

## Adenoma Pleomórfico Ulcerado Em Palato Mole

Beatriz Saleme de Moraes<sup>1</sup>; Chryllane Cavalcante da Silva<sup>1</sup>; Karla Alves Chagas<sup>1</sup>; Milkle Bruno Pessoa Santos<sup>2</sup>; Sonia Maria Soares Ferreira<sup>3</sup>; Fernanda Braga Peixoto<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Graduando em Odontologia pelo Centro Universitário Cesmac - AL.

<sup>2</sup>Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

<sup>3</sup>Mestre/Doutora em Odontologia e Professora do Centro Universitário Cesmac – AL

<sup>4</sup>Mestre em Ensino na Saúde e Professora do Centro Universitário Cesmac – AL.

### Autor Correspondente

Fernanda Braga PEIXOTO

Rua Dr. José Correia Filho, 282/406.

Ponta verde.CEP: 57035-285. Maceió, Alagoas, Brasil.

[fernandapeixoto\\_al@hotmail.com](mailto:fernandapeixoto_al@hotmail.com)

Recebido em 25 de junho (2018) | Aceito em 20 de setembro (2018)

## RESUMO

O Adenoma pleomórfico, ou tumor misto benigno, é a neoplasia benigna de glândula salivar mais comum, sendo a glândula parótida o sítio extrabucal mais acometido seguido pelo palato (intrabucal). Sua maior incidência ocorre em mulheres de 3ª a 6ª década de vida. Quando localizado em palato mole pode atingir grandes proporções, podendo causar dificuldades de mastigação, fonética, deglutição e respiração. Histologicamente, observa-se células epiteliais e mioepiteliais, sendo este o exame complementar de referência. Objetivou-se realizar um relato de caso de uma paciente com Adenoma Pleomórfico ulcerado em palato mole devido à prótese mal adaptada, abordar suas características clínicas, histopatológicas e o resultado do seu tratamento. Trata-se de uma paciente que compareceu à clínica odontológica de um Centro Universitário de Maceió-AL, apresentando lesão em boca de coloração avermelhada, áreas ulceradas, com superfície pseudomembranosa, limites nítidos, consistência borrachóide, localizado em palato mole e indolor. Foi feita uma biópsia incisional e encaminhada para estudos histopatológicos, que por sua vez elucidou fragmentos de neoplasia de origem salivar glandular, composta por células glandulares e mioepiteliais que formavam ilhas em meio hialino e a lesão era delimitada por cápsula fibrosa, embora houvesse áreas de infiltração celular. O diagnóstico final foi de Adenoma Pleomórfico e o tratamento consistiu na remoção total da lesão em ambiente hospitalar, com grande margem de segurança e ressecamento para evitar sua recidiva. Conclui-se que é de extrema importância para o Cirurgião-dentista estar atento a qualquer anormalidade em cavidade oral, realizar exames periódicos, proporcionar ao paciente um diagnóstico precoce de lesões como o Adenoma Pleomórfico, adotar a conduta correta para o seu tratamento, e por fim, assegurar os cuidados do pós-operatório para garantir o êxito do tratamento.

Palavras-chave: Adenoma Pleomorfo. Palato mole. Diagnóstico Bucal.

## ABSTRACT

The pleomorphic adenoma, or mixed benign tumor, is the most common benign neoplasia of salivary gland, being the parotid gland the extra-oral place most affected followed by the palate (intra-oral). Its higher incidence happens within women from the 3rd to the 6th decade of life. When located in the soft palate it can reach great proportions, causing chewing, phonetic, deglutition and breathing distress. Histologically, the epithelial and myoepithelial cells are observed, being this one the complementary examination of reference. The key objective is to perform a case report of a patient with Pleomorphic Adenoma, ulcerated on the soft palate due to a badly adapted prosthesis, to approach its clinical characteristics, histopathology and the treatment results. The patient attended the dental clinic of a University Center in Maceió – AL, exhibiting a red-colored mouth lesion, ulcerated areas, with pseudomembranous surface, clear limits and rubber-like consistency located on the soft palate and painless. An incisional biopsy was performed and sent to histopathological studies, which enlightened fragments of a neoplasia of salivary gland origins composed by gland and myoepithelial cells that formed islands on hyaline environment. The lesion was delimited by a layer of fibrous tissue, although there were areas of cellular infiltration. The final diagnosis pointed to a Pleomorphic Adenoma and the treatment consisted of a total removal of the lesion on a hospital environment, with a great security margin and a drying process to avoid its recurrence. In conclusion, it is of extreme importance for the Surgeon – Dentist to be aware of any abnormality on the oral cavity. Also, to perform periodic examinations, to provide an early diagnosis, like the Pleomorphic Adenoma, to the patients, to adopt a correct conduct for the treatment and, finally, to assure the post-surgery care in order to guarantee the success of the treatment.

Key-words: Pleomorphic Adenoma. Soft palate. Oral Diagnosis.

## 1. 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 [1]. Daryani et al (2011) afirma que quanto menor a glândula salivar, maior a probabilidade de malignidade para um tumor dessa estrutura [2].

O Adenoma Pleomórfico (AP), ou tumor misto benigno, é a neoplasia de glândula salivar mais comum, sendo responsável por 40 % a 70% de todos os tumores destas estruturas, tanto nas glândulas maiores como nas menores [1-10]. Ocorre com maior frequência na glândula parótida, seguido pela glândula submandibular e glândulas salivares menores [1-10]. A localização mais comum do AP intraoral é o palato, seguido por lábio superior e mucosa bucal [1-10]. Quando localizado em palato mole pode atingir grandes proporções, podendo causar dificuldades de mastigação, fonética e respiração [4].

O AP ocorre mais frequentemente entre a 3ª a 6ª décadas de vida e em pacientes do sexo feminino [1,3-5,9,10]. Os adenomas pleomórficos são derivados de uma mistura de elementos ductais, células mioepiteliais e um estroma com tecido condróide [3,5]. O padrão tumoral básico é altamente variável, raramente as células individuais são realmente pleomórficas, embora o tumor geralmente tenha um componente estromal proeminente semelhante ao mesênquima, ele não é verdadeiramente uma neoplasia mista, que é derivada de mais de uma camada germinativa [3].

Como características clínicas o AP tipicamente se apresenta como um aumento de volume firme, nodular, com consistência fibroelástica, de crescimento lento e indolor, que se negligenciada, pode crescer a proporções grotescas [1-8], sem ulceração ou inflamação circundante [8,9], porém se o tumor for traumatizado, uma ulceração secundária pode ocorrer [3]. A lesão é móvel, exceto quando ocorre no palato, devido à natureza fortemente aderida de sua mucosa nesse sítio [1,3,5,9]. Os tumores de palato quase sempre são encontrados na região lateral posterior do palato, apresentando-se como um aumento de volume firme de formato arredondado e de superfície lisa [3,6,8].

Devido ao crescimento lento e por ser indolor, frequentemente está presente durante anos antes do paciente procurar atendimento especializado [3,9]. Pode ocorrer, ocasionalmente, aumento rápido de volume, indício presuntivo de transformação maligna, resultando em um carcinoma ex-adenoma pleomórfico, podendo ocorrer em cerca de 3 a 4 % dos casos [3-5,7].

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 adenomatóide cístico e carcinoma de células acinosas. 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 [1]. Exames complementares, tais como punção aspirativa por agulha fina (PAAF) ou biópsia incisional são os exames realizados para definir o diagnóstico [2,4].

O Adenoma Pleomórfico é um tumor tipicamente encapsulado e bem circunscrito. Entretanto, a cápsula pode ser incompleta ou exibir infiltração por células tumorais. Essa falta de encapsulação completa é mais comum nos tumores de glândula salivar menor, especialmente ao longo da porção superficial dos tumores do palato [3]. Do ponto de vista histopatológico pode apresentar células epiteliais, mioepiteliais, ductais e estroma, podendo conter áreas com células escamosas queratinizantes, áreas mixóides, fibrosas, cartilagosas e ósseas entremeadas em fundo semelhante ao mesênquima [2-4, 9]. Geralmente o epitélio forma ductos e estruturas císticas, ou pode ocorrer na forma de ilhas ou cordões celulares [3], com estroma formado de quantidade variável de material condróide, por onde se entremeiam as células epiteliais [5]. Já as células mioepiteliais compõem uma grande porcentagem das células tumorais e exibem uma morfologia variável, podendo apresentar-se como células anguladas ou fusiformes. Estas células mioepiteliais plasmocitoides características são mais proeminentes nos tumores oriundos de glândulas salivares menores. [2,3]. Um extenso acúmulo de material mucóide pode ocorrer por entre as células tumorais, resultando em um aspecto mixomatoso. Nestas áreas, a degeneração vacuolar das células pode produzir uma aparência condroide. Em muitos tumores, o parênquima exibe áreas de alteração eosinofílica e hialinizada [3]. A presença de material de matriz condromixóide é a característica típica para o correto diagnóstico [2].

O tratamento, na grande maioria dos casos, é cirúrgico, e a exérese completa da lesão é indispensável para evitar possível recorrência [1-3,5,7,8]. O tratamento do AP de palato é a excisão cirúrgica local englobando sua mucosa de recobrimento, incluindo o tecido normal, com o objetivo de se evitar recidivas [3,4]. Em outros sítios orais, a lesão geralmente é enucleada facilmente através da incisão local [3]. Caso não seja totalmente ressecado, a taxa de recidiva aumenta proporcionando maiores chances de transformação maligna do tumor [4,7,8,10]. A recorrência do adenoma pleomórfico é atribuída à ruptura da cápsula e Ilhas de tecido tumoral deixado para trás durante a cirurgia. Assim, um acompanhamento de 10 a 20 anos é considerado apropriado [2,10]. Embora os adenomas pleomórficos sejam benignos, eles têm o potencial para metastatizar linfonodos cervicais, na cabeça e no pescoço [10]. Com a remoção cirúrgica adequada, o prognóstico é excelente, com uma taxa de cura de mais de 95% [3]. Esse trabalho teve como objetivo realizar um relato de caso de uma paciente com Adenoma Pleomórfico ulcerado em palato mole, abordar suas características clínicas, histopatológicas e o resultado do seu tratamento.

## 2. CASE REPORT

Paciente do sexo feminino, 59 anos, melanoderma, procurou o serviço de Estomatologia do centro universitário CESMAC, com a queixa principal “vim por causa do problema do céu da boca”. Na história da doença atual, a paciente relatou que a lesão surgiu há aproximadamente 1 ano, no palato mole, por uso de uma prótese mal adaptada, porém houve um grande aumento de tamanho há 2 meses, a mesma afirma ter desconforto durante a deglutição.

No exame extrabucal não foram observadas assimetria facial ou presença de linfonodos palpáveis. Na avaliação intrabucal foi observada a presença de um nódulo ulcerado único no palato mole, medindo 16mm de comprimento, 12mm de largura por 6mm de altura, de limites nítidos, formato esférico, fixo e com inserção sésil (Figura 1).



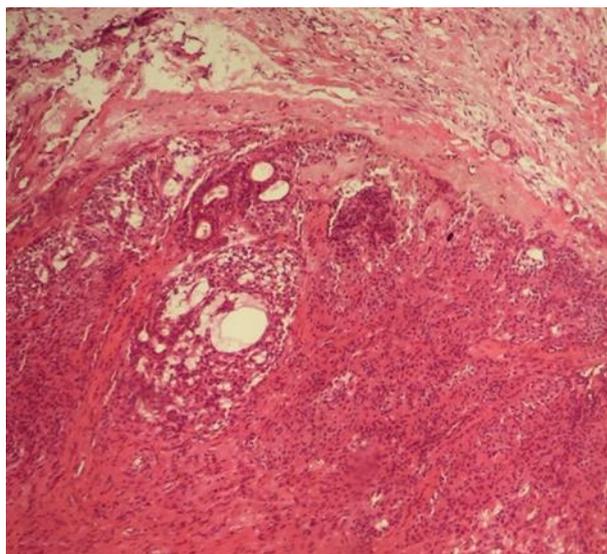
**Figura 1: Fotografia intrabucal revelando lesão tumoral de superfície ulcerada localizada em palato mole.**

Após preenchimento do prontuário, as hipóteses de diagnóstico foram de adenoma pleomórfico, hiperplasia fibrosa, adenocarcinoma. Acuminado pelas características clínicas da lesão, a conduta tomada pela cirurgiã-dentista do caso foi a realização de uma biópsia incisional. O fragmento da lesão foi encaminhado para o laboratório de patologia bucal do centro universitário CESMAC (Figura 2).



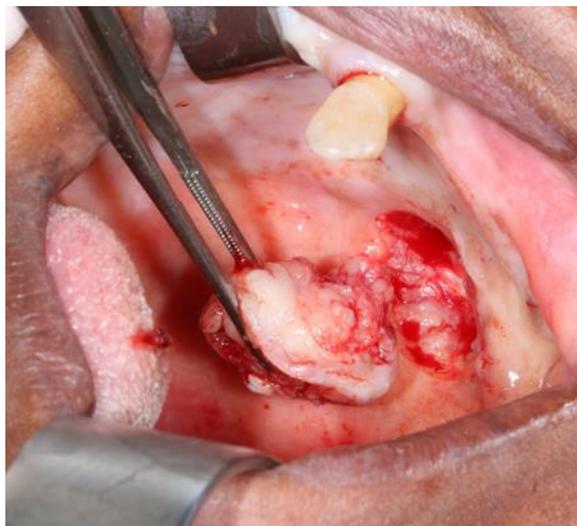
**Figura 2: Fotografia após a biópsia incisional.**

Nos cortes histológicos, corados em HE, pode-se observar fragmentos de neoplasia de origem salivar glandular. O tumor era composto por células glandulares e mioepiteliais. As células epiteliais formavam ilhas em meio hialino. O tumor era delimitado por cápsula fibrosa embora houvesse áreas de infiltração celular, e o diagnóstico histopatológico “compatível com Adenoma Pleomórfico” (Figura 3).

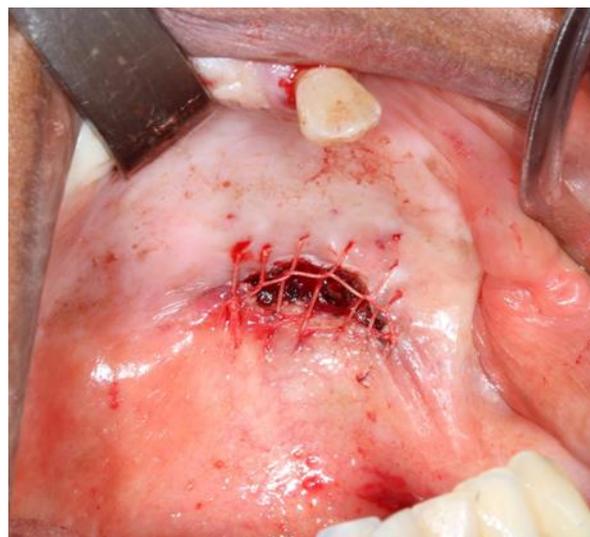


**Figura 3: Fotomicroscopia da lesão biopsiada (corada em HE no aumento de x100) evidenciando o Tumor, a cápsula de tecido conjuntivo fibroso e algumas áreas hialinizadas.**

O tratamento realizado foi a remoção total da lesão englobando sua mucosa de recobrimento com margem de segurança, posteriormente foi feita uma cauterização, ressecando totalmente o local para diminuir a taxa de recidiva. Na fase de síntese foi feita uma sutura do tipo contínua festonada (Figuras 4 e 5)



**Figura 4: Excisão total da lesão.**



**Figura 5: Síntese total da lesão.**

Paciente afirmou não ter tido nenhuma intercorrência no pós-operatório e ter feito uso de Cefalexina (anti-biótico) de 6 em 6 horas e de Ibuprofeno (anti-inflamatório) também de 6 em 6 horas. Foi realizado novamente o estudo histopatológico do tumor inteiro após sua remoção, onde mostra que o tumor era composto por células glandulares e mioepiteliais, onde essas formaram ductos e estruturas císticas além de estarem agrupadas em ilhas de células neoplásicas e exibe estroma com áreas mixomatosas e hialinizadas. Paciente relata que, aproximadamente, 20 dias após a cirurgia estava incomodada com os pontos e que um deles inflamou, porém nada de muito relevante (Figura 6).



**Figura 6:** Aspecto final da ferida operatória após remoção dos pontos.

### 3. Discussão

As lesões de Adenoma Pleomórfico de acordo com a literatura, ocorre mais frequentemente entre a 3ª a 6ª décadas de vida, afeta ambos os sexos, no entanto, alguns autores [1,3-5,9,10] afirmam que tem predileção pelo o sexo feminino. No caso relatado observa-se lesão em um paciente do sexo feminino, 59 anos de idade. A faixa

etária e o sexo são condizentes com a relatada pelos autores pesquisados.

Alguns autores [1-10] referem que a lesão de AP é mais comum intraoral em palato, seguido por lábio superior e mucosa bucal. Na grande maioria dos casos são assintomáticos mas quando localizado em palato mole pode atingir grandes proporções, podendo causar dificuldades de mastigação, fonética e respiração [4]. No caso relatado, a lesão surgiu no palato mole com aproximadamente 1 ano de evolução, com crescimento significativo e sem sintomatologia dolorosa, o único sintoma relatado pela paciente foi o desconforto durante a deglutição. Os autores [8,9] afirmam que o AP tipicamente se apresenta sem ulceração ou inflamação circundante. No caso a lesão encontrava-se ulcerada devido a traumas ocasionados por a utilização de uma prótese mal adaptada, o que não é condizente com a literatura.

De acordo com a literatura [3] o adenoma pleomórfico é um tumor tipicamente encapsulado e bem circunscrito. Entretanto, a cápsula pode ser incompleta ou exibir infiltração por células tumorais. Essa falta de encapsulação completa é mais comum nos tumores de glândula salivar menor, especialmente ao longo da porção superficial dos tumores do palato. No caso abordado o tumor era delimitado por cápsula fibrosa embora houvesse áreas de infiltração celular o que é concordante com tumores de glândulas salivares menores em palato de acordo com os autores pesquisados.

No tratamento foi realizado a remoção total da lesão, englobando sua mucosa de recobrimento, com margem de segurança, posteriormente foi feita uma cauterização, ressecando totalmente o local para diminuir a taxa de recidiva. De acordo com os autores o tratamento do AP de palato é a excisão cirúrgica local englobando sua mucosa de recobrimento, incluindo o tecido normal, com o objetivo de se evitar recidivas [3,4]. Caso não seja totalmente ressecado, a taxa de recidiva aumenta proporcionando maiores chances de transformação maligna do tumor [4,7,8,10]. O tratamento realizado foi adequado com os relatos literários.

### 4. Conclusões

De acordo com as informações clínicas obtidas e as condutas terapêuticas realizadas, percebe-se que é de extrema importância para o cirurgião-dentista observar qualquer anormalidade na cavidade oral em exames

periódicos, para propiciar ao paciente um diagnóstico precoce de lesões como o adenoma pleomórfico (AP), que juntamente com a biópsia pode descartar sua manifestação maligna, vista a similaridade das características clínicas dessas lesões, e desta forma fazer um tratamento menos invasivo. O recurso terapêutico indicado para AP em palato mole é total remoção da lesão englobando sua mucosa de recobrimento e com grande margem de segurança para evitar sua recidiva ou futuras complicações. Cuidados devem ser tomados no pós-operatório para garantir o êxito do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- [1] Lawall MA, Simonato LE, Ribeiro ACP, Crivelini MM, Moraes NP. Adenoma pleomórfico: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2007; 19(3): 336-40.
- [2] Daryani D, Gopakumar R, Ajila V. Pleomorphic adenoma of the soft palate: Myoepithelial cell predominant. 2011; 22(6) 853-856.
- [3] Neville, Brad et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4 ed, Elsevier Brasil, 2016.
- [4] Utumi ER, Bernabé DG, Zambon CE, Pedron IG, Peres MPSM, Rocha AC. Adenoma pleomórfico em palato mole. *Ver Inst Ciênc Saúde*. 2009; 27(1): 77-80.
- [5] Silva PJM, Neto JAL, Junior EMO, Araújo ALD. Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso. *Rev Odontol*. 2008; 10(3): 51-55.
- [6] Gur OE, Ensari N, Yilmaz NDS. The effects of platelet rich fibrin membrane on secondary healing after pleomorphic adenoma excision in the hard palate: a preliminary study. *Annals of Maxillofacial Surgery*. 2017; 7(1): 78-81.
- [7] Rocha VBC, Carvalho GM, Sartorato EL, Bette P, Silva VG, Zappellini CEM. Adenoma pleomórfico de palato mole. *Ver Bras Cir Pescoço*. 2015; 44(2): 116-118
- [8] Rishpon A, Cohen Z, Brenner S. Pleomorphic adenoma of the soft palate. *American Medical Association*. 2008; 144(8): 1077-1078.
- [9] Carvalho B, Ballin AC, Santos AKR, Ballin CH, Ballin CR, Mocellin M. Apresentação atípica de adenoma pleomórfico. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia*. 2011; 29(1): 20-2.
- [10] Beattie R, Johnston P, Jeganathan R. Pleomorphic adenoma of the soft palate; an important benign disease in an unusual location. *The Ulster Medical Journal*. 2014; 83(3): 181-182.