

ADENOMA PLEOMÓRFICO DE PARÓTIDA OU TUMOR MISTO: RELATO DE CASO CLÍNICO.

AUTORES:

Kiangebani Ndombasi "Manuel"¹

Leonel Hernández Torres²

1. Doutor em Ciências Biomédicas, Mestre em Urgências Médico-cirúrgicas, Médico Especialista em Otorrinolaringologia, Pós-Graduado em Gestão e Coordenação da Formação, Graduado em Gestão Educacional, Graduado em Gestão de Projectos e Professor Universitário.

2. Médico Especialista de 1º grau em cirurgia geral.

RESUMO

O presente artigo apresenta na primeira parte a revisão integrativa da literatura sobre Adenoma pleomórfico ou tumor misto e, na segunda parte um estudo de um caso clínico de adenoma pleomórfico numa criança de 6 anos de idade, masculino negro, com 5 anos de evolução. Este artigo tem como objectivo trazer a tona alguns dados históricos e actuais pertinentes ao tema e adoptou a metodologia qualitativo. Adenoma pleomórfico é o tumor das glândulas salivares mais frequente, sendo mais comum na glândula parótida.

Palavras-chave: Adenoma pleomórfico, Glândulas salivares e Neoplasias das glândulas salivares.

ABSTRACT

The present article presents, in the first part, an integrative review of the literature on pleomorphic adenoma or mixed tumor and, in the second part, a study of a clinical case of pleomorphic adenoma in a 6-year-old male, negro, with 5 years of evolution. This article aims to bring up some historical and current data relevant to the theme and adopted the qualitative methodology. Pleomorphic adenoma is the most frequent tumor of the salivary glands, being more common in the parotid gland.

INTRODUÇÃO

Adenoma pleomórfico ou tumor misto é o tumor das glândulas salivares mais frequente, sendo mais comum na glândula parótida. Representa cerca de 53% a 77% dos tumores de parótida, 44% a 68% dos tumores da glândula submandibular e 33% a 43% dos tumores de glândula salivar menor. Os adenomas pleomórficos são derivados de uma mistura de elementos ductais e mioepiteliais. O termo "tumor misto" (pouco usado hoje) foi introduzido por Minsén em 1874 para destacar a origem combinada desse tipo de crescimento

a partir de elementos epiteliais e mesenquimais. A taxa de incidência masculina/feminina é de 4/5 e a idade média de início é superior a 40 anos.¹

Adenoma significa que é um tumor benigno de glândulas e pleomórfico se refere sua marcada diversidade ao microscópio entre tumores, bem como em diferentes áreas de um mesmo tumor. Embora o padrão tumoral básico seja altamente variável, raramente as células individuais são realmente pleomórficas. De forma semelhante, embora o tumor geralmente tenha um componente estromal proeminente semelhante ao mesênquima, ele não é verdadeiramente uma neoplasia mista, pois não é derivado de mais de uma camada germinativa.

É um tumor benigno, mas raramente sofre um processo de malignização.

O tumor geralmente é solitário e apresenta um crescimento lento, indolor de uma massa nodular única. Geralmente é móvel ao menos que seja encontrado no palato.

Independentemente do sítio de origem, o adenoma pleomórfico tipicamente se apresenta como um aumento de volume firme, indolor e de crescimento lento. O paciente pode ter notado a presença há muitos meses ou anos antes de procurar um diagnóstico. O tumor pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas é mais comum em adultos jovens e em adultos de meia-idade entre as idades de 30 e 60 anos. O adenoma pleomórfico é também o tumor de glândula salivar menor primário mais comum que se desenvolve na infância. Há uma discreta predileção pelo sexo feminino.

A maioria dos adenomas pleomórficos da glândula parótida ocorrem no lobo superficial e se apresentam como um aumento de volume sobre o ramo da mandíbula à frente da orelha. A dor e a paralisia do nervo facial são raras. Inicialmente, o tumor é móvel, mas torna-se menos móvel com seu crescimento. Se negligenciada, a lesão pode crescer até atingir proporções grotescas. Cerca de 10% dos tumores mistos da parótida desenvolvem-se no lobo profundo da glândula, abaixo do nervo facial. Algumas vezes estas lesões crescem medialmente, entre o ramo ascendente e o ligamento estilomandibular, resultando em um tumor com formato de haltere, que se apresenta como um aumento de volume na parede lateral da faringe ou no palato mole. Em raras ocasiões, os adenomas pleomórficos bilaterais têm sido relatados, desenvolvendo-se num padrão sincrônico ou metacrônico. O palato é a localização mais comum dos tumores mistos de glândula salivar, representando aproximadamente 50% dos exemplos intraorais. Esta localização é seguida pelo lábio superior (27%) e pela mucosa jugal (17%). Os tumores de palato quase sempre são encontrados na região lateral posterior do palato, apresentando-se como um aumento de volume de formato arredondado e de superfície lisa. Se o tumor for traumatizado, uma ulceração secundária pode ocorrer. Devido à natureza forte mente aderida da mucosa do palato duro, os tumores nesta

¹ http://www10.uniovi.es/anatopatodon/modulo10/tema06_Tumores/06Pleomorfo.htm

localização não são móveis, embora os da mucosa labial ou da mucosa jugal frequentemente sejam.²

Os tumores das glândulas salivares são tumores pouco frequentes da cabeça e pescoço, correspondendo a cerca de 3-5% dos tumores nesta localização.

Os tumores de parótida são frequentemente de natureza benigna e correspondem à maioria dos tumores de glândulas salivares.

Macroscopicamente, caracterizam-se por serem solitários, arredondados, com superfície lisa e lobulada, o que contrasta com os múltiplos nódulos encontrados nas recidivas após excisão cirúrgica. O tamanho varia entre 2 e 6 cm., No entanto, casos pesando vários quilos foram descritos na literatura antiga e recentemente Florentín e Chardot, um pesando 1.537 g. Em corte, mostram uma superfície heterogênea alternando áreas esbranquiçadas e sólidas de consistência firme com outras áreas císticas rosa-amareladas de consistência mais macia.

Microscopicamente, as células epiteliais podem formar dutos ou glândulas com dois tipos celulares: as internas são cúbicas ou cilíndricas e as externas são do tipo mioepitelial, mais escuras, menores e alongadas. O lúmen dos ductos contém um fluido PAS positivo claro e eosinofílico. As células mioepiteliais são dispostas independentemente dos ductos em cordões, faixas e placas cujos elementos podem ser poligonais ou estrelados, circundados por abundante substância basofílica amorfa, dando uma imagem "rendilhada" do tipo mixóide. Às vezes, vacuolizações são observadas em torno dessas células, uma reminiscência de tecido condroide, com alguns sendo da opinião de que é cartilagem autêntica. Outras áreas são compactas com células poligonais misturadas com células mioepiteliais, que não podem ser claramente diferenciadas. Algumas vezes há áreas cilíndricas com massas hialinas, que se assemelham ao tumor adenóide cístico, e em outras as células mioepiteliais estão dispostas em paliçadas que nos lembram neurinomas. O epitélio pode ser plano nas cavidades císticas, às vezes queratinizando na forma de estratos com a formação de globos corneanos. Em ampliações maiores, pontes de junção e desmossomos podem ser vistos. Mais raramente, podem ser encontradas células sebáceas e mucosas com estruturas glandulares, sendo necessário fazer o diagnóstico diferencial com os tumores mucoepidermóides.

O componente mesenquimal também é pleomórfico, ou misto como em parte já dissemos, encontrando áreas fibrilares com aspecto conectivo fibroso, alternando com áreas hialinizadas, mixóides, condróides, osteóides e adiposas. A calcificação pode ocorrer em áreas necróticas. Granulomas de colesterina e reação granulomatosa de corpo estranho não são raros, às vezes estimulados pelas lâminas de queratina dos cistos epiteliais. Em todos os casos, o padrão misto é observado, mas às vezes, vários cortes devem ser usados para encontrar uma área mesenquimal. Porém, mesmo nesses casos, o componente

² Tiago RSL, Castro GA, Costa RLA, Bihler RB, Fava AS. (2003). Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Rev. Bras. Otorrinolaringol.

epitelial é tão caracteristicamente pleomórfico que difere da estrutura epitelial homogênea observada nos adenomas que estudaremos a seguir.

As recidivas são frequentes, seja pela excisão incompleta do tumor, pelo provável implante após a ruptura do tumor no acto operatório, ou pela possibilidade de origem multicêntrica. Essas recorrências e a dificuldade de diferenciar um tumor benigno de um maligno em um quadro tão variegado e pleomórfico levaram ao que se fala em tumores "semi-malignos". No entanto, os critérios de semi-malignidade: riqueza celular, mitose e pleomorfismo celular, não foram correlacionados com a evolução clínica destes casos, razão pela qual este termo foi abandonado atualmente.³

RELATO DE CASO CLÍNICO

Trat-se de uma criança de 6 anos de idade, masculino, negro, que deu entrada no nosso serviço de Otorrinolaringologia do Hospital Geral do Uíge- Angola, com uma história de aumento de volume na região parótida e mastoideo com uma evolução de mais ou menos 5 anos segundo a informação colhida da mãe. Nos seus antecedentes pessoais: sem antecedentes morbides maiores de realces.

Ao exame físico e otorrinolaringológico: O estado geral conservado, lucido e colaborante no tempo e no espaço, corado e eupneico. A Otoscopia, Rinoscopia e Faringoscopia: nenhuma alteração morfológicas relevantes foi observadas.

No exame loco-regional cervical direito, apresenta-se uma massa indolor, de crescimento progressivo, móvel e distinta à palpação na parótida direito. (fig. 1)



Fig. 1.

Exames complementares: exames hematológicos e bioquímicos, dentro dos parâmetros normais. Exames imagenológico de ultrassonografia cervical com doppler colorido de glândula parótida, falava em favor de um tumor misto e a punção aspirativa com agulha fina foi negativa.

Defronte dos achados clínicos e complementares as hipóteses diagnósticas foram de adenoma pleomórfico de parótida e adenocarcinoma.

³ http://www10.uniovi.es/anatopatodon/modulo10/tema06_Tumores/06Pleomorfo.htm. Consultado em 21. 09. 2020.

A criança foi levado ao bloco operatório, sob anestesia geral previa (fig. 2), foi realizar uma excisão cirúrgica do tumor, que ocorreu sem complicações. (fig. 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10).

Depois de exêrese do tumor a peça foi encaminhado para o exame histopatológica (fig. 8). Os achados macroscópicos da peça: Rotulado como "Parótida direita/ lóbulo superior". Recebido e fixado em formalina estrutura de aspecto nodular, que mede 7 x 5,5 x 3,5 cm, de cor acinzentada, de superfície irregular e consistência elástica, sem cápsula definida. Aos cortes seriados de cor cinzaãcastanhado, mostrando áreas com locus císticos de conteúdo mucóide. 8F (8)/06/08/ 2020. Os achados microscópicos da peça: Ao exame histológico tra-se de fragmentos de tecidos de glândula parótida mostrando áreas com destruição do parênquima e substuição por tecido fibroso, associado a um infiltrado inflamatório crônico constituído predominantemente por linfoplasmocítico, com formação de agregados linfóide sem centros germinativos e áreas de ectasia ductal, degeneração cística, hemorragia intersticial e focos de metaplasia adiposa, enquadrável com umade adenoma pleomórfico .

Observam-se áreas focais com manutenção da arquitetura acinar, sem alterações histológicas de realce. Não se identifica a este nível tecido neoplásico.

Conclusão: Os achados microscópicos da peça confirmaram o diagnóstico clínico de adenoma pleomórfico.

No pós-operatório a evolução clínica foi satisfatoria e a cicatrização foi completa (fig. 11, 12, 13). A criança encontra-se em seguimento clínico nas consultas externas de Otorrinolaringologia.



Fig. 2.



Fig. 3



Fig. 4.

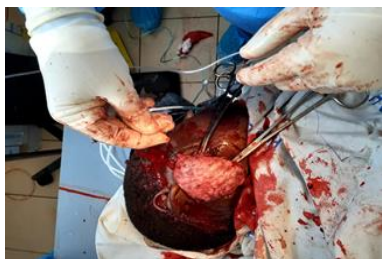


Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.

COMENTÁRIOS FINAIS: Os adenomas pleomórficos são as neoplasias benignas mais comuns na glândula parótida e são mais bem tratados pela excisão cirúrgica. Apresentamos um caso clínico cirúrgico de adenoma pleomórfico na glândula parótida direita. A parotidectomia superficial é procedimento mínimo para o diagnóstico e terapêutica com a identificação e preservação do nervo facial, sendo baixa a taxa de recidiva com esta cirurgia para as lesões localizadas no lobo superficial da glândula parótida. A enucleação local deve ser evitada, pois o tumor pode não ser completamente removido ou porque a cápsula pode estar violada, resultando na permanência de células no leito tumoral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ribeiro-Rotta, R. F. et al. (2003). O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos, *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(5).

Robbins Patologia Básica - Abul K. Abbas, Nelson Fausto, Vinay Kumar, Richard N. Mitchell - Google Livros_files, "Adenoma pleomórfico". Users/KIANGEBENI%20MANUEL/Desktop/ARTIGO%20SOBRE%20ADENOMA/Robbins%20Patologia Básica-%20Google%20Livros.html. 15. 09. 2020.

Tiago R. S. L, Castro GA, Costa RLA, Bihler RB, Fava AS. (2003). Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*

http://www10.uniovi.es/anatopatodon/modulo10/tema06_Tumores/06Pleomorfo.htm. Consultado em 21. 09. 2020.

