

Adenoma pleomórfico em lábio superior: Relato de caso

Upper lip pleomorphic adenoma: case report

Recebido em 20/04/15
Aprovado em 16/11/15

Maysa Nogueira de Barros Melo

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

João Nunes Nogueira Neto

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

Samara Ramos de Souza

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Hospital Geral do Estado – HGE e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

Fátima Karoline Araújo Alves Dultra

Cirurgiã bucomaxilofacial pela Universidade Federal da Bahia e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID

Joaquim de Almeida Dultra

Preceptor do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial da Universidade Federal da Bahia - UFBA e Hospital Santo Antônio – HSA/OSID, Salvador, Bahia, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maysa Nogueira de Barros Melo
Rua Professor Sabino Silva, 965
Cond. Vale de Ondina, Apto 501
Jardim Apipema, Salvador, Bahia, Brasil.
CEP 40155-250
Tel: (71) 9246-2042
E-mail: maysa.nogueira.melo@gmail.com

RESUMO

As glândulas salivares são órgãos anexos de grande importância para o sistema estomatognático. Estão susceptíveis a uma série de patologias benignas e malignas e, dentre as benignas, o tumor mais comum é o adenoma pleomórfico. Tal patologia tem etiologia desconhecida e acomete com mais frequência as glândulas salivares maiores. Em casos mais raros, pode ocorrer em glândulas salivares menores, em variadas regiões na cavidade oral. Possui crescimento lento, e apresenta-se como aumento de volume firme, encapsulado e assintomático. Seu tratamento baseia-se na excisão cirúrgica e apresenta baixas taxas de recidiva. O presente trabalho objetiva relatar um raro caso de adenoma pleomórfico em lábio superior e discutir o tratamento instituído.

Palavras-chave: Adenoma; Glândulas salivares; Cavidade oral.

ABSTRACT

The salivary glands are attached organs of great importance to the stomatognathic system. Are susceptible to a number of benign and malignant disorders, and among the most common benign tumor is the pleomorphic adenoma. This pathology has unknown etiology, affecting more often the major salivary glands. In rare cases, can occur in the minor salivary glands in different sites in the oral cavity. It grows slowly and is presented as increase in firm volume, encapsulated and asymptomatic. Its treatment is based on surgical excision and has a low recurrence rate. This study reports a rare case of pleomorphic adenoma in the upper lip and discuss the treatment instituted.

Keywords: Adenoma; Salivary glands; Mouth.

INTRODUÇÃO

Adenoma Pleomórfico (AP) é o mais comum tumor benigno de glândulas salivares, com origem desconhecida. O termo “pleomórfico” está relacionado à sua composição, contendo tecidos epiteliais e mesenquimais. Sua ocorrência é maior em glândulas salivares maiores, como parótidas e submandibulares¹.

Em casos específicos, os AP podem acometer glândulas salivares menores no palato e em outras regiões da cavidade oral. Nesses casos, em ordem de prevalência, acometem o palato, lábio superior seguido da região da mucosa bucal, assoalho bucal, língua, tonsilas, faringe, região retromolar e cavidade nasal. Ele se apresenta como um aumento de volume, de crescimento lento, firme à palpação, encapsulado, sem presença de ulcerações e assintomático na maioria dos casos¹.

Apesar de ser classificada como neoplasia benigna, existem relatos de transformação maligna. O AP faz diagnóstico diferencial com nódulos benignos de glândulas salivares e outros tumores comuns do complexo maxilofacial bem como neoplasias de potencial maligno como neurofibroma e rabdomiossarcoma. Outro diagnóstico diferencial é o lipoma, e a presença de cápsula e mobilidade do nódulo são sinais de provável benignidade. A biópsia deve sempre ser realizada. São considerados também diagnósticos diferenciais o sarcoma de Kaposi, condiloma acuminata, carcinoma de células escamosas, papiloma oral e goma sífilítica^{1,2}.

Sua transformação maligna é rara, e sua patogênese é incerta. Alterações nos genes e oncogenes supressores do tumor podem ser importantes para tal processo. Um limitado número de genes e marcadores do processo de malignização já foram descritos na literatura³. O processo de malignização é sugerido quando a lesão apresenta crescimento rápido, sensação dolorosa, bordas irregulares, distúrbios neurológicos locais (hipoestesia, parestesia) e mucosa ou pele ulceradas⁴.

O Adenoma Pleomórfico pode ser ainda classificado histologicamente em três categorias: mixóide (80% de estroma), celular (80% células) e misto (clássico)⁵.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de AP em região de lábio superior e discutir a respeito do tratamento instituído.

RELATO DE CASO

Paciente V.P.N, 26 anos de idade, gênero feminino compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da UFBA, queixando-se da presença de tumor em face com 5 anos de evolução. Observou-se, ao exame físico, um aumento de volume em lábio superior assintomático, sésil e endurecido à manipulação.

Não foi relatado histórico de tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas, doenças de base ou alergias medicamentosas. Realizou-se enucleação da lesão sob anestesia geral sem intercorrências, através de acesso intraoral no maior diâmetro da lesão, utilizando-se bisturi elétrico (Figura 1).

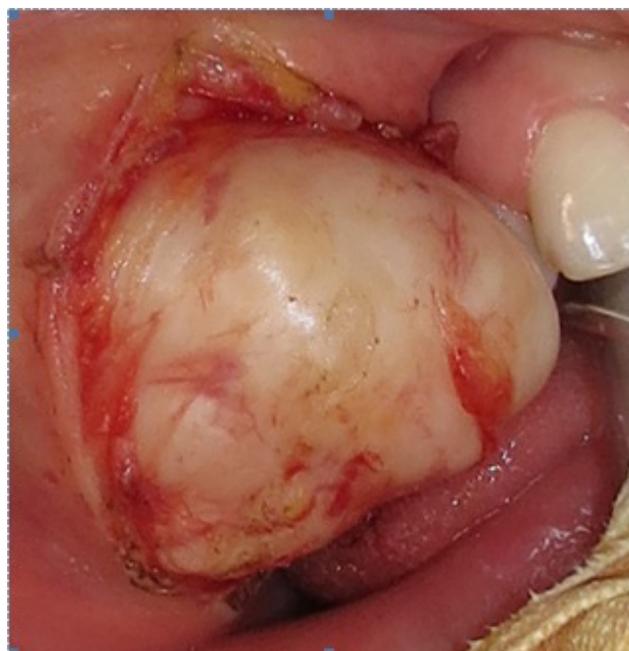


Figura 1 - Transcórneo (lesão encapsulada de consistência firme).

A recuperação pós-operatória com cicatrização completa da ferida cirúrgica ocorreu após 15 dias (Figura 2). A peça removida mediu aproximadamente 4,5 cm em seu maior diâmetro; apresentou fácil ponto de clivagem e foi encaminhada para análise histopatológica obtendo-se o laudo de Adenoma Pleomórfico de células claras (Figura 3). A paciente permaneceu em acompanhamento pós-operatório de 15 dias e foi instituído retorno periódico anual por quatro anos.



Figura 2 - 15º Dia pós-operatório (cicatrização tecidual em curso).



Figura 3 - Peça medindo aproximadamente 4,5mm x 3,0mm x 3,0mm.

DISCUSSÃO

Adenomas pleomórficos apresentam-se como uma massa firme, nodular e exofítica com presença de mucina. São lesões benignas porém apresentam recidivas caso a excisão cirúrgica seja inadvertida. Caso a cápsula tumoral seja rompida poderá ocorrer extravasamento de células tumorais para os tecidos sadios².

O termo pleomórfico descreve a origem embriológica do tumor, que contém tanto tecidos

epiteliais como mesenquimais. Na cavidade oral, apresentacápsula fibrosa bem definida, podendo invadir e erodir osso adjacente¹. Seu crescimento é lento e indolor, como no caso relatado, entretanto existem relatos de rápido crescimento na literatura². O diagnóstico é estabelecido mediante a história da doença, exame físico e estudo histopatológico. O tratamento é a remoção cirúrgica com retirada de margem de tecido normal¹.

A transformação maligna é rara e acontece em cerca de 6% de todos os adenomas pleomórficos e 12% de todos os tumores de glândulas salivares.

É caracterizada por duas entidades: carcinoma ex adenoma pleomórfico e carcinosarcoma. Existem 2% de chance de malignização em tumores com menos de 5 anos, e essa taxa aumenta para 9% em tumores com mais de 15 anos⁶. Alterações nos genes CD44, RASSF1 e P73 podem contribuir para o processo de carcinogênese dos adenomas pleomórficos³. O carcinoma ex-adenoma pleomórfico é classificado em não invasivo, minimamente invasivo e invasivo, de acordo com a invasão extracapsular dos tecidos adjacentes⁷.

Acompanhamento a longo prazo é recomendado para detecção precoce de processos de malignização, e o tratamento de escolha é a excisão completa do tumor e sua cápsula⁸. Excisão de 1/3 do lábio inferior ou 1/4 do lábio superior podem ser fechadas sem interferências no resultado estético. Irradiações não são recomendadas por criarem tecido isquêmico e fibroso, além de osteonecrose e recuperação lenta das funções do nervo facial⁴.

Alguns autores relatam a realização de punção por agulha fina antes da cirurgia definitiva. A ressecção incompleta e/ou rompimento da cápsula da lesão são as principais causas de recidiva⁵. Alguns autores relatam que o AP é mais comum em mulheres e enfatizam a necessidade de vigilância clínica para a detecção precoce de recidivas ou malignizações, afinal, aproximadamente 50% dos tumores derivados de glândulas salivares menores são malignos⁶.

O caso relatado corrobora a literatura, por tratar-se de Adenoma Pleomórfico em paciente do gênero feminino, cujo tratamento instituído foi o preconizado na literatura (ressecção completa da lesão sem rompimento de sua cápsula). Trata-se de um caso raro pela localização não usual em lábio superior. Em revisão de 4.042 casos de

Adenoma Pleomórfico, 16,9% correspondiam à essa localização, com idade média de 33,2 anos⁹. A paciente do presente caso evoluiu com boa cicatrização, e instituiu-se acompanhamento anual por quatro anos para vigilância clínica como preconizado na literatura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os tumores de glândulas salivares menores são incomuns. Dentre eles, o mais comum é o adenoma pleomórfico, e o lábio é um sítio raro para sua ocorrência. Uma excisão cirúrgica ampla é recomendada para evitar recidivas, que podem ocorrer inclusive por meio de transformações malignas. Danos a estruturas funcionais e estéticas muitas vezes, limitam uma excisão cirúrgica ampla. A vigilância clínica é fundamental para diagnóstico precoce de recidiva e/ou malignização.

REFERÊNCIAS

1. DEBNATH, S.C.; SAIKIA, A.K.; DEBNATH, A. **Pleomorphic Adenoma of the Palate**. J. Maxillofac. Oral Surg. (Sept-Dec 2010), 9(4): 420-423.
2. ALI, I.; GUPTA, A.K.; SINGH, S. **Pleomorphic Adenoma of the upper lip**. Natl J Maxillofac Surg. 2011, Jul-Dec, 2(2): 219-221.
3. MARIANO, F.V.; RINCON, D.; GONDAK, R.O.; JORGE, R.; LOPES, M.A.; ALTEMANI, A.; ALMEIDA, O.P.; KOWALSKI, L.P. **Carcinoma ex-pleomorphic adenoma of upper lip showing copy number loss of tumor suppressor genes**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2013, 116:69-74.
4. PITAK-ARNNOP, P.; DHANUTHAI, K.; HEMPRICH, A.; PAUSCH, N.C. **Pleomorphic Adenoma of the Upper Lip: Some Clinicopathological Considerations**. J Cutan Aesthet Surg. 2012, Jan-Mar, 5(1): 51-52.
5. SENGUL, I.; SENGUL, D. **Pleomorphic adenoma of the lower lip: a review**. North American Journal of Medical Sciences 2011,

December, vol. 3, n. 2.

6. DYALRAM, D.; HUEBNER, T.; PAPADIMITRIOU, J.C.; LUBEK, J. **Carcinoma ex pleomorphic adenoma of the upper lip**. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2012, 41:364-367.
7. MITATE, E.; KAWANO, S.; KIOSHIMA, T.; KAWAZU, T.; CHIKUI, T.; GOTO, Y.; MATSUBARA, R.; NAKAMURA, S. **Carcinoma ex pleomorphic adenoma of the upper lip: a case of an unusual malignant component of squamous cell carcinoma**. World Journal of Surgical Oncology 2013, 11:234.
8. SENGUL, I.; SENGUL, D.; ARIBAS, D. **Pleomorphic adenoma of the lower lip: A rare site of location**. N Am J Med Sci. Jun 2011, 3(6):299-301.
9. KROLLS, SO; HICKS, JL. **Mixed tumors of the lower lip**. Oral Surg. Feb 1973, 35(2):2012-7.