

Trabalho de Conclusão de Curso

LEVANTAMENTO DAS LESÕES DE GLÂNDULAS SALIVARES DIAGNOSTICADAS NO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Maynara Schlickmann de Freitas



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Maynara Schlickmann de Freitas

**LEVANTAMENTO DAS LESÕES DE GLÂNDULAS
SALIVARES DIAGNOSTICADAS NO LABORATÓRIO DE
PATOLOGIA BUCAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientadora: Prof. Dra. Maria Inês
Meurer
Co-orientadora: Prof. Dra. Elena Riet
Correa Rivero

Florianópolis

2013

Maynara Schlickmann de Freitas

**LEVANTAMENTO DAS LESÕES DE GLÂNDULAS
SALIVARES DIAGNOSTICADAS NO LABORATÓRIO DE
PATOLOGIA BUCAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 30 de outubro de 2013.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Meurer
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Filipe Modolo Siqueira
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Inês Beatriz da Silva Rath
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais
Miriam e **Alcir**, e ao meu namorado
Ronaldo, os quais amo muito.

AGRADECIMENTOS

Primeiro gostaria de agradecer a Deus por ter me dado forças para conseguir cursar os dois cursos de graduação ao mesmo tempo e me levantar sempre quando pensei em desistir.

Agradeço muito a minha orientadora Maria Inês Meurer, que aceitou cordialmente meu convite para me orientar no TCC e me auxiliou muito, mesmo com sua agenda atribulada, não poderia ter escolhido melhor orientadora. Só tenho a agradecer.

A professora Elena Riet Correa Rivero, minha co-orientadora, que me ajudou na escolha do tema e prontamente ofereceu sua ajuda para produzir este trabalho. E que, mesmo longe, sempre que solicitei auxílio me assessorou.

A professora Josimari Telino de Lacerda, que mesmo com todos seus problemas, com muito profissionalismo e simpatia nos auxiliou na produção das tabelas descritivas e associativas deste trabalho.

As mestrandas em Diagnóstico Bucal do Departamento de Patologia Bucal da UFSC, Caroline Zimmermann, Kamile Dutra que subsidiaram com alguns materiais para a produção do meu TCC, assim como a acadêmica Carolina Alboleda.

Aos meus pais, Miriam Schlickmann e Alcir Fernando Bueno de Freitas que sempre estiveram torcendo pelo meu sucesso e que estiveram ao meu lado em todos os momentos. Por terem aceitado a minha desistência do outro curso de graduação e apoiado a minha nova escolha. Meu muito obrigada por todo amor dado sempre. Eu os amo incondicionalmente.

Ao meu namorado, Ronaldo Oltramari Filho, companheiro de todas as horas. Obrigada por tolerar os meus dias mais insanos, apoiar-me nas horas em que mais precisei. Por seu ombro amigo e palavras confortantes quando eu mais precisei. Obrigada por entender todos nossos finais de semana em casa só para que eu pudesse estudar. Amo-o muito.

A minha dupla de clínica odontológica, Ana Cristina Latreille, que esteve comigo desde o começo da faculdade me acompanhando nos melhores e piores momentos da vida acadêmica. Amiga obrigada por tudo. E a todas as outras amigas que fiz nesses 5 anos e meio de faculdade, meu muito obrigada.

Aos meus amigos que entenderam todas as minhas recusas nos últimos meses para sair para que eu pudesse pesquisar e escrever meu trabalho.

As minhas professoras do curso de Pedagogia, que muito me apoiaram sempre na busca dos meus sonhos. Que me auxiliaram e entenderam, principalmente estes dois últimos semestres, meus atrasos nas entregas de trabalho e faltas quando estava demasiadamente cansada ou com muitos planejamentos da odontologia para fazer. Especialmente a minha dupla de estágio docente Natana Melo, que emprestou seus ouvidos muitas vezes para desabafar sobre a correria da minha vida nos últimos tempos e me ajudou nos meus planejamentos e relatórios com sua experiência profissional. Tenho certeza que será uma ótima pedagoga.

Meu muito obrigada a todos que de alguma forma participaram e ajudaram para que eu conseguisse terminar este trabalho.

*"Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!"*

(Mário Quintana, 1951)

RESUMO

A prevalência de lesões em glândulas salivares varia consideravelmente em todo o mundo, em alguns relatos figurando entre os dez tipos mais frequentes de doenças que envolvem a região bucomaxilofacial. Entre as lesões mais prevalentes, encontram-se algumas de caráter reativo, e outras de origem neoplásica. Sendo indiscutível a importância do conhecimento, pelo cirurgião-dentista, do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes acometidos por essas lesões, e considerando a relativamente recente implantação do Laboratório de Patologia Bucal na Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC), o presente trabalho teve como objetivo levantar as lesões reativas e tumorais de glândulas salivares diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro de 2006 a junho de 2013. Para tal, foram selecionados nos arquivos do LPB-UFSC os laudos histopatológicos cuja conclusão diagnóstica se encaixou no perfil estudado e coletados dados sociodemográficos dos pacientes, bem como dados clínicos das lesões. O total de lesões de glândula salivar no período foi de 86 casos, sendo a mais prevalente a mucocela, com 84,9% dos casos (n=73); este foi o único tipo de lesão reativa encontrado. Do total de lesões, 5,8% foram neoplasias benignas (n=5), tendo ocorrido apenas casos de adenoma pleomórfico. Já entre as neoplasias malignas (9,3%, n=8), o carcinoma adenoide cístico (4,7%, n=4) foi a lesão mais prevalente, tendo ainda ocorrido casos de carcinoma mucoepidermóide (2,3%, n=2), mioepitelioma maligno (1,2%, n=1) e carcinoma ex-adenoma pleomórfico (1,25%, n=1). Ressalta-se, finalmente, o grande número de casos onde dados clínicos e sócio-demográficos foram omitidos nas fichas de biópsia, identificando-se a necessidade de reforçar durante a formação – universitária ou continuada - a importância do registro adequado das informações, de forma a qualificar o processo diagnóstico e as pesquisas epidemiológicas, essenciais ao levantamento de realidades locais e ao planejamento estratégico em saúde.

Palavras-chave: Glândulas Salivares. Odontologia. Patologia Bucal.

ABSTRACT

The prevalence of injuries on salivary glands varies considerably all over the world, in some reports, it figures among the ten most frequent types of diseases involving the maxillofacial region. Among the most prevalent lesions, there are some reactive character and others from neoplastic origin. Being unquestionable the importance of knowledge, by the surgeon-dentist, the clinical-epidemiological profile of the patients with these injuries, and, considering the relatively recent implantation of the Oral Pathologic Laboratory in The Federal University of Santa Catarina (LPB-UFSC), the present work aimed to raise the reactive and tumor lesions of the salivary glands diagnosed at LPB-UFSC, from September 2006 to June 2013. To do so, there will be selected from the files of that service the histopathological reports which its diagnosed conclusion fits the profile studied. For that, it has been selected, from the LPB-UFSC files, the histopathological reports which its diagnosed conclusion fitted on the studied profile, and collected sociodemographic data from the patients, as well as the clinical lesions. The total of the salivary gland lesions in the period was 86 cases, being the most prevalent mucocele, with 84,9% of the cases (n=73); this was the only type of reactive lesion found. From all the lesions, 5,8% were benign neoplasms (n=5), occurring only on pleomorphic adenoma cases. Among the malignant neoplasms (9,3%, n=8), the adenoid cystic carcinoma (4,7%, n=4) was the most common lesion, occurring also mucoepidermoid carcinoma cases (2,3%, n=2), malignant myoepithelioma (1,2%, n=1) and ex-adenoma pleomorphic carcinoma (1,25%, n=1). It is noteworthy, finally, the large number of cases where the clinical and socio-demographic data were omitted from the biopsy records, identifying the need of reinforce the importance of the proper information register during the graduation - university or continued -, in order to qualify the diagnosis process and the epidemiological researches, essential to raise the local realities and strategic health planning.

Keywords: Salivary Glands. Dentistry. Pathology, Oral.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Sialografia de glândula submandibular evidenciando o sistema ductal	20
Figura 02 - Imagens de US, evidenciando massas em glândulas salivares sendo avaliadas pela técnica de color Doppler. As áreas coloridas indicam pontos com fluxo sanguíneo, evidenciando que a lesão da esquerda é hipovascular, em contraste com a lesão da direita, relativamente vascularizada	21
Figura 03 - Imagem de TC com contraste (fan beam), evidenciando aumento de volume em glândula submandibular esquerda (seta maior) associado a destruição da cortical mandibular adjacente (seta menor), em um caso de carcinoma adenóide cístico	22
Figura 04 - Imagens de RMN mostrando os aspectos de um adenoma pleomórfico em glândula parótida direita (setas)	23
Figura 05 - Técnica de Punção Aspirativa com Agulha Fina com auxílio do US	24
Figura 06 - À esquerda, aspecto de glândula parótida normal em pequeno aumento, demonstrando células acinares dentro de lóculos, pequenos ductos e tecido fibroadiposo (esfregaço, Papanicolaou). À direita, aspecto de um carcinoma de pequenas células em glândula parótida, evidenciando células dispersas e com alta relação núcleo-citoplasma (esfregaço, Papanicolaou)	25
Figura 07 - Imagem de exame de US durante um procedimento de PAAF. Observa-se a agulha (seta na ponta da mesma) como uma linha claramente definida no interior da massa tumoral (no caso, um adenoma pleomórfico)	25
Figura 08 - Características clínicas de dois casos de mucocele, mostrando o aumento de volume em forma de cúpula com variação na coloração	27
Figura 09 - Aspectos histopatológicos do mucocele. A) Fragmento de mucosa composta por tecido conjuntivo fibroso, no qual se observa uma cavidade com a presença de material basofílico no interior, compatível com mucina (H&E, 100x). B) Tecido de granulação delimitando a cavidade, com a presença de macrófagos espumosos (setas) (H&E, 400x).....	28
Figura 10 - Aumento de volume sublingual, característico da rânula..	29
Figura 11 - Rânula mergulhante causando assimetria facial decorrendo do aumento volumétrica assintomática na região submandibular esquerda.....	30

Figura 12 - Marsupialização. Excisão da mucosa de assoalho bucal e da parede da rânula	31
Figura 13 - Classificação histológica das neoplasias de glândulas salivares segundo a Organização Mundial de Saúde	31
Figura 14 - Característica clínica de adenoma pleomórfico. Aumento de volume da glândula parótida esquerda	35
Figura 15 – Aspectos histopatológicos do Adenoma Pleomórfico. A) Presença de cápsula de tecido conjuntivo fibroso na superfície da lesão (H&E, 100x). B) Células tumorais formando estruturas ductais e pequenos ninhos, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 400x)	36
Figura 16 – Aspectos histopatológicos do carcinoma mucoepidermóide. A) Células neoplásicas arranjadas em ninhos e lençóis, com a presença de formações císticas, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 100x). B) Presença de células mucosas e intermediárias formando um ninhos e células mucosas delimitando formação cística (H&E, 400x)	38
Figura 17 - Aspectos histopatológicos do carcinoma adenóide cístico. A) padrão cribriforme da lesão, no qual se observam células neoplásicas delimitando espaços pseudo-císticos, contendo material basofílico no interior (H&E, 100x). B) Variante tubular da lesão, na qual se observam pequenas ilhas e cordões de células neoplásicas, frequentemente formando estruturas ductais, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 100x)	41
Figura 18 - Aspectos histopatológicos do carcinoma miopitelial. A) Fragmento de mucosa exibindo na lâmina própria ilhas e ninhos de células neoplásicas em escasso estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 100x). B) Células neoplásicas com aspecto plasmocitóide exibindo moderado pleomorfismo celular e nuclear (H&E, 400x)	44
Figura 19 – Diagrama mostrando a forma como foi feito o agrupamento das localizações das lesões do estudo	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com lesões de glândulas salivares diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro de 2006 a junho de 2013.....	48
Tabela 02 - Tipologia das lesões diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro 2006 a junho de 2013	49
Tabela 03 - Perfil clínico dos pacientes com lesões de glândulas salivares diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro de 2006 a junho de 2013	51
Tabela 04 – Comparação entre Diagnóstico Clínico e o Diagnóstico Histopatológico	54
Tabela 05 - Associação do Tempo de evolução da lesão com relação ao tipo de lesão	55
Tabela 06 - Associação do Tamanho da lesão com relação ao tipo de lesão	56
Tabela 07 - Associação do gênero com relação ao diagnóstico histopatológico	56
Tabela 08 - Associação entre a Idade do paciente e o Tipo de Lesão.....	57
Tabela 09 - Associação entre Sintoma e o Tipo de Lesão.....	58
Tabela 10 - Associação entre Etnia e Tipo de Lesão.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Associação do gênero com o tipo de lesão	57
Gráfico 02: Associação da etnia com o tipo de lesão	59
Gráfico 03: Distribuição do gênero nos casos de neoplasias diagnosticados no LPB-UFSC de setembro de 2006 a junho de 2013..	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM – Articulação Têmporo Mandibular
CAAF - Citologia Aspirativa por Agulha Fina
CAC – Carcinoma Adenóide Cístico
CBO – Classificação Brasileira de Ocupação
LPB-UFSC – Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina
RMI - Imagem por Ressonância Magnética
RMN – Ressonância Magnética Nuclear
SE - Sergipe
TC – Tomografia Computadorizada
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TW – Tumor de Warthin
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
ULBRA – Universidade Luterana do Brasil
US – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Considerações anatômicas	16
<u>2.1.1 Glândulas salivares maiores</u>	<u>16</u>
2.1.1.1 Glândulas parótidas	17
2.1.1.2 Glândulas submandibulares	17
2.1.1.3 Glândulas sublinguais	17
<u>2.1.2 Glândulas salivares menores</u>	<u>18</u>
2.2 Doenças que acometem as glândulas salivares	18
2.3 Exames complementares na avaliação das lesões de glândulas salivares	19
<u>2.3.1 Exames por imagem</u>	<u>19</u>
2.3.1.1 Radiografias convencionais	19
2.3.1.2 Sialografia	19
2.3.1.3 Ultrassonografia (US) de alta resolução	20
2.3.1.4 Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética Nuclear (RMN)	21
<u>2.3.2 Exames microscópicos</u>	<u>23</u>
2.3.2.1 Biópsia	23
2.3.2.2 Punção aspirativa por agulha fina (PAAF)	23
2.4 Lesões reativas das glândulas salivares	26
<u>2.4.1 Mucocele</u>	<u>26</u>
<u>2.4.2 Rânula</u>	<u>28</u>
2.5 Neoplasias de glândulas salivares	31
<u>2.5.1 Epidemiologia</u>	<u>33</u>
<u>2.5.2 Neoplasias Benignas</u>	<u>34</u>
2.5.2.1 Adenoma Pleomórfico	34
2.5.2.2 Tumor de Warthin	36
<u>2.5.3 Neoplasias Malignas</u>	<u>37</u>
2.5.3.1 Carcinoma Mucoepidermóide	37
2.5.3.2 Carcinoma de Células Acinares	39
2.5.3.3 Carcinoma Adenóide Cístico	40
2.5.3.4 Carcinoma ex-adenoma pleomórfico	41
2.4.3.5 Carcinoma Mioepitelial	42
3 OBJETIVOS.....	45
3.1 Objetivo Geral	45
3.2 Objetivos Específicos.....	45

4.METODOLOGIA.....	
46Error! Bookmark not defined.	
4.1 Delineamento	46
4.2 Aspectos Éticos	46
4.3 Procedimentos para coleta de dados	46
4.4 Amostra	46
4.4.1 Critérios de Inclusão	46
4.4.2 Critérios de Exclusão	47
4.5 Análise dos dados	47
5. RESULTADOS	48
6. DISCUSSÃO	60
7. CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE A – TCLE	70
APÊNDICE B – LEVANTAMENTO DE DADOS	72
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	76

1 INTRODUÇÃO

Entre as competências e habilidades específicas do cirurgião-dentista, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Odontologia, está a identificação de doenças e distúrbios bucomaxilofaciais, devendo o mesmo estar apto a realizar procedimentos adequados para suas investigações, prevenção, tratamento e controle. Entre os conteúdos essenciais para o Curso de Odontologia, estão aqueles referentes à propedêutica clínica, onde são ministrados da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) conhecimentos de Patologia Bucal, Estomatologia e Radiologia (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2002).

O estudo das glândulas salivares e das doenças que as acometem têm importância na Odontologia, pois os cirurgiões-dentistas devem estar capacitados a fazer o diagnóstico dessas doenças, propiciando a instituição da terapêutica adequada (MOREIRA et al, 2009; MORESCO et al, 2003; MANDEL, 2011).

Há muitas variações na prevalência das lesões de glândulas salivares nos estudos epidemiológicos feitos ao redor do mundo (MOREIRA, et al, 2009). Para Moreira et al. (2009), é importante que se realizem estudos epidemiológicos em regiões diferentes “já que fatores nutricionais, hábitos, posição geográfica e situação socioeconômica da população influenciam consideravelmente na incidência de doenças bucais”.

É nos estudos epidemiológicos que se consegue identificar dados importantes relativos à prevalência das lesões de glândulas salivares, permitindo que profissionais da saúde – incluindo da Odontologia - tomem medidas preventivas para atenuar tais prevalências (COLOMBO et al, 2005; MOREIRA et al, 2009).

Expondo a importância de se estabelecer levantamentos epidemiológicos dos dados da documentação do laboratório de Patologia Bucal para estudos científicos posteriores melhor fundamentados e, considerando que não foram encontrados estudos com este levantamento na população do Estado de Santa Catarina, ressalta-se a importância deste trabalho. Também foram elencados alguns dados dos pacientes portadores dessas lesões, estabelecendo relações com outros levantamentos semelhantes no Brasil e no mundo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As glândulas salivares têm como principais funções a lubrificação e a umidificação da cavidade bucal, permitindo a deglutição dos alimentos (MADEIRA, 2008). A saliva produzida pelas glândulas salivares também tem ação antimicrobiana e capacidade de promover autolimpeza (KAGAMI et al, 2008).

A mastigação e a deglutição são auxiliadas pela presença da saliva, e podem ser afetadas por diversas condições que, ao destruir o parênquima glandular, impedem que essas funções sejam exercidas de maneira adequada (KAGAMI et al, 2008).

Mandel (2011) ressalta a necessidade de se conhecer quais as doenças mais prevalentes, bem como a importância do cirurgião-dentista no contexto do diagnóstico dessas doenças, ao afirmar:

É imperativo para o dentista estar ciente do alcance de uma doença salivar e simultaneamente estar familiarizado com o leque de modalidades para o diagnóstico. [...] A necessidade de acompanhar a evolução da doença salivar é óbvia. Benefícios serão realizados [!] sob a forma de diagnóstico precoce e melhores resultados de tratamento (MANDEL, 2011, p. 138, grifo nosso, tradução nossa).

2.1 Considerações anatômicas

Podemos dividir as glândulas salivares em menores e maiores; ambas contribuem para a produção de saliva, porém são as maiores que produzem a parte mais significativa da quantidade salivar (MADEIRA, 2008).

2.1.1 Glândulas salivares maiores

As glândulas salivares classificadas como maiores são as glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais; são denominadas como principais por produzirem a maior parte da saliva (MADEIRA, 2008; NAVAZESH, KUMAR, 2008).

2.1.1.1 Glândulas parótidas

As glândulas parótidas se posicionam entre o músculo esternocleidomastoide e a borda posterior do ramo da mandíbula, estando limitadas superiormente pelo meato acústico cartilaginoso e também pela Articulação Têmporo Mandibular (ATM), e inferiormente ao nível do ângulo da mandíbula. Estas glândulas se inserem no processo estilóide e no arco zigomático e se fundem com a fâscia massetérica e a fâscia do músculo esternocleidomastoideo (MADEIRA, 2008). “No mesmo espaço são encontrados: o nervo facial e seus ramos, ducto de Stenon, gânglios linfáticos e vasos” (FODOR, et al, 2010, p. 238, tradução nossa).

A saliva secretada por estas glândulas é excretada pelo ducto nomeado de Stenon. Esse ducto começa com diversas ramificações advindas da glândula e terminam no orifício chamado de papila parotídea, localizado na mucosa jugal próximo ao segundo molar superior (GREENBERG, GLICK, 2008; MADEIRA, 2008).

2.1.1.2 Glândulas submandibulares

Diferentemente das glândulas parótidas, que se abrem no vestibulo, as glândulas submandibulares vão ao encontro da própria cavidade bucal, correspondendo aproximadamente à metade da extensão das glândulas parótidas. De forma alongada, situam-se na fôvea submandibular, ocupando o triângulo submandibular ligando ao músculo digástrico (MADEIRA, 2008).

O ducto de Wharton ou ducto submandibular passa pelo nervo lingual superiormente, vai ao longo da superfície medial da glândula sublingual e desemboca na carúncula sublingual ao lado do freio da língua (MADEIRA, 2008).

2.1.1.3 Glândulas sublinguais

De forma alongada e achatada, encontram-se no assoalho da boca, repousando sobre o músculo milohioideo, estando ligadas à fôvea sublingual da mandíbula e ao ducto submandibular, nervo lingual e músculo genioglosso (MADEIRA, 2008).

A saliva produzida nessas glândulas pode ser disseminada através de vários ductos sublinguais menores independentes, diferentemente das outras glândulas salivares maiores, porém irão desembocar pelo orifício de Wharton grande parte do tempo (GREENBERG, GLICK, 2008; MADEIRA, 2008).

2.1.2 Glândulas salivares menores

Além das glândulas salivares maiores, também há milhares de glândulas salivares menores para auxiliar na produção de saliva, sendo nomeadas conforme sua localização anatômica, como as glândulas labiais, glândulas linguais, glândulas palatinas e as glândulas bucais (GREENBERG, GLICK, 2008; MADEIRA, 2008).

2.2 Doenças que acometem as glândulas salivares

Existem inúmeras doenças que acometem as glândulas salivares e é muito importante ter ciência da prevalência das lesões que mais atingem essas glândulas. Há um grupo de enfermidades mais frequentes que incidem em glândula salivar, apesar desse número ser bastante variável dependendo da região do mundo (MOREIRA et al., 2009; EVESON et al., 2005).

Existem algumas pesquisas que circunscrevem o levantamento epidemiológico de doenças que afetam glândula salivar. Abaixo segue alguns levantamentos realizados no Brasil e no mundo.

Um levantamento epidemiológico realizado na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), em Canoas, Rio Grande do Sul, revelou a seguinte prevalência entre as lesões de glândulas salivares (n=31): mucocele (83,9%), sialolitíase (6,5%), adenoma pleomórfico (3,2%), rânula (3,2%) e carcinoma mucoepidermoide (3,2%) (MORESCO, et al., 2003). Já a prevalência de outro estudo, realizado na cidade de São Luís, no Instituto Maranhense de Oncologia Aldenora Bello, relata que entre os diagnósticos de lesões de glândulas salivares o adenoma pleomórfico foi o mais prevalente, seguido de sialodenite e o carcinoma adenóide cístico (MOREIRA, et al., 2009).

Um estudo na China, país asiático, constatou que somente 3% das neoplasias de cabeça e pescoço são em glândulas salivares, considerando-os relativamente raros. Entre as neoplasias benignas, os mais comuns foram o adenoma pleomórfico e o tumor de Warthin.

Entre as neoplasias malignas, destacaram-se o carcinoma mucoepidêmico (24,6%), o carcinoma adenoide cístico (18,0%), o carcinoma de células acinares (12,1%), o carcinoma linfóepitelial (9,7%) e o carcinoma do ducto salivar (9,3%) (YU-LONG, et al., 2012).

2.3 Exames complementares na avaliação das lesões de glândulas salivares

A realização ou solicitação de um exame complementar devem ser direcionadas levando-se em consideração os dados obtidos através da anamnese e exame físico, considerando o que se pretende obter e conhecendo corretamente o valor e limitações do exame solicitado.

O papel da avaliação por imagens de neoplasias de glândulas salivares envolve: 1) definir localização intra ou extra-glandular; 2) detectar características de malignidade; 3) avaliar extensão local e invasão; e 4) detectar metástases linfonodais e envolvimento sistêmico. (LEE et al., 2008)

Neste item, apenas abordaremos, de forma resumida, os exames de imagem e sua indicação. Características de diagnóstico diferencial não serão abordadas, mas podem ser encontradas nos artigos de Thoeny (2007) e Lee et al (2008).

2.3.1 Exames por imagem

2.3.1.1 Radiografias convencionais

Este é o método mais simples, antigo e barato para o estudo das glândulas salivares. É útil na detecção de sialólitos e outras calcificações (como aquelas que ocorrem em hemangiomas e linfonodos), e nos envoltimentos ósseos associados a outras lesões. Tem pouca utilidade na avaliação de lesões reativas e tumorais de glândulas salivares. (RASTOGI et al., 2012)

2.3.1.2 Sialografia

É um método não específico, em que um contraste radiopaco (frequentemente à base de iodo) é introduzido no ducto da glândula

salivar, utilizando-se posteriormente a radiografia convencional para registro da distribuição do contraste (Figura 01) (SCULLY, 2009).

É considerada como padrão ouro para o estudo da morfologia ductal (RASTOGI et al., 2012), mas tem papel limitado na avaliação de extensão tumoral (LEE et al., 2008).

O seu maior uso envolve estudo anatômico e funcional das glândulas com suspeita de anomalias como aquelas que ocorrem na síndrome de Sjögren e nas sialoadenites crônicas não relacionadas a sialolitíase (RASTOGI et al., 2012).



Figura 01 - Sialografia de glândula submandibular evidenciando o sistema ductal.

FONTE: Rastogi et al., 2012

2.3.1.3 Ultrassonografia (US) de alta resolução

É um método facilmente disponível e não invasivo (SCULLY, 2009; RASTOGI et al., 2012), não se utilizando de radiação ionizante para obtenção da imagem (LEE et al., 2008).

Permite excelente caracterização tecidual, além da avaliação multiplanar e análise do padrão de vascularização da lesão quando associado à técnica de color-Doppler (LEE et al., 2008; RASTOGI et al., 2012). No entanto, é limitada à análise de estruturas superficiais, e a sua acurácia é dependente da *expertise* de um especialista (LEE et al., 2008).

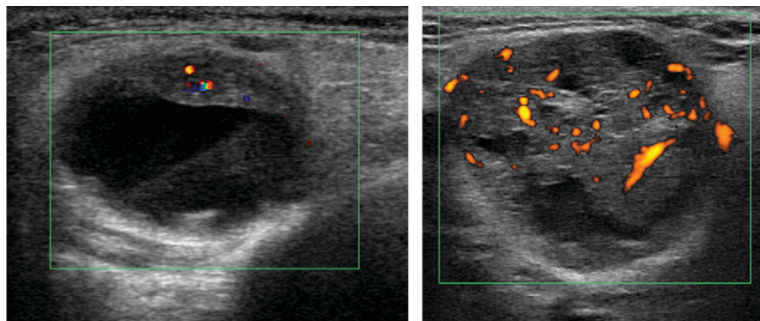


Figura 02 - Imagens de US, evidenciando massas em glândulas salivares sendo avaliadas pela técnica de color Doppler. As áreas coloridas indicam pontos com fluxo sanguíneo, evidenciando que a lesão da esquerda é hipovascular, em contraste com a lesão da direita, relativamente vascularizada.

FONTE: Sharma et al., 2011

A US também é uma ótima ferramenta para guiar outro exame complementar - a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) - que será melhor explicada posteriormente. No entanto, se a PAAF associada ao exame de US confirma a presença de lesão maligna, ou se há a suspeita de extensão da lesão para tecidos profundos - não avaliáveis por US - tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética nuclear (RMN) são mandatórias para avaliar a extensão tumoral, bem como a invasão local e a invasão perineural (LEE et al., 2008).

A US é a ferramenta ideal para avaliação inicial de lesões nas glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais, estruturas superficiais relativamente acessíveis. Além disso, permite também a avaliação do eventual envolvimento de linfonodos cervicais pela doença (LEE et al., 2008).

A US não está indicada para avaliação de tecidos profundos (como o lobo profundo da glândula parótida, medial ao ramo ascendente da mandíbula), avaliação de lesões em glândulas salivares menores, invasão perineural, invasão óssea e envolvimento de linfonodos de oro e retrofaringe; nestes casos, TC e Imagem por Ressonância Magnética (RMI) são as modalidades de escolha (LEE et al., 2008).

2.3.1.4 Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética Nuclear (RMN)

As imagens seccionais de RMN e TC são excelentes para delinear a extensão tumoral e o envolvimento de linfonodos regionais,

sendo a RMN superior na diferenciação entre tecidos moles. Na RMN também não há uso de radiação ionizante. (LEE et al., 2008; RASTOGI et al., 2012)

Esses exames são frequentemente efetuados após a injeção intravenosa de meio de contraste, que permite melhor delineamento anatômico e da extensão da lesão (RASTOGI et al., 2012).

Quando a avaliação de envolvimento ósseo é necessária (como, por exemplo, em lesões malignas de glândulas salivares menores localizadas em palato), a TC (Figura 03) é a técnica de escolha (LEE et al., 2008), estando a TC de feixe cônico também indicada (RASTOGI et al., 2012).



Figura 03 - Imagem de TC com contraste (fan beam), evidenciando aumento de volume em glândula submandibular esquerda (seta maior) associado a destruição da cortical mandibular adjacente (seta menor), em um caso de carcinoma adenóide cístico.

FONTE: Rastogi et al., 2012

A RMN é particularmente útil na avaliação da extensão da lesão em tecidos profundos, infiltração ou edema medular, invasão perineural (especialmente da porção parotídea do nervo facial). Também permite detectar a extensão extra-capsular em linfonodos regionais. Podem ser citadas como desvantagens da RMN: alto custo,

suscetibilidade a artefatos de movimento e pobre delineamento do osso cortical, em comparação com a TC. Como pode observar na figura 04 (LEE et al., 2008)

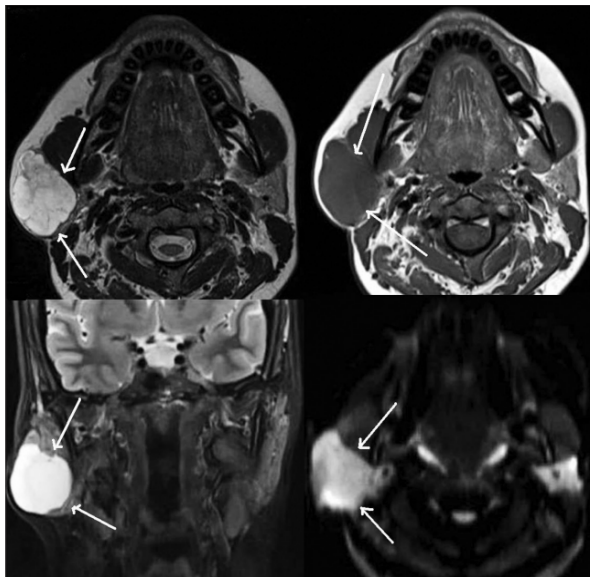


Figura 04 - Imagens de RMN mostrando os aspectos de um adenoma pleomórfico em glândula parótida direita (setas).

FONTE: Rastogi et al., 2012

Não há indicação de avaliação do sistema ductal por nenhuma dessas técnicas (RASTOGI et al., 2012).

2.3.2 Exames microscópicos

2.3.2.1 Biópsia

O levantamento bibliográfico efetuado cita a execução de biópsias com bisturi particularmente nos casos de glândulas salivares menores.

No caso de glândulas salivares maiores, a técnica de punção aspirativa parece ser a mais empregada.

2.3.2.2 Punção aspirativa por agulha fina

PAAF é um procedimento diagnóstico bem estabelecido e largamente utilizado para avaliar lesões palpáveis, incluindo as lesões de glândulas salivares. Em muitos centros, este é o primeiro procedimento aplicado na análise de tecidos, buscando estabelecer o diagnóstico antes da intervenção cirúrgica (MUKUNYADZI, 2002; FAQUIN E POWERS, 2008; SHARMA et al., 2011).

Inicialmente descrita por Martin e Ellis (1930), vem sendo indicada para a coleta de material de glândulas salivares para análise (FAQUIN e POWERS, 2008).

A técnica envolve a inserção de uma agulha fina na lesão e a aplicação de sucção (manual ou com auxílio de equipamentos específicos) para a coleta de material para análise (Figura 05).



Figura 05 – Técnica de Punção Aspirativa com Agulha Fina com auxílio do US
FONTE: <http://www.youtube.com/watch?v=xy0pm22YK50>

Após a coleta, o material é colocado em uma lâmina de vidro (esfregaço) e imediatamente fixado com álcool e spray de ar quente (duas lâminas), coradas por duas diferentes técnicas: DiffQuik e Papanicolaou. Tais técnicas são complementares na análise das alterações microscópicas de glândulas salivares. Exemplos desses esfregaços podem ser vistos na Figura 06 (FAQUIN e POWERS, 2008)

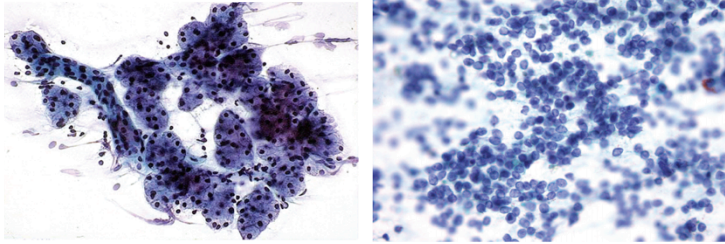


Figura 06 - À esquerda, aspecto de glândula parótida normal em pequeno aumento, demonstrando células acinares dentro de lóculos, pequenos ductos e tecido fibroadiposo (esfregaço, Papanicolaou). À direita, aspecto de um carcinoma de pequenas células em glândula parótida, evidenciando células dispersas e com alta relação núcleo-citoplasma (esfregaço, Papanicolaou).

FONTE: Faquin e Powers, 2008

A PAAF é geralmente guiada por US, o que aumenta a acurácia do diagnóstico, pois permite evitar áreas necróticas ou regiões císticas dentro da lesão, garantindo a coleta de tecido em áreas mais representativas; adicionalmente, permite ao operador confirmar que a agulha esteja efetivamente inserida dentro da lesão (Figura 07). (SHARMA et al., 2011)

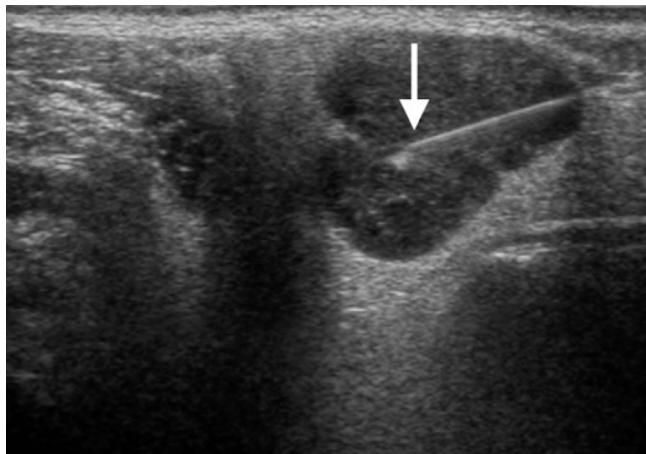


Figura 07 - Imagem de exame de US durante um procedimento de PAAF. Observa-se a agulha (seta na ponta da mesma) como uma linha claramente definida no interior da massa tumoral (no caso, um adenoma pleomórfico).

FONTE: Sharma et al., 2011

Para Faquin e Powers (2008), em conjunto com os achados clínicos e radiológicos, a PAAF deveria ser efetuada rotineiramente durante a avaliação inicial de massas em glândulas salivares, sendo um exame de baixo risco, com bom custo-benefício e com acurácia, que provê informação para determinação da estratégia pré-operatória, evitando - em alguns pacientes - cirurgias desnecessárias.

Lee et al. (2008), no entanto, alertam que a PAAF é um exame cujos resultados dependem da expertise de quem a executa.

2.4 Lesões reativas das glândulas salivares

Neste item serão abordadas as lesões reativas mais comuns descritas pela literatura científica e/ou diagnosticadas no LPB-UFSC.

2.4.1 Mucoccele

É uma lesão reativa comum da mucosa bucal e, segundo Neville et al. (2009), é um termo clínico utilizado para designar a obstrução ou traumatização de um dos ductos de uma glândula salivar menor, causando edema motivado pelo acúmulo de saliva.

É considerada uma lesão de glândulas menores comum, sendo caracterizada de forma geral por uma nódulo única, flutuante e geralmente assintomática (KUMAR; RAMAKRISHNAN, 2013).

Os eventos mais comuns são: 1) o fenômeno de extravasamento de mucina para os tecidos moles adjacentes devido à ruptura do ducto, e 2) o cisto de retenção de muco da glândula salivar, decorrente do bloqueio do ducto (NEVILLE et al., 2009; SENTHILKUMAR, MAHABOB, 2012). Cada um desses eventos apresenta aspectos histológicos e patogêneses diferenciadas (REGEZI, SCIUBBA, JORDAN, 2008).

Em relação aos aspectos clínicos pode-se ressaltar a presença de aumento de volume em forma de cúpula em tamanhos variados - geralmente de 1mm a poucos centímetros - provavelmente resultantes de um trauma (GREENBERG, GLICK, 2008; NEVILLE et al., 2009). Nas lesões mais superficiais, o tecido mole se apresenta clinicamente mais elevado com aparência de inchaço, com coloração azulada, enquanto as lesões mais profundas são mais nodulares com cor normal da mucosa (KUMAR; RAMAKRISHNAN, 2013; STUANI et al.,

2010). A duração da lesão pode variar de dias a várias semanas ou até meses. É importante observar todas as características clínicas para que o diagnóstico esteja correto e a análise histopatológica confirmará o diagnóstico final. Ver figura 08 (STUANI et al., 2010).

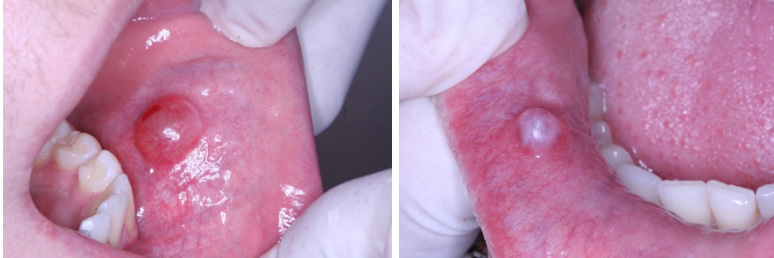


Figura 08 - Características clínicas de dois casos de mucocelo, mostrando o aumento de volume em forma de cúpula com variação na coloração.
FONTE: Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da UFSC.

Dados de pesquisas tem apresentado variação na prevalência dessa lesão em relação à idade; porém, parecem geralmente ocorrer mais em crianças e adultos jovens, provavelmente pela maior tendência a traumas que levam ao extravasamento do muco (NEVILLE et al., 2009). Crianças, adolescentes e adultos jovens geralmente são acometidos por mucocelo de extravasamento enquanto o mucocelo de retenção acomete mais pacientes com idade avançada (STUANI et al., 2010).

Os locais de ocorrência mais comum dessa lesão são: em primeiro lugar o lábio inferior, seguido da língua e mucosa bucal. (GREENBERG, GLICK, 2008; SENTHILKUMAR, MAHABOB, 2012). A área retromolar também é uma área que pode apresentar o extravasamento de muco. O cisto de retenção geralmente ocorre no palato e assoalho da boca (GREENBERG, GLICK, 2008).

O mucocelo pode apresentar dois aspectos histológicos, o extravasamento mucoso que consiste em uma cavidade limitada por tecido conjuntivo em quase sua totalidade (92% dos casos) e o cisto de retenção mucoso que é revestido por epitélio (8% dos casos). Ver figura 09 (STUANI et al., 2010).

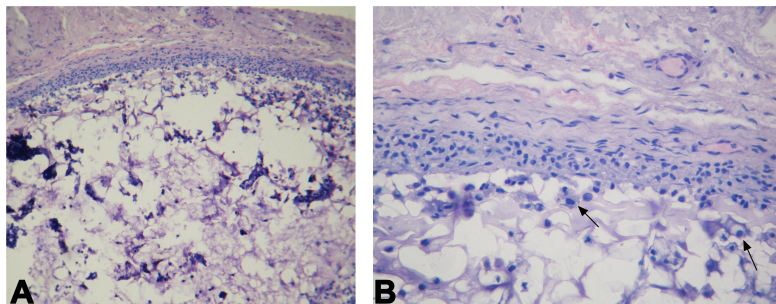


Figura 09 - Aspectos histopatológicos do mucocele. A) Fragmento de mucosa composta por tecido conjuntivo fibroso, no qual se observa uma cavidade com a presença de material basofílico no interior, compatível com mucina (H&E, 100x). B) Tecido de granulação delimitando a cavidade, com a presença de macrófagos espumosos (setas) (H&E, 400x).

FONTE: Acervo do LPB-UFSC.

Um dos tratamentos mais indicado nos dias atuais para mucocele é a técnica de micromarsupialização principalmente nos tratamentos em crianças. Outros tratamentos são relatados na literatura como laser dióxido de carbono e/ou argônio, excisão cirúrgica, marsupialização, entre outras técnicas (STUANI et al., 2008).

A micromarsupialização trata-se de uma técnica rápida, fácil e tolerante, pois não necessita de anestésico infiltrativo, somente tópico. Usa-se um fio de seda para passar no interior da lesão envolvendo todas as partes. Depois o paciente deverá passar o dedo sobre a lesão periodicamente para que o muco extravase obtendo epitelização ao redor do fio de sutura para que ocorra a formação de novos ductos salivares excretórios (STUANI et al., 2008).

2.4.2 Rânula

Rânula é o termo utilizado para denominar a mucocele que ocorre no assoalho da boca. A denominação tem origem no latim e provém da palavra *rana* que significa rã, tendo em vista que a lesão se assemelha ao ventre translúcido de uma rã (GREENBERG, GLICK, 2008; NEVILLE et al, 2009).

A rânula é mais encontrada nos ductos da glândula submandibular (ARUNACHALAM; PRIYADHARSHINI, 2010; GREENBERG, GLICK, 2008; NEVILLE et al., 2009).

Dentre os aspectos clínicos destaca-se o aumento de volume flácido e móvel, aparentando uma massa indolor de crescimento lento. Sua localização é sempre em assoalho de boca (figura 10); geralmente tem coloração azulada, mas em casos de lesões profundas pode apresentar a coloração normal da mucosa (GREENBERG, GLICK, 2008; NEVILLE et al., 2009). O tamanho da lesão é variável e, dependendo do seu tamanho, pode causar o desvio da língua (GREENBERG, GLICK, 2008).



Figura 10 - Aumento de volume sublingual, característico da rânula.
FONTE: Hernandez-Martín e Torrelo, 2012.

Greenberg e Glick (2008) defendem que radiografias devam ser realizadas para excluir a possibilidade de tratar-se de um sialolito e estar obstruindo a saída do ducto salivar.

Uma variante da rânula é a rânula mergulhante. Esta é uma extensão da rânula simples que parte do assoalho bucal para o pescoço (figura 11). Porém o diagnóstico para esta variação da rânula pode ser difícil e muitas vezes acaba sendo diagnosticado incorretamente. Geralmente ocorrendo uma cirurgia mais extensa e desnecessária (O'CONNOR; MCGURK, 2013).



Figura 11- rânula mergulhante causando assimetria facial decorrendo do aumento volumétrica assintomática na região submandibular esquerda.

FONTE: Tolentino, et al. (2010)

As características histopatológicas da rânula são muito semelhantes ao do mucocele. “A mucina extravasada incita a formação de tecido de granulação reacional que tipicamente contém macrófagos espumosos” (NEVILLE et al., 2009, p. 459).

Existem algumas técnicas para o tratamento da rânula. O tratamento proposto por Neville et al. (2009) é a técnica de marsupialização e/ou remoção da glândula sublingual (figura 12).



Figura 12 - Marsupialização. Excisão da mucosa de assoalho bucal e da parede da rânula.

FONTE: Geraldini, et al. (2006)

2.5 Neoplasias de glândulas salivares

Na área da Patologia Oral e Maxilofacial as neoplasias que acometem as glândulas salivares são de extrema importância, exibindo notável diversidade morfológica entre diferentes tipos de neoplasias e, muitas vezes, dentro de uma mesma massa tumoral (NEVILLE et al., 2009; EVESON et al., 2005). Adicionalmente, podem ocorrer neoplasias híbridas, bem como há propensão de algumas neoplasias benignas a progredirem para neoplasias malignas, de forma que a interpretação histopatológica pode ser difícil.

A classificação das neoplasias de glândulas salivares sofre alterações periódicas mas, na medida do possível, há uma categorização ordenada (NEVILLE et al., 2009). A classificação utilizada para este trabalho é a publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (EVESON et al., 2005) (Figura 13).

Neoplasias epiteliais malignos	
Carcinoma de célula acinares	8550/3
Carcinoma mucoepidermóide	8430/3
Carcinoma adenóide cístico	8200/3
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	8524/3
Carcinoma epitelial-mioepitelial	8562/3

Carcinoma de célula clara, não-especificada de outra forma	8310/3
Adenocarcinoma de células basais	8147/3
Carcinoma sebáceo	8410/3
Linfadenocarcinoma sebáceo	8410/3
Cistadenocarcinoma	8440/3
Cistadenocarcinoma cribiforme de baixo grau	
Adenocarcinoma mucinoso	8480/3
Carcinoma oncocítico	8290/3
Carcinoma do ducto salivar	8500/3
Adenocarcinoma, não-especificado de outra forma	8140/3
Carcinoma mioepitelial	8982/3
Carcinoma ex-adenoma pleomorfo	8941/3
Carcinossarcoma	8980/3
Adenoma pleomorfo com metástases	8940/1
Carcinoma de célula escamosa	8070/3
Carcinoma de célula pequena	8041/3
Carcinoma de célula grande	8012/3
Carcinoma linfoepitelial	8082/3
Sialoblastoma	8974/1
Neoplasias Epiteliais benignos	
Adenoma pleomorfo	8940/0
Mioepitelioma	8982/0
Adenoma de células basais	8147/0
Tumor de Warthin	8561/0
Oncocitoma	8290/0
Adenoma canalicular	8149/0
Adenoma sebáceo	8410/0
Linfadenoma	
Sebáceo	8410/0
Não sebáceo	8410/0
Papilomas ductais	

Papiloma ductal invertido	8503/0
Papiloma intraductal	8503/0
Sialoadenoma papilífero	8406/0
Cistadenoma	8440/0
Neoplasias dos tecidos moles	
Hemangioma	9120/0
Neoplasias hematolinfóides	
Linfoma de Hodgkin	
Linfoma difuso de grande célula B	9680/3
Linfoma extranodal da zona marginal de células B	9699/3
Neoplasias secundárias	

Figura 13 - Classificação histológica das neoplasias de glândulas salivares segundo a Organização Mundial de Saúde.

FONTE: Eveson et al., 2005

2.5.1 Epidemiologia

Segundo Eveson et al. (2005), a epidemiologia dessas neoplasias não é bem documentada, pois em muitos estudos os dados são limitados e restritos a lesões específicas (como as neoplasias de glândulas salivares maiores, ou apenas neoplasias malignas). Por este motivo, é possível que a incidência de algumas neoplasias esteja subestimada.

Segundo dados levantados pela OMS, a incidência mundial anual, considerando todas as neoplasias, varia de 0,4 a 13,5 casos para 100.000 habitantes, estando as neoplasias malignas com frequência de 0,4 a 2,6 casos para 100.000 habitantes (EVESON et al., 2005).

A glândula parótida é a mais acometida quando considerados as neoplasias epiteliais primários (cerca de 64% a 80% dos casos). Nas glândulas submandibulares a porcentagem é de 7% a 11%; menos de 1% ocorrem nas glândulas sublinguais. As glândulas salivares menores são afetadas entre 9% a 23%. A incidência de neoplasias benignas é de 54% a 79%, enquanto nos malignos varia entre 21% e 46% (EVESON

et al., 2005, GREENBERG; GLICK, 2008). De 80 a 90% das neoplasias de glândula salivar que ocorre em língua, assoalho de boca e área retromolar são malignos (EVESON et al., 2005).

De forma geral, essas lesões afetam mais frequentemente o gênero feminino; contudo, dependendo do tipo de neoplasia essa variável muda. A idade mais frequente para as neoplasias benignas é de 46 anos e das neoplasias malignas é de 47 anos, e dependendo do tipo de neoplasia o pico de incidência ocorre entre a sexta e sétima décadas de vida (EVESON et al., 2005).

Para neoplasias como o adenoma pleomórfico, carcinoma mucoepidermóide e carcinoma de células acinares, a maior incidência situa-se entre a terceira e quarta décadas de vida., bem como entre benignos e malignos, sendo os mais frequentes o adenoma pleomórfico, o carcinoma mucoepidermóide e o carcinoma de células acinares (EVESON et al., 2005).

Entre as neoplasias benignas, o mais comum é o adenoma pleomórfico (cerca de 60% dos casos), seguido pelo tumor de Warthin; o carcinoma mucoepidermóide é o mais comum entre os malignos. (EVESON et al., 2005; YU-LONG et al., 2012).

Vírus, radiação, profissão, estilo de vida, nutrição e fatores hormonais tem sido citados na etiologia das neoplasias de glândulas salivares (EVESON et al., 2005).

2.5.2 Neoplasias Benignas

As neoplasias benignas mais citados na literatura pesquisada e os que foram diagnosticados no LPB-UFSC são os descritos a seguir.

2.5.2.1 Adenoma Pleomórfico

Também conhecido como misto benigno, o adenoma pleomórfico é uma neoplasia com cápsula variável, caracterizada microscopicamente pelo pleomorfismo da arquitetura - mais do que celular, onde elementos epiteliais e mioepiteliais modificados misturam-se com tecido de aparência mixóide, mucóide ou condróide (EVESON et al., 2005).

Cerca de 80 à 85% dessas neoplasias estão localizadas nas glândulas parótidas, podendo também ocorrer nas glândulas submandibulares e glândulas salivares menores da cavidade bucal, além

de cavidade nasal, seios paranasais e trato aéreo superior e alimentar. (EVESON et al., 2005, GREENBERG; GLICK, 2008)

A incidência anual varia de 2,4 a 3,05 por 100.000 habitantes (EVESON et al., 2005). Apesar de não haver uma grande variação entre os gêneros, ocorre com maior frequência no sexo feminino (EVESON et al., 2005; GREENBERG; GLICK, 2008; NEVILLE et al., 2009).

Greenberg e Glick (2008) referem maior incidência entre a quarta e sexta década de vida. Eveson et al. (2005) ampliam esta incidência da primeira à décima década de vida. Já Neville et al. (2009) afirmam que, apesar de afetar todas as idades, as pessoas mais acometidas são adultos jovens e adultos de meia idade.

Clinicamente, apresenta-se como um aumento de volume de crescimento lento e indolor (EVESON et al., 2005, GREENBERG; GLICK, 2008; NEVILLE et al., 2009). Geralmente ocorrem de forma solitária, embora possam comumente estar presentes com outras neoplasias, de forma sincrônica ou metassincrônica, sobretudo com o tumor de Warthin. Ver figura 14 (EVESON et al., 2005).



Figura 14 - Característica clínica de adenoma pleomórfico. Aumento de volume da glândula parótida esquerda.

FONTE: Acervo do LPB-UFSC

O adenoma pleomórfico, embora seja uma neoplasia encapsulada e bem circunscrita, alguma vezes a cápsula pode ser incompleta ou ainda exibir infiltração pelas células tumorais. Seu parênquima é constituído por células epiteliais e mioepiteliais, as quais mostram um arranjo variado, formando áreas sólidas, cordões, ninhos ou estruturas ductais. O mesênquima tumoral também pode variar desde um conjuntivo fibroso, mixomatoso ou hialino. Ver figura 15 (NEVES; LIMA; SOBRAL, 2007; NEVILLE et al., 2009, p. 481).

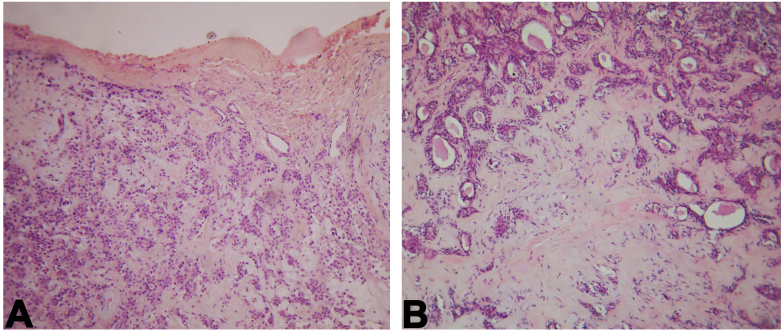


Figura 15 –Aspectos histopatológicos do Adenoma Pleomórfico. A) Presença de cápsula de tecido conjuntivo fibroso na superfície da lesão (H&E, 100x). B) Células tumorais formando estruturas ductais e pequenos ninhos, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 400x).

FONTE: Acervo do LPB-UFSC

Neville et al. (2009) indicam a excisão cirúrgica como técnica para tratamento do adenoma pleomórfico. Quando em glândula parótida, no lobo superior a parotidectomia superficial é indicada.

2.5.2.2 Tumor de Warthin

Existem diferentes dados epidemiológicos pelo mundo em relação ao Tumor de Warthin (TW), mas na maioria dos países é o segundo mais frequente entre as neoplasias de glândulas salivares (EVESON et al., 2005; NEVILLE et al., 2009).

É uma doença rara em pessoas com menos de 40 anos, sendo 62 anos a idade média de ocorrência. Nos estudos atuais não há predileção por gênero (EVESON et al., 2005). Há uma menor incidência

em pessoas melanodermas em comparação aos leucodermas (NEVILLE et al., 2009). Ogawa et al. (2012) relatam que homens de meia idade são os mais acometidos.

Eveson et al. (2005) e Neville et al. (2009) afirmam que a incidência aumenta em até 8 vezes quando o paciente é fumante. Nos últimos tempos, vem crescendo o número de mulheres fumantes o que tem feito aumentar o número de mulheres com TW. É possível que haja relação com a exposição à radiação, já que há maior incidência entre sobreviventes da bomba atômica (EVESON et al., 2005).

A localização preferencial do TW é na glândula parótida, geralmente no polo inferior, além dos linfonodos periparotídeos. Esta neoplasia pode apresentar-se clinicamente como multicêntrico (12% a 20%) ou bilateral (5% a 14%) que geralmente são metassincrônicos, ou seja, não ocorrem no mesmo momento (EVESON et al., 2005; FODOR et al., 2010; NEVILLE et al., 2009). Alguns estudos demonstram ocorrência rara na glândula submandibular e glândulas menores (NEVILLE et al., 2009).

Geralmente o TW apresenta-se como um aumento de volume esférico ou ovóide, de crescimento lento, usualmente com 2 a 4 cm, indolor, flutuante e bem circunscrito. Menos frequentemente há dor (9%) e raramente há paralisia facial, que é resultante de um processo inflamatório secundário e fibrose (EVESON et al., 2005).

Histologicamente observa-se uma cápsula delgada com áreas císticas, variando forma e tamanho, sólidas, composta de elementos epiteliais e linfonóides. Na camada das células epiteliais encontram-se células oncóticas que são colunares, empaliçada, núcleos únicos e ovoides, localizadas junto à luz. Já a camada mais profunda encontram-se as células basais que são achatadas ou cuboidais. Estão dispostas papilas que encontram familiaridade com feixe fibrovascular (EVESON et al., 2005; NEVILLE et al., 2009).

2.5.3 Neoplasias Malignas

As neoplasias malignas mais citadas na literatura pesquisada e as que foram diagnosticadas no LPB-UFSC são as descritas a seguir.

2.5.3.1 Carcinoma Mucoepidermóide

É a neoplasia maligna com maior incidência entre as neoplasias de glândulas salivares (EVESON et al., 2005; SENGUL; SIMSEK;

CAKUR, 2013). A glândula com maior incidência desta neoplasia é a parótida (EVESON et al., 2005; NEVILLE et al., 2009; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008). Outros locais comuns são o palato, área retromolar, assoalho da boca, mucosa bucal, lábios e língua (SENGUL; SIMSEK; CAKUR, 2013).

Como característica clínica destaca-se o aumento de volume firme, fixo, liso e indolor, aparentando uma neoplasia cística com coloração castanha, branca ou rósea, com limites infiltrativos ou bem definidos (EVESON et al., 2005).

Histologicamente o carcinoma mucoepidermóide pode ser composto por células epidermóides, mucosas e intermediárias, as quais formam áreas sólidas ou císticas (figura 16). A proporção entre os diferentes tipos celulares e a constituição arquitetural varia entre as neoplasias (EVESON et al., 2005).

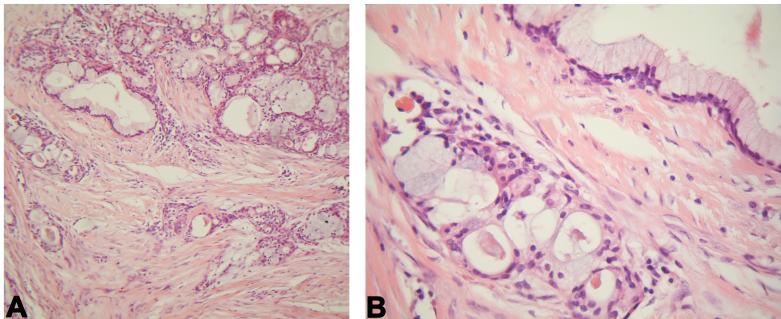


Figura 16 – Aspectos histopatológicos do carcinoma mucoepidermóide. A) Células neoplásicas arranjadas em ninhos e lençóis, com a presença de formações císticas, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 100x). B) Presença de células mucosas e intermediárias formando um ninhos e células mucosas delimitando formação cística (H&E, 400x).

FONTE: Acervo do LPB-UFSC

Com relação a gradação histológica, pode ser classificada em baixo, intermediário ou alto grau. Para esta classificação baseia-se em cinco parâmetros, sendo essas: necrose, anaplasia, taxa mitótica, proporção de elementos císticos e sólidos e presença de invasão neural (FRANÇA, et al., 2008).

O futuro dos pacientes com carcinoma mucoepidermóide é favorável (EVESON et al., 2005). O prognóstico depende de diagnóstico precoce e do correto manejo com a lesão. Grau

histopatológico, tamanho da lesão primária e presença de metástases são fatores determinantes para o prognóstico (SANTOS, et al., 2012).

2.5.3.2 Carcinoma de Células Acinares

O carcinoma de células acinares ou adenocarcinoma de célula acinosa é uma neoplasia epitelial maligna “na qual, ao menos algumas células neoplásicas mostram diferenciação celular serosa e acinar” além de células ductais (EVESON et al., 2005 p. 216).

Este tipo de neoplasia abrange somente 1% de todas as neoplasias de glândulas salivares e é a segunda mais prevalente entre neoplasias malignas em glândulas salivares de crianças, perdendo somente para o carcinoma mucoepidermóide. Cerca de 3% das neoplasias malignas de células acinares tem envolvimento bilateral da parótida (GREENBERG; GLICK, 2008). Na cavidade bucal a preferência de localização é mucosa jugal e palato (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008).

As mulheres são um pouco mais afetadas por este tipo de carcinoma (EVESON et al., 2005; GREENBERG; GLICK, 2008; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008). Para Eveson et al. (2005), não há uma etnia prevalente e não existe uma faixa etária predisposta, ocorrendo da segunda à sétima décadas de vida, sendo que somente 4% destas neoplasias atingem pessoas abaixo dos 20 anos.

O carcinoma de células acinares nas glândulas salivares maiores está geralmente localizado na glândula parótida (cerca de 80%), podendo ocorrer também em glândula submandibular (4%), glândula sublingual (1%) e glândulas salivares menores (17%) (EVESON et al., 2005). Geralmente acometem lobo superficial e pólo inferior da glândula parótida (GREENBERG; GLICK, 2008).

Clinicamente, na maioria das vezes se caracteriza como uma massa única, móvel, dolorosa, com menos de um ano de evolução. Em cerca de 5% a 10% dos casos há paralisia facial. (EVESON et al., 2005). A lesão - que geralmente tem crescimento lento - também frequentemente é encapsulada (GREENBERG; GLICK, 2008). A neoplasia pode sofrer metástase para os linfonodos e posteriormente para pulmão (EVESON et al., 2005).

Há diversos tipos de células (acinares, vacuoladas, ductais, claras) e padrões de crescimento histomorfológico (sólido, lobular, microcístico, papilar) no carcinoma de células acinares; no entanto, o que define esse carcinoma é a presença da célula acinar serosa (EVESON et al., 2005).

2.5.3.3 Carcinoma Adenóide Cístico

É uma neoplasia maligna de morfologia variável e de desenvolvimento geralmente persistente, com prognóstico frequentemente ruim. Existem, porém, fatores de predição que influenciam a sobrevivência do paciente como: local da neoplasia, padrões histológicos, estágio clínico, condições das margens cirúrgicas e presença de envolvimento ósseo (EVESON et al., 2005; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2008).

Greenberg e Glick (2008) relatam que 30% dos carcinomas adenóides císticos (CAC) ocorrem em glândulas salivares menores, 15% a 30% em glândulas submandibulares e 2% a 15% em glândulas parótidas.

A localização preferencial é no palato, seguida da língua, mucosa bucal, lábio e assoalho da boca. São mais afetadas pessoas de meia idade a idosos. Só há predileção para o gênero feminino para neoplasias em glândula submandibular (EVESON et al., 2005).

Um estudo meta-analítico, retrospectivo e observacional relatou faixa de idade de 55 anos, com localização preferencial no palato (57%) como a OMS propõe, seguido da língua (16%), havendo predileção pelo gênero feminino (56,5%) (RODRIGUEZ et al., 2011).

A sintomatologia deste tipo de lesão usualmente é dolorosa (EVESON et al., 2005; GREENBERG; GLICK, 2008). Porém, o sinal mais comum é o aumento de volume de crescimento lento (EVESON et al., 2005; GREENBERG; GLICK, 2008). A neoplasia pode invadir área perineural causando paralisia facial (EVESON et al., 2005; RODRIGUEZ, et al., 2011).

As características de macroscopia mostram-se como uma massa infiltrativa, firme, sólida, bem circunscrita, de variado tamanho e não encapsulada, de coloração castanho claro (EVESON et al., 2005). Já Greenberg e Glick (2008) mencionam que a neoplasia unilobular pode ou não ser encapsulado.

Histologicamente a neoplasia é composta por células epiteliais e mioepiteliais em um padrão arquitetural variável (sólido, ductal ou cribriforme). As variáveis ductal e cribriforme mostram revestimento interno de células epiteliais, e na porção externa células mioepiteliais (figura 17). Invasão peri ou intraneural é frequente e devido a isso podem ser utilizadas como características diferenciais para outras neoplasias (GREENBERG; GLICK, 2008).

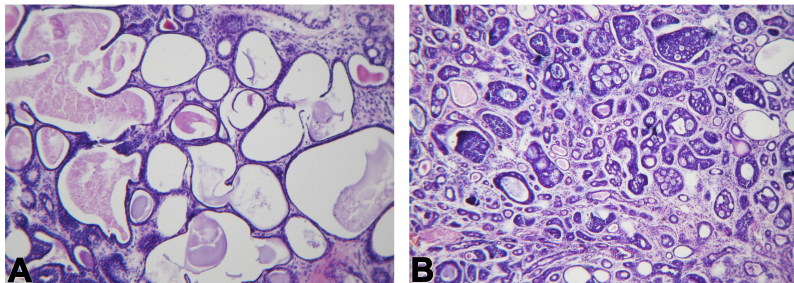


Figura 17: Aspectos histopatológicos do carcinoma adenóide cístico. A) padrão cribriforme da lesão, no qual se observam células neoplásicas delimitando espaços pseudo-císticos, contendo material basofílico no interior (H&E, 100x). B) Variante tubular da lesão, na qual se observam pequenas ilhas e cordões de células neoplásicas, frequentemente formando estruturas ductais, em um estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 100x)

FONTE: Acervo do LPB-UFSC

Fatores como local da neoplasia, estágio clínico, estado das margens cirúrgicas podem influenciar a sobrevida do paciente. Padrões histológicos também influenciam, quando as neoplasias compostas de padrões tubulares e cribriformes geralmente são menos agressivas, frente aos que possuem mais de 30% de componente de padrão sólido (EVESON, et al., 2005).

2.5.3.4 Carcinoma ex-adenoma pleomórfico

Neoplasia maligna rara, de comportamento muito agressivo (ZHAO et al., 2013). É uma derivação do adenoma pleomórfico, que origina uma neoplasia epitelial maligna, sendo também denominada de tumor maligno misto (EVESON et al., 2005; ZHAO et al., 2013). Abrange cerca de 3,6% das neoplasias salivares, sendo 12% para as neoplasias salivares malignas. Dos adenomas pleomórficos, 6,2% transformam-se em neoplasias malignas (EVESON et al., 2005).

Ocorrem com maior frequência pela sexta e sétima década de vida (EVESON et al., 2005). Há estudos que relatam o aparecimento do carcinoma ex-adenoma pleomórfico depois de 15 anos do surgimento do adenoma pleomórfico (NEVILLE et al., 2009).

Geralmente o carcinoma ex-adenoma pleomórfico se localiza na glândula parótida; entretanto, também pode ser encontrado na

glândula submandibular e nas glândulas salivares menores, localizadas preferencialmente na região de nasofaringe e palato (EVESON et al., 2005). Neville et al. (2009), afirmam que cerca de 80% destas neoplasias ocorrem em glândulas maiores, principalmente na parótida.

Nos aspectos clínicos observa-se usualmente aumento de volume indolor; todavia, pode ocorrer dor, bem como fixação na pele e paralisia do nervo facial. O histórico clínico dessa lesão geralmente é um aumento de volume de longa permanência (por volta de 3 anos) e que nos últimos 3 meses teve um aumento clínico mais rápido (EVESON et al., 2005).

Macroscopicamente tem aspecto nodular ou cístico, não encapsulado. Quando a peça desta neoplasia é seccionada, apresenta características similares ao de adenoma pleomórfico, expondo particularidades deste carcinoma, como hemorragia e necrose (GREENBERG; GLICK, 2008).

Para a classificação deste carcinoma a documentação clinicopatológica prévia deverá ser de adenoma pleomórfico ou na amostra da peça excisionada haver componentes benignos, o que é raro (EVESON et al., 2005; GREENBERG; GLICK, 2008). A malignidade geralmente se apresenta como um carcinoma indiferenciado ou adenocarcinoma pouco diferenciado (EVESON et al., 2005). Para diagnóstico histopatológico confiável deve ter sido observado o padrão de crescimento destrutivo, infiltrativo; mitoses são facilmente encontradas assim como necrose. (EVESON et al., 2005; GREENBERG; GLICK, 2008).

O prognóstico quando em glândulas maiores - geralmente ruim-vai depender do grau histológico da lesão, da presença de invasão perineural e do envolvimento dos gânglios linfáticos (ZHAO et al., 2013).

2.5.3.5 Carcinoma Mioepitelial

Chamado também de mioepitelioma maligno, é uma neoplasia composta de células tumorais com diferenciação mioepitelial quase que unicamente (EVESON et al., 2005). As células mioepiteliais estão normalmente localizadas entre as células epiteliais e a lâmina basal dos ductos acinares das glândulas salivares (REN et al., 2011). Caracteriza-se pelo crescimento invasivo, localmente destrutivo, havendo potencial metastático (EVESON et al., 2005).

Em relação a epidemiologia do carcinoma mioepitelial, abrange somente 2% dos carcinomas que atingem as glândulas salivares (essa baixa incidência pode se dever à sua recente classificação enquanto entidade tumoral distinta) (YU et al., 2003; EVESON et al., 2005). Ren et al. (2011), destacam que o carcinoma mioepitelial era classificado anteriormente como tumor maligno misto, mas que suas características exclusivas de diferenciação mioepitelial o distinguiram dessa classificação.

Afetam igualmente ambos os gêneros, sendo 55 anos a média de idade de ocorrência. Acometem frequentemente a glândula parótida, porém também podem ser encontrados na glândula submandibular ou em glândulas menores. Clinicamente, se apresentam geralmente na forma de um aumento de volume nodular, sem dor, com tamanho variando de 2 a 10 cm. Macroscopicamente, observa-se cor esbranquiçada. (EVESON et al., 2005)

O estudo realizado por Yu et al. (2003) demonstrou que quando o carcinoma mioepitelial se localizava na glândula parótida, alguns casos apresentavam paralisia facial (dos 14 pacientes com o carcinoma nesta glândula, 8 relataram a paralisia).

O prognóstico é ruim (REN et al., 2011; YU et al., 2003). Porém, melhora se o carcinoma for diagnosticado no início do seu desenvolvimento, desde que instituído tratamento adequado. Quando diagnosticado tardiamente - independente do tratamento - o prognóstico é muito ruim (YU et al., 2003).

A histopatologia e a imunohistoquímica desempenham papéis fundamentais para o diagnóstico do Carcinoma Mioepitelial, pois apresentam diferenciação limitada (REN et al., 2011). Como características histopatológicas destacam-se: células fusiformes, epitelioides, plasmocitóides (figura 18), estreladas ou às vezes vacuolizadas - parecendo anel de sinete - são particularidades presentes usualmente nesta neoplasia maligna; multilobulada, geralmente apresenta núcleos necróticos nos nódulos neoplásicos. (EVESON et al., 2005).

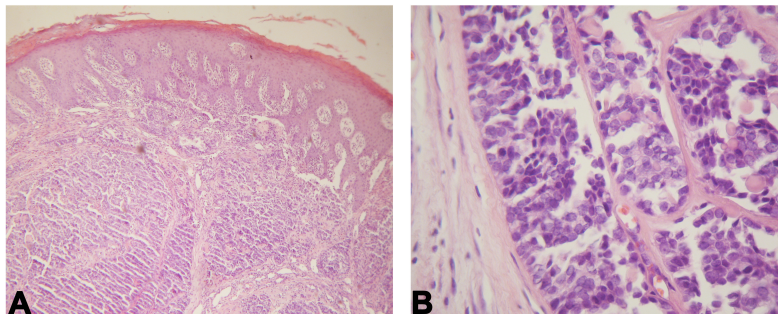


Figura 18 - Aspectos histopatológicos do carcinoma miopitelial. A) Fragmento de mucosa exibindo na lâmina própria ilhas e ninhos de células neoplásicas em escasso estroma de tecido conjuntivo fibroso (H&E, 100x). B) Células neoplásicas com aspecto plasmocitóide exibindo moderado pleomorfismo celular e nuclear (H&E, 400x).
FONTE: Acervo do LPB-UFSC

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Levantar a prevalência das lesões reativas e tumorais de glândulas salivares e fatores associados na população atendida pelo Laboratório de Patologia Bucal da Universidade Federal de Santa Catarina (LPB-UFSC) no período de setembro de 2006 a junho de 2013.

3.2 Objetivos Específicos

- Levantar as lesões reativas e tumorais mais frequentes de glândulas salivares e sua localização nos casos diagnosticados pelo LPB-UFSC.

- Descrever o perfil sócio-demográfico da população diagnosticada com lesões de glândula salivar no LPB-UFSC.

- Descrever o perfil clínico dos pacientes conforme as características clínicas da lesão diagnosticadas no LPB-UFSC.

- Associar características sócio-demográficas dos pacientes com o perfil clínico das lesões de glândula salivar no LPB-UFSC.

- Relacionar os dados obtidos com outros publicados na literatura.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo observacional transversal retrospectivo.

4.2 Aspectos éticos

A execução deste Trabalho de Conclusão de Curso foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo A).

4.3 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada nas fichas de biópsia e teve como objetivo a obtenção de informações sócio-demográficas dos pacientes e características clínicas das lesões reativas ou tumorais de glândulas salivares.

Na primeira fase da coleta de dados, foi efetuado levantamento em todos os 1521 laudos histopatológicos emitidos pelo LPB-UFSC no período de setembro de 2006 a junho de 2013, e selecionados aqueles cujo diagnóstico histopatológico foi conclusivo para lesões reativas ou tumorais de glândulas salivares. Esses dados foram registrados em planilha específica (Apêndice B).

Na segunda fase, foi efetuado o levantamento das fichas de biópsia de cada caso, para o levantamento dos dados sócio-demográficos do paciente e das características clínicas das lesões. Entre os dados que foram coletados estão: diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico, idade, gênero, etnia, ocupação profissional, apresentação clínica (tipo da lesão, tamanho, forma, tempo de evolução, consistência, mobilidade, inserção, cor, sintomatologia e localização).

4.4 Amostra

4.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra 86 casos cujos laudos foram conclusivos para lesões reativas ou tumorais de glândulas salivares.

Os casos em que o paciente foi biopsiado mais de uma vez foi considerado o último diagnóstico histopatológico realizado.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos pacientes que tiveram diagnóstico histopatológico de: Sialolitíase, visto que na maioria dos casos apresentados no LPB-UFSC o diagnóstico histopatológico não é solicitado; Sialodenite e Ectasia do Ducto Salivar pois são lesões provenientes de diversas causas como por exemplo síndrome de Sjogren ou por uma hipossalivação.

4.5. Análise dos dados

Os dados foram digitados e analisados em planilha do programa Excel (Microsoft Office, Microsoft Corporation). As análises estatísticas descritivas e associativas, foram realizadas através do programa SPSS Statistics.

5 RESULTADOS

No período analisado foram levantados 86 casos de lesões de glândula salivar no LPB-UFSC – Florianópolis/SC. As associações realizadas tiveram como variável padrão, o diagnóstico histopatológico ou o tipo de lesão.

A Tabela 01 apresenta o perfil sociodemográfico dos indivíduos portadores das lesões estudadas.

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico dos pacientes com lesões de glândulas salivares diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro de 2006 a junho de 2013.

Variáveis	n	%
GÊNERO		
Masculino	44	51,2
Feminino	39	45,3
Não Informado	3	3,5
IDADE		
até 12 anos	15	17,4
13 a 21 anos	24	27,9
22 a 40 anos	38	44,2
41 a 64 anos	4	4,7
acima de 65 anos	3	3,5
Não Informado	2	2,3
ETNIA		
Leucoderma	54	62,8
Xantoderma	8	9,3
Melanoderma	7	8,1
Feoderma	1	1,2
Não Informado	16	18,6
OCUPAÇÃO		
Estudante	32	37,2
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	8	9,3
Desempregado	6	7
Trabalhadores de serviços administrativos	5	5,8
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	3	3,5
Profissionais das ciências e das artes	3	3,5
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	3	3,5
Aposentado	3	3,5
Técnico de nível médio	2	2,3
Não Informado	21	24,4

FONTE: Dados da pesquisa

Constatou-se que 44 (51,2%) eram do gênero masculino e 39 (45,3%) do gênero feminino; em 3 casos (3,5%) essa informação não constava da ficha de biópsia. A faixa etária predominante foi entre 22 e 40 anos com 38 casos (44,2%), sendo que em 2 casos (2,3%) essa informação não constava da ficha de biópsia. Observou-se que 62,8% (n=54) da população estudada é leucoderma, 9,3% xantoderma (n=8), 8,1% melanoderma (n=7) e 1,2% feoderma (n=1); em 18,6% (n=16) tal informação não constou da ficha de biópsia. As ocupações foram classificadas por grandes grupos ocupacionais conforme a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) (BRASIL, 2002). Porém, para completar os dados apresentados foram incorporados mais três grupos: estudantes, aposentados e desempregados. O grupo que predominou foi o de estudantes com 32 indivíduos (37,2%), porém houve grande porcentagem de não informados 24,4% (21 casos).

Tabela 02 - Tipologia das lesões diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro 2006 a junho de 2013

Variáveis	n	%
DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO		
Mucocele	73	84,9
Adenoma Pleomórfico	5	5,8
Carcinoma Adenóide Cístico	4	4,7
Carcinoma Mucoepidermóide	2	2,3
Mioepitelioma Maligno	1	1,2
Carcinoma ex adenoma pleomórfico	1	1,2
TIPO DA LESÃO		
Lesões Reativas	73	84,9
Neoplasia Maligna	8	9,3
Neoplasia Benigna	5	5,8
LOCALIZAÇÃO		
Lábio	59	68,6
Palato Duro/Mole	9	10,5
Soalho Bucal	5	5,8
Ventre Lingual	5	5,8
Mucosa Jugal	3	3,5
Língua	2	2,3
Maxila/Mandíbula	1	1,2
Não Informado	2	2,3
SUBLOCALIZAÇÃO		
Glândula Salivar Menor	80	93
Glândula Salivar Maior	4	4,7
Não Informado	2	2,3

FONTE: Dados da pesquisa

A tabela 02 expõe a tipologia das lesões dos casos diagnosticados com lesão de glândula salivar e sua distribuição. Dos 86 casos registrados como lesão de glândula salivar 73 (84,9%) eram lesões reativas, 5 (5,8%) neoplasias benignas e 8 (9,3%) neoplasias malignas. As lesões encontradas foram: mucocele, 73 casos (84,9%); adenoma pleomórfico, 5 casos (5,8%); carcinoma adenoide cístico, 4 casos (4,7%); carcinoma ex adenoma pleomórfico, 2 casos (2,3%); carcinoma mucoepidermóide, 1 caso (1,2%); e mioepitelioma maligno, 1 caso (1,2%). As lesões se concentraram preferencialmente em glândulas salivares menores com cerca de 80 casos (93%) e houveram 2 casos (2,3%) onde a localização não foi informada.

Para realizar essa classificação foram relacionados o tipo de lesão e sua localização na boca. Procedeu-se o agrupamento das localizações das lesões, enquadradas conforme a Figura 19.

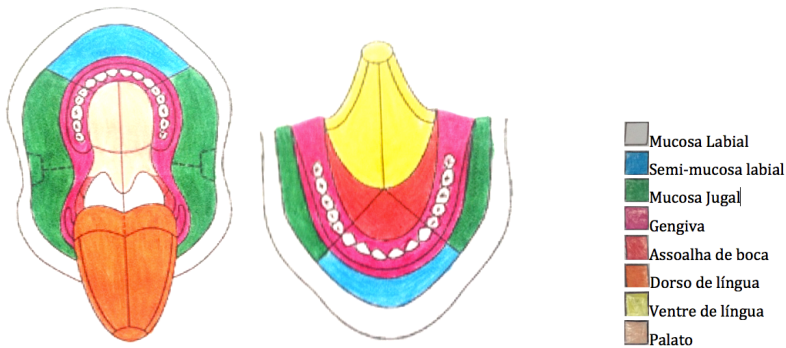


Figura 19 – Diagrama mostrando a forma como foi feito o agrupamento das localizações das lesões do estudo.

A tabela 03 exhibe os dados das características clínicas das lesões do presente estudo.

Tabela 03 - Perfil clínico dos pacientes com lesões de glândulas salivares diagnosticadas no LPB-UFSC no período de setembro de 2006 a junho de 2013

Variáveis	n	%
TEMPO DE EVOLUÇÃO		
Até 6 meses	47	54,7
7 a 12 meses	9	10,5
13 a 24 meses	5	5,8
25 a 48 meses	1	1,2

acima de 49 meses	3	3,5
Não Informado	21	24,4
TAMANHO		
até 5 mm	20	23,3
6 a 10 mm	21	24,4
11 a 19 mm	4	4,7
20 a 40 mm	7	8,1
acima de 40 mm	1	1,2
Não Informado	33	38,4
COR		
Violácea/arroxeadado/azulado	35	40,7
Norma/rosada	25	29,1
Avermelhado	9	10,5
Esbranquiçada	7	8,1
Transparente	2	2,3
Amarelada	1	1,2
Não Informado	7	8,1
FORMA		
Nodular	35	40,7
Bolha	6	7,0
Cúpula	6	7,0
Arredondada	5	5,8
Circular	3	3,5
Globosa	3	3,5
Ovulada	3	3,5
Regular	3	3,5
Lobulada Fibrosa	2	2,3
Tumor	1	1,2
Vesicular	1	1,2
Ulcerada	1	1,2
Não Informado	17	19,8
SINTOMAS		
Assintomático	42	48,8
Sintomático	11	12,8
Não Informado	33	38,4
CONSISTÊNCIA		
Flutuante	36	41,9
Mole	14	16,3
Firme (Fibrosa)	12	14,0
Não informado	24	27,9
MOBILIDADE		
Presente	12	14,0
Ausente	6	7,0
Não Informado	68	79,1
INSERÇÃO		
Séssil	37	43,0
Pediculado	2	2,3
Não Informado	47	54,7

FONTE: Dados da pesquisa

Verifica-se que o tempo de evolução mais presente no levantamento foi de até 6 meses com um pouco mais da metade dos casos (54,7%) e observa-se cerca de 21 casos (24,4%) onde esse dado não foi informado. O tamanho mais prevalente foi de 6 a 10 mm com 21 casos (24,4%) seguido de até 5mm com 20 casos (23,3%, sendo que a maior porcentagem apresentou-se no grupo não informado com 38,4% (33 casos). Em relação a coloração foi observado uma predominância para cor violácea/arroxeadado/azulado com 35 casos (40,7%) e cerca de 8,1% (7 casos) para não informado. Por falta de normatização com relação a característica “forma”, não houve nenhum agrupamento, sendo os dados apresentados conforme descrição clínica presente na ficha de biópsia. A forma mais encontrada foi a nodular com 35 casos (40,7%), e em 17 casos (19,8%) esse dado não foi informado. Com relação à sintomatologia, a maioria das lesões foi assintomática, com cerca de quase metade dos casos (48,8%) contra 12,8% (11 casos) dos casos sintomáticos; porém, em 38,4% (33 casos) não foi acrescentada essa informação. Observou-se que as lesões tinham consistência flutuante em sua maioria (41,9%). Com relação ao dado “mobilidade”, poucos foram os casos onde havia essa informação (68 casos - 79,1% - não informados). A implantação séssil foi constatada em 43% das lesões (37 casos), pediculada em 2,3% e o dado não foi informado em mais da metade dos casos (54,7%).

A tabela 04 mostra a comparação entre o diagnóstico clínico e o diagnóstico histopatológico. Buscou-se com essa associação observar se o diagnóstico clínico realizado no momento da consulta correspondeu ao diagnóstico histopatológico. Nos dados obtidos, apresentou-se correlação dos diagnósticos em quase 100% dos casos de mucocele. Um caso de carcinoma mucoepidermóide foi diagnosticado clinicamente como lipoma. Dos 5 casos diagnosticados clinicamente como adenoma pleomórfico 3 (60%) corresponderam, 1 (20%) foi diagnosticado histologicamente como carcinoma mucoepidermóide e outro como carcinoma adenóide cístico (20%). Houve um caso em que o diagnóstico clínico foi de hiperplasia fibrosa, e no qual a análise histopatológico revelou tratar-se de adenoma pleomórfico. Em uma das fichas de biópsia analisadas, não foi proposto diagnóstico clínico, sendo o laudo histopatológico conclusivo de mucocele.

A tabela 04 ainda apresenta lesões com diagnósticos clínicos conflitantes com os histopatológicos, como: 05 casos de rânula, cuja análise histopatológica concluiu por mucocele em todos os casos; fibroma/papiloma, que se revelou também como mucocele; e 2 casos

cuja suspeita clínica era de carcinoma (inespecificamente), tendo-se constatado na análise histológica um carcinoma ex-adenoma pleomórfico e um mioepitelioma maligno. Não houve relevância estatística para esta tabela.