ARTIGO ORIGINAL

PEREIRA NETO, Alonso Alves ^[1], ESPÓSITO, Mario Pinheiro ^[2], OLIVEIRA, Ronan Djavier Alves ^[3], PASSOS, Fabio Manoel dos ^[4], PLACHESKI, Ana Carolina Galindo ^[5], PELIZER, Carlos Antônio Albuquerque ^[6], ESPÓSITO, Guilherme Soriano Pinheiro ^[7]

PEREIRA NETO, Alonso Alves. Et al. Adenoma Pleomórfico Parotídeo com extensão para espaço cervical profundo: Relato de caso. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 02, Vol. 04, pp. 158-165. Fevereiro de 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/adenoma-pleomorfico>

Contents

- RESUMO
- INTRODUÇÃO
- RELATO DE CASO
- DISCUSSÃO
- CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

RESUMO

O adenoma pleomórfico é um tumor misto de caráter benigno, se desenvolve, predominante, em mulheres entre a terceira e a sexta década de vida. Este tumor possui uma variedade microscópica de suas tipologias celulares, sua configuração. Em geral, é relativamente comum e encapsulada, acometendo, principalmente, a porção superficial do lobo inferior da glândula parótida. Sua etiologia é controversa, entretanto sua formação se dá a partir de um crescimento lento e expansivo da formação nodular submucosa, dessa forma seu desenvolvimento microscópico de pseudópodes pode acarretar um fator de recorrência tumoral pós-cirúrgica. O diagnóstico é realizado por meio da anamnese, do exame físico e do histopatológico. Exames de imagem como ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada, podem ser necessários para avaliar extensão do tumor e planejar a conduta terapêutica. O tratamento mais efetivo e mais utilizado é a excisão

cirúrgica com margens de segurança. Este trabalho, tem como objetivo de relatar um caso de adenoma pleomórfico com incomum extensão para espaço cervical profundo parafaríngeo e carotídeo esquerdo, sem demonstração clínica típica de abaulamento em região parotídea, todavia há um abaulamento em fossa amigdaliana esquerda, obstruindo parcialmente o lúmen faríngeo, sendo, dessa forma, necessário que se realize além dos exames já citados a videolaringoscopia, visando uma melhor avaliação da localidade em que se encontrava a lesão. Foi realizado biópsia para estudo histopatológico e imuno-histoquímico a nível de parafaringe, confirmando o tipo de tumor, e a exérese completa da neoplasia, com exploração cervical atípica. Até o momento, sem indícios clínicos e imagiológicos de recidiva da lesão.

Palavras-Chave: Adenoma pleomórfico, Glândula parótida, Espaço cervical profundo parafaríngeo, Excisão cirúrgica.

INTRODUÇÃO

É descrito pela literatura que os tumores que possuem glândulas salivares estão dispostos em graus de lesões importantes diante da patologia bucal. Desse modo, é necessário que se considere que as neoplasias estão dispostas a acarretar mais a região de cabeça e do pescoço, não apenas pela diversidade morfológica, mas, também, pela variedade comportamental do fator biológico. Sendo assim, as neoplasias de origem glândula salivar são consideradas como raras se apresentando em relações menores de 1% em comparação a todos os tumores, contudo, é vislumbrado a ocorrência de 3 a 5% das neoplasias de cabeça e de pescoço.

O adenoma pleomórfico é descrito como um tumor benigno glandular, comumente originado na cabeça e no pescoço, este tumor é, em geral, capaz de afetar as glândulas salivares maiores. Encontra-se de 70% a 80% destes nas parótidas, já que é o local em que se forma, geralmente, uma massa nodular submucosa móvel. Sua consistência é firme, o crescimento é lento e expansivo, e pode ceder um pouco por intermédio da palpação com compressão, como é descrito por alguns pesquisadores. As lesões podem durar de um a três anos, podendo ser variável, e se apresentam de forma assintomática, em sua maioria. O desenvolvimento do tumor é encontrado, em geral: 20% nas glândulas acessórias menores;

10% nas submandibulares; e alguns nas glândulas sublinguais.

O tumor é apresentado em qualquer idade, entretanto sua maior ocorrência se dá entre as 3ª e 6ª décadas de vida, é comum que atinja mais o sexo feminino e não possui preferência de raça. O termo “pleomórfico” se dá devido à variedade histológica encontrada nesse tumor, assumindo características que mostram a sua heterogeneidade. A descrição como tumor misto é vinculada por meio da proliferação celular de número variável e por intermédio de suas características: mioepiteliais, estruturas ductiformes e um estroma de tecido condróide, mixóide, hialino, adiposo e/ou ósseo, possui uma cápsula conjuntiva fibrosa de espessura e integridade variáveis.

Sendo assim, esse tumor pode ser encontrado em qualquer das glândulas salivares, sua característica clínica e morfológica é bem conhecida. Todavia, a patogênese ainda é inexplorada e incerta, o mesmo se dá com a expressão de oncogenes e com os fatores que influenciam sua transformação em um tumor maligno. Essa transformação está ligada as ocorrências posteriores ao tumor, ou quando há uma evolução mais longínqua. De acordo com Sousa et al. (2013), “a degeneração maligna é uma complicação, resultando em um carcinoma ex-adenoma pleomórfico.”.

É descrito na literatura que as incidências de tumores malignos nas glândulas salivares são acometidas em: 25% nas glândulas parótidas; 47% nas submandibulares; 65% nas glândulas salivares menores; 90% nas sublinguais. Dessa forma, entende-se que quanto menor a glândula salivar envolvida, há mais probabilidade que a massa ali desenvolva seja maligna.

Em 90% dos casos o lobo superficial da glândula é acometido, contudo, as neoplasias que surgem nos lobos superficiais da parótida são mais propensas a serem benignas, enquanto os tumores malignos, frequentemente, são desenvolvidos nos lobos profundos da parótida ou noutras glândulas salivares. Apesar de tudo, se compreende que o tumor originário nos lobos profundos é o adenoma pleomórfico, suas massas dos lobos profundos são projetadas medialmente entre a apófise estilóide e o músculo pterigóide, e se desloca devido a gordura no espaço parafaríngeo.

Pode-se diagnosticar o paciente de neoplasia de parótida a partir da história clínica minuciosa e pelo exame físico, diante disso, os exames de imagem (ultrassonografia e a

tomografia computadorizada) só são necessários para que se planeje o tratamento adequado. A biópsia aspirativa com agulha fina (BAAF) é uma modalidade diagnóstica podendo ser utilizada para determinar se o tumor é benigno ou maligno, no entanto, não serve para fins de conduta terapêutica. Sendo assim, o diagnóstico definitivo de adenoma pleomórfico só se dá após a realização do exame histopatológico.

RELATO DE CASO

Paciente F. E. S. 34 anos, sexo feminino, foi encaminhada ao consultório em julho de 2019 para avaliação de lesão em parafaringe esquerda, todavia não sabia definir quando houve o aparecimento. No exame físico — oroscopia, pode ser vislumbrado uma lesão palpável, indolor, de mais ou menos 2,5 cm, não sendo possível a visualização do polo inferior da lesão em fossa amigdalina esquerda. A região cervical estava sem linfonodomegalia palpável. A paciente nega o tabagismo e o etilismo, nega a hipertensão arterial, a diabetes ou outras comorbidades. Trouxe um exame de Angioressonância Magnética Crânio, devido a um acompanhamento com o neurologista devido a crises de enxaqueca, o exame constou uma lesão expansiva, com realce homogêneo pelo gadolínio, em profundidade de espaço parotídeo/espaço parafaríngeo esquerdo, parcialmente incluída nos campos de exploração, de 4,7 cm de diâmetro. Dessa forma, solicitou os exames videolaringoscopia (VDL), TC face e pescoço, PAAF posterior mandibular a esquerda. O videolaringoscopia constou a presença de lesão nodular em fossa amigdalina esquerda de 2,5 cm de diâmetro, abaulando e diminuindo coluna aérea nesta topografia com mucosa íntegra. Lesão a esclarecer. Na tomografia computadorizada do pescoço podia-se notar uma volumosa formação de ovoide com densidade partes moles e de contornos lobulados, com realce pós contraste, limites bem definidos, presença de calcificações, ocupando espaço parafaríngeo, ocupando espaço carotídeo superior esquerdo, envolvendo parcialmente segmentos superiores carótidas interna e externa esquerda, bem como veia jugular interna esquerda, de 4,5 x 4,7 x 4,2 cm e linfonodos cervicais levemente aumentados em níveis I e II bilateralmente, de até 1,4cm diâmetro. A PAAF demonstrava volumosa formação expansiva, de limites mal definidos, ecotextura hipoecogênica, subjacente a glândula submandibular esquerda, paratraqueal esquerda, de 6,4 x 5,0 x 4,5 cm, sem sinais de hipervascularização, sugeriu biópsia da lesão. Logo, realizou-se os pedidos de exames pré-operatórios e a paciente foi submetida a biópsia de tumor de região parafaringe profunda a esquerda em 13/08/2019, com

anatomopatológico de células atípicas e necessidade de imuno-histoquímica, que revelou diagnóstico de adenoma pleomórfico. Houve a exérese completa da lesão, com margens livres. Até o momento, sem indícios clínicos e imagiológicos de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo foi relatado um caso clínico de uma paciente com adenoma pleomórfico da parótida esquerda, do sexo feminino, com 34 anos — idade e gênero que se prevalece a maior aparição do tumor, como relatou outros autores. Contudo, houve confronto da literatura quanto ao local afetado, pois é dito que o adenoma pleomórfico acomete a parótida e na grande maioria dos casos está localizado no lobo superficial da glândula, entretanto, em outros casos, o adenoma pleomórfico pode ser encontrado no lobo profundo da parótida, como é o caso da paciente do caso, e ainda com uma incomum extensão para espaço cervical profundo parafaríngeo e carotídeo esquerdo, é notado que não houve demonstração clínica típica de abaulamento em região parotídea.

A etiologia que se discute é controversa, acredita-se que o adenoma pleomórfico se desenvolve devido a mistura de elementos ductais e células mioepiteliais, como compreende a literatura. Diante disso, o tumor é apresentado como uma massa indolor em região superficial cervical, persistente de crescimento lento e na maioria dos casos, não provoca ulceração da mucosa subjacente, podendo ter dimensões de 2 a 3 centímetros, todavia em alguns casos há um aumento mais de volumes. De acordo com Tiago et al. (2003) afirmam que “cl clinicamente, o adenoma pleomórfico da glândula parótida apresenta-se como lesão nodular única, com margens bem delimitadas, superfície lobulada, consistência endurecida, móvel e indolor à palpação.”.

Na discussão de nosso caso, a paciente se inseriu no atípico quando relacionado com o proposto na literatura, de maneira oposta a maioria dos casos. A queixa principal foi por um abaulamento de aproximadamente 2,5cm em polo inferior da amígdala esquerda, indolor a palpação e de crescimento lento e progressivo. A região cervical não apresentou linfonodomegalia palpável para que se descrevesse no exame físico o aspecto, margens, superfície, consistência ou mobilidade.

O diagnóstico da neoplasia de parótida é feito a partir do histórico clínico, do exame físico e dos exames de imagem. Através disso, faz-se a biópsia aspirativa com agulha fina (BAAF), encontrado como outra modalidade diagnóstica, determinando, desse modo, se o tumor é benigno ou maligno. Nesta perspectiva, tem-se por diagnóstico definitivo: adenoma pleomórfico, devido à realização do exame histopatológico. Tais afirmações, se compreende que no exame físico não se achou a típica forma que em geral é demonstrada, desse modo, os exames complementares de imagem como VDL e TC pescoço foram de suma importância para nosso estudo, bem como PAAF e biópsia a nível de parafaringe a esquerda para estudo histopatológico e imuno-histoquímico como diagnóstico definitivo.

Nas imagens de TC e RM o adenoma pleomórfico tem uma estrutura homogênea e limites bem definidos. Pequenas áreas de hiposinal podem estar presentes, representando fibrose ou calcificação. A presença de calcificações numa neoplasia da parótida favorece o diagnóstico de adenoma pleomórfico. A literatura compreende que estes aspectos são mais apreciados em TC, devido as limitações que a RM apresenta em demonstrar calcificações. Dados de acordo com os achados tomográficos do pescoço da paciente apesar da invasão incomum ocupando espaço parafaríngeo, espaço carotídeo e veia jugular interna esquerda.

De acordo com Olsen (1994),

O espaço parafaríngeo (EP) é um espaço cervical profundo, classicamente descrito como tendo a forma de uma pirâmide invertida, com a sua base a nível da base do crânio e o seu vértice ao nível do grande corno do osso hióide. Os tumores do EP são raros, sendo que apenas 0,5% de todos os tumores da cabeça e pescoço envolvem o EP. A maioria ocorre em adultos.

Diante disso, a técnica cirúrgica que se utilizará será determinante para a recidiva ou não da lesão, desse modo, é necessário considerar que a reincidência do tumor varia de acordo com a técnica que se empregou. Ao se utilizar de um diagnóstico correto vinculado à cirurgia, o índice de cura recai em aproximadamente 95% de eficácia, e o risco de vir a ser lesão maligna é de 5%, aproximadamente. De acordo com os autores Porto; Cavalcante; Júnior; Costa; Pereira (2014), “o tratamento mais utilizado para o adenoma pleomórfico consiste na excisão cirúrgica com margem de segurança, uma vez que a recidiva pode ocorrer devido à permanência de resíduos da cápsula ou mesmo da própria lesão.”.

Em nosso estudo, após confirmando o tipo de tumor, realizou-se a exérese completa da neoplasia, com exploração cervical atípica. Até o momento, sem indícios clínicos e imagiológicos de recidiva da lesão.

Fig.1: Adenoma pleomórfico Imagens de RM, axial (A) e coronal (B) mostram massa no lobo profundo da glândula parótida direta (setas)

Fonte: VIAMONTE, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adenoma pleomórfico, é um tumor encontrado mais no sexo feminino, em geral, com carácter benigno e com vários tipos celulares que costuma acometer a glândula parótida. Como demonstrado neste relato de caso, pode apresentar manifestação clínica, localização e extensão tumoral atípicas, acometendo o espaço cervical profundo parafaríngeo. Diante disso, a avaliação complementar com exames de imagem, acoplado ao estudo histopatológico, tornam-se precípuos para observar o comprometimento cervical profundo pelo tumor, que costuma acometer apenas a superfície parotídea. Sendo assim, a exérese completa do adenoma pode exigir maior experiência técnica cirúrgica, fazendo se necessária para que não haja a recidiva da lesão.

REFERÊNCIAS

CORREIA, Isabel; BOA-VIDA, Margarida; DELGADO, Inês; CABRAL, Rui; HEBE, Ana; FINO, Rui; MONTALVÃO, Pedro; MAGALHÃES, Miguel. Tumores do espaço parafaríngeo: Experiência de 10 anos do IPO-LFG. Rev. Portuguesa: Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 2016. Disponível em: < <https://www.journalsporl.com/index.php/sporl/article/view/291> >

GONÇALVES, Francielle Tereza Moraes; LEHN, Carlos Neutzling; JUNIOR, Climério Pereira do Nascimento; CUNHA, Majoy Gonçalves Couto da; BITTAR, Renato Fortes; FERRARO, Homero Penha; DANTAS, Carolina Cavalcante; AGNOLETTI, Majorie Cristine; CABERNITE, Erika. Adenoma Pleomórfico: Perfil clínico-patológico de 138 casos em hospital terciário no Brasil. Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço. 2016. Disponível em: < <https://studylibpt.com/doc/5193184/artigo-02> >

ISHIKAWA, Camila Cristina; ROMANO, Fabrizio Ricci; VOEGELS, Richard; BUTUGAN, Ossanum. Adenoma Pleomorfo de Seio Maxilar — Relato de Caso. Revista Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia. 2008. Disponível: < <http://arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/556.pdf>>

NEVES, Jerlucia Cavalcanti; LIMA, Maria do Carmo Abreu e; SOBRAL, Ana Paula Veras. Estudo clinicopatológico de 106 adenomas pleomórficos de glândula salivar maior. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. 2007. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442007000500007&script=sci_abstract&lng=pt>

PORTO, Damião Edgleys; CAVALCANTE, Josuel Raimundo; JUNIOR, Josuel Raimundo Cavalcante; COSTA, Mario Cesar Furtado da; PEREIRA, Sérgio Munhoz. Adenoma Pleomórfico de Parótida – Relato de Caso. Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. 2014. Disponível em: < http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000200003 >

SOUZA, Rayanne Izabel Maciel; SANTOS, Manuela Gouvêa Campelo; OLIVEIRA, James Maxwell de Souza; MENDONÇA, Valmir Braga de Aquino; ALVES, Pollianna Muniz; PEREIRA, Jozinete

Vieira. Adenoma Pleomórfico em glândula submandibular: relato de caso e uma revisão dos achados atuais. Revista de cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial. 2013. Disponível em: <
http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102013000200002&lng=pt&nrm=iso >

TIAGO, Romualdo Suzano Louzeiro. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2003. Disponível em: <
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992003000400008&script=sci_abstract&tlng=pt >

VIAMONTE, Bárbara. Tumores das Glândulas Salivares. Acta Radiológica Portuguesa. 2009.

^[1] Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Graduado em Medicina pela União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO.

^[2] Doutor em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

^[3] Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, Graduado em Medicina pela Universidade de Cuiabá - UNIC.

^[4] Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná - UFPR.

^[5] Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Graduada em Medicina pela Universidade de Cuiabá - UNIC.

^[6] Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Graduado em Medicina pelo Centro Universitário São Lucas - UNISL.

^[7] Residente em Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Graduado em Medicina pelo Centro Universitário São Lucas - UNISL.

Adenoma Pleomórfico Parotídeo com extensão para espaço cervical profundo: Relato de caso

Enviado: Julho, 2020.

Aprovado: Fevereiro, 2021.