

# NEOPLASIAS MALIGNAS DE GLÂNDULAS SALIVARES – ESTUDO RETROSPECTIVO\*

*MALIGNANT NEOPLASMS OF SALIVARY GLANDS – RETROSPECTIVE STUDY*

---

Barbosa, Renata Pereira de Sousa\*\*

Meireles, Sonia Saeger\*\*\*

Guimarães, Karis Barbosa\*\*\*\*

Costa, Lino João da\*\*\*\*\*

---

---

## RESUMO

Este trabalho objetivou identificar a ocorrência de neoplasias malignas em glândulas salivares de pacientes dos hospitais de referência no tratamento de Câncer do Estado da Paraíba no período de 1998 a 2003. Foi realizado um estudo retrospectivo pelo método indireto, através da análise de 914 prontuários arquivados do Hospital Dr. Napoleão Laureano, em João Pessoa-PB, e do Centro de Cancerologia Ulisses Pinto, em Campina Grande-PB. Encontrou-se 29 casos de neoplasias malignas de glândulas salivares, dos quais 53,6% acometeram indivíduos do gênero masculino e 46,4% do feminino; a faixa etária com maior número de casos foi de 61-80 anos com 48,3%. A glândula parótida apresentou maior prevalência com 48,3%, sendo o tipo neoplásico com maior representação da amostra o Carcinoma adenóide cístico com 58,6%.

**UNITERMOS:** glândulas salivares; neoplasias; epidemiologia.

## SUMMARY

*This work aimed to identify the occurrence of malignant neoplasms in salivary glands of patients of the Oncology hospitals at Paraíba during the period from 1998 to 2003. A retrospective study was accomplished by the indirect method, through the analysis of 914 filed prontuaries of the Hospital Dr. Napoleão Laureano, in João Pessoa-PB, and of the Center of Cancerologia Ulisses Pinto, in Campina Grande-PB. It was identified 29 cases of neoplasms of salivary glands, of the which 53,6% attacked individuals of the masculine gender and 46,4% were of the feminine; the age group with larger number of cases was 61-80 years with 48,3%. The parotid's gland presented larger prevalence with 48,3%, being the neoplastic type with larger representation of the sample the Carcinoma Adenoid Cystic with 58,6%.*

**UNITERMS:** salivary glands; neoplasms; epidemiology.

---

\* Estudo realizado nos Hospitais Napoleão Laureano e Alcides Carneiro, sendo parte de projeto de pesquisa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UEPB e financiada pela FAFESQ/PB (Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Departamento de Clínica e Odontologia Social – DCOS).

\*\* Mestranda em Diagnóstico Bucal pela Universidade Federal da Paraíba, Bolsista CAPES.

\*\*\* Mestranda em Dentística pela Universidade Federal de Pelotas.

\*\*\*\* Mestranda em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

\*\*\*\*\* Professor Doutor da Disciplina de Semiologia da Universidade Federal da Paraíba.

## INTRODUÇÃO

A ocorrência de tumores malignos em glândulas salivares não é tão comum, por conseguinte deparamo-nos com poucos estudos relatando a distribuição destes casos no país. De acordo com Santos et al.<sup>17</sup> (2003) as neoplasias de glândulas salivares são incomuns e perfazem apenas cerca de 2% a 6,5% dos tumores da região da cabeça e pescoço, sendo esta baixa incidência um dos principais fatores determinantes para que vários trabalhos enfatizem a análise retrospectiva.

As estatísticas, de acordo com o INCA (Brasil<sup>1</sup>, 2002), mostram que 95% dos nódulos palpáveis localizados na glândula parótida são de origem tumoral, sendo esta a mais freqüentemente acometida. As glândulas salivares menores, embora apresentem menor prevalência deste tumor, também são alvo de ocorrência, sendo aquelas localizadas no palato as mais afetadas. A distribuição percentual do tipo histológico de tumor é variada, no entanto, segundo Neville et al.<sup>12</sup>, 2004, de 15 a 32% dos tumores da parótida são malignos, nas submandibulares são aproximadamente 50% (Brasil<sup>1</sup>, 2002) e este percentual poderá alcançar 81% nas glândulas salivares menores, Puricelli et al.<sup>14</sup> (1998) indicam que cerca de 50% destas lesões de glândulas salivares menores são localizadas no palato. A presença destes tumores nas glândulas salivares sublinguais é rara, compreendendo menos de 2% do total, no entanto cerca de 70 a 90% são malignos (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004). A freqüência de neoplasias malignas nas glândulas salivares constatadas em pesquisas realizadas no Brasil pode ser observada no Quadro 1.

QUADRO 1 – Freqüência de Malignidade dos tumores de glândulas salivares em estudos nacionais.

Autor (ano)	Amostra	Parótida	Submandibular	Sublingual	Menores
Rocha et al. (1992/1993)	78	70,49%	21,77%	–	–
Figueredo et al. (2000/2001)	81	28%	15%	–	34%
Castro et al. (2002)	163	96,1%	3,8%	–	–
Vargas et al. (2002)	25	60%	24%	–	16%
Santos et al. (2003)	119	70,6%	19,3%	0,86%	9,24%

É unânime na literatura que o tumor maligno mais comum da glândula Parótida é o Carcinoma Mucoepidermóide. Por outro lado constata-se que o Carcinoma Adenóide Cístico é o tumor maligno mais freqüente da glândula Submandibular e das glândulas salivares menores (Brasil<sup>1</sup>, 2002). Em

pesquisa realizada por Santos et al.<sup>17</sup> (2003), os dados revelaram que o carcinoma adenocístico e o carcinoma mucoepidermóide foram os mais prevalentes, havendo uma maior presença do primeiro, com 42,3% e, 38,4%, respectivamente.

O conhecimento das principais entidades patológicas que podem se manifestar nos tecidos glandulares, principalmente as neoplasias malignas, é de fundamental importância para o cirurgião-dentista, uma vez que este pode ser um dos primeiros profissionais a quem o paciente recorre na busca do diagnóstico. Rocha et al.<sup>16</sup> (1992/1993) destacam a relevância do conhecimento, por parte dos dentistas, da prevalência das lesões que acometem as glândulas salivares por serem a região geográfica de sua atuação portanto, o profissional deve dispor de conhecimentos adequados para o estabelecimento do diagnóstico.

A etiologia destes tumores ainda é obscura, sendo a radioterapia da região de cabeça e pescoço e a exposição a elementos radioativos apontados como fatores determinantes para o aparecimento de lesões malignas (Magrin et al.<sup>11</sup>, 2002). Embora essas glândulas tenham uma estrutura relativamente simples, as lesões originadas a partir das células que formam seus ductos são dotadas de diferentes características histológicas (Rocha et al.<sup>16</sup>, 1992/1993).

Conforme Magrin et al.<sup>11</sup> (2002), a presença de massa tumoral localizada na região pré ou infra-auricular, submandibular ou sublingual pode ser sinal de tumor de glândula salivar, sendo os tipos malignos de crescimento rápido, com invasão da pele ou mucosa que os recobrem podendo sofrer ulceração. Sinais tais como a fixação do tumor, a indefinição em relação às estruturas adjacentes, e a presença de paralisia facial são fatores indicativos de malignidade (Brasil<sup>1</sup>, 2002). Sialografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e combinações destes exames têm sido propostas como meios auxiliares no diagnóstico, porém alguns não permitem diferenciação entre tumores malignos e benignos (Magrin et al.<sup>11</sup>, 2002). De acordo com Lopes et al.<sup>9</sup> (1997), através da Tomografia e da Ressonância, é possível planejar melhor a extensão do ato operatório.

O tratamento preferencial das neoplasias malignas de glândulas continua sendo a cirurgia. Para lesões da parótida o procedimento é a parotidectomia com conservação do nervo facial; já na glândula submandibular, indica-se submandibulectomia (Magrin et al.<sup>11</sup>, 2002); nos casos de tumores no palato deve ser realizada a ressecção da lesão com margem de segurança podendo incluir partes ósseas (Brasil<sup>1</sup>, 2002).

Considerando a ampla variedade de comportamentos biológicos e tipos histológicos que estes tumores apresentam, a abordagem deste tema torna-se um desafio (Santos et al.<sup>17</sup>, 2003). Este artigo de pesquisa visa abordar a questão da ocorrência de neoplasias malignas nas glândulas salivares para justamente auxiliar no conhecimento destas patologias.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada a partir de casos de neoplasias malignas de Glândulas salivares registrados nos hospitais de referência para o tratamento de câncer no Estado da Paraíba. Analisou-se 903 prontuários arquivados no setor de Anatomopatologia do Hospital Dr. Napoleão Laureano, João Pessoa-PB, referentes ao período de 1998 a 2003, e 91 casos no Centro de Cancerologia Ulisses Pinto, Campina Grande-PB, referentes ao período de 1999 a 2002, uma vez que anteriormente a esse período não havia o serviço na instituição. O período de abrangência da pesquisa foi de cinco anos, a amostra foi restrita a 29 casos de tumores malignos nas glândulas salivares.

A identificação das neoplasias foi realizada através do método indireto, sendo coletadas as informações referentes ao gênero e idade dos pacientes, localização anatômica e tipo histológico do tumor. Os dados foram inseridos no software SPSS v.10.0 para a análise descritiva dos resultados e realização dos cruzamentos.

## RESULTADOS

Observou-se que durante o período de realização da pesquisa (5 anos) foram diagnosticados 29 casos de neoplasias malignas de glândulas salivares correspondendo a uma frequência média de 5,8 casos por ano, distribuídos conforme se observa na Tabela 1. Desta amostra 15 casos ocorreram no gênero masculino (53,6%) e 13 no feminino (46,4%), com proporção 1,15:1, sendo que em um dos prontuários não constava o gênero do paciente, conforme se observa na Tabela 2.

Com relação à faixa etária, observou-se que 48,3% (n = 14) dos casos eram de pacientes com idade entre 41-60 anos, sendo a faixa etária mais prevalente, seguida daquela com pacientes entre 61-80 anos (24,1%, n = 7) e em menor número pacientes pediátricos (1 ano de idade) e idosos acima de 80 anos, com apenas 3,4% (1 caso cada). A média de idade dos pacientes foi de 53,65 anos, variando de 1 a 85 anos de idade (Tabela 3).

Foi detectada uma maior ocorrência de neoplasmas nas glândulas salivares maiores corres-

pondendo a 75,9%, n = 22 (Tabela 4). A localização anatômica mais atingida foi a glândula parótida (48,3%, n = 14). Em menor frequência foram detectadas alterações malignas na glândula submandibular (27,6%, n = 8) e nas glândulas salivares menores distribuídas em toda mucosa oral (24,1%, n = 7).

Encontrou-se quatro tipos histológicos distintos de tumores (Tabela 5), classificadas de acordo com a sua incidência: Carcinoma adenocístico, Adenocarcinoma, Carcinoma de células acinares e Carcinoma mucoepidermóide.

TABELA 1 – Número de casos diagnosticados no período da pesquisa.

Anos	Nº	%
1998	4	13,8
1999	9	31,0
2000	7	24,1
2001	5	17,2
2002	4	13,8
Total	29	100,0

TABELA 2 – Distribuição dos pacientes quanto ao gênero.

Gênero	Nº	%
Masculino	15	53,6
Feminino	13	46,4
Total	28	100,0
Sem identificação	1	–

TABELA 3 – Distribuição dos pacientes por faixa etária.

Faixa etária (em anos)	Nº	%
0-20	1	3,4
21-40	3	10,3
41-60	14	48,3
61-80	7	24,1
Acima de 80	1	3,4
Não informado	3	10,3
Total	29	100,0

TABELA 4 – Distribuição dos casos por localização anatômica.

Localização anatômica	Nº	%
Glândulas submandibular	8	27,6
Glândulas parótida	14	48,3
Glândulas salivares menores	7	24,1
Total	29	100,0

TABELA 5 – Distribuição dos casos por tipo de lesão.

Neoplasia maligna	Nº	%
Carcinoma acinar	4	13,8
Carcinoma adenóide cístico	17	58,6
Carcinoma mucoepidermóide	1	3,4
Adenocarcinoma	7	24,1
Total	29	100,0

## **Carcinoma adenocístico**

Este tipo de tumor foi encontrado em 58,6% (n = 17) dos pacientes sendo o mais prevalente na amostra. Teve uma ocorrência mais expressiva em mulheres (n = 10) que em homens (n = 6), esclarecendo que em um dos prontuários estava omitido o gênero do paciente. A faixa etária mais frequente foi a de 41 a 60 anos com 8 casos, tendo variação entre 28 a 65 anos. A localização anatômica foi praticamente semelhante com 12 casos nas glândulas salivares maiores, divididos igualmente em submandibular e parótida e, 5 casos nas glândulas salivares menores.

## **Adenocarcinoma**

O adenocarcinoma foi observado em 24,1% (n = 7) dos casos, ocorrendo predominantemente em homens (6:1), com um caso em criança e os demais em adultos (46 a 70 anos). A faixa etária mais prevalente foi a 41-60 anos (n = 3). A glândula parótida foi o sítio mais acometido (n = 6), no entanto, um caso foi achado nas glândulas salivares menores.

## **Carcinoma de células acinares**

Detectou-se este carcinoma em 13,8% dos casos (n = 4), distribuídos igualmente entre homens e mulheres, com idade variando entre 44 a 71 anos, sendo a faixa etária de 41-60 anos a mais comum (3 casos). Foram encontrados 2 casos na glândula submandibular, um na parótida e um nas glândulas salivares menores.

## **Carcinoma mucoepidermóide**

Foi relatado apenas um caso de carcinoma mucoepidermóide em um paciente do gênero masculino com 78 anos de idade localizado na parótida, representando 3,4% da amostra.

## **DISCUSSÃO**

Este trabalho baseou-se na distribuição de tumores malignos de glândulas salivares e hospitais de referência no estado da Paraíba.

Nesta pesquisa o gênero masculino (53,6%, n = 15) foi mais acometido que o feminino (46,4%, n = 13) na proporção 1,15:1, corroborando com os resultados de Castro et al.<sup>4</sup> (2002). No entanto diversos autores (Vargas et al.<sup>20</sup>, 2002; Rocha et al.<sup>16</sup>, 1992/1993; Lopes et al.<sup>9</sup>, 1997) citam predileção destas patologias por mulheres.

Houve uma variação extrema, de 1 a 85 anos de idade, mas a média de idade foi de 53,65 anos.

Quanto a faixa etária dos pacientes, constatou-se que 48,3% (n = 14) dos casos eram de pacientes 41-60 anos, seguida pela de 61-80 anos com 24,1% (n = 7). Em revisão da literatura realizada por Peres et al.<sup>13</sup> (2002) concluíram que cerca de 5% de todos os tumores de glândulas salivares acometem pacientes abaixo de 18 anos de idade, 64% acometem a parótida, 29% a submandibular e 7% as glândulas salivares menores. Deparamo-nos apenas com um caso de neoplasia em criança representando 3,4% da amostra cada.

Na maioria dos casos citados na literatura consultada constata-se que os tumores em glândulas salivares ocorrem mais frequentemente nas glândulas salivares maiores, o que foi semelhante nesta pesquisa com 75,9% dos casos no estado da Paraíba. Ao se considerar estudos sobre neoplasias de glândulas salivares, poucos são os trabalhos que abordam tanto as glândulas salivares maiores quanto as menores da cavidade bucal. Muitos têm como referência a incidência em um dos dois tipos de glândula (Santos et al.<sup>17</sup>, 2003).

Em relação à localização da lesão, Santos et al.<sup>17</sup> (2003) evidenciaram que a glândula parótida foi o sítio mais frequentemente afetado (70,6%), enquanto as glândulas salivares menores corresponderam a 9,24% dos casos. Observamos que a glândula parótida foi a mais afetada (48,3%, n = 14), seguida da glândula submandibular (27,6%, n = 8) e das glândulas salivares menores distribuídas em toda a cavidade bucal (24,1%, n = 7).

Castro et al.<sup>4</sup> (2002) elucidam que a falta de padronização de uma classificação pra as neoplasias de glândulas salivares dificulta os estudos retrospectivos sobre este tema e são responsáveis por variações significativas entre os estudos. Este problema foi notado durante o cadastramento dos casos para esta pesquisa, todavia foi adotada a classificação da OMS para evitar estas alterações e uniformizar os resultados.

Há consenso entre os autores que as alterações neoplásicas nas glândulas salivares possuem uma diversidade de características histológicas. Cantisano et al.<sup>3</sup> (2000) observaram mudanças no diagnóstico de lesões consideradas benignas sendo elas neoplasias malignas, 40% dos casos por eles reavaliados, e reiteram a importância de estudos sobre a reclassificação destas neoplasias para uma atualização dos diagnósticos além de auxiliar os profissionais no manejo clínico-terapêutico e no prognóstico de seus pacientes.

No entanto existem alguns tumores que não se enquadram nos esquemas de classificação, usualmente denominados de adenocarcinomas saliva-

res não especificados de outra forma (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004). Na amostra desta pesquisa foi observado em 24,1% (n = 7) dos casos se encontrava esta classificação, ocorrendo predominantemente em homens, com o único caso em criança e os demais em adultos (46 a 70 anos) sendo faixa a etária mais prevalente de 41-60 anos. De acordo com Regezi et al.<sup>15</sup> (2000), incluídos neste grupo estão exemplos raros de carcinoma indiferenciado, carcinoma neuroendócrino, carcinoma de células pequenas e carcinoma adenopapilar produtor de muco. Estas neoplasias compreendem uma ampla variedade de subtipos histopatológicos: mucosecretor, papilífero, trabecular, células claras, tubular e sólido (Magrin et al.<sup>11</sup>, 2002). Parece ocorrer mais comumente na parótida, seguida das glândulas salivares menores e submandibulares, fato este observado neste trabalho, pois a glândula parótida foi o sítio mais acometido (n = 6) e um caso foi achado nas glândulas salivares menores. Relacionam-se com o carcinoma indiferenciado tendo um grau elevado de malignidade com prognóstico sombrio (Regezi et al.<sup>15</sup>, 2000), sendo a taxa de sobrevivência melhor para os tumores localizados nas glândulas salivares acessórias (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004).

O carcinoma adenocístico é responsável por 23% de todos os carcinomas de glândulas salivares (Regezi et al.<sup>15</sup>, 2000), na nossa amostra foi encontrado em 58,6% (n = 17) dos pacientes sendo o mais prevalente na Paraíba. O sinônimo de Cilindroma deste neoplasma deve ser evitado pois este termo é usado para um tumor de anexos cutâneos (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004). Vários autores (Brito et al.<sup>2</sup>, 2000; Figueiredo et al.<sup>6</sup>, 1997; Neville et al.<sup>12</sup>, 2004) afirmam que é mais comum em glândulas salivares menores, correspondendo de 40% a 50% dos casos; Regezi et al.<sup>15</sup> (2000) lembram que quando incluirmos àquelas do trato sinusal a frequência aumenta aproximadamente de 50 a 70%. O palato é a localização mais freqüente se manifestando como uma ulceração da mucosa suprajacente. Este tumor é relativamente raro na parótida e na submandibular é mais comum (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004). Nossos dados discordam de algumas fontes literárias consultadas, em relação à localização anatômica, uma vez que o carcinoma adenóide cístico teve uma distribuição equilibrada entre as glândulas parótida e submandibular e em menor número as glândulas salivares menores, corroborando com Figueiredo et al.<sup>6</sup> (1997) quando afirmam que nas glândulas salivares maiores acometem preferencialmente a parótida e a submandibular.

O carcinoma adenóide cístico se manifesta mais em adultos de meia idade, sendo rara em pessoas com menos de 20 anos de idade (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004) a idade média é de 60 anos (Tommasi et al.<sup>19</sup>, 2002), nossos resultados estão de acordo, pois a faixa etária mais freqüente foi a de 41 a 60 anos (n = 8). Alguns autores afirmam que existe uma distribuição semelhante entre os gêneros (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004; Regezi et al.<sup>15</sup>, 2000; Tommasi et al.<sup>19</sup>, 2002), porém outros estudos mostram uma leve predileção pelo sexo feminino (Figueiredo et al.<sup>6</sup>, 1997; Neville et al.<sup>12</sup>, 2004) principalmente nas lesões da glândula submandibular (Regezi et al.<sup>15</sup>, 2000). Na amostra observou-se uma ocorrência mais expressiva desta neoplasia em mulheres. O carcinoma adenocístico apresenta tendência a recidiva local e metástase a distância, tendo um prognóstico mais desfavorável quando acomete a glândula submandibular e risco de invasão cerebral no caso de tumores no palato além do crescimento perineural e invasão óssea lenta (Magrin et al.<sup>11</sup>, 2002; Neville et al.<sup>12</sup>, 2004; Regezi et al.<sup>15</sup>, 2000).

A literatura aponta que 85% a 96% dos carcinomas de células acinares ocorrem nas parótidas por sua composição praticamente serosa, se desenvolvendo no lobo superficial e no pólo inferior. É responsável por 9% do total dos carcinomas de glândulas salivares em todas as localizações. Poucos casos têm sido relatados na submandibular e nas glândulas salivares menores, com variações de 2,7 a 4% e 2 a 6,5% respectivamente. Representa um dos melhores prognósticos dentre os vários representantes de tumores malignos de glândulas salivares (Crivelini et al.<sup>5</sup>, 1995; Magrin et al.<sup>11</sup>, 2002; Neville et al.<sup>12</sup>, 2004; Regezi et al.<sup>15</sup>, 2000; Tommasi et al.<sup>19</sup>, 2002). No entanto nesta pesquisa metade dos casos de carcinoma de células acinares ocorreu na submandibular. A faixa etária de 41-60 anos foi a mais comum, igualmente distribuídos entre homens e mulheres concordando com Regezi et al.<sup>15</sup> (2000) que indicam o pico de incidência na 5ª e 6ª décadas de vida, com idade média de 40 anos, não havendo evidências de predileção por gênero, todavia Neville et al.<sup>12</sup> (2004) e Tommasi et al.<sup>19</sup> (2002) afirmam que aproximadamente 60% dos casos acontecem em mulheres e Crivelini et al.<sup>5</sup> (1995) observaram uma proporção de 2:1.

Segundo Leal<sup>8</sup> (1996), o carcinoma mucoepidérmico representa de 3 a 11% das neoplasias de glândulas salivares, sendo o mais freqüente. Há uma predileção pelo sexo feminino com uma ampla variação de idade, estendendo-se da 2ª até a

7ª década de vida, e comumente encontrado na glândula parótida seguido das glândulas menores (Neville et al.<sup>12</sup>, 2004). Por sua vez, Loyola et al.<sup>10</sup> (1996) verificaram que este tumor ocorre em pacientes na 4ª década de vida, sem preferência por gênero, apresentando-se como crescimento nodular associado eventualmente a dor, ulceração, reabsorção óssea e linfadenopatia. Segundo Regezi et al.<sup>15</sup> (2000) a localização mais comum é a parótida encontrada em 60 a 90% dos casos.

A maioria dos estudos (Loyola et al.<sup>10</sup>, 1996; Puricelli et al.<sup>14</sup>, 1998; Sobral et al.<sup>18</sup>, 2001) mostram que o carcinoma mucoepidermóide é o mais comum neoplasma maligno das glândulas salivares, contudo Neville et al.<sup>12</sup> (2004) afirmam que possivelmente há diferenças geográficas que influenciam nas estatísticas. A presente pesquisa concorda com o autor visto que foi relatado apenas um caso (3,4%) de carcinoma mucoepidermóide acometendo a parótida em um paciente do gênero masculino (78 anos).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os tumores malignos não ocorrem nas glândulas salivares com a mesma frequência de outras estruturas, no entanto, os dados encontrados neste estudo são compatíveis com a maioria dos autores abordados na literatura, ou seja, representam apenas de 3 a 4% das patologias do complexo estomatognático, como incidência maior nas glândulas parótidas e nos indivíduos do gênero masculino, situados na faixa etária que vai dos 60 aos oitenta anos de idade. Mesmo com este percentual, ressaltamos a importância da realização de estudos que apontem a frequência de alterações estomatológicas visando orientar os profissionais de saúde a respeito de medidas preventivas e condutas terapêuticas contra esta doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/INCA. Tumores de glândulas salivares. Rev Bras Cancerologia; 2002;43(1): 9-12.
2. Brito G, Silva Filho. Neoplasias não-espinocelulares da cavidade oral. In: Parise Junior O. Câncer de boca – aspectos básicos e terapêuticos. São Paulo: Sarvier; 2000. p.87-95.
3. Cantisano MH, Moraes NM. Reclassificação das neoplasias de glândulas salivares. Rev APCD. 2000;54(6):476-80.
4. Castro JFL, Neves JC, Carvalho EJA, Costa AR, Rosa MRD, Martins FP. Prevalência das neoplasias das glândulas salivares em pacientes do Hospital do Câncer de Pernambuco. Rev Bras Ciên Saúde. 2002;6(3): 225-36.
5. Crivelini MM, Araújo VC. Estudo clínico e histológico dos carcinomas de células acinares de glândulas salivares menores. RPG. 1995;2(5):6-10.
6. Figueiredo CRLV, Sousa SCOM, Araújo VC. Estudo imunohistoquímico do carcinoma de glândula salivar menor. RPG. 1997;4(3):231-7.
7. Figueiredo CRLV, Amaral RR, Pinho MMS, Freitas JSA, Rolim MLM, Souza LB. Estudo epidemiológico de tumores benignos e malignos de glândula salivar – Análise de 196 casos em Natal (RN). Rev ABO Vac. 2000/2001;8(6):343-55.
8. Leal RM. Carcinoma epidermóide: revisão da literatura. Rev Bras Ciênc. Estomatol. 1996;1(2):5-14.
9. Lopes MA, Kowalski LP. Tumores benignos de glândulas salivares menores: estudo de 71 casos. Rev Paulista Odont. 1997;19(1): 14-17.
10. Loyola AM, Araújo VC. Carcinoma mucoepidermóide: estudo clínico e histológico. RPG. 1996; 3(esp):115-21.
11. Magrin J, Kowalski LP. Tumores malignos e benignos das glândulas salivares. In: Kowalski LP, Anelli A, Salvajoli JV, Lopes LF. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em Oncologia. 2ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p.401-5.
12. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.373-418.
13. Perez DEC, Pires FR, Alves FA, Almeida OP, Kowalski LP. Tumores de glândulas salivares na infância e adolescência: revisão da literatura. Acta Oncológica Brasileira. 2002;22(3). Disponível em: [http://www.hcanc.org.br/acta/2002/acta02\\_15.html](http://www.hcanc.org.br/acta/2002/acta02_15.html).
14. Purricelli E, Ponzoni D, Peschke R, Baraldi CE. Carcinoma mucoepidermóide no palato: revisão da literatura e relato de um caso em paciente jovem. Rev Fac Odontol [Porto Alegre]. 1998;19(2):8-10.
15. Regezi JÁ, Sciubba JJ. Patologia bucal – correlações clínico patológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.162-205.
16. Rocha ACT, Ramalho LMP, De Santana EJB. Prevalência das neoplasias de glândulas salivares na cidade de Salvador, estado da Bahia, Brasil. Rev Fac Odontol/UFBA. 1992/1993;12-13:61-81.
17. Santos GC, Martins MR, Pellacani LB, Vieira ACT, Nascimento LA, Abrahão M. Neoplasias de glândulas salivares: estudo de 119 casos. J Bras Patol Med Lab [Rio J]. 2003;39(4):371-5.
18. Sobral APV, Kowalski LP, Araújo NS, Araújo VC. Gradação histológica do carcinoma mucoepidermóide em glândulas salivares maiores e menores. RPG. 2001;8(4):334-8.
19. Tommasi AF, Lima AAS. Doenças das glândulas salivares. In: Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. 3ª ed. São Paulo: Pancast; 2003. p.360-76.
20. Vargas PA, Gerhard R, Araújo Filho VJE, Castro IV. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 124 cases. Rev Hosp Clín Fac Med São Paulo. 2002;57(6):271-6.

Recebido para publicação em: 25/04/2005; aceito em: 15/09/2005.

**Endereço para correspondência:**  
RENATA PEREIRA DE SOUSA BARBOSA  
Av. Maria Rosa, 691 – Manaira  
CEP 58038-460, João Pessoa, PB, Brasil  
Fones: (83) 2261692 ou 93025432  
E-mail: renatapsb@terra.com.br