

Adenoma Pleomórfico – caso clínico e revisão da literatura

Tiago Fonseca, Interno de Estomatologia*

Francisco Proença, Assistente Hospitalar Graduado*

Alexandrina Neves, Directora de Serviço*

* Serviço de Estomatologia, Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (H. S. José)

Resumo

O adenoma pleomórfico, também designado por tumor misto benigno, é a neoplasia mais frequente das glândulas salivares. No entanto, apenas 6% dos tumores das glândulas sublinguais são adenomas pleomórficos. A sua apresentação clínica é frequentemente imperceptível ao próprio doente e o diagnóstico é habitualmente acidental. A Anatomia Patológica tem um papel fulcral no diagnóstico destas lesões. O tratamento consiste na excisão cirúrgica.

A propósito de um caso clínico de um adenoma pleomórfico da glândula sublingual, os autores fazem uma revisão sucinta desta patologia - abordando a epidemiologia, etiologia e fisiopatologia, apresentação clínica, características histopatológicas, diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: adenoma pleomórfico; tumor misto benigno; sublingual; neoplasia das glândulas salivares

Abstract

The pleomorphic adenoma or benign mixed tumor is the most common of all salivary gland neoplasms. However, it comprises only 6% of sublingual tumors. The clinical course of pleomorphic adenomas makes it frequently unaware to the patient, and the diagnosis is often occasional. Histopathological examination plays an important role in diagnosis of these neoplasms. Treatment of pleomorphic adenomas is complete surgical excision.

The authors present a clinical report of a sublingual pleomorphic adenoma and review the epidemiology, etiology, fisiopathology, clinical manifestations, histopathology, diagnosis, and treatment of this kind of neoplasms.

Key-words: pleomorphic adenoma; benign mixed tumor; sublingual; salivary gland neoplasms

Introdução

O adenoma pleomórfico (etimologicamente, pléos: pleno, cheio + morfhe: forma, aspecto) é definido como uma neoplasia benigna de origem glandular histologicamente caracterizada por uma aparência muito variada. É também conhecido por tumor misto benigno.

Epidemiologia

O adenoma pleomórfico é a neoplasia mais frequente das glândulas salivares, perfazendo 45 a 74% do total de neoplasias destas glândulas⁽¹⁻⁴⁾. Embora constituindo somente 1 a 2% das neoplasias da cabeça e pescoço, cerca de 70, 50 e 45% de todos os tumores das parótidas, das glândulas sub-

mandibulares e das glândulas salivares menor, respectivamente, são adenomas pleomórficos.

No entanto, apenas 6% dos tumores das glândulas sub-linguais são adenomas pleomórficos. A grande maioria das neoplasias destas glândulas são malignas. (Nesta localização, a pouca literatura disponível fornece uma quantidade restrita de informação; o adenoma pleomórfico, nas grandes séries de centros de referência, encontra-se muitas vezes englobado na localização sub-mandibular.)

Existe uma incidência aumentada no sexo feminino, entre a 4ª e a 6ª décadas de vida. Pode aparecer, igualmente, na orofaringe, nas fossas nasais, no ouvido ou no osso, onde exista tecido glandular susceptível de transformação⁽³⁻⁴⁾.

Etiologia e Fisiopatologia

O adenoma pleomórfico tem origem na proliferação das células luminais e mioepiteliais dos ductos das glândulas salivares, por perda de desmossomas e sobreexpressão de determinadas proteínas das células ductais – entre elas a a-actina de músculo liso (a-AML) e as queratinas 19 e 18⁽⁵⁻⁶⁾. Existem várias alterações cromossómicas que se encontram na base destas alterações celulares, nomeadamente a t(3:8)(p21;q12)⁽⁷⁾.

Apresentação Clínica

Habitualmente apresenta-se como uma tumefacção de aparecimento lento e indolor, na maioria das vezes imperceptível ao próprio doente, sem outras manifestações clínicas associadas; é indolor e móvel à palpação. Pode surgir como uma massa solitária ou síncrona (ex: tumor de Warthin)⁽³⁻⁴⁾.

Características Histopatológicas

Macroscopicamente, apresenta-se como uma massa lobulada, encapsulada e bem-

demarcada, sólido ou com um estroma misto gelatinoso. Pode apresentar áreas de degeneração cística ou mesmo áreas de enfarte e necrose. Microscopicamente, evidenciam-se diferentes proporções de componentes epiteliais, mioepiteliais e mesenquimatosos. É habitual a existência de uma encapsulação incompleta, com crescimento transcapsular e emissão de pseudópodes^(3;8).

Diagnóstico

O diagnóstico, essencialmente intuitivo, apoia-se na ecografia das glândulas salivares como exame complementar de diagnóstico de 1ª linha. A tomografia computadorizada ou a imagiologia por ressonância magnética, são essenciais para o estadiamento tumoral⁽⁴⁻⁹⁾. Mas o diagnóstico definitivo é sempre fornecido pela Anatomia Patológica. No diagnóstico diferencial incluem-se a sialolitíase, neoformações vasculares ou outros tipos de neoplasias das glândulas salivares ou da cavidade oral.

Tratamento

O tratamento consiste na excisão cirúrgica do tumor: parotidectomia total ou sub-total, excisão completa nas glândulas sub-mandibular e sub-lingual ou excisão local alargada no caso das glândulas salivares menor⁽³⁻⁴⁻¹⁰⁾. Em qualquer uma das situações, deve evitar-se a simples enucleação ou o extravasamento do conteúdo tumoral, uma vez que existem estudos que demonstram não só a recidiva mas também uma eventual malignização⁽³⁾.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 75 anos de idade, que recorreu à Consulta Externa de Estomatologia do Centro Hospitalar de Lisboa – Hospital de S. José – referenciada pela sua Médica Dentista por tumefacção do pavimento da boca. Sem qualquer outro tipo de sintomatologia associada.

Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 2, controlada; acidente isquémico transitório, em Julho de 2006; e glaucoma do olho direito. Sem antecedentes familiares ou hábitos tabágicos ou alcoólicos.

Exame objectivo da cavidade oral: desdentada parcial; na porção anterior da metade direita do pavimento bucal, tumefacção com cerca de 2,0 x 0,5 cm, de maior eixo oblíquo para a frente e para dentro, não ulcerada e não hemorrágica, sem drenagens espontâneas, indolor ao toque e à mobiliza-

ção, de consistência elástica e homogénea e de contornos regulares e bem definidos.

A ecografia das glândulas salivares revelou “parótidas e glândulas sub-maxilares de dimensões normais, de contornos regulares e estrutura homogénea, simétricas e sem lesões ocupantes de espaço”, não se identificando adenopatias satélites, nomeadamente no lado direito. Foi efectuada biopsia incisional da lesão. O exame anatómico-patológico revelou tecido de adenoma pleomórfico.

Referências

- (1) Pinkston, JA; Cole, P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120(6):834-40.
- (2) Das, DK; Petkar, MA; Al-Mane, NM; et al. Role of needle aspiration cytology in the diagnosis of swellings in the salivary gland regions: a study of 712 cases. *Med Princ Pract* 2004;13(2):95-106.
- (3) Rosen, EJ; Newlands, SD. Salivary Gland Neoplasms. Grand Rounds Presentation, UTMB, Dept. of Otolaryngology June 26, 2002.
- (4) Nagarkar, NM; Bansal, S; Dass, A; Singhal, S; Mohan, H. Salivary gland tumors – our experience. *Indian Jour Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;56(1):31-4.
- (5) Margaritescu, C; Raica, M; Simionescu, C; et al. Tumoral stroma of salivary pleomorphic adenoma – histopathological, histochemical and immunohistochemical study. *Rom J Morphol Embryol* 2005;46(3):211-23.
- (6) Ogawa, Y; Kishino, M; Atsumi, Y; et al. Plasmacytoid cells in salivary-gland pleomorphic adenomas: evidence of luminal cell differentiation. *Virchows Arch* 2003;442(5):625-34.
- (7) Voz, ML; Van de Ven, WJ; Kas, K. First insights into the molecular basis of pleomorphic adenomas of the salivary glands. *Adv Dent Res* 2000;14:81-3.
- (8) Seifert, G; Donath, K. Multiple tumours of the salivary glands – terminology and nomenclature. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1996;32B(1):3-7.
- (9) Freling NJ. Imaging of the salivary glands. CT and MRI. *Radiologe* 1994;34(5):264-72.
- (10) Clark, JR; Franklin, JH; Naranjo, N; et al. Sublingual gland resection in squamous cell carcinoma of the floor of mouth: is it necessary? *Laryngoscope* 2006;116(3):382-6.