

# Adenoma pleomórfico em mucosa jugal: relato de caso

Pleomorphic adenoma on the buccal mucosa: a case report

Clarissiane S. CARDOSO<sup>1</sup>; Luiza H. P. Narciso SOUSA<sup>1</sup>; Lino J. COSTA<sup>3</sup>; Maria Sueli Marques SOARES<sup>4</sup>; Marize R. D. ROSA<sup>5</sup>; Paulo R. F. BONAN<sup>6</sup>

1 - Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba;

2 - Professor Associado da Disciplina de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba;

3 - Professor Associado da Disciplina de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba;

4 - Professor Associado da Disciplina de Patologia Bucal da Universidade Federal da Paraíba;

5 - Professor Adjunto da Disciplina de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba.

## RESUMO

O adenoma pleomórfico, que é uma neoplasia mista de glândula salivar, é uma morbidade relativamente comum. Apresenta prevalência dominante como neoplasia em glândula parótida, podendo acometer também glândulas salivares menores. É derivado de uma mistura de elementos ductais e mioepiteliais. O tumor geralmente é solitário e apresenta um crescimento lento e indolor, como massa nodular única, inde-

pendente do sítio de origem. Quando intraoral é mais comum em palato duro e lábio superior, sendo relativamente incomum em mucosa jugal. Nesse trabalho, relata-se um caso clínico de adenoma pleomórfico em mucosa jugal, apresentando sete anos de evolução, com completa resolução após o tratamento cirúrgico conservador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adenoma pleomórfico; Glândulas salivares; Neoplasias das Glândulas Salivares.

## INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico (AP) é a neoplasia de glândulas salivares de maior prevalência, tanto em glândulas maiores como menores. É caracterizada por apresentar proliferação de células mioepiteliais, estruturas ductiformes e um estroma com apresentação mesenquimal diversa<sup>1</sup>. Ocorre com maior frequência na glândula parótida, seguido pela glândula submandibular e glândulas salivares menores<sup>2</sup>. O AP de glândulas salivares menores, que é mais raro, afeta mais comumente o palato duro (60%), seguido do lábio superior (20%) e mucosa jugal (10%)<sup>3</sup>.

Os aspectos clínicos do AP geralmente incluem lesões solitárias, ovóides e de margens bem delimitadas. A lesão é móvel, exceto quando ocorre no palato, apresentando crescimento lento e assintomático. Suas dimensões podem variar de poucos milímetros a vários centímetros, ocorrendo mais frequentemente na 4ª e 5ª décadas de vida, com ligeira predominância no gênero feminino<sup>4</sup>.

As características histopatológicas do AP evocam sua grande heterogeneidade, com proliferações celulares de número variável, apresentando células mioepiteliais, estruturas ductiformes e um estroma com tecido condróide, mixóide, hialino, adiposo e/ou ósseo, possuindo cápsula conjuntiva fibrosa de espessura e integridade variáveis. A encapsulação incompleta é mais comum nas neoplasias de glândulas salivares menores, especialmente ao longo da porção superficial daqueles localizados no palato, abaixo da superfície epitelial<sup>4</sup>.

As lesões em glândulas salivares menores são histologicamente semelhantes as que ocorrem em glândulas salivares maiores, apesar de haver uma tendência para que muitas das lesões daquelas glândulas sejam predominantemente celulares, com mínimo de estroma e componente cartilaginoso<sup>1</sup>. A iden-

tificação histopatológica desses tumores em outras regiões do corpo que não de glândulas salivares nem sempre é exata, sendo que a imunohistoquímica pode contribuir significativamente para a formulação de um diagnóstico final e realização de um acompanhamento adequado<sup>5</sup>.

Por se tratar de uma localização incomum para o AP, o objetivo desse artigo é relatar um caso clínico de AP em mucosa jugal, apresentando sete anos de evolução, com completa resolução após o tratamento cirúrgico conservador.

## RELATO DE CASO

Paciente A. O. S., 56 anos de idade, gênero masculino, leucoderma, natural de Recife-PE, compareceu a Clínica de Estomatologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em novembro de 2011, apresentando uma lesão em região de mucosa jugal no lado direito com evolução desde 2004. Foi realizada a anamnese, onde foram obtidas informações sobre a saúde geral do paciente, que evidenciaram ausência de comorbidades. Ao exame físico geral, não foi observada nenhuma alteração da normalidade. Ao exame físico intraoral, observou-se uma evolução da lesão com aspecto nodular, endurecida, séssil de coloração normal, assintomática e medindo aproximadamente, 1 cm de diâmetro (Figura 1). Os diagnósticos diferenciais foram neoplasia glandular benigna e neoplasia mesenquimal benigna. Como exame complementar e diagnóstico, foi realizada uma biópsia excisional. A macroscopia revelou lesão circunscrita, tumoral sólida e capsulada (Figura 2 e Figura 3). O exame microscópico evidenciou um AP com cápsula fibrosa incompleta, proliferação de elementos epiteliais e mioepiteliais e estroma celular frouxo (Figura 4). Quatro meses após a exérese (Figura 5), o paciente retornou a clínica sem evidência de recidiva clínica.



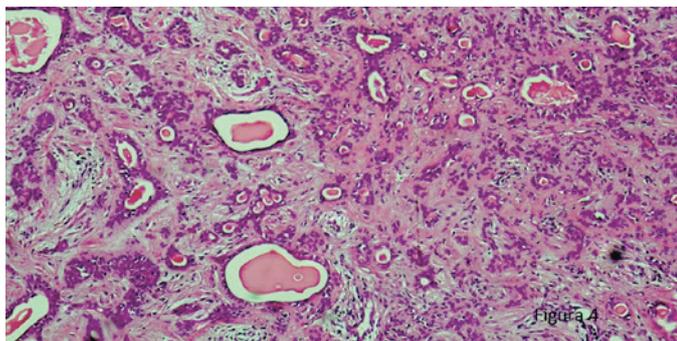
**Figura 1** - Nódulo submucoso bem delimitado recoberto por mucosa normal com sete anos de evolução.



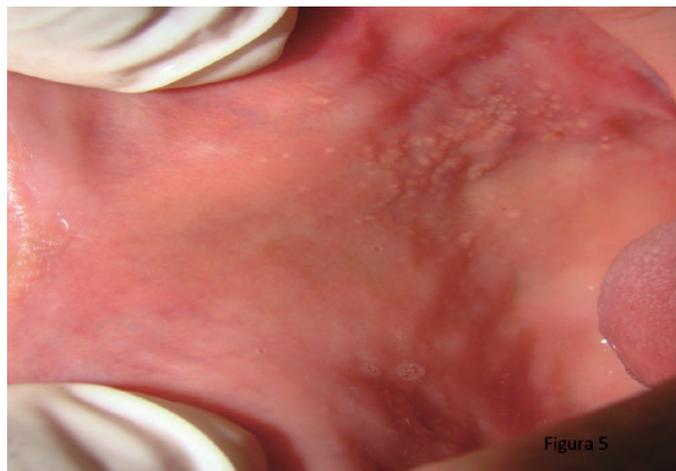
**Figura 2** - Nódulo submucoso bem delimitado removido recoberto por cápsula fibrosa.



**Figura 3** - Nódulo submucoso evidenciando conteúdo tumoral sólido e glândula salivar menor associada.



**Figura 4** - Fotomicrografia evidenciando neoplasia glandular de característica ductal com proliferação de elementos epiteliais e mioepiteliais e estroma celular frouxo (HE, aumento médio).



**Figura 5** - Área de exérese completamente reparada após 4 meses da remoção cirúrgica.

## DISCUSSÃO

O AP acomete preferencialmente a glândula parótida, ocorrendo predominantemente no gênero feminino, com uma relação em torno de 1,5:1, e com média etária que pode variar de 36 anos a 45,7 anos<sup>6</sup>.

Um estudo realizado na Índia, no Hospital Chennai, durante os anos de 1971 a 2008, com uma amostra de 185 tumores de glândula salivar menor, o AP foi o segundo tumor mais encontrado na análise após o carcinoma mucoepidermóide. Dentre os tumores benignos, o AP foi o mais prevalente na população e quando afetava glândula salivar menor, o sítio de maior acometimento foi o palato, apresentando apenas um caso em mucosa jugal em sua análise<sup>7</sup>.

Outro estudo realizado com a população brasileira em um período de 10 anos, de 1996 a 2005 em Goiás, revelou que de 599 casos de tumores analisados, 469 foram diagnosticados como tumor benigno de glândula salivar, onde o AP foi o mais frequente (86,5%). Como tumor de glândula salivar menor representou 68,4 % dos casos e a região mais afetada foi o palato (70,1%), seguido muito menos frequentemente pela mucosa jugal (6,9%)<sup>8</sup>.

Já em outro estudo, realizado no Instituto do Câncer de Londrina no Estado do Paraná (1972 a 2001), foram analisados 496 casos de tumores de glândula salivar, onde o AP foi o mais frequente (54,2%). A maior prevalência do AP foi em glândula parótida (73,6%) seguindo-se por glândulas salivares menores (14,1%). Entre os tumores de glândula salivar menor, o palato foi a localização mais frequente (67%), acompanhado dos lábios (10 %), não sendo relatado nenhum caso em mucosa jugal<sup>9</sup>.

Optou-se nesse caso em realizar a exérese da lesão por apresentar características compatíveis com uma neoplasia benigna, como crescimento lento e delimitação. Teve um comportamento distinto dos tumores malignos, que tendem a apresentar crescimento mais rápido em um curto espaço de tempo, e se associam a outros sinais e sintomas como paralisia facial, fixação à pele, trismo, metástase para linfonodos e dor local<sup>10</sup>.

A utilização de exames de imagem não são essenciais, mas em determinadas situações podem nos auxiliar a determinar a localização e extensão da lesão, contribuindo no planejamento cirúrgico<sup>6</sup>. O exame radiográfico da área pode revelar uma radiolucência bem definida envolvendo a maxila adjacente à lesão,

caso envolva tecido ósseo, mas, na grande maioria dos casos, as radiografias não são de grande utilidade para a localização e a visualização da lesão. Ultrassonografia e ressonância magnética podem ser empregadas para determinar a localização da lesão<sup>6</sup>.

O diagnóstico diferencial do adenoma pleomórfico inclui outras neoplasias glandulares benignas, mucocele, fibroma, lipoma, além de neoplasias malignas como carcinoma mucoepidermóide, adenocarcinoma, carcinoma adenomatóide cístico e carcinoma de células acinosas<sup>11</sup>. O comportamento clínico da lesão nos levou a pensar exclusivamente em lesões benignas.

O tratamento de eleição para o adenoma pleomórfico é a excisão cirúrgica, sendo a recidiva variável de acordo com a localização do tumor e técnica a ser empregada<sup>5,12,13</sup>. No caso relatado, a exérese foi completa e a recidiva não foi observada com prognóstico excelente.

### CONCLUSÃO

Reportamos um caso clínico de um AP em mucosa jugal, de relativa raridade. Com a remoção cirúrgica adequada, a taxa de cura é de mais de 95%. A recorrência parece ser baixa para os tumores de glândula salivar menor e a transformação maligna é raramente reportada.

### REFERÊNCIAS

01. Silva PJM, Neto JAL, Junior EMO, Araújo ALD. Adenoma pleomórfico no palato duro: relato de caso. UFES Revista Odontológica. 2008; 10(3): 51-55.
02. Utumi ER, Bernabé DG, Zambon CE, Pedron IG, Peres MPSMP, Rocha AC. Adenoma pleomórfico em palato mole. Revista Instituto Ciência Saúde. 2009; 27(1): 77-80.
03. Santiago LM, Torres BCA, Andrade MC, Silva UH, Santana AF, Santos EV. Adenoma pleomórfico em lábio superior. Odontologia Clínica-Científica. 2005; 4 (1): 63-70.

04. Rotta RFR, Cruz ML, Paiva RR, Mendonça EF, Spinis TH, Mendonça AR. O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2003; 69(5): 699-707.
05. Nardone M, Ferrara G, Nappi O, Di Maria D, Villari G. Pleomorphic adenomainunusual anatomic sites: case reports and review of literature. Acta OthorhinolaryngolItal. 2002; 22(3): 158-63.
06. Tiago RSL, Castro GA, Ricardo LAC, Buhler RB, Favas AS. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2003; 69(4): 485-489.
07. Vani NV, Ponniah, I. The frequency and distribution pattern of minor salivary glandtumors in a government dental teaching hospital, Chennai, India. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011; 111(1): e32-9.
08. Oliveira SG, Duarte ECB, Taveira CT, Máximo AA, Aquino EC, Alencar RC de;VencioEF. Salivary Gland Tumor: A Review of 599 Cases in a Brazilian Population. HeadNeck Pathol. 2009; 3(4): 271-5.
09. Ito FA, Ito K, Vargas PA, Almeida OP de, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005; 34(5): 533-6.
10. Kamal SA, Othman EO. Diagnosis and treatment of parotid tumours. J Laringol Otol. 1997; 111(4): 316-21.
11. Lawall MA, Simonato LE, Ribeiro ACP, Crivelini MM, Moraes NP. Adenoma pleomórfico: relato de caso clínico. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 2007; 19(3): 336-40.
12. Chang EZ, Lee WC. Surgical treatment of pleomorphic adenoma of the parotidgland: report of 110 cases. J Oral Maxillofac Surg.1985; 43(9): 680-2.
13. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia das GlândulasSalivares.In:Patologia Oral & Maxillofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 314-52.

### ABSTRACT

The pleomorphic adenoma, which is a mixed salivary gland neoplasm, is a relatively common disease. It has dominant prevalence such as neoplasm on parotid gland may also affect the minor salivary glands. It is derived from a mixture of ductal and myoepithelial elements. The tumor is usually solitary and presents a slow and pain less growth, being a single mass, inde-

pendent of site of origin. When intraoral, it is more common on the hard palate and upper lip. It is relatively uncommon on the buccal mucosa. In this paper, we report a case of pleomorphic adenoma in the buccal mucosa, with seven years of evolution, with complete resolution after conservatory surgical treatment.

KEYWORD: Pleomorphic Adenoma; Salivary glands; Salivary Gland Neoplasms.

### AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Dra. Clarissiane Serafim Cardoso  
Avenida Esperança - 854, bairro: Manáira  
João Pessoa-PB. CEP: 58038-281  
E-mail: clarinha\_16@hotmail.com