

Enucleação de Adenoma Pleomórfico: Considerações Terapêuticas e Relato de Caso

Enucleation of Pleomorphic Adenoma: Therapeutic Considerations and Case Report

Daniela Nascimento Silva¹
Karis Barbosa Guimarães²
Marcelo Ferraro-Bezerra³
Cláiton Heitz⁴

Recebido em 07/03/2007
Aprovado em 04/06/2007

RESUMO

O adenoma pleomórfico é o tumor benigno que representa cerca de 70 a 90% dos tumores das glândulas salivares. A parótida é a glândula salivar mais afetada, seguida das glândulas salivares menores localizadas na região posterolateral do palato. O tratamento de eleição consiste na excisão cirúrgica da lesão, com pequena margem de segurança, em virtude da grande possibilidade de recidiva, caso permaneçam células tumorais após enucleação. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico localizado na região posterolateral, na junção entre os palatos duro e mole, tratado através de excisão cirúrgica. Os autores apresentam uma complicação pós-operatória dada pela necrose do tecido de fina espessura remanescente, na região de palato mole, após enucleação do adenoma, causando uma fístula buconasal de aproximadamente 5 mm. O fechamento desta fístula ocorreu pela reepitelização por segunda intenção, com integridade epitelial observada aos cinco meses do pós-operatório. Após quatro anos de acompanhamento, não existem evidências clínicas de recidiva tumoral.

Descritores: Adenoma Pleomorfo; Neoplasia de Glândula Salivar; Enucleação; Fístula.

ABSTRACT

The pleomorphic adenoma a benign tumor that represents around 70 to 90% of salivary gland tumors. The parotid is the gland most affected, followed by the minor salivary glands located in the posterolateral region of the palate. The treatment of choice is surgical excision of the lesion with a small margin of safety in view of the strong possibility of recurrence if tumor cells remain after enucleation. The purpose of this paper is to report a clinical case of pleomorphic adenoma in the posterolateral region at the junction between the hard and soft palates, treated by surgical excision. The authors present a postoperative complication caused by the necrosis of the thin remaining tissue in the region of the soft palate following enucleation of the adenoma, causing an oronasal fistula of approximately 5 mm. The closure of this fistula occurred as a result of reepithelialization by second intention, observed five months after surgery. After 4 years of follow-up there is no evidence of recurrence of the tumor.

Descriptors: Pleomorphic, Adenoma; enucleation; fistula.

1. Professora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Concentração CTBMF – Mestrado e Doutorado – PUCRS, Doutora em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. E-mail: danitxf@hotmail.com
2. Mestre em Odontologia – Área de Concentração CTBMF pela PUCRS, Doutoranda em Odontologia – Área de Concentração CTBMF pela FOP-UPE.
3. Mestre em Odontologia – Área de Concentração CTBMF pela PUCRS.
4. Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Concentração CTBMF – Mestrado e Doutorado – PUCRS, Doutora em Estomatologia Clínica.

INTRODUÇÃO

O Adenoma Pleomórfico é a neoplasia mais comum das glândulas,^{1,2} representando de 70 a 90% dos tumores benignos das glândulas salivares^{3,4}. Aproximadamente 7 a 23% dos Adenomas Pleomórficos ocorrem nas glândulas salivares menores, sendo o palato o sítio de maior prevalência (60% dos casos)⁵.

Embora a exata etiologia ainda seja controversa, acredita-se que o Adenoma Pleomórfico desenvolva-se a partir de uma mistura de elementos ductais e células mioepiteliais. Podem desenvolver-se em qualquer idade, com maior incidência em indivíduos distribuídos entre a terceira e a sexta décadas de vida, com uma maior predominância no gênero feminino^{2,5}.

Os adenomas pleomórficos que afetam as glândulas salivares do palato manifestam-se geralmente como lesões nodulares, de crescimento lento, indolores e de limites bem definidos. Apresentam consistência firme e são imóveis à palpação devido à natureza aderida da mucosa palatina. Estes tumores são geralmente encontrados na porção posterolateral, tendo superfície lisa, e em formato de cúpula, arredondado ou oval. Caso ocorra trauma local, pode ocorrer a formação de uma ulceração secundária^{5,6,7}.

Histologicamente, o Adenoma Pleomórfico apresenta-se como um tumor encapsulado, bem circunscrito, composto por uma mistura de epitélio glandular e células mioepiteliais, responsáveis pela produção da matriz extracelular. A proporção dos elementos epiteliais e componentes semelhantes ao mesênquima é altamente variável entre tumores diferentes. Frequentemente o epitélio forma ductos e estruturas císticas ou pode apresentar-se como ilhas ou ninhos de células. Na matriz intracelular, também podem ser vistas células escamosas ceratinizantes, células produtoras de muco que podem secretar material mucóide, resultando em um fundo mixomatoso, hialino e com áreas cartilaginosas e ósseas^{5,6,8}.

Os Adenomas Pleomórficos, que apresentam

localização palatina, são tratados através de excisão cirúrgica simples, com pequena margem de segurança. Deve-se realizar a exérese da lesão de maneira subperióstica, incluindo a mucosa de revestimento⁵. Com a cirurgia adequada, o prognóstico é excelente, havendo índice de cura de mais de 95%. O risco de recidiva é menor para os tumores de glândulas salivares menores. A degeneração maligna é uma potencial complicação, resultando em um carcinoma ex-adenoma pleomórfico, com relatos variando de 5% a 23% dos casos.^{2,3,5,9}

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico localizado na região posterolateral, na junção entre os palatos duro e mole, tratado através de excisão cirúrgica.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 57 anos, leucoderma, procurou o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, queixando-se de "ferida" no palato, com crescimento lento e progressivo em um período de 3 anos. Ao exame clínico, evidenciou-se uma lesão nodular, medindo aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro, consistência firme e imóvel, limites bem definidos, localizada na região posterolateral do palato duro com extensão para o palato mole, lado esquerdo, a qual se apresentava com ulceração na porção central (Figura 1). A paciente relatou que o aumento de volume foi diagnosticado inicialmente como abscesso dento-alveolar, sendo realizada a endodontia do primeiro molar superior esquerdo, seguida de exodontia e procedimento de "drenagem" da lesão. A presença de área ulcerada alertou para a necessidade de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre Adenoma Pleomórfico e outros processos neoplásicos, inclusive malignos.



Figura 1 - Aspecto clínico do adenoma pleomórfico no palato, revelando área ulcerada no centro da lesão.

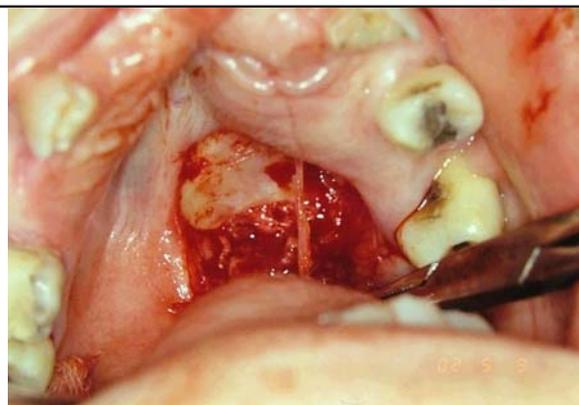


Figura 2 - Loja Cirúrgica após enucleação do adenoma pleomórfico. Observa-se remoção do periósteo com exposição do osso adjacente.

Em virtude das dimensões da lesão, optou-se pela realização de biópsia incisional, cujo resultado anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de Adenoma Pleomórfico.

Exames laboratoriais de rotina, solicitados para avaliar as condições clínicas da paciente, evidenciaram ausência de patologias sistêmicas associadas. Técnicas radiográficas, panorâmica, PA mento-naso (Water's) e oclusal total da maxila foram realizadas no intuito de investigar possíveis reabsorções ósseas e/ou dentárias, adjacentes à lesão como também o comprometimento da cavidade nasal e seio maxilar, ipsilateral. As imagens revelaram anatomia radiográfica sem alterações.

O tratamento cirúrgico da lesão consistiu da exérese subperióstica através do descolamento da lesão de sua inserção palatina juntamente com o periósteo, sendo esta removida em conjunto com a mucosa bucal que a revestia, resultando em uma área palatina de superfície cruenta (Figuras 2). Realizou-se a aposição de cimento cirúrgico sobre a loja cirúrgica, fixado às margens da loja, através de sutura por fio de nylon. A peça cirúrgica foi encaminhada para exame anátomo-patológico. Os cortes microscópicos examinados mostraram um epitélio glandular, proliferando sob a forma de ilhas, cordões e ductos, e tecido conjuntivo hialinizado (Figura 3). A cápsula, na profundidade, estava íntegra e livre de tumor.

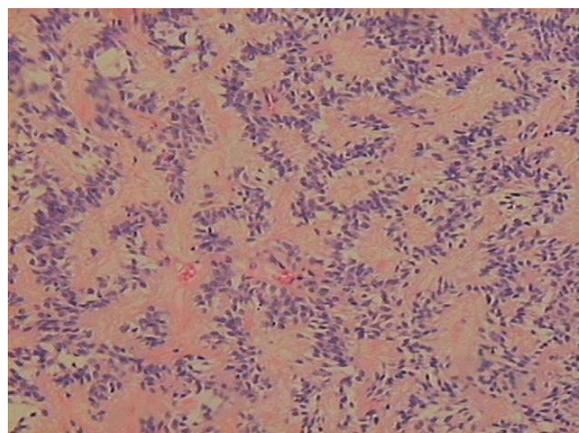


Figura 3 - Aspecto histológico do adenoma pleomórfico - Proliferação do epitélio circundado por tecido conjuntivo hialinizado (Aumento 40X).

No sétimo dia de pós-operatório, após remoção do cimento cirúrgico, constatou-se a presença de fístula buconasal na região central da loja cirúrgica, junção entre os palatos duro e mole, medindo aproximadamente 5 mm em seu maior diâmetro (Figura 4). Optou-se por aguardar o fechamento espontâneo da fístula devido a sua pequena dimensão e impossibilidade de rotação de retalhos mucoperiostais para a obtenção de fechamento primário. A paciente foi acompanhada semanalmente, sendo observada a evolução da cicatrização por segunda intenção e fechamento gradativo da fístula buconasal. Aos setenta e cinco dias, observou-se completo fechamento da fístula.



Figura 4 – Aspecto clínico da fístula buconasal em processo de cicatrização.

Passados cinco (05) meses, observou-se completa cicatrização da loja cirúrgica, epitélio íntegro e mucosa de revestimento de aspecto normal.

O controle pós-operatório foi realizado durante quatro anos consecutivos, mostrando normalidade na região anatômica, sem sinais clínicos de recidiva. (Figura 5)



Figura 5 – Mucosa palatina íntegra em cinco meses de pós-operatório.

DISCUSSÃO

Em função de o Adenoma Pleomórfico apresentar-se como uma lesão de crescimento lento e indolor, pode haver um intervalo prolongado entre o surgimento dos primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico definitivo e seu tratamento. A literatura demonstra que a lesão permanece, em média, por um período de 12 meses sem diagnóstico, desenvolvendo-se gradualmente na região posterolateral do palato até atingir proporções maiores e desencadear desconforto para o paciente. É nesta fase que o paci-

ente busca tratamento especializado^{1,6,10}. Essas considerações explicam a demora de 3 anos para que a paciente do presente caso buscasse tratamento. Além disso, a falta de conhecimento das características clínicas do adenoma pleomórfico resultou em um tratamento inadequado e atraso no estabelecimento de um diagnóstico definitivo para o quadro. A “drenagem” da lesão pode ter sido responsável pela presença de ulceração na sua superfície e poderia ter provocado ruptura da sua cápsula, o que comprometeria a total enucleação e aumentaria as chances de recidiva.

A presença de ulceração na superfície dos tumores das glândulas salivares menores poderá ocorrer não sendo associada diretamente a processos de invasão tumoral, e sim, como resultado da biópsia incisional realizada^{11,12}. Porém, Loyola et al.¹³ advertem que a ulceração superficial, quando associada ao aumento súbito do tamanho da lesão associada a processos dolorosos e alterações nas características radiográficas podem ser características de um processo tumoral maligno.

Diante de lesões localizadas na região posterolateral do palato, o adenoma pleomórfico deve ser a primeira suspeita diagnóstica, pois este sítio representa a segunda localização anatômica mais comum. Além disso, observa-se uma escassez de lesões odontogênicas ou não odontogênicas que se manifestam neste local. Como muitas das lesões malignas de glândulas salivares, também apresentam características similares de coloração e crescimento; deve-se estabelecer sempre o diagnóstico através de biópsia incisional, mesmo em casos de lesões pequenas.

O exame histopatológico deve ser conduta de rotina como diagnóstico conclusivo nas situações em que se depara com quadros sugestivos de diferentes entidades patológicas⁶.

O tratamento do Adenoma Pleomórfico consiste na excisão cirúrgica da lesão, juntamente com a mucosa bucal que a reveste, tendo um bom prognóstico quando não se rompe a cápsula tumoral circundante⁷. A excisão parcial constitui em um risco

para o paciente, havendo grande possibilidade de recidiva e de transformação carcinomatosa do Adenoma Pleomórfico, a partir dos remanescentes tumorais que não foram removidos.

Nos casos de lesões localizadas no palato, deve-se proceder à remoção da lesão juntamente com o periósteo subjacente e mucosa palatina. A natureza inserida dessa mucosa impede a realização de uma enucleação total da lesão através de dissecação extracapsular. Além disso, podem existir áreas na lesão em que a cápsula tumoral encontra-se delgada ou ausente, sendo, desse modo, expostas ou rompidas durante a tentativa de dissecação.

Índices de recorrência, variando de 0 a 14%, foram evidenciados em pacientes submetidos a uma dissecação extracapsular cirúrgica. Entretanto, estes índices absolutos não levam em consideração outros fatores, como a duração de acompanhamento do paciente. A principal causa da recorrência do adenoma pleomórfico consiste na incompleta ressecção cirúrgica da cápsula envolvente, por razões de exposição parcial ou de rompimento desta durante o transoperatório^{3,14}.

Seifert e Sobin¹⁵ constataram que o risco de desenvolvimento do caráter de malignidade foi de aproximadamente 1,5% em Adenomas Pleomórficos com duração de 5 anos, mas com aumento para 9,5% em quadros existentes há mais de 15 anos.

No caso relatado, a fístula buconasal resultou provavelmente da necrose do tecido de fina espessura remanescente, na região de palato mole, após enucleação do adenoma, devido à deficiência na vascularização sanguínea, agravada possivelmente pelo trauma mecânico adicional decorrente do atrito com o cimento cirúrgico aposicional. Em relação à conduta tomada frente ao tratamento da fístula buconasal, optou-se por aguardar o fechamento dessa comunicação pela reepitelização por segunda intenção, sem intervenção cirúrgica imediata, em virtude das pequenas dimensões da abertura (aproximadamente 5mm em seu maior diâmetro) e da impossibilidade de rotação

de retalhos. No período de 5 meses, o diâmetro da fístula diminuiu gradativamente, até completo fechamento da fístula. Torna-se importante a avaliação radiográfica para avaliar a integridade do palato ou possíveis reabsorções por compressão tumoral.

Peterson et al.¹⁶ afirmam que depois de diagnosticar uma fístula bucosinusal, o cirurgião deve determinar o tamanho aproximado desta, já que o tratamento irá depender da dimensão da abertura. Afirma que, nos casos de pequenas comunicações (2-6mm), apenas a realização de uma sutura em forma de oito no alvéolo deverá assegurar a manutenção do coágulo sanguíneo na área. Considerando a fístula ocorrida durante o tratamento cirúrgico da lesão, observou-se que a pequena abertura cicatrizou espontaneamente. Tomando-se por analogia a afirmação de tratamento proposto por Peterson et al.¹⁶, levando-se em consideração o tamanho da fístula, pode-se concluir que a conduta tomada no presente caso foi bem estabelecida. Em um período de quatro anos, não foi observada recidiva da lesão. A paciente permanecerá em acompanhamento durante um período de, no mínimo, cinco anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de escolha para adenomas pleomórficos na região posterolateral do palato é a exérese da lesão juntamente com o periósteo subjacente e a mucosa bucal que a reveste. Desse modo, diminui-se a possibilidade de recidiva da lesão causada pelo rompimento da cápsula tumoral. A fístula buconasal é uma complicação que pode advir do tratamento de lesões localizadas na região palatina, principalmente em lesões próximas ao palato mole ou quando há reabsorção óssea pela compressão do tumor. Cuidados devem ser tomados, quando da excisão cirúrgica dessas lesões, para assegurar que existe tecido ósseo ou espessura suficiente de tecidos moles na região posterior do palato, no intuito de prevenir futuras complicações. Pequenas comunicações (até 6mm) podem sofrer fechamento espontâneo com

reepitelização secundária, enquanto grandes (> 7mm) comunicações podem necessitar de reintervenção cirúrgica, até mesmo com confecção de retalhos teciduais para o fechamento da fístula.

REFERÊNCIAS

- Chen YK. et al. Pleomorphic adenoma with extensive necrosis: report of two cases. **Oral Diseases**. 2004;10:54-59.
- Harada H. et al. A Massive Pleomorphic Adenoma of the Submandibular Salivary Gland Accompanied by Neurilemmomas of the Neck Misdiagnosed as a Malignant Tumor: Report of Case. **J Oral Maxillofac Surg**, 2001;59:931-935.
- Piekarski J. et al. Results of Extracapsular Dissection of Pleomorphic Adenoma of Parotid Gland. **J Oral Maxillofac Surg**, 2004;62:1198-1202.
- Toida M. et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**. 2004.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- Jorge, J. et al. Juvenile intraoral pleomorphic adenoma: report of five cases and review of the literature. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**.2002;31:273-275.
- Lowry TR, Heichel DJ. Pleomorphic adenoma of the hard palate. **Otolaryngol Head Neck Surg**. 2004;131:793.
- Sarlani E. et al. Synchronous occurrence of ipsilateral synovial chondromatosis of the temporomandibular joint and pleomorphic adenoma of the parotid gland. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 2004;98:69-75.
- Mizui T. et al. Malignant Transformation of a Gigantic Pleomorphic Adenoma of the Submandibular Gland: A Case Report. **J Oral Maxillofac Surg**. 2000;58:1422-1424.
- Chen YK. et al. Palatal pleomorphic adenoma in a child with osteoid formation : report of a case. **ASDC J Dent Child**. 1998;65:209-211.
- To EWH. et al. Pleomorphic Adenoma of the Lower Lip: Report of a Case. **J Oral Maxillofac Surg**. 2002;60:684-686.
- Li CY. et al. Epithelial-myoepithelial carcinoma arising in pleomorphic adenoma of the palate. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 2000;90:460-5.
- Loyola AM. et al. Minor Salivary Gland Tumours. A Retrospective Study of 164 cases in a Brazilian Population. **Oral Oncol. Eur J Cancer**. 1995;31(3):197-201.
- Strek P. et al. Pleomorphic Adenoma of the parotid gland: Analysis of the causes of recurrence. **Otolaryngol Pol**. 1998;52:431.
- Seifert G, Sobin, LH. **Histological Typing of Salivary Gland Tumors**. 2 ed. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1991.
- Peterson LJ. et al. Prevenção e tratamento das complicações cirúrgicas. In: _____. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 240-256.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Faculdade de Odontologia da PUCRS

Daniela Nascimento Silva

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 06, sala 209,

Porto Alegre (RS) – Brasil.

CEP: 90610-000