

**Germana Reis de Andrade Guimarães**

Especialista em Estomatologia pela São Leopoldo Mandic/Rio de Janeiro.

**Alexandre de Freitas Caetano Guimarães**

Graduando em Odontologia pela FO/UERJ.

**Tiago Rocha de Queiroz**

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

**Fábio Ramôa Pires**

Doutor em Estomatopatologia/UNICAMP. Professor Associado de Patologia Bucal - FO/UERJ

**Roberto Prado**

Professor Titular de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial/UERJ

**Mônica Simões Israel**

Doutora em Patologia/UFF. Professora Adjunta de Estomatologia FO/UERJ. Coordenadora da Especialização em Estomatologia da São Leopoldo Mandic/Rio de Janeiro.

## RESUMO

O adenoma pleomórfico (AP) é uma neoplasia benigna comum da glândula salivar caracterizada pela proliferação neoplásica de células glandulares parenquimatosas juntamente com componentes mioepiteliais. O AP pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é frequentemente observada entre a terceira e a quarta década de vida. Clinicamente, mostra uma massa indolor de crescimento lento coberta por mucosa normal, comumente localizada na área do palato duro. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de AP em uma paciente de 14 anos, encaminhada ao serviço de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. O exame intraoral revelou a presença de um crescimento assintomático submerso, não doloroso, localizado na área do palato duro esquerdo, medindo cerca de 3 cm. Foi realizada biópsia incisional e o exame microscópico estabeleceu o diagnóstico de adenoma pleomórfico. A paciente foi encaminhada ao serviço de cirurgia oral e submetida à enucleação da lesão.

**Palavras-Chave:** Patologia Bucal. Adenoma Pleomórfico. Neoplasias das glândulas salivares.

## ABSTRACT

Pleomorphic adenoma (PA) is a common benign salivary gland neoplasm characterised by neoplastic proliferation of parenchymatous glandular cells along with myoepithelial components. PA can occur at any age range, but is frequently seen between the third and fourth decade of life. Clinically, it shows a slow-growing, painless mass covered by normal mucosa commonly located in the hard palate area. The aim of this study was to report a case of PA in a 14-year-old female patient that was referred to the Stomatology service of the dentistry school of Rio de Janeiro State University. Intraoral examination revealed the presence of a firm, submerged asymptomatic growth located in the left hard palate area, measuring about 3 cm. An incisional biopsy was performed and microscopic exam established the Pleomorphic adenoma diagnosis. Patient was referred to the oral surgery service and submitted to the enucleation of the lesion.

**Keywords:** Pathology, Oral. Adenoma, Pleomorphic. Salivary Gland Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico, também chamado de tumor misto, é o mais freqüente dos tumores benignos das glândulas salivares (Figueiredo et al., 2000). Normalmente acomete glândulas salivares maiores, entretanto glândulas salivares menores também podem ser afetadas (Ribeiro-Rota et al., 2003). Dentre todas as glândulas salivares, a parótida é a mais acometida (Neville et al., 2016). Quando essa lesão afeta glândulas salivares menores, normalmente se manifesta em palato duro, seguido de lábio superior, língua e assoalho de boca. (Louro et al., 2002; Varghese et al., 2003). O aspecto clínico é de uma massa indolor, e para o diagnóstico definitivo é necessário avaliação histopatológica da lesão (de Almeida et al., 2007; Tiago et al., 2003). O tratamento indicado é a excisão cirúrgica, e a possibilidade de recidiva é variável de acordo com a técnica cirúrgica utilizada e a localização da lesão (Nogueira et al., 2001). A possibilidade de transformação maligna desse tumor é baixa e normalmente ocorre nos casos de múltiplas recidivas (Louro et al., 2002; Neville et al., 2016). O Adenoma Pleomórfico em glândulas menores tem predileção pelo palato duro, nessa região a lesão pode perfurar o osso e se estender até o seio maxilar ou gerar uma comunicação buco-nasal (Silva et al., 1997).

O adenoma pleomórfico pode ser observado em praticamente qualquer faixa etária, mas há uma tendência maior para pessoas na faixa entre 30 a 60 anos de idade, ocorrendo com pouca frequência em crianças (Neville et al., 2016; Shafer, Hine, Levy, 1987). Apesar disso, de acordo com Rahnema, et al (2013) e Alves, et al (2018), é o neoplasma mais comum das glândulas salivares em crianças, representando 66-90% de todos os tumores da glândula salivar e portanto deve ser considerado como diagnóstico diferencial em muitos casos. Em estudo retrospectivo de 35 anos na Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado de Louisiana com crianças na faixa etária 19 meses a 18 anos realizado por Ritwik P e Brannon R B (2012), 35,7% dos tumores ocorreram em pacientes com 10 anos de idade ou menos. Jorge, et al (2002) afirma que nos casos em pacientes abaixo de 20 anos, o Adenoma pleomórfico tem maior incidência na segunda década de vida.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de Adenoma Pleomórfico, localizado no palato duro em uma paciente de 14 anos. Foi feita a biópsia incisiva seguida de avaliação histopatológica, onde foi confirmado o diagnóstico. A excisão cirúrgica da lesão foi realizada em ambiente hospitalar devido a complexidade do caso, e as lâminas referentes a peça cirúrgica estão descritas no trabalho.

## RELATO DO CASO

Paciente melanoderma, 14 anos de idade, gênero feminino, procurou atendimento na clínica de Estomatologia da São Leopoldo Mandic com queixa principal um aumento de volume no palato duro, com evolução aproximada de seis meses. Ao exame físico extraoral não foram observadas alterações. Ao exame físico intraoral notou-se um aumento de volume em palato duro, lateral à linha média, do lado direito, de aproximadamente 4,0 cm, indolor, fixo, de consistência firme, normocrômico, com superfície ulcerada (Figura 1).



Figura 1: Aspecto clínico na consulta inicial, tumefação na região de palato duro

Após a realização da anamnese e exame físico, levantou-se a hipótese diagnóstica de adenoma pleomórfico e procedeu-se a biópsia incisional, sob anestesia local, utilizando o punch (Figura 2). Os fragmentos foram conservados em formol a 10% e encaminhados ao laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro para análise anátomo-patológica. Após o processamento laboratorial de rotina, os achados microscópicos observados nos cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina (HE) estabeleceram o diagnóstico de Adenoma pleomórfico.



Figura 2: Realização da biópsia incisional utilizando o punch.

Com este resultado, a paciente foi encaminhada ao serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, onde passou por uma avaliação criteriosa e optou-se por realizar a enucleação da lesão em centro cirúrgico devido a sua localização e a possibilidade de comunicação oro-nasal. A paciente foi submetida à anestesia geral, com intubação nasotraqueal. Foram realizadas infiltrações no nervo palatino maior bilateralmente e no nervo nasopalatino, incisão mucoperiosteal da mucosa palatina até a região subperiosteal, do segundo molar até canino. Na área de canino foi executada incisão relaxante até a rafe palatina mediana (Figura 3).



Figura 3: Acesso cirúrgico intraoral e observação direta da lesão.

Após realizado o acesso à lesão, antes de concretizada a sua completa retirada, foi feita a ligação da artéria palatina maior. Pôde ser observada uma grande área de reabsorção óssea, porém sem haver comunicação com a cavidade nasal (Figura 4).



Figura 4: Ilustração da extensa área de reabsorção óssea sem comunicação oronasal.

Por fim, foi realizada osteotomia de 1 mm para regularização da superfície e as bordas cirúrgicas foram reaproximadas e suturadas com fio de sutura Vicryl 4.0 (Figura 5).



Figura 5: Pós cirúrgico imediato após sutura com fio Vicryl 4.0.

O protocolo de cuidados pós-operatório incluiu alimentação líquida e pastosa e a prescrição de Amoxicilina (500 mg de 8 em 8 horas durante 7 dias), nimesulida (100 mg de 12 em 12 horas durante 4 dias) e dipirona (500 mg de 6 em 6 horas, em caso de dor – confirmar se a posologia foi essa mesma).

A peça cirúrgica foi encaminhada para análise anátomo-patológica no mesmo laboratório e, após o processamento laboratorial, a avaliação dos cortes histológicos 5 µm corados em HE mostrou a presença de uma proliferação de células de origem epitelial e mioepitelial associada a presença de componentes mesenquimais, incluindo áreas mixoides e condroides. As células epiteliais mostravam frequente padrão plasmocitoide e foram observadas numerosas estruturas de padrão ductal. Não foram observadas áreas displásicas ou necróticas por todo o espécime. O diagnóstico final foi Adenoma pleomórfico (Figura 6).

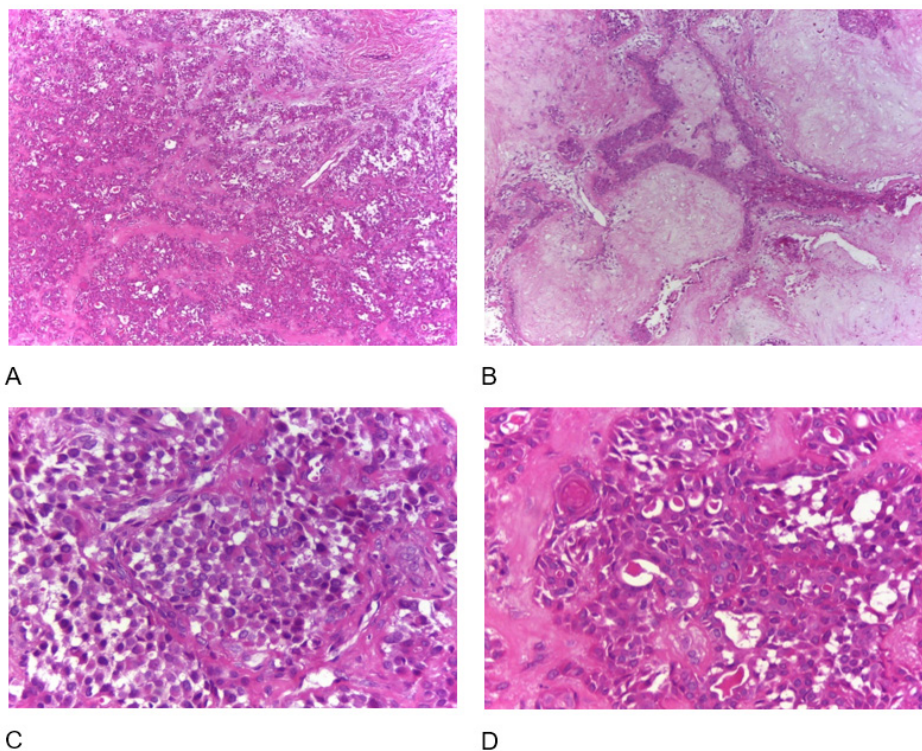


Figura 6: Aspectos histológicos da lesão mostrando a proliferação das células epiteliais e mioepiteliais (A – HE, 10x), o componente mesenquimal condroide (B – HE, 10x), a presença das células de padrão plasmocitoide (C – HE, 100x) e os componentes ductais (D – HE, 100x).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adenoma pleomórfico apresenta possibilidade de recidivas e algum potencial de malignização. Ressaltamos, neste caso, o papel fundamental do cirurgião-dentista clínico que, embora não sendo especialista em Estomatologia, deve reconhecer a necessidade de obtenção de um diagnóstico preciso. Salientamos também que o Estomatologista deve estar efetivamente pronto a reconhecer lesões com diagnóstico suspeito de adenoma pleomórfico ou outros tumores de glândulas salivares a fim de que o paciente afetado não seja submetido a morosidades desfavoráveis no que se refere a seu tratamento e cura.

## REFERÊNCIAS

- 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
- Ribeiro-Rotta, R. F., Cruz, M. L., Paiva, R. R., Mendonça, E. F., Spini, T. H., & Mendonça, A. R. (2003). O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(5), 699-707.
- Neville, BW et al. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 972p.
- Louro, R. S., Passeado, D., Andrade, M. D. C., & Sampaio, R. K. P. L. (2002). Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso clínico. *Rev. bras. odontol*, 59(1), 25-27.
- Varghese, B. T., Sebastian, P., Abraham, E. K., & Mathews, A. (2003). Pleomorphic adenoma of minor salivary gland in the parapharyngeal space. *World journal of surgical oncology*, 1(1), 2.
- de Almeida Lawall, M., Simonato, L. E., Ribeiro, A. C. P., Crivelini, M. M., & de Moraes, N. P. (2007). Adenoma pleomórfico: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 19(3), 336-40.
- Tiago, R. S. L., Castro, G. A., Ricardo, L. A. D. C., Bühler, R. B., & Fava, A. S. (2003). Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(4), 485-489.
- Nogueira, A. S., Alves, A. P. N. N., Nogueira, R. A. S., & Tavares, R. N. (2001). Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso clínico. *Rev. paul. odontol*, 14-8.
- Silva, J. J. D., Silva, M. D. C. A., Stêvão, É. L. D. L., & Herinqson, D. (1997). Adenoma pleomórfico de palato duro. *Rev. odonto ciênc*, 12(24), 203-8.
- SHAFER, W., HINE, M., & LEVY, B. (1987). *Tratado de patologia bucal*. 4ª edição.
- Rahnama, M., Orz dała-Kozsel, U., Czupkałło, Ł., & Łobacz, M. (2013). Pleomorphic adenoma of the palate: a case report and review of the literature. *Contemporary oncology*, 17(1), 103.
- Alves, V. L. A., Pérez-de-Oliveira, M. E., de Castro, J. F. L., Vieira, C. L., Leão, J. C., & da Cruz Perez, D. E. (2018). Intraoral pleomorphic adenoma in young patients. *Journal of Craniofacial Surgery*, 29(2), e209-e211.
- Ritwik, P., & Brannon, R. B. (2012). A clinical analysis of nine new pediatric and adolescent cases of benign minor salivary gland neoplasms and a review of the literature. *Journal of medical case reports*, 6(1), 287.
- Jorge, J., Pires, F. R., Alves, F. A., Perez, D. E. C., Kowalski, L. P., Lopes, M. A., & Almeida, O. P. (2002). Juvenile intraoral pleomorphic adenoma: report of five cases and review of the literature. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 31(3), 273-275.

Pires, F. R., Pringle, G. A., de Almeida, O. P., & Chen, S. Y. (2007). Intra-oral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. *Oral oncology*, 43(5), 463-470.

da Cruz Perez, D. E., Pires, F. R., Alves, F. A., Almeida, O. P., & Kowalski, L. P. (2004). Salivary gland tumors in children and adolescents: a clinicopathologic and immunohistochemical study of fifty-three cases. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 68(7), 895-902.

Abrahão, A. C., Netto, J. D. N. S., Pires, F. R., dos Santos, T. C. R. B., & Cabral, M. G. (2016). Clinicopathological characteristics of tumours of the intraoral minor salivary glands in 170 Brazilian patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54(1), 30-34.

Juengsomjit, R., Lapthanasupkul, P., Poomsawat, S., & Larbcharoensub, N. (2015). A clinicopathologic study of 1,047 cases of salivary gland tumors in Thailand.

Regezi JA, Sciubba, JJ, Jordan, RCK. *Patologia Oral: correlações clinicopatológicas*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 417p.

Lingam, R. K., Dagher, A. A., Nigar, E., Abbas, S. A., & Kumar, M. (2011). Pleomorphic adenoma (benign mixed tumour) of the salivary glands: its diverse clinical, radiological, and histopathological presentation. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 49(1), 14-20.