

Adenoma pleomórfico: relato de caso

Pleomorphic adenoma: case report

Adenoma pleomórfico: reporte de caso

RESUMO

Objetivo: Relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico de glândula salivar menor localizado na junção entre palato duro e palato mole, destacando a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 81 anos de idade, feo-dema, compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS) para tratamento cirúrgico da lesão de adenoma pleomórfico sob anestesia geral, devido a localização posterior da lesão e ao risco de sangramento proveniente da artéria palatina maior. Foi encaminhada por um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do Estado de Sergipe com queixa de “lesão no céu da boca”, referindo 10 anos de evolução e ausência de aumento de volume durante esse período, e com resultado de biópsia incisival constando adenoma pleomórfico. Ao exame intraoral, foi observado um nódulo na região de transição entre palato duro e palato mole, do lado esquerdo, medindo cerca de 2 centímetros em seu maior diâmetro, de consistência fibrosa, superfície lisa, coloração semelhante à mucosa e levemente avermelhada, sésil e indolor. O tratamento proposto foi excisão da lesão em centro cirúrgico sob anestesia geral, com remoção cuidadosa para não haver rompimento de sua cápsula. Após 10 dias, as suturas foram removidas e a ferida operatória estava em processo de cicatrização, com ausência de sinais flogísticos ou queixas algicas. Foi realizado acompanhamento ambulatorial de 1 ano e 8 meses, sendo mantida a cicatrização completa e ausência de recidiva local. **Conclusão:** O cuidado no manejo do adenoma pleomórfico é essencial, pois se for negligenciado pode atingir proporções maiores, além de haver a possibilidade de recidiva e, em casos raros, risco de transformação maligna. **Palavras-chave:** Adenoma Pleomorfo; Patologia Bucal; Odontologia.

ABSTRACT

Objective: To report a clinical case of pleomorphic adenoma of the minor salivary gland located at the junction between the hard and soft palates, highlighting the importance of early diagnosis and appropriate treatment. **Case report:** An 81-year-old female patient, with a pale complexion, came to the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the University Hospital of Sergipe (HU-UFS) for surgical treatment of a pleomorphic adenoma lesion under general anesthesia, due to the posterior location of the lesion and the risk of bleeding from the greater palatine artery. She was referred by a Dental Specialties Center (CEO) in the State of Sergipe with a complaint of a “lesion on the roof of the mouth”, reporting 10 years of evolution and no increase in volume during this period, and with an incisional biopsy result showing pleomorphic adenoma. During intraoral examination, a nodule was observed in the transition region between the hard and soft palates on the left side, measuring approximately 2 centimeters in its

Alicia Marcelly Souza de Mendonça Silva

ORCID: 0000-0002-6293-3709

Residente do Hospital Universitário
Federal de Sergipe (HU/UFS), Brasil
E-mail: alicia.mendonca26@gmail.com

Álvaro Bezerra Cardoso

ORCID: 0000-0002-6725-1547

Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil
E-mail: alvarobcardoso@yahoo.com.br

Rosany Larissa Brito de Oliveira

ORCID: 0000-0001-8782-7585

Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil
E-mail: rosanylarissa@hotmail.com

Sara Gabriele de Menezes Santos

ORCID: 0009-0004-0922-6738

Residente do Hospital Universitário
Federal de Sergipe (HU/UFS), Brasil
E-mail: saragabriele.ms@gmail.com

Sara Juliana de Abreu de Vasconcellos

ORCID: 0000-0003-0922-6738

Hospital Universitário de Sergipe (HU/UFS), Empresa
Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, Brasil
E-mail: sarajulianad@yahoo.com.br

Shalini Singh

ORCID: 0000-0002-8369-5666

Residente do Hospital Universitário
Federal de Sergipe (HU/UFS), Brasil
E-mail: shalinisingh@outlook.com.br

largest diameter, with a fibrous consistency, smooth surface, similar in color to the mucosa and slightly reddish, sessile and painless. The proposed treatment was excision of the lesion in a surgical center under general anesthesia, with careful removal so as not to rupture its capsule. After 10 days, the sutures were removed and the surgical wound was in the process of healing, with no inflammatory signs or pain complaints. Outpatient follow-up was performed for 1 year and 8 months, with complete healing and no local recurrence. Conclusion: Care in the management of pleomorphic adenoma is essential, because if neglected, it can reach larger proportions, in addition to the possibility of recurrence and, in rare cases, risk of malignant transformation. **Keywords:** Pleomorphic adenoma; Oral pathology; Dentistry.

RESUMEN

Objetivo: Reportar un caso clínico de adenoma pleomórfico de glándula salival menor ubicado en la unión entre paladar duro y paladar blando, destacando la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. **Informe de caso:** Paciente femenina de 81 años, portadora de feoderma, consultó al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario de Sergipe (HU-UFS) para tratamiento quirúrgico de lesión de adenoma pleomórfico bajo anestesia general, debido a la localización posterior de la lesión y al riesgo de sangrado de la arteria palatina mayor. Fue encaminada por un Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) del Estado de Sergipe con queja de “lesión en el paladar”, relatando 10 años de evolución y sin aumento de volumen durante ese período, y con resultado de biopsia incisional mostrando adenoma pleomórfico. Al examen intraoral se observó un nódulo en la región de transición entre el paladar duro y el paladar blando, del lado izquierdo, de aproximadamente 2 centímetros en su diámetro mayor, de consistencia fibrosa, superficie lisa, de color similar a la mucosa y ligeramente rojizo, sésil e indoloro. El tratamiento propuesto fue la exéresis de la lesión en un centro quirúrgico bajo anestesia general, con remoción cuidadosa para evitar la ruptura de su cápsula. Después de 10 días, se retiraron los puntos y la herida quirúrgica estaba en proceso de cicatrización, sin signos de inflamación ni molestias dolorosas. Se realizó seguimiento ambulatorio durante 1 año y 8 meses, con curación completa y sin recidiva local. **Conclusión:** El cuidado en el manejo del adenoma pleomórfico es fundamental, ya que si se descuida puede alcanzar proporciones mayores, además de la posibilidad de recurrencia y, en casos raros, el riesgo de transformación maligna. **Palabras claves:** Adenoma Pleomórfico; Patología Bucal; Odontología.

INTRODUÇÃO

As neoplasias de glândulas salivares representam cerca de 3% dos tumores de cabeça e pescoço. O adenoma pleomórfico é o tumor benigno de glândula salivar mais comum, representando cerca de 50% a 77% das neoplasias da parótida, 53% a 72% dos tumores da glândula submandibular e 33% a 41% dos de glândula salivar menor.^{1,2}

Os adenomas pleomórficos apresentam-se clinicamente como um aumento de volume firme, de crescimento lento e assintomático. No entanto, em algumas situações, podem ter a superfície ulcerada, exibir crescimento rápido ou atingir proporções maiores.^{1,3} Nas glândulas salivares menores, o palato é o sítio mais frequentemente envolvido, seguido pelos lábios, mucosa jugal, assoalho de boca, faringe e região retromolar.³ O diagnóstico inicial pode ser feito pelo cirurgião-dentista através da anamnese e do exame clínico, devendo ser auxiliado por exames de imagem que forneçam informações sobre a localização e limites da lesão. O diagnóstico definitivo é obtido por meio de biópsia incisional e exame histopatológico.⁴

É fundamental realizar o manejo clínico adequado do adenoma pleomórfico, uma vez que existe a possibilidade de recidivas ou, em raras ocasiões, transformação maligna, ocorrendo em aproximadamente 3-4% dos casos, especialmente naqueles com longo tempo de evolução.⁵ O tratamento de escolha consiste na excisão cirúrgica, por meio de anestesia local ou geral. Quando o tumor afeta a glândula parótida, é recomendada a parotidectomia superficial ou total, com dissecação e preservação do nervo facial. Já nas lesões no palato, que frequentemente envolvem o periósteo e/ou o osso adjacente, é indicada a excisão local ampla, envolvendo a cápsula e a remoção do osso afetado, a fim de prevenir recidiva local.⁶

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico de glândula salivar menor localizado na junção entre palato duro e palato mole conduzido pelo Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU-UFS), após encaminhamento de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 81 anos de idade, feoderma, procurou um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do Estado de Sergipe com queixa de “lesão no céu da boca”, referindo 10 anos de evolução e ausência de aumento de volume durante esse período. Ao exame físico intraoral, foi observado um nódulo na região de transição entre

palato duro e palato mole, do lado esquerdo, medindo cerca de 2 centímetros em seu maior diâmetro, de consistência fibrosa, superfície lisa, coloração semelhante à mucosa e levemente avermelhada, sésil e indolor (Figura 1A).



Figura 1A - Aspecto inicial da lesão.

Fonte: Autores.

A paciente foi submetida à biópsia incisional sob anestesia local e o material enviado para análise histopatológica. O exame revelou um tumor misto composto por células epiteliais e mioepiteliais, dispostas em estroma hialino e condromixóide escasso, com infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, sendo estabelecido o diagnóstico de adenoma pleomórfico.

Logo em seguida, o caso foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário de Sergipe (HU-UFS) para tratamento cirúrgico da lesão sob anestesia geral, devido a localização posterior da lesão e ao risco de sangramento proveniente da artéria palatina maior.

Foram solicitados exames laboratoriais pré-operatórios, que estavam sem alterações, e uma tomografia de face que não mostrou envolvimento ósseo (Figura 1B).



Figura 1B - Tomografia computadorizada. Janela para tecido ósseo nos cortes axial, coronal e sagital, evidenciando não haver envolvimento ósseo pela lesão.

Fonte: Autores.

A excisão da lesão foi realizada em centro cirúrgico sob anestesia geral. Inicialmente, foi feita uma incisão com bisturi e lâmina nº 15 paralela à base da lesão, permitindo o rebatimento de retalho mucoso palatino. E, em seguida, a lesão foi exposta e removida cuidadosamente para não haver rompimento de sua cápsula. Por fim, realizou-se a limpeza da ferida cirúrgica, através de irrigação com soro fisiológico a 0,9% e sutura com fio de Vicryl 5.0 (Figura 2A, 2B e 2C).



Figura 2A - Trans-operatório. Dissecção da lesão.

Fonte: Autores.



Figura 2B - Pós-operatório imediato. Sutura com Vicryl 5.0

Fonte: Autores.

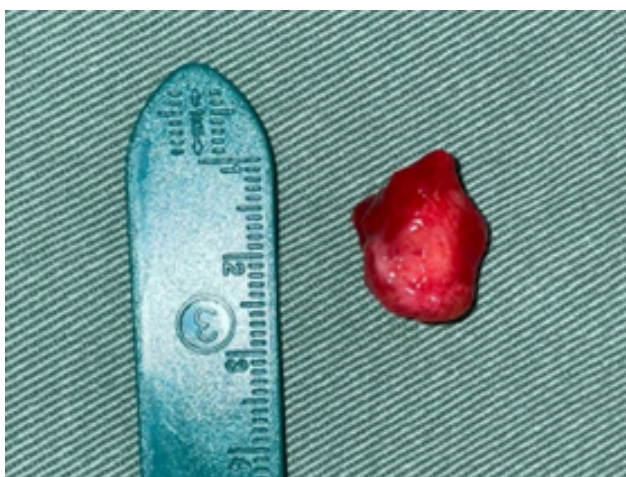


Figura 2C - Aspecto macroscópico da lesão.

Fonte: Autores.

Posteriormente, a lesão foi fixada em formol a 10% e encaminhada para nova análise histopatológica. Os cortes mostraram uma neoplasia bem delimitada, não encapsulada, constituída por células epiteliais, ocasionalmente acompanhadas por células mioepiteliais, dispostas em arranjos tubulares, glandulares, trabeculares e císticos, em um estroma fibroesclerótico, com pequenos focos mixoides e metaplasia adiposa compatível com adenoma pleomórfico (Figura 3).

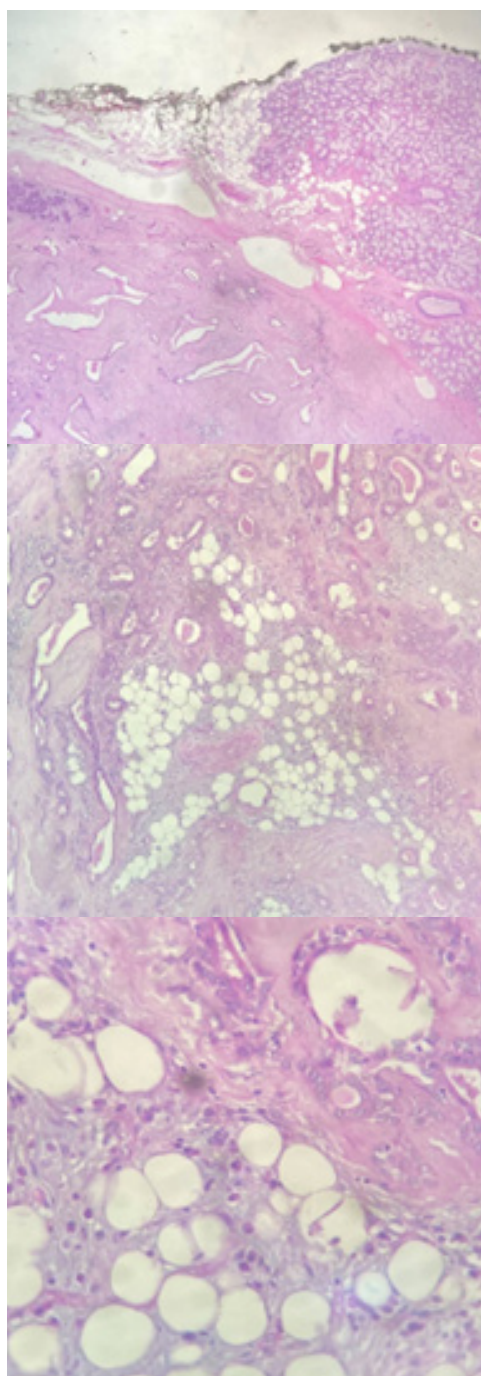


Figura 3 - Cortes histológicos corados em Hematoxilina-Eosina (HE) em aumentos de 4x, 10x e 40x. Neoplasia bem delimitada, constituída por células epiteliais, ocasionalmente acompanhadas por células mioepiteliais, em um estroma fibroesclerótico, com pequenos focos mixoides e metaplasia adiposa.

Após 10 dias, as suturas foram removidas e a ferida operatória estava em processo de cicatrização, com ausência de sinais flogísticos ou queixas algicas.

Após 30 dias da cirurgia, a paciente comparece ao ambulatório para nova reavaliação e a ferida cirúrgica encontrava-se totalmente cicatrizada e sem sinais e sintomas de inflamação e/ou infecção.

Após 3 meses, não foi observada alteração local, nem sinais de recidiva. Dessa forma, paciente foi

encaminhado para a reabilitação protética.

Foi realizado acompanhamento ambulatorial de 1 ano e 8 meses, sendo mantida a cicatrização completa e ausência de recidiva local (Figura 4).



Figura 4 - Pós-operatório de 1 ano e 8 meses. Sítio operatório com cicatrização completa, sem sinais de recidiva.

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

O Adenoma Pleomórfico (AP) é o tumor mais comum entre as neoplasias benignas de glândulas salivares, sendo mais comumente encontrado nas glândulas parótidas, submandibulares e salivares menores, respectivamente.^{1,2} Ademais, entre as glândulas salivares menores, o local mais comum para o aparecimento do AP é o palato.⁷ Como observado por Sarmento et al (2016), em um estudo clínico-patológico, dentre os pacientes analisados, 67,6% dos casos das neoplasias de glândulas salivares menores estavam localizadas no palato.⁸, o que foi observado no presente caso relatado, estando dentro da estimativa de localização.

Quanto a prevalência de sexo nos casos de AP, o caso clínico relatado entra em concordância com os resultados encontrados na revisão sistemática de Almeslet (2020), em que o sexo feminino é o mais acometido pelos casos de AP, com uma proporção mulher-homem de 13:8.¹ Quanto a idade, foi observado casos entre 13 e 75 anos, tendo uma prevalência por adultos jovens e de meia idade, variando de 30 a 60 anos¹, estando a paciente analisada fora da faixa etária prevalente, ao possuir 81 anos de idade.

A respeito do tempo de evolução da lesão apresentada, a paciente relata a presença de alteração no palato há 10 anos e afirma discreto aumento de volume durante esse tempo. Em semelhança, Berrerhdoche et al (2022) relatou um caso, no qual

apresentou também uma evolução de AP por 10 anos.⁹ O que reforça os achados da literatura, em que o tempo de evolução do AP é considerado lento e progressivo.²

Em relação as manifestações do adenoma pleomórfico no palato, observa-se comumente uma massa submucosa indolor, normalmente, bem aderida a mucosa, podendo abranger o periósteo e/ou o osso, ocasionando erosão em osso subjacente. Porém, em geral, o osso palatino não é comprometido, diante de sua localização.¹⁰ No entanto, alguns casos são reportados na literatura com envolvimento ósseo, como o apresentado por Pinto et al (2020), em que houve reabsorção do processo palatino, e consequentemente comunicação buconasal.⁷ No caso relatado, na tomografia de face, não foi observado envolvimento ósseo, portanto, sem necessidade de ressecção de osso palatino.

Para o diagnóstico do AP, faz-se necessário a realização de uma biópsia incisional da lesão e envio da amostra à análise histopatológica, e o tratamento de escolha consiste na excisão cirúrgica sob anestesia local ou geral. A remoção completa da lesão o quanto antes minimiza o risco de recidiva e do potencial de transformação maligna.⁶ Tais procedimentos foram realizados no caso clínico apresentado, sendo optado a realização da excisão em centro cirúrgico sob anestesia geral, devido à localização potencial da lesão e ao risco de sangramento da artéria palatina maior. A paciente foi acompanhada por 1 ano e 8 meses, sendo observado uma boa cicatrização e ausência de recidiva.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico realizado apresentou um bom prognóstico e, durante o acompanhamento de 1 ano e 8 meses, não se observou recidiva. Porém, vale salientar que uma técnica cirúrgica inadequada pode contribuir para uma recidiva, assim como a demora de um diagnóstico pode potencializar o risco de uma transformação maligna. Logo, embora o adenoma pleomórfico seja uma lesão comum, os profissionais envolvidos em seu diagnóstico e tratamento devem ficar atentos quando a sua recorrência, longevidade e potencial de transformação maligna.

REFERÊNCIAS

1. Almeslet AS. Pleomorphic Adenoma: A Systematic Review. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2020; 13(3),284. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1776

2. Nevilli B. Patologia oral e maxilofacial. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil; 2011. 912 p.
3. Patigaroo AS, Patigaroo FA, Ashraf J, Mehfooz N, Shakeel M, Khan NA, Kirmani MH. Pleomorphic Adenoma of Hard Palate: An Experience. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*. 2014; 13, 36-41. doi:10.1007/s12663-012-0448-5
4. Queiroz CS, Azevedo RAD, Trindade AI, Pontes CGC, Moura RDQ. An unusual pleomorphic adenoma. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*. 2014; 62(3), 319-324. doi: 10.1590/1981-86372014000300000141930
5. de Souza GFM, Ribeiro PML, Barroso KMA. Consideração sobre os aspectos histopatológicos do adenoma pleomórfico em glândula parótida: relato de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. 2019; 18(3), 416. doi:10.9771/cmbio.v18i3.34415
6. Moon SY. Surgical management of the palatal pleomorphic adenoma. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019; 30(6), 580-582. doi: 10.1097/SCS.0000000000005608
7. Pinto LG, de Figueiredo NFD, Romão TCM, Ferreira LAB, dos Santos MQ, Ferreira JAT, Costa DFN. Exérese cirúrgica de adenoma pleomórfico em palato: relato de caso. *Archives of health investigation*. 2020; 9(5), 449-452. doi:10.21270/archi.v9i5.4999
8. Sarmento DJDS, Morais MDLSDA, Costa ADLL, Silveira ÉJDD. Neoplasias intraorais de glândula salivar menor: estudo clínico-patológico. *Einstein (São Paulo)*. 2016; 14, 508-512. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3749
9. Berrerrhdoche Z, Lachkar A, Benfadil D, Elayoubi F, Benfadil D. Pleomorphic adenoma of the palate: a case report. *Cureus*. 2022; 14(11). doi: 10.7759/cureus.31003
10. Maia FPA, Oliveira PKD, Santos JVQMD, Costa DFN, Andrade ESDS. Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*. 2019;13 (3), 21-24.