

ADENOMA PLEOMÓRFICO NO PALATO DURO

Revisão de Literatura e Relato de Caso

Pleomorphic Adenoma of the Hard Palate

Review of the Literature and a Case Report

Karla Sado MORI*
Ludmila Coutinho MORAES*
Saitiro WATANABE**

RESUMO

Os autores descrevem um caso de adenoma pleomórfico no palato duro em paciente do sexo feminino, com 20 anos de idade, com lesão arredondada, localizada na porção antero-lateral do palato duro direito, assintomático. Foi tratado por remoção cirúrgica total, de acordo com a revisão de literatura. Este tumor é originado de glândula salivar, sendo sua localização mais comum no palato duro.

UNITERMOS

Adenoma Pleomórfico,
Tumor Misto, Tumor Benigno
de Glândula Salivar.

INTRODUÇÃO

Também chamado de tumor misto benigno, o adenoma pleomórfico é a neoplasia de glândula salivar mais comum. O local de acometimento mais freqüente é a região do palato duro, porém pode ocorrer no lábio superior, língua, assoalho de boca e região retromolar.

O adenoma representa de 38% a 43% dos tumores relacionados às glândulas salivares menores, sendo que cerca de 53% a 77% dos tumores de parótida e 44% a 68% dos tumores de glândula submandibular são adenoma pleomórfico⁸.

Por ser o tumor benigno mais comum das glândulas salivares menores, o adenoma pleomórfico possibilita um tratamento conservador para o paciente, através da enucleação da lesão juntamente com a mucosa suprajacente diminuindo o risco de recidiva.

A literatura aponta que raramente existe a transformação maligna deste tumor, não

descartando a possibilidade de ocorrer.

REVISÃO DE LITERATURA

Em 1958, OOTA & TAKAHASHI¹³ estudaram pela primeira vez a estrutura microscópica do adenoma pleomórfico, que é composto por uma proliferação de células mioepiteliais e por um amplo espectro de componentes de tecido epitelial e mesenquimal, estando envolvido por uma cápsula fibrosa. O termo pleomórfico é utilizado devido a constante variação na apresentação do parênquima e do estroma, que pode confundir com o pleomorfismo característico dos tumores malignos^{2, 11}. O tumor através dos anos recebeu várias denominações como: enclavoma, braquioma, endotelioma; mas a denominação de adenoma pleomórfico sugerida por WILLIS¹⁹ (1967), caracteriza exatamente o padrão histológico da lesão. O adenoma é clinicamente uma massa tumoral bem delimitada de

*Acadêmicas do Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Anápolis

** Professor da Disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Anápolis

consistência firme ou mole à palpação, de crescimento lento, indolor e, se traumatizado, poderá ocorrer ulceração^{3,16}.

Sendo o local de acometimento mais freqüente, os tumores palatais normalmente são encontrados na porção póstero-lateral, apresentando-se como uma massa de superfície plana em forma de cúpula. Devido a natureza aderida da mucosa do palato duro, os tumores nessa localização não são móveis, embora aqueles no lábio ou mucosa jugal freqüentemente o sejam. Podem apresentar áreas de reabsorção óssea circundadas por osso cortical quando observadas em tomografia computadorizada¹⁴.

O pico de incidência desta lesão está na quinta e sexta década de vida. REGEZI & SCIUBBA¹⁵ (1991), acreditam ser a segunda década de vida a mais prevalente¹⁸. Porém, autores afirmaram que a lesão aparece em 60% dos casos entre a terceira e quinta década de vida¹⁶. Mulheres são mais afetadas numa relação de 2:1 e menos de 10% acometem as crianças⁶. O diagnóstico final é dado pelo exame histopatológico de material recolhido por biópsia. Esse exame é fundamental já que existem formas malignas de adenoma pleomórfico e mesmo os benignos assemelham-se clinicamente ao adenoma de células basais, mioepitelioma e carcinoma mucoepidermóide.

Em localizações palatinas, BORAKS¹(1996), afirma que o exame radiográfico de pouco auxiliará no diagnóstico, pois a lesão está localizada em áreas de muitas sobreposições e em geral não compromete o osso palatino. Para auxiliar no diagnóstico o autor recomenda a utilização da tomografia computadorizada e da ultra-sonografia e, eventualmente, da ressonância magnética. Já SAPP et al.¹⁶ (1998), recomendam a ressonância magnética nuclear como método de diagnóstico por imagem. O tratamento de eleição para o adenoma pleomórfico é a excisão cirúrgica, sendo a recidiva freqüente

e variável com a localização e técnica cirúrgica empregada. O fenômeno da recidiva, representa, hoje em dia importante fator epidemiológico. Visto que esses tumores são radioresistentes, a radioterapia não traz benefícios e, portanto, é contraindicada, podendo haver aumento da probabilidade de transformação maligna^{4, 5, 7, 8, 9, 10, 12}.

Atualmente está bem conhecido que os adenomas pleomórficos benignos podem sofrer transformação maligna. O componente maligno pode ser um carcinoma mucoepidermóide, ou um adenocarcinoma. Esta transformação pode ocorrer em um tumor de longa duração não tratado, ou em uma recidiva, ou o elemento maligno pode estar presente por ocasião da cirurgia inicial.

O adenoma pleomórfico, comparado com sua forma maligna, é relativamente raro. NEVILLE et al.¹⁰ (1998), acreditam ser de 5% dos casos. Embora estas lesões possam parecer histologicamente benignas, elas podem apresentar metástases. Clinicamente, a variedade maligna do adenoma pleomórfico é semelhante à lesão benigna, embora tenha tendência para crescer mais rapidamente e atingir tamanho maior. Ele se apresenta fixo aos tecidos e pode ter a superfície ulcerada. A dor parece ser queixa mais freqüente nas lesões malignas do que do tipo benigno. O tratamento consiste na excisão cirúrgica completa. O índice de recidiva e de metástases locais é elevado. As metástases distantes ocorrem geralmente nos pulmões, ossos, vísceras e cérebro.

RELATO DO CASO

Paciente V.N.R., gênero feminino, 20 anos, leucoderma, procurou consultório particular queixando-se de um aumento de volume na região palatina do lado direito, com história de evolução de aproximadamente 8 anos (fig. 1).

Ao exame clínico observou-se tratar de uma tumefação caracterizada como um nódulo de consistência

elástica de aproximadamente 3 cm, indolor e mucosa local com aspectos normais (fig. 2).



FIGURA 1 – Paciente V. N. R.



FIGURA 2 – Aspecto Clínico da Lesão

Para excluir outras possibilidades de diagnóstico, inclusive lesões malignas, e, conseqüentemente, diferentes formas de tratamento definitivo, optou-se realizar uma biópsia incisional da lesão, sob anestesia local, e obtido o diagnóstico histológico de adenoma pleomórfico.

Após análise da radiografia oclusal, a lesão não demonstrou haver comprometimento ósseo. Realizou-se, então, a excisão cirúrgica do tumor, sob anestesia local, como mostram as figuras 3, 4, 5, 6, 7 e 8



FIGURA 3 – Traçado da Incisão



FIGURA 4 – Incisão



FIGURA 5 – Exérese da lesão



FIGURA 6 – Após Remoção da Lesão



FIGURA 7 – Sutura

A peça removida constituía-se de 2 fragmentos de tecido mole, cor esbranquiçada, superfície rugosa, forma oval, medindo o maior 2,5 x 2,0 x 2,0 cm. e o menor 2,5 x 1,0 x 0,5 cm. (fig.8).

Foi enviada para avaliação histopatológica (fig. 9) e os cortes microscópicos revelaram células neoplásicas dispostas em forma de cordões, ilhotas ou em formações ductiformes, com áreas de metaplasia escamosa, áreas mixóides e de células gordurosas; confirmando o diagnóstico inicial de adenoma pleomórfico de glândula salivar menor.

Como medicação pós-operatória, antiinflamatório e analgésico foram prescritos, sendo o maior cuidado relativo ao rígido controle de higiene local. Após 15 dias pode-se observar a perfeita cicatrização da região operada (fig.10).

A preservação foi realizada durante 1 ano e não houve sinais de recidiva, além da ausência de sintomatologia.



FIGURA 8 – Peça Removida

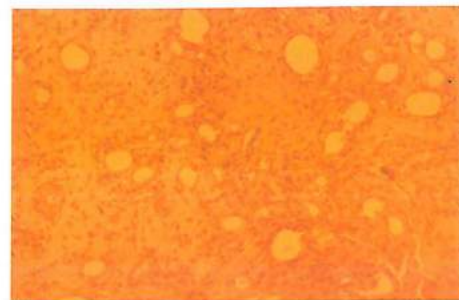


FIGURA 9 – Aspecto Microscópico

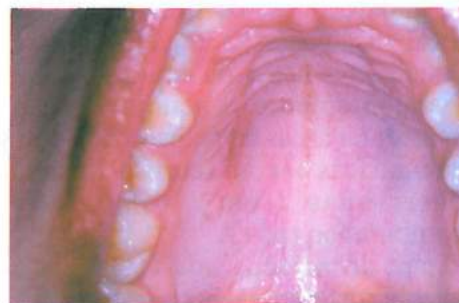


FIGURA 10 – Pós-operatório (15 dias)

COMENTÁRIOS

O termo “tumor misto” foi introduzido em 1874, devido a origem do tumor ser epitelial e mesenquimática. Muitos autores discordaram desta afirmação e propuseram várias hipóteses histogenéticas. Em seu estudo, WILLIS et al.¹⁹ (1967), reafirmaram a origem epitelial do tumor, propondo a mudança de denominação para adenoma pleomórfico.

Entre os tumores de glândula salivar, especial interesse tem sido dispensado ao adenoma pleomórfico, pois, além de ser o tumor mais freqüente de glândulas salivares, apresenta aspecto histológico bastante peculiar e até o presente ainda permanece incerta sua exata histogênese. A maioria dos estudos atuais da histogênese do adenoma pleomórfico, estão centralizados na célula de reserva do ducto intercalado e na célula mioepitelial, que conservam a pluripotencialidade para diferenciarem-se em vários padrões morfológicos encontrados nos adenomas pleomórficos. A célula mioepitelial é capaz de expressar

características morfológicas epiteliais e mesenquimáticas.

REGEZI & SCIUBBA¹⁵ (1991), são categóricos ao afirmar que, clinicamente é impossível diferenciar os tumores malignos dos benignos de glândula salivar durante os estágios precoce de crescimento. No caso relatado, o diagnóstico definitivo foi obtido somente após a realização da biópsia incisional, conforme recomendação de BORAKS¹ (1996). Tal conduta objetivou a exclusão de outras possibilidades diagnósticas, como o mucoepidermóide.

A obtenção do diagnóstico diferenciado sob ponto de vista histológico é um fator importante a ser considerado, uma vez que o adenoma pleomórfico lembra, em alguns casos, o adenoma monomórfico e, em outros, o carcinoma adenocístico.

Por se tratar de uma lesão de pequena dimensão, como diagnóstico por imagem optou-se apenas pela radiografia oclusal. Evidente que, em situações de grandes lesões, com invasão de estruturas vizinhas torna-se imprescindível métodos mais precisos de diagnósticos por imagem como tomografia computadorizada, ultra-sonografia e ressonância magnética.

Segundo REGEZI & SCIUBBA¹⁵ (1991), acreditam ser a segunda década de vida a mais prevalente sobre a incidência desta lesão e que as mulheres são mais afetadas. Estes dados foram condizentes com o caso clínico relatado.

Por questão estritamente econômica não foram realizados exames adicionais recomendados por alguns autores como SAPP et al.¹⁶ (1998), o qual recomenda a ressonância magnética nuclear como método de diagnóstico por imagem.

O tratamento recomendado pela maioria dos autores é a excisão cirúrgica, conduta esta que foi

adotada para o caso apresentado.

CONCLUSÕES

Diversos autores relataram que os tumores palatais normalmente são encontrados na região pósterolateral. Neste caso, o tumor apresentou-se na região anterolateral, o que justifica a escolha pela anestesia local. A remoção da mucosa suprajacente juntamente com a lesão foi realizada para diminuir a possibilidade de recidiva, já que a cápsula fibrosa pode se apresentar incompleta. O diagnóstico definitivo é feito através do exame histopatológico.

A paciente foi acompanhada durante 1 ano e não houve sinais de recidiva, o que não anula a possibilidade de ocorrer. O prognóstico favorável foi obtido devido ao tratamento adequado e acompanhamento clínico criterioso.

SUMMARY

The authors describe a case of pleomorphic adenoma of the hard palate in a 20-year-old female patient with a round lesion, localized on the behind-beside part of the right hard palate. The procedure used was the complete surgical removal without residual or recurrent lesion. This tumour has its origin in the salivary glands and the most common location is the hard palate.

UNITERMOS

Pleomorphic Adenoma, Mixed Tumor, Benign Tumours of Salivary Glands

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORAKS, S. **Diagnóstico bucal**. São Paulo; Artes Médicas, 1996.
- BURZLAFF, J. B.; PURICELLI, E.; Estudo imunohistoquímico em adenomas pleomórficos das glândulas salivares. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre. v. 37, n. 02, p. 19 - 24, 1996.
- CALHOUN, N. R. et al. Mixed tumor of the palate: report of a case. **J. Oral Surg.** v. 15, p. 159-161, 1957.
- CELLA, R. J. et al. Pleomorphic adenoma of the palate and adenocarcinoma of the lung. **J. Oral and Maxillofacial Surgery.** v. 42, p. 253-256, 1984.
- EPKER, B. N. et al. Management of the intraoral benign pleomorphic adenoma. **Am. Surg.**, v. 36, n. 11, p. 691-697, 1970.
- GARCIA, A. P. et al. Adenoma pleomórfico: aspectos clínicos, diagnóstico e terapêutica de 39 casos. **Rev. Odontol. UNICID.** v. 5, n. 2, p. 81-90, 1993.
- JOACHIMS, H. Z.; ALTMAN, M. M. Invasive pleomorphic adenoma of hard palate. **J. Laryngol. Otol.** v. 87, n. 11, p. 1147-1151, 1973.
- KORNFELD, B. A. et al. Pleomorphic adenoma, "mixed tumor", minor salivary gland of the palate. **Dental Digest.** v. 75, n. 4, p. 150-152, 1969.
- LOPES, M. A., KOWALSKI, L. P. Tumores benignos de glândulas salivares menores: estudo de 71 casos. **Rev. Paul. Odontol.** v. 19, n. 1, p. 14-7, 1997.
- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, v. 11, p. 328 - 337.
- NOGUEIRA, A. N. et al. Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso clínico. **Rev. Paul. Odontol.** v. 23, n. 1, p. 14-18, 2001.
- OKURA, et al. Pleomorphic Adenoma of the Sublingual Gland: Repor of a case. **J. Oral Maxillofac. Surg.** v. 54, p. 363-

- 366, 1996.
13. OOTA, K & TAKAHASHI, N. Eletron microscopic studies on the so-called benign mixed of the salivary gland. **I Gann.** v. 49; p. 234-235, 1958.
14. PINTO, R. S. Radiologic features of benign pleomorphic adenoma of the hard palate. **Oral Surg.** v. 39, n.6, p. 976-981, 1975.
15. REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Doenças das glândulas salivares. Patologia Bucal - correlações clinicopatológicas.** II ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.162-205, 1991.
16. SAPP, J. P. Patologia Oral e Maxilofacial Contemporânea, **Luso Ciência.** v. 10, p. 345-347, 1999.
17. SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de Patologia Bucal,** 4° ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. v. 3, p. 213 - 218, 1987.
18. SILVA, J. J. et al. Adenoma pleomórfico de palato duro. **Rev. Odonto cienc.** v. 12, n. 24, p. 203-208, 1997
19. WILLIS, R. A.: **Pathology of tumors.** 4. ed. London, Butterworth, 1967.



ESPAÇO CREATIVO
ORTODONTIA

Dr. IOCHINOBU NAGAMORI
CRO 2256

Fone: (62) 324 91 06

Av. São Francisco nº715 - B. Jundiá - Anápolis-GO

Se seu paciente precisar de

Então



Dr. Marcos Virgilio Torlezzi Rocha
CRO-GO 1684



Radiografia e Documentação Odontológica

Rua Dona Doca, 102 - Centro - Fones: 321-3764/321-3125/321-3840 - cep 75.020-180
Anápolis - Goiás

email: mvrocha@genetic.com.br