

ADENOMA PLEOMÓRFICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

PLEOMORPHIC ADENOMA: A CASE REPORT

Melaine de Almeida Lawall*
Luciana Estevam Simonato**
Ana Carolina Prado Ribeiro***
Marcelo Macedo Crivelini****
Norberto Perri de Moraes****

RESUMO

O adenoma pleomórfico ou tumor misto é o mais freqüente dos tumores benignos das glândulas salivares, acometendo tanto glândulas salivares menores quanto maiores. Dentre todas as glândulas salivares, a parótida é a mais acometida. Quando essa lesão afeta glândulas salivares menores, o local de acometimento mais freqüente é a região de palato duro. Seu diagnóstico é bastante complexo, sendo de extrema importância a realização do exame histopatológico. O diagnóstico precoce dessa lesão resulta na maioria dos casos em tratamentos mais conservadores e melhor prognóstico para o paciente. Neste trabalho, relata-se um caso clínico de adenoma pleomórfico com 15 anos de evolução, além de se descreverem os aspectos mais importantes dessa patologia.

DESCRIPTORIOS: Adenoma pleomórfico - Glândulas salivares - Neoplasias das glândulas salivares.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma or mixed tumor is the most common benign salivary gland neoplasms. It occurs in parotid gland and also in minor salivary glands. The parotid gland is the most prevalent site followed by minor salivary glands of the palate. Its diagnosis is complex, and the histopathological analysis is very important. The precoce diagnosis results in less invasive treatments and a better prognosis for the patient. The purpose of this work was to describe a clinical case of pleomorphic adenoma with fifteen years of evolution, and elucidate the most relevant aspects of this pathology.

DESCRIPTORS: Adenoma, pleomorphic - Salivary glands - Salivary gland neoplasms

* Doutoranda em Patologia Bucal na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - USP.

** Mestranda em Estomatologia na Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Universidade Estadual Paulista UNESP.

*** Aluna da Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Universidade Estadual Paulista UNESP.

**** Professores do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Universidade Estadual Paulista UNESP.

INTRODUÇÃO

Os tumores de glândula salivar constituem um importante grupo de lesões dentro do universo da patologia bucal, destacando-se entre as neoplasias que acometem a região de cabeça e pescoço, não só pela diversidade morfológica apresentada, que usualmente suscita dificuldades de diagnóstico e classificação, como também pela variedade do comportamento biológico, além do seu razoável grau de frequência (Figueiredo *et al.*³, 2000).

O adenoma pleomórfico ou tumor misto é o mais frequente dos tumores benignos das glândulas salivares (Figueiredo *et al.*³, 2000; Gnepp *et al.*⁵, 2001; Louro *et al.*⁶, 2002; Nogueira *et al.*¹⁰, 2001; Spiro¹⁴, 1986; Waldron *et al.*¹⁷, 1988) acometendo tanto glândulas salivares menores quanto maiores (Ribeiro-Rota *et al.*¹¹, 2003). Dentre todas as glândulas salivares, a parótida é a mais acometida (Nevile *et al.*⁹, 2004; Spiro¹⁴, 1986). Quando essa lesão afeta glândulas salivares menores, o local de acometimento mais frequente é a região de palato duro, seguida do lábio superior, língua, assoalho de boca e região retromolar (Louro *et al.*⁶, 2002; Varghese *et al.*¹⁶, 2003). Em palato duro pode perfurar o osso e se estender para o seio maxilar (Silva *et al.*¹³, 1997).

A maioria das lesões diagnosticadas acomete pacientes com idade entre 30 a 60 anos, mas podem se desenvolver em qualquer idade, inclusive em crianças recém-nascidas (Shafer¹², 1987). Clinicamente, apresentam-se como lesões solitárias, ovóides, de margens bem delimitadas. A lesão é móvel, exceto quando ocorre no palato, apresentando crescimento lento e assintomático, suas dimensões podem variar de poucos milímetros a vários centímetros, com ligeira predominância no gênero feminino (Nogueira *et al.*¹⁰, 2001; Ribeiro-Rota *et al.*¹¹, 2003; Waldron *et al.*¹⁷, 1988).

O diagnóstico diferencial de adenoma pleomórfico inclui o adenoma monomórfico, adenoma oxifítico, cisto adenoma linfomatoso papilar, mucocele, fibroma, lipoma, além de neoplasias malignas como o carcinoma mucoepidermóide, adenocarcinoma, carcinoma adeno-matóide cístico e carcinoma de células acinosas (Cohen², 1986).

Inúmeras teorias surgiram visando explicar a histogênese desse tumor, sendo que atualmente estão centralizadas na célula mioepitelial e na célula de reserva do ducto intercalado (Marcari-Filho *et al.*⁷, 2004). As características histológicas mostram a grande heterogeneidade desse tumor, com proliferação celular de número variável, apresentando características mioepiteliais, estruturas

ductiformes e um estroma de tecido condróide, mixóide, hialino, adiposo e/ou ósseo, possuindo cápsula conjuntiva fibrosa de espessura e integridade variáveis (Nogueira *et al.*¹⁰, 2001; Ribeiro-Rota *et al.*¹¹, 2003).

A conduta inicial como em qualquer lesão com indefinição clínica é a realização de uma biópsia, que dependendo da localização do tumor será incisional ou excisional (Medeiros *et al.*⁸, 1990; Tiago *et al.*¹⁵, 2003). A punção aspirativa de agulha fina também pode ser realizada como conduta inicial (Tiago *et al.*¹⁵, 2003).

Para auxiliar no diagnóstico recomenda-se a utilização da tomografia computadorizada e da ultra-sonografia e, eventualmente, da ressonância magnética. No caso de localizações palatinas, afirma-se que o exame radiográfico de pouco auxiliará no diagnóstico (Boraks¹, 1996).

O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica, sendo a recidiva frequente e variável de acordo com a localização da lesão e técnica cirúrgica empregada (Nogueira *et al.*¹⁰, 2001). Menos de 5% desses tumores sofrem transformação maligna (Nevile *et al.*⁹, 2004), sendo as mais comuns nos casos de múltiplas recidivas, e quando isso ocorre passará a ser denominado de carcinoma ex-adenoma pleomórfico (Louro *et al.*⁶, 2002).

Neste trabalho, relata-se um caso clínico de adenoma pleomórfico com quinze anos de evolução, além de descrever os aspectos mais importantes dessa patologia.

CASO CLÍNICO

Paciente N.S.A., sexo feminino, melanoderma, 33 anos de idade, compareceu à clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, queixando-se de um aumento no céu da boca. Na anamnese a paciente relatou a presença da lesão há cerca de quinze anos, não sendo realizada, até então, nenhuma forma de tratamento.

Ao exame físico extrabucal nenhuma alteração relevante foi observada. Durante o exame físico intrabucal observou-se uma prótese removível em condições precárias, além da presença de um aumento volumétrico, caracterizado como um nódulo sésil, unilocular, consistente à palpação, localizado no limite entre palato duro e mole, lado esquerdo, com aproximadamente 2cm de extensão no seu maior diâmetro, superfície íntegra, normocrômica e indolor. (Figura 1)

A punção aspirativa com agulha fina foi negativa e não foram observadas quaisquer alterações ósseas significativas nas radiografias panorâmica e oclusal. Diante dos achados clínicos e radiográficos as hipóteses diag-



Figura 1 – Aumento volumétrico localizado na região posterior esquerda de palato limite entre palato duro e mole

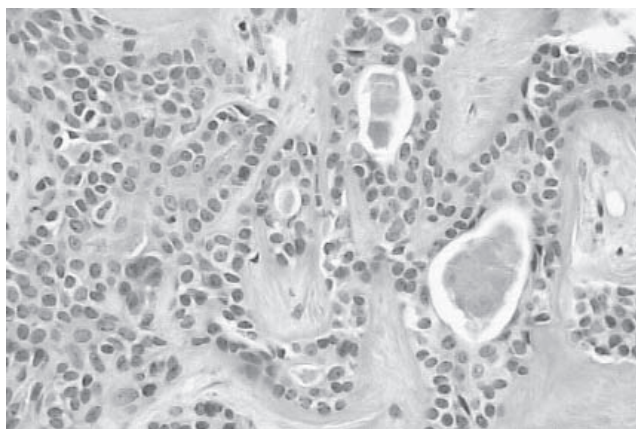


Figura 2 – Peça cirúrgica removida por biópsia excisional

nósticas foram de adenoma pleomórfico, adenocarcinoma e mucocele. Com o diagnóstico clínico de adenoma pleomórfico foi realizada a biópsia excisional da lesão e o material foi encaminhado para análise histopatológica (Figura 2).

Os achados microscópicos da biópsia confirmaram o

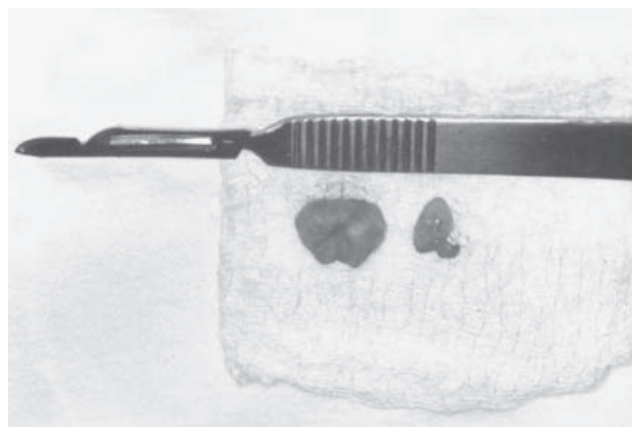


Figura 3 – Aspecto microscópico típico do adenoma pleomórfico, exibindo estruturas ductiformes e estroma hialino (H.E. 400x)

diagnóstico clínico de adenoma pleomórfico, no qual as células epiteliais formavam lençóis sólidos ou estruturas ductiformes em dupla camada, contendo em seu interior material eosinófilo. O estroma da lesão apresentava-se geralmente hialino eosinófilo (Figura 3).

O pós-operatório evoluiu satisfatoriamente e após quatorze dias pôde-se constatar a cicatrização completa da área cirúrgica. A paciente encontra-se em acompanhamento clínico há três anos e não se observou recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

De acordo com Boraks¹ (1996), no caso de localizações palatinas, o exame radiográfico pouco auxilia no diagnóstico, pois a lesão está localizada em área de muitas sobreposições e, em geral não compromete o osso palatino. No entanto, nesse caso, optou-se pela realização das radiografias panorâmica e periapical, que mostraram não haver comprometimento ósseo.

Um dos aspectos mais característico desse neoplasma é a diversidade no que se refere ao padrão histológico (Nevile *et al.*⁹, 2004). No caso dessa paciente, observou-se uma variedade na disposição das células epiteliais, que se apresentavam tanto na forma de estruturas ductais quanto em lençóis, sempre entremeadas por estroma hialino.

O tratamento mais utilizado para o adenoma pleomórfico consiste na excisão cirúrgica com margem de segurança (Nogueira *et al.*¹⁰, 2001; Varghese *et al.*¹⁶, 2003), uma vez que a recidiva pode ocorrer devido à permanência de resíduos da cápsula ou mesmo da própria lesão. No presente caso, foi realizada a remoção cirúrgica convencional sob anestesia local, pelas características favoráveis apresentadas pela lesão, já que é a terapia mais indicada quando a lesão se situa nas glândulas salivares menores.

As lesões do palato devem ser excisadas com a mucosa

suprajacente, enquanto que as da mucosa de revestimento, como as dos lábios e da mucosa jugal, muitas vezes, podem ser tratadas com êxito pela enucleação ou excisão extracapsular (Garcia *et al.*⁴, 1993). É de responsabilidade do cirurgião-dentista o correto tratamento desse tipo de neoplasias, no intuito de se evitar recidiva da lesão.

O fator determinante para a recidiva não é o período de evolução da lesão em que o tratamento cirúrgico é realizado (Garcia *et al.*⁴, 1993), a taxa de recorrência do tumor varia de acordo com a técnica cirúrgica utilizada (Nogueira *et al.*¹⁰, 2001; Varghese *et al.*¹⁶, 2003). O prognóstico é considerado excelente quando a cirurgia é feita de maneira adequada, com um índice de cura de aproximadamente 95% (Nevile *et al.*⁹, 2004).

O acompanhamento dos casos de adenoma pleomórfico é de grande valia, e o controle pós-operatório deve ser de cinco anos (Medeiros *et al.*⁸, 1990). Nossa paciente apresenta-se sob acompanhamento há cerca de três anos e não foram observadas quaisquer alterações relacionadas a uma possível recidiva.

CONCLUSÃO

Embora o adenoma pleomórfico seja um tumor benigno de glândula salivar, a realização do exame histopatológico é de extrema importância, uma vez que as características clínicas dessa lesão podem ser semelhantes às presentes em tumores malignos.

As alterações patológicas das glândulas salivares assim como o seu tratamento devem ser de conhecimento do cirurgião-dentista, pois diagnósticos precoces resultam na maioria dos casos em tratamentos mais conservadores e melhor prognóstico para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Boraks S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 319p.
2. Cohen MA. Pleomorphic adenoma of the cheek. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986 Dec; 15(6):777-6.
3. Figueiredo CRLV, Amaral RR, Pinho MMS, Freitas JSA, Rolim MLM, Souza LB. Estudo epidemiológico de tumores benignos e malignos de glândula salivar: análise de 196 casos em Natal (RN). *Rev. ABO Nac.* 2000 dez – 2001 jan; 8(6):343-8
4. Garcia AP, Naclério Homem MG, Santos GG, Pereira SM, Marcucci G. Adenoma pleomórfico: aspectos clínicos, diagnóstico e terapêutica de 39 casos. *Rev. Odontol. UNICID*, 1993 jul-dez; 5(2):81-90.
5. Gnepp DR, Brandwein WMS, Henley JD. Benign and malignant mixed tumors. In: Gnepp DR, Diagnostic surgical pathology of the head and neck. *Philadelphia: WB Saunders*, 2001. p. 351-360.
6. Louro RS, Passeado D, Andrade MC, Sampaio RKPL. Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso clínico. *Rev. Bras. Odontol* 2002 jan-fev; 59(1):25-7.
7. Macari-Filho M, et al. Adenoma pleomórfico de glândula salivar acessória (Tumor “misto”). Disponível em: <<http://www.nib.unicamp.gov/cov>>. Acesso em: 10 ago. 2004.
8. Medeiros AS, Torriani MA, Weismann R. Adenoma pleomórfico: relato de dois casos clínicos. *Rev. Odontol Cienc* 1990 dez; 5(10): 79-87.
9. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral & maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798 p.
10. Nogueira AS, Alves APNN, Nogueira RAS, Tavares RN. Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso clínico. *Rev. Paul. Odontol* 2001 jan-fev; 23(1):14-8.
11. Ribeiro-Rotta RF, Cruz MI, Paiva RR, Mendonça EF, Spini TH, Mendonça AR. O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2003 set-out; 69(5):699-707.
12. Shafer WC, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837 p.
13. Silva JJ, Silva MCA, Stêvão Éll, Herinqson D. Adenoma pleomórfico de palato duro. *Rev. Odontol Cienc* 1997 dez; 12(24):203-8.
14. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807 patients. *Head Neck Surg* 1986 Jan-Feb; 8(3): 177-84.
15. Tiago RSL, Castro GA, Costa RLA, Biihler RB, Fava AS. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2003 jul-ago; 69(4):485-9.
16. Varghese BT, Sebastian P, Abraham EK, Mathews A. Pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space. *World J. Surg. Oncol* 2003 Feb; 1(1):2.
17. Waldron CA, El-Mofty SK, Gnepp DR. Tumors of the intraoral minor salivary glands: a demographic and histologic study of 426 cases. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol* 1988 Sep; 66(3):323-33.

Recebido em: 16/11/2005

Aceito em: 18/12/2006