

Daniela Rôlo 1, Francisca Castro Lopes 2, Carina Gonçalves 3, Ana Teresa Carapenha 4, Rui Moreira 5, Alfredo Figueiredo Dias 6

1, 2, 3, 4 - Internos de Formação Específica em Estomatologia do Centro Hospitalar do Porto; 5 - Assistente Hospitalar Graduado de Estomatologia do Centro Hospitalar do Porto; 6 - Director do Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e Estomatologia do Centro Hospitalar do Porto

Introdução

- Os tumores das glândulas salivares são incomuns e constituem 2-6,5% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. O adenoma pleomórfico é um **tumor benigno** das glândulas salivares cuja designação foi sugerida por Willis pelo seu padrão histológico peculiar. Representa o **mais frequente tumor das glândulas salivares** (45-75%) e caracteriza-se pela sua arquitectura pleomórfica com proliferação, no tecido epitelial, de uma mistura de elementos **ductais, mioepiteliais e mesenquimatosos**. Este tumor apresenta uma incidência de cerca de 2-3,5 casos por 100.000 indivíduos e pode ocorrer em qualquer idade (mais comuns entre 3ª e 6ª décadas de vida) e em qualquer género, com predominância do feminino.
- O Adenoma Pleomórfico afecta maioritariamente as glândulas salivares major, principalmente **glândula parótida** (75% dos casos). As lesões intraorais ocorrem preferencialmente no **palato** (40-70%) principalmente a junção entre os palatos duro e mole, seguido pelo **lábio** (10%) e **mucosa jugal** (5,5%).
- Geralmente apresenta-se como uma tumefacção de consistência firme, crescimento lento, indolor e sem alterações da integridade e coloração da mucosa suprajacente. Em alguns casos pode exibir crescimento rápido e ulceração. Está descrita a transformação maligna em **carcinoma ex-adenoma pleomórfico** em cerca de 5% dos casos. A **excisão cirúrgica conservadora** é o tratamento de eleição.

Descrição do Caso Clínico

→ Doente do sexo feminino, 56 anos, com história de **aumento de volume firme e indolor** na mucosa jugal direita, com cerca de 1,5 x 1,5 de maiores dimensões, de crescimento insidioso com **mais de 1 ano de evolução**, com desconforto por traumatismo ocasional durante a mastigação, mas sem compromisso estético.

→ Ao exame clínico, palpava-se uma **massa nodular única**, móvel, submucosa, de **limites bem definidos** e de **superfície lisa**, subjacente a uma mucosa jugal sem aparentes alterações. Com suspeição clínica inicial de **lipoma**, realizou-se a excisão em bloco da lesão e encerramento directo, sob anestesia local.

→ A peça operatória foi enviada para estudo histológico que revelou tratar-se de um **adenoma pleomórfico** de **glândulas salivares minor** da mucosa jugal.

→ A doente mantém **seguimento periódico** em consulta e não apresenta recorrência até à data (1 ano de pós-operatório).



1 - Doente apresenta ligeira tumefacção jugal direita; 2 - Inspeção clínica sem tumefacções visíveis ou alterações da mucosa; 3 - Peça operatória com cerca de 1,5 x 1,5 cm; 4 - Corte histológico x20 mostrando proliferação de células ductais e mioepiteliais

Discussão e Conclusões

→ O adenoma pleomórfico da mucosa jugal é **raro** e, normalmente, surge a partir de glândulas salivares minor jugais.

→ Apresentam-se caracteristicamente como **massas submucosas indolores**, de **crescimento lento**, normalmente com diâmetro inferior a 3 cm, solitárias e **bem circunscritas**. Aparentam ser encapsuladas mas esta **pseudocápsula** deve-se à fibrosa provocada pela compressão do parênquima salivar circundante.

→ O **diagnóstico diferencial** do adenoma pleomórfico na mucosa jugal inclui abscesso, quisto dermóide ou sebáceo, lipoma, neurofibroma, carcinoma mucoepidermóide...

→ A **recorrência** das lesões **5-30%** pode ocorrer, por exemplo, por extravasamento, excisão inadequada. As metastização à distância não está, contudo, descrita na literatura.

→ Uma vez que **50%** dos tumores das glândulas salivares minor são **malignos**, o tratamento de eleição destas lesões é a **excisão completa** com margens adequadas e estudo anatomopatológico para o diagnóstico definitivo.

→ Os adenomas pleomórficos da mucosa jugal são raros e o seu diagnóstico requer um alto índice de suspeição.

→ A **excisão cirúrgica** com margens adequadas e o **seguimento periódico a longo prazo** são recomendados uma vez que pode haver **recorrência** da lesão vários anos após o tratamento e que está descrita a **transformação maligna** em carcinoma ex-adenoma pleomórfico.

Referências Bibliográficas

1 - Bagheri SC, Jo C (2013) Clinical review of oral and maxillofacial surgery-ebook. Elsevier Health
2 - Jansisyant P, Blanchaert RH Jr, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: A single institution experience of 80 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2002;31:257-61.
3 - Lingam RK, Dagher AA, Nigar E, Abbas SA, Kumar M. Pleomorphic adenoma (benign mixed tumour) of the salivary glands: Its diverse clinical, radiological, and histopathological presentation. Br J Oral Maxillofac Surg. 2011;49:14-20.

4 - Speight PM (2007) Update on diagnostic difficulties in lesions of the minor salivary glands. Head Neck Pathol 1: 55-60.
5 - Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: A clinicopathological study of 82 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2005;34:528-32.
6 - Spiro RH. Salivary neoplasms: Overview of a 35-year experience with 2,807 patients. Head Neck Surg 1986;8:177-184.