

Tumores das Glândulas Salivares

Salivary gland tumors

INTRODUÇÃO

As estatísticas mostram que 95% dos nódulos palpáveis da glândula parótida são de origem tumoral, sendo esta glândula a mais freqüentemente acometida. O palato é o sítio mais comum dos tumores de glândulas salivares menores. Aproximadamente 25% dos tumores da parótida, 50% dos tumores da submandibular, 81% dos tumores das salivares menores são malignos.

O tumor maligno mais comum da glândula Parótida é o Carcinoma Mucoepidermóide. O Carcinoma Adenóide Cístico é o tumor maligno mais freqüente da glândula Submandibular e das glândulas salivares menores.

Os tumores malignos das glândulas salivares, de baixo grau de malignidade e em estádios iniciais, são usualmente curáveis por ressecção adequada como único tratamento. Este prognóstico também é influenciado pela localização da lesão: melhor na parótida que na glândula submandibular e menos favorável na glândula sublingual ou nas glândulas salivares menores.

Prognóstico

O prognóstico, portanto, depende da localização, do tipo histológico, do grau de diferenciação e estágio clínico do tumor:

Estádio	Sobrevida em 10 anos (%)		
Estádio I	90%		
Estádio II	65%		
Estádio III/IV	22%		

Sobrevida global por localização de tumor maligno			
Anos	Parótida %	Submandibular %	Glândulas salivares menores %
5	55	31	48
10	47	22	37
15	40	15	23
20	33	14	15

EXAMES DE AVALIAÇÃO

CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA

O diagnóstico dos tumores das glândulas salivares maiores e menores é clínico. Sinais tais como a fixação do tumor, a indefinição em relação às estruturas adjacentes, e a presença de paralisia facial são fatores indicativos de malignidade. Dentre os exames de rotina utilizados para se avaliar as lesões de glândulas salivares maiores, não se pode prescindir da punção aspirativa com agulha fina para diagnóstico cito-patológico. Para diagnóstico dos tumores das glândulas salivares menores pode ser necessário a punção com agulha fina, ou biópsia incisional. É importante ressaltar que a biópsia incisional só deve ser realizada quando o diagnóstico histopatológico irá definir a extensão da cirurgia.

AVALIAÇÃO DA EXTENSÃO DA DOENÇA

Os critérios de extensão dos tumores das glândulas salivares são descritos de acordo com o tamanho, mobilidade e, no caso dos tumores parotídeos, comprometimento do nervo facial. Outras informações podem ser obtidas através de exames mais complexos, como por exemplo, a tomografia computadorizada.

EXAMES DE EXCEÇÃO

- Radiografia simples de mandíbula (para avaliação de invasão mandibular pelos tumores de glândula submandibular ou parótida);
- Tomografia computadorizada (para avaliação de invasão das estruturas profundas e tumores do lobo profundo da parótida);
- Radiografia simples dos seios da face (em tumores de palato);
- Estudo radiológico de osso temporal (tumores malignos da parótida);
- Ultra-sonografia para diagnóstico diferencial entre linfonodo cervical, processos inflamatórios, cálculos e tumores;

- Ressonância magnética (exclusivamente quando a extensão da lesão for de difícil determinação clínica), principalmente nos tumores de lobo profundo da parótida.

TRATAMENTO

TUMORES BENIGNOS

Parótida

- Tumor do lobo superficial: parotidectomia superficial parcial ou completa, com conservação do nervo facial;
- Tumor do lobo profundo: parotidectomia total com conservação do nervo facial.

Submandibular

- Submandibulectomia.

Outros

- Ressecção da lesão com margem de segurança podendo incluir partes ósseas, nos casos de tumores no palato.

TUMORES MALIGNOS - TRATAMENTO POR ESTÁDIOS*

Parótida

Estádio I e II

Neoplasias de baixo grau ou alto grau de malignidade. O tratamento será sempre cirúrgico, buscando sempre preservar o nervo facial.

A radioterapia complementar será sempre indicada em casos de tumores de alto grau de malignidade, ou em casos de margens cirúrgicas insuficientes ou em tumores de difícil acesso (lobo profundo).

A radioterapia exclusiva é indicação de exceção ou como tratamento paliativo, em casos considerados sem indicação para a cirurgia.

Estádio III

Neoplasias de baixo grau ou alto grau de malignidade. O tratamento de escolha é sempre o cirúrgico. O nervo facial deverá ser preservado quando possível. (Ausência de invasão macroscópica)

O esvaziamento cervical deve ser associado em casos de invasão cervical por tumores de alto grau de malignidade ou em tumores que apresentem um alto índice de metástase cervical (Carcinoma Epidermóide, Carcinoma Indiferenciado).

O volume de tratamento radioterápico inclui o leito operatório com 2 cm de margem, região nodal subdigástrica ipsilateral, em caso de Carcinoma adenóide cístico, sendo que todo o trajeto do nervo facial é incluído no volume de tratamento. Lesões profundas são abordadas com distribuição de campos laterais, com filtros compensadores para melhoria de isodose, ou feixe de elétrons de 12-17 Mev de forma isolada ou em combinação com feixe de fótons. A dose prescrita é de 55-60 Gy diárias de 1.8 a 2 Gy. Os linfonodos cervicais ipsilaterais são irradiados, em caso de doença residual e tumores de alto grau (com exceção de carcinoma adenóide cístico pelo baixo risco de recidiva cervical) com dose prescrita é de 50 Gy em 25 sessões.

Estádio IV

Os tumores avançados das glândulas salivares deverão ser tratados de acordo com a avaliação de operabilidade do tumor e do paciente.

Nos casos em que existe possibilidade clínica para o paciente se submeter ao tratamento cirúrgico, este deverá ser realizado sempre com a indicação de radioterapia complementar.

Submandibular

Estádio I e II

Neoplasias de baixo grau de malignidade - Submandibulectomia e esvaziamento da região submandibular.

Neoplasias de alto grau de malignidade - Esvaziamento Cervical Supraomohióideo + radioterapia. Os critérios para indicação e aplicação de radioterapia pós-operatória são os mesmos mencionados para os tumores da parótida.

Estádio III

Neoplasias de baixo e alto grau de malignidade - Esvaziamento Supraomohióideo + radioterapia. Os critérios para indicação e aplicação de

* Ministério da Saúde (Brasil). *TNM Classificação de tumores malignos*. [trad. 5a ed. UICC, 1997]. Rio de Janeiro; 1998.

radioterapia pós-operatória são os mesmos mencionados para os tumores da parótida.

Estádio IV

Os tumores avançados das glândulas salivares deverão ser tratados de acordo com a avaliação de operabilidade do tumor e do paciente.

Nos casos em que existe possibilidade clínica para o paciente se submeter ao tratamento cirúrgico, este deverá ser realizado sempre com a indicação de radioterapia complementar.

A radioterapia pré-operatória é indicação de exceção, pois ela deve ser feita como única arma terapêutica para os tumores neste estágio. Os critérios para indicação e aplicação de radioterapia pós-operatória são os mesmos mencionados para tumores da parótida.

GLÂNDULAS SALIVARES MENORES

Os tumores das glândulas salivares menores terão sempre indicação de tratamento cirúrgico, que será a ressecção alargada da lesão, e radioterapia complementar nos casos em que houver margem cirúrgica acometida ou nos tumores de alto grau de malignidade. O volume de tratamento radioterápico vai depender do epicentro do tumor, e segue os mesmos princípios do tratamento dos tumores epiteliais desta área, com exceção do carcinoma adenóide cístico, que requer, irradiação de seguimentos nervosos até a base do crânio. As doses prescritas são: 60 Gy para irradiação profilática, 66 Gy em caso de doença residual microscópica, 70 Gy para doença residual macroscópica, em frações de 1.8 a 2 Gy.

TUMOR RECIDIVADO

Os tumores recidivados das glândulas salivares serão tratados conforme o tipo histológico, tratamento prévio, sítio da recidiva e extensão tumoral e, "status" clínico do paciente.

EXAMES DE SEGUIMENTO

Os exames clínicos de seguimento incluem o exame da cavidade oral além da palpação da região parotídea ou submandibular, e do pescoço.

A realização anual de raios X de Tórax deverá ser efetuada no seguimento de tumores malignos de alto grau de malignidade.

A laringoscopia deverá ser efetuada em casos de queixas relativas a laringe ou hipofaringe.

O seguimento deverá ser feito bimestralmente no primeiro ano; quadrimensalmente no segundo ano; semestralmente no terceiro ano; e anualmente a partir do quarto ano.

Os doentes tratados de tumores benignos e de baixo grau de malignidade podem, depois de um ano, receber alta e serem orientados para retorno.

NOTA FINAL

Para o INCA, qualquer conduta aplicada em suas unidades hospitalares que se encontre fora das aqui especificadas é considerada experimental ou irregular.

BIBLIOGRAFIA

1. Armstrong JG, Harrison LB, Spiro RH, Fass DE, Strong EW, Fuks ZY. Observations on the natural history and treatment of recurrent major salivary gland cancer. *J Surg Oncol* 1990;44:138-41.
2. Armstrong JG, Harrison LB, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Fass DE, Zelefsky MJ, Shah JP, Strong EW, Spiro RH. The indications for elective treatment of the neck in cancer of the major salivary glands. *Cancer* 1992;69:615-9.
3. Batsakis JG. Staging of salivary gland neoplasms: role of histopathologic and molecular factors. *Am J Surg* 1994;168:386-90.
4. Beckhardt RN, Weber RS, Zane R, Garden AS, Wolf P, Carrillo R, Luna MA. Minor salivary gland tumors of the palate: clinical and pathologic correlates of outcome. *Laryngoscope* 1995;105:1155-60.
5. Garden AS, Weber RS, Ang KK, Morrison WH, Matre J, Peters LJ. Postoperative radiation therapy for malignant tumors of minor salivary glands. *Cancer* 1994;73:2563-9.

6. Hanna DC, Dickason WL, Richardson GS, Gaisford JC. Management of recurrent salivary gland tumors. *Am J Surg* 1976;132:453-8.
7. Hicks MJ, el-Naggar AK, Byers RM, Flaitz CM, Luna MA, Batsakis JG. Prognostic factors in mucoepidermoid carcinomas of major salivary glands: a clinicopathologic and flow cytometric study. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1998;30b(5):329-34.
8. Kline TS, Merriam JM, Shapshay SM. Aspiration biopsy cytology of the salivary gland. *AJCP* 1981;76(3):263-9.
9. Lima RA, Freitas EQ, Dias FL, de Sarvat MA, Holguin E, de Sá GM, Kligerman J. Tumor de Warthin: estudo retrospectivo de 45 casos. *Rev Col Bras Cir* 1991;18:236-9.
10. Lima RA, Kligerman J. Glândulas salivares. In: Vinhães JC. *Clínica e terapêutica cirúrgicas*. Rio de Janeiro: Gunabara Koogan; 1997. p. 336-41.
11. Medina JE. Neck dissection in the treatment of cancer of the major salivary glands. *Otolaryngol Clin North Am* 1998;31:815-22.
12. Nascimento AG, Amaral ALP, Prado LAF, Kligerman J, Silveira TRP. Adenoid cystic carcinoma of salivary glands: a study of 61 cases with clinicopathologic correlation. *Cancer* 1986;57:312-9.
13. Nascimento AG, Amaral ALP, Prado LAF, Kligerman J, Silveira TRP. Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands: a clinicopathologic study of 46 cases. *Head Neck* 1986;8:409-17.
14. Östman J, Anneroth G, Gustafsson H, Tavelin B. Malignant salivary gland tumours in Sweden 1960-1989: an epidemiological study. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1997;33:169-76.
15. Pitts DB, Hilsinger RL Jr, Karandy E, Ross JC, Caro JE. Fine-needle aspiration in the diagnosis of salivary gland disorders in the community hospital setting. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118:479-82.
16. Shah JP, Ihde JK. Salivary gland tumors. *Curr Probl Surg* 1990;27:775-883.
17. Spiro RH. Salivary Neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807 patients. *Head Neck* 1986;8:177-84.
18. Spiro RH. Changing trends in the management of salivary tumors. *Semin Surg Oncol* 1995;11:240-5.
19. Spiro RH. Management of malignant tumors of the salivary glands. *Oncology* 1998;12:671-83.
20. Spiro RH, Armstrong JG, Harrison LB, Geller NL, Lin SY, Strong EW. Carcinoma of major salivary glands-recent trends. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989;115:316-21.
21. Tran L, Sadeghi A, Hanson D, Juillard G, Mackintosh R, Calcaterra TC, Parker RG. Major salivary gland tumor: treatment results and prognostic factors. *Laryngoscope* 1986;96:1139-44.