

Paulo José Moraes Silva¹
José de Amorim Lisboa Neto²
Edson Martins de Oliveira Junior³
André Luiz Dias Araújo³

**Pleomorphic adenoma in hard
palate: a case report**

**Adenoma pleomórfico no palato
duro: relato de caso**

Abstract | Introduction: The pleomorphic adenoma or mixed tumor is benign tumor of the salivary glands of major incidence, both as the largest as the minor glands. Its clinical findings include generally a solitary lesion, ovoid, with well-defined margins, no pain and slow-growing, not fixing in the adjacent tissue. Objective: This study reports a case of pleomorphic adenoma, located on the palate, presented by a patient served by the Department of Bucomaxilofacial Surgery and Traumatology of the Federal University of Alagoas, AL, Brazil. Case Report: Patient F. V. S., 42 years old, female, white, complained of a "pit" that had appeared at some time and that had not yet gone. It was noted the presence of a round lesion with coloration a little more reddish than the surrounding mucosa, sessile, moderately soft at palpation, in the center of palate. Radiographically the bone structures were intact. Conclusion: The surgical treatment was performed with complete excision of the lesion, since the possibility of recurrence, not showed recurrence after four months of follow-up.

Key-words | Pleomorphic adenoma; Salivary glands; Hard palate.

RESUMO | Introdução: O adenoma pleomórfico ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândulas salivares de maior incidência, tanto nas glândulas maiores como nas menores. Seus achados clínicos geralmente incluem lesões solitárias, ovóides, de margens bem delimitadas, indolores e de crescimento lento, não se fixando ao tecido adjacente. **Objetivo:** O presente estudo relata um caso clínico de adenoma pleomórfico, localizado no palato, apresentado por uma paciente atendida pelo Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Alagoas, AL, Brasil. **Relato de Caso:** Paciente FVS, 42 anos, sexo feminino, leucoderma, queixou-se de um "caroço" que há algum tempo tinha aparecido. Notou-se a presença de uma lesão arredondada, de coloração um pouco mais avermelhada que a mucosa circundante, séssil, moderadamente macia à palpação, com aproximadamente, localizada na região de rafe palatina. Radiograficamente as estruturas ósseas se mostraram íntegras. **Conclusão:** O tratamento executado foi cirúrgico, com exérese completa da lesão, não apresentando recidiva após quatro meses de acompanhamento.

Palavras-chave | Adenoma pleomórfico; Glândulas salivares; Palato duro.

¹Professor adjunto 4 de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Alagoas.

²Professor adjunto 4 de Patologia Oral da Universidade Federal de Alagoas.

³Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas.

⁴Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas.

Introdução |

O adenoma pleomórfico ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândulas salivares de maior incidência, tanto nas glândulas maiores como nas menores de número variável, apresentando características mioepiteliais, estruturas ductiformes e um estroma com tecido condróide⁴.

Os aspectos clínicos do adenoma pleomórfico geralmente incluem lesões solitárias, ovóides e de margens bem delimitadas. A lesão é móvel, exceto quando ocorre no palato. Apresenta crescimento lento e assintomático e suas dimensões podem variar de poucos milímetros a vários centímetros, ocorrendo mais freqüentemente na 4ª e 5ª décadas de vida, com ligeira predominância no gênero feminino¹.

Eveson e Cawson⁷ afirmaram que adenomas pleomórficos se apresentam como tumores lisos, indolores, de crescimento lento, que não se fixam ao tecido adjacente. Por ocasião do diagnóstico, geralmente têm dimensões entre dois e três centímetros, mas, se deixados à própria sorte, podem atingir grandes volumes. Pode ocorrer, ocasionalmente, aumento rápido de volume, indício presuntivo de transformação maligna. A lesão prevalece no lobo superficial da glândula parótida, cuja freqüência varia de 75% a 85%, seguindo-se da submandibular com 8% e glândulas salivares menores com 7% a 15%⁶. Surgem mais comumente como uma massa nodular submucosa móvel, de consistência firme, crescimento lento e expansivo, cedendo pouco à palpação com compressão. A duração das lesões varia entre um a três anos e elas se apresentam assintomático na maioria das vezes¹².

O exame radiográfico da área pode revelar uma radiolucência bem definida envolvendo a maxila adjacente à lesão, caso envolva tecido ósseo⁸, mas, na grande maioria dos casos, as radiografias não são de grande utilidade para a localização e a visualização da lesão¹⁴. O diagnóstico não invasivo para tumores de glândulas salivares inclui ultra-som, tomografia computadorizada e imagem de ressonância magnética. Esses são métodos úteis na determinação da lesão bem como na verificação de qualquer envolvimento ósseo⁹.

Microscopicamente, a lesão apresenta uma população celular densa, formada essencialmente de células epiteliais, dispostas em lençol, cordões e ilhotas isoladas. Em algumas áreas, a disposição das células forma múltiplos ductos, mostrando, em sua periferia, células menores e achatadas que lembram as mioepiteliais, com estroma formado de quantidade variável de material condróide, por onde se entremeavam as células epiteliais; além disso, nota-se, na periferia do tumor, tecido fibroso compatível com a cápsula, envolvendo-a totalmente, sem soluções de continuidade ou extravasamento de tecido neoplásico³.

O tratamento, na grande maioria dos casos, é cirúrgico, e a exérese completa da lesão é indispensável para evitar possível recorrência.

O presente estudo relata um caso clínico de adenoma pleomórfico, localizado no palato, apresentado por uma paciente atendida pelo Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Alagoas, AL, Brasil.

Relato de caso |

Paciente F. V. S., 42 anos de idade, sexo feminino, leucoderma, apresentou-se ao Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas queixando-se de um “caroço” que há algum tempo tinha aparecido e que não havia ainda sumido. Após a anamnese, que não evidenciou doenças e alterações sistêmicas, e da verificação da pressão arterial da paciente, foram realizados os exames extra e intra-orais. O exame extra-oral não evidenciou grandes alterações. A paciente encontrava-se normocorada, sem assimetrias faciais ou qualquer desvio da normalidade. No exame intra-oral, além de ser notada a ausência de alguns elementos dentais e da constatação do uso de prótese parcial removível superior pela paciente, foi confirmada a presença de uma lesão arredondada, de coloração um pouco mais avermelhada que a mucosa circundante, séssil, moderadamente macia à palpação, com aproximadamente 2cm de diâmetro, 1cm de altura e 1cm de espessura, localizada na região de rafe palatina, entre os dentes 2º pré-molares superiores (Figura 1).

Radiograficamente, as estruturas ósseas se mostraram íntegras, como demonstrado na radiografia oclusal (Figura 2).

A paciente relatou que apresentava a lesão por um período relativamente longo (3 anos), visto que a própria prótese utilizada pela paciente foi previamente construída com um “alívio” para a alojar a lesão. Ligeiro desconforto pela paciente foi relatado, que afirmou que a lesão variava de tamanho, influenciada, principalmente, por calor aplicado na região.

Foi realizada a exérese cirúrgica total da lesão, sob anestesia local (Mepivacaína a 3%). Uma incisão em Y invertido foi realizada sobre a lesão. Após o descolamento do retalho palatino mucoperiosteal, a lesão foi exposta, descolada e removida (Figuras 3, 4 e 5).

Foi feito tratamento da ferida cirúrgica óssea com regularização, irrigação com solução salina e sutura com fio seda 3-0, que foi removida uma semana após a cirurgia (Figura 6).

Após a exérese, a lesão foi armazenada em um recipiente contendo uma solução de formol a 10% e foi encaminhada ao setor de Anatomia Patológica do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, para realização do exame histopatológico. Como hipóteses possíveis de diagnóstico, foram sugeridos adenoma pleomórfico, adenoma monomórfico e fibroma.

O diagnóstico histopatológico final revelou que a lesão era um adenoma pleomórfico (Figura 7).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 10-07-2007.

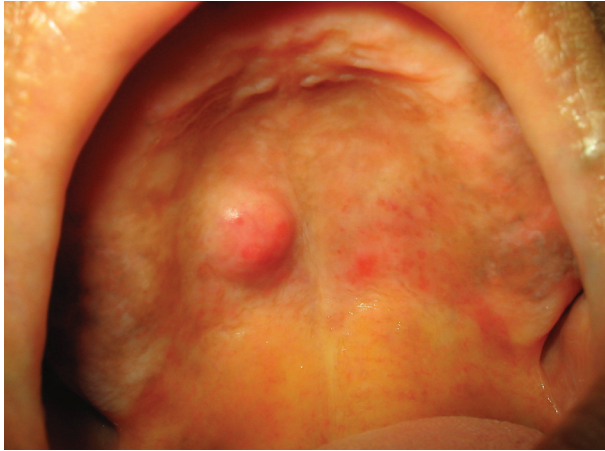


Figura 1. Aspecto clínico inicial da lesão



Figura 2. Radiografia oclusal não revelando comprometimento ósseo, com estruturas íntegras

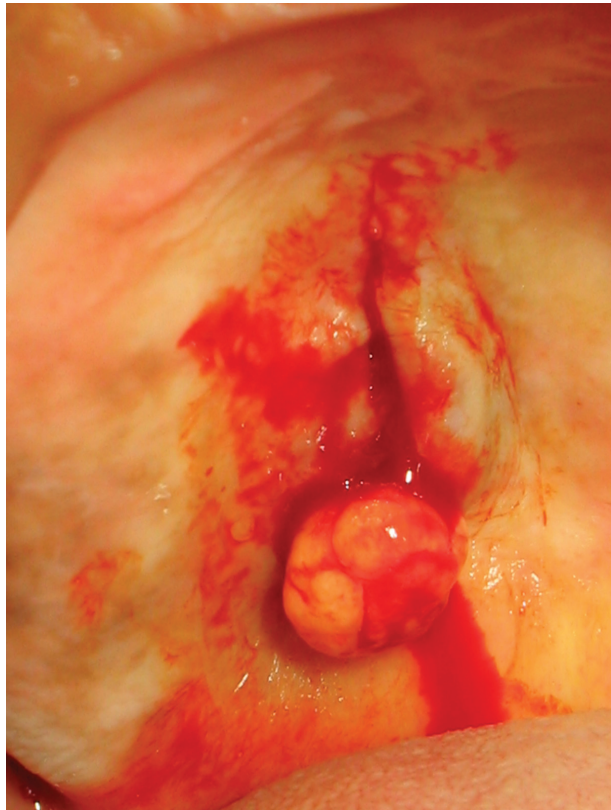


Figura 3. Após incisão, deslocamento, exposição e remoção total da lesão

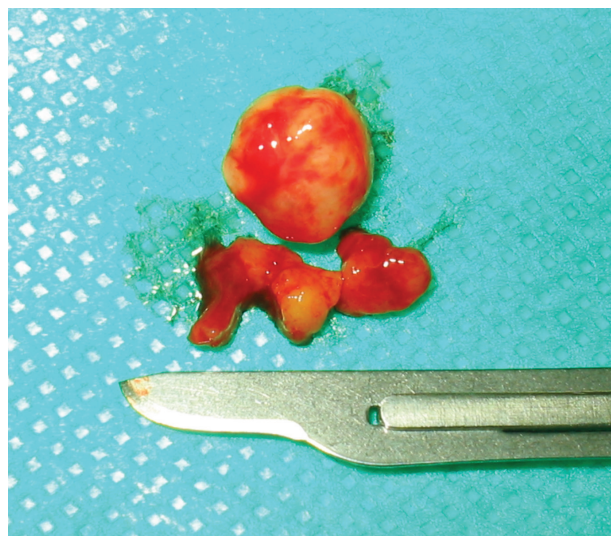


Figura 4. Lesão removida

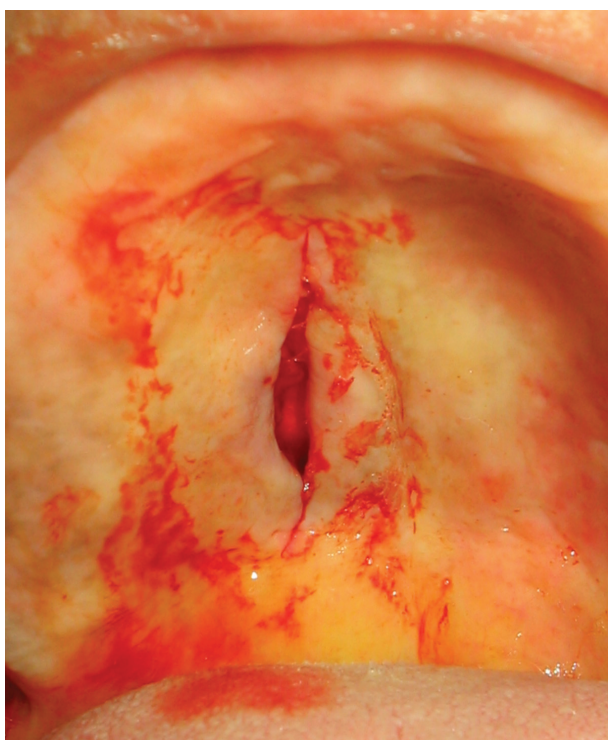


Figura 5. Aspecto palatino após remoção da lesão

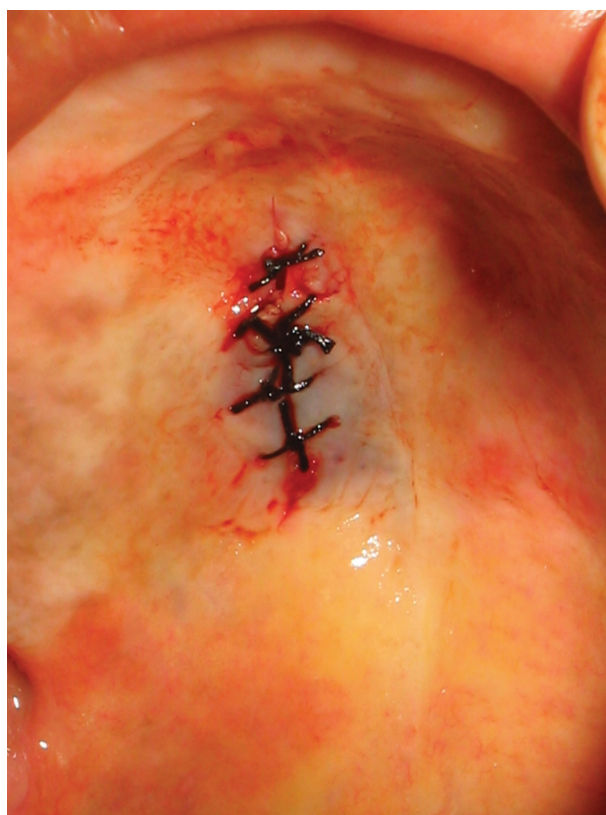


Figura 6. Sutura realizada

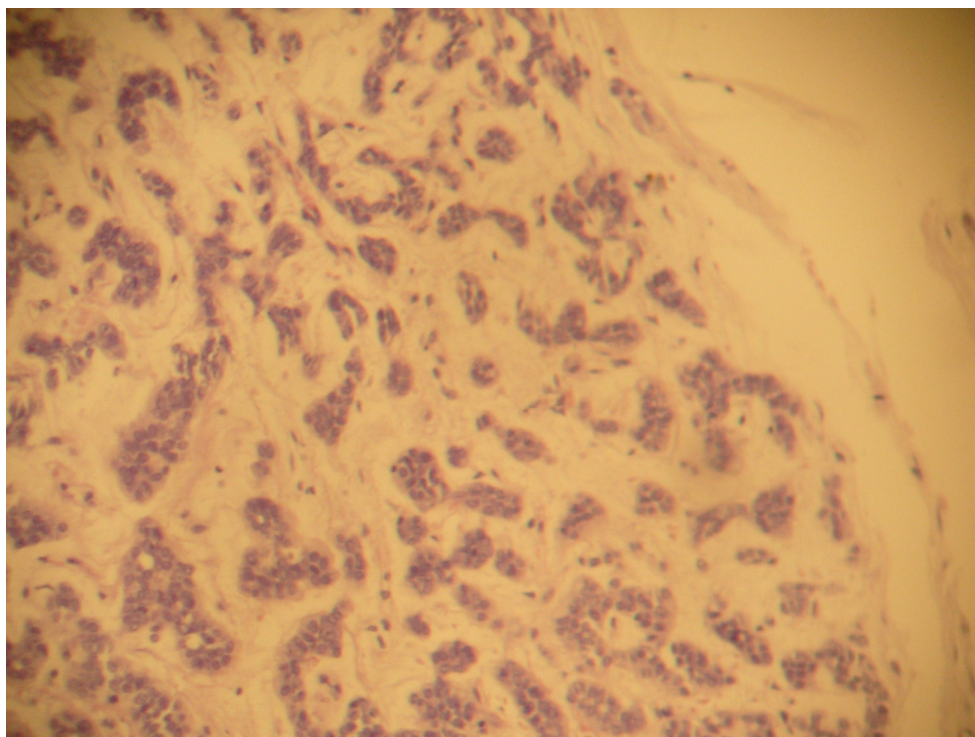


Figura 7. Fotomicrografia revelando cordões epiteliais e células individuais num estroma mixóide, achado histológico típico dessa lesão

Discussão |

O adenoma pleomórfico é um tumor das glândulas salivares que apresenta elementos tanto de tecidos epiteliais quanto mesenquimais¹¹, sendo o mais comum das glândulas salivares^{2,7,16,17}, correspondendo a 51,2% dos casos². Desses tumores, 80% são benignos⁷. A glândula salivar mais acometida é a parótida^{2,11,16,17}. Seu aparecimento na cavidade oral é pouco freqüente, e é rara sua ocorrência no palato¹⁶. Ocorrem mais freqüentemente na 4ª e 5ª décadas de vida, com ligeira predominância no sexo feminino^{2,10,18}.

O adenoma pleomórfico é relativamente raro em crianças, comparando sua incidência com os adultos, principalmente ocorrendo no palato, sendo muito pouco os casos relatados na literatura^{5,13,16}.

Os aspectos clínicos geralmente incluem lesões solitárias, ovóides e de margens bem delimitadas. A lesão é móvel, exceto quando ocorre no palato, apresentando crescimento lento e assintomático com dimensões variáveis de poucos milímetros a centímetros¹⁸, com coloração semelhante à da mucosa adjacente e firme à palpação, muitas vezes associada ao uso de prótese superior^{10,16} e à lesão associada à sintomatologia dolorosa, com superfície ligeiramente ulcerada. Diagnóstico clínico diferencial deve ser realizado das seguintes lesões: condilomatoma acuminata, carcinoma de células escamosas, papiloma oral, tumor de glândulas salivares menores, sarcoma de Kaposi e molusco intra-oral contagioso¹¹. O caso relatado apresentou-se como uma lesão única, arredondada, de coloração um pouco mais avermelhada que a mucosa circundante, séssil, moderadamente macia à palpação, com aproximadamente 2cm de diâmetro, 1cm de altura e 1cm de espessura, localizada na região de rafe palatina, entre os dentes 2º pré-molares superiores

A análise radiográfica não fornece dados claros da natureza e localização da lesão, pois, na maioria dos casos, não há comprometimento ósseo^{5,11,13}. Exames de tomografia computadorizada evidenciaram erosão óssea⁵. Os meios mais modernos e eficazes de diagnóstico de imagens vêm sendo largamente utilizados nos casos de adenoma pleomórfico, e a ressonância magnética é citada por Rotta¹⁵, como um dos recursos diagnósticos mais indicados para essa finalidade, por fornecer alta definição dos tecidos moles sem a utilização de radiação ionizante. As lesões são mais bem identificadas nas imagens por ressonância do que nas obtidas em tomografia computadorizada, quando não há sinais de calcificação. Nossa análise radiográfica, em uma tomada oclusal, revelou estruturas ósseas íntegras, sem envolvimento ósseo adjacente.

Após exame clínico e radiográfico, a biópsia incisional da lesão foi realizada em todos os casos citados na literatura, sendo a análise histopatológica imprescindível para a confirmação do diagnóstico.

O caso foi tratado por exérese cirúrgica total da lesão, sob

anestesia local, sem recidiva após quatro meses de acompanhamento.

O exame microscópico mostrou tecido fibrovascular contendo uma glândula salivar recoberta por epitélio escamoso com fibrose subepitelial e infiltrado de células inflamatórias crônicas multifocais, sem evidência de neoplasia¹⁶. Daniels et al.⁵ reportaram a presença de uma massa encapsulada composta por estruturas glandulares, com áreas cartilaginosas e mixóides, também sem nenhuma evidência de malignização.

Conclusão |

O tratamento mais recomendado, e que foi eleito para este caso, é a excisão cirúrgica com margem de segurança, incisão relaxante e retalho mucoperiosteal, sob anestesia local, seguida de remoção da lesão, curetagem e irrigação com solução salina fisiológica, para remoção de remanescentes da lesão, tendo em vista a possibilidade de recorrência. O retalho foi fechado com fio de sutura apropriado, que foi removido uma semana após a excisão.

No caso relatado, não houve recidiva após quatro meses de acompanhamento.

Referências |

- Alves FA et al. Pleomorphic adenoma of submandibular gland: clinicopathological and immunohistochemical features of 60 cases in Brazil. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 128(12): 1400-3, 2002.
- Antunes AA, Antunes AP. Tumores das glândulas salivares maiores: estudo retrospectivo. Revista Brasileira de Patologia Oral 2005; 4(1): 2-7.
- Boros LF et al. Adenoma pleomórfico de glândula salivar menor do palato. Odontologia Clínica-Científica 2004; 3(1): 67-72.
- Chidzonga MM, Perez VML, Alavarez ALP. Pleomorphic adenoma of the salivary glands. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79(6): 747-9.
- Daniels JSM et al. Pleomorphic adenoma of the palate in children and adolescents: a report of 2 cases and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:541-9.
- Erol B et al. Massive pleomorphic adenoma of the submandibular salivary gland. J Oral Maxillofac Surg 1997; 55(9):1011-4.
- Eveson JW, Cawson RA. Salivary gland tumours. A review for 2410 cases with particular reference to histological types, site, age and sex distribution. J Pathol 1985; 146: 51-8.

- 8 Houston GD. Case history: pleomorphic adenoma. ODA Journal 2003; 34 (2):31-3.
- 9 Ishii J et al. Ultrasonography in the diagnosis of palatal tumors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999; 87: 39.
- 10 Jiménez Y. Adenoma pleoformo de paladar. Med Oral Patol Oral Cir bucal 2005; 10:186.
- 11 Kaur S, Thami GP, Nagarkar NM. Pleomorphic adenoma of the hard palate. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2003; 69:74-5.
- 12 Levine J, Krutchkoff J, Eisenber GE. Monomorphic adenoma of minor salivary glands: a reappraisal and report of nine new cases. J Ora Surg 1981; 39(2): 101-7.
- 13 López-Cedrún JL, Gonzalez-Landa G, Birichinaga B. Pleomorphic adenoma of the palate in children: report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 1996; 25: 206-7.
- 14 Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. J Oral Maxillofac Surg 1994; 52:454.
- 15 Rotta RFR et al. O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos. Rev Bras Otorrinolaringol 2003; 69(5): 699-707.
- 16 Shaaban H, Bruce J, Davenport PJ. Recurrent pleomorphic adenoma of the palate in a child. Br J Plast Surg. 2001; 54(3):245-7.
- 17 Silva SJ et al. Estudo Clínico Epidemiológico de 183 Casos de neoplasias de glândulas salivares, baseado na classificação da OMS (1991). Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 1998;64(4).
- 18 Silvers AR, Som PM. Salivary Glands. Radiol Clin North Am Head and Neck Imaging 1998; 36(5): 941-66.

DATA DE RECEBIMENTO 31/7/2008 • DATA DE ACEITE 22/9/2008

Correspondência para/Reprint request to:

Paulo José Moraes da Silva

Centro Empresarial Barão de Penedo, nº 187, Centro

9º andar, Salas 910/911

Maceió - Alagoas 57020-340

pjms_50@hotmail.com