

## Remoção cirúrgica de adenoma pleomórfico e uso de placa palatina

Surgical removal of pleomorphic adenoma and use of palatine plaque

### RESUMO

O adenoma pleomórfico é a neoplasia, que apresenta maior procedência das glândulas salivares maiores e menores. Clinicamente apresenta-se como lesão solitária, indolor, bem delimitada e de crescimento lento, não se fixando ao tecido adjacente. O tratamento de eleição consiste na excisão cirúrgica da lesão, com pequena margem de segurança. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de adenoma pleomórfico, localizado no palato com quatro anos de evolução de uma paciente do gênero feminino, fã de pele, na quarta década de vida. Inicialmente realizou-se biópsia incisiva para ratificação histopatológica da hipótese diagnóstica inicial. No segundo tempo cirúrgico, realizou-se enucleação da lesão e instalação da placa palatina no pós-operatório imediato, melhorando substancialmente o conforto do paciente e a cicatrização da ferida cirúrgica. Após um ano de acompanhamento, não existem evidências clínicas de recidiva tumoral.

**Palavras-Chave:** Cirurgia; Palato duro; Patologia.

Recebido em 31/03/16  
Aprovado em 02/08/16

#### **George Borja de Freitas**

Professor Aperfeiçoamento em Cirurgia BMF, ABO-PE e FIP-PB, Professor Subs. Anatomia/Cirurgia UFCG-PB, Especialista em Estomatologia, Mestre Radiologia Odontológica SLM-SP, Doutorando Implantodontia SLM-SP

#### **Lucas Alexandre Morais**

Professor Aperfeiçoamento em Cirurgia BMF, ABO-PE, Especialista e Mestre em CTBMF, FOP-UPE

#### **Cyntia Ferreira Ribeiro**

Professora Doutora. Titular da Disciplina de Reabilitação Oral da Faculdade AGES Paripiranga-BA

#### **Rômulo Vinícius Monteiro Trigueiro**

Graduando em Odontologia, FIP-PB

#### **Allan Ulisses Carvalho de Melo**

Professor Doutor. Titular da Disciplina de Estomatologia da Faculdade AGES Paripiranga-BA

#### **Luiz Roberto Coutinho Manhães Júnior**

Especialista, Mestre e Doutor Radiologia Odontológica, Prof. Pós-Graduação SLMandic-SP e Unesp-SP

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

George Borja de Freitas  
Setor de pós-graduação da Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas-SP  
R. Dr. José Rocha Junqueira, 13 - Ponte Petra, Campinas - SP, 13045-755  
george\_borja@hotmail.com

### ABSTRACT

The pleomorphic adenoma is the neoplasm with the highest incidence of major and minor salivary glands. Clinically presents as a solitary lesion, painless, well outlined and slow growth, not fixing to adjacent tissue. The treatment of choice is surgical excision of the lesion with a small margin of safety. This study aims to report a case of pleomorphic adenoma found on the palate with four years of the evolution of a female patient, brunette skin, in the fourth decade of life. Initially held incisive biopsy for histopathological confirmation of the diagnosis. In the second procedure was performed enucleation of the lesion and installation of the palatal plate in the immediate postoperative period, substantially improving patient comfort and healing of the surgical wound. After a year of follow-up, there is no clinical evidence of recurrence.

**KeyWords:** Surgery; Hard palate; Pathology.

## INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico, também conhecido como tumor misto benigno, é a neoplasia de glândula salivar de maior ocorrência, podendo acometer tanto glândulas salivares menores quanto maiores<sup>1</sup>.

Segundo Scully<sup>2</sup>, a característica clínica marcante da neoplasia de glândula salivar é o aumento de volume da mesma. Em se tratando de um processo benigno, observa-se que esse crescimento é tido como sendo progressivo e indolor. Em contrapartida, observa-se que, em neoplasias malignas o crescimento se caracteriza como sendo rápido e gerador de sintomatologia dolorosa<sup>2</sup>.

Cawson, Binnie e Eveson<sup>3</sup> afirmam que o adenoma pleomórfico apresenta-se sob o aspecto macroscópico de massa tumoral de forma arredonda ou ovalada, que pode apresentar uma superfície lisa ou com bossas. Trata-se de um tumor capsulado, e essa cápsula pode apresentar variações em espessura, o que faz com que essa lesão esteja em continuidade com os tecidos sadios.

No que se refere à localização anatômica, na cavidade bucal, sabe-se que os sítios de maior ocorrência, envolvendo glândulas salivares menores, são o palato com um percentual de 60%; em segundo lugar, a região de lábio superior (20%) e, por fim, a região de mucosa jugal, que é acometida em 10% dos casos<sup>1</sup>.

Em relação ao diagnóstico diferencial, Kaur, Thamir, Nagarkar<sup>4</sup> afirmam que o adenoma pleomórfico é clinicamente diferenciado de lesões, como: condiloma acuminado, carcinoma de células escamosas, papiloma oral, sarcoma de Kaposi, goma sífilítica, tumor de glândula salivar menor e o molusco contagioso intraoral.

Oliveira et al.<sup>5</sup> observaram como aspectos histológicos do adenoma pleomórfico uma massa tumoral benigna envolta por envoltório capsulado de tecido conjuntivo fibroso. No parênquima, evidencia-se a presença de células epiteliais organizadas em lenções ou estruturas em formato de ductos, além de apresentar células mioepiteliais que geram áreas de conformação mixoide e hialina<sup>5</sup>.

Segundo Silva et al.<sup>7</sup>, a exérese do tumor em conjunto com tecido conjuntivo, que envolve o osso externamente, ou seja, o periósteo, e também a mucosa mastigatória do palato que se encontra recobrando a lesão, é o tratamento de eleição para lesões de adenoma pleomórfico, que se encontram situadas em regiões pósteros-laterais do palato.

É importante ressaltar, também, que essa manobra cirúrgica pode ter como complicação uma comunicação buco-sinusal, devido ao fato de que a lesão pode promover compressão de tecido ósseo do assoalho do seio maxilar. De modo que, o mesmo se torna bastante delgado e mais propenso a complicações posteriores<sup>6</sup>.

Silva et al.<sup>7</sup> evidenciam, em concordância com a literatura, que, para se obter o diagnóstico final de adenoma pleomórfico, é de suma importância, após realizados exames clínicos e de imagem, a posterior realização da biópsia incisional da lesão com a análise histopatológica.

Neville et al.<sup>1</sup> afirmam que, em se tratando de lesões que envolvem glândulas salivares menores, as chances de que a lesão recidive são menores. Esses autores também ressaltam que, a depender de como foi realizada a cirurgia, ou seja, se ela foi bem conduzida, o prognóstico do paciente se caracterizará como sendo excelente, tendo ele chance de cura em mais de 95%.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico localizado na região palato duro, tratado através de excisão cirúrgica, no qual se lançou mão de um dispositivo de acrílico, uma placa palatina obturadora imediata, para proteção da ferida cirúrgica.

## RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 34 anos, faioderma, não etilista, não fumante, sem comorbidades sistêmicas procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Maria Rafael de Siqueira, queixando-se de “caroço na boca” com crescimento lento e progressivo. Ao exame clínico intraoral, observou-se, em palato duro, um tumor submucoso, séssil, normocorado, indolor, medindo 4cm no seu maior diâmetro e evolução de 4 anos.



**Figura 1** - Aspecto clínico inicial da lesão

Exames laboratoriais pré-operatórios foram solicitados para se avaliarem as condições clínicas da paciente e, também, para excluir quaisquer patologias sistêmicas associadas. Inicialmente, devido às dimensões da lesão, optou-se por realizar uma biópsia incisional e o encaminhamento do espécime para avaliação histopatológica, tendo como diagnóstico inicial Adenoma Pleomórfico. Em um segundo tempo operatório, realizou-se a remoção da peça cirúrgica e o encaminhamento para a avaliação histopatológica com vista à ratificação do diagnóstico inicial e exclusão da possibilidade de existência de atipias celulares que pudessem sugerir alteração maligna da lesão. O diagnóstico histopatológico final foi de Adenoma Pleomórfico sem evidência de malignidade. Realizou-se a confecção de uma placa palatina obturadora para proteção da ferida cirúrgica no pós-operatório imediato e estabelecimento de melhor conforto pós-operatório do paciente e proteção da ferida cirúrgica, pois a cicatrização ocorre por segunda intenção.



**Figura 2** - A: Aspecto microscópico da lesão; B: Confecção laboratorial da placa palatina; C: Placa palatina instalada no pós-operatório imediato; D: Aspecto clínico da lesão 7 dias de pós-operatório.

Em todas as consultas de proervação do caso, inclusive após 1 ano, não houve indícios de recidiva da lesão.



**Figura 2** - Aspecto clínico da lesão após 3 meses de proervação

## DISCUSSÃO

Cawson, Everson e Binnie<sup>3</sup>, avaliaram que de 336 casos de tumores de glândulas salivares menores, o adenoma pleomórfico apresenta uma prevalência de 42,6%. Torabinia e Khalesi<sup>9</sup> afirmaram que, dentre os tumores em região de palato, o adenoma pleomórfico representou um percentual de 47% dos casos em uma amostra de 229 pacientes.

Jaafari-Ashkavandi, Ashraf, Afandak<sup>8</sup>, em uma amostra de 82 pacientes diagnosticados com tumores em glândulas salivares menores, evidenciaram que o adenoma pleomórfico foi verificado em 36 pacientes (43,9%), apresentou uma maior predileção pelo sexo feminino com proporção de 20:16 e uma média de idade de 34 anos, estando os pacientes analisados compreendidos em uma faixa etária de 13 a 72 anos<sup>9</sup>. Esses dados corroboram os relatados no presente caso em que a lesão acomete uma paciente que se encontra na 4ª década de vida.

O adenoma pleomórfico apresenta-se como uma tumefação firme, de crescimento lento e assintomático. É interessante ressaltar que, devido a sua característica de crescimento gradual, a maioria dos pacientes percebe a presença do tumor, porém passa alguns meses ou anos para procurar atendimento com fins diagnósticos<sup>1</sup>. Isso foi constatado, também, no presente caso, no qual a paciente acometida relatou que a lesão apresentou-se em sua cavidade oral, havia 4 anos.

É suma importância evocar que o adenoma pleomórfico seja clinicamente diferenciado de lesões, como condiloma acuminado, carcinoma de células escamosas, papiloma oral, sarcoma de Kaposi, goma sífilítica, tumor de glândula

salivar menor e o molusco contagioso intraoral<sup>4</sup>. O caso relatado apresentou-se como uma lesão única, arredondada, de coloração semelhante à mucosa, séssil, moderadamente macia à palpação, com aproximadamente 4cm de diâmetro, 2cm de altura, localizada na região de palato duro, entre os dentes 2º pré-molares e molares superiores.

Em um estudo epidemiológico, realizado por Torabinia, Khalesi<sup>9</sup>, com 229 prontuários de pacientes com diagnóstico de neoplasia de glândula salivar, verificou-se que o adenoma pleomórfico acometeu glândulas salivares menores em cerca de 48, 5% de todos os casos analisados. Foi verificado, também, que o sítio anatômico de maior ocorrência do adenoma de glândula salivar menor foi a região de palato<sup>10</sup>, corroborando com o caso aqui relatado.

No presente caso, sob anestesia local, removeu-se o tumor por completo, com uma boa margem de segurança, para se evitarem recidivas, e foi confeccionada uma placa palatina de acrílico para melhor recuperação da ferida cirúrgica e conforto do paciente no pós-operatório, evitando assim, traumas e a presença de restos alimentares na ferida cirúrgica. Essas condutas são indicadas e ratificadas por diversos estudos<sup>1,5,6,10</sup>.

A conduta adotada para o presente caso corrobora com Patigaroo et al.<sup>10</sup>, que afirmam ser a excisão cirúrgica completa da lesão com remoção do periósteo e curetagem óssea o tratamento de eleição para casos de adenoma pleomórfico em palato. Ainda, os mesmos autores referem ser o uso da placa palatina apenas necessário em grandes lesões localizadas no palato duro, nas quais as cirurgias de exérese da lesão deixarão extensas áreas cruentas. Se não for o caso, tais autores relatam ser a cicatrização por 2ª intenção a melhor conduta.

Entretanto, Oliveira et al.<sup>5</sup> afirmam, quanto ao uso de dispositivo de proteção palatina, após remoção cirúrgica de adenoma pleomórfico em palato, que se trata de uma excelente alternativa frente a proteção da ferida cirúrgica e também em relação ao controle de dor no pós-operatório. Ressaltam, também, que o uso da placa de acrílico no palato favorece o processo de cicatrização, tendo em vista que essa área está sujeita a constantes traumas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de escolha para adenomas pleomórficos na região de palato é a enucleação da

lesão juntamente com o periósteo subjacente e a mucosa bucal que a reveste. No presente caso, o uso de uma placa palatina após a exérese total da lesão permitiu um pós-operatório indolor e com rápida cicatrização. Desse modo, sugere-se que o tratamento cirúrgico do adenoma pleomórfico em palato seja associado ao uso de uma placa palatina para proteção das feridas, objetivando diminuir o tempo de cicatrização, proporcionar maior conforto ao paciente e evitar complicações pós-operatórias, minimizando, assim, a possibilidade de uma reintervenção cirúrgica para a confecção de retalhos visando ao fechamento da ferida.

## REFERÊNCIAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia das glândulas salivares. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia Oral e Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 373- 417.
2. Scully C. Neoplasias de glândulas salivares. In: Scully C. Medicina Oral e Maxilofacial: bases do diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 273-278.
3. Cawson RA, Binnie WH, Eveson JW. Moléstias das glândulas salivares. In: Atlas colorido de Enfermidades da boca: correlações clínicas e patológicas. 2. ed. Artes médicas; 1995. 267-296.
4. Kaur S, Thami GP, Nagarkar NM. Pleomorphic adenoma of the hard palate. Indian j. dermatol. Venereol. Leprol. 2003; 69:74-5.
5. Oliveira LJ, Castro HHO, Leão PLR, Leal RM, Horta MCR, Souza PEA. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato relato de 2 casos e revisão de literatura. Rev port estomatol. med. dent. cir maxilofac. 2016; 57(1): 55-61.
6. Silva DN, Guimarães KB, Ferraro-Bezerra M, Heitz C. Enucleação de adenoma pleomórfico: considerações terapêuticas e relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2007; 7(4): 25-30.

7. Silva PJM, Neto JAL, Júnior EMO, Araújo ALD. Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso. UFES rev. odontol. 2008; 10(3): 51-55.
8. Jaafari-Ashkavandi Z, Ashraf MJ, Afandak N. A Clinico-pathologic study of 82 intraoral minor salivary gland tumors. Iran Red Crescent Med J. 2011; 13(9): 674-677.
9. Torabinia N, Khalesi S. Clinicopathological study of 229 cases of salivary gland tumors in Isfahan population. Dent Res J (Isfahan). 2014; 11(5): 559-563
10. Patigaroo SA, Patigaroo FA, Ashraf J, Mehfooz N, Shakeel M, Khan, NA, Kirmani MH. Pleomorphic adenoma of hard palate: an experience. J Maxillofac Oral Surg. 2014 Mar;13(1):36-41.