

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Túlio Saraiva Jannotti

**CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ASSOCIADO A ADENOMA
PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA PARÓTIDA: RELATO DE CASO**

Juiz de Fora
2021

TÚLIO SARAIVA JANNOTTI

**CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ASSOCIADO A ADENOMA
PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA PARÓTIDA: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Duque de Miranda Chaves Netto

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Jannotti, Túlio Saraiva.

Carcinoma Mucoepidermóide associado a adenoma pleomórfico em glândula parótida: relato de caso / Túlio Saraiva Jannotti. -- 2021. 30 f. : il.

Orientador: Henrique Duque de Miranda Chaves Netto
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2021.

1. Carcinoma mucoepidérmoide. 2. Adenoma pleomórfico. 3. Glândula parótida. 4. Tratamento. I. Netto, Henrique Duque de Miranda Chaves, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA - FACODONTO - Coordenação do Curso de Odontologia

Túlio Saraiva Jannotti

Carcinoma mucoepidermoide associado a adenoma pleomorfo em glândula parótida: relato de caso

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 03 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Henrique Duque de Miranda Chaves Netto - Orientador

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Gisele Maria Campos Fabri

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Mª Pricila da Silva Gusmão

Faculdade Sete Lagoas



[Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Gisele Maria Campos Fabri, Professor(a)**, em 03/03/2021, às 09:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pricila da Silva Gusmao, Usuário Externo**, em 03/03/2021, às 21:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Uffj (www2.uffj.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0268614** e o código CRC **1301DD3C**.

Dedico este trabalho aos meus pais, Luiz e Imaculada, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando em todas minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por todas as oportunidades que foram colocadas em meu caminho, por me proteger e iluminar todos os dias de minha vida.

A minha mãe **Imaculada** e meu pai **Luiz**, por estarem sempre presentes em minha vida, ajudando a me tornar cada dia uma pessoa melhor. Tenho muito a agradecer a vocês por todo o conhecimento que me passaram, pela educação, respeito e caráter que me ensinaram em todos esses anos. Ao meu irmão **Caio**, que sempre me defendeu e me apoiou. Obrigado por tudo.

Aos meus avós paternos **Heraldo e Alzira**, e ao meu avô materno **Joaquim** por todo amor e carinho, além das brincadeiras.

A minha tia **Margarete**, que sempre esteve presente em minha vida, apoiando e incentivando nos meus estudos.

A minha tia **Maria do Rosário**, que sempre cuidou de mim, desde pequeno, sempre me acolheu e me deu muito amor.

A toda a minha família, primos, primas, tios e tias que de alguma forma contribuíram na minha formação.

A **Brenda**, minha amiga, companheira e meu amor. Obrigado por todo carinho e paciência, por sempre me ajudar e me apoiar em tudo, minha companheira de estudos, sempre fazendo de tudo por mim. Obrigado por todos momentos especiais que tivemos juntos. E a toda a família **Silveira**, pela receptividade e apoio de sempre.

A todos meus amigos da faculdade, de Juiz de Fora e de Viçosa que de alguma forma contribuíram com minha jornada. Especialmente aos meus amigos **Guilherme e Haniel** da faculdade, que tive o prazer de conhecer. Levarei vocês para o resto da vida!

A todos os professores da faculdade, que sempre se esforçaram para passar o seu conhecimento contribuindo para a minha formação.

Ao meu amigo **Álvaro** que me deu diversas oportunidades de crescer profissionalmente e sempre teve paciência para me ensinar e tirar dúvidas.

Ao professor **Henrique Duque**, meu orientador, que sempre teve muito carinho e paciência para ensinar e tirar minhas dúvidas. Sou eternamente grato pelas oportunidades que me forneceu e a todo o tempo dedicado ao meu crescimento acadêmico e profissional. O admiro como profissional e pessoa.

*“A persistência é o caminho do êxito”
(Charles Chaplin)*

JANNOTTI, T. S. **Carcinoma mucoepidermóide associado a adenoma pleomórfico em glândula parótida: relato de caso**. Juiz de Fora (MG), 2021. 31f. Monografia (Curso de Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO

O adenoma pleomórfico é o tipo mais comum de tumor benigno nas glândulas salivares. Em geral, apresenta-se clinicamente como uma lesão nodular única, sólida, com margem bem delimitada, consistência endurecida, indolor, móvel à palpação e de evolução lenta. A sintomatologia depende principalmente do tamanho, localização e potencial de transformação maligna. Por outro lado, o carcinoma mucoepidermóide é um tumor maligno e representa metade de todas as doenças malignas da parótida possuindo uma ampla variação no comportamento patológico e clínico. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico de glândula parótida que estava se malignizando em carcinoma mucoepidermóide, onde se optou por realizar exclusivamente uma excisão cirúrgica, já que a mesma se encontrava muito bem delimitada. Paciente do sexo feminino, 49 anos, leucoderma, nega hábitos nocivos procurou atendimento com queixa de inchaço no lado esquerdo há 2 anos, além de apresentar alteração da função do nervo facial ao exame clínico. Após realizar o exame de tomografia computadorizada para planejamento cirúrgico, foi realizado o procedimento de excisão cirúrgica preservando o ducto parotídeo e as funções do nervo facial. Após a análise da lesão, o resultado foi adenoma pleomórfico mas que já estava se malignizando em carcinoma mucoepidermóide. Neste presente caso, um adenoma pleomórfico após 2 anos sem tratamento adequado pode evoluir para um tumor maligno como o carcinoma mucoepidermóide.

Palavras-Chave: Carcinoma Mucoepidermóide; Adenoma pleomórfico; glândula parótida; tratamento.

JANNOTTI, T. S. **Mucoepidermoid carcinoma associated with pleomorphic adenoma in the parotid gland: a case report.** Juiz de Fora (MG), 2021. 31f. Monografia (Curso de Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma is the most common type of benign tumor in the salivary glands. In generally, it presents clinically as a single nodular lesion, solid, with a well-defined margin, hardened, painless, mobile thru palpation and slow growth pattern. The symptoms rely mainly on the size, location and potential for malignant transformation. On the other hand, mucoepidermoid carcinoma is a malignant tumor and represents half of all malignant diseases of the parotid having a wide variation in pathological and clinical behavior. The objective of this study is to report a clinical case of pleomorphic adenoma of the parotid gland that was becoming malignant in mucoepidermoid carcinoma, where it was decided to perform a surgical excision exclusively, since it had a well delimited margin. White female patient, 49 years old, denies harmful habits, sought care with complaints of swelling on the left side for 2 years, in addition to presenting changes in facial nerve function at clinical examination. After performing the CT scan for surgical planning, the excision procedure was performed, preserving the parotid duct and facial nerve functions. After analyzing the lesion, the result was pleomorphic adenoma but it was already becoming malignant in mucoepidermoid carcinoma. It has been observed in the present clinical case that a pleomorphic adenoma after 2 years without adequate treatment can progress to a malignant tumor such as mucoepidermoid carcinoma.

Key words: Mucoepidermoid carcinoma; Pleomorphic adenoma; parotid gland; treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 PROPOSIÇÃO.....	12
3 ARTIGO CIENTÍFICO.....	13
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
ANEXOS	25

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de tumores nas glândulas salivares não é frequente e representa aproximadamente 2.0 a 6.5 % das neoplasias nas regiões da cabeça e do pescoço, sendo o adenoma pleomórfico o mais comum (Alshagroud *et al.*, 2017). Em se tratando de tumores malignos, cerca de 70% são câncer da glândula parótida (Rajasekaran *et al.*, 2018). O carcinoma mucoepidermóide representa metade de todas as doenças malignas da parótida possuindo uma ampla variação no comportamento patológico e clínico (Zenga *et al.*, 2019). Além disso, homens e mulheres são afetados igualmente pelo tumor, sendo mais incidente da terceira à quinta década de vida (Diwakar *et al.*, 2019).

O adenoma pleomórfico, também conhecido como tumor benigno misto pela origem dupla em elementos epiteliais e mioepiteliais, é o tipo mais comum e constitui dois terços de todos os tumores nas glândulas salivares (Alshagroud *et al.*, 2017; Bokhari e Greene, 2020). A neoformação de aparência microscópica altamente variável, por isso denominada pleomórfica, pode afetar as glândulas submandibulares (8%), salivares menores (6.5%) e parótidas (84%), sendo o lobo superficial a região mais acometida podendo invadir o espaço parafaríngeo e tecidos mais profundos (Mc Loughlin *et al.*, 2019; Almeslet, 2020).

Em geral, o adenoma pleomórfico se apresenta clinicamente como uma lesão nodular única, sólida, com margem bem delimitada, consistência endurecida, indolor, móvel à palpação e de evolução longa (Maahs *et al.*, 2015). A sintomatologia depende principalmente do tamanho, localização e potencial de transformação maligna. Na glândula parótida, quando o tumor é grande ou possui potencial de malignização pode ocorrer sinais de acometimento da função do nervo facial. O adenoma pleomórfico no lobo profundo da glândula parótida pode se apresentar como uma massa oral retrotonsilar ou parafaríngea que é visível ou geralmente palpável. O aumento rápido do tamanho de um nódulo tumoral deve levantar uma suspeita de alteração maligna (Maahs *et al.*, 2015; Bokhari e Greene, 2020).

A etiologia do adenoma pleomórfico é incerta, mas tem sido observado um aumento na sua incidência nos últimos 15 e 20 anos devido a constante exposição à radiação solar (Bokhari e Greene, 2020). Alguns estudos tem demonstrado que o vírus

Símio oncogênico (SV40) pode desempenhar um papel no início ou na progressão do adenoma pleomórfico, e procedimentos prévios de irradiação na região da cabeça e pescoço também é um fator de risco para o desenvolvimento desses tumores (Gündüz Ak *et al.*, 2018; Bokhari e Greene, 2020). O adenoma pleomórfico pode ocorrer em indivíduos de todas as faixas etárias, com uma prevalência da terceira à sexta décadas de vida, sendo sua incidência maior em mulheres do que em homens na proporção de 2:1 (Bonavolontà *et al.*, 2019; Almeslet, 2020; Bokhari e Greene, 2020).

A excisão cirúrgica é o tratamento adequado no caso de adenoma pleomórfico, raramente a enucleação pois pode levar a alta recorrência e a radioterapia não é indicada devido à resistência do tumor a esta modalidade de tratamento (Almeslet, 2020). A parotidectomia superficial é indicada quando ocorre no lobo superficial da glândula parótida e a parotidectomia total é realizada quando os tumores envolverem o lobo profundo. Quando o adenoma pleomórfico ocorre em glândulas salivares menores, eles são tratados com ampla excisão local, juntamente com periósteo ou tecido ósseo envolvido (Almeslet, 2020).

A recorrência do adenoma pleomórfico é complexa, ocorrendo de 2 a 15 anos após a parotidectomia inicial e em pacientes jovens. A recorrência é frequentemente multinodular (50-100%) e associada a um aumento da taxa de complicações pós-operatórias, especialmente paralisia do nervo facial (2-20%) com recorrências posteriores e degeneração maligna (0–16%) (Dulguerov *et al.*, 2017). Sendo assim, a parotidectomia de adenoma pleomórfico recorrente torna-se um procedimento desafiador para os especialistas.

Sintomas como presença de dor, crescimento rápido, paralisia facial, infiltração de pele e limites mal definidos podem caracterizar uma neoplasia maligna. Nesses casos, a ultrassonografia é um exame comum utilizado para seu diagnóstico, mesmo não sendo determinante para a indicação do tratamento cirúrgico. A tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética também podem ser utilizadas para planejar a melhor forma de tratamento. A biópsia incisional não é indicada pois pode provocar recidivas em adenoma pleomórfico e neoplasias malignas, dessa forma, a punção aspirativa por agulha fina tem o objetivo de diferenciar entre neoplasias malignas e benignas podendo ser empregada como diagnóstico complementar, principalmente se houver uma característica incomum de adenoma pleomórfico (Maahs *et al.*, 2015).

2 PROPOSIÇÃO

Apresentar um relato de caso de adenoma pleomorfo localizado no lóbulo superficial da glândula parótida associado a carcinoma mucoepidermoide. O tratamento realizado foi a excisão cirúrgica, preservando as funções do nervo facial e da glândula parótida.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

Journal of the Brazilian college of oral and maxillofacial surgery

Carcinoma mucoepidermoide associado a adenoma pleomórfico em glândula parótida: relato de caso

Mucoepidermoid carcinoma associated with pleomorphic adenoma in the parotid gland: a case report

Túlio Saraiva Jannotti¹, Henrique Duque de Miranda Chaves Netto²

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 36036-900, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 36036-900, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Henrique Duque de Miranda Chaves Netto

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Fone: +553298888-8889. Email: henrique.duque@ufjf.edu.br

RESUMO

Introdução: O adenoma pleomórfico é o tipo mais comum de tumor benigno nas glândulas salivares. Em geral, apresenta-se clinicamente como uma lesão nodular única, sólida, com margem bem delimitada, consistência endurecida, indolor, móvel à palpação e de evolução lenta. Por outro lado, o carcinoma mucoepidermóide é um tumor maligno e representa metade de todas as doenças malignas da parótida possuindo uma ampla variação no comportamento patológico e clínico. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico de glândula parótida que estava se malignizando em carcinoma mucoepidermóide, em que optou-se por realizar exclusivamente uma excisão cirúrgica, já que a mesma se encontrava muito bem delimitada. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 49 anos, leucoderma, nega hábitos nocivos procurou atendimento com queixa de inchaço no lado esquerdo há 2 anos. Após realizar o exame de tomografia computadorizada para planejamento cirúrgico, foi realizado o procedimento de excisão cirúrgica preservando o ducto parotídeo e as funções do nervo facial. Após a análise da lesão, o resultado foi adenoma pleomórfico mas que já estava se malignizando em carcinoma mucoepidermóide. **Conclusão:** Observou-se que um adenoma pleomórfico após 2 anos sem tratamento adequado pode evoluir para carcinoma mucoepidermóide.

Palavra-chave: Adenoma pleomórfico; Carcinoma mucoepidermóide; Glândula parótida; Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Pleomorphic adenoma is the most common type of benign tumor in the salivary glands. In generally, it presents clinically as a single nodular lesion, solid, with a well-defined margin, hardened, painless, mobile thru palpation and slow growth pattern. On the other hand, mucoepidermoid carcinoma is a malignant tumor and represents half of all malignant diseases of the parotid having a wide variation in pathological and clinical behavior. **Objective:** The objective of this study was to report a clinical case of pleomorphic adenoma of the parotid gland that was becoming malignant in mucoepidermoid carcinoma, where it was decided to perform a surgical excision exclusively, since it had a well delimited margin. **Case report:** White patient, 49 years old, denies harmful habits, sought care with complaints of swelling on the left

side for 2 years. After performing the CT scan for surgical planning, the excision procedure was performed, preserving the parotid duct and facial nerve functions. After analyzing the lesion, the result was pleomorphic adenoma but it was already becoming malignant in mucoepidermoid carcinoma. **Conclusion:** It was been observed that a pleomorphic adenoma after 2 years without adequate treatment can progress to mucoepidermoid carcinoma.

Key words: Mucoepidermoid carcinoma; Pleomorphic adenoma; Parotid gland; Treatment.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de tumores nas glândulas salivares não é frequente e representa aproximadamente 2.0 a 6.5 % das neoplasias nas regiões da cabeça e do pescoço, sendo o adenoma pleomórfico o mais comum.¹ Em se tratando de tumores malignos, cerca de 70% são câncer da glândula parótida.² O carcinoma mucoepidermóide representa metade de todas as doenças malignas da parótida possuindo uma ampla variação no comportamento patológico e clínico.³ Além disso, homens e mulheres são afetados igualmente pelo tumor, sendo mais incidente da terceira à quinta década de vida.⁵

O adenoma pleomórfico, também conhecido como tumor benigno misto pela origem dupla em elementos epiteliais e mioepiteliais, é o tipo mais comum e constitui dois terços de todos os tumores nas glândulas salivares.^{1,5} A neoformação de aparência microscópica altamente variável, por isso denominada pleomórfica, pode afetar as glândulas submandibulares (8%), salivares menores (6.5%) e parótidas (84%), sendo o lobo superficial a região mais acometida podendo invadir o espaço parafaríngeo e tecidos mais profundos.⁶

Em geral, o adenoma pleomórfico se apresenta clinicamente como uma lesão nodular única, sólida, com margem bem delimitada, consistência endurecida, indolor, móvel à palpação e de evolução longa.⁷ A sintomatologia depende principalmente do tamanho, localização e potencial de transformação maligna. Na glândula parótida, quando o tumor é grande ou possui potencial de malignização pode ocorrer sinais de acometimento da função do nervo facial. O adenoma pleomórfico no lobo profundo da glândula parótida pode se apresentar como uma massa oral retrotonsilar ou

parafaríngea que é visível ou geralmente palpável. O aumento rápido do tamanho de um nódulo tumoral deve levantar uma suspeita de alteração maligna.⁷

A etiologia do adenoma pleomórfico é incerta, mas tem sido observado um aumento na sua incidência nos últimos 15 e 20 anos devido a constante exposição à radiação solar.⁵ Alguns estudos tem demonstrado que o vírus Símio oncogênico (SV40) pode desempenhar um papel no início ou na progressão do adenoma pleomórfico, e procedimentos prévios de irradiação na região da cabeça e pescoço também é um fator de risco para o desenvolvimento desses tumores.^{5,8} O adenoma pleomórfico pode ocorrer em indivíduos de todas faixas etárias, com uma prevalência da terceira à sexta décadas de vida, sendo sua incidência maior em mulheres do que em homens na proporção de 2:1.^{5,6}

A excisão cirúrgica é o tratamento adequado no caso de adenoma pleomórfico, raramente a enucleação é utilizada pois pode levar a alta recorrência e a radioterapia não é indicada devido à resistência do tumor a esta modalidade de tratamento.⁶ A parotidectomia superficial é indicada quando ocorre no lobo superficial da glândula parótida e a parotidectomia total é realizada quando os tumores envolverem o lobo profundo. Quando o adenoma pleomórfico ocorre em glândulas salivares menores, eles são tratados com ampla excisão local, juntamente com periósteo ou tecido ósseo envolvido.⁶

A recorrência do adenoma pleomórfico é complexa, ocorrendo de 2 a 15 anos após a parotidectomia inicial e em pacientes jovens. A recorrência é frequentemente multinodular (50-100%) e associada a um aumento da taxa de complicações pós-operatórias, especialmente paralisia do nervo facial (2-20%) com recorrências posteriores e degeneração maligna (0–16%).⁹ Sendo assim, a parotidectomia de adenoma pleomorfo recorrente torna-se um procedimento desafiador para os especialistas.

Sintomas como presença de dor, crescimento rápido, paralisia facial, infiltração de pele e limites mal definidos podem caracterizar uma neoplasia maligna. Nesses casos, a ultrassonografia é um exame comum utilizado para seu diagnóstico, mesmo não sendo determinante para a indicação do tratamento cirúrgico. A tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética também podem ser utilizadas para planejar a melhor forma de tratamento. A biópsia incisional não é indicada pois pode provocar recidivas em adenoma pleomórfico e neoplasias malignas, dessa forma, a punção aspirativa por agulha fina tem o objetivo de diferenciar entre

neoplasias malignas e benignas podendo ser empregada como diagnóstico complementar, principalmente se houver uma característica incomum de adenoma pleomórfico.⁷

O presente estudo, relata um caso clínico de adenoma pleomórfico localizado no lóbulo superficial da glândula parótida associado a carcinoma mucoepidermoide. O tratamento realizado foi a excisão cirúrgica, preservando as funções do nervo facial e da glândula parótida.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos de idade, procurou atendimento odontológico com queixa de inchaço no lado esquerdo do rosto a aproximadamente dois anos. Na anamnese, além de afirmar ser trabalhadora rural, a mesma negou hábitos nocivos, tabagismo, etilismo, e doenças sistêmicas. Ao exame clínico, além de observar alteração da função do nervo facial, especificamente movimentos involuntários de fechar os olhos, notou-se uma lesão cística circunscrita, móvel à palpação, edurecida, e indolor na região da face esquerda (Figura 1).



Figura 1 – Imagem pré-operatória da lesão (A), onde se observa o aumento de volume em região da porção superior da glândula parótida. Já em período de 9 meses de pós operatório (B), a região se apresenta com coloração e volume restabelecido.

Por estar próximo a região do nervo facial, optou-se em realizar uma punção aspirativa por agulha fina e enviar o material para análise. No entanto, o material não foi suficiente ou com qualidade provocando um resultado inconclusivo.

Dessa forma, foi solicitado uma tomografia computadorizada onde foi possível observar uma massa radiopaca e circunscrita de aproximadamente 5 centímetros de diâmetro localizada lateralmente à parótida esquerda (Figura 2).

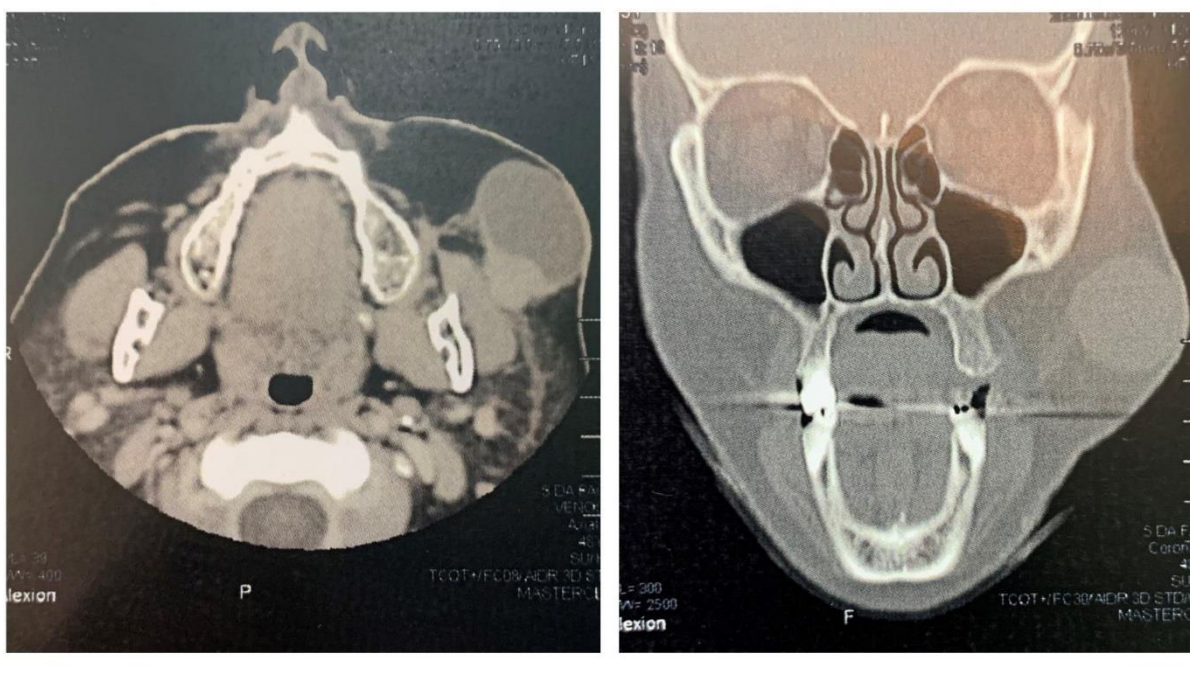


Figura 2 – Tomografia computadorizada inicial, onde se observa o volume, assim como a relação da mesma com a região da glândula, assim como do músculo temporal.

Foi indicado um procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, para procedimento de exérese. Após demarcação da incisão, foi realizada a infiltração de adrenalina diluída 1:100000 no local em plano sub epitelial, visando a hemostasia. Optou-se por uma incisão para *lifting* facial e descolamento sub epitelial para visualização do nódulo. A lesão, como já sugerido no exame de imagem, encontrava-se bem delimitada (Figura 3A). Desse modo foi possível realizar a exérese da mesma, preservando o ducto parotídeo e as funções do nervo facial (Figura 3B).

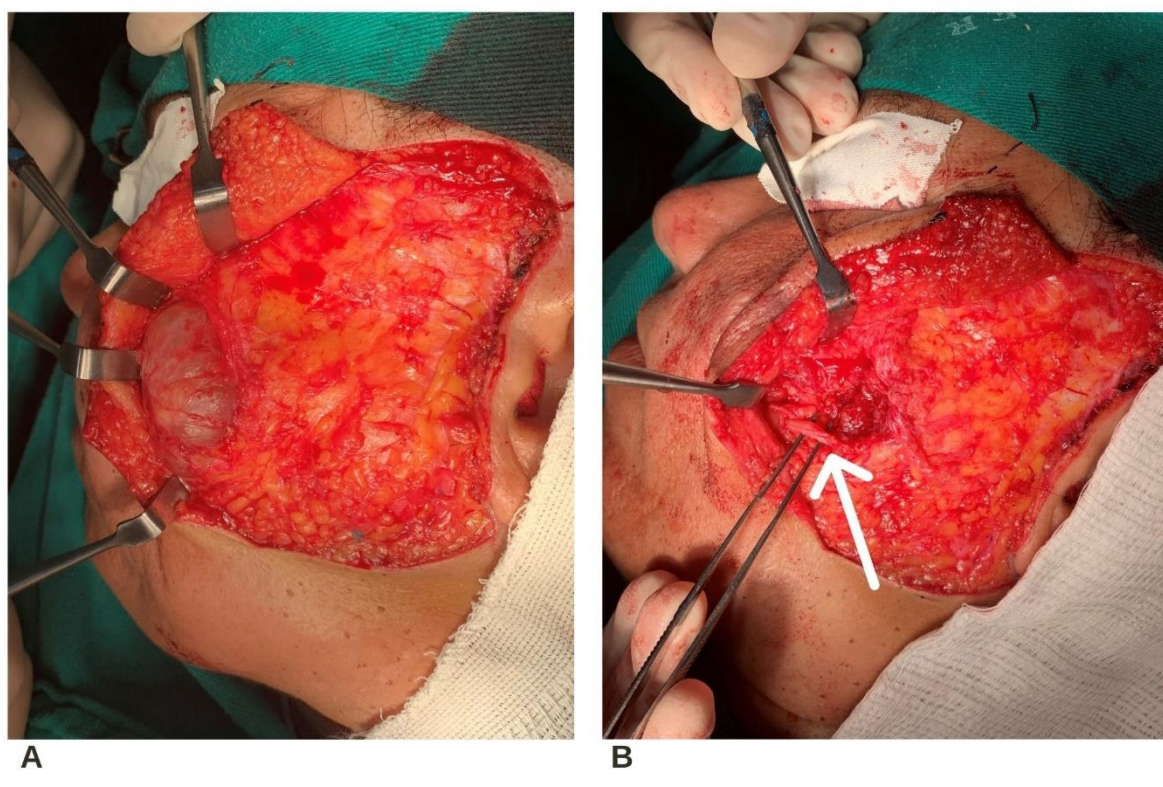


Figura 3 – Imagens do trans operatório, onde se observa a delimitação da lesão (A) assim como a manutenção do ducto parotídeo, indicado pela seta, após a exérese da mesma (B).

Após o procedimento cirúrgico, o material foi enviado para análise histopatológica. Inicialmente, o resultado da análise retornou com o diagnóstico de adenoma pleomórfico, no entanto, em uma parte da lesão o patologista sugeriu um estudo imuno histo-químico para análise crítica classificatória. Realizado o novo estudo, o resultado final foi de carcinoma mucoepidermóide.

A paciente foi informada do resultado obtido no exame de biópsia e foi encaminhada para um oncologista para avaliação e possível tratamento da condição apresentada.

DISCUSSÃO

O adenoma pleomórfico é um tumor que pode afetar homens e mulheres, mas alguns trabalhos mostraram uma incidência maior em pacientes do sexo feminino entre terceira à sexta década de vida,^{4,5,6} como o caso da paciente do sexo feminino

e de 49 anos relatado no presente trabalho. Essa maior incidência no sexo feminino pode ser decorrente da maior procura por tratamento por parte das mulheres.

Durante a anamnese a paciente foi questionada sobre o tempo da evolução da doença, sintomas associados, hábitos e exposição a fatores ambientais e verificou que se tratava de uma trabalhadora rural. Como geralmente nesse tipo de situação as pessoas ficam expostas ao sol durante muitas horas por dia, essa grande exposição à radiação solar pode ser um dos causadores da lesão, já que esta é uma das causas do aumento do desenvolvimento do adenoma pleomórfico nos últimos anos.⁵

Ao exame observou-se que a lesão encontrada era cística circunscrita, se apresentava móvel à palpação, edurecida, indolor e tinha uma evolução longa, assim como relatado por Maahs *et al.*, 2015. Além disto, apresentava sinais de acometimento do nervo facial, possivelmente pelo volume da lesão ou pelo potencial de malignização do tumor, como descrito por Maahs *et al.*, 2015; Bokhari e Greene, 2020.

O procedimento de biópsia incisional não é indicado nesse tipo de lesão pelo risco de recidivas, como relatado por Maahs *et al.*, 2015. Dessa forma, realizou-se uma punção aspirativa por agulha fina com o objetivo de obter um diagnóstico inicial. Como o resultado não foi conclusivo, foi realizada uma tomografia para planejar a excisão cirúrgica do tumor, procedimento mais indicado em casos de adenoma pleomórfico.⁶

Embora a presença de dor, crescimento rápido, paralisia facial, infiltração na pele e limites mal definidos serem alguns indicadores da neoplasia maligna conforme descrito por Maahs *et al.*, 2015, no presente relato de caso, a paciente não apresentou nenhum desses sintomas, provavelmente pela sua localização superficialmente a região da glândula. Contrariamente, a lesão se demonstrava muito bem delimitada como pode ser observado na tomografia computadorizada (Figura 2), mas, apesar disso, após análise histopatológica e imunohistoquímica, observou-se que o adenoma pleomórfico já se apresentava malignizado como carcinoma mucoepidermóide. Vale salientar que o tratamento de excisão cirúrgica é recomendado para ambos os tumores.

O adenoma pleomórfico do caso clínico apresentado neste trabalho acometeu apenas o lobo superficial da glândula parótida, muito comum segundo Almeslet, 2020. No entanto, esse tumor pode acometer também o lobo profundo da parótida e raras vezes ambos os lobos como observado no caso clínico descrito por.¹⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho foi possível observar que um adenoma pleomórfico, após 2 anos sem o correto tratamento, apresenta possibilidade de evoluir para um tumor maligno como o carcinoma mucoepidermóide.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alshagroud R, Kamoh A, Popat SR, Brandwein-Weber M, Aguirre A. Metastasizing Pleomorphic Adenoma Case Report and Review of the Literature. *Head and neck pathology*. 2017;11(4):487-93.
2. Rajasekaran K, Stubbs V, Chen J, Yalamanchi P, Cannady S, Brant J, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: A National Cancer Database study. *American Journal of Otolaryngology*. 2018;39(3):321-6.
3. Zenga J, Yu Z, Parikh A, Chen JX, Lin DT, Emerick KS, et al. Mucoepidermoid Carcinoma of the Parotid: Very Close Margins and Adjuvant Radiotherapy. *ORL; Journal for otorhinolaryngology and its related specialties*. 2019;81(1):55-62.
4. Diwakar JK, Agarwal A, Garg C, Giri KY, Dandriyal R, Kumar G. A Rare Case of Mucoepidermoid Carcinoma of Parotid with Mandibular Metastasis. *Annals of maxillofacial surgery*. 2019 Jan-Jun;9(1):205-7.
5. Bokhari MR, Greene J. Pleomorphic Adenoma. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [updated 2020 Updated Jul 10 2020; cited]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430829/>.
6. Almeslet AS. Pleomorphic Adenoma: A Systematic Review. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2020 May-Jun;13(3):284-7.
7. Maahs GS, Oppermann PdO, Maahs LGP, Machado Filho G, Ronchi AD. Parotid gland tumors: a retrospective study of 154 patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2015;81(3):301-6.
8. Gündüz AK, Yeşiltaş YS, CL. S. Overview of benign and malignant lacrimal gland tumors. *Current Opinion Ophthalmology*. 2018;29(5):458-68.
9. Dulguerov P, Todic J, Pusztaszeri M, Alotaibi NH. Why Do Parotid Pleomorphic Adenomas Recur? A Systematic Review of Pathological and Surgical Variables. *Frontiers in surgery*. 2017;4(26):26-.
10. Rout S, Lath M. Pleomorphic adenoma of the whole parotid gland: a rare clinical finding. *J Craniofac Surg*. 2013;24(6):2197-8.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho foi possível observar que um adenoma pleomórfico, após 2 anos sem o correto tratamento, apresenta possibilidade de evoluir para um tumor maligno como o carcinoma mucoepidermóide.

REFERÊNCIAS

ALMESLET, A. S. Pleomorphic Adenoma: A Systematic Review. *International journal of clinical pediatric dentistry*, v. 13, n. 3, p. 284-287, May-Jun 2020. ISSN 0974-7052
Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7450192/> >.

ALSHAGROUD, R. et al. Metastasizing Pleomorphic Adenoma Case Report and Review of the Literature. *Head and neck pathology*, v. 11, n. 4, p. 487-493, 2017. ISSN 1936-0568. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28547732/> >.

BOKHARI, M. R.; GREENE, J. Pleomorphic Adenoma. *StatPearls [Internet]*. Updated Jul 10 2020 2020. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430829/> >.

BONAVOLONTÀ, P. et al. Postoperative complications after removal of pleomorphic adenoma from the parotid gland: A long-term follow up of 297 patients from 2002 to 2016 and a review of publications. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, v. 57, n. 10, p. 998-1002, 2019.

DIWAKAR, J. K. et al. A Rare Case of Mucoepidermoid Carcinoma of Parotid with Mandibular Metastasis. *Annals of maxillofacial surgery*, v. 9, n. 1, p. 205-207, Jan-Jun 2019. ISSN 2231-0746/2249-3816. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31293955/> >.

DULGUEROV, P. et al. Why Do Parotid Pleomorphic Adenomas Recur? A Systematic Review of Pathological and Surgical Variables. *Frontiers in surgery*, v. 4, n. 26, p. 26-26, 2017. ISSN 2296-875X. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28555187/> >.

GÜNDÜZ AK; YEŞİLTAŞ YS; CL., S. Overview of benign and malignant lacrimal gland tumors. *Current Opinion Ophthalmology*, v. 29, n. 5, p. 458-468, 2018.

MAAHS, G. S. et al. Parotid gland tumors: a retrospective study of 154 patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 81, n. 3, p. 301-306, 2015. ISSN 1808-8694. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000300301&nrm=iso >.

MC LOUGHLIN, L. et al. The role of adjuvant radiotherapy in management of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: a systematic review. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, v. 276, n. 2, p. 283-295, 2019. ISSN 1434-4726. Disponível em: < <https://doi.org/10.1007/s00405-018-5205-z> >.

RAJASEKARAN, K. et al. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: A National Cancer Database study. *American Journal of Otolaryngology*, v. 39, n. 3, p. 321-326, 2018. ISSN 0196-0709. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196070918300437> >.

ROUT, S.; LATH, M. Pleomorphic adenoma of the whole parotid gland: a rare clinical finding. *J Craniofac Surg*, v. 24, n. 6, p. 2197-2198, 2013.

ZENGA, J. et al. Mucoepidermoid Carcinoma of the Parotid: Very Close Margins and Adjuvant Radiotherapy. *ORL; Journal for otorhinolaryngology and its related specialties*, v. 81, n. 1, p. 55-62, 2019. ISSN 0301-1569. Disponível em: < <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000497438> >.

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA “JOURNAL OF THE BRAZILIAN COLLEGE OF ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY”

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivo e Política Editorial

O Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery é a revista oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, e destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e o intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

- As categorias dos trabalhos abrangem artigos originais e/ou inéditos (revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos experimentais e série de casos com no mínimo 9 casos clínicos) e relatos de casos.
- Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial, que decidirá sobre sua aceitação.
- As declarações e opiniões expressas pelo(s) autor(es) não necessariamente correspondem às do(s) editor(es) ou publisher, os quais não assumirão qualquer responsabilidade pelas mesmas. Nem o(s) editor(es) nem o publisher garantem ou endossam qualquer produto ou serviço anunciado nessa publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nessa publicação. A Revista ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.
- Os trabalhos apresentados devem ser inéditos e não publicados ou submetidos para publicação em outra revista. Os manuscritos serão analisados pelo editor e consultores, e estão sujeitos a revisão editorial. Os autores devem seguir as orientações descritas adiante.
- A Revista aceita trabalhos em português.

Orientações para Submissão de Manuscritos

- Submeta os artigos pelo site: www.dentalpressjournals.com.br.

- Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais.
- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, e Legendas das figuras.
- Os textos devem ter, no máximo, 3.500 palavras, incluindo legendas das figuras e das tabelas (sem contar os dados das tabelas), resumo, abstract e referências.
- As figuras devem ser enviadas em arquivos separados.
- Insira as legendas das figuras também no corpo do texto, para orientar a montagem final do artigo.
- Página título: essa página deverá conter somente o título do artigo, nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, 8 palavras. Não devem ser incluídas informações relativas à identificação dos autores (por exemplo: nomes completos dos autores, títulos acadêmicos, afiliações institucionais e/ou cargos administrativos). Elas deverão ser incluídas apenas nos campos específicos no *site* de submissão de artigos. Assim, essas informações não estarão disponíveis para os revisores.

Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, com 200 palavras ou menos, são os preferidos.
- Os resumos estruturados devem conter as seções: INTRODUÇÃO, com a proposição do estudo; MÉTODOS, descrevendo como ele foi realizado; RESULTADOS, descrevendo os resultados primários; e CONCLUSÕES, relatando, além das conclusões do estudo, as implicações clínicas dos resultados.
- Os resumos devem ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, também em português e em inglês, adequadas conforme orientações do DeCS (decs.bvs.br) e do MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh).

Informações Sobre as Ilustrações

- As ilustrações (gráficos, desenhos, etc.) deverão ser limitadas a até 5 figuras, para os artigos tipo original, ou até 3 figuras para os de tipo caso clínico, construídas, preferencialmente, em programas apropriados, como Excel ou Word.

- As respectivas legendas deverão ser claras, concisas. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIFF, com pelo menos 7cm de largura e 300dpi de resolução.
- Devem ser enviadas em arquivos independentes.
- Se uma figura já foi publicada anteriormente, sua legenda deve dar o crédito à fonte original.
- Todas as figuras devem ser citadas no texto.

Gráficos e traçados cefalométricos

- Devem ser citados, no texto, como figuras.
- Devem ser enviados os arquivos que contêm as versões originais dos gráficos e traçados, nos programas que foram utilizados para sua confecção.
- Não é recomendado o envio desses somente em formato de imagem bitmap (não editável).
- Os desenhos enviados podem ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial.

Tabelas

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar, e não duplicar, o texto.
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- Forneça um breve título para cada tabela.
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando crédito à fonte original.
- Apresente as tabelas como arquivo de texto (Word ou Excel, por exemplo), e não como elemento gráfico (imagem não editável).

Tipos de Trabalhos Aceitos

Trabalho de Pesquisa (Artigo Original e/ou Inédito)

Título (Português/Inglês); Resumo/Palavras-chave; Abstract/Keywords; Introdução (Introdução + proposição); Metodologia; Resultados; Discussão; Conclusões; Referências bibliográficas (20 referências, no máximo – por ordem de citação no texto); Máximo 5 figuras.

Relato de Caso

Título (Português/Inglês); Resumo/Palavras-chave; Abstract/Keywords; Introdução (Introdução + proposição); Relato do Caso; Discussão; Considerações Finais; Referências Bibliográficas (10 referências, no máximo – por ordem de citação no texto); Máximo 3 figuras.

Documentação Exigida

Todos os manuscritos devem ser acompanhados das seguintes declarações:

Comitês de Ética

Os artigos devem, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética da instituição.

Cessão de Direitos Autorais

Transferindo os direitos autorais do manuscrito para a Dental Press, caso o trabalho seja publicado.

Conflito de Interesse

Caso exista qualquer tipo de interesse dos autores para com o objeto de pesquisa do trabalho, esse deve ser explicitado.

Proteção aos Direitos Humanos e de Animais

Caso se aplique, informar o cumprimento das recomendações dos organismos internacionais de proteção e da Declaração de Helsinki, acatando os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana/animal. Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 CNS-CONEP. Nota: para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.

Permissão para uso de imagens protegidas por direitos autorais

Ilustrações ou tabelas originais, ou modificadas, de material com direitos autorais devem vir acompanhadas da permissão de uso pelos proprietários desses direitos e pelo autor original (e a legenda deve dar corretamente o crédito à fonte).

Consentimento Informado

Os pacientes têm direito à privacidade, que não deve ser violada sem um consentimento informado. Fotografias de pessoas identificáveis devem vir acompanhadas por uma autorização assinada pela pessoa ou pelos pais ou responsáveis, no caso de menores de idade. Essas autorizações devem ser guardadas indefinidamente pelo autor responsável pelo artigo. Deve ser enviada folha de rosto atestando o fato de que todas as autorizações dos pacientes foram obtidas e estão em posse do autor correspondente.

REFERÊNCIAS

- Todos os artigos citados no texto devem constar na lista de referências.
- Todas as referências devem ser citadas no texto.
- Para facilitar a leitura, as referências serão citadas no texto apenas indicando a sua numeração.
- As referências devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos e numeradas na ordem em que são citadas.
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.
- A exatidão das referências é responsabilidade dos autores e elas devem conter todos os dados necessários para sua identificação.
- As referências devem ser apresentadas no final do texto, obedecendo às Normas Vancouver (www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Espinar-Escalona E, Ruiz-Navarro MB, Barrera-Mora JM, Llamas-Carreras JM, Puigdollers-Pérez A, Ayala-Puente. True vertical validation in facial orthognathic surgery planning. Clin Exp Dent. 2013 Dec 1;5(5):e231-8.

Artigos com mais de seis autores

Pagnoni M, Amodeo G, Fadda MT, Brauner E, Guarino G, Virciglio P, et al. Juvenile idiopathic/rheumatoid arthritis and orthognathic surgery without mandibular osteotomies in the remittent phase. J Craniofac Surg. 2013 Nov;24(6):1940-5.

Capítulo de livro

Baker SB. Orthognathic surgery. In: Grabb and Smith's Plastic Surgery. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. Chap. 27, p. 256-67.

Capítulo de livro com editor

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

Ryckman MS. Three-dimensional assessment of soft tissue changes following maxillomandibular advancement surgery using cone beam computed tomography [Thesis]. Saint Louis: Saint Louis University; 2008.

Formato eletrônico

Sant'Ana E. Ortodontia e Cirurgia Ortognática – do Planejamento à Finalização. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2003 maio-jun;8(3):119-29 [Acesso 12 ago 2003]. Disponível em: www.dentalpress.com.br/artigos/pdf/36.pdf.