

# " CARCINOMA ONCOCÍTICO "

NELY PIALARISSE<sup>a</sup>  
RODOLFO MIRANDA P. DE BARROS<sup>b</sup>  
FEIS FERES JÚNIOR<sup>c</sup>  
PEDRO CARLOS FERREIRA TONANI<sup>d</sup>

## RESUMO

*Apresentação de um caso de Carcinoma Oncocítico, que se faz ainda mais raro por sua provável origem (glândula submandibular) e a idade do paciente (28 anos), na época.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Carcinoma Oncocítico = Oncocitoma maligno; Oncocitoma = Adenoma Granular de Células Oxifílicas; Adenoma Granular de Células Acidofílicas; Adenoma de Células Oxifílicas; Adenoma de Células Oncocíticas; Adenoma Acidofílico; Adenoma Eosinofílico.*

## 1. INTRODUÇÃO

Carcinoma Oncocítico é a diferenciação maligna do Oncocitoma<sup>4</sup>, neoplasia benigna e rara das glândulas salivares maiores, ocasionalmente de glândulas salivares menores<sup>5</sup>.

Células granulares eosinofílicas foram descritas primeiramente (1927), por MACFARLAND. Mais tarde, os termos Oncócitos e Oncocitoma foram introduzidos consecutivamente por HAMPERL (1931) e JAFFEE (1932).

BAUER & BAUER publicaram, inicialmente, um caso de oncocitoma maligno, entre 143 pacientes portadores de tumores de glândulas salivares, que sofreu metástase para os pulmões, fígado, dura máter e glândula pituitária. Seguiram a ele diversos autores (vide tabela 1), relatando novos casos.

## 2. CASO CLÍNICO

Paciente J.A.Z., 28 anos de idade, brasileiro, branco, sexo masculino, casado, foi encaminhado ao setor de Semiologia Bucal do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Londrina, em dezanove de fevereiro de 1986. Apresentava-se bem de saúde geral, contudo era portador de assimetria facial, provocada por aumento volumé-

trico na região de ângulo esquerdo da mandíbula.

À palpação extrabucal, a lesão mostrava-se dolorida e de consistência elástica. A função do nervo facial ainda se mantinha intacta. Intrabucalmente, a lesão localizava-se no fundo de sulco inferior esquerdo, a partir da distal do segundo molar, até o ramo da mandíbula; mostrava-se também dolorido e elástico à palpação.

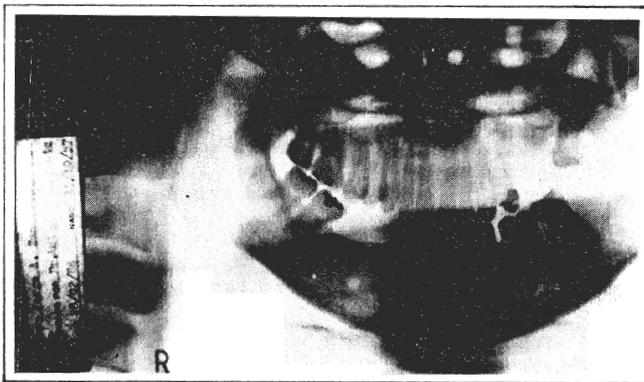
J.A.Z. queixou-se ter observado, inicialmente, sensação de anestesia na mandíbula esquerda, aproximadamente sete meses antes da consulta (SIC). Depois de quatro meses, apareceu um edema localizado, que cedeu com a administração de antiinflamatório; a tumefação ressurgiu em seguida, atenuando-se com a avulsão do terceiro molar inferior esquerdo. Desde então notou-se a permanência de um resíduo da lesão, acompanhado de dor pulsátil.

Foram feitas tomadas radiográficas extra-bucais, lateralmente de mandíbula e panorâmica. O aspecto radiográfico consistia de zona radiolúcida que compreendia a distal do segundo molar inferior esquerdo até um centímetro aquém da incisura mandibular; bem delimitado, entremeada por áreas radiopacas e o nervo alveolar inferior parecia estar envolvido na lesão.

Através de uma biópsia incisiva, obtivemos um fragmento de coloração castanho-escuro, medindo 0,5 X 0,5 X 0,2 centímetros. Este foi fixado em solução de formol a 10% e totalmente submetido a exame histopatológico. A hipótese diagnóstica, embora não fosse muito sugestiva, foi a de um ameloblastoma. O diagnóstico definitivo foi de Carcinoma Oncocítico (de células oxifílicas).

O paciente foi encaminhado para tratamento, no Instituto do Câncer de Londrina; lá foram diagnosticadas metástases pulmonares, aórticas e abdominais; contudo, não se descobriu o tumor primário, muito menos se o quadro bucal era proveniente dos tecidos profundos da parótida ou das glândulas salivares menores.

Quatro meses após a consulta inicial a lesão havia au-



<sup>a</sup> Cirurgiã dentista do Curso de Aperfeiçoamento de Diagnóstico Bucal da Disciplina de Semiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

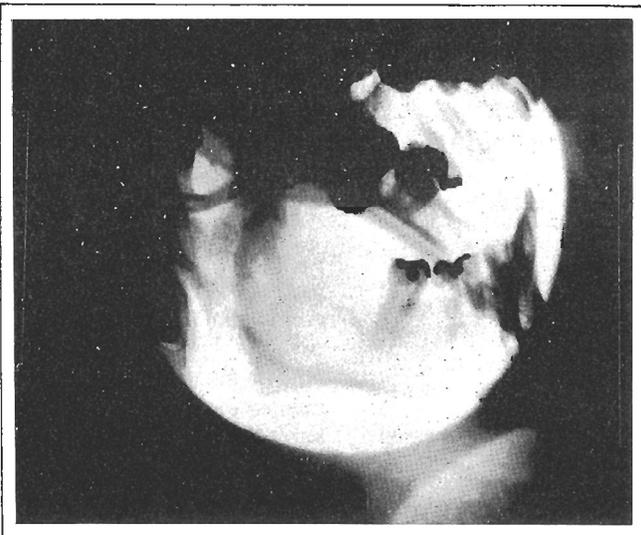
<sup>b</sup> Professor Responsável pela Disciplina de Radiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

<sup>c</sup> Professor Auxiliar de Ensino da Disciplina de Semiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

<sup>d</sup> Professor da Disciplina de Semiologia Bucal – CCS/Odontologia da UEL.

mentado muito, não regredindo com o tratamento radio-terápico e havendo necessidade de intervenção cirúrgica — mandibulectomia parcial — devido ao trismo e as mordidas realizadas sobre a lesão, impedindo a alimentação, agravando o estado geral do paciente.

Durante o ato cirúrgico, constatou-se que a parótida não estava envolvida na lesão e verificou-se a necessidade da remoção da glândula submandibular. As peças foram encaminhadas para exame anátomo-patológico, cujo resultado confirmou o primeiro, reforçando a hipótese do tumor primário ser na glândula submandibular.



### 3. DISCUSSÃO

O oncocitoma é uma lesão benigna de crescimento lento, composto por células que têm o citoplasma acidófilo, e um núcleo marginal, semelhantes aos oncócitos<sup>12</sup>. ARAÚJO & ARAÚJO<sup>1</sup>, dizem ser um tipo de Adenoma Monomórfico.

HAMPERL denominou oncócitos — devido seu grande tamanho — as células normais, encontradas em diferentes localizações e tecidos como as glândulas salivares e mucosas da laringe, traquéia, brônquios e esôfago, nas glândulas lacrimais, membrana nasal, tireóide, paratireóide, pâncreas, hipófise (lóbulo anterior e posterior), testículos, trompas de Falópio, fígado<sup>4/13</sup> e mamas<sup>13</sup>.

A origem do oncocitoma permanece controversa<sup>4</sup>, mas sabe-se que a partir de exames microscópicos de glândulas parótidas, observou-se que antes dos 50 anos de idade os focos oncócitos são raros, aumentando entre os 50 e 70 e são quase universais após os 70<sup>8</sup>. Essa metaplasia oncócica ou oncocitose não é clinicamente importante e apresenta pouca significância patológica<sup>8</sup>.

Quando examinadas ao microscópio ótico as células são grandes<sup>4/7/12/13</sup>, poligonais<sup>4/12</sup>, de núcleo vesicular uniforme<sup>4/12</sup> e nucléolo pequeno<sup>4</sup>. Citoplasma eosinofílico<sup>4/11/12/13</sup> é firmemente granular<sup>4</sup>. Organizam-se em lâminas, cordas, colunas e trabeculados e, ocasionalmente, formam pequenos espaços pseudoglandulares contendo material celular degenerado<sup>4</sup>. Geralmente são encapsulados<sup>7/13</sup>, divididos em lóbulos por finas lâminas de tecido conectivo fibroso; entretanto, a presença de cápsula não se confirmou em um caso de oncocitoma maligno publicado por GRAY et alii, em 1976<sup>8</sup>. Podendo deslocar estruturas adjacentes<sup>4/13</sup>.

Todavia, não podemos nos basear somente no M.O. devido a abundante quantidade de retículo endoplasmático liso, também presente nas células do corpo lúteo, testiculares de Leydig, células ovarianas, corpos semelhantes aos lisossomas existentes nas células granulares do mioblastoma e grânulos secretores da variação oncócica do tumor carcinóide, que também apresentaram citoplasma intensamente eosinofílico. Estudos histoquímicos feitos em tecido fresco, mostraram altos níveis de enzimas oxidativas e hidrolíticas em atividade, que se sabe serem associadas às mitocôndrias<sup>4</sup>.

Na microscopia eletrônica, a ultraestrutura do oncocitoma maligno não difere do benigno<sup>4</sup>. Em 1976, CHUAN LEE & ROTH<sup>4</sup>, citaram um oncocitoma maligno onde a M.E. revelou que em contraste com o benigno, o oncocitoma maligno apresentou espaços intercelulares proeminentes e não se observou lâmina basal, sendo a principal característica o citoplasma estar repleto de mitocôndrias aumentadas e próximas, alterando a forma e o tamanho, deixando pequenos espaços para outras organelas, não havendo granulações intramitocôndriais<sup>4</sup>; já GRAY et alii<sup>8</sup> não as detectaram em seus dois casos.

Clinicamente o oncocitoma não difere de outras neoplasias de glândulas salivares e é indistinguível do adenoma pleomórfico<sup>9</sup>. Apesar de serem, em geral, lesões duras, aqui se apresentou elástica à palpação. São bem delimitadas, de crescimento lento, de cor roxo-acinzentado — este tinha coloração castanho-escuro — assintomático em alguns casos<sup>11/14</sup> e sintomático em outros<sup>6</sup>, exemplificando temos o de J.A.Z. de forma latejante; geralmente pequenos<sup>13</sup>, entre 3 a 5 cm de diâmetro<sup>14</sup> podendo ser múltiplos e extraordinariamente se malignizarem.

A distribuição etária, tanto para o maligno como para o benigno, é a mesma<sup>4</sup>, ou seja, quase que exclusivamente em pessoas idosas (80% dos casos)<sup>12</sup>, acima dos 50<sup>4</sup>. Ocorrem mais em homens que em mulheres<sup>4</sup>. Segundo SHAFER é o contrário. De todas as lesões de glândulas parótidas, não atingem 1%<sup>8</sup>; aproximadamente 0,6% dos tumores salivares, de acordo com CHOMETTE et alii (1983)<sup>3</sup>. Quando acometem as glândulas salivares menores e as glândulas submucosas das vias aéreas superiores, embora extraordinárias, preferem o palato<sup>77</sup>. (Vide tabela 1).

GRAY et alii<sup>8</sup> reclassificaram como oncocitoma localmente invasivo, seis casos publicados como malignos, desde que em seu julgamento não havia evidências de malignidade (Vide tabela 2), já que até mesmo invasão óssea não pode ser considerada indicador de malignidade em lesões da mucosa nasal e bucal, onde o epitélio está próximo ao osso.

O seu tratamento é cirúrgico<sup>4/6/8/10/13/14</sup>, isto é, com exérese da lesão, removendo parcial ou totalmente o órgão envolvido. Nos oncocitomas malignos podem ser usados radioterapia e/ou quimioterapia<sup>4</sup>.

### 4. CONCLUSÕES

O termo oncocitoma é empregado para os tumores sólidos constituídos por um tipo de célula, opondo-se aqueles onde se encontram focos de oncócitos disseminados no seio de uma massa composta por elementos tumorais diferentes<sup>4/7</sup>.

Acredita-se que estas células sejam provenientes de transformações sofridas pelas células do epitélio de revestimento do ácino e do ducto das glândulas parótidas; demonstrou-se que com a idade ocorre uma substituição das células dos ductos e dos ácinos por oncócitos. Ocasionalmente, a glândula pode ser integralmente substituída por uma proliferação oncocítica. Sabendo-se que estas células estão presentes em órgãos normais e aumentando com a idade, resta-nos saber se essa alteração é benigna ou não, por isso J.P. DAYAL et alii (1981), deixou uma questão para ser resolvida – “O oncocitoma apresenta função?”.

Tanto o maligno como o benigno são mais freqüentes nas glândulas salivares maiores. Se o oncocitoma benigno é raro, excepcionalmente o é o maligno.

O caso aqui apresentado, torna-se mais raro ainda pelo

paciente ser o mais jovem já encontrado e pela possibilidade do tumor ter se originado na glândula submandibular. O diagnóstico de malignidade em oncocitoma depende de muitos critérios, como exemplo a ausência de cápsula, invasão local e regional, metástases regionais e distantes, recorrência rápida<sup>4</sup>. Mesmo assim é discutível um diagnóstico definitivo, desde que sempre houve discrepância nos critérios empregados, só podendo ser dado pelo exame histopatológico. CHUAN LEE et alii<sup>4</sup> e GRAY et alii<sup>8</sup> enfatizaram a importância da microscopia eletrônica e de estudos histoquímicos<sup>4</sup>.

Macroscopicamente um oncocitoma se assemelha a qualquer outra lesão de glândula parótida.

O tratamento é basicamente cirúrgico, quando maligno pode-se utilizar quimioterapia e/ou radioterapia<sup>4</sup>.

TABELA 1: CASOS DE ONCOCITOMA MALIGNO DESCRITOS NA LITERATURA

Autor	Ano	Idade	Sexo	Localização
Bauer e Bauer	1953	?	?	parótida
Sikorowa	1957	47	M	parótida
Sikorowa	1957	?	?	gl. submandibular
Marcucci e cols	1962	50	M	parótida
Hamperl	1962	73	M	mucosa nasal
Hamperl	1962	?	?	mucosa nasal
Loke	1967	71	M	parótida
Briggs e Evans	1967	71	F	palato
Bazaz e Malik e Gupta	1968	40	M	parótida
Cohen e Batsakis	1968	61	M	seio maxilar
Abioye, A.	1972	30	F	parótida
Johns e cols	1973	65	M	parótida
	1973	63	M	parótida
Batsakis	1974	?	?	parótida
Fayemi e cols	1974	50	F	parótida
Gray e cols	1976	91	M	parótida
Lee e Roth	1976	91	M	parótida
Gray e cols	1976	58	F	parótida

TABELA 2: ONCOCITOMAS LOCALMENTE AGRESSIVOS<sup>8</sup>

Autor	Idade	Sexo	Localização	Extensão	Preservação
Briggs e cols	71	F	palato	Invasão do tecido fibroso local, mitoses irregulares	Viveu por 2 meses, sem recorrência
Hamperl, H.	55	M	mucosa nasal	Invasão da concha etmóide, ossos orbitais do seio maxilar	Nenhuma
Johns e cols	61	M	cavidade nasal	Invasão do seio nasal, do osso malar da órbita	viveu por 8 anos, sem recorrência
Eneroth	56	F	parótida	Invasão da cápsula. Rápido crescimento depois de 19 anos. Regiões de atipia	Bom
Cofien e cols	61	M	mucosa nasal	Invasão do seio nasal, ossos orbitais do seio maxilar, osso malar. Nenhuma mitose ou atipia	Bom por 3 anos
Mair e cols	61	F	parótida	Nenhuma mitose ou invasão capsular. Atipia celular focal	Bom por 3 anos

ABSTRACT

A new case of Oncocytic Carcinoma is presented. Its characteristics, possible origin (submandibular gland) and the age of the patient at the time of the discovery make it extremely rare.

**KEY-WORDS:** Oncocytic Carcinoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ARAÚJO, N. S.; ARAÚJO, V. C. Adenoma Monomórfico. In: *Patologia Bucal*. 1984. p. 183.
02. CAMERON, W. R.; STENRAM, U. Adenoma of Parotid Gland with Sebaceous and Oncocytic Features. *Cancer*, 43: 1429-1433, 1979.
03. CHOMETTE, G. et alii. Les Tumeurs Salivaires à Cellules Oncocytaires: Fréquence, Caractères Histo-enzymologiques et Ultrastructuraux. *Jour. Biol. Bucalle*, 11 : 243 - 253, 1983.
04. CHUAN LEE, S.; ROTH, L. M. Malignant Oncocytoma of the Parotid Gland. *Cancer*, 37 : 1607 - 1614, 1976.
05. DAS, S. et alii. Oncocytoma of Tongue in a Child. *Journal of Pediatric Surgery*, 11(1):113 - 114. 1976.
06. DAYAL, J. P. et alii. Oncocytoma of the Parotid Gland: report of two cases with comprehensive review of Literature. *Indian Journal of Pathol. & Microbiol.*, 27(2): 107 - 110, 1984.
07. DUPUIS, R. Oncocytome de La Comissure Labiale. *Union Med. Can.*, 110(11):1005 - 1007, 1981.
08. GRAY, S. R.; CORNOG JR, J. L.; SOOK SEO, J. Oncocytic neoplasms of Salivary Glands. *Cancer*, 38:1306.- 1317, 1976.
09. GORLIN, R. J.; BOYLE, P. E. Lips, Mouth Teeth, Salivary glands, and Neck. In: ANDERSON, W.A.D. *Pathology*. Saint Louis, The C.V. Mosby, 1966. Cap. 25, pág. 832.
10. LINDENBERG, J. The Oncocytic Adenoma of the Larynx. *Laryngol. Rhinol. Otol. (Stutt)*, 61(4):169 - 170, 1982.
11. LUMERMAN, H. Diseases of the Salivary Glands. In: *Essentials of Oral Pathology*. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1975. cap. 9, pág. 170.
12. RAUCH, S.; SEIFERT, G.; GORLIN, R. J. Enfermedades de Las Glándulas Salivales: Tumores. In: GORLIN, R. J. GOLDMAN, H. M. *Thoma Patologia Oral*. Barcelona, Salvat, 1975. cap. 22, pág. 1109.
13. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. Tumores das Glândulas Salivares. In: *Patologia Bucal*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. cap. 3, pág. 190.
14. TOMMASI, A. F. Doenças das Glândulas Salivares. In: *Diagnóstico em Patologia Bucal*. São Paulo, Artes Médicas, 1982. cap. 21, pág. 322.