

TUMORES PAROTÍDEOS - DESAFIO DIAGNÓSTICO E CIRÚRGICO UM CASO DE TUMORES METACRÓNICOS

Mariana Magalhães Maia¹, Fernando Mar², Guilherme Rios², Nuno Costa², Luís Dias²

(1) Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar Universitário de São João EPE; Porto, Portugal

(2) Serviço de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Hospital de Braga; Braga, Portugal



SÃO JOÃO



mariana_mm@hotmail.com

XLII Congresso
Anual SPEMD
2022

INTRODUÇÃO

As neoplasias das glândulas salivares constituem um grupo de lesões, clínica e morfológicamente distintas, capazes de determinar importantes desafios diagnósticos e terapêuticos.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Mulher de 44 anos, raça caucasiana, com antecedentes médico-cirúrgicos relevantes de adenoma pleomórfico da parótida direita, removido cirurgicamente em 2004. Em 2021 com reaparecimento de um nódulo na região parotídea direita com percepção de aumento do seu volume desde então.

Ao exame objetivo apresentava uma neoformação localizada na glândula parótida direita, com 3 cm de maior diâmetro, indolor e de consistência duro-elástica. A análise histológica da biópsia aspirativa por agulha fina revelou tratar-se de um adenoma pleomórfico.

A doente foi referenciada à consulta de Otorrinolaringologia – Cabeça e Pescoço – do Hospital de Braga onde foi submetida a parotidectomia parcial direita, com monitorização do nervo facial, para exérese da lesão. O estudo histológico definitivo revelou tratar-se, afinal, de um mioepitelioma parotídeo. Não se registaram complicações decorrentes da cirurgia realizada. Foram preservados todos os ramos do nervo facial, pelo que não se verificaram alterações da mímica facial (Figura 1).

Figura 1

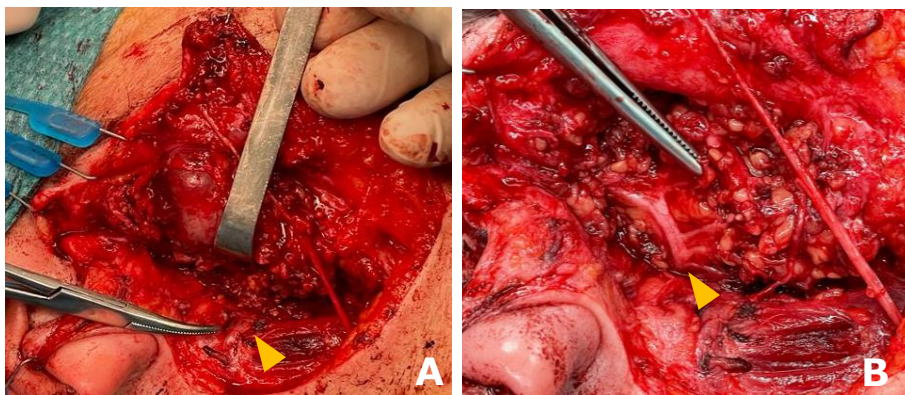


Fig.1: Incisão de *Blair* modificada, disseção e identificação do tronco comum do nervo facial (A); disseção e preservação dos principais ramos do nervo facial (B).

Figura 2



Fig.2: Peça operatória com margens macroscópicas livres de tumor.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O diagnóstico de mioepitelioma é pouco frequente, encontrando-se apenas em 1% dos tumores de glândulas salivares. Geralmente trata-se de uma lesão benigna, mas em 10% dos casos pode evidenciar um comportamento maligno, passando a designar-se carcinoma mioepitelial.

Já o adenoma pleomórfico, além de ser o tumor de glândulas salivares mais comum, constitui o principal diagnóstico diferencial do mioepitelioma. Tanto um como outro apresentam-se clinicamente como um aumento de volume duro, indolor, de crescimento lento e ambos têm maior incidência no género feminino, na 5ª década de vida.

Relativamente às características histológicas o mioepitelioma é composto quase completamente por células mioepiteliais, estando as formações ductais ausentes ou só muito raramente presentes (menos de 5% da área do campo examinado). Por sua vez, no adenoma pleomórfico, as células mioepiteliais apresentam-se em número variado e as formações ductais são numerosas.

Como evidenciado neste caso, o diagnóstico definitivo é dado pela análise histológica da peça cirúrgica. Nestas circunstâncias ambos os tumores apresentam bom prognóstico, apesar da possibilidade de recidiva e/ou de transformação maligna.