



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**MARCELA PESSOA DE MELO**

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA NA RESOLUÇÃO DE COMPLICAÇÃO PÓS-  
OPERATÓRIA DECORRENTE DA RESSECÇÃO DE MIOEPITELIOMA EM  
MAXILA**

**CAMPINA GRANDE / PB**

**2016**

**MARCELA PESSOA DE MELO**

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA NA RESOLUÇÃO DE COMPLICAÇÃO PÓS-  
OPERATÓRIA DECORRENTE DA RESSECÇÃO DE MIOEPITELIOMA EM  
MAXILA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Odontologia da  
UEPB – Campus I como requisito para a  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.  
Área de concentração: Diagnóstico Oral

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Pollianna Muniz Alves

**CAMPINA GRANDE / PB**

**2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

M528r Melo, Marcela Pessoa de.  
Reabilitação protética na resolução de complicação pós-operatória decorrente da ressecção de mioepitelioma em maxila [manuscrito] / Marcela Pessoa de Melo. - 2016.  
27 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)  
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves,  
Departamento de Odontologia".

1. Mioepitelioma. 2. Glândulas salivares. 3. Prótese  
Maxilofacial. I. Título.

21. ed. CDD 617.69

MARCELA PESSOA DE MELO

REABILITAÇÃO PROTÉTICA NA RESOLUÇÃO DE COMPLICAÇÃO PÓS-  
OPERATÓRIA DECORRENTE DA RESSECÇÃO DE MIOEPITELIOMA EM  
MAXILA

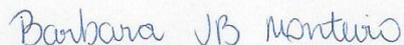
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Odontologia da  
UEPB – Campus I como requisito para a  
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovada em: 18/10/2016.

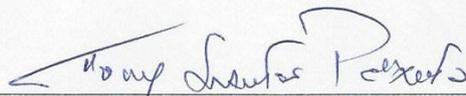
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Pollianna Muniz Alves  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Bárbara Vanessa de Brito Monteiro  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Msc. Tony Santos Peixoto  
Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital da FAP

À minha Mãe, pela dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer. Por isso, lutar, conquistar, vencer e até mesmo cair e perder, e o principal, viver é o meu modo de agradecer sempre.

Agradeço à minha mãe Josedite Maria Paiva Pessoa, por toda confiança depositada em mim, pelo esforço e luta durante todo o curso.

Ao meu pai Marcelo Macêdo de Melo, pelo carinho e afeto.

Às minhas irmãs Milena Pessoa e Mayara Pessoa, pelo carinho, compreensão e apoio.

*In memoriam* ao meu avô José Alves Pessoa Sobrinho por todos os conselhos e amor dados.

À professora Bárbara Vanessa de Brito Monteiro, por toda paciência, empenho ao longo deste trabalho.

À professora Pollianna Muniz Alves, por toda sua competência em sua profissão.

Ao professor Tony Santos Peixoto, pela confiança e presteza, meu grande exemplo e espelho de profissional e cirurgião que com muita competência conduz sua profissão.

Ao professor Fernando Antônio Portela da Cunha Filho por todos os ensinamentos e ajudas compartilhadas, ser humano e profissional ímpar.

Agradeço as minhas tias e tios que tanto acreditaram junto comigo que meu sonho de cursar Odontologia tornasse realidade.

Não poderia deixar de agradecer pelo companheirismo, dignidade, carinho, autenticidade e amizade da minha dupla Naná Carvalho. Obrigada pelos momentos tristes, alegres e na cumplicidade do dia-a-dia.

À minha Patotinha: Amanda Aragão, Andreza Azevedo, Iroildo Filho e Laryssa Viana, amo vocês pra sempre.

Aos amigos que fiz, nos outros semestres, de outras turmas e que hoje são ou estão caminhando para serem excelentes profissionais.

À Universidade Estadual da Paraíba e aos funcionários, pelo atendimento que nos foi necessário.

A todos estes, os meus sinceros agradecimentos.

"Tenho em mim todos os sonhos do mundo."  
**Fernando Pessoa**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>9</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 RELATO DE CASO.....</b>	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

# REABILITAÇÃO PROTÉTICA NA RESOLUÇÃO DE COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DECORRENTE DA RESSECÇÃO DE MIOEPITELIOMA EM MAXILA

Marcela Pessoa de Melo\*

## RESUMO

O mioepitelioma é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um tumor benigno raro de glândulas salivares. O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de mioepitelioma em glândulas salivares menores com achados histopatológicos incomuns. A lesão exibia grande dimensão e acarretou comunicação bucossinusal após a sua remoção. Paciente de 52 anos de idade exibiu um aumento de volume no palato, assintomático, medindo cerca de 5,0 x 5,0 cm de diâmetro. Após remoção da lesão, o exame histopatológico revelou características pouco usuais para esta lesão, como a presença de focos basofílicos de calcificação, compatíveis com corpos psammoma. A ressecção do tumor trouxe como consequência uma comunicação bucossinusal. Posteriormente, a paciente foi submetida à tentativa de fechamento da comunicação através de reposicionamento de retalho jugal para o palato, não havendo êxito. Portanto, o tratamento reabilitador com intuito de confeccionar uma prótese obturadora reestabelecendo a estética e função oral foi realizado. Dessa forma, conclui-se que o mioepitelioma é uma lesão rara que necessita de diagnóstico acurado. Embora seja uma neoplasia benigna, pode causar sequelas ao paciente em casos que atinge grandes proporções, acarretando a necessidade de tratamentos reabilitadores.

**Palavras-Chave:** Mioepitelioma. Glândulas Salivares. Prótese Maxilofacial.

---

\* Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: marcelapessoa90@gmail.com

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AP</b>	Adenoma Pleomórfico
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAAF</b>	Punção Aspirativa por Agulha Fina
<b>BMP</b>	<i>Bone Morphogenetic Protein</i> (Proteínas Morfogenéticas do Osso)

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 A) Aspecto clínico da lesão. B) Exame radiográfico (Panorâmica Convencional). C) Ressecção do tumor. D) Peça cirúrgica. 17
- Figura 2 A) Proliferação bem circunscrita das células mioepiteliais tumorais. Superficialmente observa-se epitélio de revestimento e lâmina própria (HE, 40X). B) Áreas de estroma mixóide e de estroma fibroso, bem como proliferação de células mioepiteliais (HE, 100X). C) Formações calcificadas basofílicas compatíveis com corpos psammoma (setas) em meio à proliferação de células mioepiteliais de citoplasma eosinofílico e núcleo excêntrico (plasmocitóides) (HE, 400X). D) Área de estroma mixóide fortemente positivo para Alcian Blue (100X). 18
- Figura 3 A) Moldagem superior para confecção de prótese obturadora. B) Prova de estrutura metálica para realização de acrilização. C) Prótese obturadora instalada na paciente. D) Paciente em oclusão após instalação da prótese. 19

## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias das glândulas salivares constituem menos de 1% dos tumores em geral e 3% a 5% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. Nesta localização, a maioria tem predileção pelas glândulas parótidas, seguido pelas submandibulares e pelas glândulas salivares menores. Cerca de 15% a 25% desses tumores, acometem as de glândulas salivares menores (DALGIC et al., 2014; OKUMOTO et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) há uma grande variabilidade histopatológica nos tumores de glândulas salivares. O mioepitelioma é classificado como sendo um tumor benigno das glândulas salivares, tendo sido descrito pela primeira vez por Sheldon em 1943 e considerado uma variante do adenoma pleomórfico. Há relatos de sua ocorrência em diversas estruturas glandulares, entretanto, as glândulas parótidas e as glândulas salivares menores do palato, são as mais acometidas (HUNT et al., 2011; GNEPP et al., 2013).

Gore et al. (2013) relataram que para esta lesão, não foi detectada predileção para a faixa etária ou sexo. Ainda que os mioepiteliomas não apresentem características clínicas específicas que os diferenciem, são geralmente caracterizados clinicamente como massas indolores de crescimento lento que chegam a grandes proporções. De forma geral, apenas o exame físico, não é eficaz para diagnosticar um tumor em glândulas salivares. Sendo assim, biópsia, exame de imagem ou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) são indicadores ideais para o correto diagnóstico e escolha da melhor conduta terapêutica (JEONG et al., 2013).

Histopatologicamente, o mioepitelioma exibe grande variação arquitetônica, sendo composto por células mioepiteliais com características fusiformes, plasmocitóides e/ou epitelióides. Podem também apresentar células com características citoplasmáticas basalóides ou oncocíticas, sendo o arranjo ductiforme discreto ou ausente (GNEPP et al., 2013). Neste sentido, de acordo com Santos et al. (2011), não é esperado que o mioepitelioma apresente diferenciação de elementos ductais e, quando presente, constitui menos do que 5% do parênquima do tumor. Sendo assim, este aspecto é muito útil para distinguir esta lesão de um adenoma pleomórfico.

De forma geral, em determinados espécimes remetidos para análise histopatológica, podem ser identificadas calcificações que podem ser classificadas como: corpos psammomas, calcificação estromal ou formação de osso. Os corpos psammomas são focos de calcificações esféricas com laminações concêntricas, que são normalmente localizados dentro do estroma do tumor. Sabe-se que os membros de proteínas morfogenéticas do osso (BMPs) são capazes de induzir a formação de osso ectópico nessas regiões (BAI et al., 2009).

No que concerne ao tratamento do mioepitelioma, sabe-se que este se baseia na excisão cirúrgica completa, com uma margem de segurança adequada, uma vez que a excisão incompleta torna a recorrência do tumor viável e dificuldades em futuras abordagens cirúrgicas (DALGIC et al., 2014).

Em alguns casos, a intervenção cirúrgica pode levar a comunicação entre a cavidade oral, nasal e seio maxilar. Em decorrência disto, o paciente não executa funções normais como mastigação, deglutição e fala. Para a correção das possíveis sequelas, a cirurgia reparadora e a prótese obturadora são comumente usadas como um meio eficaz para a reabilitação de pacientes com defeitos palatinos, agindo como barreira entre a comunicação e as demais cavidades (SINGH et al., 2013; VARGHESE et al., 2014).

Diante deste contexto, o objetivo deste trabalho é descrever sobre os achados histopatológicos pouco usuais, como corpos psammomas, de um mioepitelioma de grande extensão no palato, enfatizando o tratamento reabilitador protético após ressecção do tumor, que teve como seqüela uma comunicação bucosinusal, restituindo a estética e função estomatognática da paciente.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Os tumores de glândulas salivares representam 3% a 5% de todos os tumores de cabeça e pescoço, e apresentam uma grande diversidade morfológica. De 15% a 25% dos tumores de cabeça e pescoço, correspondem a neoplasias de glândulas salivares menores, apresentando predileção anatômica pelas glândulas parótidas, seguida pelas submandibulares e pelas glândulas salivares menores (SILVEIRA et al., 2006; HUNT et al., 2011; DALGIC et al., 2014; OKUMOTO et al., 2015).

O mioepitelioma representa menos de 1% de todos os tumores de glândulas salivares. Esta lesão foi descrita pela primeira vez por Sheldon em 1943, e foi então considerado uma variante do Adenoma Pleomórfico (AP) com diferenciação exclusivamente mioepitelial. Entretanto, outros autores consideram que este tumor representa um componente de um espectro biológico que também inclui alguns APs e adenomas de células basais. Neste sentido, Karukayil et al. (2015) defende que o mioepitelioma exibe algumas características semelhantes ao AP, embora a inclusão dos elementos ductais seja muito rara. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 1991 considerou que o mioepitelioma é uma entidade patológica distinta com um comportamento biológico diferente dos tumores mistos. (SANTOS et al., 2011; KARUKAYIL et al., 2015).

Sabe-se que os mioepiteliomas têm origem a partir da transformação neoplásica de células mioepiteliais. Estas células, assim como todo o parênquima glandular salivar, são de origem ectodérmica, e possuem características de células musculares lisas contráteis, podendo ser identificadas em muitos tecidos normais com função secretora, tais como glândulas mamárias, lacrimais e sudoríparas. Histopatologicamente, as células mioepiteliais encontram-se no lado epitelial da membrana basal, e envolvem os ácinos e a parte inicial do sistema de ductos destas glândulas, supondo-se então que sejam responsáveis pela expulsão e propagação das secreções do ácino em direção ao ducto (T-PING et al., 2004; YADAV et al., 2013; KUHN-DALL' MAGRO et al., 2014).

A predileção quanto à localização do mioepitelioma são, as glândulas parótidas e glândulas salivares menores do palato. De forma geral, as neoplasias das glândulas salivares, apesar de raras e de compreenderem uma grande variedade de subtipos histológicos, manifestam-se clinicamente de forma semelhante. Os sinais e sintomas dependem do local e

tamanho do tumor, sendo que, geralmente, os pacientes queixam-se de uma massa indolor, disfagia, comprometimento da fala, otalgia e desconforto intra-oral. Clinicamente, observa-se uma massa consistente, assintomática, de crescimento lento, bem circunscrita, variando de 1,0 a 5,0 cm de diâmetro (SANTOS et al., 2011; SETHI et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013).

Macroscopicamente, o mioepitelioma é um espécime bem circunscrito com uma aparência externa lisa, uniforme e exibindo uma fina cápsula fibrosa. Microscopicamente, apresenta padrões de crescimento morfológico sólido, mixóide e reticular e morfologia celular bem distinta, podendo apresentar células fusiformes, plasmocitóides, epitelióides e células claras. Esta histomorfologia reflete a variedade do comportamento biológico deste tumor e na dificuldade de diagnóstico e classificação (PARK et al., 2011; KARUKAIYL et al., 2015). De acordo com Gore et al. (2013) para o diagnóstico de mioepitelioma, o componente epitelial deve ser inferior a 5% - 10% ou não exibir componente ductiforme. No entanto, para Yadav et al (2013) os padrões morfológicos celulares não refletem diferenças na taxa de recorrência, comportamento biológico, ou a idade do paciente.

Em diversos tipos de lesões, sejam benignas ou malignas calcificações basofílicas podem ser evidenciadas histopatologicamente. No entanto, o mecanismo para o surgimento destes achados permanece obscuro. As calcificações podem ser classificadas como corpos psammoma, calcificação estromal ou formação de osso. Há relatos de corpos psammoma em alguns tumores glandulares, como o carcinoma papilar da tireóide, cistadenocarcinoma seroso do ovário e meningioma, porém são achados raros nos tumores de glândulas salivares. As interações moleculares sobre a formação de corpos psammoma são incertas, sabe-se que proteínas morfogenéticas do osso (BMP's) são capazes de induzir a formação de osso ectópico no estroma do tumor (BAI et al., 2009; JEONG et al., 2013; REKHI et al., 2015).

Das et al. (2009) e Motohara et al. (2010) sugerem que corpos psammoma ao invés de serem fruto de uma calcificação distrófica, são resultado de um mecanismo relacionado a um processo biológico ativo, levando à degeneração de células tumorais, processo este que retarda o crescimento e a proliferação neoplásica. Morfológicamente, esta calcificação é configurada como focos de calcificação esférica com laminações concêntricas, e é normalmente localizada dentro do estroma do tumor.

Clinicamente, o diagnóstico diferencial para mioepitelioma inclui outros tumores do palato, incluindo lesões reativas e neoplásicas, tais como: adenoma pleomórfico, abscessos, mucocele, schwannoma, neurofibroma, leiomioma, histiocitoma fibroso benigno,

plasmocitoma extramedular, rabdomiossarcoma, neoplasias musculares lisas, carcinoma mucoepidermóide e carcinoma mioepitelial. Estas lesões compartilham de características clínicas e radiológicas comuns, de modo que a biópsia é necessária para a confirmação do correto diagnóstico (SANTOS et al., 2011; SPERANDIO et al., 2011; YADAV et al., 2013; OKTAY et al., 2014). Neste sentido, Yadav et al. (2013) e Oktay et al. (2014) descrevem que o carcinoma mioepitelial geralmente são invasivos, destrutivos, porém metástases à distância são raras. Histopatologicamente observa-se aumento da atividade mitótica (> 7 por 10 campos de maior aumento), presença de atipia celular, pleomorfismo celular e necrose.

De forma geral, o tratamento do mioepitelioma, recomenda-se a realização de ressecção de toda lesão, com margens de segurança, seguido com preservação do caso (POLICARPO et al., 2016). No entanto, o tratamento inicial e a técnica cirúrgica para o mioepitelioma são definidos de acordo com o sítio anatômico e o tamanho da lesão. Como previamente mencionado, opta-se pela ressecção total da lesão com margem de segurança, porém, esta abordagem pode resultar em sequelas às estruturas anatômicas adjacentes e levar a distúrbios funcionais como a hipernasalidade, dificuldades na mastigação e deglutição, distúrbios estéticos e até mesmo psicológicos, sendo a reabilitação um desafio a ser enfrentado pelos profissionais envolvidos (AGUIAR et al., 2013).

Historicamente, de acordo com a literatura levantada por Goiato et al. (2006) a confecção de próteses indicadas para defeitos palatais tem sido empregada por muitos anos. Ambroise Paré foi pioneiro em utilizar meios artificiais para fechar um defeito palatal no início dos anos 1500. Claude Martin retratou a utilização de uma prótese cirúrgica obturadora em 1875. Fry descreveu a utilização de impressões antes da cirurgia, em 1927, e Steadman descreve o uso de uma prótese de resina acrílica revestidas com guta-percha para segurar um enxerto de pele no espaço de um defeito de uma maxilectomia em 1956.

Varghese et al. (2014) relatam que os objetivos de obturação são para fornecer o controle de emissão nasal e ressonância nasal inadequados durante a fala e para evitar a fuga de alimentos para dentro da passagem nasal durante a deglutição. Quanto à abordagem da altura e contorno do rebordo residual, a profundidade de sulco em pacientes dentados ou desdentados, são fatores importantes que irão amparar positivamente na confecção da prótese obturadora. Um rebordo alveolar alto, de característica quadrada ou oval fornece melhor retenção, estabilidade e apoio a retenção da prótese obturadora. Os dentes também são fatores de grande importância, pois neles a prótese irá ancorar minimizando o basculamento da

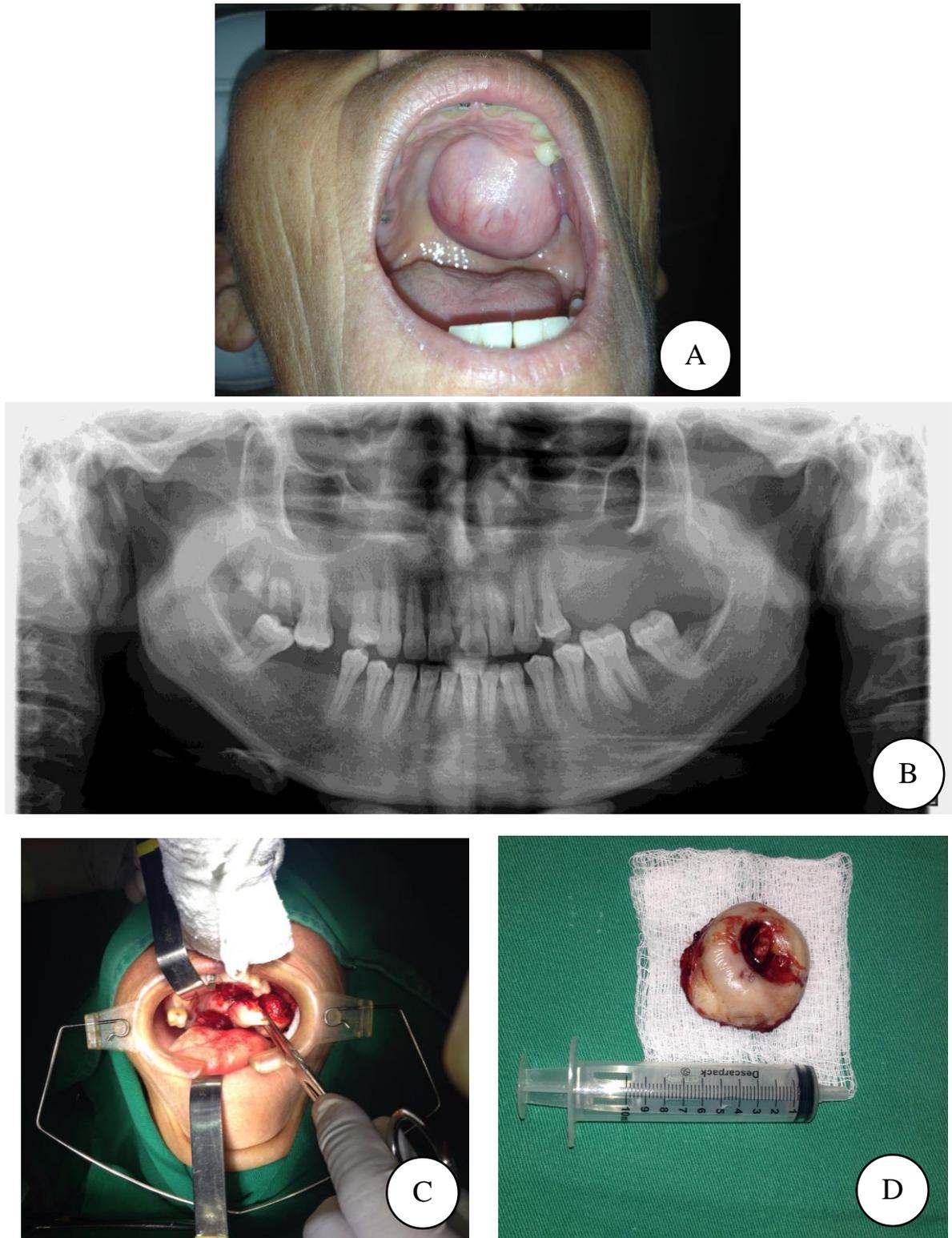
prótese, respeitando a estabilidade da oclusão (SINGH et al., 2013; VARGHESE et al., 2014; OTOMARU et al., 2015).

### 3 RELATO DE CASO

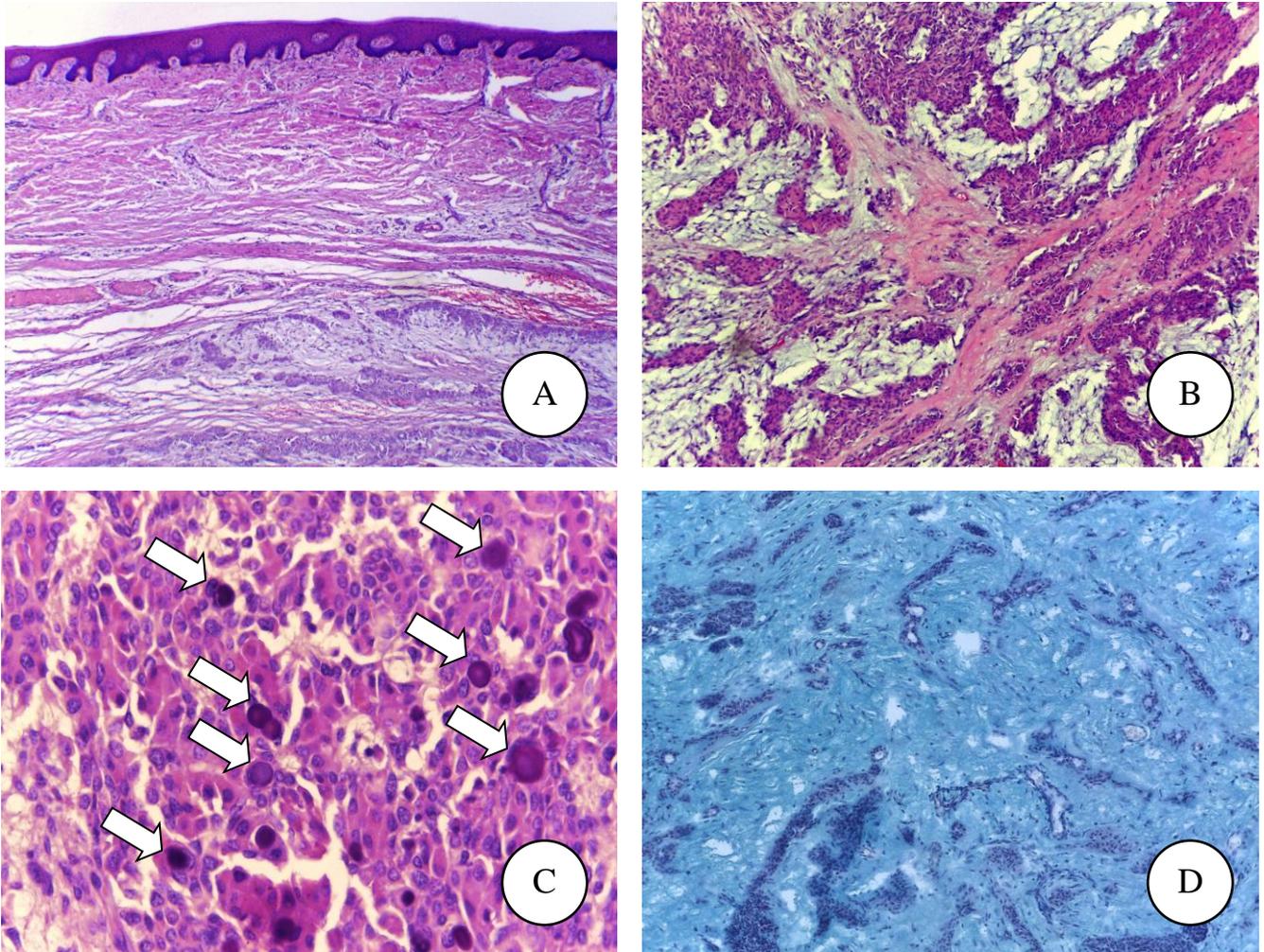
Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, leucoderma, foi encaminhada para o serviço de Estomatologia e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da FAP, para tratamento de lesão tumoral em palato. Durante a anamnese, queixou-se de um “inchaço dentro de sua boca” (SIP) e grande desconforto. No exame intrabucal foi observado na região de palato duro do lado esquerdo um aumento de volume, indolor, com superfície lisa, coloração normal da mucosa, medindo aproximadamente 5,0 x 5,0 cm de diâmetro (Figura 1-A). Ao exame de imagem, não se evidenciou alterações ósseas significativas, exceto ausências de alguns dentes e presença de raízes residuais do lado oposto à lesão (Figura 1-B). Diante destes achados clínicos formulou-se a hipótese diagnóstica de Adenoma Pleomórfico.

Foi realizada biópsia incisional, e o fragmento foi encaminhado para análise histopatológica, tendo como resultado sugestivo de Adenoma Pleomórfico. Desta forma, optou-se por ressecção do tumor (Figura 1-C), na qual, macroscopicamente foi visto um fragmento de tecido mole esbranquiçado e área central enegrecida sugestiva de ulceração, formato arredondado, consistência borrachóide, medindo 4,5 x 4,0 x 2,0cm (Figura 1-D). Os cortes histológicos analisados microscopicamente revelaram neoplasia benigna de glândula salivar, exibindo intensa proliferação de células mioepiteliais de morfologia epitelióide, angulada e plasmocitóide. A lesão era bem circunscrita, exibindo espessa cápsula de tecido conjuntivo fibroso. Áreas mixóides, hialinizadas e fibrosas foram observadas no estroma. Estruturas basofílicas calcificadas, compatíveis com corpos psammoma também foram observadas no espécime (Figuras 2-A, 2-B e 2-C). Foi realizada coloração especial para Alcian Blue, que se mostrou fortemente positivo nas áreas mixóides (Figura 2-D). O diagnóstico foi conclusivo para Mioepitelioma.

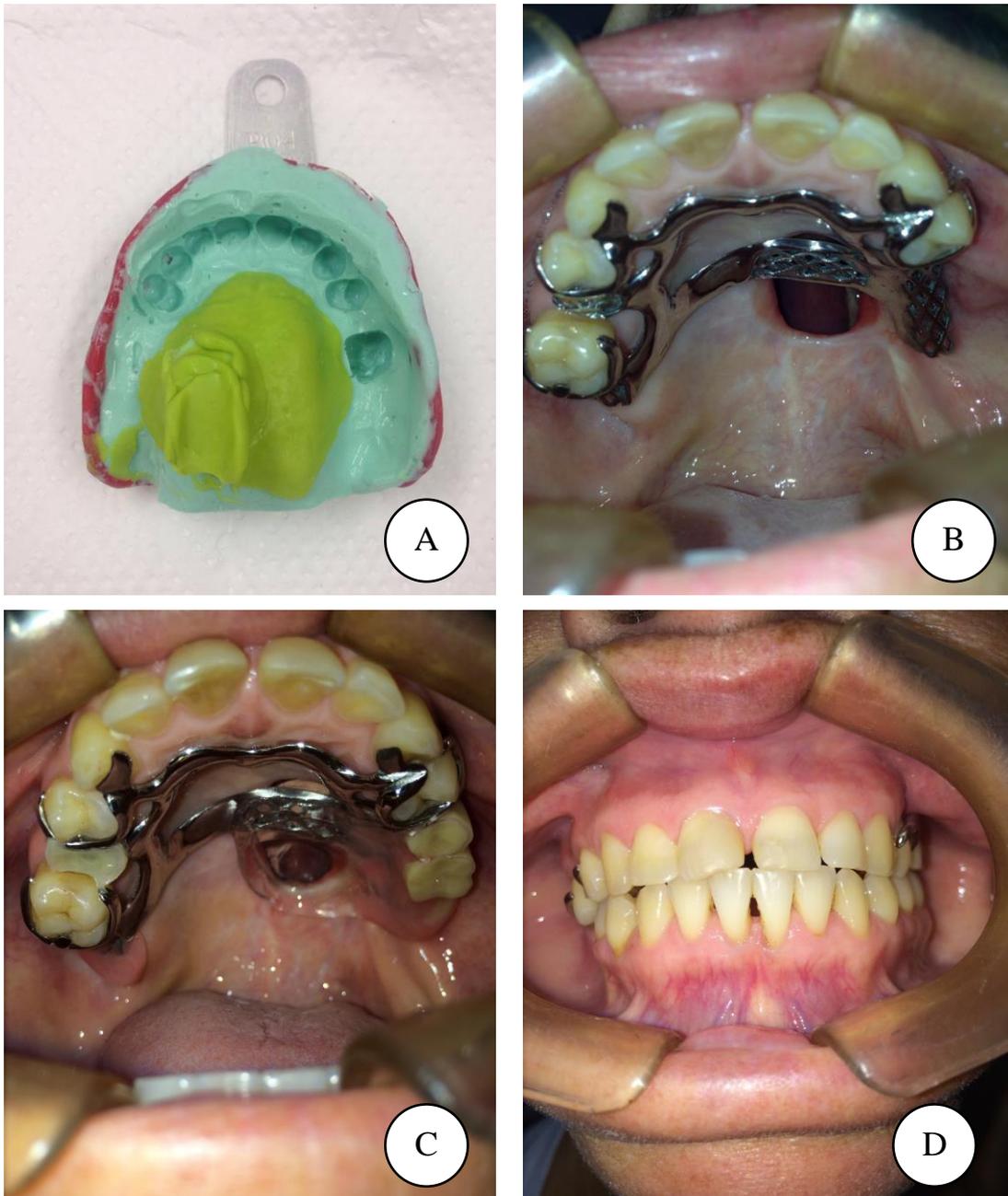
Após dezesseis meses da realização da ressecção do tumor, a paciente foi submetida à moldagem para obtenção do modelo de gesso e confecção da prótese obturadora removível maxilar (Figura 3-A e 3-B), semelhante a uma prótese parcial removível. O obturador maxilar foi confeccionado com grampos estéticos que não seriam visualizados durante a fala ou o sorriso, devolvendo à estética e a função da paciente (Figura 3-C e 3-D).



**FIGURA 1:** A) Aspecto clínico da lesão. B) Exame radiográfico (Panorâmica Convencional). C) Ressecção do tumor. D) Peça cirúrgica.



**FIGURA 2:** A) Proliferação bem circunscrita das células mioepiteliais tumorais. Superficialmente observa-se epitélio de revestimento e lâmina própria (HE, 40X). B) Áreas de estroma mixóide e de estroma fibroso, bem como proliferação de células mioepiteliais (HE, 100X). C) Formações calcificadas basofílicas compatíveis com corpos psammoma (setas) em meio à proliferação de células mioepiteliais de citoplasma eosinofílico e núcleo excêntrico (plasmocitóides) (HE, 400X). D) Área de estroma mixóide fortemente positivo para Alcian Blue (100X).



**FIGURA 3:** A) Moldagem superior para confecção de prótese obturadora. B) Prova de estrutura metálica para realização de acrilização. C) Prótese obturadora instalada na paciente. D) Paciente em oclusão após instalação da prótese.

## 4 DISCUSSÃO

O mioepitelioma é uma neoplasia benigna de glândulas salivares composta principalmente por células mioepiteliais, diferindo do adenoma pleomórfico por não ter componente ductal ou apresentar menos que 5% de elementos ductais no parênquima do tumor. Na cavidade oral, o palato é o local mais frequente de ocorrência do mioepitelioma, desta forma, o presente caso relatado corrobora esta tendência. No entanto, para o diagnóstico acurado se fazem necessários exames complementares, como biópsia ou punção aspirativa por agulha fina (PAAF) (HUNT et al., 2011; GNEPP et al., 2013; DALGIC et al., 2014; KULKARNI et al., 2015), que é um método bastante utilizado para diagnóstico de tumores de glândulas salivares, mas no presente caso, optou-se inicialmente por uma biópsia incisional.

O mioepitelioma pode aparecer em indivíduos de qualquer idade, sem qualquer preferência por sexo, porém no geral as neoplasias benignas de glândulas salivares apresentam predileção pelo sexo feminino. O tumor geralmente aparece como uma massa assintomática que aumenta lentamente em tamanho ao longo de um período de vários meses ou anos (PARK et al., 2011; KARUKAIYL et al., 2015), o que pôde ser confirmado no presente caso, uma vez que a paciente relatou que a lesão exibiu crescimento lento de mais ou menos quatro anos.

Macroscopicamente, mioepitelioma é uma massa bem circunscrita com uma aparência externa lisa e uniforme e superfície esbranquiçada. Também se observa uma cápsula fibrosa fina nesses tumores. Microscopicamente, mioepitelioma é caracterizado por grupos de células mioepiteliais que estão intimamente dispostos em ninhos. A conformação celular neoplásica mioepitelial comumente mostra células ovóides com núcleo excêntrico e citoplasma eosinofílico, denominadas de plasmocitóides. No entanto, devido à sua raridade e histopatologia variável, o diagnóstico preciso do mioepitelioma é difícil (PARK et al., 2011; KARUKAIYL et al., 2015).

Santos et al. (2011) e Oktay et al. (2014) afirmaram que a diferenciação de mioepitelioma e adenoma pleomórfico é um desafio, embora o mioepitelioma seja composto exclusivamente por células mioepiteliais, enquanto o adenoma pleomórfico é composto por uma proliferação de células mioepiteliais e elementos ductais epiteliais em proporções variáveis. No presente relato esta diferenciação não foi complexa, pois o componente ductal foi escasso, confirmando assim a constatação do diagnóstico de mioepitelioma.

Os padrões microscópicos de crescimento podem ser do tipo sólido, mixóide, reticular, ou alguma combinação destes. Além disso, as células mioepiteliais neoplásicas podem ter diferentes morfologias, além das plasmocitóides, apresentando-se como células fusiformes, epitelióides ou células claras (SETHI et al., 2012; YADAV et al., 2013). No presente caso, esta diversidade morfológica característica da lesão pôde ser observada, uma vez que houve variabilidade nos padrões de arranjo da lesão, porém, observou-se predomínio de células com características plasmocitóides, corroborando com os achados de Sethi et al. (2012), pode-se observar predominância de células mioepiteliais plasmocitóides.

Um achado histopatológico pouco usual nos mioepiteliomas pôde ser observado no caso relatado, à presença de estruturas basofílicas calcificadas, compatíveis com corpos psamoma também foram observadas no espécime avaliado. Estas estruturas apresentam etiologia incerta e são considerados produtos de calcificação distrófica, sendo resultado de uma atividade biológica ativa que leva a degeneração das células tumorais, desta forma reduzindo o crescimento e a proliferação neoplásica. Outra possibilidade é que representem um mecanismo no qual proteínas morfogenéticas do osso (BMP's) sejam capazes de induzir a formação de osso ectópico no estroma do tumor (BAI et al., 2009; KNACKSTEDT et al., 2016).

Das et al. (2009), em um estudo ultraestrutural, mostraram que o espessamento da lâmina basal da base vascular da neoplasia é seguido por uma ação de trombose, calcificação e necrose das células tumorais conduzindo a formação de corpos psammoma. No mesmo estudo, os autores discutem sobre estes achados em cistadenocarcinoma seroso de ovário e meningioma, revelando que a produção de colágeno pelas células neoplásicas e a subsequente calcificação seria responsável pela formação de corpos psammoma, servindo ainda como barreira de difusão da neoplasia. Infere-se assim que as calcificações basofílicas visualizadas no presente caso, pode também advir deste mecanismo etiológico para corpos psammoma, sugerindo assim que a presença de corpos psammoma em mioepiteliomas pode ser indicador de um bom prognóstico ou crescimento limitado da lesão.

Outro achado histopatológico interessante foi que ao longo de grande parte do tumor observaram-se áreas de estroma mixóide fortemente positivo para coloração com Alcian Blue, confirmando a abundância de material mucóide nestas áreas.

O tratamento de todos os tipos de mioepitelioma na cavidade oral é a excisão cirúrgica com margens de tecido saudável. O potencial de recorrência está correlacionado com as

bordas de ressecções incompletas que ali permaneçam (SPERANDIO et al., 2011; YADAV et al., 2013), por esta razão foi decidido como método para o caso em questão a ressecção de todo o tumor, obtendo excelente resultado do pós cirúrgico e ausências de recidiva após um ano e meio do tratamento cirúrgico.

A paciente do caso relatado apresentou uma seqüela devido a um defeito após a ressecção do tumor, seqüela esta denominada de comunicação bucossinusal. Dentre as principais complicações que podem ocorrer com as ressecções de lesões, a abertura do palato é uma seqüela comum devido à localização da lesão, e com isso, a utilização de uma prótese obturadora é necessária para obliteração desta abertura (SPERANDIO et al., 2011; YADAV et al., 2013; VARGHESE., et al 2014). Singh et al. (2013), expõe que a reabilitação de pacientes acometidos de deformações faciais, sendo por traumas, tumores ou má-formações congênitas, é um grande desafio, o qual precisa ser superado diante da imensa repercussão psicológica imposta pelas deformações que o tratamento curativo impõe. O objetivo no presente caso foi de obturação da comunicação bucossinusal que a paciente adquiriu após a ressecção do tumor, assim proporcionando o fornecimento do controle de emissão nasal e ressonância nasal inadequado durante a fala, e para evitar a fuga de alimentos para dentro da passagem nasal durante a deglutição e não apresentar déficit na mastigação.

O cirurgião-dentista tem um papel fundamental na reabilitação biopsicossocial de pacientes que passam por tratamentos cirúrgicos de ressecção de tumores sejam eles malignos e/ou benignos, pois, ao tratá-los com a utilização das próteses bucomaxilofaciais há uma grande diminuição das seqüelas deixadas pelo tratamento curativo (VARGHESE et al., 2014). Com isso a paciente apresentou boa adaptação e aceitação ao uso da prótese, apresentando excelente feição e imagem, corroborando com a função, a estética e sua reintegração social.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mioepitelioma é um tumor raro benigno, pouco comum de glândulas salivares, que apresenta crescimento lento e assintomático, possibilitando ao mesmo atingir grandes proporções. Apresenta um bom prognóstico quando diagnosticado precocemente e o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica completa, com o intuito de evitar a recidiva.

No presente caso, achados histopatológicos incomuns como corpos psammoma foram identificados. Sabe-se que são achados raramente relatados em lesões neoplásicas, especialmente em glândulas salivares. A etiologia é incerta, mas acredita-se que constituam um produto da calcificação distrófica ou um processo biologicamente ativo, visando conter o crescimento e a propagação do tumor.

As aberturas de palato podem ser consequência de defeitos congênitos que referem um distúrbio de origem genética, ou adquiridos resultado de alguma complicação pós-cirúrgica, esses defeitos podem ser pequenos ou maiores, acarretando prejuízo estético e funcional. Diante desta situação, faz-se necessário que os cirurgiões-dentistas estejam aptos a realizar uma reabilitação protética obturadora a fim de garantir o bem-estar e satisfação do paciente.

## **PROSTHETIC REHABILITATION IN RESOLUTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS DUE MAXILLARY MYOEPIITHELIOMA RESECTION**

### **ABSTRACT**

Myoepitheliomas are classified by the World Health Organization (WHO) as rare benign tumors of salivary glands. This study aimed to report a case of myoepithelioma in minor salivary glands with unusual histopathologic findings. The lesion was particularly large and led an oroantral communication after its removal. A 52-year-old female patient showed a volume increase in the palate, asymptomatic, measuring about 5.0 x 5.0 cm diameter. After the removal of the lesion, histopathological examination revealed unusual features for this lesion, such as the presence of basophilic foci of calcification compatible with psammoma bodies. The tumor resection led to an oroantral communication. Subsequently, the patient underwent an attempt to close the communication through a buccal retail repositioning to the palate, with no success. Therefore, the rehabilitation treatment aiming to produce a prosthesis obturator reestablishing aesthetics and oral function was performed. Thus, it is concluded that myoepitheliomas are rare lesions that requires accurate diagnosis. Although it is a benign tumor, it can cause sequelae to the patient in cases that reaches major proportions, resulting in the need for rehabilitation treatments.

**KEY WORDS:** Myoepithelioma. Salivary Glands. Maxillofacial Prosthesis.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. et al. Palatal Obturator: Confection of an Unconventional Prosthesis – Case Report. **RFO UPF**, V.18, n.1, p.125-129, 2013.

BAI, Y. et al. Survival impact of psammoma body, stromal calcification, and bone formation in papillary thyroid carcinoma. **Mod Pathol**, v.22, n.7, p. 887-894, 2009.

DALGIC, A. et al. Minor Salivary Gland Neoplasms. **J Craniofac Surg**, v.25, n.3, p.280-291, 2014.

DAS, D. K. et al. Psammoma Body: A Product of Dystrophic Calcification or of a Biologically Active Process That Aims at Limiting the Growth and Spread of Tumor? **Diagn Cytopathol**, v.37, n.7, p.534-541, 2009.

GOIATO, M. C. et al. Fatores que Levam à Utilização de uma Prótese Obturadora. **Rev. Odontol. Araçatuba**, v.27, n.2, p.101-106, 2006.

GNEPP, D. R. Mucinous Myoepithelioma, a Recently Described New Myoepithelioma Variant. **Head and Neck Pathol**, v.1, n.7, p.85-89, 2013.

GORE, C. R. et al. Myoepithelioma of Minor Salivary Glands – A Diagnostic Challenge: Report of Three Cases with Varied Histomorphology. **J Oral Maxillofac Pathol**, v.17, n.2, p.257-260, 2013.

HUNT, K. T. et al. Benign Myoepithelioma of Floor of Mouth With Mandibular Involvement: A Case Report and Literature Review. **J Oral Maxillofac Surg**, v.69, n.12, p.3001-3005, 2011.

JEONG, J. Y. et al. Fine-Needle Aspiration Cytology of Low-Grade Cribriform Cystadenocarcinoma with Many Psammoma Bodies of the Salivary Gland. **Korean J Pathol**, v.47, n.5, p.481-485, 2013.

KARUKAYIL, D. et al. Enigma of Myoepithelioma at the Base of Tongue: A Rare Case Report and Review of Literature. **J Cancer Res Ther**, v.11, n.4, p.1038, 2016.

KNACKSTEDT, T. J. et al. Psammoma Bodies in Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. **Dermatol Surg**, v.42, n.8, p.1011-1013, 2016.

KUHN-DALL'MAGRO, A. et al. Myoepithelioma Preauricular: Literature Review and Case Report. **RFO**, v.19, n.2, p.218-222, 2014.

KULKARNI, P. R. Plasmacytoid Myoepithelioma of the Hard Palate in a Child – A Rare Case Report. **J Clin Diagn Res**, v.9, n.10, p.1-2, 2015.

KUSTERER, L. E. F. L. et al. Rehabilitation with Maxillary Obturator After Oncological Surgery: Case Reports. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**, v.12, n.4, p.9-16, 2012.

MOTOHARA, T. et al. Long-term Oncological Outcomes of Ovarian Serous Carcinomas with Psammoma Bodies: A Novel Insight into the Molecular Pathogenesis of Ovarian Epithelial Carcinoma. **Cancer Sci**, v.101, n.6, p.1550-1555, 2010.

OKTAY, M. et al. Giant Myoepithelioma of the Soft Palate. **Case Rep Otolaryngol**, v.2014, p.1-3, 2014.

OKUMOTO, T. et al. Recurrent Myoepithelioma Treated by Palatal and Piriform Apertural Approaches . **Plast Reconstr Surg Glob Open**, v.3, n.9, p.508, 2015.

OLIVEIRA, F. et al. Parotid tumors - Casuistry of the last 10 years of the Otolaryngology Department of Lisbon IPO. **SPORL Journal**, v.51, n.3, p.157-160, 2013.

OTOMARU, T. et al. Rehabilitation of a Bilateral Maxillectomy Patient with a Free Fibula Osteocutaneous Flap and with an Implant-Retained Obturator: A Clinical Report. **J Prosthodont**, v.25, n.4, p.341-348, 2016.

PARK, T. H., SEO, S. W. Diagnostic Challenges of Myoepithelioma Arising From a Minor Salivary Gland. **J Oral Maxillofac Surg**, v.69, n.11, p.2810-2832, 2011.

POLICARPO, M. et al. Voluminous Myoepithelioma of the Minor Salivary Glands Involving the Base of the Tongue. **Case Rep Otolaryngol**, v.2016, p.1-5, 2016.

REKHI, B. et al. Fine-Needle Aspiration Cytology in a Rare Case of Recurrent Mucinous Carcinoma of Skin, Displaying Psammoma Bodies on Smears. **Diagn Cytopathol**, v.43, n.11, p.937-940, 2015.

SANTOS, E. P. et al. Plasmacytoid Myoepithelioma of Minor Salivary Glands: Report of Case with Emphasis in the Immunohistochemical Findings. **Head Face Med**, v.7, n.24, p.1-6, 2011.

SETHI, D. et al. Palatal Plasmacytoid Myoepithelioma. **Adv Biomed Res**, v.1, n.78, p.1-7, 2012.

SILVEIRA, E. J. D. et al. Myoepithelioma of Minor Salivary Gland – An Immunohistochemical Analysis of Four Cases. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.72, n.4, p.528-532, 2006.

SINGH, M. et al. Obturator Prosthesis for Hemimaxillectomy Patients. **Natl J Maxillofac Surg**, v.4, n.1. p.117-120, 2013.

SPERANDIO, F. F. et al. Myoepithelioma of the Soft Palate: a Case Report Giving Special Attention to the Differential Diagnosis. **J Oral Maxillofac Res**, v.2, n.1, p.4, 2011.

T-PING, C. et al. Myoepithelioma of Minor Salivary Gland on the Base of the Tongue: a Case Report. **Rev Bras Otorrinolaringol**, v.70, n.5, p.701-704, 2004.

VARGUESE, K. Prosthetic Rehabilitation of a Congenital Soft Palate Defect. **J Indian Prosthodont Soc**, v.14, n.1, p.181-186, 2014.

YADAV, K. Y. et al. Myoepithelioma of the Soft Palate: A Case Report. **Case Rep Otolaryngol**, v.2013, p.1-4, 2013.