

ADENOMA PLEOMÓRFICO PALATINO: EXCIÇÃO COM MARGEM DE SEGURANÇA E UTILIZAÇÃO DE MEMBRANA DE CELULOSE

PALATINE PLEOMORPHIC ADENOMA: EXCISION WITH SAFE MARGIN AND USE OF CELLULOSE MEMBRANE

RAPHAEL CESAR KAISER **GALVÃO**^{1*}, ROGÉRIO BONFANTE **MORAES**², BRUNA NAIELLY KLOOS OLIVEIRA **SOARES**³, NATHÁLIA GAVIOLI **BELATO**⁴, CAMILLY MARIA LEOPOLDINO **COUTINHO**⁵

1. Cirurgião buco-maxilo-facial, docente do Curso de Graduação em Odontologia pela Fanorte, Pós-Graduação em Patologia Oral e Maxilo Facial, da (FAMEESP); 2. Cirurgião buco-maxilo-facial, mestre em ciências odontológicas, docente do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau; 3. Cirurgiã-Dentista, Residente em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; 4. Cirurgiã-Dentista pelo Centro Universitário Maurício de Nassau, Pós-Graduação em Patologia Oral e Maxilo Facial, da (FAMEESP); 5. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário Maurício de Nassau;

* Rua Rui Barbosa / Bairro Princesa Isabel, número 634, Cacoal, Rondônia, Brasil. CEP: 76994038. dr.raphaelkaiser@outlook.com

Recebido em 29/01/2026. Aceito para publicação em 09/02/2026

RESUMO

O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares, correspondendo a 40% a 70% dos casos. Caracteriza-se por crescimento lento, indolor e consistência firme, sendo o palato duro um dos locais mais frequentes de acometimento. Este estudo apresenta um relato de caso de uma paciente adulta diagnosticada com adenoma pleomórfico em palato duro, acompanhada por 180 dias. A abordagem cirúrgica criteriosa com margem de segurança associada ao uso da membrana de Celulose Oxidada Regenerada (COR) demonstrou ser uma alternativa eficaz para o controle hemostático e a otimização da cicatrização pós-operatória, minimizando desconfortos e prevenindo complicações, como dor, infecções e exposição óssea. O acompanhamento clínico pós-operatório revelou uma recuperação satisfatória no período estudado, porém, é importante o seguimento a longo prazo para garantir a estabilidade do tratamento e possíveis recidivas.

PALAVRAS-CHAVE: Adenoma pleomórfico; Palato duro; Tumores de glândulas salivares; Excisão cirúrgica; Membrana de celulose.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma is the most common benign neoplasm of the salivary glands, accounting for 40% to 70% of cases. It is characterized by slow, painless growth and firm consistency, with the hard palate being one of the most frequent sites of involvement. This study presents a case report of an adult patient diagnosed with pleomorphic adenoma in the hard palate, followed for 180 days. The meticulous surgical approach with safety margins, combined with the use of Regenerated Oxidized Cellulose (ROC) membrane, proved to be an effective alternative for hemostatic control and optimization of postoperative healing, minimizing discomfort and preventing complications such as pain, infections, and bone exposure. Postoperative clinical

follow-up revealed satisfactory recovery during the studied period; however, long-term follow-up is essential to ensure treatment stability and detect potential recurrences.

KEYWORDS: Pleomorphic adenoma; Hard palate; Salivary gland tumors; Surgical excision; Cellulose membrane.

1. INTRODUÇÃO

Os tumores das glândulas salivares correspondem a menos de 3% das neoplasias que acometem a região de cabeça e pescoço. Dentre eles, o adenoma pleomórfico (AP) é a neoplasia benigna mais frequente, representando aproximadamente 40 a 70% dos tumores das glândulas salivares maiores e menores, sendo nos casos de glândulas salivares menores mais comumente localizado na região do palato, seguido por áreas como o lábio, mucosa jugal, assoalho bucal, amígdala lingual, faringe e região retromolar¹.

O adenoma pleomórfico pode manifestar-se em indivíduos de qualquer faixa etária, sendo mais frequente entre a terceira e a quarta décadas de vida, com maior incidência no sexo feminino (cerca de 60%). Embora a etiologia do adenoma pleomórfico ainda não esteja completamente elucidada, a lesão é descrita como de origem epitelial, estando associada a anormalidades cromossômicas nas regiões 8q12 e 12q15. Acredita-se também que fatores como o uso de tabaco, a predisposição genética e a exposição a agentes químicos desempenhem um papel significativo na etiologia da doença².

Os adenomas pleomórficos geralmente se apresentam como massas arredondadas e bem delimitadas, com dimensões inferiores a 6 cm em sua maior extensão. Clinicamente, o adenoma pleomórfico caracteriza-se, na maioria dos casos, por ser uma massa

firme, unilateral, assintomática, de base sésil e crescimento lento. Caso não tratado, pode aumentar progressivamente de tamanho, comprometendo as funções orais do paciente. Quando submetido a traumas, é possível observar o desenvolvimento de úlceras na superfície da lesão^{1,2}.

As características histológicas do adenoma pleomórfico revelam que se trata de um tumor delimitado e tipicamente encapsulado, composto por células epiteliais e mioepiteliais inseridas em um fundo estromal predominante. Observa-se uma significativa variação microscópica entre diferentes tumores e até mesmo em distintas áreas de uma mesma lesão. O epitélio apresenta uma morfologia diversificada, incluindo estruturas ductais e císticas, além de ninhos ou ilhas de células^{3,4}.

O diagnóstico do adenoma pleomórfico baseia-se em anamnese, exame físico, citologia e avaliação histopatológica. Métodos de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), são essenciais para determinar a localização, tamanho e extensão do tumor em relação às estruturas adjacentes. Apesar de benigno, o adenoma pleomórfico pode, raramente, apresentar características histológicas incomuns que mimetizam malignidade, reforçando a necessidade de análise criteriosa. Em casos incomuns, pode ocorrer transformação maligna, resultando no ex-adenoma pleomórfico^{1,5,6}.

O tratamento do adenoma pleomórfico das glândulas salivares menores é realizado, predominantemente, por meio da enucleação com margem de segurança, com cicatrização por segunda intenção, visando à remoção completa da lesão. Essa abordagem cirúrgica garante um excelente prognóstico, desde que executada de forma precisa e criteriosa, assegurando a retirada adequada do tumor. Quando a cirurgia é conduzida corretamente, as taxas de recidiva são consideravelmente baixas, e a transformação maligna ocorre de forma rara. O acompanhamento clínico pós-operatório também é importante para monitorar possíveis complicações e garantir a estabilidade do resultado a longo prazo⁷.

O uso do corpo adiposo bucal, devido a sua posição anatômica, mostra-se uma das opções de recobrimento de defeitos ósseos em região posterior de maxila, sendo utilizado tanto no fechamento de comunicações oroantrais e oronasais quanto no recobrimento de defeitos da mucosa do palato⁸. Além disso, o uso de retalhos com tecidos moles placas acrílicas também mostram-se idéias viáveis para recobrimento do defeito pós remoção da lesão^{1,9}. A membrana de celulose oxidada mostra-se também como uma opção alternativa visando maior hemostasia e conforto pós-operatório¹⁰.

O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de um adenoma pleomórfico em região de palato duro, em uma paciente adulta, descrevendo as características clínicas e imaginológicas, hipóteses de diagnóstico, conduta para obtenção do diagnóstico, características histopatológicas e tratamento de escolha com a

utilização de membrana de celulose oxidada como meio alternativo de obliteração da ferida por segunda intenção.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 33 anos de idade, foi encaminhada por um cirurgião-dentista ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Regional de Cacoal, apresentando uma lesão nodular intraoral localizada na região do palato duro à direita, com evolução de aproximadamente dois anos. Durante a anamnese, negou sintomatologia dolorosa, sangramento ou interferência nas funções estomatognáticas, como mastigação, deglutição, fonação e respiração. Não apresentava histórico de doenças sistêmicas, tabagismo ou consumo de álcool.

No exame clínico, foi observada uma lesão nodular na região posterior do palato duro esquerdo, medindo 2,7 cm de diâmetro, com margens bem definidas, superfície lisa, consistência borrachóide à palpação, base sésil e mucosa com coloração normal recobrimo a lesão (Figura 1).



Figura 1. Lesão nodular em região de palato duro. **Fonte:** os Autores

A radiografia panorâmica mostrou-se dentro dos padrões de normalidade. No entanto, a tomografia computadorizada de feixe cônico revelou discreta tumefação na região do palato duro, próximo aos dentes 15, 16 e 17, sem alterações ósseas associadas à lesão (Figura 2).

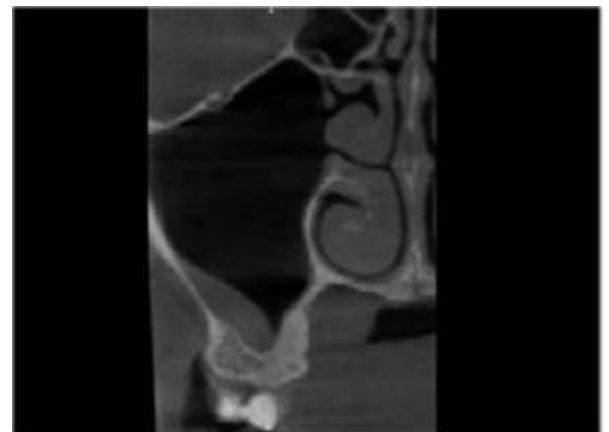


Figura 2. Tomografia computadorizada Cone-Bean. **Fonte:** os Autores

Com base nos achados clínicos e de imagem, foi realizada biópsia incisional da lesão. O fragmento coletado, medindo 20 mm x 17 mm x 6 mm em formato elíptico, foi submetido à análise histopatológica. O exame revelou mucosa revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado, com lâmina própria constituída por tecido conjuntivo frouxo e denso. Na porção profunda, identificou-se proliferação de células epiteliais e mioepiteliais organizadas em estruturas ductiformes, lençóis, ninhos e cordões celulares. O diagnóstico definitivo confirmou a hipótese diagnóstica de adenoma pleomórfico.

Após a confirmação diagnóstica, optou-se pela exérese cirúrgica da lesão com margem cirúrgica afim de diminuir as chances de recidiva. O procedimento foi realizado sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. Anestesia local foi administrada utilizando bupivacaína à 0,5% com epinefrina 1:200.000 para bloqueio dos nervos palatino maior, nasopalatino e alveolar superior posterior, com o objetivo de reduzir o sangramento transoperatório e aliviar a dor no pós-operatório imediato. Foi realizada incisão circunferencial com margem de segurança de 5mm além do volume da lesão, seguida de descolamento mucoperiosteal das margens remanescentes para facilitação da sutura após a remoção do tumor. A lesão foi removida aderida à mucosa sob a lesão, assim como todo o periosteio subjacente (Figura 3).



Figura 3. Lesão removida. **Fonte:** os Autores

Toda a ferida cirúrgica foi explorada, deixando o osso totalmente exposto sem periosteio remanescente. O forame palatino maior e a artéria de mesmo nome não foram identificados na remoção desta lesão, não havendo a necessidade de ligadura específica para esta artéria. Posteriormente à remoção da lesão, foi inserida uma membrana de celulose oxidada (Surgicel®) sobre todo o osso remanescente e estabilizada com fio absorvível Vycril 3-0, conforme o planejamento pré-cirúrgico. O procedimento foi concluído sem intercorrências (Figura 4).

No período pós-operatório, a paciente relatou ausência de dor e apenas leve desconforto ao consumir alimentos ácidos.



Figura 4. Membrana de celulose oxidada inserida em local de abordagem cirúrgica. **Fonte:** os Autores

A remoção da sutura e da membrana foi realizada dentro do prazo de 15 dias, evidenciando a ausência de exposição óssea, epiteliação evoluindo dentro da normalidade e cicatrização de qualidade na região abordada (Figura 5).



Figura 5. Pós-operatório de 15 dias. **Fonte:** os Autores



Figura 6. 30 dias de pós-operatório. **Fonte:** os Autores

Decorridos 30 dias, a paciente retornou ao serviço para acompanhamento. Observou-se uma cicatrização

rápida e eficiente, favorecida pela boa higiene bucal e ausência de hábitos prejudiciais ao processo de recuperação (Figura 6).

Finalmente, após 180 dias, na última consulta de acompanhamento, a paciente apresentava cicatrização completa da região cirúrgica, sem sinais de infecção ou recidiva e sem sintomatologias dolorosas (Figura 7). A paciente permanecerá em proservação por, no mínimo, 5 anos, em razão do maior risco de recidiva durante esse período.



Figura 7. Retorno de 180 dias. **Fonte:** os Autores

3. DISCUSSÃO

O adenoma pleomórfico do palato é uma neoplasia benigna mista que afeta as glândulas salivares presentes na mucosa palatina. Este tumor corresponde, em média, a 60% dos adenomas pleomórficos que acometem as glândulas salivares acessórias e pode ocorrer em indivíduos de qualquer faixa etária, sendo mais prevalente entre a terceira e a quarta décadas de vida, com maior incidência no sexo feminino. O presente estudo está em conformidade com os dados da literatura no que se refere ao gênero e à faixa etária, considerando que a paciente é do sexo feminino e possuía 33 anos na ocasião do diagnóstico^{11,1}.

No presente caso, o principal exame de imagem utilizado para complementar o diagnóstico e auxiliar no planejamento cirúrgico foi a tomografia computadorizada. Este exame permitiu avaliar que não havia alterações ósseas na região da lesão, apenas um aumento de tecido mole na região, de volume circunscrito. Esses achados destacam que lesões benignas, como o adenoma pleomórfico, raramente causam destruição das estruturas anatômicas adjacentes. Em contrapartida, lesões malignas apresentam um elevado potencial de destruição óssea e invasão de estruturas adjacentes, incluindo a fossa nasal e os seios maxilares^{12,13}.

O adenoma pleomórfico, apesar de encapsulado, tem apresentado características histológicas que justificam a remoção com margem de segurança para minimizar o risco de recorrência. Estudos indicam que sua cápsula não é completamente contínua, podendo conter pseudópodes tumorais - projeções microscópicas que se estendem ao tecido adjacente - o que aumenta o risco de remanescência tumoral quando a excisão se

limita apenas à lesão visível¹³.

Além disso, a espessura da cápsula tem se mostrado irregular e, em algumas áreas, extremamente fina, permitindo a disseminação de células tumorais pelo estroma circundante¹⁴. Alguns adenomas pleomórficos apresentam multicentricidade, caracterizada por pequenas ilhas celulares isoladas no tecido adjacente, que não são visíveis macroscopicamente durante a cirurgia. Esse fator reforça a necessidade de uma abordagem cirúrgica criteriosa para evitar recorrências tardias e, em casos mais raros, a transformação maligna⁷.

Embora ainda não haja consenso absoluto sobre o tamanho ideal da margem de segurança para remoção cirúrgica da lesão, a literatura indica que a adoção de uma margem de 5 mm minimiza a taxa de recidiva¹⁵. Alguns estudos relatam a remoção do tumor com margens reduzidas, enquanto outros recomendam uma excisão mais ampla para reduzir o risco de recorrência^{9,14}. A ressecção completa, incluindo mucosa e periósteo quando necessário, tem sido considerada o tratamento de escolha para adenomas pleomórficos de glândulas salivares menores. A remoção inadequada pode resultar em múltiplas recidivas e, ao longo do tempo, aumentar a possibilidade de transformação maligna⁷. Dessa forma, a adoção de margens seguras tem se mostrado essencial para garantir um tratamento definitivo e reduzir as chances de recidiva.

A reconstrução pós-remoção do adenoma pleomórfico varia entre diferentes abordagens, podendo ser realizada com tecidos orgânicos, por meio de retalhos mucosos ou de pele da região peitoral, ou com materiais sintéticos, como placas palatinas em acrílico, cimentos cirúrgicos, surgicel e próteses pré-moldadas.

A escolha da técnica depende da extensão do defeito cirúrgico e das características do paciente. Patigaroo *et al.*, descreve o uso de retalhos palatinos baseados na artéria palatina maior em casos de ressecções que resultaram em defeitos de espessura total do palato duro, evitando a comunicação oronasal e proporcionando uma melhor recuperação funcional da região operada¹. Por outro lado, outros autores têm relatado a utilização de placas acrílicas protéticas como método auxiliar na cicatrização e na proteção da ferida cirúrgica. Esse dispositivo tem minimizado o desconforto pós-operatório e prevenido complicações funcionais relacionadas à alimentação e à fala, diferentemente do que ocorre quando a cicatrização acontece por segunda intenção. Dessa forma, a escolha da técnica reconstrutiva tem sido fundamental para garantir a reabilitação funcional e a qualidade de vida do paciente no período pós-operatório^{6,7}.

Outros estudos também demonstram a importância da reabilitação protética como uma alternativa eficaz na reconstrução palatina de tumores maiores e com grande envolvimento ósseo. Estudos relatam a utilização de um obturador palatino, confeccionado a partir de modelos estereolitográficos personalizados, para restaurar a função e a estética após uma hemimaxilectomia devido à invasão óssea do tumor¹³.

Esse método permitiu um ajuste anatômico preciso e auxiliou na adaptação do paciente ao novo formato do palato. Assim, os diferentes estudos evidenciaram que a seleção do método reconstrutivo deve ser baseada na extensão do defeito, no objetivo funcional e na qualidade de vida do paciente, garantindo uma recuperação adequada e reduzindo o risco de complicações pós-operatórias.

Em casos que não é observado defeito ósseo sob o adenoma pleomórfico, não há necessidade de realização de reconstrução cirúrgica após exérese da lesão, sendo uma das alternativas a cicatrização por segunda intenção do local, porém, com maior desconforto pós-operatório, quando não há a proteção do osso remanescente em consonância com o autor citado, após a avaliação da cortical óssea em torno da lesão e exérese, foi optado pela cicatrização por segunda intenção, sendo adicionado o uso da Celulose Oxidada Regenerada (COR), comercialmente conhecida como Surgicel®, para controle de sangramento, alívio do desconforto pós-operatório e para evitar exposição óssea do local abordado^{1,16}.

A Celulose Oxidada Regenerada (COR) é um hemostático tópico de origem vegetal, obtido por meio da oxidação controlada da celulose pura, previamente regenerada em uma estrutura de algodão entrelaçado. Trata-se de um biomaterial reabsorvível, biocompatível e bactericida, amplamente empregado em procedimentos cirúrgicos devido à sua facilidade de aplicação e manipulação. Sua estrutura, composta por uma malha entrelaçada frouxa, assemelha-se a um chumaço de algodão, funcionando como uma matriz de suporte para a iniciação e formação do coágulo sanguíneo. Além de sua função hemostática, a COR reduz o pH local após a aplicação, o que confere vantagens como ação antimicrobiana e cáustica, formando um coágulo artificial, contribuindo para o controle do sangramento intraoperatório^{17,18}.

Muniz *et al.*, descreveram o uso do Surgicel® em um procedimento de enxerto de crista ilíaca, no qual partículas de osso triturado foram posicionadas entre os cotos ósseos. Devido à ausência de membranas, optou-se pelo emprego do Surgicel®, uma matriz de celulose oxidada regenerada, reabsorvível em um período de 7 a 14 dias, reconhecida por sua capacidade hemostática e ação bactericida contra microrganismos gram-positivos e gram-negativos¹⁹. Segundo Silva *et al.*, além de auxiliar no controle do sangramento e na proteção contra infecções, o material atua de forma eficaz como uma barreira no local cirúrgico, proporcionando estabilidade às partículas e favorecendo a integração celular¹⁰.

Complicações pós-operatórias podem ocorrer após a exérese cirúrgica do adenoma pleomórfico no palato duro, sendo a formação de fistula buconasal uma das mais relatadas. Essa complicação pode ocorrer devido à necrose de tecido remanescente na região do palato mole, especialmente em casos em que há uma fina espessura óssea subjacente. Além disso, hematomas e infecções da ferida operatória são possíveis, embora

menos comuns^{7,20}. Devido ao não envolvimento da estrutura óssea na região da patologia, seguido de uma técnica cirúrgica bem executada, não houve complicações pós-operatórias da paciente.

O adenoma pleomórfico (AP) apresenta um risco de transformação maligna para carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CXAP) em aproximadamente 5% dos casos, especialmente em tumores de longa evolução ou recorrentes¹⁹. Estudos indicam que a transformação maligna ocorre, em média, após 10 a 15 anos da presença do tumor primário, sendo esse risco aumentado em casos de múltiplas recidivas ou manipulação inadequada durante a excisão cirúrgica²¹. O tempo médio de recidiva pode variar de 5 a 10 anos, dependendo da técnica cirúrgica empregada, com taxas mais elevadas em cirurgias conservadoras ou enucleações simples, nas quais há maior chance de disseminação de células tumorais residuais²².

Clinicamente, a transformação maligna do AP para CXAP tem sido caracterizada por crescimento rápido e irregular da lesão previamente estável, dor persistente, ulceração, fixação aos tecidos adjacentes e sinais de invasão neural, sendo esses achados indicativos de progressão para malignidade e exigindo avaliação diagnóstica imediata^{23,24}. Dessa forma, o manejo adequado do adenoma pleomórfico, incluindo a remoção cirúrgica com margens seguras e o seguimento pós-operatório rigoroso, tem sido fundamental para minimizar o risco de recidivas e transformação maligna, garantindo melhores desfechos para os pacientes.

4. CONCLUSÃO

A abordagem cirúrgica criteriosa associada ao uso da Celulose Oxidada Regenerada (COR) demonstrou ser uma alternativa eficaz para o controle hemostático e a otimização da cicatrização pós-operatória, minimizando desconfortos e prevenindo complicações, como dor, infecções e exposição óssea. O acompanhamento clínico pós-operatório revelou uma recuperação satisfatória no período estudado, porém, é importante o seguimento a longo prazo para garantir a estabilidade do tratamento e possíveis recidivas.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Patigaroo SA, Patigaroo FA, Ashraf J, *et al.* Pleomorphic adenoma of hard palate: an experience. J Maxillofac Oral Surg. 2014 Mar; 13(1):36-41. doi: 10.1007/s12663-012-0448-5. Epub 2012 Oct 30. PMID: 24644394; PMCID: PMC3955468.
- [2] Almeslet AS. Pleomorphic Adenoma: A Systematic Review. Int J Clin Pediatr Dent. 2020 May-Jun; 13(3):284-287. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1776. PMID: 32904077; PMCID: PMC7450192.
- [3] Sousa GFM, *et al.* Considerações sobre os aspectos histopatológicos do adenoma pleomórfico em glândula parótida: relato de caso. Rev Ciênc Méd Biol. 2019; 18(3):416-420.
- [4] Neville BW, Damm DD, Allen CM. Patologia Oral e Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009; Cap. 11:479-482.
- [5] Vaz de Camargo L, Ogibowski E, Marson GBO.

- Adenoma pleomórfico: relato de caso. Res Soc Dev. 2022; 11(13):e149111335196. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35196>.
- [6] Lindeboom JA, Ho JPTF, Donner N, Schreuder WH. Pediatric pleomorphic adenoma of the palate. Case Rep Dent. 2021; 2021:9938672. doi: 10.1155/2021/9938672.
- [7] Oliveira LJ, *et al.* Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de caso e revisão de literatura. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2016; 57(1):55-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.12.005>.
- [8] Fujimura N, Nagura H, Enomoto S. Grafting of the buccal fat pad into palatal defects. J Cranio-Maxillofac Surg. 1990; 18:219-222.
- [9] Freitas GB, *et al.* Remoção cirúrgica de adenoma pleomórfico e uso de placa palatina. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2017; 17(1):26-30.
- [10] Silva CCG, Perrelli MCG, Araújo e Silva MED, *et al.* Reconstrução mandibular com enxerto livre de crista ilíaca: relato de caso. Odontol Clín-Cient. 2021; 20(3):88-92.
- [11] Ndiaye P, Mbaye E, Fall M. Pleomorphic Adenoma of the Palate: Diagnostic and Surgical Strategy. Case Rep Otolaryngol. 2024.
- [12] Prado RF, Taveira LAA. Adenoma pleomorfo e carcinoma ex-adenoma pleomorfo: uma revisão clínica e morfológica. Cienc Odontol Bras. 2006; 9(4):18-26.
- [13] Nokaneng EN. Invasive recurrent pleomorphic adenoma of the palate: A case report and literature review. Oral Maxillofac Surg Cases. 2022; 8:100281. doi: 10.1016/j.omsc.2022.100281.
- [14] Silva LP, *et al.* Adenoma pleomórfico em palato: relato de caso. RGO Rev Gaúch Odontol. 2008;56(1):87-91.
- [15] Jovem A, Okuyemi OT. Tumores benignos de glândulas salivares. [Atualizado em 12 de janeiro de 2023]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2025 jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564295/>.
- [16] AlSahman L, Alghamdi O, Albagieh H, *et al.* Pleomorphic adenoma of hard palate: Review of updated literature and “case report”. Medicine (Baltimore). 2024 Sep 6; 103(36):e39529. doi: 10.1097/MD.00000000000039529. PMID: 39252299; PMCID: PMC11383258
- [17] Palácio SB, *et al.* Aplicação de curativos de celulose bacteriana na cicatrização de feridas crônicas e complexas: tendências e perspectivas. Res Soc Dev. 2024;13(2):e1813244920. doi: 10.33448/rsd-v13i2.44920
- [18] Belo FL, Cândido VS, Cavaleiro RMS, *et al.* Caracterização microestrutural da celulose oxidada regenerada para aplicação como um biomaterial. In: 73º Congresso Anual da ABM – Internacional. Anais. São Paulo: ABM; 2018.
- [19] Muniz VD, Pessoa SGP, Pessoa BBG, *et al.* Uso de tela absorvível de celulose oxidada (Surgicel®) no tratamento cirúrgico da rinofima: relato de casos. Rev Bras Cir Plást. 2011;26(supl):1-102.
- [20] Santos RP, Costa ML, Ferreira AC. Complicações pós-operatórias na exérese de adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso. Rev Cir Bucomaxilofac. 2007;7(4):45-50. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2007/v7n4/3.pdf>
- [21] Montenegro AC, Silva RT, Ferreira JP. Estudo clinicopatológico de 106 adenomas pleomórficos de glândulas salivares maiores. Rev Bras Patol Oral. 2015;34(2):121-130. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/dDZY4vcStS8nV8wC38s9kcB/>.
- [22] Rezende LA, Oliveira MF, Lima TC. Carcinoma ex-adenoma pleomórfico derivado de adenoma pleomórfico recorrente. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2021;19(3):56-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjor/a/6FzXSMTmqk4xQNLgjfQXqQJ/?lang=pt>.
- [23] Souza CP, Almeida JF, Cardoso PR. Transformação maligna do adenoma pleomórfico: revisão sistemática da literatura. Rev Saúde Pesq. 2023;22(1):78-92. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/unitsaude/article/download/5159/2551/14490>.
- [24] Azenha MR, Marzola C, Capelari MM, *et al.* Tumor benigno das glândulas salivares (adenoma pleomórfico): apresentação de três casos. Rev Fac Odontol Lins. 2009; 21(1):61-66.