

# Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico

*Minimally invasive approach for pleomorphic adenoma treatment in palate: clinical case*

### RESUMO

**Introdução:** O adenoma pleomórfico (AP) ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândula salivar mais comum. A glândula parótida geralmente é a mais acometida com 80% dos casos, e, quando surge em glândulas salivares menores, o palato é a região mais afetada. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de AP em palato duro, tratado de forma conservadora. **Relato de caso:** Paciente 35 anos, gênero masculino, apresentando aumento de volume em palato, aos 6 meses de evolução, foi submetido à realização de procedimento cirúrgico, realizado sob anestesia local, para enucleação da lesão, seguido por curetagem de periosteio e com preservação de tecido mucoso sobrejacente. **Considerações Finais:** No momento, o paciente encontra-se com 1 ano de acompanhamento e não apresenta sinais de recidiva.

**Palavras-chaves:** Adenoma pleomórfico; Cirurgia bucal; Patologia bucal.

### ABSTRACT

**Introduction:** Pleomorphic adenoma (PA) or benign mixed tumor is a more common salivary gland neoplasia. The parotid gland is usually the most affected with 80% of the cases and when they appear in smaller salivary glands, the palate is a region more affected. The objective of this study is to report a case of PA in the hard palate, treated conservatively. **Case report:** Patient 35 years old, male, presenting a palate volume increase with 6 months of evolution and submitted to surgical surgery performed under local anesthesia for enucleation of the process followed by periosteum cures and preservation of overlying mucosal tissue. **Final considerations:** At the moment, the patient is 1 year of follow-up and shows no signs of relapse.

**Key-words:** Pleomorphic adenoma, oral surgery, oral pathology.

#### **Francisco Paulo Araújo Maia**

Especialista e Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, FOP-UPE

#### **Paulo Roberto Kohno de Oliveira**

Graduando em Odontologia, FOP-UPE

#### **João Vítor Queiroz Mendes dos Santos**

Graduando em Odontologia, FOP-UPE

#### **Davi Felipe Neves Costa**

Especialista e Mestrando em Ciências Odontológicas, UFPB

#### **Emanuel Sávio de Souza Andrade**

Professor Doutor em Patologia, FOP-UPE

#### **ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Prof. Dr. Emanuel Sávio de Souza Andrade  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco (FOP/UPE).  
Av. General Newton Cavalcanti, 1650 - Tabatinga - Camaragibe/PE, Brasil.  
CEP: 54756-220.  
Telefone: +55 81 3184-7659.  
E-mail: Emanuel.savio@upe.br

## INTRODUÇÃO

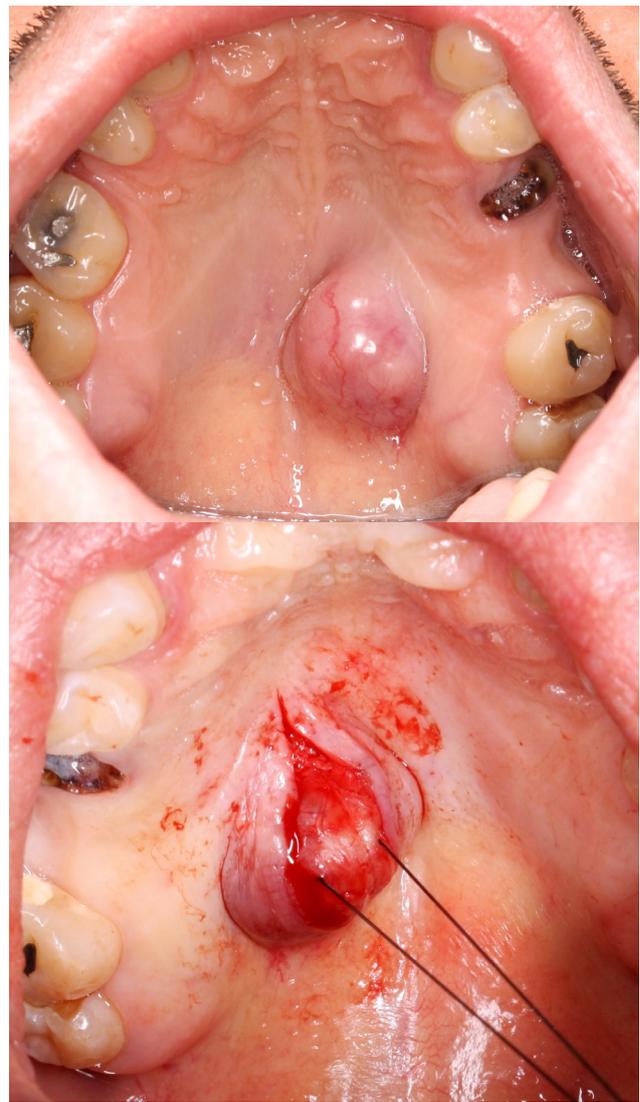
O Adenoma Pleomórfico (AP) ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândulas salivares mais comum<sup>1-2</sup>. Ocorre mais frequentemente em glândulas salivares maiores<sup>2-3</sup>, onde 84% dos casos acomete a parótida, 8%, a submandibular, e glândulas salivares menores são acometidas em cerca de 4-6% dos casos<sup>4</sup>, sendo o palato o sítio mais comum, seguido do lábio superior e da mucosa jugal<sup>1-3-4</sup>.

Os achados epidemiológicos relatam uma maior prevalência nos pacientes entre a 4ª e a 6ª década de vida<sup>2-3</sup>. Apresenta-se como uma massa firme, indolor e de crescimento lento<sup>1-2-4</sup>, não causando, na maioria dos casos, ulceração da mucosa subjacente<sup>4</sup>. Em alguns casos, pode exibir crescimento rápido, ulceração e grande extensão<sup>3</sup>. Geralmente apresenta mobilidade à palpação, exceto quando ocorre no palato duro, devido à natureza fortemente aderida da mucosa dessa região<sup>4</sup>. Lesões no palato frequentemente envolvem o periosteio ou o osso, causando erosão no osso subjacente, correspondendo a uma área radiolúcida bem delimitada nos exames radiográficos<sup>4</sup>.

O tratamento para o AP de glândulas salivares menores consiste na enucleação cirúrgica conservadora<sup>3</sup>. Essa modalidade de tratamento apresenta excelente prognóstico, quando realizada a remoção cirúrgica adequada, com baixas taxas de recidiva e rara transformação maligna<sup>5</sup>. O objetivo deste trabalho é proceder a uma revisão da literatura sobre as principais formas de tratamento do adenoma pleomórfico como também relatar um caso clínico de lesão localizada no palato, tratado de forma conservadora e sem sinais de recidiva.

## RELATO DE CASO

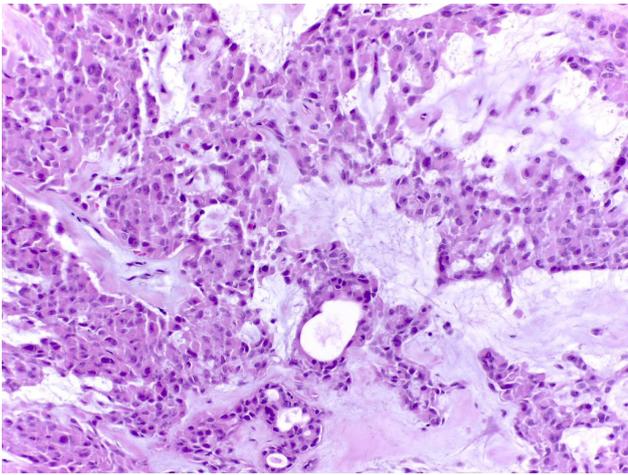
Paciente do gênero masculino, raça branca, 35 anos de idade, apresentou-se com queixa de aumento de volume indolor em palato duro e período de evolução de 6 meses. Ao exame físico intraoral, foi identificada uma lesão nodular, séssil, firme à palpação, normocrômica, medindo aproximadamente 3,0cm x 2,0 cm (**Figura 1**). Com base nas características clínicas, obteve-se, como hipótese diagnóstica, o AP, confirmada após biópsia incisiva.



**Figura 1** - A) Aspecto clínico da lesão em palato; B) Enucleação da lesão associada a tecido periosteal.

O procedimento cirúrgico para remoção da lesão foi realizado em nível ambulatorial, com o anestésico local Mepiadre 2% 1:100.000 (Nova DFL, Rio de Janeiro, Brasil), por meio de bloqueio bilateral do nervo palatino maior e nasopalatino, seguido por infiltração perilesional para hemostasia. Posteriormente, foi realizada uma incisão com lâmina de bisturi nº15 (Solidor, São Paulo, Brasil) em mucosa e submucosa, dissecação, e um fio de sutura 3-0 (Lamedid, Guarulhos, Brasil) foi utilizado para tracionar o tumor e facilitar sua remoção, finalizando com a enucleação da lesão e do tecido periosteal adjacente.

O material coletado foi encaminhado para análise histopatológica, tendo sido nele constatada a presença de neoplasia benigna de origem glandular salivar, bem circunscrita, com cápsula densa de tecido conjuntivo fibroso e presença de estruturas ductiformes circundadas por dupla camada de células (**Figura 2**), confirmando o diagnóstico prévio de AP.



**Figura 2** - Numerosas células epiteliais de morfologia plasmocitoide em meio a estroma mixoide. Observar estruturas ductiformes por vezes de lúmen diminuto (HE, 200x).

O paciente vem sendo acompanhado há 01 ano, apresentando cicatrização tecidual de coloração normal e ausência de sinais de recidiva (**Figura 3**).



**Figura 3** - Aspecto clínico com 1 ano de pós-operatório

## DISCUSSÃO

O AP é o tumor benigno mais comum das glândulas salivares maiores, afetando, principalmente, a glândula parótida<sup>4</sup>. Quando se origina de glândulas salivares menores, a maioria dos casos ocorre no palato, conforme o referido caso. Outros sítios intraorais comuns incluem o lábio superior e a mucosa jugal<sup>1-3-4</sup>.

Mulheres são mais afetadas que homens, em uma proporção de 2:1<sup>6</sup>. Normalmente é encontrado em adultos entre a 4ª e a 6ª década de vida<sup>2-3</sup>, sendo raramente encontrado em pacientes abaixo dos 20 anos<sup>7</sup>. No presente caso, a faixa etária foi compatível com o encontrado na literatura. O AP pode variar em tamanho; geralmente aparece como um tumor assintomático, raramente excedendo em 6 cm de diâmetro, embora possa atingir largas proporções, se não tratado<sup>2</sup>.

O diagnóstico desse tumor é dado com base na anamnese, no exame físico e, principalmente, no histopatológico<sup>8</sup>. Nas localizações palatinas, o exame radiográfico pouco auxilia no diagnóstico, pois a lesão está localizada em área de muitas sobreposições e, em geral, não compromete o osso palatino<sup>9</sup>. No caso descrito, o exame radiográfico não revelou alterações, corroborando os achados na literatura.

O tratamento cirúrgico empregado para tumores no palato pode variar muito, dependendo do diagnóstico, portanto um diagnóstico histopatológico é fundamental no manejo dessas lesões, já que, de acordo com Oliveira<sup>5</sup>, “as neoplasias glandulares benignas e malignas em fases iniciais podem apresentar características clínicas intraorais semelhantes”. No caso descrito, a lesão não apresentava características de malignidade, sendo confirmado pelo exame histopatológico.

Diagnósticos diferenciais para esse caso incluem abscessos palatais, cistos odontogênicos e não odontogênicos, tumores de tecido mole, como o fibroma, lipoma, neurofibroma e linfoma, assim como outros tumores de glândulas salivares<sup>8</sup>. Para o diagnóstico definitivo, optou-se inicialmente pela biópsia incisiva, incluindo a interface da lesão com tecido aparentemente normal e confirmado após a enucleação da lesão.

O AP é composto de células epiteliais e mioepiteliais, arrançadas em uma grande variedade de padrões morfológicos, o que confere uma ampla diversidade para os tumores, inseridas em um estroma, que pode ser mucoide, mixoide, cartilaginoso ou hialino. Normalmente, o tumor é envolvido por uma cápsula fibrosa de espessura variável.<sup>1-3-6</sup>

Na lesão apresentada, foram observadas várias células epiteliais de morfologia plasmocitoide em meio a um estroma mixoide, juntamente com estruturas ductiformes, conferindo, assim, com a suspeita clínica, o diagnóstico de AP.

O tratamento do AP varia de acordo com a extensão e localização da lesão. Quando localizado no palato duro, o tratamento pode variar de acordo com as características da lesão. Pode ser feita excisão cirúrgica com margem de segurança, incluindo o periosteio e a mucosa sobrejacente<sup>7</sup>. Não é necessário incluir o osso palatino, pois o periosteio é uma barreira anatômica eficiente<sup>6</sup>, mas a curetagem ou osteotomia periférica do osso circundante pode ser útil, caso haja suspeita de tecido residual. Esses cuidados são tomados para evitar excisão incompleta ou ruptura da cápsula, o que deixaria células tumorais residuais<sup>7</sup>.

De acordo com Chidzonga, Perez e Alvarez<sup>3</sup>, “a enucleação local é o tratamento adequado para adenoma pleomórfico de glândulas salivares

menores". No presente caso, foi realizada a excisão cirúrgica conservadora sob anestesia local, devido às características favoráveis da lesão, uma vez que, durante a exposição desta, observou-se que apresentava a cápsula íntegra e passível de enucleação com preservação da mucosa.

Recidivas não são comuns depois de uma excisão cirúrgica adequada. Razões para que estas ocorram incluem excisão incompleta, disseminação de células afetadas pelos tecidos adjacentes ou ruptura da cápsula<sup>7</sup>. Recidivas sucessivas e maior tempo de evolução da lesão aumentam a possibilidade de transformação maligna<sup>10</sup>. Uma pequena porcentagem dos AP pode tornar-se carcinoma ex-adenoma pleomórfico, uma neoplasia maligna agressiva capaz de gerar metástase e óbito<sup>10</sup>. No caso tratado, o paciente foi operado após 6 meses de evolução da lesão, minimizando o risco de transformação maligna. Atualmente, encontra-se em 1 ano de pós-operatório, com adequada cicatrização e ausência de sinais de recidiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com uma excisão cirúrgica adequada, o tumor geralmente não recidiva, mas a maioria das recorrências pode ser atribuída a uma técnica cirúrgica inadequada. Um acompanhamento a longo prazo é necessário. O adenoma pleomórfico, embora seja uma entidade comum, ainda é um tumor desafiador para patologista, radiologista e cirurgião. Sua diversificada característica histológica e topográfica torna o tumor especial. Os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento da lesão devem estar conscientes de sua recorrência, longevidade e potencial maligno, se diagnosticado ou tratado incorretamente.

## REFERÊNCIAS

1. Erdem M, Çankaya A, Güven G, Olgaç V, Kasapoğlu Ç. Pleomorphic Adenoma of the Palate. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2011;22(3):1131-1134.
2. Rahnema M, Orzędala-Koszel U, Czupkallo Ł. Pleomorphic adenoma of the palate: a case report and review of the literature. *Contemporary Oncology*. 2013;17(1):103.
3. Chidzonga M, Lopez V, Portilla Alvarez A. Pleomorphic adenoma of the salivary glands: Clinicopathologic study of 206 cases in Zimbabwe. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology,*

and Endodontology. 1995;79(6):747-749.

4. Debnath, Subhas Chandra, A. K. Saikia, and Antara Debnath. "Pleomorphic adenoma of the palate." *Journal of maxillofacial and oral surgery* 9.4 (2010): 420-423.
5. Junqueira Oliveira L, Onibene Castro H, Rubim Leão P, Leal R, Campolina Rebello Horta M, Alencar Souza P. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2016;57(1):55-61.
6. Sharma Y, Maria A, Chhabria A. Pleomorphic adenoma of the palate. *National journal of maxillofacial surgery*. 2011;2(2):169.
7. Bovino B, Sohn A, Winston D. Pleomorphic adenoma of the palate in a child. *The New York state dental journal*. 2012;79(4):44-47.
8. Moghe S, Pillai A, Prabhu S, Nahar S, Kartika U. Pleomorphic adenoma of the palate: Report of a case. *Int J SciStudy*. 2014;2:54-56.
9. Boraks S. *Diagnóstico Bucal*. 1st ed. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
10. Regezzi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2003.