

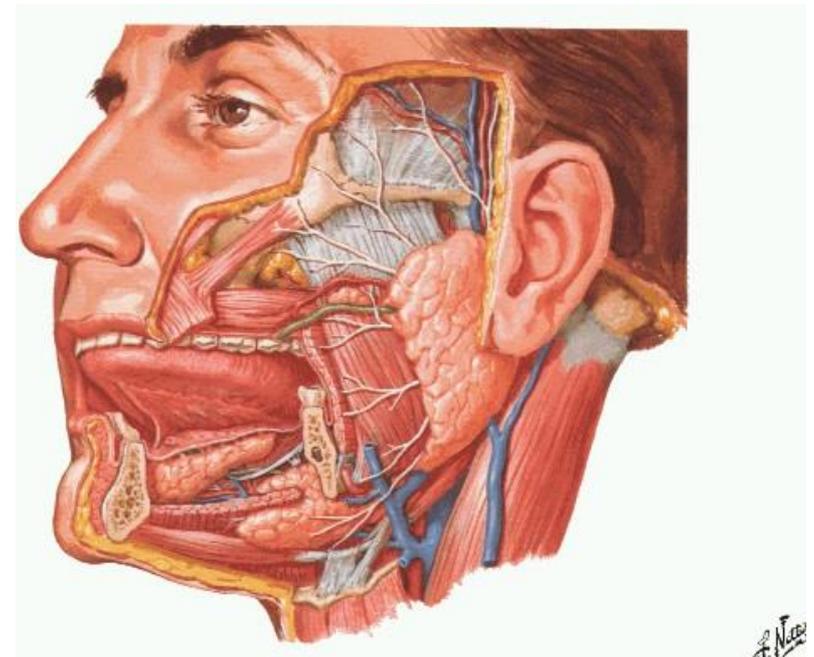


TUMORES DE GLÂNDULAS SALIVARES

Humberto Brito – R3 CCP

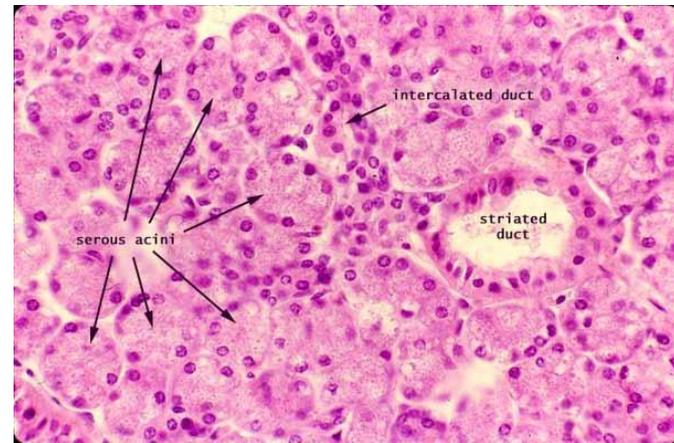
INTRODUÇÃO

- Anatomia
 - Glândulas salivares maiores
 - Glândulas salivares menores - trato aerodigestivo superior



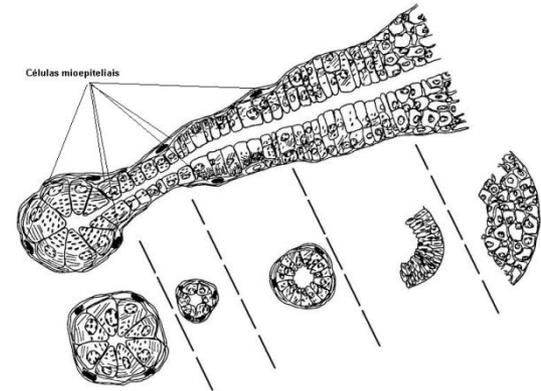
INTRODUÇÃO

- Histologia
 - Glândulas exócrinas
 - Porção ductal
 - Porção acinar
 - Mucosa -> sialomucina reguladora de pH e glicoproteínas (filme lubrificante)
 - Serosa -> secreção mais fluida, rica em alfa-amilase
 - Mista
 - Células mioepiteliais
 - Céls. adiposas-> parótida

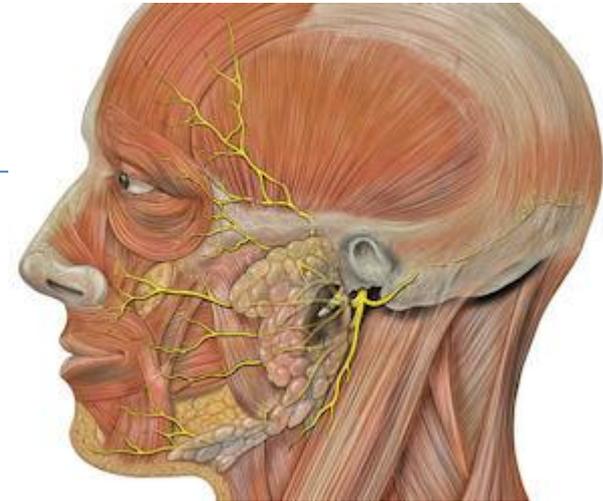


INTRODUÇÃO

- Histologia
 - Ductos
 - Células luminares internamente
 - Células basais externamente
 - Glândulas sebáceas presentes nos ductos das glândulas parótidas e submandibulares



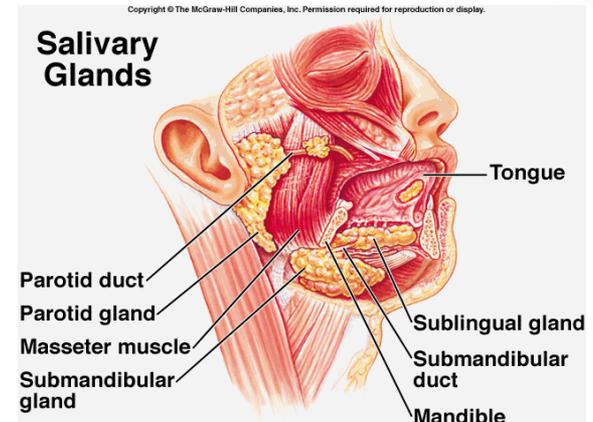
INTRODUÇÃO



- Histologia
 - Gl. parótida
 - Secreção de amilase (ácinos serosos apenas)
 - Presença de linfonodos peri e intra-glandulares
 - Presença de adipócitos
 - Estrutura muito semelhante ao parênquima pancreático (ácinos) do qual difere pela presença dos adipócitos

INTRODUÇÃO

- Histologia
 - Gl. Submandibulares
 - Ácinos serosos (amilase) na maioria, mas alguns são mucosos (sialomucina)
 - Gl. Sublingual
 - Ácinos Mucosos (sialomucina) na maioria, mas alguns são serosos



INTRODUÇÃO

- Histologia
 - Gl. Salivares menores
 - Gl. de von Ebner (região dorso-lateral da língua): produção de amilase
 - Pálato e base da língua: produção de sialomucina
 - Lábios, bochechas e ponta da língua: produção igual de amilase e sialomucina

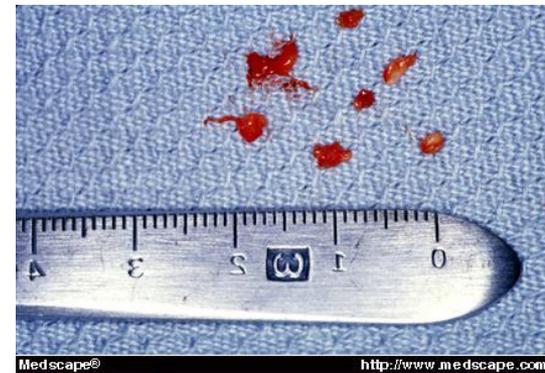


Fig.: Biópsia de pequenas glândulas salivares para pesquisa de Xerostomia

INTRODUÇÃO

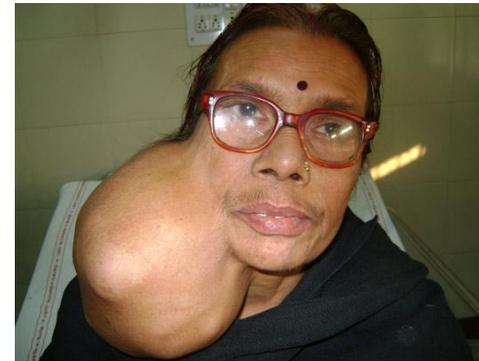
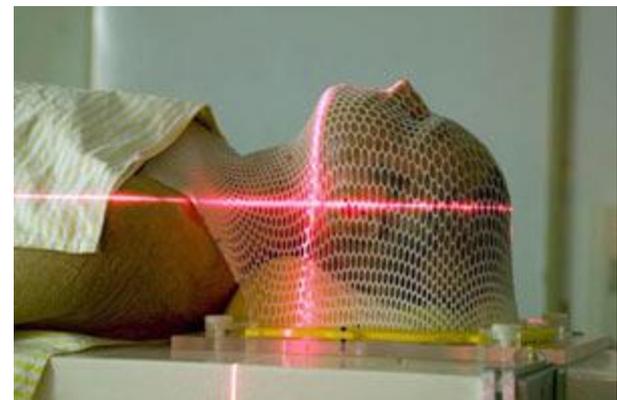


Fig.: Adenoma pleomórfico de parótida com 25 anos de evolução (India)

- Tumores
 - Podem surgir de qualquer um dos tipos celulares anteriormente citados ou em um mesmo tumor estarem contidos mais de um tipo celular
 - Frequência de acometimento: parótida (70%) > glândula submandibular (22%) > pelas glândulas salivares menores (8%) > sublingual (raro)
 - Proporção benignos/malignos= 3/1

EPIDEMIOLOGIA

- Malignidade em:
 - 25% dos tumores das parótidas,
 - 50% dos tumores das submandibulares
 - 81% dos tumores das salivares menores
 - 90% das sublinguais
- Fatores de riscos:
 - Pouco conhecidos
 - Irradiação prévia
 - Poeira de madeira
 - Sem relação com álcool/tabaco



EPIDEMIOLOGIA – TUMORES MALIGNOS

- Incidência global anual 1 caso/100.000 hab
- 3% dos tumores malignos de cabeça e pescoço
- Mais frequente após os 50 anos
- Maior prevalência em homens 1,2:1
- O mais comum da glândula Parótida é o carcinoma mucoepidermóide.
- O carcinoma adenóide cístico é o mais frequente da glândula submandibular e das glândulas salivares menores
- TU em gl.sublingual geralmente é maligno

QUADRO CLÍNICO



- Massa única, de crescimento lento e assintomática
 - Dor presente em 10-29% dos TU na parótida e em 6,5% na submandibular
 - Disfunção do n. facial em 10-15% das lesões na parótida
 - Em glândulas menores podem apresentar-se como nódulo/úlceras oral (CEC-like)
- Tendência de metástase linfonodal (TU malignos e adenoma pleomórfico)

EXAMES PARA AVALIAÇÃO



- Exame físico
 - Fixação do tumor, indefinição às estruturas adjacentes e paralisia facial sugerem malignidade
- PAAF
 - Sempre indicada pois o tipo de tumor modifica a conduta cirúrgica
 - Baixa sensibilidade, mas alta especificidade para tumores malignos

EXAMES PARA AVALIAÇÃO

•PAAF

- Confiável para lesões benignas mais comuns: adenoma pleomórfico e TU de Warthin
- Tumores benignos: sensibilidade (87,9%) e especificidade (85,7%)
- Tumores malignos: sensibilidade (42,9%) e especificidade (98,3%)
- 12% de falso negativos para malignidade

EXAMES PARA AVALIAÇÃO

- PAAF
 - Portanto somente os achados positivos para malignidade devem efetivamente ser considerados
- Biópsia de congelação
 - Indicada especialmente nos casos de PAAF negativa para malignidade
 - Sensibilidade de 69%, especificidade de 96% na detecção de malignidade



EXAMES PARA AVALIAÇÃO

- Imagem
 - USG para avaliação linfonodal
 - TC e RNM para avaliação de estruturas vizinhas e tumores de lobo profundo de parótida



Tumores Benignos das Glândulas Salivares



TUMORES BENIGNOS

Adenoma pleomórfico

Tumor de Warthin

Adenoma monomórfico

Oncocitoma

Hemangioma

Lesão linfoepitelial benigna

Lipoma

INTRODUÇÃO

- Adenoma Pleomórfico (AP)
 - Grande variedade de tipos celulares presentes no mesmo tumor (epiteliais, mioepiteliais e mesenquimais envoltos em estroma mixóide, condróide ou osteóide)
 - 2/3 de todos os tumores das gl. Salivares
 - 80% dos AP localizam-se nas parótidas, 10% nas gl. Salivares menores (palato) e 5% na gls. submandibulares

INTRODUÇÃO

- Adenoma Pleomórfico (AP)
 - Alta taxa de recorrência (30%) devido a extensões “pseudopodes” em tecidos vizinhos
 - Na parótida 90% dos AP localizam-se em lobo superficial
 - Tratamento: Exérese da lesão com margens e dissecação e preservação no n. facial, as vezes sendo necessária parotidectomia superficial completa - mas não é mais a regra

INTRODUÇÃO

- Adenoma Pleomórfico (AP)
 - Transformação para carcinoma ex-adenoma pleomórfico relacionada a inativação do anti oncogene p53 inerente e particular a cada indivíduo

INTRODUÇÃO

- Tumor de Warthin
 - *sin.*: Cistoadenoma papilar linfomatoso
 - 2ª neoplasia benigna mais comum nas gl.salivares
 - Ocorrem na extrema maioria em parótidas
 - Polo inferior
 - 10% bilateral
 - Tem relação com o fumo



INTRODUÇÃO

- Tumor de Warthin
 - Tratamento: excisão cirúrgica completa semelhante ao AP
 - Em idosos e/ou debilitados pode-se fazer aspirações seriadas e acompanhamento clínico

INTRODUÇÃO

- Adenoma Monomórfico (AM)
 - 1-3% das neoplasias das gl. Salivares
 - O mais comum é o de células basais
 - AM de células claras
 - Tratamento: excisão com margens adequadas

INTRODUÇÃO

- Oncocitomas
 - <1% das neoplasias de gl. Salivares
 - Mais localizados na parótida (lobo superficial)
 - Rara a malignização
 - Detectada apenas por histopatologia, citologia ineficaz na diferenciação
 - Tratamento: excisão com margens e dissecação e preservação do n. facial

INTRODUÇÃO

- Hemangiomas
 - Tumores mais comuns do tecido conjuntivo das glândulas salivares
 - É o tumor salivar mais comum da infância
 - Detectados na maioria no 1º ano
 - A maioria involui espontaneamente
 - Tratamento clínico indicado se hemorragia/sintomas obstrutivos
 - Cirurgia raramente indicada



Tumores Malignos das Glândulas Salivares

TUMORES MALIGNOS

Carcinoma muco epidermóide
Carcinoma adenóide cístico
Carcinoma de células acinares
Adenocarcinoma polimórfico de baixo grau
Carcinoma epidermóide
Carcinoma ex adenoma pleomórfico
Carcinoma sebáceo
Cistoadenocarcinoma papilar
Adenocarcinoma mucinoso
Carcinoma oncocítico
Carcinoma de ducto salivar
Carcinoma mioepitelial
Adenocarcinoma de células basais
Carcinoma epitelial-mioepitelial
Carcinoma de pequenas células
Outros carcinomas

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma muco epidermóide (CME)
 - Tumor maligno salivar mais frequente
 - ½ deles em parótida e maioria do restante nas gl.salivares menores
 - Grau histológico relacionado ao prognóstico(baixo, intermediário e alto) e influencia o tratamento

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma muco epidermóide (CME)
 - Alto grau
 - Sintomas frequentes: paralisia facial, dor e massa cervical
 - Recorrência local pós cirúrgica de: 60%
 - Mx linfonodais: 40-70%
 - Mx distância: 30%
 - Sobrevida em 5 anos: 30-50%



TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma muco epidermóide (CME)
 - Alto grau
 - Tratamento: Excisão ampla + EC + RT
 - Alguns autores preferem a parótidectomia radical e outros advogam a tentativa de dissecação do n. facial

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma muco epidermóide (CME)
 - Baixo grau
 - Normalmente assintomático
 - Mx nodais e a distância raras
 - Sobrevida em 5 anos 80-95%
 - Tratamento: excisão cirúrgica com margens amplas
 - EC + RT adjuvante somente se evidencia de Mx cervical, invasão óssea ou neural e extravasamento extra-glandular

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma adenóide cístico (CAC)
 - Segundo tumor salivar maligno mais frequente
 - Tu maligno mais comum das gls. submandibulares e menores.
 - Tem como característica a invasão perineural
 - Parestesias e paralisias (sem dor)

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma adenóide cístico (CAC)
 - Variantes histológicas
 - Tubular } Baixo grau
 - Cribiforme } Baixo grau
 - Sólido → Alto grau
 - Baixo grau: crescimento mais lento e Mx a distancia menos frequentes
 - A sobrevida nos primeiros 10 anos é melhor nos de baixo grau, mas **dos 15-20 anos se igualam em 30%** tanto para os de baixo como de alto grau

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma adenóide cístico (CAC)
 - Tratamento: excisão com margens amplas + EC de rotina em todos os casos (baixo e alto graus) + RT

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma de células acinares
 - 1-3% dos tumores de glandulas salivares
 - Maioria localizados em parótidas
 - 12-17% dos tumores malignos da parótida
 - Comportamento variável (indolente a agressivo com Mx à distância)
 - Tratamento: excisão com margens amplas + EC (II e III) + RT

- Sobrevida →

5 ANOS	76%
10 ANOS	63%
15 ANOS	55%

TUMORES MALIGNOS

- Adenocarcinoma polimórfico de baixo grau
 - Mais frequente nas gl.salivares menores da cavidade oral (pálato)
 - Lesões circunscritas de crescimento lento e assintomática na grande maioria
 - Tratamento: Excisão cirúrgica sem EC de rotina
 - Em revisão de 200 casos 17% de recorrência local e 9% de Mx linfonodal

TUMORES MALIGNOS



- Carcinoma epidermóide
 - Ocorre em parótidas e submandibulares
 - Raro como lesão primária
 - Quando Dx procurar o TU primário (pele/mucosa)
 - Tratamento: excisão com margens amplas + EC + RT
 - Sobrevida(TU primário de gl.salivar): 45% em 5 anos

TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma ex-adenoma pleomórfico
 - Malignização do componente epitelial do AP
 - O risco de malignização varia de 1,5-9,5% em lesões de AP entre os 5-15 anos de evolução
 - Comportamento mais agressivo que o normal esperado para outros TU malignos de gl.salivares
 - Sobrevida de 24% em 10 anos



TUMORES MALIGNOS

- Carcinoma ex-adenoma pleomórfico
 - Tratamento: excisão com margens amplas + EC + RT



BIBLIOGRAFIA

- 1-Fatima Aly. **Salivary glands normal histology** 2004-2010, PathologyOutlines.com, Inc <http://www.pathologyoutlines.com/topic/salivaryglandsnormalhistology.html>
- 2-Filho, J. A. X. **Neoplasias Benignas das Glândulas Salivares** International Archives of Otorhinolaryngology, Ano: 2002 Vol. 6 Num. 3 - Jul/Set - (10º)
- 3-Brockstein, B; Masters, G. **Head and neck cancer** Kluwer Academic Publishers New York, 2004, pg158-161
- 4-Ellis GL, Auclair PL. **Tumors of the salivary glands**. 3rd ed. Armed Forces Institute of Pathology: Washington; 1996.
- 5-Fitzpatrick P., Black K.M., **Salivary gland tumors**. J Otolaryngol.1985 Oct;14(5):296-300.
- 6-INCA, Conduas – **Tumores de glandulas salivares** -Revista Brasileira de Cancerologia, 2002, 48(1): 9-12
- 7-Önerci, T.M., **DIAGNOSIS IN OTORHINOLARYNGOLOGY** 2010, Chapter 3(Salivary Glands), 147-150
- 8-Spitz, M.R. et al. **Risk Factors for Major Salivary Gland Carcinoma**. CANCER November 1 1984 VOL. 54
- 9-Brockstein, B; Masters, G. **Head and neck cancer** Kluwer Academic Publishers New York, 2004, pg158-161



BIBLIOGRAFIA

- 10-Shaha AR, Webber C, DiMaio T, Jaffe BM. – **Needle aspiration in salivary gland lesions.** Am.J.Surg. 1990;160:373-6.
- 11-Gonçalves, A.J. **Punção aspirativa nos tumores das glândulas salivares: especificidade e sensibilidade** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.53 no.3 São Paulo May/June 2007
- 12-Van der Wal JE, Leverstein H, Snow GB, Kraaijenhagen HA, Van der Waal I. **Parotid gland tumors: histologic reevaluation and reclassification of 478 cases.** Head Neck 1998; 20:204-7.
- 13-Arbab AS, Koizumi K, Toyama K, et al. **Various imaging modalities for the detection of salivary gland lesions: the advantages of 201Tl SPET.** Nucl Med Commun. Mar 2000;21(3):277-84.
- 14-Howlett DC, Kesse KW, Hughes DV, Sallomi DF. **The role of imaging in the evaluation of parotid disease.** Clin Radiol. Aug 2002;57(8):692-701.
- 15-Carroll, W.R. & Morgan, C.E., **Diseases of the Salivary Glands** (chapter 62) in Snow J.B. & Ballenger, J.J. **Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery** 2003 BC Decker Inc
- 16-Chedid, H.M. et al **Tumor de Warthin da glândula parótida: estudo de 70 casos** Rev. Col. Bras. Cir. vol.38 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2011



BIBLIOGRAFIA

- 17-Brockstein, B; Masters, G. **Head and neck cancer** Kluwer Academic Publishers New York, 2004, pg158-161
- 18-Spiro RH. **Salivary neoplasms: an overview of a 35-year experience with 2807 patients.** Head Neck 1986;8:177–84.
- 19-Spiro RH, Huvos AF, Strong EW. **Acinic cell carcinoma of salivary origin: a clinical pathologic study of 67 cases.** Cancer 1978;41:924–35.
- 20-Vincent SD, Hammond HL, Finkelstein MW. **Clinical and therapeutic features of polymorphous lowgrade adenocarcinoma.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1994;77:41–7.
- 21-Rice DH. **Malignant salivary gland neoplasms.** Otolaryngol Clin North Am 1999; 32:875–86. Pathol Oral Radiol Endod 1994;77:41–7.
- 22-Seifert G, Sobin LH. **The World Health Organization's Histological Classification of Salivary Gland Tumors. A commentary on the second edition.** Cancer 1992;70:379–85.