

Tratamento cirúrgico de Adenoma Pleomórfico em palato duro em adolescente – relato de caso clínico

Surgical treatment of Pleomorphic Adenoma on the hard palate in and adolescent – clinical case report

DOI:10.34119/bjhrv7n1-052

Recebimento dos originais: 01/12/2023

Aceitação para publicação: 04/01/2024

Vitor Rey Eleuterio Mauro

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Instituição: Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional Sul da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo
Endereço: R. Passo da Pátria, 1294, São Paulo – SP, CEP: 05085-000
E-mail: vitor.eleuteriomauro@gmail.com

Dominique Santana Alves

Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Instituição: Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional Sul da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo
Endereço: R. Gen. Roberto Alves de Carvalho Filho, 270, São Paulo – SP
E-mail: dominique.santanaa@gmail.com

Diogo de Alcântara

Especialista em Implantodontia, Residente em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Instituição: Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional Sul da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo
Endereço: R. Gen. Roberto Alves de Carvalho Filho, 270, São Paulo – SP
E-mail: diogoalcantara.xj@hotmail.com

Paulo Sérgio Fonseca Ribeiro de Lima

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Instituição: Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional Sul da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo
Endereço: R. Gen. Roberto Alves de Carvalho Filho, 270, São Paulo – SP
E-mail: paulosfrlima@gmail.com

Fábio Roberto Nosé

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Instituição: Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional Sul da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo
Endereço: R. Gen. Roberto Alves de Carvalho Filho, 270, São Paulo – SP
E-mail: fabionose@hotmail.com

RESUMO

O Adenoma Pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares maiores ocorrendo principalmente nas glândulas parótidas e mais raramente, em glândulas salivares menores. Das regiões mais acometidas pelo AP de glândulas salivares menores, o palato é o

sítio de maior ocorrência. Clinicamente apresenta-se como um nódulo bem delimitado recoberto por mucosa de coloração e aspecto normais, indolor, de evolução lenta e muitas vezes desapercibido pelo paciente. Os exames de imagem ideais para a avaliação dessa patologia é a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Seu tratamento é baseado na excisão cirúrgica e as taxas de recidiva são baixas. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de Adenoma Pleomórfico em palato duro em uma adolescente de 13 anos tratado com excisão cirúrgica pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Regional Sul, e realizar uma revisão de literatura a respeito dessa patologia, com ênfase na faixa etária do caso descrito dada a sua raridade.

Palavras-chave: Adenoma Pleomórfico palatal em crianças, tumores benignos da glândula salivar e Adenoma Pleomórfico em jovens.

ABSTRACT

Pleomorphic adenoma is the most common benign neoplasm of the major salivary glands, occurring mainly in the parotid glands and, more rarely, in the minor salivary glands. Of the regions most affected by AP of minor salivary glands, the palate is the site with the highest prevalence. Clinically it appears as a well-defined nodule covered by mucosa of normal color and appearance, with slow evolution and often unnoticed by the patient. The ideal imaging testes for evaluating this pathology are computed tomography and magnetic resonance imaging. Its treatment is based on surgical excision and follow-up, and recurrence rates are low. The objective of this work was to report a clinical case of pleomorphic adenoma in the hard palate in a 13-year-old teenager treated with surgical excision by OMFS department of Hospital Regional Sul and a review of the literature about this lesion, with emphasis on the age range of the described case given its rarity.

Keywords: Palatal Pleomorphic Adenoma in children, benign salivary gland tumors, and Pleomorphic Adenoma in young people.

1 INTRODUÇÃO

Dos tumores que acometem a região de cabeça e pescoço, 3% deles ocorrem em glândulas salivares, e desses, entre 9-23% desenvolvem - se nas glândulas salivares menores. O Adenoma Pleomórfico (AP) é a neoplasia benigna mais comum nas glândulas salivares maiores ocorrendo principalmente nas glândulas parótidas e mais raramente em glândulas salivares menores. Quando as glândulas salivares menores são afetadas, o palato duro é a região de maior prevalência, correspondendo a cerca de 42,6% dos casos, seguido dos lábios e região de mucosa jugal. 1, 2

Essas lesões raramente são encontradas em crianças e adolescentes, sendo mais frequentes nos pacientes entre a quarta e quinta década de vida. Cerca de 3-5% das neoplasias de glândulas salivares ocorrem em crianças e adolescentes, sendo novamente o maior representante o Adenoma Pleomórfico em quase 90% dos casos e entre 8-47% acometendo glândulas salivares menores. Apesar de discreta, há uma predileção pelo sexo feminino – representando cerca de 60% dos casos. 2, 3,12

Clinicamente, o Adenoma Pleomórfico em palato duro se apresenta como um nódulo com limites bem definidos recoberto por uma mucosa de coloração e aspecto normais, firme à palpação, imóvel e que a depender do tempo de evolução e região, pode desenvolver úlceras no tecido de recobrimento e evoluir para necrose dessa mucosa subjacente. Sua evolução geralmente é lenta e indolor com baixo potencial de malignização^{1, 2, 4}. Lesões como o rabdomiosarcoma, tumores mesenquimais, cistos odontogênicos, carcinoma mucoepidermoide, abscesso palatino, carcinoma adenomatóide cístico, neurofibroma, fibro-lipoma e o linfoma devem ser incluídos como diagnóstico diferencial, sendo o último muito frequente em crianças.

4

Os exames de imagem ideais para a avaliação dessa patologia incluem a tomografia computadorizada e a imagem de ressonância magnética. A tomografia computadorizada apresenta a vantagem de possibilitar um detalhamento mais adequado do tecido ósseo envolvido, auxiliando no planejamento da conduta cirúrgica. Já a imagem de ressonância magnética é mais sensível para os tecidos moles e mostra com precisão os limites da lesão.⁵

O padrão histopatológico é caracterizado pela morfologia heterogênea e a grande diversidade celular, com alterações no padrão de diferenciação e arquitetura do tecido glandular geralmente composto por células ductais ou camadas laminadas. O estroma é predominantemente fibro - mixóide com áreas que se assemelham ao tecido cartilaginoso e eventualmente com composição fibrosa associada^{3, 11}. Cada caso terá alguma variação histológica a depender da predominância do tecido epitelial ou mesenquimal, e podem ser divididos em tipo celular e mixóide.²

O tratamento de eleição para o adenoma pleomórfico consiste na excisão completa da lesão e do periósteo subjacente, com prognóstico favorável e com baixa taxa de recorrência. Fatores como penetração capsular do tumor, remoção parcial ou rompimento da lesão durante a excisão são complicadores que podem elevar risco de recorrência. Ainda sim é um acontecimento raro, ocorrendo em cerca de 6% dos casos.^{1, 2, 4 - 7}

O objetivo deste trabalho é relatar o tratamento de um Adenoma Pleomórfico em palato duro em uma paciente de 14 anos, apresentando a técnica cirúrgica e o manejo do pós-operatório, e realizar uma revisão da literatura atual com ênfase na epidemiologia e conduta dessa patologia em crianças e adolescentes.

2 METODOLOGIA

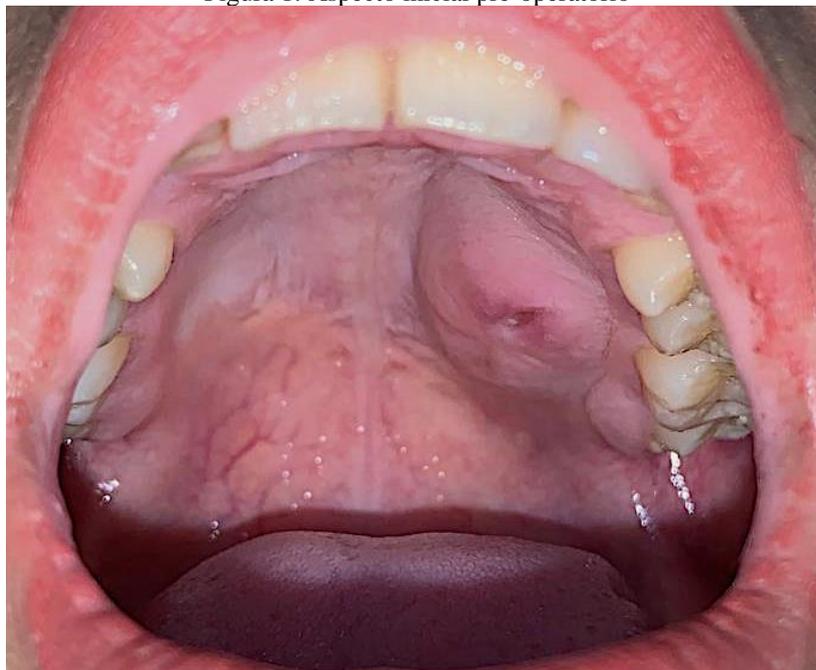
Foi realizada uma revisão da literatura atual sobre o tema adenoma pleomórfico em crianças e adolescentes através de artigos selecionados nas plataformas PUBMED e BVS SAÚDE utilizando os descritores “Palatal Pleomorphic Adenoma in children” “Salivary gland benign tumors” e “Adenoma Pleomórfico em jovens”. Na plataforma PUBMED a seleção dos artigos foi restrita aos últimos 13 anos, enquanto na plataforma BVS saúde, nos últimos 05 anos. Além da revisão, relatamos um caso clínico operado em nosso serviço, descrevendo as etapas de diagnóstico, tratamento cirúrgico e controle pós-operatório.

3 CASO CLÍNICO

Paciente sexo F, 13 anos de idade, leucoderma, foi encaminhada ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia e Buco-Maxilo-Facial do Hospital Regional Sul, e em anamnese relatou aumento de volume indolor em região de palato duro há cerca de um ano. Procurou outro Serviço em seu Estado de origem onde foi realizada biópsia incisional da lesão, com diagnóstico histopatológico de Adenoma Pleomórfico.

O exame físico extraoral não apresentava alterações relevantes. Ao exame físico intraoral notou-se aumento de volume nodular em região de palato duro à esquerda com aproximadamente 2,5cm em seu maior diâmetro, firme à palpação, com bordas bem definidas, base séssil e recoberto por mucosa íntegra de coloração semelhante ao tecido circundante.

Figura 1: Aspecto inicial pré-operatório

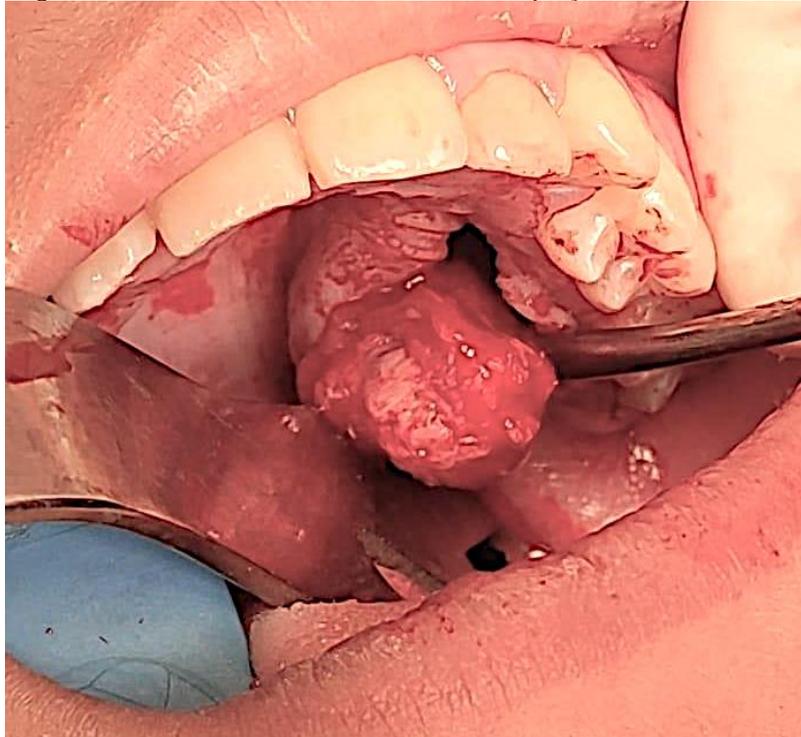


Fonte: Imagem registrada pelo autor

A tomografia computadorizada revelou uma lesão hipoatenuante em maxila esquerda de aproximadamente 2,5 cm de diâmetro com presença reabsorção óssea e margens escleróticas bem definidas, ausência de fenestração e de reabsorção radicular dos dentes próximos da lesão. O mesmo exame não exibia sinais sugestivos de comunicação buco nasal ou erosão óssea na região.

A opção terapêutica consistiu em exérese cirúrgica sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. Para auxílio da hemostasia transoperatória foram realizadas infiltrações ao redor da lesão com solução anestésica de Lidocaína 2% com epinefrina 1.100.000ui. Foi realizada incisão retilínea na porção mediana da lesão com relaxante em forma de “V” no aspecto anterior seguido de descolamento mucoperiosteal para exposição e delimitação da lesão. Foi então, efetuada dissecação com remoção completa da lesão.

Figura 2: Exérese da lesão através de incisão na porção mediana da lesão.



Fonte: Imagem registrada pelo autor

O material coletado foi preservado em formaldeído a 10% e encaminhado para nova análise histopatológica.

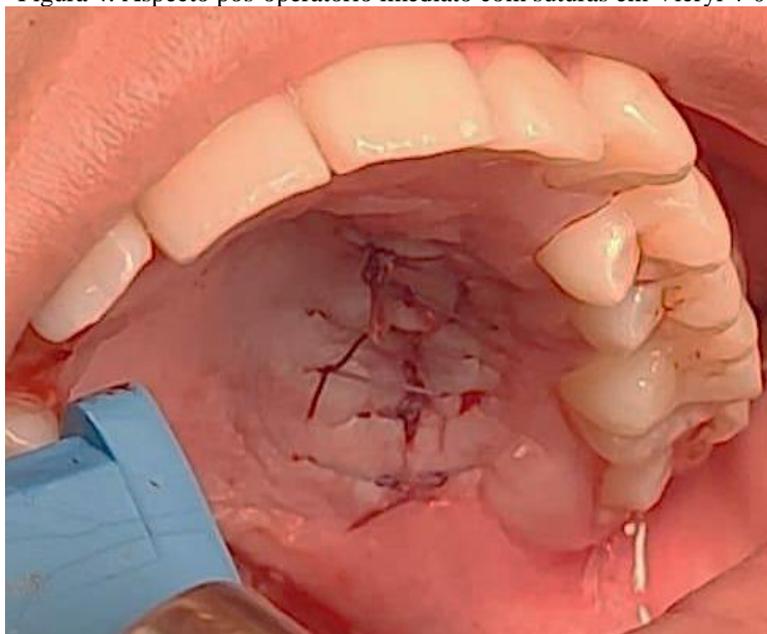
Figura 3: Aspecto imediato da lesão após exérese



Fonte: Imagem registrada pelo autor

Após excisão realizou-se inspeção da loja cirúrgica a qual apresentava margens ósseas integras sem evidência de comunicação bucossinusal. Realizou-se a curetagem da cortical óssea e da mucosa de recobrimento para remoção completa da lesão e irrigação abundante com soro fisiológico 0,9%. As bordas da ferida foram reaproximadas e suturadas com Vicryl 4.0.

Figura 4: Aspecto pós-operatório imediato com suturas em Vicryl 4-0



Fonte: Imagem registrada pelo autor

No planejamento cirúrgico foi realizada uma moldagem da arcada superior e confeccionado um modelo em gesso para confecção de um dispositivo de proteção para a ferida cirúrgica. Para isso, foi realizado um desgaste do modelo na região da lesão, simulando a situação pós-operatória e então confeccionado um dispositivo de resina acrílica para proteção de ferida. O dispositivo foi instalado no pós-operatório imediato.

Figura 5: Aspecto pós-operatório imediato com a placa de acrílico confeccionada antes do procedimento



Fonte: Imagem registrada pelo autor

As orientações pós-operatórias incluíram dieta líquida e pastosa por 7 dias, uso de placa acrílica na região abordada para realizar alimentação, evitando seu contato com a área operatória, e higiene bucal complementada com bochechos com Clorexidina 0,12% após refeições. A paciente foi instruída a realizar a higienização do dispositivo protético com auxílio da escova dentária. Não houve complicações no pós-operatório e a paciente evoluiu com plena cicatrização da ferida e sem sinais de recidiva até o momento.

A terapêutica medicamentosa consistiu em Amoxicilina 500mg – 8/8h 7 dias, Cetoprofeno 100mg 12/12h 3 dias e Dipirona 500mg 6/6h 3 dias.

Na análise macroscópica notou-se um fragmento nodular medindo 2,7 cm, constituído por tecido mole e róseo. No exame em microscópico constatou-se neoplasia mista, caracterizada por tecidos de proliferação de natureza epitelial, sendo representado por células basalóides formando blocos ou figuras glandulares irregulares, e proliferação de natureza conjuntiva,

representado por áreas de degeneração mixóide alternadas com áreas condroides e sem indícios de malignidade, consistente com o diagnóstico de Adenoma Pleomórfico.

4 DISCUSSÃO

O Adenoma Pleomórfico é a neoplasia mais comum das glândulas salivares maiores e acometem com mais frequência as glândulas parótidas e raramente as glândulas salivares acessórias. A maior parte da literatura defende que quanto menor a glândula, maior a chance de uma neoplasia que se desenvolva, seja maligna. Tratando-se de pacientes pediátricos, a incidência de tumores malignos em glândulas salivares incluindo o carcinoma mucoepidermoide e carcinoma de células acinares é cerca de 35-50%. Por definição o AP também é chamado de Tumor Misto de glândula salivar, uma vez que apresenta origens epitelial e mesenquimal. Os componentes essenciais do AP incluem células epiteliais e mioepiteliais e elementos mesenquimais. As células de origem epitelial dão estrutura à ductos e que se misturam a componentes mixóides, cartilaginosos ou hialinizados. 1, 2, 7, 10.

O AP em glândulas salivares menores é uma entidade rara, acometendo esse grupo de glândula em cerca de 7% - 25% dos casos 6. O palato é a região intraoral de maior ocorrência, cerca de $\frac{3}{4}$ dos tumores que acometem essa região são AP. Além do palato, a mucosa bucal, o lábio superior, o soalho da boca e a região retro molar também são reportados na literatura como potenciais sítios de acometimento. 2, 3

Grande parte da literatura consultada para essa pesquisa sustenta que há uma predileção pelo sexo feminino na ocorrência dos AP, variando conforme o período da publicação e a amostra de cada artigo, mas sempre mantendo esse padrão 4 – 6, 9, 10. Somente Alves e Patigaroo apresentaram amostras com prevalência masculina dos pacientes com AP. 1, 3

Em um levantamento extenso de casos clínicos de pacientes com tumores em glândulas salivares menores na população brasileira, de 170 casos 75 eram AP e a idade média foi de 20 anos 8. Entretanto, em revisão de literatura realizada com ênfase em AP em glândulas salivares menores nas crianças, notou-se que 3-5% de todas as neoplasias de glândulas salivares ocorrem nessa faixa etária, sendo que o Adenoma Pleomórfico aparece como o principal representante dessas neoplasias ocorrendo em 8-47% dos casos. A taxa de malignização neste grupo é de 1.5% num período de 05 anos. 4

O AP que acomete o palato apresenta-se como uma massa sólida com firme, indolor, de evolução lenta e progressiva e que raramente pode apresentar necrose do tecido de recobrimento. Patigaroo et. al¹ relata que dos 20 casos relatados em seu trabalho, os AP em palato tinham tamanho médio de 2,6 cm, com uma variação entre 0,8 e 5cm. Na literatura nota-

se grande amplitude do período de evolução variando de 03 meses até 10 anos, possivelmente pela característica indolor e de lenta progressão 1, 2, 6-8. No caso reportado, tanto a paciente como a acompanhante relatam que o crescimento foi de aproximadamente 01 ano, a partir do momento em que se percebeu a alteração. Por se tratar de um “inchaço indolor”, nem a paciente nem a responsável consideraram gravidade. Em grande parte dos casos o diagnóstico de AP acaba sendo realizado após uma consulta rotineira com o cirurgião dentista, dada a característica indolor e de lenta progressão.

Na maioria dos casos a mucosa de recobrimento mantém-se íntegra, porém, em casos de lesões extensas a necrose pode ocorrer. Patigaroo et. al e Moon reportaram 2 casos, respectivamente, de ulceração e sangramento. 1, 5 Em nenhum momento foi reportada ulceração ou alteração da mucosa neste caso aqui relatado. Possivelmente esses fenômenos tendem a ocorrer em lesões de maior extensão, ou quando eventualmente o trauma repetitivo sobre a lesão traumatiza a mucosa de recobrimento levando ao rompimento da mucosa e consequente sangramento e ulceração.

Os exames de imagem utilizados para auxiliar no diagnóstico do adenoma pleomórfico incluem tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia, sendo esta última menos comum devido à sua utilidade limitada no planejamento e diagnóstico 4. Na tomografia, a lesão apresenta-se bem definida com margens realçadas, e em alguns casos apresentam erosão óssea 1. Segundo Moon, há uma variação no tamanho dos tumores em palato 7mm a 33mm 5. O uso de contraste na TC tende a realçar os limites a lesão, colaborando para melhor visualização da sua cápsula 1. As radiografias convencionais falham em revelar defeitos ósseos associados a adenomas pleomórficos, portanto são de pouca valia para o diagnóstico 1,4. A TC é superior à RM na avaliação óssea, principalmente no diagnóstico de erosão e perfuração do palato duro, quando há possibilidade envolvimento da cavidade nasal ou do seio maxilar, com impacto no o tratamento. 1, 2, 5, 6. A TC foi o exame de escolha e ofereceu detalhes suficientes para o planejamento da cirurgia.

Além do exame físico e exames de imagem, outra ferramenta auxiliar no diagnóstico do AP é a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), revelando o diagnóstico citológico, que por sua vez é inespecífico. Apenas com a PAAF dificilmente será possível a diferenciação entre carcinoma adenoide cístico, adenocarcinomas de baixo grau e o adenoma pleomórfico 7. Segundo a literatura a precisão do diagnóstico pela técnica PAAF é de aproximadamente 75% 1. Dada a clareza do exame clínico associada a um exame tomográfico e biópsia incisiva realizada previamente, não optamos por realizar esse procedimento de diagnóstico no caso apresentado.

O tratamento de escolha para o AP é a excisão cirúrgica sendo a modalidade de tratamento mais efetiva, segura e que oferece o menor risco de recidiva. A dissecação submucosa e subperiosteal na região de palato duro é suficiente para a excisão da lesão. A recorrência do AP está relacionada ao rompimento do tumor durante sua excisão bem como a visualização e delimitação inadequada da lesão durante o procedimento cirúrgico, que dificulta a remoção por inteiro. A remoção de tecido ósseo não se faz necessária 5 - 7, 9. No presente caso foi realizada a excisão cirúrgica através de uma incisão por todo a base da lesão, que permitiu a ampla exposição e visualização do tumor, bem como a dissecação precisa dos tecidos sobrejacentes e periósteo do palato. No pós-operatório a paciente foi orientada a realizar o uso de uma placa de resina acrílica confeccionada previamente à cirurgia, para proteger o leito cirúrgico e a incisão devidamente suturada. Indicamos o uso deste dispositivo para maior conforto no período pós cirúrgico. Em diversos casos reportados, a excisão cirúrgica é feita com bisturi elétrico com remoção de toda a mucosa sobrejacente, o que exige uma cicatrização por segunda intenção. Sendo uma técnica descrita e viável, o uso desse dispositivo de acrílico pode ser essencial para casos conduzidos dessa forma. O AP é uma lesão que raramente recidiva, principalmente se tratando de lesão no palato duro. Alguns autores relatam uma taxa de 23% de recorrência em AP de glândula parótida em crianças 4. Entretanto, a recorrência dessa lesão em região de palato após excisão cirúrgica adequada é extremamente rara. No presente caso, foi realizado um acompanhamento de 06 meses e não há sinais de recidiva da lesão, salientando que a paciente continuará em observação por um período de 05 anos.

As taxas de malignização do AP são baixas e variam de 1,3 – 23% em uma grande variedade de estudos com diferentes amostras 2, 4, 5, 7,11. Na literatura levantada nota-se que o estudo sobre os AP em crianças raramente focam em revelar o comportamento da lesão em glândulas salivares menores. Geralmente os estudos são compostos por uma análise dessa patologia em todos os tecidos glandulares. Um aspecto que pode ser abordado em estudos futuros é o comportamento do AP em crianças em virtude da maior taxa de recidivas relatadas na literatura consultada.

5 CONCLUSÃO

Baseado na literatura consultada e no caso relatado, pode-se concluir que o tratamento de eleição para o AP em palato duro de crianças consiste na excisão cirúrgica. Devido a possibilidade recidiva e o comportamento biológico dessa patologia, recomenda-se o acompanhamento cirúrgico pós-operatório por tempo prolongado. O uso de dispositivo para

proteção na ferida cirúrgica parece proporcionar maior conforto e repouso biológico na ferida cirúrgica no período pós-operatório.

REFERÊNCIAS

1. Patigaroo, S. A., Patigaroo, F. A., Ashraf, J., Mehfooz, N., Shakeel, M., Khan, N. A., & Kirmani, M. H. (2012). Pleomorphic Adenoma of Hard Palate: An Experience. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 13(1), 36–41. doi:10.1007/s12663-012-0448-5.
2. Gupta, P., & Gupta, M. (2020). Rare Case Report: Young Male Hard Palate Pleomorphic Adenoma. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. doi:10.1007/s12070-020-01887-w
3. Alves, V. L. A., Pérez-de-Oliveira, M. E., de Castro, J. F. L., Vieira, C. L., Leão, J. C., & Perez, D. E. da C. (2017). Intraoral Pleomorphic Adenoma in Young Patients. *Journal of Craniofacial Surgery*, 1. doi:10.1097/scs.000000000000042.
4. Alsufany NA, Altowaijri AA, Alshehri BM, et al. Systematic Review of Clinical and Radiographic Signs of Pediatric Pleomorphic Adenoma of Minor Salivary Glands. *J Contemp Dent Pract* 2021; 22(9):1063-1068.
5. Moon, S.-Y. (2019). Surgical Management of the Palatal Pleomorphic Adenoma. *Journal of Craniofacial Surgery*, 30(6), e580–e582. doi:10.1097/scs.00000000000005608.
6. Zemmouri Yousra et al. Pleomorphic adenoma of hard palate: a case report. *Pan African Medical Journal*. 2021;38(146). 10.11604/pamj.2021.38.146.26508.
7. Sahoo NK, Rangan MN, Gadad RD. Pleomorphic adenoma palate: Major tumor in a minor gland. *Ann Maxillofac Surg*2013;3:195-7.
8. Abrahão, A. C., Netto, J. de N. S., Pires, F. R., & Cabral, M. G. (2016). Clinicopathological characteristics of tumours of the intraoral minor salivary glands in 170 Brazilian patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54(1), 30–34. doi:10.1016/j.bjoms.2015.10.035
9. Sharma Y, Maria A, Chhabria A. Pleomorphic adenoma of the palate. *Natl J Maxillofac Surg*. 2011 Jul;2(2):169-71. doi: 10.4103/0975-5950.94473. PMID: 22639506; PMCID: PMC3343414.
10. Varan, A., Akyüz, C., Ataş, E., Yücel, T., Aydın, B., Yalçın, B., ... Büyükpamukçu, M. (2014). Salivary Gland Tumors in Children: A Retrospective Clinical Review. *Pediatric Hematology and Oncology*, 31(8), 681–686. doi:10.3109/08880018.2014.9429
11. Alves, L. P., Pereira, M. A., Manna, M. L. V., Amanajás, M. B., Barbosa, M. de L., Canevaroli, A. L. X., Ribeiro, R. A. de B., Valente, R. de S., Santos, R. de O., Carneiro, P. H. G., Oliveira, K. M. de, Oliveira, K. C. de, Ramos, L. B., Agi, L. L. F., Belem, L. F., Parente, S. de A., Barbosa, S. C., Rodrigues, S. M. R. F., López, S. E. A., Miranda, T. B., Oliveira, H. V., & Matos, R. C. M. de. (2022). Adenoma pleomórfico da glândula submandibular: Pleomorphic adenoma of the submandibular gland. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(5), 18907–18915. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n5-102>
12. Travassos, R. L., da Cunha, R. G., Marelo, E. C., Barroso, R. da S., & Lara, A. L. (2021). Diagnóstico e manejo cirúrgico de adenoma pleomórfico em glândula parótida: Relato de caso / Diagnosis and surgical management of pleomorphic adenoma in the parotid gland: a case report. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 17043–17060. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-209>