

CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS:

Desenvolvendo a
pesquisa científica e
a inovação tecnológica 3

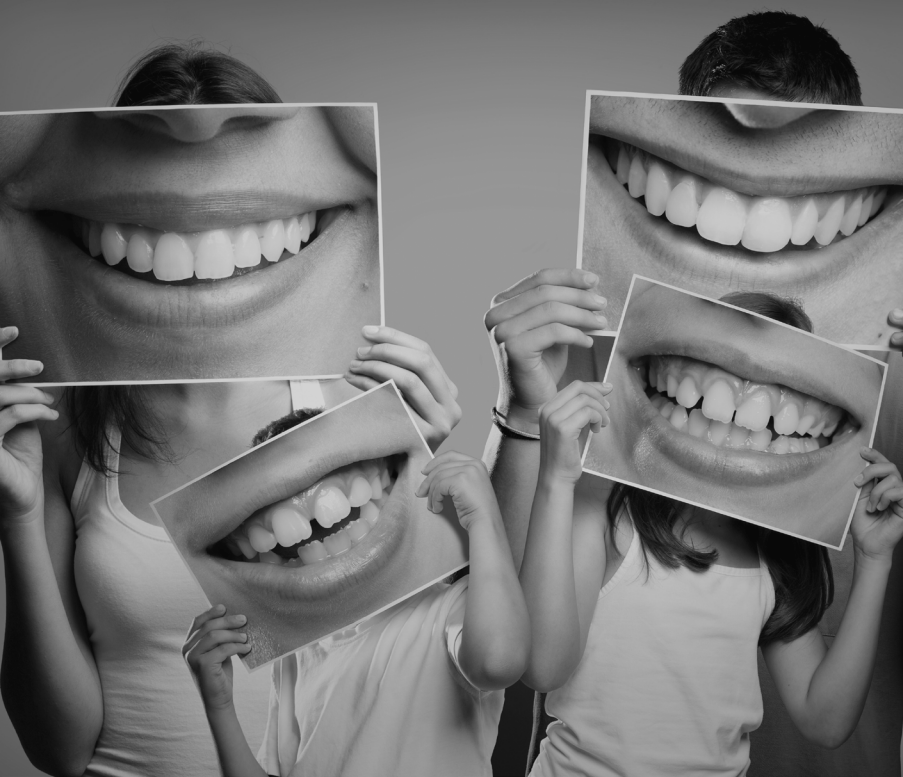
EMANUELA CARLA DOS SANTOS
(Organizadora)



CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS:

Desenvolvendo a
pesquisa científica e
a inovação tecnológica 3

EMANUELA CARLA DOS SANTOS
(Organizadora)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências odontológicas: desenvolvendo a pesquisa científica e a inovação tecnológica 3

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Emanuela Carla dos Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C569	<p>Ciências odontológicas: desenvolvendo a pesquisa científica e a inovação tecnológica 3 / Organizadora Emanuela Carla dos Santos. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0950-2 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.502231601</p> <p>1. Odontologia. I. Santos, Emanuela Carla dos (Organizadora). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 617.6</p>
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Impossível dissociar o desenvolvimento científico da inovação tecnológica. Atualmente, as duas áreas andam de mãos dadas e ainda envolvem inúmeras outras, seja direta ou indiretamente.

A Atena Editora traz esta sequência de artigos que mostram a ciência odontológica, fortemente embasada em conhecimentos bem sedimentados, caminhando lado a lado com o desenvolvimento científico e a inovação tecnológica.

Espero que tenha um ótimo momento lendo este conteúdo.

Ótima leitura!

Emanuela Carla dos Santos


CAPÍTULO 1 1**PROJETO AMADA: AÇÃO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE MODO VIRTUAL EM MEIO A PANDEMIA**

Thiago Gargaro Zamarchi
Luiza dos Santos do Prado
Patrícia Pasquali Dotto
Aline Kruger Batista

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5022316011>


CAPÍTULO 2 7**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE CASO DE UMA LESÃO PRÉ-MALIGNA**

Maria Diana Sales Calado
Esther Caroline Medeiros Martins
Ana Maria Guerra Costa
Érika Holanda de Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5022316012>


CAPÍTULO 3 14**ADENOMA PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA SALIVAR MENOR- RELATO DE CASO**

Patrícia Sthefânia Mulatinho Paiva
Luana de Sousa Franco
Brenda Gonçalves de Sá
Cinthya Gabriella dos Santos Lima
Bruna Thaís Santos da Rocha
José Thomas Azevedo de Queiroz
Ana Carolina Soares de Andrade
Luana Maria de Moura Santos
Elliedna Natalya Batista de Oliveira
Jamylli Mirela de Albuquerque Silva
Laura Santa Rosa Gomes Netto
Aline Alves Coelho
Sophia Clementino Coutinho
Larissa Bernardo da Silva
Ana Luísa dos Santos Veiga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5022316013>


CAPÍTULO 426**FIBROMA OSSIFICANTE PERIFÉRICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA**

Jasiaria Vieira
William José Alves Miguel
Luiz Arthur Barbosa da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5022316014>

CAPÍTULO 533**PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA NECROSE TECIDUAL OCACIONADA
POR PREENCHIMENTO COM ÁCIDO HIALURÔNICO**

Ana Sílvia Nogueira Garcia
Mariana Barbosa Câmara de Souza
José Ricardo de Albergaria Barbosa
Giancarlo de La Torre Canales
Giane Antônia Borges Silveira
Tânia Rocha
Ricardo Cesar Gobbi de Oliveria
Célia Marisa Rizzatti-Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5022316015>

SOBRE A ORGANIZADORA42**ÍNDICE REMISSIVO43**

CAPÍTULO 3

ADENOMA PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA SALIVAR MENOR- RELATO DE CASO

Data de aceite: 02/01/2023

Patrícia Sthefânia Mulatinho Paiva

Centro Universitário Facol, Vitória de Santo Antão - PE
Chã Grande-Pernambuco
<http://lattes.cnpq.br/3086676886662611>

Luana de Sousa Franco

Discente pesquisadora PIC
Graduanda em Odontologia- Faculdade UNINASSAU Redenção
Teresina- Piauí
<http://lattes.cnpq.br/6101927185334754>

Brenda Gonçalves de Sá

Uninassau Redenção-Teresina PI
Teresina Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1338509803209728>

Cinthya Gabriella dos Santos Lima

Centro universitário Facol
Chã grande/PE
ORCID: 0000-0003-4701-180X

Bruna Thaís Santos da Rocha

Centro Universitário Facol
Chã Grande / PE
ORCID: 0000-0002-7977-8995

José Thomas Azevedo de Queiroz

Centro Universitário FACOL - UNIFACOL
Palmares/PE
ORCID: 0000-0003-0115-5998

Ana Carolina Soares de Andrade

Centro Universitário Facol
Gravatá-PE
<https://lattes.cnpq.br/4910190163489241>

Luana Maria de Moura Santos

Centro Universitário Facol
Garanhuns-PE
<http://lattes.cnpq.br/7318930500283946>

Elliedna Natalya Batista de Oliveira

Centro Universitário Facol
Gravatá-PE
ORCID: 0000-0003-3125-0291

Jamylli Mirela de Albuquerque Silva

Centro Universitário Facol
Chã de Alegria-PE
ORCID: 0000-0003-3871-3076

Laura Santa Rosa Gomes Netto

Universidade Potiguar - UNP
Natal/RN
<http://lattes.cnpq.br/0221593454162697>

Aline Alves Coelho

Faculdade de ciências do Tocantins facit
Araguaina- Tocantins
ID Lattes: 0978640249060599

Sophia Clementino Coutinho

Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Unifacisa
Campina Grande - Paraíba
<http://lattes.cnpq.br/5216759780157933>

Larissa Bernardo da Silva

Centro Universitário Facol-
Gravatá-PE
<https://lattes.cnpq.br/3037775583145947>

Ana Luísa dos Santos Veiga

UNIFACOL-Centro Universitário FACOL
Chã Grande- Pernambuco
<https://lattes.cnpq.br/4650319038867019>

RESUMO: O adenoma pleomórfico, também conhecido como tumor benigno de células mistas, é composto de células mistas, devido ao conjunto de elementos mioepiteliais e ductais. A lesão, apresenta características histopatológicas pouco comuns, pois nenhuma delas é absolutamente específica. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre o Adenoma Pleomórfico de glândula salivar menor e apresentar o caso clínico de uma paciente acometida por Adenoma Pleomórfico em glândula salivar menor. Foi realizado uma revisão integrativa da literatura, a partir das bases de dados eletrônicas: *Medline via Pubmed, Scielo e LILACS*. Foram incluídas publicações em língua portuguesa, espanhol e inglês que abordaram conceitos relevantes ao tema. Paciente do sexo feminino, 38 anos, procurou atendimento para avaliar aumento de volume intraoral na região de palato com evolução de 3 anos. O tratamento proposto foi de remoção da lesão, com margens de segurança, sob anestesia geral, devido localização posterior da neoplasia. Ressalta-se, portanto, que o correto diagnóstico, escolha da análise histopatológica, exames radiográficos de boa qualidade e técnica cirúrgica bem indicada promove um melhor prognóstico ao paciente com baixa probabilidade de recidiva.

PALAVRAS-CHAVE: Adenoma Pleomórfico de Glândula Salivar Menor; Adenoma Pleomórfico; Tumor de Glândula Salivar.

PLEOMORPHIC ADENOMA IN MINOR SALIVARY GLAND - CASE REPORT

ABSTRACT: Pleomorphic adenoma, also known as a benign mixed cell tumor, is composed of mixed cells, due to the set of myoepithelial and ductal elements. The present lesion has uncommon histopathological characteristics, as none of them are absolutely specific. The aim of this study is to review the literature on Pleomorphic Adenoma of the minor salivary gland and present the clinical case of a patient with Pleomorphic Adenoma of the minor salivary gland. An integrative literature review was carried out using the electronic databases: *Medline via Pubmed, Scielo and LILACS*. Publications in Portuguese, Spanish and English that addressed concepts relevant to the topic were included. A 38-year-old female patient sought care to assess an increase in intraoral volume in the palate region with a 3-year evolution. The proposed treatment was to remove the lesion, with safety margins, under general anesthesia,

due to the posterior location of the neoplasm. It is noteworthy, therefore, that the correct diagnosis, choice of histopathological analysis, radiographic exams of good quality and well-indicated surgical technique promotes a better prognosis for patients with low probability of recurrence.

KEYWORDS: Minor Salivary Gland Pleomorphic Adenoma; Pleomorphic adenoma; Salivary Gland Tumor.

1 | INTRODUÇÃO

Tumores em glândulas salivares são raros entre os tumores que acometem a região de cabeça e pescoço, representando 3 a 6%, a região mais acometida das glândulas é a região de parótida e o mais comum é o adenoma pleomórfico (SILVA, 2020). As neoplasias podem acometer tanto as glândulas salivares menores, como as maiores. A mesma, se caracterizam da mesma forma, diferenciando a localização do tumor e extensão da lesão (SANTOS, 2021).

De acordo com estudos de organizações, como da Organização Mundial de Saúde (OMS), são reconhecidas aproximadamente 30 classificações de lesões neoplásicas que envolvem a glândula salivar. Cerca de 2 a 6% dos tumores em região de cabeça e pescoço, correspondem aos que envolvem as glândulas salivares (SANTOS, 2021).

O adenoma pleomórfico, também conhecido como tumor benigno de células mistas, é composto de células mistas, devido ao conjunto de elementos miopiteliais e ductais. A presente lesão, possui características histopatológicas pouco comuns, pois nenhuma delas é absolutamente específica (NEVILLE, 2011). A pluralidade celular pode existir em diversas áreas do tumor e não apenas de um tumor para o outro, desta forma, dá-se a característica de tumor misto (GAMA, 2018).

De acordo com a extensão cística da lesão, em exames histopatológicos, podem exibir particularidades, como em seus padrões, podendo ser frouxo, condroide, colagenaizado ou hialinizado (SANTOS, 2021). Em exames clínicos, algumas características se assemelham as de outras lesões, podendo influenciar no diagnóstico, necessitando de confirmação da hipótese diagnóstica (SANTOS, 2021).

Em relação a sua localização, cerca de 50% a 77% dos casos ocorre principalmente as glândulas parótidas, o acometimento da glândula submandibular ocorre em 53% a 72%, e na faixa de 33% a 41% acomete as glândulas salivares menores, o que torna a região mais rara (GAMA, 2018).

O tamanho da glândula envolvida irá associar a neoplasia, não é incomum que os tumores que atingem a glândula salivar maior possui maior chance de serem benignos, e o que atingem a menor, predispõem que seja maligno (DE SOUSA, 2019).

As lesões neoplásicas de glândulas salivares têm menores índices de incidência em malignização, prevalecendo diagnósticos de tumores benignos (DE SOUSA, 2019).

A área habitual do adenoma pleomórfico de glândula salivar menor é a região do

palato, subsequente a zona do lábio superior e da mucosa jugal, assoalho de boca, área retromolar, cavidade nasal, tonsila e faringe (SANTOS, 2016).

O adenoma pleomórfico tem predileção em mulheres, de qualquer faixa etária, com prevalência entre a 4^a e a 6^a década de vida (GAMA, 2018). Caracteriza-se clinicamente por apresentar um nódulo firme, móvel a palpação, bem delimitada, indolor e de crescimento lento. Com menor frequência, pode exibir ulceração e crescimento rápido (RODRIGUES, 2018). O diagnóstico diferencial se dá através do exame histopatológico, devido à instabilidade do parênquima e do estroma no padrão morfológico diversificado da lesão (NEVILLE, 2016).

O tratamento para adenoma pleomórfico em glândula salivar menor consiste na enucleação da lesão, a qual irá obter um prognóstico satisfatório, em relação a recuperação e baixa recidiva (MAIA, 2019).

A recidiva da lesão ocorre na faixa de 0,4 à 45%, podendo ocorrer malignização com o retorno. Com isso, é de extrema importância o correto diagnóstico e plano de tratamento, para evitar recidivas e piora na qualidade de vida do paciente (SANTOS, 2021).

O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre o Adenoma Pleomórfico de glândula salivar menor, mostrando suas características: aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos; diagnóstico, tratamento e prognóstico. E apresentar o caso clínico de uma paciente acometida por Adenoma Pleomórfico em glândula salivar menor.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Será apresentado um relato de caso e realizada uma revisão integrativa de literatura, a partir das bases de dados eletrônicas: *Medline via Pubmed*, *Scientific Electronic Libray Online (SciELO)* e *Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS)*. As seguintes palavras-chaves foram utilizadas: “Adenoma Pleomórfico de Glândula Salivar Menor”; “Adenoma Pleomórfico”; “Tumor de Glândula Salivar”. Foram incluídas publicações em língua portuguesa, espanhol e inglês. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: artigos com acesso restrito ou privado, aqueles que pelo título ou resumos demonstram não ser úteis para esta pesquisa e ainda aqueles que apresentaram limitações no tema de escolha.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Glândulas salivares

As glândulas salivares maiores são compostas por três glândulas, conhecidas como submaxilares, sublingual e parótidas. Possuem as funções de secretar e produzir saliva. Atingem a cavidade oral por meio do ducto de *Stensen* (glândula parótida) e ducto de *Wharton* (glândulas submaxilares) (MILORD, 2021).

Normalmente, é produzido e secretado de 1 a 1,5 litro de saliva em 24 horas, as submaxilares são responsáveis por 71% do tipo seromucoso, as parótidas por 25% do tipo serosa e as sublinguais por 4% do tipo mucoso (MILORD, 2021). Através das glândulas menores, a saliva é distribuída por toda a mucosa oral. No interior dessas glândulas, podem desenvolver-se inúmeros processos patológicos (SILVA, 2020).

Neoplasias em glândulas salivares menores são raras, porém é considerado a segunda região mais comum de encontrar as possíveis lesões, estudos mostram que quanto menor for a glândula salivar acometida, maior será a chance de ocorrer malignidade nessa região (PEREIRA, 2021).

3.2 Acometimento das glândulas salivares

A região mais acometida pelos tumores de glândula salivar menor, é a região do palato, devido a maior acúmulo das glândulas nessa região. Outra região mais acometida são os lábios superiores, seguido da mucosa jugal (NEVILLE, 2016).

Embora os tumores que atinjam as glândulas salivares sejam classificados como o mesmo grupo, são clinicamente e morfológicamente diferentes, são diferenciadas através de histopatológicos e diagnóstico diferencial (SILVA, 2020). Os tumores são constituídos por uma combinação de epitélio glandular e células mioepiteliais, que podem formar ductos e/ou estruturas císticas, formando lesões (SILVA, 2020). O carcinoma mais comum dessa região, é o mucoepidermoide, sendo classificados também nessa classe, o carcinoma adenóide cístico e o adenocarcinoma polimorfo (NEVILLE, 2016).

3.3 Adenoma pleomórfico

O adenoma pleomórfico é considerado um tumor misto pois o mesmo apresenta características mioepiteliais variáveis como estruturas ductiformes e um estroma de tecido condróide, hialino, adiposo, mixóide, ósseo, contendo uma cápsula conjuntiva fibrosa. Em diferentes regiões do tumor, podem ser visto estas variações, por isso pleomórfico- por várias formas de apresentação (BARROS, 2021).

Os adenomas classificados com pleomórficos, são caracterizados por ser uma lesão nodular, indolor, que possui crescimento lento, apresenta, mobilidade e possuem limites bem definidos. O lobo superficial na região pré-auricular e retromandibular é a região com maior acometimento, ambos os lados do lobo são afetados de maneira igualitária (PEREIRA, 2021). Em casos de adenoma pleomórfico em glândulas salivares menor, a região de prevalência é o palato duro (SILVA, 2020).

O adenoma pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, abrangendo adultos e jovens, entre 30 e 60 anos, possui uma predileção pelo sexo feminino e apresenta um aumento de volume firme. A lesão apresenta-se de forma arredondada e de superfície lisa, caso venha desenvolver trauma na lesão, poderá ocorrer uma ulceração na região. Quando desenvolvidas na região de palato duro, não são consideradas móveis devido à

forte aderência ao tumor (NEVILLE, 2016).

3.4 Diagnóstico

O diagnóstico além de clínico, pode ser realizado por meio de sialografia, método utilizado para radiografar as glândulas salivares, ultrassonografia para realizar a confirmação se a lesão é cística ou sólida, e a tomografia computadorizada (TC)- tamanho real da lesão, ressonância magnética- malignidade ou benignidade (BARROS, 2021).

Em casos de adenoma pleomórfico localizado no palato, exames radiográficos irão ajudar pouco no diagnóstico devido a sobreposição de estruturas ósseas, o exame que irá se destacar será a ressonância magnética que oferece uma boa imagem de estruturas moles (RODRIGUES, 2018). Lesões no palato conseguem acometer osso subjacente, caracterizando a região transparente bem delimitada em exames radiográficos, podendo estender para o seio maxilar (OLIVEIRA, 2016).

Nesse tumor, o seu diagnóstico através do histopatológico, as lâminas são coradas com hematoxilina e eosina e evidenciam o tecido conjuntivo e o tecido epitelial (BARROS, 2021). O diagnóstico pode ser descoberto através da punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e biópsia excisional (SILVA, 2020).

A lesão, através do histopatológico, normalmente apresenta-se encapsulada e bem delimitada, porém a capsula pode demonstrar infiltração, a demonstração da capsula imperfeita é comum em tumores com acometimento de glândula salivar menor, principalmente na região externa do palato, que fica situada abaixo da superfície epitelial (NEVILLE, 2016).

Existe uma ampla variação entre as neoplasias, devido a distribuição dos elementos epiteliais e dos componentes do mesênquima. A composição do parênquima inclui epitélio glandular e células mioepiteliais. No histopatológico, podemos observar ductos e estruturas císticas, células produtoras de queratina e de muco (NEVILLE, 2016).

3.5 Biópsia

A biópsia refere-se a coleta de tecidos alterados com objetivo fechar o diagnóstico no decorrer de uma análise anatomopatológica. A análise é o método mais seguro principal para o diagnóstico de algumas lesões. A biópsia excisional, é recomendada para pequenas lesões menor que 1cm de diâmetro, lesões pediculadas ou bem circunscritas, como em papilomas, fibromas traumáticos e outros (BRAZAO-SILVA, 2018).

Para realizar a biópsia em estruturas intrabucais, necessitamos de alguns instrumentais como a carpule, anestésicos, agulhas, lâminas de bisturi, cabos de bisturi, tesoura *Metzenbaum*, pinça de Adson, pinça hemostática, pinça de campo, afastador de Minnesota, pinça porta-agulha, fio de sutura, sugador cirúrgico, gaze e um pote contendo formol a 10%. Em alguns casos, é necessário descolador, broca esférica e cureta de Lucas. A amostra deve ser enviada ao laboratório no pote contendo formol, sem dilacerações ao

tecido (BRAZAO-SILVA, 2018).

3.6 Diagnóstico diferencial

O seu diagnóstico diferencial se dá através de lesões como exemplo: mucocele, lipoma, fibroma, carcinoma mucoepidêmico, carcinoma adenomatóide cístico, carcinoma de células acinosas e adenocarcinoma (BARROS, 2021).

3.7 Tratamento

Por possuir íntima relação com o nervo facial, a remoção dos tumores benignos, é caso a ser discutido detalhadamente. Em casos que o tumor atinja a glândula parótida, as formas de tratamento a serem consideradas são: enucleação, parotidectomia superficial e a total, varia de acordo com a localização do tumor. Em casos de acometimento de glândulas salivares menor, a forma de tratamento mais segura e com menor índice de recidiva é a enucleação conservadora da lesão (PEREIRA, 2021).

A enucleação consiste em remover o tumor de forma que não remova tecido glandular. Em casos que o cirurgião opte pela parotidectomia superficial, o tumor é removido com uma porção da glândula salivar que esteja congregada ao tumor. Já em casos avançados que seja escolhido a total, a glândula toda será removida, será preservado apenas o nervo facial (RODRIGUES, 2018).

Casos de adenoma pleomórfico que ocorrem recidivas é devido a remoção incompleta da lesão ou da glândula, em situações que já esteja comprometida (PEREIRA, 2021). Ao ocorrer a ruptura da cápsula pode aumentar as chances de ocorrer recidivas. Desta forma, se torna necessário a técnica cirúrgica adequada (RODRIGUES, 2018).

3.8 Complicações

Complicações pós-operatórias que podem ocorrer são: hematomas- devido a hemostasia deficiente, drenagem insatisfatória, compressão imprópria; infecções - devido à má higienização da ferida cirúrgica; seroma ou fístula salivar- saída de saliva pela pele; síndrome de *Frey*- sudorese e rubor nas bochechas; e/ou lesão ao nervo facial- podem ocasionar paralisia ou hipofunção de um ramo específico (PEREIRA, 2021).

Na grande maioria dos casos, a enucleação é a forma de tratamento escolhida por conta dos menores riscos de complicação, por ser uma cirurgia mais curta e simples (PEREIRA, 2021). Em casos de acometimento no palato, o tratamento consiste na exérese subperióstica por meio da deslocação da lesão de sua inserção no palato e no periósteo, juntamente com a mucosa envolvida (RODRIGUES, 2018).

Quando não for tratado de forma adequada, a lesão poderá evoluir, e tornar uma lesão maligna, como exemplo o carcinoma adenomatóide, lesão agressiva e maligna, essa evolução é rara em tumores de glândulas salivares menor, é mais comum é neoplasias que atingem a parótida (RODRIGUES, 2018).

O diagnóstico precoce e o correto manejo das estruturas no tratamento proposto são fatores primordiais para um prognóstico positivo, sendo necessário grande contribuição do cirurgião a respeito dos conhecimentos sobre anatomia e fisiologia das glândulas envolvidas (GAMA,2018).

4 | RELATO DE CASO

Paciente M.L.A, do sexo feminino, melanoderma, 38 anos de idade, natural de Recife, foi encaminhada ao serviço odontológico para avaliação de aumento de volume intraoral. Na anamnese, relatou como queixa principal aumento de volume, de crescimento lento e com duração de 03 anos. Já havia procurado outro dentista, que orientou o bochecho com Periogard e deu alta no retorno. Ao exame físico extraoral, apresentou face simétrica, abertura bucal e cadeias ganglionares cervico-faciais sem alterações. No exame físico intraoral, observou-se mucosa normocorada, porém com a presença de uma tumoração de consistência amolecida, medindo aproximadamente 2,3 cm de diâmetro, na transição entre palato duro e mole.

As hipóteses de diagnósticos clínicos foram de mucocèle e neoplasias de glândula salivar. Com todos os exames pré-operatórios normais, foi realizada a biópsia incisional da lesão, que revelou tratar-se de um Adenoma Pleomórfico.

O tratamento proposto foi de remoção da lesão, com margens de segurança, sob anestesia geral, devido localização posterior da neoplasia. Apesar disso, realizou-se também infiltração com anestésico local com lidocaína a 2% associado epinefrina 1:100.000 para controle do sangramento. A lesão foi removida subperiostealmente com bisturi de *Bard-Paker*, municiado com lâmina de número 15-c associado a cauterização da região cruenta com bisturi elétrico mais uso de hemostático tópico, promovendo, assim, melhor hemostasia, já que, devido ao tamanho da lesão, ocorreria cicatrização por segunda intenção.

Foi prescrito no pós-operatório Nimesulida 100mg de 12/12 hrs por 3 dias, dipirona 500mg de 6/6hrs por 3 dias e Amoxicilina 500mg de 8/8 hrs por 7 dias. Além de orientações pós cirúrgicas, como crioterapia, alimentação fria e pastosa por 3 dias, foi realizada a orientação referente higienização da ferida cirúrgica com Gluconato de Clorexidina a 0,12%, após 24 horas por 7 dias.

A paciente recuperou-se sem nenhuma intercorrência no pós-cirúrgico e encontra-se em acompanhamento até os dias atuais sem sinais de recidiva da lesão. Imagens do procedimento na figura 1.

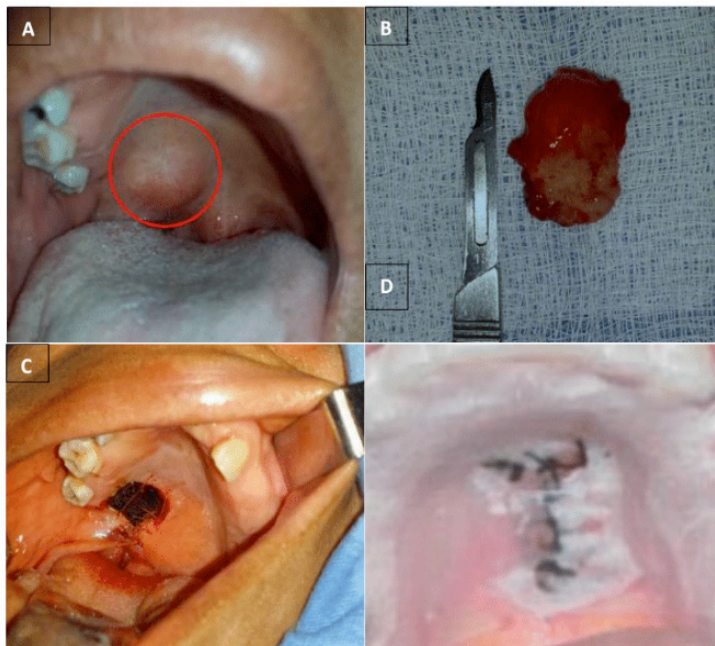


Figura 1. Aspectos Pré-operatório e Pós-operatório.

Fonte: O autor (2022)

Fig. A- Aspecto Clínico da lesão. Fig. B- Peça cirúrgica. Fig. C- Pós-operatório imediato. Fig D.- Placa confeccionada para auxiliar na cicatrização da ferida cirúrgica

5 | DISCUSSÃO

O Adenoma Pleomórfico acomete preferencialmente pacientes do sexo feminino (60%), entre a quarta e sexta décadas de vida. A glândula parótida é a mais acometida (RODRIGUES, 2018). Entre as glândulas salivares menores, a região de palato é acometida com mais frequência. O presente caso a paciente apresenta idade, sexo e localização anatômica de acordo com a literatura.

Apesar dos tumores de glândulas salivares menores serem considerados raros, a região de palato é a mais acometida, envolvendo tumores de cabeça e pescoço, porém, existem poucos relatos na literatura sobre esses casos. Segundo Neville (2016), a região mais comum de acometimento é a área do palato, seguindo com os lábios superiores e mucosa jugal. De acordo com Gama (2018), ocorre uma predileção entre as mulheres, sem idade definida, entretanto, uma maior ocorrência entre a quarta e a sexta década de vida é observada. Clinicamente, demonstram ser firme, móvel a palpação, bem delimitado, sem sintomatologia dolorosa e de crescimento lento.

Devido ao Adenoma Pleomórfico apresentar-se como uma lesão de crescimento

lento e indolor, o seu diagnóstico se torna muitas vezes tardio. No presente caso a paciente demorou cerca de 3 anos para ter o diagnóstico definitivo. Devido a variação na característica clínica, que toda a patologia possui, o crescimento da lesão também pode ser desenvolvido de maneira rápida, apresentar grande extensão e úlceras na região do tumor (OLIVEIRA, 2016). Por isso, é de grande relevância um olhar clínico e atento do cirurgião dentista frente a qualquer lesão. Favorecendo não apenas o diagnóstico mais rápido, como também o prognóstico do paciente.

A análise da patologia é de extrema importância para que haja um correto diagnóstico, a fim de realizar um bom planejamento, abordagem e ressecção de forma correta se assim for necessário (HENNA, 2021).

Microscopicamente as amostras, são coradas com hematoxilina e eosina, e mostram células epiteliais e mioepiteliais, envolvida por uma cápsula de tecido fibroso, através das características histológicas, é possível diagnosticar a lesão (OLIVEIRA, 2016). Lesões que são desenvolvidas na região de palato, são capazes de atingir ossos subjacentes, podendo se expandir para área do seio maxilar. O diagnóstico também pode ser dado através de imagens radiológicas, como tomografia computadorizada e ressonância magnética (OLIVEIRA, 2016).

O diagnóstico diferencial se dá através de cistos odontogênicos, abscessos localizados no palato, fibroma, lipoma, entre outros. Os exames de imagens mais utilizados no planejamento da conduta consistem em topografia computadorizada e ressonância magnética para visualizar a invasão biológica da lesão e a localização anatômica precisa. Podendo prevenir intercorrências e mudança de planos no planejamento da abordagem cirúrgica e remoção da lesão (COSTA, 2020).

Devido ao crescimento lento da lesão, ocorre uma demora pela busca ao Cirurgião-Dentista, o que pode atrasar o diagnóstico e prognóstico, pois a lesão pode evoluir para uma lesão maligna. A falta de informação e conhecimento do profissional também implicará no prognóstico do paciente. Visto que, a paciente relatada, procurou o dentista e ele relatou que não precisava se preocupar, e deu alta para paciente. A busca por conhecimentos deve ser realizada constantemente, a dificuldade de realizar uma hipótese diagnóstica poderá acarretar problemas maiores para os pacientes. Contribuindo para evolução e malignização de lesões patológicas (GOMES, 2022).

O tumor em questão, tem capacidade de transformar em maligno, cerca de 5% de chance, a remoção da lesão, quando localizada em palato, deve ser realizada abaixo do periosteio abrangendo a mucosa adjacente, envolvendo margem de segurança, a fim de evitar recidiva (BUENO, 2018).

No caso clínico abordado, foi realizado a biópsia incisional para confirmação da hipótese diagnóstica, seguida da remoção da lesão com margem de segurança, submetendo a paciente à uma cicatrização por segunda intenção devido a localização do adenoma. A lesão deve ser removida com margem de segurança para que não ocorra o risco de

permanecer resquícios da lesão e conseqüentemente ocasione recidiva. Mesmo que a chance de malignização seja considerada baixa, deve-se tomar as devidas providências e corretas condutas para evitá-las (FLORES, 2018). No caso em questão, devido a uma boa conduta, planejamento e eficácia nos procedimentos realizados na paciente, ela encontra-se recuperando bem e sem recidiva da lesão.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O adenoma pleomórfico de glândula salivar menor é considerado raro e o diagnóstico requer atenção. O correto diagnóstico, escolha da análise histopatológica, exames radiográficos de boa qualidade e técnica cirúrgica bem indicada promove um melhor prognóstico ao paciente com baixa probabilidade de recidiva.

De acordo com a literatura, apesar da lesão ser na maioria das vezes benigna, existe chances de malignização, chances essas que podem aumentar devido a negligência de profissionais desde o diagnóstico até o plano de tratamento. Vale ressaltar, que a busca por tratamento de maneira rápida e preventiva irá contribuir para o diagnóstico precoce, com maiores índices de bons prognósticos.

Ressalta-se, portanto, que é de extrema importância o diagnóstico precoce do adenoma pleomórfico, com o objetivo de realizar planejamento adequado e evitar maiores consequências ao paciente.

REFERÊNCIAS

BARROS, Flávia de Paiva Teixeira. *et al.* Adenoma pleomórfico em mucosa jugal: relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e555101422301-e555101422301, 2021.

BRAZAO-SILVA, Marco Tullio; DE CARVALHO, Bianca Oliveira; PINTO, Rodrigo Alves. A biópsia na prática odontológica: Revisão de Literatura. **Revista da AcBO-ISSN 2316-7262**, v. 7, n. 3, 2018.

BUENO, Caroline Hoffmann. *et al.* Ressecção cirúrgica de extenso adenoma pleomórfico em glândula salivar acessória. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, v. 59, n. 2, 2018.

COSTA, Latarullo Davani. *et al.* Unusual treatment of pleomorphic adenoma of soft palate in adult. **J. health med. sci**, v.6, n.3, p.247-251, 2020.

FLORES, Nathalia da Cruz *et al.* Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 7, 2018.

GAMA, Eberty Pereira; VILELA, Deyla Duarte Carneiro; SIMÕES, Cinthia Coelho. Adenoma pleomórfico em mucosa jugal: Relato de caso clínico. **CEP**, v. 42700, p. 000, 2018.

GOMES, Maria Fernanda Carneiro. *et al.* Adenoma Pleomórfico em palato: relato de caso Pleomorphic Adenoma on the palate: case report. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 40441-40447, 2022.

HAYASHI, Yuichiro. *et al.* Intra-oral minor salivary gland tumors: A pathological study of 131 cases in the Japanese population. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology**, v. 31, n. 6, p. 424-427, 2019.

HENNA, Nausheen. *et al.* Clinicopathological study of Salivary gland disorders in a tertiary care hospital, Lahore. **The Professional Medical Journal**, v. 28, n. 11, p. 1557-1560, 2021.

LIAO, Wen-Chieh. *et al.* Salivary Gland Tumors: A Clinicopathologic Analysis From Taipei Veterans General Hospital. **Annals of Plastic Surgery**: January 2020, v. 84, 2020.

MAIA, Francisco Paulo Araújo. *et al.* Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, p. 21-24, 2019.

MILORD, Rosalí Bauta; GÓMEZ, Onelis Góngora; VÁZQUEZ, Yadnil Elizabeth Gómez. Caracterización clínica y anatomopatológica del adenoma pleomórfico de glándulas salivales. **Universidad Médica Pinareña**, v. 17, n. 2, p. 18, 2021.

NEVILLE, Brad W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2016.

OLIVEIRA, Leandro Junqueira *et al.* Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 57, n. 1, p. 55-61, 2016.

PEREIRA, Rodrigo dos Santos; RIBEIRO, Jonathan da Silva; GUERRA, Raphael Capelli. Enucleação como alternativa de tratamento cirúrgico para o adenoma pleomórfico: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 1, p. 55-58, 2021.

RODRIGUES, Thaynara Fried; DE PAULA, Henrique Moura; PEREIRA, Claudio Maranhão. Adenoma Pleomórfico de Glândula Salivar Menor. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 2, n. 2, p. 1-4, 2018.

SANTOS, Hemilly Karol Andrade dos. *et al.* Relatos de tratamentos distintos para o adenoma pleomórfico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 16, n. 3, p. 53-58, 2016.

SANTOS, Janaina Lessa Moraes. *et al.* Adenoma pleomórfico que mimetiza el lipoma oral. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 58, n. 1, 2021.

SILVA, Juliana Maria Araújo. *et al.* Diagnóstico diferencial e tratamento do mioepitelioma e adenoma pleomórfico. **Revista de cirurgia e traumatologia Buco-Maxilo-facial**, p. 21-25, 2020.

SILVA, Wesley Rodrigues da Silva. *et al.* ADENOMA PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA SALIVAR MENOR. **Scientific-Clinical Odontology**, p. 412-415, 2020.

SOUSA, Geison Frank Martins de; RIBEIRO, Patrícia Miranda Leite; BARROSO, Keila Martha Amorim. Consideração sobre os aspectos histopatológicos do adenoma pleomórfico em glândula parótida: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 18, n. 3, p. 416-420, 2019.

A

Ácido hialurônico 33, 34, 35, 40

Adenoma pleomórfico 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25

Alimentação 1, 2, 3, 12, 21

Atenção primária 7, 8, 12

C

Células 4, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 27, 30

Cicatrização 10, 11, 12, 21, 22, 23

D

Dentes 2, 4, 27, 28, 30

Diagnóstico 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 39

Diagnóstico precoce 7, 8, 12, 21, 24, 31, 39

E

Escovas 3, 4

F

Fibroma ossificante 26, 27, 30, 31, 32

Fio dental 3, 4

G

Glândula salivar 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25

H

Higiene bucal 1, 2, 3, 4, 5

L

Lesão 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31

Leucoplasia 7, 9, 10, 13

Língua 2, 4, 15, 17

M

Mastigação 4

Medicamento 10

Mordida 4

N

Necrose tecidual 33, 34, 35, 40

O

Odontologia 1, 2, 3, 5, 7, 8, 13, 14, 15, 25, 26, 31, 42

P

Paciente 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 38, 39

Pandemia 1, 2, 3, 5

Papila 26, 28, 30

População 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12

Processo inflamatório 10

Promoção de saúde 1, 2, 3, 4, 5, 8

Protocolo 11, 33, 34, 40

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 27, 28, 29, 31, 32, 40

Saúde bucal 1, 3, 5, 7, 8, 12

Síndrome de Down 1, 2, 5

SUS 7, 8

T

Tratamento 8, 15, 17, 20, 21, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40

Tumor 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23

CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS:

Desenvolvendo a
pesquisa científica e
a inovação tecnológica 3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS:

Desenvolvendo a
pesquisa científica e
a inovação tecnológica 3

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

