

Neoplasias de glândulas salivares menores: estudo retrospectivo de 83 casos

Minor salivary gland neoplasms: retrospective study of 83 cases

Marília Queiroga Rocha da NÓBREGA¹

Luciana Jácome LOPES¹

Rachel Gomes CARDOSO²

Cassiano Francisco Weege NONAKA¹

Lélia Batista de SOUZA¹

RESUMO

Objetivo: Analisar os achados clínicos e histopatológicos de neoplasias de glândulas salivares menores arquivadas no Serviço de Anatomia Patológica da Disciplina de Patologia Oral do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Métodos:** Dados referentes à idade e gênero dos pacientes e localização anatômica das neoplasias de glândulas salivares menores, diagnosticadas no período de janeiro de 1970 a dezembro de 2007, foram obtidos em fichas de requisição de biópsia. Para o estudo histopatológico, cortes histológicos corados em hematoxilina e eosina foram avaliados sob microscopia de luz.

Resultados: Foram identificados 83 casos. Destes, 69,9% acometeram o gênero feminino. Pacientes com neoplasias malignas apresentaram maior média de idade (47,6 anos) que pacientes com neoplasias benignas (40,7 anos). Os sítios anatômicos mais acometidos foram: palato (43,4%), mucosa jugal (10,8%), lábio superior (10,8%) e rebordo alveolar (10,8%). Os três tipos histológicos mais frequentes foram: adenoma pleomórfico (38,6%), carcinoma mucoepidermóide (18,1%) e carcinoma adenóide cístico (13,3%).

Conclusão: Neoplasias de glândulas salivares menores afetaram com maior frequência o gênero feminino. Pacientes com neoplasias malignas apresentaram maior média de idade ao diagnóstico da condição. O subtipo histológico mais comum foi o adenoma pleomórfico, seguido do carcinoma mucoepidermóide e do carcinoma adenóide cístico. Em conjunto, estas três neoplasias perfizeram 70,0% de todos os tumores diagnosticados.

Termos de indexação: epidemiologia; glândulas salivares menores; neoplasias.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the clinical and histopathological findings of minor salivary gland neoplasms recorded in the files of the Anatomical Pathology Service of the Discipline of Oral Pathology of the Department of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Norte.

Methods: Data regarding age and gender of the patients and location of the minor salivary gland tumors diagnosed between January 1970 and December 2007 were taken from biopsy request forms. The histopathological study consisted of tissue sections stained with hematoxylin and eosin assessed under a light microscope.

Results: Eighty-three cases were identified, of which 69.9% were females. The mean age of patients with malignant neoplasms (47.6 years) was higher than that of patients with benign neoplasms (40.7 years). The most common sites were: palate (43.4%), buccal mucosa (10.8%), upper lip (10.8%) and alveolar ridge (10.8%). The three most common histological types were: pleomorphic adenoma (38.6%), mucoepidermoid carcinoma (18.1%) and adenoid cystic carcinoma (13.3%).

Conclusion: Minor salivary gland tumors are more common in females. Patients with malignant neoplasms presented higher mean age at diagnosis. The most common histological type was pleomorphic adenoma, followed by mucoepidermoid carcinoma and adenoid cystic carcinoma. Together, these three neoplasms accounted for 70% of all diagnosed tumors.

Indexing terms: epidemiology; minor salivary glands; neoplasms.

INTRODUÇÃO

As neoplasias de glândulas salivares são relativamente incomuns, constituindo aproximadamente 3% a 10% de todos os tumores da região de cabeça e pescoço¹. Em virtude da diversidade morfológica, muitas vezes suscitando dificuldades

diagnósticas e da heterogeneidade no comportamento biológico, estas lesões constituem uma área importante da Patologia Oral²⁻³.

Estudos retrospectivos realizados em diferentes populações têm demonstrado que as neoplasias de glândulas salivares menores representam entre 5% e 28% de todos os tumores de glândulas salivares^{2,4-7}. No entanto, pesquisas

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral, Departamento de Odontologia. Av. Senador Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova, 59056-000, Natal, RN, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: LB SOUZA. E-mail: <lelia.souza@pesquisador.cnpq.br>.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Curso de Odontologia. Natal, RN, Brasil.

recentes desenvolvidas na África⁸ e Reino Unido¹ têm demonstrado que as neoplasias de glândulas salivares menores podem representar entre 41,9% e 61,8% de todos os tumores de glândulas salivares.

As razões para estas variações reportadas pela literatura ainda não estão completamente esclarecidas. Alguns estudos publicados realizaram análise conjunta de tumores de glândulas salivares maiores e menores, ao passo que outras pesquisas foram conduzidas em centros de referência para o tratamento de câncer^{5,9-11}. Dessa forma, a real frequência e a distribuição das neoplasias de glândulas salivares menores permanecem assunto de discussão^{9,12}.

Com intuito de estabelecer a frequência e a distribuição das neoplasias de glândulas salivares menores, estudos recentes têm constituído suas amostras apenas por tumores de glândulas salivares menores^{7,9,12-14}, ou têm realizado análises minuciosas e em separado da frequência e distribuição destas neoplasias dentro do grupo de tumores de glândulas salivares¹. Mesmo assim, há considerável divergência nos resultados.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo realizar uma análise retrospectiva dos achados clínicos e histopatológicos das neoplasias de glândulas salivares menores diagnosticadas no Serviço de Anatomia Patológica da Disciplina de Patologia Oral do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Com isto, pretende-se contribuir para o esclarecimento da real frequência e distribuição deste grupo de neoplasias.

MÉTODOS

Para este estudo, foram utilizados casos de neoplasias de glândula salivar menor, mantidos nos arquivos do Serviço de Anatomia Patológica da Disciplina de Patologia Oral do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, diagnosticados no período de janeiro de 1970 a dezembro de 2007. Foram selecionados apenas os casos que possuíam simultaneamente, mantidas em arquivo, fichas de requisição de biópsia e lâminas histológicas. O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo aprovado, conforme parecer nº 110/2008.

A partir das fichas de requisição de biópsias, foram coletados os dados clínicos referentes à idade e gênero dos pacientes e localização anatômica das neoplasias de glândulas salivares menores. Para o estudo histopatológico, foram utilizadas lâminas contendo cortes com 5µm de espessura, coradas pela técnica de rotina da hematoxilina e eosina, mantidas em arquivo. Todos os casos foram avaliados sob microscopia de luz, sendo classificados de acordo com os critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁵. Toda análise dos dados foi realizada pelo software Microsoft Excel™ (Microsoft Corporation).

RESULTADOS

Foram identificados 83 casos de neoplasias de glândulas salivares menores, constituindo 0,9% do total de lesões mantidas no referido arquivo. Destes, 43 casos (51,8%)

correspondiam a neoplasias benignas e 40 casos (48,2%) representavam neoplasias malignas. Considerando todas as neoplasias, três subtipos histológicos perfizeram 70,0% dos casos diagnosticados. O adenoma pleomórfico foi o subtipo histológico mais frequente, com 32 casos (38,6%), seguido pelo carcinoma mucoepidermóide, com 15 casos (18,1%) e pelo carcinoma adenóide cístico, com 11 casos (13,3%). A distribuição das neoplasias, de acordo com o subtipo histológico da lesão e sexo dos pacientes, está apresentada nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Distribuição dos casos de neoplasias de glândulas salivares menores de acordo com o subtipo histológico do tumor e o gênero dos pacientes.

Subtipo histológico	Gênero		Total
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
Adenoma pleomórfico	11 (44,0)	21 (36,2)	32 (38,6)
Carcinoma mucoepidermóide	3 (12,0)	12 (20,7)	15 (18,1)
Carcinoma adenóide cístico	2 (8,0)	9 (15,5)	11 (13,3)
Adenocarcinoma NOS	2 (8,0)	5 (8,6)	7 (8,4)
Mioepitelioma	3 (12,0)	1 (1,7)	4 (4,8)
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	1 (4,0)	3 (5,2)	4 (4,8)
Cistadenoma	0 (0,0)	3 (5,2)	3 (3,6)
Sialadenoma papilífero	1 (4,0)	1 (1,7)	2 (2,4)
Adenoma de células basais	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
Tumor de Whartin	0 (0)	1 (1,7)	1 (1,2)
Carcinoma de células acinares	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
Carcinoma de células claras	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,2)
Carcinoma epitelial-mioepitelial	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,2)
Total	25 (100,0)	58 (100,0)	83 (100,0)

Tabela 2. Distribuição dos casos de neoplasias de glândulas salivares menores de acordo com o subtipo histológico do tumor e o gênero dos pacientes.

Subtipo histológico	Gênero		
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Neoplasias benignas			
Adenoma pleomórfico	11 (68,8%)	21 (77,8%)	32 (74,4%)
Mioepitelioma	3 (18,8%)	1 (3,7%)	4 (9,3%)
Cistadenoma	0 (0%)	3 (11,1%)	3 (7%)
Sialadenoma papilífero	1 (6,3%)	1 (3,7%)	2 (4,7%)
Adenoma de células basais	1 (6,3%)	0 (0%)	1 (2,3%)
Tumor de Whartin	0 (0%)	1 (3,7%)	1 (2,3%)
Total	16 (100%)	27 (100%)	43 (100%)
Neoplasias malignas			
Carcinoma mucoepidermóide	3 (33,3%)	12 (38,7%)	15 (37,5%)
Carcinoma adenóide cístico	2 (22,2%)	9 (29%)	11 (27,5%)
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	1 (11,1%)	3 (9,7%)	4 (10%)
Carcinoma de células acinares	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (2,5%)
Carcinoma de células claras	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (2,5%)
Carcinoma epitelial-mioepitelial	0 (0%)	1 (3,2%)	1 (2,5%)
Adenocarcinoma NOS	2 (22,2%)	5 (16,1%)	7 (17,5%)
Total	9 (100%)	30 (100%)	40 (100%)

Tabela 3. Distribuição dos casos de neoplasias de glândulas salivares menores de acordo com a localização anatômica e tipo de neoplasia.

Localização anatômica	Neoplasias		
	Benignas n (%)	Malignas n (%)	Total n (%)
Palato	21 (48,8%)	14 (37,5%)	35 (43,4%)
Mucosa jugal	6 (14%)	3 (7,5%)	9 (10,8%)
Lábio superior	8 (18,6%)	1 (2,5%)	9 (10,8%)
Rebordo alveolar	1 (2,3%)	8 (20%)	9 (10,8%)
Assoalho bucal	1 (2,3%)	2 (5%)	3 (3,6%)
Região retromolar	1 (2,3%)	2 (5%)	3 (3,6%)
Mucosa alveolar	1 (2,3%)	1 (2,5%)	2 (2,4%)
Intra-ósseo	0 (0%)	2 (5%)	2 (2,4%)
Lábio inferior	1 (2,3%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Pilar amigdaliano	0 (0%)	1 (2,5%)	1 (1,2%)
Não especificado	3 (7%)	5 (12,5%)	8 (9,6%)
Total	43 (100%)	40 (100%)	83 (100%)

Em relação ao gênero, dos 83 casos diagnosticados, 58 (69,9%) foram observados em indivíduos do gênero feminino e 25 (30,1%) foram identificados em indivíduos do gênero masculino, determinando uma proporção entre homens e mulheres de 1:2,3. Considerando apenas as neoplasias benignas, as mulheres foram acometidas em 27 casos (62,8%) e os homens foram afetados em 16 casos (37,2%), correspondendo a uma proporção entre homens e mulheres de 1:1,7. Por sua vez, analisando apenas as neoplasias malignas, os indivíduos do gênero feminino foram acometidos em 31 casos (77,5%), ao passo que os indivíduos do gênero masculino foram afetados em 9 casos (22,5%), culminando em uma proporção entre homens e mulheres de 1:3,4.

A idade dos pacientes variou de 7 a 95 anos, com média de 44 anos. Os homens revelaram uma média de 49 anos e as mulheres uma média de 41,9 anos. Em relação às neoplasias benignas, a idade dos pacientes variou de 7 a 95 anos, com média de 40,7 anos. No grupo de neoplasias benignas, os homens revelaram uma média de 49,3 anos e as mulheres uma média de 35,9 anos. Analisando as neoplasias malignas, a idade dos pacientes variou de 9 a 84 anos, com média de 47,6 anos. Neste grupo de neoplasias, os homens revelaram média de 48,4 anos e mulheres uma média de 47,3 anos.

Tabela 4. Distribuição dos casos de neoplasias benignas de glândulas salivares menores de acordo com a localização anatômica.

	Palato	Lábio superior	Mucosa jugal	Lábio inferior	Assoalho	Região retromolar	Rebordo alveolar	Mucosa alveolar	NE	Total (%)
Adenoma pleomórfico	18	4	3	0	1	1	1	1	3	32 (74,4%)
Mioepitelioma	1	2	1	0	0	0	0	0	0	4 (9,3%)
Cistadenoma	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3 (7%)
Sialadenoma papilífero	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2 (4,7%)
Adenoma de células basais	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1 (2,3%)
Tumor de Whartin	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1 (2,3%)
Total (%)	21 (48,8%)	8 (18,6%)	6 (14,0%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)	3 (7,0%)	43 (100,0%)

Legenda: NE - Não especificado.

Tabela 5. Distribuição dos casos de neoplasias malignas de glândulas salivares menores de acordo com a localização anatômica.

	Palato	Rebordo alveolar	Mucosa jugal	Assoalho	Região retromolar	Intra-ósseo	Lábio superior	Mucosa alveolar	Pilar amigdaliano	NE	Total (%)
Carcinoma mucoepidermóide	3	3	2	0	1	2	0	0	0	4	15 (37,5%)
Carcinoma adenóide cístico	4	4	0	1	1	0	1	0	0	0	11 (27,5%)
Adenocarcinoma polimorfo de baixo grau	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4 (10%)
Carcinoma de células acinares	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (2,5%)
Carcinoma de células claras	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (2,5%)
Carcinoma epitelial-mioepitelial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1 (2,5%)
Adenocarcinoma NOS	3	0	1	1	0	0	0	1	0	1	7 (17,5%)
Total (%)	15 (37,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)

Legenda: NE - Não especificado.

Em relação à localização, considerando todas as neoplasias, o palato foi o sítio anatômico mais acometido (43,4%), seguido da mucosa jugal (10,8%), rebordo alveolar (10,8%) e lábio superior (10,8%) (Tabela 3).

A análise isolada das neoplasias benignas revelou o palato como sítio anatômico mais afetado (48,8%), seguido pelo lábio superior (18,6%) e pela mucosa jugal (14,0%). Em relação às neoplasias malignas, o palato também se apresentou com sítio mais acometido (37,5%), seguido pelo rebordo alveolar (20,0%) e pela mucosa jugal (7,5%). A distribuição dos casos de acordo com a localização anatômica e o subtipo histológico da neoplasia é apresentada nas Tabelas 4 e 5.

DISCUSSÃO

Apesar dos diversos estudos retrospectivos publicados, a frequência e a distribuição dos tumores de glândulas salivares menores ainda permanecem assunto de discussão. A análise conjunta de tumores de glândulas salivares maiores e menores^{3,5,11,16} e a realização de estudos em centros de referência para o tratamento de câncer^{5,10,13} são alguns dos fatores responsáveis pelas divergências na literatura. Conforme destacam Jones et al.¹, resultados provenientes de estudos em Serviços de Patologia Oral e Maxilofacial podem refletir de forma mais acurada a distribuição dos tumores de glândulas salivares menores.

Neste estudo, os tumores de glândulas salivares menores apresentaram maior acometimento do gênero feminino, resultando em uma proporção entre mulheres e homens de 2,3:1. Não obstante serem reportadas distribuições mais equitativas entre os gêneros^{10,14}, a predileção pelo gênero feminino, identificada na presente pesquisa, corrobora outros estudos retrospectivos^{1,12-13,17}. Além disso, apesar de alguns estudos sugerirem uma discreta predileção pelo gênero masculino^{10,14,17} para os tumores malignos de glândulas salivares menores, os resultados da presente pesquisa, em concordância com outras pesquisas^{1,12-13}, evidenciaram predileção pelo gênero feminino.

Em relação à idade dos pacientes, a maioria das neoplasias de glândulas salivares menores são diagnosticadas entre a terceira e a sétima décadas de vida, com pico de prevalência entre a sexta e a sétima décadas^{13,17-19}. Resultados similares foram observados no presente estudo. Além disso, pesquisas relataram que pacientes com neoplasias malignas de glândulas salivares menores apresentam maior média de idade ao diagnóstico do que pacientes com neoplasias benignas^{10,17,20}. De forma similar, no presente estudo, pacientes com neoplasias malignas eram, em média, 6,9 anos mais velhos que pacientes com neoplasias benignas.

Contrariamente, Jansisyanont et al.¹³ constataram que pacientes com neoplasias malignas de glândulas salivares menores eram, em média, 6 anos mais jovens do que aqueles com neoplasias benignas.

Análises em diversas populações evidenciaram que as neoplasias benignas constituem o grupo observado com maior frequência, perfazendo entre 56,0% e 67,0% de todas as neoplasias de glândulas salivares menores^{1,7,9,12,18}. Entretanto, estudos como os de Wang et al.¹⁴ e Ito et al.⁵ observaram, respectivamente, frequências de 53,9% e 62,8% para as neoplasias malignas de glândulas salivares menores. Os resultados da presente pesquisa corroboram outros estudos retrospectivos^{1,7,12,17}, verificando frequência discretamente maior de neoplasia benignas em glândulas salivares menores (51,8%).

Considerando todos os tumores de glândulas salivares menores, os três tipos histológicos descritos como mais frequentes são o adenoma pleomórfico, o carcinoma mucoepidermóide e o carcinoma adenóide cístico^{1,3,10,12,14,17}, fato também observado no presente estudo. Juntos, estes tumores perfazem entre 62,4% e 89,3% de todas as neoplasias de glândulas salivares menores^{1,9,10,12-14}. O adenoma pleomórfico tem sido descrito como a neoplasia mais comum, com frequências que variam entre 33,2% e 65,9%^{1,7,9,12,14,17-19,21}. Observado de forma similar, no presente estudo, o adenoma pleomórfico foi a neoplasia mais frequente, correspondendo a 38,6% de todos os tumores.

Nesta pesquisa, o carcinoma mucoepidermóide foi a segunda lesão em ordem decrescente de frequência (18,1%), considerando todos os tumores de glândulas salivares menores, e a neoplasia maligna mais comum (37,5%), à semelhança do reportado em outros estudos^{1,7,9,12,21}. Exceções importantes são as pesquisas de Lopes et al.¹⁰ e Jansisyanont et al.¹³, nas quais o carcinoma mucoepidermóide se apresentou como o tumor mais frequente, constituindo, respectivamente, 38,8% e 41,3% do total de neoplasias. Os resultados divergentes encontrados por Lopes et al.¹⁰ e Jansisyanont et al.¹³ são compreensíveis, visto que os casos utilizados nestes estudos foram provenientes de centros de referência para tratamento de câncer.

Observou-se, na presente pesquisa, o carcinoma adenóide cístico como a terceira neoplasia de glândula salivar menor mais frequente (13,3%), corroborando os achados relatados por Jones et al.¹ e Lopes et al.¹⁰. Entretanto, Wang et al.¹⁴ e Toida et al.¹⁷, descreveram esta lesão como a segunda neoplasia de glândula salivar menor mais comum. Apesar da possibilidade de influências éticas ou geográficas^{9,12}, é provável que esta variação na frequência do carcinoma adenóide cístico seja decorrente de diferenças nos critérios diagnósticos para esta neoplasia¹². Buchner et al.⁹ relataram que a alta prevalência do carcinoma adenóide cístico pode estar relacionada à falta de familiaridade de alguns patologistas no diagnóstico do adenocarcinoma polimorfo de baixo grau, uma neoplasia que compartilha características histopatológicas com o carcinoma adenóide cístico¹³.

Neste estudo, a análise das neoplasias benignas revelou como segundo e terceiro tipos neoplásicos mais comuns o mioepitelioma (9,3%) e o cistadenoma (7,0%), à semelhança dos relatos de Wang et al.¹⁴. Dentre as principais neoplasias identificadas como segundo tipo tumoral mais frequente, destacam-se o adenoma de células basais^{1,13}, o adenoma canaliclar¹² e o cistadenoma^{9,17}. Outros estudos têm identificado o cistadenoma¹² e o adenoma canaliclar^{1,9} como o terceiro tipo tumoral mais comum. De uma forma geral, frente aos resultados reportados na literatura, cistadenomas e adenomas caniculares parecem representar a segunda e a terceira neoplasias benignas de glândulas salivares menores mais frequentes¹².

O palato tem sido descrito como a localização anatômica mais comum para as neoplasias de glândulas salivares menores, estando acometido em percentuais que variam de 35,9% a 75%^{1,9,10,12-14,17}. O segundo e o terceiro sítios envolvidos com maior frequência são a mucosa jugal e o lábio superior^{1,12}. De acordo com Jansisyanont et al.¹³ e Toida et al.¹⁷, a mucosa jugal consiste no segundo sítio acometido com maior frequência e o lábio superior é o terceiro sítio mais comum. Entretanto, para Jones et al.¹, Buchner et al.⁹ e Pires et al.¹², o lábio superior consiste no segundo sítio mais frequente. No presente estudo, o palato foi o sítio mais acometido (43,4%), seguido pela mucosa jugal (10,8%), lábio superior (10,8%) e rebordo alveolar (10,8%).

Podem ser identificadas variações na localização anatômica entre neoplasias benignas e malignas. Wang et al.¹⁴ observaram maior frequência de neoplasias malignas em língua (86,1%), região retromolar (89,5%) e assoalho bucal (97,3%). Além disso, todos os 13 casos localizados em mucosa jugal, relatados no estudo de Lopes et al.¹⁰, eram neoplasias malignas. Adicionalmente, Pires et al.¹² identificaram alta proporção de neoplasias malignas (86,1%) na região de rebordo alveolar. De forma similar, no presente estudo, dos 9 casos de neoplasias diagnosticados em rebordo alveolar, 8 (88,9%) eram tumores malignos.

Apesar dos relatos sobre uma maior ocorrência de neoplasias malignas de glândulas salivares menores em lábio inferior^{9,13-14,18}, outros estudos têm verificado uma maior pro-

porção de neoplasias benignas nesta localização anatômica^{1,12}. Na presente pesquisa, observou-se que o maior percentual de neoplasias localizadas no lábio superior eram benignas (88,9%), corroborando outros estudos retrospectivos^{9,14,18}.

Além disso, a despeito dos relatos de uma predileção dos cistadenomas pela região de lábio²², os estudos de Buchner et al.⁹ e Wang et al.¹⁴ não foram capazes de identificar tal fato. Apesar da pequena casuística desta lesão, dos três casos de cistadenoma identificados em nosso estudo, 2 estavam localizados em lábio.

CONCLUSÃO

Neoplasias de glândulas salivares menores afetaram com maior frequência o sexo feminino. Pacientes com neoplasias malignas apresentaram maior média de idade ao diagnóstico em comparação com pacientes portadores de neoplasias benignas. Embora o palato tenha se apresentado como principal sítio anatômico afetado para todas as neoplasias, a maior proporção de lesões presentes em lábio superior eram benignas. Por sua vez, o rebordo alveolar apresentou maior frequência de neoplasias malignas.

Apesar da diversidade de neoplasias de glândulas salivares menores identificadas, três tipos histológicos perfizeram 70,0% de todos os tumores diagnosticados. O subtipo mais comum foi o adenoma pleomórfico, seguido do carcinoma mucoepidermóide e do carcinoma adenóide cístico. Novos estudos, realizados preferencialmente em Serviços de rotina de Patologia Oral e Maxilofacial, são necessários para auxiliar na determinação da real frequência e distribuição das neoplasias de glândulas salivares menores.

Colaboradores

MQR NÓBREGA, LJ LOPES, RG CARDOSO, CFW NONAKA e LB SOUZA participaram de todas as etapas da elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Jones AV, Craig GT, Speight PM, Franklin CD. The range and demographics of salivary gland tumours diagnosed in a UK population. *Oral Oncol.* 2008;44(4):407-17.
2. Al-Katheeb TH, Ababneh KT. Salivary tumors in north Jordanians: a descriptive study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103(5):e53-e59.
3. Figueiredo CRLV, Amaral RR, Pinho MMMS, 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 Nac.* 2000/2001;8(6):343-8.
4. Ansari MH. Salivary gland tumors in an Iranian population: a retrospective study of 130 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2007;65(11):2187-94.

5. Ito FA, Ito K, Vargas PA, Almeida OP, Lopes MA. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(5):533-6.
6. Lima SS, Soares AF, Amorim RFB, Freitas RA. Epidemiologic profile of salivary gland neoplasms: analysis of 245 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2005;71(3):335-40.
7. Yih WY, Kratochvil FJ, Stewart JCB. Intraoral minor salivary gland neoplasms: review of 213 cases. *J Oral Max Surg.* 2005;63(6):805-10.
8. Otoh EC, Johnson NW, Olosoji H, Danfillo IS, Adeleke OA. Salivary gland neoplasms in Maiduguri, north-eastern Nigeria. *Oral Dis.* 2005;11(6):386-91.
9. Buchner A, Merrell PW, Carpenter WM. Relative frequency of intra-oral minor salivary gland tumors: a study of 380 cases from northern California and comparison to reports from other parts of the world. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(4):207-14.
10. Lopes MA, Kowalski LP, Santos GC, Almeida OP. Clinicopathologic study of 196 intraoral minor salivary gland tumours. *J Oral Pathol Med.* 1999;28(6):264-7.
11. Vargas PA, Gerhard R, Araújo Filho VJF, Castro IV. Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 124 cases. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 2002;57(6):271-6.
12. Pires FR, Pringle GA, Almeida OP, Chen S. Intra-oral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 546 cases. *Oral Oncol.* 2007;43(5):463-70.
13. Jansisyanont P, Blanchaert Jr RH, Ord RA. Intraoral minor salivary gland neoplasm: a single institution experience of 80 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002;31(3):257-61.
14. Wang D, Li Y, He H, Liu L, Wu L, He Z. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;104(1):94-100.
15. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization classification of tumours : pathology and genetics of head and neck tumours. Lyon: IARC Press; 2005.
16. 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.* 2003;39(4):371-5.
17. Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2005;34(5):528-32.
18. Auclair PL, Ellis GL, Gnepp DR, Wenig BM, Janney CG. Salivary gland neoplasms: general considerations. In: Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR, editor. *Surgical pathology of salivary glands.* Philadelphia: Saunders; 1991. p.135-62.
19. Jaber MA. Intraoral minor salivary gland tumors: a review of 75 cases in a Libyan population. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2006;35(2):150-4.
20. Kusama K, Iwanari S, Aisaki K, Wada M, Ohtani J, Itoi K, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a retrospective study of 129 cases. *J Nihon Univ Sch Dent.* 1997;39(3):128-32.
21. Speight PM, Barrett AW. Salivary gland tumors. *Oral Dis.* 2002;8(5):229-40.
22. Loyola AM, Araújo VC, Sousa SO, Araújo NS. Minor salivary gland tumours. A retrospective study of 164 cases in a Brazilian population. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1995;31B(3):197-201.

Recebido em: 25/9/2008
Aprovado em: 5/12/2008