



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

ANA BEATRIZ ROCHA RODRIGUES

SIALOMETAPLASIA NECROSANTE: RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE – PB

2023

ANA BEATRIZ ROCHA RODRIGUES

SIALOMETAPLASIA NECROSANTE: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka

CAMPINA GRANDE – PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

R696s Rodrigues, Ana Beatriz Rocha.
Sialometaplasia necrosante [manuscrito] : relato de caso /
Ana Beatriz Rocha Rodrigues. - 2023.
26 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS. "

1. Sialometaplasia necrosante. 2. Glândulas salivares. 3.
Patologia. I. Título

21. ed. CDD 617.63

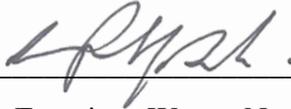
ANA BEATRIZ ROCHA RODRIGUES

SIALOMETAPLASIA NECROSANTE: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Odontologia pelo Curso de
Odontologia

Aprovado em: 20/11/2023

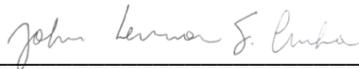
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. John Lennon Silva Cunha
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A graça de amar a Deus de todo o coração, ao meu querido Salvador Jesus Cristo, à
minha Mãe Maria Santíssima e à minha família, dedico.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo amparo, força e amor em todos os momentos de minha vida, por me mostrar o caminho da fé e sempre estar presente em cada passo que dou. Sem ti, nada posso.

A **Nossa Senhora**, minha mãe do céu, por me guiar e sustentar a cada momento, além de providenciar todos os desejos do meu coração.

Aos meus pais, **Polyana** e **Antônio Carlos**, por não medirem esforços para me proporcionar o melhor estudo e as melhores condições possíveis dentro da nossa realidade. Imprescindíveis nessa caminhada, com todo o amor, cuidado e força me ensinaram que sem o estudo e a fé nada seria. Gratidão por lutarem por mim e me incentivarem a seguir em frente, a vocês o meu profundo agradecimento e amor serão eternos.

Ao meu irmão, **Lucas**, por todo cuidado e carinho, você me inspira diariamente, obrigada por ser um irmão tão maravilhoso.

A **Jordan** e a segunda família que ganhei, obrigada por cada palavra de força e incentivo, me ajudando a suportar as todas as dificuldades sempre acreditando em mim quando eu mesma não acreditava.

As minhas avós, **Maria Daguia** e **Maribenes**, pelo amor e torcida durante toda a minha vida. Ao meu avô, **Antonio Silvino**, que faz falta diariamente em minha vida, gratidão pelo exemplo de força e dedicação que o senhor deixou em nossas vidas.

Aos meus amigos de graduação, gratidão por cada auxílio, abraço e conforto durante esses 5 anos. Vocês são extremamente essenciais para estar aqui neste momento, tornaram a caminhada mais leve e feliz. Aprendi e aprendo diariamente com todos, pelo jeito único e especial de ser de cada um de vocês, deixando a marca nessa trajetória. Vocês serão ótimos profissionais, com ética, competência e acima de tudo, empatia.

A **Dra. Amanda Lemos**, por ser um anjo em minha vida, por todo cuidado e amor durante meses de angústia, certamente uma profissional da saúde que me inspira.

Ao meu orientador, **Cassiano Nonaka**, gratidão pelas oportunidades que o senhor pode me proporcionar e sempre me ensinando que sem a humildade, além de todo conhecimento adquirido, não teremos êxito. E, por me inserir cada vez mais no mundo da patologia que sempre me encantou desde os períodos iniciais do curso. Por toda dedicação, respeito e amor ao ensino e a pesquisa científica, o senhor tem sido uma grande referência para mim em todos os aspectos.

Aos queridos professores, **Arella Muniz, Igor Figueiredo, Carol Medeiros, Katia Simone, Andreza Targino, Eveline Rocha, Douglas Sousa, Márcia Lopes, Edja Costa,**

Daniela Pita, Renata Rocha, John Lennon, Pollianna Muniz, André Rodrigo, Cibele Prates, Manuel Gordón, Ana Flávia Granville, Thaynná Barbosa, Ana Isabella Ribeiro, Luan Éverton, gratidão por todo conhecimento e suporte durante a minha jornada acadêmica. O meu sincero agradecimento por todas as contribuições essenciais para a minha vida profissional que me fizeram amar cada vez mais a Odontologia. A influência e apoio de cada um foi de extrema importância no meu crescimento durante o curso.

Agradeço aos cirurgiões-dentistas do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município de Esperança – PB, pela ajuda e contribuição no caso.

A todos os membros que compõem o **Laboratório de Histopatologia Oral do Departamento de Odontologia da UEPB**, gratidão por cada auxílio, aprendizado e amizades nesses anos, sendo de extrema valia na minha formação.

Ao **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UEPB/CNPq**.

RESUMO

A sialometaplasia necrosante (SN) é uma condição inflamatória observada em glândulas salivares. Apesar da sua natureza autolimitante, a SN apresenta características clínicas e histopatológicas que podem mimetizar neoplasias malignas. O objetivo deste estudo é relatar um caso de SN e discutir aspectos relacionados à etiopatogênese, características clinicopatológicas, diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico desta condição incomum. Paciente do sexo feminino, 44 anos de idade, tabagista, foi encaminhada para avaliação lesão ulcerada, dolorosa, localizada em palato. Durante a anamnese, negou eventuais comorbidades, distúrbios alimentares ou uso de medicamentos. Além disso, não associou o surgimento da lesão a trauma na região. Ao exame físico extraoral, constatou-se ausência de linfadenopatia locorregional. O exame físico intraoral revelou a presença de úlcera com aspecto crateriforme, medindo aproximadamente 1,5 cm de diâmetro, localizada na região posterior de palato duro, próximo à linha média. Sob as hipóteses diagnósticas de carcinoma de células escamosas e carcinoma mucoepidermoide, foi realizada uma biópsia incisional. A análise histopatológica revelou glândulas salivares, permeadas por infiltrado linfoplasmocitário de intensidade variável, exibindo áreas de necrose acinar, com preservação da arquitetura lobular, e metaplasia escamosa dos ductos. Adicionalmente, no epitélio de revestimento da mucosa oral, foram constatadas conspícuas áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa. As áreas de metaplasia escamosa e hiperplasia pseudoepiteliomatosa revelaram aspecto citológico brando. Com base nesses achados, foi estabelecido o diagnóstico definitivo de SN. Seis semanas subsequentes à biópsia incisional, constatou-se resolução espontânea da lesão. Aos 8 meses de proervação, não foram identificados sinais clínicos de recidiva. Em conclusão, a SN é uma condição inflamatória das glândulas salivares, relativamente incomum e com etiopatogenia ainda pouco compreendida, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de neoplasias malignas de cavidade oral. Cirurgiões-dentistas e patologistas devem ter conhecimento dessa condição para evitar erros de diagnóstico e, conseqüentemente, a realização de tratamentos inadequados.

Palavras-chave: sialometaplasia necrosante; glândulas salivares; patologia.

ABSTRACT

Necrotizing sialometaplasia (NS) is an inflammatory condition observed in salivary glands. Despite its self-limiting nature, NS has clinical and histopathological features that can mimic malignant neoplasms. The objective of this study is to report a case of NS and discuss aspects related to the etiopathogenesis, clinicopathological features, differential diagnosis, treatment and prognosis of this uncommon condition. A 44-year-old female patient, smoker, was referred for evaluation of a painful, ulcerated lesion located on the palate. During the interview, she denied any comorbidities, eating disorders or medication use. In addition, he did not associate the appearance of the lesion with trauma in the region. Extraoral physical examination revealed no locoregional lymphadenopathy. On intraoral physical examination there was a ulcerated lesion with a crateriform appearance, with approximately 1,5 cm in diameter, on the posterior region of the hard palate, close to the midline. Under the diagnostic hypothesis of squamous cell and mucoepidermoid carcinoma, an incisional biopsy was performed. Histopathological analysis revealed salivary glands permeated by lymphoplasmacytic infiltrate of varying intensity, showing areas of acinar necrosis with a preservation of lobular architecture of the salivary glands and squamous metaplasia of the ducts. Additionally, in the epithelium lining of the oral mucosa, conspicuous areas of pseudoepitheliomatous hyperplasia were found. The areas of squamous metaplasia and pseudoepitheliomatous hyperplasia revealed a mild cytological appearance. Based on these findings, the diagnosis of NS was established. Six weeks after the incisional biopsy, there was spontaneous resolution of the lesion. No clinical sign of recurrence was observed after 8 months of surgical incision. In conclusion, NS is an inflammatory condition of the salivary glands relatively uncommon with a poorly understood etiopatogenesis, that should be considered in the differential diagnosis of malignant neoplasms of the oral cavity. Dental surgeons and pathologists should be knowledgeable about this condition in order to avoid mistakes in diagnosis and, consequently, inappropriate treatment.

Keywords: necrotizing sialometaplasia; salivary glands; pathology.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- CK7: Do inglês “cytokeratin-7”, traduzido como citoqueratina-7.
- EGFR: Do inglês “*epidermal growth factor receptor*”, traduzido como receptor do fator de crescimento epidérmico.
- HIF-1 α : Do inglês “*hypoxia inducible factor-1 α* ”, traduzido como fator induzido por hipóxia-1 α .
- Ki-67: Refere-se à proteína Ki-67.
- P53: Refere-se ao gene *P53* ou à proteína P53.
- SN: Sialometaplasia necrosante.
- SNS: Sialoadenite necrosante subaguda.
- TC: Tomografia computadorizada.
- VEGF: Do inglês “*vascular endothelial growth factor*”, traduzido como fator de crescimento endotelial vascular.
- α -SMA: Do inglês “ *α -smooth muscle actin*”, traduzido como α -actina de músculo liso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Página
Figura 1 – Lesão ulcerada, de aspecto crateriforme, localizada em região posterior de palato duro. Destaque para a presença de pequenas estruturas puntiformes avermelhadas próximas a área ulcerada (setas).....	13
Figura 2 – Fotomicrografia evidenciando hiperplasia pseudoepiteliomatosa do revestimento epitelial (seta) (escala: 500µm).....	14
Figura 3 – A) Necrose das células acinares com preservação da arquitetura lobular das glândulas salivares (seta preta) e metaplasia escamosa dos ductos glandulares (seta amarela) (escala: 300µm). B) Detalhe dos ácinos necróticos (seta preta) (escala: 200µm). C) Aspecto citológico brando nas áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa/metaplasia escamosa dos ductos glandulares (escala: 80µm).....	15
Figura 4 – Aspecto clínico pós-operatório de 8 meses revelando cicatrização completa da região e ausência de sinais de recidiva.....	16

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 RELATO DO CASO.....	13
3 DISCUSSÃO.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	25
.....	

1 INTRODUÇÃO

A sialometaplasia necrosante (SN) é uma condição de caráter inflamatório, autolimitante, observada em glândulas salivares (Medeiros *et al.*, 2022; Nuttall; Wehrmann, 2022). Embora ainda não completamente elucidada, sua patogênese tem sido associada a um comprometimento vascular que resultaria na isquemia das glândulas salivares (WHO, 2022; Muller; Tilakaratne, 2022). Diversos fatores têm sido relacionados ao desenvolvimento da SN, incluindo traumas variados, procedimentos cirúrgicos prévios, distúrbios alimentares, tabagismo e infecções do trato respiratório superior (Shin *et al.*, 2020; Abdalla-Aslan *et al.*, 2020; Abdullah *et al.*, 2023).

Tipicamente, a SN é diagnosticada em indivíduos na quarta década de vida, com predomínio do sexo masculino (Brannon; Fowler; Hartman, 1991; Aubies-Trouilh; Fricain, 2012; Lima *et al.*, 2002). Essa condição é observada, com maior frequência, na região posterolateral do palato duro (Fernandes *et al.*, 2021; Medeiros *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023). Outros sítios que apresentam glândulas salivares menores podem ser acometidos, como ventre de língua e assoalho bucal (Silva *et al.*, 2023). O envolvimento de glândulas salivares maiores, por sua vez, é raro (Zhurakivska *et al.*, 2019; Medeiros *et al.*, 2022). De uma forma geral, a SN é uma condição incomum, representando de 0,03% a 0,06% do material enviado para análise em serviços de histopatologia oral e maxilofacial (Mesa *et al.*, 1984; Shin *et al.*, 2020).

Em estágios iniciais, a SN se apresenta como uma tumefação ou nódulo submucoso, de consistência firme à palpação, com evolução rápida. Em estágios avançados, observa-se uma úlcera profunda, assimétrica, com região central necrótica (Aubies-Trouilh; Fricain, 2012; Néri *et al.*, 2020; Chateubriand *et al.*, 2021), que pode simular uma neoplasia maligna. Sintomatologia dolorosa e reabsorção do tecido ósseo subjacente podem ser observadas em alguns casos (Aubies-Trouilh; Fricain, 2012). Nos casos localizados em palato, a tomografia computadorizada (TC) tem se apresentado como exame de escolha para analisar possíveis alterações no tecido ósseo (Abdalla-Aslan *et al.*, 2020; Senthilnathan *et al.*, 2022; Nuttall; Wehrmann, 2022).

Histologicamente, a SN se caracteriza pela necrose das células acinares, com preservação da arquitetura lobular, acompanhada de metaplasia escamosa dos ductos salivares associados (Shin *et al.*, 2020; Chateubriand *et al.*, 2021). Hiperplasia pseudoepiteliomatosa do epitélio de revestimento da mucosa oral tem sido reportada com relativa frequência (El Gaouzi; Hallab; Taleb, 2022). Em alguns casos, as áreas de metaplasia escamosa e hiperplasia pseudoepiteliomatosa podem ser exuberantes, produzindo padrões que podem ser confundidos

com os observados em neoplasias malignas, com destaque para o carcinoma de células escamosas e o carcinoma mucoepidermoide (Carlson, 2009; Krishna; Bk, 2011; Aubies-Trouilh, Fricain, 2012; Shin *et al.*, 2020). Em contraposição a essas lesões, as áreas de metaplasia escamosa e hiperplasia pseudoepiteliomatosa da SN apresentam aspecto citológico brando (Zhurakivska *et al.*, 2019).

A SN possui natureza autolimitante e, nesse contexto, indica-se a realização de tratamento de suporte (Medeiros *et al.*, 2022; Salvador *et al.*, 2020). A biópsia é geralmente indicada para excluir a possibilidade de neoplasia maligna (Shin *et al.*, 2020; Abdalla-Aslan *et al.*, 2020; El Gaouzi; Hallab; Taleb, 2022). Usualmente, observa-se cicatrização completa da região em seis a dez semanas (WHO, 2022; Muller; Tilarakatne, 2022). Para casos que eventualmente não cicatrizem no período esperado ou apresentem recorrência, recomenda-se a realização de nova biópsia (WHO, 2022; Medeiros *et al.*, 2022).

Em virtude das características clínicas e histopatológicas que podem mimetizar uma neoplasia maligna, o conhecimento da SN é fundamental para evitar erros de diagnóstico e, conseqüentemente, a realização de tratamentos inadequados (Zhurakivska *et al.*, 2019; Shin *et al.*, 2020). Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de SN e discutir aspectos relacionados à etiopatogênese, características clinicopatológicas, diagnóstico diferencial, tratamento e prognóstico desta condição incomum.

2 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 44 anos de idade, foi encaminhada para avaliação de lesão ulcerada, dolorosa, localizada em palato. Durante a anamnese, a mesma relatou ser tabagista e negou eventuais comorbidades, distúrbios alimentares ou uso de medicamentos. Além disso, a paciente não associou o surgimento da lesão a trauma na região. Ao exame físico extraoral, constatou-se ausência de linfadenopatia locorregional.

O exame físico intraoral revelou a presença de uma úlcera com aspecto crateriforme, localizada na região posterior de palato duro, próximo à linha média. A lesão, de bordas bem definidas, apresentava cerca de 1,5 cm de diâmetro. Em proximidade à úlcera, destacava-se a presença de pequenas estruturas puntiformes avermelhadas, compatíveis com aberturas ductais inflamadas de glândulas salivares (FIGURA 1).

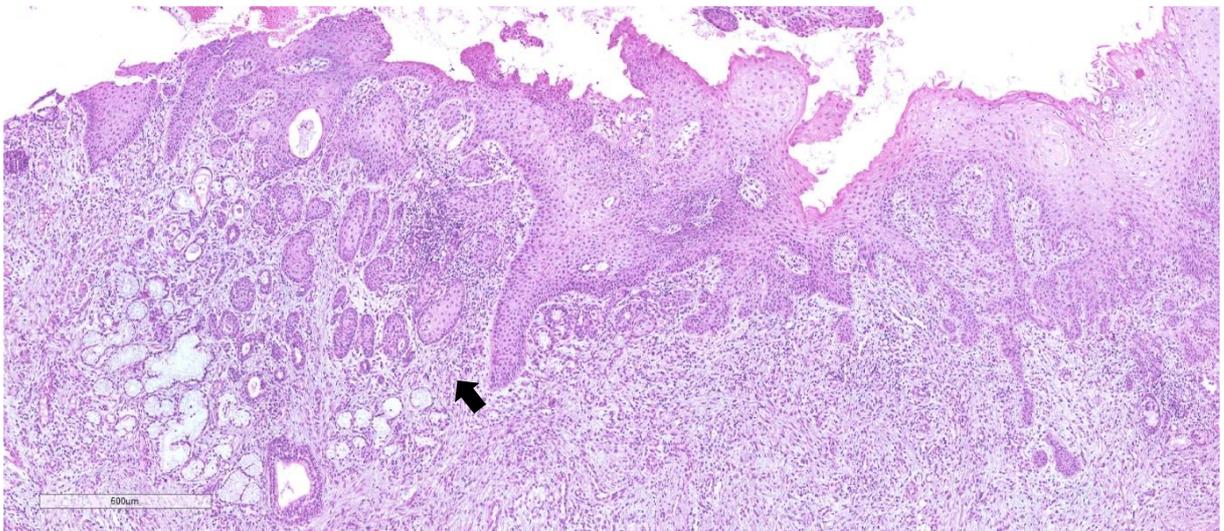
Figura 1 – Lesão ulcerada, de aspecto crateriforme, localizada em região posterior de palato duro. Destaque para a presença de pequenas estruturas puntiformes avermelhadas próximas a área ulcerada (setas).



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Com base na anamnese e achados clínicos, foram levantadas as hipóteses diagnósticas de carcinoma de células escamosas e carcinoma mucoepidermoide. Dessa forma, realizou-se uma biópsia incisional e o material biológico obtido, após fixação em formol a 10%, foi encaminhado para análise histopatológica. O exame microscópico revelou fragmentos de mucosa oral revestida por epitélio pavimentoso estratificado paraceratinizado exibindo áreas de hiperplasia, acantose, exocitose, degeneração hidrópica, hiperparaceratose e hiperplasia pseudoepiteliomatosa (FIGURA 2).

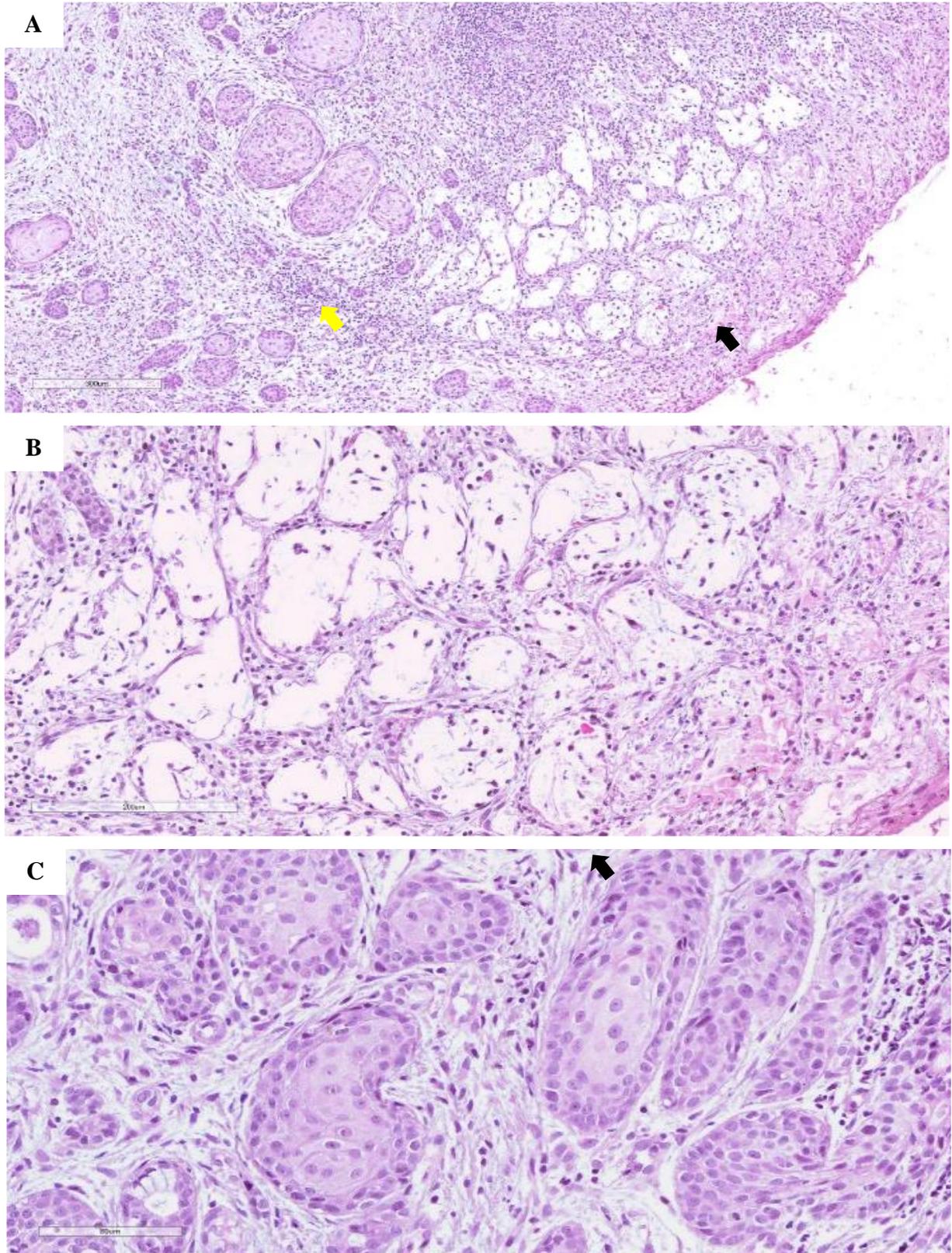
Figura 2 – Fotomicrografia evidenciando hiperplasia pseudoepiteliomatosa do revestimento epitelial (seta) (escala: 500µm).



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

No tecido conjuntivo subjacente, foram identificadas glândulas salivares permeadas por infiltrado linfoplasmocitário de intensidade variável. Essas glândulas apresentavam, adicionalmente, áreas de necrose acinar, com preservação da arquitetura lobular, e metaplasia escamosa dos ductos (FIGURAS 3A – B). Tanto nas áreas de metaplasia escamosa dos ductos glandulares quanto nas regiões de hiperplasia pseudoepiteliomatosa do revestimento da mucosa oral, evidenciava-se aspecto citológico brando (FIGURA 3C). Com base nesses achados, estabeleceu-se o diagnóstico definitivo de SN

Figura 3 – A) Necrose dos ácinos com preservação da arquitetura lobular das glândulas salivares (seta preta) e metaplasia escamosa dos ductos glandulares (seta amarela) (escala: 300 μ m). B) Detalhe dos ácinos necróticos (seta preta) (escala: 200 μ m). C) Aspecto citológico brando nas áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa/metaplasia escamosa dos ductos glandulares (escala: 80 μ m)



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Foi realizado tratamento de suporte para a sintomatologia dolorosa relatada pela paciente, com a prescrição de analgésicos. Ao longo das seis semanas subsequentes à biópsia incisional, constatou-se resolução espontânea da lesão e cicatrização completa da área. Aos 8 meses de proervação, não foram identificados sinais clínicos de recidiva (FIGURA 4). A mesma foi esclarecida quanto à importância de cessar o tabagismo e permanece em proervação periódica.

Figura 4 – Aspecto clínico pós-operatório de 8 meses revelando cicatrização completa da região e ausência de sinais de recidiva.



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

3 DISCUSSÃO

A SN, inicialmente reconhecida pelo Dr. John Cornyn, foi caracterizada como um processo patológico distinto por Abrams *et al.* (1973). Estudos demonstram que a SN representa uma condição incomum, constituindo menos de 1% do material enviado para análise em serviços de histopatologia oral e maxilofacial (Mesa *et al.*, 1984; Shin *et al.*, 2020). No entanto, em virtude de suas características clínicas e histopatológicas que podem mimetizar neoplasias malignas, o conhecimento da SN se mostra relevante (Zhurakivska *et al.*, 2019; Medeiros *et al.*, 2022). Corroborando a importância dessa condição no diagnóstico diferencial de neoplasias malignas da cavidade oral, a SN foi incluída na seção “lesões não neoplásicas” da mais recente classificação dos tumores de cabeça e pescoço da OMS (WHO, 2022).

Desde sua descrição inicial, a SN tem sido considerada uma condição não neoplásica, de natureza inflamatória, identificada em glândulas salivares (Abrams *et al.* 1973; WHO, 2022). Sua patogênese, ainda incompletamente compreendida, tem sido associada à isquemia com subsequente necrose das glândulas salivares (Kaplan *et al.*, 2012; WHO, 2022; Muller; Tilakaratne, 2022). Fatores que potencialmente predisõem à isquemia, como traumas diversos, utilização de anticoagulantes, abuso de cocaína, anabolizantes, bulimia, realização de procedimentos odontológicos na região e manipulação cirúrgica, têm sido associados ao desenvolvimento da SN (Haen *et al.*, 2017; Abdalla-Aslan *et al.*, 2020; Shin *et al.*, 2020; Nuttall; Wehrmann, 2022). O hábito do tabagismo, presente no caso ora relatado, também tem sido descrito como fator predisponente para a SN (Gupta *et al.*, 2021; Nuttall; Wehrmann, 2022).

Apesar da importante relação com os fatores anteriormente descritos, os mecanismos envolvidos na patogênese da SN ainda não foram completamente elucidados. Em estudo imunoistoquímico, Allon *et al.* (2014) constataram expressão de três importantes moléculas induzidas por hipóxia em casos de SN. Imunoexpressão do fator induzido por hipóxia-1 α (HIF-1 α) foi identificada nas glândulas salivares infartadas. Por sua vez, constatou-se expressão do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF) nos vasos sanguíneos estromais e do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) nas áreas de metaplasia escamosa e hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Os níveis de imunoexpressão dessas proteínas se mostraram superiores aos identificados em glândulas salivares normais e úlceras traumáticas, sugerindo um papel importante para a hipóxia na patogênese da SN (Allon *et al.*, 2014).

Segundo estudos, a SN ocorre com maior frequência em indivíduos do sexo masculino, apresentando uma ampla faixa etária (17-80 anos), entretanto, em sua maioria estes estão com idade superior aos 40 anos (Brannon; Fowler; Hartman, 1991; Aubies-Trouilh; Fricain, 2012; Zhurakivska *et al.*, 2019). Em sua apresentação clínica mais frequente, a SN se caracteriza por uma ulceração localizada na região posterior do palato duro, próximo à junção com o palato mole (Zhurakivska *et al.*, 2019; Medeiros *et al.*, 2022). Nessa localização anatômica, aproximadamente 10% dos casos são bilaterais (Medeiros *et al.*, 2022). Em estágios iniciais, por outro lado, a SN se apresenta como elevação ou nódulo, de consistência firme, localizado em palato (Néri *et al.*, 2020; Fernandes *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023). Envolvimento de glândulas salivares maiores, com destaque para a parótida, é observado raramente (Haen *et al.*, 2017; Medeiros *et al.*, 2022). Considerando suas características clínicas, o diagnóstico diferencial da SN inclui neoplasias benignas e malignas de glândulas salivares, carcinoma de células escamosas, úlceras traumáticas, doenças infecciosas e a sialoadenite necrosante subaguda (SNS) (Zhurakivska *et al.*, 2019; Shin *et al.*, 2020; El Gaouzi; Hallab; Taleb, 2022; Silva *et al.*, 2023).

Microscopicamente, a SN apresenta necrose das células acinares, com preservação da arquitetura lobular, associada à metaplasia escamosa dos ductos salivares (Shin *et al.*, 2020; Chateaubriand *et al.*, 2021). Destaca-se a presença de infiltrado inflamatório misto e, em alguns casos, extravasamento de muco associado à reação de granulação (Chateaubriand *et al.*, 2021; Medeiros *et al.*, 2022; Muller; Tilakaratne, 2022; Nutall; Wehrmann, 2022). Hiperplasia pseudoepiteliomatosa do epitélio de revestimento da mucosa oral é outra característica observada com relativa frequência na SN (El Gaouzi; Hallab; Taleb, 2022). Usualmente, as áreas de metaplasia escamosa e hiperplasia pseudoepiteliomatosa da SN apresentam aspecto citológico brando (Zhurakivska *et al.*, 2019; Chateaubriand *et al.*, 2021; Medeiros *et al.*, 2022).

Por vezes, a preservação da arquitetura lobular é inconspícua e as áreas de metaplasia escamosa e hiperplasia pseudoepiteliomatosa exibem discretas atipias celulares, além de figuras de mitose (Zhurakivska *et al.*, 2019; WHO, 2022; Muller; Tilakaratne, 2022). Nesses casos, a distinção entre a SN e algumas neoplasias malignas, com destaque para o carcinoma de células escamosas e o carcinoma mucoepidermoide, pode representar um verdadeiro desafio (Zhurakivska *et al.*, 2019; Shin *et al.*, 2020; El Gaouzi; Hallab; Taleb, 2022; WHO, 2022).

Estudos têm destacado, nesse contexto, a importância da análise imunoistoquímica de marcadores de diferenciação celular e proteínas envolvidas no ciclo celular (Shin *et al.*, 2020; Babichenlo *et al.*, 2020; Chateaubriand *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Em contraposição ao carcinoma de células escamosas, a SN apresenta imunorreatividade forte e uniforme para citoqueratina-7 (CK7) (Néri *et al.*, 2020; Babichenlo *et al.*, 2020; Chateaubriand *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023). Por sua vez, ao contrário do carcinoma mucoepidermoide, a SN revela células mioepiteliais (positivas para calponina e α -actina de músculo liso [α -SMA]) caracteristicamente dispostas na periferia das ilhas epiteliais escamosas (Rizkalla; Toner, 2007; Chateaubriand *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023). Altos níveis de positividade para Ki-67 e P53, por outro lado, favorecem o diagnóstico de malignidade (Shin *et al.*, 2020; Babichenko *et al.*, 2020; Néri *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2023).

No contexto do diagnóstico diferencial da SN, deve-se destacar uma condição inflamatória que acomete glândulas salivares menores, denominada SNS (Shin *et al.*, 2020; Senthilanathan *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2023). Clinicamente, a SNS se apresenta como um nódulo eritematoso, semelhante ao observado nas fases iniciais da SN (Upadhyay *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2023). Histologicamente, na SNS os achados mais pertinentes são a presença de infiltrado inflamatório crônico, necrose dos ácinos das glândulas salivares menores e perda das células ductais (Upadhyay *et al.*, 2019; Shin *et al.*, 2020). Entretanto, a SNS pode apresentar metaplasia escamosa leve, além de intensa eosinofilia tecidual e ausência da hiperplasia pseudoepiteliomatosa, diferindo dos critérios histopatológicos para o diagnóstico da SN (Shin *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2023).

Dado a análise microscópica, estudos notaram a coexistência da SN com tumores de glândulas salivares, como carcinoma adenoide cístico, adenoma pleomórfico e carcinoma epitelial mioepitelial (Dominguez-Malagon; Moqueda-Taylor; Cano-Valdez, 2009; Lee *et al.*, 2009; Zhurakivska *et al.*, 2019). Em razão disto, faz-se necessário a avaliação criteriosa do comportamento clínico, da histologia e o *follow-up* destes casos, em virtude da possível evolução clínica de maneira atípica (Zhurakivska *et al.*, 2019).

Conforme destacado por El Gaouzi, Hallab e Taleb (2022), a semelhança com outras lesões pode levar a diagnósticos incorretos da SN, propiciando a realização de procedimentos cirúrgicos invasivos, como a maxilectomia. Portanto, a execução de uma biópsia incisional, juntamente com análises histopatológicas, imunoistoquímicas e a avaliação da história clínica, permitem melhor previsibilidade e prevenção de tratamentos mutiladores, especialmente em casos com características clínicas e morfológicas ambíguas (Medeiros *et al.*, 2022; Senthilanathan *et al.*, 2022).

Devido a sua natureza benigna, em grande parte dos casos o processo de reparo e cura se estabelece de maneira espontânea, levando alguns meses, podendo ser realizada a terapia medicamentosa para o controle da dor e desconforto do paciente, com a utilização analgésicos e anti-inflamatórios (Salvador *et al.*, 2020). Ainda assim, pode ser realizada a prescrição de digluconato de clorexidina 0,12% e antibióticos, afim de evitar infecções secundárias, associadas a medidas de higienização e remoção do agente traumático, caso seja identificado (Salvador *et al.*, 2020; Medeiros *et al.*, 2022; Nuttall; Wehrmann, 2022).

Adicionalmente, a terapia de fotobiomodulação tem sido relatada como possível alternativa na reparação tecidual e cicatrização em casos de SN (Leite *et al.*, 2020). Estudos tem destacado a sua vantagem por diminuir o tempo de reparo e a sintomatologia dolorosa (Leite *et al.*, 2020; Senthilanathan *et al.*, 2022). Apesar do prognóstico favorável desta condição, a preservação e monitoramento dos pacientes devem ser contínuos, enquanto o período de cicatrização completa pode levar 10 semanas (Aubies-Trouilh; Fricain, 2012; Salvador *et al.*, 2020; WHO, 2022).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SN é uma condição inflamatória que afeta as glândulas salivares, pouco prevalente e com etiopatogenia discutível. Apesar de seu caráter benigno, sua apresentação clínica e histológica mimetiza lesões malignas, o que leva a um processo diagnóstico desafiador. Assim, o profissional deve estar ciente de lesões semelhantes e levar em consideração no diagnóstico diferencial. Com isso, deve-se ter maior cautela afim de evitar erros no processo diagnóstico e a realização de procedimentos cirúrgicos inapropriados.

REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, M. F. *et al.* Atypical presentation of necrotizing sialometaplasia of the hard palate: A diagnostic dilemma. **Cureus**, v. 15, n. 8, p. e42825, 2023.
- ABRAMS, A. M. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: A disease simulating malignancy. **Cancer**, v. 32, n. 1, p. 131-135, 1973.
- ALLON, I. *et al.* HIF-1 α , VEGF, and EGFR: Contributing factors in the pathogenesis of necrotizing sialometaplasia. **Oral Diseases**, v. 20, n. 5, p. 440-445, 2014.
- AUBIES-TROUILH, S.; FRICAIN, J. Mise au point La sialométaplasie nécrosante : revue systématique de la littérature. **Médecine Buccale Chirurgie Buccale**, v. 18, p. 347-359, 2012.
- BABICHENKO, I. I. *et al.* Immunohistochemical diagnosis of necrotizing sialometaplasia. **Stomatologiia**, v. 99, n. 5, p. 92-95, 2020.
- BRANNON, R. B.; FOWLER, C. B.; HARTMAN, K. S. Necrotizing sialometaplasia. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 72, n. 3, p. 317-325, 1991.
- CARLSON, D. L. Necrotizing sialometaplasia: A practical approach to the diagnosis. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 133, n. 5, p. 692-698, 2009.
- CHATEAUBRIAND, S. L. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: A diagnostic challenge. **Oral Oncology**, v. 118, p. 105349, 2021.
- DOMINGUEZ-MALAGON, H.; MOSQUEDA-TAYLOR, A.; CANO-VALDEZ, A. M. Necrotizing sialometaplasia of the palate associated with angiocentric T-cell lymphoma. **Annals of Diagnostic Pathology**, v. 13, n. 1, p. 60-64, 2009.
- EL GAOUZI, R.; HALLAB, L.; TALEB, B. A diagnostic error of a necrotizing sialometaplasia: Case report. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 74, p. 103225, 2022.
- HAEN, P. *et al.* Necrotizing sialometaplasia of the parotid gland associated with facial nerve paralysis. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 118, n. 1, p. 63-65, 2017.
- GUPTA, A. *et al.* Necrotizing sialometaplasia—A self-limiting condition which poses a diagnostic dilemma. **Clinical Case Reports**, v. 9, n. 4, p. 2019-2022, 2021.
- KAPLAN, I. *et al.* The clinical, histologic, and treatment spectrum in necrotizing sialometaplasia. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology**, v. 114, n. 5, p. 577-585, 2012.
- KRISHNA, S.; BK, R. Necrotizing sialometaplasia of palate: a case report. **Imaging Science in Dentistry**, v. 41, n. 1, p. 35, 2011.

LEITE, M. G. M. *et al.* Low-level laser therapy approach of bilateral necrotizing sialometaplasia of the hard and soft palates. **Journal of Lasers in Medical Sciences**, v. 11, n. 3, p. 348, 2020.

LIMA, M. A. *et al.* Cystic form of necrotizing sialometaplasia in sublingual salivary gland. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 68, n. 2, p. 276-279, 2002.

LEE, D. J. *et al.* Necrotizing sialometaplasia accompanied by adenoid cystic carcinoma on the soft palate. **Clinical and Experimental Otorhinolaryngology**, v. 2, n. 1, p. 48, 2009.

MEDEIROS, M. R. S. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: A report of two cases and review of the literature. **Stomatologija**, v. 24, n. 2, p. 56-60, 2022.

MESA, M. L.; GERTLER, R. S.; SCHNEIDER, L. C. Necrotizing sialometaplasia: Frequency of histologic misdiagnosis. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**, v. 57, n. 1, p. 71-73, 1984.

MULLER S.; TILAKARATNE, W. Update from the 5th edition of the World health organization classification of head and neck tumors: tumours of the oral cavity and mobile tongue. **Head Neck Pathology**, v. 16, n. 1, p. 54-62, 2022.

NÉRI, J. S. V. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: a case report of a non-ulcerated histopathological presentation. **Dermatology Online Journal**, v. 26, n. 12, 2020.

NUTTALL, E.; WEHRMANN, D. Bilateral asynchronous necrotizing sialometaplasia of the buccal mucosa: A case report and literature review. **Cureus**, v. 14, n. 4, p. e24136, 2022.

RIZKALLA, H.; TONER, M. Necrotizing sialometaplasia versus invasive carcinoma of the head and neck: The use of myoepithelial markers and keratin subtypes as an adjunct to diagnosis. **Histopathology**, v. 51, n. 2, p. 184-189, 2007.

SENAPATI, S. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: Manifestation of a localized unclassified vasculitis. **Indian Journal of Pathology and Microbiology**, v. 59, n. 2, p. 232-234, 2016.

SENTHILNATHAN, N. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: A diagnostic challenge to oral physicians. **Cureus**, v. 14, n. 12, p. e33122, 2022.

SHIN, S. A. *et al.* Necrotizing sialometaplasia: A malignant masquerade but questionable precancerous lesion, report of four cases. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, p. 206, 2020.

SILVA, E. V. *et al.* Non-ulcerated and ulcerated necrotizing sialometaplasia: Report of an additional case and literature review. **Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery**, v. 75, p. 2302-2305, 2023.

UPADHYAY, M. *et al.* Soft palate subacute necrotising sialadenitis: A case report. **Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery**, v. 71, p. 230-232, 2019.

WHO. Classification of tumours editorial board. Head and neck tumours. Lyon (France): **International Agency for Research on Cancer**, 5th ed., v. 9, 2022.

ZHURAKIVSKA, K. *et al.* Necrotizing sialometaplasia can hide the presence of salivary gland tumors: A case series. **Oral Diseases**, v. 25, n. 4, p. 1084-1090, 2019.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a consentir a divulgação do seu caso clínico. Este documento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pela participante. Uma via deste TCLE deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de prejuízo ou penalização na forma como é atendida se você não autorizar a publicação do seu caso. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto.

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de sialometaplasia necrosante e discutir seus aspectos clinicopatológicos, diagnóstico diferencial e tratamento.

Procedimentos

Com este documento queremos pedir-lhe seu consentimento para a utilização de seus dados clínicos, laboratoriais e de imagens contidas no seu prontuário odontológico e o seu consentimento para divulgação do seu caso clínico em reunião científica, bem como publicações em revista científica, visando ampliar o conhecimento na área. Dados que a identifiquem não serão divulgados e você não será submetida a procedimentos que possam resultar em desconforto.

Riscos, Proteção de dados e Confidencialidade

Os riscos potenciais implicados no relato de caso são mínimos. Nesse contexto, deve-se considerar a possibilidade de quebra de confidencialidade dos dados. Esse risco, no entanto, será minimizado pelo uso de codificações que garantirão a anonimização e confidencialidade dos dados, assegurando que não sejam utilizadas quaisquer indicações que possam identificá-la.

Benefícios

Não haverá benefícios diretos a você. Ao permitir que o seu caso clínico seja divulgado, você contribuirá para uma melhor compreensão das características clínicas e histopatológicas de uma lesão incomum, bem como do seu comportamento biológico, ampliando o conhecimento na área.

Ressarcimento, Indenização e Acompanhamento e Assistência

O relato de caso não trará qualquer despesa ou ônus financeiro para você. Você não será submetida a procedimentos que possam incorrer em danos físicos ou financeiros. A assinatura do TCLE será coletada durante a rotina de consulta odontológica. Caso você tenha gastos para consentir este relato fora da sua rotina, você será ressarcida integralmente de suas despesas. Você terá a garantia ao direito à indenização e à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, devido a danos ocasionados pelo relato de caso.

Contato

Em caso de dúvidas sobre o relato de caso, você poderá entrar em contato com o pesquisador Cassiano Francisco Weege Nonaka no Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, situado na Rua Baraúnas, 351 – Bairro Universitário – Campina Grande – PB; CEP 58429-500; telefone (83) 3315-3471; e-mail: cfwnonaka@gmail.com.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza do relato de caso, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que este possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Data: ____/____/____

(Assinatura da participante)

Responsabilidade do Pesquisador

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do relato de caso e na obtenção deste TCLE. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento à participante. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos neste relato de caso exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pela participante.

Cassiano Francisco Weege Nonaka Data: 31 / 10 / 2023

(Assinatura do pesquisador)