

Apresentação atípica de adenoma pleomórfico

Relato de Caso

Recebido em 17/01/2011

Aprovado em 01/04/2011

Atypical Presentation of Pleomorphic Adenoma

Bettina Carvalho ¹ Anelyse Cristine Ballin ² Andréia Karam Ricardo dos Santos ³
Carlos Henrique Ballin ⁴ Carlos Roberto Ballin ⁵ Marcos Mocellin ⁶

1) Graduação em Medicina pela UFPR (Residente de Otorrinolaringologia do HC/UFPR)

2) Graduação em Medicina pela UFPR (residente de Otorrinolaringologia do HC/UFPR)

3) Graduação em Medicina

4) Graduação em Medicina pela UFPR

5) Mestre em Cirurgia - UFPR; (Professor responsável pelo serviço de Cirurgia Cranio-Facial do serviço de Otorrinolaringologia do HC/UFPR)

6) Doutorado em Otorrinolaringologia pela Escola Paulista de Medicina, Brasil(1986) (Professor titular da Universidade Federal do Paraná, Brasil)

Correspondência: Hospital de Clínicas da UFPR Av. General Carneiro, 181 - CEP 80.060-900 - Curitiba - PR tel. 3360-1800

RESUMO

Introdução: O Adenoma pleomórfico (AP) é a neoplasia benigna mais comum em glândulas salivares. Ocasionalmente, pode estar presente em canal auditivo externo, palato mole, palato duro, mucosa oral, laringe e cavidade nasal. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi relatar um caso de AP com localização extremamente rara, em úvula, com uma apresentação clínica nunca relatada previamente, engasgos de repetição. **Relato:** Paciente feminina, 61 anos de idade, com queixa de engasgos frequentes e lesão de crescimento progressivo em úvula há cerca de 20 anos, foi submetida à uvuloplastia com exérese total da lesão. O exame anatomopatológico demonstrou AP. A paciente está em acompanhamento ambulatorial e seis meses após a cirurgia permanece assintomática e sem sinais de recorrência tumoral. **Conclusões:** O AP localizado em úvula é muito raro. Esta neoplasia deve ser sempre lembrada no diagnóstico diferencial de lesões de cabeça e pescoço, para que com o tratamento cirúrgico precoce, evite-se a evolução para malignização.

Descritores: Adenoma, Pleomorfo, Uvula, Atípico

ABSTRACT

Introduction: Pleomorphic adenoma (PA) is the most common benign neoplasm in the salivary glands. Occasionally it may be present in the external auditory canal, soft palate, hard palate, buccal mucosa, larynx and nasal cavity. **Objectives:** The aim of this study was to report a case of PA with extremely rare location, in the uvula, with a clinical presentation never previously reported, recurrent choking. **Report:** A female patient, 61 years old, complaining of frequent choking and mass of progressive growth in the uvula for about 20 years, underwent uvuloplastia with total excision of the lesion. The pathology demonstrated AP. The patient is under outpatient treatment and six months after surgery remains asymptomatic without signs of tumor recurrence. **Conclusions:** The AP located in the uvula is very rare. This neoplasm should always be considered in the differential diagnosis of head and neck injuries, with early surgical treatment, so to avoid progression to malignancy.

Keywords: Adenoma, Pleomorphic, Uvula, Atypical Summary

INTRODUÇÃO

O Adenoma pleomórfico (AP) é a neoplasia benigna mais comum em glândulas salivares.¹ Ocasionalmente, pode estar presente em canal auditivo externo, palato mole, palato duro, mucosa oral, laringe e cavidade nasal¹. A localização mais comum do AP intraoral é o palato, seguido por lábio superior e mucosa bucal^{1,2}.

Este estudo relata um caso de AP de úvula, encontrado em nosso serviço, com apresentação clínica diferenciada e em

localização rara. O objetivo deste estudo foi, por meio de revisão de literatura, discutir a variedade de apresentação deste tipo de tumor, que deve ser sempre lembrado no diagnóstico diferencial de lesões de cabeça e pescoço^{1,3,4}.

REVISÃO DE LITERATURA

O AP ocorre mais frequentemente entre a terceira e sexta décadas de vida e em pacientes do sexo feminino³. É o tumor mais frequente de glândulas salivares tanto maiores como me-

nores, sendo a glândula parótida a mais acometida, em torno de 60% dos casos¹ (Quadro 1)

Quadro 1. Incidência do adenoma pleomórfico nas glândulas salivares de acordo com a literatura revisada.

Glândula	%
Parótida	75 a 85
→ Lóbulo superficial	80 a 90
→ Lábio profundo	10
Submandibular	8
Glândulas Salivares menores	7 a 15
→ Palato	42,5 a 55
→ Lábio Superior	14 a 18,5
→ Mucosa jugal	15
Sublingual	0,5

Porém, pode aparecer em locais inusitados, como no caso relatado neste estudo.

Na maioria dos casos, o AP apresenta-se como uma massa polipóide, lisa, lobulada, firme e encapsulada. A lesão é móvel, exceto quando ocorre no palato duro, e geralmente não causa ulceração de mucosa. Apresenta crescimento lento, suas dimensões podem variar de poucos milímetros a vários centímetros. Como tem a característica de ser não-dolorosa, freqüentemente esta presentes durante anos antes do paciente procurar atenção médica^{1,2,3}.

Para o diagnóstico anátomo-patológico é necessário estarem presentes dois tipos celulares: de células epiteliais e mioepiteliais e um estroma com características fibróide, mixóide, condróide, vascular ou mixocondróide⁵.

Quanto aos exames de imagem, a Tomografia Computadorizada determina o sítio de origem tumoral, sua extensão e invasão de estruturas vizinhas, indicando a melhor intervenção¹. Mesmo assim, os achados tomográficos são inespecíficos, freqüentemente mostrando um tumor de partes moles com bordas definidas e sem calcificações¹. Estas características sugerem um crescimento lento e benigno¹².

Encontramos apenas 2 casos de AP de úvula publicados, um apresentando otalgia, outro síndrome da apnéia obstrutiva do sono.^{3,4}

CASO CLÍNICO

Paciente feminina, branca, 61 anos de idade, nascida e residente em Curitiba/PR foi atendida em nossa clínica de otorrinolaringologia com queixa de engasgos freqüentes e lesão de crescimento progressivo em úvula há cerca de 20 anos.

A oroscopia mostrou lesão de aspecto cístico, de coloração amarelada, em terço inferior de úvula, com cerca de 2 cm X 2 cm de diâmetro (Figura 1). O exame minucioso de região cervical não encontrou nenhuma alteração associada. A hipótese diagnóstica inicial foi cisto dermóide.



Figura 1 - Oroscoopia mostrando lesão em úvula.

A paciente foi submetida a uvuloplastia com exérese total da lesão e (Figuras 2,3). Diante da suspeita de neoplasia, foi realizado exame anátomo-patológico da peça, que sugeriu AP.



Figura 2 - Transoperatório mostrando exérese da lesão.



Figura 3 - Peça anatômica.

A paciente está em acompanhamento ambulatorial e seis meses após a cirurgia permanece assintomática e sem sinais de recorrência tumoral (Figura 4).



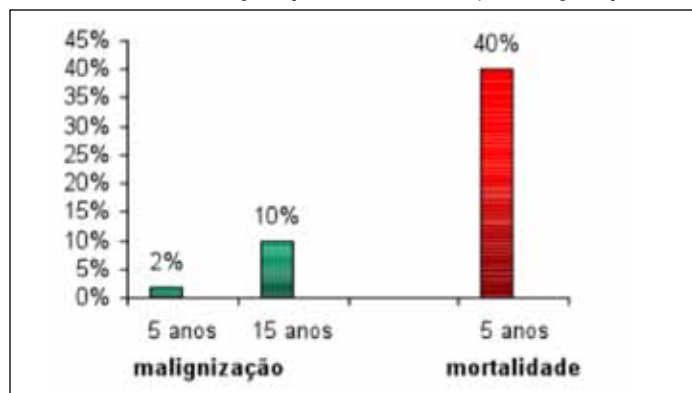
Figura 4 - Pós-operatório de 6 meses.

DISCUSSÃO

Considerando que existem poucos casos relatados na literatura de AP de úvula, devemos reforçar a importância de sua inclusão em diagnósticos diferenciais devido ao risco de malignização do tumor.

O risco de transformação maligna é de 6%, vista predominantemente em pacientes do sexo feminino⁶, e aumenta consideravelmente se houver atraso no diagnóstico⁶. Em 5 anos a taxa de malignização é de aproximadamente 2%, mas aumenta para 10% num período de 15 anos⁷. Quando estes tumores se tornam malignos tem um comportamento agressivo gerando uma taxa de mortalidade em 5 anos entre 30 e 50%⁷ (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Taxa de malignização e mortalidade após malignização



A abordagem é cirúrgica. A ressecção insuficiente do AP resulta em recidiva, cuja taxa varia entre 2.4-7.5%¹, portanto a retirada do tumor com margens livres, comprovada histologicamente, deve ser realizada¹. A recidiva dos adenomas pleomórficos é maior naqueles componentes em cuja análise histológica se detecta maior conteúdo mixóide⁴.

No caso apresentado, foi realizada uvuloplastia sob anestesia geral e intubação orotraqueal, um abridor de boca estático foi colocado para permitir boa visualização do campo cirúrgico. Foi realizada incisão da mucosa, dissecação e ressecção da lesão no plano submucoso, seguida de sutura simples com cateteg 4.0.

CONCLUSÃO

O AP localizado em úvula é raro, seu sucesso no tratamento cirúrgico juntamente com a necessidade de uma revisão de literatura sobre o tema nos motivou à publicação. Esta neoplasia deve ser sempre lembrada no diagnóstico diferencial de lesões de cabeça e pescoço para que, com o tratamento cirúrgico precoce, evite-se sua evolução para malignização.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro-Rotta RF, Cruz ML, Paiva RR, Mendonça EF, Spini TH; Mendonça, AR. O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos. Rev. bras. otorrinolaringol. 2003;69(5):699-707
- Uro-Coste E. 2009 update in salivary gland tumoral pathology. Ann Pathol. 2009 Sep;29(4):274-85.
- Fidan V, Yoruk O, Sutbeyaz Y. Otalgia due to pleomorphic adenoma of úvula. The Journal of Craniofacial Surgery 2009;20:571-3.
- Thakur JS, Mohindroo NK, Mohindroo S, Sharma DR, Thakur A. Pleomorphic

adenoma of minor salivary gland with therapeutic misadventure: a rare case report. BMC Ear Nose Throat Disord. 2010 Jan 8;10:2.

- Berardi D, Scoccia A, Perfetti G, Berardi S. Recurrence of pleomorphic adenoma of the palate after sixteen years: case report and an analysis of the literature. J Biol Regul Homeost Agents. 2009 Oct-Dec;23(4):225-9.
- Baraka ME, Sadek SA, Salem MH. Pleomorphic adenoma of the inferior turbinate. J Laryngol Otol 1984;98(9):925-8.
- Lee SL, Lee CY, Silver SM, Kuhar S. Nasopharyngeal pleomorphic adenoma in the adult. Laryngoscope. 2006 Jul;116(7):1281-3.