

Adenoma Canalicular em Lábio Superior

Canalicular Adenoma in Upper Lip

Priscila L. R. LEÃO¹; Polyana A. CARDOSO²; Rodrigo V. SOARES³; Martinho C. R. HORTA⁴; Paulo E. A. SOUZA⁴

1 - Mestranda em Clínicas Odontológicas, Curso de Mestrado Acadêmico, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas);

2 - Graduada em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas);

3 - Doutor em Biologia Oral pela Boston University (BU). Professor do Curso de Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas);

4 - Doutor em Patologia Bucal pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor do Curso de Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas).

RESUMO

O adenoma canalicular é uma neoplasia benigna incomum de glândulas salivares, que acomete principalmente as glândulas menores, com acentuada predileção pelo lábio superior. Essa neoplasia é mais prevalente em pacientes do sexo feminino, acima de 50 anos de idade. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico

de adenoma canalicular no lábio superior de uma paciente de 68 anos de idade, bem como rever a literatura pertinente. As características clínicas, hipóteses de diagnóstico, histopatologia, tratamento e prognóstico dessa neoplasia são apresentados e discutidos.

PALAVRAS-CHAVE: Adenoma Canalicular; Neoplasia de glândula salivar; Tumor benigno.

INTRODUÇÃO

Os tumores de glândulas salivares formam um grupo heterogêneo de neoplasias, devido à variedade morfológica e aos diferentes comportamentos clínicos. Sua incidência global anual varia de 0,4 a 13,5 casos a cada 100,000 pessoas^{1,2}.

O adenoma canalicular é um tumor benigno que representa apenas 1% das neoplasias das glândulas salivares e aproximadamente 4% das neoplasias das glândulas salivares menores, sendo bastante rara sua ocorrência em glândulas salivares maiores^{1,3,4}. Acomete preferencialmente o lábio superior (que responde por aproximadamente 90% dos casos), seguido por locais menos frequentes como mucosa jugal, palato e parótida⁵⁻⁷. A maioria dos pacientes apresenta mais de 60 anos de idade e observa-se maior prevalência em pacientes do sexo feminino (1,2 a 1,8 mulheres para cada homem acometido)^{4,7,8}. Essa neoplasia normalmente é assintomática, localizada em plano profundo da mucosa, apresentando crescimento lento, coloração normal ou azulada e medindo até aproximadamente 2 centímetros. Em alguns casos, pode ser multifocal, com a ocorrência de múltiplos tumores que podem estar localizados em outros sítios, como o lábio superior e mucosa jugal⁶⁻¹¹.

Microscopicamente, o adenoma canalicular apresenta-se circunscrito, sendo composto por células epiteliais colunares ou cuboidais arrançadas em duas fileiras paralelas ora justapostas (formando cordões) ora separadas (formando canalículos). O estroma da neoplasia é constituído por tecido conjuntivo fibroso frouxo ricamente vascularizado^{7,8,11-14}.

O tratamento indicado para essa neoplasia é a excisão cirúrgica conservadora. As recidivas são raras, podendo inclusive representar casos de natureza multifocal^{7,8,11}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de adenoma canalicular em lábio superior, bem como rever a literatura pertinente. As características clínicas, hipóteses de diagnóstico, histopatologia, tratamento e prognóstico dessa neoplasia são apresentados e discutidos.

RELATO DE CASO

Uma paciente de 62 anos de idade, do sexo feminino, procurou a Clínica de Estomatologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) queixando-se de tumefação no lábio superior. A lesão havia sido percebida pela paciente há aproximadamente 5 anos e apresentava crescimento lento, sem sintomatologia dolorosa. Ao exame clínico extrabucal, foi observado aumento de volume no lábio superior direito (Figura 1A).

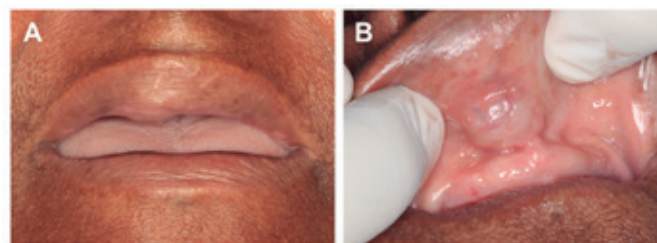


Figura 1 -Aspecto clínico da lesão. A. Exame clínico extra bucal: aumento de volume em lábio superior direito. B. Exame clínico intra bucal: nódulo séssil, de consistência firme, móvel, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro, localizado na mucosa labial superior direita.

O exame clínico intrabucal evidenciou a presença de um nódulo, de base séssil, consistência firme, móvel à palpação, localizado em plano profundo da mucosa labial superior direita,

recoberto por mucosa íntegra e de coloração normal, medindo aproximadamente 1 cm de diâmetro (Figura 1B). Diante dessas características, foram formuladas as hipóteses diagnósticas de neoplasia glandular, mucocele e neoplasia mesenquimal benigna. A conduta para diagnóstico e tratamento foi a realização de biópsia excisional (Figura 2), sob anestesia local. Durante a realização desse procedimento cirúrgico, observou-se que a lesão apresentava-se bem delimitada, sendo facilmente destacada do tecido normal.

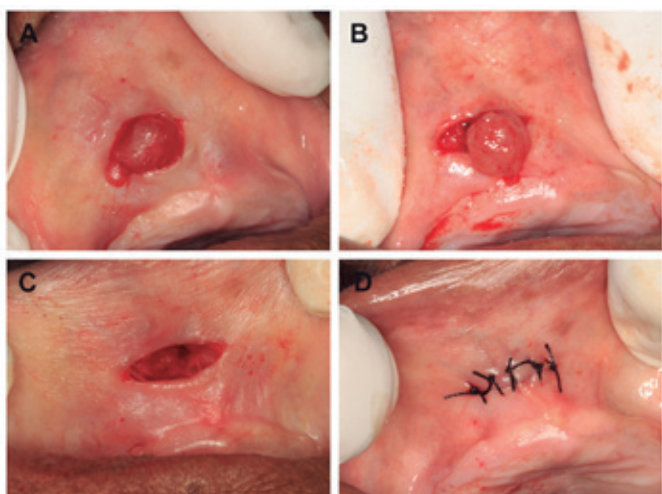


Figura 2 - Biópsia excisional. A. Aspecto da lesão após incisão e início da divulsão. B. Após a divulsão, a lesão foi facilmente destacada do tecido normal. C. Loja cirúrgica. D. Sutura.

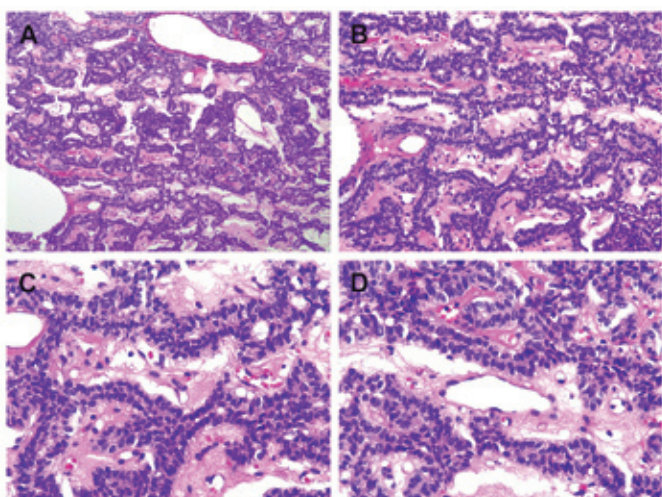


Figura 3 - Características histopatológicas da lesão. Proliferação de células epiteliais colunares e cuboidais, com núcleos basofílicos, dispostas em um padrão monomórfico de fileiras paralelas formando cordões e canalículos, permeadas por tecido conjuntivo fibroso frouxo pouco celularizado e ricamente vascularizado (A, HE 100X; B, HE 200X; C, HE 400X; D, HE 400X).

O material removido foi enviado para exame anatomopatológico no Laboratório de Patologia Bucal da PUC Minas. Os cortes histológicos, corados em hematoxilina e eosina (HE), mostraram neoplasia caracterizada pela proliferação de células epiteliais colunares e cuboidais com núcleos basofílicos, permeadas por estroma de tecido conjuntivo fibroso frouxo pouco celularizado

e ricamente vascularizado. As células neoplásicas encontravam-se dispostas em um padrão monomórfico de fileiras paralelas de uma única camada. Essas fileiras formavam cordões de duas camadas (quando justapostas), bem como canalículos (quando separadas) (Figura 3). O exame anatomopatológico estabeleceu o diagnóstico de adenoma canalicular.

A paciente está sendo acompanhada há 2 anos e não há sinais de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

As neoplasias de glândulas salivares são lesões incomuns, constituindo aproximadamente 3 a 10% de todos os tumores de cabeça e pescoço, embora essa prevalência possa variar geograficamente de forma significativa^{7,11}.

Um estudo realizado na China avaliou 1176 tumores de glândulas salivares e a maioria das lesões encontradas foi de natureza benigna, correspondendo 75,4% dos casos⁷. Outro estudo, de 366 casos, realizado no Irã, corroborou essa prevalência de tumores benignos comparados aos tumores malignos, correspondendo a 67,8% e 32,2%, respectivamente². O adenoma canalicular é considerado relativamente raro em relação a todos os tumores de glândulas salivares menores, com frequência de 5,6%⁸. No Brasil, um estudo de 496 tumores de glândulas salivares mostrou frequência de apenas 0,4% para essa neoplasia¹³. Não obstante, esse tumor representa a terceira neoplasia benigna de glândulas salivares mais comuns^{11,13}. Essas diferenças na prevalência podem estar relacionadas à variação racial, ambiental e geográfica^{2,7,8,10,11,13}.

Os tumores de glândulas salivares menores apresentam maior acometimento de indivíduos do sexo feminino, ocorrendo em uma proporção de 2,3:1^{2,10}. O adenoma canalicular, assim como a maioria das neoplasias benignas de glândulas salivares menores, também apresenta discreta predileção pelo sexo feminino^{2,7,8,11}.

Em relação à faixa etária, a maior parte das neoplasias de glândulas salivares menores é diagnosticada entre a terceira e a sétima décadas de vida, tendo como pico de prevalência a sexta e sétima décadas^{2,7,8,10}. O adenoma canalicular acomete preferencialmente indivíduos na sexta e sétima décadas de vida^{2,7,8,10}, assim como observado no caso clínico relatado. Além da faixa etária, a localização anatômica, o sexo e as características da lesão apresentada neste artigo estão de acordo com os achados na literatura.

Clinicamente, neoplasias de glândulas salivares benignas e malignas podem apresentar características semelhantes. Para o estabelecimento do diagnóstico, devem ser realizados biópsia e exame anatomopatológico. Outra modalidade de auxílio ao diagnóstico que pode ser utilizada é a punção biópsia, também denominada de punção aspirativa por agulha fina, principalmente em lesões na glândula parótida^{3,5,14}.

O adenoma canalicular apresenta um aspecto microscópico característico, marcado pela presença de células epiteliais cuboidais ou colunares dispostas em um padrão monomórfico de uma camada de células, formando cordões e canalículos, em meio a estroma conjuntivo fibroso frouxo pouco celularizado e ricamente vascularizado^{3,5,6,9,15}. Os diagnósticos diferenciais histopatológicos mais relevantes são adenoma de células basais e carcinoma adenoide cístico¹. A realização de painel imunoisto-

químico pode auxiliar o diagnóstico, já que esta técnica permite uma melhor compreensão da histogênese do tumor^{7,14,15}. O perfil imunoistoquímico do adenoma canalicular reflete sua origem do ducto excretor das glândulas salivares: intensa positividade para citoqueratina 13, negatividade para vimentina e positividade ocasional para citoqueratina 14 (especialmente em células localizadas basalmente)¹⁴.

O adenoma canalicular é usualmente tratado com remoção cirúrgica conservadora e lesões menores podem ser completamente removidas por meio de biópsia excisional. O prognóstico é favorável, apresentando raras recidivas. Embora não haja evidências de transformação maligna, um longo período de acompanhamento é recomendado, devido a possibilidade de recorrência e de lesões de natureza multifocal^{5,6,9,12,14}. No caso relatado, a paciente está em acompanhamento clínico há dois anos, sem sinais de recidiva.

CONCLUSÃO

O adenoma canalicular é um tumor incomum de glândulas salivares e a compreensão de suas características clínicas e histológicas é imprescindível para o adequado diagnóstico e tratamento. O caso relatado contribui para o conhecimento das características dessa neoplasia.

REFERÊNCIAS

- Barnes L, Everson JW, Richart P, Sidransky D. Tumours of the Salivary Glands. In: World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Head and Neck Tumors. Lyon: IARC Press; 2005. p. 210-281.
- Ashkavandi ZJ, Ashraf MJ, Moshaverinia M. Salivary Gland Tumors: A Clinicopathologic Study of 366 Cases in Southern Iran. *Asian Pacific J of Cancer Prev*. 2013; 14(1): 27-30.
- Matsuzaka K, Murakami S, Shimono M, et al. Canalicular adenoma arising in the upper lip: review of the pathological findings. *Bull Tokyo Dent Coll*. 2004; 45(4): 229-233.
- Wang D, Li Y, He H, Liu L, Wu L, He Z. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007; 104(1): 94-100.
- Santos CO, Faria PF, Damante JH, Consolaro A. Asymptomatic nodules of the upper lip: report of a canalicular adenoma with immunoprofile presentation. *Gerodontology*. 2012; 29(2): e1121-e1124.
- Tyralik D, Gawron AD, Rys J. Canalicular adenoma of the upper lip. *Pol J Pathol*. 2013; 64(1): 71-74.
- Wang YL, Zhu YX, Chen TZ, et al. Clinicopathologic study of 1176 salivary gland tumors in a Chinese population: Experience of one cancer center 1997-2007. *Acta Otolaryngol*. 2012; 132(8): 879-886.
- Vicente OP, Marqués NA, Aytés L.A, Escoda CG. Minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 18 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(9): e582-e588.
- Cohen D, Bhattacharyya I. Case of the month. Canalicular adenoma (benign salivary gland tumor). *Today's FDA*. 2008; 20(6): 13-15.
- Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of intraoral minor salivary gland tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. *J Oral Pathol Med*. 2007; 36(4): 207-214.
- Nóbrega MQR, Lopes LJ, Cardoso RG, et al. Neoplasias de glândulas salivares menores: estudo retrospectivo de 83 casos. *Rev Gaucha Odontol*. 2010; 58(3): 357-362.
- Prem CD, Narmadha P, Tippoo R, et al. Canalicular adenoma of salivary gland. *J of Evol of Med and Dent Sci*. 2013; 2: 32.
- Ito FA, Ito K, Vargas PA, Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 34(5): 533-536.
- Souza MSO, Araújo NS, Corrêa L, Soubhia AMP, Araújo VC. Immunohistochemical aspects of basal cell adenoma and canalicular adenoma of salivary glands. *Oral Oncol*. 2001; 37(4): 365-368.
- Huebner TA, Almubarak H, Drachenberg CB, Papadimitriou JC. Canalicular adenoma - search for the cell of origin: ultrastructural and immunohistochemical analysis of 7 cases and review of the literature. *Ultrastruct Pathol*. 2014; 38(2): 74-82.

ABSTRACT

The canalicular adenoma is a rare benign salivary gland tumor that affects mainly the minor glands, with a marked predilection for the upper lip. This tumor is more prevalent in female patients above 50 years old. The objective of this study is to report on a case of canalicular adenoma in the upper lip

of a 68 years old female patient and to review the pertinent literature. The clinical features, diagnostic hypotheses, histopathology, treatment and prognosis of this tumor are presented and discussed.

KEYWORDS: Canalicular adenoma; Salivary gland tumours; Benign tumours.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Priscila Laíza Rubim Leão

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500. Prédio 46, sala 101.

Coração Eucarístico. Belo Horizonte. Minas Gerais. Brasil.

CEP: 30535-901.

Telefone: (55) 31 34715103

E-mail: priscilarubim_8@hotmail.com