



The Importance of Sialography And Computed Tomography

Importância da Sialografia e da Tomografia Computadorizada Para o Diagnóstico do Adenoma Pleomórfico

INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico, segundo NEVILLE et al., também é chamado de tumor misto benigno sendo a neoplasia de tecido salivar mais comum, principalmente em glândula parótida. Clinicamente, apresenta-se como uma massa firme de crescimento lento e indolor podendo aparecer em qualquer faixa etária, porém com mais frequência no gênero feminino na 4ª e 6ª década de vida.

SAITO & CERRI explicam que a maioria das lesões apresenta forma arredondada, de contornos bem definidos e raramente ultrapassam diâmetros maiores que 6cm, podendo ser encontrado em sua constituição tecido mucóide, condróide e mixóide. Afirmam, ainda, que sua etiologia é pouco conhecida, mas exposição à radiação parece ser um fator predisponente.

A maioria dos adenomas pleomórficos da glândula parótida acomete o lobo superficial (NEVILLE et al., SAITO & CERRI, TOMMASI) apresentando-se como uma tumefação sobre o ramo mandibular. Inicialmente, o tumor é móvel, característica que diminui com seu crescimento e raramente provoca sintomatologia dolorosa e paralisia do nervo facial (NEVILLE et al.). Deste modo, quando esse nervo é afetado considera-se como um sinal extremamente desfavorável (TOMMASI). Apenas 10% dos tumores mistos da parótida desenvolvem-se dentro do lobo profundo da glândula, abaixo do nervo facial. Algumas vezes, essas lesões crescem em direção medial, entre o ramo ascendente e o ligamento estilomandibular, resultando em um tumor que se apresenta como massa da parede lateral da faringe ou palato mole (NEVILLE et al.).

Esses tumores possuem uma fina cápsula que os envolve, entretanto essa pode ter alguns pontos falhos com emissão de pequenos prolongamentos tumorais, dificultando sua total extirpação cirúrgica e, assim, aparecendo focos de recidiva, a qual pode levar até décadas para se manifestar efetivamente (SAITO & CERRI). A recorrência pós-cirúrgica parece ser mais freqüente na parótida e os recidivantes podem sofrer transformação maligna em 2% a 22% dos casos (TOMMASI), aumentando essa estatística a cada recidiva (REGEZI & SCIUBBA). Além disso, quanto mais tempo o paciente permanecer com o tumor, maiores serão as chances de transformação maligna (SOM & BRANDWEIN). Quando esta ocorre, o critério histológico torna-se de difícil caracterização (PRANDO et al.).

REGEZI & SCIUBBA explicam que a malignidade que ocorre em um tumor previamente benigno é anunciada por um crescimento rápido, depois de um período muito prolongado de aumento quase imperceptível. Sinais de suspeição de malignidade incluem fixação da massa aos tecidos circundantes ou mucosa suprajacente, ulceração cutânea e linfadenopatia regional.

SOM & BRANDWEIN sugerem a sialografia e a tomografia computadorizada (CT) como técnicas importantes para visibilidade desse tumor. Na sialografia, pode ser analisado o ligeiro deslocamento de ductos intraparotídeos provocados pela massa benigna. No exame por CT, observa-se que a maioria dos adenomas pleomórficos pequenos são bem delineados, esféricos, com atenuação maior que o parênquima

- **Marcelo Daniel Britto Faria**
Professor Adjunto de Radiologia da FO/UERJ/RJ
- **Márcia de Mello Provenzano**
Especialista em Radiologia pela FO/UERJ/RJ
- **Adriana Marcela Lobato Rocha**
Pós-graduanda em Radiologia pela FO/UERJ/RJ
- **Carlos Dias de Oliveira**
Professor de Radiologia da FO/Volta Redonta/RJ

Os AA relatam a utilização da tomografia computadorizada associada com a sialografia, para a realização do diagnóstico por imagem.

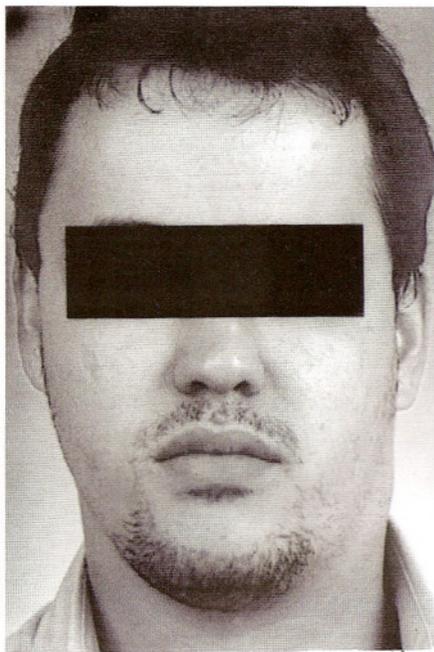


Fig. 1 - Foto extra-oral mostrando aumento de volume na região parotídea esquerda.

parotídeo. Os pequenos não apresentam diferença significativa em relação aos estudos contrastados e sua aparência é mais homogênea. As massas maiores geralmente não são homogêneas e apresentam sítios de menor atenuação, representando áreas de necrose, hemorragias antigas e mudanças císticas. Áreas de crescente atenuação indicam hemorragia recente e estão associadas clinicamente ao aumento em tamanho do tumor e dor localizada. Entretanto, ocasionalmente o exame por CT pode não conseguir definir o contorno da lesão, simulando um tumor agressivo. Nesses casos a MR seria a técnica mais indicada.

TOMMASI afirma que o diagnóstico final é dado pelo exame histopatológico de material recolhido pela biópsia. Explica que esse exame é fundamental já que existem formas malignas da lesão e mesmo os benignos assemelham-se clinicamente aos cilindromas e carcinomas mucoepidermóides.

O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso sugestivo de adenoma pleomórfico na glândula parótida esquerda, enfatizando a sialografia e a tomografia computadorizada como exames radiográficos importantes para avaliação do tumor, bem como o exame histopatológico para se chegar ao diagnóstico conclusivo.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 26 anos de idade, leucoderma, apresentou-se com queixa de aumento de volume na região parotídea esquerda com sintomatologia dolorosa permanente (Figura 1). Foi indicado sialografia com o objetivo de avaliar a glândula parótida e descartar a possibilidade de um processo inflamatório (Figura 2 - A e B). Esse exame mostrou uma lesão expansiva intraglandular sendo observado o ligeiro deslocamento de alguns ductos da parótida provocados pela massa. Foi solicitada a tomografia computadorizada (Figura 3), na qual o tumor configurou-se pequeno, arredondado, homogêneo, com atenuação radiográfica de partes moles no aspecto pósterio-inferior da glândula (falha de enchimento na porção

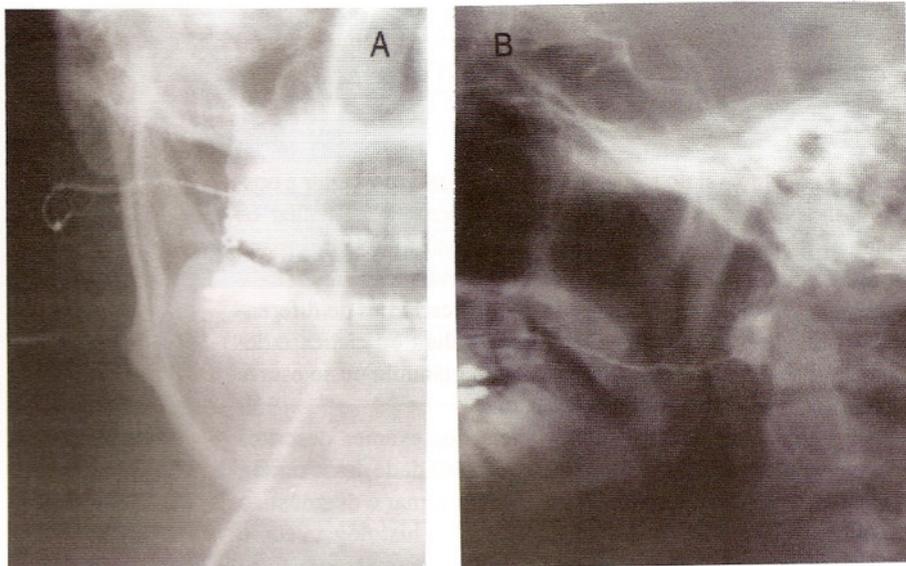


Fig. 2 - Sialografia em norma frontal (A) e lateral, (B) mostrando o ligeiro deslocamento de alguns ductos. Em A pode ser observado a presença de uma massa, melhor caracterizada por CT.

inferior).

Com os achados clínicos e radiográficos, o diagnóstico provável foi adenoma pleomórfico. No entanto, entidades malignas como cilindroma, carcinoma mucoepidermóide, carcinoma ex-adenoma pleomórfico, carcinosarcoma, tumor misto maligno metastático e adenocarcinoma polimórfico de baixo grau não foram excluídas, sendo indicado ao paciente avaliação histopatológica.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Apesar do adenoma pleomórfico apresentar-se clinicamente sem sintomatologia dolorosa, como salientado por NEVILLE et al., o paciente relatado nesse trabalho queixou-se de dor permanente. Esse aspecto, somado ao aumento de volume na região parotídea, levou à solicitação da sialografia e, posteriormente, da tomografia computadorizada, indicando a importância desses exames para avaliação do processo patológico, em concordância com SOM & BRANDWEIN.

No entanto, YOUSEN, KRAUT e CHALIAN indicam como a primeira e até única técnica em casos de suspeita de neoplasia em glândula salivar a ressonância magnética (MR). LOWE et al. adicionam que uma massa associada com sintomas do nervo facial deve ser avaliada com MR por ser a única modalidade que pode, consistentemente, mostrar esse nervo. CANDIANI & MARTINOLI indicam a ultra-sonografia como outro meio à avaliação do tumor, entretanto, em casos de recidiva alegam ser esse exame de difícil execução, devido às cicatrizes cirúrgicas e regeneração do tecido salivar.

A análise da sialografia e do CT, juntamente aos achados físicos, permitiram chegar a um diagnóstico quase conclusivo de adenoma pleomórfico. Entretanto, foi indicado ao paciente realizar a biópsia para certificar o diagnóstico final, como orientado por TOMMASI. Segundo SOM & BRANDWEIN o diagnóstico diferencial é baseado em neoplasmas malignos, como o carcinoma mucoepidermóide e o carcinoma ex-adenoma

pleomórfico, uma vez que podem se comportar como o tumor benigno de aparência agressiva ou até como um tumor benigno grande sem evidência de malignidade ao CT.

CONCLUSÃO

Enquanto a sialografia permitiu verificar e descartar a possibilidade de um processo inflamatório, bem como avaliar os ductos intraparotídeos, o exame por CT possibilitou confirmar a presença de uma massa clinicamente palpável, mapear a localização da lesão dentro da glândula, identificar áreas de diferentes atenuações, mostrar se a massa era sólida ou cística e demonstrar se a mesma estava confinada à glândula ou se estava estendendo-se para fora de sua cápsula.

Verifica-se, então, a importância dos exames descritos acima como técnicas importantes para visibilidade desse tumor, bem como da associação dos mesmos para tornar o diagnóstico o mais preciso possível, destacando a análise histológica como um meio imprescindível para obter o resultado conclusivo.

RESUMO

Nesse trabalho é relatado um caso de um paciente que se apresentou com queixa de aumento de volume na região parotídea esquerda e sintomatologia dolorosa permanente. Foi indicada sialografia e tomografia computadorizada (CT), sendo sugerido como diagnóstico o adenoma pleomórfico. Entretanto, entidades malignas como carcinoma mucoepidermóide, carcinoma ex-adenoma pleomórfico, dentre outras não foram excluídas, tornando-se imprescindível a avaliação histopatológica da lesão. Objetiva-se a avaliação da sialografia e do CT como exames radiográficos importantes para a pesquisa da patologia em questão, bem como ressalta-se o exame microscópico como determinante para o diagnóstico.

Palavras-chaves: Adenoma Pleomórfico, Sialografia, Tomografia Computadorizada.

SUMMARY

In the present paper, a patient with swelling of the left parotid gland and symptoms of persistent pain is reported. The patient underwent sialography and CT imaging, which suggested a pathologic condition caused by Pleomorphic Adenoma. However, other malignant tumorous lesions such as Mucoepidermoid carcinoma and Carcinoma ex-pleomorphic adenoma were not ruled out, making it mandatory to perform a histopathologic evaluation of the lesion. We could conclude that sialography and CT are important diagnostic modalities to evaluate tumorous lesions of salivary glands, as well as histopathologic findings in the determination of a conclusive diagnose.

Key-Words: Pleomorphic Adenoma, Sialography, Computed Tomography.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CANDIANI, F., MARTINOLI, C. Glândulas Salivares. In: SOLBIATI, L., RIZZATO, G. Ultra-sonografia das Estruturas Superficiais - alta frequência, Doppler e procedimentos intervencionistas. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. cap. 8, p. 125-39.
2. LOWE, L. H., STOKES, L. S., JOHNSON, J. E. et al. Swelling at the angle of the mandible: imaging of the pediatric parotid gland and periparotid region. Radiographics, v. 21, p. 1211-21, 2001.
3. NEVILLE, B. W., DAMM, D. D., ALLEN, C. M. et al. Patologia Oral e

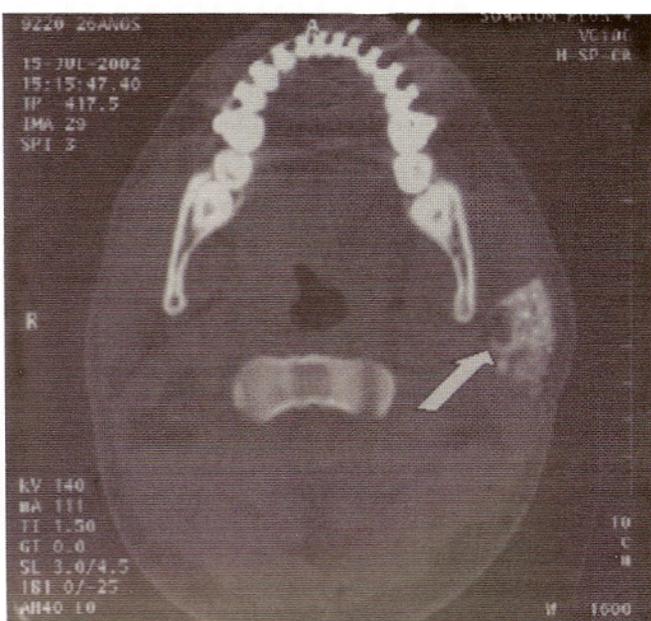


Fig. 3 - Corte axial em CT na altura do parênquima pósterio-inferior da glândula parótida esquerda, com a massa tumoral de pequeno tamanho e aspecto homogêneo (seta).

- Maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
4. PRANDO, A., ROCHA, D. C., PRANDO, D., CERRI, G. G. Ultra-sonografia extra-abdominal. São Paulo: Sarvier, 1988.
 5. REGEZI, J. A., SCIUBBA, J. J. Patologia Bucal - Correlações Clinicopatológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
 6. SAITO, O. C., CERRI, G. G. Glândulas Salivares. In: CERRI, G. G., ROCHA, D. C. Ultra-sonografia Abdominal: convencional, Doppler, técnicas endoscópicas, pediatria, intervenção. São Paulo: Savier, 1993. cap. 4, p. 81-101.
 7. SOM, P. M., BRANDWEIN, M. Salivary Glands. In: SOM, P. M., CURTIM, H. D. Head and Neck Imaging. St. Luis: Mosby, 1991. cap. 17, p. 823-914.
 8. YOUSEM, D. M., KRAUT, M. A., CHALIAN, A. A. Major salivary gland imaging. Radiology, v. 216, p. 19-29, 2000.
 9. TOMMASI, A. F. Diagnóstico em Patologia Bucal, 2. ed. Pancast, 1997.