Adenoma Pleomórfico: Revisão de literatura e relato de caso em palato duro

[Pleomorphic adenoma: literature review and case report in the hard palate]

Fernando Vacilotto Gomes[1]

[1] Cirurgião-Dentista, Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Faciais (PUCRS). Mestre em Odontologia/CTBMF pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, RS, Brasil.

Endereço para Correspondência

Fernando Vacilotto Gomes, DDS, MSc

Rua Manduca Rodrigues, 500/403.
97573-560, Bairro Centro
Sant´Ana do Livramento, RS - Brasil
Fone: +55 (55) 3242-3694
fernandovg2005@yahoo.com.br

Resumo

O adenoma pleomórfico (AP) é um tumor benigno que acomete as glândulas salivares, sendo composto de elementos epiteliais e mesenquimais. Em geral, ocorre principalmente nas glândulas parótida e sumandibular e infrequentemente nas glândulas salivares menores nas regiões de palato duro e mole, lábios superior e inferior e região retromolar. Este artigo tem por objetivo relatar um caso de AP em palato duro, com tempo de evolução de 05 anos, assim como, aspectos histopatológicos, suas características clínicas e possibilidades de tratamento.

Descritores: Adenoma Pleomorfo; Neoplasias; Patologia Bucal; Glândulas Salivares Menores

Abstract

The pleomorphic adenoma (PA) is a benign tumor that affects the salivary glands, consisting of epithelial and mesenchymal elements. Generally occurs mainly in parotid glands and sumandibular and infrequently in the minor salivary glands in the regions of hard and soft palate, upper and lower lips and retromolar region. This article aims to report a case of PA in the hard palate, with an evolution of 05 years as well as histopathological features, clinical characteristics and treatment possibilities.

Key-words: Adenoma, Pleomorphic; Salivary Neoplasm, Complex and Mixed; Pathology, Oral; Minor salivary glands.

Introdução

Os tumores de glândulas salivares são uma importante área no campo da Patologia bucal e da Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais, esta última, constituindo uma das áreas que diagnostica e trata esse tipo de lesão.

A incidência anual dos tumores de glândula salivar no mundo varia de cerca de 1 a 6,5 casos por 100.000 indivíduos, sendo que a localização mais comum dessas patologias se dá na glândula parótida, o que representa 64% a 80% dos casos (NEVILLE et al., 2009). Mais raramente, acomete as glândulas salivares menores com uma estimativa de 9% (WALDRON et al., 1988; SEIFERT et al., 1990). Os sítios de desenvolvimento intrabucal da adenoma pleomófico de glândula salivar menor mais comuns são no palato (42%), lábio (22%), mucosa jugal (15%), área retromolar (5%), assoalho de boca (5%) e língua (1%). Mais precisamente, os tumores de lábio são mais comuns em lábio superior (85%) do que em lábio inferior (15%) (WALDRON et al., 1988).

O adenoma pleomórfico (AP), também conhecido como tumor misto benigno, é a neoplasia de glândula salivar mais comum, sendo derivada de uma mistura de elementos ductais e mioepiteliais. Apesar de ter um crescimento lento, pode chegar a proporções importantes, dificultando o tratamento e piorando o prognóstico (NEVILLE at al., 2009; SENGUL et al., 2011). O AP de lábio inferior é considerado raro tendo-se em vistas as estatísticas apresentadas por diversos autores (WALDRON et al., 1988; SEIFERT et al., 1990; NEVILLE et al., 2009), podendo ser recorrente caso seja removido na sua parcialidade e com baixa possibilidade de transformação maligna (NEVILLE et al., 2009).

O objetivo deste trabalho será apresentar um caso de adenoma pleomórfico de glândula salivar menor em paciente do sexo feminino, tendo como localização o palato duro e um tempo de evolução de aproximadamente 05 anos. Apresentar-se-ão os aspectos clínicos e histopatológicos desta patologia, assim como, a forma de tratamento preconizada para estas situações.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 59 anos, compareceu para consulta relatando aumento de volume no palato duro, há aproximadamente 5 anos de evolução, sendo que já havia sido alertada pela seu Cirurgião-dentista clínico geral que avaliara a paciente previamente e encaminhara para consulta com o Cirurgião Buco-maxilo-facial.

Durante à anamnese a paciente relatou ser hipertensa, estando em controle clínico-medicamentoso com o Cardiologista, estando com a pressão arterial em 120 x 85 mmHg no dia da consulta pré-operatória e 110 x 78 mmHg no dia do procedimento cirúrgico estando liberada para procedimento do ponto de vista cardiológico, por parte do Médico Cardiologista. Negava outras alterações, estando de acordo com os exames hematológicos pré-operatórios solicitados, onde não havia alterações.

Quanto às características clínicas, durante a avaliação intrabucal, notou-se o aumento de volume em palato duro relatado pela paciente durante a

anamnese, exatamente sobre a rafe palatina, tendo a base da lesão partindo do lado esquerdo do palato. Durante à palpação, a lesão apresentava uma textura lisa, endurecida, indolor com coloração normal com um tamanho de 0,5 cm. A paciente negara trauma naquele local, apenas evolução lenta e constante no tamanho da lesão.

O procedimento cirúrgico fora iniciado por meio de antissepsia intra e extra-bucal com clorexidina 0,12%, colocação dos campos esterilizados, realização de anestesia local infiltrativa em palato duro em torno da lesão, incisão com bisturi em lâmina 15 com uma distância de 2mm da borda da lesão, descolamento subperiostal da lesão sobre o tecido ósseo e enucleação da lesão por inteiro **(FIGURA 1)**. Pode-se observar o tecido ósseo ausente de tecidos moles ou infiltrados visíveis, com bordas livres de alterações macroscópicas. Em virtude da exposição óssea, as suturas foram dispensadas e utilizara-se uma placa de acetato estampada em modelo de gesso associado a cimento-cirúrgico por um período de 7 dias.

Figura 1: Aspecto clínico da lesão no pós-operatórios imediata, de tamanho aproximado de 0,5 cm, endurecido, coloração róseo-avermelhado, séssil e condição encapsulada.

Após ao procedimento cirúrgico, a peça removida do paciente fora colocado em formol neutro tamponado a 10% e encaminhado para avaliação anatomopatológica (AP). O resultado do laudo AP **(FIGURA 2)** foi de Adenoma Pleomórfico associado a glândulas salivares menores, respondendo positivamente às características clínicas observadas, ao relato do paciente e à hipótese diagnóstica. O reparo da região ocorrera completamente, observado no acompanhamento de 6 meses.

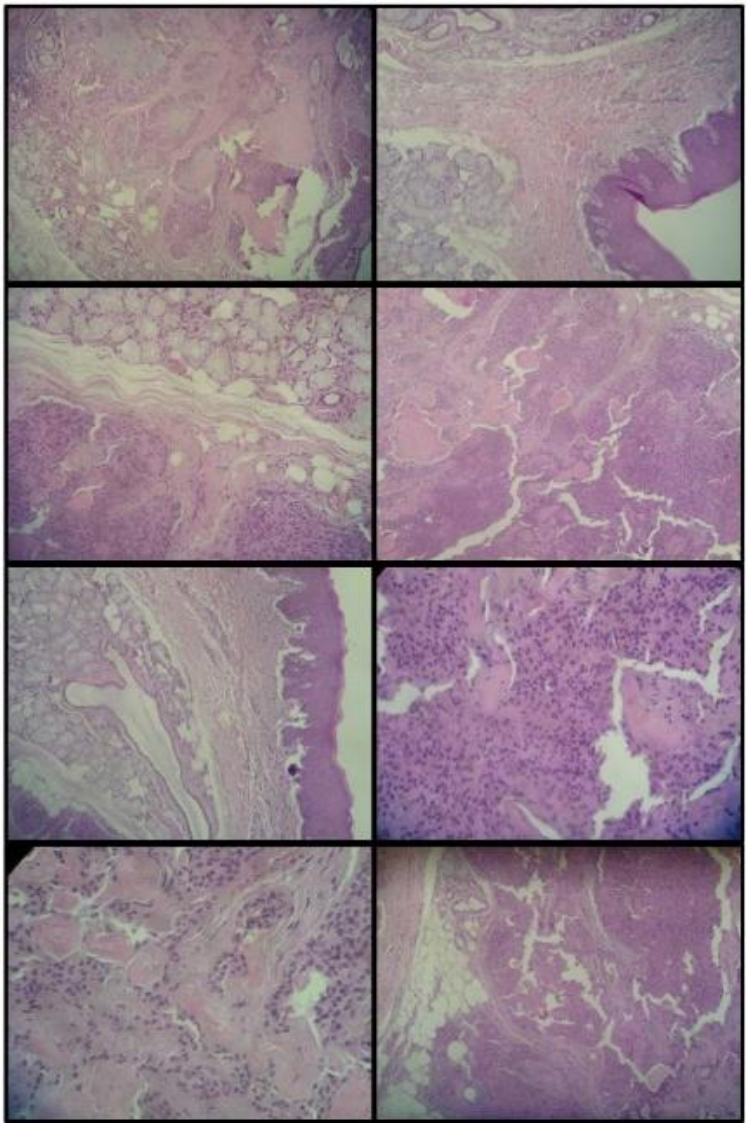

Figura 2: Fotomicrografia da lâminas anatomopatológicas apresentando características histológicas cujo diagnóstico fora de Adenoma Pleomórfico

Discussão

O adenoma pleomórfico ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândula salivar mais comum. Ela representa cerca de 53% a 77% dos tumores de parótida, 44% a 68% dos tumores de glândula submandibular e 33% a 43% dos tumores de glândula salivar menor. O AP também é considerado o tumor de glândula salivar menor primário mais comum que se desenvolve na infância (NEVILLE et al., 2009). A disposição das glândulas salivares menores dá-se pela dispersão numerosa ao longo do tecido submucoso por todo o trato aerodigestivo, com a sua maior quantidade na região palatina (KUO et al., 2011).

Um estudo recente investigou 42 casos de AP na região da cabeça e do pescoço, cuja idade média de acometimento da patologia foi aos 57 anos e os locais de desenvolvimento mais comuns dos tumores foram no palato duro, palato mole, lábio superior, região orbital, nasofaringe, traqueia, mucosa jugal, septo nasal, pálpebras e conduto auditivo externo, não havendo desenvolvimento da lesão em lábio inferior (KUO et al.,2011). No caso relatado, assim como outros poucos trabalhos apresentados na literatura (KROLLS, HICKS, 1973; TO et al., 2002; SENGUL, SENGUL, ARIBAS, 2011) o AP acometia o lábio inferior da paciente, que segundo a literatura, é um local de desenvolvimento raro para este tipo de patologia, cuja preferência em glândula salivar menor dá-se no palato duro (47%), seguido do lábio superior (25%) e mucosa jugal (17%) (EVESON et al., 1985). Demonstra-se, também, a ocorrência de um AP como sendo de forma rara na região do trígono retromolar, a distal do segundo molar inferior (RAO et al., 2012) e na região de base de língua, próximo ao “v” lingual (GOSH et al., 2011). Outros trabalhos

mostram a presença de AP em lábio superior com tempo de evolução considerável, também relatando a ocorrência rara na literatura com este tipo de localização (ALI et al., 2011; KATARIA et al., 2011). Da mesma forma, outros autores investigaram 4042 casos de AP em glândulas salivares, verificando que deste total, 445 eram originários de glândulas salivares menores, sendo 16,9% localizavam-se em lábio superior e 2,9% em lábio inferior, o que demonstra que o acometimento do lábio inferior é significativamente mais raro (KROLLS, HICKS, 1973).

Esta patologia apresenta-se clinicamente como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. O paciente nota, algumas vezes, a presença há muitos meses ou anos antes de procurar um diagnóstico. O AP pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em adultos jovens e em adultos de meia-idade, em geral, entre 30 a 60 anos. No caso clínico apresentado a patologia desenvolveu-se em uma paciente do sexo feminino, com idade de 59 anos, tendo um tempo de evolução longo, com certa de 05 anos. Por ser indolor e de crescimento lento, o paciente não procurou atendimento de forma imediata no intuito de receber algum diagnóstico. Porém, como se desenvolvera no palato duro e o tamanho da lesão já traziam transtornos e incômodos, o paciente foi em busca de diagnóstico e de um possível tratamento.

Histologicamente, o AP apresenta uma morfologia complexa, possuindo elementos epiteliais e mioepiteliais arranjados em uma variedade padrão através de um estroma de mucopolissacarídeos como no caso relatado. A formação da capsula cística é resultado de uma fibrose em torno do parênquima salivar que é comprimido pelo tumor e referido como uma pseudo-

cápsula. Entretanto, esta capsula pode ser incompleta ou exibir infiltração por células tumorais. A falta de encapsulação completa é mais comum nos tumores de glândula salivar menor, especialmente ao longo da porção superficial dos tumores do palato, abaixo da superfície epitelial (NEVILLE et al., 2009). A apresentação de calcificação no interior dessas lesões é um fato raro, sendo pouco encontrado na literatura e, em geral, sendo descritos como apresentações atípicas. Em um trabalho realizado, os autores reportaram três casos de adenoma pleomórfico em glândula lacrimal, sendo que em uma das pacientes verificou-se calcificação no interior da lesão associada a uma erosão óssea (VAGEFI et al., 2007).

O tratamento para os AP, em geral, dá-se através da excisão cirúrgica de toda a lesão, necessitando envolver toda a cápsula que a reveste, sema necessidade de grandes margens de segurança (NEVILLE et al., 2009; PITAK-ARNNOP et al., 2012). Deve-se, portanto, ter o cuidado de removê-la em sua totalidade, tendo em vista possibilidade de manutenção de parte da patologia, o que aumentará as chances de recorrência da lesão, que geralmente é baixo, estando em torno de 5% (NEVILLE et al., 2009; KUO et al., 2011). Alguns autores demonstraram um caso clínico de AP em lábio inferior cujo crescimento da lesão era lento, assintomático, apenas com uma breve saliência visível através da pele em região logo abaixo do vermelhão do lábio. Nessa situação, devido a posição da lesão, o tratamento proposto foi pela enucleação total do AP por meio de acesso extraoral através da pele (SENGUL E SENGUL, 2011; SENGUL, SENGUL, ARIBAS, 2011).

A literatura mostra que a taxa de recidiva dessas lesões gira em torno de 2% a 44%, especialmente quando acometem as glândulas parótidas, tendo a

sua média não maior do que 5% (NEVILLE et al., 2009; KUO et al., 2011). As principais causas das recorrências desse tipo de lesão são o rompimento da cápsula cística, a penetração capsular por entre os tecidos e a manutenção de parte da lesão devido a não realização de uma breve margem de segurança (KUO et al., 2011).

Referências

ALI, I.; GUPTA, A. K.; SINGH, S. Pleomorphic adenoma of the upper lip**. Natl J Maxillofac Surg.**, v. 2, n. 2, p. 219-221, jul. 2011.

EVESON, J. W.; CAWSON, R. A. Tumours of the minor (oropharyngeal) salivary glands: a demographic study of 336 cases. **J Oral Pathol.**, v. 14, n. 6, p. 500-509, jul. 1985.

GHOSH, S. K.; SAHA, J.; CHANDRA, S.; DATTA, S. Pleomorphic adenoma of the base of the tongue: a Case Report. **Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.**, v. 63, n.1, p. 113-114, jul. 2011.

KATARIA, S. P.; TANWAR, P.; SETHI, D.; GARG, M. Pleomorphic adenoma of the upper lip. **J Cutan Aesthet Surg.**, v. 4, n. 3, p. 217-219, set. 2011.

KROLLS, S. O.; HICKS, J. L. Mixed tumors of the lower lip. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, v. 35, n. 2, p. 212-217, feb. 1973.

KUO, Y.L.; TU, T.Y.; CHANG, C.F.; LI, W.Y.; CHANG, S. Y.; SHIAO, A. S., et al. Extra-major salivary gland pleomorphic adenoma of the head and neck: a 10-year experience and review of the literature. **Eur Arch Otorhinolaryngol.** V. 268, n. 7, p. 1035-1040, jul. 2011.

MARZOLA, C.; LIMA JR, J. L.; RIBEIRO, E. D.; DE MEDEIROS DUTRA, K. H. G. M. I. Implante Imediato Após Enucleação De Odontoma Composto – Relato De Caso. **Acta Tiradentes.** V. 08, n. 03, 529-539, 2006.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro : Saunders Elsevier, 2009. 972 p.

PITAK-ARNNOP, P.; DHANUTHAI, K.; HEMPRICH, A.; PAUSCH, N. C. Pleomorphic adenoma of the upper lip: some clinicopathological considerations. **J Cutan Aesthet Surg.**, v. 5, n. 1, p. 51-52, jan. 2012.

RAO, P.K.; SHETTY, S.R.; HEGDE, D. Ectopic pleomorphic adenoma. **N Am J Med Sci.**, v. 4, n. 4, p. 190-192, apr. 2012.

SEIFERT, G.; BROCHERIOU, C.; CARDESA, A.; EVESON, J. W. WHO international histological classification of tumours: Tentative Histological Classification of Salivary Gland Tumours. **Pathol Res Pract.**, v. 186, n. 5, p. 555-581, oct. 1990.

SENGUL, I.; SENGUL, D. Pleomorphic adenoma of the lower lip: A review. **N Am J Med Sci.**, v. 3, n. 12, p. 536-539, dec. 2011.

SENGUL, I.; SENGUL, D.; ARIBAS, D. Pleomorphic adenoma of the lower lip: A rare site of location. **N Am J Med Sci.**, v. 3, n. 6, p. 299-301, jun. 2011.

TO, E. W.; TSANG, W. M.; TSE, G. M. Pleomorphic adenoma of the lower lip: report of a case. **J Oral Maxillofac Surg.**, v. 60, n. 6, p. 684-686, jun. 2002.

VAGEFI, M. R.; HONG, J.E.; ZWICK, O. M.; BEDROSSIAN, EH. JR.; SEIFF, S. R.; COCKERHAM, K. P. Atypical presentations of pleomorphic adenoma of the lacrimal gland. **Ophthal Plast Reconstr Surg.**, v. 23, n. 4, p. 272-274, jul. 2007.

WALDRON, C. A.; EL-MOFTY, S. K.; GNEPP, D. R. Tumors of the intraoral minor salivar glands: a demographic and histologic study of 426 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol.**, v. 66, n. 3, p. 323-33, sep. 1988.