CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS
FIP CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

THAIANA KARLA FERREIRA DA SILVA GUIMARÃES

ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE-PB
2026

THAIANA KARLA FERREIRA DA SILVA GUIMARÃES

ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Odontologia da FIP Campina Grande como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Hianne Cristinne de Morais Medeiros.

CAMPINA GRANDE-PB

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Gr

Guimarães, Thaiana Karla Fereira da Silva.
G482a ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA
JUGAL: Relato de caso./ Thaiana Karla Fereira da Silva
Guimarães . –Campina Grande–PB: UNIFIP, 2026.
42 fls.

Orientador (a): Profa. Dra. Hianne Cristinne de Morais
Medeiros
Monografia Graduação Bacharelado em Odontologia

1. Adenocarcinoma Polimorfo. 2. Mucosa jugal. 3. Glândulas salivares menores. 4. Neoplasia maligna. I. Título.
II. Centro Universitário - UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 616.314

Francisco das Chagas Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

THAIANA KARLA FERREIRA DA SILVA GUIMARÃES

ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos – Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia

Orientadora: Profa. Dra Hianne Cristinne de Morais Medeiros

Aprovado em: 15/05/2026.

BANCA EXAMINADORA

Hianne Cristinne de Morais Medeiros

Profa. Dra. Hianne Cristinne de Morais Medeiros
Membro Titular (Orientadora - UNIFIP-CG)

Prof. Dr. William Alves de Melo Junior
Membro Titular (1° Examinador interno – UNIFIP-CG)

Luan Éverton Galdino Barnabé

Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé
Membro Titular (2° Examinador interno – UNIFIP-CG)

AGRADECIMENTOS

À Deus, que fez nascer este sonho em meu coração e, em Sua infinita graça, sustentou-me em cada etapa, mostrando-me que eu seria capaz de realizá-lo. Sua força foi o meu alicerce nos momentos de incerteza.

Ao meu querido esposo, por toda a dedicação e paciência. Agradeço por despertar este sonho que estava adormecido em mim e por não medir esforços para contribuir com sua concretização; um sonho que, com o tempo, tornou-se também seu. Sua parceria e apoio incondicional foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Às minhas filhas, que são a minha maior motivação. Por vocês, luto todos os dias para ser alguém melhor e para lhes dar orgulho. Vocês são a luz que me impulsiona a seguir adiante.

À minha mãe, por toda a ajuda e pelo cuidado zeloso com minhas filhas em minha ausência. Agradeço pelas palavras de conforto, pelas orações constantes e por ser meu porto seguro.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo e pela parceria de sempre em todos os momentos desta jornada.

Aos meus professores, que com dedicação e ética transmitiram os conhecimentos necessários para que, hoje, eu possa exercer minha profissão com maestria e responsabilidade.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este ciclo se encerrasse com êxito, meu mais sincero muito obrigada.

RESUMO

O adenocarcinoma polimorfo (AP) da mucosa jugal configura-se como uma neoplasia maligna rara que afeta predominantemente as glândulas salivares menores situadas no palato, sendo mais raro em outras localizações. O objetivo deste trabalho consiste em relatar um caso de adenocarcinoma polimorfo em mucosa jugal, com enfoque no manejo clínico para diagnóstico desta patologia. O estudo foi realizado na Clínica-Escola de odontologia da (UNIFIP) Campina Grande – PB, seguindo os princípios éticos da resolução n° 466/12 do conselho nacional de saúde, com garantia de sigilo e consentimento informado por meio de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Paciente do sexo masculino, 52 anos, compareceu à clínica escola com queixa de "ferida na bochecha" com evolução de aproximadamente um ano e meio. Inicialmente considerada pelo paciente como uma afta indolor, a lesão apresentou crescimento progressivo nos últimos meses, motivando encaminhamento ao serviço de estomatologia. O paciente relatou histórico de tabagismo por cerca de 20 anos, cessado recentemente, sem hábito de etilismo frequente. Ainda na anamnese, relatou ausência de alterações sistêmicas ou uso de medicações contínuas. Ao exame clínico intraoral, observou-se úlcera de bordas elevadas, superfície irregular e consistência fibrosa, medindo cerca de 3 cm, localizada na mucosa jugal direita, na região da embocadura do ducto da glândula parótida, sem sinais compatíveis com trauma local. O exame extra oral e a palpação das cadeias linfonodais não evidenciaram alterações. Foi realizada biópsia incisional, com análise histopatológica revelando proliferação de células uniformes, organizadas em lençóis, cordões e ninhos, com padrões sólido, tubular e microcístico, além de estroma fibroso com áreas de hialinização e infiltrado inflamatório variável. Com base nos achados clínicos e microscópicos, estabeleceu-se o diagnóstico de adenocarcinoma polimorfo. A comunicação do diagnóstico foi conduzida conforme o protocolo SPIKES, assegurando acolhimento e orientação quanto ao plano terapêutico, encaminhamento aos serviços especializados, adequação do meio bucal e suporte psicoterapêutico, além de articulação com o profissional referenciado para acompanhamento integral do caso. Diante disso este estudo colabora para o aprofundamento do conhecimento sobre manejo diagnóstico e terapêutico de patologias que acometem a cavidade oral, apresentando descrições importantes para o diagnóstico de uma lesão tumoral incomum e oferecendo subsídios relevantes para o contexto clínico.

Palavras-chave: Adenocarcinoma Polimorfo. Mucosa Jugal. Glândulas Salivares Menores. Neoplasia Maligna.

ABSTRACT

Polymorphous adenocarcinoma (PA) of the buccal mucosa is a rare malignant neoplasm that predominantly affects the minor salivary glands located in the palate, being less common in other sites. The objective of this study is to report a case of polymorphous adenocarcinoma in the buccal mucosa, focusing on the clinical management for the diagnosis of this pathology. The study was conducted at the Dentistry School Clinic of UNIFIP in Campina Grande – PB, following the ethical principles of Resolution No. 466/12 of the National Health Council, ensuring confidentiality and informed consent through an Informed Consent Form (ICF). A 52-year-old male patient presented to the school clinic complaining of a "sore on the cheek" with an evolution of approximately one and a half years. Initially considered by the patient to be a painless mouth ulcer (aphtha), the lesion showed progressive growth in recent months, leading to a referral to the stomatology service. The patient reported a history of smoking for about 20 years, recently ceased, with no frequent alcohol consumption. During the anamnesis, he reported no systemic alterations or continuous medication use. Upon intraoral clinical examination, an ulcer with raised borders, an irregular surface, and fibrous consistency was observed, measuring approximately 3 cm, located in the right buccal mucosa near the opening of the parotid gland duct, with no signs compatible with local trauma. Extraoral examination and palpation of the lymph node chains showed no alterations. Na incisional biopsy was performed, with histopathological analysis revealing a proliferation of uniform cells organized in sheets, cords, and nests, with solid, tubular, and microcystic patterns, in addition to a fibrous stroma with areas of hyalization and variable inflammatory infiltrate. Based on the clinical and microscopic findings, the diagnosis of polymorphous adenocarcinoma was established. The communication of the diagnosis was conducted according to the SPIKES protocol, ensuring support and guidance regarding the therapeutic plan, referral to specialized services, adequacy of the oral environment, and psychotherapeutic support, as well as coordination with the referenced professional for comprehensive follow-up of the case. Therefore, this study contributes to deepening the knowledge regarding the diagnostic and therapeutic management of pathologies affecting the oral cavity, providing important descriptions for the diagnosis of an uncommon tumor lesion and offering relevant insights for the clinical context.

Keywords: Keywords: Polymorphous Adenocarcinoma. Buccal Mucosa. Minor Salivary Glands. Malignant Neoplasm.

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

AP: Adenocarcinoma polimorfo

CAC: Carcinoma adenoide cístico

CG: Campina Grande

DD: Diagnóstico diferencial

OMS: Organização Mundial da Saúde

PB: Paraíba

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFIP: Centro Universitário de Patos

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS……...10

1.1 NEOPLASIAS DAS GLÂNDULAS SALIVARES……10

1.2 ADENOCARCINOMA POLIMORFO (AP)..... 11

2 OBJETIVOS……16

2.1 OBJETIVO GERAL……. 16

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS……16

3 METODOLOGIA…… 17

3.1 CARACTERIZAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO……17

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA……...17

3.3 ASPECTOS ÉTICOS……17

4 ARTIGO CIENTÍFICO…….. 18

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS…….. 33

REFERÊNCIAS…….. 34

APÊNDICE……..36

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 NEOPLASIAS DAS GLÂNDULAS SALIVARES

As neoplasias de glândulas salivares representam um grupo diversificado de tumores da região de cabeça e pescoço, caracterizados por uma complexidade morfológica e diversidade biológica marcantes. Estas lesões têm origem tanto das glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual) quanto das glândulas salivares menores, que se encontram distribuídas por toda a cavidade oral. Embora a maior prevalência dessas lesões ocorra no palato, é possível encontrá-las também em mucosa jugal e lábios (Mimica *et al.*, 2019; Regezi, Sciubba e Jordan, 2017; Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022).Estatisticamente, tais neoplasias correspondem a aproximadamente 5% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Sua relevância clínica reside, primordialmente, na dificuldade diagnóstica, visto que diferentes subtipos histológicos podem apresentar similaridades semiológicas significativas. Essa sobreposição de características exige que o cirurgião-dentista utilize a biópsia como ferramenta definitiva, evitando diagnósticos equivocados baseados apenas na aparência clínica inicial (Speight e Barrett, 2020).

De forma geral, a literatura destaca que a incidência dos tumores de glândulas salivares varia muito conforme o tamanho da glândula acometida. De acordo com Sakalová; Hyrcza; Leivo (2022) e Regezi, Sciubba e Jordan (2017), existe uma espécie de "regra de proporção" muito importante para o diagnóstico: quanto menor for a glândula, maior será a probabilidade de o tumor ter um caráter maligno.

A literatura estabelece uma correlação clínica fundamental entre o volume da glândula afetada e a natureza biológica da neoplasia. Segundo a "regra de proporção" descrita por Sakalová, Hyrcza e Leivo (2022) e Regezi, Sciubba e Jordan (2017), quanto menor o tamanho da glândula salivar, maior a probabilidade estatística de a lesão apresentar caráter maligno.

A glândula parótida, por ser a maior das glândulas salivares, configura-se como o sítio anatômico de maior incidência, concentrando entre 65% e 80% de todas as neoplasias glandulares. Contudo, em virtude de sua dimensão, apresenta a menor taxa de malignidade, estimada em aproximadamente 25%. Nesse cenário, observa-se que três em cada quatro tumores parotídeos são benignos, com o adenoma pleomórfico figurando como a entidade mais prevalente (Mimica *et al.*, 2019; Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022; Veras *et al*., 2021).

Em contrapartida, a glândula submandibular responde por cerca de 10% do total de casos, apresentando um risco de malignidade que oscila entre 40% e 50%. Clinicamente, tal9 dado revela que, nesta glândula, a probabilidade de uma massa diagnosticada corresponder a um carcinoma é equivalente à de uma neoplasia benigna (Regezi, Sciubba e Jordan, 2017).

No que tange às glândulas salivares menores, estas representam de 10% a 20% das ocorrências, com uma taxa de malignidade média de 50%. É imperativo ressaltar que esse risco é variável conforme a localização intrabucal; enquanto tumores no palato apresentam cerca de 50% de chance de malignidade, lesões localizadas na língua ou no lábio inferior demonstram um potencial de câncer significativamente superior (Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022). Por fim, a glândula sublingual, sendo a de menor volume e o sítio mais raro de acometimento (menos de 1% dos casos), exibe o maior índice de agressividade diagnóstica. Devido à sua reduzida dimensão, a taxa de malignidade situa-se entre 70% e 90%, indicando que qualquer neoplasia detectada nesta região possui uma altíssima probabilidade de configurar um carcinoma (Regezi, Sciubba e Jordan, 2017).

1.2 ADENOCARCINOMA POLIMORFO (AP)

Inicialmente, esta patologia foi classificada como "Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau", porém, ao longo dos anos, novas evidências demonstraram variantes que poderiam apresentar comportamento biológico mais agressivo, como o Adenocarcinoma Cribiforme de Língua, variante mais rara que possui crescimento mais rápido e maior possibilidade de metástase Evans e Batsakis (1984) e Michal *et al.* (1999) A descoberta de expressões moleculares específicas para o AP marcou o reconhecimento de que esta lesão possui não apenas uma diversidade de apresentações morfológicas, mas também a descoberta de que estas variantes podem apresentar comportamentos clínicos distintos, desta forma, a nomenclatura incluindo o termo de baixo grau se mostrou equivocada, por não abranger os subtipos que podem apresentar maior agressividade, incluindo risco aumentado para invasão local e metástase (El-Naggar *et al*., 2017; Hernandez-Prera, 2019; Mimica *et al*., 2019; Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022). Esta patologia possui uma marcante preferência pelas glândulas salivares menores da cavidade oral. Embora o palato seja a localização mais frequente, correspondendo à maioria dos diagnósticos, sítios atípicos como a mucosa jugal e o lábio superior representam desafios importantes na prática estomatológica. A compreensão da

biologia do AP é fundamental para distinguir sua progressão lenta de outras entidades mais agressivas que compartilham a mesma região anatômica (El-Naggar *et al*., 2017; Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022).

10 O AP é reconhecido como a segunda neoplasia maligna mais comum das glândulas salivares menores, abaixo apenas do carcinoma mucoepidermoide. Estudos epidemiológicos indicam que esta entidade representa cerca de 11% a 25% de todos os tumores malignos de glândulas menores. Apresenta uma preferência evidente pelo sexo feminino, com uma proporção de aproximadamente 2:1, acometendo principalmente adultos entre a sexta e a oitava décadas de vida, sendo raramente diagnosticado em pacientes jovens (Altemani e Lopes, 2021; Regezi, Sciubba e Jordan, 2017; El-Naggar *et al*., 2017).

Anatomicamente, o palato é o sítio primário em cerca de 65% dos casos, podendo ser localizado em outros locais, o AP apresenta um baixo índice de metástases linfonodais,cerca de 10%, e raramente manifesta metástases à distância, o que resulta em uma taxa de sobrevida específica superior a 95% em 10 anos (Speight e Barrett, 2020; El-Naggar *et al*., 2017).

Clinicamente, o AP apresenta-se como uma massa nodular de crescimento lento, firme à palpação e, na grande maioria dos casos, assintomática. Por não cursar dor ou parestesia em fases iniciais, a lesão é frequentemente negligenciada pelo paciente, sendo descoberta durante exames de rotina ou quando atinge proporções que causam desconforto (Regezi, Sciubba e Jordan, 2017; El-Naggar *et al.*, 2017).A superfície da lesão pode variar de uma coloração normal a tons azulados. Embora a mucosa geralmente permaneça íntegra, a ulceração pode ocorrer devido a traumas secundários ou pela própria expansão tumoral progressiva (Altemani e Lopes, 2021; Xu *et al*., 2020).

Seu diagnóstico é fundamentado em sua característica mais marcante: o polimorfismo arquitetural. Apesar de as células tumorais apresentarem uma aparência citológica mais uniforme, elas podem se organizar em uma ampla gama de padrões estruturais, como arranjos sólidos, tubulares, trabeculares e microcísticos. Frequentemente, observa-se o padrão em "alvo" ou "redemoinho" ao redor de estruturas vasculares ou nervosas, refletindo a versatilidade morfológica da lesão (El-Naggar *et al*., 2017; Neville *et al.*, 2016). As células são tipicamente pequenas, cuboidais ou colunares, com núcleos de cromatina aberta e baixa atividade mitótica. No entanto, o traço patognomônico crucial é sua natureza infiltrativa, invadindo tecidos adjacentes e espaços perineurais (formando o aspecto de "bulbo de cebola"). (Altemani e Lopes, 2021; Xu *et al.*, 2020).

A atualização trazida pela OMS em 2022, indica que a variação dos padrões histopatológicos podem estar associada à alterações moleculares específicas. Segundo os autores, o

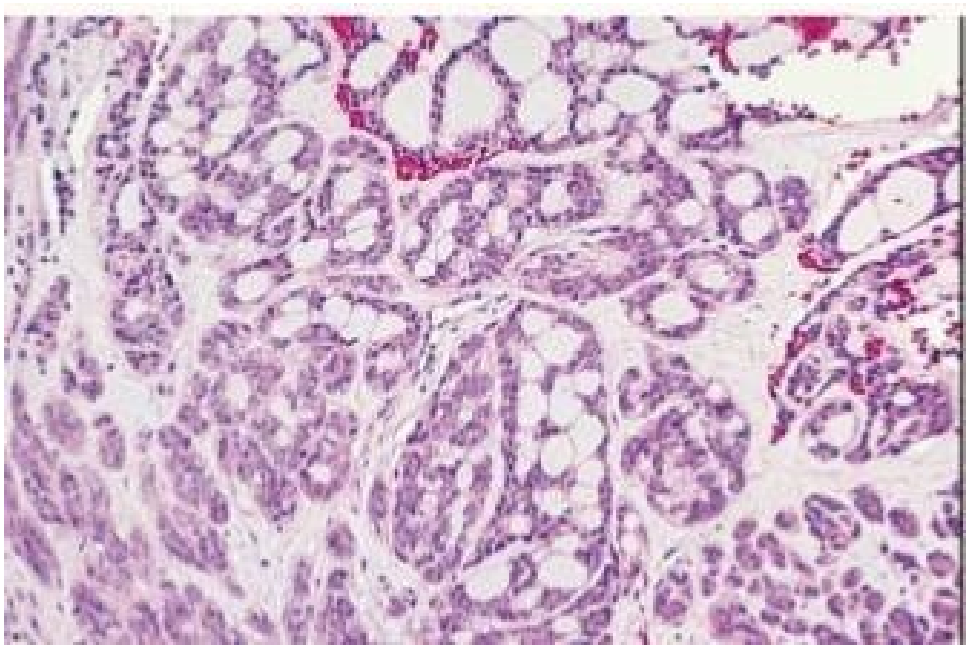
subtipo clássico de apresentação histopatológica do AP apresenta mutações no gene PRKD1 em 73% dos casos, enquanto nos subtipos cribiformes são descritas fusões nos11 genes PRKD1 (38%), PRKD2 (14%) e PRKD3 (19%). Apesar destes distintos rearranjos moleculares, não existem evidências que apontem distinções significativas no prognóstico baseadas no subtipo histológico do AP, porém, estas marcações podem ser uteis na diferenciação de outras neoplasias de glândula salivar, como o carcinoma adenoide cístico Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022).

Em relação ao diagnóstico diferencial, o AP pode apresentar semelhanças com o Adenoma Pleomórfico, tendo em vista que ambos podem manifestar-se também como um nódulo firme, assintomático, de crescimento lento. Contudo, histopatológicamente, o adenoma pleomórfico possui uma característica marcante em relação a variação dos componentes estromas, podendo exibir diferenciação plasmocitoide e áreas condroides, características ausentes no AP, que se apresenta como uma lesão que exibe maior variedade de organização arquitetural em seu componente parenquimal, podendo inclusive apresentar infiltração de tecidos ADJACENTES (Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022; Speight e Barrett, 2020). Desta forma, a distinção mais desafiadora se dá entre o AP e o Carcinoma Adenoide Cístico (CAC), cuja agressividade biológica é significativamente maior. A dificuldade consiste no fato de que ambas as patologias podem apresentar células neoplásicas que se organizam em um padrão arquitetural cribriforme e que possuem propensão à invasão perineural, o CAC distingue-se pela presença de células com núcleos mais hipercromáticos e clinicamente está associado a maior prevalência de sintomatologia dolorosa, sintoma pouco associado aos casos de AP. Nesse cenário, a precisão na diferenciação entre essas neoplasias é de suma importância para o prognóstico e manejo adequado do paciente. Como mencionado anteriormente, a utilização de marcadores moleculares, como os genes da família PRKD, tem sido apontados como relevantes na diferenciação diagnóstica do AP (Regezi, Sciubba e Jordan, 2017; Sakalová, Hyrcza e Leivo, 2022). O diagnóstico precoce do AP é um fator determinante para o sucesso terapêutico, a identificação em estágio inicial permite o controle da extensão cirúrgica, uma vez que o tumor tende a invadir tecidos moles e estruturas nobres ao longo do tempo, sendo assim, quanto menor a extensão cirúrgica, menor o risco de comprometer funções vitais como a salivação e a mastigação (Altemani e Lopes, 2021). Além disso, a intervenção rápida previne recidivas locais, que podem chegar a 15% quando a exérese não é completa. O diagnóstico se estabelece a partir de biópsia incisional, logo é possível otimizar o tratamento e também reduz a ansiedade do paciente, facilitando a aplicação de protocolos humanizados como o SPIKES. (Speight e Barrett, 2020; Xu *et al.*, 2020).A abordagem terapêutica envolve ressecção cirúrgica completa com margens de segurança largas. Devido à sua natureza infiltrativa, o AP pode apresentar risco de recidivas locais, desta forma, o planejamento cirúrgico

deve considerar a remoção de margens de segurança de forma adequada. A radioterapia adjuvante raramente é necessária, sendo reservada para casos de tumores extensos com invasão óssea ou quando as margens cirúrgicas são comprometidas como também em casos que uma nova ressecção não é indicada. (Regezi, Sciubba e Jordan, 2017; Altemani e Lopes, 2021).

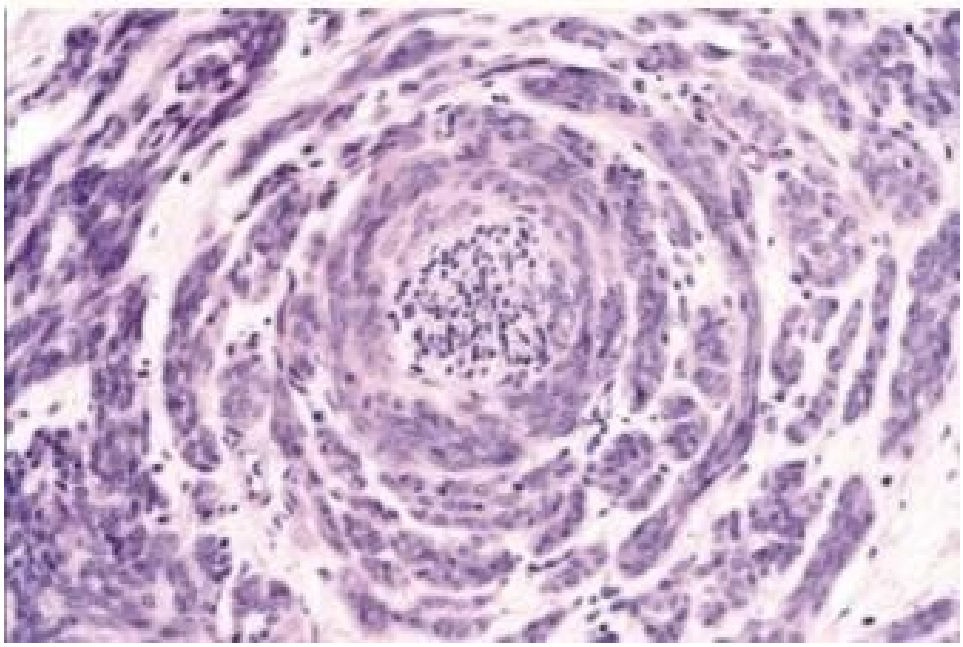
O prognóstico para o AP é bom, com taxas de sobrevida em 10 anos superiores a 95%. Apesar do risco de recorrência local persiste por muitos anos, o que exige um acompanhamento clínico rigoroso e de longo prazo, acometimento de metástases à distância são extremamente raras, geralmente associadas a casos negligenciados por décadas ou múltiplas recidivas, o que reafirma a importância da continuidade do cuidado e do suporte multidisciplinar (Xu *et al*., 2020; El-Naggar *et al.*, 2017).

Imagem 1: Adenocarcinoma polimorfo. Esta vista em médio aumento evidencia o arranjo cribriforme das células tumorais uniformes com núcleo palidamente corado.



Fonte: Neville, 2025.

Imagem 2: Adenocarcinoma polimorfo. Invasão perineural



Fonte: Neville, 2025.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar um caso de adenocarcinoma polimorfo em mucosa jugal, enfatizando seus aspectos diagnósticos na clínica odontológica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo clínico-diagnóstico, desde a identificação da lesão até a confirmação histopatológica;
- Analisar os aspectos histopatológicos da lesão e relacioná-los ao prognóstico e manejo do paciente;
- Realizar um levantamento bibliográfico para fundamentar a discussão sobre o comportamento biológico da neoplasia no sítio anatômico estudado

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo constituiu-se em um relato de caso clínico, de natureza descritiva e observacional. A atividade foi desenvolvida na Clínica-Escola do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), na unidade de Campina Grande – PB. O caso foi identificado e acompanhado durante os atendimentos realizados no serviço de Estomatologia, no contexto das atividades clínicas de diagnóstico e manejo de patologias orais.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi representada pelos pacientes assistidos pelo serviço de Estomatologia da instituição. A amostra, selecionada de forma não probabilística por conveniência devido à raridade da patologia no sítio anatômico em questão, consistiu em um paciente do sexo masculino, 52 anos de idade, apresentando adenocarcinoma polimorfo em mucosa jugal. Os critérios de inclusão basearam-se na confirmação diagnóstica por meio de exame histopatológico e na concordância do paciente em participar do estudo.15.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi conduzida em conformidade com as diretrizes das Resoluções n° 466/12 e n° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do UNIFIP, via Plataforma Brasil.

O paciente foi devidamente esclarecido sobre os objetivos do relato, os métodos de coleta de dados e as garantias de sigilo e anonimato. A anuência foi formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice A. Foi assegurado ao participante o direito de assistência e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízos ao seu tratamento clínico.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

O presente estudo foi desenvolvido para a apresentação do trabalho de conclusão de curso em graduação em odontologia da faculdade integrada de patos Campina Grande FIP-CG Como resultado do mesmo, o artigo intitulado “ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL: RELATO DE CASO”, será apresentado como fruto deste trabalho de conclusão de curso. Após as devidas considerações da banca da defesa deste trabalho de conclusão de curso, o artigo será colocado nas normas e enviado para submissão na revista de odontologia da UNESP Rev Odontol UNESP, ISSN 1807-2577.

ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL: RELATO DE CASO

Thaiana Karla Ferreira Da Silva Guimarães 1 , Hianne Cristinne de Morais Medeiros2 , Luan Éverton Galdino Barnabé 2 William Alves de Melo Junior 2

[1]Graduando do curso de Bacharelado em Odontologia da UNIFIP Campina Grande

[2]Docente do Curso de Bacharelado em Odontologia da UNIFIP Campina Grande

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de Adenocarcinoma Polimorfo (AP) localizado em mucosa jugal, discutindo seus aspectos diagnósticos e a importância da abordagem humanizada. O caso reportado refere-se a um paciente do sexo masculino, 52 anos, que apresentou uma lesão ulcerada de aproximadamente 3 cm na mucosa jugal direita com tempo de evolução de 18 meses. Após a realização de biópsia incisional, o examehistopatológico revelou proliferação de células uniformes arranjadas em padrões sólidos, tubulares e microcísticos, com presença de invasão perineural, confirmando o diagnóstico de adenocarcinoma polimorfo. Além da conduta técnica voltada para a exérese cirúrgica, o manejo do caso incluiu a aplicação do protocolo SPIKES para a comunicação do diagnóstico oncológico, visando o acolhimento psicológico do paciente. Conclui-se que a compreensão das variações clínicas e histopatológicas desta neoplasia, aliada a uma comunicação assertiva e empática, é fundamental para o sucesso terapêutico e o prognóstico favorável do paciente

Palavras-chave: Adenocarcinoma polimorfo; Glândulas salivares menores; Mucosa jugal; Protocolo SPIKES.

ABSTRACT

The present study aims to report a clinical case of Polymorphous Adenocarcinoma (PA) located in the buccal mucosa, discussing its diagnostic aspects and the importance of a humanized approach. The reported case refers to a 52-year-old male patient who presented an ulcerated lesion of approximately 3 cm on the right buccal mucosa, with an evolution time of 18 months. After an incisional biopsy was performed, the histopathological examination revealed a proliferation of uniform cells arranged in solid, tubular, and microcystic patterns, with the presence of perineural invasion, confirming the diagnosis of polymorphous adenocarcinoma. In addition to the technical management focused on surgical excision, the case handling included the application of the SPIKES protocol for communicating the oncological diagnosis, aiming at the psychological support of the patient. It is concluded that understanding the clinical and histopathological variations of this neoplasm, combined with assertive and empathetic communication, is fundamental for therapeutic success and a favorable prognosis
for the patient.

Keywords: Polymorphous adenocarcinoma; Minor salivary glands; Buccal mucosa; SPIKES protocol.

INTRODUÇÃO

As neoplasias de glândulas salivares representam um grupo diversificado de lesões de baixa ocorrência, que desafiam o cirurgião-dentista devido à sua variabilidade biológica. Em [17] sua maioria, manifestam-se como tumores benignos, com maior predileção pelo sexo feminino entre a quarta e sétima décadas de vida, acometendo primordialmente a glândula parótida Nesse panorama[1] o adenoma pleomórfico é a entidade benigna mais frequente na clínica estomatológica (2). Por outro lado, entre as variantes malignas, o carcinoma mucoepidermoide apresenta os maiores índices de prevalência em glândulas salivares [1,2.]

No grupo das neoplasias malignas que acometem as glândulas salivares menores, o adenocarcinoma polimorfo (AP) surge como uma patologia singular e de ocorrência infrequente. Descrito como entidade distinta em 1984, foi inicialmente denominado "adenocarcinoma polimorfo de baixo grau" [1,3,4]. Epidemiologicamente, responde por cerca de 5% a 15% das malignidades em glândulas menores, tendo o palato como sítio anatômico de eleição, embora existam relatos em glândulas maiores como a parótida e submandibular [4,5]. Estudos epidemiológicos de base populacional reforçam a importância da vigilância clínica frente a essas variações [6].

A compreensão sobre o comportamento biológico do AP evoluiu significativamente, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a suprimir o termo "baixo grau" de sua nomenclatura oficial, visando alertar para o seu caráter infiltrativo e potencial de recidiva local [7,9]. Geneticamente, a patogênese da lesão está associada a mutações nos genes da família PRKD, achado que auxilia no prognóstico e no diagnóstico diferencial com o carcinoma adenoide cístico [10,11.]

No exame clínico, o AP apresenta-se tipicamente como um aumento de volume nodular, de consistência firme e crescimento lento, podendo, em casos raros, acometer a mucosa jugal [12,13.] O diagnóstico diferencial é complexo, pois o aspecto clínico pode mimetizar lesões benignas ou traumas reacionais. Histopatologicamente, sua principal característica é o polimorfismo arquitetural, apresentando padrões sólidos, tubulares e cribriformes em meio a uma população celular uniforme [12,15,16]. A marcante propensão à invasão perineural exige uma abordagem cirúrgica com margens de segurança, sendo a radioterapia considerada apenas em casos de doença avançada ou margens comprometidas [12,5,17]. O diagnóstico definitivo depende da análise histopatológica criteriosa, frequentemente auxiliada pela imunohistoquímica [11,13]. O presente trabalho objetiva relatar um caso

clínico de AP em mucosa jugal em um paciente do sexo masculino, discutindo os aspectos diagnósticos e a conduta terapêutica adotada.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo masculino, 52 anos, compareceu a clínica escola com queixa de “ferida na bochecha”. Relatou que a lesão apareceu há aproximadamente 1 ano e meio e que não buscou ajuda anteriormente por achar que se tratava apenas de uma “afta indolor”, mas que nos últimos meses a lesão tinha evoluído significativamente e, ao procurar o cirurgião-dentista de sua cidade, foi referenciado ao serviço de estomatologia. Durante a anamnese, ele relatou não beber com frequência, mas haver fumado por quase 20 anos, parando apenas recentemente. Não houve relato de alterações sistêmicas e o paciente não estava em uso de nenhuma medicação contínua. Ao exame físico extra-oral, não foram observadas alterações e todas as cadeias linfonodais da região de cabeça e pescoço foram palpadas, sem indicação de anormalidade. Ao exame físico intra-oral, observou-se ulcera de bordas elevadas, superfície irregular e consistência fibrosa, medindo aproximadamente 3 cm, na altura da embocadura do ducto da glândula parótida direita, se estendendo por quase toda mucosa jugal. Não havia sinais de trauma compatível com o aspecto clínico. Considerando a evolução do caso, foi realizada uma biópsia incisional, com espécime fixado em formol 10% e enviado para avaliação histopatológica. Os achados microscópicos evidenciaram proliferação de células de morfologia uniforme, com núcleo arredondado, arranjadas em lençóis, cordões e ninhos de tamanhos diversos. Estes arranjos invadiam os tecidos circunvizinhos em padrões variando entre sólido, tubular e microcístico. O estroma de tecido conjuntivo fibroso apresentava áreas de hialinização e infiltrado inflamatório de intensidade variável.

Baseado nos achados clínicos e histopatológicos, se estabeleceu o diagnóstico final de adenocarcinoma polimorfo. Para a entrega do laudo, foi adotado os pressupostos indicados no protocolo SPIKES, visando acolhimento apropriado do paciente neste momento de vulnerabilidade. O paciente e sua acompanhante foram orientados sobre o diagnóstico, o plano terapêutico adequado, os serviços de referência para os próximos passos do tratamento, a necessidade de uma adequação do meio bucal e indicações de acompanhamento psicoterapêutico, caso desejado. O profissional que referenciou o caso também foi contactado, orientado quanto à conduta e se responsabilizou pelo acompanhamento do paciente ao longo do tratamento.

Imagem 1: Imagem clínica evidenciando a úlcera de bordas elevadas localizada na altura da embocadura do ducto da glândula parótida direita.

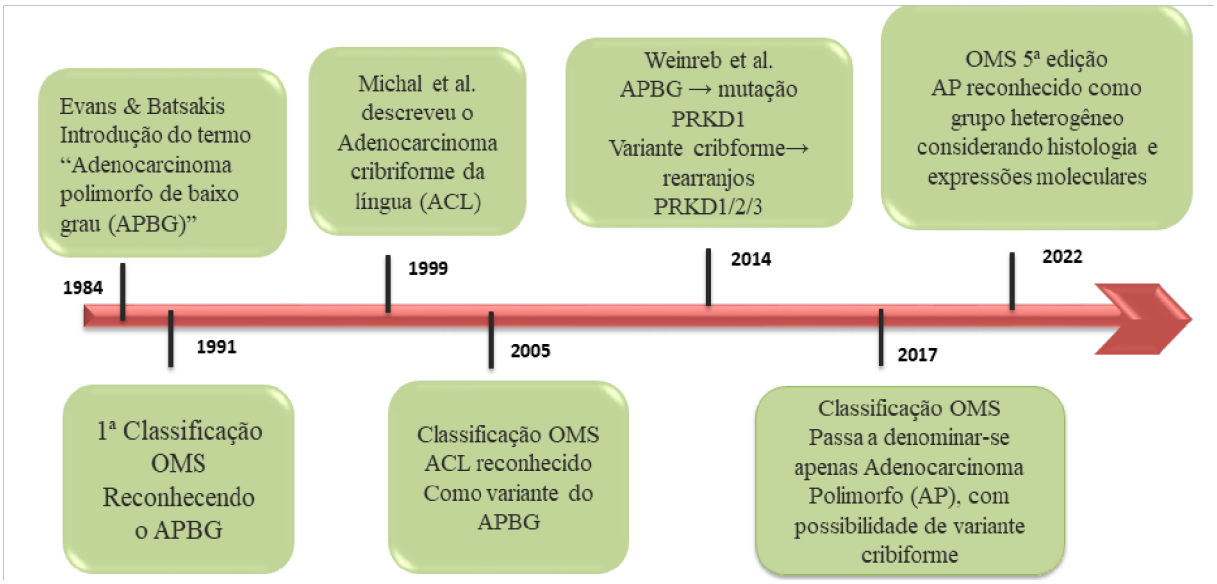


Fonte: Fotografado pelo autor, 2026.

DISCUSSÃO

Inicialmente, esta patologia foi classificada como "Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau", porém, ao longo dos anos, novas evidências demonstraram variantes que poderiam apresentar comportamento biológico mais agressivo, como o Adenocarcinoma Cribiforme de Língua, variante mais rara que possui crescimento mais rápido e maior possibilidade de metástase [4,8]. A descoberta de expressões moleculares específicas para o adenocarcinoma polimorfo (AP) marcou o reconhecimento de que esta lesão possui não apenas uma diversidade de apresentações morfológicas, mas também que estas variantes podem apresentar comportamentos clínicos distintos. Desta forma, a nomenclatura incluindo o termo de baixo grau se mostrou equivocada, por não abranger os subtipos que podem apresentar maior agressividade, incluindo risco aumentado para invasão e metástase [7,8,10]. A figura 1 esquematiza uma linha do tempo evidenciando as mudanças de nomenclatura e achados importantes na história dos estudos sobre o AP até a última atualização classificatória pela OMS em 2024 [8].

Figura 1. Linha do tempo sobre achados importantes e as atualizações de nomenclatura até a classificação mais recente da OMS em 2022.



Fonte: Adaptado de Hernandez, 2019.

O presente relato descreve uma lesão em mucosa jugal, de crescimento lento e assintomático. Apesar da localização incomum, constituindo menos de 10% dos casos relatados de AP [17, 18,] os outros achados clínicos e histopatológicos sugerem que trata-se de uma variante convencional desta neoplasia, que em geral, apresenta melhores prognósticos para os pacientes.

A queixa de uma "afta indolor" que clinicamente se apresentou como úlcera elevada, exibindo crescimento lento ao longo de 18 meses, elucida características comuns descritas em outros casos de AP na literatura. A ausência de sintomatologia e o aspecto inicial indolente faz com que frequentemente essa neoplasia seja vista como algo "benigno" pelo próprio paciente, retardando a procura por diagnóstico e tratamento adequado [10, 20, 21].

No presente caso, o paciente relatou demora para buscar ajuda pois acreditou que inicialmente a lesão se tratava de uma afta comum, gerada provavelmente por algum evento traumático. Frequentou alguns serviços de saúde sem que a lesão fosse percebida por outros profissionais, o que reforça a importância da formação de cirurgiões-dentistas que enfoque o diagnóstico de neoplasias malignas, incluindo habilidades técnicas para realização de biópsias mesmo em locais desafiadores, como é o caso da embocadura do ducto da glândula parótida. A intervenção precoce favorece uma maior rapidez no diagnóstico e colabora para melhora no prognóstico para o paciente [15, 20, 22].

Embora o AP apresente maior prevalência feminina [1-,4], este relato destaca o acometimento em um paciente masculino, ressaltando o amplo perfil epidemiológico que pode ser apresentado por esta neoplasia [11, 13, 14, 15, 23, 24]. A ausência de dor inicial corrobora com os achados da literatura e reforça a importância de não considerar a dor como um fator indicativo importante para o diagnóstico de neoplasias malignas, uma vez que estas só vêm a apresentar sintomatologias mais marcantes em estágios tardios [11, 13, 14, 15, 21].

Quanto ao diagnóstico diferencial, onde a literatura aponta semelhança clínica com o Adenoma Pleomórfico e o Carcinoma Adenoide Cístico [2, 10, 11, 18], a lesão aqui estudada apresentava tamanho significativo e ausência de sintomatologia dolorosa, pontos que foram considerados no processo de diferenciação entre estas patologias, apesar de o diagnóstico ser pautado principalmente nos achados histopatológicos. Neste caso, o exame por microscopia evidenciou a proliferação de células arredondadas arranjadas em lençóis, cordões e ninhos de 22 tamanhos diversos, organizados em padrões variando entre sólido, tubular e microcístico. Estes achados indicam que a lesão represente um subtipo convencional de AP [8, 10]. Outro achado histopatológico relevante foi a presença de invasão perineural, que isoladamente não indica mau prognóstico [20], mas evidencia a necessidade de margens de segurança cirúrgicas para evitar recidivas [12, 13, 25].

A atualização trazida pela OMS indica que a variação dos padrões histopatológicos podem estar associada à alterações moleculares específicas relacionados a rearranjos na família de genes PRKD. Apesar destes distintos rearranjos moleculares, não existem evidências que apontem distinções significativas no prognóstico baseadas no subtipo histológico do AP, porém, estas marcações podem ser úteis na diferenciação de outras neoplasias de glândula salivar, como o carcinoma adenoide cístico [8, 9, 10].

Em relação ao prognóstico, especialmente quando se pensa em sobrevida do paciente, o diagnóstico precoce é um fator determinante para o sucesso terapêutico, uma vez que a menor a extensão cirúrgica, indica menor o risco de comprometer funções vitais como a salivação e a mastigação. Além disso, a intervenção rápida previne recidivas locais, que podem chegar a 15% quando a exérese não é completa. O diagnóstico se estabelece a partir de biópsia incisional, logo é possível otimizar o tratamento e também reduz a ansiedade do paciente, facilitando a aplicação de protocolos humanizados como o SPIKES [30]. No caso aqui apresentado, a biópsia incisional foi realizada com urgência assim que realizada o exame clínico da lesão, o exame histopatológico também foi demandado e o laudo foi emitido com a maior rapidez possível, para que o paciente obtivesse orientações e encaminhamentos necessários.

A abordagem terapêutica envolve ressecção cirúrgica completa com margens de segurança largas. Devido à sua natureza infiltrativa, o AP pode apresentar risco de recidivas locais, desta forma, o planejamento cirúrgico deve considerar a remoção de margens de segurança de forma adequada. A radioterapia adjuvante raramente é necessária, sendo reservada para casos de tumores extensos com invasão óssea ou quando as margens cirúrgicas são comprometidas como também em casos que uma nova ressecção não é indicada [5, 15, 28].

O prognóstico para o AP é bom, com taxas de sobrevida em 10 anos superiores a 95%. Apesar do risco de recorrência local persiste por muitos anos, o que exige um acompanhamento clínico rigoroso e de longo prazo, acometimento de metástases à distância são extremamente raras, geralmente associadas a casos negligenciados por décadas ou múltiplas recidivas, o que reafirma a importância da continuidade do cuidado e do suporte multidisciplinar [15, 20, 29].

No caso aqui estudado, não obtivemos retorno do paciente após encaminhamento para oncologia e cirurgia de cabeça e pescoço, desta forma, as informações a respeito da sobrevida, qualidade de vida e efeitos do tratamento oncológico representam uma limitação deste estudo. Apesar disso, considera-se relevante discutir sobre identificação e manejo clínico das neoplasias malignas de glândula salivar, como o AP, que devem embasar a formação de cirurgiões dentistas responsáveis e comprometidos com esse desafio que é também social.

Para a comunicação do diagnóstico ao paciente, foi utilizado protocolo SPIKES [30] como referência para construção de uma abordagem individualizada que levasse em consideração a tensão envolvida para o profissional e principalmente para o paciente no momento de se comunicar uma notícia difícil. Neste processo, se considerou a necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a patologia, seus possíveis tratamentos e quais encaminhamentos necessários a partir do momento da entrega do laudo. A compreensão sobre as redes de assistência em saúde e também social deve fazer parte da formação dos graduandos, para que eles desenvolvam senso de responsabilidade social, tão importante na atuação dentro da Odontologia, principalmente quando considerado o diagnóstico oral e seus desafios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado demonstra que o Adenocarcinoma Polimorfo (AP) pode se manifestar fora do seu perfil epidemiológico convencional. O percurso diagnóstico aqui relatado reforça a importância da formação de cirurgiões-dentistas capacitados a realizarem a identificação de alterações que possam indicar malignidade, bem como possuir habilidades técnicas que possam facilitar o diagnóstico precoce desta condições. O AP representa um desafio clínico, uma vez que não é uma neoplasia tão prevalente e seus aspectos podem escapar d convencionalidade esperada. É de grande relevância que os cirurgiões-dentistas compreendam a responsabilidade social envolvida no processo semiológico e nos encaminhamentos e orientações necessárias durante a comunicação de um diagnóstico como24 o AP, ou outras neoplasias malignas de cavidade oral. Por fim, é válido reforçar que desfecho clínico depende da associação entre a precisão técnica no diagnóstico e um manejo humanizado, assegurando que o tratamento contemple tanto o tratamento adequado patologia quanto o suporte integral ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Astorga-González MA, Aranda-Vial W, González-Arias M. Tumores de glándulas salivares: Revisión de 25 años. Ver Med Chil. 2007;135(11):1424-31.

2. Rodrigues LRS, Pereira CM. Low-grade polymorphic adenocarcinoma: Atypical case report in the lower retromolar region of the young patient. Res Soc Dev. 2021;10(9):e49110918461.

3. Barradas-Queila S. Prevalência das neoplasias de glândulas salivares em um serviço de patologia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.

4. Gomes CRM. Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau de Malignidade: estudo clinicopatológico de 70 casos [dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2021.

5. Barnes L, Evenson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press; 2005.

6. Patel TD, Vazquez A, Cheng JZ, Baredes S, Eloy JÁ. Polymorphous low-grade adenocarcinoma of the head and neck: a population-based study of 460 cases. Laryngoscope. 2015;125(7):1644-9.

7. Hernández-Prera JJ. Polymorphous Adenocarcinoma: A Critical Review of the Current State of Knowledge. Head Neck Pathol. 2019;13(1):55-63.

8. World Health Organization. Head and neck tumours: WHO classification of tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2024.

9. Tasoulas J, Nikitakis NG, Scheper MA. PRKD1 Mutations in Polymorphous Adenocarcinoma: A Systematic Review. Oral Oncol. 2019;92:17-22.

10. Rao S, Gupta S, Kumar P, et al. Diagnostic Challenges in Salivary Gland Tumors: Polymorphous Adenocarcinoma vs. Adenoid Cystic Carcinoma. Oral Oncol Rep. 2025;10:100-112. 11. Morais MLS, et al. Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau em glândula salivar menor: relato de caso. Ver Bras Otorrinolaringol. 2010;76(1):134-8.25
12. Jawanda MK, Kaur S, Gupta S, Singla K. Polymorphous adenocarcinoma of the buccal mucosa: A rare case report. J Oral Maxillofac Pathol. 2022;26(1):120-4.

13. Pires FR, et al. Polymorphous Adenocarcinoma of the Oral Cavity: A Systematic Review of 414 Cases. J Oral Maxillofac Surg. 2024;82(2):145-58. 14. Smith AJ, Jones LM. Management and Long-term Follow-up of Low-grade Salivary Gland Malignancies. Head Neck Pathol. 2024;18(1):45-52.

15. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Patologia oral e maxilofacial. 4. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

16. Thompson LDR. Polymorphous low-grade adenocarcinoma. Ear Nose Throat J. 2006;85(6):364-5.

17. D'Auria S, et al. Polymorphous Adenocarcinoma: A Systematic Review of the Literature and Presentation of Two Cases in a Less-Considered Anatomical Site. J Clin Med. 2024;13(2):384.

18. Aguiar TH, Santos LM, Oliveira MC. Adenocarcinoma polimorfo em mucosa jugal: relato de caso. Ver Estomatol. 2018;12(3):45-50.

19. Fernandes KS, et al. Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau: relato de caso clínico. Sci Invest Dent. 2013;16(1):5-9.

20. Poorten VV, et al. Polymorphous adenocarcinoma of the salivary glands: reappraisal and update. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2018;275(7):1681-95.

21. Campana IG, Goiato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Ver Odontol Araçatuba. 2013;34(1):20-6.
22. Patel TD, et al. Polymorphous low-grade adenocarcinoma of the head and neck: a population-based study of 460 cases. Laryngoscope. 2015;125(7):1644-9.

23. Brito LNS, et al. Adenocarcinoma Polimorfo de baixo grau de grandes proporções em paciente idoso: relato de caso não usual. Odontol Clín-Cient. 2016;15(1):1-4.

24. Shukla M, et al. Polymorphous Low-Grade Adenocarcinoma (PLGA) in na 18 Year-Old Male. Indian J Surg. 2013;75:153-5.

25. Kimple AJ, et al. Polymorphous low-grade adenocarcinoma: a case series and determination of recurrence. Laryngoscope. 2014;124(12):2714-9.

26. Chandra J, et al. Polymorphous Adenocarcinoma: A Rare Case Report with Unique Radiographic Appearance on CBCT. Case Rep Dent. 2021;2021:8853649.

27. Sathyanarayanan R, et al. Management of recurrent polymorphous low grade adenocarcinoma: a case report. Ver Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2021;21(1):36-9.26

28. Civantos AM, et al. Role of elective neck dissection and adjuvant radiation therapy in patients with polymorphous adenocarcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2021;278(9):3459-66.

29. Jawanda MK, et al. Polymorphous adenocarcinoma: A case report along with its characteristics and diagnostic challenges. J Oral Maxillofac Pathol. 2021;25(3):517-22.

30. Baile WF, et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Adenocarcinoma Polimorfo (AP) representa um desafio diagnóstico devido ao seu comportamento indolente e à sua marcante diversidade arquitetural. No presente caso, a manifestação atípica em mucosa jugal reforça que a variabilidade clínica pode mimetizar processos benignos, tornando a biópsia incisional o recurso indispensável para o diagnóstico definitivo. O longo período de evolução observado (18 meses) ratifica a necessidade de uma vigilância estomatológica rigorosa em lesões glandulares, independentemente da ausência de sintomatologia álgica ou da localização anatômica.

Conclui-se que o sucesso terapêutico no manejo do AP depende da tríade: diagnóstico histopatológico preciso, exérese cirúrgica com margens de segurança e acolhimento biopsicossocial. A aplicação do protocolo SPIKES demonstrou ser uma ferramenta essencial para a humanização do diagnóstico oncológico, evidenciando que a excelência técnica deve estar indissociavelmente ligada à ética e à empatia. Assim, a detecção precoce aliada a um manejo humanizado garante não apenas um prognóstico favorável, mas a integridade do cuidado ao paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, T. H. et al. Adenocarcinoma polimorfo em mucosa jugal: relato de caso. Revista de Estomatologia, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 45-50, 2018.

ALTEMANI, A.; LOPES, M. A. Patologia de glândulas salivares. 1. Ed. São Paulo: Santos, 2021.

ASTORGA-GONZÁLEZ, M. A. Et al. Tumores de glándulas salivares: revisión de 25 años. Revista Médica de Chile, Santiago, v. 135, n. 11, p. 1424-1431, 2007.

BAILE, W. F. et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. The Oncologist, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BARNES, L. et al. World Health Organization Classification of Tumours: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Lyon: IARC Press, 2005.

BARRADAS-QUEILA, S. Prevalência das neoplasias de glândulas salivares em um serviço de patologia. 2018. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

EL-NAGGAR, A. K. et al. WHO classification of head and neck tumours. 4. Ed. Lyon: IARC, 2017.

EVANS, H. L.; BATSAKIS, J. G. Polymorphous low-grade adenocarcinoma of minor salivary glands: A study of 14 cases of a distinctive neoplasm. Cancer, [S. l.], v. 53, n. 4, p. 935-942, 1984.

HERNÁNDEZ-PRERA, J. J. Polymorphous Adenocarcinoma: A Critical Review of the Current State of Knowledge. Head and Neck Pathology, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 55-63, 2019.

JAWANDA, M. K. et al. Polymorphous adenocarcinoma of the buccal mucosa: A rare case report. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 120-124, 2022.

MICHAL, M. et al. Cribriform adenocarcinoma of the tongue: a hitherto unrecognized type of adenocarcinoma characteristically occurring in the tongue. Histopathology, [S. l.], v. 35, n. 6, p. 495-501, 1999.

MIMICA, X. et al. Polymorphous Adenocarcinoma of Salivary Glands. Oral Oncology, New York, v. 95, p. 182-190, 2019.

MORAIS, M. L. S. et al. Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau em glândula salivar menor: relato de caso. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, São Paulo, v. 76, n. 1, p. 134-138, 2010.

NEVILLE, B. W. et al. Patologia oral e maxilofacial. 4ª. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

NONAKA, C. F. W.; TAKEI, M. Adenocarcinoma polimorfo: novos insights genéticos e moleculares. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, São Paulo, v. 88, n. 2, p. 280-285, 2022.28

PIRES, F. R. et al. Polymorphous Adenocarcinoma of the Oral Cavity: A Systematic Review of 414 Cases. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, [S. l.], v. 82, n. 2, p. 145-158, 2024.

RAO, S. et al. Diagnostic Challenges in Salivary Gland Tumors: Polymorphous Adenocarcinoma vs. Adenoid Cystic Carcinoma. Oral Oncology Reports, [S. l.], v. 10, p. 100-112, 2025.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. Patologia oral: correlações clínicopatológicas. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SMITH, A. J.; JONES, L. M. Management and Long-term Follow-up of Low-grade Salivary Gland Malignancies. Head and Neck Pathology, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 45-52, 2024.

SOUZA, S. O. Et al. Adenocarcinoma polimorfo de glândula salivar: aspectos clínicos e histopatológicos. Revista de Patologia Oral, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 88-95, 2015.

SPEIGHT, P. M.; BARRETT, A. W. Salivary gland tumours. Oral Diseases, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 40-48, 2020.

TASOULAS, J. et al. PRKD1 Mutations in Polymorphous Adenocarcinoma: A Systematic Review. Oral Oncology, [S. l.], v. 92, p. 17-22, 2019.

THOMPSON, L. D. R. Polymorphous low-grade adenocarcinoma. Ear, Nose & Throat Journal, [S. l.], v. 85, n. 6, p. 364-365, 2006.

VERAS, R. O. Et al. Adenocarcinoma polimorfo em mucosa jugal: relato de caso e revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p. 1-6, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Head and neck tumours: WHO classification of tumours. 5. Ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2024. (v. 9).

XU, B. et al. Polymorphous adenocarcinoma: a critical review of the current state of knowledge. Head and Neck Pathology, [S. l.], v. 14, p. 220-230, 2020.

APÊNDICE

APÊNDICE A

– TCLE (Termo De Consentimento Livre e Esclarecido Relato de Caso)

Pesquisador:_____ ___

Prezado (a) participante/responsável,

Você está sendo convidado a participar do estudo denominado "ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL: RELATO DE CASO". Nosso objetivo é discutir as particularidades deste caso clínico com profissionais de saúde e especialistas para ampliar o conhecimento adquirido para a melhoria das condições de saúde da população.

Estamos solicitando a sua autorização para consulta e utilização dos dados clínicos, laboratoriais e radiológicos registrados em prontuários. Os riscos relacionados à pesquisa envolvem a quebra de sigilo e confidencialidade e, para tanto, os pesquisadores se comprometem manter em sigilo a sua identidade assim como dados que possibilitem a sua identificação a fim de garantir o anonimato.

Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais e não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Sua participação é voluntária e, portanto, você poderá se recusar a participar do estudo. Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu, _____, autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

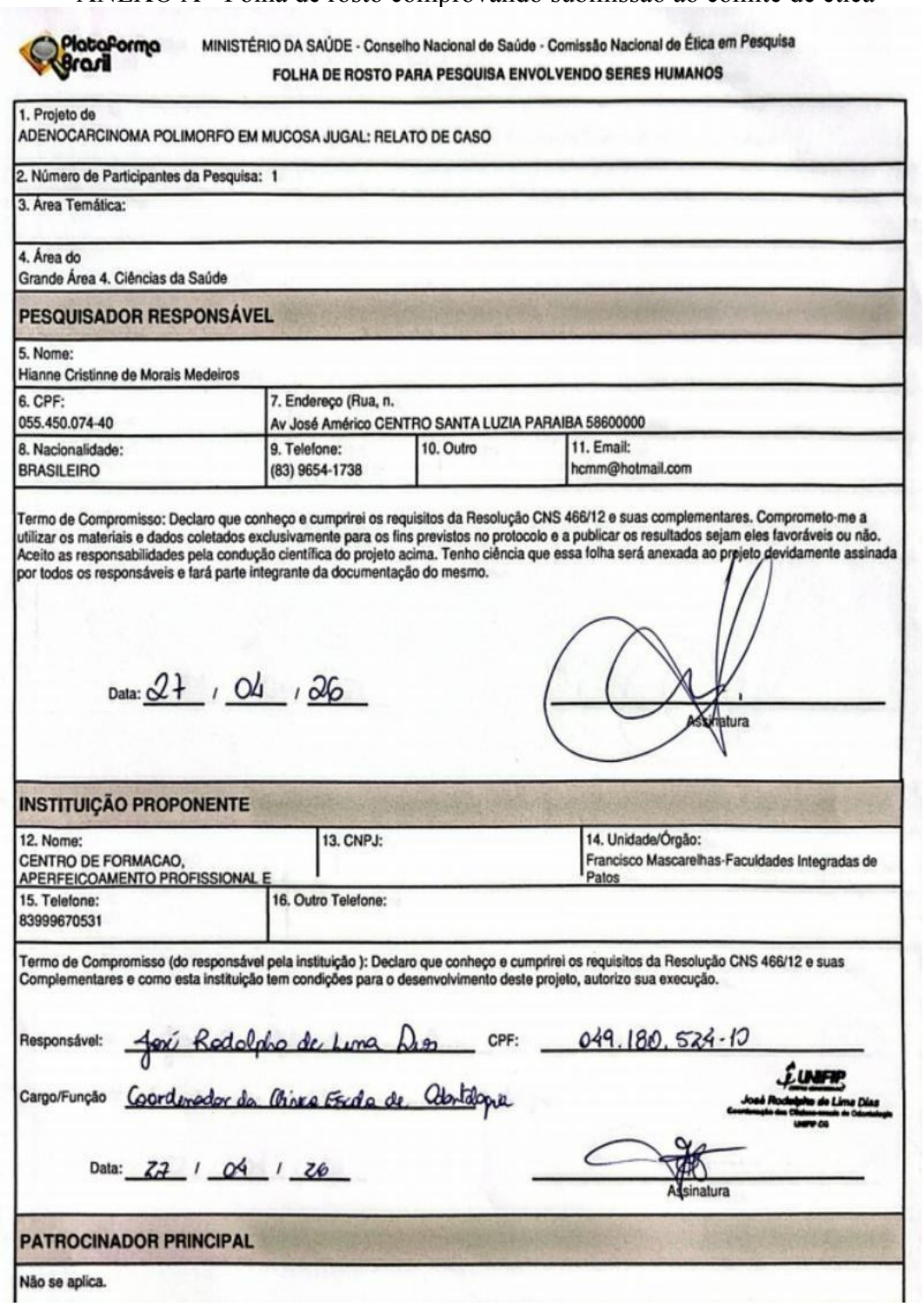
Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura_____

Data: ___ / ___ / ___

ANEXO

ANEXO A - Folha de rosto comprovando submissão ao comitê de ética



Plataforma Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de
ADENOCARCINOMA POLIMORFO EM MUCOSA JUGAL: RELATO DE CASO

2. Número de Participantes da Pesquisa: 1

3. Área Temática:

4. Área do
Grande Área 4. Ciências da Saúde

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
Hianne Cristinne de Morais Medeiros

6. CPF:	7. Endereço (Rua, n.		
055.450.074-40	Av José Américo CENTRO SANTA LUZIA PARAIBA 58600000		
8. Nacionalidade:	9. Telefone:	10. Outro	11. Email:
BRASILEIRO	(83) 9654-1738		hcmm@hotmail.com

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: 27 / 04 / 26

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão:
CENTRO DE FORMACAO, APERFEICOAMENTO PROFISSIONAL E		Francisco Mascarenhas-Faculdades Integradas de Patos
15. Telefone:	16. Outro Telefone:	
83999670531		

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: José Rodolfo de Lima Dias CPF: 049.180.524-10

Cargo/Função Coordenador da Clínica Escola de Odontologia

UNIFIP
José Rodolfo de Lima Dias
Coordenação das Clínicas-escola de Odontologia
UNIFIP-CG

Data: 27 / 04 / 26

Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Não se aplica.

ANEXO B – LAUDO HISTOPATOLÓGICO

UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 22/289
REQUISITADO POR: Dra. Hianne Medeiros (FIP – Campina Grande)

NOME DO(A) PACIENTE: Marcio Arimateia A. da Silva

LOCALIZAÇÃO: Mucosa jugal (lado direito)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO/CIRÚRGICO: Carcinoma de células escamosas; Carcinoma mucoepidermoide

EXAME MICROSCÓPICO:

Os cortes histológicos, corados em hematoxilina e eosina, revelam fragmentos de neoplasia maligna de origem epitelial glandular salivar, caracterizada pela proliferação de células com relativa uniformidade citológica, exibindo citoplasma pálido e núcleos arredondados a ovoides, com cromatina dispersa e nucléolo inconspícuo. As células descritas anteriormente se arranjam em lençóis, cordões e ninhos de tamanhos variados, os quais invadem os tecidos circunvizinhos e constituem diversos padrões arquiteturais, incluindo sólido, tubular e microcístico. O estroma, de densidade variável e com áreas hialinizadas, revela fibras colágenas entremeadas por fibroblastos e vasos sanguíneos de calibres diversos, alguns dos quais congestos. Permeando o conjunto anteriormente descrito, evidencia-se infiltrado inflamatório de intensidade variável, composto por neutrófilos, linfócitos, plasmócitos e macrófagos. Superficialmente, o espécime enviado para exame histopatológico é revestido por epitélio pavimentoso estratificado, com padrão de maturação predominantemente paraceratinizado, exibindo áreas de hiperplasia, acantose, degeneração hidrópica, espongiose, exocitose e descontinuidade. Fascículos nervosos, pigmentos compatíveis com hemossiderina, eventuais glândulas sebáceas e extravasamento hemorrágico completam o quadro microscópico analisado.

DIAGNÓSTICO: Adenocarcinoma polimorfo

Campina Grande, 29 de junho de 2022

Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka
Patologista Oral

ANEXO C

CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FIP CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

CNES - 2886189

Ficha Clínica

Aluno:	**Aluno:**
Aluno:	**Aluno:**
Semestre	**Semestre**

Nome:	
Nome Social:	
Gênero:	
Data de nascimento: ____/____/_____	**Idade:**
Cor da pele autodeclarada:	
Profissão:	
CPF:	
RG:	**Órgão Emissor:**
Endereço:	
Cidade:	**UF:**
Telefone para contato:	
Contato em caso de emergência:	
Falar com:	
Nº Cartão do SUS:	

ESTOMATOLOGIA

1. Anamnese:

Queixa principal:

_____
_____
_____
_____

História da doença atual:

_____
_____
_____
_____

História Médica Pregressa:

_____
_____
_____
_____

Histórico de saúde na família:

_____
_____
_____
_____

Hábitos parafuncionais:

Onicofagia?	
Tabagista?	( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo?_____ ( ) Cigarro ( ) Cachimbo ( ) Charuto ( ) Outros:_____
Ex-Tabagista?	( ) Sim ( ) Não Fumou durante quanto tempo?_____ Há quanto tempo deixou de fumar?_____

Etilista?	( ) Sim ( ) Não ( ) Esporadicamente ( ) Frequentemente ( ) Todos os dias
Usuário de droga?	( ) Sim ( ) Não Qual tipo?_____
Quantas vezes escova os dentes por dia?	( ) 0 ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ou mais
O que utiliza para realizar a Higiene Bucal?	( ) Palito ( ) Fio Dental ( ) Escova ( ) Dentifrício ( ) Antiséptico ( ) Flúor

História médica:

	Sim	**Não**
No momento está sob tratamento médico?		
Se estiver, há quanto tempo e por que?		
Está tomando algum medicamento no momento?		
Em caso afirmativo, qual?		
	Sim	**Não**
Já fez alguma cirurgia? Se sim, qual?		
Quando se fere, demora a cicatrizar?		
Costuma ter febre sem motivo aparente?		
Tem alergia a alguma medicação ou alimento? Em caso positivo, a qual?		
Tern algum problema no coração?		
Costuma ter pernas, pés e mãos inchados?		
Sente falta de ar?		
Já teve alguma IST (Sífilis, Herpes, Gonorreia, Condiloma)?		
Já teve alguma hemorragia?		
Já fez alguma transfusão sanguínea?		

2. Exame Físico

Pressão Arterial: _____mmHg	**Nível Glicêmico: _____mg/dl**

Exame extra-oral

Presença de manchas, pigmentações ou elevações em face?	
Simetria facial	
Lábios	
Articulação Temporomandibular	
Outras observações	

Palpação dos linfonodos

Posterior Auricular	
Preauricular	
Submandibular	
Submentoniana	
Occipital	
Cervicais	

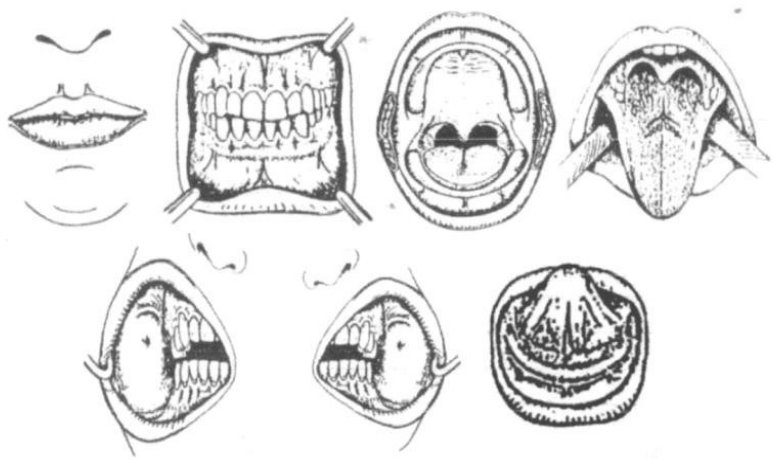
Intra-oral

Mucosa Labial	
Língua e assoalho	
Mucosa Jugal	
Gengiva e Mucosa Alveolar	
Palato duro e Palato mole	
Anomalias dentárias	
Outras Observações	

Em caso de alterações, preencha as seguintes informações:

Localização da lesão, quantidade das lesões e Tipo de crescimento

_____
_____
_____



Descrição da lesão

Lesão fundamental :_____ **Cor:** _____

Tamanho: _____ **Base:**_____

Superfície: _____ **Limites:** _____

Consistência: _____ **Tempo de evolução:** _____

3. Exames Complementares

	Sim	Não	Observações
Radiografias Periapicais			
Radiografias Oclusais			
Radiografias Panorâmicas			
Tomografia			
Ressonância			
Ultrassonografia			
Biópsia e Exame Histopatológico			
Hemograma			
Outros exames			