

Adenoma Pleomórfico de Grandes Dimensões na Paró- tida: Relato De Caso

Radamés Bezerra Melo ^{1, 2, *}, Ana Beatriz Furtado de Oliveira ², Viviane Barbosa Aires Leal ², Jonas No-
gueira Ferreira Maciel Gusmão ¹, Raissa Pinheiro Moraes ^{1, 3}, Diego Assunção Calixto da Silva ⁴, Glauber
Freitas de Oliveira ⁵

¹ Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

² Faculdade Paulo Picanço, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Centro Universitário Maurício de Nassau – UNINASSAU, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.

⁵ Hospital Regional Público do Leste do Pará, Paragominas, PA, Brasil.

* Correspondência: radamesbmelo@hotmail.com.

Resumo: O adenoma pleomórfico é um tumor misto benigno, sendo o mais comum das glândulas salivares. Esse tipo de lesão geralmente apresenta crescimento lento e assintomático. A glândula parótida é a mais frequentemente acometida, correspondendo a cerca de 85% dos casos confirmados, embora, com menor prevalência, possa afetar as glândulas salivares menores. Este relato descreve um caso de adenoma pleomórfico no lobo superficial da glândula parótida. O caso envolveu um paciente do gênero masculino, melanoderma, na sexta década de vida, com desenvolvimento estimado da neoplasia ao longo de aproximadamente dez anos. O exame clínico revelou uma tumefação indolor na região da parótida direita, com lesão firme à palpação. A tomografia computadorizada de face mostrou uma massa tumoral localizada superficialmente na glândula parótida direita. O procedimento cirúrgico de exérese da lesão foi realizado sob anestesia geral, e o exame histopatológico confirmou a hipótese diagnóstica pré-operatória de adenoma pleomórfico. Após quatro anos de acompanhamento, não houve recidiva e o paciente permanece sem sequelas estético-funcionais, apesar da grande dimensão da lesão.

Palavras-chave: Adenoma Pleomórfico; Glândulas Salivares; Relato de Caso.

Citação: Melo RB, Oliveira ABF, Leal VBA, Gusmão JNFM, Moraes RP, Silva DAC, Oliveira GF. Adenoma Pleomórfico de Grandes Dimensões na Parótida: Relato De Caso. Brazilian Journal of Dentistry and Oral Radiology. 2025 Jan-Dec;4:bjd53.

doi: <https://doi.org/10.52600/2965-8837.bjdor.2025.4.bjd53>

Recebido: 28 Novembro 2024

Aceito: 25 Dezembro 2024

Publicado: 28 Dezembro 2024



Direitos autorais: Este trabalho está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (CC BY 4.0).

1. Introdução

A glândula parótida é a localização mais frequente das neoplasias de glândulas salivares, representando cerca de 70,5% dos casos, no qual o Adenoma Pleomórfico (AP) é a forma que mais afeta essa glândula, sendo o seu lobo superficial mais atingido (90%) [1]. O AP também é conhecido como um tumor misto benigno, sendo a neoplasia que mais acomete as glândulas salivares. Quando atingem as glândulas salivares menores, a lesão pode se apresentar na região do palato, lábio superior e mucosa jugal. Dentre as glândulas salivares maiores, a glândula parótida é a mais acometida, seguida das glândulas submandibulares e raramente na sublingual [2, 3].

Clinicamente, o adenoma pleomórfico tem uma discreta predileção pelo sexo feminino, atinge pacientes entre a terceira e a sexta década de vida, mas pode aparecer em indivíduos de qualquer faixa etária, e se apresenta como um tumor de superfície lisa, crescimento lento e assintomático. Histopatologicamente, a lesão pode apresentar uma encapsulação total ou parcial, normalmente é bem circunscrita, é um tumor epitelial de morfologia complexa onde no parênquima da lesão há uma mistura de epitélio glandular e células mioepiteliais com uma morfologia variável [4-6].

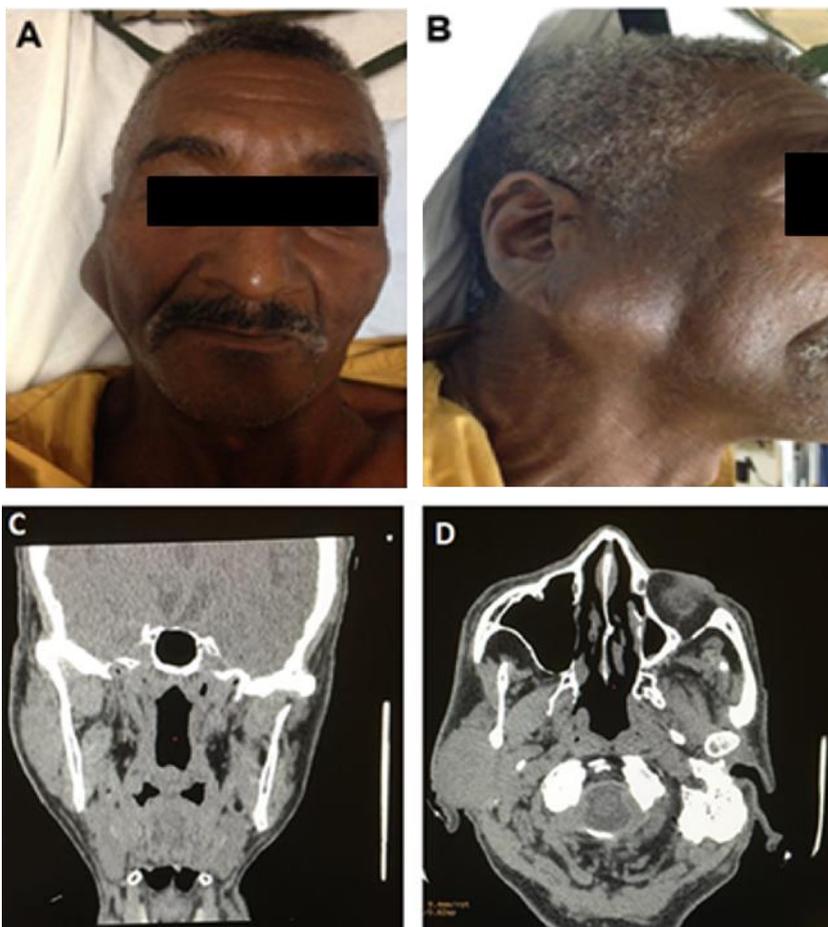
Na literatura os métodos de tratamento, que envolvem técnicas terapêuticas do adenoma pleomórfico, são frequentemente citados como excisão cirúrgica, contudo não há um consenso e se tal terapêutica deverá ser realizada com ou sem margem de segurança [3,6]. No caso de lesões neoplásicas localizadas no lobo superficial da parótida, dependendo da extensão do tumor, as técnicas mais empregadas são a enucleação tumoral associada a uma parotidectomia parcial ou total, ou seja, com margem de segurança da região acometida [1, 4, 6]. Comumente após o tratamento, essa patologia possui um prognóstico excelente com um baixo índice de recidiva, nas quais é mais frequente a sua reincidência quando as glândulas salivares menores são atingidas [4, 7]. Ademais, o risco de transformação em maligna dessa neoplasia é baixo, representando cerca de 3,5% dos casos confirmados. Contudo, o tempo de evolução da doença sem tratamento é um fator determinante para sua malignização [4-9].

Nesse trabalho, relata-se um caso clínico de Adenoma Pleomórfico unilateral no lobo superficial da parótida com aproximadamente dez anos de evolução e acompanhamento pós-operatório de quatro anos.

2. Relato de Caso

Paciente do gênero masculino, melanoderma, com 65 anos de idade, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional do Leste de Pará, com uma queixa principal puramente estética, por conta da presença de uma de um aumento de volume em face com aproximadamente 10 anos de evolução, causando uma assimetria facial nesse indivíduo (Figura 1A e 1B).

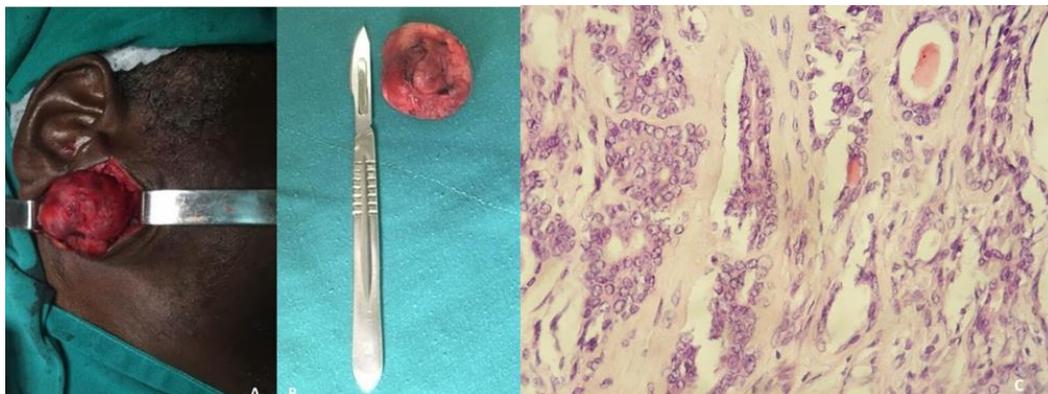
Figura 1: Vista frontal (A) e lateral (B) do pré-operatório, TC corte coronal (C) e corte axial (D) mostrando massa firme no lóbulo superficial da parótida direita.



Ao exame clínico observou-se uma tumefação na hemi face do lado direito na região da parótida, indolor, lesão firme a palpação e não apresentava linfonodos cervicais alterados. Na Tomografia Computadorizada, foi encontrada uma imagem compatível com uma massa sólida, localizada na região de junção superficial da glândula parótida direita (Figura 1C e 1D). Foi optado por realizar uma biopsia pré-operatória por Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), que se apresentou negativa para líquidos (lesão sólida), encontradas após a análise células atípicas, porém sem evidências de malignidade.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral a nível hospitalar, após infiltração subcutânea de lidocaína a 2% com adrenalina, realizaram uma incisão na pele e no tecido conjuntivo subcutâneo e se dissecou em profundidade em direção ao feixe profundo do masseter, optando pela realização de um acesso transcutâneo na região parotideomassetérica (Figura 2A e 2B). A divulsão foi realizada obliquamente até atingir a face externa da glândula parótida. A enucleação removeu a cápsula íntegra da massa tumoral e foi optado pela não realização de uma parotidectomia total/parcial, tendo em vista que a lesão foi facilmente separada da glândula parótida no transoperatório. Foi realizada a sutura por planos e em seguida foi realizada a colocação de curativo compressivo nesse paciente. A peça cirúrgica foi encaminhada para exame histopatológico e após a análise foi encontrado epitélio glandular e células mioepiteliais (Figura 2C), confirmando o diagnóstico de adenoma pleomórfico nesse paciente.

Figura 2: Momento da enucleação do AP (A) Dimensão da massa tumoral após sua remoção (B) Epitélio glandular (seta azul) e células mioepiteliais (seta preta) em um aumento total de 100x (C).



Quatro anos após a retirada da massa tumoral, não foi relatado reincidência da queixa inicial, e no exame clínico e de imagem constatou a ausência de recidiva e sem apresenta nenhum sinal de lesão do nervo facial (Figura 3).

3. Discussão

O adenoma pleomórfico é o tumor neoplásico mais comum das glândulas salivares, com uma maior frequência a glândula parótida, tendo prevalência de aproximadamente 70% dos casos confirmados [8,9]. Sendo uma lesão de caráter benigno, constituindo menos de 4% de todos os tumores de cabeça e pescoço. A técnica cirúrgica eleita é um fator determinante para um bom prognóstico, tendo em vista que a enucleação local, sem margem de segurança, não garante a integridade da lesão neoplásica, podendo não ser completamente removida ou a cápsula pode ser rompida, decorrendo na permanência de células no leito tumoral. A taxa de recorrência do tumor é baixa [2]. A etiologia ainda é controversa, acredita-se que o adenoma pleomórfico se desenvolva a partir de uma mistura de elementos ductais e células mioepiteliais. O termo “pleomórfico” relaciona-se a variedade de aspectos histológicos encontrados. Essa variedade de componentes conjuntivos deve-se as propriedades multi potenciais das células mioepiteliais [9, 10].

Figura 3: Vista frontal (A) e lateral (B) dois anos após a retirada da lesão; vista frontal (C), lateral (D) e lateral aumentada (E) três anos pós-operatório. Vista frontal (F), lateral (G) e TC corte coronal (H) quatro anos pós-operatório.



Na literatura as técnicas terapêuticas descritas como tratamento do AP, são frequentemente citadas como excisão cirúrgica, porém não há um consenso se na manobra cirúrgica devem incluir a remoção da lesão com ou sem margem de segurança. Existindo, assim, técnicas distintas para o tratamento cirúrgico dessa neoplasia, dependendo da região em que ela ocorra. Para lesões localizadas no lobo superficial da parótida a parotidectomia superficial, com a preservação do nervo facial, possui um bom prognóstico, para lesões localizadas no lobo profundo da glândula parótida, a parotidectomia total geralmente é necessária, se possível com preservação do nervo facial. Os Adenomas pleomórficos das glândulas submandibulares possuem um prognóstico melhor quando há a remoção total da glândula com a neoplasia. Os do palato duro são, normalmente, excisados abaixo do periósteo, incluindo a mucosa sobrejacente. Em outros sítios orais, de modo geral a lesão é facilmente enucleada através de uma incisão local, sendo a enucleação tumoral associada ou não com uma parotidectomia parcial ou total, quando a glândula partida é acometida por essa lesão [8,9].

O potencial de transformação maligna do AP vem sendo relatada principalmente nos casos de excisão cirúrgica incompleta, múltiplas recidivas e em tumores que estiveram por períodos prolongados sem diagnóstico e/ou tratamento, 6,2% dos casos apresenta potencial de transformação maligna. A transformação maligna do Adenoma Pleomórfico, resulta no carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CexAP) e pode ocorrer sob a forma de vários tipos histológicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde em 2005 foram publicadas alterações malignas, sendo três tipos diferentes: CexAP, carcinosarcoma e Adenoma Pleomórfico metastático. Entre estes tipos o CexAP é o mais comumente encontrado [10]. Esta patologia apresenta-se clinicamente como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. O paciente nota, em alguns casos, a presença há muitos meses ou anos antes de procurar um diagnóstico. O AP pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais comum em adultos jovens e em adultos de meia-idade, em geral, entre 30 a 60 anos. No caso clínico apresentado, a patologia desenvolveu-se em uma paciente do sexo masculino, com idade de 65 anos, tendo um tempo de evolução longo, com certa de 10 anos. Por

ser indolor e de crescimento lento, o paciente não procurou atendimento de forma imediata no intuito de receber algum diagnóstico. Porém, como se desenvolveu na região do lobo superficial da parótida e a tumefação estava exteriorizada e com grandes dimensões, já traziam certo incômodo estético e o paciente foi em busca de diagnóstico e de um possível tratamento.

No presente caso, foi realizada a remoção cirúrgica convencional sob anestesia geral, e a enucleação removeu a cápsula do adenoma íntegra sem a necessidade de margem de segurança havendo a preservação do nervo facial. O paciente em questão está em acompanhamento pós-operatório há aproximadamente três anos sem evidências de recidivas.

4. Conclusões

A técnica cirúrgica de enucleação sem margem de segurança do AP, localizado no lobo superficial, mostrou-se de boa escolha, uma vez que o paciente não apresenta recidiva da lesão em dois anos de acompanhamento pós cirúrgico e nenhuma paralisia facial, ou seja, sem sequelas esteticofuncionais e qualquer sinal de recidiva da lesão, demonstrando o resultado positivo do recurso terapêutico escolhido pelo profissional e do cuidado para exérese total do referido tumor sem remanescentes neoplásicos nos tecidos sadios. Apesar de raro, a recorrência do adenoma pleomórfico após um grande espaço de tempo do seu tratamento, bem como a transformação maligna, deve ser uma preocupação frequente, portanto, o acompanhamento à longo prazo é necessário.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Afirmamos que o participante consentiu com a pesquisa ao endossar um documento de consentimento claro, e a investigação aderiu aos padrões éticos delineados na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Mantsopoulos K, et al. Submandibular gland pleomorphic adenoma: Histopathological capsular characteristics and correlation with the surgical outcome. *Annals of Diagnostic Pathology*. 2018;34:166–169.
2. Melo MNB, et al. Adenoma pleomórfico em lábio superior: Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2016;16(2):40-43. Disponível em: <http://www.revistacirurgiabmf.com/2016/02/Artigos/08.Clinico-AdenomaPleomorfico.pdf>
3. Porto DE, Cavalcante JR, Junior JRC, Costa MCF, Pereira SM. Adenoma pleomórfico de parótida – Relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2014;14(2):15–18.
4. Passi D, Ram H, Dutta SR, Malkunje LR. Pleomorphic adenoma of soft palate: Unusual occurrence of the major tumor in minor salivary gland—A case report and literature review. *J Maxillofac Oral Surg*. 2017;16(4):500–505.
5. Loiola RS, et al. Perfil epidemiológico das neoplasias de glândulas salivares diagnosticadas em São Luís-MA. *J Bras Patol Med Lab*. 2009;45(5):413–420.
6. Neville BW. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 393–396.
7. Uz U, Celik O. Pleomorphic adenoma of the posterior surface of the soft palate causing sleep disturbance: A case report. *Am J Case Rep*. 2017;18:1266–1270.
8. Mariano FV, et al. Carcinoma ex-pleomorphic adenoma derived from recurrent pleomorphic adenoma shows important difference by array CGH compared to recurrent pleomorphic adenoma without malignant transformation. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(6):687–694.

9. Utumi ER, Bernabé DG, Zambon CE, Pedron IG, Peres MPSM, Rocha AC. Adenoma pleomórfico em palato mole. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(1):77–80.
10. Lingam RK, Dagher AA, Nigar E, Abbas SA, Kumar M. Pleomorphic adenoma (benign mixed tumour) of the salivary glands: Its diverse clinical, radiological, and histopathological presentation. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2011;49(1):14–20.