

EXTENSO ADENOMA PLEOMORFICO EM REGIÃO DE PALATO: RELATO DE CASO

Cynthia Yanne Bezerra de Carvalho¹; Francisco Joel Pinheiro¹; Fábio Wildson Gurgel Costa²; Adriano Rocha Germano³; Assis Filipe Medeiros Albuquerque⁴

¹Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá/UNICATÓLICA;

²Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará/UFC;
E-mail: fwildson@yahoo.com.br

³Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN;

E-mail: adrianorgermano@yahoo.com.br

⁴Centro Universitário Católica de Quixadá/UNICATÓLICA;

E-mail: assis_filipe@hotmail.com

RESUMO

O Adenoma pleomórfico (AP) é o tumor benigno mais frequente de glândulas salivares. Apresenta predileção por mulheres de 30 a 60 anos, atinge principalmente as glândulas salivares maiores. Acredita que se desenvolve a partir de uma mistura de células mioepiteliais e elementos ductais, clinicamente consiste num aumento de volume firme, delimitado, indolor e de crescimento lento, podendo ser fixo ou móvel. O presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso de AP, em um paciente que apresentou tumor em região de palato com cerca de 5,5 centímetros de diâmetro, exofítico, firme palpação, sem ulceração, assintomático e evolução aproximada de 5 anos. As hipóteses diagnósticas foram AP e fibroma ossificante periférico. Tomografia computadorizada com contraste revelou lesão nodular expansiva sólida na região de palato duro e mole, determinando remodelamento ósseo do palato duro, manutenção do arcabouço ósseo, sem invadir cavidade nasal ou seio maxilar. Assim, optou por uma enucleação cirúrgica sob anestesia geral e confecção de uma placa obturadora. No transoperatório a lesão foi dissecada da musculatura adjacente e um descolamento de todo o osso palatino sem dificuldades, manobras de hemostasia e plastia do excesso tecidual seguido de sutura com fio reabsorvível auxiliando na estabilização dos planos teciduais e na hemostasia. Cimento cirúrgico sem eugenol foi usado sobre a placa obturadora proporcionando melhor cicatrização no pós-operatório. Com 1 ano de acompanhamento pós-operatório há boa cicatrização, melhora no quadro de dispneia e disfagia, sem recidiva.

Palavras-chave: Cirurgia. Patologia Bucal. Tumor Odontogênico.

INTRODUÇÃO

O complexo buco-maxilo-facial pode apresentar uma série de lesões císticas ou tumorais, dentre elas, existem os tumores de origem das glândulas salivares. O Adenoma pleomórfico (AP) é o tumor benigno mais frequente das glândulas salivares, cerca de 70 a 90% dos casos (SILVA et al. , 2007).

O adenoma pleomórfico apresenta predileção pelo sexo feminino, com maior incidência entre 30 e 60 anos, atinge principalmente as glândulas salivares maiores, sendo a glândula parótida a mais acometida. Mas, podendo acometer também as glândulas salivares menores, no qual o palato é a região mais acometida. Embora controverso, acredita-se que apresenta sua etiologia a partir de uma mistura de células mioepiteliais e elementos ductais (SILVA et al. , 2007).

Ao exame clínico geralmente apresenta-se como um aumento de volume firme, com limites bem definidos, indolor e de crescimento lento, podendo haver intervalo prolongado desde sua apresentação inicial até diagnóstico final e tratamento. Podendo ser fixo ou móvel (BIGUELINE et al., 2015 apud NEVILLE et al., 2007).

Alguns exames para elucidar o diagnóstico podem ser utilizados, dentre eles a sialografia, utilizado para avaliação de tumores de grandes dimensões, ultrassonografia para ajudar a identificar se a lesão é sólida ou cística, tomografia computadorizada para constatar tamanho preciso da lesão e ressonância nuclear magnética, pois apresenta superior identificação de sinais que comprovem benignidade ou malignização da lesão. Exames radiográficos são pouco úteis pela grande sobreposição de imagem e por ser uma lesão apenas composta de tecidos não mineralizados (BIGUELINE et al., 2015).

O tratamento consiste na excisão cirúrgica, com margem de segurança devido a frequente possibilidade de recidiva, dependendo tanto da localização da lesão como da técnica cirúrgica aplicada (LAWAL MA et al. 2007 apud NOGUEIRA et al., 2001).

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico de um paciente que apresentou um extenso adenoma pleomórfico em região de palato duro e mole, as manobras realizadas e resultados ao tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente F.J.M, 27 anos, gênero masculino, procurou o serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial para tratamento relativo à um aumento de volume em região de palato duro e palato mole. Ao exame clínico apresentou uma lesão de aspecto tumoral, com cerca de 5,5 centímetros de diâmetro, exofítico, firme palpação, sem apresentar áreas de ulceração, assintomático e com tempo de evolução de aproximadamente 5 anos. As hipóteses diagnósticas foram: adenoma pleomórfico e fibroma ossificante periférico. Uma punção aspirativa foi realizada no qual não houve alteração - punção negativa. Então foi realizado uma biopsia incisional tendo como resultado histopatológico de tumor adenoma pleomórfico. A tomografia computadorizada com contraste revelou uma lesão nodular expansiva sólida acometendo a região de palato duro e mole, determinando remodelamento ósseo na região de palato duro, com manutenção do arcabouço ósseo, sem invasão para cavidade nasal ou de seio maxilar. Com base nesses achados, optou-se por excisão cirúrgica, a qual foi realizada sob anestesia geral. Previamente a cirurgia, o paciente teve o arco superior moldado para confecção de placa obturadora, a fim de promover melhor cicatrização. No transoperatório a lesão encapsulada foi dissecada da musculatura adjacente, e um descolamento de todo o osso palatino sem dificuldades foi obtido, realizado manobras de hemostasia e plastia do excesso tecidual da mucosa palatina foi realizado seguido de sutura com fio reabsorvível que auxiliou a estabilização dos planos teciduais e na hemostasia. Cimento cirúrgico sem eugenol foi manipulado e aplicado sobre a placa obturadora confeccionada, após colocada em posição. A placa e o cimento proporcionaram o isolamento da ferida do meio bucal e uma adequada cicatrização no período pós-operatório, sendo esta usada por 10 dias.

RESULTADOS

Com 1 ano de acompanhamento pós-operatório rigoroso, não houve sinais de recidiva, apresentando boa cicatrização da área operada e melhora do quadro de dispneia e disfagia relatado previamente pelo paciente.

DISCUSSÃO

A literatura mostra que o adenoma pleomórfico é a neoplasia mais comum de glândulas salivares (NEVILLE et al. , 2009). Cerca de 70 a 80% dos casos se apresentam nas glândulas parótidas, 10% nas submandibulares e 20% nas glândulas acessórias menores. Tem maior incidência em indivíduos entre a terceira e sexta décadas de vida além de leve predileção por mulheres (PORTO et al. , 2014). No caso apresentado, o paciente encontrava-se com 27 anos, gênero masculino e apresentou lesão extensa em região de palato duro e mole.

O adenoma pleomórfico apresenta-se normalmente com uma massa firme, indolor e de crescimento lento (NEVILLE et al. ,2009). O paciente pode notar a presença há muitos meses ou anos antes de procurar um diagnóstico, por ter crescimento lento e indolor, acaba levando um longo espaço de tempo desde a sua apresentação até o diagnóstico (SILVA et al. , 2007). O paciente apresentou as mesmas características, lesão com aspecto tumoral, assintomático, firme palpação, com tempo de evolução de aproximadamente 5 anos, no qual o paciente já havia notado a lesão pela grande extensão mas teve medo de procurar o tratamento.

Segundo Neville et al. (2009), os tumores em palato duro são normalmente excisados abaixo do periósteo e mucosa de recobrimento. Em outras localizações orais são facilmente enucleadas após uma excisão local, com o procedimento cirúrgico adequado, o prognóstico é excelente. Oliveira et al. (2015) diz ainda que lesões em glândulas salivares menores possibilitam enucleação conservadora e que, lesões encapsuladas permitiam enucleação com preservação de mucosa e consequente cicatrização por primeira intenção, e que em lesões extensas pode-se utilizar de placas acrílicas que possibilita melhor cicatrização, protege a ferida e consequentemente diminuindo a sintomatologia dolorosa. Nesse trabalho, o paciente passou por enucleação cirúrgica onde a lesão encapsulada foi dissecada da mucosa adjacente, após a cirurgia fez o uso de uma placa obturadora de acetato, com 1 ano de acompanhamento rigoroso não apresentou sinais de recidiva.

CONCLUSÕES

O adenoma pleomórfico em glândulas salivares menores apresenta a região de palato como a localização de maior, e o tratamento a partir da enucleação cirúrgica apresenta bons resultados, mesmo em lesões extensas. A placa obturadora proporcionou uma melhor cicatrização local e está bem indicada em situações de lesões extensas na região de palato.

REFERÊNCIAS

- BIGUELINI et al. **Adenoma pleomórfico**: características clínicas e protocolo diagnóstico. *SALUSVITA*, Bauru, v. 34, n. 2, p. 327-339, 2015.
- LAWALL et al. **Adenoma pleomórfico**: relato de caso clínico. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, p. 336-40, 2007 set-dez.
- NEVILLE, B. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 393-396, 2º Edição, 2004.
- OLIVEIRA et al. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. **Rev. Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.**, Minas Gerais, set./dez. 2015.
- PORTO et al. Adenoma Pleomórfico de Parótida – Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.14, n.2, p. 15-18, abr./jun. 2014.
- SILVA et al. Enucleação de Adenoma Pleomórfico : Considerações Terapêuticas e Relato de Caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.7, n.4, p. 25 - 30, outubro/dezembro 2007.