

ADENOMA PLEOMÓRFICO EM PALATO MOLE RELATO DE CASO CLÍNICO

Pleomorphic Adenoma in Soft Palate - Case Report

Charles Marin*
Rodrigo Granato*
Liliane Janete Grandó**
Sônia Maria Lückmann Fabro***
José Nazareno Gil****

RESUMO

Este artigo apresenta um caso de Adenoma Pleomórfico afetando palato mole, diagnosticado previamente como Tumor de Warthin. O tratamento cirúrgico foi realizado sob anestesia local, onde foi realizada a remoção da lesão, sem outros tratamentos complementares, obtendo-se sucesso com o procedimento após controle pós-operatório de 5 anos.

UNTERMOS

Adenoma pleomórfico, Glândula salivar menor, Palato mole.

INTRODUÇÃO

Inúmeras lesões afetam as estruturas da cavidade oral, sejam elas infecciosas, tumorais ou proliferativas não neoplásicas. Esta diversidade está relacionada aos diferentes tecidos que compõem a cavidade oral, dentre eles as glândulas salivares menores que se apresentam distribuídas pelo palato e lábios Dubrull¹ (1991), também possuindo suas patologias específicas.

Devido a alta prevalência do Adenoma Pleomórfico (AP) na cavidade bucal, é importante para o cirurgião dentista reconhecer as principais manifestações clínicas desta patologia, além de realizar o diagnóstico diferencial e indicar a melhor conduta frente à lesão. Este trabalho apresenta um relato de caso clínico e uma revisão atual da literatura sobre o tema.

REVISÃO DE LITERATURA

Adenoma Pleomórfico ou Tumor Misto Benigno é a neoplasia benigna de glândula salivar mais comum Pinkston & Cole⁹ (1999), Harada et al.² (2001), To et al.¹² (2002), Speight & Barrett¹¹ (2002), Hisatomi³ (2003), Neville et al.⁷ (2004). Correspondem por aproximadamente 90% de todos os tumores originados de glândulas salivares. A glândula parótida é local de maior

ocorrência deste tumor, representando 75 – 85% de todos os casos; 8% ocorrem na glândula submandibular e 7 – 15% em glândulas salivares menores Pinkston & Cole⁹ (1999). Segundo Neville et al.⁷ (2004), o AP representa de 38 a 43% dos tumores relacionados às glândulas salivares menores, localizando-se preferencialmente em palato duro, seguido de lábio superior e mucosa jugal. Lopes & Kowalski⁶ (1997), analisaram a incidência dos tumores benignos de glândulas salivares menores numa revisão de 71 casos de 1954 a 1993, sendo o AP o mais comum com 35,7% dos casos.

Esta lesão pode se desenvolver em qualquer idade, mas a ocorrência se concentra entre a quarta e sexta décadas de vida com uma ligeira predileção pelo sexo feminino. Apresenta crescimento intermitente e o tamanho varia de poucos milímetros até vários centímetros, podendo atingir tamanhos consideráveis se o tratamento não for realizado Harada et al.² (2001).

Segundo Tommasi¹³ (2002), o adenoma pleomórfico costuma ser assintomático e de crescimento lento. Clinicamente apresenta-se como uma massa submucosa firme, lobulada ou lisa, recoberta por mucosa normal em cor, continuidade e volume, podendo estar ulcerado secundariamente. Geralmente são móveis,

*Especializando em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Universitário/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

**Doutora, Professora de Patologia Bucal e do Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

***Mestre, Professora de Patologia e do Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário/UFSC, Florianópolis, SC, Brasil.

****Doutor, Professor de Patologia Bucal e Coordenador do Núcleo de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Universitário/UFSC, coordenador do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial.

exceto quando localizado no palato duro ou rebordo alveolar.

Os exames radiográficos possuem pouco valor diagnóstico devido a grande sobreposição de estruturas encontrada. Os exames imagiológicos de escolha para esta patologia são a ressonância nuclear magnética e a tomografia computadorizada, sendo a primeira mais indicada, pois permite uma análise das camadas internas, principalmente se associada a contraste, podendo-se realizar diagnóstico diferencial para outras lesões como o Tumor de Warthin conforme relatos de Ikeda et al.⁴ (1996).

Embora seja uma neoplasia benigna, sua complexidade biológica exige uma extrema atenção do cirurgião dentista. O termo pleomórfico se dá devido à constante variação dos aspectos histopatológicos (Shafer et al.¹⁰ 1987). Histologicamente, este neoplasma apresenta células cúbicas dispostas em tubos ou estruturas semelhantes a ductos de glândulas salivares. Observa-se, ainda, intensa proliferação de células mioepiteliais e alguns componentes de tecido mesenquimal. Toda esta estrutura é sustentada por um estroma que varia de um colágeno hialinizado denso a uma substância grosseira e mal definida. Uma pseudocápsula de tecido conjuntivo, que se apresenta com espessura variável e frequentemente descontínua. Outros achados histopatológicos que podem estar presentes são cartilagem e osso, segundo relatos de To et al.¹² (2002).

O correto tratamento do AP consiste na excisão cirúrgica do tumor e de toda a pseudocápsula sobrejacente, Ikeda et al.⁴ (1996), Lopes & Kowalski⁶ (1997). O tumor é radioresistente e a radioterapia é contraindicada, podendo ocorrer o aumento da probabilidade de transformação maligna (Shafer et al.¹⁰ 1987). Para To et al.¹² (2002), o uso da radioterapia é benéfico como complementação após a ressecção tumoral, principalmente nos casos de rompimento ou exposição da cápsula no transcirúrgico. Nas séries estudadas por Neville et al.⁷ (2004), a transformação maligna desta lesão é rara, ficando em torno de 5%, outros relatos apontam uma média de 17% de transformação maligna nas lesões recidivantes (Piekarski et al.⁸ 2004), sendo, portanto, necessário um controle pós-operatório.

RELATO DE CASO

Paciente, I.S. sexo gênero feminino, 40 anos de idade, leucoderma, compareceu ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, apresentando aumento de volume na área de transição entre palato duro e palato mole de 15 x 15 mm (figura 1), indolor, com tempo de evolução de 4 anos (SIP), apresentando consistência fibrosa à palpação, recoberto

por mucosa normal em cor, continuidade e volume. Na consulta inicial a paciente relatava procedimento cirúrgico prévio na lesão, biópsia incisional, realizado 4 meses antes, na cidade onde a paciente residia, com diagnóstico histopatológico de Tumor de Warthin ou Cistoadenoma Papilar Linfomatoso. Radiograficamente nenhum aspecto significativo foi observado. A paciente apresentava bom estado geral, relatou não fazer uso de medicamentos e não ter alergias. Após as manobras de assepsia e antisepsia, procedeu-se anestesia local infiltrativa utilizando mepivacaína 2% com adrenalina 1:100.000. Uma incisão sobre o rebordo alveolar foi realizada estendendo-se da região de túbere até a altura da linha média. Descolamento mucoperiósteo foi realizado até identificar-se a margem da lesão, seguido de



Figura 1 - Aspecto inicial da lesão, observe o aumento de volume uniforme sem alterações da mucosa sobrejacente



Figura 2 - Vista trans-cirúrgica da remoção da lesão, observe o retalho rebatido e a pseudocápsula sendo dissecada para completa remoção.

dissecação da cápsula, separando-a da mucosa palatina (figura 2). destacou-se o tumor da margem do palato duro, finalizando a remoção do tumor, a mucosa palatina foi suturada com pontos simples com vicryl 4-0 (Ethicon). A paciente foi medicada com analgésico e antiinflamatório não esteroide, juntamente com instruções pós-operatórias de rotina. A análise macroscópica foi sugestiva de AP (figura 3). Nenhum tratamento complementar foi realizado neste caso. O laudo histopatológico confirmou a hipótese de AP apresentando um aspecto clássico da lesão, com a presença de estruturas em forma de ductos de glândulas, estruturas epiteliais e mesenquimais (figura 4). O controle clínico-radiográfico foi realizado durante 5 anos observando-se normalidade dos tecidos locais (figura 5).



Figura 3 - Macroscopia da peça cirúrgica, onde pode-se observar o centro claro da mesma, sugerindo grande quantidade de tecido fibroso e a pseudocápsula envolvendo toda a lesão.

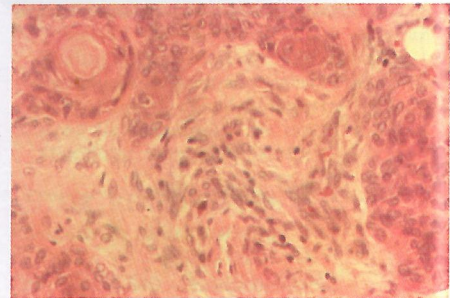


Figura 4 - Aspectos microscópicos da lesão: Observe o epitélio em forma de ducto, estrutura cística e formando ninhos de células, no centro da lâmina células mioepiteliais fusiformes e estroma de aspecto mixóide



Figura 5 - Controle clínico 5 anos após a intervenção cirúrgica, mostrando normalidade dos tecidos locais

DISCUSSÃO

O caso anteriormente relatado, pode ser considerado um Adenoma Pleomórfico clássico, devido às características e ao comportamento apresentado. A evolução da lesão indolor e lenta confirma os relatos de outros autores Pinkston & Cole⁹ (1999), Shafer et al.¹⁰ (1987), Neville et al.⁷ (2004), Tommasi¹³ (2002), Lopes & Kowalski⁶ (1997). O diagnóstico prévio de Tumor de Warthin deve-se ao fato de algumas características histopatológicas se assemelharem, segundo Shafer et al.¹⁰ (1987). A origem do AP a partir de glândulas salivares menores representa aproximadamente 40% dos casos sendo o palato duro a localização mais comum (Shafer et al.¹⁰ 1987, Neville et al.⁷ 2004, Tommasi¹³ 2002). Neste caso, a presença de exame histopatológico prévio, presença da lesão palpável e superficial, associado ao alto custo da ressonância magnética dificultaram a sua realização. O tratamento cirúrgico apresentado foi conservador no que diz respeito à ausência de seqüelas permanentes, como exodontias, fistulas buco-nasais ou buco-sinusais, porém radical na remoção total da lesão, com especial atenção à pseudocápsula que foi removida em peça única e por completo. Esta técnica cirúrgica apresenta os menores índices de recidiva de acordo com Piekarski et al.⁸ (2004), Laskawi et al.⁵ (1996). O sucesso do tratamento é confirmado não só pela manutenção de controle periódico de longo prazo mas também pelo diagnóstico clínico preciso e intervenção o mais precoce possível, mesmo sendo um tumor benigno com índice de recidiva baixo, este pode sofrer transformação maligna segundo Speight & Barrett¹¹ (2002).

CONCLUSÃO

O AP requer remoção cirúrgica radical por se tratar de uma neoplasia. O AP de glândula salivar menor é ressecado com maior facilidade, sendo sua remoção feita por completo. Apresenta menor taxa de recidiva em relação aos AP de parótida onde esta já é baixa, porém mesmo com uma situação clínica favorável, um controle pós-operatório de 5 anos deve ser mantido para confirmar a cura do paciente.

SUMMARY

This paper presents a case report of Pleomorphic Adenoma affecting soft palate. The first surgical procedure, made by another surgical team, was diagnosed as a Warthin's tumor. The surgical treatment was performed under local anesthesia, where the lesion was removed and no complementary treatments were done. After 5 years of follow-up no recurrence was observed.

UNITERMS

Pleomorphic adenoma, Minor salivary gland, Soft palate.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DuBrull EL. Anatomia Oral, 8 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1991.
- Harada H, Omura K, Maeda A. A Massive Pleomorphic Adenoma of the Submandibular Salivary Gland Accompanied by Neurilemomas of the Neck Misdiagnosed as a Malignant Tumor: Report of Case J Oral Maxillofac Surg 2001;59:931-5.
- Hisatomi M. Assessment of pleomorphic adenomas using MRI and dynamic contrast

- enhanced MRI Oral Oncology 2003;39:574-9.
- Ikeda K, Katoh T, Ha-Kawa SK, Iwai H, Yamashita T, Tanaka Y. The usefulness of MR in establishing the diagnosis of parotid pleomorphic adenoma. AJNR Am J Neuroradiol 1996;17:555-9.
- Laskawi R, Schott T, Mirzaie-Petri M. Surgical Management of pleomorphic adenomas of the parotid gland: A follow up study of three methods. J Oral Maxillofac Surg 1996;54:1176-80.
- Lopes MA, Kowalski L P. Tumores benignos de glândulas salivares menores: estudo de 71 casos. Revista Paulista de Odontologia 1997;19:14-7.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia Oral e Maxilofacial 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- Piekarski et al. Results of Extracapsular Dissection of Pleomorphic Adenoma of Parotid Gland J Oral Maxillofac Surg 2004;62:1198-202.
- Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: Results from a population-based study Otolaryngol Head Neck 1999;120:834-8.
- Shafer WG, Hine MK, Levy MB, Tomich CE. Tratado de Patologia Bucal, 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
- Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumours, Oral Diseases 2002;8:229-40.
- To et al. Pleomorphic Adenoma of the Lower Lip: Report of a Case J Oral Maxillofac Surg 2002;60:684-6.
- Tommasi A. F. Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo: Pancast, 2002.

AUTOR RESPONSÁVEL

Charles Marin

Rua Tenente Silveira, 293 - Sala 1001 - Centro Florianópolis - SC - CEP: 88010-301 Fone: (48) 234 6134/9902 9679

Recebido para publicação: 15/09/2005.
Aceito para publicação: 10/11/2005.



• Odontologia para Bebês
• Odontopediatria

Cristiana Marinho de Jesus, CD-Me
CRO-GO 5638

Fone: (62) 3327-0923
Cel.: (62) 9974-8923

Rua Desembargador Jaime, nº 174 - Centro Anápolis-GO - CEP 75020-040
e-mail: cristianamj@uol.com.br

LAGPAC

LABORATÓRIO GOIANO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA

- Patologia Cirúrgica
- Citologia Esfoliativa
- Biópsia por Congelação
- Citopatologia (Preventivo)
- Imuno-Histoquímica
- Punção Aspirativa

Dr. Marcos Motta da Silva
Médico Anátomo Patologista
CRM 8684

Av. Contorno, 559 - Centro - Anápolis - Goiás
FONE/FAX: (62) 3311-2296
PREVENÇÃO É VIDA



Dr. Vicente Rocha
Endodontista - CRO/GO 2837

Odontosul

Rua 132, nº 189 - ST. Sul - 74093-210 - Goiânia-GO
Referência: em frente ao clube dos oficiais

Fone / Fax: (62) 3241-9091
Residência: 3523-1262 e Cel: 9978-8946
e-mail: vgnrocha@terra.com.br