

Um Caso Raro de Carcinoma Mucoepidermóide de Septo Nasal

A Rare Case of Mucoepidermoid Carcinoma of the Nasal Septum

Alano Nunes Barcellos**, *Carolina Pimenta Carvalho, *Daniel Caldeira Teixeira****,
*Juliana Altavilla van Petten Machado*****, *Aureliano Carneiro Barreiros*****,
*Taiane Nunes Barcellos******.**

*Especialista em Otorrinolaringologia pela ABORL-CCF. Otorrinolaringologista.

**Especializanda em ORL. 3º Ano Especialização.

***Especializando em ORL. 2º Ano Especialização.

****Especialista em Otorrinolaringologia pela ABORL-CCF. Preceptora da Especialização em ORL do Hospital Socor - Belo Horizonte / MG.

***** Acadêmica do 4º Ano da Graduação em Medicina da Faculdade de Barbacena / MG.

Instituição: Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial do Hospital Socor Belo Horizonte / MG.
Belo Horizonte / MG – Brasil.

Endereço para correspondência: Alano Nunes Barcellos – Rua Juiz de Fora, 115/1301 – Bairro: Barro Preto. Belo Horizonte / MG – Brasil – CEP: 30180-060 – Fax: (+55 31) 3832-1647 – E-mail: dr_alano@yahoo.com.br

Apresentado como pôster no 5º Congresso Triológico de Otorrinolaringologia, durante os dias 6 a 9 de junho de 2007, em Brasília / DF.

Artigo recebido em 3 de Novembro de 2007. Artigo aprovado em 23 de Agosto de 2008.

RESUMO

Introdução:

O carcinoma mucoepidermóide é a neoplasia maligna mais comum das glândulas salivares, sendo o principal sítio de acometimento a parótida. Ocorre também em glândulas salivares menores desde a cavidade nasal até os pulmões. A localização nasal do carcinoma mucoepidermóide é extremamente rara. A literatura é pobre em casos semelhantes.

Objetivo:

Relatar um caso de carcinoma mucoepidermóide de septo nasal à direita, abordando aspectos gerais quanto a patogênese, diagnóstico, terapêutica e seguimento pós-operatório.

Relato do Caso:

Apresentamos um caso de uma paciente de 32 anos com história de obstrução nasal, epistaxe e tumoração em fossa nasal direita. A biópsia revelou tratar-se de carcinoma mucoepidermóide. Realizamos ressecção tumoral por via nasal endoscópica, associada à radioterapia complementar. O anátomo-patológico classificou-o como de alto grau de malignidade. Obteve remissão dos sintomas e sem recidiva em seguimento.

Conclusão:

As massas tumorais nasais devem ser estudadas com exames de imagem e histopatologia. Podemos nos surpreender com tumores malignos nasais raros.

Palavras-chave:

carcinoma mucoepidermóide, septo nasal, mucosa nasal, cirurgia, radioterapia, patologia.

SUMMARY

Introduction:

Mucoepidermoid carcinoma is the most common malignant neoplasm of the salivary glands, and the parotid is the main site of attack. It also occurs in the minor salivary glands from the nasal cavity to the lungs. Nasal location of the mucoepidermoid carcinoma is extremely rare. There is little literature on similar cases.

Objective:

To report a case of mucoepidermoid carcinoma of the right nasal septum, and cover general aspects of the pathogenesis, diagnosis, therapy, and post-operative follow-up.

Case Report:

We present a case of a 32-year-old patient with a history of nasal obstruction, epistaxis and tumoration in the right nasal cavity. The biopsy revealed it was a mucoepidermoid carcinoma. The tumor was surgically removed using endoscopes with associated complementary radiotherapy. The anatomopathological analysis classified it with a high degree of malignancy. We obtained remission of the symptoms and without subsequent recurrence.

Conclusion:

Tumor nasal masses should be studied with imaging and histopathology examinations. We may discover rare malignant nasal tumors.

Keywords:

mucoepidermoid carcinoma, nasal septum, nasal mucosa, surgery, radiotherapy, pathology.

INTRODUÇÃO

O carcinoma mucoepidermóide é o tumor maligno mais freqüente de glândulas salivares, acometendo glândulas salivares maiores e menores (1, 2). É o tumor maligno mais comum na parótida (60-70% casos) (1,2). Originam do epitélio dos ductos excretores glandulares, podendo se desenvolver também nas salivares menores da cavidade nasal, seios maxilares, nasofaringe, orofaringe, laringe, pregas vocais, traquéia, pulmões e glândulas lacrimais (1, 3, 4).

Tumores malignos localizados em cavidade nasal e seios paranasais são extremamente raras, correspondendo por cerca de 3% das neoplasias de cabeça e pescoço. Nos Estados Unidos, há uma estimativa de menos de um caso para 100.000 habitantes (5, 6). A literatura cita poucos casos de acometimento do septo nasal. Destes tumores cérvico-faciais, apenas 10% são provenientes de glândulas salivares localizadas na mucosa nasossinusal, tendo como principais subtipos, em ordem de freqüência, o adenóide cístico, adenocarcinoma e o mucoepidermóide (5) (Tabela 1). Em estudo realizado por CALDERON-GARCIDUEÑAS et al. (6), com 256 pacientes portadores de neoplasia maligna nasossinusal, não foi descrito nenhum caso de carcinoma mucoepidermóide nesta localização.

RELATO DO CASO

Uma paciente de 32 anos, feminino, melanoderma. Atendida com história de obstrução nasal, rinorréia fluida e epistaxes freqüentes de fossa nasal direita há cerca de 2 anos. Relata ter eliminado massa avermelhada da mesma narina há aproximadamente 1 ano, durante crise esternutatória.

Ao exame otorrinolaringológico: fossa nasal direita apresentava massa tumoral com aspecto verrucoso, róseo, macio e sangrante à manipulação, não pulsátil, implantado em septo nasal, ocluindo a via aérea.

Nasofibrosopia (Figura 1) revelou lesão vegetante originada na região anterior do septo nasal, estando preservados assoalho e parede lateral. Tomografia Computadorizada (TC) dos seios da face (Figura 2) mostrou acometimento do septo nasal à direita em áreas II, III e IV de Cottlè. TC cervical revelou linfonodomegalia reacional.

A biópsia tumoral revelou Carcinoma Mucoepidermóide. O tumor foi classificado com T1, N0, M0.

Na endoscopia nasal peroperatória (Figura 3) de cavidade nasal direita observou-se margem superior exi-

Tabela 1. Tumores de linhagem epitelial.

Carcinoma de células escamosas
Adenocarcinoma
Carcinoma indiferenciado
Carcinoma linfoepitelial
Melanoma
Carcinoma glandular:
a) tumor misto maligno;
b) carcinoma adenóide cístico;
c) carcinoma mucoepidermóide.
Carcinomas metastáticos (mama, rim, pulmão, próstata)

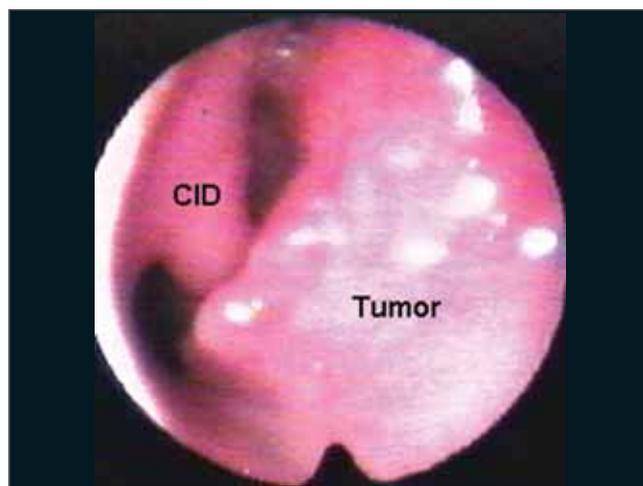


Figura 1. Carcinoma Mucoepidermóide de Septo Nasal. Endoscopia nasal. CID: corneto inferior direito.



Figura 2. Exame de imagem do carcinoma mucoperpidermóide de septo nasal. Tomografia axial dos seios da face. Pré-operatório. Tumoração septal à direita.

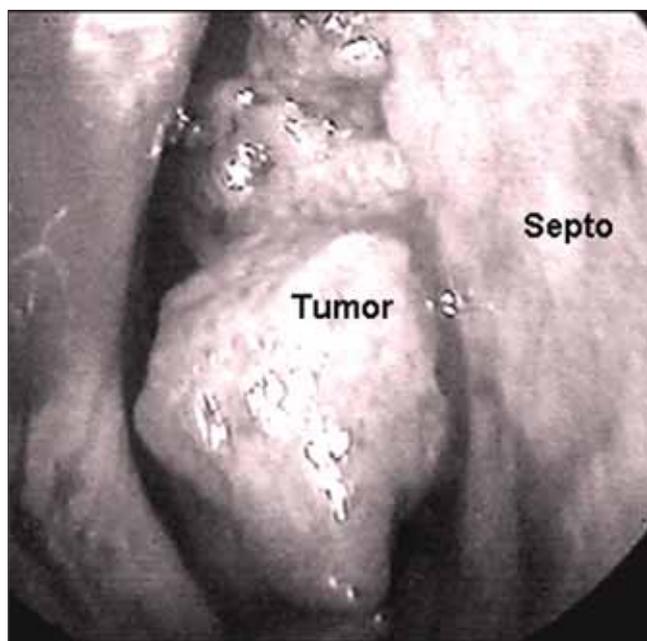


Figura 3. Carcinoma Mucoepidermóide de Septo Nasal à Direita. Visão endoscópica per-operatória.

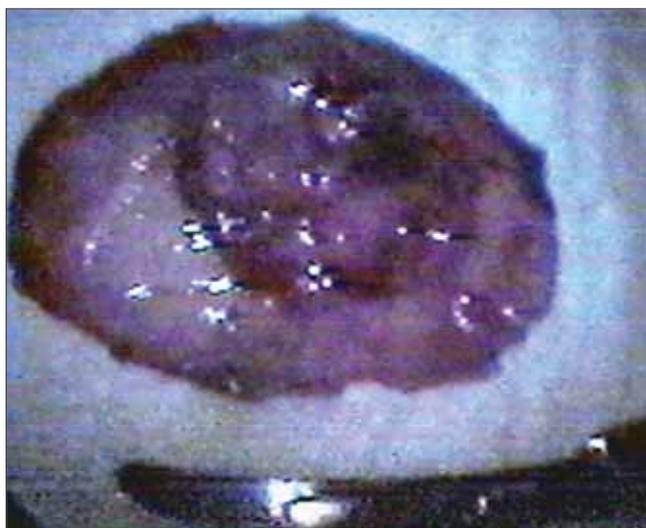


Figura 5. Ressecção do carcinoma septal. Peça cirúrgica ressecada.

gua, acometendo septo acima do ângulo valvar. Foi submetida à cirurgia para exérese do tumor, com acesso via endonasal (Figura 4), associado a descolamento de dorso nasal. O tumor foi retirado em bloco único e amplo, incluindo a cartilagem septal e mucosa contra lateral, resultando em ampla perfuração do septo (Figuras 4, 5) e teto septal cartilaginoso com cerca de 0,5 mm. As margens de segurança estavam macroscopicamente normais, sendo confirmadas por exame de congelação no intra-operatório.

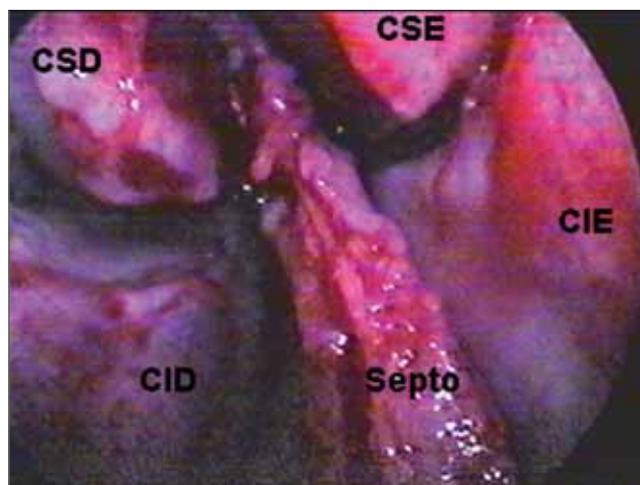


Figura 4. Ressecção do carcinoma septal. Sítio cirúrgico videoendoscópico. CID: corneto inferior direito. CIE: corneto inferior esquerdo. CSD: corneto superior direito. CSE: corneto superior esquerdo.



Figura 6. Exame de microscopia óptica do carcinoma mucoperidermóide de septo nasal. Microscopia (HE 200 x e 100 x).

O exame anátomo-patológico (Figura 6) revelou carcinoma mucoepidermóide de alto grau de malignidade, (Tabela 2) medindo 1,6x1,5x0,3 cm, retirado com margens cirúrgicas livres. Cartilagem septal sem infiltração tumoral.

Foi encaminhada ao Serviço de Oncologia para radioterapia complementar.

Tomografias pós-operatórias mostram a área

Tabela 2. Critérios histológicos de graduação do mucoepidermóide (Ellis & Auclair - 1991)

Parâmetro Histológico	Pontuação
Componente intracístico < 20%	+ 2
Presença de invasão neural	+ 2
Presença de necrose	+ 3
Mitoses (³ 4/ 10 campos de grande aumento)	+ 3
Presença de anaplasia	+ 4
<hr/>	
Grau Histológico	Pontuação
Baixo grau de malignidade	0 a 4
Grau intermediário de malignidade	5 a 6
Alto grau de malignidade	7 a 14

ressecada (Figuras 7, 8). Não se observa sinais de selamento em dorso nasal, mesmo após radioterapia.

Encontra-se no 3º ano de seguimento, sem sinais de recidiva local, regional ou à distância.

DISCUSSÃO

O carcinoma mucoepidermóide corresponde a 6 a 9% de todos os tumores de glândulas salivares (3), sendo encontrado principalmente em glândulas salivares maiores e menores intra-orais. Cerca de 10% dos casos de carcinoma mucoepidermóide ocorrem fora das glândulas salivares maiores. A dificuldade em se estudar esses sítios não habituais é a escassez de estudos e publicações (1,3).

A cavidade nasal e os seios paranasais são regiões infrequentes de lesões malignas. O principal tumor maligno nasossinusal é o carcinoma espinocelular. Dos glandulares, o mucoepidermóide é o terceiro em frequência, menor que o adenóide cístico e o adenocarcinoma, respectivamente (5,6). Estudos mostram que 0,6% de todos os tumores de glândulas salivares são mucoepidermóides nasossinusais. Quando consideramos todos os mucoepidermóides, 4,8% são nasossinusais (4).

O carcinoma mucoepidermóide é infrequente na primeira década de vida, tendo um aumento da incidência em adultos jovens (3). Estudos são conflitantes com relação ao sexo: alguns acreditam não haver predileção (1), outros afirmam preferência pelo sexo feminino (60,2%) (3). Como fatores predisponentes têm-se exposição à radiação ionizante, RT prévia, refino de níquel, solventes químicos, couro, serragem, formaldeído, poluição (6). A paciente trabalhava em salão de beleza com tinturas químicas e formol.

Manifestam-se como massa única, indolor, de crescimento progressivo e arrastado (1,3). Geralmente, tumores nas fossas nasais são encontrados mais precocemente



Figura 7. Exame de imagem pós ressecção cirúrgica. Tomografia axial pós-operatória da área septal ressecada.

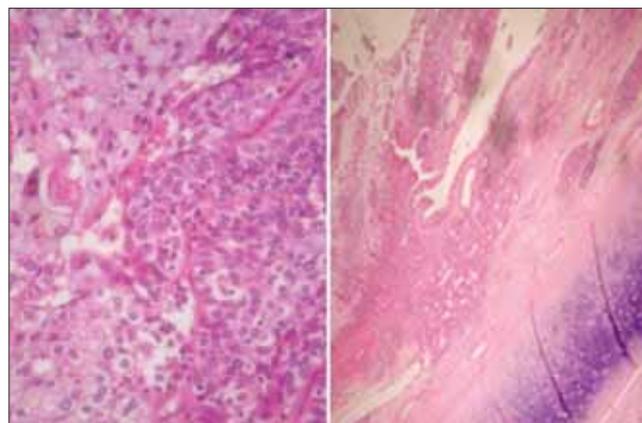


Figura 8. Exame de imagem pós ressecção cirúrgica. Tomografia sagital pós-operatória da área septal ressecada.

que os paranasais, devido aos seus sintomas (1,5). A incidência de metástases ocultas é baixa.

Histologicamente, o carcinoma mucoepidermóide é caracterizado pela presença de células mucosas, escamosas e intermediárias (com metaplasia epidermóide) (3,4). O padrão é cístico ou papilar cístico (3). Podem ser classificados em baixo, intermediário ou alto grau de malignidade baseando-se em cinco parâmetros: proporção de elementos císticos e sólidos, presença de invasão neural, necrose, anaplasia e taxa mitótica (1,4) (Tabela 2). Apesar de histologicamente ter sido classificado como de alto grau de malignidade, clinicamente apresentou um comportamento indolente.

O tratamento é baseado no grau de malignidade do tumor, extensão tumoral e nas condições gerais do paciente. Deve-se realizar ressecção cirúrgica ampla, seguida de radioterapia pós-operatória para os tumores de intermediário e alto grau, sendo aceitável apenas a cirurgia em tumores de baixo grau (1,4). Esvaziamento cervical deve ser realizado nos casos com metástase regional, estadiamento clínico avançado ou alto grau histológico (1,3). A quimioterapia tem sido sugerida em carcinomas de alto grau por terem sensibilidade semelhante aos carcinomas espinocelulares (3). No caso, optou-se por não realizar esvaziamento ganglionar, mantendo acompanhamento com TC cervicais.

O prognóstico é influenciado pelo grau tumoral, invasão óssea, ausência de tumor nas margens cirúrgicas, idade maior de 60 anos, dor, metástase cervical e paralisia facial. Os tumores de baixo grau apresentam 90% de sobrevida em 10 anos, enquanto os de alto grau 42% (4).

CONCLUSÃO

As massas tumorais nasais devem ser estudadas com exames de imagem e histopatologia.

A tomografia computadorizada revela os limites, a origem da massa e exclui tumores muito vascularizados - nasoangiofibroma ou em comunicação com o SNC - meningoceles, esteseoneuroblastoma. A endoscopia nasal complementa o estudo na identificação da implantação tumoral.

A biópsia do tumor pode surpreender com um diagnóstico de neoplasia maligna, fazendo com que o planejamento cirúrgico seja adequado para curá-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pires FR, Alves FA, Almeida OP, Kowalski LP. Carcinoma mucoepidermóide de cabeça e pescoço: estudo clínico-patológico de 173 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2002, 68(5):679-84.
2. Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer of the Head and Neck. In: *Cancer - Principles & Practice of Oncology*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997, p. 833.
3. Salazar CM, Saa J, Sánchez-Jara MR, García JL, González M. Carcinoma mucoepidermóide de vestíbulo nasal. *Acta Otorrinolaring Esp.* 2000, 51(7):729-32.
4. Thomas GR, Regalado JJ, McClinton M. A rare case of mucoepidermóide carcinoma of the nasal cavity. *Ear Nose Throat J.* 2002, 81(8):519-22.
5. Mendonça VF, Carvalho ACP, Freitas E, Boasquevisque EM. Tumores malignos da cavidade nasal: avaliação por tomografia computadorizada. *Radiol Brás.* 2005, 38(3):175-80.
6. Calderón-Garcidueñas L, Delgado R, Calderón-Garcidueñas A, Meneses A, Ruiz LM, Garza J, Acuna H, Villarreal-Calderón A, Raab-Traub N, Devlin R. Malignant neoplasms of the nasal cavity and paranasal sinuses: A series of 256 patients in México City and Monterrey. Is air pollution the missing link? *Otolaryngol Head Neck Surg.* Apr. 2000, 122:499-508.