

# Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos

# Parotid pleomorphic adenoma: clinical, diagnostic and therapeutical aspects

Romualdo Suzano Louzeiro Tiago<sup>1</sup>, Gilson Araújo Castro<sup>2</sup>, Luiz Artur da Costa Ricardo<sup>3</sup>, Rogério Borghi Bühler<sup>4</sup>, Antônio Sérgio Fava<sup>5</sup>

Palavras-chave: parótida, adenoma pleomórfico, parotidectomia.  
Key words: parotid, pleomorphic adenoma, parotidectomy.

## Resumo / Summary

**A**s neoplasias da glândula parótida constituem um grupo heterogêneo com mais de 30 tipos histológicos definidos, sendo o adenoma pleomórfico o tumor benigno mais comum. Objetivo: Neste trabalho apresentamos uma casuística de adenoma pleomórfico de glândula parótida, com o objetivo de discutir a apresentação clínica, o diagnóstico e as técnicas cirúrgicas mais adequadas no tratamento desta doença. Material e Método: Foi realizado estudo clínico retrospectivo de um grupo de 68 pacientes com diagnóstico histopatológico de adenoma pleomórfico de glândula parótida, operados no Serviço de Otorrinolaringologia do HSPE-FMO, de janeiro de 1982 a junho de 2002. Foram colhidos os dados referentes a idade, sexo, sintomas mais frequentes, exames complementares, localização, tamanho, técnica cirúrgica empregada, complicações do tratamento e evolução. Resultados: Nesta casuística observamos maior incidência no sexo feminino, e mais freqüente na 5ª década de vida. A apresentação clínica mais comum foi nódulo na região parotídea, sendo este sinal presente em 100% dos casos. A parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial foi a cirurgia mais realizada (91,2% dos casos). As complicações pós-operatórias mais frequentes foram parestesia (14,7%) e paralisia (7,3%) do nervo facial, seguida da síndrome de Frey (4,4%). Conclusão: O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum na glândula parótida, sendo mais freqüente no sexo feminino, a partir da 5ª década de vida. É uma neoplasia de diagnóstico clínico, com confirmação a partir do exame histopatológico. A parotidectomia superficial é procedimento mínimo para o diagnóstico e terapêutica, sendo baixa a taxa de recidiva com esta cirurgia.

**T**he neoplasias of the parotid gland are a heterogeneous group with more than 30 histological kinds already defined, and the pleomorphic adenoma is the most common benign tumor. Aim: In this study we present our case of parotid gland pleomorphic adenoma, with the purpose of discussing the clinical presentation, the diagnosis and the more suitable surgical techniques to treat this disorder. Material and Method: A retrospective clinical study was carried out on a group of 68 patients with histological diagnosis of parotid gland pleomorphic adenoma who underwent surgery at the Department of Otolaryngology of the HSPE-FMO, from January 1982 to June 2002. The data regarding their age, sex, more frequent symptoms, supplementary tests performed, location, size, surgical technique used, treatment complications and evolution were gathered. Results: In our case we observed a higher incidence in female patients, being more frequent in their fifth decade of life. The most common clinical presentation was of a nodule at the parotid region, this sign being present in 100% of the cases. Superficial parotidectomy by identifying and preserving the facial nerve was the more common surgery (91.2 % of the cases). The more frequent post-surgical complications were paresthesia (14.7%) and paralysis (7.3%) of the facial nerve, followed by the Frey's syndrome (4.4%). Conclusion: The pleomorphic adenoma is the most common benign neoplasia of the parotid gland, being more frequent in female patients from their fifth decade of life. It is a clinically diagnosable neoplasia, to be confirmed with a histopathological examination. The superficial parotidectomy is the basic procedure to diagnose and treat it, being low the recurrence index with this surgery.

<sup>1</sup> Pós-graduando (Doutorado) pelo programa de Pós-graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPE-FMO-IAMSPE.

<sup>2</sup> Médico Residente (R2) do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPE-FMO-IAMSPE.

<sup>3</sup> Pós-graduando (Mestrado) pelo programa de Pós-graduação em Otorrinolaringologia do HSPE-FMO-IAMSPE.

<sup>4</sup> Pós-graduando (Mestrado) pelo programa de Pós-graduação em Otorrinolaringologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Médico Assistente do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPE-FMO-IAMSPE.

<sup>5</sup> Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe do Setor Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Serviço de Otorrinolaringologia do HSPE-FMO-IAMSPE.

Instituição: Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual – “Francisco Morato de Oliveira” – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – São Paulo SP.

Endereço para Correspondência: Romualdo Suzano L. Tiago – Rua Estado de Israel 493, ap. 51 Vila Clementino São Paulo SP 04022-001  
Tel (0xx11) 5084-7725 – E-mail: romualdotiago@uol.com.br

Artigo recebido em 27 de janeiro de 2003. Artigo aceito em 10 de julho de 2003.

---

## INTRODUÇÃO

---

As neoplasias da glândula parótida constituem um grupo heterogêneo com mais de 30 tipos histológicos definidos, de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicada em 1991<sup>1</sup>. Apresentam uma incidência norte-americana anual de 1 caso por 100.000 indivíduos, compreendendo em torno de 3% dos tumores na região da cabeça e pescoço e 0,6% dos tumores do corpo humano<sup>2,4</sup>. O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum da glândula parótida, representando cerca de 60 a 70%, e com maior incidência a partir da 4ª até a 6ª década de vida<sup>5,6</sup>.

Clinicamente, o adenoma pleomórfico da glândula parótida apresenta-se como lesão nodular única, com margens bem delimitadas, superfície lobulada, consistência endurecida, móvel e indolor à palpação. A grande maioria (90%) dos casos acometem o lobo superficial da glândula, sendo 80% na sua porção inferior<sup>6</sup>. Tumores bilaterais são extremamente raros<sup>7</sup>. Microscopicamente, a variedade de tipos celulares é a principal característica do adenoma pleomórfico, não apenas entre diferentes tumores mas também em diferentes partes de um mesmo tumor. É composto por elementos epiteliais, mioepiteliais e mesenquimais, envoltos em um estroma de natureza mixóide, condróide ou mesmo osteóide<sup>4</sup>.

O diagnóstico da neoplasia de parótida é feito a partir da história clínica minuciosa e pelo exame físico. Os exames de imagem, particularmente a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, não são essenciais e podem ser realizados em casos selecionados para planejar o tratamento<sup>3</sup>. A biópsia aspirativa com agulha fina (BAAF) é outra modalidade diagnóstica que pode ser utilizada no sentido de determinar se o tumor é benigno ou maligno, no entanto não serve para definir a conduta terapêutica<sup>8</sup>. O diagnóstico definitivo de adenoma pleomórfico é realizado pelo exame histopatológico em cortes de parafina, a partir de uma parotidectomia com identificação e preservação do nervo facial<sup>6</sup>.

Neste trabalho apresentamos a análise de 68 pacientes com adenoma pleomórfico de glândula parótida, com o objetivo de discutir a apresentação clínica, o diagnóstico e as técnicas cirúrgicas mais adequadas no tratamento desta doença.

---

## MATERIAL E MÉTODO

---

Foi realizado um estudo clínico retrospectivo de um grupo de 68 pacientes com diagnóstico histopatológico de adenoma pleomórfico de glândula parótida, operados no Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – “Francisco Morato de Oliveira”, no período de janeiro de 1982 a junho de 2002. Foram colhidos os dados referentes à idade, sexo, sintomas

mais frequentes, exames complementares (ultrassonografia de parótida e biópsia aspirativa por agulha fina), localização, tamanho, técnica cirúrgica empregada, complicações do tratamento e evolução.

---

## RESULTADOS

---

Na nossa casuística observamos maior incidência no sexo feminino, com uma relação de 3,5:1. A idade do paciente no momento do diagnóstico variou dos 18 anos aos 84 anos, com média de 48,7 anos. Foi mais frequente na 5ª década de vida, seguido da 6ª e 7ª décadas (Tabela 1). O período transcorrido entre o início dos sintomas e a procura pelo atendimento médico variou de 1 mês a 18 anos, com um tempo médio de 46 meses (3 anos e 10 meses).

A apresentação clínica mais comum foi nódulo na região parotídea, sendo este sinal presente em 100% dos casos, seguido de otalgia (2,9%) e paralisia facial (1,4%). Observamos uma maior frequência do adenoma pleomórfico na glândula parótida esquerda (61,5%), com uma relação de 1,6:1, comparando com o lado direito.

A ultrassonografia de parótida foi realizada em 28 pacientes. O achado ultrassonográfico mais comum foi de nódulo sólido (78,6%), seguido do aspecto cístico (17,8%) e misto (3,6%).

O exame citológico a partir da biópsia aspirativa com agulha fina (BAAF) foi realizado em 24 pacientes, sendo sugestivo de adenoma pleomórfico em 15 casos, ou seja, uma taxa de concordância de 62,5% dos casos.

Todos os casos foram submetidos a tratamento cirúrgico. A parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial foi a cirurgia mais realizada (Tabela 2). Observamos que 92,7% dos adenomas pleomórficos localizavam-se no lobo superficial da glândula parótida e 7,3% no lobo profundo. A indicação cirúrgica de parotidectomia total foi reservada para as neoplasias localizados no lobo profundo da glândula parótida (5 casos). O tamanho médio dos nódulos, em relação ao seu maior diâmetro, foi de 3,8 cm.

As complicações pós-operatórias mais frequentes foram paresia e paralisia do nervo facial, seguidas de síndrome de Frey, infecção do sítio operatório e deiscência (Tabela 3). Observamos recidiva do adenoma pleomórfico em 2 casos (2,9%). Não observamos nenhum caso de transformação maligna.

---

## DISCUSSÃO

---

O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum da glândula parótida, ocorrendo predominantemente no sexo feminino, com uma relação em torno de 1,5:1, e com média etária que pode variar de 36 anos a 45,7 anos<sup>6,8</sup>. Observamos uma ocorrência três vezes maior no sexo feminino, quando comparamos com o sexo masculino, e ocorrendo predominantemente na 5ª década de vida, em torno dos 48,7 anos.

**Tabela 1.** Frequência do adenoma pleomórfico de parótida de acordo com o grupo etário.

Grupo etário (anos)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
10 → 20	1	1,5%	1,5%
20 → 30	7	10,3%	11,8%
30 → 40	9	13,2%	25%
40 → 50	20	29,4%	54,4%
50 → 60	13	19,1%	73,5%
60 → 70	13	19,1%	92,6%
70 → 80	4	5,9%	98,5%
80 → 90	1	1,5%	100%

**Tabela 2.** Abordagem cirúrgica para os adenomas pleomórficos de parótida.

Tipo de cirurgia	Frequência	Porcentagem
Parotidectomia superficial	62	91,2%
Parotidectomia total	5	7,3%
Dissecação extracapsular	1	1,5%

**Tabela 3.** Complicações do tratamento cirúrgico dos adenomas pleomórficos de parótida.

Tipo de complicação	Frequência	Porcentagem
Paresia do nervo facial	10	14,7%
Paralisia do nervo facial	5	7,3%
Síndrome de Frey	3	4,4%
Infecção	3	4,4%
Deiscência	3	4,4%
Cicatriz tipo quelóide	2	2,9%
Fístula salivar	1	1,5%
Neuroma do nervo auricular	1	1,5%
Outras	3	4,4%

É um tumor de crescimento lento e observamos que a evolução do nódulo na região parotídea variou de 1 mês a 18 anos, com média de 3 anos e 10 meses. O tamanho médio da lesão foi de 3,8 cm. Os tumores malignos tendem a apresentar um crescimento mais rápido em um curto espaço de tempo, e geralmente está associado a outros sinais e sintomas como: paralisia facial, fixação à pele, trismo, metástase para linfonodos e dor local<sup>3</sup>. Outro dado importante é que os tumores malignos de glândulas salivares tendem a ocorrer a partir de 6ª década de vida, variando dos 53 aos 65 anos de idade<sup>9</sup>. Observamos na nossa casuística 1 caso de paralisia facial em um paciente que se apresentou na primeira consulta com um nódulo de aproximadamente 2 cm no seu maior diâmetro e que, durante a parotidectomia superficial, foi observado uma grande proximidade da lesão com o tronco do nervo facial.

A obtenção de informações como duração do sintoma, taxa de crescimento, idade e sexo são importantes para

direcionar o raciocínio clínico para o possível diagnóstico do nódulo parotídeo.

A utilização de exames de imagem não são essenciais, mas em determinadas situações podem nos auxiliar a determinar a localização e extensão da lesão, desta forma contribuindo no planejamento cirúrgico.

A sialografia não tem sido utilizada devido ao risco de disseminar células tumorais<sup>10</sup>. A ultrassonografia é uma técnica não-invasiva, de baixo custo, indolor e de fácil obtenção, que pode nos ajudar a definir se a lesão é sólida ou cística<sup>3</sup>. Na nossa casuística 78,6% dos adenomas pleomórficos apresentaram-se como nódulos sólidos. Nesta amostra não tivemos como rotina a solicitação de tomografia computadorizada (TC) de região parotídea quando, ao exame clínico, a lesão era bem delimitada e aparentemente restrita ao pólo superficial da glândula. Entretanto, a TC é de grande utilidade quando queremos avaliar lesões que ocupam o espaço parafaríngeo, que se apresentam com paralisia facial, suspeita de malignidade, nódulo fixo ou semifixo aos planos profundos, ou recorrência do tumor<sup>3</sup>. Para a avaliação do espaço parafaríngeo a ressonância nuclear magnética é mais útil que a TC porque proporciona uma melhor identificação da arquitetura interna da glândula parótida e uma melhor definição dos limites da lesão, sem a utilização de contraste iodado ou exposição a radiação<sup>11</sup>.

A utilização da BAAF na avaliação das massas parotídeas é bastante controverso, e depende de uma grande experiência do patologista no sentido de evitar o erro diagnóstico. Resultados falso-positivos ou falso-negativos são pouco comuns nos casos de adenoma pleomórfico<sup>3</sup>, podendo auxiliar o cirurgião no sentido de determinar se a lesão é benigna ou maligna, com uma sensibilidade que varia de 93,3% a 95,7%, e com uma especificidade que varia de 98% a 100%<sup>12-14</sup>. Batsakis et al. (1992) relatam uma taxa de 74% de concordância entre a BAAF e o diagnóstico histopatológico final para as neoplasias de parótida<sup>15</sup>. Na nossa casuística dos 24 casos que fizeram BAAF, a taxa de concordância com o exame histopatológico foi de 62,5% (15 casos de 24).

No caso de persistir alguma dúvida sobre a natureza da lesão após esta investigação preliminar, o próximo procedimento diagnóstico mínimo deve ser a parotidectomia superficial com identificação e preservação do nervo facial, seguido de exame de congelação. Deve ser evitada a biópsia incisional, visto que, este procedimento, além de produzir uma cicatriz que deverá ser removida no procedimento definitivo, produz um maior risco de disseminação tumoral e lesão do nervo facial<sup>3,16</sup>.

A parotidectomia superficial consiste na ressecção da porção da glândula parótida localizada lateralmente ao nervo facial, após cuidadosa identificação e preservação deste nervo. A lesão nodular é removida sem a exposição da sua cápsula, envolvida por tecido glandular normal, com pelo menos 2 cm de margem (exceto quando o tumor está

próximo do nervo facial)<sup>6</sup>. Este procedimento é necessário devido à característica do adenoma pleomórfico de possuir pequenas digitações (pseudópodes) que transpõem a cápsula e são responsáveis pelas recorrências deste tumor, quando realizado cirurgia menor que a parotidectomia superficial. Pacientes com lesões menores que 4 cm, móveis e localizadas no lobo superficial da glândula parótida são candidatos à parotidectomia superficial<sup>6</sup>. Este procedimento foi realizado em 91,2% dos nossos casos.

A parotidectomia total remove todo o tecido glandular, lateral e medial ao nervo facial, tendo sua principal indicação nos casos de acometimento do lobo profundo da glândula parótida<sup>6</sup>. Foi o procedimento realizado nos 5 casos que apresentavam acometimento do lobo profundo, correspondendo a 7,3% das cirurgias.

Deve ser evitada a cirurgia tipo enucleação ou dissecação extracapsular do tumor visto que nestes procedimentos não é identificado o nervo facial. De acordo com Witt (2002), como a ressecção do adenoma é realizada muito próximo da sua cápsula, a chance de ruptura capsular é muito grande, resultando em uma percentagem estatisticamente significativa de recorrência quando comparado com a parotidectomia superficial ou a parotidectomia total<sup>6,17</sup>. A enucleação resulta em uma taxa de recorrência de 25%, ou seja, cerca de 9 vezes maior que a parotidectomia superficial (3%). Na nossa casuística, a taxa de recorrência para o adenoma pleomórfico, incluindo 1 caso em que foi realizado a dissecação extracapsular, foi de 2 casos (2,9%).

A complicação mais comum decorrente do tratamento dos tumores da glândula parótida é a disfunção no nervo facial, seja ela transitória ou permanente. A paresia do nervo facial é 2,3 vezes maior quando se realiza a parotidectomia total (60%) quando comparada com a parotidectomia superficial (26%)<sup>6</sup>. Isto ocorre devido à maior manipulação dos ramos do nervo quando se realiza a parotidectomia total. A incidência da paresia do nervo facial após a parotidectomia superficial varia de 16 a 47%<sup>18-20</sup>. Na nossa casuística observamos 14,7% de paresia do nervo facial, portanto dentro dos padrões da literatura. A ocorrência de paralisia permanente varia, na literatura, de 0% a 9%<sup>18-20</sup>. Observamos na nossa casuística cerca de 7,3%, sendo mais freqüente a paralisia do ramo marginal da mandíbula. Um fator que certamente é determinante na ocorrência da disfunção do nervo facial é a idade do paciente<sup>20</sup> e a experiência do cirurgião.

Outra complicação que ocorre após a parotidectomia é a síndrome de Frey. Esta síndrome foi descrita pela neurologista Lucie Frey após observar a ocorrência de sudorese e hiperemia na face de um soldado que foi vítima de ferimento de arma de fogo na região da parótida ipsilateral<sup>21</sup>. Também conhecida como síndrome auriculotemporal, resulta da interrupção das fibras pós-ganglionares parassimpáticas do IX par craniano (nervo glossofaríngeo), que trafegam pelo nervo auriculotemporal, ramo do V par craniano (nervo trigêmeo),

e que se regeneram e inervam as glândulas sudoríparas da pele dispostas imediatamente acima do leito cirúrgico após a parotidectomia. O estímulo que deveria resultar na secreção salivar acaba provocando sudorese na região da glândula parótida<sup>18</sup>. Ocorre em 35% a 60% dos pacientes e está intimamente relacionada à quantidade de tecido glandular retirado<sup>6,22</sup>. É muito mais freqüente após parotidectomia total (47%), ocorrendo em 17% das parotidectomias superficiais e em 10% das parotidectomias superficiais parciais (quando o tumor se localiza no pólo inferior e superficial da glândula)<sup>6</sup>. Na nossa casuística observamos uma incidência de 4,4%, índice este bem abaixo do observado na literatura, provavelmente pela falta de arguição direta ao paciente.

---

## CONCLUSÕES

---

O adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum na glândula parótida, sendo mais freqüente no sexo feminino, a partir da 5ª década de vida. É uma neoplasia de diagnóstico clínico, com confirmação a partir do exame histopatológico. A parotidectomia superficial é o procedimento mínimo para o diagnóstico e terapêutica, sendo baixa a taxa de recidiva com esta cirurgia.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Seifert G, Sobin L. Histological typing of salivary gland tumors. World Health Organization. International histological classification of tumors, 2<sup>nd</sup> ed., Berlin: Springer-Verlag; 1991.
2. Hugo NE, MCKinney P, Grifish BH. Management of tumors of the parotid gland. North American Surgical Clinic 1973; 53:105-11.
3. Kamal SA, Othman EO. Diagnosis and treatment of parotid tumours. J Laringol Otol 1997; 111:316-21.
4. Van der Wal JE, Leverstein H, Snow GB, Kraaijenhagen HA, Van der Waal I. Parotid gland tumors: histologic reevaluation and reclassification of 478 cases. Head Neck 1998; 20:204-7.
5. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2807 patients. Head Neck Surg 1986; 8:177-84.
6. Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. Laryngoscope 2002; 112:2141-54.
7. Turnbull AD, Frazell EL. Multiple tumors of the major salivary glands. Am J Surg 1969; 118:787-9.
8. Tsai SC, Hsu H. Parotid neoplasms: diagnosis, treatment, and intraparotid facial nerve anatomy. J Laringol Otol 2002; 116:359-62.
9. Skolnik EM, Friedman M, Becker S, Sisson GA, Keyes GA. Tumors of the major salivary glands. Laryngoscope 1977; 87:843-61.
10. Touquet R, Mackenzie IJ, Carruth JAS. Management of parotid pleomorphic adenoma, the problem of exposing tumor tissue at operation. The logical pursuit of treatment policies. Br J Oral and Maxillofac Surg 1990; 28:404-8.
11. Miller FR, Wanamaker JR, Lavertu P, Wood BG. Magnetic resonance imaging and the management of the parapharyngeal space tumors. Head Neck 1996; 18:67-77.
12. Saha AR, Webber C, DiMaio T, Jaffe BM. Needle aspiration biopsy in salivary gland lesions. Am J Surg 1990; 160:373-6.
13. Frable MAS, Frable WJ. Fine-needle aspiration biopsy of salivary glands. Laryngoscope 1991; 101:245-9.
14. Candel A, Gatuso P, Reddy V, Matz G, Castelli M. Is fine needle aspiration biopsy of salivary gland masses really necessary? Ear Nose Throat J 1993; 72:485-9.

- 
15. Batsakis JG, Sneide N, El-Naggar AK. Fine-needle aspiration of salivary glands: its utility and tissue effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1992; 1001:185-8.
  16. Jonhson J. Salivary glands. In Gluckmann J, Gullane P, Jonhson J. *Practical approach to head and neck tumors*, New York: Raven Press; 1994. Cap. 2.
  17. Henriksson G, Westrin KM, Carlsoo B, Silversward C. Recurrent primary pleomorphic adenomas of salivary gland origin: intrasurgical rupture, histopathologic features, and psudopodia. *Cancer* 1998; 82:617-20.
  18. Langdon JD. Complications of parotid gland surgery. *J Maxillofac Surg* 1984; 12:225-9.
  19. Owen ER, Banerjee AK, Kissin M, Kark AE. Complications of parotid surgery: the need for selectivity. *Br J Surg* 1989; 76:1034-5.
  20. Mra Z, Komisar A, Blaugrund SM. Functional facial nerve weakness after surgery for benign parotid tumors: a multivariate statistical analysis. *Head Neck* 1993; 15:147-52.
  21. Harper KE, Spielvogel RL. Frey's syndrome. *Int J Dermatol* 1986; 25:224-6.
  22. Gordon AB, Fiddian RV. Frey's syndrome after parotid surgery. *Am J Surg* 1976; 132:54-8.