

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LARISSA ANGELA EL HAKIM FONSECA.
ICARO PAULA DE AQUINO DE OLIVEIRA

**NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES DE INTERESSE DO
CIRURGIÃO-DENTISTA.**

Rio de Janeiro

2021.1

LARISSA ANGELA EL HAKIM FONSECA
ICARO PAULA DE AQUINO DE OLIVEIRA

**NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES DE INTERESSE DO
CIRURGIÃO-DENTISTA.**

Projeto de pesquisa apresentado para a
Disciplina de TCC II, sob a orientação do
prof: Daniel Cohen Goldemberg.

Rio de Janeiro
2021.1

**NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES DE INTERESSE DO
CIRURGIÃO-DENTISTA.
SALIVARY GLAND NEOPLASMS OF INTEREST OF THE DENTAL
SURGEON.**

Larissa Angela El Hakim Fonseca

Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

Icaro Paula de Aquino de Oliveira

Graduando do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

Daniel Cohen Goldemberg.

Prof. PhD. em Patologia e Estomatologia

Rio de Janeiro

2021.1

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
2.1 - OBJETIVO GERAL	10
2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA	10
4. HIPÓTESE E/OU SUPOSIÇÃO	11
5. METODOLOGIA	11
6. GLÂNDULAS SALIVARES	12
7. TUMORES DE GLÂNDULAS SALIVARES	13
7.1 GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES.	15
7.1.1 GLÂNDULA PARÓTIDA.....	15
7.1.2 GLÂNDULA SUBMANDIBULAR	15
7.1.3 GLÂNDULA SUBLINGUAL	16
7.2 GLÂNDULAS SALIVARES MENORES.....	17
8. TUMORES BENIGNOS DE GLÂNDULAS SALIVARES	18
9. TUMORES MALIGNOS DE GLÂNDULAS SALIVARES	20
9.1 CARCINOMA SECRETOR	23
10. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO	25
10.1 EXAME CLÍNICO INTRA E EXTRA ORAL	25
10.2 BIÓPSIA.....	26
10.2.1 BIÓPSIA EXCISIONAL	27
10.2.2 BIÓPSIA INCISIONAL.....	27
10.2.3 BIÓPSIA POR PUNÇÃO ASPIRATIVO COM AGULHA FINA (PBAAF) .	28
10.3 EXAMES COMPLEMENTARES	29
11. TRATAMENTO E PROGNÓSTICO	30

11.1 TUMORES BENIGNOS	31
11.2 TUMORES MALIGNOS	32
11.2.1 PARÓTIDA.....	32
11.2.2 SUBMANDIBULAR	33
11.2.3 GLÂNDULAS SALIVARES MENORES.....	33
11.3 TUMORES RECIDIVADO	34
12. REFERÊNCIAS.....	34

RESUMO

As neoplasias de glândulas salivares representam um dos grupos de maior complexidade dentre as neoplasias humanas descritas, são tumores compostos por um grupo de lesões específicas caracterizadas por sua diversidade clínica e morfológica, devido seu amplo espectro de possíveis padrões histológicos. O presente estudo tem como objetivo atualizar e informar o cirurgião dentista sobre dados relevantes dos tumores de glândulas salivares de maior relevância, seus métodos de diagnósticos. A revisão literária foi feita com base em 10 artigos científicos, 4 referências literárias e 3 revistas científicas, foi feita coleta de dados relevantes sobre os tumores e seus métodos de diagnóstico. Foi possível concluir que o adenoma pleomórfico e o carcinoma mucoepidermóide são os tumores encontrados com maior frequência, benigno e maligno, respectivamente, a frequência e a distribuição das neoplasias de glândulas salivares sem sítio ainda permanece um temas de discussão, entretanto os sítios de maior relevância constatados até o dado momento são os de glândula parótida (64 -80%), glândulas salivares menores (9 – 23%), glândula submandibular (8 – 11%) e glândula sublingual (>1%), de maior a menos prevalência respectivamente.

Palavras-chave: Tumor de glândulas salivares; Glândulas salivares; Neoplasia de glândulas salivares

ABSTRACT

Salivary gland neoplasms represent one of the most complex groups among the described human neoplasms, they are tumors composed of a group of specific lesions characterized by their clinical and morphological diversity, given their wide spectrum of possible histological patterns. This study aims to update and inform the dentist about relevant data on salivary gland tumors of greater relevance, their diagnostic methods. The literature review was based on 8 scientific articles and 1 scientific journal, collecting relevant data on tumors and their diagnostic methods. It was possible to conclude that pleomorphic adenoma and mucoepidermoid carcinoma are the most frequently found tumors, benign and malignant, respectively, the frequency and distribution of salivary gland neoplasms without site remains a topic of discussion, however the most relevant sites found so far are the parotid gland (64 -80%), minor salivary glands (9-23%), submandibular gland (8-11%) and sublingual gland (>1%), from higher to lesser prevalence respectively.

Keywords: Salivary gland tumours; Salivary glands; salivary gland neoplasm.

1. INTRODUÇÃO

As neoplasias de glândulas salivares representam um dos grupos de maior complexidade dentre as neoplasias humanas descritas, representando apenas 3-5% das neoplasias de cabeça e pescoço (CUNHA SANTOS ET AL, 2003. WESTERGAARD-NIELSEN ET AL, 2020).

São tumores compostos por um grupo de lesões específicas caracterizadas por sua diversidade clínica e morfológica, dado seu amplo espectro de possíveis padrões histológicos decorrente de seus arranjos de padrões celulares, decorrente das diferenciações de mais de um tipo celular tumoral e a ocorrência de depósito de síntese de matriz extracelular em algumas células tumorais específicas. (CUNHA SANTOS ET AL, 2003. SOUZA LIMA. S, 2005).

Estudiosos ao longo dos anos atribuem tal diversidade de aspectos histológicos à presença de células mioepiteliais nas glândulas salivares (Souza Lima, 2005). Outros fatores como a baixa incidência, aspectos clínicos distintos, dificuldade de acesso a profissional especializado, a frequência e sua distribuição dentro da cavidade oral associados a pluralidade das lesões descritas implicam para que seus diagnósticos e tratamento se tornem um desafio, enfatizando assim a importância do conhecimento prévio do cirurgião dentista sobre este grupo de Neoplasias (DE SANTANNA SARMENTO, 2016. SERENO LOIOLA, 2009).

De acordo com a classificação adotada mais recentemente pela OMS (Organização Mundial de Saúde) as neoplasias de glândulas salivares são descritas em dois grupos, as neoplasias de glândulas salivares benignas e

neoplasias de glândulas salivares malignas (SOUZA LIMA. S, 2005).

Cabe ao cirurgião-dentista a realização de investigação do caso, com base em seus conhecimentos dos critérios de extensão dos tumores das glândulas salivares, descritos de acordo com o tamanho e mobilidade do nódulo a palpação do exame de rotina, tendo em vista que as neoplasias de glândulas salivares são diagnósticos diferenciais para lesões nodulares na cavidade oral, principalmente glândulas salivares menores por sua distribuição em toda cavidade. Clinicamente, é impossível ser feita a diferenciação da lesão em benigna ou maligna, sendo assim o profissional pode e deve conduzir as linhas de diagnósticos respaldadas em exames específicos. A realização da biopsia em casos de presença de nodulação dentro dos critérios é de grande importância, considerando que a mesma irá guiar o profissional quanto a naturalidade da lesão, seu diagnóstico, quanto ao tratamento e continuidade de condução caso. A biópsia por punção aspirativa por agulha fina ou (PBAAF) é de imprescindível indicação para diagnóstico da lesão. Outros exames complementares, por exemplo, a tomografia computadorizada também pode ser lançada de mão para embasamento diagnóstico. (F. ARAÚJO FILHO ET AL, 2001).

Assim como qualquer caso neoplásico quanto mais precoce o diagnóstico da lesão maiores são as chances de sucesso terapêutico, entretanto, sendo assim, este o parâmetro ideal. no Brasil, o diagnóstico precoce de neoplasias de glândulas salivares ainda não é uma realidade, a dificuldade diagnóstica atrelada ao déficit de conhecimento da área, dificuldade de acesso a profissionais especializados e a as taxas de incidência relativamente média o fechamento diagnóstico, estabelecimento do estágio da lesão, grau de

diferenciação e planejamento terapêutico é considerado tardio, representando 64% dos tumores e conseqüentemente todos em estágio avançado (III e IV). (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021)

As neoplasias de glândulas salivares têm em sua predominância a indicação de tratamento cirúrgico, seja benigno ou maligno, a cirurgia se trata da ressecção em grande escala da lesão, com margem de segurança. Em alguns casos especiais pode haver necessidade de uma maior perda de tecido, para que a possibilidade de recidiva seja minimizada ao máximo (WESTERGAARD-NIELSEN ET AL, 2020).

A operabilidade do paciente deve ser levada em consideração, cada caso deve ser avaliado em sua singularidade. Em caso de malignidade, nos tumores de parótida por exemplo o tratamento sofre variações de acordo com o estágio em que a lesão se encontra. A radioterapia é utilizada de forma complementar em casos que a margem cirúrgica esteja acometida ou em casos de tumores com alto grau de malignidade, que apresentam maior infiltração das margens. Cada caso demanda de uma linha de tratamento específica, podendo afetar diretamente o prognóstico por conta das distintas áreas afetadas pelo tumor e pela ressecção cirúrgica (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002. WESTERGAARD-NIELSEN ET AL, 2020).

Estudos apontam, considerando todos os tumores de glândulas salivares, que há três tipos de padrões histológicos já descritos com maior frequência clínica, adenoma pleomórfico e o carcinoma mucoepidermoide, benigno e maligno, respectivamente. O Adenoma pleomórfico é a neoplasia de glândula salivar mais comum dentre todas (WESTERGAARD-NIELSEN ET AL, 2020).

A incidência de neoplasias benignas predomina na média 54% e 79% dos casos sobre a neoplasias malignas na média 21% a 46% (NEVILLE ET AL, 2009).

2. OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Realizar a revisão literária sobre neoplasias de glândulas salivares de maior relevância clínica com objetivo de atualizar o Cirurgião- dentista (CD) sobre as mesmas e seus métodos diagnósticos.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar revisão de literatura quanto dados relevantes de neoplasias de glândulas salivares
- Atualizar o Cirurgião-dentista (CD) sobre as informações atuais dos tumores de glândulas salivares.

3. JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA

O estudo em questão visa revisar a literatura sobre neoplasias glândulas salivares com intuito de atualizar o Cirurgião-dentista (CD) sobre as mesmas e a implicação do conhecimento das mesmas no seu dia a dia clínico para realização de diagnóstico precoce, diferencial e preciso.

4. HIPÓTESE e/ou SUPOSIÇÃO

Revisão de literatura sobre neoplasias de glândulas salivares de interesse do Cirurgião- dentista (CD) de relevância para seu dia-dia clínico.

5. METODOLOGIA

O estudo se trata de uma revisão de literatura abrangente e evidenciando a dificuldade de diagnóstico das neoplasias de glândulas salivares por meio de referências bibliográficas realizada na plataforma PUBMED, sendo utilizadas como palavras chaves os termos: “salivary glands”, “salivar glands” “Salivary gland tumours” “Salivary gland carcinoma” “patologia” “neoplasia de glândulas salivares”. Os artigos encontrados nessas pesquisas foram agrupados de acordo com sua correspondência ao tema e utilizados para servirem de embasamento para a técnica proposta.

6. GLÂNDULAS SALIVARES

Estruturas anatômicas inervadas por nervos do SNS (Sistema Nervoso Simpático) e SNP (Sistema Nervoso Parassimpático) responsáveis pela excreção de importante líquido responsável pela umidificação da cavidade oral, proteção de dentes e mucosas, manutenção de pH, início do processo digestivo, entre outras funções, a saliva é produzida pelas glândulas salivares (ORÍÁ, R. B., 2016. NEVILLE ET AL, 2009).

As glândulas salivares são divididas em duas classificações: glândulas salivares maiores e glândulas salivares menores. As maiores são glândula parótida, glândula submandibular e glândula sublingual. As menores são dispersas por toda mucosa oral, língua e assoalho bucal (NEVILLE ET AL, 2009).

Composta por ductos salivares formados por uma união de unidade secretora terminal que pode ter formato esférico ou tubular chamados de ácinos, tecido conjuntivo denso não modelado, denominado como estroma e entre as unidades terminais e os ductos se encontram células mioepiteliais (ORÍÁ, R. B., 2016).

Os ductos de maior importância são: o ducto parotídeo, também denominado como ducto de Stensen, o de Bartholin, encontrado na glândula sublingual que desemboca ao encontro do ducto de Wharton, que é o mais longo e tortuoso dos ductos, presente na glândula submandibular (NEVILLE ET AL, 2009).

7. TUMORES DE GLÂNDULAS SALIVARES.

Um grupo de tamanha pluralidade, as neoplasias de glândulas salivares não poderia representar menos que um desafio para o cirurgião dentista, desde sua descoberta até a conclusão do caso. Os tumores de glândulas salivares caracterizam cerca de 1% do grupo de neoplasias possíveis no corpo humano, com incidência média de 1 a 6,5 casos cada 100.000 pessoas por ano. São raros mas certamente não tão incomuns (NEVILLE ET AL, 2009).

As neoplasias de caráter benigno são de maior frequência clínica em relação as malignas (MOLINA MELO ET AL, 2017).

O tratamento consiste em excisão cirúrgica na maioria dos casos, com suas excepcionalidades em cada caso, alguns pode se fazer uso de radioterapia também, se necessário. Fatores como tipo histológico da lesão, grau de diferenciação, localização, infiltração de tecidos vizinhos e presença de metástases são de grande importância e influência para a decisão do plano de tratamento e prognóstico (NEVILLE ET AL, 2009).

Os padrões histológicos descritos de maior relevância clínica de caráter benigno são os seguintes: adenoma pleomórfico, tumor de Warthin, mioepitelioma, adenoma de células basais e oncocitoma. E os padrões de maior relevância clínica de caráter maligno são: carcinoma adenóide cístico, mucoepidermóide, carcinoma ex-adenoma, carcinoma de células acínicas, carcinoma mioepitelial,

adenocarcinoma, carcinoma de células basais (MOLINA MELO ET AL, 2017).

O adenoma pleomórfico e o Carcinoma mucoepidermóide são os tumores mais frequentes, benigno e maligno, respectivamente, sendo o adenoma pleomórfico o tumor de glândula salivar de maior prevalência dentre todos os tumores, benignos e malignos, glândulas maiores e menores (DE SANTANNA SARMENTO, 2016).

Estatisticamente os tumores de glândulas salivares, com ênfase nos tumores de glândulas maiores, acomete mais homens do que mulheres, contudo, não de forma em que essa diferença entre topográfica seja expressiva em números, no estudo realizado por (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021) com base em 2.000 casos de neoplasia na área 51,5% dos casos acometiam homens quanto em contra partida 48,5% acometiam mulheres na proporção 1,2:1 (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021).

O mesmo parâmetro pode ser aplicado quanto a média etária de incidência dos tumores, em ambos os sexos, há maior prevalência começa em torno da 5ª década de vida atingindo seu pico na 8ª (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021).

Glândula parótida (64 -80%), glândulas salivares menores (9 – 23%), glândula submandibular (8 – 11%) e glândula sublingual (>1%) são os sítios de maior prevalência para menos, respectivamente (NEVILLE ET AL, 2009).

A frequência e a distribuição das neoplasias de glândulas salivares sem sítio ainda permanecem um tema de discussão entre estudiosos na literatura científica, entretanto, padrões podem ser caracterizados (SERENO LOIOLA, 2009).

7.1 GLÂNDULAS SALIVARES MAIORES.

7.1.1 GLÂNDULA PARÓTIDA.

Glândula acinosa composta, constituída por unidades ácinos serosos longos e ramificados, produtora de saliva rica em enzimas e anticorpos, dividida em lobos por conta da cápsula fibrosa que envolve seu parênquima, a glândula parótida é o sítio de maior prevalência da classificação dos tumores de glândulas salivares, pode se considerar que dois a três terços das lesões acometem a glândula parótida (ORÍÁ, R. B., 2016).

Mesmo com grande incidência, as neoplasias nessa região são em sua maioria benignas, com incidência de média de dois a três terços dos casos (ORÍÁ, R. B., 2016).

A neoplasia de maior predominância neste sítio é o adenoma pleomórfico, tumor benigno representado por 55 -77 % de todos os casos em parótida. Em seguida o Tumor de Warthin representa o segundo tumor benigno de maior incidência nesta região, 6 – 14 % dos casos (NEVILLE ET AL, 2009).

O Carcinoma mucoepidermóide é o representante de maior índice das neoplasias malignas na região (NEVILLE ET AL, 2009).

7.1.2 GLÂNDULA SUBMANDIBULAR

Igualmente revestida por cápsula fibrosa externa que realizam a divisão da glândula em lóbulos, a glândula submandibular é composta tanto por glândulas serosas como mucosas, que em conjunto com as outras duas

glândulas salivares maiores, parótida e sublingual, representam 93% da produção total de saliva (ORÍÁ, R. B., 2016).

O índice de malignidade desta área corresponde a aproximadamente o dobro do índice apresentado na glândula parótida, sendo este de 37-45%. Contudo, o adenoma pleomórfico permanece como o representante de neoplasia benigna de maior incidência de casos nesse sítio. Tratando-se de tumor maligno nesta região o mais comumente encontrado é o carcinoma adenóide cístico, representado por 12-27% dos casos (NEVILLE ET AL, 2009).

7.1.3 GLÂNDULA SUBLINGUAL

Dentre as glândulas salivares maiores, esta é a menor, não apresenta cápsula fibrosa externa definida como as demais, entretanto seus pequenos lobos são definidos por septos do tecido conjuntivo desta glândula. Se trata de uma glândula de secreção mucosa em sua predominância, podendo ou não conter glândulas serosas em sua estrutura. Apesar de menor em comparação com as demais possui um vasto grupo de ductos que se unem e formam o ducto de Bartholin, que desemboca próximo ao lúmen do ducto de Wharton, da glândula submandibular (ORÍÁ, R. B., 2016).

Proporcional a suas diferenças com o resto do grupo, os tumores na área da glândula sublingual são raros em comparação com os outros sítios glandulares, entretanto, apresenta índice alarmantemente alto quanto os casos de

malignidade, cerca de 70-90% dos casos de neoplasia nessa região são diagnosticados como neoplasia de glândula salivar maligna (NEVILLE ET AL, 2009).

7.2 GLÂNDULAS SALIVARES MENORES.

Também denominadas como glândulas de Von Ebner, as glândulas salivares menores são dispostas em quase toda mucosa oral e língua, sendo restrita sua localização apenas na mucosa mastigatória e região anterior do palato duro (ORÍÁ, R. B., 2016).

Produção de saliva total de todo grupo que o compõe corresponde a apenas 7 por cento, a mesma está diretamente ligada ao processo digestivo sendo rica em muco, proteínas antibacterianas e imunoglobulinas (ORÍÁ, R. B., 2016).

As neoplasias de glândulas salivares menores representam 9 – 23% de todos os tumores de glândulas salivares, sendo assim o segundo sítio anatômico de maior incidência clínica (DE SANTANA SARMENTO, 2016).

Assim como nas demais glândulas, o adenoma pleomórfico também é a neoplasia benigna mais comum nesta região, cerca de 40% dos casos, contudo, a relação de malignidade nas lesões acometidas nas glândulas salivares é alta, com 50% dos casos (NEVILLE ET AL, 2009).

Pode se concluir, que com a exceção dos raros casos de tumor na região da glândula sublingual, que quanto menor a glândula maior sua probabilidade de malignidade (DE SANTANA SARMENTO, 2016).

O carcinoma mucoepidermóide é o tumor maligno mais encontrado na área, sendo o carcinoma adenoide cístico

o segundo, porém com pouca diferença entre a relação de incidência (NEVILLE ET AL, 2009).

O palato é a região mais acometida por neoplasias de glândulas salivares menores, em específico na região lateral posterior do palato duro ou do palato mole, com prevalência entre 42% e 75%. Lábios, região retromolar, mucosa oral e língua/assoalho da boca também são possíveis sítios (NEVILLE ET AL, 2009. DE SANTANA SARMENTO, 2016).

8. TUMORES BENIGNOS DE GLÂNDULAS SALIVARES.

De acordo com a literatura, as neoplasias benignas de glândulas salivares, de forma geral, possuem maior prevalência do que as lesões malignas com cerca de 54% a 79% dos casos, enquanto os malignos representam 21% a 46% das neoplasias (SOUZA LIMA. S, 2005).

Em média, os tumores benignos acometem pessoas na faixa entre os 20 e 30 anos de idade, com prevalência maior em mulheres (SOUZA LIMA. S, 2005).

O adenoma pleomórfico é o tumor benigno de glândulas salivares de maior prevalência clínica, com índice de 33,2% - 89,9% dos casos, altos índices em todos os sítios. Se trata de um tumor misto, são derivados da mistura de elementos ductais e células mioepiteliais em seu padrão histológico básico (DE SANTANA SARMENTO, 2016).

O tumor de Warthin é o segundo tumor benigno de maior incidência, com índice de 5% – 14% dos casos. Esta neoplasia apresenta algumas características próprias como o acometimento bilateral, sua prevalência de idade na faixa dos 70 anos e por sua associação ao fumo, não tendo prevalência

significativa entre homem ou mulher (CUNHA SANTOS ET AL, 2003).

Comumente, esses tipos de neoplasias podem se apresentar clinicamente como um nódulo firme ou flutuante, de crescimento lento e caráter indolor, tumefação também pode ser um sinal encontrado. Quando em parótida, o nervo facial pode ser acometido pela lesão, causando dor e paralisia (CUNHA SANTOS ET AL, 2003).

Se negligenciada, a lesão pode tomar grandes proporções, causando perda de mobilidade (CUNHA SANTOS ET AL, 2003).

O tratamento de tumores benignos em parótida é definido quanto a localização do tumor, se em lobo superficial é realizada a parotidectomia superficial podendo ser parcial ou completa, com conservação do nervo facial. Se em lobo profundo é realizada parotidectomia total com conservação do nervo facial (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Quando em glândula submandibular, a neoplasia benigna será trata com uma submandibulectomia (NEVILLE ET AL, 2009).

Nos outros sítios (glândula sublingual e glândulas salivares menores) é realizada a ressecção da lesão com margem de segurança, podendo incluir ou não partes ósseas em casos de acometimento do palato (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

9. TUMORES MALIGNOS DE GLÂNDULAS SALIVARES.

As neoplasias malignas em um parâmetro geral dos casos, tem baixa incidência. Contudo, diversos casos fundamentaram que quanto menor a glândula, maior a chances de malignidade da lesão, exceto em tumores de glândula sublingual (NEVILLE ET AL, 2009).

Essa classe de neoplasias de glândulas salivares acomete em maioria pessoas do sexo feminino, igualmente as neoplasias benignas. A idade média é de a partir da 7ª década de vida do indivíduo (NEVILLE ET AL, 2009).

Áreas com maior número de glândulas são áreas de maior índice de malignidade, justificando assim o porquê o palato ser a área de maior incidência de tumores de glândulas salivares menores (DE SANTANA SARMENTO, 2016).

Aproximadamente 91% dos tumores que acometem a região retro molar são malignos, pela alta quantidade de glândulas e por conta da predominância do carcinoma mucoepidermóide no sítio (NEVILLE ET AL, 2009).

A região de assoalho de boca e língua também apresentam níveis significativos de malignidades que merecem atenção (NEVILLE ET AL, 2009).

Neoplasias de caráter maligno apresentam características infiltrativas e mais agressivas, não apresentam

cápsula envolta ao tumor e baixo índice de diferenciação celular (GONÇALVES. A, 2005).

O tumor maligno de glândulas salivares mais comum é o carcinoma mucoepidermóide, que previamente era nomeado como tumor mucoepidermóide por conta do seu alto potencial biológico de mutação. Este tumor pode apresentar 3 graus histológicos distintos de agressividade, graus estes determinantes quanto o prognóstico, tratamento e estágio clínico, a localização também é um fator influente. Outra característica deste tumor é a coloração azulada ou vermelha, podendo ser confundidas com mucocelos, enfatizando que neoplasias de glândulas salivares são diagnósticos diferenciais de nodulações na cavidade oral e a importância do aprofundamento no profissional para investigação da lesão (LIMA, A. R. ET AL, 2006).

Carcinoma adenóide cístico também se trata de um tumor maligno de glândula salivar de grande relevância clínica, encontrado comumente em glândulas submandibulares. Um sinônimo que atualmente se encontra em desuso para essa neoplasia é cilindroma (GONÇALVES. A, 2005).

Dor é um sintoma instável quanto a essa classificação tumoral, algumas lesões podem apresentar como sintoma e outra não, sendo sempre de boa observação e importância caso haja presença, ulceração, tumefação assintomática e em alguns casos crescimento lento. Em casos de acometimento da parótida, paralisia facial pode ser encontrada (GONÇALVES. A, 2005).

O tratamento de tumores malignos com acometimento na parótida varia de acordo com o estágio da lesão, em estágio I e II, neoplasias de baixo grau ou alto grau de malignidade o tratamento será cirúrgico com preservação

do nervo facial, radioterapia indicada para casos de lobo profundo e casos de margens insuficientes. Estágio III será de intervenção cirúrgica, o esvaziamento cervical deve ser associado em casos de invasão cervical da lesão por tumores de alto grau de malignidade ou alto índice de metástase, associação de radioterapia também pode ser indicada. Estágio IV deve haver uma avaliação quanto a operabilidade do paciente, caso seja viável sua realização a mesma deve ser feita com radioterapia complementar (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Já para tumores das glândulas salivares menores o tratamento de indicação sempre será de tratamento cirúrgico com ressecção alargada da lesão, e radioterapia complementar nos casos de acometimento da margem cirúrgica ou em tumores de alto grau de malignidade. Com exceção do carcinoma adenóide cístico, em que deve ser feita irradiação de seguimentos nervosos até a base do crânio (GONÇALVES. A, 2005).

Os tumores submandibulares são divididos em estágios tais quais os tumores de parótida, sendo o estágio I e II Submandibulectomia e esvaziamento da região submandibular, Estágio III associar esvaziamento cervical com a radioterapia, acompanhamento anual também deve ser realizado (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Entretando, quando em comparativo com neoplasias derivadas do epitélio de revestimento da mucosa oral apresenta uma ótima resposta ao tratamento, bom prognóstico e sobrevida. A taxa de mortalidade associada a esses tumores varia entre 0,79 e 2,5 por milhão, sem apresentar grandes variações em ambos os sexos (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021).

Os índices de sobrevida das neoplasias malignas de glândulas salivares também são bastante otimistas, em um estudo realizado no período de 10 anos foi relatado 97% para estágio I, 81% para estágio II, 56% para estágio III, e 20% para estágio IV. Em uma média geral, a sobrevida de tumores de glândulas tem média variantes de 69 – 72porcento em todos os estágios (LIMA, A. R. ET AL, 2006).

9.1 CARCINOMA SECRETOR

O carcinoma secretório mamário análogo das glândulas salivares, é uma nova entidade neoplásica, hoje denominado como carcinoma secretor (CS) - foi descrito pela primeira vez em 2010 por apresentar características microscópicas, imunoistoquímicas e moleculares similares as da sua contrapartida na mama (SKÁLOVÁ ET AL, 2010).

A maioria dos casos de CS, antes de sua separação como entidade, foi diagnosticado como carcinomas de células àcinas, desde então, observa-se uma revisão dos casos de carcinoma de células acínicas (AciCC), seu principal diagnóstico diferencial, para identificar CS e fornecer mais informações sobre esse tumor (SKÁLOVÁ ET AL, 2010).

Um presente estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer nos mostrou que Sete casos de AciCC foram reclassificados como SC. Os indivíduos eram predominantemente homens (57%), com média de idade de 52,8 anos (40– 65), negros ou brancos (43% cada), fumante atual / ex-fumante (57%) e negou histórico de consumo de álcool (57%). A maioria das CT acometeu a glândula parótida (71%) e apresentou-se como um edema (100%) (BORGES ALVES ET AL, 2021).

O presente estudo corrobora para afirmarmos que diferente do carcinoma secretor mamário, o CS tem predileção pelo sexo masculino que tem seu pico acima os 46 anos de idade, não tendo predileção por raça. O mesmo também ocorre em sua grande maioria em células parótidas, ou seja, glândulas submandibulares maiores e apresenta-se como um edema (SKÁLOVÁ ET AL, 2010).

Dentre as características histopatológicas dos casos de SC, o padrão de células vacuoladas foi mais frequente (43%); o padrão de crescimento sólido foi mais comum (57%) e padrão bem diferenciado (71%), com positividade para PAS (86%) e negatividade para PAS com diástase (86%) na maioria dos casos. O IHC mostra positividade para S-100 (86%) e MGB (86%) e negatividade para DOG-1 (71%) (BORGES ALVES ET AL, 2021).

Segundo (FERREIRA MOURA ET AL, 2018) O tratamento se dá através de excisão cirúrgica, com um prognóstico favorável para a maioria dos casos, tendo um risco de recorrência e metástases baixo. O diagnóstico do MASC por ser difícil exige dos cirurgiões dentistas maior atenção e prática quanto a esse novo tumor.

10. MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

10.1 EXAME CLÍNICO INTRA E EXTRA ORAL

Durante exame de palpação intra e extra oral, o cirurgião deve se atentar a possíveis nodulações e sinais clínicos na cavidade oral do paciente (ARAUJO, V. J. ET AL, 2001).

O conhecimento do profissional quanto aos sinais clínicos que neoplasias podem apresentar não somente dentro da cavidade oral, como fora, por exemplo tumefação de parótida, pode auxiliar no diagnóstico precoce de lesões antes que a mesma comece a se expressar de forma mais veemente (ARAUJO, V. J. ET AL, 2001).

Esse princípio se estende não somente pelas neoplasias de glândulas salivares como a outras lesões, como lesões potencialmente malignas (ARAUJO, V. J. ET AL, 2001).

O Cirurgião dentista deve se atentar a lesões nodulares, principalmente em áreas de concentração de glândulas salivares menores, seja este firme ou flutuante, tendo em vista que neoplasias de glândulas salivares são diagnósticos diferenciais para este tipo de lesão, como por exemplo mucocele e carcinoma mucoepidermóide, a diferenciação entre benignidade e malignidade é de grande

importância tendo em consideração que esta diferenciação guia todo prosseguimento do atendimento e cuidado ao paciente (ARAUJO, V. J. ET AL, 2001).

Clinicamente é impossível de mensurar a natureza da lesão, se trata-se de benigno ou maligno, logo, é de extrema importância a realização de exames complementares para fechamento de diagnóstico desses quadros, tendo em vista que o diagnóstico correto influencia diretamente no tratamento e prognóstico da lesão (ARAUJO, V. J. ET AL, 2001).

10.2 BIÓPSIA

A biópsia é um procedimento muito comum na prática médica, no entanto, ainda existe uma ampla parcela de pacientes que nutre certo temor a respeito do exame (ANTELO, R. G. M. ET AL, 2020).

(CARVALHO, A. R. L, 1971) define biópsia como sendo um exame dos tecidos removidos de um indivíduo vivo. A expressão biópsia é utilizada pelos patologistas para significar o exame macro e microscópico do material obtido cirurgicamente. No início ocorreu uma grande margem de erro, sobretudo pela falta de experiência, de aprimoramento técnico e de equipamento (CAUBI, F. A. ET AL, 2004).

Contudo hoje a biópsia é um dos métodos mais precisos de diagnóstico (WILLIAMS, T. P. ET AL, 1997).

Ademias, a biópsia é indicada em todos os casos em que se suspeita de doenças que deixem substrato morfológico característico nos tecidos afetados é utilizável também para fins de diagnóstico diferencial por exclusão (CARVALHO, A. R. L, 1971).

O que nos leva a ver que a biópsia é um método utilizada tanto na área oncológica quanto em situações de condições inflamatórias específicas, tais como a tuberculose e a lepra, doenças degenerativas e nos processos imunopatológicos (CAUBI, F. A. ET AL, 2004).

10.2.1 BIÓPSIA EXCISIONAL

Numa biópsia excisional, removemos a lesão como um todo com uma margem e segurança formada por tecido sadio e a mesma é submetida para estudo histopatológico. Dessa forma, é utilizada em lesões pequenas, como mucocele, papiloma ou fibroma (SILVA ARAÚJO ET AL, 2011).

Lesões pigmentadas, também, devem ser removidas por inteiro. No que se refere aos princípios, toda a lesão é retirada com 2 a 3 mm de tecido do normal circunvizinho (PETERSON ET AL, 1996).

Pelo fato de a lesão ser removida totalmente, este procedimento também possui um efeito terapêutico, mas devemos levar em consideração a localização anatômica e a acessibilidade à mesma (CAUBI, F. A. ET AL, 2004).

10.2.2 BIÓPSIA INCISIONAL

Segundo (GENOVESI ET AL 1994), a biópsia incisional é um tipo de biópsia em que apenas uma parte da lesão é removida e não por completo.

Normalmente utilizamos essa técnica quando nos deparamos com lesões extensas, ou de difícil acesso, ou

quando existe dúvida do diagnóstico visual, sendo assim necessária a confirmação do diagnóstico para melhor escolher o plano de tratamento (GENOVESI ET AL, 1994).

Esta amostra retirada, deve incluir tecido são e não apenas tecido lesionado, para poder haver um termo de comparação. Geralmente usamos essa biópsia em lesões com leucoplasias, eritroplasia, entre outras como líquen-plano oral (WRAY. S, 2003).

10.2.3 BIÓPSIA POR PUNÇÃO ASPIRATIVO COM AGULHA FINA (PBAAF)

Descrita em 1930 por Martin e Ellis (PECCIN, S. ET AL, 2003) a biópsia por punção aspirativa com agulha fina (PBAAF) é um dos métodos diagnósticos para neoplasias de glândulas salivares mais sensíveis e específico conhecido na cirurgia de cabeça e pescoço (CANDIDO DOS REIS ET AL, 1998), permite adequado manejo e preparo do paciente e bom segmento do planejamento terapêutico (ARAÚJO, V. J. ET AL, 2001).

Se trata de uma técnica de simples execução, porém em que a precisão técnica de seu manejo seja pontual. O conhecimento, precisão e experiência do profissional que realiza o exame são de exímia importância, sendo associado a este e sua má execução o índice de falso- negativo e coleta de material insatisfatório. A escassez de células epiteliais em lesões de caráter benigno também é um fator associado ao índice de material insatisfatório (CANDIDO DOS REIS ET AL, 1998).

PBAAF é um procedimento inicial em casos de tumores das glândulas salivares desde aproximadamente 1990 por conta de seu alto potencial de diferenciação de tumores benignos de malignos pela citologia em 93% dos casos e concordando com o histopatológico em 74% (SHARA

ET AL, 1990). De acordo com o estudo apresentado por (ARAÚJO, V. J. ET AL, 2001) a biópsia por punção aspirativa com agulha fina apresentou acurácia de 86%, sensibilidade de 85% e especificidade de 96,1%. Os casos de positivo para malignidade são absolutamente confiáveis segundo (SHARA ET AL, 1990).

Contudo, vale acrescentar que se trata de um procedimento simples e de execução rápida, pouco invasivo, sendo assim, bem aceito pela maioria dos pacientes, com uma relação custo-benefício atrativa e um baixo índice de complicações durante seu curso. Assim como outros métodos pode apresentar erros diagnósticos, não sendo assim recomendado seu resultado como diagnóstico definitivo se não acompanhado de outros exames para complemento do mesmo (ARAÚJO, V. J. ET AL, 2001).

10.3 EXAMES COMPLEMENTARES

Outros exames complementares como tomografia computadorizada, radiografias, em casos mais complexos pode se lançar mão de ressonância magnéticas e ultrassonografia. Exames complementares são de extrema importância para composição da documentação do caso e fechamento seguro de diagnóstico para que assim seja feita a condução de forma segura do planejamento terapêutico do caso (ARAÚJO, V. J. ET AL, 2001).

11. TRATAMENTO E PROGNÓSTICO

Em um parâmetro geral dos casos, a maioria apresenta uma resposta positiva a terapêutica aplicada e um bom prognóstico, sendo raros padrões clínicos em que a taxa de recidiva seja de valor significativo, realidade bem diferente da que encontramos nos parâmetros de câncer de boca, por exemplo, principalmente dos derivados do epitélio de revestimento da mucosa oral (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021).

Contudo, o tratamento e prognóstico das neoplasias de glândulas salivares depende de diversos fatores, o grau de malignidade e estágio em que a doença se encontra são considerados por estudiosos como os mais importantes determinantes do prognóstico (LIMA, A. R. ET AL, 2006).

Para o planejamento até sua definição final, fatores como local da lesão, grau de diferenciação, tipo histopatológico, estado clínico, tamanho, mobilidade, acometimento de estruturas nobres, entre outras questões que de devem ser apuradas e documentadas no caso para ideal planejamento terapêutico (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

No Brasil, o tratamento se inicia em no máximo 60 dias após o fechamento diagnóstico da neoplasia, de acordo

com o previsto na a lei brasileira 12.732, publicada em 2012 pelo Ministério da Saúde (COHEN GOLDEMBERG D ET AL, 2021).

As terapias mais aplicadas são: cirúrgico, terapia única e radioterapia. Seja benigno ou maligno, a ressecção cirúrgica com margem negativas, sendo analisado de caso a caso a associação de radioterapia em casos de alto risco é o tratamento de maior aplicação dentre todos, sendo avaliado sempre o estágio e localização do tumor (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Apesar de controvérsia na literatura há alguns anos, a partir de 2005 foi comprovado que o uso de radioterapia associada a ressecção cirúrgica apresenta benefícios quanto a sobrevida pós tumor e controle de metástase (COHEN GOLDEMBERG ET AL, 2021).

11.1 TUMORES BENIGNOS

O tratamento de neoplasias benignas de parótida varia de acordo sua localização, em lobo superficial é feita a parotidectomia superficial, que é a remoção do lobo parotídeo acometido, pode ser parcial ou completa. Em logo profundo é feita a parotidectomia total, ou seja, de toda a glândula. Ambos conservam o nervo facial (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Quando acometido na submandibular é feito a submandibulectomia, remoção total da glândula (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Nas demais glândulas é realizada a ressecção da lesão com margem de segurança (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

11.2 TUMORES MALIGNOS

Apesar da difícil definição do estágio em que a lesão se encontra, tipo histológico, o tratamento das neoplasias malignas é definido de acordo com o estágio do tumor (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

11.2.1 PARÓTIDA

Estágio I e II são neoplasias de baixo a médio grau de malignidade. Tem como indicação de terapia procedimento cirúrgico, caso de margens cirúrgicas ou de localização no lobo profundo da parótida possui indicação do uso de radioterapia. A radioterapia exclusiva só tem indicação como tratamento paliativo (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Estágio III são neoplasias de médio a alto grau de malignidade tem como escolha cirúrgica sempre, caso de ausência de invasão o nervo facial deve ser preservado. Em casos de invasão cervical é lançada mão do esvaziamento cervical para diminuição do risco de metástase cervical (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Estágio IV são neoplasias de alto grau de malignidade. O tratamento dessas lesões varia diretamente com a operabilidade do tumor e do paciente, sendo estes que ditarão o curso desta terapia. Sempre que possível a associação cirurgia e radioterapia será feita (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

11.2.2 SUBMANDIBULAR

Estágio I e II são neoplasias de baixo grau de malignidade. Em casos de baixo grau de malignidade o protocolo a ser seguido é a realização de submandibulectomia, que é a remoção da glândula submandibular e esvaziamento da região onde a mesma ocupava (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Estágio III são casos de médio a alto grau de malignidade é feito esvaziamento cervical e supramoióideo, ou seja acima do músculo milo-hióideo associado a radioterapia (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

Estágio IV são tumores de alto grau de malignidade, assim como os de parótida a terapia de tumores neste estágio depende da avaliação do paciente e da operabilidade do tumor e se possível terapia cirúrgica associada a sessões de radioterapia (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

11.2.3 GLÂNDULAS SALIVARES MENORES

Tem como indicação a ressecção cirúrgica alagada. Só será associada a radioterapia em casos que a margem de segurança cirúrgica esteja acometida e em tumores de alto grau. Seguindo os mesmos princípios de outros tumores epiteliais da área, com exceção do carcinoma adenoide cístico (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

11.3 TUMORES RECIDIVADO

São tratados de acordo com o tratamento feito previamente, pois assim pode ter um comparativo quanto ao tipo histológico presente previamente e atualmente, extensão do tumor, qual o sítio em que a recidiva ocorreu e o status do paciente (REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, CONDUTAS DO INCA/MS, 2002).

12. REFERÊNCIAS

ANTELO R. G. M. ET AL, 2020 **BIÓPSIAS: DIFERENTES ABORDAGENS CIRÚRGICAS** Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130072/2/428822.pdf>

ARAUJO, V. J. ET AL. **VALIDADE DA PUNÇÃO BIÓPSIA POR AGULHA FINA NAS DOENÇAS DA GLÂNDULA PARÓTIDA**, 2001. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/N4QpVDJ4fsmgyytwWpGRZvQ/?lang=pt>

BORGES ALVES, L. D. ET AL, 2021 **SECRETORY CARCINOMA OF SALIVARY GLANDS AT THE NACIONAL CANCER INSTITUTE: A 20-YEAR RETROSPECTIVE CLINICAL, PATHOLOGICAL, IMMUNOHISTOCHEMICAL AND MOLECULAR STUDY** Disponível em:
file:///C:/Users/elhak/Downloads/Alves%202021%20-%20Secretory%20carcinoma%20of%20salivary%20glands%20at%20the%20Nacional%20Cancer%20Institute%20(1).pdf

CANDIDO DOS REIS ET AL. **PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA (PBA) COM AGULHA FINA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PATOLOGIAS DA MAMA.** Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/B54FYJ9VZRrMv3cYkYgbkDS/?format=html&lang=pt>

CARVALHO, A. R. L. **BIÓPSIA. DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER. MENSAGEM AOS MÉDICOS. 1ª ED. RIO DE JANEIRO, 1971.**

CAUBI, ET AL. **BIÓPSIA, REVISTA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL**, 2004. Disponível em:

<https://www.revistacirurgiabmf.com/2004/v4n1/pdf/v4n1.5.pdf>

COHEN GOLDEMBERG ET AL. **EPIDEMIOLOGY OF MAJOR SALIVARY GLAND CANCER IN BRAZIL: INCIDENCE, MORBIDITY, AND MORTALITY. ORAL DIS**, 2021. DISPONÍVEL EM:

[file:///C:/Users/elhak/Downloads/Cohen%20Goldemberg%202021%20-%20Epidemiology%20of%20major%20salivary%20gland%20cancer%20in%20Brazil-%20incidence,%20morbidity%20and%20mortality%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/elhak/Downloads/Cohen%20Goldemberg%202021%20-%20Epidemiology%20of%20major%20salivary%20gland%20cancer%20in%20Brazil-%20incidence,%20morbidity%20and%20mortality%20(1).pdf)

CUNHA SANTOS, ET AL. **NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES: ESTUDO DE 119 CASOS**, 2003. Disponível em >

<https://www.scielo.br/j/jbpm/a/fskjQ6fsxQVTg9zkfm7575c/?lang=pt#>

GENOVESI, F. S. **SEMIOLOGIA CLÍNICA. 2ª ED.** GUNABARA KOOGAN, RIO DE JANEIRO, 1994

GONÇALVES, A ET AL. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES: ANÁLISE DE 245 CASO**, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rboto/a/wNggwpGzzxhpTcZQH5M353J/?lang=pt>

LIMA, A. R. ET AL. **METÁSTASE CERVICAL NOS TUMORES MALIGNOS DA PARÓTIDA**, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/GV35gZXcDnFHsDdN5B74JDJ/?lang=pt>

NEVILLE, W.B., DAMM, D.D., ALLEN, C.M., BOUQUOT, J.E. **PATOLOGIA ORAL & MAXILOFACIAL**. RIO DE JANEIRO, ELSEVIER, 3ª ED, 2009.

ORIÁ, R. B., BRITO, G. A. C. **SISTEMA DIGESTÓRIO: INTEGRAÇÃO BÁSICO-CLÍNICA**. 1º ED, 2016

PECCIN, S. ET AL. **NÓDULOS DE TIREÓIDE: VALOR DA ULTRASSONOGRAFIA E DA BIÓPSIA ASPIRATIVA NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER**. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/TJctRq7np5DTnMHPRnRBxmB/?format=pdf&lang=pt>

PETERSON, L.J.; EDWARD, E.; HUPP, J.R.; MYRAN, R. T. **CIRURGIA ORAL E MAXILO FACIAL CONTEMPORÂNEA**. 2ª ED. GUANABARA KOOGAN, RIO DE JANEIRO, 1996.

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, 2002. Disponível em >https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_48/v01/pdf/conduas.pdf

REVISTA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL.

VOL. 11 no.2 CARCamaraigibe Abr./Jun. 2011. Disponível em:

http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102011000200012

SARMENTO, D. J. S. ET AL. NEOPLASIAS INTRAORAIS DE GLÂNDULA SALIVAR MENOR: ESTUDO CLÍNICO-PATOLÓGICO. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/eins/a/bhdcFHkKhRfDCZGcYVjT8cD/abstract/?lang=pt>

SHAHA, A. R. ET AL. NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN SALIVARY GLAND LESIONS. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2221237/>

SOUZA LIMA, S, ET AL. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS NEOPLASIAS DE GLÂNDULAS SALIVARES: ANÁLISES DE 245 CASOS, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rboto/a/wNggwpGzzxhpTcZQH5M353J/?lang=pt>

WESTERGAARD-NIELSEN, M. ET AL. SALIVARY GLAND CARCINOMA IN DENMARK: A NATIONAL UPDATE AND FOLLOW-UP ON INCIDENCE, HISTOLOGY, AND OUTCOME. Disponível em <

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00405-020-06205-2>

WILLIAMS, T. P. ET AL. DIAGNOSTIC CONSIDERATIONS, BIOPSY, LABORATORY ANALYSIS A COMMUNICATIO. ORAL AND MAXILOFACIAL SARGERY CLINICS OF NORTHAMERICA. V.9, n.4 p.597 605, nov. 1997

WRAY S, LEE D, CLARK A. TEXTBOOK OF GENERAL AND ORAL SURGERY. CHINA: CHURCHILL. ELSEVIER SCIENCE LIMITED; 2003.