

Recorrências locais de tumores de glândulas salivares em uma população brasileira

• **Maria Eduarda de Arruda Lucena** Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil
• **Híttalo Carlos Rodrigues de Almeida** Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil
• **Leorik Pereira da Silva** Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande – Campus Patos, Paraíba, PB, Brasil • **Márcia Maria Fonseca da Silveira** Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil • **Ana Paula Veras Sobral** Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

RESUMO | *Objetivo:* Identificar a presença de recidiva após o ato cirúrgico de pacientes diagnosticados com tumor de glândula salivar. *Métodos:* Os dados foram coletados no Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife, Brasil, através de um formulário padrão com base nos prontuários clínicos. Foram coletadas informações sobre idade, sexo, tipo de tumor de glândula salivar, recidiva local, estágio, local primário e tipo de tratamento. Os dados foram descritivos e analisados com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). *Resultados:* Dos 55 prontuários que fizeram parte da amostra do estudo, 51% correspondem ao sexo masculino. A média de idade geral foi de 55 anos, com a faixa etária variando entre 13 e 90 anos. O adenocarcinoma (SOE) foi o mais prevalente ($n = 17$), seguido do carcinoma adenoide cístico (CAC) ($n = 14$; 25,5%). Dentre todos os sítios, o mais comum foi a glândula parótida ($n = 29$; 53%). 61,8% ($n = 34$) dos pacientes não apresentaram metástase à distância. Entretanto, 38,18% ($n = 21$) apresentaram, sendo 14,55% ($n = 8$) com metástase em osso. 34,55% ($n = 19$) dos pacientes tiveram recidiva com apenas 1 ano após o diagnóstico. A neoplasia com maior taxa de recidiva foi o SOE, apresentando 30,91% ($n = 17$); o CAC foi o segundo maior com 25,45% ($n = 14$). *Conclusão:* O sexo masculino fez a maioria dos casos; houve um predomínio de acometimento na glândula parótida; as neoplasias mais frequentes foram o SOE e o CAC; metástase à distância ocorreu em 38,18% ($n = 21$), sendo o osso o local mais acometido; a cirurgia com radioterapia adjuvante ($n = 15$) foi o tratamento de eleição.

DESCRITORES | Neoplasias das glândulas salivares; Metástase neoplásica; Prognóstico.

ABSTRACT | **Local recurrences of salivary gland tumors in a Brazilian population** • *Objective:* To identify the recurrence after surgery in patients diagnosed with salivary gland tumor. *Methods:* Data on age, gender, type of salivary gland tumor, local recurrence, stage, primary site and type of treatment were collected at Hospital de Câncer de Pernambuco, Recife, Brazil, using a standard form based on clinical records. These were described and analyzed with a significance level of 5% ($p < 0.05$). *Results:* Of the 55 medical records that comprised the study sample, 51% were male. Overall mean age was 55 years, ranging from 13 to 90 years. Adenocarcinoma (NOS) was the most prevalent ($n = 17$), followed by adenoid cystic carcinoma (ACC) ($n = 14$; 25.5%). Among all sites, parotid gland ($n = 29$; 53%) was the most common. Among the patients studied, 61.8% ($n = 34$) had no distant metastasis, but 38.18% ($n = 21$) did, and 14.55% ($n = 8$) showed bone metastasis. Conversely, 34.55% ($n = 19$) of the patients had recurrence only one year after diagnosis. The neoplasm with the highest recurrence rate was NOS ($n = 17$, 30.91%), followed by CAC ($n = 14$, 25.45%). *Conclusion:* Results show a prevalence of male patients and parotid gland involvement, with NOS adenocarcinoma and CAC being the most frequent neoplasms. Distant metastasis occurred in 38.18% ($n = 21$) of the cases, and bone was the most affected site. Surgery with adjuvant radiotherapy ($n = 15$) was the treatment of choice.

DESCRIPTORS | Salivary gland neoplasms; Neoplasm Metastasis; Prognosis.

AUTOR CORRESPONDENTE | **Híttalo Carlos Rodrigues de Almeida** Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco • Av. Prof. Luís Freire, 700 Recife, PE, Brazil • 50740-540
E-mail: hittalo.rodrigues@upe.br

• Received 05 05, 2022 • Accepted 05 29, 2022

• DOI <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2357-8041.cldr.2022.194477>

INTRODUÇÃO

O câncer de glândula salivar faz parte de um grupo incomum de tumores que compreende apenas de 3 a 5% de todos os cânceres de cabeça e pescoço e 0,5% de todas as neoplasias malignas.^{1,2} Apesar de serem tumores incomuns, não são raros. A incidência anual das neoplasias de glândula salivar ao redor do mundo varia de cerca de 1,0 a 6,5 casos por 100 mil indivíduos.³

A localização mais comum das neoplasias de glândula salivar é a glândula parótida, representando de 61% a 80% de todos os casos.⁴ Felizmente, uma porcentagem relativamente baixa das neoplasias de parótida é maligna, variando de 15% a 32% dos casos.⁵ De forma geral, entre 50% e 75% de todas as neoplasias de glândula salivar ocorrem na glândula parótida, e de dois terços a três quartos dessas neoplasias são benignas.^{4,5} Apesar de as incidências variarem de acordo com a literatura, de 10% a 23% das neoplasias se originam na glândula submandibular e os demais casos na glândula sublingual e nas glândulas salivares menores.^{4,5}

De maneira geral, o adenoma pleomórfico é a neoplasia benigna mais comum das glândulas salivares, responsável por cerca de 50% dos casos. O palato é o local mais comum para os adenomas pleomórficos das glândulas salivares menores, representando aproximadamente 60% dos casos intraorais, seguido por lábios (20%) e mucosa bucal (10%). O tumor de Warthin é a segunda neoplasia benigna mais frequente, comumente localizado nas partes posterior e inferior da glândula parótida.³

Com relação às neoplasias malignas, o carcinoma mucoepidermoide é a mais comumente encontrada. A parótida é o local de acometimento mais frequente, seguido pelo palato, glândula submandibular e outros sítios das glândulas salivares menores. É aproximadamente seis vezes mais comum na parótida do que na glândula submandibular e perfaz apenas de 1 a 2% dos casos que surgem na glândula sublingual.³

A cirurgia é o principal pilar do tratamento de câncer de glândula salivar; no entanto, o prognóstico de pacientes com câncer de glândula salivar varia consideravelmente. O câncer de glândula salivar é geralmente classificado em categorias de baixo, intermediário e alto grau, e o comportamento clínico desses cânceres depende da histologia, grau e estágio.⁴⁻⁶ A taxa de sobrevida para câncer de glândulas salivares varia de 39% a 91%, dependendo do estágio do tumor.⁷

O grau de diferenciação tende a se correlacionar com a incidência de metástases linfonodais, extensão da invasão local e sobrevida global. No geral, o estágio do tumor pode ser o fator mais crítico para determinar o resultado de pacientes com neoplasias da glândula salivar.³

A maioria dos pacientes com câncer de glândula salivar T1 e T2 de baixo grau pode ser tratada adequadamente apenas com cirurgia.⁷ No entanto, pacientes com tumores avançados (estágio III ou IV) ou com determinadas histologias, como carcinoma adenoide cístico com propensão à invasão perineural, apresentam risco aumentado de recidiva local/regional.⁷ Nos cânceres avançados de parótida, Spiro et al.⁸ demonstraram que a taxa de recorrência local após a ressecção cirúrgica é de 50 a 60%. Embora não haja randomização em estudos comparando cirurgia isolada à cirurgia com radioterapia adjuvante, estudos retrospectivos sugerem que a modalidade combinada de terapia é superior à cirurgia isolada para pacientes com estágio avançado de tumor (T) ou nodal (N).^{3,8}

O resultado a longo prazo de pacientes com câncer de glândula salivar localmente avançado e de alto risco permanece insatisfatório. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é identificar as recidivas locais de tumores de glândulas salivares dos pacientes atendidos no Hospital de Câncer de Pernambuco.

MÉTODOS

Considerações éticas

Este estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco sob parecer de nº 91084518.8.0000.5205. Todos os pacientes foram informados sobre o teor da pesquisa, que constava no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi iniciada após a aprovação do comitê de ética e pesquisa. Os pacientes receberam também um termo de confidencialidade, no qual é assegurado o sigilo de todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa.

Desenho do estudo

A pesquisa é quantitativa, qualitativa, descritiva, prospectiva e transversal.

Local do estudo e amostra

O local de estudo foi o Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), localizado na cidade de Recife, Pernambuco. O HCP é uma instituição pública que atende cerca de 55% dos pacientes oncológicos de todo o estado. A amostra por conglomerados se deu por meio da análise de prontuários clínicos dos pacientes do HCP dos anos de 2010 a 2019.

Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão

Incluíram-se na amostra prontuários clínicos de pacientes com algum tipo de tumor de glândula salivar e de pacientes com algum tipo de tumor de glândula salivar atendidos nos anos de 2010 a 2019.

Critérios de exclusão

Excluíram-se da pesquisa prontuários clínicos preenchidos de forma incompleta; prontuários clínicos de pacientes diagnosticados com tumores que não são das glândulas salivares; prontuários

clínicos fora do período estabelecido para a realização da pesquisa científica; prontuários clínicos de pacientes com doença metastática reconhecida durante o pré-operatório; e prontuários clínicos de pacientes que não se sentiram confortáveis em participar da pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados através de um formulário padrão para o preenchimento das informações obtidas no levantamento epidemiológico, com base nos prontuários clínicos analisados. Nesse formulário, foram anotados dados dos prontuários referentes ao paciente para arquivamento e totalização dos dados e das variáveis, permitindo uma maior fidedignidade e veracidade das informações, evitando-se, dessa forma, falhas de memória e/ou distorções das informações coletadas.

Foram coletados dos prontuários clínicos dados referentes a nome, renda, tipo de tumor de glândula salivar, recidiva local, idade, sexo, estágio, local primário, tipo histológico e tipo de tratamento.

Análise estatística

Na análise de dados, para descrição da população de estudo, procedeu-se à distribuição de frequências de todas as variáveis referidas anteriormente, pré-categorizadas e dispostas nos programas estatísticos que possibilitaram a análise descritiva e a disponibilização dos resultados em gráficos e tabelas. Os dados são apresentados por meio de números absolutos e percentuais.

RESULTADOS

Dos pacientes diagnosticados com neoplasias malignas de glândula salivar neste estudo, 51% (n = 28) correspondem ao sexo masculino, com uma relação de homens para mulheres de 1,03:1 (Figura 1).

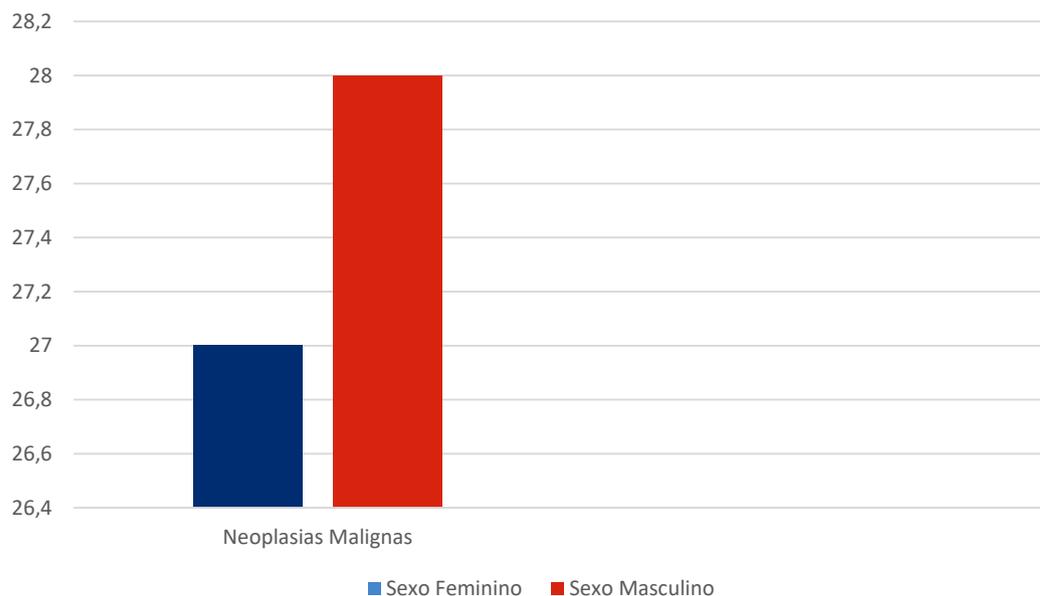


FIGURA 1 | Distribuição por sexo das neoplasias malignas de glândula salivar, HCP 2010/2019.

Em relação à idade, os pacientes com neoplasias malignas de glândula salivar apresentaram média geral de 55 anos de idade (DP ± 16). Pacientes com carcinoma mucoepidermoide (CME) apresentaram

uma média de idade de 39 anos, enquanto os com adenocarcinoma (SOE) revelaram uma média de 59 anos de idade. A faixa etária geral variou entre 13 e 90 anos de idade (Tabela 1).

TABELA 1 | Tabela correspondendo à distribuição por idade das neoplasias malignas de glândula salivar, HCP 2010/2019.

Neoplasias de glândula salivar	Faixa etária	Idade média	Grupos etários								Total	
			0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70	NI	N	%
Acinares	44 - 79	66	0	0	0	1	0	0	2	0	3	5,5
Adenocarcinoma de células claras	63 - 90	73	0	0	0	0	0	2	1	0	3	5,5
APBG	44 - 71	58	0	0	0	1	0	0	1	0	2	3,6
CA Mioepitelial	62	62	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1,8
CAC	16 - 77	49	1	0	2	2	7	1	1	0	14	25,5
CAEXAP	50	50	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1,8
CARCINOSSARCOMA	61	61	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1,8
CDS	49 - 74	63	0	0	0	1	0	2	1	0	4	7,3
CEME	83	83	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1,8
CME	13 - 59	39	1	1	3	0	3	0	0	0	8	14,5
SOE	37 - 76	59	0	0	1	1	5	6	4	0	17	30,9
Total	13 - 90	55 DP±16	2	1	6	6	32	12	11	0	55	100

Legenda: APBG: Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau; CA Mioepitelial: Carcinoma Mioepitelial; CAC: Carcinoma Adenoide Cístico; CAEXAP: Carcinoma Ex-Adenoma Pleomórfico; CDS: Carcinoma do Ducto Salivar; CEME: Carcinoma Epitelial-mioepitelial; CME: Carcinoma Mucoepidermoide; SOE: Adenocarcinoma sem outra especificação.

O SOE foi o tipo de neoplasia mais prevalente (n = 17), correspondendo a cerca de 31% dos casos, seguido do carcinoma adenoide cístico (CAC) (n = 14;

25,5%). O CME acometeu mais o sexo masculino (n = 12; 7%), enquanto o CAC foi mais comumente encontrado no sexo feminino (n = 8; 4%).

Entre todos os sítios, o mais comum para as neoplasias malignas de glândula salivar foi a glândula parótida (n = 29; 53%), seguido pelo palato (n = 12; 22%). Na glândula salivar maior, a neoplasia maligna mais frequente foi o SOE (n = 12; 31%), seguido do CAC (n = 6; 3,3%). Na glândula parótida, o neoplasma mais comumente encontrado foi o SOE (n = 12; 31%). O CAC (n = 6; 3,3%) foi a segunda variante histológica mais comum nesse sítio. Na submandibular, o CAC (n = 1; 0,55%) e o adenocarcinoma de células claras (n = 1; 0,55%)

revelaram ser os mais prevalentes em nosso estudo. Na sublingual, o CAC (n = 1; 0,55%) e o adenocarcinoma de células claras (n = 1; 0,55%), assim como na glândula submandibular, foram os neoplasmas malignos mais frequentes. As glândulas salivares menores (GSm) representaram 36,2% dos sítios de acometimento para neoplasias malignas. Dentre eles, o mais acometido foi o palato (n = 12; 21,8%), com o CAC (n = 5; 2,75%) sendo a variante histológica mais comum, seguido do SOE (n = 3; 1,65%) (Tabela 2).

Tabela 2 | Distribuição por sítio anatômico das neoplasias malignas de glândula salivar, HCP 2010/2019.

Neoplasias malignas	Glândula maior			Glândula menor						N (%)	
	Parótida	Submandibular	Sublingual	Palato	Mucosa Jugal	Lábio	Assoalho	Maxila	Língua		
Acinares	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5,45
Adenocarcinoma de células claras	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	5,45
APBG	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	3,63
CA Mioepitelial	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1,81
CAC	2	3	1	5	0	1	0	2	0	14	25,45
CAEXAP	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,81
Carcinossarcoma	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,81
CDS	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	7,27
CEME	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,81
CME	4	1	0	1	1	0	0	0	1	8	14,54
SOE	12	0	0	3	1	0	0	1	0	17	30,90
Total (%)	29 (52,7%)	4 (7,2%)	2 (3,6%)	12 (21,8%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)	1 (1,8%)	3 (5,4%)	1 (1,8%)	55	100%

Legenda: APBG: Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau; CA Mioepitelial: Carcinoma Mioepitelial; CAC: Carcinoma Adenoide Cístico; CAEXAP: Carcinoma Ex-Adenoma Pleomórfico; CDS: Carcinoma do Ducto Salivar; CEME: Carcinoma Epitelial-mioepitelial; CME: Carcinoma Mucoepidermoide; SOE: Adenocarcinoma sem outra especificação.

Dos 55 pacientes diagnosticados com neoplasias malignas de glândula salivar, apenas 7,27% (n = 4) apresentaram sintomatologia no momento do diagnóstico; 80% (n = 44) não informaram e 12,73% (n = 7) relataram não apresentar sintomatologia alguma.

Com relação ao tabagismo, 56,36% (n = 31) revelaram fazer uso de tabaco, 5,45% (n = 3) não informaram e 38,18% (n = 21) não eram tabagistas.

Quanto a Classificação dos Tumores Malignos (TNM), 69,09% (n = 38) dos casos apresentaram-se em T3-T4 no momento do diagnóstico, Linfonodos regionais em N0-N1 foi de 74,55% (n = 41) e 25,45% dos casos apresentaram-se em N2-N3 (n = 14). O estadiamento clínico em I/II ficou em torno de 18,18% (n = 10), e 81,82% para o estadiamento clínico III/IV (Tabela 3)

Tabela 3 | Distribuição por TNM, metástases linfonodais e a distância e o estadiamento das neoplasias malignas de glândula salivar, HCP 2010/2019.

Neoplasias malignas	T (Tamanho do tumor primário)		Linfonodos (Regionais)		Metástases (Distantes)		Estadiamento clínico	
	T1-T2	T3-T4	N0-N1	N2-N3	M0	M1	I-II	III-IV
Acinares	0	3	2	1	2	1	0	3
Adenocarcinoma de células claras	1	2	2	1	3	0	0	3
APBG	2	0	2	0	2	0	2	0
CA Mioepitelial	0	1	0	1	1	0	0	1
CAC	3	11	13	1	7	7	2	12
CAEXAP	0	1	1	0	1	0	0	1
Carcinossarcoma	1	0	1	0	1	0	1	0
CDS	0	4	2	2	3	1	0	4
CEME	0	1	1	0	0	1	0	1
CME	4	4	5	3	5	3	2	6
SOE	6	11	12	5	9	8	3	14
Total (%)	17 (30,91%)	38 (69,09%)	41 (74,55%)	14 (25,45%)	34 (61,8%)	21 (38,18%)	10 (18,18%)	45 (81,82%)

Legenda: APBG: Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau; CA Mioepitelial: Carcinoma Mioepitelial; CAC: Carcinoma Adenoide Cístico; CAEXAP: Carcinoma Ex-Adenoma Pleomórfico; CDS: Carcinoma do Ducto Salivar; CEME: Carcinoma Epitelial-mioepitelial; CME: Carcinoma Mucoepidermoide; SOE: Adenocarcinoma sem outra especificação.

Dos casos analisados, 61,8% (n = 34) não apresentaram metástase à distância. Entretanto, 38,18% (n = 21) apresentaram metástase, sendo 14,55% (n = 8) em osso, 7,27% (n = 4) em pulmão, 5,45% (n = 3) em cérebro, 3,64% (n = 2) em fígado, pulmão e osso, 3,64% (n = 2) em pulmão e osso, 1,82% (n = 1) em osso e cérebro e 1,82% (n = 1) em pulmão e cérebro.

Como modalidade terapêutica, 27,27% (n = 15) dos pacientes foram submetidos à cirurgia com radioterapia adjuvante (RT), e em 10,91% (n = 6) dos casos foi realizado apenas o procedimento cirúrgico padrão. Cirurgia com esvaziamento cervical (EC) e radioterapia adjuvante foi reservada a 20% (n = 11) dos casos. Foram submetidos à cirurgia 22% (n = 12) dos pacientes, seguida de radioterapia e quimioterapia (QT); cirurgia com EC fez apenas 1,82% (n = 1) dos tratamentos de escolha. Cirurgia

com esvaziamento cervical, RT e QT representaram 16,36% (n = 9) dos casos.

Dos 55 pacientes avaliados com recidivas, 34,55% (n = 19) tiveram a recidiva em apenas um ano após o diagnóstico das neoplasias. Com dois anos de diagnóstico, 20% (n = 11) dos pacientes tiveram a recidiva. Foi observado que depois de cinco ou mais anos, apenas seis pacientes (10,11%) tiveram a recidiva da doença.

Das neoplasias malignas das glândulas salivares, a que apresentou maior taxa de recidiva foi o SOE, com 30,91% (n = 17). O CAC foi o segundo maior com 25,45% (n = 14), seguido do CME com 14,55% (n = 8). As menores taxas de recorrência foram as neoplasias: CA mioepitelial, carcinoma ex-adenoma pleomórfico (CAEXAP), carcinossarcoma e o CEME, cada uma delas apresentando somente um caso (1,82%) (Tabela 4).

Tabela 4 | Taxa de recidiva por ano das neoplasias malignas de glândula salivar, HCP 2010/2019.

Neoplasias Malignas	R1	R2	R3	R4	R5	R>5	N	%
Acinares	0	0	0	0	1	2	3	5,45%
Adenocarcinomas de células claras	0	2	1	0	0	0	3	5,45%
APBG	1	0	0	0	1	0	2	3,64%
CA Mioepitelial	0	1	0	0	0	0	1	1,82%
CAC	3	3	2	2	3	1	14	25,45%
CAEXAP	1	0	0	0	0	0	1	1,82%
Carcinossarcoma	1	0	0	0	0	0	1	1,82%
CDS	1	1	0	2	0	0	4	7,27%
CEME	1	0	0	0	0	0	1	1,82%
CME	2	2	0	1	1	2	8	14,55%
SOE	9	2	1	2	2	1	17	30,91%
Total	19	11	4	7	8	6	55	100%
(%)	(34,55%)	(20,00%)	(7,27%)	(12,73%)	(14,55%)	(10,91%)	(100%)	-

Legenda: APBG: Adenocarcinoma Polimorfo de Baixo Grau; CA Mioepitelial: Carcinoma Mioepitelial; CAC: Carcinoma Adenoide Cístico; CAEXAP: Carcinoma Ex-Adenoma Pleomórfico; CDS: Carcinoma do Ducto Salivar; CEME: Carcinoma Epitelial-mioepitelial; CME: Carcinoma Mucoepidermoide; SOE: Adenocarcinoma sem outra especificação.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve início com estudo retrospectivo realizado a partir da análise dos prontuários de pacientes diagnosticados com neoplasias de glândula salivar. Na amostra das neoplasias malignas (n = 55) analisadas, o sexo masculino (n = 28) foi o mais acometido, corroborando estudos recentes da literatura,^{2,9} embora outros estudos tenham relatado predomínio do sexo feminino.^{4,10-12}

A média de idade geral foi de 55 anos (DP ± 16). A faixa etária variou entre 13 e 90 anos de idade e o sítio de desenvolvimento mais comum foi a glândula parótida (n = 29; 53%), seguido pelo palato (n = 12; 22%). Resultados semelhantes foram encontrados por Gao et al.⁴, que investigou as características epidemiológicas e clínicas de 7.190 neoplasias epiteliais de glândula salivar em uma população do norte da China e constatou uma média de idade de 48 anos, com a faixa etária variando entre 8 meses e 89 anos. O sítio de desenvolvimento mais comum foi a glândula parótida, seguido pelo palato. Outros dois estudos de grandes séries relataram a

glândula parótida como sendo o sítio anatômico mais acometido, seguido pelo palato, dados que estão em concordância com os achados em nossa pesquisa.^{13,14}

O SOE (n = 17; 31%) e o CAC (n = 14; 25,5%) foram as neoplasias malignas mais comumente encontradas. Sarmiento et al.¹⁵ apontam que o carcinoma mucoepidermoide foi o neoplasma maligno mais prevalente, seguido do CAC. Enquanto isso, Iqbal et al.¹⁶ relataram que entre os tumores mais identificados está a neoplasia CAC. Todos esses dados sinalizam que, a depender da localização geográfica, há uma variabilidade na ocorrência dessas neoplasias entre países ou até mesmo dentro de um país.

Com relação ao sítio anatômico, o SOE apresenta-se como a neoplasia maligna mais comum na glândula parótida (n = 12; 31%). Fonseca et al.⁵ e da Silva et al.¹¹ relataram SOE e o CME como sendo os neoplasmas mais comuns em glândula parótida, respectivamente. Pinheiro et al.⁹, apesar de relatarem a glândula parótida como o sítio mais acometido pelo CME, os autores revelaram um predomínio do sexo masculino em seu estudo.

Estudos de grandes séries relataram o CAC como a neoplasia maligna mais prevalente em glândula submandibular e sublingual, ratificando os resultados obtidos em nossa pesquisa.^{2,4,11,13,14} Alguns estudos realizados no Brasil também apresentaram o CAC como o neoplasma maligno mais comum em submandibular, não havendo o acometimento da glândula sublingual por nenhuma variante histológica maligna como supracitado.^{5,9,17}

Neoplasias malignas em GSm representaram 36,2% dos casos. Entre eles, o mais acometido foi o palato (n = 12; 21,8%), com o CAC (n = 5; 2,75%) sendo a variante histológica mais comum, seguido do SOE (n = 3; 1,65%). Três relevantes séries publicadas na literatura relataram o palato como o sítio anatômico mais comumente afetado. Shen et al.² relataram o CAC como o neoplasma mais comumente encontrado. Da Silva et al.¹¹ relataram um predomínio de acometimento do palato, com o CME sendo a neoplasia maligna mais frequente; no entanto, a segunda variante histológica mais comum nesse estudo foi o adenocarcinoma polimorfo. O estudo realizado por Abrahão et al.¹⁸ apresentou variações quanto aos tipos histológicos mais prevalentes. O CME e o adenocarcinoma polimorfo foram as variantes histológicas mais comuns no estudo.¹⁸

As neoplasias malignas das glândulas salivares possuem características clínicas similares independentemente do diagnóstico histológico final.³ Eles são constituídos por massas firmes, móveis ou fixas, ulceradas ou císticas (especialmente o carcinoma mucoepidermoide) no palato duro, no lábio superior, assoalho bucal e na língua, ocorrendo geralmente em adultos de meia-idade e idosos. Em nossa análise, 7,27% (n = 4) dos pacientes apresentaram sintomatologia no momento do diagnóstico, 80% (n = 44) não informaram e 12,73% (n = 7) relataram não apresentar sintomatologia alguma. Da Silva et al. relataram que, dos 970 casos diagnosticados como neoplasias malignas, 35,2% (n = 341) apresentaram sintomatologia,

18,1% (n = 176) não informaram e 46,7% (n = 453) não apresentaram sintomatologia alguma. O que esses dados sinalizam é que, mesmo em neoplasias malignas que caracteristicamente apresentam dor, estudos como o nosso e o realizado por da Silva et al.¹¹ relatam uma porcentagem maior de pacientes que não apresentaram sintomatologia alguma quando comparado com aqueles que tiverem algum sintoma associado ao curso da doença.

Quanto ao tabagismo, 56,36% (n = 31) dos pacientes acometidos por neoplasias malignas de glândula salivar, neste estudo, revelaram fazer uso do tabaco, 5,45% (n = 3) não informaram e 38,18% (n = 21) não eram tabagistas. Segundo Li et al.¹⁹, existe um risco aumentado para o desenvolvimento de neoplasias malignas de glândulas salivares em pacientes tabagistas, sendo necessários mais estudos para esclarecer essa possível associação.

Com relação ao TNM, 69,09% (n = 38) dos casos apresentaram-se em T3-T4 no momento do diagnóstico. Os casos em T1-T2 foram apenas de 30,91% (n = 17), sendo que Gao et al.⁴ observaram que 65,4% das 1.874 neoplasias primárias de glândula salivar apresentavam-se em T1-T2, número expressivamente maior do que o observado em nosso estudo. Já Szewczyk et al.²⁰ apresentaram em seu estudo uma proporção de 65% dos casos encontrados em T1-T2. Esses dados são também superiores aos achados em nossa pesquisa.

Quanto ao estadiamento clínico, 18,18% dos casos em nosso estudo apresentaram-se em estágio I-II no momento do diagnóstico, com 81,82% no estágio III-IV. Wang et al.¹³ relataram uma taxa de 56,6% dos pacientes que se encontravam no estágio I-II. Vasconcelos et al.¹⁷, entre os 24 neoplasmas malignos, classificaram 45,8% (n = 11) dos casos com o TNM em estágio I-II, e 54,2% (n = 13) foram classificados como III-IV. Gao et al.⁴ e Pinheiro et al.⁹ observaram uma taxa de 63,4% e 44,2% para o estadiamento clínico I-II, respectivamente. Diante disto, observa-se uma vasta variabilidade

com relação ao estadiamento clínico quando comparamos os diversos estudos aqui mencionados. Uma proporção bastante expressiva foi obtida em nossa pesquisa, dado bastante díspar em relação aos demais estudos.

Relativo à modalidade terapêutica, 27,27% (n = 15) dos pacientes foram submetidos à cirurgia com RT, e em 10,91% (n = 6) dos casos foi realizado apenas o procedimento cirúrgico padrão. Cirurgia com EC e RT foi reservada a 20% (n = 11) dos casos. Foram submetidos à cirurgia 22% (n = 12) dos pacientes, seguido de radioterapia e QT, e cirurgia com EC perfex apenas 1,82% (n = 1) dos tratamentos de escolha. Cirurgia com EC, RT e QT representaram 16,36% (n = 9) dos casos.

De acordo com o estudo realizado por Pacheco-Ojeda et al.²¹, 53% dos casos foram tratados apenas com cirurgia. Radioterapia pós-operatória foi adicionalmente administrada a 38%, e cirurgia, RT e QT foram aplicadas em 9% dos casos. Rajappa et al.²² relataram que pacientes com metástase à distância receberam QT e RT paliativa (n = 4), enquanto os demais pacientes com doença localizada foram operados (n = 47). Excisão local ampla com EC foi realizada em 37 pacientes (78,7%), e 10 pacientes (21,3%) tiveram apenas excisão local ampla. Szewczyk et al.²⁰ relataram que todos os pacientes foram submetidos à ressecção cirúrgica primária. A maioria, de 63 a 73%, recebeu RT pós-operatória, dos quais 7% receberam QT adicional. Pinheiro et al.⁹ observaram o uso de RT em 27 (62,8%) casos e, em dois desses, esse tratamento foi combinado com QT.

De acordo com Szewczyk et al.²⁰, a aplicação de RT fica reservada à pacientes com fatores adversos ao tratamento, incluindo estágio avançado da doença, doença nodal, margem de ressecção próxima, invasão perineural ou invasão linfovascular. Com relação à QT, Rajappa et al.²² relatam a aplicabilidade sistêmica dessa modalidade para pacientes que não

estão aptos para cirurgia/radioterapia ou que têm doença metastática.

Quanto ao óbito, 56,36% (n = 31) dos pacientes não sobreviveram durante o curso da doença. Pacheco-Ojeda et al.,²¹ revelam que 39,6% (n = 23) dos pacientes em seu estudo vieram a óbito. Já Vasconcelos et al.¹⁷ apresentam uma taxa de óbito de 21% dos casos.

De maneira geral, 38,18% (n = 21) dos pacientes apresentaram metástase, sendo o osso (n = 8; 14,55%) o sítio anatômico mais acometido. Em seu estudo, Pacheco-Ojeda et al.²¹ relataram metástases à distância desenvolvidas em 21% dos casos.. O pulmão foi identificado como sítio de desenvolvimento mais prevalente. Esses dados diferem dos resultados obtidos em nossa pesquisa, tanto em relação às taxas de incidência quanto ao sítio anatômico mais acometido. Pinheiro et al.⁹ e Szewczyk et al.²⁰ também obtiveram taxas de metástases baixas quando comparadas à nossa pesquisa: 25,6% e 21,7%, respectivamente.

CONCLUSÃO

Dentro da amostra obtida em nosso estudo, o sexo masculino perfex a maioria dos casos, havendo predomínio de acometimento da glândula parótida dentro da amostra; nas glândulas salivares maiores as neoplasias mais frequentes foram o SOE e o CAC. Em glândula parótida, o neoplasma mais comumente encontrado foi o SOE, seguido do CAC.

Apenas 7,27% dos casos apresentaram sintomatologia no momento do diagnóstico. Metástase à distância ocorreu em 38,18% (n = 21), sendo o osso o sítio anatômico mais acometido. O estadiamento clínico I-II esteve presente em 18,18% dos casos, influenciando diretamente no prognóstico e no manejo terapêutico dos pacientes, revelando maiores taxas de sobrevida quando comparado ao estadiamento clínico III-IV.

REFERÊNCIAS

1. Carlson ER, Schlieve T. Salivary gland malignancies. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2019;31(1):125-44. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.08.007>.
2. Shen SY, Wang WH, Liang R, Pan GQ, Qian YM. Clinicopathologic analysis of 2736 salivary gland cases over a 11-year period in Southwest China. *Acta Otolaryngol.* 2018;138(8):746-9. Doi: <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1455108>.
3. Santana BW, Silva LP, Serpa MS, Borges MD, Moura SR, Silveira MM, et al. Incidence and profile of benign epithelial tumors of salivary glands from a single center in Northeast of Brazil. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2021;26(1):e108-13. Doi: <https://doi.org/10.4317/medoral.24056>.
4. Gao M, Hao Y, Huang MX, Ma DQ, Chen Y, Luo HY, et al. Salivary gland tumours in a northern Chinese population: a 50-year retrospective study of 7190 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017;46(3):343-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2016.09.021>.
5. Fonseca FP, Carvalho MV, Almeida OP, Rangel AL, Takizawa MC, Bueno AG, et al. Clinicopathologic analysis of 493 cases of salivary gland tumors in a Southern Brazilian population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114(2):230-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.04.008>.
6. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. *Virchows Arch.* 2018;472(3):311-3. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00428-018-2320-6>.
7. Wang X, Luo Y, Li M, Yan H, Sun M, Fan T. Management of salivary gland carcinomas – a review. *Oncotarget.* 2017;8(3):3946-56. Doi: <https://doi.org/10.18632/oncotarget.13952>.
8. Spiro RH. Salivary neoplasms: overview of a 35-year experience with 2,807 patients. *Head Neck Surg.* 1986;8(3):177-84. Doi: <https://doi.org/10.1002/hed.2890080309>.
9. Pinheiro J, Sá Fernandes M, Pereira AR, Lopes JM. Histological subtypes and clinical behavior evaluation of salivary gland tumors. *Acta Med Port.* 2018;31(11):641-7. Doi: <https://doi.org/10.20344/amp.9023>.
10. Bittar RF, Ferraro HP, Moraes Gonçalves FT, Couto da Cunha MG, Biamino ER. Neoplasms of the salivary glands: analysis of 727 histopathological reports in a single institution. *Otolaryngol Pol.* 2015;69(4):28-33. Doi: <https://doi.org/10.5604/00306657.1163578>.
11. da Silva LP, Serpa MS, Viveiros SK, Sena DA, de Carvalho Pinho RF, de Abreu Guimarães LD, et al. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a 20-year retrospective and multicentric study of 2292 cases. *J Craniomaxillofac Surg.* 2018;46(12):2227-33. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.09.028>.
12. Campolo González A, Ramírez Skinner H, Vargas Díaz A, León Ramírez A, Goñi Espildora I, Solar González A. Perfil epidemiológico de neoplasias epiteliales de glândulas salivares. *Rev Med Chil.* 2018;146(10):1159-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001001159>.
13. Wang XD, Meng LJ, Hou TT, Huang SH. Tumours of the salivary glands in northeastern China: a retrospective study of 2508 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53(2):132-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.10.008>.
14. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39(3):235-42. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2009.10.016>.
15. Sarmiento DJ, Morais ML, Costa AL, Silveira EJ. Minor intraoral salivary gland tumors: a clinical-pathological study. *Einstein (Sao Paulo).* 2016;14(4):508-12. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3749>.
16. Iqbal N, Iqbal N. Imatinib: a breakthrough of targeted therapy in cancer. *Chemother Res Pract.* 2014;2014:357027. Doi: <https://doi.org/10.1155/2014/357027>.
17. Vasconcelos AC, Nör F, Meurer L, Salvadori G, Souza LB, Vargas PA, et al. Clinicopathological analysis of salivary gland tumors over a 15-year period. *Braz Oral Res.* 2016;30:S1806-83242016000100208. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0002>.
18. Abrahão AC, Santos Netto JN, Pires FR, Santos TC, Cabral MG. Clinicopathological characteristics of tumours of the intraoral minor salivary glands in 170 Brazilian patients. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016;54(1):30-4. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2015.10.035>.
19. Li TI, Chiang MT, Chiu KC, Lai CH, Liu SY, Shieh YS. The association of betel quid, alcohol, and cigarettes with salivary gland tumor-A case-control study. *J Dent Sci.* 2017;12(2):151-5. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2016.12.002>.
20. Szewczyk M, Golusiński P, Pazdrowski J, Pieńkowski P, Marszałek S, Sygut J, et al. Patterns of treatment failure in salivary gland cancers. *Rep Pract Oncol Radiother.*

- 2018;23(4):260-5. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.rpor.2018.05.004>.
21. Pacheco-Ojeda L, Domeisen H, Narvaez M, Tixi R, Vivar N. Malignant salivary gland tumors in Quito, Ecuador. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2000;62(6):296-302. Doi: <https://doi.org/10.1159/000027772>.
22. Rajappa SK, Bhakuni YS, Ram D, Shukla H, Ranjan R, Dewan A, et al. A gland of diverse pathology and unpredictable behaviour: our experience of primary submandibular gland malignancies. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018;47(10):1243-9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.05.012>.