

Ana Isabel Sousa Da Rocha

Adenoma Pleomórfico da Parótida: Efeitos Laterais da Abordagem Terapêutica

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Ana Isabel Sousa Da Rocha

Adenoma Pleomórfico da Parótida: Efeitos Laterais da Abordagem Terapêutica

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2017

Ana Isabel Sousa Da Rocha

Adenoma Pleomórfico da Parótida: Efeitos laterais na abordagem terapêutica

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária”

Resumo

O Adenoma Pleomórfico da Parótida é o tumor mais comum das Glândulas Salivares (60-80%). Apresenta maior incidência na Glândula Parótida (80-85%).

Realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o adenoma pleomórfico da parótida e os efeitos laterais na sua abordagem terapêutica, principalmente cirúrgica. Fez-se uma pesquisa bibliográfica entre 2003-2017.

A exposição a radiação apresenta-se como o fator de risco ambiental principal. Fatores genéticos têm sido explorados.

O ultrassom e a biópsia aspirativa com punção fina são os exames complementares de diagnóstico de primeira escolha, mas se houver acometimento do lobo profundo, realiza-se ressonância magnética juntamente com a biópsia.

A abordagem terapêutica é preferencialmente cirúrgica -a parotidectomia. Esta cirurgia possibilita complicações pós-operatórias como disfunção do nervo facial (9.3% -64.6%) e o síndrome de Frey (35-60%).

Considera-se o diagnóstico precoce de extrema importância pois existe risco de transformação maligna (20%). O Médico Dentista está numa posição privilegiada para atuar no diagnóstico e promover um encaminhamento atempado e adequado.

“

Palavras-chave: “Adenoma Pleomórfico da Parótida”; “Efeitos Laterais”; “Patologia Oral”; “Nervo Facial”; “Parotidectomia”.

Abstract

The Pleomorphic Adenoma of the Parotid gland is the most common tumor of the salivary glands (60-80%). Presents a higher incidence in the Parotid gland (80-85%).

A literature review on the Pleomorphic adenoma of the parotid and side effects in therapeutic approach, mainly surgical. A bibliographical research was done, between 2003-2017.

Exposure to radiation is the main environmental risk factor. Genetic factors have been explored. The ultrasound and aspiration biopsy with thin puncture are complementary diagnostic examinations of first choice, but if there is involvement of the deep lobe, magnetic resonance imaging along with the biopsy may be done.

The therapeutic approach is preferably-surgical parotidectomy. This surgery allows postoperative complications such as facial nerve dysfunction (9.3%-64.6%) and Frey Syndrome (35-60%).

It is considered the early diagnosis of extreme importance because there is a risk of malignant transformation (20%). The Dentist is in a privileged position to act in the diagnosis and promote a timely and appropriate referral.

Key words: “Pleomorphic Adenoma of Parotid”; “Side Effects”; “Oral Pathology”; “Facial Nerve”; “Parotidectomy”.

Agradecimentos

Agradecer à minha orientadora, Augusta Silveira, por todo o apoio e compreensão durante a realização deste trabalho.

À minha Mãe, melhor pessoa do Mundo, por me ter proporcionado a realização de um sonho, pela paciência, pelo sempre amor e cuidado. Ao meu irmão por todo o apoio.

À minha Madrinha, porto seguro, pelo amor incondicional, e por acreditar tanto em mim.

À minha família, por estarem sempre presentes, por toda a motivação e orgulho.

Às minhas irmãs, Diana Pereira, Mélanie Silva, Catarina Pinto e Joana Fernandes porque só por elas, este percurso já fazia sentido. Enchem-me o coração. São a mais bela e pura forma de amizade, de irmandade. Seguimos juntas.

Aos “la família” por sermos exatamente o que o próprio nome sugere, uma família. Pela partilha, amor, amizade e lealdade. Por serem mais e melhor do que algum dia sonhei encontrar no meu percurso académico. Por sermos uma equipa muito forte. Porque este curso nunca será só meu, mas nosso.

À minha binómia, Catarina Pinto, companheira de grandes guerras, porque só com ela faria sentido. Mesmo quando estava tudo mal, estava tudo bem. Tanto orgulho na equipa amarela. E que boa equipa fizemos, e que boa pessoa é.

Aos meus amigos de sempre, por continuarmos juntos, por nos conhecermos tão bem e pelo maior amor e orgulho.

Ao meu amigo e cunhado Paulo Rosmaninho, maravilhoso e incansável ser humano, por todo o apoio a nível informático para a realização deste trabalho.

A todo o corpo docente e não docente da Universidade Fernando Pessoa, por todo o apoio, dedicação e profissionalismo.

Porque não se formam bons profissionais sem se formarem bons seres humanos, a todos o maior dos obrigadas. Por ser melhor. Pelos inesquecíveis 5anos. Obrigada!

Índice

Resumo.....	V
Abstract	VI
Agradecimentos.....	VII
Índice de Abreviaturas	IX
I - Introdução.....	1
I.1. Materiais e Métodos.....	2
II – Desenvolvimento	2
II.1. Anatomia da Glândula Parótida.....	2
II.2. Adenoma Pleomórfico da Parótida.....	4
II.2.i. - Definições e conceitos.....	4
II.2.ii. - Epidemiologia e Fatores de Risco	4
II.2.iii. - Manifestações Clínicas	5
II.2.iv. -Histopatologia	6
II.2.v - Diagnóstico	6
II.2.v.i - Exame Clínico.....	6
II.2.v.ii. - Exames Complementares de Diagnóstico	7
II.2.vi. Abordagem Terapêutica	9
II.2.vi.i. - Cirúrgica.....	9
II.2.vii. - Efeitos Laterais da Abordagem Terapêutica Cirúrgica.....	10
II.2.vii.i. - Disfunção do Nervo Facial	10
II.2.vii.ii - Síndrome de Frey/Síndrome Auriculotemporal.....	11
III. Discussão.....	13
IV. Conclusão.....	14
V. Bibliografia	15

Índice de Abreviaturas

APP- Adenoma Pleomórfico da Parótida

GS- Glândulas Salivares

GP- Glândula Parótida

I - Introdução

Os tumores das Glândulas Salivares (GS) representam menos de 3% dos tumores de cabeça e pescoço. O Adenoma Pleomórfico da Parótida (APP) é o tumor mais comum das GS, representando 60%-80% de todos os tumores das GS. O APP apresenta maior incidência na Glândula Parótida (GP), 80-85%, sendo que somente 8% são encontrados nas glândulas submandibulares, e o restante nas glândulas sublinguais e glândulas salivares *minor* (Debnath, S e Adhyapok, A., 2010).

O APP um tipo de tumor que pode desenvolver-se em qualquer idade, sendo que a predominância é na 5ª década de vida, e maioritariamente em indivíduos do género feminino (Tiago, R. et al., 2003).

Microscopicamente, a variedade na sua constituição celular é o que mais o caracteriza, valendo-lhe a designação de tumor misto, sendo constituído por: células epiteliais, mioepiteliais e mesenquima (Tiago, R. et al., 2003)

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão nodular única, com margens bem delimitadas, assintomática, com consistência endurecida e móvel, mas sem dor à palpação. Não é frequente o paciente queixar-se ou aparecer na consulta por algo mais que não seja o edema na zona da GP, mas pode coexistir paralisia do nervo facial, por compressão ou estiramento do nervo (Ogawa, A. et al., 2008).

Da abordagem terapêutica cirúrgica, parotidectomia, podem decorrer algumas complicações, entre elas a disfunção do nervo facial e o síndrome de Frey, também chamado síndrome auriculotemporal (Abt, N. et al., 2017).

É de extrema importância por parte dos médicos dentistas estarem alerta e informados sobre este tumor, uma vez que em muitos dos casos representam o primeiro profissional de saúde a ter contacto com este tipo de pacientes. Deve fazer-se uma observação consciente e atenta de todo o tipo de alterações e assimetrias da cabeça e pescoço. Considera-se o diagnóstico precoce de extrema importância, pois, apesar de ser uma lesão benigna e com prognóstico favorável, apresenta risco de transformação maligna (Biguelini, G. et al., 2015).

Esta revisão bibliográfica tem como objetivos conhecer a fisiopatologia do APP, bem como, discutir as abordagens terapêuticas do APP- principalmente a cirúrgica e compreender os seus efeitos laterais.

I.1. Materiais e Métodos

Para conhecer a fisiopatologia referente ao APP e abordar as complicações que podem surgir no seu tratamento, a nível cirúrgico foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em artigos científicos, revistas científicas e livros, cujo limite temporal recaiu entre o ano 2003 e o ano 2017, em inglês, francês e português. Os critérios de exclusão basearam-se em idiomas excepcionais aos referidos anteriormente, artigos com datas anteriores ao ano de 2003 e artigos não providos de carácter/valor científico.

A pesquisa foi realizada nas bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e da Faculdade Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa e os motores de busca utilizados foram o PubMed, Science Direct, SciELO e Science Direct com as palavras-chave: Adenoma Pleomórfico da Parótida; Anatomia; Efeitos Laterais; Patologia Oral; Nervo Facial; Parotidectomia.

Da pesquisa obtiveram-se 72 artigos, excluindo-se 40. Assim, 32 artigos respeitaram os critérios de inclusão e constam por isso da bibliografia apresentada.

II – Desenvolvimento

II.1. Anatomia da Glândula Parótida

A GP é a maior das glândulas salivares, tendo cerca de 5,8 cm de eixo supero-inferior e cerca de 3,4 cm no seu eixo antero-posterior. Pesa em média 15-30g (Holsinguer, F. e Bui, D., 2007).

Tem forma irregular, tipo cunha, é descrita como tendo cinco lóbulos, três superficiais e dois profundos. Esta divisão virtual é feita pelo nervo facial (VII par craniano), que no seu trajeto atravessa a GP (Abdullah, A., Rivas, F., Srinivasan, A., 2013).

No estado não estimulado, a GP contribui com cerca de 20% do total de saliva produzido diariamente, quando estimulada, com 50%. A saliva produzida na parótida é essencialmente serosa (Comoglu, S. et al., 2017).

As glândulas parótidas localizam-se anteriormente e inferiormente ao pavilhão auricular. Repousam sobre o ramo ascendente da mandíbula e músculo masséter, abraçando-o posteriormente até à fossa retromandibular. As glândulas estendem-se desde superiormente a arcada zigomática até inferiormente abaixo do ângulo mandibular, sobre os músculos esternocleidomastóideo e ventre posterior do digástrico. O canal parotídeo emerge da glândula anteriormente, atravessa o músculo masséter, dirige-se medialmente em torno da margem anterior deste músculo, perfura o músculo bucinador e surge na cavidade oral em frente ao 2º dente molar superior (<https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Parotidectomy.pdf>).

As estruturas que podem ser encontradas na espessura da GP são:

- Nervo Facial e seus ramos (temporal, zigomático, bucal, marginal mandibular, cervical e auricular);
- Artéria carótida externa e seus ramos (artéria temporal superficial, artéria facial transversa, artéria maxilar interna, artéria carótida externa e artéria facial);
- Veias: as veias maxilar e temporal superficial reúnem-se na veia retromandibular na espessura da GP, mas não participam na drenagem da glândula. A drenagem venosa da parótida é feita para veias tributárias das veias jugular interna e externa;
- Linfáticos: encontram-se vários gânglios na GP, sobretudo no lobo superficial, drenando para o nível 2 do pescoço (<https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Parotidectomy.pdf>).

A GP encontra-se no interior de uma cápsula parotídea firme, derivada da camada de revestimento da fáscia cervical profunda (Drake, R., Vogl, W. e Mitchell, A., 2010).

II.2. Adenoma Pleomórfico da Parótida

II.2.i. - Definições e conceitos

O APP é o tumor mais comum das GS, representando cerca de 60% de todos os tumores das GS. Este tipo de tumor é frequentemente chamado de tumor misto devido a ter presente na sua constituição elementos de origem epitelial e mesenquimatosa. O adenoma pleomórfico apresenta maior incidência na GP (85%), sendo que somente 8% são encontrados nas glândulas submandibulares, e o restante nas glândulas sublinguais e glândulas salivares *minor* (Debnath, S e Adhyapok, A., 2010).

O adenoma pleomórfico das glândulas salivares maiores é um tumor encapsulado, podendo esta cápsula ser incompleta, o que permite que com o crescimento tumoral ocorram protrusões do tumor para o interior da glândula salivar adjacente, facto considerado fator predisponente para a recorrência da neoplasia (Neves, J., Abreu, M. e Sobral, A., 2007).

Apesar de benigno e de ser uma lesão com prognóstico favorável, apresenta risco de transformação maligna (Biguelini, G. et al., 2015)

II.2.ii. - Epidemiologia e Fatores de Risco

O APP pode desenvolver-se em qualquer idade, sendo que tem maior incidência em indivíduos na 5ª década de vida, e uma maior predominância no género feminino (Tiago, R. et al., 2008).

Dos APP, 80% estão localizados dentro do lobo superficial da GP (Liu, H. et al., 2016). Há uma regra dos 80% associados à GP:

- 80% dos adenomas pleomórficos ocorrem na GP;
- 80% dos seus tumores da GP são benignos;
- 80% dos tumores benignos da GP são APP;
- 80% dos APP ocorrem no lobo superficial;
- 80% dos APP mantêm-se benignos (Yousem, D. e Grossman, R., 2011).

De etiologia desconhecida e sem associação consistente ao consumo de álcool e de tabaco, nas neoplasias das GS são considerados fatores genéticos e ambientais (Debnath, S e Adhyapok, A., 2010).

O gene supressor tumoral p53 e o oncogene MDM2 foram identificados em elevada percentagem nos casos de APP que sofreram transformação maligna. Elevados níveis de fator endotelial (VEGF), estão associados a tumores mais agressivos, com maior capacidade de invasão e metastização, e por isso de pior prognóstico. A perda alélica ou translocação 12q13-15 associam-se ao desenvolvimento de APP (Ogawa, A. et al., 2008).

A exposição a fontes de radiação, nas quais se inclui a Radioterapia nas regiões de cabeça e pescoço, associam-se ao desenvolvimento do APP. Há ainda evidencia de que o baixo consumo de vitaminas A e C aumentam o risco (Debnath, S e Adhyapok, A., 2010; Licitra, L. et al., 2003).

A idade, género, localização e características histológicas do tumor podem determinar maior risco de recidiva (Ghanem, Y. et al., 2016)

Pessoas mais jovens e do género feminino apresentam um risco mais elevado de recorrência da doença (wittekindt, C. et al., 2007).

Microscopicamente, a maioria das recorrências consistem em 100 ou mais nódulos. Grande parte destes nódulos são mais pequenos que 1mm, e estão localizados depois do limite cirúrgico, o que pode ser indicador destas características histopatológicas explicarem a elevada incidência de recorrência (Wittekindt, C. et al., 2007).

II.2.iii. - Manifestações Clínicas

Clinicamente, o APP apresenta-se como uma lesão nodular única, assintomática, com margens bem delimitadas, superfície lobulada, consistência endurecida, móvel e indolor à palpação. A maioria dos casos acometem o lobo superficial da glândula, sendo 80% na sua porção inferior. Tumores bilaterais são raros (Tiago, R. et al., 2003).

A paralisia do nervo facial não é uma manifestação muito frequente, uma vez que esta sugere fortemente que se trate de um tumor maligno, ma que pode também ocorrer pela compressão/estiramento do nervo por tumores benignos volumosos, ou em casos de infeção aguda ou rápido desenvolvimento tumoral (Ogawa, A. et al., 2008).

Lesões benignas, geralmente com uma duração mais longa associada à aderência do tumor e ao processo inflamatório adjacente também pode levar à paralisia do nervo facial (Bittar, R. et al., 2016).

Quando ocorre a paralisia do nervo facial, o doente pode apresentar sintomas como úlceras de córnea, assimetria facial, disfagia e salivação abundante. Alterações do paladar podem ocorrer (Bittar, R. et al., 2016).

II.2.iv. -Histopatologia

Microscopicamente, a variedade de tipos celulares é a principal característica deste adenoma, o que lhe confere também o nome de tumor misto. É composto por células epiteliais, mioepiteliais e mesenquimais, envoltos num estroma de natureza mixóide, condróide, fibroso ou osteóide (Tiago, R. et al., 2003).

Este tumor é geralmente limitado por uma cápsula (Jardel, P. et al., 2013).

As células epiteliais são agrupadas em intervalos, baías ou tubos. As células mioepiteliais podem existir de duas formas: algumas estão estreitamente associados com células epiteliais (células chamadas basal/mioepitelial) à periferia da massa, e outras estão dispersas em num estroma condromixóide de abundância variável (Jardel, P. et al., 2013).

Apesar da evolução do APP para neoplasia maligna ser rara, a incidência aumenta em tumores com história clínica longa e a acontecer, resulta numa das neoplasias malignas mais agressivas das GS (Ogawa, A. et al., 2008).

II.2.v - Diagnóstico

II.2.v.i - Exame Clínico

Na abordagem pré-operatória do APP, uma anamnese cuidadosa é fundamental. As glândulas devem ser palpadas e observadas, e os seus orifícios de excreção de saliva examinados, aferindo a evacuação da mesma e avaliando a cor, fluidez e odor da saliva. Deve também ser avaliada a dureza da massa existente, fixação aos tecidos circundantes tal como os limites da massa (Ogawa, A. et al., 2008).

O nervo facial, devido à sua relação com a GP, deve ser avaliado a nível da sua função motora e sensorial. Os tumores benignos raramente apresentam paralisia associada, contudo, em casos de infeção aguda ou rápido desenvolvimento do tumor, esta pode registar-se (Ogawa, A. et al., 2008)

Quando a lesão no nervo é permanente, as consequências são importantes, resultando em possíveis úlceras de córnea, lacrimejo, assimetria facial, sensação de dormência e peso na face, dor facial, disfagia, prejuízo da salivação, gustação e hiperacusia (Bittar, R. et al., 2016).

Não há critérios clínicos confiáveis para diferenciar um tumor benigno ou maligno, sendo necessário solicitar exames complementares de diagnóstico para a adequada caracterização dos tumores das GS (Ogawa, A. et al., 2008).

II.2.v.ii. - Exames Complementares de Diagnóstico

Os exames complementares de diagnóstico mais utilizados são: sialografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, mas o diagnóstico definitivo de APP é dado pela realização do exame histopatológico após biópsia incisional ou biópsia por agulha fina (Biguelini, G. et al., 2015).

Para lesões nas GP, Submandibular e Sublingual, o ultrassom é uma ferramenta ideal para avaliação inicial, uma vez que estas são estruturas relativamente superficiais são acessíveis por alta resolução (Lee, Y. et al., 2008).

É um exame de baixo custo e com alta sensibilidade e é recomendado no pré-operatório, já que aproximadamente 90% dos tumores surgem no lobo superficial (Guzzo, M. et al., 2009).

O ultrassom, é um método que oferece excelente resolução na caracterização do tecido, sem risco de radiação. É facilmente combinado com a biópsia de aspiração com agulha fina e se existir uma suspeita auxilia a confirmação da doença, a avaliação da sua extensão, sendo a caracterização da sua malignidade fornecida por este último método (Lee, Y. et al., 2008).

O ultrassom apesar de não invasivo, de se tratar de uma técnica fácil e ser útil na diferenciação de lesões intra e extraglandulares apresenta limitação na avaliação dos espaços profundos da região de cabeça e pescoço, especialmente pela interposição óssea e não permite a visualização de toda a profundidade da GP (lobo medial), devido à interposição da mandíbula (Ribeiro-Rotta, R. et al., 2003).

Assim sendo e dada esta limitação do ultrassom, em lesões de acometimento do lobo profundo da GP ou no envolvimento das glândulas salivares *minor*, a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada devem ser os métodos de eleição (Lee, Y. et al., 2008).

A realização de uma ressonância magnética ou tomografia computadorizada é obrigatória para avaliar o tumor, a sua extensão, a invasão local e a disseminação perineural (Lee, Y. et al., 2008).

A ressonância magnética e a tomografia computadorizada, métodos não invasivos e sensíveis, são ótimos exames complementares de diagnóstico para delinear a extensão completa do tumor, sendo que, a ressonância magnética é superior na diferenciação de tecidos moles, particularmente útil na avaliação de tecido profundo e na identificação do nervo facial na GP, através de técnicas de alta resolução. Ao contrário da tomografia computadorizada, a ressonância magnética não envolve o uso de radiação ionizante (Lee, Y. et al., 2008).

A tomografia computadorizada, apesar de permitir a visualização dos tecidos moles em cortes seccionais, não oferece a definição de detalhes dos mesmos, dificultando o diagnóstico diferencial de lesões localizadas profundamente na região de cabeça e pescoço. Este tipo de exame, requer, na maioria dos casos, altas doses de radiação ionizante e a injeção de meios de contraste (Ribeiro-Rotta, R. et al., 2003).

A biópsia aspirativa com agulha fina permite um diagnóstico histológico definitivo. Este exame é importante na posterior seleção do tratamento ideal e na abordagem pré-operatória do APP (Lee, Y. et al., 2008).

A biópsia aspirativa com agulha fina é um exame de diagnóstico minimamente invasivo, de fácil execução, com baixo custo, utilizado na diferenciação entre lesões neoplásicas e não-neoplásicas, podendo diferenciar entre uma lesão neoplásica benigna ou maligna. No entanto, deste tipo de exame podem surgir algumas complicações, entre elas: hemorragias, hematomas, disseminação neoplásica e lesão do nervo facial. A sua principal desvantagem é fornecer ocasionalmente amostras limitadas, mas é considerado um método exato, sensível e com bom valor preditivo positivo (Buhler, R. et al., 2007).

A biópsia extemporânea é feita no momento da cirurgia e é utilizada para determinação de malignidade e avaliação das margens cirúrgicas, permitindo ao cirurgião obter uma abordagem terapêutica mais precisa. É reconhecida a maior dificuldade e menor exatidão. A biópsia extemporânea deve ser realizada para todas as neoplasias das GS, uma vez que pode influenciar o tratamento cirúrgico do paciente.

Deve ser evitada a biópsia incisional, uma vez que este procedimento, frequentemente exige nova abordagem cirúrgica, produz um maior risco de disseminação tumoral e de lesão do nervo facial (Tiago, R. et al., 2003).

II.2.vi. Abordagem Terapêutica

A abordagem terapêutica no APP é predominantemente cirúrgica. Considera-se a quimioterapia como tratamento adjuvante nos tumores malignos (Junior, A., Almeida, O. e Kowalski, L., 2009).

Também a terapia de radiação tem sido usada no pós-operatório e na recorrência, nas margens microscópicas positivas ou extravasamento celular no ato cirúrgico. Apresenta melhor controlo local, minimiza a morbidade e melhora o prognóstico (Wittekindt, C. et al., 2007; Ghanem, Y. et al., 2016).

II.2.vi.i. - Cirúrgica

O tratamento preferencial para este tipo de tumor é a excisão cirúrgica, uma vez que o APP tem potencial para a transformação maligna, em cerca de 20% e apresenta uma taxa de recidiva que pode atingir os 50% (Jones, A. et al., 2008).

Tal como no tratamento de tumores em GS, a cirurgia é o principal método de tratamento de tumores da GP, no entanto, as técnicas de parotidectomia existentes até hoje foram classificadas de forma diferente: enucleação, parotidectomia superficial parcial, parotidectomia superficial, parotidectomia total e parotidectomia radical (Comoglu, S. et al., 2017).

O risco de danos no nervo facial durante os procedimentos cirúrgicos à GP revelou a importância do conhecimento profundo desta região anatómica. A identificação e exposição do tronco do nervo facial, pode ser difícil porque este está rodeado por tecido conjuntivo denso. Alguns marcos anatómicos, como o processo mastóideo, o processo estilóide, o processo transversal do atlas e eixo, a articulação temporomandibular, o ângulo da mandíbula, a inserção do músculo esternocleidomastóideo, a cartilagem auricular e o ramo mandibular marginal do nervo facial podem ser usados para identificar o tronco do nervo facial. O conhecimento do trajeto e relações anatómicas do nervo facial é essencial para uma intervenção cirúrgica segura e eficaz na região da GP (Reija, M. e Palacio, J., 2016).

O tratamento de escolha para os tumores benignos da GP é a parotidectomia, com preservação do nervo facial (Junior, A., Almeida, O. e Kowalski, L., 2009).

A parotidectomia superficial consiste na remoção do tecido glandular acima do plano do nervo facial, enquanto que a parotidectomia total consiste na remoção de toda a glândula, com preservação da integridade do nervo. A parotidectomia radical,

normalmente só se realiza na presença de uma neoplasia maligna, e nesta existe a remoção da glândula e do nervo facial (Ogawa, A. et al., 2008).

Geralmente, a parotidectomia superficial é realizada nos tumores da GP cuja localização é no lobo superficial, e é feita a ressecção completa deste lobo. A remoção do lobo inteiro da GP visa a obtenção de margem cirúrgica adequada, e assim evita o rompimento de cápsula, minimizando por sua vez o risco de recorrência (Junior, A., Almeida, O. e Kowalski, L., 2009).

Pacientes com lesões menores que 4 cm, móveis e localizadas no lobo superficial da GP são então candidatos a este tipo de cirurgia (Tiago, R. et al., 2003).

A parotidectomia total remove todo o tecido glandular, lateral e medial ao nervo facial e tem principal indicação nos casos de acometimento do lobo profundo da GP (Tiago, R. et al., 2003).

A parotidectomia total para tumores benignos é restrita aos casos onde há acometimento do lobo profundo da GP. Considera-se que a ruptura da cápsula durante a ressecção cirúrgica e margens microscópicas positivas podem levar a recorrências (Junior, A., Almeida, O. e Kowalski, L., 2009).

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), Quando a ressecção do adenoma é realizada muito próximo da sua cápsula, a possibilidade de haver ruptura capsular é muito grande, resultando em uma percentagem estatisticamente significativa de recorrência quando comparado com a parotidectomia superficial ou a parotidectomia total. A enucleação resulta numa taxa de recorrência de 25%, ou seja, 9 vezes superior à parotidectomia superficial (3%) (Tiago, R. et al., 2003).

II.2.vii. - Efeitos Laterais da Abordagem Terapêutica Cirúrgica

II.2.vii.i. - Disfunção do Nervo Facial

A complicação mais frequente no pós-operatório da GP é a disfunção do nervo facial, envolvendo todos ou apenas alguns dos seus ramos. A incidência de paralisia temporária do nervo facial, varia de 9.3% a 64.6% de acordo com a literatura (Thahim, K., Udaipurwala, I. e Kaleem, M. et al., 2012).

O risco de paralisia facial está relacionado com o tamanho do tumor, a relação entre o tumor e o nervo, e a extensão da dissecação. A capacidade de visualizar e controlar o

nervo é essencial para facilitar o correto tratamento do tumor e prevenir a ruptura capsular (Quer, M. et al., 2017).

A paralisia do nervo facial é 2 a 3 vezes maior quando se realiza a parotidectomia total, quando comparada com a parotidectomia superficial. Isto ocorre devido à maior manipulação dos ramos do nervo quando se realiza a parotidectomia total (Tiago, R. et al., 2003)

Na remoção adequada do tumor, a preservação do nervo facial é um objetivo fundamental, dado o efeito negativo significativo sobre a qualidade de vida após o sacrifício do nervo facial. Todos os esforços devem ser feitos para poupar o nervo até que evidências conclusivas exijam a sua remoção (Abt, N. et al., 2017).

Uma parotidectomia radical, na qual o nervo facial é sacrificado, é apenas necessária se o tumor se estiver a desenvolver-se ou a infiltrar-se no nervo facial. Nestes casos, é normal observar-se uma paralisia pré-operatória evidente. Após a ressecção do nervo facial, este é normalmente reparado com a interposição de enxerto de outro nervo. Mesmo com muita experiência por parte do cirurgião, o nervo facial raramente recupera a sua funcionalidade por completo (To, V. et al., 2012).

Quando a lesão no nervo é permanente, as consequências são importantes, resultando em possíveis úlceras de córnea, lacrimejo, assimetria facial, sensação de dormência e peso na face, dor facial, disfagia, prejuízo de salivação e hiperacusia. A parotidectomia superficial continua a técnica mais eficiente ainda disponível, permitindo ao cirurgião, melhores possibilidades de preservar a sua função. Ainda é questionável se a incidência de paralisia facial é maior após a ressecção de tumores malignos devido a uma abordagem cirúrgica mais agressiva ou após lesões benignas, geralmente com uma duração mais longa da doença associada à aderência do tumor e ao processo inflamatório adjacente (Bittar, R. et al., 2016).

II.2.vii.ii - Síndrome de Frey/Síndrome Auriculotemporal

Os tratamentos cirúrgicos de tumores da GP podem causar sudorese gustatória, síndrome de Frey. Na cirurgia, fibras nervosas simpáticas e parassimpáticas são seccionadas no parênquima glandular. Durante a regeneração pós-operatória das fibras, formam-se conexões de fibras parassimpáticas com glândulas sudoríparas da pele, previamente inervadas por fibras simpáticas. Uma vez que, o neurotransmissor da parte simpática do sistema nervoso para a inervação das glândulas sudoríparas é a acetilcolina,

tal como na parte parassimpática, glândulas sudoríparas inervadas originalmente pela parte simpática passam assim a ser inervadas pela parte parassimpática. Durante a ativação da parte parassimpática do sistema nervoso, que acontece por exemplo quando a pessoa tem fome e procura um alimento para comer, ocorre a ativação das glândulas sudoríparas. Com a ativação destas glândulas ocorre a formação de gotículas de suor sobre as bochechas (Paulsen, F. e Waschke, J., 2012).

Ocorre em 35% a 60% dos pacientes submetidos a parotidectomia e está intimamente relacionada com a quantidade de tecido glandular retirado na cirurgia. É mais frequente após parotidectomia total (Tiago, R. et al., 2003).

Este síndrome provoca sintomas habitualmente entre seis semanas a seis meses após a cirurgia, dado o tempo necessário à regeneração nervosa, mas pode demorar mais tempo, estando descritos, na literatura, casos que ocorreram durante 14 anos (Goulart, A., Soares, V. e Koch, P., 2013)

Os sintomas do Síndrome de Frey variam consoante o género. As mulheres tendem a apresentar maior incidência de eritema e pequenas áreas de sudação ou mesmo ausência de sudação. Por outro lado, os homens apresentam sudação em áreas maiores, quatro vezes superiores às mulheres (Goulart, A., Soares, V. e Koch, P., 2013)

Uma vez que o Síndrome de Frey é uma condição que raramente progride, o único motivo para uma intervenção, é o desconforto provocado ao doente (Lee, C. et al., 2017).

Vários tratamentos foram descritos para o tratamento deste Síndrome, entre eles o tratamento tópico que pode ser feito com antitranspirantes ou anticolinérgicos, e o tratamento por injeção de toxina botulínica. Este último método tem sido defendido pelo controle local da hiperidrose, e o seu uso no síndrome de Frey tem evoluindo nos últimos 10 anos. O procedimento está a ganhar maior aplicabilidade devido à sua simplicidade, repetibilidade, natureza minimamente invasiva, efeitos colaterais limitados e viabilidade na sua realização em ambiente ambulatorial. Clinicamente, pode ser eficaz 7 dias após a injeção, e o seu efeito pode durar até 12 meses (Lee, C. et al., 2017).

III. Discussão

Como foi possível verificar ao longo desta revisão bibliográfica, há um grande consenso entre os diversos autores, em relação ao APP (Debnath, S. e Adhyapok, A., 2010; Tiago, R. et al., 2003).

É a neoplasia mais frequente nas GS, e apresenta-se normalmente assintomática e indolor à palpação (Ogawa, A. et al., 2008)

A exposição a terapêuticas com radiação apresenta-se como o fator de risco ambiental principal para o desenvolvimento desta condição patológica. Fatores genéticos têm sido explorados (Debnath, S. e Adhyapok, A., 2010; Ogawa, A. et al., 2008; Licitra, L. et al., 2003).

O ultrassom juntamente com a biópsia aspirativa com punção fina são os exames complementares de diagnóstico de primeira escolha, mas se houver acometimento do lobo profundo da GP, a melhor escolha é ressonância magnética juntamente com a biópsia aspirativa com punção fina. A biópsia extemporânea deve ser sempre realizada, uma vez que permite ao cirurgião uma abordagem terapêutica mais precisa. É consensual entre os autores que a biópsia incisional deve ser evitada (Tan, L. e Khoo, M., 2006; Lee, Y. et al., 2008; Buhler, R. et al., 2007; Tiago, R. et al., 2003).

A Quimioterapia e a Radioterapia têm sido utilizadas com algumas vantagens em associação com a cirurgia. A cirurgia, demonstrou ser o método de eleição para a terapêutica do APP. A parotidectomia superficial para tumores que se localizem no lobo superficial da GP e a parotidectomia total para os que acometem o lobo profundo da glândula. Em relação à parotidectomia é consensual que seja sempre que possível escolhida a menos invasiva, ou seja, a parotidectomia superficial. A parotidectomia total é uma cirurgia que sendo mais invasiva tem uma probabilidade aumentada de provocar efeitos como a disfunção do nervo facial e a síndrome de Frey (Junior, A., Almeida, O. E Kowalski, L., 2009)

A disfunção do nervo facial é o efeito lateral mais frequente resultante da parotidectomia, mais associada a parotidectomia total. Devem ser realizados todos os esforços para evitar a lesão deste nervo, uma vez que compromete a qualidade de vida do doente, ao poder apresentar sintomas como úlceras de córnea, assimetria facial, disfagia ou salivação abundante. Outro dos efeitos laterais da parotidectomia e maioritariamente da parotidectomia total é o síndrome de Frey. Este síndrome caracteriza-se essencialmente por estímulos que deveriam resultar na secreção salivar e que resultam

em sudorese na região da GP, provocando portanto um desconforto no doente. Tratando-se de uma patologia de cabeça e pescoço, cabe ao Médico Dentista diagnosticar e encaminhar corretamente os pacientes acometidos por APP (Abt, N. et al., 2017; Biguelini, G. et al., 2015).

IV. Conclusão

Das neoplasias benignas das GS, o APP é o mais comum, sendo que a glândula salivar onde acontece com mais frequência é a GP. Conhecem-se fatores de risco genéticos e ambientais, dos quais se destaca a Radiação na região de cabeça e pescoço.

O tratamento passa essencialmente pela cirurgia, parotidectomia superficial e total, sendo a sua seleção dependente do tamanho do tumor e da área da GP que afete. A parotidectomia total causa normalmente mais complicações pós-cirúrgicas, complicações essas que se prendem à disfunção do nervo facial e ao síndrome de Frey.

A disfunção do nervo facial é o efeito lateral mais comum, e prende-se com uma paralisia facial. Este pode ser transitório ou permanente, sendo que o definitivo tem muito poucas probabilidades de recuperação na sua totalidade. Dado o impacto na qualidade de vida dos pacientes, deve ser sempre feito o máximo de esforço para preservar o nervo facial, o que passa por um bom conhecimento da região anatômica onde a GP está inserida, tal como um correto diagnóstico, de modo a que a escolha da cirurgia possa ser a menos invasiva possível.

O síndrome de Frey é outra das frequentes complicações da parotidectomia, que se caracteriza pela sudorese provocada na região da GP, e acontece mais frequentemente quando os pacientes são submetidos a parotidectomia total.

Dado o potencial de transformação maligna e as complicações inerentes ao crescimento tumoral, o diagnóstico precoce é determinante. O Médico Dentista está numa posição privilegiada para atuar neste sentido e promover um encaminhamento atempado e adequado.

V. **Bibliografia**

- Abdullah, A., Rivas, F. e Srinivasan, A. (2013). Imaging of the salivary glands, *Salivary Gland Disorders*, 48(1), pp. 17–32.
- Abt, N. et al. (2017). Facial nerve sacrifice during parotidectomy: A cautionary tale in pathologic diagnosis, *American Journal of Otolaryngology*, 38(3), pp.358–359.
- Biguelini, G. et al. (2015). Adenoma Pleomórfico: características clínicas e protocolo diagnóstico, *Salusvita*, 34(2), pp. 327-339.
- Bittar, R. et al. (2016). Facial paralysis after superficial parotidectomy: analysis of possible predictors of this complication, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 82(4), pp. 447–451.
- Buhler, R.. et al. (2007). Punção Aspirativa por Agulha Fina em Lesões de Glândula Parótida, *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 11(3), pp. 294–299.
- Comoglu, S. et al. (2017). Comprehensive analysis of parotid mass: A retrospective study of 369 cases, *Auris Nasus Larynx*, 6(3), pp. 221-229.
- Debnath, S. e Adhyapok, A. (2010). Pleomorphic Adenoma of the Minor Salivary Glands of the Upper Lip, *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 9(2), pp. 205–208.
- Drake, R., Vogl, W. e Mitchell, A. (2010). *Gray's*. Rio de Janeiro, Brasil, Elsevier.
- Fagan, J. (2016). Atlas Livre de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. [Em linha]. Disponível em <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Parotidectomy.pdf>. [Consultado em 10/07/2017].
- Ghanem, Y. et al. (2016). Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: Institutional experience and review of the literature, *Journal of Surgical Oncology*, 114(6), pp. 714–718.
- Goulard, A. Soares, V. e Koch, P. (2013). Prevalência do Síndrome de Frey após Parotidectomia, *Revista Portuguesa de Cirúrgia*, 24(2), pp. 29-35.
- Guzzo, M. et al. (2009). Major and minor salivary gland tumors, *Critical Reviews in Oncology and Hematology*, 74(2), pp. 134–148.
- Holsinger, F. e Bui, D. (2007). Anatomy, Function, and Evaluation of the Salivary Glands, *Salivary Glands Disorders*, 9(3), pp. 1–16.
- Jardel, P. et al. (2013). Adénomes pléomorphes parotidiens récidivants: place de la radiothérapie, *Radiotherapie*, 18(1), pp. 68–76.
- Jones, A. et al. (2008). The range and demographics of salivary gland tumours diagnosed in a UK population, *Oral Oncology*, 44(4), pp. 407–417.
- Lee, C. C., Chan, R. C. e Chan, J. Y. (2017). Predictors for Frey Syndrome Development After Parotidectomy, *Annals of Plastic Surgery*, 79(1), pp. 1–3.

- Lee, Y. Y. P. et al. (2008). Imaging of salivary gland tumours, *European Journal of Radiology*, 66(3), pp. 419–436.
- Licitra, L. et al. (2003). Major and minor salivary glands tumours, *Critical Reviews in Oncology/hematology*, 45(2), pp. 215–225.
- Liu, H. et al. (2016). Comparison of functional change in parotid gland after surgical excision of pleomorphic adenoma by two different types of parotidectomy, *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 122(4), pp. 385–391.
- Neves, J. C., Lima, M. C. e Sobral, A. P. (2007). A clinicopathologic study of 106 pleomorphic adenomas of the major salivary glands, *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 43(5), pp. 347–354.
- Ogawa, A. I. et al. (2008). Salivary Glands Neoplasms, *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*, 12(3), pp. 409–418.
- Paulsen, F. e Waschke, J. (2012). *Sobotta*. Rio de Janeiro, Brasil, Guanabara Koogan.
- Quer, M., et al. (2017). Surgical options in benign parotid tumors : a proposal for classification, *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 17(2), pp. 1-12.
- Reija, M. F. G., Palacio, J. C. B. (2016). Bifid Facial Nerve Trunk, *Journal of Craniofacial Surgery*, 27(6), pp. 541–543.
- Ribeiro-Rotta, R. F. et al. (2003). O papel da ressonância magnética no diagnóstico do adenoma pleomórfico: revisão da literatura e relato de casos, *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(5), pp. 699–707.
- Tan, L. e Khoo, M. (2006). Accuracy of Fine Needle Aspiration Cytology and Frozen Section Histopathology for Lesions of the Major Salivary Glands, *Annals Academy of Medicine*, 35 (6), pp. 242-248.
- Takahama, A., De Almeida, O. P. e Kowalski, L. P. (2009). Parotid neoplasms: Analysis of 600 patients attended at a single institution, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(4), pp. 497–501.
- Thahim, K., Udaipurwala, I. H. e Kaleem, M. (2013). Clinical manifestations , treatment outcome and post-operative complications of parotid gland tumours — an experience of 20 cases, *Journal Of Pakistan Medical Association*, 63(12), pp. 1472–1475.
- Tiago, R. S. L. et al. (2003). Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos, *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69(4), pp. 485–489.
- To, V. S. H. et al. (2012). Review of Salivary Gland Neoplasms, *ISRN Otolaryngology*, 12(1), pp. 1–6.
- Wittekindt, C. et al. (2007). Recurrent Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: Analysis of 108 Consecutive Patients, *Wiley InterScience*, 31(2), pp. 822–828.
- Yousem, D e Grossman, R. (2011). *Requisitos em Neurrorradiologia*. Rio de Janeiro, Brasil, Elseiver.