

TUMOR BENIGNO DAS GLÂNDULAS SALIVARES (ADENOMA PLEOMÓRFICO): APRESENTAÇÃO DE TRÊS CASOS

SALIVARY GLANDS BENIGN TUMORS (PLEMORPHIC ADENOMA): THREE CASES PRESENTATIONS

MARCELO RODRIGUES AZENHA

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Base de Bauru

CLÓVIS MARZOLA

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Base de Bauru

MARCOS MAURÍCIO CAPELARI

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Base de Bauru

SILVANO GUZMAN

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Base de Bauru

RESUMO

O adenoma pleomórfico é um tumor benigno com maior prevalência em indivíduos do gênero feminino entre a quarta e quinta décadas de vida. É caracterizado como uma lesão assintomática, que acomete com mais frequência a glândula parótida, seguida pelas glândulas salivares menores, as glândulas mandibulares, o lábio superior e a mucosa jugal. É uma lesão de evolução lenta, sendo os tumores intraorais diagnosticados, na maioria dos casos, quando começam a interferir nas funções orais do paciente, como mastigação, fala, deglutição e fonação. Este trabalho apresenta três casos de adenomas pleomórficos encontrados nas glândulas salivares menores do palato duro e na glândula parótida, com diferentes procedimentos terapêuticos sendo instituídos e discutidos. Em um deles, o tratamento clínico foi o de escolha, pois o paciente apresentava alterações sistêmicas graves. Nos outros dois, a cirurgia para exérese da lesão foi realizada sem intercorrências.

Palavras-chave: ADENOMA PLEOMÓRFICO – GLÂNDULAS SALIVARES – TUMORES BENIGNOS.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma is a benign tumor with higher prevalence in females in their 40s and 50s. It is characterized as an asymptomatic lesion mostly found in parotid glands followed by the minor salivary glands, mandibular glands, superior lip and jugal mucosa. It has a slow evolution, and intraoral tumors are mostly diagnosed when they start to interfere in mouth functions, such as masticatory activities, speaking, word pronunciations and deglutition. This paper shows three cases of pleomorphic adenomas found in the minor salivary glands of the hard palate and in the parotid gland with different therapeutic procedures having been instituted and discussed. The clinical treatment was preferable in one of the cases due to the patient's systemic condition. The other two cases were operated without any complication.

Keyword: PLEOMORPHIC ADENOMA – SALIVARY GLANDS – BENIGN TUMORS.



INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico (AP) ou tumor misto das glândulas salivares é o tumor benigno mais comumente encontrado nessas estruturas,¹ representando cerca de 90% dos achados, os quais são encontrados na proporção de 4:1 nas glândulas salivares maiores em relação às menores, sendo a glândula parótida a que apresenta maior incidência.²

Inicialmente descrito por Billroth e recebendo diferentes denominações, como endotelioma, branquioma e endondroma, o termo foi sugerido por Welsh e Meyer (1968) devido ao seu padrão morfológico variável e à constante variação na apresentação do seu parênquima e estroma, sendo o diagnóstico diferencial com o pleomórfico celular das neoplasias malignas de extrema importância.³

A glândula parótida é a estrutura mais acometida pelos APs, os quais podem também ser encontrados na região palatina, lábio superior, mucosa jugal e nas outras duas glândulas salivares maiores.⁴ Apresentam-se clinicamente como um nódulo sésil, firme à palpação, fixo, de crescimento lento, assintomático e, dependendo do seu tamanho, pode até interferir nas funções orais do paciente, sendo possível sua ulceração por traumatismos frequentes.^{4,5}

Por ser uma lesão de origem assintomática e de evolução lenta, o AP é geralmente diagnosticado em estágios nos quais seu volume ultrapassa alguns milímetros, tornando o procedimento cirúrgico mais extenso. Acometendo um maior número de pacientes do gênero feminino entre a quarta e quinta década de vida, o AP apresenta elevado grau de pleomorfismo em seus achados microscópicos, podendo apresentar-se parcial ou totalmente encapsulado, exibindo ainda infiltrações de células normais^{4,6}

e originando-se da formação neoplásica do epitélio glandular adulto dos ductos.⁷

O tratamento de escolha deve ser o cirúrgico, sendo imprescindível a biópsia incisional ou aspirativa para a definição do diagnóstico. A excisão cirúrgica é considerada o tratamento que apresenta os melhores resultados, sendo que de 2% a 22% dos casos⁵ há um processo de transformação maligna da lesão, com a recorrência variando de 5% a 30% se não removidos adequadamente.⁸

Neste trabalho são demonstrados três casos de AP nas regiões palatina e da glândula parótida, com diferentes condutas realizadas pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) do Hospital de Base de Bauru, São Paulo. A importância do trabalho revela-se na apresentação dos casos clínico-cirúrgicos, para que o cirurgião bucomaxilofacial possa ter certeza do diagnóstico final, diferencial, além do tipo de tratamento a ser instituído. Justifica-se sua apresentação pela escassez de trabalhos sobre essa patologia na literatura brasileira.

RELATOS DE CASOS

CASO 1

Paciente de 85 anos, gênero masculino, apresentou-se no ambulatório de CTBMF, relatando aumento volumétrico da gengiva na região palatina, indolor, cuja de evolução é de, aproximadamente, 13 meses. Ao exame físico intraoral, foi observada tumoração na região palatina posterior esquerda medindo cerca de 2 cm de diâmetro, firme à palpação, indolor, de base sésil e com limites precisos. Na tomografia computadorizada em cortes coronais, foi observada uma lesão na região palatina com cerca de 2,5 cm de diâmetro, localizada apenas nos tecidos moles (Figura 1).



FIGURA 1 – CORTE CORONAL DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXIBINDO A LESÃO. OBSERVE A SUA LOCALIZAÇÃO APENAS EM TECIDOS MOLES.



Após biópsia incisional, o resultado microscópico revelou o diagnóstico de adenoma pleomórfico. O tratamento proposto foi a sua excisão cirúrgica sob anestesia geral em ambiente hospitalar. Durante avaliação pré-anestésica, foram detectados diversos problemas de origem sistêmica do paciente, como hipertensão arterial elevada, além do índice de glicemia bastante alterado, não estando apto para o procedimento cirúrgico, de acordo com a equipe de Anestesiologia. A conduta escolhida foi o acompanhamento do caso, com controles periódicos sendo realizados a cada três meses, por meio da verificação das características da lesão. No acompanhamento de 15 meses, o tumor não apresentava sinais de evolução ou ulceração (Figura 2).

FIGURA 2 – ACOMPANHAMENTO DO CASO DE 15 MESES. LESÃO NÃO APRESENTA ALTERAÇÕES DE VOLUME E DE SUPERFÍCIE.



CASO 2

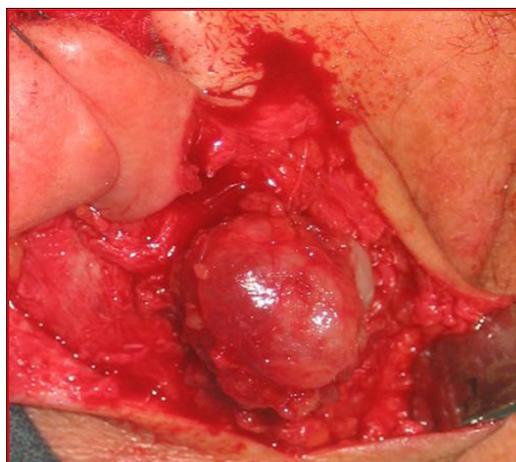
Paciente de 38 anos, gênero feminino, a qual consultou a equipe de

CTBMF com queixa principal de diminuição do fluxo salivar, além da presença de nódulo na região da glândula parótida direita. No exame físico intra e extraoral, foi verificada a presença de um volume nodular na glândula parótida, com diminuição do fluxo salivar liberado pelo ducto. A lesão apresentava-se dura à palpação, indolor e com limites precisos. Após biópsia aspirativa, foi descartada a hipótese de lesão cística, sendo solicitada uma tomografia computadorizada em cortes axiais para verificação da extensão da lesão e de suas características (Figura 3). A hipótese diagnóstica foi de AP, com o tratamento cirúrgico excisional sendo realizado sem intercorrências.⁹ (Figura 4)

FIGURA 3 – TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EM CORTE AXIAL NO QUAL É OBSERVADA A LESÃO NA REGIÃO DA GLÂNDULA PARÓTIDA DIREITA.

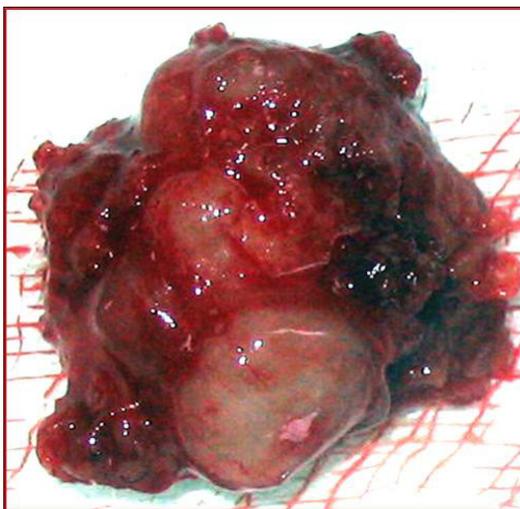


FIGURA 4 – EXCIÇÃO DO ADENOMA PLEOMÓRFICO DA GLÂNDULA PARÓTIDA DIREITA.



Após envio da peça cirúrgica para análise microscópica (Fig. 5), o diagnóstico definitivo foi de AP, com o controle pós-operatório de 20 meses realizado sem apresentar qualquer recorrência da lesão

FIGURA 5 – PEÇA CIRÚRGICA PARA SER ENVIADA AO LABORATÓRIO.



CASO 3

Paciente de 29 anos, gênero masculino, relatou abaulamento na região palatina há cinco meses, pensando ser apenas uma inflamação da região. Após avaliação intraoral, foi observada tumefação na região palatina direita, indolor e dura à palpação (Figura 6). Nos exames radiográficos, observou-se uma lesão radiolúcida circunscrita por um halo radiopaco. Na biópsia incisional, foi diagnosticada a presença de uma lesão do tipo adenoma pleomórfico.

FIGURA 6 – ADENOMA PLEOMÓRFICO ESTENDENDO-SE POR TODO O PALATO.



Sob anestesia local e sedação,⁹ a lesão foi removida e o fragmento foi enviado para o laboratório de patologia (Figura 7 e 8), sendo confirmado o diagnóstico de AP. Nos controles pós-operatórios, foram solicitados exames por imagens para excluir a possibilidade de recorrência da lesão, estando o paciente em controle ambulatorial há 17 meses e sem sinais de recidiva.

FIGURA 7 – LESÃO SENDO REMOVIDA.

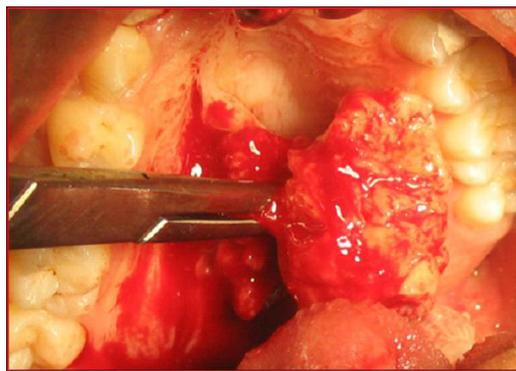
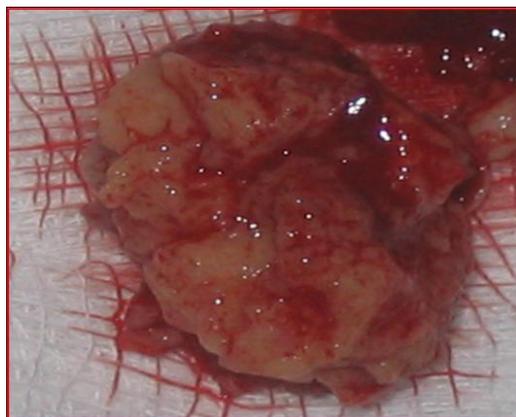


FIGURA 8 – LESÃO REMOVIDA DO PALATO DURO.



DISCUSSÃO

O AP é uma lesão de caráter benigno, de crescimento lento, com maior incidência entre a quarta e quinta décadas de vida, sendo os pacientes do sexo feminino os mais acometidos.^{3, 10} Chinnellato et al.,² em um estudo de prevalência dos tumores de origem epitelial das glândulas salivares, encontraram maior constância de AP durante a segunda e terceira décadas de vida, achados semelhantes a Figueiredo et al.,¹¹



que encontraram uma maior incidência de AP na terceira e sexta décadas de vida, após avaliar 196 casos de tumores malignos e benignos das glândulas salivares, ocorrendo o mesmo com os casos apresentados neste trabalho.

Representando 85% de todos os tumores benignos das glândulas salivares, o tumor misto tem maior predileção pelas glândulas salivares maiores (68%), com a glândula parótida sendo a estrutura mais acometida². Nos casos apresentados, em duas situações a região afetada foi o palato e, em outra, a glândula parótida. Vicente et al.¹⁰ afirmam que as regiões mais acometidas pelas lesões benignas das glândulas salivares menores são o palato duro e o palato mole, representando cerca de 50% dos achados. Demonstram ainda que mais de 50% desses casos são diagnosticados como sendo AP, e que o acompanhamento pós-operatório torna-se imperativo para avaliar possíveis transformações malignas dessas lesões.

O tratamento cirúrgico do AP deve ser o de escolha, contando com o consenso de todos os autores pesquisados, sendo imperativo um exame físico detalhado e a realização da biópsia excisional ou aspirativa para o correto diagnóstico. Pelo fato de o AP apresentar diferentes características histológicas em algumas situações, o diagnóstico dessas lesões, após a biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF), pode ser interpretado de maneira errada. Handa et al.⁹ encontraram cinco (10%) casos de erro no diagnóstico após a realização da BAAF, afirmando que essa técnica não pode ser considerada segura, e que o patologista precisa estar atento às variações do AP na realização do laudo final. Já a biópsia excisional apresenta total segurança e confiabilidade no diagnóstico dessas lesões, possibilitando inclusive a remoção por completo do AP. A recidiva de tais lesões é incomum, porém, se a técnica cirúrgica não for bem executada, as possibilidades de recorrência podem che-

gar a 30% dos casos.⁸ Nas situações em que a lesão encontra-se superficial e de fácil exérese, a preservação da glândula torna-se o tratamento de escolha, sendo realizada a remoção da lesão e a parotidectomia parcial. Nas situações em que a lesão está localizada profundamente na glândula parótida, a intervenção mais radical (parotidectomia total) deve ser realizada.¹² No presente relato, a lesão encontrava-se superficial à glândula parótida, podendo ser facilmente removida, como observado nas imagens.

Sciandra et al.¹ apresentam um caso raro de AP localizado na parede nasal lateral do nariz para o qual o tratamento cirúrgico ressectivo foi o de escolha, com o acompanhamento pós-operatório sendo realizado por um longo período. Afirmam ainda que as transformações dessas lesões em tumor maligno são bastante raras, podendo variar de 2% a 22% dos relatos.^{4, 5} Neste estudo, no caso 1, para o qual foi instituído o tratamento conservador da lesão, o paciente foi orientado a evitar traumatismos na região para diminuir as chances de uma possível malignização da lesão por traumas repetitivos, não sendo observados episódios de recidiva em nenhum dos casos.

Por invadir, na grande maioria das vezes, apenas os tecidos moles, dificilmente há uma indicação para remoção do tecido ósseo com a tomografia computadorizada e os exames por imagens, sendo de grande importância para a localização e demarcação exata da lesão.⁷ Roh e Park¹³ avaliaram 20 pacientes e concluíram que a manutenção das glândulas salivares maiores, em especial a glândula submandibular, é fundamental para a manutenção normal da salivação na redução da morbidade e também do tempo cirúrgico. O acompanhamento do caso é fundamental para sua completa resolução e verificação de quaisquer alterações.^{2, 8, 7, 14} Neste artigo, um acompanhamento periódico dos pacientes foi



realizado para a detecção de uma possível recidiva da lesão e no caso 2, no qual a lesão estava localizada na região da glândula parótida, essa estrutura foi mantida visando um melhor prognóstico ao paciente.

CONCLUSÕES

Uma avaliação detalhada da queixa dos pacientes, um exame físico bem executado, os exames por imagens e os achados microscópicos são fundamentais para o diagnóstico e planejamento do tratamento. Uma técnica cirúrgica minuciosa e o acompanhamento pós-operatório também são essenciais para a obtenção de sucesso no tratamento do AP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sciandra D, Dispenza F, Porcasi R, Kulamarva G, Saraniti C. Pleomorphic adenoma of the lateral nasal wall: case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008;2(3):150-3.
2. Chinellato LEM, Márquez IM, Fleury RN, Quevedo FC. Estudos da prevalência dos tumores de origem epitelial de glândulas salivares em serviços de anatomia patológica das cidades de Bauru e Jaú (Estado de São Paulo, Brasil). *Revista da FOB* 1994; 2(1): 45-51.
3. Silveira EJD, Godoy GP, Queiroz LMG, Melo FCC, Jales E. Adenoma pleomórfico em lábio superior - relato de caso. *Rev Bras Odont* 2002; 59(2):70-2.
4. Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bougot JE. *Patologia Oral e Maxilo-Facial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
5. Tommasi AF. *Diagnóstico em Patologia Bucal*, 1985.
6. Souza SOM, Araújo VC. Estudo morfológico e imunohistoquímico do adenoma pleomórfico de glândula salivar menor. *Rev Pós-Grad* 1994; 1(2), 22-6.
7. Louro RS, Passeado D, Andrade M. Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso clínico. *Rev Bras Odont* 2002; 59(1), 25-7.
8. Bhaskar SN. *Synopsis of Oral Pathology*, 7ª ed., Mosby Company; 1986.
9. Handa U, Dhingra N, Chopra R, Mohan. Pleomorphic adenoma: Cytologic variations and potential diagnostic pitfalls. *Diagn. Cytopathol*. 2009; 37:1-5.
10. Vicente OP, Marqués NA, Aytés LB, Escoda CG. Tumors of minor salivary glands Minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 18 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13(9): E582-8.
11. Figueiredo CRLV, Amaral RR, Pinho MMS, Freitas JSA, Rolim MLM, Souza LB. Estudo epidemiológico de tumores benignos e malignos de glândula salivar – Análise de 196 casos em Natal (RN). *Rev Ass Bras Odont Nac* 2001; 8(6): 343-8.
12. Drivas EI, Skoulakis CE, Symvoulakis EK, Bizaki AG, Lachanas VA, Bizakis JG. Pattern of parotid gland tumors on Crete, Greece: A retrospective study of 131 cases. *Med Sci Monit* 2007; 13(3):136-40.
13. Roh JL, Park CI. Gland-preserving surgery for pleomorphic adenoma in the submandibular gland. *British J Surg* 2008;95(10):1252-56.
14. Marzola C. *Fundamentos de cirurgia buco-maxilo-facial*. CDR, Bauru: Editora Independente, 2005.

Recebimento do artigo: 22/10/07

Aprovado: 18/12/08

