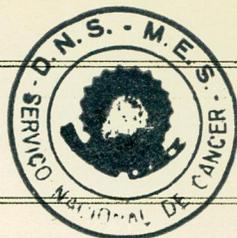


ARTIGOS ORIGINAIS



TUMORES DAS GLÂNDULAS SALIVARES (*)

Pelo DR. ALBERTO COUTINHO
Chefe de Clínica do Serviço Nacional de Câncer

Nêste artigo focalizamos aspéctos importantes dos tumores das glândulas salivares. No Serviço Nacional de Câncer, em 10.664 doentes ali registrados com ou sem lesão maligna, verificamos 45 casos de tumor de glândula salivar, distribuídos do seguinte modo:

Parótidas	25
Sub-maxilares	10
Sub-lingual	4
Glândulas salivares do lábio	5
" da abóbada palatina ...	1

Essa estatística supera a da Clínica Cirúrgica do Prof. José Arce, de Buenos Aires, que só encontrou 4 casos de tumores mixtos de glândula sub-maxilar em 25 mil doentes ali operados, bem assim a da Clínica Dockerty e Mayo, que em 1 milhão de doentes examinados encontraram tão somente 51 casos de idêntica localização. Entre nós, há registros de alguns casos de tumores das glândulas salivares, como os de Alfredo Monteiro, Jorge Morais Grey, Mariano de Andrade e Pedro Moura, tendo êste publicado os que observou no Serviço do Prof. Brandão Filho. Pelos dados acima referidos, fica realçada a pouca frequência dos tumores das glândulas salivares. E' de notar a predominância de tais afeções na parótida, onde a proporção é de 12 para 1, tendo-se em vista a glândula sub-maxilar. (Cutler). Segundo Mariano de Andrade, a proporção seria

a seguinte: — 93% para a parótida, 6% para as sub-maxilares e menos de 1% para as glândulas sub-linguais. Böhme, sobre 411 tumores das glândulas salivares, encontrou: 172 na parótida, 34 na sub-maxilar e 5 na sub-lingual. E' mister não considerarmos somente os 3 grupos referidos de glândulas salivares. Existe uma infinidade delas espalhadas na mucosa labial, jugal, do palato duro e do palato mole, sem falar das localizações remotas que originam tumores idênticos do ponto de vista clínico e anatomo-patológico e cuja frequência está longe de ser extraordinária, em relação aos tumores verificados nas glândulas salivares principais. Nossa estatística possui 6 casos:

Os tumores mais comuns das glândulas salivares são os chamados tumores mixtos cuja histogênese é ainda obscura e discutida. Acreditam alguns autores (Conheim e outros) ser o tecido cartilaginoso, nêles encontrados, resultante de modificações do componente epitelial da glândula. A segunda teoria baseia-se na multipotência de células embrionárias que foram deslocadas para as glândulas salivares. As experiências *in-vitro* realizadas por Benedict V. Favata, Rochester, New York, parecem ser concludentes quanto à primeira concepção.

A teoria histogenética francesa com Masson à frente, é a melhor, segundo Fialho.

Ao lado dos tumores mixtos, que podem ser formados até por sete tecidos de tipos diferentes, desde o mixóide até ao osteóide, existem os tumores benignos (fibromas e adenomas...) e os malignos, tanto da série conjuntiva (sarcomas) como da série epitelial, esta mais frequente. Os tumores mixtos, por sua vez, podem ser considerados benignos e malignos, conforme sua tendência blástica. Esta classe de tumores de glândulas salivares foge às leis gerais que regem a malignidade e a benignidade dos tumores. É de observação vulgar a recidiva dos processos salivares benignos, enquanto que formações mixtas malignas permitem curas sem recidivas. Os tumores mixtos, na maioria das vezes, mixo-condro-carcinomas são de baixa malignidade histológica, grau I de Broder, com raras figuras de mitoses anormais e monstruosidades celulares. É devido ao seu quadro histológico, não raro inconclusivo quanto à malignidade, que a clínico registra processo evolutivo lento, sem infiltração local e sem metástases.

Várias têm sido as classificações propostas para os tumores salivares. Hugo Ahlbom divide-os em benignos, semi-malignos e malignos. Na "Mayo Clinic", os tumores mixtos estão enquadrados nos tumores malignos, segundo mostram os seguintes dados: 80 casos de tumores primitivos das glândulas sub-maxilares foram catalogados em 4 grupos, segundo a estrutura histológica:

- 1.º) Adeno-carcinoma, tipo tumor mixto
- 2.º) " " " cilindromatoso
- 3.º) " " " intermediário
- 4.º) " " " indeterminado.

A classificação supra pode ser aplicada aos tumores de outras glândulas salivares, visto a identidade histológica e clínica que os ligam.

Do ponto de vista clínico, os tumores das glândulas salivais não apresentam rica sintomatologia. A história dos pacientes é simples e monótona. Referem-se ao aparecimento de pequeno tumor nas regiões parotidianas ou sub-maxilares que cresceram paulatinamente durante meses e anos (10, 14, 18, 28 anos, como registramos em alguns dos nossos casos), sem motivar outro sintoma, senão o volume tumeroso que pôde atingir dimensões apreciáveis. Esta é a evolução dos chamados tumores benignos e mixtos das glândulas salivares na maioria absoluta das vezes. No entanto, registram-se, para estas categorias de tumores, alguns sintomas ligados à compressão mecânica do faringe (disfagia) quando o tumor é muito grande, mormente em se tratando de origem parotidiana. Devido ao lento crescimento e ausência de infiltração das estruturas vizinhas, não são notadas modificações regionais ao ponto de constituírem uma particularidade. Os tumores sempre encapsulados, são de consistência dura, superfície bosselada, indolores espontaneamente ou à exploração e dotados de mobilidade, principalmente os da glândula sub-maxilar. Os tumores pequenos da parótida não têm mobilidade e a razão é dada pela espessura da cápsula que envolve o órgão. Nos tumores da sub-maxilar não devemos dispensar o toque combinado, isto é, palpação da glândula pela região sub-maxilar correspondente e do assoalho da boca. Este modo de proceder permite excluir outras formações tumorosas re-

gionais, desde que assim possamos dissociar o tumor e a glândula. A observação do orifício externo dos canais de Stenon e Wharton deve ser realizada, a fim de avaliarmos o escoamento salivar espontâneo e sob compressão da glândula correspondente e a possibilidade do escoamento concomitante de puz, evidenciando assim processo inflamatório superajuntado. Os tumores mixtos das glândulas labiais e jugais deslisam sob mucosa sã, não aderem aos planos soto-postos, são duros, bosselados e indolores. O mesmo não se pode dizer para os que se localizam na mucosa que reveste o palato duro. Em tais casos os tumores são fixos, pois a mucosa adere firmemente ao corion fibroso subjacente, não permitindo mobilidade (registro 1.377, fig. nº 14).

Passando à categoria dos tumores malignos, o quadro clínico se modifica e um dos grandes problemas é estabelecer se o blastoma resulta de processo benígno, preexistente ou não. Tomando como exemplo os carcinomas da parótida, podemos fazer as seguintes considerações: são tumores inicialmente nodulares que evoluem rapidamente ou que, após período mais ou menos longo de latência, crescem céleres; invadem as estruturas vizinhas, produzindo perturbações precoces para o lado da inervação facial correspondente, exteriorizadas pelo desvio do lábio e impossibilidade gradativa em fechar o olho do lado da lesão (sinal de Charles Bell), fig. 6. O tumor parotidiano maligno, desde os primórdios de sua evolução é fixo, e em período ulterior rompe a cápsula que forma o estojo da glândula, dissiminando-se para atingir o faringe, a cavidade nasal, o crâneo, o pescoço e os nervos cranianos, com suas síndromes próprias.

Nos casos de tumores malignos, resultantes da degeneração de tumores mixtos, encontram-se na história dos doentes, dados semelhantes aos mencionados anteriormente, quando tratamos desta categoria de tumores, permitindo o exame clínico a constatação de sinais inerentes aos processos benígnos e malignos. Os casos duvidosos devem ser resolvidos mediante biópsia. Este meio de exploração é combatido por uns e defendido por outros. Em primeiro lugar, para que fiquem bem patentes as vantagens da biópsia, é necessário que o exame seja procedido em perfeitas condições técnicas, sob os auspícios de organização hospitalar condigna. A biópsia, quando praticada, pressupõe que o doente se encontre em condições de ser operado sem a menor perda de tempo, assim que chegue o resultado do exame que deverá ser feito dentro de alguns minutos. Pela biópsia-punção ou congelação, conseguimos o desejado. No momento atual não se concebe retardamento entre o exame histo-patológico e a aplicação terapêutica adequada. A natureza do tumor salivar orienta sobretudo a terapêutica, mórmente em se tratando de afecção tumerosa da parótida que exige a remoção da glândula, resultando, daí, irremediável paralisia facial com todo o seu cortejo doloroso, não obstante a possibilidade da correção por meio de operações plásticas. A indicação operatória não pode prescindir de um método seguro de diagnóstico para indicar a abstenção, operação parcial ou radical e no caso presente a biópsia constitui o elemento máximo. Assim procedemos dentro do critério puramente científico sem que haja dúvida na conduta da biópsia e nos cuidados a serem dados ao doente. Não é de acreditar que a biópsia



realizada dentro desta concepção técnica e clínica possa trazer inconvenientes. Seria conduta errada, aguardar o doente dias e mais dias um resultado histopatológico, ficando sujeito à disseminação cancerosa.

Os tumores malignos das glândulas sub-maxilares invadem a tábua interna da mandíbula, fixam-se ao periósteo, tornando-se imóveis. Não registramos nenhum caso de tumor maligno das glândulas sub-linguais, nem das glândulas salivares da mucosa lingual.

Como método auxiliar de diagnóstico usamos a exploração radiológica das glândulas salivares. O objetivo deste exame é visualizar o sistema canicular e, de acôrdo com o aspécto, distribuição e enchimento dos dutos, interpretamos o quadro clínico e radiológico da afecção. Não há menor dúvida que a sialografia presta em muitos casos, auxílio de ponderável importância, capaz de permitir diagnóstico de séde e evidenciar a natureza da enfermidade em causa ou suspeitá-la.

Temos utilizado como meio de contraste *Iodipina* e a *Neoiodipina*, em soluções de 10 a 20%, com ótimos resultados, conforme pode ser observado nas figs. 4, 5, 7, 8 e 9. A técnica que seguimos é em linhas gerais, a mesma preconizada por Payne. Além da lavagem da bôca com antissépticos, usamos os bochechos com água morna, que agindo como emoliente, facilitam a dilatação dos orifícios excretores dos condutos glandulares. Em média, as aplicações quentes devem ser feitas durante os 15 minutos que precedem o cateterismo. Nem sempre é fácil sondar os dutos salivares. Há dificuldades intransponíveis como sejam a pequenez do orifício do canal e a atresia funcional do duto nos casos de gran-

des e antigos tumores salivares. Para facilitar a localização dos orifícios dos canais de Wharton e Stenon, utilizamos o emprêgo de substâncias que aumentam a secreção salivar (suco de limão); aproveitando o fluxo da saliva, o cateter é introduzido com mais facilidade e segurança. Costumamos proceder o cateterismo com agulha fina, de uso hipodérmico, tendo o cuidado de tornar a ponta romba, sob o contrôle de lente. Na maioria das vêzes, a agulha já vai articulada à seringa que contém o contraste, eliminando tempos técnicos intermediários como no procedimento Payne, que primeiro cateterisa o canal por meio de canula, para em seguida introduzir a agulha articulada à seringa. Sendo oleoso, o meio de contraste necessita ser prèviamente fluidificado por aquecimento. A introdução do contraste deve ser lenta, procedida ou não de contrôle fluoroscópico e em quantidade variável de acôrdo com o caso. Segundo Payne, 1 a 1,75 cc. bastam para encher os dutos da parótida normal e nos casos anormais, duas ou três vêzes a quantidade referida são necessárias. As glândulas sub-maxilares têm capacidade menor, correspondendo à metade das doses supra mencionadas. A prática da sialografia não requer o uso de anestesia. A dôr, que os doentes acusam durante a injeção do contraste, é perfeitamente suportável. As rádiografias devem ser tiradas em duas posições: lateral e antero-posterior. A eliminação do contraste não se faz imediatamente e sim num prazo aproximado de 24 a 72 horas, sendo aconselhável investigar o ciclo de eliminação mediante contrôle radiográfico, pelo espaço de 1, 2 e 3 dias.

Quais são as indicações que a sialografia pôde fornecer? Segundo os estu-

dos de Payne, o método é de valor para demonstrar os seguintes casos: a) relação dos dutos e glândula salivar com as estruturas adjacentes; b) fistulas salivais; c) cálculos, corpos estranhos, estruturas anormais e diverticulais; d) parotidites de repetição; e) se o tumor é encapsulado ou infiltrante; f) se o tumor é encapsulado ou infiltrante em relação à glândula salivar.

As contra-indicações à sialografia são dadas pelas afecções agudas da glândula salivar. As figuras mostram sialografias correspondentes respectivamente aos seguintes casos:

Os tumores das glândulas salivares requerem diagnóstico preciso. É mister, em qualquer eventualidade, proceder-se ao diagnóstico diferencial com lesões que podem levar facilmente a erro. Temos observado tumores secundários a focos primitivos da boca, do faringe e da amígdala, localizados na região parotidiana e sub-maxilar, cujo aspecto clínico e evolução levam a crêr tratar-se de lesão primitiva. Outrossim, adenopatias de naturezas diversas e tumores primitivos de gânglios sub-maxilares conduzem a erros semelhantes como também processos inflamatórios e até mesmo a litíase salivar.

O tratamento dos tumores das glândulas salivares é do domínio quase exclusivo da cirurgia. A indicação terapêutica deve ser baseada no diagnóstico clínico e anátomo-patológico, sem o que nenhuma deliberação deverá ser tomada. Existem variedades de tumores salivares que são radiosensíveis como por exemplo: os cilindromas e os carcinomas basocelulares. Nestas variedades tumorosas a roentgenterapia dá apreciáveis resultados, enquanto que para os tumores mix-

tos ela é quase ineficaz. Não resta dúvida que poderá modificá-los, reduzi-los, torná-los mais operáveis, fatos estes que decorrem da involução do tecido epitelial sob a ação dos raios X. Os elementos condromatosos e osteóides resistem à radioterapia, pois são altamente diferenciados.

A cirurgia deve ser sempre radical, nunca econômica, mesmo para os tumores parotidianos com todo o risco de paralisia facial. Caso o tumor permita enucleação perfeita, é justificável que se proceda; se não fôr possível, a remoção de toda glândula é indispensável. As operações parciais são seguidas de recidivas em prazo de 2 a 5 ou mais anos, obrigando o doente a uma série de intervenções, se não fôr adotada indicação radical.

TUMOR MIXTO DA GLÂNDULA SUB-MAXILAR DIREITA

Fig. 1

E. P. S., homem preto de 36 anos. Reg. n.º 9.077 — Internado em 10-3-1947.

Moléstia atual: — Há 2 anos percebeu pequeno caroço duro, indolor, localizado na região sub-maxilar direita e que tem crescido progressivamente sem motivar qualquer sintoma.

Exame local: — Observa-se na região sub-maxilar direita um tumor de forma elítica, medindo 7 x 3 cents., de consistência dura, superfície bosselada, muito móvel e indolor. O exame palpatório endobucal revelou que o tumor faz parte integrante da glândula sub-maxilar.

Exame complementar: — A biópsia por punção constatou: fragmento de tecido cartilaginoso em ossificação. Esse achado, combinado com o exame clínico, autoriza a suposição de tumor mixto de glândula salivar. (Francisco Fialho).

Tratamento: — Operado em 14-3-1947, sob anestesia local pelo Dr. Alberto Coutinho que procedeu à extirpação da glândula sub-maxilar, na qual se achava a formação tumerosa mencionada. O exame da peça operatória revelou tumor mixto de glândula salivar em grande parte apresentando-se em ossificação. (Dr. F. Fialho)

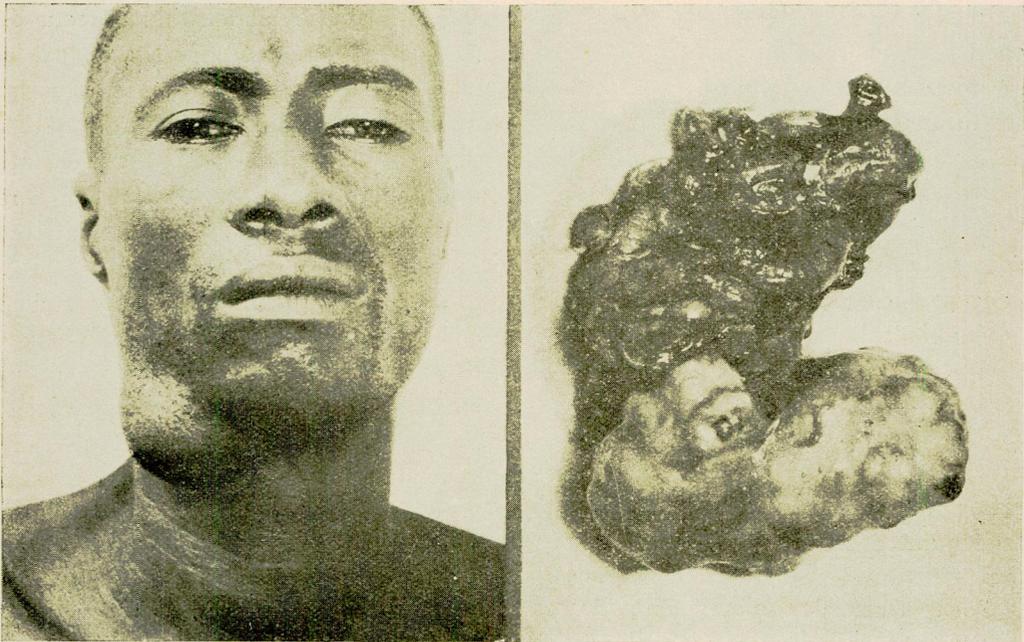


Fig. 1

TUMOR MIXTO DA GLANDULA SUB-MAXILAR DIREITO

Figs. 2 e 2 A

O. N., mulher branca de 68 anos. Reg. n.º 1.262 — Internada em 14-6-1944.

Moléstia atual: — Há cerca de 5 anos, percebeu um pequeno caroço indolor ao nível da região sub-maxilar direita. Como nunca tivesse sentido dor, não procurou serviços médicos, o



Fig. 2

que somente fez agora por que o tumor ultimamente tem aumentado.

Exame local: — Observa-se tumor arredondado medindo 6 x 5 cents. na região sub-maxilar direita, de consistência dura, indolor, não aderente aos planos circunvizinhos e sem sintomas inflamatórios. A compressão da massa

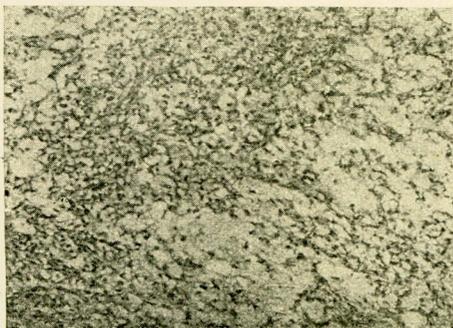


Fig. 2-A

tumorosa não motiva escoamento salivar pelo orifício do canal Wharton correspondente.

Tratamento: — Operada em 19-6-1944 sob anestesia local, pelo Dr. Alberto Coutinho, que praticou a extirpação da glândula sub-maxilar.

O exame da peça operatória revelou: P. C. 928. Tumor mixto: mixo condro-carcinoma (Amadeu Fialho).

TUMOR MIXTO DA GLÂNDULA SUB-MAXILAR DIREITA

Fig. 3

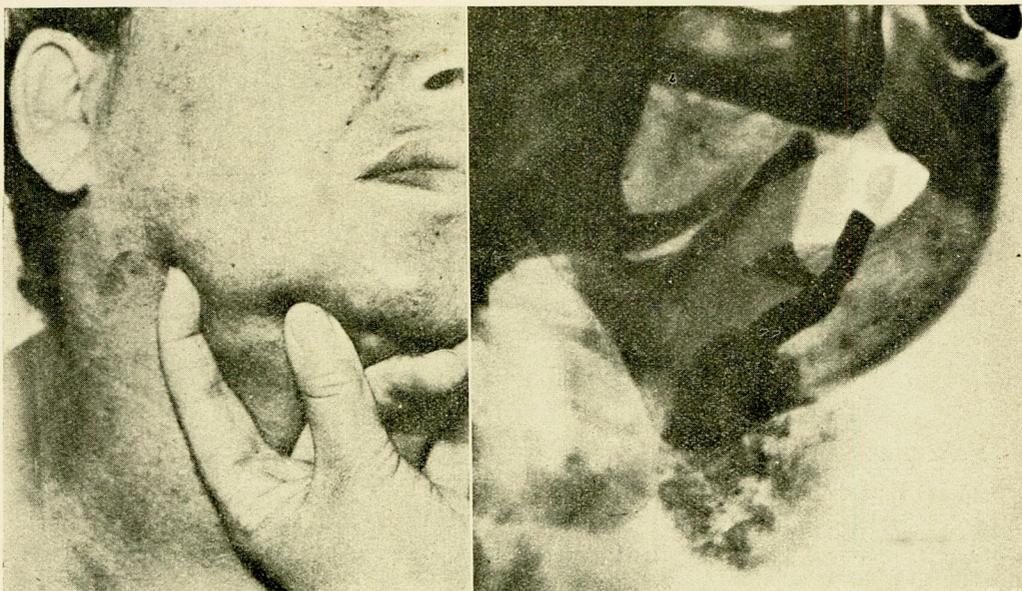


Fig. 3

J. S. T., mulher parda de 47 anos. Reg. 7.025 — Internada em 13-9-1945.

Moléstia atual: — Início há 10 anos, pelo aparecimento na região sub-maxilar direita de um tumor duro e indolor. Até há 8 dias passados o tumor referido cresceu lentamente só a incomodando quando usava alimentos ácidos, pois nestas ocasiões o tumor ficava turgido. Há uma semana ele passou a crescer rapidamente dificultando a abertura da boca e provocando disfagia.

Exame local: — Verifica-se na região sub-maxilar direita um tumor das dimensões de uma nóz, arredondado e revestido por pele sã. Pela palpação o tumor é de consistência dura, móvel e ligeiramente doloroso. Pelo toque intra-bucal combinado com a palpação externa constata-se que o tumor faz parte integrante da glândula sub-maxilar. Comprimito-se a glândula, há saída, pelo orifício do canal Wharton, de saliva expressa e muco-purulenta.

Tratamento: — A paciente foi operada em 21-9-1945, sob anestesia local, pelo Dr. Penido Burnier, tendo sido praticada a extirpação da glândula sub-maxilar direita.

O exame da peça revelou: Tumor mixto de glândula salivar. (Amadeu Fialho).

TUMOR DA PARÓTIDA

C. A., homem preto de 20 anos de idade.
Reg. n.º 10.463 — Internado em 19-1-1948.

Moléstia atual: — Início há 14 anos, pelo aparecimento de pequeno tumor na região parotidiana direita, que cresceu lentamente até as dimensões atuais sem causar perturbação funcional de qualquer natureza.

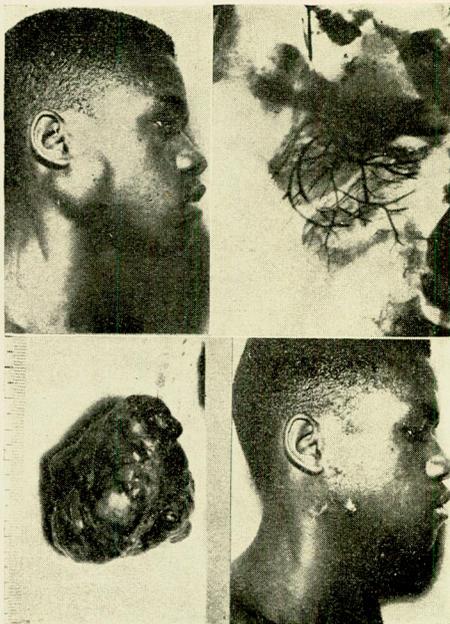


Fig. 4

Exame local: — Nota-se na região parotidiana direita, um tumor com 5 1/2 cents. de diâmetro, bosselado, duro, indolor, móvel, não aderente à pele e fazendo corpo com a glândula parótida. Ausência de alterações para a inervação do facial. Pela inspeção endobucal, procedendo-se compressão da parótida direita, o escoamento salivar pelo orifício externo do canal Stenon, faz-se em menor quantidade que do lado oposto.

Exames complementares: — 1.º A biópsia por aspiração permitiu a obtenção de fragmentos de tumor, os quais examinados revelaram: — Fragmentos de tecido cartilaginoso com células volumosas e desiguais. Em alguns pontos observou-se agrupamentos epite-

liais neoplásicos. Tumor mixto da parótida (Francisco Fialho).

2.º Sialografia procedida com solução iodipina a 10%. — A opacificação da parótida revela permeabilidade dos canais excretores, que apresentam, contornos regulares e diâmetro normal. Os canais correspondentes a porção inferior e anterior na glândula, estão desviados, alguns com aspecto arciforme, como que abraçando a massa tumerosa. Tumor benigno da parótida. (Evaristo Machado).

Tratamento: — O doente foi operado em 21-10-1948 pelo Dr. Alberto Coutinho, sob anestesia local, que procedeu a enucleação do tumor. A operação decorreu sem acidente.

O exame da peça operatória revelou: P.C. 1730 tumor mixto da parótida. as) F. Fialho).

TUMOR DA PARÓTIDA

Fig. 5

E. C. M., mulher branca, 65 anos. Reg. 16
— Internada em 8-10-1938.

Moléstia atual: — Há 10 anos notou uma pequena tumoração na região parotidiana direita e que cresceu lentamente até as dimensões atuais. Refere que se submeteu à radiumterapia, tendo melhorado e o tumor diminuído de volume. Acusa dores locais.

Exame local: — Pela inspeção verifica-se na região parotidiana direita, a presença de um tumor ovoide com 7 x 5 cents. nos seus maiores diâmetros, elevando o lobo da orelha; apresenta a pele que o reveste sinais de rádio-dermite. Pela palpação o tumor é de consistência cística, indolor, fixo aos planos profundos e não aderente a pele.

Exames complementares: — À punção exploradora, obteve-se líquido espesso a achocolatado. O material assim obtido foi enviado para exame citológico que evidenciou "células com caracteres morfológicos semelhantes a elementos blastomatosos" as) Dr. Fontenelle.

O sialograma revelou que a massa tumerosa, constituída por grande cavidade, não apresentava relações com o ramo da mandíbula.

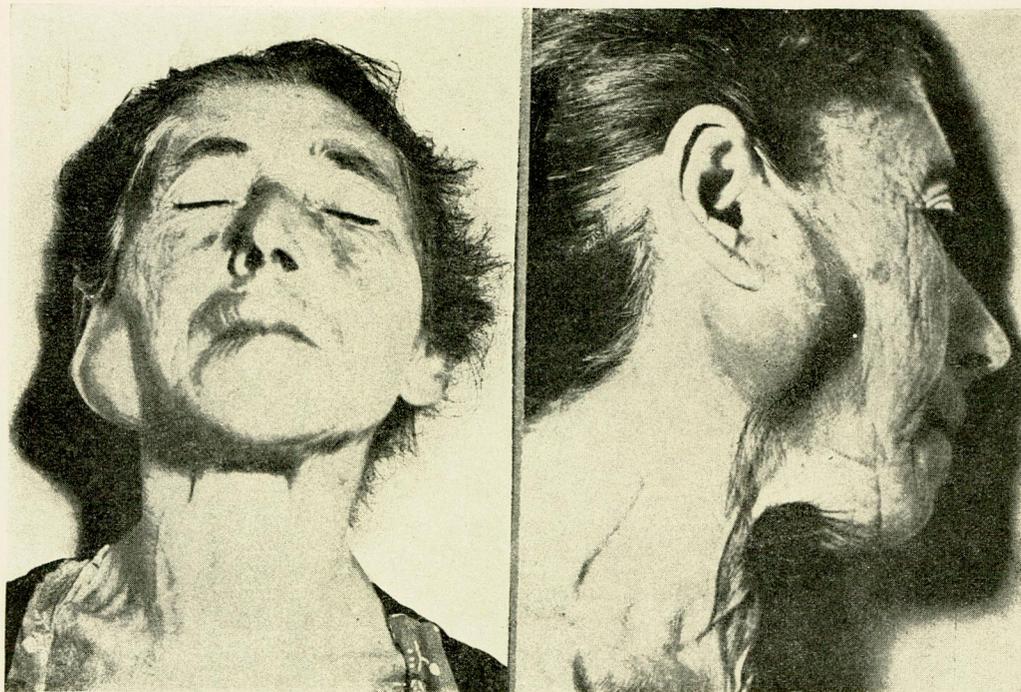


Fig. 5

Tratamento: — Com o diagnóstico de tumor maligno da parótida e tendo a doente se esquivado a indicação operatória, foi resolvido proceder-se a roentgenterapia. Foram procedidas duas séries de aplicações no total de 7.400 r. Terminadas as aplicações, não se constatou modificação apreciável do tumor. A doente, reexaminada um ano após mostrou grande redução do volume do tumor e desaparecimento das dores. Em março de 1942, o tumor parotidiano apresentava-se duro, indolor e aderente aos planos profundos. Em junho de 1943 a doente foi revista sem apresentar modificações locais em relação ao exame anterior e em boas condições gerais, com 5 anos de cura clínica.

TUMOR DA PARÓTIDA

Fig. 6

A. C., homem branco, de 55 anos de idade. Reg. n.º 219 — Internado em 8-9-1939.

Moléstia atual: — Início há 3 anos, pelo aparecimento de pequeno tumor na região parotidiana direita. Com 5 meses de doença co-

meçou a sentir formigamento na hemi-face correspondente, que se tornou persistente, acentuando-se progressivamente. Decorrido um ano de enfermidade, verificou que não podia mais abrir o olho direito. Procurou um serviço médico tendo sido tratado como portador de lues. Há 8 meses a boca ficou torta, repuxada para à esquerda.

Exame local: Assimetria facial, motivada pelo desvio da boca para à esquerda. Fenda palpebral direita aumentada, lago-oftalmia e conjuntivite crônica direitas. Sinal de Charles-Bell positivo.

Na região parotidiana direita nota-se um tumor com 10 x 8 cents., arredondado, de superfície lisa, recorbeta por pele normal e elevando o lobo da orelha. O tumor é da consistência dura, indolor, faz corpo com a glandula da parótida e é fixo.

Tratamento: — Operado sob anestesia local pelo Dr. Alberto Coutinho em 16-9-1939, que procedeu parotidectomia total.

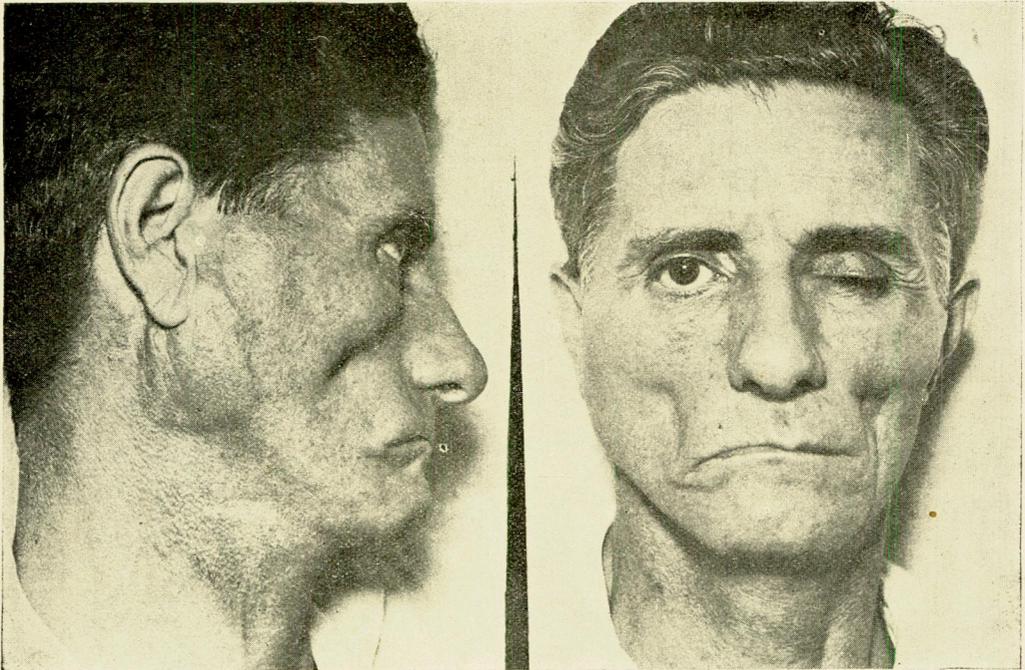


Fig. 6

O exame da peça operatória revelou: — Carcinoma de células largas, originado nos dutos excretores da parótida. (A. Fialho).

FIBROMA DA PARÓTIDA

Fig. 7

A. S., mulher parda, de 27 anos. Reg. n.º 728 — Internada em 31-10-1941.

Moléstia atual: — Início há 4 anos. Informa que após ter sido acometida de forte nevralgia dentária à direita, notou o aparecimento de pequeno tumor na região parotidiana homóloga, cujo crescimento se procedeu lentamente até há um ano passado, quando passou a evoluir de modo rápido, atingindo as dimensões atuais, sem lhe causar outros sintomas, a não ser deformação facial.

Exame local: — Observa-se volumoso tumor de 20 x 17 cents. ocupando as regiões parotidiana, geniana e sub-maxilar direita. O

pavilhão auditivo está desviado para fora e para cima. Tegumento normal. Pela palpação o tumor é bosselado, duro, indolor e móvel. Não adere às estruturas circunvizinhas. Ausência de alterações para o lado do facial direito.

Exames complementares: — Foi procedida sialografia com solução de Ioidipina a 10%, tendo sido injetados 4 cc. O sialograma revelou: Permeabilidade dos canais excretores que se distribuem nos 3/4 superiores da massa tumoral apresentando calibre regular. Acreditamos tratar-se de tumor benigno da parótida. (E. Machado).

Tratamento: — A paciente foi operada em 8-12-1941, sob anestesia endovenosa (Evipan), pelo Dr. Mário Kroeff, que procedeu a extirpação do tumor parotidiano. A doente faleceu após o ato cirúrgico.

O exame da peça operatória revelou: Fibroma da parótida (Amadeu Fialho).

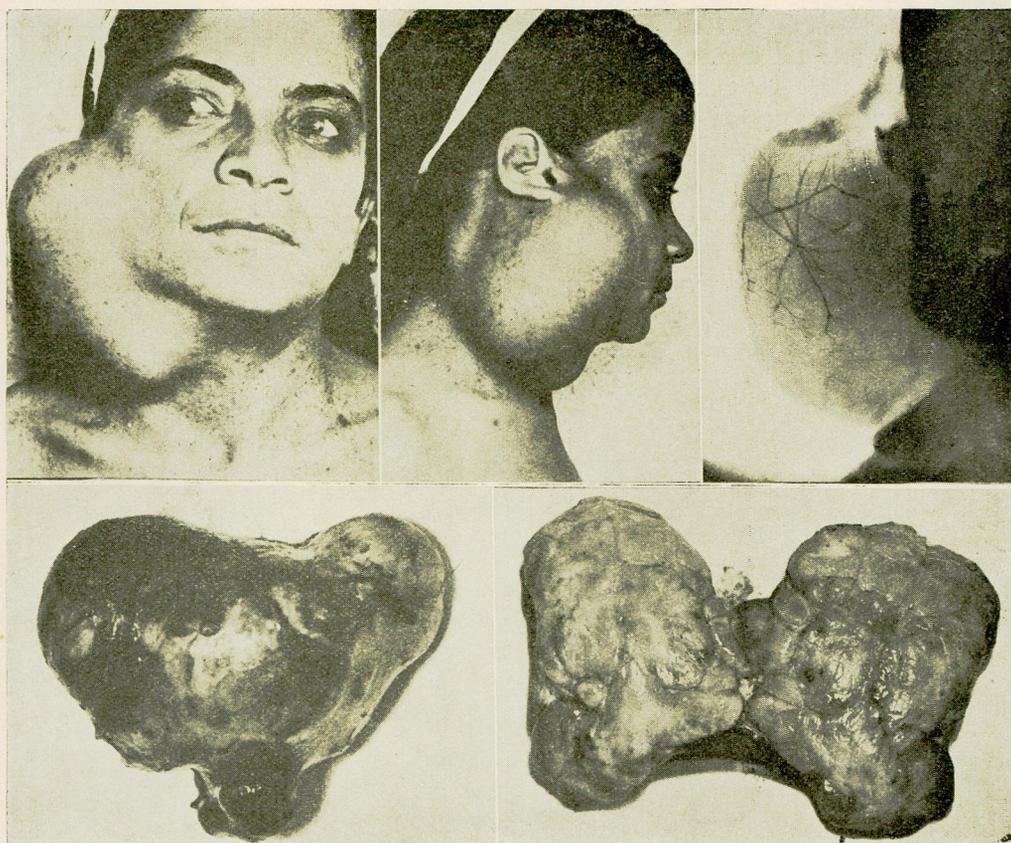


Fig. 7

LINFO-ANGIOMA DA PARÓTIDA

Fig. 8

C. A. F., menino, branco, 3 meses e 4 dias, Reg. 1.056 — Internado em 3-8-1943.

Meléstia atual: — Ao nascer, apresentava tumoração na região parotidiana esquerda e, com 24 horas de nascido, já se apresentava com o volume atual. Levado após uma semana a Clínica Hospitalar foi praticada punção do tumor, sendo retirado grande quantidade de líquido claro que logo se refazia. Indicaram tratamento roentgenterápico, tendo sido feitas 5 aplicações, sem resultado. Por este motivo nos procurou.

Exame local: — Constata-se grande tumoração arredondada na hemi-face esquerda ocupando as regiões parotidiana, masseterina e geniana homóloga. O lobo da orelha achase desviado para frente e para cima. Pela palpação, o tumor é de consistência mole, indolor, podendo se individualizar no seu interior massas endurecidas formando nódulos. O tumor está fixo aos planos profundos.

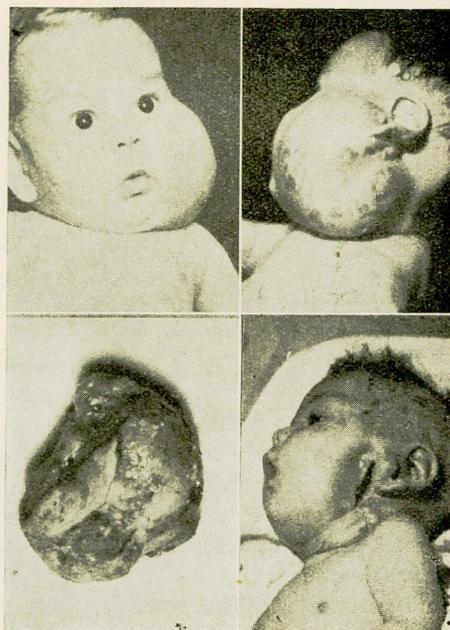


Fig. 8

Tratamento: — Operado em 4-8-1943 sob anestesia local, pelo Dr. Penido Burnier, que procedeu a extirpação do tumor parotidiano. O exame da peça operatória revelou: linfangioma da glândula da parótida. as) A. Fialho.

TUMOR DA PARÓTIDA

Fig. 9

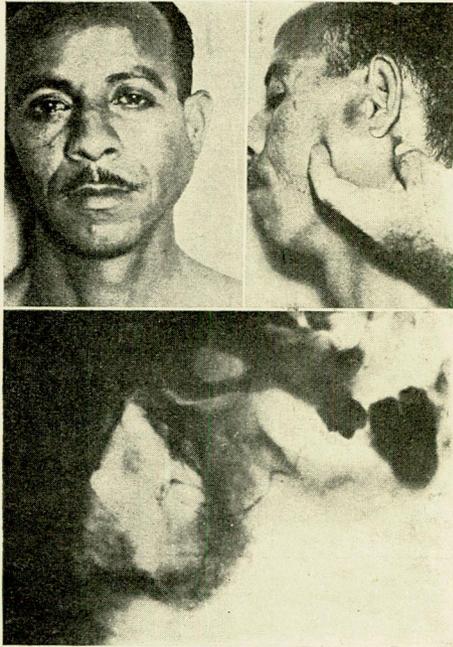


Fig. 9

L. J. S., homem pardo de 39 anos. Reg. 7.050 — Internado em 27-8-1945.

Moléstia atual: — Início há 4 anos. Percebeu pequena elevação ao nível da região parotidiana esquerda, que tem aumentado lentamente e na ausência de qualquer outro sintoma.

Exame local: — Verifica-se na região parotidiana um tumor arredondado desviando para fora e elevando o lobo da orelha. Pela palpação o tumor é de superfície regular, consistência cística, não aderente a pele e imóvel. Ausência de alterações para a inervação do nervo facial esquerdo.

Exames complementares: — Procedida a sialografia com a solução de ioidipina a 20%, introduzida através do canal de Stenon. O laudo do exame radiológico é o seguinte: Os canaliculos glandulares opacificados contornam imagens radio-transparente circular, com diâ-

metro aproximado de 21/2 cents. Tumor cístico benigno da parótida (Evaristo Machado).

NOTA: — O doente recusou a indicação operatória.

TUMOR MIXTO DA PARÓTIDA

Fig. 10 e 10 A

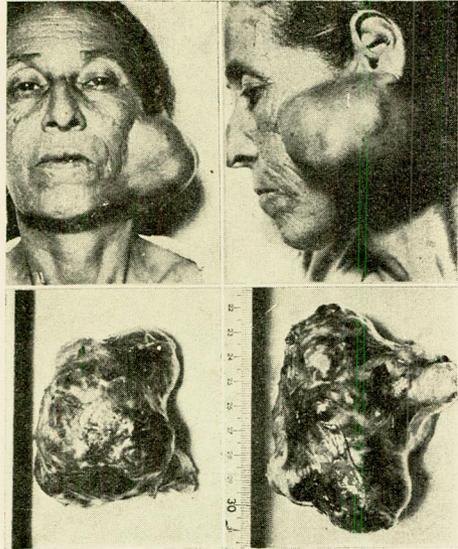


Fig. 10

A. M. F., mulher branca, 59 anos. Reg. n.º 10.664 — Internada em 5-2-1948.

Moléstia atual: — Início há 18 anos. Dois meses após ter sido acometido de forte dor de ouvido à esquerda, apareceu na região parotidiana homóloga, pequeno tumor que até à data presente tem evoluído lentamente sem motivar qualquer sintoma, a não ser a deformação causada pela presença do tumor.

Exame local: — Na região parotidiana esquerda verifica-se a presença de um volumoso tumor bosselado, que desvia o pavilhão auditivo para frente e para fóra e invade a região geniana correspondente.

Pela palpação, o tumor é de consistência elástica, pouco móvel, de superfície regular, multi-globular, medindo 10 x 8 cts. e revestido por tegumento normal. Ausência de alterações para a esfera do nervo facial.

Tratamento: — Operada em 16-2-1948, sob anestesia local, pelo Dr. Alberto Coutinho, que procedeu à enucleação do tumor, tendo sido respeitada a inervação facial.

Fig. 10 A. O exame da peça operatória revelou: Tumor mixto da parótida (ass.) F. Fialho.



Fig. 10-A

TUMOR MIXTO DO LÁBIO SUPERIOR

Fig. 11

A. C. L., mulher branca de 34 anos. Reg. 867 — Internada em 8-8-1941.

Moléstia atual: — Há 13 anos surgiu no lábio superior, junto a comissura esquerda, um nódulo duro e indolor que tem crescido lentamente.

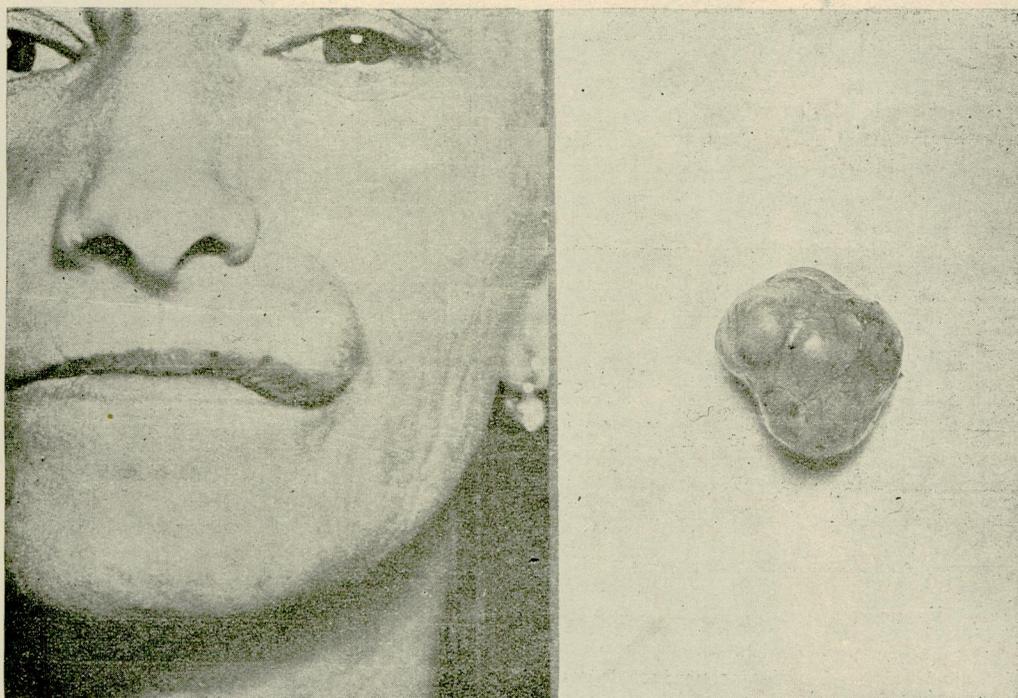


Fig. 11

Exame local: — No lábio superior junto a comissura esquerda, verifica-se um tumor de conformação mais ou menos esférica com 2 cts. de diâmetro, bosselado, duro, indolor, sem aderência aos planos circunvizinhos.

Tratamento: — Operada em 14-8-1941, sob anestesia local, pelo Dr. Luiz Carlos, que procedeu à extirpação do tumor.

O exame da peça operatória revelou: tumor misto de glândula salivar (condro-carcinoma) (A. Fialho).

TUMOR MIXTO DE GLÂNDULA SALIVAR DO LÁBIO SUPERIOR

Fig. 12

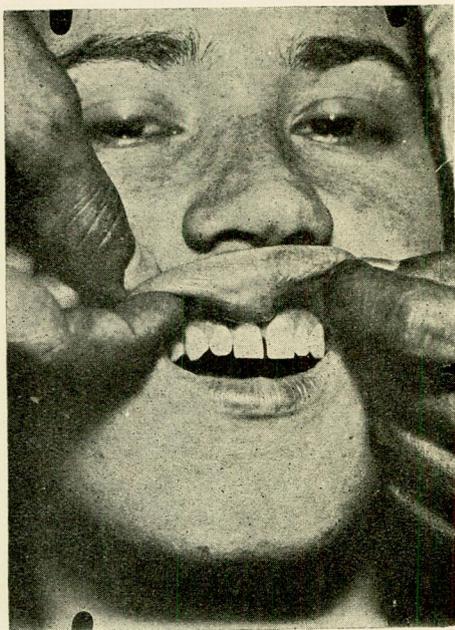


Fig. 12

I. T. R., mulher branca de 21 anos. Reg. n.º 10.546 — Internada em 21-1-1948.

Moléstia atual: — Há 3 anos notou na parte interna do lábio superior, pequeno tumor duro, que de seis meses para cá tem crescido rapidamente.

Exame local: — Verifica-se na face interna do lábio superior, em sua porção mediana, uma tumoração alongada com 3 x 2 cents. recoberta

por mucosa normal. Pela palpação o tumor é de consistência dura, móvel e indolor.

Tratamento: — Operada em 23-1-1948, sob anestesia local, pelo Dr. Alberto Coutinho, que procedeu à extirpação do tumor.

O exame da peça operatória revelou: — Tumor misto da glândula salivar: (mixo-condro-carcinoma as. (F. Fialho).

TUMOR MIXTO DA GLÂNDULA SALIVAR DO LÁBIO SUPERIOR

Fig. 13 e 13 A

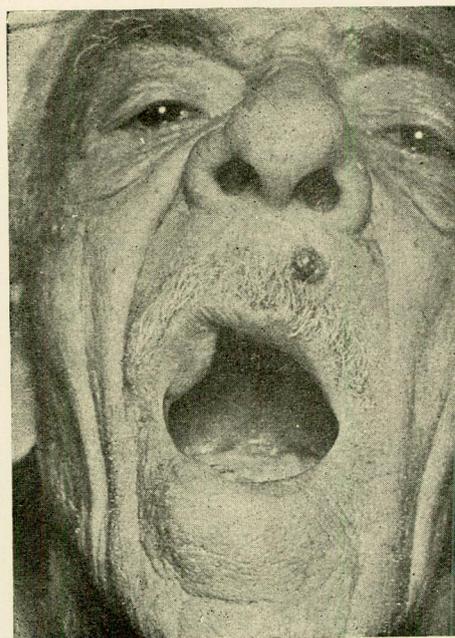


Fig. 13

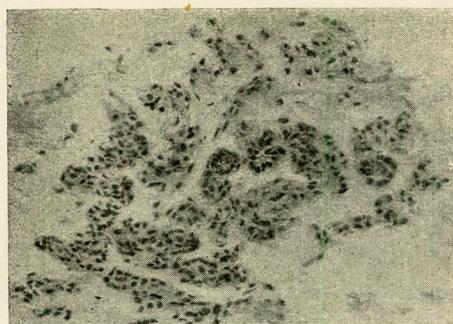


Fig. 13-A

L. F. A. M., homem branco, 74 anos. Reg. 2.028 — Internado em 3-10-1944.

Moléstia atual: — Há 5 anos constatou a presença de pequeno tumor na face interna do lábio superior, próximo à comissura direita, que evoluiu lentamente até a data atual sem que provocasse qualquer dor ou outra manifestação local.

Exame local: — Observa-se na face interna do lábio superior, um tumor alongado de 2 x 1 cents. em seus maiores eixos, revestido por mucosa de aspecto normal. Pela palpação o tumor é duro, indolor e móvel em torno às estruturas vizinhas.

Tratamento: — Operado em 22-11-1944, sob anestesia local, pelo Dr. Alberto Coutinho que procedeu à extirpação do tumor. O exame da peça operatória revelou: tumor mixto de glândula salivar. Mixocondro-carcinoma as. (Ama-deu Fialho.

Mixto-condro-carcinoma. Área com tecido cartilagenoso à esquerda e do tipo careinomatoso à direita.

TUMOR MIXTO DA ABOBADA PALATINA

Fig. 14 e 14 A

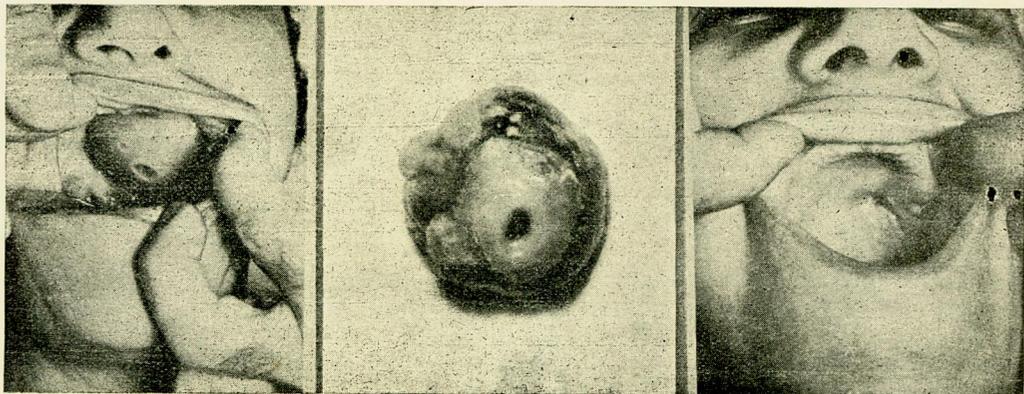


Fig. 14

A. D. B., mulher branca de 45 anos. Reg. n.º 1.337.

Moléstia atual: — Há 8 anos notou pequeno tumor da abóbada palatina próximo ao 2.º premolar superior direito, que está inflamado. Desde então o referido tumor veio crescendo progressivamente até as dimensões atuais, sem lhe causar qualquer mal-estar a não ser certa difi-

culdade à mastigação e deglutição que atribue ao volume do tumor.

Exame local: — Observa-se grande tumor arredondado, revestido por mucosa de aspecto normal, ocupando quase toda a abóbada palatina, no qual está implantado. Na porção mais acuminada do tumor, nota-se pequena ulceração, avermelhada e superficial. Pela palpação o tumor é de consistência elástica, indolor e fixo.

Tratamento: — Operada em 29-10-1944, sob anestesia local, pelo Dr. Alberto Coutinho que procedeu à extirpação do tumor. O exame histopatológico da peça operatória revelou: tumor mixto de glândula salivar. (Mixo-condro-carcinoma). as) F. Fialho. Fig. 14 A.

A doente foi revista em 12-1948 em condições perfeitas de cura clínica.



Fig. 14-A

TUMOR DA GLÂNDULA SUB-LINGUAL

N. B. T., homem, branco, de 25 anos de idade. Reg. n.º 6.635 — Internado em 9-5-1945.

Moléstia atual: — Há 20 anos notou no assoalho da boca pequeno tumor arredondado

mors. 45 cases from a total of 10.664 patients registered at the Serviço Nacional de Câncer are presented. They were distributed in the following way.

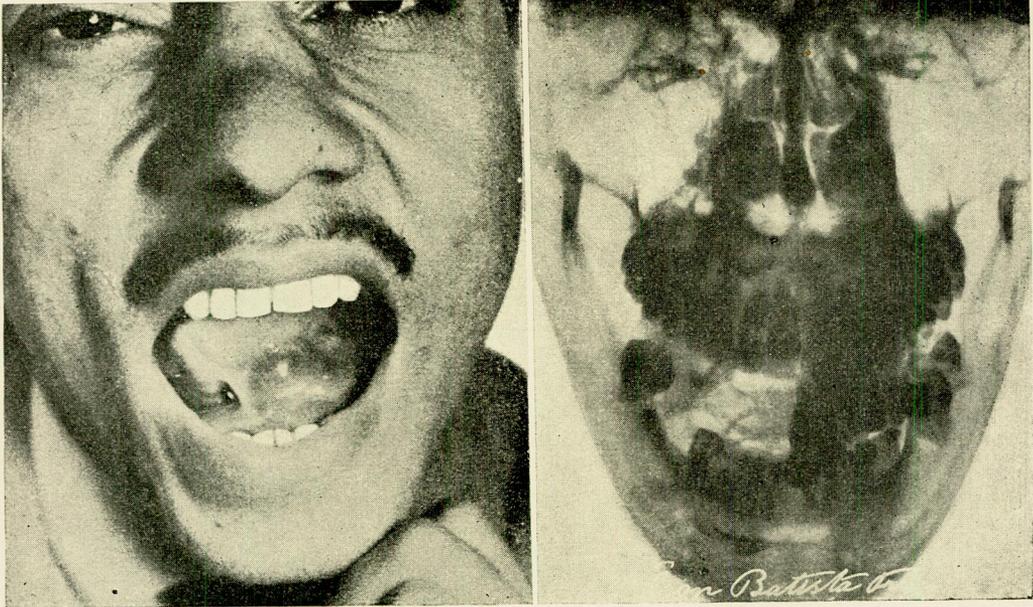


Fig. 15

móvel e indolor. Este tumor que tem crescido progressivamente sofre variações volumétricas chegando por vezes quase a desaparecer.

Tumor da glândula sub-lingual. A sialografia evidenciou processo cístico. de injeção de contraste. A radiografia revelou: tumor cístico.

Exame local: — Observa-se no assoalho da boca em sua porção mediana, mais para a esquerda, um tumor alongado recoberto por mucosa sã. Pela palpação, tem consistência cística, é móvel e indolor. Praticou-se punção aspiradora que deu saída a secreção espessa seguida

Tratamento: — Operado em 14-5-1945, sob anestesia local, pelo Dr. Turíbio Braz, que procedeu a fistulização do cisto, mediante coagulação da parede anterior do mesmo.

SUMMARY

The author brings forward the most important facts regarding salivary tu-

Parotid	25 cases
Sub-maxillary gland	10 "
Sub-lingual	4 "
Lip glands	5 "
Palate glands	1 "

After considering the histogenesis of the so-called mixed salivary tumors he describes the clinical and histological classifications in use now a days and studies the symptoms and clinical aspects.

As a diagnostic means biopsy followed by frozen section during operation and aspiration biopsy are mentioned.

Sialography is also recommended as a valuable aid.

Treatment is almost exclusively a surgical problem. 5 cases are presented which were treated surgically and are still well after a few years.