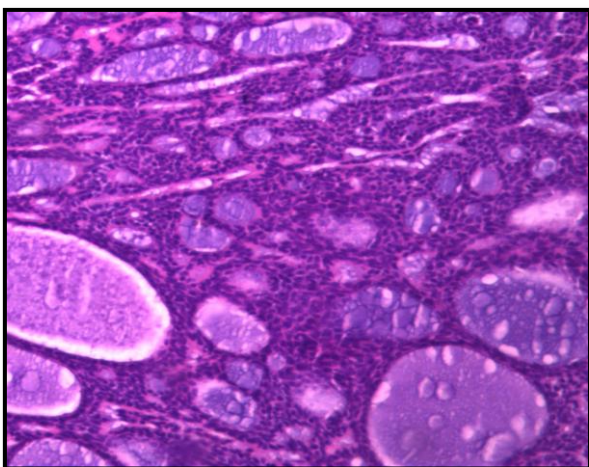
12 - a)



12 - b)



12 - c)



12 - d)

**Figura 12** – Observação ao Microscópio Óptico de corte histológico da peça cirúrgica:

- a) (HE 100x) Neoplasia bem limitada, não capsulada;
- b) (HE 40x) Carcinoma adenóide cístico de padrão sólido (seta preta) e tubular (seta azul);
- c) (HE 100x) Padrão cribriforme constituído por ninhos de células com espaços microcísticos;
- d) (HE 100x) Células neoplásicas pequenas com citoplasma escasso.

## Discussão

### Carcinoma Escamoso

O carcinoma escamoso é definido pela OMS como uma neoplasia epitelial invasiva com vários graus de diferenciação e uma propensão para o aparecimento precoce de metástases cervicais extensas, ocorrendo predominantemente em adultos na faixa etária dos 50 e 60 anos que sejam consumidores de álcool e tabaco. Este representa cerca de 90% da totalidade dos cancros orais. <sup>(1-14)</sup>

Face à frequência com que estas neoplasias malignas ocorrem o profissional de saúde deve possuir conhecimentos teóricos e práticos que permitam estar apto para detetar as lesões suspeitas, em fase inicial, mesmo que assintomáticas. <sup>(3, 10, 21, 22)</sup> O diagnóstico precoce é essencial para um prognóstico favorável, com melhor controlo loco-regional da neoplasia e consequente aumento da taxa de sobrevivência. <sup>(4, 5, 8, 10, 11)</sup> O profissional de saúde deve, portanto, ter sempre em consideração as características clínicas associadas às diferentes etapas desta neoplasia maligna para melhorar o seu rastreio precoce. <sup>(3, 10, 21, 22)</sup>

O estudo efetuado por Pentenero M. *et al.*, pretendeu verificar a existência de características clínicas e histológicas dos carcinomas escamosos microinvasivos no estágio I. Segundo este autor, a espessura do tumor (tumour thickness – TT) <sup>(21)</sup>, ou seja, um valor medido na vertical que vai desde a linha da mucosa (tanto para lesões exofíticas como endofíticas) até ao máximo ponto de invasão celular <sup>(12)</sup>, está relacionada de forma estatisticamente significativa com o aspeto clínico das lesões microinvasivas (TT < 4 mm). Estas assemelham-se, assim, a patologias pré-malignas apresentando-se maioritariamente como manchas, placas ou erosões. <sup>(21)</sup> Quanto aos estádios mais avançados, segundo Seoane-Romero J. *et al.*, esta associação não é verificada <sup>(22)</sup>, apesar de, segundo este e outros estudos, as lesões se apresentarem normalmente ulceradas. <sup>(2, 3, 7, 17, 21-23)</sup> No caso clínico descrito a lesão foi estadiada em T1 apresentando-se, no entanto, ulcerada.

Relativamente aos sintomas, verifica-se que a sua presença nas fases iniciais pode permitir um diagnóstico precoce devido à procura imediata por cuidados de saúde por parte do doente sendo, assim a dor, um sinal de alarme positivo. No entanto, como a sintomatologia não é

específica, podendo mimetizar uma inflamação não específica, um trauma ou uma condição benigna, a sua interpretação pode ser incorreta e conduzir a uma falha no diagnóstico e à consequente negligência de reencaminhamento e tratamento necessário. <sup>(21)</sup>

Devido à dificuldade de diagnóstico precoce, Watanabe A. *et al.*, realizou um estudo que teve como objetivo avaliar a eficácia da implementação da coloração pelo iodo como método de rastreio de carcinoma escamoso no pavimento da boca. Ao mesmo tempo, tentou provar a importância deste corante na definição das margens de segurança adequadas à total excisão do carcinoma. Neste estudo, o corante foi unicamente utilizado em lesões avermelhadas e/ou esbranquiçadas e/ou irregulares no pavimento da boca, em pacientes com carcinoma escamoso primário no esófago. Os resultados permitiram verificar que o iodo possibilita a identificação das lesões que necessitam ser biopsadas, evitando a realização desnecessária em lesões inflamatórias e traumáticas. Este método aumenta a probabilidade de detecção de carcinoma *in situ* e permite avaliar com exatidão as margens de segurança requeridas para a excisão local das neoplasias malignas. No entanto, o iodo é uma substância irritante para a mucosa, o seu poder de diagnóstico é dificultado, no pavimento da boca, pela saliva e o custo/benefício é desfavorável quando realizado para rastreios nesta localização. Deste modo e, como conclusão, o autor, preconiza a sua realização, no pavimento da boca, apenas em indivíduos com elevado risco de desenvolver este tipo de neoplasia, ou seja, indivíduos com história prévia de neoplasia do trato aero-digestivo superior e em consumidores regulares de tabaco e álcool. <sup>(23)</sup>

A remoção cirúrgica quando possível, da totalidade da lesão, com margens de segurança é o tratamento de escolha. A associação com radioterapia, quimioterapia <sup>(5, 11, 17, 19, 20, 23, 24, 28)</sup> e/ou terapia fotodinâmica <sup>(19)</sup> depende do estágio clínico da mesma. <sup>(5, 11, 17, 19, 20, 23, 24, 28)</sup>

A eficácia da excisão está dependente da correta delimitação das margens da peça cirúrgica. Histologicamente, estas consideram-se comprometidas quando a distância do foco neoplásico à mucosa normal da margem da peça removida é menor que 1 mm ou quando se identifica nas margens carcinoma invasivo e/ou carcinoma *in situ*, próximas da lesão quando essa mesma distância é de 1 a 5 mm e livres quando a distância é igual a 5 mm ou mais. No entanto, é necessário ter em consideração que os 5 mm podem não ser suficientes devido à diminuição entre 40 a 50% do tamanho da peça cirúrgica após fixação em formol e quando está presente um padrão de invasão desfavorável com vários focos tumorais independentes. Nos estudos que citam este último aspeto, é defendida como margem de segurança uma distância de 1

cm ou mais entre a lesão e a mucosa normal. Alguns estudos recentes têm posto em causa a eficácia das margens de segurança, como fator independente, na remoção da totalidade das células tumorais, enfatizando a importância da análise de outros fatores, como a espessura do tumor, o padrão de invasão das células neoplásicas, a presença de focos tumorais independentes e satélites tumorais à distância. <sup>(12)</sup>

Relativamente ao caso clínico descrito, a excisão foi efetuada com apenas 1 mm de margem de segurança devido à possibilidade da lesão poder ter resultado de um trauma no pavimento da boca. Caso esta situação se confirmasse, a biópsia excisional realizada teria evitado a morbilidade e a perda de qualidade de vida associadas a procedimentos mais radicais. Como o exame histopatológico revelou a presença de carcinoma foi efetuada nova intervenção cirúrgica com as margens de segurança adequadas.

O paciente VF era consumidor regular de tabaco e álcool devendo uma vertente do tratamento incidir na educação para a cessação destes hábitos, os quais consistiram nos principais fatores de risco para o aparecimento desta neoplasia.

O esvaziamento ganglionar cervical seletivo é um procedimento terapêutico em casos de indivíduos que apresentam gânglios linfáticos cervicais palpáveis e/ou cujas metástases são detetadas imagiologicamente. <sup>(12, 20, 26)</sup> Em indivíduos cujas metástases são indetetáveis tanto por exame clínico como por exames subsidiários, o que corresponde a 25% da totalidade dos indivíduos com carcinoma escamoso da cabeça e pescoço <sup>(5, 12, 24, 26, 27)</sup>, a realização deste procedimento (esvaziamento ganglionar) é benéfica pois podem existir metástases ocultas só detetadas durante a disseção. O esvaziamento dos gânglios cervicais nos restantes 75% seria, portanto, desnecessário <sup>(26, 27)</sup> e pode gerar disfunção do ombro, dor, alterações estéticas e paralisia do lábio inferior. <sup>(27)</sup> Estas consequências são a causa da controvérsia, em casos de T1N0, tendo sido defendida por alguns autores uma política de espera e controlo em detrimento do esvaziamento ganglionar cervical seletivo. <sup>(12, 20, 21, 24, 26, 27)</sup>

Relativamente aos gânglios linfáticos contralaterais, a incidência de metástases nos mesmos, segundo os diferentes estudos, pode oscilar entre 0,9 a 36%. Assim, nos casos diagnosticados clinicamente como N0 para esses gânglios, também não é verificado um consenso quanto à sua disseção. Assim, a decisão vai depender de um conjunto de fatores dos quais se destacam: estágio avançado (T3-T4), carcinoma escamoso que cruze a linha média e espessura do tumor primário superior a 3,75 mm. <sup>(12)</sup>

No caso clínico, como estamos perante um carcinoma diagnosticado como T1/N0 a realização deste procedimento deve ficar ao critério do cirurgião.

A diminuição da qualidade de vida do indivíduo, como consequência da realização da disseção cervical, reforça a importância da implementação de uma nova técnica que permita avaliar o risco de metástases ocultas e que permita selecionar os pacientes que realmente necessitam de esvaziamento ganglionar cervical. A nova técnica, ainda experimental em alguns centros, é a biópsia do gânglio sentinela.<sup>(1, 5, 26)</sup>

O gânglio sentinela é o primeiro gânglio linfático para onde o tumor é drenado.<sup>(1)</sup> A técnica consiste na recolha do pequeno número de gânglios linfáticos com maior probabilidade de desenvolver metástases, através da localização dos mesmos por linfocintigrafia.<sup>(1, 5)</sup> Quando há evidência que estes não contêm células tumorais significa que a via linfática está livre e, portanto, não é necessária a realização de disseção cervical.<sup>(1)</sup> Alkureishi L. *et al.*, refere esta técnica como uma alternativa viável<sup>(26)</sup> e que permite detetar metástases subclínicas, ao mesmo tempo que, sendo minimamente invasiva, não causa as disfunções associadas à técnica da disseção.<sup>(26, 27)</sup> Relativamente à sua utilização na deteção de metástases ganglionares subclínicas associadas a carcinomas escamosos do pavimento da boca, segundo o estudo efetuado pelo mesmo autor e com a confirmação de outros estudos, verifica-se que a taxa de sucesso e a eficácia são reduzidas. Até à data, a sua utilização nesta localização não é, portanto, aconselhada e necessita de mais estudo visto ainda ser uma técnica experimental.<sup>(1, 5, 26)</sup>

A combinação de cirurgia com radioterapia e quimioterapia deve ser, ponderada em etapas mais avançadas<sup>(5, 11, 12, 17, 23, 24, 28)</sup>, após serem analisados os prós e os contras à sua prescrição.<sup>(11, 12)</sup>

A opção pela radioterapia como tratamento adjuvante é normalmente indicada em casos de margens cirúrgicas cuja distância à lesão é menor que 1 cm ou em casos de margens positivas, quando se verifica a presença de múltiplos gânglios linfáticos afetados (3 ou mais) e de tumores satélite distante com espessura superior a 0,5 mm, em casos de invasão linfática, sanguínea e disseminação extracapsular.<sup>(12)</sup> Este tipo de tratamento não invasivo está associado aos seguintes efeitos adversos: xerostomia e osteorradionecrose.

A quimioterapia pode provocar morbilidade, alopecia e úlceras, sendo indicada em neoplasias locorregionais avançadas, tanto em associação com a radioterapia como previamente

ao tratamento cirúrgico local, tendo em vista reduzir a lesão inicial, ou como terapia paliativa em indivíduos com lesões recorrentes e/ou metástases. <sup>(11)</sup>

Neste caso, como é uma lesão em fase inicial não se justificava a realização de radio ou quimioterapia.

O prognóstico dos pacientes com carcinoma escamoso é afetado por parâmetros como o estadiamento, a presença de margens de segurança comprometidas, o grau de diferenciação <sup>(4)</sup> e as metástases nos gânglios linfáticos cervicais. <sup>(4, 8, 24)</sup>

Segundo Chen Y. K. *et al.*, o prognóstico de pacientes com carcinoma escamoso é afetado de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) por 6 variáveis: tamanho do tumor primário, metástases nos gânglios linfáticos cervicais, tratamento cirúrgico, “ mascar ” betel, estadiamento da lesão e grau de diferenciação histológico. O tratamento cirúrgico e o estadiamento TNM da lesão, segundo a regressão de Cox realizada no mesmo estudo, influenciam fortemente ( $p < 0,0001$ ) e de forma independente a sobrevivência ao longo do tempo. <sup>(4)</sup>

Montoro J. *et al.*, refere as metástases ganglionares como o principal fator prognóstico para o carcinoma escamoso, reduzindo em 50% a taxa de sobrevivência. Este estudo revela como fatores que alteram negativamente o prognóstico, a presença de metástases ganglionares e de margens cirúrgicas positivas. <sup>(8)</sup> O valor das margens de segurança no prognóstico é também confirmado, entre outros autores, por Hicks W. *et al.*, o qual obteve uma taxa de recorrência local de apenas 13% associada à presença de margens livres. <sup>(24)</sup>

O diagnóstico em estádios avançados é normalmente associado a uma atraso na detecção da lesão por parte do indivíduo e/ou profissional de saúde. <sup>(4, 22, 29)</sup> Segundo os resultados de Seoane-Romero J. *et al.*, os quais são coerentes com a literatura, esta associação não é estatisticamente significativa. A rapidez na obtenção do diagnóstico, a partir do momento em que o indivíduo se apercebe da lesão, não garante que esta se encontre no estágio inicial. <sup>(22)</sup> Por outro lado, o mesmo autor confirma a influência do grau de diferenciação, o qual se encontra diretamente relacionado com a taxa de crescimento da neoplasia, no estadiamento no momento do diagnóstico <sup>(22, 29)</sup> e na rapidez com que as neoplasias são diagnosticadas. Assim, lesões bem diferenciadas, por proliferarem mais lentamente, tendem a ser diagnosticadas mais tarde possuindo, no entanto, um melhor prognóstico. Enquanto, nos tumores que possuem um baixo grau de diferenciação celular, a taxa de crescimento é elevada, o que faz com que o intervalo de

tempo desde que são detetadas até que são diagnosticadas seja mais rápido; o prognóstico é, no entanto, desfavorável. <sup>(20, 22)</sup> São necessários mais estudos que relacionem as três variáveis descritas <sup>(22)</sup>: diagnóstico em estádios avançados, atraso na obtenção do diagnóstico <sup>(4)</sup> e grau de diferenciação celular de forma a clarificar a influência destes parâmetros no prognóstico. <sup>(22)</sup>

### Carcinoma Adenóide Cístico

O carcinoma adenoide cístico é um tumor epitelial raro <sup>(37, 38)</sup> e é definido pela OMS como um tumor basalóide, composto por células epiteliais e mioepiteliais com configurações morfológicas variáveis, incluindo padrões sólidos, tubulares e cribriformes. Apresenta uma evolução clínica implacável e geralmente um desfecho fatal. <sup>(1)</sup>

Este carcinoma constitui cerca de 1% de todas as neoplasias malignas da região maxilofacial. <sup>(37)</sup> Estes ocorrem em 30% dos casos nas glândulas salivares minor, principalmente nas localizadas no palato duro <sup>(1, 37, 38)</sup>, mas podem desenvolver-se também nas glândulas minor da língua, mucosa oral, lábio <sup>(1)</sup> e pavimento da boca. <sup>(1, 37)</sup> Apesar de poder aparecer em qualquer idade, o seu pico de incidência está compreendido entre 5<sup>a</sup> e a 7<sup>a</sup> décadas de vida e é ligeiramente mais frequente no sexo feminino. <sup>(1, 36-38)</sup> A sua manifestação em indivíduos com idades inferiores a 20 anos é rara. <sup>(1, 37)</sup> O caso clínico apresentado é um caso pouco frequente pois, para além de se localizar numa glândula sublingual, a paciente é relativamente jovem.

Esta neoplasia maligna apresenta-se clinicamente como uma massa única <sup>(1, 36, 37)</sup>, com <sup>(37)</sup> ou sem cápsula <sup>(1, 37)</sup>, de crescimento lento <sup>(36, 37)</sup>, por vezes, ulceradas, e na qual a dor é um sintoma <sup>(1, 36, 37)</sup> que ocorre em 50% dos casos. <sup>(36)</sup> A dor é caracterizada como constante, aumentando a sua intensidade de forma gradual. <sup>(37)</sup> Noutros casos, o diagnóstico pode ser negligenciado devido ao crescimento lento característico da neoplasia e à ausência de sintomas. <sup>(36, 37)</sup> Esta ausência resulta de um défice neurosensitivo por invasão perineural, que pode ocorrer durante anos. <sup>(36)</sup> No nosso caso a paciente não se apercebeu da lesão e esta foi detetada numa consulta de rotina.

Microscopicamente é composto por uma mistura de células ductais e mioepiteliais modificadas, com diferentes conformações. <sup>(1, 37)</sup> Existem três tipos diferentes de carcinoma



adenóide cístico: cribiforme, tubular e sólido<sup>(1, 36-38)</sup>, os quais podem ocorrer isoladamente ou na mesma lesão.<sup>(38)</sup> O padrão cribiforme é o mais comum.<sup>(1)</sup> No nosso caso foi verificada a presença dos três padrões histológicos.

Estes tumores têm capacidade infiltrativa podendo invadir o osso adjacente, mesmo antes da destruição poder ser detetada radiograficamente.<sup>(1)</sup>

O tratamento deste carcinoma pode incluir quatro modalidades diferentes: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia combinada<sup>(1, 37)</sup> e tem como objetivos, o controlo local da lesão, restaurar a função normal e prevenir metástases à distância.<sup>(38)</sup> O procedimento de eleição é a excisão cirúrgica<sup>(1, 36-38)</sup> com margens de segurança amplas.<sup>(36, 38)</sup> A utilização de tratamentos adjuvantes é controversa e a falha no consenso quanto à sua realização<sup>(1, 36, 37)</sup> advém da capacidade de radioresistência<sup>(36)</sup> e de quimioresistência que se pensa estar associadas a este tumor.<sup>(37)</sup>

Segundo o estudo efetuado por Simpson *et al.* (citados por Triantafillidou *et al.*), o controlo local foi obtido em apenas 11% em pacientes tratados apenas com cirurgia face a 86% em pacientes que foram alvo de radioterapia pós-cirúrgica.<sup>(38)</sup> A radioterapia, tendo em conta a radioresistência referida, é mais efetiva pós-cirurgicamente devido à menor quantidade de lesão que possa ter permanecido no local primário.<sup>(36)</sup>

O estudo efetuado por Gondivkar *et al.*, indica a radioterapia pós-cirúrgica quando está presente o tipo histológico sólido e em casos de recorrência local, metástases cervicais e invasão perineural. Avery e Miglianico (citados por Gondivkar *et al.*), recomendam este procedimento sempre que provoque a regressão do tumor e alivie os sintomas.<sup>(37)</sup>

Segundo Triantafillidou *et al.*, a excisão cirúrgica radical associada a radioterapia, em casos de margens de segurança positivas e invasão de nervos maiores, são perfeitamente capazes, por si só, de efetuar um controlo local efetivo e das metástases à distância.<sup>(38)</sup> São, no entanto, necessários mais estudos que avaliem a eficácia destes tratamentos na melhoria da qualidade de vida e sobrevivência.<sup>(37)</sup>

Neste caso, como a lesão estava muito bem individualizada, na primeira abordagem cirúrgica optou-se pela sua disseção, uma vez que apresentava características clínicas de lesão benigna e o exame da punção aspirativa guiada por ecografia indicava no mesmo sentido. No entanto, sabemos que os tumores quando se localizam dentro da glândula sublingual correspondem em 70 a 90% dos casos a neoplasias malignas e, como tal, este facto podia ter sido



tomado em consideração. Quando o cirurgião teve acesso ao resultado da biópsia e verificou tratar-se de um carcinoma optou por nova intervenção cirúrgica onde inclui a remoção da glândula sublingual esquerda.

Como se trata de um caso diagnosticado clinicamente como T2/N0, o esvaziamento dos gânglios cervicais está indicado.

As metástases são comuns e ocorrem em 40 a 60% dos casos. <sup>(36, 38)</sup> A principal via de metastização é a sanguínea <sup>(36-38)</sup> e as estruturas mais frequentemente afetadas são os pulmões <sup>(1, 36-38)</sup> – 40% dos casos; o osso, o cérebro e o fígado podem também ser afetados. <sup>(1, 36)</sup> A via de metastização linfática é rara. <sup>(36-38)</sup> As metástases à distância podem ocorrer décadas após tratamento cirúrgico. <sup>(37, 38)</sup> Deste modo, é importante que a paciente APSCG seja seguida durante um período alargado.

O prognóstico é desfavorável quando invade a submucosa e os planos fibrosos que rodeiam a lesão primária e no caso da presença de metástases cervicais na altura do diagnóstico. <sup>(34, 36-38)</sup> Outros fatores que influenciam o prognóstico são as margens de segurança comprometidas <sup>(1, 36, 38)</sup>, o estágio avançado da lesão <sup>(1, 37)</sup> e o grau histológico, o qual é determinado pela quantidade de componente sólido presente na massa tumoral <sup>(1, 37)</sup>; os tipos cribiforme e tubular apresentam melhor prognóstico. <sup>(1, 36, 38)</sup> A invasão perineural de nervos maiores está relacionada com um pior controlo da lesão. <sup>(38)</sup>

A taxa de sobrevivência aos 5 anos, após metastização à distância, é de 80 a 90%, diminuindo significativamente, sendo aos 15 anos de apenas 10%. Num prazo de 5 a 14 anos apenas 20% dos pacientes sobrevivem. <sup>(36)</sup>

## Conclusão

O pavimento da boca é um local onde a auto-exploração é realizada com menos frequência, o que associado à ausência de sintomas em fases iniciais, dificulta a detecção, e o diagnóstico precoce das neoplasias malignas. Quanto mais cedo for efetuado o diagnóstico, melhor é a taxa de sobrevivência associada a estes carcinomas. Nesse sentido, a prioridade consiste no desenvolvimento de programas que visem a educação para a auto-deteção, no incremento de consultas de rotina para despiste de lesões suspeitas em fase inicial, assim como na implementação de medidas de prevenção primária com modificação dos hábitos alimentares e eliminação dos fatores de risco.

- ❖ Em casos de neoplasias das glândulas salivares sublinguais deve sempre suspeitar-se de malignidade, mesmo quando as características clínicas evidenciem o contrário.
- ❖ O tratamento de eleição é a cirurgia realizada com margens de segurança de 0,5 a 1 mm, medidas que devem ser respeitadas mesmo em casos de tumores em fases iniciais.
- ❖ O esvaziamento dos gânglios cervicais é discutível em casos T1 uma vez que 25% das metástases são ocultas. A idade do paciente pode constituir um fator de decisão.
- ❖ Os tratamentos adicionais como a radioterapia e a quimioterapia devem ser ponderados tendo em conta o estadiamento e a agressividade do tumor. Além disso devem ser pesadas as vantagens e desvantagens que advêm da sua realização.

## Bibliografia

1. Barnes L., Eveson J. W., Reichart P., D. S. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon2005
2. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral cancer: clinical features. Oral oncology. 2010;46(6):414-7. Epub 2010/04/20
3. Silva C. C., Amaral B., Bulhosa J. F. Carcinoma Espinocelular da Língua – Factores de Risco e Importância do Reconhecimento de Lesões Pré-Malignas. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2010;51:49-55
4. Chen YK, Huang HC, Lin LM, Lin CC. Primary oral squamous cell carcinoma: an analysis of 703 cases in southern Taiwan. Oral oncology. 1999;35(2):173-9. Epub 1999/08/06
5. Coimbra F., Costa R., Lopes O., Barbosa E., A. F. Carcinoma do bordo da língua em fase inicial. Apresentação de dois casos clínicos. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2011;52(2):77-82
6. Effiom OA, Adeyemo WL, Omitola OG, Ajayi OF, Emmanuel MM, Gbotolorun OM. Oral squamous cell carcinoma: a clinicopathologic review of 233 cases in Lagos, Nigeria. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2008;66(8):1595-9. Epub 2008/07/19.
7. Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF, Correa L, de Sousa SO. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. Journal of oral science. 2010;52(2):267-73. Epub 2010/07/01.
8. Montoro JR, Ricz HA, Souza L, Livingstone D, Melo DH, Tiveron RC, et al. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the oral cavity. Brazilian journal of otorhinolaryngology. 2008;74(6):861-6. Epub 2009/07/08.
9. Neville B. W., Damm D. D., Allen C. M., Bouquot J. E. Oral & Maxillofacial Pathology. 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvania2002.
10. Albuquerque R., Esteves R., López-López J., Estrugo-Devesa A., Chimenos-Küstner E. Carcinoma Escamoso do Bordo Lingual. Caso Clínico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2008;49:141-4.
11. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma overview. Oral oncology. 2009;45(4-5):301-8. Epub 2009/03/03.
12. Fan S, Tang QL, Lin YJ, Chen WL, Li JS, Huang ZQ, et al. A review of clinical and histological parameters associated with contralateral neck metastases in oral squamous cell carcinoma. International journal of oral science. 2011;3(4):180-91. Epub 2011/10/21.
13. Cawson R. A., W. OE. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 7ª ed. London2002.

14. Laskaris G. Pocket Atlas of Oral Diseases 2ª ed 2006.
15. Gómez de Ferraris M. E., Muñoz A. C. Histología y embriología bucodental. 2a ed. Madrid 2002.
16. Perez DE, Pires FR, Alves Fde A, Almeida OP, Kowalski LP. Sublingual salivary gland tumors: clinicopathologic study of six cases. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2005;100(4):449-53. Epub 2005/10/05.
17. Santos L. L., Teixeira L. M. Oncologia Oral. 1ª ed. Lisboa 2011.
18. Ribeiro AC, Silva AR, Simonato LE, Salzedas LM, Sundefeld ML, Soubhia AM. Clinical and histopathological analysis of oral squamous cell carcinoma in young people: a descriptive study in Brazilians. The British journal of oral & maxillofacial surgery. 2009;47(2):95-8. Epub 2008/07/01.
19. Jerjes W, Upile T, Hamdoon Z, Alexander Mosse C, Morcos M, Hopper C. Photodynamic therapy outcome for T1/T2 N0 oral squamous cell carcinoma. Lasers in surgery and medicine. 2011;43(6):463-9. Epub 2011/07/16.
20. Jerjes W, Upile T, Hamdoon Z, Mosse CA, Akram S, Hopper C. Prospective evaluation of outcome after transoral CO(2) laser resection of T1/T2 oral squamous cell carcinoma. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2011;112(2):180-7. Epub 2011/01/15.
21. Pentenero M, Navone R, Motta F, Marino R, Gassino L, Broccoletti R, et al. Clinical features of microinvasive stage I oral carcinoma. Oral diseases. 2011;17(3):298-303. Epub 2010/09/24.
22. Seoane-Romero JM, Vazquez-Mahia I, Seoane J, Varela-Centelles P, Tomas I, Lopez-Cedrun JL. Factors related to late stage diagnosis of oral squamous cell carcinoma. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2012;17(1):e35-40. Epub 2011/07/12.
23. Watanabe A, Taniguchi M, Tsujie H, Hosokawa M, Fujita M, Sasaki S. Clinical impact of iodine staining for diagnosis of carcinoma in situ in the floor of mouth, and decision of adequate surgical margin. Auris, nasus, larynx. 2012;39(2):193-7. Epub 2011/09/03.
24. Hicks WL, Jr., Loree TR, Garcia RI, Maamoun S, Marshall D, Orner JB, et al. Squamous cell carcinoma of the floor of mouth: a 20-year review. Head & neck. 1997;19(5):400-5. Epub 1997/08/01.
25. Robbins S. L., Cotran R. S. Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 5ª ed. Rio de Janeiro 2005.
26. Alkureishi LW, Ross GL, Shoaib T, Soutar DS, Robertson AG, Thompson R, et al. Sentinel node biopsy in head and neck squamous cell cancer: 5-year follow-up of a European multicenter trial. Annals of surgical oncology. 2010;17(9):2459-64. Epub 2010/06/17.
27. Civantos FJ, Zitsch RP, Schuller DE, Agrawal A, Smith RB, Nason R, et al. Sentinel lymph node biopsy accurately stages the regional lymph nodes for T1-T2 oral squamous cell carcinomas: results of a prospective multi-institutional trial. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2010;28(8):1395-400. Epub 2010/02/10.
28. Larsen SR, Johansen J, Sorensen JA, Krogdahl A. The prognostic significance of histological features in oral squamous cell carcinoma. Journal of oral pathology & medicine : official publication of

the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology. 2009;38(8):657-62. Epub 2009/07/01.

29. Groome PA, Rohland SL, Hall SF, Irish J, Mackillop WJ, O'Sullivan B. A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral oncology*. 2011;47(7):642-7. Epub 2011/05/27.

30. Junqueira L.C., Carneiro J. *Histologia Básica*. 11ª ed. Rio de Janeiro 2008.

31. Rinaldo A, Shaha AR, Pellitteri PK, Bradley PJ, Ferlito A. Management of malignant sublingual salivary gland tumors. *Oral oncology*. 2004;40(1):2-5. Epub 2003/12/10.

32. Bell RB, Dierks EJ, Homer L, Potter BE. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2005;63(7):917-28. Epub 2005/07/09.

33. Targa-Stramandinoli R, Torres-Pereira C, Piazzetta CM, Giovanini AF, Amenabar JM. [Minor salivary gland tumours: a 10-year study]. *Acta otorrinolaringologica espanola*. 2009;60(3):199-201. Epub 2009/06/30. Neoplasias de glândulas salivares menores: estudo de 10 anos.

34. Sun G, Yang X, Tang E, Wen J, Lu M, Hu Q. The treatment of sublingual gland tumours. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2010;39(9):863-8. Epub 2010/07/08.



35. Venkata V, Irulandy P. The frequency and distribution pattern of minor salivary gland tumors in a government dental teaching hospital, Chennai, India. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*. 2011;111(1):e32-9. Epub 2010/12/24.

36. Tan MS, Singh B. Difficulties in diagnosing lesions in the floor of the mouth--report of two rare cases. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2004;33(4 Suppl):72-6. Epub 2004/09/25.

37. Gondivkar SM, Gadail AR, Chole R, Parikh RV. Adenoid cystic carcinoma: a rare clinical entity and literature review. *Oral oncology*. 2011;47(4):231-6. Epub 2011/03/01.


38. Triantafillidou K, Dimitrakopoulos J, Iordanidis F, Koufogiannis D. Management of adenoid cystic carcinoma of minor salivary glands. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2006;64(7):1114-20. Epub 2006/06/20.

Anexos

 Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto	<b>UNIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS</b> <b>LABORATÓRIO DE PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA</b> Director   Prof. Fernando Schmitt Director da Qualidade   Dr. Rui Silva Consultores   Profª Fátima Carneiro   Profª Leonor David Prof. José Manuel Lopes   Prof. Manuel Sobrinho-Simões
<b>RELATÓRIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO</b>	
 * 2 0 1 1 0 5 7 7 7 1 *	
<b>Sexo:</b> M <b>Idade:</b> 63A <b>Nascimento:</b> 06-05-1948	
<b>Informação Clínica:</b> Úlcera localizada no pavimento da boca do lado direito com cerca de 1,5 cm de diâmetro com bordos irregulares, esbranquiçados e duros. Evolução de cerca de 1 ano, assintomática e assimétrica. Fumador (cerca 20 cigarros/dia) e consumo de álcool. Má higiene oral. Carcinoma espinocelular T1/T0/N0	
<b>Material:</b> Peça	<b>Nº de Origem:</b>
<b>Exame Requisitado:</b> Histológico de peça cirúrgica simples	
<b>Médico/Hospital Requisitante:</b> Prof. Dr. Filipe Coimbra/Faculdade de Medicina Dentária do Porto	
<b>Telefone:</b> 22 090 11 00	<b>Fax:</b> 22 090 11 01
<b>Data de entrada:</b> 12-05-2011	
<b>Descrição Macroscópica:</b>	
Retalho arredondado de mucosa do pavimento da boca, de 1,2 x 0,9 x 0,7 cm, centrado por lesão ulcerada, de coloração esbranquiçada, de bordo irregulares, que mede 0,8 x 0,8 cm e dista 0,4 cm da margem com fio, e 0,1 cm da margem contra-lateral sem fio (margem mais próxima). IT - 11F - 3C	
Margem mais próxima: 5F - C1	
Margem com fio: 4F - C2	
Lesão com restantes margens: 2F - C3	
<b>Descrição Microscópica:</b>	
No exame histológico observa-se carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado com infiltração expansiva do córion superficial (2 mm de maior espessura, estimada na lâmina); não se identificam imagens de permeação linfo-vascular nem peri-neural pela neoplasia. Identificam-se lesões intra-epiteliais de tipo carcinoma in situ no epitélio adjacente. A margem de exérese mais próxima (superficial) dista cerca de 1 mm da neoplasia.	
<b>Diagnóstico:</b>	
Carcinoma epidermóide moderadamente diferenciado pT1G2NxR0 - a integrar no contexto do estadiamento clínico-imagiológico.	
<b>O Médico</b>	
Prof. Doutor José Manuel Lopes	
Porto, 17 de Maio de 2011	
<b>Topografia:</b> T-5120	<b>Morfologia:</b> M-8010

Pág: 1 / 1

Este laboratório possui Acreditação pelo Colégio Americano de Patologistas e um Sistema de Gestão que se encontra certificado de acordo com a NP EN ISO 9001:2008

  
Advancing Excellence

Rua Roberto de Frias s/n - 4200-465 PORTO  
Tel: 351 22 5570700 Fax: 351 22 5570799 e-mail: servicos@ipatimup.pt

Anexo 1 – Caso clínico 1 - Relatório anatomo-patológico

**Dr. Campos Costa**  
Desde 1943 **IMAGIOLOGIA CLÍNICA**

RADIOLOGIA (DIGITAL)  
RADIOLOGIA DE INTERVENÇÃO  
ECOGRAFIA / DOPPLER  
MAMOGRAFIA DIGITAL  
DENSITOMETRIA ÓSSEA (DEXA)  
TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA (TC)  
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)  
ANGIOGRAFIA DIGITAL  
HEMODINÂMICA  
MEDICINA NUCLEAR

Porto, 18 de Março de 2010

**CORPO CLÍNICO**  
**DIRECÇÃO**  
RICARDO CAMPOS COSTA

**RADIOLOGIA**  
A. MIRANDA RODRIGUES  
ALBERTO VIEIRA  
A. CÔRTE-REAL  
ANA ALVES  
ANABELA BRAGA  
ANABELA SILVA  
CARLOS MAIA  
J. ROCHA DE ALMEIDA  
LÍDIA TEIXEIRA  
LUIÇA REIS  
MAFALDA FERRAZ  
MANUELA DELGADO  
MÁRIO COSTA  
PAULO PINHAL  
RICARDO SAMPAIO  
ROSÁLIA COSTA  
TERESA BACELAR

**NEURORRADIOLOGIA**  
ALEXANDRA LOPES  
ALFREDO STOCKER  
ARMANDO SOUSA  
CLÁUDIA PEREIRA  
CRISTIANA VASCONCELOS  
JOSÉ FONSECA  
M. CASIMIRO MILHEIRO  
NUNO CANTO MOREIRA  
NUNO SOUSA  
TERESA CAIXEIRO  
VIRIATO ALVES

**MEDICINA NUCLEAR**  
ELISA BOTELHO  
FLÁVIA FONTES

**ANESTESIA**  
PAULO RAMOS

**ECOGRAFIA DAS GLÂNDULAS SUBLINGUAIS**


A tumefacção constatada ao exame físico na região sublingual esquerda corresponde a uma formação arredondada com cerca de 2,9x2,7cm de diâmetro, com um componente parcialmente líquido associado a elementos ecogénicos, acompanhando-se de um ligeiro reforço posterior do feixe ultrassónico.

Trata-se de uma lesão de contornos regulares que admite diagnóstico diferencial entre quisto de retenção complexo (por fenómenos de natureza inflamatória?) ou eventual lesão sólida com degenerescência quística. Neste contexto propõe-se estudo complementar através de outras técnicas de diagnóstico (TC/RM), caso não se opte, desde já, por citologia aspirativa.

Na topografia da glândula sublingual direita não se registam lesões ocupacionais.

Pequenos elementos ganglionares presumivelmente reactivos submentonianos e submandibulares, peri e infracentimétricos.

Com os melhores cumprimentos do colega

  
Carlos Maia

Anexo: 2 películas  
PP/CSM

Relatório: 1134139

Pag. 1/1

PORTO RUA DE AVIS, 39 - 1º - 2º - 3º 4050-075 PORTO TLF. 223 400 900 FAX. 223 400 999 info@dr Camposcosta.pt

SANTO TIROSO RUA 5 DE OUTUBRO, 92 4780-501 SANTO TIROSO TLF. 252 860 150 FAX 252 833 935 stirso@dr Camposcosta.pt

PAREDES AV. DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO, 7 4580-104 PAREDES TLF. 255 780 450 FAX. 255 780 459 paredes@dr Camposcosta.pt

SÃO JOÃO DA MADEIRA RUA DR. SÁ CARNEIRO, 220 3700-254 SÃO JOÃO DA MADEIRA TLF. 256 837 160 FAX 256 837 169 sjmadeira@dr Camposcosta.pt

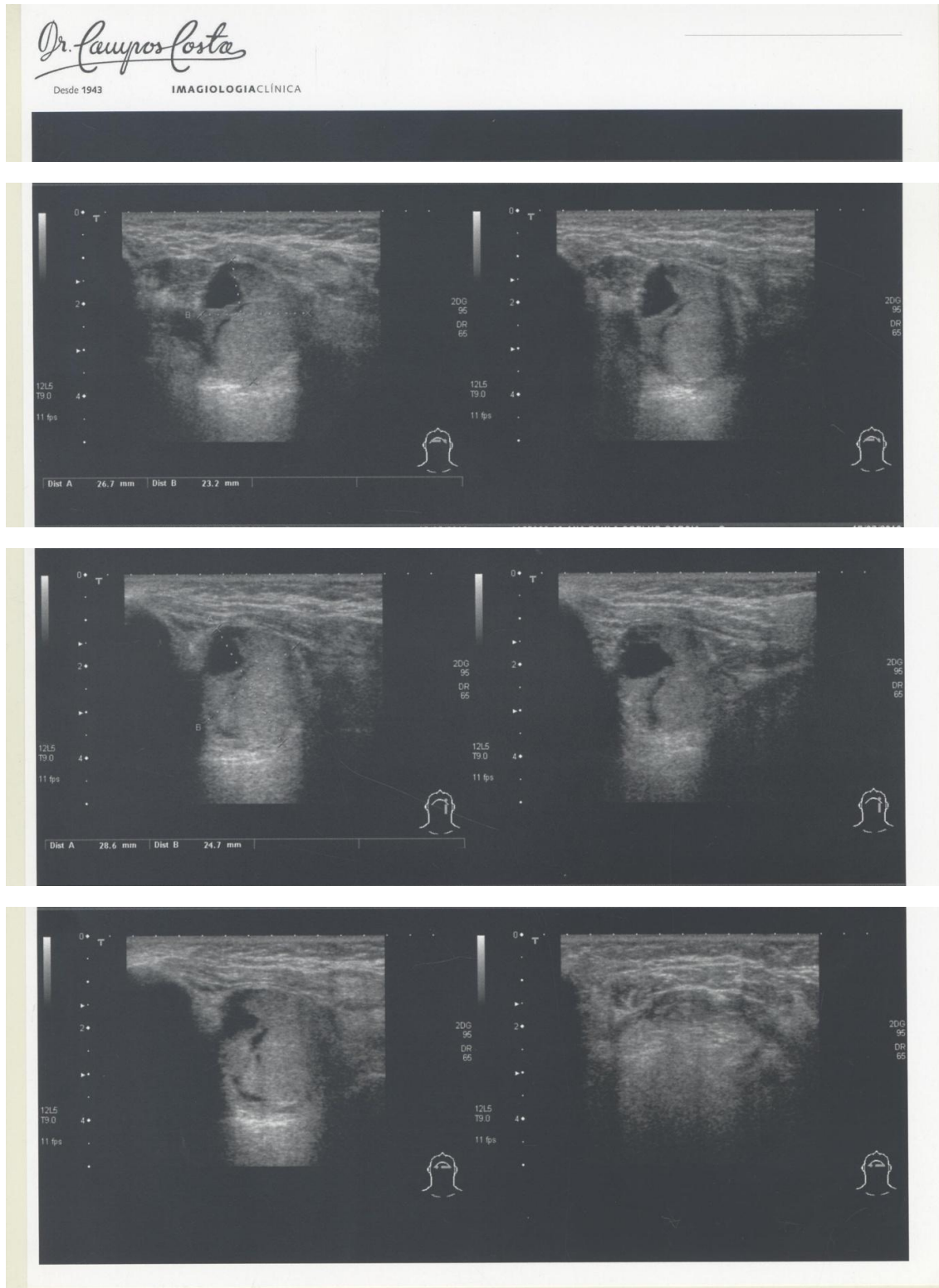
SANTA MARIA DA FEIRA RUA DR. ALCIDES STRECHT MONTEIRO, 55 4520-179 SANTA MARIA DA FEIRA TLF. 256 377 750 FAX 256 377 759 smfeira@dr Camposcosta.pt

VIANA DO CASTELO RUA DE MONSERRATE, 268, BL. B LI. 3 4900-355 VIANA DO CASTELO TLF. 258 813 437 FAX 258 813 449 vianacastelo@dr Camposcosta.pt

www.dr Camposcosta.pt

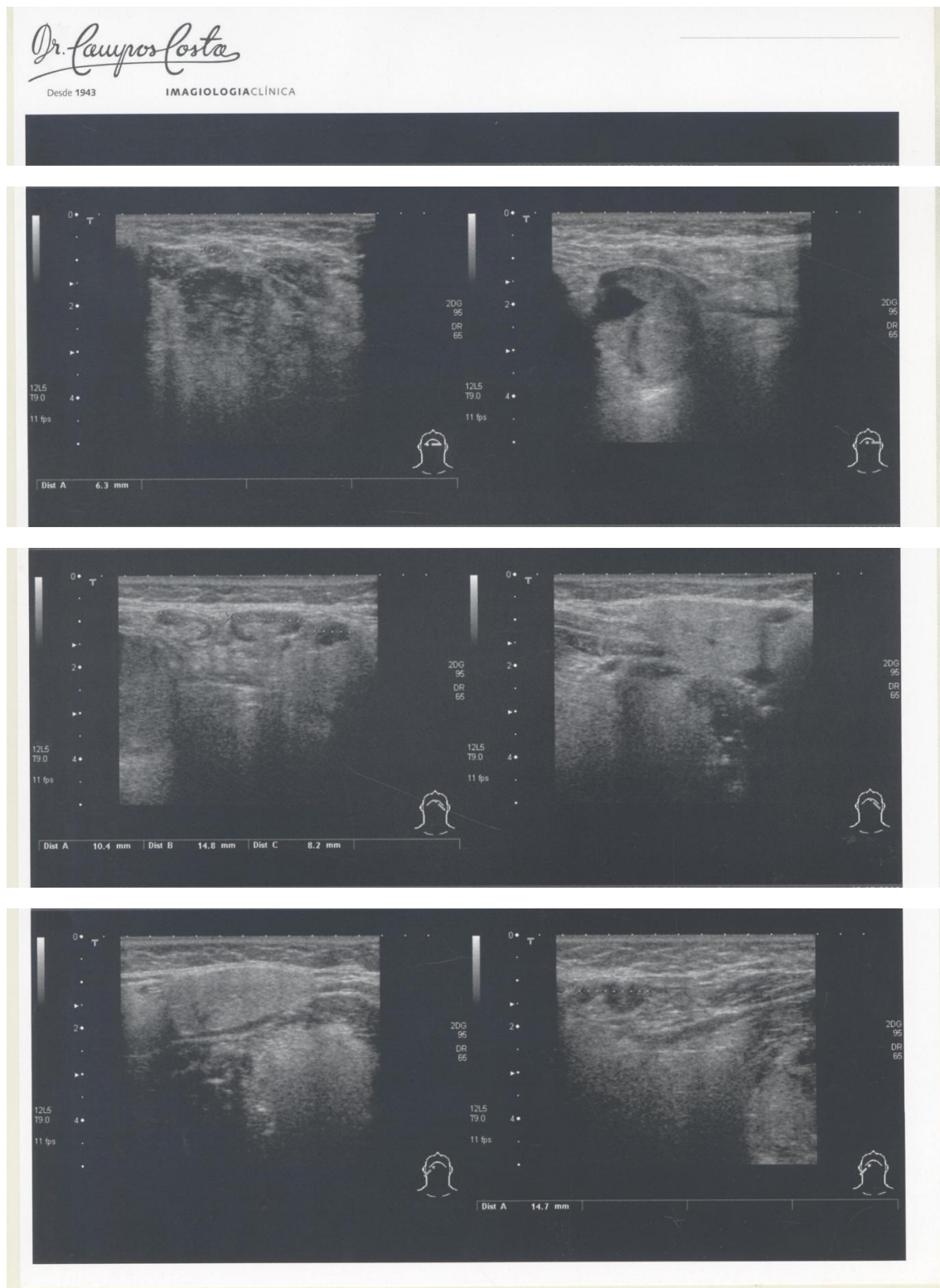
Mar. 2010/00





Anexo 3 a) – Caso clínico 2 – Ecografia das glândulas sublinguais I





**Anexo 3 b) – Caso clínico 2 – Ecografia das glândulas sublinguais II**

*Dr. Campos Costa*

Desde 1943

IMAGIOLOGIA

Porto, 22 de Março de 2010

**CORPO CLÍNICO**

**DIRECÇÃO**

RICARDO CAMPOS COSTA

**RADIOLOGIA**

A. MIRANDA RODRIGUES

ALBERTO VIEIRA

A. CÔRTE-REAL

ANA ALVES

ANABELA BRAGA

ANABELA SILVA

CARLOS MAIA

J. ROCHA DE ALMEIDA

LÍDIA TEIXEIRA

LUÍSA REIS

MAFALDA FERRAZ

MANUELA DELGADO

MÁRIO COSTA

PAULO PINHAL

RICARDO SAMPAIO

ROSÁLIA COSTA

TERESA BACELAR

**NEURORRADIOLOGIA**

ALEXANDRA LOPES

ALFREDO STOCKER

ARMANDO SOUSA

CLÁUDIA PEREIRA

CRISTIANA VASCONCELOS

JOSÉ FONSECA

M. CASIMIRO MILHEIRO

NUNO CANTO MOREIRA

NUNO SOUSA

TERESA CAIXEIRO

VIRIATO ALVES

**MEDICINA NUCLEAR**

ELISA BOTELHO

FLÁVIA FONTES

**ANESTESIA**

PAULO RAMOS

**FUNÇÃO ASPIRATIVA DA REGIÃO SUBLINGUAL ESQUERDA**

(Guiada por ecografia)

**MOTIVO:** Formação grosseiramente ovóide de 29x27mm, localizada nos planos sublinguais da metade esquerda.

**RELATÓRIO:**

Após localização ecográfica da referida formação, foi efectuada punção aspirativa.

Em anexo enviamos uma película registando o respectivo procedimento, para além do estudo citológico (Dr. Macedo Dias), cujo texto parcialmente transcrevemos:

"...tumor epitelial compatível com tumor de glândula salivar, a classificar por exame histológico."

Com os melhores cumprimentos do colega

J. Rocha Almeida

Anexo: 1 película  
AC/RA

Relatório: 1135560

Pag. 1/1

PORTO  
RUA DE AVIS, 39 - 1º - 2º - 3º  
4050-075 PORTO  
MARCAÇÕES E LEVANTAMENTO  
APOIO E INFORMAÇÕES  
Rua da Esférica 76 40150-746 Porto

SANTO TIRO  
RUA 5 DE OUTUBRO, 92  
4780-501 SANTO TIRO

TLF. 252 860 150 FAX 252 833 935

PAREDES  
AV. DR. FRANCISCO SÁ CARNEIRO, 7  
4580-104 PAREDES

TLF. 255 780 450 FAX. 255 780 459

SÃO JOÃO DA MADEIRA  
RUA DR. SÁ CARNEIRO, 220  
3700-254 SÃO JOÃO DA MADEIRA

TLF. 256 837 160 FAX 256 837 169


SANTA MARIA DA FEIRA  
RUA DR. ALCIDES STRECHT MONTEIRO, 55  
4520-179 SANTA MARIA DA FEIRA


TLF. 256 377 750 FAX 256 377 759

VIANA DO CASTELO  
RUA DE MONSERRATE, 268, BL. B LI. 3  
4900-355 VIANA DO CASTELO

TLF. 258 813 437 FAX 258 813 449

57/01





TOPOGRAFIA: Boca

INFORMAÇÃO CLÍNICA: *Tumefacção sublingual c/ 29mm*

---

**CITOLOGIA ASPIRATIVA POR AGULHA FINA**

---


**MACROSCOPIA:**  
Esfregaços (lâminas).

**MICROSCOPIA:**  
Observa-se sangue e vários agrupamentos coesos de células epiteliais de núcleos ovoides e regulares com cromatina finamente dispersa e sem nucleolos.  
Não se observam atipias suspeitas

**CONCLUSÃO:**  
**Quadro citológico de tumor epitelial compatível com tumor de glandula salivar, a classificar por exame histológico.**

*Informação importante: Os achados citológicos negativos ou inconclusivos não devem ser interpretados como um diagnóstico definitivo, se houver suspeita clínica de neoplasia maligna.*

Macedo Dias  
anatomopatologista(s)

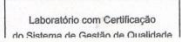


**Dr. Macedo Dias Laboratório de Anatomia Patológica, S.A.**  
Capital Social - 190.000€  
CRC Porto 49219  
NIF 502 613 653

**Sede:**  
Rua da Constituição, 668 - 1.º  
4200 - 194 Porto  
Tel. 22 550 89 17  
Fax 22 509 68 64  
Tlm. 93 423 55 76

Av. Ant. Augusto Aguiar,  
24 - 2.º Drc.º  
1050 - 016 Lisboa  
Tel. 21 352 66 61  
Fax 21 355 47 16

E-mail: geral@macedo-dias.pt  
www.macedo-dias.pt



Anexo 5 – Caso clínico 2 – Relatório da citologia aspirativa por agulha fina

**U. PORTO**



FACULDADE DE  
MEDICINA DENTÁRIA  
UNIVERSIDADE DO PORTO