

# Diagnóstico diferencial e tratamento do mioepitelioma e adenoma pleomórfico

*Differential diagnosis and treatment of mioepithelioma and pleomorphic adenoma*

## RESUMO

**Introdução:** As neoplasias de glândulas salivares constituem um grupo de lesões, clínica e morfológicamente diferente, capaz de determinar importantes desafios diagnósticos e terapêuticos. Apresentar dois casos de tumores benignos de glândulas salivares menores, sendo um adenoma e outro mioepitelioma, discutindo o diagnóstico diferencial e a forma de tratamento em comparação com informações da literatura. **Relato de caso:** Pacientes do sexo feminino, com idades semelhantes, ambas se queixavam que após o uso de uma prótese mal adaptada notou-se o aparecimento de uma lesão assintomática no palato. Diante das características clínicas das lesões, as hipóteses de diagnóstico foram de tumor de glândula salivar menor e adenoma pleomórfico, respectivamente. Diante da ausência de sinais de malignidade, o tratamento proposto foi biópsia excisional com enucleação e curetagem. O diagnóstico histopatológico foi de Tumor de Glândula Salivar Menor (Mioepitelioma Plasmocitóide), e Adenoma Pleomórfico, respectivamente. A enucleação e curetagem se mostraram eficazes e sem sinais de recidiva. **Considerações finais:** Tanto o adenoma como o mioepitelioma se apresentam clinicamente semelhantes sendo o diagnóstico diferencial realizado através do histopatológico, porém o tratamento conservador de enucleação e curetagem pode ser aplicado em ambas.

**Palavras-chaves:** Glândulas salivares; Mioepitelioma; Adenoma pleomorfo; Patologia bucal; Diagnóstico diferencial.

### Juliana Maria Araújo Silva

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UFBA-OSID.

### Reinilton Gomes Rocha Júnior

Cirurgião-Dentista pela União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia.

### Lais Cândia Hayne

Cirurgiã-Dentista pela União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia.

### Juliana Andrade Cardoso

Professora do núcleo de Propedêuticas da União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia.

### Antônio Varela Cândia

Staff do Serviço de CTBMF do Hospital Clériston Andrade - SESAB.

### Jener Gonçalves de Farias

Professor do núcleo de Propedêuticas da União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia.

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Juniana Andrade Cardoso  
UNIME - FAS: Odontologia. Av. Luis Tarquínio Pontes, 600, Centro. Lauro de Freitas, Bahia-BA. Brasil. CEP: 42702-420.  
E-mail: juliandrdec@gmail.com

## ABSTRACT

**Introduction:** The neoplasms of salivary gland constitute a group of lesions clinically and morphologically different, which are able to determine important challenges in diagnostic and therapeutic. To report two cases of benign tumors of the minor salivary glands, adenoma and myoepithelioma. Also, discussing the differential diagnosis and its treatment in comparison with literature information. **Case report:** Two female patients, with similar ages, both complained about the appearance of an asymptomatic lesion on the palate after using a poorly adapted prosthesis. On the clinical characteristics of the lesions, the hypothetical diagnosis was of minor salivary gland tumor and pleomorphic adenoma, respectively. In the absence of signs of malignancy, the proposed treatment was excisional biopsy with enucleation and curettage. The histopathology diagnosis was benign tumor of minor salivary glands (myoepithelioma plasmacytoid), and pleomorphic adenoma, respectively. The enucleation and curettage were effective and there were no signs of recurrence. **Final considerations:** Both the adenoma and myoepithelioma are clinically similar and the differential diagnosis is performed by the histopathology exam, but conservative treatment such as enucleation and curettage can be applied to both. **Key-words:** Salivary glands; Myoepithelioma; Pleomorphic adenoma; Oral pathology; Differential diagnosis.

## INTRODUÇÃO

Glândulas salivares menores são glândulas não encapsuladas e estão distribuídas em toda mucosa e submucosa oral. A saliva é produzida por pequenas unidades secretoras e é conduzida à cavidade bucal em ductos curtos, com pouca modificação de seu conteúdo<sup>1</sup>. Diversos processos mórbidos podem se desenvolver no interior desse conjunto de glândulas, originando-se da própria glândula, dos tecidos a ela associados ou fazendo parte de quadros sistêmicos mais complexos e, muitos destes, se não tratados podem levar o paciente ao óbito. As neoplasias de glândulas salivares constituem um grupo de lesões clínicas e morfológicamente diferentes, capazes de determinar importantes desafios diagnósticos e terapêuticos<sup>2</sup>. A incidência estimada para essas lesões é de 0,4 a 3,5 casos por grupo de 100 mil pessoas, constituindo menos de 5% das neoplasias da região de cabeça e pescoço em adultos e cerca de 8% em crianças<sup>3</sup>.

O adenoma pleomórfico é um tumor misto benigno e é dentre as neoplasias de glândula salivar o mais comum<sup>4,5</sup>. Tipicamente encapsulado e bem circunscrito, entretanto, a cápsula pode ser incompleta ou exibir infiltração por células tumorais. O tumor é composto de uma mistura de epitélio glandular e células mioepiteliais permeados por um fundo semelhante ao mesênquima<sup>6</sup>. Geralmente o epitélio forma ductos e estruturas císticas ou pode ocorrer na forma de ilhas ou cordões celulares. Podem acometer pacientes de qualquer faixa etária, porém é mais comum em adultos jovens e adultos de meia idade, entre 30 e 60 anos<sup>7</sup>.

O mioepitelioma é um tumor de glândula salivar de acometimento raro, representando cerca de 1% dos tumores de glândulas salivares. Em geral trata-se de uma lesão benigna e, 10% dos casos mostra comportamento maligno, recebendo o nome de mioepitelioma maligno ou carcinoma mioepitelial<sup>4,5</sup>. Tais tumores geralmente são chamados mioepiteliomas, embora provavelmente representem um espectro final dos tumores mistos<sup>5</sup>. Ocorrem normalmente em indivíduos entre 60 e 70 anos de idade com maior incidência em mulheres. O diagnóstico de mioepitelioma é pouco frequente, encontrado em aproximadamente 1% dos tumores de glândulas salivares<sup>7</sup>.

Independente do local de origem, tanto o adenoma pleomórfico como o mioepitelioma, normalmente se apresentam clinicamente como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. Quando se trata de glândulas

salivares menores, o adenoma pleomórfico e o mioepitelioma se apresentam, preferencialmente, em região posterior de palato duro<sup>3,4,6,7</sup>.

O adenoma pleomórfico é o principal diagnóstico diferencial do mioepitelioma. Está no meio de um espectro de tumores salivares benignos, onde numa extremidade se tem o mioepitelioma, e na outra, os adenomas de células basais. O mioepitelioma é composto completamente, ou quase completamente, por células mioepiteliais, e as formações ductais estão ausentes, ou são muito raras (presentes em menos de 5% da área do campo examinado). No adenoma pleomórfico, as células mioepiteliais apresentam-se em número variado (eventualmente a disposição delas no adenoma pleomórfico pode ser semelhante ao mioepitelioma), e as formações ductais são numerosas. Ambos os tumores apresentam prognóstico semelhante, e este é bom, se tratados através da excisão cirúrgica completa<sup>7</sup>. O método de diagnóstico utilizado é a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e biópsia excisional<sup>7</sup>.

O tratamento indicado é a ressecção cirúrgica do tumor com margens, entretanto, antes de tal processo um estudo de imagem deve ser realizado para se avaliar a extensão e o acometimento de estruturas vizinhas. Na literatura pesquisada, todos os casos foram tratados com ressecção cirúrgica, apresentando boa evolução<sup>5,7,8</sup>.

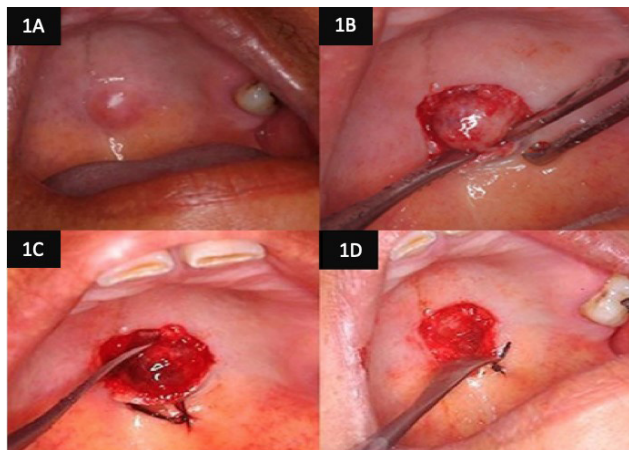
Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo apresentar dois casos de tumores benignos de glândulas salivares menores, sendo um adenoma e outro mioepitelioma discutindo o diagnóstico diferencial e a forma de tratamento em comparação com informações da literatura.

## RELATO DE CASO

Paciente G.G.A.A., 46 anos, sexo feminino, faioderma, procedente de Dias D'Ávila – BA, foi encaminhada pela comunidade geral do bairro em que reside para ser atendida em Agosto de 2013 na Clínica Escola do Curso de Odontologia da União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME) - Lauro de Freitas relatando como queixa principal que “nasceu um caroço no céu da boca após usar uma prótese mal adaptada”.

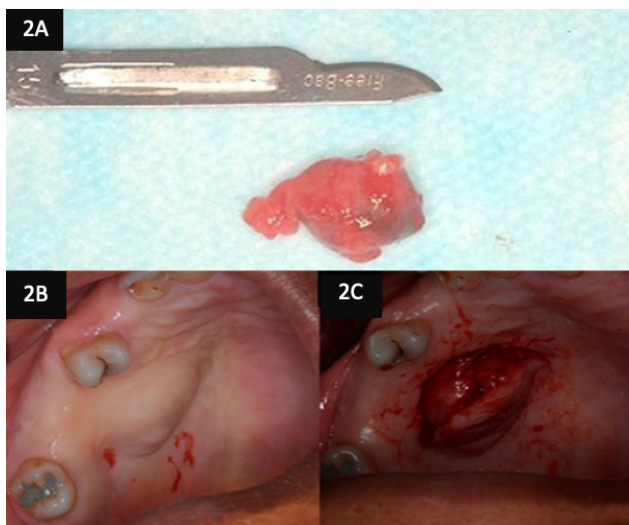
Na anamnese, a paciente relatou que após o uso de uma prótese mal adaptada notou o aparecimento gradativo há 3 meses da lesão assintomática no palato. Na história médica e revisão dos sistemas não relatou nenhuma alteração digna de nota.

Durante o exame físico intra-bucal foi observada uma lesão do tipo nodular, indolor, localizada no palato duro posterior do lado esquerdo medindo em torno de 15x8x6 mm com aspecto arredondado e bem delimitado, irregular, com coloração acastanhada, superfície lisa, consistência compressível, de base sésil e indolor (**Figura 1A**).

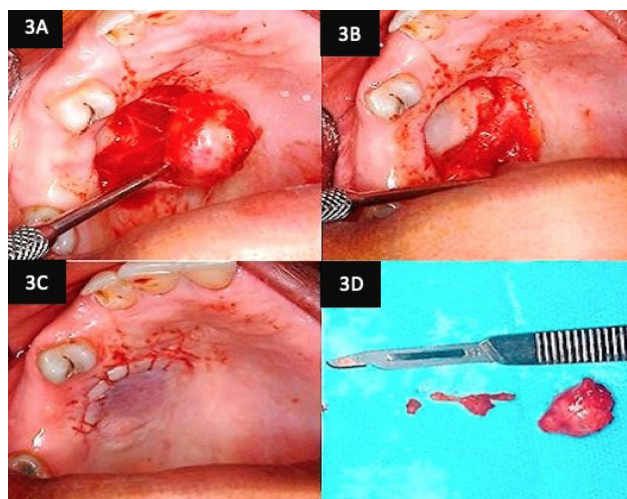


**Figura 1** - A1 Aspecto clínico inicial da lesão. 1B - Biópsia excisional da lesão. Figura 1C - Enucleação da lesão. 1D - Curetagem da lesão.

Diante das características clínicas e patológicas da lesão, preferiu-se pela biópsia excisional com enucleação e curetagem. O aspecto da lesão após remoção cirúrgica pode ser visto na imagem respectivamente (**Figuras 1B, 2A, 2B e 3**). O diagnóstico histopatológico foi de Tumor da Glândula Salivar Menor (Mioepitelioma Plasmocitóide), que exibe neoplasia benigna de glândula salivar caracterizada pela proliferação de células de aspecto plasmocitóide entremeados, muitas vezes, por tecido osteóide. Havendo presença de estroma mixóide, de células claras e de células mioepiteliais.



**Figura 2** - 2A Aspecto da lesão após remoção cirúrgica. 2B - Aspecto clínico da lesão. 2C - Biópsia excisional da lesão.



**Figura 3** - 3A Remoção total da lesão. 3B - Aspecto clínico após remoção e curetagem da lesão. 3C - Aspecto final da cirurgia após a sutura. 3D - Aspecto macroscópico da lesão após remoção cirúrgica.

Um segundo paciente (T.P.C.), 52 anos, sexo feminino, procedente de Camaçari – BA, foi atendida na Clínica Escola do Curso de Odontologia da União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME) - Lauro de Freitas, na disciplina de Propeidêutica Cirúrgica 2, tendo como queixa principal: “que um caroço apareceu no céu da boca”. Na história da doença atual, a mesma relatou que a lesão surgiu há um ano, apenas com sintomatologia dolorosa quando utilizava a prótese parcial removível (PPR).

Durante o exame físico intra-bucal observou-se uma lesão do tipo tumoral indolor, de inserção sésil, localizada no palato duro posterior do lado direito de aproximadamente 1,5 cm, de coloração rósea, superfície lisa, consistência compressível. De acordo com as características clínicas e do exame imaginológico, a hipótese de diagnóstico foi de Adenoma Pleomórfico, com prognóstico geral bom. Diante do quadro, bem como da ausência de sinais de malignidade optou-se pela biópsia excisional com enucleação removendo toda a lesão e, em seguida, foi realizada curetagem e sutura.

## DISCUSSÃO

O adenoma pleomórfico é um tumor misto benigno e é dentre as neoplasias de glândula salivar, o mais comum ao contrário do mioepitelioma que é de acometimento raro<sup>4,5</sup>.

Quanto ao aspecto clínico, o caso apresentado concorda com a literatura que afirma que tanto o adenoma pleomórfico como o mioepitelioma, se apresentam como lesão do tipo tumoral, localizando-se na região posterior do palato, de coloração rósea ou acastanhada, superfície lisa, aspecto arredondado bem delimitado, base sésil e indolor<sup>3,4,5,6</sup>.

O adenoma pleomórfico, encontra-se em maior incidência no sexo feminino, na 5ª década de vida, já o mioepitelioma apresenta-se praticamente igual entre os sexos, ou tende a ser ligeiramente maior nas mulheres, também na 5ª década de vida<sup>8,9</sup>. Houve concordância do caso proposto com a literatura no momento em que os dois casos clínicos são relatados em duas mulheres com a faixa etária em torno dos 50 anos de idade.

Na literatura é encontrado que diagnóstico diferencial entre o mioepitelioma e o adenoma pleomórfico, somente é possível com exames complementares histopatológicos, pois seus aspectos e comportamentos são extremamente parecidos<sup>3,4,6,8,9</sup>. A forma de diagnóstico do caso relatado concorda com esses achados literários, pois como na literatura, os dois casos clínicos necessitaram de exame histopatológico através de biópsia excisional para que fosse possível diagnosticar a lesão.

De acordo com Ferri et al<sup>9</sup>, adenoma pleomórfico, carcinoma adenoide-cístico e carcinoma epitelial-mioepitelial são patologias de glândulas salivares que frequentemente apresentam células mioepiteliais, no entanto, o mioepitelioma é uma neoplasia composta completamente, ou quase completamente, de células mioepiteliais, portanto incomum. O principal diagnóstico diferencial de mioepitelioma é de um adenoma pleomórfico. Além da quantidade de células mioepiteliais que é variável no adenoma pleomórfico, este contém dutos abundantes, enquanto o mioepitelioma possui poucos, se houver. A variedade de componentes estromais é idêntica e as áreas mixoide e até condroide podem ser vistas em ambos<sup>9,10</sup>. Desta forma, o mioepitelioma é considerado um tipo raro de adenoma pleomórfico<sup>8</sup>, muito embora seja considerado pela Organização Mundial de Saúde desde 1991 como uma entidade distinta<sup>11</sup>.

O grande desafio para esse estudo foram as poucas informações disponíveis na literatura sobre o comportamento biológico do mioepitelioma, por conta de sua baixa frequência, uma vez que o mioepitelioma representa apenas 1% das patologias de glândulas salivares<sup>9,10,11</sup>, o que não ocorreu nos achados sobre adenoma pleomórfico, por se tratar da neoplasia mais comum das glândulas salivares<sup>4,5</sup>, há um maior número de registro e estudo sobre o mesmo.

Segundo T-Ping, Pizarro, Pugnatarí e Weckx<sup>8</sup>, afirmam que o método de tratamento para mioepitelioma é a excisão cirúrgica completa da lesão, já no caso supracitado, a forma de tratamento foi enucleação e curetagem. A técnica de tratamento utilizada nesses estudos também demonstrou ser

efetiva, visto que, houve baixo relato de recidiva, assim como na literatura que utilizou a ressecção como tratamento de escolha<sup>12,13</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por conta das inúmeras semelhanças entre as duas patologias e da escassez de informação em relação ao mioepitelioma, houve dificuldade em estabelecer de forma mais abrangente o diagnóstico diferencial entre as duas neoplasias.

Diante do exposto, podemos concluir que o diagnóstico diferencial do mioepitelioma e adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores só pode ser definido pelo exame histopatológico minucioso. Sendo o mioepitelioma, considerado por muitos autores, um tipo raro de adenoma pleomórfico. O tratamento conservador por curetagem e enucleação se mostrou eficaz e a ressecção não deve ser descartada principalmente nos casos de recidiva.

## REFERÊNCIAS

1. Junqueira LCU, Carneiro J. Histologia básica. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Tommasi AF. Diagnóstico em Patologia Bucal. 3.ed. São Paulo: PancastEditorial; 2002.
3. Santos GC, Martins MR, Pellacani LB, Vieira ACT, Nascimento LA, Abrahão M. Neoplasias de glândulas salivares: estudo de 119 casos. J Bras de Patol e Med Lab 2003;39(4):371-5.
4. Loiola RS, Matos FR, Nonaka CFW, Lopes FF, Cruz MCFN. Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares diagnosticadas em São Luís-MA. J Bras de Patol e Med Lab 2009;45(5):413-20.
5. Gonçalves AJ, Menezes MB, Kavabata NK, Bertelli AAT, Souza RAS, Joelsons D. Punção aspirativa nos tumores das glândulas salivares: especificidade e sensibilidade. Rev da Assoc Med Bras 2007;53(3):267-71.
6. Silveira EJD, Pereira ALA, Fontora MC, Souza LB, Freitas RA. Mioepitelioma de glândula salivar menor: uma análise imunohistoquímica de quatro casos. Ver Bras Otorrinolaringol 2007;72(4):528-32.
7. Nóbrega MQR, Lopes LJ, Cardoso RG,

- Nonaka CFW, Souza LB. Neoplasias de glândulas salivares menores: estudo retrospectivo de 83 casos. *Rev Gaúcha Odontol* 2010;58(3):357-62.
8. T-Ping C, Pizarro GU, Pignatari S, Weckx LLM. Mioepitelioma de glândula salivar menor em base de língua: relato de caso. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2004;70(5):701-4.
  9. Tiago RSL, Castro GA, Ricardo LAC, Bühler RB, Fava AS. Adenoma Pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2003;69(4):485-9.
  10. Zelaya FC, Rivera DQ, Vazquez JLT, Valencia CP, Cepeda LAG. Plasmacytoid myoepithelioma of the palate: Report of one case and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12(8):E552-5.