

Tumores das glândulas salivares

Elsa Rosado¹, Willian Schmitt¹, Miguel Campo², Ana Germano¹

1. Serviço de Imagiologia 2. Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE

1 Epidemiologia

3% de todos os tumores
1% tumores malignos da cabeça e pescoço
80% surgem na parótida
80% são benignos

Parótida: 15-32% malignos
Submandibular: 41-45% malignos
Sublinguais e minor: 70-90% malignos

2 Clínica

Tumores benignos:

- massa palpável indolor

Tumores malignos:

- consistência pétrea
- dor
- parésia do facial (parótida)
- adenomegalias palpáveis

3 Imagiologia

Sinais sugestivos de malignidade:

- Estrutura heterogênea
- Contornos irregulares

Sinais definitivos de malignidade:

- Infiltração do espaço parafaríngeo, músculos ou osso
- Disseminação peri-neural

Ecografia:

Detecção e localização da lesão
Avaliação dos contornos e da estrutura

TC:

Diagnóstico diferencial com doença inflamatória (abscesso, cálculos, parotidite)
Detecção de calcificações
Padrão de captação de contraste

RM:

Avaliação da extensão da lesão (invasão dos tecidos adjacentes, disseminação perineural, invasão meníngea).

4 Tumores benignos

Adenoma pleomórfico:

- Tumores pequenos: homogêneos
- Tumores maiores: heterogêneos
- Podem conter calcificações
- Contornos lobulados
- Exofíticos ou pedunculados

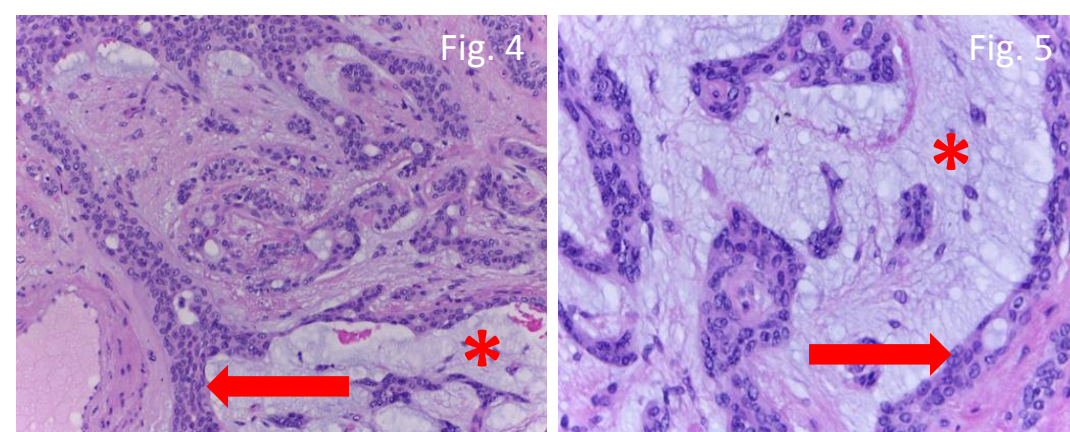


Fig. 4 e 5: Histologia de adenoma pleomórfico, coloração HE, ampliação de 20x (Fig. 4) e 40x (Fig. 5), demonstrando componente epitelial (seta) e componente mesenquimatoso (*) típicos deste tumor

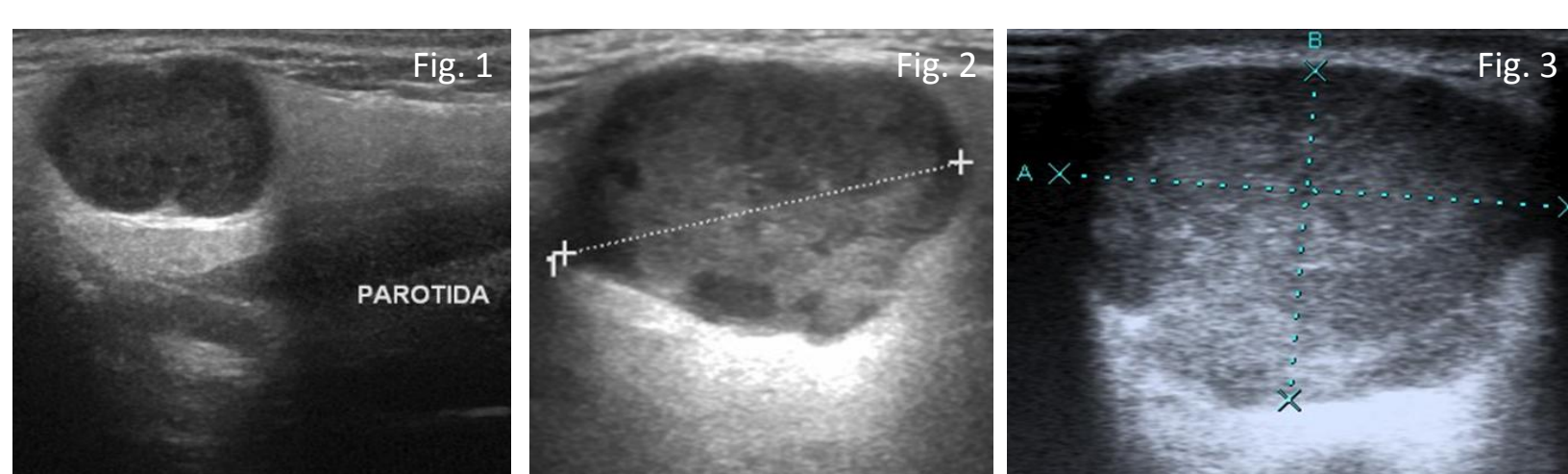


Fig. 1, 2 e 3: Ecografia de adenoma pleomórfico da parótida em 3 doentes diferentes, com tamanho e heterogeneidade crescentes de 1 para 3

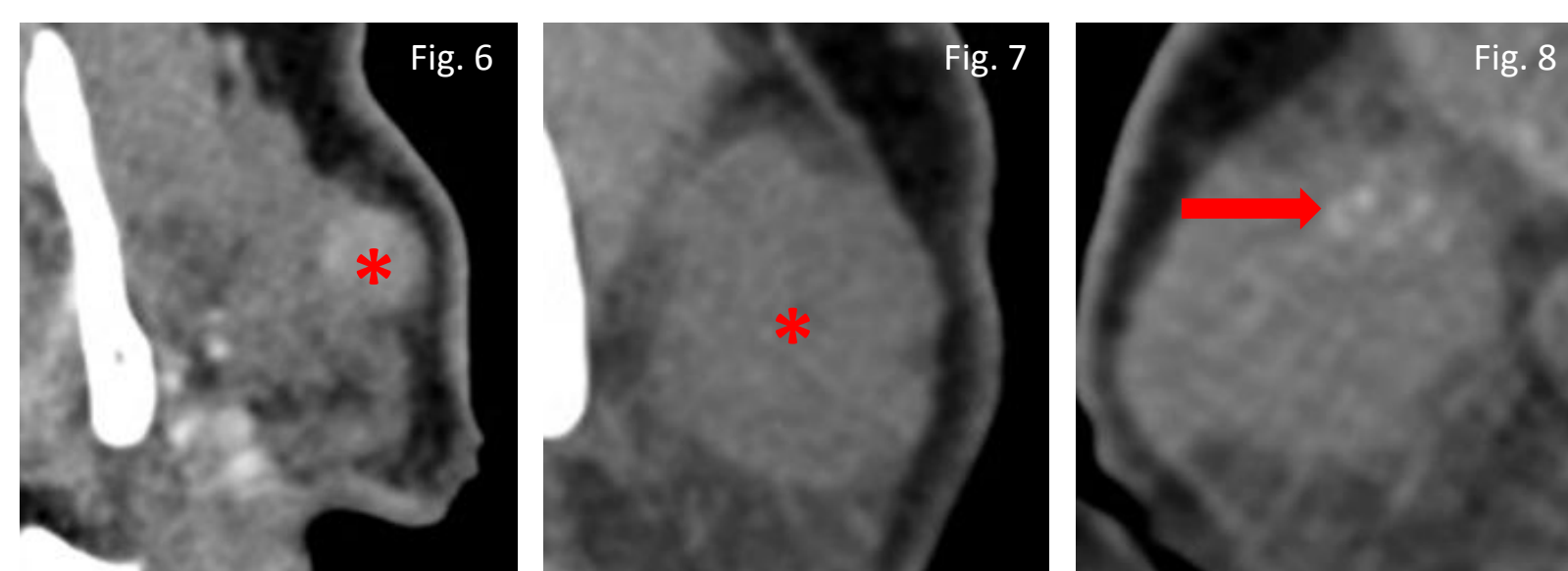


Fig. 6: TC com contraste, adenoma pleomórfico parcialmente exofítico (*). Fig. 7: TC, adenoma pleomórfico com contornos lobulados (*). Fig. 8: TC, adenoma pleomórfico com microcalcificações (seta)

Tumor de Warthin:

- Lesões bem delimitadas
- Áreas quísticas e áreas sólidas
- Múltiplos e bilaterais
- Podem conter calcificações
- Localização na cauda da parótida

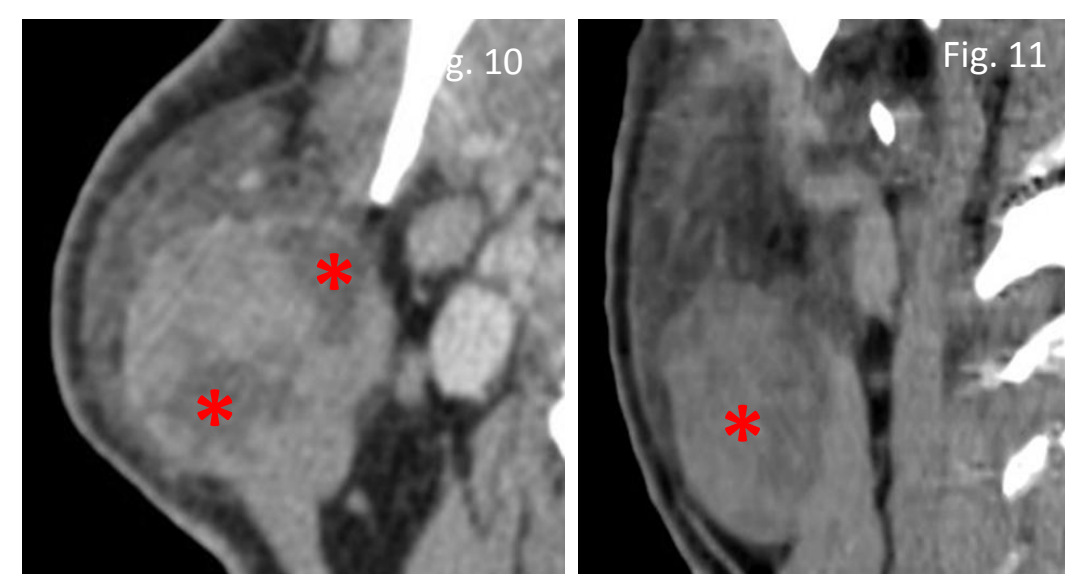


Fig. 10: TC com contraste, tumor de Warthin heterogêneo, com áreas quísticas (*) e sólidas. Fig. 11: TC com contraste (reformatação coronal), tumor de Warthin com localização típica na cauda da parótida (*)

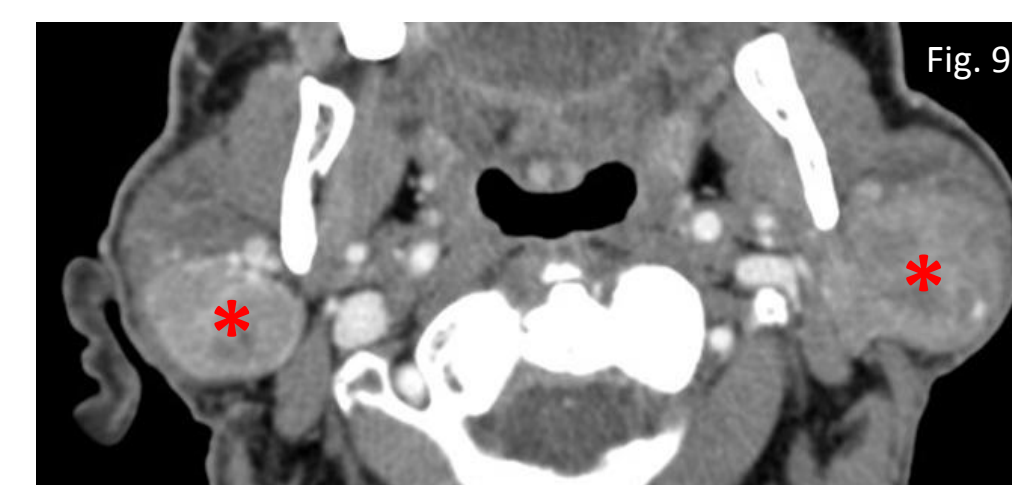


Fig. 9: TC com contraste, tumores de Warthin da parótida, bilaterais (*), com captação ligeira e heterogênea de contraste

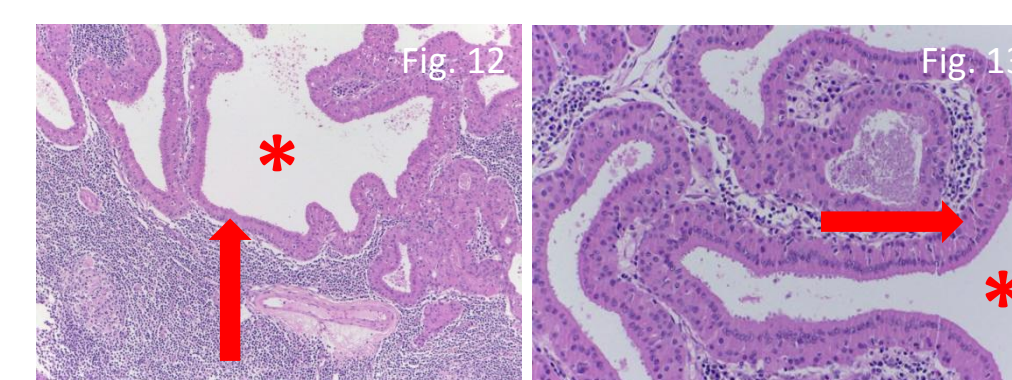


Fig. 12 e 13: Histologia do tumor de Warthin coloração HE, ampliação de 10x (Fig. 12) e 20x (Fig. 13), demonstrando áreas quísticas(*) e camada de células glândulares (seta) com infiltrado linfocitário subjacente, típicos deste tumor (adenolinfoma)

5 Tumores malignos

Mucoepidermóide:

- Baixo grau: áreas quísticas
- Alto grau: sólidos e muito celulares
- Margens infiltrativas

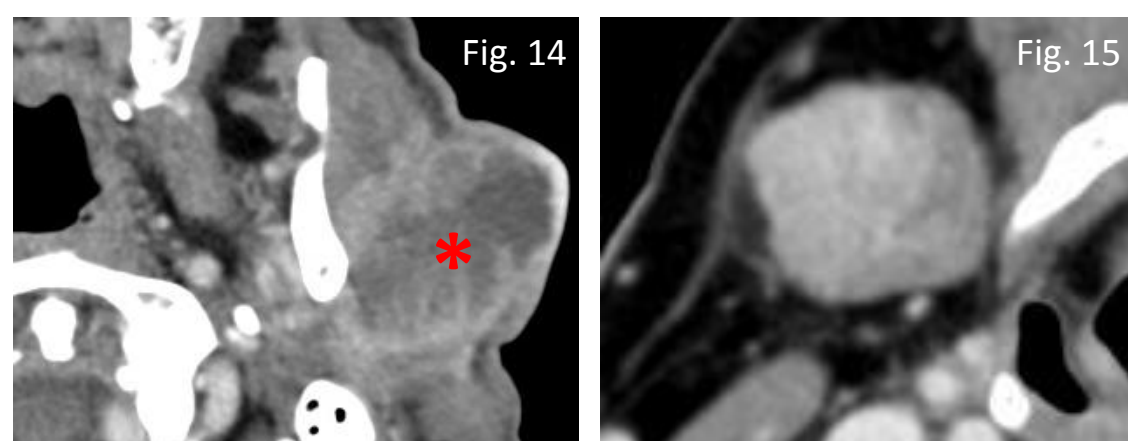


Fig. 14 TC com contraste, carcinoma mucoepidermóide de baixo grau da parótida esquerda com área quística central (*). Fig. 15: TC com contraste, carcinoma mucoepidermóide de alto grau da submandibular direita

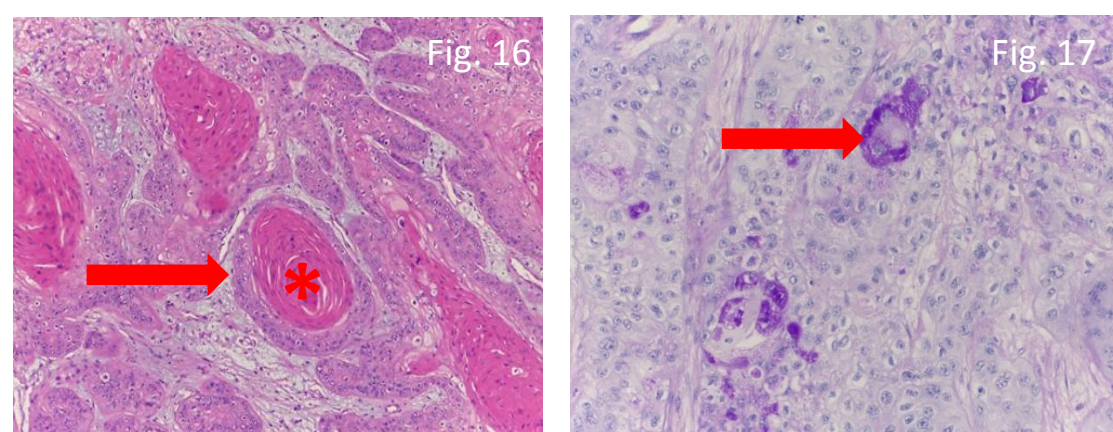


Fig. 16: HE (20x), células epidermóides (seta) com produção de queratina(*). Fig. 17: Coloração PAS demonstrando produção de muco (seta).

Adenóide quístico:

- Tipo histológico mais comum nas submandibulares, sublinguais e glândulas salivares minor
- Massas infiltrativas e hipocaptantes

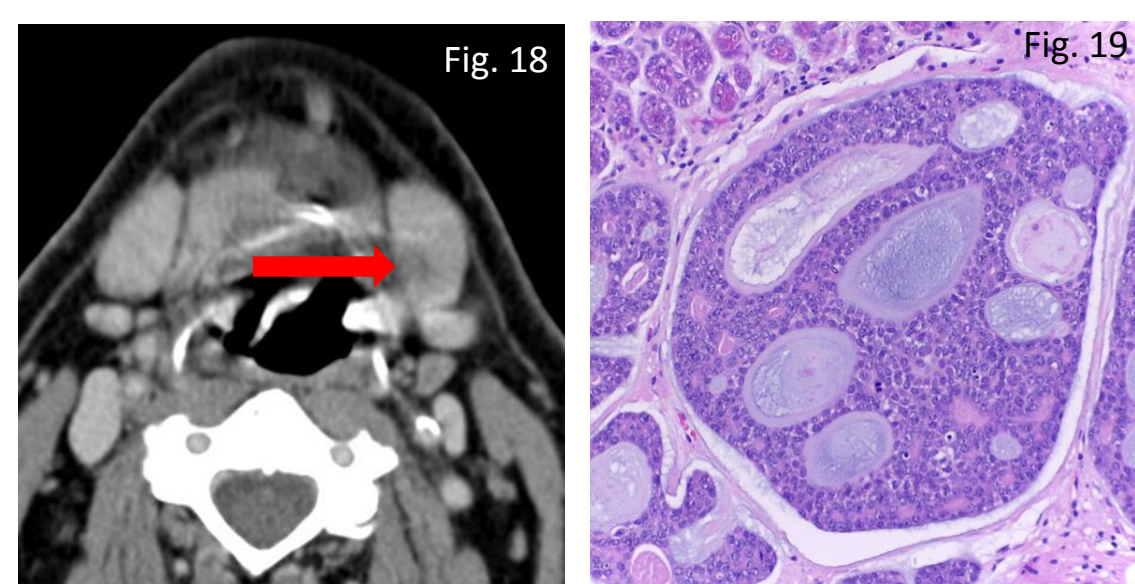


Fig. 18: TC com contraste, glândula submandibular esquerda com discreto aumento de volume e área hipocaptante mal delimitada (seta) em doente com carcinoma adenóide quístico comprovado histologicamente. Fig. 19: HE (20X) demonstrando ninhos de células com áreas quísticas de aspecto mucóide, típicos do carcinoma adenóide quístico

Ex-adenoma pleomórfico:

- 25% dos adenomas pleomórficos não tratados evoluem para carcinoma
- A proporção carcinoma / adenoma determina o aspecto histológico e imagiológico

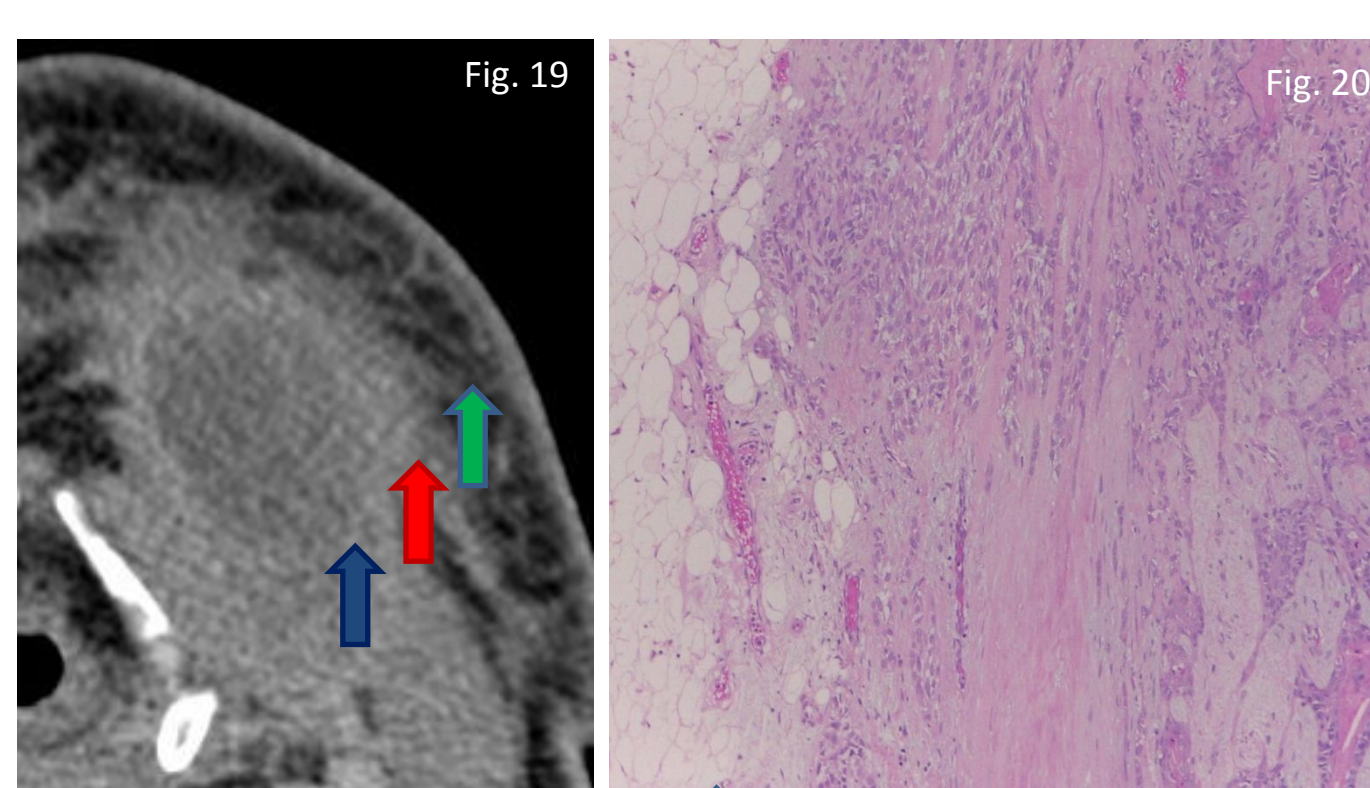


Fig. 19: TC com contraste, carcinoma ex-adenoma pleomórfico da submandibular esquerda com invasão do platisma e da hipoderme. Fig. 20: HE 10x do mesmo doente da Fig. 19, carcinoma ex-adenoma pleomórfico (seta azul) invade a cápsula (seta vermelha) e a hipoderme (seta verde).

Metástases:

- Mais frequentes na parótida
- Principalmente de neoplasias cutâneas primárias

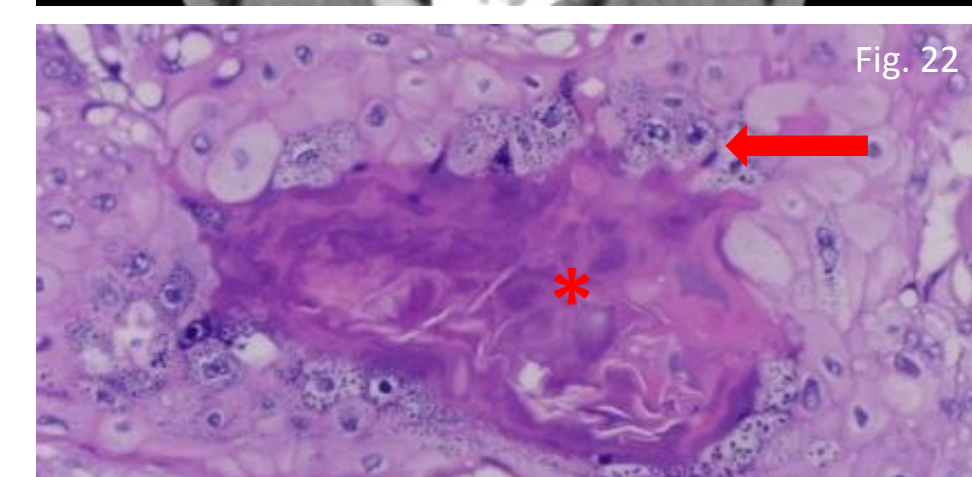
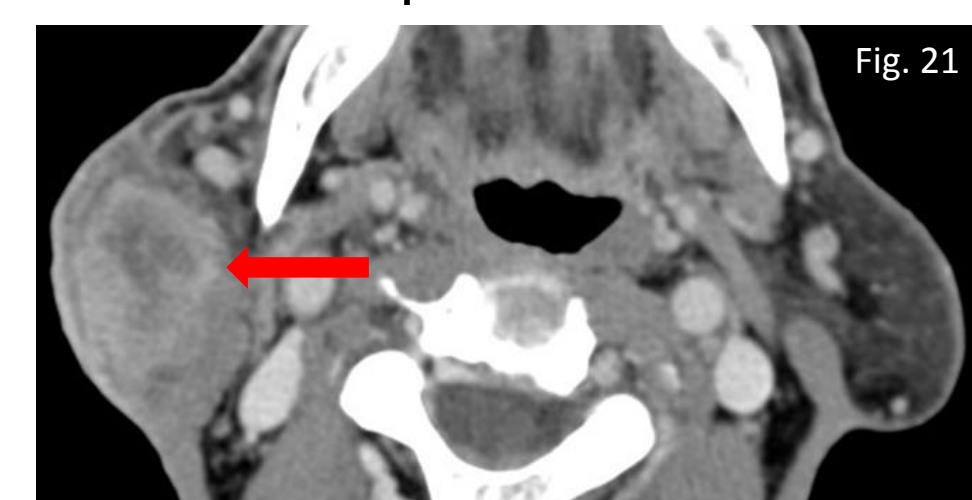


Fig. 21: TC com contraste, metástase parotídea direita de carcinoma espinocelular da pálpebra. Fig. 22: histologia HE (20x), queratina(*) e as células da camada granulosa da pele (seta) comprovam a origem cutânea

6 Estadiamento

Classificação TNM: Tumor primário

- T1** ≤2cm, sem extensão extraparenquimatosa
- T2** >2cm mas ≤4cm, sem extensão extraparenquimatosa
- T3** <4cm e/ou com extensão extraparenquimatosa
- T4a** invade a pele, mandíbula, canal auditivo ou nervo facial
- T4b** invade a base do crânio, os pterigóides ou a carótida

7 Tratamento

Cirúrgico:

- Parotidectomia superficial, total (risco de lesão do nervo facial) ou radical (remoção do nervo facial)
- Remoção da glândula SM ou SL de forma isolada ou alargada

RT adjuvante

- Doença localmente avançada

QT

- Paliativa

8 Prognóstico

Bom para os tumores benignos

Tumores malignos:

- Sobrevivência de 83% após 1 ano
Sobrevivência de 69% após 3 anos
Sobrevivência de 65% após 5 anos
- Em homens: 58%
Em mulheres: 72%
Em jovens (15-45 anos): 87%
Em idosos (>75 anos): 59%

9 Conclusões

As características dos limites lesionais e a infiltração dos tecidos adjacentes são os principais critérios de malignidade

As características imagiológicas dos diversos tipos histológicos sobrepõe-se

O diagnóstico definitivo é histológico

A caracterização imagiológica é essencial para o planeamento terapêutico

Bibliografia

1. Guzzo M, Locati LD, Prott FJ, Gatta G, McGurk M, Licita L. Major and minor salivary gland tumors. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010 May;74(2):134-48. 2. Thoeny HC. Imaging of salivary gland tumours. *Cancer Imaging*. 2007 Apr 30;7:52-62. 3. Yousem DM, Kraut MA, Chalian AA. *Major salivary gland imaging*. Radiology. 2000 Jul;216(1):19-29. 4. Antony J, Gopalan V, Smith R, Lam A. Carcinoma ex Pleomorphic Adenoma: A Comprehensive Review of Clinical, Pathological and Molecular Data. *Head Neck Pathol*. 2012 March; 6(1): 1-9. 5. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: *Head and Neck Cancers*. V 1.2012.6. K Shah, F Javed, C Alcock, KA Shah, Pieter Pretorius, CA Milford. Parotid cancer treatment with surgery followed by radiotherapy in Oxford over 15 years. *Ann R Coll Surg Engl*. 2011 April; 93(3): 218-222