

UNIVERSIDADE DE UBERABA

ANA CLARA DE OLIVEIRA BIOTTULFE

GEOVANNA KAWAGUCHI ARAÚJO

**TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DOS ADENOMAS PLEOMÓRFICOS  
INTRAORAIS**

UBERABA/MG

JUN/2023

ANA CLARA DE OLIVEIRA BIOTTULFE

GEOVANNA KAWAGUCHI ARAÚJO

**TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DOS ADENOMAS PLEOMÓRFICOS  
INTRAORAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba - UNIUBE, como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião- dentista.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo SilvaServato

UBERABA/MG

JUN/2023

UNIVERSIDADE DE UBERABA

ANA CLARA DE OLIVEIRA BIOTTULFE

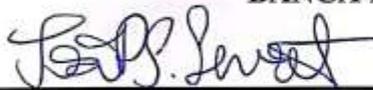
GEOVANNA KAWAGUCHI ARAÚJO

**TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DOS ADENOMAS PLEOMÓRFICOS  
INTRAORAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de  
Odontologia da Universidade de  
Uberaba, como parte dos requisitos  
para obtenção do título de  
Cirurgião-dentista.

Aprovado em: 24/10/23.

**BANCA EXAMINADORA:**



---

Prof. João Paulo Silva Servato

Orientador Universidade de Uberaba



---

Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

Universidade de Uberaba

**UBERABA - MG**

**2023**

## RESUMO

Os adenomas pleomórficos (AP) são definidos pela Organização Mundial Saúde (OMS), como um tumor benigno com citomorfologia e manifestações arquitetônicas variáveis. Ao exame clínico, o AP apresenta-se como um nódulo solitário de consistência firme, superfície lisa, crescimento lento, com a coloração da mucosa, assintomático e não se infiltra nos tecidos adjacentes. Geralmente, mede por volta de 3 cm de diâmetro, mas pode atingir dimensões maiores que 10 cm de diâmetro. Portanto, caso não seja feito o tratamento pode levar a uma deformidade facial importante. O tratamento indicado para o AP corresponde a enucleação cirúrgica conservadora, com uma pequena margem de segurança. Caso não seja totalmente ressecado, a taxa de recidiva aumenta proporcionando maiores chances de transformação maligna do tumor, passando a se chamar Carcinoma ex-adenoma pleomórfico. O prognóstico do AP é favorável com 95% de taxa de cura com a remoção completa e adequada do tumor. O objetivo desse trabalho foi descrever e analisar os tratamentos e prognósticos de uma série de casos retrospectivamente diagnosticados como AP, procedentes do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE. Foram incluídos nesse trabalho 7 casos, sendo 6 em mulheres e 1 e homem, e o tratamento empregado foi excisão cirúrgica sem margem de segurança em todos os casos apresentados. Apenas um paciente apresentou complicações pós-operatórias, com áreas de necrose. Foram encontradas duas recidivas, sendo que em um destes casos houve a reincidência da lesão duas vezes. O prognóstico foi favorável em 60% dos casos que foram acompanhados. O tempo de acompanhamento variou entre 12 e 129 meses. Após analisar dados encontrados na literatura e comparar com os tratamentos de uma série de casos do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE, foi possível concluir que as informações aqui apresentadas são similares aos expostos em outros trabalhos científicos.

**Palavras-Chave:** Neoplasia das glândulas salivares; Neoplasia benigna; Adenoma Pleomorfo; Terapia.

## ABSTRACT

Pleomorphic adenomas (PA) are defined by the World Health Organization (WHO), as a benign tumor with variable cytomorphology and architectural manifestations. On clinical examination, the PA appears as a solitary nodule of firm consistency, smooth surface, slow growing, with mucosal staining, asymptomatic and does not infiltrate adjacent tissues. It usually measures an average of 3 cm in diameter but can reach dimensions greater than 10 cm in diameter. If the treatment is not carried out, it can lead to an important facial deformity. The indicated treatment for PA corresponds to conservative surgical enucleation, with a small safety margin. If it is not completely resected, the recurrence rate increases, providing greater chances of malignant transformation of the tumor, starting to be called Carcinoma ex-pleomorphic adenoma. The prognosis of PA is favorable with a 95% cure rate with complete and adequate removal of the tumor. The objective of this work is to describe and analyze the treatments and prognoses of a series of cases retrospectively diagnosed as PA, coming from the Stomatology/Oral Pathology Service of the University of Uberaba - UNIUBE. Seven cases were included in this study, 6 in women and 1 in men, and the treatment employed was surgical excision without a safety margin in all cases presented. Only one patient had postoperative complications, with areas of necrosis. Two recurrences were found, and in one of these cases there was a recurrence of the lesion twice. The prognosis was favorable in 60% of the cases that were followed up. Follow-up time ranged from 12 to 129 months. After analyzing data found in the literature and comparing with the treatments of a series of cases of the Stomatology/Oral Pathology Service of the University of Uberaba - UNIUBE, it was possible to conclude that the information presented here is like that exposed in other scientific works.

**Keywords:** Neoplasm of the salivary glands; Benign neoplasm; Pleomorphic Adenoma; Therapy.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.</b> ....	<b>6</b>
<b>2.HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>9</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>12</b>
<b>6. DISCUSSÃO.</b> .....	<b>15</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>18</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>20</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Os APs são definidos pela Organização Mundial Saúde (OMS), como um tumor benigno com citomorfologia e manifestações arquitetônicas variáveis. A identificação de componentes epiteliais e mioepiteliais/estromais é essencial para o diagnóstico de AP (BELL *et al.*, 2017).

Estas neoplasias são responsáveis por 40-70% de todos os tumores que acometem as glândulas salivares. São encontradas com maior frequência em glândulas salivares maiores (62,1%) do que em glândulas salivares menores (37,9%). Levando em consideração apenas as lesões de glândulas salivares menores, os locais de predileção dos AP são: palato, lábio superior, mucosa jugal, assoalho de boca, língua, tonsila, faringe, área retromolar e cavidade nasal. O AP tem predileção pelo sexo feminino (aproximadamente 60%), entre a terceira e quarta décadas de vida, sem predileções claras por raça (CARVALHO *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2016; CAMACHO *et al.*, 2021).

A etiologia do AP é incerta. Acredita-se progredir de uma mistura de elementos ductais, células mioepiteliais e do tecido estromal. Esta neoplasia não é verdadeiramente mista pois, embora apresente-se semelhante ao mesênquima com um proeminente componente estromal, ela não é derivada de mais de uma camada germinativa. Aproximadamente 70% dos AP apresentam translocações ou rearranjos intracromossômicos com alterações não clonais esporádicas. As translocações e rearranjos resultam em fusões gênicas envolvendo os genes do fator de transcrição PLAG1 no braço curto do cromossomo 8 e em HMGA-2 localizado em 12q14-15. O PLAG1 codifica uma proteína relacionada à progressão do ciclo celular que é ativada devido à troca do promotor com o de vários outros genes. A superexpressão leva à desregulação dos genes-alvo PLAG1, principalmente IGF2. Já o HMGA-2 codifica uma proteína de grupo de alta mobilidade que funciona como um fator de transcrição arquitetural, levando a ativação da expressão dos reguladores do ciclo celular (ciclina A e ciclina B2). A regulação negativa do fator inibitório de WNT-1, foi recentemente descrita em um subconjunto de APs, associada a um risco aumentado de transformação maligna. A mutação e a superexpressão de um HRAS também foram encontradas em um outro subconjunto de AP. Um estudo recente demonstrou que as células mioepiteliais do AP expressam o marcador de células-tronco CD44 (BELL *et al.*, 2017; MORAES *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2022).

Ao exame clínico, o AP apresenta-se como um nódulo solitário de consistência firme, superfície lisa, crescimento lento, com a coloração da mucosa, assintomático e não se infiltra nos tecidos adjacentes. Se não for localizada no palato a lesão pode ser móvel e ulcerada caso ocorra trauma. Geralmente, mede por volta de 3 cm de diâmetro, mas pode atingir dimensões maiores que 10 cm de diâmetro, caso não seja feito o tratamento, pode levar a uma deformidade facial importante. Ulcerações e aumento rápido de volume são indicativos de transformação maligna (SANTOS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; ALMEIDA, OP, 2016; MORAES *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2022).

O diagnóstico diferencial de AP pode ser o adenoma monomórfico, adenoma oxifítico, cisto adenoma linfomatoso papilar, mucocele, fibroma e lipoma. Contudo devemos também considerar outras neoplasias malignas como, o carcinoma mucoepidermóide, adenocarcinoma, carcinoma adenóide cístico e carcinoma de células acinosas. Tais diagnósticos diferenciais só podem ser excluídos após exame anatomopatológico cuidadoso. Para diagnóstico o exame radiográfico será de pouco auxílio, recomenda-se a utilização da tomografia computadorizada e da ultrassonografia e, ocasionalmente, da ressonância magnética. No que tange à exames complementares, a punção aspirativa por agulha fina ou biópsia incisional podem ser realizadas para definir o diagnóstico (MORAES *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2022).

Como características histopatológicas, o AP, considerado tumor misto, apresenta células epiteliais e mioepiteliais, que revelam proliferação inconstante gerando distintas arquiteturas teciduais dentro de um único tumor, que é bem delimitado por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso (SANTOS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; GOMES *et al.*, 2022).

O tratamento indicado para o AP corresponde à enucleação cirúrgica conservadora, com uma pequena margem de segurança. Caso não seja totalmente ressecado, a taxa de recidiva aumenta proporcionando maiores chances de transformação maligna do tumor, passando a se chamar Carcinoma ex-adenoma pleomórfico. Nos casos de lesões localizadas no palato, deve-se proceder à remoção da lesão juntamente com o periósteo subjacente e mucosa palatina. Recomenda-se proteger o palato com um dispositivo de acrílico, sendo também uma excelente opção para controle da dor pós-operatória. Na glândula parótida, dependendo do tamanho e da localização do tumor, pode ser realizada a parotidectomia superficial (mais comum) ou total, e sempre que possível tenta-se preservar o nervo facial. O prognóstico do AP é favorável com 95% de taxa de cura com a remoção completa e adequada do tumor. Um acompanhamento de 10 a 20

anos é aquedado para verificar a taxa de recidiva (CARVALHO *et al.*, 2015; ALMEIDA, OP, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; NEVILLE *et al.*, 2017; CAMACHO *et al.*, 2021; GOMES *et al.*, 2022).

O objetivo desse trabalho foi descrever e analisar os tratamentos e prognósticos de uma série de casos retrospectivamente diagnosticados como AP, procedentes do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE.

## **2. HIPÓTESE/ JUSTIFICATIVAS**

*HIPÓTESE:* Segundo APPOLINÁRIO, F. em 2012, pesquisas descritivas de levantamento, não necessitam apresentar hipóteses.

*JUSTIFICATIVA:* O presente trabalho apresentará as características clínicas, histopatológicas de tratamento e prognóstico do AP. Descrevendo assim as melhores opções terapêuticas para esta lesão. O diagnóstico prematuro dessa neoplasia benigna resulta, na maioria dos casos, em tratamentos mais conservadores e em melhores prognósticos para o paciente. Portanto, este projeto tem por objetivo orientar o cirurgião dentista sobre o tratamento e prognóstico de pacientes portadores desta lesão. Como todo estudo descritivo observacional de dados clínicos e patológicos, os dados aqui apresentados contribuirão para o entendimento do comportamento biológico dos AP intraorais, servindo assim como parâmetro para o planejamento de medidas específicas de tratamentos dessas lesões.

### **3. OBJETIVOS:**

#### **Objetivos Gerais:**

Descrever e analisar os tratamentos e prognósticos de uma série de casos retrospectivamente diagnosticados como AP, procedentes do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba – UNIUBE.

#### **Objetivos Específicos:**

Obter dos prontuários informações clínicas e patológicas relevantes, a fim de caracterizar o presente caso clínico;

Comparar os dados levantados anteriormente com uma revisão da literatura internacional.

#### 4. METODOLOGIA

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da UNIUBE, sobre o CAAE: 64022522.9.0000.5145.

**População estudada/ Local de realização da pesquisa:** Os dados foram coletados dos registros clínicos de todos os pacientes com AP, diagnosticados e tratados, pelos serviços: 1- Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba, entre 1999 e 2023 (CID-10: D10.0, D10.1, D10.2, D10.3, D10.4, D10.5, D10.6, D10.7, D10.8 e D10.9).

**Garantias éticas aos participantes da pesquisa:** Todos os pesquisadores envolvidos tomaram medidas que garantem a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade, sigilo e confidencialidade, conforme descrito no TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO (PRONTUÁRIOS).

**Método utilizado:** Os dados foram coletados por dois pesquisadores cegamente, sendo posteriormente confirmados por um supervisor. Informações sociodemográficas e clinicopatológicas dos pacientes participantes foram obtidas a partir de consulta aos prontuários médicos. Todos os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta qualificado (questionário semiestruturado). Os dados coletados incluíram o tratamento empregado, complicações pós-operatórias, tempo de acompanhamento, história de recidivas/persistências e prognóstico.

Os dados experimentais foram descritos utilizando, quando pertinente, média  $\pm$  desvio padrão, mediana e percentual. A análise estatística foi realizada utilizando-se o software GraphPad Prism 6.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, USA).

**Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa:** (A) Critérios Inclusão: (a) Todos os pacientes diagnosticados retrospectivamente com (CID-10: D10.0, D10.1, D10.2, D10.3, D10.4, D10.5, D10.6, D10.7, D10.8 e D10.9). (B) Critérios Exclusão: (a) Casos demonstrando achados clínicos e histopatológicos inconsistentes, ausentes ou com prontuários mal preenchidos; (b) casos duplicados.

## 5. RESULTADOS

Foram incluídos nesse trabalho 7 casos, sendo 6 em mulheres e 1 homem. O tratamento empregado foi excisão cirúrgica sem margem de segurança em todos os casos apresentados. Apenas um paciente apresentou complicações pós-operatórias, com áreas de necrose. Foram encontradas duas recidivas, sendo que em um destes casos houve a reincidência da lesão duas vezes. O prognóstico foi favorável em 60% dos casos que foram acompanhados. O tempo de acompanhamento variou entre 12 e 129 meses.

**Tabela 01:** Dados de interesse retirados dos prontuários clínico patológicos.

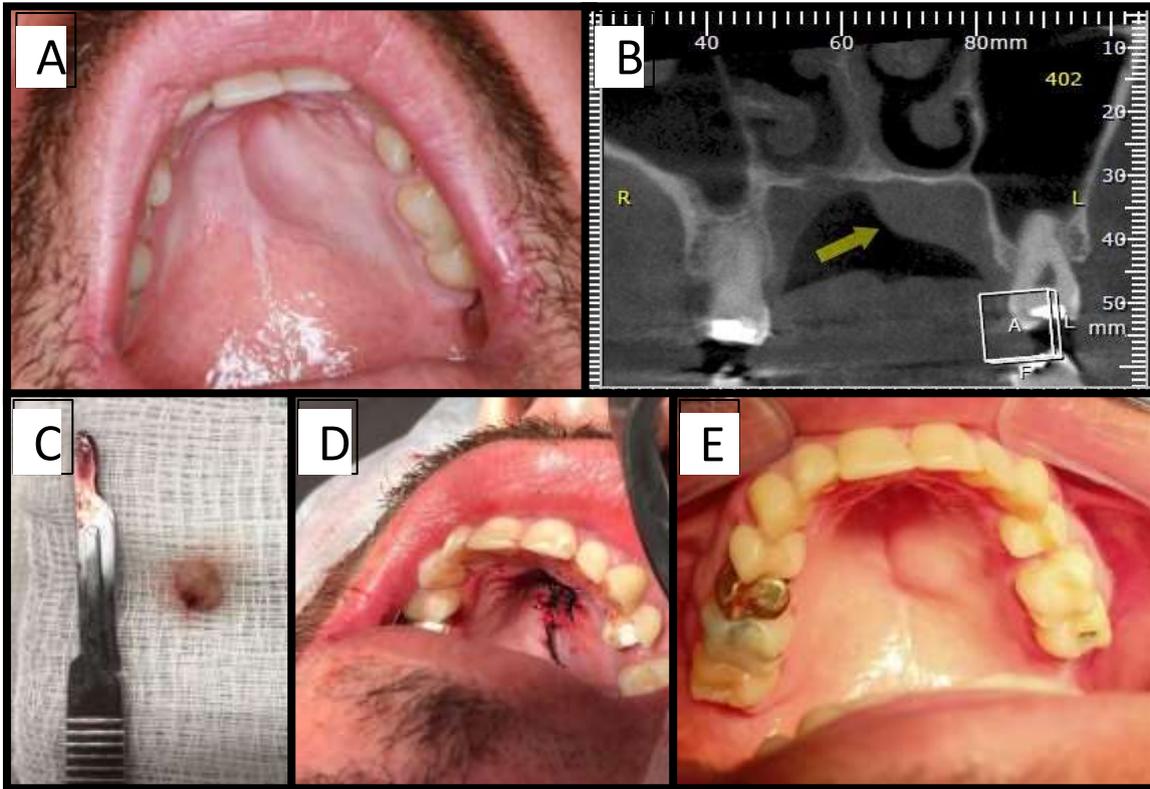
Paciente	Sexo/idade	Tratamento	Margens	Complicações	Recidivas	Prognóstico	Status	Follow-up
1	M/31	Biópsia excisional	Comprometidas	Necrose	Sim - 2x	Ruim	Persistência	95
2	F/32	Biópsia excisional	Comprometidas	Não	Não	Bom	Cura	12
3	F/58	Biópsia excisional	Livres	Não	Não	Bom	Cura	23
4	F/50	Biópsia excisional	Livres	Não	Sim - 1x	Ruim	Cura	48
5	F/49	Biópsia excisional	Livres	-	-	-	-	Sem acompanhamento
6	F/40	Biópsia excisional	Livres	-	-	-	-	Sem acompanhamento
7	F/52	Biópsia excisional	Livres	Não	Não	Bom	Cura	129

**Fonte:** dados de pesquisa.

### RELATO DE CASO CLÍNICO: PACIENTE #1

Compareceu no Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE um paciente do gênero masculino, leucoderma, com 31 anos. No exame clínico intraoral, constatou-se nódulo encapsulado, de superfície íntegra, com coloração semelhante a da mucosa, localizado na região do palato duro esquerdo, medindo cerca de 2,0 x 1,8cm. O mesmo já havia realizado uma biópsia excisional em 2015, porém após 2 anos houve novo crescimento no mesmo local. Na tomografia notou-se aumento de volume no lado esquerdo na região do palato duro, associado a reabsorção óssea parcial em formato de taça. O diagnóstico clínico foi de recidiva de AP, a qual foi manejada por uma nova biópsia excisional. No pós operatório de uma semana, notou-se extensa necrose tecidual na região do procedimento, a qual cicatrizou por 2ª intenção em 21 dias. Tal área de necrose foi sendo manejada por curetagem e limpeza com Clorexidina 0,12%, três vezes ao dia por 15 dias. O exame anatomopatológico foi conclusivo para AP. Durante o acompanhamento de 6 anos, foi diagnosticado uma nova

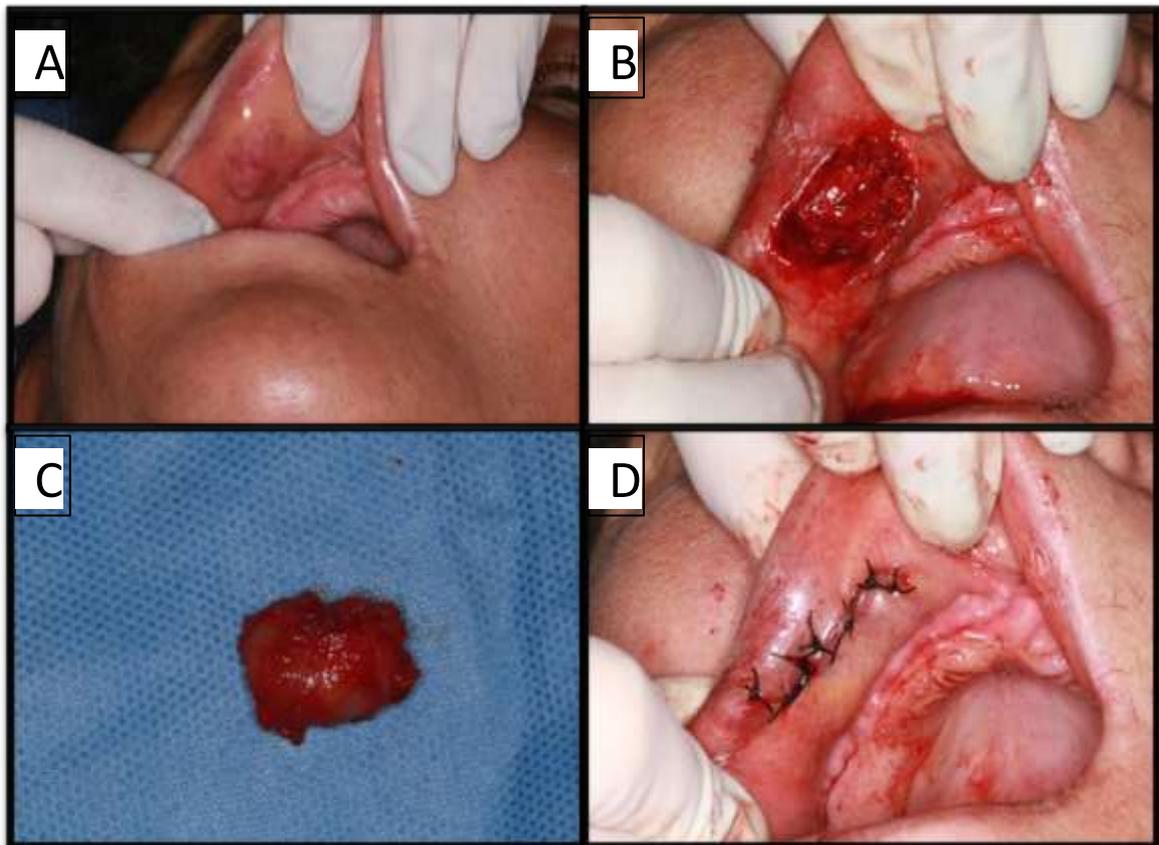
recidiva. Após inúmeras tentativas, o paciente não retornou ao Serviço para manejo da doença. Portanto, constata-se persistência da lesão com prognóstico ruim.



**A**, Imagem intraoral, mostrando o volume na região do palato duro. **B**, Tomografia computadorizada mostrando o volume na região do palato duro. **C**, Fragmento da biópsia excisional. **D**, Pós-operatório imediato. **E**, Lesão recidivada após 06 anos.

### RELATO DE CASO CLÍNICO: PACIENTE #5

Uma paciente do gênero feminino, feioderma, com 49 anos de idade compareceu no Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba – UNIUBE. No exame extra-oral, observou-se que a paciente apresentava um pequeno aumento de volume no lado direito do lábio superior. No exame intrabucal, notou-se uma lesão nodular medindo aproximadamente 3 cm, de acor avermelhada, bem delimitada, localizada na mucosa jugal próximo a comissura labial do lado direito. Como tratamento, foi realizada biópsia excisional. O exame anatomopatológico confirmou a hipótese clínica de AP. Mesmo após inúmeras tentativas, não foi possível realizar o acompanhamento deste caso, devido à faltas frequentes da paciente.



**A**, Imagem intraoral, mostrando o volume na região do lábio superior. **B**, Imagem intraoral do transoperatório. **C**, Fragmento da biópsia excisional. **D**, Pós-operatório imediato.

## 6. DISCUSSÃO

O AP é uma neoplasia benigna, responsável por 40-70% de todos os tumores que acometem as glândulas salivares. É um tumor de caráter benigno, porém pode se transformar em malignidade. Sua etiologia ainda é incerta, entretanto pesquisas apontaram que pode progredir a partir de elementos ductais e células mioepiteliais (MORAES *et al.*, 2018; GOMES *et al.*, 2022).

O tratamento mais indicado do AP consiste na excisão cirúrgica. Esta abordagem apresenta excelente prognóstico diante da adequada remoção, com uma taxa de cura de mais de 95%. Para o AP de glândula salivar menor o risco de recorrência aparenta ser ainda menor. Apesar da baixa taxa de recidiva, é necessário avaliar esta neoplasia com cautela, pois em aproximadamente 3% a 4% de todos os casos existem o risco de transformação maligna, podendo aumentar com o tempo de evolução da neoplasia (NEVILLE *et al.*, 2017). Nos estudos de Vaidya *et al.* (2012) foram analisados 17 pacientes com AP, onde os tumores estavam localizados em maior número no palato, seguido pela mucosa jugal e lábio, e todas as lesões foram tratadas com uma ressecção completa com margens claras na histopatologia final. Nos estudos de Okechi *et al.* (2022) foram observados 29 casos de AP e nos estudos de Chau *et al.* (1989) foram analisados 53 casos de AP, em ambos os estudos o sítio mais afetado foi o palato duro e o tratamento empregado foi a excisão local ampla.

No presente relato de caso, foram analisados 7 pacientes e durante os exames clínicos intrabuciais foram observadas neoplasias de glândula salivar menor na região de palato e lábio superior, e o tratamento empregado foi excisão cirúrgica sem margem de segurança em todos os casos apresentados.

Segundo Bell *et al.* (2017), a recorrência do AP é atribuída à ruptura da cápsula e ilhas de tecido tumoral deixado para trás durante a cirurgia, sendo a taxa de recidivas de tumores perfurados de 26.9% e de 80% em casos de extravasamento. No artigo de Beckhardt *et al.* (1995) foram estudados 30 casos de AP, todos tratados com excisão cirúrgica e nenhum paciente com doença benigna apresentou recorrência do tumor, acontecendo o mesmo nos estudos de Chau *et al.* (1989). Já para Okechi *et al.* (2022), foi observado uma taxa de recorrência em 3.5% dos casos estudados. Ainda que o índice de recidiva seja baixo, Vicente *et al.* (2008) analisou 10 casos de AP e constatou que recidivas podem ocorrer em até 30% dos casos em que a remoção cirúrgica não foi completa. No presente estudo podemos notar uma taxa de recorrência após a excisão, em torno de 40% dos casos que foram acompanhados, tal fato pode ser parcialmente explicado pela abordagem conservativa utilizada nos presentes

pacientes, o que possivelmente gerou ruptura da cápsula e consequente aumento nas taxas de recidivas.

Com relação a complicações pós-operatórias, Santos *et al.* (2016) apresentou 2 casos de AP no palato, ambas neoplasias foram removidas através da excisão cirúrgica e foi relatado apenas uma paciente com a presença de fragmentos ósseos e dor, devido à exposição do osso e tecido conjuntivo e consequente cicatrização por segunda intenção. Na presente pesquisa, dentre os pacientes que foram acompanhados, ocorreu necrose tecidual em apenas um dos casos (14.3%), a qual cicatrizou por 2ª intenção em 21 dias, sendo manejada por curetagem do tecido necrótico, limpeza e utilização de Clorexidina 0,12%.

De acordo com Almeida (2016), o AP possui um excelente prognóstico desde que o tumor seja removido completamente. O tempo de acompanhamento foi variado, nos estudos de Chau *et al.* (1989) o período de acompanhamento variou de 0,6 a 12,6 anos (média de 5,3 anos). Já no artigo de Jansisyanont *et al.* (2002), foram acompanhados 17 casos de AP entre 3 meses a 5 anos e, para Okechi *et al.* (2022), o acompanhamento variou de 1 mês a 18 meses, com duração média de 3 meses. Segundo Moraes *et al.* (2018) é necessário um acompanhamento de 10 a 20 anos, pois APs recidivados podem progredir para carcinoma ex-AP. A possibilidade de malignização também aumenta se a área tiver sido tratada anteriormente por cirurgia ou radioterapia (REGEZI *et al.*, 2012; ALMEIDA, OP, 2016).

No referido estudo, foi possível acompanhar 71.4% dos casos apresentados, dentre estes o tempo de acompanhamento variou entre 12 e 129 meses, estando de acordo com a literatura. Como principal limitação deste estudo, podemos relatar a dificuldade de manter o acompanhamento destes pacientes, mesmo após inúmeras tentativas de contato e de retorno. Alguns fatores podem ser elencados como importantes no não retorno destes pacientes, fatos como: progressão lenta, indolente e indolor, moradia afastada, baixa renda, falta de auxílio financeiro, dentre outros. Pode-se citar ainda, descaso com a condição de saúde, devido a presença de diversas doenças sistêmicas crônicas e cuidados precários em relação a sua saúde oral encontrado nestes pacientes (BOAVENTURA, VI *et al.*, 2016).

## **7. CONCLUSÃO**

Após analisar dados encontrados na literatura e comparar com os tratamentos de uma série de casos do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE, é possível concluir que as informações aqui apresentadas são similares aos expostos em outros trabalhos científicos. O AP trata-se de um tumor benigno, apresentando-se clinicamente como um nódulo solitário de consistência firme localizado com maior frequência no palato, com predileção pelo sexo feminino entre a terceira e quarta décadas de vida. Para um prognóstico favorável o tratamento deve ser a excisão cirúrgica da lesão. Esse trabalho contribui para o avanço dos conhecimentos sobre as características demográficas, clínicas, radiográficas e histológicas dos AP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, OP. **Patologia Oral** (Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Básica). 1ª edição. São Paulo: Artes Médicas, 2016. p. 155-7.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência – Filosofia e prática da Pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

BELL, D. *et al.*, Pleomorphic adenoma. In: EL-NAGGAR A.K. *et al.*, **World Health Organization. Classification of Tumors: Head and Neck Tumours**. Lyon: WHO; 2017. p.185-6.

BECKHARDT, Russell N. *et al.* Minor salivary gland tumors of the palate: clinical and pathologic correlates of outcome. **The Laryngoscope**, [S.L.], v. 105, n. 11, p. 1155-1160, nov. 1995.

BOAVENTURA, Verônica Lima *et al.* Prevalência de lesões da mucosa oral em uma população idosa institucionalizada da cidade de Anápolis/Go. Prevalence of oral lesions in institutionalized elderly in Anápolis/Go. **Revista Educação em Saúde**, Anápolis, v. 1, n. 4, p. 1-7, jan. 2016.

CAMACHO, Tainara Tejada *et al.* Adenoma pleomórfico em palato duro: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. v.21, n.4, p. 34-38, out./dez. 2021.

CARVALHO, Guilherme Machado de *et al.* Pleomorphic adenoma of the soft palate. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. v. 44, n. 2, p. 116-118, jun. 2015.

CHAU, M.N.y. *et al.* A clinical-pathological study of 53 intra-oral pleomorphic adenomas. **International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, Melbourne, v. 18, n. 3, p. 158-162, 25 fev. 1989. Elsevier BV.

GOMES, Maria Fernanda Carneiro *et al.* Adenoma Pleomórfico em palato: relato de caso/ pleomorphic adenoma on the palate. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 8, n. 5, p. 40441-40447, 25 maio 2022. South Florida Publishing LLC.

JANSISYANONT, P. *et al.* Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. **International Journal Of Oral And Maxillofacial Surgery**, [S.L.], v. 31, n. 3, p. 257-261, jun. 2002. Elsevier BV.

MACHADO, Kelly Cristine Freitas *et al.* Remoção cirúrgica de adenoma pleomórfico em região do frênulo labial superior. **Periodontia. Brazilian Journal of Periodontology**, v. 21, n. 3, p. 53-56, 2011.

MORAES, Beatriz Saleme *et al.* Adenoma Pleomórfico Ulcerado Em Palato Mole. **Revista da Academia Brasileira de Odontologia**. 2018; v. 7, n. 3, p. 204-209. set. 2018.

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D.; *et al.* **Patologia: Oral & Maxilofacial**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 928p.

OKECHI, Uc *et al.* Primary minor salivary gland tumors: a retrospective review of cases seen in a tertiary institution in south east nigeria. **Nigerian Journal Of Clinical Practice**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 368-372, 16 mar. 2022. Medknow.

OLIVEIRA, Janayna Gomes Paiva de *et al.* Adenoma plemórfico em paciente infantil. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. v.9, n.3, p. 35 - 42, jul./set. 2009.

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**, [S.L.], v. 57, n. 1, p. 55-61, jan. 2016. Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentaria (SPEMD).

REGEZI, Joseph A. *et al.* **Patologia Oral: Correlações Clínico patológicas**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 203-206 p.

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.

SHARMA, Arpit *et al.* Pleomorphic adenoma of the minor salivary gland of the cheek. **Singapore Medical Journal**, Singapura, v. 54, n. 9, p. 183-184, set. 2013.

VAIDYA, AD *et al.* Minor salivary gland tumors of the oral cavity: A case series with review of literature. **Journal of Cancer Research and Therapeutic**, v. 8: p. 111- 115, 2012.

VICENTE, Olivia Pons *et al.* Minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 18 cases. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirurgia Bucal** v.13, n.1, p. 582–588, 2008.

## ANEXOS

### Comprovante de autorização pelo CEP-UNIUBE

UNIVERSIDADE DE UBERABA -  
UNIUBE



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADENOMA PLEOMÓRFICO: UMA SÉRIE DE CASOS

**Pesquisador:** João Paulo Silva Servato

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 64022522.9.0000.5145

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE EDUCACIONAL UBERABENSE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.704.796

##### Apresentação do Projeto:

Os tumores de glândulas salivares correspondem a 3% de todas as neoplasias nos seres humanos, sendo a maioria formada por tumores benignos, dos quais 40%-70% correspondem ao adenoma pleomórfico. Este distúrbio acomete com maior frequência as glândulas salivares maiores (62,1%), com predileção pela parótida. O adenoma pleomórfico pode ocorrer em qualquer faixa etária, com preferência por jovens adultos entre 4ª e a 6ª década de vida. O presente estudo tem por objetivo descrever e analisar uma série de casos diagnosticados retrospectivamente como adenoma pleomórfico, procedente do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - Os dados serão coletados dos registros clínicos de todos os pacientes com adenoma pleomórfico diagnosticados pelo Laboratório de Patologia Oral da Universidade de Uberaba, entre 1999 e 2022. Serão incluídos todos os pacientes diagnosticados retrospectivamente com adenoma pleomórfico. Serão excluídos os casos que demonstrarem achados clínicos e histopatológicos inconsistentes, ausentes ou com prontuários mal preenchidos, assim como casos duplicados. Os dados serão coletados por dois pesquisadores cegamente, sendo posteriormente confirmados por um supervisor. Informações sociodemográficas e clínico-patológicas dos pacientes participantes serão obtidas a partir de consulta aos prontuários médicos. Todos os dados serão coletados por meio de um instrumento de coleta qualificado (questionário semiestruturado). Os dados coletados incluirão idade, gênero, cor/etnia, sintomatologia, tipo histológico da lesão, tempo de evolução, se a lesão é primária ou recidiva/persistência, tratamento empregado e acompanhamento. Os dados

**Endereço:** Av. Nene Sabino, 1801

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 38.055-500

**UF:** MG

**Município:** UBERABA

**Telefone:** (34)3319-8816

**Fax:** (34)3314-8910

**E-mail:** cep@uniube.br

Continuação do Parecer: 5.704.796

experimentais serão descritos utilizando, quando pertinente, média  $\pm$  desvio padrão, mediana e percentual. A análise estatística será realizada utilizando-se o software GraphPad Prism 6.0 (GraphPad Software, San Diego, CA, USA). O intervalo de confiança será de 95%.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Descrever e analisar uma série de casos diagnosticados retrospectivamente como adenoma pleomórfico, procedente do Serviço de Estomatologia/Patologia Oral da Universidade de Uberaba - UNIUBE.

Objetivo Secundário:

Obter do prontuário informações clínicas e patológicas relevantes, a fim de caracterizar os presentes casos clínicos;

Comparar os dados levantados anteriormente, com uma revisão da literatura internacional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios superam os riscos. O risco deste projeto fica limitado à perda da confidencialidade dos dados. Para minimizar esse risco, os pesquisadores se comprometeram a substituir o nome dos sujeitos por códigos. Não existe benefício direto ao participante da pesquisa. Como benefício indireto, o pesquisador sugere que os dados obtidos serão importantes para a sociedade e para a literatura, pois indicarão quais indivíduos tem maiores risco de desenvolver adenoma pleomórfico, bem como conhecer quais são os tratamentos mais utilizados neste tipo de paciente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é pertinente e possui valor científico. O assunto é atual e possui interesse dos Cirurgiões-Dentistas, principalmente para aqueles que atuam nas áreas de Cirurgia e Patologia Bucal. Os métodos utilizados permitem que o objetivo principal da pesquisa seja alcançado. O pesquisador solicita a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois a pesquisa tem caráter unicamente retrospectivo e por se tratar de levantamento de dados obtidos em prontuários/laudos/exames ou similares. Considera-se também a dificuldade em se localizar os sujeitos ou seus familiares, pois eles não frequentam regularmente o hospital/consultórios e pelo fato dos pacientes terem sido atendidos há muito tempo (endereço e telefone podem já não serem os mesmos).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados o projeto de pesquisa, o termo de responsabilidade do pesquisador

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801  
Bairro: Universitário CEP: 38.055-500  
UF: MG Município: UBERABA  
Telefone: (34)3319-8816 Fax: (34)3314-8910 E-mail: oep@uniube.br

Continuação do Parecer: 5.704.796

(conhecimento da resolução 466/2012), o termo solicitando a dispensa do TCLE, a folha de rosto assinada pelo Pró-Reitor de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão da Universidade de Uberaba, a carta de autorização para a execução da pesquisa, assinadas pelo diretor da Policlínica Odontológica Getúlio Vargas e pelo diretor do Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, a carta de encaminhamento do projeto ao CEP Uniube e o Termo de responsabilidade para uso, guarda e divulgação dos dados da pesquisa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O relator vota pela aprovação do projeto, salvo melhor juízo deste comitê.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em 17/10/2022 a plenária votou de acordo com o relator, pela aprovação da proposta. Ressalte-se, em tempo, que o pesquisador é o direto responsável pela pesquisa, devendo apresentar dados solicitados pelo CEP, ou pela CONEP, a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob guarda e responsabilidade, por 5 (cinco) anos após a pesquisa; informar e justificar qualquer alteração na pesquisa, e apresentar o relatório final do projeto desenvolvido ao CEP, conforme Res. 466/2012, Capítulo XI, Artigo XXI.2 alíneas D e F.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2025100.pdf	28/09/2022 18:22:38		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosot.pdf	28/09/2022 18:22:26	João Paulo Silva Servato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/09/2022 16:56:53	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_da_Instituicao.pdf	27/09/2022 16:56:26	João Paulo Silva Servato	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_de_encaminhamento.pdf	27/09/2022 16:55:34	João Paulo Silva Servato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Justificativa_para_dispenza_do_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclare	27/09/2022 16:54:53	João Paulo Silva Servato	Aceito

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801  
 Bairro: Universitário CEP: 38.055-500  
 UF: MG Município: UBERABA  
 Telefone: (34)3319-8918 Fax: (34)3314-8910 E-mail: oep@uniube.br

UNIVERSIDADE DE UBERABA -   
UNIUBE

Continuação do Parecer: 5.704.706

Justificativa de Ausência	cido.pdf	27/09/2022 16:54:53	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	outros_termos.pdf	27/09/2022 16:54:31	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_uso_de_dados_arquivo.pdf	27/09/2022 16:54:08	João Paulo Silva Servato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_uniube.pdf	27/09/2022 16:53:22	João Paulo Silva Servato	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERABA, 17 de Outubro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Geraldo Thedei Junior**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av.Nene Sabino, 1801  
Bairro: Universitário CEP: 38.055-500  
UF: MG Município: UBERABA  
Telefone: (34)3319-8818 Fax: (34)3314-8910 E-mail: cep@uniube.br