

ENUCLEAÇÃO DE ADENOMA PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA SALIVAR MAIOR: CONSIDERAÇÕES LITERÁRIAS E RELATO DE CASO

PLEOMORPHIC ADENOMA ENUCLATION IN LARGER SALIVAR GLAND: LITERARY CONSIDERATIONS AND CASE REPORT

TAYSNARA ISMAELEY DE **ANDRADE**^{1*}, FRANCISCO RIKILLY DE **ARAÚJO**¹, KAIANE TAVARES **PONTES**¹, DARLAN KELTON FERREIRA **CAVALCANTE**², DIOGO LUIZ BASTOS **BRAINER**³

1. Cirurgião-dentista, residente em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial no Hospital Regional do Agreste- Universidade Estadual de Pernambuco; Caruaru/PE; 2. Cirurgião-dentista, Mestrando em perícias forenses pela Universidade Estadual de Pernambuco; Camaragibe/PE; 3. Cirurgião-dentista, pós-graduado em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial pelo hospital das clínicas da UFPE Coordenador do serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial no Hospital Regional do Agreste- Universidade Estadual de Pernambuco; Caruaru/PE

* Avenida Portugal, 897, Universitário, Caruaru, Pernambuco, Brasil. CEP: 55016-400. taysnaradeandrade16@hotmail.com.

Recebido em 03/03/2020. Aceito para publicação em 02/04/2020

RESUMO

Relatar um caso de adenoma pleomórfico em glândula parótida atualizado os dados vigentes na literatura. Paciente do gênero feminino, 52 anos de idade, melanoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial de um hospital do Agreste- Caruaru/PE com relatos de “inchaço abaixo da orelha”, com evolução de mais ou menos um ano. Durante anamnese paciente não relatou nenhuma alteração. Ao exame físico, observou-se aumento de volume em parótida esquerda, e foram solicitados ultrassonografia e PAAF, com resultado positivo para adenoma pleomórfico. Foi realizada cirurgia para exérese total da lesão sob anestesia geral, por meio de um acesso cirúrgico retromandibular esquerdo. Após remoção da peça cirúrgica foi realizado sutura por planos e espécime encaminhado ao histopatológico com resultado compatível com adenoma pleomórfico. A remoção da sutura realizou-se no pós-operatório de sete dias. Paciente segue sem alterações neuromusculares ou recidivas em acompanhamento ambulatorial há cerca de 1 ano. Conclui-se que essas lesões tumorais necessitam de diagnóstico preciso e tratamento cirúrgico com margem de segurança devido altas taxas de recidiva e potencial de malignização.

PALAVRAS-CHAVE: Adenoma, glândula parótida, patologia clínica

ABSTRACT

To relate a pleomorphic adenoma case in parotid gland updating current datas on literature. Female patient, 52 years of old, melanoderm, sought the Bucamaxilofacial Surgery and Traumatology services of Regional Hospital of the Agreste with reports of "swelling below the ear" evolving approximately over a year. During anamnesis the patient didn't report any alterations. On physical examination, it was noticed an increase on the left parotid and it was requested ultrasonography and DNAB (drill needle aspiration biopsy) with positive result to pleomorphic adenoma. Suture removal was performed in the post-operative in a period of seven days. Patient proceed without any neuromuscular alterations

or recurrences in outpatient follow up for about a year. Air is concluded that these tumor lesions need accurate diagnosis and surgical treatment with safety margin due to high rates of recurrence and potential for malignization.

KEYWORDS: Adenoma, parotid gland, clinical pathology.

1. INTRODUÇÃO

As patologias que envolvem as glândulas salivares, são diversificadas e podem apresentar etiologias que variam desde trauma local até processos infecciosos sistêmicos, bem como desenvolvimento de neoplasias ou metástases a distância^{1,2}.

Dentre os tumores mais encontrados, o adenoma pleomórfico, também conhecido como tumor misto benigno, apresenta-se como a lesão benigna mais comum representando cerca de 70 a 90% dos casos. Sua localização mais frequente é nas glândulas salivares maiores, em especial a parótida, seguida pelas glândulas salivares menores do palato^{2,3,4}.

Embora incerto, acredita-se que sua etiologia esteja relacionada ao desenvolvimento de células ductais, mioepiteliais e estromas na glândula acometida. Apresenta predileção pelo gênero feminino, e não possui faixa etária para acometimento, porém, apresenta maior ocorrência entre a terceira e sexta década de vida^{3,4}.

Na parótida, apresenta-se como lesão única, de crescimento lento, indolor, móvel e margem definidas. Suas dimensões dependem do tempo de acometimento, e podem variar de milímetros a grandes centímetros, não ultrapassando os 6 cm, mesmo quando diagnosticadas tardiamente^{4,5}.

Seu diagnóstico é auxiliado através dos exames de imagem como ultrassonografia, PAAF e tomografia, que se mostram essenciais para determinar a localização e extensão da lesão. Seu diagnóstico diferencial inclui os demais adenomas que podem

acometer as glândulas salivares, mucocele, lipoma, e neoplasias glandulares malignas^{5,6}.

A degeneração maligna, embora incomum, apresenta etiologia incerta, pode estar relacionado a alteração nos genes e oncogenes supressores do tumor. Esse processo é caracterizado quando a lesão se apresenta com crescimento rápido, sintomatologia dolorosa, bordas irregulares ou pele ulcerada^{7,8,9}.

O tratamento para o adenoma pleomórfico consiste na excisão cirúrgica com margem de segurança, devido ao potencial de recidiva. Por vezes, quando apresentados na parótida, durante a excisão cirúrgica, ramos do nervo facial podem ser danificados acarretando em alterações sensoriais e/ou motoras^{10,11,12}.

Este trabalho, objetiva relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico em glândula parótida, atualizando os dados vigentes na literatura.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 52 anos de idade, melanoderma, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de um Hospital do Agreste- Caruaru/PE com relatos de “inchaço abaixo da orelha”, com evolução de mais ou menos um ano, sem histórico de trauma, infecção ou procedimento cirúrgico na região. Durante anamnese paciente relatou não possuir alergias ou patologias de base. Ao exame físico, observou-se aumento de volume em região de cauda de parótida esquerda, apresentando lesão nodular, indolor, firme à palpação, com aproximadamente dois centímetros em seu maior diâmetro. Ao exame intraoral, não foi observado nenhum sinal de tumefação, ulceração ou infecção. Foram solicitados ultrassonografia de parótida e Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), com resultado positivo para adenoma pleomórfico.

Foi realizada cirurgia para exérese total da lesão sob anestesia geral, por meio de acesso cirúrgico retromandibular esquerdo (Figura 1), com divulsão e dissecação cuidadosa do tumor com o objetivo de identificar e evitar lesões nervosas as ramificações do nervo facial, assim como, evitar rompimento capsular da lesão (Figura 2).



Figura 1. Vista lateral esquerda com demarcação de acesso retromandibular.



Figura 2. Exposição de lesão tumoral após divulsão.

Após remoção da peça cirúrgica (Figura 3), foi realizado revisão de hemostasia e irrigação da cavidade cirúrgica com soro fisiológico 0,9%, sutura por planos, respeitando a cápsula superficial da parótida e fechamento cutâneo com fio reabsorvível (vicryl) e nylon 4-0 (Figura 4).



Figura 3. Espécime cirúrgico após exérese.



Figura 4. Aspecto imediato pós-operatório.

No pós-cirúrgico imediato já se observou preservação das funções motoras da face no lado operado, confirmando que não houve dano nervoso (Figura 5).

A remoção da sutura foi realizada no retorno de pós-operatório de sete dias após a cirurgia, com boa cicatrização, sem sinais de infecção e/ou inflamação. Paciente segue sem alterações neuromusculares ou recidivas em acompanhamento ambulatorial há cerca de 1 ano.



Figura 5. Aspecto facial 30 dias pós-operatório.

3. DISCUSSÃO

Tratando-se das neoplasias benignas, o adenoma pleomórfico é a lesão tumoral mais frequente na glândula parótida, apresentando uma taxa de 70 a 90% de acometimento^{4,5}. Apresenta predileção pelo gênero feminino em cerca de 60% dos casos, com uma faixa etária de 30 a 60 anos de idade. Corroborando com os dados presentes na literatura, o caso apresentando mostra uma paciente de gênero feminino com 52 anos de idade⁷.

O adenoma pleomórfico apresenta-se como uma patologia de crescimento lento e indolor, com surgimento alterações apenas quando em dimensões maiores apresentando assimetria facial, ou queixas álgicas por compressão^{2,3}. A literatura atual mostra que, do seu surgimento ao diagnóstico levam em média de 12 a 15 meses devido ao intervalo prolongado do surgimento dos sinais e sintomas^{10,11}. Após, um ano de evolução, em média, a paciente notou aumento de volume em região de calda parótida, porém sem qualquer outra queixa relacionada.

Para a realização de diagnóstico preciso, os exames complementares mais utilizados são ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, porém a PAAF, apresenta-se como exame definitivo, equivalendo-se ao exame histopatológico do espécime cirúrgico, sendo essencial para seleção do tratamento definitivo^{1,4,5}. Nesse caso, a paciente foi submetida a realização de PAAF, apresentando como diagnóstico adenoma pleomórfico.

O PAAF trata-se de um exame minimamente invasivo, de baixo custo, que permite diagnóstico histológico definitivo na fase pré-cirúrgica^{9,10,11}. Porém, apresenta complicações como hematomas, hemorragias, disseminação neoplásica e lesão ao nervo facial¹².

O tratamento cirúrgico para os adenomas pleomórficos de glândula parótida deve ser a exérese

total do tumor, devendo-se evitar biópsias incisionais, devido ao risco de lesão do nervo facial, ou disseminação intra-glandular, bem como devido ao alto risco de malignização deste tumor^{1,2,3}. Apesar de tratar-se de uma lesão benigna, deve ser realizada a parotidectomia a depender da localização tumoral, devido a taxa de recidiva e malignização^{4,7,8}. O tratamento optado, apresentou-se convergente com a literatura, sendo realizado, após PAAF, a exérese da lesão.

Como encontrado na literatura, o referido espécime, apresentou histologicamente lesão constituída por um duplo componente de células epiteliais e mioepiteliais, com predomínio de células epiteliais, as quais estão arranjadas em cordões ou túbulos, núcleo hiper cromático e citoplasma escasso e basofílico, parcialmente encapsulada^{10,11,12}. O componente de células mioepiteliais apresentou aspecto fibrilar e condromixoide, permeado por células mioepiteliais alongadas e fusiformes⁷. Apresentando-se assim como um caso de adenoma pleomórfico de categoria histológica celular parcialmente encapsulado, o que permite um crescimento tumoral intra-glandular, favorecendo a taxa de recorrência.

No tocante as complicações cirúrgicas, as alterações sensoriais do nervo facial são as mais frequentes, e estão relacionadas a profundidade tumoral da lesão na parótida bem como suas dimensões, além da extensão da dissecação^{3,4,5}. A identificação anatômica pode ser difícil durante o acesso e exérese do tumor resultando em alterações neurosensoriais⁶. No caso discutido, não houve danos sensoriais pós-cirúrgicos ao nervo facial.

Embora apresente taxas de recidivas altas, com a remoção cirúrgica adequada há uma diminuição de recorrência, que parece ser maior em glândulas salivares maiores, como nesse caso^{8,9}. Paciente segue em um ano de acompanhamento sem recidivas, ou alterações de malignidade.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se através do caso relatado que, os adenomas pleomórficos são as lesões tumorais benignas mais comuns na glândula parótida, apresentam diagnóstico tardio e devem ser tratadas através de excisão cirúrgica devido taxa de recidiva e potencial de malignização, contribuindo assim para um melhor prognóstico. Além disso, após o procedimento cirúrgico a complicação mais comum são as alterações neurosensoriais do nervo facial. O caso apresentado, segue em acompanhamento sem recidivas ou comprometimento ao nervo facial.

REFERÊNCIAS

- [1] Porto DE, Cavalcante JR, Cavalcante Júnior JR, Costa MCF, Pereira SM. Adenoma pleomórfico em parótida: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., 2014; 14(2):15-18.
- [2] Lima NKV, Santos WHN, Pérez DEC, Castro JFL, Carvalho EJA. Estudo retrospectivo de tumores de glândulas salivares. Odontol. Clín.-Cient., 2015;

- 14(3):699 – 705.
- [3] Melo NMB, Nogueira Neto JN, Souza SR, Dultra FKA, Dultra JÁ. Adenoma pleomórfico em lábio superior: Relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 2016; 16(2):40 – 43.
- [4] Lima GF, Feitosa ANA, Brasileiro TA, Macena FCS. Adenoma pleomórfico de glândula salivar: uma revisão integrativa sobre os principais achados literários. *Revista Interdisciplinar em Saúde*, 2017; 5(1):98-110.
- [5] Cardoso CS, Sousa LHPN, Costa LJ, Soares MSM, Rosa MRD, Bonan PRF. Adenoma pleomórfico em mucosa jugal: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central* 2014; 23(65).
- [6] Queiroz CS, Azevedo RA, Trindade Neto AI, Pontes CGC, Moura RQ. An unusual pleomorphic adenoma. *RGO, Rev Gaúch Odontol*, 2014; 62(3):319-324.
- [7] Rodrigues TF, Paula HM, Pereira CM. Adenoma pleomórfico de glândula salivar menor. *RCO*. 2018;2(2)1-4.
- [8] Carvalho CYB, Pinheiro FJ, Costa FWG, Germano AR, Albuquerque AFM. Extenso adenoma pleomórfico em região de palato: relato de caso. *JOAC*. 2016; (2)2.
- [9] Carvalho B, Ballin AC, Santos AKR, Ballin CH, Ballin CR, Mocellin M. Apresentação atípica de adenoma pleomórfico. *ACTA ORL/Técnicas em Otorrinolaringologia*, 2011; 29(1):20-2.
- [10] Sousa RIM, Santos MGC, Oliveira JMS, Mendonça VBA, Alves PM, Pereira JP. Adenoma Pleomórfico em glândula submandibular: relato de caso e uma revisão dos achados atuais. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 2013; 13(2):09-14.
- [11] Santos HKA, Damasceno RVM, Cardoso JA, Cancio AV, Farias JC. Relatos de tratamentos distintos para o adenoma pleomórfico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 2016;16(3):53-58.
- [12] Rocha VBC, Carvalho GM, Sartoratto EL, Bette P, Silva VG, Zapellini CEM. Adenoma pleomórfico de palato mole. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 2015; 44(2):116-118.