

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Yelladion Mendonça Ribeiro de Albuquerque

**CARCINOMA ADENOESCAMOSO DA CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO**

**RECIFE**

**2018**

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Yelladion Mendonça Ribeiro de Albuquerque

**CARCINOMA ADENOESCAMOSO DA CAVIDADE ORAL: RELATO DE CASO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE / CPGO, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Estomatologia.

Área de Concentração: Estomatologia

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula V. Sobral

Co orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcia Maria Fonseca da Silveira

**RECIFE**

**2018**

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Artigo intitulado “**Carcinoma adenoescamoso da cavidade oral: relato de caso**”  
de autoria do aluno Yelladion Mendonça Ribeiro de Albuquerque, aprovado pela  
banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula V. Sobral – CPGO Recife

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Márcia Silveira – CPGO Recife

Recife, 16 de junho de 2018

## **Carcinoma adenoescamoso da cavidade oral: relato de caso**

Yelladion Mendonça Ribeiro de Albuquerque  
Vânia Ribeiro  
Marcia Maria Fonseca da Silveira  
Ana Paula Veras Sobral

### **RESUMO**

O carcinoma adenoescamoso é um tumor maligno de alto grau e é conhecido por ser mais agressivo do que o carcinoma de células escamosas convencional na região da cabeça e pescoço. Os locais afetados na cavidade oral incluem palato, pilares tonsilares, língua e assoalho bucal. Um diagnóstico definitivo requer exame histopatológico de uma biópsia profunda envolvendo o tecido submucoso e irá parecer uma mistura de um carcinoma epidermoide e um adenocarcinoma com a tendência da porção glandular ser mais proeminente nas porções mais profundas do tumor. Esta neoplasia maligna apresenta comportamento agressivo com crescimento invasivo precoce e prognóstico sombrio. O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de carcinoma adenoescamoso na gengiva em paciente de 54 anos de idade.

**Palavras-chaves:** Carcinoma adenoescamoso. Cavidade oral. Carcinoma de células escamosas.

## 1 INTRODUÇÃO

O carcinoma adenoescamoso na região de cabeça e pescoço é considerado uma variação rara do carcinoma de células escamosas (LIMA et al., 2016; MIURA et al., 2017) e é caracterizado pela presença simultânea de adenocarcinoma e carcinoma epidermóide, ambos com graus variáveis de malignidade (MORITA et al., 2005; TERADA, 2012).

Foi descrito pela primeira vez por Geruthy et al. numa série de 10 pacientes, onde demonstrou ser extremamente agressivo, com 80% dos pacientes desenvolvendo metástases.

O sítio mais comum na cavidade oral é a língua, seguido pelo palato, áreas dos pilares tonsilares e assoalho bucal (SRAVYA et al., 2016). A disseminação para linfonodos cervicais é comum, e recidivas locorregionais e distantes após o tratamento são relatadas com frequência. As opções atuais de tratamento incluem cirurgia e radioterapia que podem estar associadas ou não a quimioterapia. (SCHICK et al., 2013).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de carcinoma adenoescamoso em um paciente do sexo masculino na região de maxila.

## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, feoderma, natural e residente em Recife, apresentou-se à clínica de estomatologia do Centro de Pós-Graduação em Odontologia (CPGO) em junho de 2017, com queixa principal de “ferida na gengiva”. Referiu que, ao aparecimento da lesão, procurou atendimento médico e que foi encaminhado à clínica de estomatologia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE) em outubro de 2016, onde, constatada a presença da lesão, foi realizada biópsia incisinal com resultado de hiperplasia verrucosa. Ao exame físico, observou-se lesão de superfície verrucosa e vegetativa, eritroleucoplásica em região de gengiva marginal e inserida dos dentes 13 ao 17, de contorno irregular, com maior diâmetro de mais ou menos 4cm, assintomática e sangrante à escovação (Fig 1). A história médica do paciente revelou diabetes mellitus controlado. O paciente negava hábito de tabagismo e etilismo ou qualquer outro tipo de hábito nocivo. A hipótese diagnóstica formulada foi de lesão maligna.



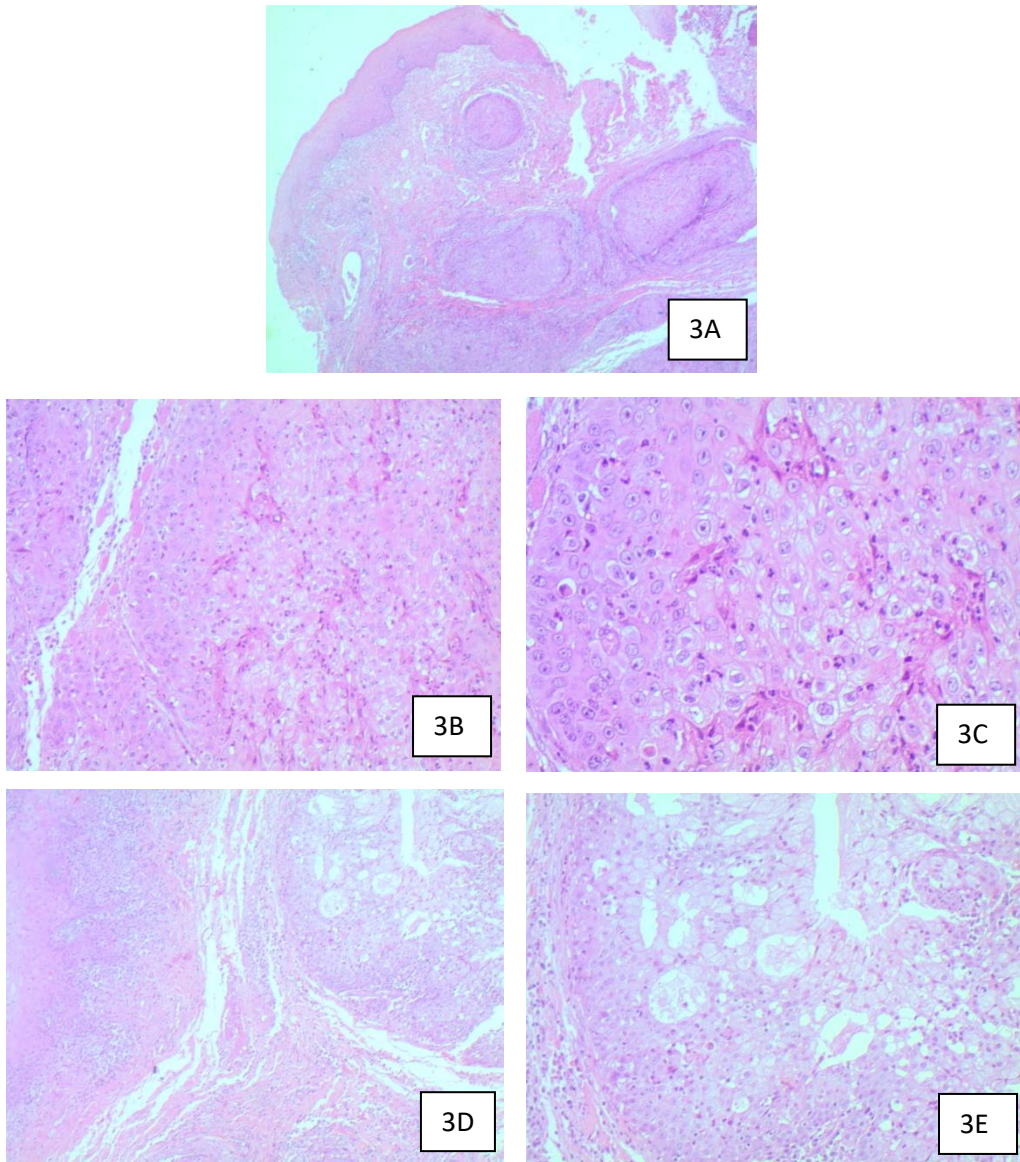
Figura 1. Aspecto clínico do tumor em região de gengiva e mucosa da maxila direita.

Foram realizadas radiografias periapicais dos dentes 14,15, 16 e 17, onde observou-se perda óssea na região (Fig.2).



Figura 2. Radiografia periapical da região dos dentes 14,15, 16 e 17.

Nova biópsia incisional foi realizada e o material encaminhado. O exame anatomopatológico revelou ilhas de células neoplásicas, organizadas em bloco. Tais células apresentando morfologia hexagonal e citoplasma eosinofílico na porção superficial do tumor e na porção mais profunda as células com aspecto ora intermediário, claro e/ou escamoso. Foram visualizadas figuras de mitose atípicas e presença de moderado infiltrado inflamatório em estroma do tecido conjuntivo (Fig 3). O diagnóstico foi de carcinoma adenoescamoso. O paciente foi encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), vindo a óbito 90 dias após início do tratamento.



**Figura 3.** Fotomicrografia em H.E. **A.** Ilhas neoplásicas de células escamosas (10X); **B.** Aspecto escamoso das células neoplásicas (40X); **C.** Intenso pleomorfismo das células escamosas (100X); **D.** Área de transição da porção escamosa e glandular do tumor (40X); **E.** Aspectos das células intermediárias, claras e escamosas (100X).



### 3 DISCUSSÃO

O carcinoma adenoescamoso é um tumor que envolve os ductos glandulares e a camada de células escamosas com produção de sialomucina. Foi primeiro descrito por Geruthy et al., os quais descreveram morfológicamente que poderia ser dividido em quatro componentes básicos: carcinoma ductal in situ, adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas e carcinoma misto, tendo características suficientes para ser separado do carcinoma mucoepidermóide (GERUGHTY; HENNIGAR; BROWN, 1968). Ellis et al.(1991) sugeriu que a displasia do epitélio da superfície da mucosa é um importante critério para diagnóstico e considerou que o tumor surge em sincronia a partir do epitélio das glândulas da mucosa e salivares. De acordo com Fonseca et al.(2012) o carcinoma adenoescamoso origina-se do epitélio da superfície da mucosa com base na displasia da mucosa superficial, dando origem a um tumor invasivo com glândulas salivares menores sadias nas proximidades. A origem do carcinoma adenoescamoso no presente caso estava de acordo com Fonseca et al. (2012).

Este tumor tem sido documentado no tecido epitelial dos tratos gastrointestinal, respiratórios superior e inferior e genitourinário; pele, pâncreas, sistemas hepatobiliário e reprodutor feminino. Tumores de cabeça e pescoço têm sido descritos na glândula tireóide, cavidade nasal, faringe, laringe, seios paranasais e raramente na cavidade oral. (GERUGHTY; HENNIGAR; BROWN, 1968; MARTINEZ-MADRIGAL et al., 1991; NAPIER et al., 1995; SCULLY et al., 1999). O carcinoma adenoescamoso é comumente diagnosticado entre a sexta e sétima década de vida com predominância no sexo masculino numa proporção de 2:1 até 19:1. O fumo e o consumo de álcool têm sido implicados na sua causa(LEE et al., 2017; RAWAL; ANDERSON, 2017; SCHICK et al., 2013). Os sintomas estão relacionados com o local afetado e incluem úlceras dolorosas, rouquidão, disfagia, obstrução e hemoptise. Tumores orais apresentam-se como úlceras e/ou aumento de volume. A língua e assoalho bucal são os sítios mais comuns e a maioria dos tumores apresentam-se como lesões no estágio T4(BHATTACHARYYA et al., 2015;

LEE et al., 2017; MIURA et al., 2017; RAWAL; ANDERSON, 2017; SATOMI et al., 2016; SCHICK et al., 2013; THANAKAPPAN et al., 2015). Até agora, pouquíssimos casos foram descritos em gengiva. O caso abordado foi de um paciente do sexo masculino com 54 anos de idade com a lesão nessa região, mas sem estar associada com dor.

As características histopatológicas mostram uma atipia epitelial com diferenciação epitelial e glandular. Enquanto as duas características podem ser distintas, mas com estreita proximidade, muitas lesões demonstram uma associação ou área de transição de um carcinoma de células escamosas superficial para um adenocarcinoma profundo. O componente escamoso pode mostrar diferentes graus de diferenciação. O adenocarcinoma mostra estruturas tubulares/ductais com mucina intracelular. Produção de mucina e invasão perineural estão tipicamente presentes, mas não são obrigatórias para diagnóstico (GERUGHTY; HENNIGAR; BROWN, 1968; RAWAL; ANDERSON, 2017; SCULLY et al., 1999). O presente caso também revelou achados semelhantes, ou seja, o epitélio da mucosa no componente de células escamosas apresentou displasia severa com áreas focais de queratinização e o componente glandular revelou estruturas ductulares com bordas lisas e produção de mucina variável. A imunohistoquímica não se faz necessária para fazer o diagnóstico.

O diagnóstico diferencial histopatológico inclui carcinoma mucoepidermóide, carcinoma adenoide de células escamosas, adenocarcinoma metastático, sialometaplasia necrotizante e carcinoma de células escamosas. Carcinomas adenoescamosos com pouca diferenciação no componente escamoso podem se tornar impossíveis em diferenciá-los dos carcinomas mucoepidermóides de alto grau se a lesão estiver com grandes ulcerações e com os dois componentes misturados. Diferentemente do carcinoma mucoepidermóide, o carcinoma adenoescamoso não possui translocação MAML2, tornando-se numa ferramenta útil em sua diferenciação (LEE et al., 2017; LIMA et al., 2016; MIURA et al., 2017; RAWAL; ANDERSON, 2017; SATOMI et al., 2016; SCHICK et al., 2013; THANAKAPPAN et al., 2015). Alos et al. (2004) sugeriram os seguintes critérios diagnósticos para carcinoma adenoescamoso: componente mais comum no carcinoma de células escamosas queratinizante, componente de adenocarcinoma na porção mais profunda e displasia

severa ou carcinoma in situ no epitélio de superfície. O presente caso também estava de acordo com os critérios acima mencionados.

Carcinomas adenoescamosos são tratados com cirurgia radical incluindo dissecação do pescoço, independentemente de doença nodular detectável. Tumores extensos e detectados em idade avançada possuem uma baixa expectativa de vida. Ressecção cirúrgica melhora a expectativa em pacientes com doença localizada ou regional, enquanto que radioterapia confere benefícios em pacientes com metástase. O prognóstico geralmente é sombrio com taxa de sobrevida de 5 anos entre 15 a 25% dos casos e está diretamente relacionado com a idade do paciente na época do diagnóstico. Para pacientes acima dos 50 anos, a expectativa média de sobrevida cai substancialmente de 14 para 2 anos. No entanto, um estudo recente de pacientes com carcinomas adenoescamosos de cabeça e pescoço e aqueles com carcinoma escamoso convencional não detectou diferença na expectativa média de vida, independentemente do tamanho do tumor e característica nodular. (LEE et al., 2017; MORITA et al., 2005; RAWAL; ANDERSON, 2017; SCULLY et al., 1999).

## **4 CONCLUSÃO**

O carcinoma adenoescamoso é uma neoplasia maligna rara e agressiva, associada com um prognóstico sombrio quando comparado com o carcinoma de células escamosas. Também apresenta um alto índice de metástases e deve ser diferenciado do carcinoma mucoepidermoide, carcinoma de células escamosas basaloide e do carcinoma adenoide cístico. O diagnóstico histopatológico preciso ajuda o clínico a elaborar um plano de tratamento adequado.

## **Adenosquamous carcinoma of the oral cavity: case report**

Yelladion Mendonça Ribeiro de Albuquerque

Vânia Ribeiro

Márcia Maria Fonseca da Silveira

Ana Paula Veras Sobral

### **ABSTRACT**

Adenosquamous carcinoma is a malignant tumor of high grade and is known to be more aggressive than conventional squamous cell carcinoma in the head and neck region, usually in elderly patients with a male preference. The sites affected in the oral cavity include palate, tonsillar pillars, tongue and buccal floor. A definitive diagnosis requires histopathological examination of a deep biopsy involving the submucosal tissue and will appear to be a mixture of an epidermoid carcinoma and an adenocarcinoma with the tendency of the glandular portion to be more prominent in the deeper portions of the tumor. This malignant neoplasm presents an aggressive behavior with early invasive growth and somber prognosis. The objective of this study is to report a rare case of adenosquamous carcinoma in the gum of a 54-year-old patient.

**Key-words:** Adenosquamous carcinoma. Oral cavity. Squamous cell carcinoma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALOS, L.; CASTILLO, M.; NADAL, A.; CABALLERO, M.; MALLOFRE, C.; PALACIN, A.; et al. Adenosquamous carcinoma of the head and neck: Criteria for diagnosis in a study of 12 cases. **Histopathology**, v.44, p.570-579, 2004.
- BHATTACHARYYA, I. et al. Adenosquamous carcinoma of the oral cavity: An unusual epithelial malignancy. A report of two cases and review of literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, v. 27, n. 1, p. 126–130, 2015.
- ELLIS, GL.; AUCLAIR, PL.; GNEPP, DR; GOODE, RK. Adenosquamous cell carcinoma. **Surgical Pathology of the Salivary Glands**. Philadelphia:WB, Saunders, p.455-459, 1991.
- FONSECA, FP; RAMOS, LM; VARGAS, PA; DE ALMEIDA, OP; LOPES, MA; SANTOS-SILVA, AR. Oral adenosquamous carcinoma: Evidence that it arises from the surface epithelium. **Histopathology**. v.61, p.321-323, 2012.
- GERUGHTY, R. M.; HENNIGAR, G. R.; BROWN, F. M. Adenosquamous carcinoma of the nasal, oral and laryngeal cavities. A clinicopathologic survey of ten cases. **Cancer**, v. 22, n. 6, p. 1140–1155, 1968.
- LEE, R. J. et al. Importance of tumor extent in adenosquamous carcinoma of the head and neck: a retrospective cohort study. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 124, n. 2, p. 114–120, 2017.
- LIMA, C. F. et al. Oral adenosquamous carcinoma mimicking a pyogenic granuloma: A challenging diagnosis. **Brazilian Dental Journal**, v. 27, n. 6, p. 781–786, 2016.
- MARTINEZ-MADRIGAL, F. et al. Oral and pharyngeal adenosquamous carcinoma. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 248, n. 5, p. 255–258, 1991.
- MIURA, K. et al. Importance of diagnosis and initial treatment strategy for adenosquamous carcinoma of the tongue: A case report and literature review. **Oral and Maxillofacial Surgery Cases**, v. 3, n. 4, p. 102–106, 2017.
- MORITA, N. et al. Adenosquamous carcinoma of the tongue. **Asian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 17, n. 4, p. 277–279, 2005.
- NAPIER, S. S. et al. Adenosquamous carcinoma. A rare neoplasm with an aggressive course. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and**, v. 79, n. 5, p. 607–611, 1995.
- RAWAL, Y. B.; ANDERSON, K. M. Adenosquamous Carcinoma of the Tongue. **Head and Neck Pathology**, v. 0, n. 0, p. 0, 2017.
- SATOMI, T. et al. Adenosquamous carcinoma of the tongue: clinicopathologic study and review of the literature. **Odontology**, 2016.

SCHICK, U. et al. Adenosquamous carcinoma of the head and neck: Report of 20 cases and review of the literature. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 116, n. 3, p. 313–320, 2013.

SCULLY, C. et al. Adenosquamous carcinoma of the mouth: a rare variant of squamous cell carcinoma. **International journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 28, n. 2, p. 125–8, 1999.

SRAVYA, T. et al. Oral adenosquamous carcinoma: Report of a rare entity with a special insight on its histochemistry. **Journal of oral and maxillofacial pathology : JOMFP**, v. 20, n. 3, p. 548, 2016.

THANAKAPPAN, P. et al. Adenosquamous carcinoma of oral cavity. **Journal of Cancer Research and Therapeutics**, v. 11, n. 4, p. 1034, 2015.

