



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**FÁBIO ADRIANO DE ARAÚJO**

*ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR: REVISÃO DE  
LITERATURA E RELATO DE CASO*

CAMPINA GRANDE – PB

2013

**FÁBIO ADRIANO DE ARAÚJO**

*ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR: REVISÃO DE  
LITERATURA E RELATO DE CASO*

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo.

Coorientador(a): Prof<sup>ª</sup> Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias.

CAMPINA GRANDE – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A663a Araújo, Fábio Adriano de.  
Adenoma pleomórfico de glândula salivar menor  
[manuscrito] : revisão de literatura e relato de caso / Fábio  
Adriano de Araújo. – 2013.  
35 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Profa. Dra. Robéria Lúcia de Queiroz  
Figueiredo, Departamento de Odontologia.”

“Co-Orientação: Profa. Ma. Alcione Barbosa Lira de  
Farias, Departamento de Odontologia.”

1. Neoplasias. 2. Palato. 3. Adenoma pleomórfico. I.  
Título.

21. ed. CDD 616.994

**FÁBIO ADRIANO DE ARAÚJO**

*ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR: REVISÃO DE  
LITERATURA E RELATO DE CASO*

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado  
ao Curso de Graduação em Odontologia  
da Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção  
do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em 03/09/2013.



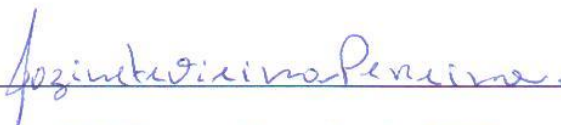
Profª Drª Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo/ UEPB

Orientadora



Profª. Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias/ UEPB

Coorientadora/Examinadora



Profª Drª Jozinete Vieira Pereira/ UEPB

Examinadora

## DEDICATÓRIA

Á Deus, a minha vó Laura Silva  
(in memorian), meus filhos Fábio  
Júnior, Diogo e Pierre, minha  
mãe e meu pai (in memorian),  
por toda a contribuição que me  
deram para que chegasse até  
aqui.

## AGRADECIMENTOS

A prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Robéria por ter aceito a tarefa de me orientar, pela sua força e dedicação. Sempre me acompanhando, incentivando e orientando os passos certos a serem seguidos. Capacitada, comprometida e amiga. Exemplo de ética, competência, respeito e atenção, estes são os valores que me acompanharam com sua orientação. Uma colaboração que levarei comigo sempre.

Ao prof<sup>a</sup> Ms. Alcione Barbosa por suas orientações, disponibilidade, dedicação e companheirismo.

A prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jozinete por tudo que me fez. Sempre me deixando muito à vontade para que aprendesse cada vez mais.

A prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rilva Suely pelas orientações e ensinamentos.

A prof<sup>a</sup> Francineide Guimarães por ter apoiado sempre e tratando a todos da turma como se fossemos seus filhos.

Ao Dr<sup>o</sup> Autran Nóbrega, cirurgião dentista e Buco-Maxilo-Facial de Itabaiana-PB (CEO-Centro de Especialidades Odontológicas), pela oportunidade que me deu oferecendo todas as condições necessárias para a elaboração e conclusão do TCC em questão.

Aos amigos do curso: Francisco Benício, Rodrigo Toscano, Gabriela Vasconcelos, Ilky Pollansky, Neuma Evangelista, Jefferson Wagner, e em especial Jaffton Régis pela convivência e amizade.

As técnicas Geórgia e Andréia por toda a disponibilidade em nos ajudar.

Aos funcionários do expurgo pela paciência e aos colegas pela troca de aprendizado.

A Rejane, Alexandre e Marta pela atenção, carinho e disponibilidade.

A Maria do Rosário por sua contribuição em minha vida.

A Paulo José (Paulinho), Iris Lira e família pelo apoio incondicional sempre.

A Ivanildo (Keno) e Sérgio Meneses pela amizade.

Aos meus filhos Fábio Junior, Diogo e Pierre por fazerem parte da minha vida e a tornarem mais feliz e significativa. Pela compreensão, incentivo, apoio e amor.

Ao prefeito de Itabaiana-PB, Antônio Carlos Rodrigues de Melo Junior e sua esposa Fabiana Vasconcelos pelo apoio e oportunidade que me deram para que chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, Andréia, André, Aldênia, Aldizia, Dielle, Romana e Márcio, por tudo que compartilhamos juntos, pelo incentivo e amizade.

A Anna Raquel e Ivana Suely pela força e confiança depositada em mim.

A Antônia Gomes por tudo que fez por mim.

A Maria José (Menininha) pelo apoio incondicional e ajudas sempre.

Ao amigo Luiz Moreira, Tesoureiro Geral da prefeitura municipal de Itabaiana.

Aos secretários municipais de Itabaiana-PB Adjailson e Adriana.

Ao procurador do município Adriano Márcio.

A Lena, Gil, Nega, Vanda, Neta, Fernanda, Elton, Paula, João Ferreira, Bão, Zito, pela amizade e carinho.

A todos os meus familiares e amigos pela força e incentivo.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Aspecto intrabucal da lesão -----	21
<b>Figura 2:</b> Incisão -----	21
<b>Figura 3:</b> Radiografia Oclusal -----	21
<b>Figura 4:</b> Lesão removida e encaminhada para Histopatológico -----	21
<b>Figura 5:</b> Aspecto da lesão (Histopatológico) -----	21
<b>Figura 6:</b> Cicatrização-----	21



## ANEXOS

<b>Anexo 1</b> – Exame Histopatológico da lesão -----	29
<b>Anexo 2</b> - Normas da Revista -----	30

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
2.1	Etiologia e Características Clínicas	14
2.2	Meios de Diagnóstico e Características Radiográficas	16
2.3	Características Histopatológicas	16
2.4	Tratamento	18
2.5	Prognóstico	19
<b>3</b>	<b>RELATO DE CASO</b>	19
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	22
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	24
	<b>REFERÊNCIAS</b>	25
	<b>ANEXOS</b>	28
	Anexo 1: Exame Histopatológico da Lesão	29
	Anexo 2: Normas da Revista	30

**ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR: *Revisão de literatura e Relato de Caso***

**Fábio Adriano de Araújo\***

**Robéria Lúcia de Queiroz Figueiredo\*\***

**Alcione Barbosa Lira de Farias\*\*\***

**RESUMO**

O adenoma pleomórfico ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândulas salivares de maior incidência, tanto nas glândulas salivares maiores quanto nas menores. O tumor pode ocorrer em qualquer faixa etária, no entanto seu pico de incidência encontra-se em adultos jovens e de meia-idade entre as idades de 30 a 60 anos, com ligeira predileção ao sexo feminino. Seus achados clínicos geralmente incluem lesões solitárias, ovóides, de margens bem delimitadas, assintomáticos e de crescimento lento, não se fixando ao tecido adjacente. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão de literatura e relatar um caso clínico de adenoma pleomórfico, localizado no palato, apresentado por um paciente atendido no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil. Paciente OBM, 60 anos, sexo masculino, leucoderma, queixou-se de um aumento no volume no palato que havia aparecido há alguns anos. Notou-se a presença de uma lesão arredondada, de coloração pardacenta, séssil, moderadamente macia à palpação, com aproximadamente 2cm, localizada na porção póstero-lateral do palato. Radiograficamente não apresentaram comprometimento ósseo. Histologicamente apresentaram proliferação de elementos ductais e mioepiteliais fechando o diagnóstico definitivo de adenoma pleomórfico. O tratamento executado foi cirúrgico, com exérese completa da lesão, não apresentada recidiva após um ano de acompanhamento.

Descritores: Adenoma pleomórfico; neoplasia; palato.

---

\*Acadêmico do curso de odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

\*\*Professora Doutora de Estomatologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

\*\*\* Professora Mestre em Prótese Dentária e Oclusão da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## **ABSTRACT**

The pleomorphic adenoma or mixed tumor is a benign neoplasm of the salivary glands of higher incidence in both the salivary glands and the minor. The tumor can occur at any age, but its peak incidence is in young adults and middle-aged ages 30-60 years, with a slight predilection for females. His clinical findings usually include solitary lesions, ovoid, well-defined margins, asymptomatic and slow growing, not fixing to adjacent tissue. The aim of this study is to review the literature and report a case of pleomorphic adenoma located in the palate, presented by a patient treated at the Clinic of Oral and Maxillofacial Surgery, State University of Maringa, PR, Brazil. OBM Patient, 60, male, leucoderma, complained of an increase in volume on the palate that had appeared a few years ago. It was noted the presence of a rounded lesion staining brownish, sessile, moderately soft to palpation, with approximately 2cm, located in posterolateral portion of the palate. Radiographic examination showed no bone involvement. Histologically showed proliferation of ductal and myoepithelial elements closing the definitive diagnosis of pleomorphic adenoma. The surgical treatment was performed with complete excision of the lesion, not shown recurrence after one year follow up.

**Key-words:** pleomorphic adenoma; neoplasia; palate

## 1 INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico, ou tumor misto benigno, é a neoplasia da glândula salivar de maior ocorrência. Acomete 53 a 77% dos tumores da parótida, 44% a 68% dos tumores submandibulares, e 38% a 43% dos tumores das glândulas menores. É uma neoplasia benigna que apresenta clinicamente massa firme, de crescimento lento e indolor, fato este que leva a relatar a presença da lesão por muitos meses ou anos antes de procurar um diagnóstico.<sup>13</sup>

Este tumor benigno pode acometer pacientes de qualquer faixa etária, no entanto seu pico de incidência encontra-se entre a quarta e sexta década de vida. Os adenoma pleomórficos de glândulas salivares menores localizam-se, em sua maioria, na área de transição do palato duro para o palato mole, seguido pelo lábio superior e mucosa jugal.<sup>13,21</sup>

Segundo Carvalho<sup>5</sup> os tumores malignos das glândulas salivares, de baixo grau de malignidade e em estágios iniciais, são usualmente curáveis por ressecção adequada como único tratamento. Este prognóstico também é influenciado pela localização da lesão: melhor na parótida que na glândula submandibular e menos favorável na glândula sublingual ou nas glândulas salivares menores.

O diagnóstico do adenoma pleomórfico é obtido através da história clínica, exame físico, incluindo avaliação da cabeça e pescoço. A ressonância magnética para avaliar a extensão e localização do tumor, biopsia por aspiração com agulha fina e após a ressecção avaliação histopatológica.<sup>11</sup>

Inicialmente, o tumor é móvel, mas com o crescimento vai perdendo sua mobilidade. Se negligenciada, a lesão pode crescer a proporções grotescas. Cerca de 10% dos tumores mistos da parótida desenvolvem-se no interior do lobo profundo da glândula, abaixo do nervo facial. Algumas vezes, estas lesões crescem em direção medial, entre o ramo ascendente e o ligamento estilomandibular, resultando em um tumor com forma de halteres, na parede lateral da faringe ou palato mole.<sup>13</sup>

A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha, com retirada de uma margem de segurança, incluindo tecido normal, com o objetivo de se evitar recidivas. As recidivas surgem nos casos em que a sua excisão não é realizada de maneira adequada, havendo a persistência de segmentados tumorais com margens de ressecção comprometidas, relatadas nos laudos anatomopatológicos.<sup>5</sup>

Nas glândulas salivares maiores, o tumor pode alcançar grandes dimensões, ao passo que nas menores, em geral, não ultrapassa 2 cm de diâmetro. A maioria das lesões intra-orais é recoberta por mucosa de aparência normal ou, raramente, ulcerada. Em alguns casos, pode ocorrer adelgaçamento da mucosa de revestimento que, por transparência, permite a percepção de sua coloração branca-acinzentada.<sup>5</sup> Entretanto, se o tumor for traumatizado, poderá ocorrer ulceração secundária.<sup>13</sup>

Sob o ponto de vista histopatológico, todos os adenomas pleomórficos demonstram combinações de células epiteliais, mioepiteliais, e estroma. Pode existir grande diversificação microscópica de um tumor para outro e em diferentes áreas de uma mesma lesão. Há uma aparência variável do epitélio, com estruturas ductais e císticas, além de ninhos ou ilhas de células.<sup>13</sup>

Tumores de longa permanência mostram hialinização e o componente epitelial progressivamente se apaga, por isso é importante buscar áreas epiteliais remanescentes de adenomas pleomórficos antigos, uma vez que existe risco significativo para progressão maligna de tais tumores.<sup>2</sup>

O estroma é tipicamente eosinófilo e hialinizado, podendo mostrar áreas fibrosas, mixóides, cartilaginosas e ósseas. As células mioepiteliais são responsáveis pela produção desta matriz extracelular pleomórfica, geralmente encapsulado e bem circunscrito, todavia, a cápsula pode estar incompleta ou mostrar infiltração pelas células tumorais.<sup>13</sup>

O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica com margens livres. O acesso depende do tamanho do tumor. Quando pequeno, recomenda-se abordagem via endoscópica transnasal; se houver comprometimento tumoral grande deve-se optar pela rinotomia lateral ou degloving médio-facial completando com endoscopia nasal. Este acesso sendo efetivo e com baixa taxa de recorrência.<sup>17</sup>

Uma complicação potencial é a transformação maligna, resultando em um carcinoma ex-adenoma pleomórfico. O risco de transformação maligna é pequeno, mas pode ocorrer em aproximadamente 5% de todos os casos.<sup>13</sup>

O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão de literatura sobre o Adenoma Pleomórfico de glândula salivar menor, mostrando suas características: aspectos clínicos, radiográficos e histopatológicos; meios de diagnóstico; tratamento; prognóstico. Além disso,

relatar um caso clínico atendido no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial no Hospital Universitário Regional de Maringá-PR.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial de Saúde classifica o adenoma pleomórfico como sendo uma neoplasia benigna de glândulas salivares, caracterizada pelos pleomorfismos celular e arquitetural.<sup>16</sup>

### 2.1 Etiologia e Características Clínicas

O termo pleomórfico propriamente dito é utilizado pela literatura devido à constante variação na apresentação do estroma e parênquima, o que pode confundir com pleomorfismo que é característica de tumores malignos. O tumor pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais comum em adultos jovens entre 30 e 50 anos de idade, com leve predileção pelo sexo feminino e, considerado o tumor de glândula salivar menor primário mais comum que se desenvolve durante a infância.<sup>13</sup>

Segundo Oliveira et al.<sup>14</sup>, os primeiros casos de adenoma pleomórfico foram relatados por Byars et al.<sup>4</sup>, que pesquisaram os tumores das glândulas salivares em pacientes com idade igual ou inferior a 18 anos, em um período de 30 anos. Eles observaram que de 470 casos de tumores de glândulas salivares, apenas 2 eram de adenomas pleomórficos em palato, em pacientes do sexo feminino, com idade de 7 a 9 anos.

Inúmeras teorias tentam explicar a histogênese desse tumor, sendo que atualmente estão concentradas na célula mioepitelial e na célula de reserva do ducto intercalado.<sup>9</sup>

Oliveira et al.<sup>14</sup> afirmaram que as lesões apresentam-se circunscritas completa ou incompletamente por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso. Quando incompleta, a ausência da cápsula em algumas regiões permite ao tumor infiltrar-se no tecido glandular adjacente e sadio, o que caracteriza um fator para a recorrência destes tumores.

Dependendo da localização do neoplasma existe potencial maior ou menor de transformação maligna, embora se desconheça a real incidência no adenoma pleomórfico das glândulas salivares menores.<sup>9</sup>

São raros os tumores das glândulas salivares que acometem crianças com menos de 16 anos de idade, e esta frequência parece ser ainda menor em glândulas salivares menores, como as do palato. E são raros os relatos de adenomas associados e alterações císticas, necroses isquêmicas ou hemorrágicas.<sup>14</sup>

O adenoma pleomórfico intra-ósseo é raramente citado na literatura.<sup>8</sup>

O adenoma pleomórfico já foi encontrado em vários locais, incluindo a pele, pescoço, hipófise, mediastino, próstata, reto, vulva, tireóide, mastóide, ouvido médio, maxilar, mandíbula, lábio e outros.<sup>8</sup>

O diagnóstico diferencial do adenoma pleomórfico inclui o adenoma monomórfico, adenoma oxifílico, cisto adenoma linfomatoso papilar, mucocele, fibroma, lipoma, além de neoplasias malignas como carcinoma mucoepidermóide, adenocarcinoma, carcinoma adenomatóide cístico e carcinoma de células acinosas. Para procedimento, recomenda-se a utilização de tomografia computadorizada e a ultra-sonografia e, eventualmente de ressonância magnética. No caso de localização palatina, afirma-se que o exame radiográfico pouco auxiliará no diagnóstico dependendo do comprometimento ósseo.<sup>8</sup>

A obtenção de informações como duração dos sintomas, 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 é essencial, mas em determinadas situações podem nos auxiliar a determinar a localização e extensão da lesão, desta forma contribuindo no planejamento cirúrgico.<sup>22</sup>

A degeneração maligna é uma complicação em potencial, resultando em um carcinoma ex-adenoma pleomórfico. O risco de transformação maligna é pequeno, mas pode ocorrer em cerca de 5% dos casos.<sup>13</sup>

Para Oliveira et al.<sup>14</sup>, diante das lesões localizadas na região posterolateral do palato, o adenoma pleomórfico deve ser a primeira suspeita diagnóstica. Deve-se proceder à remoção da lesão juntamente com o periósteo subjacente a mucosa palatina. A consistência da mucosa inserida impede a realização de uma enucleação total da lesão em que a cápsula tumoral encontra-se delgada ou ausente, sendo, desse modo, expostas ou rompidas durante a tentativa de dissecação.

Silva et al.<sup>20</sup> observam uma escassez de lesões odontogênicas ou não odontogênicas que se manifestam na região posterolateral do palato. Como muitas das lesões malignas de



glândulas salivares, também apresentam características similares de coloração e crescimento; deve-se estabelecer sempre o diagnóstico através de biópsia incisional, mesmo em casos de lesões pequenas.

## 2.2 Meios de Diagnósticos e Características Radiográficas

Para Shah et al.<sup>19</sup>, como meios complementares de diagnóstico, a ultra-sonografia nos informa se o tumor é sólido ou cístico, além da presença ou não de linfonodos peri ou intraglandulares. A tomografia computadorizada nos fornece maiores detalhes a respeito da localização da neoplasia, sugerindo característica de benignidade ou malignidade. A ressonância nuclear magnética pode ser utilizada na avaliação de grandes tumores para demonstrar sua relação com estruturas adjacentes e para o planejamento cirúrgico.

Para Houston et al.<sup>7</sup>, O exame radiográfico da área pode revelar uma radiolucência bem definida envolvendo a maxila adjacente à lesão, caso envolva tecido ósseo, mas, na grande maioria dos casos, as radiografias não são de grande utilidade para a localização da lesão. O diagnóstico não invasivo para tumores de glândulas salivares inclui ultra-som, tomografia computadorizada e imagem de ressonância magnética. Esses são os métodos úteis na determinação da lesão bem como na verificação de qualquer envolvimento ósseo.

As alterações patológicas pertinentes à cavidade oral trazem uma gama de características clínicas que em associação com exame clínico bem dirigido e exames complementares bem indicados, permitem a formulação de hipóteses diagnósticas precisas. Todavia, algumas situações clínicas fogem a essas características comuns, sendo o resultado anatomopatológico o instrumento obrigatório e imprescindível para conclusão diagnóstica.<sup>18</sup>

## 2.3 Características Histopatológicas

Para Peterson et al.<sup>15</sup>, A histopatologia mostra dois tipos de células: células do epitélio do ducto e células mioepiteliais, que podem diferenciar-se em uma variedade de células (pleomórfico: significa muitas formas). Há uma cápsula de tecido conjuntivo que pode estar incompleta.

Tipicamente, o adenoma pleomórfico é um tumor encapsulado, bem circunscrito. Entretanto, a cápsula pode ser incompleta ou mostrar infiltração pelas células tumorais. Esta

falta de encapsulação completa é mais comum nos tumores das glândulas menores, especialmente ao longo da porção superficial dos tumores palatais, abaixo da superfície epitelial.<sup>13</sup>

Para Neves et al.<sup>12</sup>, o adenoma pleomórfico das glândulas salivares maiores é um tumor encapsulado, podendo esta cápsula ser incompleta, permitindo que, com o crescimento tumoral ocorra por protruções do tumor para o interior da glândula salivar adjacente, fato considerado fator predisponente para recorrência dessa neoplasia.

Frequentemente, o epitélio forma ductos e estruturas císticas, ou pode apresentar-se como ilhas ou ninhos de células. Também podem ser vistas células mioepiteliais costumam fazer parte de uma grande percentagem das células tumorais e têm uma morfologia variável, aparecendo, algumas vezes, anguladas e fusiformes. Algumas células mioepiteliais são redondas e mostram um núcleo excêntrico e citoplasma eosinófilo hialinizado, lembrando células plasmáticas. Estas células mioepiteliais plasmocitóides características são mais proeminentes nos tumores que se originam nas glândulas menores.<sup>13</sup>

Acredita-se que as mudanças “estromais” altamente características sejam produzidas pelas células mioepiteliais. Pode ocorrer uma extensa acumulação de material mucóide entre as células do tumor, resultando em um fundo mixomatoso. A degeneração vacuolar das células nestas áreas pode produzir uma aparência condróide. Em muitos tumores, o estroma apresenta modificações eosinofílicas, hialinizadas. De vez em quando, também há gordura ou esteóide. Ocasionalmente, um tumor é composto inteiramente de células mioepiteliais sem elementos ductais. Tais tumores são frequentemente chamados de **mioepiteliomas**, embora provavelmente eles representem um final do espectro dos tumores mistos.<sup>13</sup>

Para Neves et al.<sup>12</sup>, diante do exposto podemos concluir que o adenoma pleomórfico de glândula salivar é um tumor de grande variedade histopatológica, tendo como característica a ocorrência de diversos arranjos arquiteturais, estruturais e variações de celularidade por vezes em um mesmo tumor.

Os tumores de glândula salivar constituem um importante grupo de lesões dentro do universo da patologia oral, destacando-se entre as neoplasias que acometem a região da cabeça e do pescoço, não só pela diversidade morfológica, que usualmente suscita dificuldades de diagnóstico e classificação, como também pela variedade de comportamento biológico, além do seu razoável grau de frequência.<sup>13</sup>

## 2.4 Tratamento

A conduta inicial em qualquer lesão com indefinição clínica é a realização de uma biópsia, que dependendo da localização do tumor será incisional ou excisional. A punção aspirativa de agulha fina também pode ser realizada como conduta inicial. O tratamento mais utilizado para o adenoma pleomórfico consiste na excisão cirúrgica com margem de segurança, uma vez que a recidiva pode ocorrer devido à permanência de resíduos da cápsula ou mesmo da própria lesão.<sup>9</sup>

As lesões do palato devem ser excisadas com a mucosa suprajacente, enquanto que as da mucosa de revestimento, como as dos lábios e da mucosa jugal, muitas vezes, podem ser tratadas com êxito pela enucleação ou excisão extracapsular.<sup>9</sup>

A enucleação da lesão no palato deve ser evitada, já que pode não ocorrer a remoção total do tumor ou violação da cápsula, e permanência de células na base do tumor. Os tumores do palato duro são usualmente incisados abaixo do periósteo, incluindo a mucosa de recobrimento.<sup>13</sup>

Para Silva et al.<sup>20</sup>, os casos de lesões localizadas no palato, deve-se proceder à remoção da lesão juntamente com o periósteo subjacente e mucosa palatina. A natureza inserida dessa mucosa impede a realização de uma enucleação total da lesão através de dissecação extracapsular, ou seja, sempre com margem de segurança. Além disso, podem existir áreas na lesão em que a cápsula tumoral encontra-se delgada ou ausente, sendo, desse modo, expostas ou rompidas durante a tentativa de dissecação.

O tratamento de escolha para adenomas pleomórficos na região posterolateral do palato é a exérese da lesão juntamente com o periósteo subjacente e a mucosa bucal que a reveste. Desse modo, diminui-se a possibilidade de recidiva da lesão causada pelo rompimento da cápsula tumoral. A fístula buconasal é uma complicação que pode advir do tratamento de lesões localizadas na região palatina, principalmente em lesões próximas ao palato mole ou quando há reabsorção óssea pela compressão do tumor. Cuidados devem ser tomados, quando da excisão cirúrgica dessas lesões, para assegurar que existe tecido ósseo ou espessura suficiente de tecidos moles na região posterior do palato, no intuito de prevenir futuras complicações. Pequenas comunicações (até 6mm) podem sofrer fechamento espontâneo com reepitelização secundária, enquanto grandes (> 7mm) comunicações podem necessitar de reintervenção cirúrgica, até mesmo com confecção de retalhos teciduais para o fechamento da fístula.<sup>20</sup>

A enucleação resulta em uma taxa de recorrência de 25%, ou seja, cerca de 9 vezes maior que a parotidectomia superficial (3%).<sup>22</sup>

## 2.5 Prognóstico

O prognóstico é considerado excelente quando a cirurgia é feita de maneira adequada, com índice de aproximadamente 95%. O risco de recidivas parece ser menor para os tumores das glândulas menores. A enucleação conservadora dos tumores da parótida frequentemente resulta em recidivas, tornando-se o tratamento destes casos difícil devido à implantação multifocal do leito do tumor primário. A degeneração maligna é provavelmente pequeno, mas pode ocorrer em 5% dos casos.<sup>13</sup>

Um diagnóstico precoce é importante para obter o tratamento apropriado e limitar a extensão do procedimento cirúrgico. Um criterioso acompanhamento é necessário para detectar recorrências, as quais podem aparecer anos após a ocorrência da primeira lesão. É sabido que a recidiva pode ocorrer devido a permanência da cápsula ou mesmo da própria lesão.<sup>14</sup>

## 3 RELATO DE CASO

No presente trabalho, relatamos um caso clínico de paciente com suspeita diagnóstica de adenoma pleomórfico, com cinco anos de evolução e pesando 15 gramas, sendo submetida à biópsia excisional como tratamento.

Paciente sexo masculino, leucoderma, 60 anos de idade, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial do Hospital Universitário Regional de Maringá-PR, queixando-se de aumento de volume da gengiva na região palatina, indolor e de evolução de aproximadamente cinco anos, com suspeita diagnóstica de adenoma pleomórfico.

Ao exame físico extra-bucal, aspecto de normalidade. Durante o exame físico intrabucal, observou-se a lesão no palato duro (figura 1). Além disso, havia presença de aumento volumétrico na região posterior esquerda medindo cerca de 2cm extensão em seu maior diâmetro, com base sésil, unilocular, indolor, consistente à palpação, com limites precisos e áreas ulceradas devido aos traumas mastigatórios.

Com o diagnóstico de adenoma pleomórfico, o tratamento sugerido foi a excisão cirúrgica da lesão sob anestesia local (figura 2). Dentre os exames complementares foi realizado uma radiografia oclusal na região da lesão que não evidenciou alteração no osso adjacente (figura 3).

O material foi encaminhado para análise histopatológica (figuras 4).

Os achados microscópicos da biópsia confirmaram o diagnóstico de adenoma pleomórfico, os quais revelaram fragmentos de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado ortoqueratinizado. Tecido conjuntivo bem colagenizado, permeando por ninhos de células epiteliais com morfologia variável, às vezes com citoplasma claro. O estroma conjuntivo, apresentando-se ora hialinizado, ora mixomatoso. Há alguma estruturas ductiformes contendo material eosinofílico. Área compatível com espaço cístico, ácinos mucosos e focos hemorrágicos completando o quadro histopatológico (figura 5).

O pós-operatório evoluiu satisfatoriamente e após 15 dias pôde-se observar o processo de cicatrização. O paciente acompanhado até a presente data, não apresentando recidiva da lesão até o presente momento (figura 6).



Figura 1: Aspecto intrabucal da lesão



Figura 2: Incisão

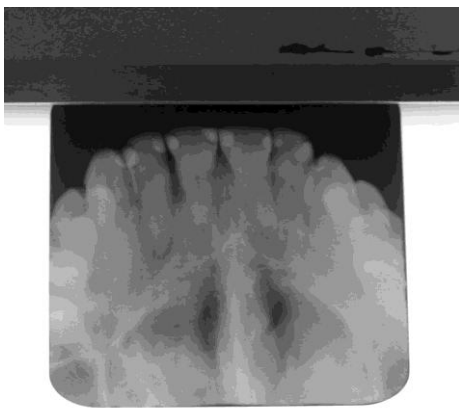


Figura 3: Radiografia Oclusal



Figura 4: Lesão removida e encaminhada para Histopatológico.

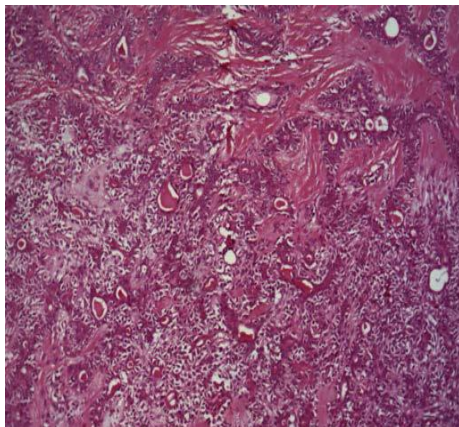


Figura 5: Aspectos histopatológicos.



Figura 6: Cicatrização

## 4 DISCUSSÃO

Para Kaur et al.<sup>10</sup>, O (AP) é um tumor das glândulas salivares que apresenta na sua estrutura elementos tanto de tecidos epiteliais quanto mesenquimais, estes sendo mais comuns das glândulas salivares menores. E para Neville et al.<sup>13</sup>, os aspectos mais característicos desse neoplasma é a sua diversidade no que se refere ao padrão histológico apresentado. Aspectos vistos através da lâmina e laudo apresentado no relato de caso deste trabalho.

Para Antunes<sup>1</sup>, esses tumores correspondem a 51,2% dos casos. Corroborando com tal afirmação, Boros et al.<sup>3</sup> afirmam que neoplasmas das glândulas salivares são incomuns e representam cerca de 3% de todos os tumores da cabeça e pescoço. Cerca de 85% deles acometem as glândulas salivares maiores e, destas, 80% a 90% se localizam nas parótidas, 10% nas submandibulares e 1% nas sublinguais. Dentre os 9% a 15% dos neoplasmas que acometem as glândulas salivares menores, quase a metade se localiza no palato e, aproximadamente 20% nos lábios e o restante se distribui pelos demais locais da boca. Confirmando com isso o caso clínico apresentado se insere no contexto, pois mostra um caso de (AP) de glândula salivar menor localizado na região de palato duro.

Para Neville et al.<sup>13</sup> os tumores podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto, é mais comum em adultos jovens com idades correspondentes entre os 30 e 60 anos de idade, tendendo mais ao sexo feminino. Contribuindo com a afirmação, Capelari et al.<sup>6</sup> relataram que o (AP) é uma lesão de caráter propriamente benigno, apresentando crescimento lento, com maior frequência entre a quarta e quinta década de vida, com pacientes do gênero feminino sendo mais acometidos. Mesmo que o caso clínico apresentado não seja de uma pessoa do gênero feminino o trabalho em questão está inserido e confirmando com os dados dos autores citados.

Para Lawall et al.<sup>9</sup> o tumor apresenta-se inicialmente móvel, exceto quando ocorre no palato duro, apresentando crescimento lento e assimétrico, porém com o crescimento vai perdendo sua mobilidade, podendo tomar proporções de certa forma grotescas. Corroborando, Neville et al.<sup>13</sup> afirmaram que independente da sua localização e origem, o (AP) se apresenta como um aumento de volume firme, indolor e crescimento lento e que o paciente pode ter notado a presença há alguns meses ou anos bem antes de procurar atendimento profissional. O caso clínico relatado está dentro dos aspectos dos estudos dos citados autores.

Neville et al.<sup>13</sup> relataram que todos os adenomas pleomórficos demonstram combinações de células epiteliais, mioepiteliais e estroma. Podendo existir grande

diversificação microscópica de um tumor para o outro e em diferentes áreas de uma mesma lesão. Há uma aparência variável do epitélio, com estruturas ductais e císticas, além de ninhos ou ilhas de células. O estroma é caracteristicamente eosinófilo e hialinizado, podendo mostrar áreas fibrosas, mixóides, cartilaginosas e ósseas. E que as células mioepiteliais são responsáveis pela produção desta matriz extracelular pleomórfica. Confirmando assim com o laudo histopatológico do caso apresentado, onde temos como laudo: Os cortes histológicos revelaram fragmentos de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado ortoqueratinizado. Subjacentemente viu-se tecido conjuntivo bem colagenizado, com citoplasma claro. O estroma conjuntivo apresentou-se, ora hialinizado, ora mixomatoso. Havia algumas pequenas estruturas ductiformes, contendo material eosinofílico. Área negativa compatível com o espaço cístico também estava presente.

Para Kaur et al.<sup>10</sup> o diagnóstico diferencial deve ser realizado das seguintes lesões: condilomatoma acuminata, carcinoma de células escamosas, papiloma oral, tumor de glândulas salivares menores, sarcoma de Kaposi e molusco intra-oral contagioso. O caso relatado apresentou-se com uma lesão única, achatado, de coloração um pouco mais pardacenta que a mucosa circundante, séssil, moderadamente macia à palpação, com aproximadamente 10 x 10 x 05mm, superfície irregular e de consistência borrachóide.

Após exame clínico e radiográfico, a biópsia excisional da lesão foi realizada em todos os casos citados na literatura, sendo, a análise histopatológica imprescindível para a confirmação do diagnóstico e plano de tratamento.

Caperali et al.<sup>6</sup> e Oliveira et al.<sup>14</sup> coincidem com o tratamento preconizado para o tumor em questão, pois afirmaram que as escolhas dos procedimentos como enucleação ou punção aspirativas virão após exames clínicos e físicos detalhados para com isto chegar a um o correto diagnóstico. E ainda concordaram no que se refere a área da biópsia excisional, com a remoção do periósteo ou do osso adjacente, isto caso haja envolvimento com a lesão. No caso clínico relatado foi feita a biópsia excisional com a remoção completa da lesão e ainda de tecido margeado.

Em sua grande maioria, as taxas de recorrência estão atreladas às técnicas cirúrgicas inadequadas ou à ruptura da cápsula fibrosa do adenoma, deixando células tumorais no sítio da lesão. O tratamento utilizado no caso relado foi por exérese cirúrgica total da lesão, sob anestesia local, sem recidiva após 01 (um) ano de acompanhamento.



Para Capelari et al.<sup>6</sup> por tais lesões invadirem na sua grande maioria apenas os tecidos moles, dificilmente haverá indicação para remoção de tecido ósseo. Para auxiliar neste procedimento e escolha é necessária Radiografia e exames por imagem para que se possa ter a verdadeira dimensão da lesão, localização, e com isso a demarcação exata da lesão.

Capelari et al.<sup>6</sup> em conformidade com Carvalho<sup>5</sup> relataram que a recidiva de tais lesões é incomum, contudo, se a técnica cirúrgica não for bem executada as possibilidades de recorrência podem chegar a 30% dos casos. Ainda afirmam que são raras as situações de transformação do adenoma pleomórfico numa lesão maligna, podendo variar de 2% a 22% dos relatos.

Para Lawall et al.<sup>9</sup> afirmaram que o fator determinante para recidiva não está relacionado ao período de evolução da lesão em que o tratamento cirúrgico é realizado, a taxa de recorrência do tumor irá variar a técnica cirúrgica utilizada.

Lawall et al.<sup>9</sup> relataram que o controle pós-operatório deve ser de cinco anos. Já para Oliveira et al.<sup>14</sup> tal acompanhamento de rotina no pós-operatório é necessário, pois existe a possibilidade de transformação maligna, 2% a 3%. Corroborando, Neville et al.<sup>13</sup> afirmaram que o risco de transformação maligna é pequeno, mas pode ocorrer em aproximadamente 5% do casos.

Neville et al.<sup>13</sup> em conformidade com Lawall et al.<sup>9</sup> relataram que dependendo da forma em que a cirurgia realizada, o índice de cura pode chegar a 95%. Fornecendo assim um prognóstico excelente.

## **5 CONCLUSÃO**

Após Revisão na literatura e análise do caso clínico apresentado, concluiu-se que:

1. Uma anamnese bem feita, exame físico bem conduzido, incluindo os exames complementares, são de fundamental importância para o sucesso no planejamento do tratamento.
2. O exame histopatológico, reveste-se de suma importância para o diagnóstico definitivo uma vez que este tipo de neoplasia pode sofrer transformação maligna.

3. Uma técnica cirúrgica bem planejada e executada é fundamental no sucesso do tratamento e na prevenção de recidivas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Antunes AA, Antunes AP. Tumores das glândulas salivares maiores: estudo retrospectivo. Rev. bras. patol. oral. 2005. 4(1): 2-7.
2. Auclair PL, Ellies G. Tumors of the Salivary Glands. Washington: American Registry of Pathology, 2008. 141 p.
3. Boros LF et al. Adenoma pleomórfico de glândula salivar menor do palato. Clin-Científ., Recife. 2004. 3(1): 67-72.
4. Byars LT et al. Tumors of salivary gland origin in children: a clinicopathologic appraisal of 24 cases. Ann Surg 1957. 146: 40(1): 40-51.
5. Carvalho MB. Tratado de cirurgia de cabeça e pescoço e otorrinolaringologia. São Paulo: Atheneu. 2001. 1-41.
6. Capelari MM et al. **Adenoma Pleomórfico**. Apresentação de três casos clínicos Cienc. Odontol. Brás. 2005. Out.-Dez.; 9(4): 12-16.
7. Houston GD. Case history: pleomorphic adenoma. ODA Journal 2006; 34(2): 31-3.
8. Lacerda SA. et al. Adenoma pleomórfico intra-ósseo no maxilar: relato de caso clínico. RBE – Revista Internacional de Estomatologia, 2005. 2(4): 5-8.
9. Lawall MA. et al. adenoma pleomórfico: relato de caso clínico. Rev. Odontol. Univ. São Paulo. 2007. 19(3): 336-40.
10. Kaur et al.; Pleomorphic adenoma of the hard palate. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2003; 69: 74-5
11. Mendenhall WM.; C. M.; J.W.; Malypa RS.; Mendenhall NP. Salivary gland pleomorphic adenoma. Am J Clin Oncol, Apr 2008. 31(1): 95-9.


12. Neves JC, Lima MCA, Sobral APV. Estudo clinicopatológico de 106 adenomas pleomórficos de glândula salivar maior. *J Bras Patol Med Lab.* 2007. 43(5):347-354.
13. Neville BW, Damma DD, Allen CM. *Patologia Oral e Maxilofacial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2009. 332-35.
14. Oliveira JGP et al. Adenoma pleomórfico em paciente infantil. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.* 2009. 9(3):35-42.
15. Peterson LJ et. al. *Cirurgia Oral e maxillofacial contemporânea.* 3 ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan. 2000. 533 p.
16. Prado RF et al. Adenoma pleomorfo e carcinoma ex-adenoma pleomorfo: uma revisão clínica e morfológica. *Cienc. Odontol. Brás.,* 2006. 9(4):18-26.
17. Rocha MP et al. Adenoma pleomórfico de septo nasal: relato de caso. *Rev. Bras. otorrinolaringol.* 2004. 70(3): 416-8.
18. Santiago, LM et. al. Adenoma pleomórfico em lábio superior. *Odontologia. Clín.-Científ.* 2005. 4(1):63-9.
19. Shah GV. MR imaging of salivary glands. *Magn Reson Imaging Clin N Am,* nov. 2002. 10(4): 631-62.
20. Silva DN et. al. Enucleação adenoma pleomórfico: Considerações Terapêuticas e Relato de Caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe-PE,* 2007. 7(4): 25-30.
21. Teixeira JM. et al. Adenoma pleomórfico en labio superior: relato de caso. *Acta Odontológica Venezolana,* 2007. 45(3): 1-5.
22. Tiago RSL. et. al. Adenoma pleomórfico de parótida: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *Rev bras. otorrinolaringol.* 2003. 69(4): 485-9.

# ANEXOS


## ANEXO 1: Exame Histopatológico da Lesão


2496


**Universidade Estadual de Maringá**  
 Departamento de Odontologia  
 Clínica Odontológica


 PRÓ-SAÚDE

Biópsia  
 Nº MATRÍCULA  
 2496  
 Cód. Família: \_\_\_\_\_


**Universidade Estadual de Maringá**  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ  
 LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA



**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**RESULTADO DE EXAMES ANÁTOMO E CITOPATOLÓGICOS**

**PACIENTE:** Onofre Batista Mies **Nº PRONTUÁRIO:** não consta  
**SEXO:** M **IDADE:** 60 anos **COR:** Leucoderma **Nº EXAME:** 12-104  
**CLÍNICA:** LEBU **DATA DA COLETA:** 21/08/2012  
**PROFISSIONAL REQUISITANTE:** Dr. Gustavo J. Farah / Ac. Rômulo M. Lustosa

**RESUMO CLÍNICO:** Lesão removida do palato duro/mole, formato ovalado, coloração rósea/arroxada, superfície lisae base séssil. Não apresenta sintomatologia.

**HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):** 1. Adenoma Pleomórfico 2. Carcinoma Mucoepidermóide

**TIPO DE BIÓPSIA:** Incisional

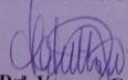
**NATUREZA DO MATERIAL:** Tecido mole

**DESCRIÇÃO MACROSCÓPICA:**  
 Material recebido para exame consta de dois fragmentos de tecido mole medindo (em conjunto) 10x10x05mm, de coloração pardacenta, superfície irregular, consistência borrachóide e formato achatado.

**MICROSCOPIA DIAGNÓSTICA (cortes corados em hematoxilina e eosina):**  
 Os cortes histológicos revelam fragmentos de mucosa revestida por epitélio pavimentoso estratificado ortoqueratinizado. Subjacentemente, vê-se tecido conjuntivo bem colagenizado, permeado por esporádicos ninhos de células epiteliais com morfologia variável, às vezes com citoplasma claro. O estroma conjuntivo apresenta-se, ora hialinizado, ora mixomatoso. Há algumas pequenas estruturas ductiformes, contendo material eosinofílico. Área negativa, compatível com espaço cístico, também está presente. Ácinos mucosos e focos hemorrágicos completam o quadro microscópico.

**DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: C/C ADENOMA PLEOMÓRFICO**

Data: 27/08/2012

  
 Prof.ª Dr.ª Vanessa C. Veltrini  
 Patologista Bucal - CRO/PR 13.228

## ANEXO 2: Normas da Revista



ISSN 1679-5458 (*versão Impressa*)

ISSN 1808-5210 (*versão Online*)

## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivo e política editorial
- Orientações para publicação
- Declaração de responsabilidade
- Encaminhamento de originais

## Objetivo e política editorial

### 1. INTRODUÇÃO

A revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

### 2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

2.1- A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e/ou inéditos, revisão sistemática, ensaios clínicos, relato de casos, dentre outros.

2.2 -Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial, que decidirá sobre sua aceitação.

2.3 -As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores.

2.4 -Os originais aceitos ou não para publicação, não serão devolvidos aos autores.

2.5 -É reservado à Revista os direitos autorais do artigo publicado, permitindo sua reprodução parcial, ou total, desde que citada a fonte.

2.6 -Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Nota: Para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em

periódicos anteriores.

2.7 -A revista aceita trabalhos em português e espanhol.

## Orientações para publicação

### 3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na carta de encaminhamento, deverá ser mencionado: a) a seção a qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para outra Revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os co-autores.
3. 2. Apresentação Geral: Os trabalhos deverão ser apresentados em três vias, sendo 1 original com o nome dos autores e 2 cópias sem identificação, digitados no processador de texto *Microsoft Word*, em caracteres da fonte *Times New Roman*, tamanho 12, em papel branco, tamanho A4 (21,2x29,7 cm) com margens mínimas de 2,5 cm. A numeração das páginas deverá ser consecutiva, começando da página título e ser localizada no canto superior direito. A gravação deverá ser realizada em CD com arquivo *Word* para textos e arquivos *Excel* para gráficos, ficando 1 em posse do autor. Na etiqueta, deverá constar nomes dos arquivos, respectivos programas e nome do autor principal. **Poderá também ser enviado via e-mail como arquivo em anexo de no máximo 1 Mb e até 5 figuras ao e-mail [brjoms.artigos@gmail.com](mailto:brjoms.artigos@gmail.com)**
3. 3. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais. A versão em inglês deverá ser a mais fiel possível à escrita em português. Na preparação dos originais, solicita-se a leitura e a observância completa das Normas de Publicação.
3. 4. Número de Páginas: Os artigos enviados para publicação deverão ter, no máximo, 15 páginas de texto, número este que inclui a página título ou página rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas. Tabelas, Quadros e Legendas de Figuras (ilustrações: fotos, mapas, gráficos, desenhos etc.) deverão vir em páginas separadas e numeradas no final do texto, em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. Os autores deverão certificar-se de que todas as tabelas, quadros e figuras estão citados no texto e na seqüência correta.
3. 5. Página Título: Esta página deverá conter somente: a)

título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviaturas dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo do primeiro autor para correspondência com os editores; f) endereço completo do autor principal para correspondência com os leitores; g) nome ou sigla das agências financiadoras, se houver; h) E-mail, de preferência do primeiro autor.

3.6. As ilustrações (gráficos, desenhos etc. ) deverão ser limitadas até **5 figuras**, construída preferencialmente, em programas apropriados como Excel, Harvard Graphics ou outro, fornecidas em formato digital apresentados no texto, e em arquivo conjuntamente em folhas separadas (papel) e numeradas, consecutivamente em algarismos arábicos. As fotografias deverão ser fornecidas na forma digital de alta resolução (**JPEG**). As respectivas legendas deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações ou das fotos e procedidas da numeração correspondente. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

3.7. Resumo: O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª. página. Nos casos de artigos em espanhol, é obrigatório o resumo em português e inglês.

3.8. O artigo deverá obedecer à seguinte ordem:

- a) Título e seu correspondente em inglês;
- b) Nome do autor e dos colaboradores, por extenso, com as respectivas chamadas ao pé da página, contendo as credenciais (qualificação, títulos);
- c) Resumo (com até 200 palavras), descritores (até 5 palavras-chave para identificação do conteúdo do trabalho, **retiradas do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, disponível no site da BIREME**, em <http://www.bireme.br>, link *terminologia em saúde*) e Abstract, em inglês, com unitermos (descritores) em inglês;
- d) Texto: o texto propriamente dito deverá apresentar introdução, desenvolvimento e



conclusão (ou considerações finais). O exemplo, a seguir, serve como estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa:

- Introdução: exposição geral do tema, devendo conter os objetivos e a revisão da literatura;

- Desenvolvimento: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão;

- Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto do estudo;

**EX:**

### **1) TRABALHO DE PESQUISA (ARTIGO ORIGINAL)**

**Título (Português/Inglês)**

**Resumo/Descritores**

**Abstract/Descriptors**

**Introdução (Introd. + proposição)**

**Metodologia**

**Resultados**

**Discussão**

**Conclusões**

**Referências Bibliográficas** (20 referências máximo - ordem de citação no texto)

**NOTA: Máximo 5 figuras**

### **2) RELATO DE CASO**

**Título (Português/Inglês)**

**Resumo/Descritores**

**Abstract/Descriptors**

**Introdução (Intro. +  
proposição)**

**Relato de Caso**

**Discussão**

**Considerações Finais**

**Referência Bibliográfica** (10  
referências máximo - ordem de citação no texto)

**NOTA: Máximo 3 figuras**

3.9. As citações e referências bibliográficas devem seguir as normas de Vancouver. Exemplo: O tratamento das fraturas dependem também do grau de deslocamento dos segmentos.<sup>4</sup>

3.9.1 As citações deverão seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

3.92. Referência igual a PubMed.

Autor (res). J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec;67(12):2599-604.

## **Declaração de Responsabilidade**

### **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

Datar e assinar

Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE).

## **Encaminhamento de Originais**

**Comissao Editorial da Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**

**Universidade de Pernambuco**

**Faculdade de Odontologia de Pernambuco**

**Av. Gal. Newton Cavalcanti,1.650. Tabatinga,  
Camaragibe - Pernambuco - Brasil  
CEP 54753-220 - Fone: ++55-81-31847652 - FAX:  
++55-81-31847686**

**[brjoms.artigos@gmail.com](mailto:brjoms.artigos@gmail.com)**

---

---

[Download Declaração de Responsabilidade](#) 

[[Home](#)] [[Sobre la revista](#)] [[Cuerpo editorial](#)] [[Instrucciones a los autores](#)]

---

© 2005-2007 Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

**Universidade de Pernambuco**

**Faculdade de Odontologia de Pernambuco**

**Av. Gal. Newton Cavalcanti,1.650. Tabatinga, Camaragibe - Pernambuco - Brasil  
CEP 54753-220 - Fone: ++55-81-31847652 - FAX: ++55-81-31847686**

**[revista@revistacirurgiabmf.com](mailto:revista@revistacirurgiabmf.com)**