

Adenoma pleomórfico, relato de um caso clínico

Rodrigo Oliveira¹, Carolina Carreiro¹, Rita Teixeira¹, Gabriela Pinheiro¹, Rita Martins², Mariana Moreira³

¹ Interno Formação Específica de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João

² Assistente Hospitalar de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Hospital de Braga

³ Assistente Hospitalar de Estomatologia, Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João



SÃO JOÃO



rodrigolinharesoliveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico é o tumor benigno das glândulas salivares mais comum, sendo originário das células ductais e mioepiteliais. Representa **33-41%** dos tumores das glândulas salivares *minor*, localizando-se preferencialmente, no palato (50-60%). A ocorrência no lábio inferior é pouco comum, constituindo menos de 3% de todos os adenomas pleomórficos intraorais.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

- Doente com 33 anos, género masculino;
- Sem antecedentes de relevo, medicação habitual ou alergias;
- Tumefação no lábio inferior com **2 anos de evolução**, aumento progressivo no último ano, sem causar sintomatologia.

Hipóteses de diagnóstico

- Lipoma;
- Mucocelo;
- Tumor de glândulas salivares;
- Fibroma;
- Neurofibroma.



Fig. 1 Exame objetivo

Exame objetivo

- Bom estado geral e sem adenomegalias cervicais palpáveis;
- Lesão nodular no lábio inferior à direita com cerca de 1,5 cm de maior diâmetro, consistência duro-elástica, não aderida aos planos profundos e bem diferenciada;
- Indolor na palpação e sem alterações da mucosa.



Fig. 2 Lesão excisada

Estudo ecográfico: lesão nodular bem delimitada a traduzir provável quisto de retenção glandular.

Foi realizada biópsia da lesão cuja análise anatomopatológica revelou tratar-se de um **adenoma pleomórfico**.



Fig. 3 Pós-op aos 3 meses

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No presente caso clínico, apesar do estudo ecográfico levantar a hipótese de um mucocelo, outros aspetos poderiam ser indicativos de um adenoma pleomórfico, tais como a consistência duro-elástica ou a evolução indolente ao longo de dois anos. A localização incomum para esta entidade obriga a descartar outras hipóteses diagnósticas. A biópsia é essencial para o diagnóstico e tendo sido excisional, acabou por ser o tratamento recomendado, que consiste na remoção cirúrgica da lesão. O doente deverá manter seguimento pelo menos 5 anos para descartar possíveis recidivas.